

社会 精神病学 实践



上海科学技术文献出版社

社会精神病学实践

单怀海 主 编
徐一峰 副主编

上海科学技术文献出版社

内 容 提 要

本书是一本与社会文化相关的精神病学著作,主要介绍近年来有关社会文化与精神病学关系研究的最新进展。主要内容为精神障碍和症状的社会文化特征,精神障碍分类和诊断在不同文化的差异,文化相关综合征,社会文化与人类行为的关系,中国文化的心理治疗、心理康复模式与中国文化相关的心理卫生问题。对中国精神病学临床和研究有指导作用,可以作为初中级精神病学专业人员的进修教材,及供国内外精神病学同行参考。

图书在版编目(CIP)数据

社会精神病学实践/单怀海著. —上海:上海科学技术文献出版社,2001.9
ISBN 7-5439-1869-2

I. 社... II. 单... III. 社会精神病学—研究
IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 051404 号

社会精神病学实践

单怀海 主编 徐一峰 副主编

*

上海科学技术文献出版社出版发行
(上海市武康路2号 邮政编码 200031)

全国新华书店经销

常熟人民印刷厂印刷

*

开本 850×1168 1/32 印张 12.125 字数 347 000

2001年9月第1版 2001年9月第1次印刷

印数:1-3 100

ISBN 7-5439-1869-2/R·473

定价:20.00 元

2001.9.10

前 言

也许是我的浅陋寡闻,据我所知,偌大的中国还没有一本关于社会精神病学的专著。有几位精神科工作者,包括我本人,曾经想编写一本专著,但迄今为止,只是想,而没有付诸行动。倒是一组较为年轻的同道们,在不太长的时间内完成了这项工作。这也使我悟出了两个道理:一是后生可畏,后浪推前浪,这是颠扑不破的真理;二是贵在行动,说一万句好话,不如做一件好事情。我由衷地为本书的问世感到高兴。

众所周知,人类是具社会性的高级生物,人类的功能和活动,必然受到社会的影响。人的精神疾病和精神障碍的发生、发展、预后和转归,和社会因素有着千丝万缕的关系;社会干预在精神疾病和精神障碍的预防、治疗和康复方面,有着不可替代的作用。我国的医生及其他卫生工作者,包括精神科医生,多数对社会学及社会工作(social work——这是一门专业)所知甚少;我国的精神科队伍中,还没有合格的社会工作者的参与;尽管在研究及服务中,已经有了一些社会精神病学的实践,但就总体而言亟需提高。要提高,首先就需要知识,而许多同道正苦于没有合适的参考书。本书的出版,无疑会得到同道们的欢迎。

社会精神病学的內容,应该覆盖些什么,众说纷纭。曾经有

人将所有不符合当时、当地社会常模的行为统统包括在内,甚至把殴斗、酗酒、吸毒、卖淫、流浪、赌博、犯罪等,都包罗进来。尽管这类非常模行为,可能与社会精神病学有些联系,然而精神病学家毕竟不是救世主,改变社会不良现象,也不是社会精神病工作者的专业职责。有些作者则将社会精神病学紧缩为精神疾病诊断、治疗和康复过程的社会学参与,即精神病学中社会学的技术和方法的应用。到底怎样才合适,则是许多作者面临的共同难题。本书作者巧妙地避开了这一难题,书名为《社会精神病学实践》,将国内外的相关实践,由作者根据是否适合本书取舍。这种“拿来主义”的取材方法有些像文集,不大容易做到“五脏俱全”。然而,我翻阅了一下本书,社会精神病学的主要内容大多已经涉及,只是详简不一,作者感兴趣的写得详实些,不太感兴趣的所占篇幅少些。

