

# 精神医学

主编：徐韬园

上海医科大学出版社



# 精神医学

主编 徐韬园

编者 徐韬园 王祖承 吴文源

上海医科大学出版社

**(沪)新登字 207 号**

**责任编辑 李玉珠**

**封面设计 陈统雄**

**精 神 医 学**

主编 徐韬园

---

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

上海译文印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 7.25 字数 176 400

1994 年 3 月第 1 版 1994 年 3 月第 1 次印刷

印数 1—10,000

---

ISBN 7-5627-0205-5/R·193

---

定价： 5.80 元

## **本书编写人:**

徐韬园 上海医科大学精神医学教研室主任,教授

王祖承 上海第二医科大学精神医学教研室副主任,教授

吴文源 上海铁道医学院精神医学教研室主任,教授

## 前 言

现代精神医学的概念是从传统精神病学的基礎上发展起来的。精神病学的根本任务是研究各类精神疾患的病因、发生机理、临床表现、治疗和预防,但在其发展过程中曾发生一些偏向,即其研究对象越来越局限于精神分裂症等严重精神病,而忽略了为数更多的神经症、人格和适应障碍以及伴发于其他疾病的轻度精神障碍的患者,同时其服务范围越来越限制于精神病院之内,仅着眼于诊断和治疗,而忽视了环境和社区在精神疾患防治中的作用,并造成精神病学与其他临床学科的分離倾向。

从50年代以来,传统精神病学概念遭到了挑战,逐渐被新的范围更广泛、内容更丰富的精神医学所取代,主要原因是由于医学模式的转变,由生物医学模式转向新的生物-心理-社会医学模式。新模式强调医学的服务对象是完整的、社会的“人”,“人”是生活在一定自然、社会文化环境中,具有复杂心理活动的生物,来自社会环境的各种刺激形成人的复杂心理活动,后者又通过各种生物学中介机制来影响机体的功能状态。这种医学模式的整体观的新发展,反映在精神医学方面,尤为突出。

正是上述各方面的原因,传统的狭义的精神病学概念,逐渐由范围广泛、内容更丰富的精神医学所取代,其内容包括:(1)传统狭义的精神病学范畴的扩大。(2)研究心理社会因素对健康和疾病的作用和影响,亦即广义的精神卫生的内容。但是由于传统的习惯势力的影响,要使各科医生都能认识到心理社会因素对疾病的作用,还须经历一个过程,而加强精神医学的在校教学是加快这一过程的第一步。为此,我国在1981年制定教学大纲会议上,把“精神病学”大纲改称为“精神医学”大纲,在其内容中加强了其他躯体疾病伴发精神障碍、神经症、适应障碍等轻度精神障碍的教学,希望医学院校学生在毕业后的医疗实践中,能认识和处理本专科疾病患者中的心理障碍问题。精神医学与精神病学两者虽是一字之差,但对学科发展而言影响极大。

精神医学的发展和提高,都离不开临床。精神医学的临床工作内容十分丰富,包括详细、全面、重点地收集病史资料,建立良好的医患关系,熟练地进行神经系统和体格检查,有技巧地通过全面的精神检查,以发掘精神症状和了解发病的有关因素,根据所掌握的有关资料,作出诊断和鉴别诊断以及制订综合性的治疗计划,根据病情变化调整治疗方案,判定治疗效果和帮助病人重建社会适应和康复。要做好精神科临床工作,并非易事,要有一定的书本知识和高年医师的指导,以及相当时间的临床实践。

从精神医学发展史来看,几乎所有杰出的研究者,都是优秀的临床家。现代精神病学奠基人 Kraepelin 就是一个典型的例子。由于许多主要的精神病病因问题尚未阐明,故当前的研究工作者仍然认为精神科临床分类学要走在病因探索的前面。英国著名精神病学家 Fish 曾提出这样的论断:“随着精神药理学、生物化学和神经生理学的发展,认真的临床工作比以往任何时候都更为需要。缺乏临床知识,精神病学的其他研究将是不见成效的”。因此,在当前不论是生物精神医学和社会精神医学的研究,都必须建立在坚实的临床工作基础上。本世

