

分裂症的精神康复

FENLIEZHENG DE JINGSHEN KANGFU

(日) 浅井邦彦 江畑敬介 著
王祖承 主译



上海交通大学出版社

分裂症的精神康复

(日) 浅井邦彦 江畑敬介 著

王祖承 主译

上海交通大学出版社

内 容 提 要

本书作者浅井邦彦和江畑敬介是日本著名的精神医学专家,在精神医学领域中取得了许多优异成绩,长年来致力于精神康复医学工作。他们组织日本从事此专业工作的 34 名专业人士编写了本书,系统地总结了这方面的工作经验。

本书适合各级精神康复医师、护士、社会工作者、精神病患者家属及相关专业人员,也适合医学院校师生参考阅读。

上海市版权局著作权合同登记号: 图字: 09-2012-188 号

图书在版编目(CIP)数据

分裂症的精神康复 / (日) 浅井邦彦, (日) 江畑敬介著; 王祖承主译. —上海: 上海交通大学出版社, 2012
ISBN 978-7-313-08262-6

I. 分... II. ①浅... ②江... ③王... III. 精神分裂症—康复 IV. R749.309

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 054574 号

分裂症的精神康复

(日) 浅井邦彦 江畑敬介 著

王祖承 主译

上海交通大学出版社出版发行

(上海市番禺路 951 号 邮政编码 200030)

电话: 64071208 出版人: 韩建民

常熟市文化印刷有限公司 印刷 全国新华书店经销
开本: 880mm × 1230mm 1/32 印张: 6.375 字数: 191 千字

2012 年 5 月第 1 版 2012 年 5 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-313-08262-6/R 定价: 30.00 元

版权所有 侵权必究

告读者: 如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话: 0512-52219025

著者 (日) 浅井邦彦

江畑敬介

主译 王祖承

翻译 王继军 禹顺英

蔡 军 于金玲

上海交通大学医学
院附属上海市精神卫生中心
“上海—(日本)浅井精神卫生奖”
理事会名单

李培正	严和骏	张明园	张明岛
郑瞻培	王善澄	顾牛范	姜龙虎
王祖承	庄英兰	肖泽萍	蒋清
徐一峰	谢斌	张海音	

●執筆者（執筆順）

- 江畑 敬介 東京都立松沢病院精神科部長
臺 弘 坂本病院
阿部 哲夫 静和会浅井病院社会復帰部長
浅井 邦彦 静和会浅井病院院長
吉沢 順 吉沢メンタルクリニック院長
江崎 修造 静和会浅井病院リハビリテーション部部长
安西 信雄 東京都立松沢病院精神科医長
稲村 茂 笠松病院院長
遊佐安一郎 ニューヨーク州立サウスビーチ精神科センター
地域住居治療サービス・チーフ
- 竹内 靖 岩手県立南光病院副院長
小笠原 暹 岩手県立南光病院院長
中村はるみ 同和会千葉病院臨床心理士
鈴木 洋文 同和会千葉病院副院長
仙波 恒雄 同和会千葉病院院長
須賀 一郎 東京都立松沢病院精神科医員
鈴木 理恵 クリニック東陽町医員
粥川 裕平 名古屋大学助手・精神科
高橋 亨 大富士病院院長
永田 俊彦 順天堂大学教授・精神科
広沢 正孝 順天堂大学助手・精神科
南部 美穂 高知医科大学助手・神経精神科
井上 新平 高知医科大学教授・神経精神科
矢野 栄一 広島大学助手・神経精神科
竹村 堅次 東京武蔵野病院院長
恩田 禎 静和会浅井病院医師
安井 利子 静和会浅井病院リハビリテーション部
デイ・ナイトケア科科長
- 藤野ヤヨイ 井之頭病院看護部長
谷野 亮爾 谷野呉山病院院長
佐々木勇之進 福岡病院院長
井上 道恵 東京都立駒込病院看護部長
鈴木 洋子 静和会浅井病院リハビリテーション部課長
三上 昭弘 函館渡辺病院精神神経科科長
滝沢 武久 全国精神障害者家族会連合会常務理事
道下 忠藏 石川県立高松病院名誉院長

