

第

3

版

精神医学

进修讲座

主编 顾牛范 王祖承



上海医科大学出版社

精神医学进修讲座

(第3版)

◆ 主编 顾牛范 王祖承

上海医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神医学进修讲座/顾牛范,王祖承主编. -3版. -上海:
上海医科大学出版社,1999.12
ISBN 7-5627-0517-8

I.精… II.①顾… ②王… III.精神病学 IV.R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(99)第 35861 号

责任编辑 王洪生

责任校对 赵霞 袁庆

精神医学进修讲座

(第3版)

主编 顾牛范 王祖承

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路138号

邮政编码200032

新华书店上海发行所经销

昆山市亭林印刷总厂印刷

开本787×1092 1/16 印张26.25 字数655 000

1999年12月第3版 1999年12月第1次印刷

印数:1-5 000

ISBN 7-5627-0517-8/R·488

定价:42.00元

如遇印、装质量问题,请直接与印刷厂联系调换

(地址:昆山市中山路293号 邮编:215300)

名誉主编 夏镇夷 严和骥

主 编 顾牛范 王祖承

编写人员 (以姓氏笔画为序)

王士清	王祖承	王善澄	朱紫青
江三多	江开达	李华芳	严和骥
肖泽萍	吴文源	何燕玲	忻仁娥
沈文龙	张良栋	张明园	陆明康
季建林	郑贻培	贾谊诚	顾牛范
夏镇夷	徐声汉	徐俊冕	徐韬园
高之旭	高哲石	舒伟洁	

第 3 版 前 言

为了推进我国精神医学事业的发展,更好更快地培养精神科专业人员,上海市精神卫生中心受国家卫生部委托,于 1980 年起每年举办一次精神医学临床医师进修班,目的是为了培养主治医师。

经过长期实践,全国精神医学临床医师进修班的教学工作已形成了一套较为规范的程序。学员除参与临床实践外,还接受理论授课 200 学时以上。有关理论经不断补充更新,已累积了一批丰富的教学资料。为此,曾于 1985 年出版了第 1 版《精神医学专题讲座》,1990 年出版了第 2 版《精神医学进修讲座》,不断对内容进行充实,受到了各有关进修医师及精神科同行的好评和欢迎。

另外,本书多次作为上海地区精神科专科医师职称晋升的必读教材或参考用书,又作为上海地区各有关医科大学攻读硕士、博士学位研究生的主要教材。

由于参加编写者收集的资料来源不同,对某些临床问题见解不一,所以可能会出现一些不同观点,这有利于学术上的各家争鸣,但也有可能是错误或不当,恳请读者及时指正。

编 者

1999 年 10 月

1	精神医学的概念、进展与任务	1
2	精神疾病的分类	9
3	症状学	19
4	精神障碍的诊断学和鉴别诊断	28
5	精神障碍的遗传学进展	66
6	精神障碍的生化进展	80
7	精神障碍的治疗学	91
8	器质性精神病	156
	[附一] 症状性精神病	162
	[附二] Alzheimer 病的诊断、治疗和药物疗效评定	166
9	精神分裂症研究进展	175
10	偏执性精神病	181
11	月经周期性精神病	186
12	短暂精神病性障碍	188
13	旅途精神病	190
14	情感性精神障碍	195
15	分裂情感性精神病	215
16	神经症	221
	[附] 癔症(分离-转换性障碍)	242
17	睡眠与饮食障碍	247
18	性心理障碍或性变态	256
19	人格障碍与意向控制障碍	263
	[附] 迷信与精神疾病	270
20	精神发育迟滞	274
21	儿童青少年期精神障碍	285
22	心理咨询	302
23	会诊-联络精神病学	310
24	社区精神医学	317

25	司法精神医学	331
26	康复精神医学	344
27	精神医学中的主要流派介绍	354
28	精神科的临床研究设计	383
29	病迹学	395
30	精神医学的中英文名词	402

一、精神病学与精神医学

1. 精神医学的概念 精神医学(psychological medicine)是临床医学的一个分支,其基本任务有两个方面:第一是研究各类精神疾患的发病原因、发生机制、临床表现、治疗和预防。第二是研究心理社会因素对人体健康和疾病的作用和影响。精神医学的内容包括传统的精神病学和广义的精神卫生两个方面。

现代精神医学的概念是从精神病学(psychiatry)的基础上发展起来的。精神病学的根本任务即上述的第一方面。可是在其发展过程中,曾出现一些偏向:一方面,精神病学的研究对象愈来愈局限于精神分裂症等严重精神病,而忽略了为数更多的神经症、人格障碍和心身疾患等问题;另一方面,精神病学的服务范围,愈来愈限制于精神病院之内,仅着眼于诊断和治疗,而忽视了环境和社区在精神医学中的作用,并造成了精神病学和其他临床学科的分离。

