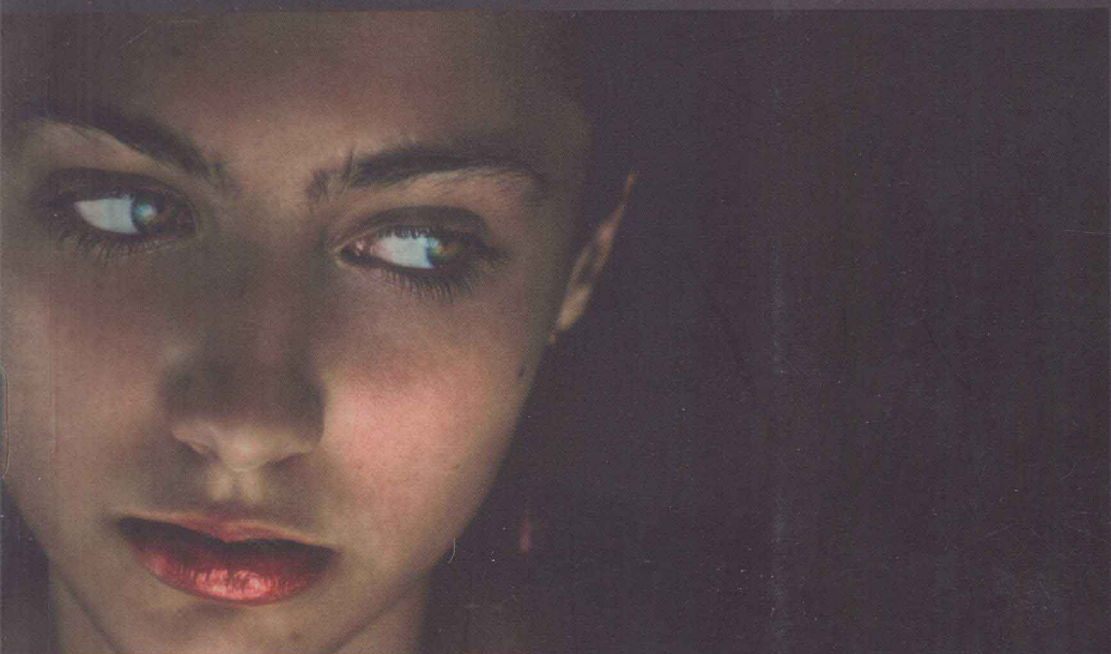




精神病风险综合征

——诊断和随访手册

主 译 宁玉萍

副主译 张璐璐



人民卫生出版社



精神病风险综合征

——诊断和随访手册

主编 李林
副主编 王世军

人民卫生出版社

精神病风险综合征

——诊断和随访手册

The Psychosis-Risk Syndrome
Handbook for Diagnosis and Follow-up

原 著 Thomas H. McGlashan, MD
Barbara C. Walsh, PhD
Scott W. Woods, MD

人 民 卫 生 出 版 社

Copyright © 2010 by Oxford University Press, Inc.

The Psychosis-Risk Syndrome: Handbook for Diagnosis and Follow-up,
First Edition was originally published in English in 2010. This translation
is published by arrangement with Oxford University Press.

图书在版编目(CIP)数据

精神病风险综合征: 诊断和随访手册 / (美) 麦克拉申
(McGlashan, T.H.) 主编; 宁玉萍译. —北京: 人民卫生
出版社, 2012.7

ISBN 978-7-117-16199-2

I. ①精… II. ①麦…②宁… III. ①精神病学—
手册 IV. ①R749-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 139790 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2012-1228

精神病风险综合征 ——诊断和随访手册

主 译: 宁玉萍

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 13

字 数: 247 千字

版 次: 2012 年 7 月第 1 版 2012 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16199-2/R·16200

