



# 中国医学百科全书

---

## 精神病学



上海科学技术出版社

# 中国医学百科全书

中国医学百科全书编辑委员会

上海科学技术出版社

**中国医学百科全书**

④ 精神病学

夏镇夷 主编

上海科学技术出版社出版、发行

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所经销 上海商务印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 18 字数 500,000

1982 年 2 月第 1 版 1992 年 12 月第 3 次印刷

印数 21,001—23,800

ISBN 7-5323-2915-1/R·877

定价: 8.80 元

**(沪)新登字 108 号**

## 《中国医学百科全书》编辑委员会

**主任委员:** 钱信忠

**副主任委员:** 黄家驷 季钟朴 郭子恒 吴阶平 涂通今 石美鑫 赵锡武

**秘书长:** 陈海峰

**副秘书长:** 施奠邦 冯 光 朱克文 戴自英

**委员:** (以姓氏笔划为序)

|     |        |     |        |
|-----|--------|-----|--------|
| 丁季峰 | 王 懿(女) | 王世真 | 王用楫    |
| 王永贵 | 王季午    | 王雪苔 | 王淑贞(女) |
| 王鹏程 | 王冠良    | 邓家栋 | 石茂年    |
| 石美鑫 | 毛文书(女) | 史玉泉 | 白清云    |
| 邝贺龄 | 叶恭绍(女) | 吕炳奎 | 曲绵域    |
| 朱 潮 | 司徒亮    | 朱既明 | 朱霖青    |
| 任应秋 | 毕 涉    | 孙忠亮 | 孙瑞中    |
| 苏德隆 | 朱育惠    | 杨铭鼎 | 杨藻宸    |
| 李 昆 | 朱洪荫    | 李肇特 | 李聪甫    |
| 吴之理 | 米伯让    | 吴绍青 | 吴咸中    |
| 吴贻谷 | 杨国亮    | 迟复元 | 张 祥    |
| 张世显 | 李经纬    | 张学庸 | 张涤生    |
| 张源昌 | 李振志    | 陈国桢 | 陈海峰    |
| 陈灏珠 | 吴征鉴    | 尚天裕 | 罗元恺    |
| 罗致诚 | 余 灏    | 郑麟蕃 | 孟继懋    |
| 赵炳南 | 张昌颖    | 钟学礼 | 钟惠澜    |
| 侯宗濂 | 陈中伟    | 夏镇夷 | 顾学箕    |
| 顾绥岳 | 林雅谷    | 郭 迪 | 郭乃春    |
| 郭子恒 | 郁知非    | 唐由之 | 涂通今    |
| 诸福棠 | 周敏君(女) | 黄家驷 | 黄桢祥    |
| 黄绳武 | 周金黄    | 董 郡 | 蒋豫图    |
| 韩 光 | 胡传揆    | 曾宪九 | 谢少文    |
| 裘法祖 | 姜春华    | 戴自英 |        |

# 序

《中国医学百科全书》的出版是我国医学发展史上的一件大事，也是对全人类医学事业的重大贡献。六十年代初，毛泽东同志曾讲过：可在《医学卫生普及全书》的基础上编写一部中国医学百科全书。我们深感这是一项重大而艰巨的任务，因此积极进行筹备工作，收集研究各种有关医学百科全书的资料。但由于十年动乱，工作被迫中断。粉碎“四人帮”后，在党和政府的重视和支持下，医学百科全书的编写出版工作又重新开始。一九七八年四月，在北京正式召开筹备会议，拟订了编写出版方案和组织领导原则。同年十一月，在武汉举行了第一次编委会，落实了三十多个主编单位，全国医学界的著名专家、教授和中青骨干都参加了编写工作。

祖国医学发展史中，历代王朝就有学者编纂各类“集成”和“全书”的科学传统，但系统、全面地编写符合我国国情和医学科学发展史实的大型的医学百科全书还是第一次。这是时代的需要，人民的需要，是提高全民族科学文化水平，加速实现社会主义现代化建设的需要。从长远来看，这是发展我国医药卫生事业和医学科学的一项基本建设，也是建设社会主义精神文明的重要组成部分。因此，编写出版《中国医学百科全书》是我国医学界的一项重大历史使命。

我国既有源远流长的祖国医学，又有丰富多彩的现代医学。解放以来，在党的卫生方针指导下，还积累了群众性卫生工作

和保健强身的宝贵经验，涌现了许多中西医结合防治疾病的科研成果。在我们广大的医药卫生队伍中，有一大批具有真才实学，又善于写作的专家，他们都愿意为我国科学文化事业竭尽全力，把自己的经验总结出来，编写出具有我国特点的医学百科全书。

《中国医学百科全书》是一部专科性的医学参考工具书，主要读者对象是医药院校毕业及具有同等水平的医药卫生人员，但实际需要查阅这部全书的读者将远远超过这一范围。全书内容包括祖国医学、基础医学、临床医学、预防医学和特种医学等各个学科和专业，用条目形式撰写，以疾病防治为主体，全面而精确地概述中西医药科学的重要内容和最新成就。在编写上要求具有高度的思想性和科学性，文字叙述力求言简意明，浅出深入，主要介绍基本概念、重要事实、科学论据、技术要点和肯定结论，使读者便于检索，易于理解，少化时间，开卷得益。一般说来，条目内容比词典详尽，比教材深入，比专著精炼。

为适应各方面的需要，《中国医学百科全书》的编写出版工作准备分两步走：先按学科或专业撰写分卷单行本，然后在此基础上加以综合，按字顺编排出版合订本。这两种版本将长期并存。随着学科发展的日新月异，我们并将定期出版补新活页。由于涉及面广，工作量大，经验不足，缺点错误在所难免，希望读者批评指正。

钱信忠

1982年11月

# 中国医学百科全书

## 精 神 病 学

**主 编：**夏镇夷 （上海第一医学院）

**副 主 编：**沈渔村 （北京医学院）

**编 委：**（以姓氏笔画为序）

于清汉 （中国人民解放军第四军医大学）

刘协和 （四川医学院）

严和骏 （上海第二医学院）

杨德森 （湖南医学院）

娄焕明 （哈尔滨医科大学）

陶国泰 （南京神经精神病防治院）

**学术秘书：**张明园 （上海市精神病防治院）

徐韬园 （上海第一医学院）

## 编写说明

- 一、本分卷选收精神病学的总论(综述)、常见症状、疾病、综合征和诊疗方法等,共109条。因医学心理学未立专卷,本分卷对若干有关内容在相应条目下略作介绍。
- 二、本分卷正文按总论(综述)、症状学、精神疾病和防治方法的顺序排列。各部分疾病的条目,则按定义、病因、发病机理、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗和预防的习惯顺序描述。
- 三、本分卷名词术语原则上只选收本学科最常习用者,并列为正名,其他名称(如简称、别称),则附注其后为别名。外国人名,除少数习用的不注外文直接用译名(如巴甫洛夫和弗洛伊德等)外,一般按“名从主人”的原则迳写外文,不再转译。
- 四、本分卷部分条目文末附有参考书目,供读者进一步钻研之用。
- 五、本分卷附有中文索引,按笔画顺序排列。多数索引,既可按其名称的顺序(如“成人智力量表”)检索,亦可按分段名称(如“智力量表,成人”)检索。书末还附有英汉和汉英精神科名词对照,按字母和笔画顺序排列。正文中一般不用外文注释。
- 六、本分卷主编单位为上海第一医学院。
- 七、本分卷因撰稿人较多,各作者的用词及写作风格,颇难统一;内容方面,亦可能有重复和欠妥之处,虽经分卷编辑委员会几番校修,难免还有错误,望读者指正。