社会精神病学的许多理论或假说,分歧较大。本书介绍的也并不一定是金科玉律。实践一定要在理论的指导下才能提高,实践只有上升成为理论才有质的飞跃。我国社会精神病学实践的一大缺陷是理论部分相对薄弱,从这一角度看,引进一些即使尚未被公认的理论也无可厚非。读者们可以根据自己的理解、判断和实践,决定接受哪一部分,不接受哪一部分。前已述及,本书的作者年龄较轻,他们不求四平八稳,敢于发表自己的见解,以自己的观点去组织和加工资料,不受世俗的教条束缚,因而写得很有生气,有许多新意。这是应该提倡的写作方法。本人在阅读本书时,了解了许多原先不太熟悉甚至不了解的内容,以及一些和主流观点不太一致的见解,正是这些篇章,使我得益匪浅,也深感年轻学者的可爱。但愿本书的作者们,在今后的岁月中不要磨去棱角,始终保持锋芒毕露、敢于批判、锐意进取的状态,不要随大流,不要人云亦云,不要做抄书匠。

作者盛情请我写篇前言,我实在不善于作序,倒写得有些像杂感。曾经想另成一文,但是觉得上述文字是我的第一感觉,而且确实是用心来写的,再写未必能写得更好。总之,谢谢作者们

贡献了一本好书,一本有用的书。

中华精神科学会主任委员 张明园

目 录

前言

第一章 社会精神病学概论	(1)
第一节 社会精神病学发展	(1)
第二节 我国社会精神病学的发展	(18)
第三节 上海模式——城市精神病的社区康复	(22)
第四节 社会精神病学展望	(31)
第五节 结论	(39)
第二章 心理卫生与心理咨询	(42)
第一节 会诊联络精神病学	(42)
第二节 心身医学与心身疾病	(54)
第三节 心理咨询	(62)
第三章 精神疾病的分类与诊断	(81)
第一节 精神疾病的分类	(81)
第二节 精神疾病诊断标准的研究及展望	(88)
第三节 精神疾病的诊断技术	(98)
第四章 社会文化与精神病学	(112)
第一节 概述	(112)
第二节 文化相关综合征	(118)

第三节 迷信、巫术和宗教相关精神障碍	(130)
第五章 行为学、社会学、人类学与精神卫生	(146)
第一节 人类行为与社会文化	(147)
第二节 精神疾病中的社会学	(151)
第三节 人类学对医学的贡献	(171)
第六章 民间健身术与心身医学	(187)
第一节 概述	(187)
第二节 民间健身术的心身反应	(198)
第三节 气功相关精神障碍	(210)
第七章 社会心理应激与精神障碍	(230)
第一节 社会心理应激	(230)
第二节 应激评估与解释应激的理论	(236)
第三节 应激障碍的处理	(244)
第四节 相关问题的讨论	(251)
第八章 中医传统的心理治疗	(258)
第一节 中国传统文化与心理学理论	(258)
第二节 运用中西医结合方法的研究	(265)
第三节 中医传统的心理治疗应有的基本原则	(269)
第四节 两种典型的中医心理疗法	(273)
第九章 康复精神病学	(279)
第一节 心理社会康复的效果评估	(279)
第二节 精神疾病社区管理实践	(325)
第三节 精神疾病康复研究新进展	(340)
第十章 其他与社会文化相关的心理卫生问题	(353)
第一节 概述	(353)
第二节 自杀的心理社会问题	(355)
第三节 物质滥用的心理社会问题	(360)
第四节 精神卫生与立法	(369)
编后语	(378)

社会精神病学概论

第一节 社会精神病学发展

社会精神病学发展至今已有一百年的历史了。社会精神病学的肇始一般都以 1898 年法国社会学家 Emile Durkheim 发表的《论自杀：一项社会学研究》为标志，认为这是关于社会因素和人类病态行为的最早的研究报告。根据有关自杀的社会统计数据，Durkheim 发现男性自杀率高于女性，未婚者高于已婚者，不同文化中的自杀率也存在着稳定的区别。Durkheim 认为，自杀率的差别不能用人格的不同加以解释，社会因素，特别是社会联系的紧密程度起着重要的作用。

20 世纪 30 年代初，美国社会学会正式采用社会精神病学 (social psychiatry) 这一术语，1950 年，纽约 Cornell 大学设立了第一个社会精神病学教授职位，1955 年，《国际社会精神病学杂志》(International Journal of Social Psychiatry) 创刊。

迄今为止，社会精神病学的概念和范围尚未完全确定。一般而言，它是一门研究社会因素在精神疾病的发生、治疗、预防中的作用，以及利用社会因素促进精神健康的学科。它的主要研究范