定 价: 35.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

中文版序

对于那些目前缺乏根治手段的疾病，最好的处置办法就是预防它们的发生。在精神疾病中，相对常见而又危害严重的一大类疾病是重性精神病(psychosis)，现有的治疗措施很难彻底“治愈”患者，预防的重要性屡屡被提及。然而，囿于病因学研究的局限，到目前为止，一级预防对于多数精神疾病也包括重性精神病来说，仍然难以做到。二级预防即早诊断，预防疾病发展成为全世界该领域研究者的共同目标。

精神病全面发作之后，依据现有的诊断标准，达成较高一致性的临床诊断并不困难。至于在很多地方出现的精神病患者就诊率低、未治精神病人(DUP)过长，除了医学原因之外，很多都与卫生系统(如精神卫生知识普及程度，精神卫生服务资源的可及性，精神疾病的耻感等)有关。然而，精神病发作之前，“潜在”的患者已经出现了种种异常。相对平缓的异常期我们称其为“病前期”，陡升的曲线我们称之为“前驱期”。当然，这个所谓的“前驱期”又会被叫做“精神病高危综合征”(high risk psychosis syndrome)或者“弱化精神病综合征”(attenuated psychosis syndrome)。名称的不同，反映了研究者在这一问题上认识的不同，也说明我们对一个个体从“相对正常”向“精神病发作”的转化过程实际上还了解甚少。

每一个临床精神科医生在接诊一个首发的精神病患者时，都会从知情人那里获悉患者发病前的种种“异常”。这些异常，不排除有些部分可能是知情人对疾病发生前某些行为的归因性解释，但是也有很多是实实在在患者发生了变化。而一些纵向研究更是验证了在精神病发作前，确实存在某些精神和行为上的症状。我们需要向国外同行学习的一点就是，对于临床上“心领神会”的东西，我们常常就停留在“意会不言传”的层面。而国外的同行会通过扎实细致的科学工作，把这些“临床常识”变成可操作性的工具，这些工具会极大地提高我们在认识、评估、分析临床问题时的真实性和可靠性，从而进一步推动临床学科的进步。这部书就是这样一本工具的介绍。与其说它是应该用来读的，倒不如说它是应该拿来用的。精神病风险综合征定式访谈(the Structured Interview for Psychosis-Risk Syndrome, SIPS)和精神病风险症状量表(the Scale of Psychosis-Risk Symptoms, SOPS)作为整体，可以帮助我们诊断精神病的高危状态并评估

4 中文版序

其严重程度。为了让读者更好地掌握这两个工具，本书提供了大量的临床案例，方便读者对照临床病例的症状描述进行评分。目前我国政府将重性精神病防治作为精神卫生工作的重点任务，几年来致力于推进社区重性精神病的管理，近年来又通过科研立项、行业推广等方式引导将重性精神病防治的关口前移，精神病前驱期或者高危综合征正是研究者关注的对象。相信这部书会对诸多参与重性精神病防治临床和研究工作的医生及研究者有帮助。同时，广大精神卫生工作者也可以从本书中学到如何评估“阈下的”精神病症状，在临床实践中及早发现并帮助到这样一个在过去常常被忽视的群体。

本书的翻译者宁玉萍及其团队，来自广州市脑科医院。广州市脑科医院是中国第一家精神病院，曾经在我国精神卫生发展史上留下了重要的一笔。如今，又在学科发展中奋勇争先，成为我国精神科学上的第一梯队。全书翻译准确到位，语句通俗易懂，相信广大读者也会赞同我的意见。

北京大学第六医院
北京大学精神卫生研究所
于 欣
2012 年 4 月

原 版 序

在纽黑文的康涅狄格州立精神卫生中心，社会工作者、心理学家和精神病学家组成的精神科门诊团队每天坚持不懈地为慢性精神病患者服务，努力使他们融入社区、坚持服药、远离毒品、避免露宿街头，帮助他们克服对精神病的恐惧。这就是精神分裂症“现代”治疗的现状。