精神病学分卷编辑委员会

一九八〇年十二月

# 中国医学百科全书

## 精神病学

### 目 录

|                  |    |                      |     |
|------------------|----|----------------------|-----|
| 精神病学·····        | 1  | 反应性精神病·····          | 73  |
| 精神病学分支·····      | 2  | 神经官能症·····           | 74  |
| 精神疾病分类·····      | 7  | 神经衰弱·····            | 75  |
| 精神病的诊断·····      | 13 | 癔症·····              | 76  |
| 心身医学·····        | 15 | 神经厌食症·····           | 77  |
| 精神分析学派·····      | 18 | 强迫症·····             | 78  |
| 精神生物学派·····      | 19 | 恐怖症·····             | 79  |
| 巴甫洛夫学派和精神病学····· | 20 | 焦虑症·····             | 79  |
| 精神病的现象学学派·····   | 22 | 疑病症·····             | 80  |
| 精神病遗传学·····      | 23 | 儿童精神病·····           | 81  |
| 精神病和神经生理·····    | 25 | 儿童神经症·····           | 82  |
| 精神病和神经生化·····    | 30 | 儿童期的特种症状·····        | 83  |
| 实验性精神病·····      | 33 | 儿童和少年期行为障碍·····      | 85  |
| 精神病流行病学·····     | 36 | 周期性精神病·····          | 85  |
| 心理测验·····        | 40 | 环性精神病·····           | 86  |
| 智力测验·····        | 41 | 梦呓性精神病·····          | 86  |
| 人格测验·····        | 45 | 妄想阵发·····            | 86  |
| 评定量表·····        | 47 | 急性谵妄·····            | 87  |
| 感知和感知障碍·····     | 48 | 精神科综合征·····          | 87  |
| 幻觉·····          | 49 | 感染伴发的精神障碍·····       | 89  |
| 注意和注意障碍·····     | 50 | 颅内感染伴发的精神障碍·····     | 90  |
| 思维和思维障碍·····     | 50 | 麻痹痴呆·····            | 91  |
| 言语和言语障碍·····     | 51 | 脑寄生虫病伴发的精神障碍·····    | 92  |
| 妄想·····          | 52 | 中毒伴发的精神障碍·····       | 93  |
| 记忆和记忆障碍·····     | 54 | 酒中毒·····             | 95  |
| 智能和智能障碍·····     | 55 | 药物依赖·····            | 96  |
| 痴呆·····          | 56 | 躯体疾病伴发的精神障碍·····     | 99  |
| 情感和情感障碍·····     | 56 | 颅脑外伤伴发的精神障碍·····     | 103 |
| 意志和意志障碍·····     | 57 | 脑血管病伴发的精神障碍·····     | 104 |
| 动作和行为障碍·····     | 58 | 脑肿瘤伴发的精神障碍·····      | 105 |
| 意识和意识障碍·····     | 59 | 脱髓鞘疾病伴发的精神障碍·····    | 107 |
| 自我意识及其障碍·····    | 61 | 脑变性疾病伴发的精神障碍·····    | 108 |
| 性格和性格障碍·····     | 61 | 癫痫性精神障碍·····         | 109 |
| 精神分裂症·····       | 62 | 老年性和早老性痴呆·····       | 110 |
| 情感性精神病·····      | 67 | 产后精神病·····           | 112 |
| 躁狂抑郁症·····       | 67 | 手术伴发的精神障碍·····       | 113 |
| 抑郁症·····         | 70 | 正常压力性脑积水伴发的精神障碍····· | 114 |
| 分裂-情感性精神病·····   | 71 | 发作性睡病伴发的精神障碍·····    | 114 |
| 更年期精神病·····      | 71 | 遗传性共济失调伴发的精神障碍·····  | 115 |
| 偏执性精神病·····      | 72 | 精神发育不全·····          | 115 |

|                |     |                    |     |
|----------------|-----|--------------------|-----|
| 病态人格·····      | 121 | 精神疾病的中医治疗·····     | 139 |
| 性变态·····       | 122 | 精神药理学·····         | 141 |
| 精神病院的组织管理····· | 123 | 精神药物·····          | 143 |
| 精神疾病的预防·····   | 125 | 抗精神病药的临床应用·····    | 144 |
| 精神卫生·····      | 126 | 抗忧郁药的临床应用·····     | 147 |
| 精神病防治网·····    | 127 | 精神振奋药的临床应用·····    | 148 |
| 心理治疗·····      | 129 | 抗焦虑药的临床应用·····     | 148 |
| 精神分析治疗·····    | 131 | 抗躁狂药的临床应用·····     | 149 |
| 催眠治疗·····      | 132 | 胰岛素治疗·····         | 149 |
| 麻醉分析·····      | 133 | 电抽搐治疗及其他休克治疗·····  | 151 |
| 行为治疗·····      | 134 | 慢性病人的治疗和管理·····    | 152 |
| 工娱治疗·····      | 135 | 精神病人的司法医学鉴定·····   | 153 |
| 环境治疗·····      | 135 | 精神病人的家庭、婚姻和生育····· | 155 |
| 生物反馈治疗·····    | 136 | 中文索引·····          | 157 |
| 精神外科学·····     | 137 | 汉英名词对照·····        | 171 |
| 睡眠治疗·····      | 139 | 英汉名词对照·····        | 185 |

## 精神病学

精神病学是医学科学的一个分支,其基本任务是研究各种精神疾患的病因、发病机理、临床特征、病程转归和防治措施。

精神活动又称心理活动,是人脑在反映客观事物时所进行的一系列复杂的功能活动,主要包括认识、情感、意志等过程。神经生理学研究发现,某些精神活动与大脑特定部位功能关系较密切,如情感和记忆活动与边缘系统有关,意识状态与脑干网状结构有关,刺激或破坏脑的这些部位,可造成精神活动的改变。总之,精神活动是大脑各部分的整合活动。大脑反映客观事物的过程,并不象镜子里的映象那样简单,它是一个主动和积极的复杂过程。个体的素质特点,环境和教育因素都参予并影响着人的精神活动。

精神病或精神疾病是一组由不同原因所致的大脑功能紊乱,临床上突出地表现为精神活动的异常——精神症状,包括感知、思维、情感、注意、记忆、行为、意识和智能等方面的异常。“精神病”一词有两种不同含义:广义者泛指所有各类精神障碍,包括严重的精神病、神经官能症、精神发育不全和人格障碍等;狭义者仅指精神障碍较为严重的一组疾病。有人主张,把前者称为精神疾病,后者称为精神病,但在临床上常将两者混用。以往有人习惯于按精神症状的严重程度把精神疾病分为轻性精神病和重性精神病,但这样的区分既无严格的客观指标,又不能说明疾病本质,故目前已少采用。