前 言

随着进入 21 世纪,精神医学也发生巨大的改变。以《障碍者基本法》(1993 年)《社会保健法》(1994 年) 出台为背景,精神保健法也于 1995 年 7 月 1 日开始改名为《精神保健及精神障碍者福祉法》。以后,在精神障碍者的医疗、康复方面增加了福祉政策。

在精神病医院里,医院内各个病房的功能分化也在发展着。对长期住院患者而言,设置了精神病疗养病房(A、B 级)、老年痴呆专门病房。随之还会设立精神科急救系统的急性期病房。

精神分裂症的入院治疗——为了使康复医疗有效地发展,需要配套护理、特殊康复工作人员而组成一个医疗小组。

近年来,有关精神分裂症的成因论、治疗论和康复论都有长足进步。结果当然是在预防精神分裂症复发、防止慢性化而开展康复理论及其操作方法都有进一步发展。

本书是在精神医疗的面貌、精神分裂症治疗理论和康复理论方面有明显发展的背景下编写的。

本书的执笔者都是在精神分裂症医院康复的多个领域第一线活跃者,有医师、护师(士)、临床心理师、工疗师、精神科社会工作者,以精神病院为中心开展医疗工作。因此,确能提出有效的技术方法。

本书若能对精神医疗临床工作人员有很好的实践指导,对接受精神病治疗的患者本人和家属们、还有对关心精神医疗的志愿者们有较大帮助时,我们则感到万分荣幸。

浅井邦彦
江畑敬介

目 录

第一章	近年对精神分裂症理解的变迁	1
第二章	慢性分裂症的治疗论	10
第三章	医院康复的方法	18
第四章	开展医疗性康复	30
第五章	教育性家庭治疗	83
第六章	职业康复	93
第七章	日间病院	128
第八章	看护的职责	139
第九章	医疗小组	152
第十章	和社区康复医疗的合作	160
第十一章	21 世纪精神病医院的康复疗法	189

第一章 近年对精神分裂症理解的变迁

一、引言

众所周知,最初精神分裂症根据克雷丕林的倡导被称为早发性痴呆。他对 19 世纪末收留在精神病院的精神病患者做了认真临床观察,发现当时被认为是属于不同疾病单元的解体型、紧张型和妄想型等患者,他们中间的多数人在 2~3 年中都会陷入特定的人格荒废状态,将它们归类为一个疾病单元。躁狂抑郁症,因为不会发展人格荒废状态,被归类为与早发性痴呆不同的疾病单元。克雷丕林也承认早发性痴呆的症状可以有数天、数周,有时甚至 10 年以上的中断(间歇)或缓解期,但是他认定他们终究会发展到特有的痴呆。

1911 年,E. Bleuler 认为精神分裂症不是疾病经过问题,是一种因人格的统一性丧失而呈现精神功能病态,提出精神分裂症候群这个观点。但是,同时他也认为可能与疾病病程有关,患者基本上不能完全恢复到发病前状态。

也就是说,精神分裂症在病程发展过程中即使有一过性缓解,因为其疾病内在的发病机制而最终免不了要陷入人格衰退状态。

以上这些疾病概念或病程概念,虽然在当时也不一定被全面接受,但是它们成为了今天有关精神分裂症观念的起源。

(一) 长期病程研究揭示疾病经过

近年,有研究报道了关于跨度在数十年的疾病长期病程经过。这些研究结果,对以上所述的疾病概念提出了质疑。



1972年,瑞士 M. Bleuler,作为其父 E. Bleuler 病院的继承者,研究观察了在 1942 ~ 1943 年入院的 208 例精神分裂症患者 23 ~ 35 年以后的预后。根据这个观察,多数分裂症患者改善明显,有 30% 的患者在院外在没有照料的情况下进行着有经济收入的社会活动。这种晚期缓解,在其他很多观察分裂症病程的场合下也经常被观察到。至于,晚期缓解,虽说与年龄有关,但与护理、治疗条件也相关。根据这个结果,M. Bleuler 认为:精神分裂症病程绝不是进展性衰退过程。