从 20 世纪 50 年代以来,传统的精神病学概念遭到了挑战,逐渐被新的范围更广泛、内容更丰富的精神医学所取代,主要原因是医学模式的转变。自然科学的发展导致生物学技术的革新,从而使许多疾病的发生发展的生物学问题,有了满意的解释,并找到了不少有效的躯体性疗法。生物医学模式便成为现代医学的标志。但在半个世纪的实践中,暴露出生物医学模式的缺陷,即疾病被认为完全可用偏离正常的可测量的生物变量来说明,在它的框架内没有给疾病的心理社会和行为方面留下余地。为此,医学家们提出了生物医学模式应向新的生物-心理-社会医学模式转变。新模式强调医学的对象是完整的、社会的“人”。“人”是生活在一定自然、社会、文化环境中,具有复杂心理活动的生物;“人”又可看作由许多连续的功能平面(系统、器官、细胞、亚细胞、分子……)构成的,并向外部世界开放的系统。来自社会环境的各种刺激,通过人的心理活动,后者又通过各种生物学的中介机制来影响机体各个平面的功能状态。这种医学模式“整体观”的新发展,反映在精神医学方面尤为突出。也由于这种认识,在 WHO 宪章序言中提出了对健康的新概念:健康不仅是没有疾病和不感到虚弱,而且还应该是精神、躯体方面和社会生活都感觉良好。感觉良好是精神方面动力状态,其特征是个体的能力、需要、期望与环境需求机会之间的合理和谐状态。与之相应,便提出了如何保障精神健康的内容。1988 年 WHO 四十周年纪念所提出“人人要健康,健康为人人”的号召,就是要求达到心身全面的健康。这就逐渐地取代了传统狭义的精神病学的概念。

2. 精神医学在医学中的地位 精神医学从一开始,便是在医学这个领域上诞生和成长的,早期的精神科是综合医院中的一个临床科别,早期的精神科医师,大部分是由内科或神经科医师兼任。以后,由于学科的发展,才逐渐产生了精神科专科医师。然而,精神科和综合医院的临床各科仍然保持着极为密切的联系。

但是,第二次世界大战前后,曾经有过一个阶段,精神医学和其他医学科别的关系逐渐

疏远。一方面,是由于大量新的独立的精神病院的建立,它们和医学院校或者综合医院没有什么关系,在地区上往往是远离市中心,独立于医学院校所在地区以外,在工作上往往是偏重于慢性精神病人的管理和照顾,因而与其他临床各科的联系愈来愈少。另一方面,特别在西方,心理分析学派的崛起,他们的理论和实践与传统的医学模式距离甚大,这样更增大了精神医学的离心倾向。直到五十年代末,上述偏向才开始获得纠正。

精神医学不能脱离医学。精神医学的基本理论,主要是从解剖、生理、生化和心理等医学基础课题上发展起来的。它的诊断和治疗模式,也遵循着一般医学的诊疗规律。如果没有坚实的医学理论基础,没有内外各科的知识是决不能成为一个优秀的精神科医生的。在精神科临床工作中,首先要区别病人的精神异常是器质性的还是非器质性的。许多躯体疾患可以产生精神症状,而且有时可成为最早出现或引人注目的症状。如果精神科医生缺乏其他临床各科的医学知识,就会造成误诊,贻误病情,导致严重后果。即使所谓功能性精神疾患,例如精神分裂症、情感性精神病等,其确实病因虽未阐明,但近年来对这些疾病和神经递质关系的研究,使我们对这些疾病的了解深入了一大步。所以精神医学的发展,主要是和包括基础医学和临床医学在内的一般医学的发展相联系的。

同样,其他的医学科别也不能与精神医学截然分开。譬如对精神疾病的神经递质的研究,不但推动了精神医学的发展,也促进了神经生化、神经生理以及神经内科的进展。在临床实践中,精神疾患患者可见于临床其他各科,癔症或抑郁症患者,可以因各种各样的主诉或躯体症状,而就诊于综合医院的任何科别,如果内外科医师对精神医学的知识所知不多,同样会造成诊断和治疗方面的严重错误。

另外,必须指出,临床医学的服务对象是病人,在疾病的发生和发展过程中,必然会有各种各样的心理活动的参与,这种心理活动对疾病本身有着重要的影响。临床医生在诊断和处理具体病人时,不但要考虑生物学的病因和病理,同时还要注意心理社会因素的作用。也就是说,医生不能只了解病人身上发生的是什么病,还应该了解病人当时的心理状态、情绪变化、性格特点、所处的具体环境和人际关系,以及这些因素在病人的疾病发生发展、病程转归和康复过程中产生的影响。有时在内、外科的临床工作中,还需要得到精神科专科医生的协助。例如近年来迅速发展的重症监护病房、内脏移植、心肺复苏等新技术,确实使不少病人获得了新生。然而,在这些新技术应用过程中,对相当多的病人会产生顾虑、恐惧等心理影响,能否及时地评价和处理这类心理问题,有时可能是治疗成败的关键。当然,许多与心理社会因素有关的躯体疾病,例如高血压和冠心病等,他们的防治都需要精神医学的理论和实践。所以,精神医学在医学院校的课程中应占有重要的地位,有条件的综合医院也应建立精神医学科,加强精神医学与临床各科的联系。这样不仅促进了精神医学的发展,而且对提高综合医院的医疗质量和医生本身的全面培养都很有益。

