



现代精神医学

主编 徐韬园

现代精神医学

主编 徐韬园

上海医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代精神医学/徐韬园主编. —上海:上海医科大学出版社,2000

ISBN 7-5627-0535-6

I. 现... II. 徐... III. 精神病学-研究 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 17844 号

现代精神医学
Xiandai Jingshen Yixue

主 编 徐韬园
责任编辑 贺 琦
版面设计 丁 玮
责任校对 王汇珊 蒋建安

出版发行 上海医科大学出版社

地 址 上海市医学院路 138 号(200032)

经 销 新华书店上海发行所

印 刷 江苏句容市排印厂

开 本 787×1092 1/16

印 张 28.75

插 页 5

字 数 971 000

版 次 2000 年 7 月第 1 版 第 1 次印刷

印 数 1—4000

书 号 ISBN 7-5627-0535-6/R·504

定 价 88.00 元

如遇印、装质量问题,请直接与印刷厂联系调换

(地址:江苏省句容市春城集镇 邮编:212404)

编写者(以章节先后为序)

杨德森	湖南医科大学
张亚林	湖南医科大学
赵靖平	湖南医科大学
万国斌	湖南医科大学
郝伟	湖南医科大学
王小平	湖南医科大学
彭仁罗	湖南医科大学
刘破资	湖南医科大学
欧阳珊	湖南医科大学
王继贵	湖南医科大学
刘铁桥	湖南医科大学
颜文伟	上海市精神卫生中心
季建林	上海医科大学
肖世富	上海市精神卫生中心
张明园	上海市精神卫生中心
陆明康	上海市精神卫生中心
江开达	上海医科大学
姚芳传	南京脑科医院
陈向一	湖南医科大学
谢斌	上海市精神卫生中心
郑瞻培	上海市精神卫生中心
郭沈昌	汕头大学精神卫生中心
忻仁娥	上海市精神卫生中心
徐韬园	上海医科大学
杜亚松	上海市精神卫生中心

1985/13

前 言

1996年在汕头大学精神卫生中心召开了“全国精神卫生系(专业)面向21世纪教改和教材编写研讨会”,决定编写一本适用于精神卫生专业的精神医学的参考书,并委托徐韬园和杨德森担任正副主编。

本书编写的目的,就是为举办精神卫生专业的医学院校提供本专业学生学习精神医学用的大型参考书,篇幅是由卫生部组织编写的供基础、临床、预防、口腔医学类专业用的精神病学教材篇幅的1倍,使将来从事本专业的学生,在医学院校学习期间,对本专业有较为全面的认识和较为深入的了解。本书总论部分,主要介绍本学科一般基本知识,使学生对这个学科的全貌有一个概括的、整体的认识,如登高望景,一览无余。各论部分介绍各类精神疾病的诊疗知识,其中重点论述器质性精神病、神经症、精神分裂症、药物依赖、情感性精神病与儿童精神障碍,心理生理障碍与心身疾病等常见病、多发病。在编写过程中,参考了国内外流行的同类型书籍,以取长补短。力求内容新颖、全面、准确、实用,文字简洁流畅,通俗易懂。对于医学院校临床医疗系毕业从事本专业的青年医生来说,本书可作为一本入门的必备参考书。

一个人编写一本教科书,要求面面俱到,往往力不从心。几十个人合编一本大型参考书,又难免步调不一,众说纷纭。本书总论部分主要由杨德森教授及其同仁负责编写,各论部分主要由徐韬园教授及其同仁负责编写,观点与学风、文风希望能达到基本的统一。编写过程也是一个内部练兵、新老交替的过程,希望能够使用10年,发行万册,培训一批跨世纪专业人才,去迎接新世纪脑科学、心理与行为科学的辉煌发展。

我们希望读者在使用过程中对本书的不足之处提出意见和建议,以利今后改进。上海医科大学出版社对本书的出版给予大力支持,并在编辑过程中,消除了不少原稿中的疏漏,在此表示感谢。

编 者

2000年7月

目 录

上 篇

1 概论	1
2 现代精神医学的主要学派	6
2.1 描述性精神病学	6
2.2 动力精神病学	7
2.3 精神生物学派.....	10
2.4 行为医学的观点.....	10
3 病因学	13
3.1 概论.....	13
3.2 遗传因素.....	14
3.3 体质因素与心理素质因素.....	16
3.4 性别和年龄因素.....	16
3.5 器质性因素.....	17
3.6 心理、社会因素	17
3.7 生物化学与精神药理学研究.....	19
3.8 实验性精神疾病.....	20
3.9 精神疾病发生过程中各种因素的相互作用.....	21
4 症状学	22
4.1 概述.....	23
4.2 感知觉及其障碍.....	23
4.3 思维及其障碍.....	30
4.4 注意及其障碍.....	41
4.5 记忆及其障碍.....	43
4.6 智能及其障碍.....	46
4.7 情绪及其障碍.....	48
4.8 意志行为及其障碍.....	53
4.9 意识及意识障碍.....	58
4.10 人格及其障碍	62
4.11 自知力	65
4.12 精神疾病综合征	65

