

主编 陈学诗
副主编 张继志

现代

精神疾病治疗学

山东科学技术出版社

作者名单

(以在书内姓名出现先后为序)

夏镇夷	陈学诗	陶国泰	忻仁娥	杨晓玲	徐韬园	林 节
茅于燕	李雪荣	颜文伟	唐慧琴	张世吉	马 辛	严和骏
陆 泳	吴瑞枝	蔡焯基	姚芳传	万文鹏	姜佐宁	王春芳
沈渔村	张继志	翁永振	王祖新	翟书涛	沈其杰	左成业
于庆波	刘凤琴	黄明生	钟友彬	于清汉	吴艳梅	吴彩云
杨华渝	汤宜朗	何慕陶	杨德森	刘铁桥	田祖恩	杨津广

序

当获悉陈学诗教授主编《现代精神疾病治疗学》一书的信息后,我即表示大力支持。由于各种原因,我国精神医学专著出版较为困难,特别是精神科医疗工作者极为需要的大中型参考书,尤为缺少。精神疾病治疗学方面的专著,迄今尚为空白。这本书以疾病为单元,全面阐述各种精神疾病的治疗方法,尽量以国内实践经验为本,介绍国外最新的较肯定的资料,可供精神科医师和研究生参考和查阅。

精神疾病治疗学与其他医学专科的治疗学一样,都是随着医学和基础学科的发展,而需要不断充实其内容的。新的精神药物及其他躯体治疗的不断试用和疗效评估,新的心理治疗和心理社会治疗技术的不断发展和应用,特别在生物—心理—社会医学模式的指导下,精神疾病治疗学必然是综合性的和开放性的。因此,希望本书出版以后,能够不断对内容进行修改和更新,以满足广大读者的需求。

夏镇夷

1996年10月于上海

前 言

半个世纪以来,精神医学在我国发展迅速。尤其是第二次世界大战之后,在精神疾病的流行病学调查、病因学、发病机理、生物化学、电生理学、影像学、分类及诊断标准、治疗及预防等方面,均有重大进展,累积了许多资料。

在30年代至40年代初,对精神病治疗所采用的方法,主要是发热治疗、胰岛素昏迷治疗和戊四氮抽风治疗,而心理治疗做得很少。发热治疗用过硫磺、牛奶、伤寒疫苗、疟原虫等,其中用得较多的是伤寒疫苗。对精神分裂症除禁忌症外,几乎都用胰岛素昏迷治疗。对情感性精神障碍,主要采用戊四氮抽风治疗。到40年代后期,才开始采用电休克治疗。此后电休克用得颇为广泛,有的单位并与胰岛素联合用以治疗精神分裂症。

50年代初,抗精神病药物问世,并迅速得到广泛应用,在一定程度上取代了胰岛素昏迷治疗。但后者并未完全被摒弃,因为它还有一定的优点。接着抗抑郁药、抗焦虑药相继出现,而且品种越来越多,使精神疾病治疗更上一层楼。尽管如此,电休克仍有继续应用者,有些单位对无抽搐电休克的技术相当熟练。

至80年代初,随着“生物—医学模式”转向“生物—心理—社会—医学模式”,对精神疾病的心理社会治疗,愈来愈重视。同时,由于“应激”学说不断取得成就,更加强了对心理社会治疗的重视,对这方面的研究和临床实践也不断深入。晚近,有些精神科医生、临床心理师和社会工作者,应用东方传统文化于现代的心理治疗。与此同时,起源于日本的森田疗法也引入中国,有的单位对此疗法加以改进,取得疗效。此外,音乐治疗也几乎遍及各地精神病机构。

在此形势下,精神疾病单一药物治疗或生物学治疗,已不能满足不断提高此类疾病疗效的要求。广大精神科临床工作者,要求掌握根据新的医学模式对

精神疾病的广泛的治疗技术,以扩大在精神科岗位上的社会效益。基于这一要求,我们荣幸地邀得国内诸知名精神病学者及临床心理学者的赞助,各奉成果,集萃精华,广采博纳,编成此书。由于编者的知识和经验有限,考虑不周,遗漏和不恰当之处在所难免。尚祈同道们不吝教言,惠予指示,俾于再版时加以补充和改正,不胜感荷!