引起精神疾病的病因很多,可归纳为三大类:①器质因素。包括原发于脑的疾病和影响大脑功能的其他躯体疾病所致的大脑病,总称为器质性精神病。其中由脑部器质性病变所致者,称为脑器质性精神病,由全身性或其他内脏器官病变所致者,称为躯体疾病伴发的精神障碍或称症状性精神病。智能减退(痴呆)和意识障碍(如谵妄等)为此类疾病的基本症状,它们一般都伴有神经系统或躯体疾病的症状和体征,其疾病概念与诊断方法与一般内科疾病相同。精神发育不全也可包括在本类中;②原因未明。这一类精神病根据目前的科学技术水平,还未能发现脑部有肯定的解剖或生理学改变,它主要为精神分裂症和躁狂抑郁症等;③素质和环境因素。这一类主要为人格障碍和神经官能症。人格障碍或称病态人格,主要表现为性格偏离正常,与绝大多数正常人的性格不一样,这种情况能否作为一种疾病,尚有争议。神经官能症是一组与素质因素及环境因素有关的官能性疾病,精神活动紊乱程度轻,一般不严重影响病人的工作与生活。以上病因分类是粗线条的,而且就具体疾病及具体病人而言,很可能是几种病因因素综合作用的结果。

精神病学与其他学科有密切关系。近十余年来作为一门边缘科学的行为科学的迅速发展,对整个医学发生了极为深远的影响。特别对精神病学的关系更为密切,它已成为现代医学的基础科学之一,其内容涉及社会学、心理学(实验心理学与学习过程的理论)、遗传学、人类学和

神经科学(包括神经解剖、神经生理、神经化学及神经药理学等)。有人主张将精神病学纳入行为医学的范畴。根据理论倾向或研究对象的不同,目前在精神病学中又分出许多分支:如动力精神病学、生物精神病学、社会精神病学、社区精神病学、家庭精神病学、比较精神病学、跨文化精神病学、儿童精神病学、老年精神病学、司法精神病学、管理精神病学、军事精神病学等,可参阅“精神病学的分支”条。

近年来,有人主张把作为临床医学分支的“精神病学”改称为范围更广的“精神医学”。除了研究精神疾病的发生和防治外,还研究各种因素对精神活动的影响以及精神卫生对社会各领域所引起的作用等。主张开展深入而广泛的精神卫生服务,为个人、家庭和社会各部门提供更多的精神卫生咨询和指导,这已成为当前西方精神病学发展的主要倾向之一。

精神病与神经病是既有联系又有区别的两组疾病,它们都属于神经系统疾病。神经病学研究和诊治的范围是从大脑、脊髓直至周围神经和肌肉的疾病,临床表现主要为感觉和运动的障碍;精神病学的研究范围是大脑高级功能的紊乱,临床表现为精神活动的障碍。如果是大脑的原发疾患,就可能既有感觉运动症状,又有精神症状。

由于统计范围和统计方法的不同,各个地区、各个时期的精神病患率差异很大。有些国家的统计,广义的精神病患者的患病率高达100%,狭义的精神病患率为10~20%。根据我国部分地区二十世纪七十年代的普查资料,狭义的精神病患率为4~11%,多数报告为6~8%。

各类精神病的病因、症状、病程、预后和治疗均不尽相同。一般而言,精神检查和精神治疗(心理治疗)在精神疾病的诊断和治疗方面起着重要作用。在预防方面,普及精神科知识,开展精神卫生和群防群治工作,取得社会上的支持和配合,具有重要意义。

严重的精神病患者的反常精神活动,常对患者本人、家庭和社会造成不良影响,而且他们自己常否认有病,不肯主动就诊和治疗,常需住入精神病院或精神病专科病房治疗。

精神病学史,可以说是源远流长。早在二千多年前,中外医学书籍中都已有了有关精神病的记载。但是,现代精神病学的创立和发展,则主要是近百年的事。随着医学科学的发展,世界各国涌现了一批著名的精神科学家,他们的工作对精神病学的发展有重大影响。如法国医生Philippe Pinel(1745~1826),提出要以人道主义的态度和方式去对待和管理精神病人,并在法国Bicêtre医院中第一次把精神病人从锁链中解脱出来,在精神病学史上写下了光辉的一页。法国Jean Martin Charcot(1825~1893),则以研究催眠和癔症著称;他的工作,由另一法国医生Pierre Janet(1859~1947)所继承,后者并划分出精神衰弱这一疾病。他们两人被认为是精神动力学的先驱者。以后,奥地利医生弗洛伊德(Sigmund Freud, 1856~1939),首先提出潜意识性和性的

学说,并进一步发展成为精神分析学说。这一学说,在欧美的精神病学中曾起重要影响,近年虽已稍衰,但仍起一定作用。德国的 Emil Kraepelin(1856~1927),则为现代精神病学的重要奠基人之一。他总结了前人的成果,通过对病人的长期观察,提出了早发性痴呆和躁狂抑郁性精神病的诊断概念,并详细地描述了它们的临床特点和预后。在他所写的精神病学教科书中,对精神疾病作了系统分类,对精神疾病分类学作出了贡献。以后,瑞士的 Eugen Bleuler(1857~1939),首先创用“精神分裂症”一词,来代替“早发痴呆”,这一诊断名称为全世界所接受。此外,俄国生理学家巴甫洛夫(1849~1936),创用以条件反射方法研究动物高级神经活动的基本规律,对心理学和精神病学,特别是对实验性神经症的研究,作出了重要贡献。美国的 Adolf Meyer(1866~1950),则为精神生物学说的创始人,他认为人是精神生物统一体,精神疾病是机体对困难境遇的适应障碍和反应,在治疗上强调个性分析,在预防上提倡精神卫生运动。他的学说,在第二次世界大战前后,对美国和英国精神病学有一定影响。

近百年来,一方面中国精神病学继续作为古代医学体系的一个组成部分为广大城乡精神病人服务。另一方面在 1840 年鸦片战争后,随着西方医学的传入,先后在广州(1898)、北京(1906)、沈阳(1919)、苏州(1923)、大连(1932)、上海(1935)、成都(1944)、南京(1947)等地设立了精神病医疗和收容机构。1949 年以前全国精神病床位约 1100 张。从 1917 年到 1949 年仅沈阳、北京、大连、上海、成都、长沙、南京等少数医学院校开设了精神病学课程。此时上海、南京、重庆等地有中国心理卫生协会的建立,这是向社会进行心理卫生宣传的群众团体。解放后,我国精神病防治工作得到较快发展。神经精神科学会经常开展活动,北京的许英魁教授(1905~1966)是学会活动的重要组织者和倡导者。1958 年在南京召开了第一届全国精神病专业会议,对全国的精神病防治工作起了推动作用。以后各省、自治区、直辖市、和部分县,甚至公社以及大型企业都相继建立了精神病防治网,有的地方初步形成了从精神病防治院、防治站、到家庭病床的精神病防治网。一些地区进行了精神病普查,初步掌握了精神病的流行病学情况。上海的粟宗华教授(1904~1970),是精神科防治工作的先行者,并作出了一定贡献。同期,医学院校按照国家统一教学大纲,在医本科中开设了精神病学课程;一些精神病学教学单位也举办了各种类型的精神病专业人员进修班,为各地精神病防治机构,培养高、中级精神病专业人员。先后出版了多种精神病学教科书、参考书。临床方面,医疗质量不断提高,并积极开展中西医结合治疗精神病的研究。医院管理方面,实行开放管理,注意思想教育,配合工娱治疗,动员病人自己的主观能动性来战胜疾病。精神病疗养院条件不断改善,多数已由单纯收容逐步开展治疗,采取“治、教、工、娱”四结合的疗养方针。1963 年在广州召开了中华医学会第一届全国神经精神科学学术会议,1966 年卫生部在成