围包括:(1)精神疾病的分布状况,即精神病流行病学;(2)社会因素(如文化与文明、城市化、人口学变动、工业化、失业、家庭结构、社会心理应激、社会支持、社会阶层等)对精神健康的影响;(3)精神卫生服务的组织和精神卫生机构的利用等。

一、精神医学模式转变

医学模式(medical model)是人们对健康与疾病的认识、思考、评价或解释方式。和其他医学学科一样,尽管并不是人人都对自己的模式作过分析和总结,但精神病学的研究者和临床医师在实践中总是以一定的思维模式作为指导。Lazare(1985)提出,现代精神病学对精神疾病的思考和解释可以概括为四种理论模式:

(一) 心理动力学模式

该模式认为,精神症状的产生既是基本心理冲突的反映,也是个体解决内心冲突的尝试。

(二) 生物学模式,或生物医学模式

该模式倡导者相信,精神病态是脑功能失调的客观表现,精神症状的产生,总是与大脑结构或遗传,体内生理、生化的改变有关。在临床方面,提倡和其他临床医师一样,通过病史查询、临床和实验室检查,作出精神疾病的诊断,然后提出以躯体治疗为主的治疗方案。

(三) 社会文化模式

该模式认为精神症状的起源不是内心冲突,也不是医学意义上的精神疾病,而是社会动乱和社会变迁的结果。各种精神疾病及精神疾病的表现,甚至所谓某人患精神疾病的说法,都应看作是社会现象,如对社会团体崩溃和瓦解的一种反应,一种社会交流或应付的手段,是某种文化或某个种族特殊的表达痛苦的方式,或是表明某种行为与社会团体的要求相冲突的信号。对精神疾病的治疗,则应是帮助病人正确地应付现存的社会体制。

(四) 行为模式

该模式起源于心理学中的行为主义学派,认为症状是个体习

得的行为,它既不是生物学意义上的疾病的表现,也不是内心冲突的反映和社会变迁的结果,治疗应针对症状本身,研究在现实生活环境症状出现的前提条件和病态行为的强化因素。

在 20 世纪上半叶,心理动力学模式是精神病学中占统治地位的模式,但是,这种模式的理论看起来相当玄奥,在实际中难以证实,它所采用的精神疾病的概念与临床其他各科疾病的概念相去甚远,并且缺乏对精神疾病的有效、实用的治疗方法。当时,由于生物学方面的研究取得了重要的进展,生物医学在除精神病学以外的整个医学领域中已占主导地位,因此,不论是医学的其他学科还是精神病学本身都要求医学模式从心理动力学模式向生物医学模式转变。1946 年,生物精神病学协会随即在美国成立。

此外,20 世纪 50 年代以后,对精神病人的治疗方式明显转向社区治疗。在综合性医院开设精神病房,把社会工作项目的发展作为精神科保健的一部分,以社区为基地的生活安排和职业培训项目,与门诊和出院保健项目构成了从以医院为基地的精神疾病治疗模式的转变。一系列因素导致社区精神卫生系统的出现。最重要的有:20 世纪 50 年代绝大多数公共精神病院的状况不佳,精神药物的出现,住院代价过高,认识到在一般大众中有很大部分未经治疗的精神疾病,在恰当环境中进行治疗的法律要求,和对精神卫生治疗的新的哲学导向。以美国为例,二战后的 10 年中,州立精神病院的住院人口急剧增长,过分拥挤引起了地方、州和国家的政客的注意和关心。1948 年,Albert Deutsch 发表了《国家的耻辱》这份轰动一时的报告,暴露了存在于精神病院中的可怕状态。报告收集了在美国公共精神病院严重的资金不足,雇佣不合格的治疗者,悲惨的卫生条件,低劣的治疗,身体虐待,精神科治疗的总体缺乏和非常高的死亡率等情况。显然对绝大多数精神病患者来说,进入精神病院就意味着穷途末路。一旦入院,绝大多数人会终生呆在那儿,被遗忘和被抛弃。1961 年,Erving Goffman 出版了《收容所》一书,他认为精神病院使病人沮丧、依赖、无助,甚至因而无法在医院以外的环境中生存。他还提出医院事实上起到了阻碍治