陈学诗

张继志

1996年10月

目 录

第一篇 儿童精神障碍

第一章 儿童心理发育障碍	(2)
第一节 概述	陶国泰(2)
第二节 语言障碍	忻仁斌(3)
发育性表达性语言障碍	(4)
发育性感受性语言障碍	(5)
发育性发音障碍	(7)
言语流利障碍(口吃)	(8)
第三节 学习障碍	忻仁斌(10)
特殊性学校技能发育障碍	(10)
学习困难	(15)
第四节 儿童孤独症和广泛性发育障碍	陶国泰(17)
第五节 对孤独症的教育和训练	杨晓玲(26)
感觉统合训练	(26)
行为训练和行为矫正	(28)
特殊教育	(30)
第二章 精神发育迟滞	(32)
第一节 概述	徐锡国(32)
第二节 伴发精神疾病	徐锡国(34)
第三节 临床表现	徐锡国(35)
智力发育障碍	(35)
情感障碍	(36)
焦虑障碍	(37)
品德障碍	(38)
刻板行为	(39)
Down's 综合征	(39)
脆性 X 染色体综合征	(40)

自伤行为	(41)
第四节 精神发育迟滞的药物治疗	林 节(42)
益智治疗	(42)
病因治疗	(43)
对症治疗	(44)
第五节 精神发育迟滞的教育与训练	茅子燕(47)
对患儿家属的咨询	(47)
心理治疗和行为治疗	(48)
特殊教育	(50)
职业训练	(54)
一般治疗	(55)
精神发育迟滞者的康复组织	(56)
第三章 进食障碍	林 节(60)
第一节 概述	(60)
第二节 神经性厌食	(60)
第三节 神经性贪食症	(65)
第四节 其他进食障碍	(66)
异食癖	(66)
反刍	(67)
第四章 儿童品行障碍	李雪荣(69)
第一节 概述	(69)
第二节 行为治疗	(70)
第三节 认知治疗	(72)
第四节 集体心理治疗	(74)
第五节 家庭治疗	(76)
第六节 药物治疗	(80)
第七节 特殊教育与防治	(80)
第五章 多动性障碍	颜文伟(84)
第一节 概述	(84)
第二节 诊断	(84)
第三节 多动儿童的教育原则	(85)
第四节 多动儿童的药物治疗	(86)
第六章 儿童和少年的焦虑障碍	唐慧琴(93)

第一节 诊断与评估	(93)
第二节 治疗	(94)
第七章 抽动障碍	张世吉(99)
第一节 短暂性抽动障碍	(99)
第二节 慢性抽动障碍	(99)
第三节 抽动-秽语综合征	(100)
第四节 抽动障碍的治疗	(104)

第二篇 器质性精神障碍

第八章 老年期偏执症和幻觉症	马 幸(111)
第一节 概述	(111)
第二节 危险因素和病因研究	(112)
第三节 常见疾病及其临床表现	(114)
第四节 治疗	(116)
第九章 器质性情感障碍	严和骏(121)
第一节 病因	(121)
第二节 诊断与鉴别诊断	(122)
第三节 治疗原则	(124)
第十章 老年期痴呆	(125)
第一节 阿尔采末病	夏镇夷(125)
治疗研究中存在的问题	(125)
抗痴呆药物治疗的探索	(126)
AD 行为症状和继发抑郁的治疗	(134)
AD 的心理社会治疗	(136)
第二节 血管性痴呆	夏镇夷(137)
治疗研究中存在的问题	(138)
躯体性治疗	(138)
外科手术治疗	(140)
其他治疗措施	(140)
第三节 匹克病	夏镇夷(140)
第四节 麻痹性痴呆	陆 泳(141)
第五节 其他原因引起的痴呆	吴瑞枝(146)