3. 精神医学和边缘科学 精神医学,既具有其他医学科学的共性,又具有一些学科本身的特殊性。其特点之一,是与许多边缘科学有较密切的联系。

神经科学,是神经解剖、神经生理、神经生化、神经药理和神经心理等以研究大脑为主的神经系统的各门基础科学的总称。他们与神经科及精神科的关系十分密切。精神医学研究有赖于神经科学的知识和技术。近几十年来,这一方面的成绩是很突出的,神经科学和精神医学工作者共同研究了中枢神经系统递质的功能及其传导途径和分布,探讨了多巴胺、去甲肾上腺素、5-羟色胺和 γ -氨基丁酸对精神分裂症、情感性精神病和神经症的关系,阐明了

海马回和乳头体等在记忆方面所起的作用,以及脑干网状结构和意识的关系;神经电生理的研究,初步揭开了睡眠和梦的奥秘;精神药理的研究,不但有助于探索精神疾患的发病机制,还为精神疾患提供了更多的有效的抗精神病药物。

医学心理学,是心理学的一个分支,它以心理学的理论和方法,来研究和医学有关的问题,同时也是精神医学的基础知识之一。许多医学心理工作者,以精神病院为基地,开展研究工作,或直接参加这方面的服务工作,成为精神医学队伍的成员之一。这些临床心理学工作者,利用各种心理测验对病人进行检查,为诊断提供辅助依据,或者直接对病人进行心理治疗。我国由于临床心理学工作人员严重缺乏,因而他们的工作主要由精神科医生及其他临床医生承担。

医学社会学和医学人类学,分别为社会学和人类学的分支。前者应用社会学的理论和方法,即从群体的角度,研究与医学有关的问题,由于社会因素在精神疾患中起着极重要的作用,因而也成为精神医学的基础知识。后者应用文化人类学的理论和方法,来研究医学问题。从人类学的观点来看,人类的思想和方法,风俗习惯,行为举止及人际交往等,都具有一定的社会根源,并和特定的文化背景相关联,正常和异常的精神活动都是如此,因而它也成为与精神医学有密切联系的基础学科之一。

行为科学是上述神经科学、社会学、人类学和心理学等学科综合起来的一门综合性基础科学。它综合生物、心理、社会等学科的知识,来解释人类的正常与异常行为的发生和本质,并用这些知识来矫正人们的异常行为,因而与精神医学有着密切的联系。

上述的边缘学科,有些基本上属于自然科学的,但更多的是属于社会科学的,或者是两者结合的,可以这样说,精神医学是医学中与社会科学关系最为密切的一门学科。

4. 精神医学的主要分支 按照精神医学的工作重点、对象和范围,又可分为若干分支,其中最重要的有:①医院精神病学,主要是研究各类精神疾患的诊断和治疗,过去偏重于精神病的诊治,目前的研究范围有所扩大,由于它的主要工作是在精神病院或综合医院的精神科病房和门诊内进行的,故称为医院精神病学。②社区精神病学,这是近年来蓬勃发展起来的。其主要任务是以社区和基层保健机构为基地,开展对精神疾患及精神卫生的服务和研究工作。由于精神疾患具有复杂的社会因素,因而它的防治工作不能仅局限于医院或专科的范围内。社区精神病的工作,有助于对精神病患者的早期发现、早期诊断和早期治疗,方便病家获得就近诊疗,有利于慢性或康复期患者的社会康复,同时,在社区内进行的精神病流行病学研究及精神卫生宣教,对精神病的预防起重要作用。③联络精神病学(liaison psychiatry),其主要任务是综合性医院内为其他各科所遇到的精神医学问题,提供会诊、咨询和协助处理。临床各科都可能遇到精神医学问题,躯体疾患可引起器质性或症状性精神病,精神疾患患者也可能因躯体疾患而去内外各科住院或就诊;神经症患者常有躯体方面的诉述,而在精神科以外的各科诊治,更为经常的是躯体疾患患者常伴有许多心理社会问题,这里不仅包括与心理社会因素关系密切的所谓心身疾病,而更多的是患病以后继发的种种心理状况,例如外科病人手术前的焦虑、重症内科病人病后的抑郁、各种严重疾病和伤残康复期的复杂心理问题等。这些情况,一方面要求各科医生对精神医学知识有一定的了解,另一方面,有时需要精神科医生对病人的精神状态作全面的评定,对病人提出处理建议和帮助。目前,联络精神病学已成为精神医学工作的一个重要侧面,也是精神医学和内外各科密切合作以提高疗效的一种服务形式。

此外,精神医学还有许多临床专业分支,例如以儿童和老人为服务和研究对象的儿童精神医学和老年精神医学;研究犯罪和精神疾患的关系的司法精神医学和从社会学、流行学和生态学等方面研究精神病发病与防治的社会精神医学等。