纪 60 年代起,许多精神科研究工作者,集中于临床诊断的研究,他们致力于如何提高诊断的正确性,比较各国和各学派临床诊断的异同,这导致了诊断标准的问世,也说明对精神科临床工作研究重要性认识的提高。我希望有志于发展精神医学的年青医生,都要重视打好扎实的临床基础。

夏镇夷

1993 年 12 月 于上海

## 编写说明

一、从 50 年代起各大医学院校就开始编写精神病学讲义(以前都使用外文教材),1961 年人民卫生出版社首次出版了《精神病学》,作为全国统编教材试用本,在“文革”期间,精神病学不再出独立教材,而被作为一个章节并入内科学教材,80 年代又恢复出版精神病学统编教材(正式本),至今已出两版(1984 年,1989 年)。

二、鉴于统编教材份量较多,为了减轻学生负担,于 1988 年由上海医科大学、上海第二医科大学和上海铁道医学院的精神医学教研室联合编写出版了自编精神医学教材,并使用至今,反映良好,印行了一万余册。由于近几年学科的发展,目前已有必要重新编写。

三、本版教材,篇幅仍以课堂教学 24 学时(18~32 学时)为准,增加了总论(第一章)和病史检查章(第三章),将原来的第二、三、四章改写归并为一章,故仍为十四章。各论内容基本上以 1992 年出版的《国际疾病分类》第十版(世界卫生组织编写)为依据。书末还附录了“进一步阅读书目”,供学生参阅。

四、我国精神医学专家夏镇夷教授,过去对我国精神医学发展(包括教材编写)作出很大贡献,目前虽已年近八十,仍对教材十分关心,这次专为本书写了前言,表达他对学子的拳拳之心,特此表示感谢。

编者

1993 年 12 月

# 目 录

## 前言

## 编写说明

## 第一章 精神疾病的概念、病因、诊断

### 和分类 ..... 1

- 第一节 概念 ..... 1
- 第二节 病因 ..... 3
- 第三节 诊断 ..... 4
- 第四节 分类 ..... 4

## 第二章 精神疾病的症状学 ..... 8

- 第一节 概述 ..... 8
- 第二节 感知障碍 ..... 8
- 第三节 思维障碍 ..... 9
- 第四节 情感障碍 ..... 12
- 第五节 意志障碍 ..... 13
- 第六节 动作行为障碍 ..... 14
- 第七节 注意障碍 ..... 16
- 第八节 记忆障碍 ..... 16
- 第九节 意识障碍 ..... 18
- 第十节 智能障碍 ..... 19
- 第十一节 自知力 ..... 19

## 第三章 精神科病史和检查 ..... 20

- 第一节 交谈技巧 ..... 20
- 第二节 病史的采集方法和内容 ..... 21
- 第三节 精神检查方法和内容 ..... 24
- 第四节 体格检查和其他检查 ..... 25
- 第五节 病史格式 ..... 25

## 第四章 器质性精神障碍 ..... 27

- 第一节 概述 ..... 27
- 第二节 痴呆 ..... 27
- 第三节 谵妄 ..... 29
- 第四节 遗忘综合征 ..... 30
- 第五节 其他器质性综合征 ..... 31
- 第六节 阿尔采木病 ..... 32

第七节 脑血管病性痴呆 ..... 34

第八节 癫痫性精神障碍 ..... 34

第九节 脑外伤所致精神障碍 ..... 36

第十节 中枢神经系统感染所致的精神障碍 ..... 37

第十一节 脑变性疾病所致的精神障碍 ..... 38

第十二节 营养、代谢、内分泌疾病所致的精神障碍 ..... 38

## 第五章 精神活性物质及其滥用 ..... 40

- 第一节 概述 ..... 40
- 第二节 药物滥用的常见症状 ..... 40
- 第三节 酒及其滥用 ..... 41
- 第四节 其他精神活性物质的滥用 ..... 42