帕金森病性痴呆	(146)
亨廷顿病性痴呆	(152)
克-雅病性痴呆	(153)
第十一章 谵妄	蔡焯基 (158)
第一节 发病原因与临床分型	(158)
第二节 诊断与鉴别诊断	(159)
第三节 谵妄病人的治疗、护理及原则	(161)
第四节 特殊性谵妄的治疗	(163)
第十二章 癫痫与精神障碍	姚芳传 (167)
第一节 癫痫分类与临床表现	(167)
第二节 癫痫性行为障碍	(168)
第三节 癫痫的治疗	(170)
第十三章 酒精性精神障碍	万文鹏 (178)
第一节 酒精在人体内的代谢及其对人体的影响	(179)
第二节 酗酒原因	(181)
第三节 急性酒中毒	(182)
第四节 慢性酒中毒	(183)
第五节 戒酒	(188)
第六节 预防	(190)
第十四章 药物滥用	姜佐宁 (193)
第一节 概述	(193)
第二节 阿片类药物成瘾	(196)
阿片类毒品成瘾与戒断	(197)
阿片类成瘾治疗原则	(198)
脱瘾治疗	(199)
防复发治疗	(201)
美沙酮维持疗法评价	(204)
第三节 精神运动性兴奋剂	(205)
第四节 大麻滥用	(209)
第五节 催眠镇静剂滥用	(212)
第六节 致幻剂滥用	(214)
麦角酰二乙胺	(214)
苯环己哌啶(PCP)	(215)

第七节 烟草滥用与烟碱依赖	(216)
第八节 药物滥用的心理治疗	(218)
第十五章 颅脑外伤后精神障碍	王春芳(222)
第一节 概述	(222)
第二节 治疗	(223)

第三篇 功能性精神病

第十六章 精神分裂症	(226)
第一节 概述	张继志(226)
第二节 精神分裂症的诊断	张继志(227)
第三节 抗精神病药物治疗	王祖新(228)
药理学基础	(229)
临床应用	(232)
第四节 精神分裂症的心理治疗	张继志(237)
第五节 集体心理治疗	张继志(240)
第六节 家庭治疗	张继志(242)
家庭治疗一般要求	(243)
家庭危机干预	(243)
心理教育	(244)
情感表达	(245)
家庭治疗步骤	(246)
第七节 精神分裂症的康复	翁永振(248)
精神残疾与康复的概念	(248)
精神残疾的康复措施	(249)
精神康复的程序和步骤	(255)
康复效果评价	(255)
第十七章 偏执性精神障碍	瞿书涛(259)
第一节 病因学与流行病学	(259)
第二节 临床表现	(260)
第三节 诊断与鉴别诊断	(262)
第四节 治疗	(262)
第十八章 心境(情感)障碍	(265)

第一节 概述.....	沈其杰(265)
第二节 心境障碍治疗目标和策略	沈其杰(272)
第三节 心境障碍治疗措施及其应用指征	沈其杰(275)
第四节 抗抑郁剂的药理及其临床应用	蔡焱基(281)
药理学	(281)
临床应用	(286)
第五节 单相抑郁症的心理治疗行为治疗	左成业(291)
行为治疗	(291)
认知—行为治疗	(292)
短程动力治疗	(294)
人际治疗与家庭治疗	(296)
第六节 双相心境障碍的治疗	沈其杰(297)
躁狂发作及混合相的急性治疗	(298)
抑郁发作	(299)
预防复发的维持治疗	(299)
其他类型双相心境障碍	(300)
第七节 继发性心境障碍的治疗	沈其杰(304)
躯体疾病所致的心境障碍	(304)
继发于其他精神障碍的心境障碍	(307)
第八节 难治性抑郁症的治疗	蔡焱基(310)
治疗反应预测	(310)
难治性抑郁症的生物学原因	(313)
药物治疗方法	(313)
第九节 电痉挛治疗	于庆波 田祖恩(322)
第十节 音乐治疗	刘凤琴(327)