1975年,德国的 G. Huber 等,调查了波恩大学 502 例住院患者的预后。在调查时点,平均病程为 22.4 年。这些患者中,出现完全缓解的比例是 22.1%,出现不完全缓解的比例是 43.2%。如果将这两部分合并起来,均被视为预后良好,这一比例达到 65.3%。该研究中更值得关注的一点是长期预后与患者的病程期间没有关联性。也就是说,患病时间越长患者的预后就一定越差,这种说法并不成立。在 30 ~ 59 年的患病期间段,预后良好的患者仍有 63.5%。

1976年,瑞士 L. Ciompi 等,调查了 289 例首次入院患者 37 年后的长期预后。他们的平均年龄为 75 岁。据此项研究,治愈者占 20.1%,缓解明显者占 42.6%,两者合起来,预后较好者占 62.7%。尤其值得关注的是,有 5 例虽然经历了连续 5 年以上的严重精神病状态,后来也进入了缓解状态。

1984年,日本的宫等对 1958 ~ 1962 年从群馬大学病院出院的 140 名分裂症患者跟踪调查了 16 ~ 21 年。根据他们的研究结果,社会适应度达到自立者占 41%,半自立者 9%,家庭内适应 6%,无法适应者 2%,仍在住院者 26%,死亡者 16%。值得注意点是,虽然他们的观察重点是发病初期 12 ~ 13 年社会适应度起伏变化非常大的“变动期”,但是仍然观察到可以将患者分为预后良好和预后不良的“夹板现象”。

1987年,美国 Harding 等报道了从 Barmonto 州立医院慢性病房出院的 269 例患者 32 年间的病程。他们是医院里病情最严重的患者,20 世纪 50 年代除了药物治疗外还接受了先进的康复训练计划。于 1955 ~ 1960 年出院后,又接受了地方性的照料计划。他们的平均住院时间为 16 年,平均年龄为 40 岁。根据 5 ~ 10 年后在 1965 年进行的预后调查结果,70% 的患者

可以维持院外生活。但是,他们中间的多数被社会孤立,是在类似医院的设施中生活。当时预测是:如果没有任何援助的话,他们在院外大概只能艰辛地生活而已。1980年再次进行了预后调查,在可以进行仔细面谈的患者中剔除合并有器质性疾病者后,还有168人。这168人的平均年龄为59岁(38~83岁),代表了病程为32年(22~62年)后的预后。根据此次调查,68%是预后良好(Global Assessment Scale量表分在61分以上)。从功能水平看,过去一年在医院外生活者占83%,有工作者占76%,一点症状也没有和有一点点症状者占72%,基本上可以过正常生活者占76%。

从长期预后看,1/2~2/3的患者预后良好。也就是说一半以上的患者在晚年经过了长期精神分裂症病程后,并没有出现克雷丕林强调的慢性进行性人格衰退。

Breier根据这些研究结果,将慢性精神分裂症患者一生的经过用以下的模式来总结。慢性精神分裂症患者一生可以分为3期。第1期,初次发病后,反反复复,向衰退方向进展,达到顶点后,转为第2期。Breier认为这段时间有10年左右,宫等称这段时间为变动期。从慢性分裂症患者的生涯看,这段时间大概持续至30岁左右。第2期为安定期,病程波动较少,大概持续20年左右,然后进入第3期。第3期称为缓解期,病情开始缓解,也有完全缓解者,这就是晚期缓解现象。这是在慢性分裂症患者生涯中50岁以后的事情,与克雷丕林想象的病程发展经过完全不同。

(二) 从比较精神医学角度立场看疾病过程

Murphy是第一个从比较精神医学角度研究疾病经过的学者。在1971年,他对印度洋上毛里求斯岛因为精神分裂症而首次住院患者12年间的预后进行了调查。结果发现,60%的患者出院后完全没有再发,生活正常。与同期英国的研究相比较,毛里求斯岛的精神分裂症患者中,无精神症状并且生活正常的病例相对较多。Murphy认为,以上结果,并不能归因于毛里求斯岛患者接受了更好的治疗、住院时间更短或生活环境较好等因素。

