

精神障碍和心理社会问题的流行病学

# 精神分裂症

*R. Warner*

著

*G. de Girolamo*

成义仁 王克勤 等

译



世界卫生组织



人民卫生出版社

---

精神障碍和心理社会问题的流行病学

---

# 精神分裂症

**Richard Warner**

博尔德市精神卫生中心医学主任  
科罗拉多大学副教授  
美国，科罗拉多州，博尔德 著

**Giovanni de Girolamo**

世界卫生组织精神卫生处  
瑞士，日内瓦

成义仁 王克勤 李洪毅 译  
杜召安 校



世界卫生组织 人民卫生出版社

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部  
由人民卫生出版社出版本书中文版



ISBN 92 4 156171 8      ©世界卫生组织 1995

根据《世界版权公约》第二条规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利,应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料,并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品,并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较,已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏,专利产品第一个字母均用大写字母以示区别。

本书中表述的观点仅由作者负责。

精神障碍和心理社会问题的流行病学

## 精 神 分 裂 症

R. Warner      著  
G. de Girolamo

成义仁 王克勤 等 译

人民卫生出版社出版发行  
(100050 北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店经销

1000×1400    32开本    4  $\frac{1}{2}$ 印张    156千字

1997年7月第1版    1997年7月第1版第1次印刷  
印数:00 001—2 000

ISBN 7-117-02738-X/R·2739    定价:11.00元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

---

# 序

精神疾病是常见的，也可以产生严重后果。据估计有多达 5 亿人可能有某种精神障碍或精神损害（WHO, 1992a）。在许多国家，40% 的残疾人是因精神障碍所致。有关精神疾病的种种流行病学预测显示，将来精神卫生问题很可能会增多，原因有多种，其中包括精神障碍患者或精神残疾者的预期寿命延长，越来越多的人达到精神障碍高发年龄。

精神卫生问题的严重程度远远超出了解决这些问题所现有的资源水平。在世界大多数地方，能为精神障碍患者提供帮助的服务机构在质量和数量方面都不能满足要求。即使在大部分高度发达的国家，情况也常常是这样。一般公众和大部分医学专业团体——常常包括精神病学家——并没有充分了解精神障碍的范围和实质，也没有充分认识到这些障碍给患者、他们的家庭以及他们所在的社区所带来的沉重负担。在多数国家，传统的卫生统计机构并不能提供准确的信息反映他们群体中精神卫生问题的程度。由卫生统计部门常规收集的多数统计资料是根据死亡率得来的，这就有可能歪曲一个群体的健康状况，因为那些未必以死亡而结束的长期慢性疾病——包括许多精神神经疾病——在这些统计资料中不能显示出来。在许多国家，由于对精神卫生问题的严重程度和性质了解不够，又缺少有效的预防和治疗手段，造成精神卫生规划受到轻视。

要合理地选择卫生重点，必须拥有准确的信息反映精神神经疾病在社区和一般卫生机构中的发病率和患病率，它们在不同国家、不同文化、不同时间的变化情况，它们的社会人口学特征以及它们发生时所伴随的危险因素。

不幸的是，精神神经疾病的可靠可比的流行病学资料很少。造成这种情况的原因中，有两个特别重要：（1）一般卫生保健人员接受的训练不足（和精神疾病缺乏生物学指标），造成对他们病人的精神卫生问题识别率低；（2）以前缺少一种“共同语言”——包括术语，一致的诊断系统和评定这些障碍的标准化工具——这意味着已收集的资料并不真正可比。

从理论上讲，为了增进我们对精神卫生问题流行病学方面的了解，应

对界定明确的各种或各类精神状况进行一系列的跨文化调查。过去20年来,为进行这类工作所做的方法学改进取得了重大进展。世界卫生组织(WHO)在这一领域始终发挥了重要作用:为ICD-10的第五章出版了配套的诊断要点(WHO,1992b),从此有了一个经广泛测试并被广为接受的诊断系统;WHO为研制以下各种精神病理学标准化评定工具也作出了贡献,它们包括:复合性国际诊断交谈检查(CIDI)(Robins等,1988),神经精神病学临床评定表(SCAN)(Wing等,1990),国际人格障碍检查(IPDE)(Loranger等,1991),WHO还创建了一个多中心网,各中心均能培训如何使用上述工具。另外,WHO已进行了跨文化临床和流行病学研究,该研究证明这类工作是可行的,同时,WHO还建立了一些研究组和研究中心;可进一步开展有关的工作。