第四篇 神 经 症

第十九章 焦虑障碍	黄明生(335)
第一节 概述.....	(335)
第二节 病因及发病机理	(336)
第三节 临床表现	(337)
第四节 心理治疗	(339)
第五节 药物治疗	(340)

第二十章 强迫症	钟友彬(346)
第一节 概述	(346)
第二节 药物治疗	(347)
第三节 行为矫正	(348)
第四节 森田疗法	(350)
第五节 疏导心理疗法	(351)
第六节 认识领悟疗法	(352)
第二十一章 恐怖症	钟友彬(357)
第一节 概述	(357)
第二节 药物治疗	(358)
第三节 行为疗法	(358)
第四节 其他心理治疗	(359)
第二十二章 分离性障碍	于清汉 吴艳梅(363)
第一节 分离性遗忘症	(363)
第二节 分离性漫游症	(365)
第三节 分离性身份障碍	(367)
第四节 人格解体障碍	(369)
第五节 出神、附体障碍	(370)
第六节 未加标明的分离性障碍	(370)
第二十三章 躯体型障碍	(372)
第一节 躯体化障碍	吴彩云(372)
躯体型疼痛	(372)
多种躯体障碍	(375)
第二节 疑病症及躯体变型障碍	吴彩云(376)
第三节 转换障碍	吴彩云(377)
第四节 性功能障碍	杨华渝(379)
第五节 虚构的躯体症状和精神症状	吴彩云(385)
第二十四章 睡眠障碍	汤宜朗(387)
第一节 睡眠—觉醒节律障碍	(387)
第二节 老年期睡眠障碍	(389)
病因学	(389)
常见类型	(389)
临床评估和分析	(391)

治疗	(392)
----------	-------

第五篇 其他精神障碍

第二十五章 难以控制的精神障碍	何基陶 (397)
-----------------------	-----------

第一节 概述	(397)
第二节 治疗原则	(398)
第三节 偷窃狂	(399)
第四节 纵火狂	400
第五节 冲动障碍	(401)

第二十六章 适应性障碍	刘铁桥 杨德森 (404)
-------------------	---------------

第一节 概述	(404)
第二节 危机干预	(408)
第三节 行为疗法	(410)
第四节 儿童病人的心理治疗	(415)
第五节 家庭治疗	(416)
第六节 集体心理治疗	(419)
第七节 药物治疗	(421)

第二十七章 人格障碍	(424)
------------------	-------

第一节 概述	田祖恩 于庆波 (424)
第二节 常用心理治疗方法	杨津广 (428)
第三节 心理治疗的临床应用	杨津广 (432)
偏执型人格	(432)
分裂型人格	(433)
表演型人格	(433)
自恋型人格	(434)
反社会型人格	(435)
边缘型人格	(436)
回避型人格	(437)
依赖型人格	(438)
强迫型人格	(439)
被动—攻击型人格	(440)
第四节 药物治疗	田祖恩 于庆波 (441)

第 2 版
现代精神疾病治疗学

药物治疗文献回顾	(441)
药物治疗实施	(445)
第二十八章 性心理障碍	杨华渝 (449)
第一节 性身份障碍	(449)
第二节 性偏好障碍	(455)
第三节 性取向障碍	(461)
编后记	(465)