## 第六章 精神分裂症和偏执性精神病 ..... 45

- 第一节 概述 ..... 45
- 第二节 病因和发病机理 ..... 45
- 第三节 临床表现 ..... 46
- 第四节 诊断和鉴别诊断 ..... 49
- 第五节 预防和治疗 ..... 50
- 第六节 偏执性精神病 ..... 51

## 第七章 情感(心境)障碍 ..... 52

- 第一节 分类和患病率 ..... 52
- 第二节 病因和发病机理 ..... 53
- 第三节 躁狂发作和双相型情感障碍 ..... 54
- 第四节 抑郁障碍 ..... 55
- 第五节 其他情感障碍 ..... 59
  - 一、环性情绪 ..... 59
  - 二、恶劣心境 ..... 59
  - 三、分裂情感性精神病 ..... 59
  - 四、周期性精神病 ..... 60

## 第八章 反应性精神障碍 ..... 61



<b>第九章 神经症</b> .....	64
第一节 概述 .....	64
第二节 癔症 .....	64
第三节 焦虑症 .....	66
第四节 强迫症 .....	67
第五节 恐怖症 .....	69
第六节 抑郁性神经症 .....	70
第七节 疑病症 .....	71
第八节 神经衰弱 .....	72
<b>第十章 心理生理疾病和躯体疾病的心理反应</b> .....	75
第一节 心理生理疾病 .....	75
第二节 躯体疾病的心理反应 .....	76
<b>第十一章 人格障碍及性心理障碍</b> .....	79
第一节 人格障碍 .....	79
第二节 性心理障碍 .....	80
<b>第十二章 精神发育迟缓</b> .....	82
第一节 概述 .....	82
第二节 病因和发病机理 .....	82
第三节 临床表现 .....	83
第四节 特殊类型 .....	84

第五节 诊断 .....	85
第六节 预防和治疗 .....	85

<b>第十三章 儿童期精神障碍</b> .....	86
第一节 概述 .....	86
第二节 儿童心理发育 .....	86
第三节 儿童精神障碍的特点 .....	88
第四节 儿童精神障碍的内容 .....	89
第五节 儿童精神病 .....	89
第六节 儿童情绪障碍 .....	90
第七节 儿童多动症 .....	91
第八节 儿童品德障碍 .....	93
<b>第十四章 精神疾病的预防、治疗和护理</b> .....	95
第一节 精神疾病的预防 .....	95
第二节 精神疾病的治疗 .....	96
一、精神治疗 .....	96
二、药物治疗 .....	97
三、休克治疗 .....	102
第三节 精神疾病的护理 .....	102

<b>附录 进一步阅读书目</b> .....	106
-------------------------	-----

# 第一章 精神疾病的概念、病因、诊断和分类

## 第一节 概 念

### 一、精神医学和精神疾病

精神医学(psychiatry)是临床医学的一个学科,作为临床科室,简称为精神科。精神科服务的对象,过去都是一些严重的精神疾病患者,因此这门学科过去称为精神病学。本世纪以来,精神科服务对象逐渐扩大,目前已扩大到各种情绪烦恼的预防方面,而“精神病”一词的使用也越来越局限于仅指严重的患者,所以无论在国内外,现已倾向于用“精神医学”一词来取代“精神病学”。

精神医学是研究精神疾病的病因、症状、诊断和防治的科学。什么是精神疾病?目前还没有统一的定义。临床上,我们把由精神因素引起的,或以精神异常为主要临床表现的,或需用精神治疗作为主要治疗手段的疾病称为精神疾病。