疗的作用。

20世纪50年代,精神疾病的治疗因精神药物如氟哌啶醇的发明而发生了革命。这些药物似乎能控制绝大多数怪异行为、幻觉和妄想,以及其他认知紊乱。这些药物被迅速而广泛地采用。精神疾病生物化学的解释因为药物的奏效而被看作是基本准确的,也推动了出院化运动。因为如果这些药物确能控制怪异行为和思维,就不那么需要限制精神病患者了。无疑,精神药物的发明和使用明显缩短了病人的住院时间(Gronfein 1985),使精神病像其他慢性疾病一样能以社区作为治疗基地。自此以后,更有效、副作用更小的抗精神病药物不断出现,对缓解抑郁情绪有效的三环类抗抑郁剂也很快被广泛地应用于临床,精神疾病的预后大有改观。

生物学科和影像技术的进步,也使得研究某些精神疾病的生物学机制成为可能,近年来已有不少学者致力于对精神疾病的分子遗传学基础及其体内的“生物学标志”的研究。生物精神病学采用较为严格的描述和定义,使人们在讨论疾病和症状时有了相互交流的平台,为临床提供有效治疗手段。研究中使用客观的和实验的方法,系统地收集和分析资料。这样,精神病学在很大程度上改变了心理动力模式下的思辩面貌,从而开始以客观和科学的面貌出现。因此,50年代以来,生物科学逐渐成为精神病学的主要基础理论学科,心理学的地位在精神病学中相应下降,至于精神健康与疾病相关的社会科学理论和方法,大多数精神病学家,特别是临床精神病学家要么因生疏而忽视,要么采取全盘否定的态度。即使是对心理过程和社会环境有兴趣的学者,也常常希望最后在生物学上找到问题的答案。总之,生物学模式成了精神病学的主流思维模式。

但是,不少学者坚持认为,生物学模式也存在着严重的缺陷,而这些缺陷在精神病学领域内表现得尤为突出。在理论方面,生物医学模式中存在的还原论和心身二元论观点阻碍了对精神疾病的整体认识。还原论是一种哲学观点,认为复杂现象是由简单的原始要素组成的。在精神病学中,还原论者要求所有的病态行为

都用生理学或生物化学的元素来解释,而生物学现象最后可完全由化学和物理学的语言来说明。例如,1975年Ludwig曾经提出,生物学变量的偏移就是疾病,它是由已知的或未知的自然原因所引起。在对待心身关系问题上,生物医学模式明显地持心身二元论的观点,这种观点将精神和躯体分离开来,认为人的精神世界是独立于人的躯体而存在的,躯体不过是一部机器,疾病是机器故障的表现,医师的责任就是对有故障的机器进行修复,因而完全忽视其心理、社会和文化维度。因为对精神疾病的社会学、人类学的研究不像生物医学那样提供实验室证据,不少临床医生或多或少地怀疑这些研究的科学性,认为在繁忙的临床工作中,社会学和人类学的知识难于应用,因而满足于精神疾病诊断治疗中“精神分裂症医院,盐酸氯丙嗪医生”的简单格局。

与此同时,在社会科学方面,也有一些学者企图从根本上否定精神疾病的生物学“疾病”属性。社会学方面的反精神病学观点认为精神疾病完全是社会动乱和社会冲突、社会不平等的产物,是社会有病而不是个人有病,病态社会塑造病态行为。同时认为精神病院和监狱差不多,精神科医师则比狱卒好不了多少,精神病学完全是一种社会控制的工具。标签论(labeling theory)则认为,精神病患者的行为方式与社会大多数人不同,无所谓正常和异常。精神疾病的诊断是社会上一部分人强加于另一部分人的带侮辱性质的标签。文化人类学方面的激进文化论者(radical culturalist),认为精神疾病的表现实际上是一些不为现时代大多数人所理解的思想,这些思想在将来的某个时候或许会为大多数人所接受。因此,有人提出要把精神病学从医学学科中分离出来,使之成为社会科学的下属学科。