世界卫生组织(WHO),对具有完全不同社会文化背景的全球9个国家大都市的精神分裂症患者预后进行了调查,诊断标准统一,调查患者人



数为 1202 名。这些地区和城市是中国台北、加利(哥伦比亚)、布拉格(捷克斯洛伐克)、奥胡斯(丹麦)、阿科拉(印度)、伊巴丹(尼日利亚)、莫斯科(俄罗斯)、伦敦(英国)、华盛顿(美国)。预后评定级别分为绝对良好、良好、中等、不良和绝对不良 5 个等级。从观察研究的 2 年期间的结果看,患者的疾病经过在发达国家和发展中国家之间的差异非常明显。也就是说,阿科拉、伊巴丹的分裂症患者,与伦敦、华盛顿、中国台北的患者相比,显示良好的疾病经过的病例较多。预后绝对良好者所占比例,在阿科拉是 48%,而在奥胡斯是 6%,在华盛顿是 23%,在伦敦是 24%。预后绝对不良者所占比例,在发达国家奥胡斯和伦敦是 31%,在布拉格是 30%,而在发展中国家的伊巴丹则是 5%,在阿科拉是 15%。分别比较各个城市的预后,伊巴丹和阿科拉的患者预后明显好于其他城市。在 2 年的跟踪调查中精神症状完全消失的伊巴丹的患者中有 58%,阿科拉的患者中有 51%,作为精神分裂症患者的观察期间,2 年也许有点短,但是即使是在这样的 2 年间,精神分裂症在世界各地城市的疾病经过差异却也很明确。

WHO 决定今后定期报告他们的长期疾病过程,因此由地区差异而导致的患者病程预后问题肯定会逐渐浮出水面。

如上,从最近的长期病程经过研究看,精神分裂症并不像克雷丕林的疾病概念那样,一定会发展至人格衰退结局。近年从比较精神医学研究立场看,精神分裂症疾病病程,在全球各地因地域而异,发展中国家患者的疾病经过较先进国家更为良好。也就是说,形成克雷丕林疾病概念的患者是 19 世纪末 20 世纪初在德国精神病院住院的患者,他们的情况并不一定可以推及其他患者。然而,另一方面,即使考虑地区差异,确实有 6% ~ 10% 的患者病程经过俨然符合克雷丕林的疾病概念。

从以上的很多实事看,对精神分裂症的概念和原因,必须重新审视考察。

(三) 易患素质-应激模式的登场

Zubin 等学者从精神分裂症病程结局并不一定是人格衰退的事实出发,提出具有分裂症素质的人在应激因子的打击作用下出现精神病发作。

根据这个观点,分裂症的本质不是进展性病程,且其易患素质不具有进展性质。还有,慢性分裂症患者,易患素质阈值低,加上日常生活能力低,现实应对能力低,是精神病发作康复失败的群体。从这个意义上看,慢性分裂症是迁延化分裂症。但是,易患素质也并非是一成不变的,如果能减少它,同时提高患者的日常生活能力和现实应对能力,那么就可以防止分裂症的再发。

精神分裂症的晚期缓解现象,根据近年很多长期病程研究已经明确,用进展性病程过程的观念难以解释。但是,根据易患素质-应激模式,如果分裂症迁延化的外在条件得以中断的话,那么患者的病情可以缓解。

作为分裂症原因的易患素质,并不是遗传、社会、家庭、生化、神经心理、发育等原因之外的一个新原因,而是包含所有这些因素并且位置更高的一个共通概念。打比方说,把到迄今所说的分裂症发病原因比喻成一个黑箱,这个黑箱整体就是构成了易患素质。近年,比较重视信息传递障碍在易患素质中的地位。

易患素质-应激模式,很重视应激因素在分裂症发作、再发作中的作用。然而,对于作为内因性疾病并且具有慢性衰退过程的精神分裂症,应激因素的作用一直未受到重视。以前的观点认为,应激因子不管有无,精神分裂症都会根据其内在的过程发病和进展。然而,根据20世纪60年代英国Brown的一系列情感表达(EE)研究,精神分裂症的复发现象在攻击、过度干涉和批判性家庭中明显增加。还有,群马大学60年代的生活临床也明确观察到复发与应激之间的关系。这样,应激因子参与精神分裂症的疾病经过这个事实变得明朗起来。