人的各种活动可以归纳为生理活动和心理活动两大方面。生理活动的障碍称为躯体疾病,心理活动的障碍则称为精神疾病。这两方面的活动都受生物学因素(包括理化因素)和心理社会因素的影响,但精神活动受后一类因素的影响更大,而且心理活动和心理社会因素要比生理活动和生物学因素难于具体测量,这就影响了对精神疾病的研究,也影响了社会对精神疾病的看法。人们常觉得内外科疾病比较具体,而精神疾病则比较难捉摸。所谓难捉摸,就是不容易准确衡量的意思。医学生由于感到精神疾病较难捉摸,所以从事精神科工作的较少,这也妨碍了这一学科的迅速进展。

### 二、精神医学简史

在中外医籍中,都很早就有关于精神疾病的记载,中医把严重的精神疾病称为癫、狂、痫等,西医则称为疯狂(躁狂)、抑郁等。精神病人因为会影响社会治安,所以很早就有收容机构,一般不带有医疗性质。一直到工业化和城市化运动的兴起之后,才开始有具有医疗功能的收容机构、专科医院和专科医生。精神活动因为是脑的功能,所以过去很多医生都兼通神经和精神两科。在我国,神经和精神科在50年代才开始正式划分开来。

在精神医学史上,著名的精神科权威出现在18世纪法国资产阶级大革命之后,在18与19世纪,主要都是法国人。19世纪末,德国医生E.Kraepelin(1856~1926)对最主要的精神病进行了分类,因此成为精神医学史上最著名的人物,是现代精神医学的奠基人。

我国古代医籍虽不乏精神疾病的记载,也有不少名医提出精神疾病的病机和治疗学说,但未见有专科医生或专科医院的记载。据现有资料,我国最早的精神病收容所是上世纪末由外国传教士建立的,20世纪逐渐增加,一部分由中国人自己建立,其中有一些是医院性质。在新中国成立以前,全国精神科床位估计仅1100张。新中国成立后,到1958年,全国各省(除西藏外)均已有一所或多所精神病院,总床位已增至11000张。至1985年已增至60000张。床位的增加反映了专业人员的增加。虽然比起发达国家,我国精神科床位和人员的绝

对数和相对数都还不足,但有些地区的医疗服务水平并不亚于发达国家。

对于严重精神病,过去并无有效治疗,30年代先后发明了胰岛素治疗和电休克治疗,前一疗法现已被淘汰,后一疗法仍在使用。50年代起出现了多种精神药物,开创了精神科治疗的新纪元,但仍属对症治疗而不是病因治疗。在精神疾病的诊断方面,过去缺乏国际统一的分类和诊断标准,近数十年来世界卫生组织在这方面做了大量工作,可望在未来的20年内达到基本统一。出现药物治疗和统一诊断标准,这是20世纪下半叶精神医学史上的两件大事。

### 三、疾病模式和健康的定义

人们总觉得精神疾病不同于其他疾病,这就使精神科医生对疾病模式问题特别有兴趣。疾病模式(或称医学模式)是指人们对疾病特别是对其病因的总的看法。由于一般医生大多只关心具体疾病的诊疗,所以对“疾病模式”这一总概念并不熟悉。其实从远古到近代,这一总看法始终是存在的。在上古时代(包括现代某些地区的原始部落),人们一般认为疾病是神鬼对人类的惩罚或报应,其治疗当然就是求神拜佛或作法驱鬼。这可以称为疾病的神鬼模式。大概二三千年以前,人们开始认为天地万物之所以能够正常运行主要是由于其主要组成部分相互平衡的缘故,因而推论人体的疾病也是由于不平衡所致。例如西方医圣希波克拉底认为人体内如果某种体液偏多,就会出现某种气质特征,就容易患某些疾病;<sup>4</sup>又如中国医典《内经》认为各种疾病都是由于阴阳不平衡引起的。这可以称为疾病的平衡模式。到了19世纪,由于自然科学的蓬勃发展,特别是微生物学和细胞病理学的发展,又出现了疾病的生物学模式,认为疾病应该是生物学因素引起的、可以查到异常的生理学或解剖学的障碍。传染病学实践,大大加强了这一模式的影响,成为西方医学教育的指导思想。近二三十年来,又出现了疾病的“生物-心理-社会模式”,这一新的疾病模式是与WHO(世界卫生组织)的健康的定义相呼应的。《WHO的章程》(1946,1977,1984)中提出的健康的定义如下:“健康是指在躯体、精神和社会关系方面处于一种完全良好的状态,而不仅指没有疾病或缺”。WHO的这一定义目前已被广泛引用,其特点是包括了心理社会因素。这说明任何保健工作者都要重视心理社会因素对健康的正、反两方面的作用,并不是只要精神科医生关心就够了。