都召开了全国精神病科工作经验交流座谈会,对我国精神病学的研究工作起了促进作用。但不久科研工作又中断。近几年来,一些地区和单位已经开始建立精神病学研究所和研究室,中国科学院心理研究所也加强了病理心理的基础研究工作。1979 年中国心理学会也成立了医学心理专业委员会。已经发行《中华神经精神科杂志》、《神经精神疾病杂志》、《国外医学——精神病学分册》三种全国性专业刊物。1978 年在南京举行了全国第二届神经精神科学学术会议,回顾了近十余年来我国神经精神病学的历程,讨论了今后努力的方向,从而使精神病学进入了迅速发展的新阶段。解放后三十年来,我国精神病学批判了各种唯心主义和机械唯物主义的学术思想,抵制了各种错误思潮的冲击,坚持以辩证唯物主义作为指导思想,开展了大规模防治工作和流行病学调查;神经梅毒已近绝迹,麻醉剂癖和慢性酒中毒极为少见。一个比较成熟的精神病学专业队伍正在发展壮大。

精神病学虽然已经取得了很大进展,但是还有许多尚待解决的问题。综观世界精神病学学科的趋向,不外乎向生物学、心理学和社会学三个方面发展。生物学方面,包括神经科学、遗传学、生理学、生化学和精神药理学等领域的研究,探索生物学的病因,提高诊断和治疗水平。心理学方面,则着重于心理机制的探讨,心理测验的改良和应用,心理治疗和心理卫生的研究等。社会学方面,注重于研究精神疾病的流行病学,跨文化精神病学,社会心理因素在精神疾病发生、发展、康复、预防和治疗方面的作用。

我国的精神病学相对较为年轻,但是也有我们自己的长处。我们一向注重临床和实践,在临床精神病学方面有着丰富的经验,这是一切精神科研究工作的基础;我们有中西两法治病的特长;又有二十余年社区精神病学的工作经验,创造了适合我国国情的防治体系。这些都应该努力充实,加以提高。另外,还要积极培养人才,学习基础理论、人类学、心理学和社会学等薄弱环节的有关知识,根据具体情况,开展研究,为精神病学作出更大的贡献。

(夏镇夷 刘昌永)

## 精神病学的分支

精神病学可以分为若干分支,主要有以下各门类:

**社会精神病学** 它从社会学、生态学和文化差异等方面研究精神病的发病、临床表现、治疗和预防等问题。首先应用“社会精神病学”一词,始自 Southard(1917)所著“精神卫生”一书。当时的涵义限于研究精神病人的社会服务事项,如社会调查技术、社会心理学、心理测验和管理病人的经验等。目前,社会精神病学的涵义已有所扩大,它研究的范围包括以下几个方面:①精神病的流行病学及生态学,即精神病在不同社会环境下的产生、诊断准则、发病率、分布状况的动态,其中专门探讨与文化的关系者,称“文化精神病学”和“跨文化精神病学”。在国外,还研究疲劳、隔离、监狱、战争、饥馑等特殊情况与精神病

的关系,甚至对周末、工余时间以及休假等对精神病的影响也有探讨。②精神病的社会学与人类学,也就是种族和社会的演化、社会心理学、人们的社会责任感,彼此之间的交往,乃至个人的智能、技艺等与精神病学的关系。③精神病的社会性治疗和预防,精神保健机构的建立和立法与社会团体、财团的关系等等。专门探讨地区社会性保健措施者称“社区精神病学”。④精神病学的方 法学,如统计学、个案采集、社会调查、心理学检查等问题。

由于涉及的范围如此广泛,社会精神病学者除应具有临床精神病学的知识外,尚需具有一定的社会学、法学、教育学、宗教和政治学方面的知识。必要时,宜会同社会学家和人类学家共同研究。

在美国,精神分析学派对社会精神病学有深刻的影响,乃至有人认为社会学和精神分析学说是这个学科的理论基础。

**社区精神病学** 又称地区社会性精神病学或公共精神病学,为社会精神病学的一个分支,是以地区社会或机构、团体为单元,研究该地区或团体的精神病的预防、治疗、康复和社会适应的统筹安排和管理。它首先在美国和西欧国家兴起。至二十世纪五十年代后期,出现了以一定自然居住地区,或者某种团体机构为单元,在中心防治机构规划下,实施多项精神保健措施的尝试,期以融合治疗-康复-就业为一体,解决精神病的社会性预防和治疗问题。它在美国、西欧和日本发展较快,已就地区大小、保健措施、保健组织、实施方法,以及人员培训等进行研究。1975年美国已有20%的人口地区,实施了地区社会性精神保健措施。

这项工作的涵义虽然各地不尽一致,但基本特征类同。首先,划定防治管辖地区和设立中心防治机构,这种辖区一般人口数定为75,000~200,000人。认为少于此数,则各中心防治机构实施规划时,难以与该地区内其他社会福利-服务机构相契合。后者包括学校、公共机关、一般医院和诊所、宗教和救济机构等等,彼此协作,构成一个共同体。各地区内实施的精神保健措施,由各中心防治站统筹指导,一般包括五个方面:①住院管理。②部分住院(日间或夜间医院)管理。③门诊服务。④急诊服务。⑤防治辖区内会诊、卫生教育、培训人员和科学研究。这些措施具有新的特征。例如住院管理,一旦病人的急性症状被控制即可转入部分住院或门诊管理。部分住院管理是病人转向住院或门诊的过渡。利用专科医院兼收日间及夜间住院的病人,有以同一设施治疗更多病人之利。门诊服务方面,增设机动门诊点和实施家庭治疗,并利用辅助人员作卫生宣传及随访调查研究。急诊服务方面,可全日24小时应召,必要时可利用一般医院收治急性精神病例。防治辖区内会诊,相互协作,帮助病人接受重返社会的训练,并为社会辖区预防提供进一步的保证。上述措施是使预防-治疗-康复-就业各个环节彼此衔接、融为一体的较合理组合。

实行以来,已取得一定效果,如美国精神病人的住院数已显著减少,住院期缩短。1955年美国全国住院病人

56万,1973年则为24万8千余人;出院率1969年为54.6%,1972年为65.1%。自1970年以来,已有8个州的12所州立精神病院关闭。在国外,地区社会性精神保健事业尚存在一些问题。一方面,有关技术性的问题有待进一步完善;防治辖区内各机构之间的关系,尚无统一的立法规定,需要探索。再则,无恒定的经费保证。如美国,政府仅辅助建立中心防治机构的经费。经常的费用需仰仗某一社会团体或财团的基金和捐献,或纯属私人经营。