5 精神疾病的分类	69
5.1 概念	69
5.2 分类指标	71
5.3 精神疾病的基本类别	71
5.4 我国的分类系统	71
6 精神科病史采集	75
6.1 精神科病史的重要性	75
6.2 病史来源及采集方法	76
6.3 病史内容	77
7 精神检查	81
7.1 概述	81
7.2 精神状况检查提纲	83
7.3 特殊情况的精神检查	87
8 体格检查及实验室检查	90
8.1 颅骨平片	90
8.2 脑 CT 扫描	92
8.3 磁共振成像	96
8.4 核素脑功能显像	97
8.5 其他脑影像检查	98
8.6 脑电图检查	100
8.7 脑电地形图	106
8.8 脑脊液检查	109
9 精神疾病的诊断	114
9.1 诊断依据	114
9.2 诊断思维	118
9.3 误诊与诊断分歧	120
10 治疗学	123
10.1 精神疾病的治疗原则	123
10.2 精神药物治疗概述	124
10.3 抗精神病药	137
10.4 抗抑郁药	144
10.5 情感调整剂	148
10.6 抗焦虑药	149
10.7 抗强迫药	150
10.8 精神振奋药	150
10.9 脑代谢药	152
10.10 电休克治疗及胰岛素昏迷治疗	153
10.11 心理治疗	155

下 篇

11 器质性(包括症状性)精神障碍	185
11.1 概述	185
11.2 脑变性病所致精神障碍	192
11.3 脑血管病伴发的精神障碍	209
11.4 颅内感染伴发的精神障碍	213
11.5 颅内肿瘤所致精神障碍	220
11.6 脑外伤伴发的精神障碍	224
11.7 癫痫性精神障碍	227
11.8 其他躯体疾病所致精神障碍	234
12 精神活性物质滥用及中毒性精神障碍	246
12.1 概述	246
12.2 阿片类药物依赖	254
12.3 酒依赖	257
12.4 烟草依赖	262
12.5 其他成瘾物质依赖	265
12.6 中毒性精神障碍	268
13 精神分裂症及其他精神病性障碍	272
13.1 精神分裂症	272
13.2 偏执性精神障碍	294
13.3 急性短暂精神病性障碍	296
13.4 分裂情感性精神病	299
14 情感(心境)障碍	304
14.1 概述	304
14.2 患病率与发病率	305
14.3 病因	309
14.4 临床症状	311
14.5 分型	314
14.6 诊断与鉴别诊断	317
14.7 病程与预后	321
14.8 治疗	322
15 神经症	326
15.1 概述	327
15.2 恐怖性神经症	336
15.3 焦虑性神经症	339
15.4 强迫性神经症	343
15.5 抑郁性神经症	346

15.6	癔症·····	349
15.7	疑病性神经症·····	357
15.8	神经衰弱·····	361
15.9	其他神经症·····	364
16	心理生理障碍与心身疾病 ·····	368
16.1	绪论·····	368
16.2	各系统的心理生理障碍·····	372
17	人格、意向及性心理障碍 ·····	385
17.1	人格障碍·····	385
17.2	意向控制障碍·····	393
17.3	性心理障碍·····	394
18	心理发育障碍 ·····	403
18.1	特定性言语和语言发育障碍·····	403
18.2	特定性学校技能发育障碍·····	407
18.3	特定性运动功能发育障碍·····	410
18.4	混合性特定发育障碍·····	410
18.5	广泛性发育障碍·····	411
19	精神发育迟滞 ·····	418
19.1	概述·····	418
19.2	临床表现·····	420
19.3	治疗·····	424
20	儿童少年期精神障碍 ·····	425
20.1	概述·····	425
20.2	多动障碍·····	426
20.3	品行障碍·····	429
20.4	情绪障碍·····	430
20.5	儿童学习困难·····	431
20.6	抽动障碍·····	433
20.7	常见于儿童期的某些症状或综合征·····	435
20.8	儿童精神障碍的治疗要点·····	438
21	司法精神医学 ·····	444
21.1	司法精神医学的学派·····	444
21.2	司法精神医学鉴定的体制·····	445
21.3	司法精神医学中的疾病分类·····	446
21.4	司法精神医学领域中的几个实际问题·····	447