近年来,有些国家已做了一些重要的流行病学研究(如巴西、中国、美国),但精神障碍的流行病学资料仍是很少并难以获得。因此,WHO决定编制一系列的单行本,每一本讨论一种特定障碍(或一组相关障碍)的流行病学资料。对发展中国家收集的流行病学资料将给以特别注意,因发表在科技杂志上的流行病学综述常忽略这些资料。正如WHO的几个重要流行病学研究所显示,例如国际精神分裂症试点研究(WHO,1979);不同文化的抑郁症研究(Sartorius等,1982);严重精神障碍结局的决定因素研究(Jablensky等1993);精神病学保健途径研究(Gater等,1991);一般医疗机构中界定不清的心理障碍研究(Sartorius等,1990),将发展中国家或流行病学研究传统不长的国家中所得的流行病学资料,与发达国家或流行病学研究传统较强的国家中所得的流行病学资料进行比较,能促使深入认识这些障碍的实质——它们的原因、形式、病程和结局。

所有这些单行本编排形式类似:论述有关的诊断分类问题,特别参照ICD-10和现有的用于评定精神障碍的标准化评定工具。也论及对一般群体、基层保健机构、精神病学机构和其他机构如护理家庭、监狱等所做的发病率和患病率研究。然后讨论该障碍或该组障碍的主要危险因素,如果有该障碍的发病率和患病率的时间趋势资料,也将给出。每种单行本均以结论和将来研究建议作为结束。

希望这些单行本能有助于研究,有助于各种卫生机构、卫生计划制订者、临床工作者和大众宣教工作者更好的理解他们所面对的问题的严重程度,有助于制订有效的预防策略和建立合适而又人道的各种保健实施系统。

W. Gulbinat

世界卫生组织精神卫生司

## 参 考 文 献

- Gater R et al. (1991) The pathway study. *Psychological medicine*, 21: 761-774.
- Jablensky A et al. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological medicine*, Suppl. 20.
- Loranger AW et al. (1991) The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose. *Journal of personality disorders*, 5: 296-306.
- Robins LN et al. (1988) The Composite International Diagnostic Interview. *Archives of general psychiatry*, 45: 1069-1076.
- Sartorius N et al. (1983) *Depressive disorders in different cultures*. Geneva, World Health Organization.
- Sartorius N et al., eds. (1990) *Psychological disorders in general medical settings*. Berne, Huber.
- WHO (1979) *Schizophrenia: an international follow-up study*. Chichester, Wiley.
- WHO (1992a) *Global health situation and projections estimates*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/HST/92.1; available on request from Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- WHO (1992b) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- Wing JK et al. (1990) SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, 47: 589-593.

---

## 致 谢

作者感谢审阅过原稿并提出了宝贵的意见和建议的以下的人员：约翰霍普金斯大学卫生和公共卫生学院精神卫生系的 W. W. Eaton 博士(美国, 马里兰州, 巴尔的摩); 中央精神卫生研究所的 H. Häfner 教授(德国, 曼海姆); 澳大利亚国立大学, 国家卫生与医学研究委员会社会精神病学组的 A. S. Henderson 教授(澳大利亚, 堪培拉); 皇家珀斯医院, 珀斯大学精神病学和行为科学系的 A. Jablensky 教授(澳大利亚, 珀斯); 伦敦精神病学研究所, 医学研究委员会社会和社区精神病学组的 J. Leff 教授(英国, 伦敦); 奥胡斯大学基础精神病学研究所, 精神病人口统计学系的 P. Munk-Jørgensen 博士(丹麦); 皇家精神科医师学院科研处的 J. Wing 教授(英国, 伦敦)。另外, 衣阿华医院诊所联合大学精神病学系的 N. C. Andreasen 教授(美国, 衣阿华)和耶鲁大学耶鲁精神病学研究所和精神病学系的 T. McGlashan 教授(美国, 纽黑文)在精神分裂症的 DSM-IV 分类方面提供了帮助; 伦敦精神病学研究所的 D. Goldberg 教授(英国, 伦敦)就初级卫生保健机构中精神分裂症的流行病学提供了意见; 世界卫生组织精神卫生司前司长 N. Sartorius 教授(日内瓦)一直给予了鼓励支持和宝贵的帮助, 在此一并致谢。