我国的精神病防治网,与社区精神病学颇多相似之处,详见“精神病防治网”条。

**跨文化精神病学** 又称民族精神病学或种族精神病学,为社会精神病学的一部分。它探讨精神病与社会文化的关系,对比研究不同文化环境中精神病的动态,诸如发病率、病因学、病种分布、临床特征,以及预防和治疗等等。初期,人类学者和精神病学家们观察到,在一些原始民族或部落中,其精神障碍的表现与一般文明社会不同:其一,可呈现某种独特的精神障碍。如北极爱斯基摩人的北极瘧症,北美印地安人的wigtigo(变魔状态)和马来西亚人的Amok(残暴疯狂)等等。其二,见于一般文明社会中的某些精神障碍,其发病率与一些原始民族有显著差异。如Kraepelin(1904)发现在爪哇地区躁郁症少见,Tooth等发现在非洲土著中抑郁症及自杀率甚低;而急性精神错乱状态,在新几内亚及马来亚人中为最多见的病种(Seligman, 1929; Berne, 1950)。其三,有关评定正常行为或异常行为的准则不尽相同。例如癡病性意识分离状态,在一些原始部落中被认为是巫士、祭司之流所应具有的行为;同性恋在有些民族中是一种风尚;科威特人崇尚的风尚是猜疑、夸张和迷信巫术,不认为它们是病态。此后研究者注意到,上述三方面的差异,亦存在于一般文明社会中。例如,由于高度工业化和公害,已出现了一些新的职业性精神障碍;酒精中毒、药癖在资本主义国家中多见,而同性恋者在美国社会中可允许公共集会等等。

对于上述现象,部分研究者认为与民族或人种有关,因而定名为“民族精神病学”或“种族精神病学”。但多数学者认为产生上述现象的原因,是社会文化的影响。

所谓一个民族或群体的文化,乃指其成员所共有的信念、风尚和举止行为特征,由此形成其世界观和生活方式。它不仅涉及到社交方式、经济性质、工艺技术和宗教信仰,而且关系到该民族或群体的实践活动和价值观念。文化对于精神病理学的影响,可以妄想观念为例来说明。如被害妄想,其内容在原始民族中不外是被人蛊惑或咒诅,较为简单;而在文明社会中,则内容复杂,如被无线电控制、雷达跟踪、激光照射或被人催眠等等。就同一民族或群体而言,因社会文化的变迁,妄想的内容亦可变动。如夸大妄想,在旧中国,常为拥有大量财富和众多妻妾,而今解放已数十年,上述内容已极罕见,常见者不外妄言个人的权力和成就之类。

就上述现象作理论上的概括,目前有两个主要的学说。

其一,认为原始民族中的某些精神障碍型式,是人类精神障碍的雏形。它加上社会文化的影响,构成各该民族或群体的精神障碍特征。其二,为“基本人格类型”论,以此来解释在某一定的文化中,何以具有某些人格特征的比率特别高的现象。“基本人格”系由与该文化有关的成员所共有的价值观念和风尚所构成,是派生出每个个体人格的核心。根据这一概念,对精神病病理学的研究,应从探讨该民族或群体的文化入手,它优于着重研究个体行为的方法。有人认为,个体与其所属文化背景之间的矛盾,是产生及被认定为精神障碍的原因。

文化因素与预防和治疗精神障碍的关系,最突出地表现在精神治疗的运用方面。在原始民族或部落中,巫术具有精神治疗的作用。又如森田(Morita)疗法,由日本森田于1917年创立,用于治疗神经症。它要求患者对于症状采取容忍而不是排斥的态度。实践证明,这种精神治疗法用之于日本民族的疗效较高,而不易为其他国家或民族的患者所接受。

精神病学中的精神分析学派,以及人类学中的功能主义(functionism)和文化相对主义(culture relativism)对跨文化精神病学的研究有重大影响。

**文化精神病学** 它研究精神病与文化的关系,目前已发展为研究不同文化对精神病的影响,称跨文化或比较文化精神病学。

**比较精神病学** 比较精神病学一词系Kraepelin于1904年研究爪哇地区土著民族的精神疾患时创用,即跨文化或比较文化精神病学,意在与一般文明社会的精神疾患相比较。

**临床精神病学** 又名医院精神病学。它探讨精神病的病因、临床表现和分类、诊断和鉴别诊断,并以治疗和预防为目的。就内容而言,它概括了精神病的病因学、病理学、症状学(以上称总论)、各种精神病的临床表现(称为各论),及其治疗和预防。(见“精神病学”条)

**老年精神病学** 为老年医学和精神病学的一个分支。它研究老年期的精神障碍与其有关问题。近数十年来,人类的平均寿命延长,老年人增多,而在生理和病理学方面,老年人有其特征,由此形成了老年医学。再者,高度工业化和交通事业及城市的发展,使社会的内在结构发生变化,人们崇尚小家庭生活。而在资本主义社会中,失业、孤独、贫困和疾病更往往是人们晚年常有的遭遇,对老年人的心理活动有特殊的影响。据国外报道,60岁以上的老年人中,呈现各种程度精神障碍者约占45%,需要精神科医师检查或治疗者占15%;65岁以上的精神病患者为4.0~6.8%。在欧美一些国家的精神病院中,约有1/6的住院病人为老年患者。凡此均促进了老年精神病学的发展。

年老本身不是疾病,它是生命周期中的一个必然过程。所谓老年期,尚无确切的界限。在这段时间里,机体的代谢过程以及各个组织器官渐趋衰退,大脑的神经元减少,因此机体的活动度和精力减退,耐受力降低。在心理活动方面,可呈现认识能力减退,倾向于怀旧、保守和持重,

自尊心减低及孤独感等。这些均为老年期内人们共有的特征,不是病态。

老年期精神障碍可概括为非精神病性障碍和精神病两类。前者指各种尚未达到精神病程度的精神障碍,其在老年人中的患病率约为40%,包括神经症(4~5%)、类神经症综合征(23.6%)、病态人格(3~6%)和癫痫等等。其中“类神经症综合征”占的比率较大,它包括了脑血管病、老年性痴呆等慢性脑器质性精神病的早期表现。临床实践证明,在老年期作出单纯心因性神经症的诊断应极慎重,常需考虑躯体和颅内器质性因素的影响。就症状而言,疑病症、强迫症及不同程度的忧郁最为多见。老年期精神病包括功能性精神病及脑器质性精神病。前者如精神分裂症、情感性精神病及心因性精神病等。此时期初发的精神分裂症多为偏执型,有些学者诊断其为妄想痴呆与妄想狂,不主张应用精神分裂症一词。至于情感性精神病,此时期内绝大多数为忧郁症,躁狂状态少见。初发病例约占老年精神病患者1.3%。脑器质性精神病在老年甚为多见。老年期痴呆为此期内的特有疾患。国外报道,约占老年期精神病患者1/4~1/3。此外,正常压力脑积水症亦多在此时期内发生。老年期脑器质性精神病的分类,可按一般病因分类,亦可以病程及症状为主,病因分析为辅,概括为急性脑器质性反应综合征和慢性脑器质性反应综合征两种。脑电图以及电子计算机X线断层扫描(CT扫描),在鉴别诊断老年期功能性或器质性精神病方面有重大价值。