二、精神医学发展中的主要模式

从医学的发展史来看,精神医学是一门较年轻的医学分支,所以在精神医学中悬而未决、尚未被人们充分认识的问题较多。精神疾病的概念、病因、治疗和研究等方面,存在着各种不同的解释或模式。

1. 生物医学模式 与内科学的疾病概念发展一样,现代精神病学诞生的开始,就希望按照生物医学模式来认识精神疾患,认为精神疾患与躯体疾患一样,以某种症状群来表示某种特殊疾病,表明某种基本病因,从而提出一种合乎逻辑的疗法。E. Kraepelin 按照这一观点,对大量精神病人的行为表现进行了分类,从其症状和转归中,寻求其共同特征,将一类表现为孤独、幻觉与意志障碍的一些患者,称为“早发痴呆”(后由 E. Bleuler 改名为“精神分裂症”);而另一类呈现情绪抑郁与高涨的周期发作者,则称为躁郁症。遂后,不少学者致力于精神疾病的生物学病因或病理学研究,作出了卓越贡献。如从 1906 年血清华氏反应的发现,到 1911 年日本野口在麻痹性痴呆患者的脑中发现了梅毒螺旋体,真正明确了该病的病因,获得了正确的诊断和有效的疗法。又如 Alzheimer 通过神经病理学研究,得以从老年期痴呆患者中,区分出脑动脉硬化性和老年性痴呆两大类。但是精神医学的生物医学模式逐渐向绝对化发展。如德国精神病学家 Wernicke 和 Kleist 认为各种精神症状可定位于大脑某一特定部位。这种主观推测,既找不到事实的支持,也得不到治疗结果的证实。在相当长的时期内,这一模式并无重大发展。

二次大战后,由于基础科学和技术的发展,生物医学模式再趋高潮。研究者们致力于探索精神分裂症和躁郁症的器质性病因,以神经化学和药理学为研究手段,提出了许多假说。虽尚无实质性突破,但推动了精神药物的研制和发展,使精神医学的治疗面目一新。遂后,研究者们又以酶学、受体、细胞膜、内分泌、分子生物学等新技术,探索精神病人的“生物学标志”。近年来,由于计算机技术、核医学、电生理学和神经放射技术的发展,汇合成许多先进的科学技术,如 CT 扫描、正电子发射扫描(PET)、磁共振成像(MRI)、单个光子断层摄影(SPECT)和自发脑电与诱发脑电域像图(BEAM)等,为精神医学的生物学研究开辟了可喜的前景。

2. 心理动力学模式 19 世纪末叶,生物医学模式在精神疾患的探索方面,进展不多。有许多研究者便着手另辟途径,其中 S. Freud 倡导的心理动力学模式颇具影响。他认为正常人和精神病人的行为表现是意识与潜意识,欲望驱动或本能与社会要求冲突的结果,并认为这种矛盾冲突是从婴儿期就开始的,根源于生物本能欲望对社会约束的强烈反抗斗争。以后许多精神动力派学者对 Freud 的经典精神分析学说,作了许多修正,但他们都保留了本能驱动与社会要求的矛盾冲突是精神疾患主要原因的观点。

本世纪 50 年代起,美国兴起了一个新的心理学派——人本主义学派(humanism),主要代表人物为 C. Rogers 和 A. Maslow 等。他们用人本主义观点说明人的内在本质和生存价值,探究人的潜在思想、情感、行为等人类经验的一切方面,他们指出精神分析学说只研究精神病患者,忽视了健康人的积极心理品质和特征;行为主义只注意人的外部行为倾向,把有人性的人类,降低为一只大白鼠或一架较慢的计算机的水平。由于他们既反对精神分析学,

又反对行为主义,所以他们自称为“第三种力量”。

人本主义心理学的产生受到欧洲哲学和心理学派的启迪,其中主要为现象学和存在主义;同时也与二次大战后的时代背景有关——使人性兽化、非人格化和无个性化。由此,关心人的价值、强调人的自我实现为核心的人本主义心理学就应运而生。

人本主义心理学的理论核心是自我实现——即充分地、完善地发挥人自己的潜在能力。他们虽不同意 Freud 的潜意识矛盾冲突等假说,但仍肯定婴儿期体验在精神疾患发生上与精神卫生方面的重要性。由于他们对人的个性与自由的重视,在心理咨询理论中受到欢迎。Rogers 创立的非指示性心理咨询有着广泛应用前景和深远影响。

这个模式认为良好的童年和家庭经历是精神健康的基础,并重视精神疾患的精神治疗。各学派虽在理论上与治疗方式上有许多差异,但他们都认为,鼓励病人精神疏泄、建立热情和融洽的医患关系是精神治疗的关键。

3. 行为模式 与 Freud 创立精神分析学说的同时,美国 John Hopkins 大学的 J. B. Watson 教授提出一种强调“学习”作用的心理学模式——行为主义学说。他们认为对精神疾患的了解应集中在可观察的行为方面,而不是所谓内心隐藏心理矛盾的潜意识方面。精神疾患是“不良学习”的结果。心理学家应以行为反应为客观研究对象,这是可予以测量记录 and 进行观察与描述的。他们反对主观推测性解释,并提出科学的严格要求。