---

## 本书所用缩略语

CIDI	复合性国际诊断交谈检查
CT	电子计算机体层摄影
DIS	诊断性交谈检查提纲
DOSMED	严重精神障碍结局的决定因素
DSM-Ⅱ	《精神障碍诊断统计手册》，第3版
DSM-Ⅱ-R	《精神障碍诊断统计手册》，第3版（修订版）
DSM-Ⅳ	《精神障碍诊断统计手册》，第4版
ECA	流行病学调查区
ICD-8	《国际疾病、损伤与死因统计分类手册》，第8版
ICD-9	《国际疾病、损伤与死因统计分类手册》，第9版
ICD-10	《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，第10版
IQ	智商
MRI	磁共振成像
NIMH	国立精神卫生研究所
PET	正电子发射体层摄影
PSE	现状检查
RDC	研究用诊断标准
SADS	情感障碍和精神分裂症检查提纲
SCAN	神经精神病学临床评定表
SCID	DSM-Ⅱ-R 定式临床交谈检查
SD	标准差



# 目 录

序 .....	IV
致谢 .....	VI
本书所用缩略语 .....	VII
1. 引言 .....	1
2. 诊断问题 .....	2
2.1 诊断问题与流行病学研究的关系 .....	5
2.2 ICD-10 精神分裂症的分类 .....	7
2.3 精神分裂症的 DSM-III-R 和 DSM-IV 分类 .....	10
2.4 ICD-10、DSM-III-R 和 DSM-IV 的相同点和不同点 .....	11
2.5 评定方法 .....	12
2.6 发现病例的方法 .....	14
3. 精神分裂症的流行病学 .....	16
3.1 发病率研究 .....	16
3.1.1 NIMH 流行病学调查区研究 .....	17
3.1.2 世界卫生组织严重精神障碍结局的决定因素研究 .....	27
3.1.3 发展中国家的发病率 .....	28
3.1.4 高发病率地区 .....	28
3.1.5 男女发病年龄的差别 .....	29
3.2 患病率研究 .....	31
3.2.1 社区研究 .....	31
3.2.2 发展中国家的患病率 .....	39
3.2.3 高患病率和低患病率地区 .....	40

3.2.4	流行病学调查区研究	41
3.2.5	家系和双生子研究	42
3.2.6	出生季节	44
3.2.7	不同社会经济阶层中的患病率	49
3.2.8	其他危险因素	53
3.3	在初级卫生保健机构进行的流行病学研究	56
3.4	在精神病学机构进行的流行病学研究	58
3.5	在其他机构或特殊群体中进行的流行病学研究	58
3.5.1	监狱犯人	58
3.5.2	无家可归者	59
3.6	流行病学研究和精神分裂症的病因学	60
3.6.1	神经解剖学和神经生理学研究的意义	60
3.6.2	对高危群体的研究	62
<b>4.</b>	<b>时间趋势</b>	<b>64</b>
4.1	18世纪之前精神分裂症是否很少?	64
4.2	精神分裂症的发病率是否在下降?	65
4.3	精神分裂症临床表现的变化	70
<b>5.</b>	<b>结论和将来研究的建议</b>	<b>71</b>
5.1	方法学问题	71
5.2	高危研究	71
5.3	发病率的地理稳定性	71
5.4	发病率的时间变化	72
5.5	性别差异	72
5.6	社会阶层和城市化	73
5.7	移民状态	73
5.8	同患的疾病	73
5.9	归类与连续模式	74
5.10	社会和生物学危险因素	74
<b>参考文献</b>		<b>76</b>