在治疗方面,急剧的躯体治疗如电抽搐疗法等不宜使用。至于药物治疗,由于老年人功能衰退,药物在体内停留的时间延长,其生物活动维持较久,对机体组织的治疗和毒性作用相应增加;加之或伴有心血管系统等躯体疾病,故用药应慎重。综合性的支持治疗、病因性治疗和妥善护理,对治疗老年性精神障碍有重大价值。(见“老年性及早老性痴呆”和“脑血管病伴发的精神障碍”条)

**儿童精神病学** 是研究婴儿、儿童以及少年时期的精神病学。它所研究对象的年龄,一般限于15岁以下,可分为以下几个阶段,即婴儿期(出生后一年内)、幼儿期(1~3岁)、学龄前期(3~7岁)、学龄初期(7~12岁)和少年期(12~15岁)。在这段时期里,个体的组织器官及其生理和心理活动功能处于生长发育阶段。它随年龄增长而变化,欠成熟而待定型,因此,其病理过程、临床表现以及治疗和预防等问题异于成人,成为一个独立的分支。

儿童及少年期精神障碍的一般特征是:①症状单一或内容简单。例如儿童神经症,可单一表现为厌食、呕吐,其情绪障碍不外焦虑、恐惧或强迫症等。患精神病时,幻觉尤其是形象性视幻觉多见,少有言语性幻听,以及妄想等型式复杂的知觉和思维障碍;其行为障碍多限于活动过度或畏缩及迟钝,缺乏成人患者动机复杂的离奇怪诞行为。概言之,年龄愈小,症状的内容愈简单;反之,年龄增长,则愈近成人。②抑郁症状罕见。有些学者认为在10~12岁以前不出现此症状。再者,此时期里可出一些特有的症状如睡眠障碍中的梦魇和夜惊;行为障碍中的

习惯性抽搐(tics)、多发性抽搐-秽语症、口吃及遗尿;情绪障碍方面有进气性发作及“脾气暴发”(temper tantrum)等等。

儿童精神病的分类,尚无一致意见。一方面可习用一般临床精神病学的分类,分别为神经症、精神病、精神发育不全及人格障碍四项。另方面,根据这一时期内某些特有的精神障碍,另列出了儿童及少年期的行为障碍和儿童神经质两种。前者包括多动症、退缩、过度焦虑、逃逸(runaway)及少年反社会性行为等反应。对这类中一些在强烈情绪和境遇作用下出现的暂时性反应,在美国或称之为“境遇适应性反应”。他们认为少年及青年期是一个身心功能极不稳定的时期,易于出现这类反应。关于儿童神经质,指吮吮拇指、咬指甲、择食、口吃和遗尿等习惯。目前有些学者认为它们与儿童少年期内的神经症及精神病的发病过程并无特殊关系,不是精神病理现象,称之为儿童的特种症状。

儿童精神病的治疗,应以病因治疗、精神疗法和相应的教育为主。儿童对于某些药物的反应可与成人相反。例如苯丙胺和抗忧郁剂于儿童呈现镇定效果,可用以治疗多动症;巴比妥类药物,可引起儿童失眠或行为紊乱;利眠宁等抗焦虑剂对儿童有“兴奋”作用,不宜用于有冲动和骚扰行为的儿童。再者,如长期用药,宜考虑某些药物对于儿童生长发育的影响。有资料报道,锂盐、抗精神病药物和丙咪嗪、利眠宁等可影响甲状腺功能。再者,上述药物能影响神经递质的生成和代谢,间接影响下丘脑-垂体系统的功能,对儿童的生长发育可有不良影响,故长期用药宜慎重。有些学者主张每用药3~4个月后,宜渐减药量并停药一周,俾减少副作用,且可估计药效,考虑及时停药。(见“儿童精神病”、“儿童神经症”、“儿童和少年期的行为障碍”和“儿童的精神症状”等条)

职业精神病学 又称产业精神病学。在其发展初期,仅限于研究工业生产中的精神病学问题。目前,其研究范围已扩大到其他企业组织。它探讨企业成员产生精神障碍的职业性原因、治疗和预防,意外事故、缺勤与精神因素的关系,以及其精神病学的鉴定等等。因工业生产中毒而产生的疾病,一般归入工业毒理学和职业病学。一般性的精神障碍归入临床精神病学。狭义的职业精神病学侧重于研究与职业有关的心理学和精神病理学。

职业性紧张,是本分支的一个重要研究课题。所谓职业性紧张,乃指机体因职业性质、工作环境和需求的劳动强度等呈现的紧张应激状态。实验证明,它使个体的生理功能呈现相应的变化,如血压增高、血内胆固醇及甘油三酯增加等等,目前认为它与产生冠心病有关联。再者,职业性紧张可产生一些特殊的心理障碍。例如,从事书写、打字、钢琴和缝纫等刻板性手指动作的人员,可呈现手指痉挛或颤抖。它仅在工作时或受人注意时出现,而其进食、梳头、扣纽扣及刮须等精细动作正常,无神经系统器质性病变特征,亦可称为职业性神经症。

避免或减少意外事故和缺勤是企业生产中的重要课题。疲劳、酗酒和滥用药物(尤其是麻醉、镇静剂)是影响

企业成员产生意外的重要原因。易发生意外事故和缺勤的人员有共同的人格特征。如感情用事、倨傲、不关心他人、好顶撞、难以深交等。他们发生意外事故的比率可大于平均值的10倍。此外,对妇女驾车事故进行研究,发现半数以上是在月经期或月经前4天内;认为与这一时期内情绪不稳、嗜睡,以及判断和反应能力减退有关。

意外事故的受伤者,于恢复期内,可呈现一种特殊的精神障碍,称为外伤性神经症。伤者在意外事故发生后,初期呈现惊恐、焦虑状态。它与受伤境遇、顾虑残废及个人前途等相关。常伴有失眠、反复梦魇、心悸、头痛、眩晕、焦虑、易激惹及疲倦感。多数于数月内缓解。部分患者于受伤后3~6个月开始出现不同程度的忧郁、疑病、焦虑、恐怖-强迫综合征或癔病发作,病程迁延。经济补偿问题对其病程有一定影响。有人认为它是伤者谋求经济利益而产生的似病非病状态,称之为“补偿性神经症”。本病需与疑病症及诈病相鉴别。综合性的支持疗法及精神疗法有重大价值。

军事精神病学 是军事医学和精神病学的一个分支,研究军队内精神障碍的特征及其保健措施。其中专门探讨战争时特有的精神障碍者又称战时精神病学。

军队是一个特殊的集体,生活方式不同于一般居民;军队又是阶级专政的工具,其成员的思想意识有鲜明的阶级性。所以,其成员呈现的特殊精神障碍,有些是为一般军队所共具,有些则视其军队的性质而异。例如滥用药物是美国军队中的重要精神障碍之一,而在我国军队中无此问题。