### 四、精神医学的分支

精神医学牵涉范围很广,在理论上和实践上,又分出了许多流派和分支。例如以生物学疾病模式为指导思想的称为生物精神病学,其内容包括精神药理学、精神遗传学、精神生化学等等;以心理学理论,特别是精神分析理论作为指导思想的称为动力精神病学(dynamic psychiatry),这一学派在20世纪中期,在美国风行一时,也影响其他国家,目前已渐趋衰落。

因服务对象或研究目的不同,精神医学又分出了司法精神病学(研究精神疾病与犯罪的关系)、老年精神医学、儿童精神医学、军事精神医学(研究战争时特有的精神障碍)、职业精神病学(与职业病学相关)、跨文化精神病学(研究比较不同社会文化背景与精神疾病的关系)等。

精神科的服务方式过去都是病人来医院看门诊或住院,处理的大都是较严重的病人,这种服务方式现在称为医院精神医学。近30年来,又兴起了社区(communitiy)精神医学和联络(liaison)精神医学两种方式。前者是医生深入社区和家庭,为病人解决问题;后者则是精神科医生与综合医院其他科医生合作,共同解决患其他科疾病时出现的精神科问题。

## 第二节 病 因

精神疾病的病因,有些是个别疾病特有的,有些是许多疾病共有的,本节主要讨论一些共有的问题,有些原则也适用于其他科疾病。

### 一、病因概念的转变

传统的生物学疾病模式受了传染病学的影响,认为各种疾病都应该有一个起决定作用的因素,就像感染应该有“微生物”一样,这就是疾病的单一病因的概念。一百多年来,这种概念一直影响着人们对病因的探索。新的疾病模式认为疾病不但受生物学因素的影响,也受心理社会因素的影响,这就是综合病因的概念。有很多“病因未明”的疾病,常只是指未能找出一个起决定作用的共同病因,如果从综合病因的角度去分析,就可以发现我们已了解了许多致病因素,病因并非完全不明。即使以传染病来说,例如结核病,病因当然是结核菌,但很多人接触了结核菌而并不发病,这说明结核菌只是患结核病的前提,是一个必要条件,并不是决定性的条件,还必须配以其他条件,才会发病。又如外伤,看起来外力是决定性因素,但为什么在马路上走的人只有个别会出交通事故呢?如果受伤者是老年人,那么“行动不灵活”可能是受伤的原因,如果受伤者是“马大哈”,那又是另一回事了。所以即使以感染和外伤这样一些病因很简单的疾病来说,在多数情况下也不是一个因素起绝对作用的。精神疾病的致病因素一般比内外科疾病更复杂,常常是综合病因引起的。目前,对许多疾病的病因探索,人们正从以单一病因的指导思想转向综合病因。

### 二、病因的归纳

各种可以致病的因素,大致可归纳为内在因素和外界因素两大类。内在因素主要包括遗传和素质因素;外界因素则主要包括生物学因素和心理社会因素。这种内外的区分主要是为了叙述方便,并不是绝对的。