**附录 1**

临床描述和诊断要点..... 106

**附录 2**

研究用诊断标准..... 124

---

## 引 言

精神分裂症是一种严重的精神障碍。本病通常起病于青壮年期，常转为慢性病程导致残疾。这种障碍全部的直接和间接花费是巨大的。据估计，在美国，治疗精神分裂症的花费接近国民生产总值的0.5%，这还不包括间接费用（Gunderson 和 Mosher, 1975）。病人家庭的负担沉重，病人及其亲属常遭受疾病带来的名誉损害，有时影响几代。所以，精神分裂症是一个严重的公共卫生问题。

世界卫生组织对精神分裂症给予了特别的关注，已组织了许多研究，旨在增加对这种疾病的了解并寻找解决的办法。世界卫生组织有关精神分裂症的临床和流行病学合作研究规划于本世纪60年代开始。其首要任务是建立一种可靠的方法学，以便在不同人群中进行跨文化研究。

本书是世界卫生组织在这一研究领域以往工作的继续，目的是对精神分裂症流行病学方面的当前知识作一广泛评述。书中首先检查分析了有关的诊断和方法学问题，然后回顾了精神分裂症的发病率和患病率研究，讨论了不同群体间发病率、患病率的异同。论述了精神分裂症的危险因素和发病的时间变化趋势，特别强调了病因学。最后为将来的研究提出了建议。

---

## 诊断问题

18 世纪末之前，一般认为所有精神障碍都是一种单一病理学实体的表现，这种病理学实体被德国精神病学家 Zeller 和 Griesinger 称为“单一精神病”（Einheitspsychose）（Glatzel, 1990）。在最早认识到精神障碍可以根据不同的特点被区别分类的人中，Pinel 区分了痴呆、白痴、躁狂和忧郁。法国精神病学家 Morel 是这一精神病学学派的另一重要人物。他于 1852 年使用“早发性痴呆”（*démence précoce*）命名了一种障碍，该障碍早期出现情绪退缩，离奇的作态行为及忽略自我，最终导致智能衰退。此后不久，德国精神病学家 Hecker 和 Kahlbaum 分别于 1871 年和 1883 年描述了青春型破裂综合征和紧张综合征。

德国精神病学家 Emil Kraepelin 为精神分裂症的现代概念奠定了基础。19 世纪末，他在研究精神病院住院病人时观察到，某些在青年期发病的精神病人，开始时临床特征不同，最终似乎都发展为一种类似的衰退状态。他认为这种状况的中心成分是精神能力、情绪反应和人格完整性的进行性衰退，为了强调这一点，他将其命名为早发性痴呆。1896 年，在他的教科书第 5 版中，他提出，以往认为各自独立的三种状况实际上是这种单一疾病实体的亚型，并认为这一疾病实体与躁狂抑郁症不同（Sass, 1987）。上述三种状况是，青春型破裂症，其特征为无目的的零乱不协调行为；紧张症，个体可以是违拗、不动甚至是木僵，或在另一些时间极度激越混乱；最后是妄想痴呆，主要表现为被害和夸大妄想。Kraepelin 认为，早发性痴呆的特征是，不可避免的持续性衰退病程，结局不良，尽管他的病人中约 12% 几乎完全痊愈。

几年后，瑞士精神病学家 Eugen Bleuler 为这一障碍的概念作出了重要的贡献。1908 年，他提出了精神分裂症这一名称，表示精神功能的分裂，因为他认为这是最重要的。他区分了基本症状和附加症状，前者包括思维联想障碍，异常的情绪反应和意志障碍。附加症状包括幻觉、妄想、紧张症和异常的无法理解的行为。在他对这一疾病的临床描述中，矛盾症状和他提出的一个新概念“内向性”（生活在幻想世界中）均是重要的特征。1911