这个模式,成为开展精神分裂症康复实践的重要概念。根据这个模式,可以开展的方法有2个。1个是提升易患素质的阈值,以防止复发。另一个是提高应激因子作用下的应对技巧。例如,抗精神病药的药物治疗,并不是仅仅治疗急性发作,对于预防恢复期的发作也是不可缺少的方法。这个药物治疗具有提升易患素质阈值之功效。另一方面,日常生活能力和现实应对能力训练和心理治疗,有助于平衡缓冲应激因子的不良作用。

但是,易患素质-应激模式,存在以下3个缺点:①人们也有这样的日常临床经验,精神分裂症随着反复次数增加,更容易反复,就是台先生所



说的履历现象。这个模式难以解释履历现象;②这个模式也很难解释 M Bleuler 提到的 6% ~ 10% 患者在反复发作过程走向全面衰退的事实;③这个模式难以解释一次急性发作后仅有阴性症状持续存在的现象。

为了阐明这些由易患素质-应激模式难以解释的现象,必须假定生物学原因、心理-社会学原因以及它们之间的复杂动力学相互作用。

(四) 精神分裂症系统论的登场

Ciampi 提出:生成精神分裂症的生理系统的内在过程,可以分为 3 期。

第 1 期,是发病前生成期,由社会性、家族性和生物性原因相互作用,并构成易患素质。生物性原因,包含遗传因素、反应性过敏体质、胎生期围生期缺损等。社会性家族性因素,包含幼时的头外伤、家庭成员间交流方式、习得联合能力、对应机制等。这些众多要因相互作用,形成假设中所说的信息传递障碍。

第 2 期,是精神病性代偿不全期。在第 1 期形成的易患素质基础上,出现超负荷的内在或外在应激因素时,具有易患素质的个体不能进行恰当的信息处理,陷入疾病状态,即精神病性代偿不全期,由此导致急性精神病性发作。

第 3 期,此为精神病急性发作以后的时期。在这个时期内,精神分裂症从完全缓解至各种残留状态(乃至重症衰退状态),可以形成各种状态。而这些状态的形成,除了与个体生物学因素、疾病的发生过程因素有关外,还与各种各样的社会性和家族性因素有关。

在分裂症系统论的疾病生成过程中,社会性、家族性因素、生物学因素、病前易患素质、精神病性发作、慢性状态,分别可以互为因果,互为促进,形成环形因果关系。但是,这里推测的社会性、家族性因素与生物学因素间的相互作用存在的可能性如何呢?近年根据神经可塑性研究,个体经验可以导致神经系统功能及结构方面的变化。

这个系统论证模式可以解释“易患素质-应激模式”解释不了的现象。关于履历现象,可以作如下补充说明。根据 von Bertalanffy 的一半系统论,系统不仅依赖于目前的条件,还依赖于过去的条件、过去的经历。例如,铁

片接触磁铁后会留下磁性,如果反复接触磁铁,本身的磁性也会逐渐增强。个体体验了精神病急性发作后,本身的易患素质变得更强,更容易发生精神病发作。反复发作后,身体的脆弱性逐渐减弱。这样的正反馈,除了女性的排卵机制以外,在正常生理状态下,并不起作用。但是,在病理状态下,因为这样的正反馈机制作用,患者出现人格全面衰退。这对于理解急性精神病发作后以阴性症状为主要表现的残留状态,十分重要。在急性发作导致生理系统破坏后恢复过程中,残留状态可以理解为是为了避免身体内部或外部环境中过多的刺激而采取的应对机制。这种残留状态的体验,对于生理系统而言也会成为履历。精神分裂症的精神病发作-残留状态,可以越来越增强,进而发展为缺陷型分裂症。最后,对于单次急性发作后的阴性症状残留问题,也可以做如下考虑。分裂症发病以后易患素质的阈值降低,是具有低易患素质阈值的个体对迁延化的社会、家族因素的持续应激状态的适应方式。