从 20 世纪早期的长期研究来看，精神分裂症患者的日常生活得到了改善，但仍远远不够。在人类的神经系统，瘫痪就是瘫痪，中枢神经系统瘫痪的不可逆性可产生精神病，就如同脊髓水平的瘫痪可导致截瘫。但每个人都清楚截瘫比精神病要好，因为前者只需要轮椅。由于精神病患者的知觉能力、组织能力、整合能力和沟通能力的潜在损害不会马上表现出来，公共机构提供的帮助也通常被认为是不必要的，甚至被认为侵犯了患者的公民自由，故慢性精神病患者总是混乱地辗转于各种公立收容所和急诊医院之间。

我们可以做些什么呢？在回答问题前，我们必须意识到目前还没有现成的答案，必须思考从哪方面开始着手。其中一个方向是我们要认识到疾病中中枢神经系统改变的不可逆转性，应为慢性精神病患者设立长期服务的支持机构，并投入社区资源。另一个方向是探索预防精神病发生的可能性，这也是为什么全世界精神卫生工作者近年来关注首发精神病综合征或风险状态的原因。这个有症状的、伴随功能失调的风险阶段可导致精神病的首次发作，为观察精神病发生的神经生物学过程提供了一个新的角度。而且，它还作为临床综合征以供预防性识别与治疗。

精神病风险综合征定式访谈 (the Structured Interview for Psychosis-Risk Syndrome, SIPS) 是用于评估该临床综合征的访谈和评定工具，可用于诊断、评估症状和综合征的严重程度。SIPS 还可用于判断受访者既往或目前是否有精神病，或是否存在近期发展为精神病的风险症状。该类风险状态被称为首发精神病的精神病风险综合征。

由于我们对精神病的病因缺乏了解，亦无标记疾病的实验室检测金标准。因此，精神病的诊断目前仍完全依靠表现出的症状和(或)被报告的症状，也就是取决于大多数人能观察到并认同的症状(精神医学诊断界认可该观点)。

美国精神病学会和国际疾病分类系统对精神病的“官方”诊断更侧重于阳

性症状。同样, SIPS 中识别风险综合征的临床特征主要有五类阳性症状: 不寻常的思维内容、多疑、夸大、知觉异常、言语紊乱。为什么 SIPS 对精神病的诊断与《美国精神疾病诊断与统计手册》(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) 和《国际疾病与相关健康问题统计分类》(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*) 一样, 专门取决于在起病过程中可能最后才出现的阳性症状呢? 毋庸置疑, 在精神病的发生过程中, 社交兴趣缺乏、动力缺乏及功能恶化等阴性症状先于阳性症状出现。那么为什么这些明显的“缺失的现象”不能作为“诊断性”的症状呢? 答案并不是因为阳性症状与精神病的病因有任何特殊的关联, 而是主要基于阳性症状对标记精神病的出现有更重要的信号价值, 它更能表示“某些事出错了”。

在前驱期, 阳性症状比“精神病风险”中的阴性症状和非特异性症状(焦虑、抑郁)更易被察觉, 因此较晚出现的阳性症状反而是疾病早期发现的重点。阳性症状作为诊断标记的缺点是疾病在阳性症状出现前已存在。优点则是减少了误诊的可能性。

我们几位笔者在纽黑文的精神病风险门诊使用 SIPS 已超过十年, 也在国内外传授 SIPS 的使用。我们尝试用这本手册来凝结并传递有关精神病风险综合征的经验, 以及怎样在临床研究中识别和描述它们, 最终达到预防性治疗的目的。

由于目前缺乏诊断精神病风险的实验室检测, 我们只能依靠后期的症状观察来明确风险综合征。但值得注意的是, 疾病发展的早期阶段是存在的, 我们应致力于更精确地描述疾病早期的特点。故 SIPS 的最终目标是建立一套与目前不同的标准(包括实验室测量), 以便在精神病的演变过程中能更早地发现临床风险综合征。

Thomas H. McGlashan, Barbara C. Walsh, Scott W. Woods

纽黑文, 康涅狄格

(张璐璐译, 宁玉萍审校)