上 篇

概 论 1

大多数智力发育较高的医学生对心理学与精神医学有浓厚的学习兴趣,因为他们学习兴趣比较广泛,特别是对于人类大脑的功能,自己的与他人的、正常与异常心理活动的各种表现形式及其根源,怀有浓厚的求知欲望。

传统的生物医学模式与医疗服务模式是只见树木不见森林,只见疾病不见患者,讲病因只有微生物或有害理化因素,讲发病机制只有病理解剖、生理与生物化学变化,讲诊断只有各种仪器扫描或滴定的发现,讲治疗就那么一些药物,很少提及心理与社会因素在病因、发病机制、临床表现、治疗方法与预后转归中的作用。面对一些与心理、社会因素和生活方式密切相关的疾病,如海洛因依赖获得性免疫缺陷综合征(AIDS,简称艾滋病)、肥胖症、自杀、社交恐怖症等,按照纯生物医学的医疗服务模式去处理,往往是束手无策,一筹莫展,或者是不承认这些疾病谱。例如自杀虽可致死,肥胖虽可致病,可能不被承认是生物医学意义上的疾病;又如海洛因依赖的治疗失败,主要原因是没有解决心理渴求(心理依赖)与社会同伙的诱惑,因而社会干预与心理康复在治疗中占据主导地位,不考虑心理社会因素在病因、流行病学、病程与预后、治疗与预防中的重大作用,是很片面的与陈旧的医疗方式。当发达国家人口中位居前列的十大死因很少是生物学病因所造成的时候,医学教育与医疗服务模式才由生物医学模式开始缓慢向生物-心理-社会医学模式转变。

现代生物医学继续迅速向前发展,新药层出不穷,新的医疗器械与检查方法日新月异,在西方发达国家,医生的工作逐步走向诊断信息电脑化,记录自动化,病史与体格检查格式化、程序化,并通过声像转录遥控化。这样做的结果,一方面是医生直接接触患者的时间越来越少,思想与情感的人际交流机会越来越少,个别化、人性化与人情味越来越少,批量处理法、机械化、商业化越来越多;另一方面是医疗费用急剧上升,许多医院由供不应求到供过于求,由门庭若市逐渐变为门前冷落,以前忙着只看病的医生如今闲着找患者了。

可以预期我国到下个世纪将和现代西方发达国家的情况一样,即医疗服务模式的转变为大势所趋。由患者上门排队来门诊与住院求医为主,转变为医护人员上门服务,开展家庭巡诊与家庭病床为主的医疗服务方式,由纯生物医学模式训练出来的医生,由于他们不能很好适应社会服务、家庭医疗与心理咨询工作,将不受欢迎。

医学是一门应用科学,社会需求的变化必然促进医学教育模式的变革,改革必须从中学教育开始,高中生可学点普通心理学,在健康教育的课程内容中,除身体保健知识之外,可增加心理保健的内容,并传授一点心理危机应付技能,让青年自己掌握最基本的心理咨询与心理治疗技术。

作为一个医学生应该学习普通心理学、社会学、社会医学、社会心理学与医学心理学,正如要学哲学或逻辑学、外语、电脑知识,细胞生物学或分子生物学一样,纯生物医学的教育模式不能培养全面发展与社会需要的医学专门人才,必须有10%~20%的课时安排人文社会科学,包括心理或行为科学,同时使用80%左右的课时安排基础科学与生物医学的专业知识内容,在临床医学学习阶段,精神病学与行为医学学科(或心理学与精神病学)必须和内科、外科、妇产科、儿科一样并列为五大主干学科,配备充足的师资、教学病房或实习基地。医学院校不开设心理学科与精神病学科的现象,再也不能存在下去了。

全国现有600多个精神病专科医院,600多个戒毒所面临精神科医生青黄不接、后继乏人的现象。但医学生选择职业时,虽然对心理学科有兴趣,却不愿作为自己的终身职业,正如大家都希望是美食家却不愿去当厨师一样。又如,在社会职业中殡葬业与环卫业大概是很多人不愿选择去就业的,但它有社会需求,政府必须出面调整,如特殊工种给予特殊工资津贴,优惠的劳保福利待遇,为培训接班人而创办特殊专业等,精神卫生专业教育尤其需要,不能只考虑规模和经济、教育经费少而轻率砍掉那些人学时很少有人问津、毕业