年, Bleuler 发表了一本专著, 书中强调精神分裂症是一组障碍, 而不是单一实体。他采纳了 Kraepelin 的最初 3 个亚型, 又增加了第 4 个, 即单纯型精神分裂症。Bleuler 对精神分裂症结局的见解, 比 Kraepelin 的乐观的多, 他指出, 虽然完全痊愈少见, 但显著好转常见。Kraepelin 注重这一障碍的现象学, 而 Bleuler 更倾向于解释, 特别强调症状的意义 (Bland 和 Kolada, 1988)。两位作者尽管进行了细致的研究, 但都没有为这一疾病提出明确的诊断标准。

在 Bleuler 之后, 德国精神病学家 Kurt Schneider (1959) 挑出了一组 11 个症状, 他认为这些是精神分裂症的特征性症状, 在其他精神障碍少见。他把这些症状称为“一级症状”——“不是因为我们认为这些症状是基本障碍, 而是因为他们帮助我们在确定精神分裂症诊断时有这种特殊价值……一级重要的症状对诊断并非总是必需的”(Schneider, 1959)。Schneider 的一级症状包括, 听到自己的思维被大声说出, 评论自己行为的幻听, 思维终止或插入, 思维播散和行动受外力影响感。Schneider 还分出另一组症状, 他称之为“二级症状”, 包括其他类型的幻听、困惑、突发性妄想观念、抑郁性或欣快性心境变化和情感迟钝。他主张仅仅根据二级症状也可以诊断精神分裂症, 只要症状数量足够。

Schneider 提出的一级症状缩小了精神分裂症的概念, 在以后的诊断系统中一直起着关键的作用, 其中一些被包括在 ICD-10 和 DSM-Ⅲ 的精神分裂症诊断标准中。尽管一级症状诊断精神分裂症非常重要, 但他们在精神分裂症病人中出现的频率却明显不同。Fenton 等 (1981) 回顾了 13 篇研究报告, 发现一级症状的出现率从 24% 到 72%, 平均 51%。Wulff (1967) 提出, 一级症状的出现率在发展中国家的病人中较低。这一观点得到一项前瞻性研究的支持, 该研究使用现状检查 (PSE) 进行评定, 将 169 例斯里兰卡病人与两个发达国家的病人进行了比较 (Chandrasena, 1987)。在世界卫生组织严重精神障碍结局的决定因素 (DOSMED) 研究中 (Jablensky 等, 1992), 各研究中心临床诊断的精神分裂症病人中, 平均 56% 表现有一个或多个一级症状; 这些症状限定了精神分裂症病人的一个亚群, 其特征是阳性精神病症状评分升高。这些病人与所研究的整个病人群体相比, 表现有较大的跨文化相似性。

一级症状的特异性一直存有争论, 因为在其他障碍, 特别是躁狂症也可出现 (Carpenter 和 Strauss, 1974; Pope 和 Lipinski, 1978; Taylor 和 Abrams, 1975)。在一级症状中, 鉴别作用最小的是“第三人称”幻听——即一个或多个声音以第三人称方式谈论病人 (Mellor, 1982)。

在挪威的纳维亚国家, 挪威精神病学家 Langfeldt 于 30 年代为精神分

裂症的诊断作出了重要贡献。他将精神分裂症区分为两组，一组是“过程”或“核心”型，表现为潜隐发病逐渐衰退的病程；另一组是“反应”型，往往表现为病前有较好的社会功能，发病较急，常为应激所促发，愈后较好。受 Langfeldt 的影响，在斯堪的纳维亚精神病学术语中，反应型精神病已同“真性”精神分裂症分开，并被称为“精神分裂样精神病”。