前言

生物精神病学、精神药理学等学科在分子生物学技术的发展推动下,为精神病的诊断和治疗提供了新的信息和手段。但目前精神病的诊断仍缺乏切实有效的实验室依据,主要依靠临床医师对患者症状的掌握与判断,所以对精神病症状尤其是早期症状的观察和辨别在精神科临床工作、疾病干预及康复过程中显得尤为重要。本书著者为美国耶鲁大学精神科教授,无论在精神分析治疗、药物治疗或康复治疗等方面,均具有丰富的临床经验,也是活跃在美国精神医学界临床、教学、科研第一线的专家。

本书通过介绍精神病风险综合征的背景、最新的访谈及评估工具,结合大量的临床案例,深入浅出地描述了如何判断和评估精神病风险症状。更难能可贵的是,本书首次提出了精神病风险综合征的概念,较全面地阐述了该类综合征的诊断与鉴别诊断,翔实解读了 SIPS 和 SOPS。本书内容较丰富,文字简明易懂,实用性、操作性和针对性较强,将精神病学诊断理论、临床症状的评估与鉴别、案例分析等有机地结合在一起,可作为精神科医师临床技能学习及症状评估的参考用书,亦可作为社区医师和(或)患者家属对患者早期干预及病情评估的指南,对精神病的预防具有重要意义。

由于时间和学识有限,在翻译过程中一定存在不尽人意之处,请有关专家和读者不吝赐教,以便改正提高。

广州市精神病医院

广州市脑科医院

宁玉萍

2012年4月

目 录

第一部分	首发精神病的精神病风险综合征: 背景介绍	1
第1章	首发精神病的精神病风险综合征: 概念发展史	3
第2章	精神病风险综合征定式访谈的发展	8
第3章	SIPS 的信度和效度	13
第4章	SIPS 的症状类别和因子	16
第5章	SIPS 中的精神病风险综合征和精神病	19
第6章	风险综合征的“其他”症状: 阴性症状、瓦解症状和一般症状	26
第7章	SIPS 精神病风险样本的特征	28
第二部分	精神病风险综合征: SIPS 和 SOPS 评估	37
第8章	风险综合征门诊的就诊途径	39
第9章	初次访谈: SIPS 和 SOPS 评估	40
第10章	初次评估: 告知患者和家属风险状况及选择	48
第11章	采用 SOPS 评定阳性和其他的精神病风险症状	51
第12章	评定实际案例: 基线评估	63
第13章	精神病风险综合征的鉴别诊断	87
第14章	精神病风险患者的随访	96
第15章	基线评估的案例实践	110
第三部分	PRIME 门诊: 精神病风险患者的面对面访谈	127
参考文献		133
附录		
附录 A	风险综合征电话筛选访谈	138
附录 B	SIPS/SOPS 5.0	142
附录 C	知情同意书	194

第一部分

首发精神病的精神病风险综合征：背景介绍

这部分首先介绍了精神病风险综合征的概念，及识别其临床和功能特点所经历的路程。随后，主要阐述了一个特别的评估系统——精神病风险综合征定式访谈(the Structured Interview for Psychosis-Risk Syndrome, SIPS)和精神病风险症状量表(the Scale of Psychosis-Risk Symptoms, SOPS)的形成和测试。

第1章

首发精神病的精神病风险综合征：概念发展史

前驱症状：风险的早期术语

在早期的精神医学文献中，精神病风险综合征通常是指一种风险状态或“前驱症状”。“前驱症状”这个词起源于希腊文的“先锋”，指事件的先兆。在精神医学的范畴中，它往往指在疾病完全发作前出现的早期迹象、症状和功能损害，例如：在精神病起病前期，偏离正常的思维、体验和行为紊乱^[1]。但这个术语也常用于表示精神病缓解期疾病复燃的早期征兆。加之其他疾病（例如：肝炎）也常使用“风险状态”或“风险期”这个术语，我们特使用首发精神病的“精神病风险综合征”这一概念来描述首次发病的精神病的前驱症状，这样就更清晰、明确了。