于是,根据分裂症的系统论,分裂症急性发病以后,将遵循什么样的疾病经过,那种经过,富于变换,多样化,从完全缓解至一定程度的残留状态或缺陷状态,可见一系列谱性分布。缓解和缺陷(衰退)状态,是两个极端。根据宫等人的研究,精神分裂症患者随着病程发展渐渐有向两个极端靠拢的倾向。他称之为哑铃现象。

Pigogine 根据这个哑铃现象提出了散逸构造假说。根据他的观点,散逸构造远离平衡态时或者出于无秩序状态,或者由热混沌态向秩序状态跃迁,可以反映机体与环境的相互作用。也就是说,在精神分裂症患者中,其稳态与健康状态接近的患者在机体与环境的相互作用下,向缓解方向的散逸构造跃迁和转移;另一方面,对于分裂症性稳态较强的患者来说,在机体与环境的相互作用下,向缺陷状态的散逸构造跃迁和转移。

二、结束语

根据近年研究,已经明确:精神分裂症并不像克雷丕林所述那样一定是内因性疾病,其预后随病程进展而日陷衰退。患者病程的发展经过,在



个体易患素质和环境动态的相互作用下,具体表现非常多样化。这个事实,对于推进分裂症的康复治疗极有意义。笔者认为:在开始分裂症的康复治疗前,首先必须整顿治疗环境。针对精神分裂症各种各样的病态,寻求塑造与病态治疗相适宜的环境是十分必要的。但是,身体是具有自律性的能动性系统,其行为不是针对外在刺激的简单机械反应。外部刺激仅仅是修饰身体系统各个过程的东西而已。

刺激过多当然会对身体有害,可是刺激过少如果达到感知觉剥夺的程度,那么对身体也会产生不利影响。对于个体而言,为了保证稳态,合适程度的刺激量是需要的。精神分裂症的治疗环境,根据各种精神病理状态,必须考虑给予患者一定量的刺激。根据 Ciompi 的观点,表 1-1 列出了容易引起分裂症精神病理现象的环境和相应的治疗环境。这两者之间的关系,对于在医院中开展分裂症康复实践具有指导意义。

表 1-1 分裂症的精神病理和治疗环境间的关系(L. Ciompi)

病理环境	精神病理现象	采取的治疗环境
1. 紧张焦虑和烦躁	紧张、焦虑	放松、安静、确实
2. 刺激过多	导致精神病症状	冷静、减少刺激
3. 复杂、不鲜明和视野不佳环境	非现实感	单纯、明亮、视野佳的环境
4. 匿名性、过度变化,大集体	混乱	个体化,减少变化,小团体
5. 不安定、不连续性难以预测	不安定,思路跳跃,分裂	安定,连续性,信赖性
6. 注意焦点难以聚集	注意散漫、放心	注意焦点可以明确固定
7. 不信、侮辱、不宽容	不信、紧张,发脾气、愤怒自我评价降低	信用、知觉、思考感情恰切性
8. 缺乏理解、冷淡	失望、抑郁、呆板	支持性、关心、对话、说明
9. 共生性、自我中心关系(自恋关系)	自我界限的不鲜明	对人格特征的清晰认可
10. 强制性同意	过敏、心理情节	通过意见、感情、行为,认可与他人的区别

(续表)

病理环境	精神病理现象	采取的治疗环境
11. 非理性、欺诈,模糊、表里不一	非理性、不明确,模糊、歪曲	理性、明确、意思统一
12. 二重性命令和禁止;不可能性使命;对矛盾默许的期待	双价性,思考,感情障碍,分裂、妄想,幻觉	统一的命令和禁止,现实性、一致性、明白的期待
13. 幼稚化、依赖化,缺乏责任性	退行、幼稚性、依赖性、缺乏现实处理能力	自律性、责任性、信用
14. 僵硬、刻板角色	僵硬、刻板	活泼、富于弹性角色
15. 缺乏刺激、闭锁性、认知性、感情狭窄	不关心、被动、感情封闭、平淡、自闭	认知性、感情性刺激、开放性