在巴甫洛夫对狗建立经典条件反射的同时,美国的 E. Thorndike 等也进行了类似的实验,他们观察笼子里的猫用各种方法试图逃出笼子,而提出了“效果律”,即成功的反应是从学习得来的,后人称之为“操作条件作用”。Watson 利用条件作用知识来模拟恐怖症的形成。从行为主义者看来,恐惧、焦虑和其他精神症状都是学习得来。但在当时关于行为的研究主要是纯学术方面的兴趣。

由于早期行为主义者片面强调人的行为的被动反应,忽视了有机体内部的目的性和主动性,一些心理学家如 E. C. Tolman、C. L. Hull 和 B. F. Skinner 等开始修正和发展行为主义,产生了“新行为主义”学派,他们重视动机等内部条件的作用,强调刺激与反应间的“中介变量”,如 Tolman 认为人的行为总是趋向或避开某个目标,并能利用环境所提供的各种途径和手段来实现其要求;Hull 则强调习惯、内驱力、诱因、奖赏等因素在行为中的作用。Skinner(1940)可能是现代应用学习或行为模式来解释精神障碍贡献卓著的学者。他认为,行为除了由生理所决定的以外,都是通过训练而学得的,而且也可通过学习而予否定,即所谓“治愈”。学习不但可解释并也能治疗病态行为,治疗是以消除或改变某种特殊行为为目的,并不在于治愈某病。现有的许多行为疗法不外应用下述两种学习方法:

(1) 对抗条件作用。根据 J. Wolpe(1973)和 E. Eysenck(1976)认为大部分行为是经典条件反射作用的结果。许多症状常是诱发焦虑的环境条件与特殊行为反应相结合而获得的,如 Wolpe 的系统脱敏疗法是一种根据交互抑制而产生的条件性抑制,从而达到解除焦虑反应的效果;厌恶疗法系把痛苦的体验与不良行为的快感相结合,从而达到消除不良行为,如酗酒者应用致吐剂或戒酒硫来获得戒断目的。

(2) 操作条件作用。Skinner 等认为行为可从学习而获得,如给予一定的强化,可渐趋巩固。对慢性精神病人及精神发育迟缓病人,在其训练过程中,当在“合法”的行为出现时给予一种“标记”,以后兑换奖品,用以达到对“合法”行为的巩固,故又称为标记奖励法。

4. 社会学模式 第一次世界大战后,精神疾患的社会学观点开始得到发展。精神疾患

不仅造成对社会的危害,而且社会本身对精神疾患也有重要影响。社会精神病学最初的含义仅限于研究对精神病人的服务,而目前的涵义已扩大为从社会学、人类学、生态学和文化差异等方面来研究精神病的发病、临床表现和防治问题。这一模式也从精神病分布的流行病学研究中得到支持。精神病的命名也受这一模式的影响,如对人格障碍问题,许多症状与其说是心理病理性的,不如说是社会病理性的。

社会学模式强调社会在精神疾病病因中的作用。可能引起精神疾病的社会因素主要有以下几种:

(1) 生活变动。早在本世纪初美国精神病学先驱者之一 A. Meyer 曾对疾病进行“生活史表”研究,他把重大生活变动与其心理、躯体疾病的症状联系起来。近年来 T. H. Holme (1974) 运用“生活史表”观点调查了 5 000 多人的病史,将重大生活变动按次序编列成一种“社会再适应量表”,以配偶死亡需要最大的适应努力定为 100 分,其次为离婚等。发现遭受变动愈大,患病的可能性也愈大。如一人在一年内累计超过 200 分时,可有 50% 发生疾病的机会;累计得分低于 20 或 30 分和生活稳定者,就能保持心身健康。

(2) 都市化。这意味着拥挤和紧张。L. Srole 等(1962)曾对纽约商业区 1 600 个居民进行评定,表现他们存在许多精神病理问题,约 1/4 存在某些严重精神病症状。生活愈紧张,生活条件愈差,精神健康也愈差。另外,许多调查发现精神疾患总发病率城市高于农村。

(3) 社会阶层。在西方国家社会经济较低的阶层中,精神病患率要高得多,这与失业、多子女和住房困难、过度紧张、不安定生活和挫折有关。

社会学模式论者对精神病的防治重点放在整个社会措施上。社区精神卫生是以地区社会或机构为单元,以进行该地区的精神病防治、康复和社会适应的统筹安排和管理,社区精神卫生服务是社区精神病学的具体实施。在文献中社区精神卫生与社区精神病学常作为同义词应用。与此相类似的具有我国特色的精神病三级防治网体系,如以 1958 年为起点算来,已有 30 多年的发展历史,也取得了相当显著的成绩。