第一篇 儿童精神障碍

一个人在事业上的成就如何,同他的健康水平有密切关系。众所周知,“健康”的定义,不仅仅是身体不虚弱,不仅是没有疾病,必须包括身体、心理、社会适应的良好状态。而这三者是互相影响,互相促进的,三者都良好,才是全面的健康,健全的人格。人格健全的人:有良好的道德品质,有正确的人生观,生活有崇高目的;有较高的智力水平;胸襟开阔,不自我中心,常想到别人,帮助别人,善于适应环境,在适应环境的过程中发挥改造环境的积极性,使环境更有利于个体所在的小集体(工作单位)和大集体(国家);不感情用事,人际关系良好,情绪经常愉快;善于客观地观察和分析所遇到的事情和问题,有解决问题或矛盾的毅力和能力。

具有这样的健全人格的人,学习成绩必优于不健全者,工作效率也必高于不健全者。

健全人格的形成,与先天遗传有关系,与后天的环境更有密切关系,特别是儿童时代的环境。这就是出生后婴幼儿、学龄前、学龄期所受的养育和教育。

儿童时期合理养育和小学生时期的良好教育,为将来人格的健全打下了基础,故儿童时期的教育甚为重要。

儿童精神卫生学包括精神卫生学和精神病学两个方面:前者研究儿童的生活环境、生活事件、祖父母和父母等亲人与儿童的关系、他们自身的行为对儿童心理发展的影响、儿童品行偏异的及时矫正等,本编的重点不在这些方面;后者即儿童精神病学,其基本任务为研究发生于儿童时期各种精神障碍的发病原因、发病机理、临床表现、诊断、治疗、预后和预防,这些是本篇所要着重阐述的内容。

这两个方面也不能截然分开,如精神卫生学所研究的各项内容,对预防儿童的精神障碍也有作用;对儿童品行偏异的矫治,是精神卫生学和精神病学都要从事的工作。

儿童精神医学的总的任务,就是要维护和促进儿童身体、心理、社会适应的健康发展,培养健全的人格,达到全面的健康。

(陈学诗)

第一章 儿童心理发育障碍

第一节 概 述

DSM-Ⅲ-R 将发育障碍列为通常最初显现于婴儿期、儿童期和少年期的精神障碍中之第一类,其中包括精神发育迟滞、广泛性发育障碍和特定发育障碍。将三者列入发育障碍大类,明确其中关系,对医学教学、病因和发病机理探讨以及防治均有重要意义。

一、个别差异

1. 精神发育迟滞(MR):精神发育迟滞是指智力发育水平明显低于同年龄平均水平,并伴有社会适应能力缺陷。一般起病于 18 岁以前。按国际惯例,MR 分为轻和重两类。后者包括中、重和极重度。WHO(1977)报告 MR 在儿童中患病率,重度为 4%,轻度为 30%。我国全国 0~14 岁儿童 MR 普查(1988)的患病率为 1.2%。前者轻重度之比为 7.5:1,后者为 1.5:1。可见在我国的调查中,大量 MR 轻度被漏查。根据美国智力不足协会(1983)后经 WHO 推荐的病因分类方法,病因可分为遗传因素和环境因素两大类。病因分布在发达国家和发展中国家则不同。以瑞典为例,重度 MR 病因中遗传/产前因素占 63%,产时占 12%,产后占 3%,不明者占 22%。据我国 12 个地区和南京、上海等地调查,重度 MR 的遗传/产前因素占 50%,产时和产后因素则高达 40%。我国的经济、文化和卫生事业正在发展中,故产时和产后因素要比瑞典高 3~4 倍,因此,遗传因素占的比例相对地少。我国 MR 的环境因素中,大部分是可以预防的。如果集中力量加强公共卫生和妇幼卫生,随着生活环境和条件的改善,就可以在短期内使 MR 发生率大幅度下降。加强婚前检查、遗传咨询和产前诊断,也有重要意义。