### 三、遗传和素质因素

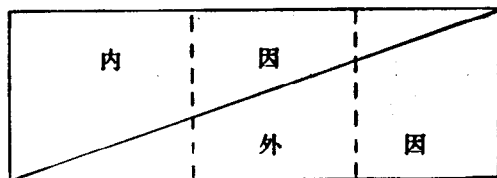
遗传与疾病的关系有两种,一种是直接把某种疾病遗传下来,一种是遗传下某种疾病的易感素质。体质、气质、素质这三个词有时被用作同义词,但一般认为体质着重躯体特征,气质着重性格特征,而素质则包括这两方面。素质主要是由遗传和童年期的环境塑造出来的,到青年期基本定型,其精神活动的特点称为人格(性格、个性)。人格特点一般持续终生,如无重大生活事件,不大会改变。每个人都有其人格特点,主要在对外界事物的反应中表现出来。这些特点又可进行各种形式的归类,其中最常见的是归为内向型、外向型和中间型三类。内向型的主要特点为沉默寡言、喜独处而不喜社交,外向型的主要特点为活跃、喜社交,中间型则处于两者之间,最多见。从另一方面归类,人格特点又可分为稳定型和不稳定型两类,和上述内、外向型组合,可以分成四类。四类的区分虽然比较粗糙,但简单明确,易为群众接受。还有一些更细致的分类,但未被广泛接受,各种分类间也不易取得一致。

体质因素与躯体疾病的易感性有关,而气质-人格因素则与精神疾病的易感性有关。体质与气质又彼此相关。目前认为,多数疾病的发生都与个体易感性有关,而易感性一般是由遗传素质因素决定的。

### 四、外界因素

这包括很多内容,例如病原微生物、自然灾害、精神刺激、中毒,以及能引起精神症状的

躯体因素等。各种疾病病因中的内外因关系可用下面的方块图表示：



图的左上半为内因,右下半为外因,又以虚线分为三格,左格指以内因为主,右格以外因为主,中格则内外因起的作用相似。许多病因复杂的疾病多属中格。

### 第三节 诊 断

精神疾病的诊断,主要也是依靠病史和检查,但与内科疾病相比,具有一些特点:

#### 一、病史需从多方面了解核实

一部分严重的患者,因为思维或情感障碍,不能或不能正确提供病史,因此常需从其关系密切者处采集病史。但关系过分密切者,有时会卷入病人的感情漩涡中,提供的病史可带有偏见,因此还需进行分析或核实。因为社会上对精神病有偏见,供史者有时为了免受歧视,还会隐瞒某些病史,医生必须注意发掘。

#### 二、检查必须反复进行

精神疾病的症状较其他疾病具有更大的波动性,而在诊断时症状又具有很大的重要性(因为多数精神疾病都缺乏特殊的体征),因此单凭一次短时间的接触常不易获得全面的情况,必须反复检查。

#### 三、建立良好医患关系

良好的医患关系(包括家属)是取得正确的病情资料的基础,因而也是正确诊断的基础。良好的医患关系还可以使患者心情愉快地配合治疗,从而取得更好的疗效。建立良好医患关系的前提是关心和尊重病人。

精神疾病的误诊大多由于未能全面掌握病史及检查资料引起,其原因,一是工作马虎;二是家属隐瞒病史或病人对检查不合作;三是医生对有关问题的知识面或考虑面不广。有些“疑难病例”,也可能是由于资料不足所致。

### 第四节 分 类

诊断就是把病情综合后纳入疾病分类的某一类别之中,因此诊断与分类关系密切。因为协作科研和国际交流的需要,目前世界各国有一个统一疾病分类的趋势,其具体实施就是世界卫生组织(WHO)编制的《国际疾病分类》(ICD)。精神疾病的分类过去比较混乱,因此国际统一分类特别受到精神科医生的欢迎。

最新版的国际分类(第十版,ICD-10,1992)把精神疾病归纳为十类。

根据国际分类和我国国情,中华医学会也制订了《中国精神疾病分类》第二版(简称CCMD-2,1989)。我国分类原分为十四类,因为要与国际分类“接轨”,也归并为十类。

国际疾病分类采用英文字母与阿拉伯数字混合编码,字母代表总类,例如A代表感染

类,F代表精神疾病,个位数代表总类下分的大类,两位数一般代表具体疾病。现将国际分类中精神障碍的两位数分类列举如下(我国分类正在修订,暂缺):