军队成员中的特殊精神障碍有战时神经症、弹震休克、战场性反应状态、“怀乡病”及诈病等。战时神经症系源于战时精神紧张、焦虑、恐惧以及疲劳、衰竭诸因素。一般症状有情绪不稳、易激惹、焦虑或恐惧感,和植物神经系统障碍,如心悸、多汗、厌食、恶心、胃肠道不适、或尿急等。可伴有紧张性头痛(顶、枕、颈部压迫或牵曳感)、睡眠障碍(失眠、战争境遇性梦魇)以及持续性战栗(战斗结束后仍持续达数小时)。上述病情,如接受适当的治疗和休养,一般可于数周内缓解。关于弹震休克,目前尚无一致意见。有人认为它即战争神经症或其中的特殊类型,有人则另定名为“外伤性神经症”,认为平民因重大精神创伤亦可产生此病。患者多由于近旁有巨大爆炸震荡而发病,呈现阶段性遗忘、情绪不稳、诸般自身感觉恶化,以及具有战争境遇色彩的梦幻状态。后者间发性发作,类同癔病。此症预后不及前述之一般神经症,约2~3%的病例病程迁延。所谓战场性反应状态,系第二次世界大战以来,美国参入的多次战争中所报道。每在患者服役期将满,或骤然获悉需离队时发病。被认为与离别伤情、留恋伙伴、军队生活以及国外文化影响等精神因素有关。一般表现为过度焦虑或忧郁,以及某些行为异常,如自暴自弃、酗酒、罪恶感、期望受审和灾难来临等等。这类患者的病前性格有依赖他人的倾向,预后较好。在美国被归入“暂时境遇性反应”项内。“怀乡病”即思念家庭、亲人及故乡的心因性忧郁症。关于诈病,其所表现的症状,

并不仅限于精神病方面,但精神病科医师常需参与鉴定。广义的诈病,尚概括了有轻度躯体疾患,而小题大做,以及临战时的习惯性落伍者。概言之,上述多种表现,属于心因性障碍范畴。其治疗,根据国外经验,应由医师深入现场、就地及时处理,如此有利于早期调动一切积极因素,诱导患者正确面对现实。不恰当的后撤和集中,流弊甚多,可致患者间的相互影响,使病程迁延,并影响士气。在躯体治疗方面,可视病情而定,给予适量的精神药物、休息和营养。遵循上述经验,据报道,美国前线精神病院的年住院率已递减;第二次世界大战时为34%,越南战争(1965~1972)时则为14%,且约60%的战争神经症患者,可于2~3天后重任原职。

军事精神病学探讨的课题,尚有军队内精神病的流行病学、保健措施,以及违纪者和俘虏的精神病学鉴定等等。

**司法精神病学** 专门研究精神病人的司法鉴定,以及犯罪与精神病的关系等问题。司法鉴定的目的,一在协助司法机关甄别罪犯有无精神病;二是判定罪犯作案时有无责任能力。我国刑法(1979年7月6日公布)第15条规定:“精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果的,不负刑事责任”,“间歇性的精神病人在精神正常的时候犯罪,应当负刑事责任。醉酒的人犯罪,应当负刑事责任”。因此,司法鉴定既需正确诊断精神疾患的类别,又应分别了解罪犯作案以前、作案时、拘留期间以及接受鉴定时精神状态,供司法机关判罪、量刑和执刑时参考。(见“精神病人的司法医学鉴定”条)

**实验精神病学** 以实验的方法模拟人类的精神障碍,藉以探讨其病因、发病机理和治疗。(见“实验性精神病”条)

**神经精神病学** 它从神经学的角度来研究精神病。侧重于探讨精神病理现象与脑结构及其功能的关系,以及器质性精神病等问题。它与临床神经心理学密切相关。

十九世纪,Wernicke发现优势大脑半球Wernicke区的病变可产生感觉性失语症。他就这一发现以及其他有关资料,设想所有的精神症状可能在大脑中各有代表部位,并欲以此而重新组织精神病学的知识。此后,Kleist等曾就人格特征在脑内寻求定位,并将精神分裂症分为20多个具有不同症状和转归的亚型,企求与大脑内的不同结构及其功能相联系。因缺乏肯定的病变资料印证,未被公认。二十世纪四十年代,Penfield发表了“癫痫与大脑定位”等著作,对上述设想有巨大的促进。他在外科治疗癫痫等脑疾患的实践中,发现了许多有关大脑结构,特别是颞叶与精神活动关系的新资料。例如,他以电刺激颞叶的不同部位,可使病人在意识清晰的情况下,产生多种生动的体验、回忆和幻觉。另一方面,临床心理学家们,先后设计了多种测定精神活动的试验:如Binet-Simon测定智力落后及脑外伤儿童智力量表,Wechsler等测定成人智力的量表(WAIS),Head等设计的失语症检查法,以及Лурия的神经心理功能测定表等等。由此发展而成临床神经心理学。它与前述神经精神病学者的

成就殊途同归,使人们对精神病理现象与脑结构及其功能关系的了解,不仅在定位,而且在量的方面也取得了进展。后者对判断疾病的病程发展及其预后具有重大价值。例如,对Pick病、Alzheimer病等痴呆性疾病,临床神经心理学的检查,可较常规的神经系统和实验室检查更能早期发现病变。又如Blessed等发现,老年人死后大脑切片中老年斑的平均数值,与病人生前接受的定向、远记忆力和注意集中能力的测验值显著相关。此外,许多研究者进一步肯定了大脑两半球的功能是彼此不对称的。它对研究精神病理学,和鉴别脑器质性精神病与功能性精神病有重大意义。例如,优势半球内与语言功能有关各中枢的病变,可呈现多种失语症。它们可能与其他精神障碍,如缄默症、痴呆或精神分裂症的思维障碍相混淆。而非优势半球的顶叶病变,可呈现疾病缺失感(否认有病)、空间整合力障碍以及自体部位觉缺失等症状,亦易被误诊为精神分裂症等精神病。至于颞叶及边缘系统病变所产生的情感、认识过程以及行为等方面的复杂症状,更需与精神分裂症等功能性精神病相鉴别。据报道,目前借助临床神经心理学的有关测验,判断脑器质性病变的正确率可达80~94%,而常规的神经系统检查,精神状况检查和实验室检查的正确率为70~97%。

此外,本分支尚研究精神症状与神经生理功能以及神经递质的动态关系,和其一日之间的节律性变化(Circadian rhythms)等等。概言之,它是一门综合了精神病学、心理学、神经学,以及神经生理、生化学等学科的科学。

**心身医学** 现又称精神生理医学。它的涵义至今尚无定论。概言之,它是探讨精神、躯体两种因素在发病中的相互影响和主从关系的医学。已被列入精神病学的范畴。(见“心身医学”条)

**描述性精神病学** 系与动力性精神病学相对而言。它侧重以观察和描述精神症状来研究精神障碍。严格地说,它只表示一类研究精神疾患的方法,与精神医学中的学派并不等同,可为不同的学派所采用。例如,Kraepelin乃主张按病因来分类精神疾患的代表,其分类法乃源于长期的临床观察、记述和随访。他从众多精神病病人的病象和转归中,寻求其共同的特征。结果认定外在表现倾向两个极端的躁狂症和抑郁症乃同一疾病,并定名为躁郁症,又认为与早发性痴呆(后为Bleuler归入精神分裂症)有别,但彼此又有共同之处,即同属于内源性精神病。又如Wernicke,他为探求以大脑内不同结构定位心理功能的代表,亦以精确的临床观察和描述著称。在精神症状学方面,他首先区分出原发性妄想和继发性妄想,并指出了超价观念不同于妄想等。再如Schneider,乃属于现象学派,他首先描述了一级症状群(FRS),认为它有助于临床诊断精神分裂症。