时却供不应求的偏小专业。

在医院门诊部各科就诊的患者中,大约 1/3 的就诊者经过专科各项检查没有发现任何器质性病变。从纯生物医学角度来考虑,这些就诊者是没有病的;而就诊者却自感躯体与器官有某种不适,认为自身健康受到威胁,甚至有强烈病感,反复求医,希望获得及时医治,解除症状,医患之间的看法大相径庭,没有共同语言,甚至形成矛盾。这类躯体不适,根据病因学原则分类,称为功能性躯体症状(*functional somatic symptom*);根据症状学原则分类,称为躯体形式障碍(*somatoform disorders*)。这类症状的病因何在,充其量也只有一部分病例中存在心理致病因素或心因,如生活事件或挫折与心理冲突,伴有负性情绪(焦虑、抑郁、悲哀、愤怒等)与认知功能降低(如精神不振、注意力不集中、记忆力减低、思维与工作效率下降、易感疲劳),与此同时有某个系统或多个系统的躯体不适感(如心跳加快、消化不良、尿意频数、性功能下降、睡眠障碍等);另一部分病例中并无明显心因,但可能有工作或学习负担过重、长途旅行、妊娠分娩、生活节律改变等因素,造成个体适应的困难而出现躯体不适症状。这部分病例虽然发病不是直接源于心理致病因素,但出现症状之后,常引起患者过度关注与焦虑抑郁的情绪反应,同样需要心理咨询与心理治疗。这类躯体不适,一部分精神科医生认为是由心理冲突、情绪矛盾转化而来,并命名为躯体化症状(*somatization symptom*)。他们认为转化为躯体不适症状之后,心理冲突、情绪矛盾及其表现出来的心理方面不适就自然而然消逝了,因为找到了另一条出路。还有少数学者有不同的解释,即认为这些躯体不适感都是抑郁症的症状(抑郁症患者在自感抑郁的同时有许多躯体不适主诉),但主观上没有抑郁体验,故命名为隐匿性抑郁症,建议用抗抑郁剂治疗,而在一部分病例中确实取得了疗效。不过,这类治疗有效的病例经过详细交谈,仍然可以发现抑郁情绪存在,进一步研究证实隐匿性与社会文化因素并无必然联系,更与情感发育障碍中的述情障碍(*alexithymia*)无关,因而这个诊断未获公认。

功能性躯体不适患者,以往提出过器官性神经症的诊断,如心脏神经症、胃肠神经症、性神经症、头部外伤性神经症、更年期神经症等。90%的病例过去、现在与将来,都是从来没有也不打算到精神科去看病的。他们人数众多,绝大部分由各科医生与基层通科医生、家庭医生处理,不管这些医生有无医学心理学与精神病学基本知识,不管诊断与治疗是否恰当,实际上都将由他们来处理,而不可能把这些患者都集中起来,专设

一个临床心理科处理。临床心理医生也将分散到各科去,与各科医生联络、会诊来协同与辅助治疗这些患者,只有不到 10% 的病情严重且迁延不愈的患者,最后才找精神科医生。

有人不根据临床实际需要与社会需求,据以往传统做法,把这些疾病命名为“轻性精神病”,列入精神病或精神障碍的范围,宣布为精神科医生的服务对象,甚至宣扬就诊于各科的患者中 30% 左右有精神障碍;并预言精神科在下个世纪将成为超越临床其他各科的第一大科。

如果把患有某种疾病(包括龋齿、沙眼、痤疮、屈光不正、脚癣、肥胖症等)都算患者,人群中还剩下几个健康人呢?!如果把出现过心理应激或心理危机,人格特征突出与情绪不稳定的人,功能性躯体不适与神经症的人,加上各种心身疾病患者,烟酒成瘾与吸毒或有安眠药物依赖的人,都与智力低下或精神病患者一起列为有精神障碍的患者,那么,人群中没有精神障碍的人肯定只占少数了。这样考虑问题带有浓厚的职业偏见,能为社会所公认吗?他们会反问提出多数人群有不同程度精神障碍的人,其本人精神状态是否也不正常呢?

确有一部分人的人格特征突出,在生活与人际交往中,有过盛的自尊或自卑心理,竞争、攀比与虚荣心理,好奇、冒险与侥幸心理,猜疑与嫉妒心理,过分自私与贪婪心理,依附与逆反心理等。由于社会适应不良而常造成他人与自己的精神痛苦,不能说这些人是性格健全或心理健康的人,那么他们存在什么问题呢,需要怎样的医疗服务呢,看来他们最需要的是心理咨询与心理治疗,而心理治疗的最终目的仍然是改变性格以改善社会适应能力。如果说他们有病,那么是心理障碍(*psychological disturbance*)、心理问题(*psychological problems*),还是精神障碍(*mental disorders*)呢?我们能否将这类问题称之为心理障碍而有别于精神障碍呢?