### ICD-10 精神障碍分类

- F00-F09 器质性(包括症状性)精神障碍
  - F00 阿尔采木病痴呆
  - F01 血管性痴呆
  - F02 在他处分类的疾病所致痴呆
  - F03 未指明的痴呆
  - F04 器质性遗忘综合征,不包括酒精及其他精神活性物质所致者
  - F05 谵妄,不包括酒精及其他精神活性物质所致者
  - F06 由脑损害及功能失调,以及躯体疾病所致的其他精神障碍
  - F07 由脑疾病、脑损害及脑功能失调所致的人格及行为障碍
  - F09 未指明的器质性或症状性精神障碍
- F10-F19 使用精神活性物质所致精神及行为障碍
  - F10 使用酒精所致精神及行为障碍
  - F11 使用鸦片类所致精神及行为障碍
  - F12 使用大麻类所致精神及行为障碍
  - F13 使用镇静或催眠剂所致精神及行为障碍
  - F14 使用可卡因所致精神及行为障碍
  - F15 使用其他兴奋剂(包括咖啡因)所致精神及行为障碍
  - F16 使用致幻剂所致精神及行为障碍
  - F17 使用烟草所致精神及行为障碍
  - F18 使用挥发性溶剂所致精神及行为障碍
  - F19 使用多种药物或其他精神活性物质所致精神及行为障碍
- F20-F29 精神分裂症、分裂型及妄想性障碍
  - F20 精神分裂症
  - F21 分裂型障碍
  - F22 持续性妄想性障碍
  - F23 急性及一过性精神病性障碍
  - F24 感应性妄想性障碍
  - F25 分裂情感性障碍
  - F26 其他非器质性精神病性障碍
  - F29 未指明的非器质性精神病
- F30-F39 心境(情感性)障碍
  - F30 躁狂发作
  - F31 双相情感性障碍
  - F32 抑郁发作
  - F33 复发性抑郁障碍
  - F34 持续性心境(情感性)障碍
  - F38 其他心境(情感性)障碍
  - F39 未指明的心境(情感性)障碍
- F40-F49 神经症性,应激性,及躯体形式障碍
  - F40 恐怖性焦虑障碍

- F41 其他焦虑障碍
- F42 强迫性障碍
- F43 对严重应激的反应,及适应障碍
- F44 分离性(转换性)障碍
- F45 躯体形式障碍
- F48 其他神经症性障碍
- F50-F59 伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征
  - F50 进食障碍
  - F51 非器质性睡眠障碍
  - F52 不是由器质性障碍或疾病引起的性功能障碍
  - F53 伴发于产褥期而未在其他处归类的精神或行为障碍
  - F54 在其他处归类的障碍或疾病伴有的心理或行为因素
  - F55 不产生依赖性的物质的滥用
  - F59 未指明的伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征
- F60-F69 成人的人格与行为障碍
  - F60 特殊型人格障碍
  - F61 混合型及其他人格障碍
  - F62 不是由于脑损害或疾病引起的持久性人格改变
  - F63 习惯和冲动障碍
  - F64 性身份障碍
  - F65 性偏爱障碍
  - F66 与性发育及指向有关的心理及行为障碍
  - F68 成人的人格及行为的其他障碍
  - F69 未指明的成人的人格及行为障碍
- F70-F79 精神发育迟缓
  - F70 轻度精神发育迟缓
  - F71 中度精神发育迟缓
  - F72 重度精神发育迟缓
  - F73 极重度精神发育迟缓
  - F78 其他精神发育迟缓
  - F79 未指明的精神发育迟缓
- F80-F89 心理发育障碍
  - F80 言语及语言的特殊发育障碍
  - F81 学校技巧的特殊发育障碍
  - F82 运动功能的特殊发育障碍
  - F83 混合性特殊发育障碍
  - F84 全面发育障碍
  - F88 心理发育的其他障碍
  - F89 未指明的心理发育障碍
- F90-F98 通常发生于儿童及少年期的行为及情绪障碍
  - F90 多动障碍
  - F91 品行障碍
  - F92 品行及情绪混合障碍
  - F93 特别发生于儿童期的情绪障碍
  - F94 特别发生于儿童及少年期的社交功能障碍