在法国，精神分裂症的诊断传统一直有一个特点，就是缩小精神分裂症的诊断，相应增加非精神分裂症性妄想状态的数量 (Pichot, 1990)。其目的是为了强调持续衰退病程在诊断“真性”精神分裂症过程中的重要性。最近一项研究 (van Os 等, 1993) 证实，法国精神病学家和英国精神病学家使用的是不同的诊断标准。一项问卷调查显示，法国精神病学家对 45 岁以上的病人很少诊断精神分裂症。尽管排除了预后良好的或年龄较大的病例，缩小了诊断范围，法国的精神分裂症诊断总的来看似乎比英国的诊断要宽。法国精神病学家使用一种 Bleuler 的心理分析性诊断方法，将多种慢性状态都包括了进来，而在英国，因缺少特异性症状，这些慢性状态是被排除在外的。例如，在法国有一种“假性精神病态”型精神分裂症。目前法国的诊断方法，在许多方面令人回想起 70 年代引进标准化诊断标准之前美国的诊断状况 (van Os 等, 1993)。

在美国，从 1950 年到 70 年代中期，精神病学家在诊断精神分裂症时很少注意病程问题，而是强调存在所谓的精神分裂症症状和缺损。结果与欧洲的做法相比，扩大了精神分裂症的诊断。美国精神病学家在诊断实践中，主要参照 Bleuler 的“4A 症状”：思维联想障碍，情感障碍，内向性，病理性矛盾症状。

60 年代在纽约和伦敦进行的一项国际研究，清楚地显示了不同国家精神分裂症诊断系统间的差异，特别是美国和欧洲诊断方法的差异 (Cooper 等, 1972)。这一研究受 Morton Kramer 的工作所启发 (Kramer, 1969; Kramer 等, 1961)，调查了数百例上述两城市的住院病人，并记录了他们的住院诊断。结果发现，美国精神病学家诊断的精神分裂症大约是研究小组诊断的 2 倍，诊断的精神病性抑郁症仅为研究小组诊断的四分之一，诊断的躁狂症仅为研究小组诊断的十分之一。在伦敦的医院里工作的精神病学家作出的诊断就与研究小组作出的诊断非常接近（这倒不奇怪，因为研究小组里的精神病学家使用的是英国的诊断体系）。很明显，当时在英国和其他欧洲国家将被考虑为躁狂-抑郁症的病人被美国精神病学家标成了精神分裂症。

从更广的跨文化角度出发，国家间诊断不一致的问题，也反映在国际精神分裂症试点研究所得的结果中 (WHO, 1973, 1979)。该研究使用标准

化的评定（《现状检查》，第9版）和诊断方法（根据ICD-8结合CATEGO计算机诊断程序），评定了9个中心的住院精神病人的症状，这9个中心分布在发达和发展中国家——中国（台湾省）、哥伦比亚、捷克斯洛伐克、丹麦、印度、尼日利亚、英国、美国和前苏联。使用统一的研究方法，将各地医院精神病学家作出的诊断进行比较，结果显示，不论是一般的精神病诊断还是精神分裂症诊断，在欧洲和发展中国家的各中心基本类似。相反，前苏联和美国的诊断体系与其他中心的有很大差别。被莫斯科和华盛顿的精神病学家标为精神分裂症的病人中，有很大一部分不符合研究定义，若在世界其他地方很可能被诊断为躁狂抑郁性精神病或神经症。这一研究证实了欧洲与美国的精神分裂症诊断不同。欧洲精神病学家使用这一诊断往往慎重，他们只是对一小部分在首次发作过程中出现与情感障碍无关的幻觉妄想的病人，才使用这一诊断。而当时在美国，或者在某种程度上也包括苏联，伴有任何类型的幻觉或妄想，或伴有奇怪或不可理解行为的任何病人，都包括在传统的精神分裂症概念中。

70年代中期，美国精神病学家的诊断观点突然出现了急剧变化。躁狂抑郁症与精神分裂症的鉴别受到很大关注，几年内，出现了几个不同的诊断精神分裂症操作标准。1972年，Feighner及其同事发表了他们的诊断标准，该标准以病人、家庭和随访为基础。而在同一时间，Astrachan及其同事（1972）尝试设计了一种可靠的清单以诊断精神分裂症。后来的进展包括，《研究用诊断标准》（RDC）（Spitzer等，1977），以及最后，《精神障碍诊断统计手册》第3版（DSM-Ⅲ）（美国精神科学会，1980）。