生活方式与人类行为本身,也可造成一些疾病,通过行为矫正可以防治这些疾病,近 20 年来形成了一门新的医学科学即行为科学。例如进食障碍中的神经性厌食症与贪食症,即人为地制造了一批营养不良症与肥胖症患者,而肥胖又继而引起高血压、糖尿病、粥样动脉硬化、冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)以及下肢骨关节疾病等一系列的损害;酗酒行为最终造成慢性胃肠炎、肝硬化、周围神经炎与慢性酒精性精神障碍;注射海洛因毒品引起心内膜与血管炎症、肝炎、肾脏损害、破伤风与 AIDS,以及人格改变的严重后

果;攻击与自杀行为,冒险、高危体育活动与嗜赌行为,性禁锢与性放纵行为,对迷信与神秘行为的迷恋入魔,都严重损害身心健康,不断地人为地制造疾病,这些疾病由不良的生活方式与不良行为方式所致,是行为医学研究的对象。

各科还有一些疾病从纯生物医学观点考虑,因疾病后期均有明显病理解剖或显微变化,应该算器质性躯体疾病,有别于前述的功能性躯体疾病。但在病因中有显著的心理致病因素的作用,而被称为心身疾病。如心血管系统的高血压病、冠心病,消化系统的溃疡病、肠易激综合征,呼吸系统的哮喘病,皮肤系统的瘙痒症与神经性皮炎,内分泌系统的甲状腺功能亢进症等。这些疾病与精神因素关系密切,却不能认为是精神障碍。精神科医生,特别是临床心理科医生可通过联络会诊方式协助处理,却不能以精神科医生为主来处理这些疾病。如果按照每个疾病在教材中由那科编写即属那一科的疾病,那么有部分精神病学教科书中,已经列入了心身疾病。

综上所述,依然有下列几类疾病存在归属问题。

- 1) 功能性躯体不适。
- 2) 神经症。
- 3) 人格特征突出与人格障碍。
- 4) 不良生活方式与行为方式所致的疾病。
- 5) 心身疾病。

在医学界,按照传统分类,将麻风病列入皮肤科,而没有将各种皮肤病列入麻风科,否则有湿疹与脚癣的患者再痒得难受也不会去看麻风科。精神科的传统却不然,凡是神经症、功能性躯体障碍等疾病,都要他们去看精神病科,或说他们患有“轻性精神病”,无疑会对他们造成很大的精神威胁。而人格障碍患者主动去精神科看病的,可能绝无仅有,难道这种鸡兔同笼的怪现象还要继续维持下去吗?

正如五官科划分眼科、耳鼻喉科与口腔科一样,妇产科进一步划分为妇科与产科,而腹部外科划分了肝胆外科与肛肠外科,传统的精神科划分为精神病科与行为医学科(或临床心理科、心身医学科)也是大势所趋。医疗服务发展要分细专科,医学教育要拓宽基础,两者可并行不悖。

未来的精神病科将只包括传统的重性精神病,服务对象为精神病专科医院的精神病患者,还有社区防治对象,即社区与家庭照顾的精神病患者。病院精神病学(hospital psychiatry)与社区精神病学(communitary psychiatry)即以这部分患者为诊疗与研究对象。

除此之外,前述5类疾病都应与精神病科脱钩,在综合医院与基层医院中,新组行为医学科(或临床心理科,或心身医学科),其服务对象是除精神病以外的各种与心理障碍或心理应激相关的疾病。

患重性精神病的患者,在人口中不过1%,包括患者的家属在内,与精神病院有供求医疗关系的人不到5%,终身不入精神病院的人占95%以上,但由于一些常见的精神病虽然发病率低但患病率高,即容易形成慢性病程,因而每省都有几个到几十个精神病院,比任何其他一种慢性疾病专科医院为多。在欧美国家,用于精神分裂症防治工作的开支,即占卫生经费年度总支出的2%左右。上述5类疾病在人口中的患病率也在5%~10%之间,即使包括全部就诊于各科的功能性躯体不适,也不过25%或30%左右。正如宣扬人人都有屈光不正或龋齿,不能说明眼科与口腔科在医学界的重要位置一样,危言耸听地宣扬普通人口中多数人都患有精神障碍,并不会在过去或将来,提高精神科在医学界的位置。随着经济建设的发展,生活节奏加快,工作竞争性增加,知识更新快,信息社会与知识经济社会或后工业社会的到来,并不能预示心理应激及其相关疾病与日俱增,以致前景堪忧。而实际情况是与此同时,随着温饱问题的解决与社会福利措施的改善,饥寒交迫的最严重的生存应激消失了。随着每周工作日与每日工作时间的减少,休闲和娱乐时间的增加,职业应激的程度可能下降,随着电脑与自动化技术、遥感与遥控技术的发展,脑力与体力劳动强度的减少与效率的增加,劳动将成为人们的需要、爱好而不是负担与应激。因而随着社会精神与物质文明的增长,生活方式与生活质量、身体健康与心理健康都将获得发展与提高。