5. 整体论观点——“一般系统论” 以上四种模式都有其局限性,不能完善地解释所有精神疾患,但都有其可取的部分。我们反对过去所走过的那一段过程,即教条主义地坚持某一种学派,而全盘否定或批判其他学术思想观点,这是阻碍发展和创立具有我国特色的精神医学的绊脚石。本节介绍近年来国外所推崇的“一般系统论”(general system theory),也被认为是生物-心理-社会医学模式的基础。

美籍奥地利理论生物学家和哲学家 L. Bertalanffy 是系统论的创始人。在 20 年代初,他对当时生物学中的理论和研究方法不满,认为那种孤立的因果分离的机械论,不能解决实际问题。为此,他提出了机体论概念(organismic school),强调要把有机体当作一个整体或系统来考察。他批判了机械论的“简单相加”和“被动反应”等错误观点,提出了“机体系统论”的概念。他认为一切有机体都是一个按照严格的等级和层次组织起来的系统,这些观点的提出,为他创立“一般系统论”奠定了思想基础。由于战争及其他原因,他从 30 年代所提出的系统论,直到 1948 年才引起人们的注意。他认为,在现实世界中,不论其具体种类、组成部分的性质和它们之间的关系(“力”)的情况如何,总是存在着适用于一般系统或子系统的模式、原则和规律。“一般系统论”乃是逻辑和数学的领域,它的任务是确立总的适用于“系统”的一般原则。“系统”为相互作用着的若干要素的复合体,或者“是处于一定的相互联系中的与环境发生关系的各组成部分的总体”。他认为“系统”中最本质的要素是它的“组织联系”

(organization)。这种“组织联系”，一方面是各个部分的情报渠道；另一方面是它们动态的相互作用的结果。所以，“系统”作为一个整体来看，同其单独的组成部分和子系统在性质上完全不同，不能简单地把它看成是所包含的各个要素的总和。他进一步把生物机体系统论引申到心理、社会和文化等领域，并把它作为一个新的科学规范，广泛运用于各项研究领域，特别为生命科学者所接受。精神病学家认为对研究一个系统中不同层次间的相互作用，如心身关系、个体与家庭或群体间的关系，对精神疾患的整体观研究方面起着重要作用，不单要求涉及生物学和心理学，而且还要涉及社会、文化和环境等方面。要求医生在临床实践中应保持一个多元的观点。如面临一个激动、恐怖、狂暴的青年患者，并呈现心跳快、失眠等症状，要考虑到其基本障碍可能在于细胞层次或器官层次（如苯丙胺中毒或甲状腺功能亢进），或在于机体层次（由某种心理病理导致的焦虑），或在于集团层次（不能忍受的家庭压力，在学校中代人受过），或在社会层次（失业、种族歧视），或在于超国家系统层次（supranational）（战争的威胁）。一个层次的障碍可影响其邻近层次的功能。故医生必需全面了解个体的各个层次，以寻找其基本障碍所在，避免为继发现象的表面症状所迷惑。

总的来讲，整体观点强调病人是有病的“人”，而具体的病人，又有具体的生物学、心理学和社会学特征，不能把它割裂开来。在治疗上要因人制宜地采取相应的综合措施，而且对同一精神病人的不同病程阶段，需要不同重点的治疗措施。

三、我们的任务

1. 要重视临床实践和加强临床科研工作 精神医学的发展和提高都离不开临床。精神医学的临床工作内容十分丰富，包括详细、全面、重点地收集病史资料，建立良好的医患关系，熟练地进行神经系统和体格检查，有技巧地通过全面的精神检查，以发掘精神症状和了解发病的有关因素，建立唯物辩证的临床思维，根据所掌握的有关资料，作出诊断和鉴别诊断及制订综合性的治疗计划，根据病情变化调整治疗方案，判定治疗效果和帮助病人重建社会适应和康复。这些说明要做好精神科临床工作，并非易事。要有丰富的间接经验——书本知识和高年资医师的指导，以及直接经验——相当时间的临床实践，才有可能有所提高。

从精神医学发展史来看，几乎所有杰出的研究者，都是优秀的临床专家，Kreapelin 大概是一个最典型的例子。Freud 也是一位杰出的临床学家，虽然他的许多论点，我们并不接受，但值得我们学习的是他的深入细致的临床观察和分析。精神病学的一些经典性概念的建立，都是以临床资料为起点的。Mendels(1975)在研究忧郁症时，仍然认为临床分类学要走在病因探索的前面。英国著名精神病学家 Fish 曾提出这样的论断：“随着精神药理学，生物化学和神经生理学的发展，认真的临床工作比以往任何时候都更为需要。缺乏临床知识，精神病学的其他研究将是不见成效的”。因此，在当前不论是生物精神医学和社会精神医学的研究，都必须建立在坚实的临床工作基础上。本世纪 60 年代起，许多精神科研究者，集中于临床诊断的研究，他们致力于如何提高诊断的正确性，比较各国及各学派临床诊断的异同，导致美国 DSM-Ⅲ 诊断标准的问世，说明对临床工作研究重要性的认识的提高。