2. 广泛性发育障碍:包括儿童孤独症、不典型孤独症、Asperger、Heller 和 Rett 综合征等,而其中孤独症较其他类型常见,且研究也较多,故以讨论孤独症为重点。起病于 3 岁以内,起病有两种形式,一种是出生后不久就显现,约占 2/3;另一种出生一两年发育正常或基本正常,以后才起病,约占 1/3。它们的共同特点是:①极度孤独,与周围人建立不起感情联系,缺乏社会交往能力;②言语和非言语表达及与人沟通障碍,兴趣狭窄,对某些东西特别依恋,刻板重复动作和姿势,拒绝对生活环境和方式作任何变动等。孤独症的患病率在 0.3%~1.3%之间,患病率虽不高,但对儿童的发育和成长有严重危害。孤独症的病因十分复杂,有一小部分经过双生子同病率和家系调查,发现脆性 X 染色体、先天愚型、苯丙酮尿症等常伴发孤独症表现,说明与遗传有一定关系,而大部分患儿经免疫学、生理、生化、解剖和影像学等研究,虽有一些发现,但缺乏特异性,故孤独症的病因仍是一个谜,这给防治带来极大困难。

3. 特定发育障碍:表现为言语构音、理解和表达障碍,计算、书写、阅读等学习技能障

碍及动作协调障碍等。这方面在 DSM-Ⅱ-R、ICD-10 和 CCMD-Ⅰ-R 均有诊断标准。WHO(1977)报告言语及语言发育迟缓和障碍在儿童中的患病率为 1%~5%,而阅读发育迟缓为 3%~10%。这类障碍患儿的智力均正常,但其病因尚缺少研究,常无肯定意见。

二、共同特点

1. 均最初显现于婴儿期、儿童期和少年期;因类别不同而有所不同,如重度 MR 中先天愚型、苯丙酮尿症和其他常出生后即可辨认。孤独症中 2/3 在出生后不久就显现,而轻度 MR 和特定发育障碍则常在入学后才被发现。

2. 性别差异:较多报道 MR 男与女的比例为 2:1,但全国普查发现男性患病率为 1.24%,而女性患病率为 1.16%。特定发育障碍 WHO 报道男孩多于女孩。孤独症男女比例为 3~6:1。

三、病因

MR 的病因明显与遗传/产前、出生时和出生后因素有关。重度 MR 的生物学因素为主,而轻度 MR 则以社会文化因素为主。但瑞典报道重度 MR 中约 20%,中度 MR 中 43% 的病因不明。印度轻重 MR 中 53% 病因不明。我国在全国普查中,各类 MR 有 21.9% 病因不明。孤独症极小部分与遗传因素有关,而极大部分则病因不明。特定发育障碍的病因也无肯定意见。对此,均有加强病因学研究的必要。

四、诊断

除详细病史(尤其家族史、发育史、以往健康和现病史为重要)和体格(包括神经系统的先天畸形和软体)及精神检查外,有多种量表和实验室检查可为辅助。而个别智力测验和社会适应能力测验尤为重要。

早期发现和早期干预对各种发育障碍均有重要意义。尤其遗传/产前病因的 MR,如苯丙酮尿症,在出生后 6 个月内开始特殊饮食治疗,可防止智力缺陷的发生。

五、治疗

除苯丙酮尿症可用特殊饮食治疗外,其他 MR 均无特效药,而今所用药物仅可改善症状。治疗的重点在特殊教育和训练,要持之以恒,并须有家长积极参与。

六、预防

一部分 MR 病因明确者,如由缺碘引起则育龄妇女普遍服用加碘食盐或碘油即可预防;因染色体畸变(如先天愚型),现已证明与高龄妇女生育有关,则劝阻高龄妇女生育和进行产前诊断对预防有效。加强婚前检查、遗传咨询和防止孕妇被传染、中毒、受辐射等,防止出生前和围产期并发症,以及婴幼儿营养不良、高热惊厥、头部外伤等,均对重度 MR 有预防作用。对轻度 MR 的预防除上述因素外,重视提高父母文化水平,增加亲子感情和言语交流,以及增加合适刺激,可以促进智力发育。

(陶国泰)

第二节 语言障碍

语言是表达思想的工具,它是人类特有的心理社会现象。语言包括口头语言、书面语