由于人类精神现象的复杂性,即使将来生物学技术方面出现重大的突破,要找出所有精神疾病(包括神经症、人格障碍)或每个精神症状的特异性生物学改变也是不太可能的。在精神疾病的治疗方面,虽然精神药理学确实使临床医师能够在一定程度上控制精神病人的情绪和行为紊乱,但是对于与精神疾病有关的家庭和

社会问题,特别是精神病人的社会功能康复,生物精神病学在很大程度上是无能为力的。

与社会经济发展随之而来的健康状况和健康需求的转变也对生物医学模式提出了挑战。首先,自第二次世界大战以来,不论是在发达国家或发展中国家,人们的平均寿命都有了大幅度的增长,例如,我国人口的平均期望寿命从 1949 年的 39 岁增加到了现在的 70 岁左右。由于老年人口在人群中所占比例增加,各种老年期精神疾病的患病率必然有所增加,老年躯体健康的改善,将使生物学衰老所带来的精神障碍显得越来越重要。此外,慢性精神病患者的生存期也随着一般人群的寿命延长而延长。第二,近几十年来,世界各国先后出现了疾病谱和死因谱的变化,心血管疾病、脑血管病、恶性肿瘤、意外事故、自杀等已取代传染性疾病而成为主要的死亡原因。大量研究已经证明,这些疾病的发生、发展和预后与精神应激、行为方式和生活方式有着密切的联系。第三,随着人群健康状况的不断改善,社会病态行为如吸烟、酗酒、吸毒、自杀、迷信、性放纵、赌博等行为对躯体和精神健康的影响显得越来越重要,对精神卫生工作提出了新的挑战。第四,随着社会经济的发展,人们对精神卫生的需求将会进一步发展,对精神卫生服务的质和量的要求也必将提高。

因此,1977 年 Engel 及其他一些精神病学家、社会科学家提出,单纯的生物医学模式已不符合现代精神病学发展的需要,精神疾病的医学模式应向综合的生物、心理、社会医学模式(biopsychosocial model,简称为 BPS 模式)转变。这种新的模式并不否定精神疾病的生物学维度,但是认为仅用生物学知识来解释精神疾病是不够的。为了实现对疾病决定因素的全面理解,为病人提供真正合理的治疗和卫生保健服务,医学模式也应将病人(而不是仅仅将他们的疾病)、病人所处的社会环境、社会对疾病和病人的反作用予以充分的、综合的和整体的考虑。人不是由各种零件组合起来的生物学机器,不是单独由内部力量驱动的心理系统,也不是对社会环境刺激的被动反应器。因此,在一定程度上说,精神

病学是生物医学与社会文化科学之间的一门交叉学科;临床医师不仅应该具备生物医学的知识,而且也应该具备社会和人文科学知识。这就是生物、心理、社会医学模式的主要内容。虽然这个模式并不一定是十全十美的,但是,一般认为它符合现代医学发展的方向,近年来已逐渐被精神病学的研究者和临床医师所接受。

二、社会精神病学与文化精神病学的发展概况

在精神病学领域中,对文化与社会因素两者并未加以严格的区分,故 20 世纪 60 年代有学者认为文化精神病学是社会精神病学的分支之一。到目前为止,两者在研究范围方面还有不少交叉的地方。但近年来的发展,已使文化精神病学具有了相对的独立性。文化精神病学,或名称不同、内涵相近的比较精神病学(comparative psychiatry)、跨文化精神病学(cross - cultural psychiatry),不论在理论还是在研究方法方面都与美国的文化人类学或英国的社会人类学有着密切的联系。

(一) 社会精神病学

在社会学的结构功能主义思想影响下,早期的社会精神病学主要研究社会结构,特别是社会阶层在促成精神疾病中的作用。但是,由于无法确定社会结构与精神疾病之间的“中介”变量,这方面的研究成果难以应用于精神病学实践。许多社会学家转而以应激为中心,在微观水平上探讨精神疾病的病因。近几十年来,应激成为社会学和精神病学共同的热门课题,许多学者认为,可以通过对应激的研究,在社会因素与精神病理现象之间架起一座桥梁。进一步的流行病学研究发现,在普通人群中都存在着大量的潜在症状,从此疾病行为(illness behavior),特别是求医行为(help-seeking behavior)又成了社会精神病学研究的一个新领域。