F95 抽动障碍

F98 通常发生于儿童及少年期的其他行为及情绪障碍

F99 未指明的精神障碍

(注: F99所指的是上述 F00-F98 均未能包括的精神障碍,不仅仅限于儿童的精神障碍)

当前具有国际影响的还有美国精神医学会的分类系统,这一分类在 60 年代与 ICD 系统基本一致,使用同样的编码,但到了 80 年代美国系统作了较大的“改革”,ICD 系统也作了较大的修订,因此差距变大。

系统的分类为了追求完整性,所以比较详细,甚至比较繁琐,不一定完全实用。在临床上,又有一些比较简单易记的分类法,例如 ICD-10 的十大类可以简化为以下五类:

1. 器质性精神障碍(包括 F0, F1);
2. 心因性精神障碍(包括 F4, F5);
3. 内因性精神障碍(包括 F2, F3);
4. 人格障碍 (包括 F6);
5. 儿童精神障碍 (包括 F7, F8, F9)。

上述第五类儿童期各种精神障碍实际上仍可以分归到前面四类之中。

(徐梅园)



## 第二章 精神疾病的症状学

### 第一节 概 述

精神疾病的主要临床表现称为精神症状。精神症状是异常的精神活动，但异常的精神活动不全等于精神症状。

精神活动的内在表现主要是思维，其外部表现主要是各种行为。

要判定某一精神活动是否正常，一般要进行两方面的对比分析：①纵向对比：某一表现是否与其过去一贯的表现一致？例如过去一贯沉默寡言，现在变得活泼多语，这就是不一致；②横向对比：某一表现是否与其条件类似的大多数人（同学、同事等）相似？例如一个中学生应该知道加、减、乘、除，而他却茫然不知，这也是不一致。如果发现两方面都不一致，还要分析这种现象是否由客观因素造成，如果找不出相应的客观因素，就可能是精神症状。例如一个人最近表现异常悲伤，如果这种悲伤是由于最近有亲人丧亡所引起，那么就不能作为精神症状。因此，精神症状的确定，常须采用“个别化”或“具体情况，具体分析”的原则，不能千篇一律地对待。

研究精神症状表现的科学称为症状学，或称精神病理学（psychopathology），后一名称在英、美等国有时又用来说明症状产生的机理。

精神活动可分为形式和内容两个方面，人的精神活动的内容丰富多采，没有完全相同的情况；而精神活动的形式则比较有限。本章着重讨论形式方面的异常。

精神症状一般并不是随时随地都表现出来的，因此必须反复检查，不能因为一次检查阴性而否定其存在。精神检查的方法主要是交谈和观察。能否发现某些隐蔽的症状常取决于医患关系及检查技巧。

在内科检查中，常把病人诉述的主观不适感称为症状，而把医生在检查中的客观发现称为体征。在精神科检查中，一般都统称为精神症状。

人的精神活动是一种复杂的、相互联系的现象。为了叙述方便，常把它分解为几个部分，但各本书的区分和归纳方式不尽相同，对症状的定义也有差异之处，目前国内外正在进行规范化的努力。本书所采用的是目前比较通行的区分和定义，把精神症状分为感知障碍、思维障碍、情感障碍、意志障碍、动作及行为障碍、注意障碍、记忆障碍、意识障碍、智能障碍及自知力等项目来叙述。

### 第二节 感知障碍

感知是感觉和知觉的总称。感觉是对事物各个特点的感受，而知觉是对其综合特点的感受，例如看一张人像照片，感觉到的是色彩和线条，而知觉到的是什么人的图像。通常我们对事物的感受常是综合性的而不是分析性的。