识别精神病风险综合征的依据

精神分裂症是一种严重的精神障碍，在疾病早期就可完全暴发并终身致残^[2,3]。精神分裂症世界各地的发病率均约1%^[4]，男性发病率高于女性；男性发病高峰期为15~25岁，女性为25~35岁^[5]。精神分裂症也常起病于十几岁的青少年。20世纪早期，克雷丕林在临床观察研究的基础上提出了精神分裂症的第一个名称——早发性痴呆或发生在青春期的痴呆过程^[6]。

精神分裂症造成的损失是巨大的，因为该病导致患者较早出现功能损害，并持续到晚年，事实上使患者丧失了整个成年期的生产能力，同时还需要花费昂贵的治疗及康复费用^[7]。精神分裂症的治疗已从对患者长期住院的收容照顾改进为大多数患者能在社区生活。同时，大多数精神分裂症患者有残留症状，常常终生伴有自我照料、工作能力及人际关系的缺陷^[3]。治疗虽能控制精神分裂症大多数危险和紊乱的（阳性）症状（幻觉，妄想，思维、言语及行为紊乱），但这些症状在残留期依然具有危险性。它们可作为残留症状处于静止状态，但当患者对治疗不依从时，它们会再次活跃并在疾病中迅速蔓延。

鉴于这种现状, Thomas H. McGlashan 在 1996 年写道:

在职业生涯中, 我很高兴能够帮助许多精神分裂症患者, 也见证了精神病学在对疾病的认识和治疗上的伟大进步, 所以我对该学科的发展仍是乐观的。但在工作中, 我们常常遇见慢性的、难治性的患者, 这使我更关注目前尚未解决的问题。我仍相信目前有关精神分裂症的治疗可以有效缓解中、重度患者的病情并控制其危险性。毋庸置疑, 我们的努力取得了成效; 可一旦患者病情复发将会使我们以往的努力化为乌有。对很多精神分裂症的易感者来说, 最终的结局取决于对疾病的早期发现和预防干预^[8]。

另一个值得关注的问题是, 中枢神经系统中很多神经生物学的改变可导致精神病, 这种改变出现在精神病起病前数月至数年, 起病后不可逆^[9, 10]。故在这些改变的开始阶段确定是否有精神病至关重要。

为了做到精神病的早期发现和早期干预, 首先我们必须熟悉该病的早期阶段, 了解是什么驱动了这些早期阶段, 而我们又能采取哪些预防手段。

精神分裂症的早期阶段

精神分裂症的早期病程(图 1.1)包括病前期, 前驱期和首次精神病发病期^[11]。大多数最终发展为精神分裂症的患者在病前期表现正常。若患者有神经生物学缺陷, 则往往在其出生时就存在; 这些缺陷表现细微和稳定, 通常不会导致患者出现明显或严重的功能损害。在第二阶段或精神病风险阶段, 患者功能明显地加速下降, 出现精神病风险症状, 症状的数量、严重程度及频率也不断增加。该阶段通常发生在发育期, 平均持续 2~5 年^[12]。当“风险”症状变得具有明显的