近年，我国引起了各种诊断量表、症状量表、定式和半定式检查、生物测量和生物统计等方面的新知识，这些对精神医学的研究都是必要的。但是我们要强调研究工作者和临床工作者一样，都需具有扎实的精神科临床基本功，要重视细致的临床检查和严谨的诊断。我们不能简单化地看成了有了量表和诊断标准，只要“对号入座”便可解决诊断问题。如果连许多精神症状还没有正确认识，又何以填写量表或选择诊断标准？所以我们呼吁从事精神科的同道要

重视临床工作,加强临床基本功的修养。

2. 发展生物精神医学和社会精神医学工作 当前的科学研究往往以一门学科的研究方法去研究其他学科的对象。就精神医学来说,根据生物科学和社会科学的研究方法可概分为生物精神医学和社会精神医学两个分支。从生物-心理-社会医学模式的整体性来看,承认这两个分支的界限,并不是取消精神病学发展分化中出现的学科分支,而相反地强调彼此互相联系、互相渗透、互相制约、互相依存,不是意味着互相隔离和排斥。

机体是生物-心理-社会医学模式中“生物”这个基本成分的承担者。这个医学模式不仅不排斥或忽视生物医学研究,而且要重视这种研究,并对生物医学研究提出进一步的要求,如心理社会因素在癌症、心血管疾病和其他心身疾病的发生发展中起多大作用,而且还要求进一步研究其作用的生理、生化机制。生物学因素是人们健康和疾病的物质承担者,心理社会因素对健康和疾病的影响,总是要以人体生物结构和机制为中介作为表现形式的。医学科学的深入分化,微观领域的研究是当今医学发展的重要特点,精神医学也不能例外。

宏观的研究方法,即社会精神医学的研究,我国以往未受到重视。近年来这一方面的研究进展,对精神疾病的认识和防治有了很大提高。流行病学研究不但提供了有关精神疾患的社会心理危险因素的线索,而且对社区精神卫生服务的发展提供了基础数据。生物精神医学的研究,受到仪器、设备、资金等方面的限制,我国目前只有少数单位正在创造条件,逐步开展。而社会精神医学的研究,多数机构都有可能实施,只要掌握学科的发展动态,作出科学设计,有一批经过训练、熟悉方法学和工具的研究人员,认真进行调查研究,可以作出较高质量的研究成果。

3. 逐步发展精神医学的分支 我国的精神医学由于起步较迟,和许多国家相比,人力和机构都相对不足,因此目前绝大多数的人员和机构仅从事普通精神医学范畴的工作。科学的发展,导致学科的分化,精神医学在过去几十年中,已分化出许多新的分支学科,如社区精神医学、儿童精神医学、老年精神医学、司法精神医学和会诊-联络精神医学等。

分支是学科发展的必然趋势。几十年来,医学科学本身和有关基础科学的发展,十分迅速,新的信息和研究结果成倍增长,要熟悉和掌握整个学科的全部重要的新发展,已不大可能。精神科工作者在打下扎实的临床实践基础后,要选择定向发展,以毕生精力从事某一分支学科的服务和研究。在精神科人才培养中就要贯彻这种“博而约”的原则。

从我国的现状看,还不可能在短期内普遍地建立精神医学的各个分支。但是,应该认识到这一发展的必然性和重要性,从各方面做好准备,结合我们的具体情况,创造条件,逐步发展。

(夏镇夷)

一、简史

当研究某一问题时,当然必须先收集资料,然后对资料进行归纳和分类,否则面对一大堆庞杂的资料是无法进行研究的。例如医学就是诸多学科(或行业)中的一类,因为实践的需要,逐渐分为内科、外科,进一步发展又分为现有的临床各科。精神科和神经科原是一个科,统属于大内科,后来逐渐分为两科(但我国迟至 1995 年才分别成立精神科学会和神经科学会)。

精神疾病由于多数病因不明,以及由于精神现象的复杂性,所以分类问题一直比较混乱,这也影响了学科的发展。二次世界大战以前,各国的精神科医生对于分类基本上是处于“各自为政”的状态。二战以后,由于各国交流的加强,出现了统一分类的需要,因而 WHO 在 1968 年出版了《国际疾病分类》第八版(简称 ICD-8);1980 年,美国精神病学会出版了《精神障碍诊断统计手册》第三版(简称 DSM-Ⅲ,在此之前出版的 DSM-Ⅰ(1968)内容与 ICD-8 相似);1992 年,WHO 出版了 ICD-10。这些分类都具有国际性影响,据称 ICD-10 已为我国卫生行政部门所接受。

由于 1950 年代我国精神科事业的迅速发展,也初次出现了规范分类的需要,因而在 1958 年召开的“第一次全国精神病防治工作会议”(一次行政性会议)上草拟了一个分类,这个分类十分简单,也没有正式公布,所以没有发生重大影响。以后由于政治运动不断,所以精神疾病分类问题没有机会放到议事日程上来,一直到 1978 年在中华医学会神经精神科学会的第二届全国性学术会议上(第一届在 1963 年召开),才提出要正式拟定一个分类方案,并在 1981 年公布,以后经过修订在 1989 年又公布了《中国精神疾病分类与诊断》的第二版(CCMD-2)。