正如Andreasen和Flaum（1991）所指出的，提出新的标准是想扭转以前的趋势，缩小诊断标准，所采用的方法基本上有两种：引进6个月这一时间标准，强调明显典型的或阳性症状，相应减少对缺损、阴性（或“布鲁勒的”症状的重视。

### 2.1 诊断问题与流行病学研究的关系

前面讨论的诊断问题对流行病学研究非常重要，因为改变精神分裂症的分类和诊断标准，能显著影响在社区研究或治疗样本中得出的该障碍的患病率。造成不同诊断系统间差异的原因有：选择的症状标准，诊断步骤的结构顺序，时间标准和对情感性症状的评价。有十多个比较研究，使用了12个以上的精神分裂症诊断定义，均显示出精神分裂症比率依赖于所采用的诊断标准（Sass，1987）。在其中最重要的一个研究中，Endicott等（1982）在一个有108例病人的样本中，比较了6套诊断标准（纽黑文，Car-



penter, Feighner, Taylor 和 Abrams, DSM-Ⅲ, RDC) 的诊断频度和信度。6套系统的信度一致,但诊断为精神分裂症的比例数却因诊断系统的不同从4%到26%,以RDC、DSM-Ⅲ和Carpenter标准较接近。造成差异的主要原因与下列情况有关,(a)排除情感障碍病人的标准,(b)所采用的时间标准,(c)每一条项目的特异程度(例如,“幻听”与“交谈性幻听”)。在另一个研究中,Brockington等(1978)比较了不同的诊断标准,发现在119例首次住院接受精神病学诊疗的病人中,根据不同的标准,精神分裂症的比率从3.4%到38%。RDC、CATEGO诊断程序、Carpenter和Langfeldt的标准显示有较好的一致性。

Helzer(1988)清楚地显示,在社区流行病学研究中,诊断标准对精神分裂症的比率有重大影响。作者使用流行病学调查区(ECA)研究中圣路易斯点的资料,将Feighner、RDC和DSM-Ⅲ标准用于这同一组资料,结果发现,患病率估计值相差5倍。Dunhan(1965)对欧洲和北美各国精神分裂症患病率的回顾,也发现有5倍的差异。因此,这种幅度的差异可能完全与所使用的各种定义有关。

其他研究已证实,诊断习惯的改变能够解释精神病人中精神分裂症的比率在不同时间的明显变化。Kuriansky等(1974)发现,40年代末50年代初,纽约州立精神病研究所的住院病人77%被诊断为精神分裂症,而在30年代,该所的住院病人诊断为精神分裂症的还不到28%。将住院病历中的临床资料重新评价并重新诊断,发现精神病学家在后期使用了较宽的精神分裂症定义。Loranger(1990)在美国最大的大学附属精神病院中的一所进行了一项调查,将使用DSM-Ⅲ最后5年(1975~1979)中5143例病人的诊断,与使用DSM-Ⅲ头5年(1981~1985)中5771例病人的诊断作了比较,发现精神分裂症的诊断明显降低,从25%降至13%,同时人格障碍和情感障碍的诊断相应增加。根据DSM-Ⅲ的标准,诊断为精神分裂样、非典型性精神病、反应性精神病和分裂型人格障碍的病例,按照DSM-Ⅰ的标准,多数会被诊断为精神分裂症。但是,上述这些新的诊断类别加起来也仅占使用DSM-Ⅲ样本的5.3%,只能解释精神分裂症诊断下降率的一小半。情感障碍诊断的明显增加似乎是精神分裂症诊断下降的重要原因。单相抑郁从15%上升至25%,双相障碍从7%上升至11%。这一研究证实了前面提到的,欧洲精神病学家诊断为情感障碍的病例,美国精神病学在DSM-Ⅲ问世前往往诊断为精神分裂症。

在另一个研究中,Stoll等(1993)收集了6所北美精神病学教学医院从1972年至1988年的出院诊断资料,对精神分裂症和重性心境障碍的比率进行了评定。发现精神分裂症和重性情感障碍的诊断频率有很大的交互