(杨德森)

现代精神医学的主要学派 2

- 2.1 描述性精神病学
- 2.2 动力精神病学
 - 2.2.1 意识和无意识理论
 - 2.2.2 人格结构理论
 - 2.2.3 本能的理论
 - 2.2.4 心理防御机制
- 2.3 精神生物学派
 - 2.3.1 进化论的观点
 - 2.3.2 整合的观点
 - 2.3.3 强调社会文化的观点
- 2.4 行为医学的观点
 - 2.4.1 条件反射学说
 - 2.4.2 大脑皮质的内外抑制学说
 - 2.4.3 大脑皮质内神经过程运动的基本规律
 - 2.4.4 两个信号系统的学说
 - 2.4.5 神经活动类型

精神病学自古以来便是医学的一部分,但由于精神活动的极端复杂性,对许多精神疾病的病因、病理机制,至今仍然知之甚少。历史证明,精神病学的发展不仅决定于当时的医学科学水平,同时也受制于当时占主导地位的社会意识形态。

19世纪中叶,随着生理学、解剖学和病理学的发展,以及精神病学临床资料的积累,首次得出了精神病是脑病的结论。此后,现代精神病学才渐成体系,并分立门派。

2.1 描述性精神病学

对精神症状进行描述自古有之,但通常都很零乱肤浅。19世纪中叶,现代精神病学的创始人 Griesinger (1817~1868) 提出精神疾病的病理在神经系统,人们便注重临床观察、描述症状,并寻找症状与脑的关系。Wernicke (1848~1905) 就在此时描述了感觉性失语(后命名为 Wernicke 失语症),接着又描述了后来被称为 Wernicke 综合征的一组症状。

Kraepelin (1855~1926) 与上述两位精神病学家一样同是德国人,且与 Wernicke 属同时代人。Kraepelin 毕业于 Würzburg 大学医学院,毕业后先后师从精神病学家 Gudden、神经病学家 Flechsig 和 Erb,以及心理学

家 Wundt。丰富的经历和学识使他有勇气面对当时一片混乱的精神病学问题。他与 Wernicke 一样是临床经验主义者,所不同的是他更注重描述性的方法。他以临床观察为基础,系统地描述了各种精神病的症状、病程和预后。提出精神病是一个有客观规律的生物学过程,可以分为若干类别,每一类别都有自己的病因、特殊症状、典型的病程转归及病理解剖所见。他第一次将早发性痴呆作为一个疾病单元来描述,并认为其中的青春痴呆、紧张症、妄想症,虽然表现不同,但同属一个疾病单元。躁狂症和抑郁症表现虽然完全相反,但本质上亦同属一个疾病单元。Kraepelin 认为早发性痴呆是慢性病,易恶化与退化;躁狂抑郁症是急性病,可复原。Kraepelin 观察入微、描述清晰。他尽量避免假设和推测,而采用自然科学的观点方法来研究精神疾病。他强调,精神病学家不应只注重个别症状的观察,也不应只注重疾病横断面的描述,更应注重疾病的发展过程和结局。他编写的《精神病学教科书》前后 9 次再版,是他一生工作的结晶,也是当时全世界公认的权威著作。Kraepelin 对精神病学最主要的贡献是其分类学系统。他提倡的以坚实的临床事实为基础,至今仍然是精神疾病分类系统的原则之一。

Bleuler (1857~1939) 出生于瑞士。他非常尊重 Kraepelin 对早发性痴呆的研究成果,他首先使用了“精

精神分裂症”一词。他根据自己的观察,认为此病不只限于在青春期发病,也不完全是以痴呆为结局。他描述了精神分裂症的原发症状和附加症状,认为思维不连贯(incoherence)、思维松弛(looseness of association)、自闭症(autism)、矛盾情感(ambivalence)等属精神分裂症的原发症状。他编写的《早发性痴呆或精神分裂症群》已是精神病学的经典著作之一。

Kretschmer(1888~1961)也是德国人,他以《体格与性格》一书而声名大噪。他以260位患者为研究对象,通过细致的临床观察,发现其体型可分为瘦长型、矮胖型和肌肉发达型3种。他相信这3种体型能够决定人的精神特质,并分别称之为分裂气质者、循环气质者和癫痫气质者。在精神障碍中,矮胖型易发躁郁症,瘦长型易发精神分裂症。在躯体疾病中,瘦长型易患肺结核,肥胖型易患关节炎和糖尿病,肌肉发达型易患癫痫。在研究了卢梭等天才之后,他还认为,精神病素质乃是天才形成的必要因素,后来有“天才病迹学”的兴起。