CCMD-2 是我国第一次以单行本形式出版的分类手册,被国内发表的文章广泛引用。但是应用中也发现了一些缺点,加之近年来又陆续出版了 ICD-10 和 DSM-Ⅳ,因此在 1995 年又出版了它的修订版(CCMD-2-R),现在一个专题小组正在努力工作,准备在几年后出版 CCMD-3。

二、分类原则

为什么要有疾病分类?分类是为诊断服务的。有了统一的分类,医生们在交流经验时就有统一的语言,卫生行政管理部门就可以进行有效的(有可比性的)统计,研究人员就可以进行恰当的选题。

什么是诊断?诊断就是把一个具体病例的情况进行归纳总结,根据一定的分类框架,给予一个名称(“标签”)。不同的框架有不同的名称和概念,例如发热的疾病,中医通常称为“伤寒”或温病,西医通常称为感染。

诊断是为治疗服务的。医学实际上是治疗疾病的科学。理想的治疗当然是“治本”,即病

因治疗。一个理想的诊断当然最好是病因诊断。但医学历史表明,人类认识疾病一般都是从认识症状开始,然后逐渐认识其病因,所以早期的疾病分类其实是症状(或综合征)分类,现在的疾病分类也只有一部分能做到病因分类(主要是传染病)。临床上,我们决不能等找到确切病因再进行诊断和治疗,因此尽管近代分类并不理想,我们还是少不了它。我们只有在实践和研究中不断去完善它。

诊断是疾病的诊断,那么什么是疾病?疾病是一种常见的现象,但要对常见现象下一个严谨的定义却是很难的事(实际上要对“定义”一词下定义也是很难的)。疾病的对立面是“健康”,此词一直无公认的定义,一直到1970年代,人们才较广泛地接受了WHO章程里的定义,这个定义虽包涵较全面,但可操作性不是最理想。疾病也没有严格统一的定义,特别是精神疾病。美国精神医学会出版的DSM-Ⅲ,首次对“精神障碍”下了一个定义:“精神障碍是个体出现的具有临床意义的心理或行为的综合征或模式,使个体感到痛苦或功能减退,或使引起死亡、痛苦、残疾或丧失行动自由的危险性明显增加。此外,这种(例如亲人死亡)综合征或模式并不是由于众所认可的某些事件引起的表现。偏离社会常规的行为或冲突(例如政治、宗教或性生活方面)也不能认为是精神障碍,除非这种行为或冲突已成为引起个人苦恼或功能障碍的症状。”

上述定义并不是很严谨的,因为有些描述,例如“痛苦”、“功能减退”都不能严格地衡量,就像WHO关于“健康”的定义中的所谓“良好状态(well-being)”一样,也很难严格衡量。但这两个定义大体上都是好的,而且总比没有定义好得多。过去也有一些关于疾病的定义,例如“疾病是机体对有害因素的反应”,这一定义看起来无懈可击,但太抽象,可操作性很差。

目前的精神障碍分类主要是为临床服务的,正如DSM-Ⅳ所指出的,它的分类系统并不能无条件地使用于司法鉴定,必须要做某些补充。

近数十年来,人们非常重视一个分类方案的信度及效度问题。所谓信度,在这里是指不同的医生对同一病人作出同一诊断的一致性,一致性越高,即信度越高。目前认为用统计学上的kappa值来反映信度最好。kappa值为-1,提示完全不一致;kappa值为0,提示一致是由于机遇所致;kappa值为+1,提示完全一致,但这种可能性很少;kappa值为0.7,提示一致性“很好”,在0.5至0.7之间,为“好”;<0.5,为“差”(参见倪宗瓚主编:医学统计学,人民卫生出版社,1990,P.255)。

一个诊断的效度是指它能否达到其使用目的。例如抑郁症的诊断标准能否表达常见的抑郁症状(表面效度),能否指出其临床特征以与其他疾病区别(描述效度),能否预测其病程发展及治疗反应(预测效度),能否说明其病因、病理机制(结构效度)。目前精神科的诊断,其结构效度大多较差。

对多数精神疾病来说,由于病因未明,也缺乏明确的体征及实验室发现,因此诊断主要根据病程及症状,根据症状诊断,是目前从信度来说最好的诊断。

如果按病因分,精神疾病的病因大致可分两类,即病因已明的和病因未明的。在前一类中又可分为器质性的和心因性的,在精神疾病中只占少数。病因未明的也可分为两类,一类是由多种因素致病,但还不能明确何者为主要因素;另一类是对病因尚毫无肯定认识。有些病因未明的疾病在内科常称为“原发性”,在精神科称为“内因性”(由躯体因素引起的则称为“外因性”),但近几年来“内因性”一词已逐渐少用,因为内因外因的概念很复杂,有时也难截然区分。