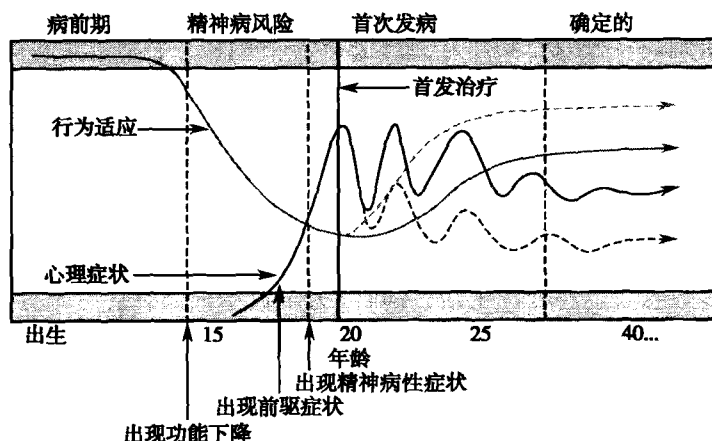


图 1.1 精神病的早期阶段

精神病性，即患者相信幻觉妄想是真实的并出现相应的行为时，疾病就发展到第三阶段或首次精神病发病期。在该阶段，患者缺乏自知力，组织和整合能力也严重受损。

精神病发生过程中神经生物学改变

精神病产生和起病的主要发展模式如图 1.2 所示^[13]。

我们认为精神病发展的病理生理学过程为突触密度的进行性减少或突触连接的显著减少，其阈值如图 1.2 P 线所示。P 线下是精神病的皮质突触分布。我们提出在正常的发育过程中，突触连接在发育的不同阶段会出现相应的变化。一般来说，从出生到 5 岁，突触连接不断发展，之后处于一个平稳的状态直至青春期。青春期后，突触连接减少或被“修剪”以适应成人的认知发展。这个正常的发展过程如图 1.2 N 线所示。最终，正常成人大脑的神经突触从较前减少，但效率更高，如同一个全面的计算机实体。

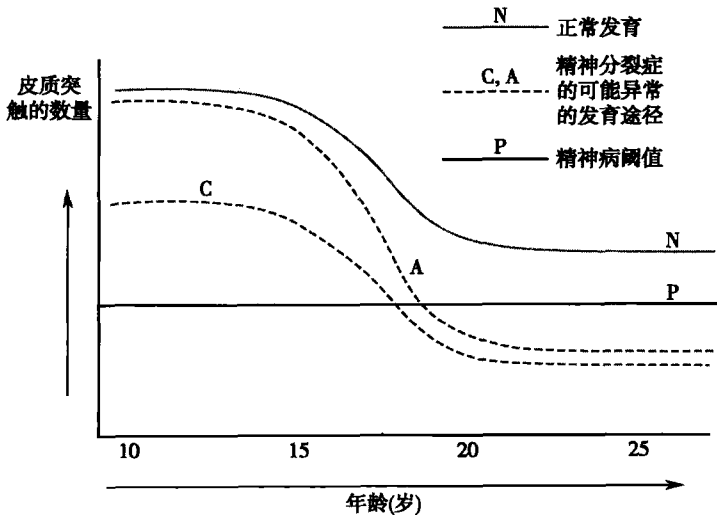


图 1.2 突触密度 / 突触连接减少及精神病的发展模式
(基于 McGlashan and Hoffman^[13])

有时因为遗传、妊娠和分娩并发症等因素，某些儿童的突触连接发育低于正常(如图 1.2 C 线所示)。结果导致儿童期的大脑突触密度低于正常，在神经生物学上有时表现为社会功能、学习功能和(或)认知功能的缺陷(即所谓的病前缺陷)。对这些儿童而言，青春期正常的突触修剪可能足以减少皮质的突触储备以致突触密度低于精神病阈值(P)。

另一精神病发病假说中，儿童期突触连接的发育是正常和健全的，而精神病的潜在病因是基于青春期/成人早期突触修剪强度的不正常(图 1.2 A 线)。A 线的最终结局类似于 C 线，但两者发展为精神病的途径和所需的时间不同。对 C 线来说，通常在青春期突触修剪前就出现功能失调并常表现出疾病先兆。而 A 线，因为青春期前的突触连接完全正常，故没有预警信号。在问题出现前，没有任何先兆；即便问题出乎意料地发生了，也常常被忽略和否认，直至症状达到精神病阈值，但此时已丧失了任何早期发现和早期治疗的优势。