Jaspers(1883~1970)是另一位著名的描述性精神病学的代表人物。他称Wernicke是“脑神话学者”,他不同意Kretschmer有关体型与性格的说法。他主张应深入到患者的主观体验中去,在语言许可的范围内,尽可能准确而详细地将病态体验加以描述。他认为只有现象学的描述才是精神病学研究的事实根据。Jaspers首先提出,原发性妄想和继发性妄想是性质不同的两类病理现象。他认为继发性妄想的问题是出在“作为前提的病态体验上,而它的推理和解释本身是可以理解的”。这也就是说,如果我们也有患者那样的体验,我们同样可能作出类似患者的那种解释,即妄想性解释。而原发性妄想则不同,“它不可能追溯出任何先前的体验”,完全是一种原发性的病态体验。Jaspers对心因性反应的描述至今仍有实用价值,他提出心因性反应必须符合3点:①反应的起源是某种生活体验;②反应与作为起源的生活体验之间存在着可以理解的关系;③反应有自然恢复的趋势。Jaspers对于人格的描述也是非常详尽生动的。尤其是对癯症人格的描述,历来被视为经典。

Schneider对精神分裂症特征性症状有独到的观察和精辟的描述,提出了著名的精神分裂症的首级症状。这些症状是:思维鸣响、争论性幻听、评论性幻听、身体被动体验、思维被夺、思维插入、思维被扩散、妄想知觉以及被强加的情感、冲动、意志等。他认为,这些症状对于诊断精神分裂症具有特殊的意义。Schneider还对内源性抑郁及人格障碍进行过分类描述。

Mayer-Gross的《临床精神病学教科书》在精神病学界很有影响,也曾译成汉文。他对精神分裂症的临床表现、躁狂抑郁症的易激惹症状以及对“梦幻状态”都有很精彩的描述。

实际上,上述精神病学家的学术观点不尽相同,有的甚至分歧甚大,之所以把他们放在一节里叙述,是因为他们都注重描述这一方法。他们的主要贡献就是对许多症状和综合征进行了精彩的描述,对许多相似而实不相同的精神病理现象作了细致的鉴别。描述性精神病学一直是欧洲精神病学的主流,而且对整个现代精神病学仍有巨大影响,就连更新最快的美国的《精神疾病诊断与统计手册(DSM)》,其分类与诊断标准中,绝大部分症状学标准都是描述性的,避免使用病因学术语。

2.2 动力精神病学

动力精神病学(dynamic psychiatry),即强调人的意识活动内部各种力量矛盾运动的学说。对立、冲突的概念贯穿这一学说的各个部分。最基本的对立是人在本质上的二元属性的对立,即作为生物学的人与作为社会学的人的对立。它以精神分析的方法来探讨精神状态,并兼顾个体发展过程中的社会、心理等因素的影响。在这一学派看来,精神疾病的临床症状往往具有某种特殊的意义。所以,根据症状制定初步的工作设想(working hypothesis),并作可能的推论,再从病史中探求近期的诱发因素、心理冲突及远期的有关因素与人格结构。经反复验证修订,最后确立动力诊断(dynamic diagnosis),再借助精神分析的治疗方式,以求达到缓解症状或改造人格结构的目的。

动力精神病学由Freud S.首创,它建立在精神分析的理论之上,所以又称为精神分析学派(psychanalytic school)。

Freud于1856年5月6日出生在一个名叫弗赖堡(Freiberg)的捷克的小镇上,父母都是犹太人。受人歧视的犹太人身份对他早年的个性形成有很大影响,养成了他自尊自强、不妥协的个性特点。在他不到4岁时,举家迁往维也纳定居。在长途火车旅行中,他第1次看见了铁路沿线天然气喷井燃烧的惊险场面,成了他早年焦虑的原因。因此,他一生惧怕乘坐火车。1873年,Freud进入举世闻名的维也纳大学医学院。毕业后专攻脑解剖和神经生理。后曾一度为继续从事研究或是行医赚钱深感矛盾。1885年他前往巴黎留学,师从当时著名的精神病学家Charcot(1825~