在西方国家,由于社区精神病学和文化精神病学的相对独立,社会精神病学的主要研究范围包括:

1. 精神疾病在社会中的分布(社会流行病学);
2. 社会因素如文化与文明、城市化、人口学变动、工业化、失

业、家庭结构、社会心理应激、社会支持、社会阶层等对精神健康的影响；

3. 精神卫生服务的组织和精神卫生机构的利用等。

我国目前采用的社会精神病学概念较广,国外属于文化精神病学的內容也包括在内。与生物精神病学相对应,社会精神病学的主要范围包括:

1. 精神病流行病学;
2. 社区精神病学和预防精神病学;
3. 文化精神病学;
4. 司法精神病学
5. 瘾癖精神病学(addiction psychiatry),行为医学;
6. 其他。

社区精神病学(communitv psychiatry 或 community mental health)与社会精神病学既有区别,又有密切联系。总的来说,社区精神病学将社会精神病学的研究成果和理论观点应用于临床和预防实践,向社区中的个人、家庭和社会群体提供有效和合理的精神卫生服务。其主要研究和实践范围包括社区精神疾病的预防、治疗、康复和社会适应的统筹安排和管理,与我国的精神疾病防治网相似。

(二) 文化精神病学

1. 文化的概念

“文化”一词常用来表示个体受教育的知识多少,例如“文化程度”。但作为文化精神病学的一个关键概念,“文化”一词与一般的用法不同。广义的文化是指人类社会中“知识、信仰、艺术、道德标准、法律、风俗以及个人作为社会的一员所获能力和习惯的复合体”(Ty1or,1871)。不同人群具有不同的文化,其表现形式可以是明确的,如现代社会中的各项法律、法规等;也可以是隐含的、约定俗成的,如社会成员共同遵守的道德标准。社会成员通过文化人类学称之为“文化熏陶(enculturation)”或文化化的过程逐步学会并接受所在社会的价值观念、道德标准和行为准则。虽然有学者从整个人类的进化考虑,认为特殊的文化可以改变基因而影响后代

的行为,但个体所掌握的文化则主要是习得的、后天的,而不是本能的、遗传的。文化又是相对的和可以变化的,在短时间内发生的急剧的文化改变称为文化变迁(cultural changes)。文化精神病学特别注重特定文化所规定的价值观念、解释模式、情绪体验、行为规范以及文化变迁对健康和疾病的影响。

2. 跨文化精神病学

1903年,德国精神病学家 E. Kraepelin 访问了爪哇,发现当地的精神病理现象与西方所见者有所不同。1904年他提出了比较精神病学的概念,这可以说是开讨论文化与精神病理现象的先河。自此以后,许多西方精神病学家将自己的研究范围扩大到非西方社会,应用西方精神病学家概念研究非西方的精神疾病。20世纪50年代以来,北美精神病学家试图比较不同社会中精神疾病的症状和发病率,并用跨文化精神病学一词来概括他们的研究。

由于各个研究者所采用的诊断标准差异很大,各国资料之间比较的可信度有限。至20世纪70年代,为了克服精神疾病诊断中标准不一的问题,精神病学家开始应用定式检查的方法,例如“现症检查(Present State Examination, PSE)”,来进行跨文化精神病学研究,以便更准确地比较精神疾病的发病率,并研究精神疾病是否和其他疾病一样在各种文化环境下具有相同或大致相同的表现,特别注意与文化相关的特殊表现。

概括起来,跨文化精神病学的主要研究内容包括:

(1) 精神疾病在不同文化中的分布,即精神疾病的发病率和患病率,包括不同文化之间的比较和移民与当地人之间的比较。目前我国跨文化精神病学研究以前者为主,如应用统一的诊断标准研究比较少数民族和汉族的精神疾病发病率,但也有个别学者对移民的精神病学问题进行了研究;

(2) 精神疾病在不同文化中的表现,主要研究不同文化中精神疾病的症状的异同,如许多研究都发现精神分裂症的妄想内容随时代和文化背景的不同而有所不同;

(3) 特殊文化群体的特殊精神病理现象,即所谓的文化相关