概言之,描述性精神病学重在研究精神病的外在现象,动力性精神病学重在探讨精神病理现象的内在世界。这种差异,亦反映在有关疾病的定名方面。例如,躁郁症、精神分裂症等乃是前者的贡献,而转换性癔病、意识分离

性癖病等则源于精神动力学者的观点。重视临床观察和现象的描述,乃是研究精神医学的现实道路。侧重这一途径的一些学派,尽管他们的理论不尽为人们所接受,但其描述的客观现象(症状)却常有持久的价值,是临床诊断的可靠依据。而崇尚从精神活动内在动力关系研究精神病者,却往往忽视解剖、生理、生物化学等基础医学知识,企望从非实验性的心理学甚至哲学的观点来研究精神病,势必使后者脱离了医学的范畴。Massermann 创立的生物动力学体系(biodynamics)虽是以动物的模拟性行为障碍为基础,但理论上的概括仍属精神分析学派,被认为是精神分析与精神生理学的勉强结合。

**动力精神病学** 乃描述性精神病学的相对语。它从精神活动的内在过程及其间的动力关系来研究精神病现象。

以动力精神病学派的代表弗洛伊德学说为例。他分精神活动为意识、前意识和无意识三类,又提出了自我(ego)、它我(id)及超我(super ego)的概念,性力(libido)以及性心理发展分期等学说。认为它们之间有发展或移行的关系,此之谓精神动力关系。此外,有些精神动力学者尚借助所谓人格分层论、意识分层论,或借用 Jackson 关于中枢神经系统,低级中枢发展至高级中枢,并彼此分管不同精神功能的概念,认为精神疾患乃是这些精神活动过程之间的移行或退化性变化所致。精神动力学者常用的是内省和自我分析的方法。其客观性可疑。他们往往就他人所描述的症状和疾患作假设性的解释。如精神分析学派认为性力发展的障碍是产生一些精神障碍的原因,焦虑症状是由于母亲分娩的剧痛中,婴儿曾忍受过“焦虑”的后果。存在主义者,认为抑郁症的体验乃是主观时间体验的停滞,妄想乃是对空间关系的理解和体验失常等等。缺乏客观根据,往往流于臆断。或甚至虽同一学派,对同一疾病亦可解释不一。如精神分析学派认为神经症的病因,或谓源于性力固定在婴儿期催情部位,或谓系伊迪波斯情结(Oedipus complex)错误发展所致,或将它凌之于它我——自我体系,认为是自我与它我矛盾的结果。(见“精神分析学派”条)

(陈永德)

## 精神疾病分类

精神疾病分类迄今尚无统一意见。一般疾病分类原则,是按病因或病理解剖进行的,但许多精神疾病的病因尚不清楚,而且没有明显的组织病理学改变,因而只能根据临床现象学或结合病程和转归进行分类。目前国际和我国的精神疾病分类都不是完善的最终方案,随着科学的发展和认识的深化,将会不断充实和修正。

**分类简史** 在我国,祖国医学在很早以前,就为区分不同的精神疾病,作了许多尝试。约在 2000 年以前,已将精神疾病分为以精神运动性兴奋为主的狂症和以精神运动性抑制为主的癫症。以后又不断加以补充和发展。

在西方国家,通常认为希波克拉底(Hippocrates,公元前 460~377)是把精神疾病的概念引进医学的第一个

人,而克雷丕林(Kraepelin, 1856~1926)是现代精神病学的创始人。克雷丕林在当时时代背景的影响下,沿袭维尔和(Virchow)的疾病概念,并受 Griesinger 提出的“精神疾病是脑的疾病”观念的影响,也把精神疾病作为器质性疾病单元来对待,并按病因、病程和转归进行分类。但他发现为数甚多的病人并无脑组织病理改变。因此,他又接受 Kahlbaum 的分类学概念,把精神疾病分为器质性和非器质性两大类;并按照 Morel 以病程作为分类依据的方法,也沿用早发性痴呆来命名那些起病于青春、具有慢性进行性病程和最终衰退的一组病。Bleuler (1911)重新命名为精神分裂症,一直沿用至今。克雷丕林还发现躁狂症和抑郁症可以在同一病人发生,并且有反复发作和缓解的特点,故合起来统称躁郁性精神病。克雷丕林根据早发性痴呆和躁郁性精神病的不同特点,把它们区别开,改变了过去的混乱状态。他还认识到偏执狂是早发性痴呆以外的一种病,并且把谵妄(急性器质性脑综合征)和痴呆(慢性器质性脑综合征)区别开,还在分类系统中作有关心因性神经官能症和病态人格的记载。克雷丕林尽毕生努力,从临床症状、躯体因素和病程三方面结合起来进行精神疾病的分类学探讨,贡献甚大,并对以后的发展产生深远影响。

在神经官能症方面,弗洛伊德(Freud, 1856~1939)从大量病人的观察中,将神经官能症分为焦虑性、癔症性、恐怖性和紧张性四种,再加上抑郁性,仍为当前神经官能症的基本分类结构。

世界卫生组织《国际疾病分类》(ICD)和美国《精神疾病诊断统计手册》(DSM) 数十年前精神疾病分类还只是地区或个人按各自的倾向去拟定的。随着科学事业的发达,人们愈来愈感到制订一个世界统一的分类的迫切性,以利交流,并进一步促使防治、教学和科研的发展。

1891 年国际统计学会制订了一个国际死亡原因分类,为几个国家所采用。1900 年第一次国际修订会议在巴黎举行,以后基本上每隔十年修订一次。1948 年在巴黎举行第六次国际疾病和死亡原因分类修订会议,标志着国际生命和卫生统计进入一个新的时代。第六次修订版中有精神疾病分类,但国际上很少采用。第七版仅对错误和不一致之处作必要的修改。1965 年在世界卫生组织的支持下,举行第八次修订会议。这次修订较为彻底,制订了《国际疾病分类》第八版(ICD-8),其中第五章为精神疾病部分。在编写前,曾举行过多次国际性会议,后来经过许多国家协商,取得了折衷结果。备有词汇单行本,为诊断用词进行描述和下定义,便于统一掌握诊断标准。ICD-8 在欧洲和其他国家广泛应用,影响较大。

与此相平行,美国精神病学会(APA)的精神疾病分类载于《精神疾病诊断统计手册》,于 1968 年出版的第二版(DSM-II)。在出版前,也经过多次会议讨论,并将初稿分发给 120 名精神病学家征询意见。DSM-II 同样是协商取得的折衷结果。这在美国和南北美洲应用较广。

世界卫生组织根据医学发展的需要,于 1969 年就设立研究小组对第八版的修订作好准备。1975 年由国际修