1893)。Charcot 对癔症的研究给 Freud 留下了深刻的影响,回维也纳以后,他便开始独立行医,以治疗神经症为主,其中许多是癔症患者。1889 年,他再度赴法国,在癔症心因学派的代表人物 Bernheim 处学习。Freud 师从 Charcot 医师学习催眠术和师从 Bernheim 医师学习暗示法,用来治疗癔症患者,取得了明显效果。他与内科医生 Breuer J 合作,在 1893 年发表论文《癔症症状的心理机制》,1895 年两人又合著《癔症研究》一书。在这本书中,他们提出了无意识、压抑、能量转化等新思维。此书被视为精神分析学说的开端。两人的关系终因 Breuer 拒绝接受 Freud 的性冲突是癔症病因的观点而告结束。此后的 10 年里,Freud 几乎是在孤军作战,独自进行他的临床和理论研究。他自称这是一种“美妙的孤立”,“不必阅读文献、不必倾听无知反对者的愚见”,像孤岛上的鲁宾逊那样,很好地安排自己的工作。他用自由联想法去探索患者内心深处的奥秘,根据为数不多的典型病例营建他的理论大厦。1900 年出版《梦的解释》,以及后来的《日常生活的心理病理学》(1901 年)、《一个癔症病例》(1905 年)、《性学三论》(1905 年)、《戏谑及其与无意识的关系》(1905 年),这一系列著作的发表标志着精神分析体系的正式建立。此后,精神分析学说的支持者逐渐增多。1908 年,第一次国际精神分析学术讨论会在奥地利召开,并决定出版《精神分析及精神病理学研究年报》。1909 年,Freud 一行 5 人应美国心理学家、当时任 Clark 大学校长的 Hall S. 邀请,在美国作了为期 1 周的讲学和访问。从此,精神分析学说开始在美国流传。1910 年,国际精神病学会成立,许多国家都成立了精神分析的有关研究机构。精神分析成了世界性的运动,Freud 几乎成了家喻户晓的人物。

Freud 是一个性格倔强的人,曾因学术见解的分歧与不少老师、同事、学生分手。但他又是一个勤奋谦虚的人,他终生接诊患者。他的著作集成 23 卷,当他享誉世界之后,仍在不断地修正补充自己的理论。他的资料一方面是来源于患者,另一方面是取自他自己的潜意识。他从 1897 年开始作自我分析,直到终生。

在纳粹统治时期,作为犹太人的 Freud 遭受迫害,著作被销毁,但他能保持镇静并显示出极大的勇气,后经友人劝说和帮助,才于 1938 年移居伦敦。1939 年 9 月 Freud 因患口腔癌在伦敦去世,享年 83 岁。

动力精神病学遵循精神决定论的原则,认为人的一切思维、情感和行为都有其内在的原因。口误、笔误、记忆错误这些日常生活中的心理现象好像是偶然的,其实都有意识层面上不能自我觉察的动机。另外,

它还认为人的精神活动尤其是情感活动也是能量活动,并且遵循能量守恒的原则。如果能量积累过多且没有机会发泄或没有正常渠道发泄时,这些能量并不消失,它会顽强地改头换面地表现自己,比如形成神经症的各种症状。Freud 有一个比喻,一条河有两条支流,一条支流被堵塞,另一条就会泛滥。

动力精神病学的基本理论有以下 4 种。

2.2.1 意识和无意识理论

Freud 认为,人的精神活动由两个部分组成,即意识和无意识(unconsciousness)。意识是指人在清醒状态时对自己的思想、情感和行为目的自我觉察。无意识则有两个含义,一是指人们对自己行为的真正动机不能觉察,二是指人在清醒的意识下面还有潜在的心理活动在进行,所以无意识又被称作潜意识。如果人的某种欲望和动机,不能被自己的道德和理智所接受,就会不自觉地被排挤到无意识领域。虽然这个时候,人们已不能察觉到这些欲望和动机了,但它们仍想顽强地进入意识领域,而不管时间、地点和思维逻辑的约束。只是它们通常还是难以自由地进入意识领域,因为在意识领域的大门口有一道监察机制(censorship)。只有当这种监察机制的作用减弱时(如睡眠中),它们才能改头换面出现(如成为梦境)。精神分析非常重视无意识的内容,认为它对人的行为有极大的影响。

在意识和无意识之间,夹着很小的一部分为超前意识。

2.2.2 人格结构理论

Freud 认为,人的人格结构可分为原我、自我和超我 3 个部分。

(1) 原我 又称本我,“它含有一切遗传的东西、一切与生俱来的东西、一切人体结构中内在的东西(Freud)”,它包含了个体的一切原始的冲动和本能的欲望,它是一切心理能量之源。原我遵循“快乐原则”,它不知善恶,不懂得逻辑、道德和价值观念。它唯一的目的是获取快乐,避免痛苦。

(2) 自我 自我是现实化了的本能。它从原我中吸取性力,既要满足原我的要求,又要遵循“现实原则”。它不像原我那样毫无顾忌地去追求快乐,而是由于现实的陶冶变得渐识时务,力争既能避免痛苦获得满足,又不违反游戏规则。自我在人格结构中代表着理性和审慎。对外感受现实、认识现实和适应现实;对内调节原我中的本能欲望和冲动。

(3) 超我 又称理想自我,是道德化了的自我。