本书介绍了一套对精神病发展的 C、A 模式均敏感的评估系统，但更主要针对 A 模式。因为该模式最常见，也最难预测和识别。

可能与早期发现和早期干预有关的预防类型

以下三类预防方式可能对很多医学问题和疾病有效，精神病或精神分裂症也不例外，即：一级预防、二级预防和三级预防。

一级预防致力于减少疾病在人群中的发生率(也称发病率)。预防性干预通常以研究病因为目标，干预措施也应用到每个人。一级预防的根本目标是防止疾病的发生。例如：加氟水可预防龋齿，安全带的强制使用可预防车祸中的伤亡。精神分裂症的一级预防很重要。例如，第二次世界大战中纳粹党引发丹麦饥荒。在这些饥荒中的妇女所生育的孩子中，精神分裂症的发生率中度增加并具有统计学意义，由原来的 1% 增加到 2%。因此，孕期避免饥饿可作为饥饿导致精神分裂症的一级预防。

二级预防不重在防止疾病的发生，而旨在防止疾病进一步蔓延，例如，疾病的持续时间和程度。它通过延缓起病和(或)预防或延迟复燃来减少疾病的“存在”。其次，二级预防的对象不是全部人群，而是疾病的高危人群。高胆固醇血症就是个很好的例子。高胆固醇血症的个体对心脏疾病有非常高的患病风险，使用降脂药可减少该风险。二级预防的干预就是以风险人群为对象来预防疾病。

三级预防是针对已经发病并处于活跃期的患者，降低疾病的严重程度。例如，减少疾病的复发率、缩短病程、降低死亡率和并发的损害。如果精神病患者没有出现创伤性及破坏性的表现(例如：因偏执的恐怖手段和丧失自知力，或因古怪、不合常理的行为吓坏朋友而日渐疏远，最终由警察送入院)，疾病往往被忽略，导致三级预防被延误。

早期发现和早期干预可能有预防作用的证据

过往数十年的临床研究提示，精神分裂症的早期治疗可能改善疾病的预后

和自然病程。自 20 世纪 50 年代抗精神病药问世以来，早期接受抗精神病药治疗的精神分裂症患者的长期疗效更好^[15, 16]。很多研究调查了从精神病首次起病到首次接受治疗[通常为抗精神病药治疗和(或)住院治疗]之间的时间长度。这段时期，被称为精神病未治疗期(the duration of untreated psychosis, DUP)。DUP 已成为一个重要的概念和预测指标，因为很多研究均表明 DUP 和预后显著相关，起病后越早治疗(DUP 越短)，则预后越好。最近有关这方面研究的两篇综述亦提出并强调了该观点。

挪威和丹麦的 TIPS 研究是尝试改变 DUP 的最早研究^[19, 20]。TIPS 是挪威语“精神病早期干预”(Tidlig Intervention i Psychose, TIPS)的首字母缩略词。该研究表明，在社区中，对公众、学校和全科医生开展有关首发精神病的征兆、症状及治疗的强化教育，可减少 DUP。而且在首次精神病发病期中，较早被确诊的患者与较晚被确诊和治疗的患者相比较，前者因症状导致的功能损害更轻，自伤的可能性更小，社会功能相对更好^[21-27]。

对精神病风险综合征的治疗研究显示(通常为心理咨询和抗精神病药治疗)，早期干预对延缓甚至可能防止精神病的起病有积极作用^[28, 29]。亦有研究表明单纯的心理治疗(例如，认知行为治疗)也有类似的效果^[30]。该领域的先驱是已故的 Ian Falloon，他在伦敦的社区中设立了识别精神病风险症状及为该类药物患者提供家庭治疗的服务部门。多年来，该项目进展顺利，报道显示精神病的新发例数已下降为零^[31]。

总之，在精神病首发阶段和精神病风险阶段，早期发现和早期干预可取得三级预防(例如：减少自杀)和二级预防(例如：延缓起病)的效果是显而易见的。目前尚无研究表明早期发现和早期干预可达到对精神病的一级预防(例如：总体上防止疾病的发生)，但不排除这种可能性。

(张璐璐译，宁玉萍审校)