

JINGSHENKE JIBING
ZHENDUAN YU ZHILIAO CELUE

精神科疾病 诊断与治疗策略

屈建新 等/编著

JINGSHENKE JIBING
ZHENDUAN YU ZHILIAO CELUE

精神科疾病 诊断与治疗策略

屈建新 等/编著

IC 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神科疾病诊断与治疗策略 / 屈建新等编著. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.4
ISBN 978-7-5578-3810-2

I. ①精… II. ①屈… III. ①精神病—诊疗 IV. ①R749

中国版本图书馆CIP数据核字 (2018) 第075367号

精神科疾病诊断与治疗策略

出版人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 韩玉生
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 534千字
印 张 21.5
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85677817 85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-3810-2
定 价 158.00元
如有印装质量问题 可寄出版社调换
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

人类的健康包括躯体健康和心理健康,因此精神疾病也是危害健康的重要因素。焦虑症、强迫症、创伤后应激性障碍等精神疾患严重的影响患者的生活质量。目前,心理健康服务的设施和人才严重不足,远远不能满足人们对提高心理健康水平的需求。

本书主要介绍了各种常见精神疾病的诊断和处理,包括精神疾病症状学,器质性精神障碍,精神活性物质所致精神障碍,精神分裂症,心境障碍,应激相关障碍,心理因素相关的生理障碍,人格与行为障碍,心理发育障碍,儿童少年期行为和情绪障碍,精神药物治疗,无抽搐电痉挛治疗与重复经颅磁刺激治疗,康复治疗等内容,内容全面、实用,希望本书能够为广大的临床医务工作者提供一定的帮助。

本书的执笔者是来自我院一线工作的中青年临床医师,他们在繁忙的临床、科研和教学工作之余为本书的编著倾注了巨大的热情,但是鉴于编者临床实践的局限,编写中肯定存在许多不足之处,恳请读者不吝指正,希望能在本书再版时加以补充和修正。

目 录

第一章 精神科疾病概述	(1)
第一节 精神病学与精神障碍	(1)
第二节 精神障碍的分类与诊断标准	(6)
第二章 精神疾病症状学	(13)
第一节 概述	(13)
第二节 意识障碍	(20)
第三节 感知障碍	(23)
第四节 思维障碍	(28)
第五节 情感障碍	(42)
第六节 注意障碍	(47)
第七节 记忆障碍	(48)
第八节 智能障碍	(49)
第九节 意志和行为障碍	(51)
第十节 自知力	(54)
第十一节 常见的精神疾病综合征	(59)
第三章 器质性精神障碍	(62)
第一节 谵妄	(62)
第二节 痴呆	(64)
第三节 阿尔茨海默病	(66)
第四节 脑血管性痴呆	(73)
第五节 遗忘障碍	(77)
第六节 癫痫所致精神障碍	(78)
第七节 颅脑外伤所致精神障碍	(80)
第八节 脑肿瘤所致精神障碍	(85)
第九节 艾滋病所致精神障碍	(89)
第十节 肝豆状核变性	(92)
第十一节 系统性红斑狼疮所致精神障碍	(94)
第十二节 内科疾病伴发精神障碍	(98)
第四章 精神活性物质所致精神障碍	(103)
第一节 物质依赖	(103)
第二节 阿片类物质	(106)

第三节	酒精	(122)
第四节	苯丙胺类兴奋剂	(132)
第五章	精神分裂症	(142)
第一节	概述	(142)
第二节	精神分裂症的早期发现与诊断	(152)
第三节	精神分裂症的鉴别诊断	(156)
第四节	精神分裂症的药物治​​疗	(176)
第六章	心境障碍	(188)
第一节	概述	(188)
第二节	情感障碍的临床表现及治疗	(190)
第七章	应激相关障碍	(200)
第一节	概述	(200)
第二节	急性应激障碍	(200)
第三节	创伤后应激障碍	(202)
第四节	适应障碍	(206)
第八章	心理因素相关的生理障碍	(209)
第一节	进食障碍	(209)
第二节	睡眠障碍	(213)
第九章	人格与行为障碍	(218)
第一节	人格障碍	(218)
第二节	行为障碍	(224)
第三节	性心理障碍	(226)
第十章	心理发育障碍	(230)
第一节	特定性言语和语言发育障碍	(230)
第二节	特定学校技能发育障碍	(233)
第三节	特定性运动功能发育障碍	(236)
第四节	混合型特定发育障碍	(237)
第五节	广泛(弥漫)性发育障碍	(237)
第十一章	儿童少年期行为和情绪障碍	(243)
第一节	多动性障碍	(243)
第二节	品行障碍	(245)
第三节	品行与情绪混合型障碍	(248)
第四节	特发于童年的情绪障碍	(249)
第五节	特发于童年与少年期的社会功能障碍	(253)
第六节	抽动障碍	(255)
第七节	通常起病于儿童少年期的其他行为和情绪障碍	(258)

第八节	精神发育迟滞	(262)
第十二章	精神药物治疗	(267)
第一节	概述	(267)
第二节	抗精神病药	(268)
第三节	抗抑郁药	(275)
第四节	心境稳定剂	(282)
第五节	抗焦虑药	(285)
第六节	认知改善药	(288)
第十三章	无抽搐电痉挛治疗与重复经颅磁刺激治疗	(293)
第一节	无抽搐电痉挛治疗	(293)
第二节	重复经颅磁刺激治疗	(296)
第十四章	心理治疗	(302)
第一节	心理治疗一般规范	(302)
第二节	医患关系技术	(304)
第三节	常用的个体心理治疗方法	(306)
第四节	心理咨询	(317)
第十五章	康复治疗	(319)
第一节	住院期间精神康复治疗概述	(319)
第二节	住院期间精神疾病康复的组织管理程序	(320)
第三节	住院期间精神康复的步骤	(320)
第四节	精神康复的基本内容	(321)
第五节	精神障碍患者的康复训练计划	(323)
第六节	技能训练程式概述	(324)
第十六章	临床精神医学与法律相关问题	(331)
第一节	非自愿医疗与监护	(331)
第二节	知情同意	(333)
第三节	隐私保密与特许证明	(335)
第四节	住院患者的安全问题	(337)
参 考 文 献	(343)

第一章 精神科疾病概述

第一节 精神病学与精神障碍

一、精神病学

精神病学是一门研究各种精神障碍的病因、发病机制、临床表现、疾病的发展规律、治疗、预防以及康复的临床医学。

精神病学是临床医学中的一个分支,它的生理基础是神经科学,心理基础则与心理学、社会学、文化人类学密切相关。由于精神疾病本身的特点和复杂性,往往涉及其他方面的问题,如社会文化、司法问题、特殊人群等,在精神病学中又不断细分出新的分支,如老年精神病学、儿童精神病学、司法精神病学、跨文化精神病学等。

近 50 年来随着研究的深入发展和医学模式的改变,传统的、狭义的、以医院精神病学为基本观念的精神病学受到冲击,成为更新、更大范围内的精神病学。因此当代精神病学的概念已超过传统的精神病学概念所覆盖的范围,将“精神病学”改称为“精神医学”似乎更为贴切。

精神病学的发展概况如下。

精神病学的词汇出自希腊语,psyche,意为精神、灵魂,iatria 为治疗之意。公元前 5—4 世纪,古希腊的医学家希波克拉底(公元前 460—377)就提出脑是思维的器官,提出精神病的体液病理学说。祖国医学中早就有精神疾病的记载,如在公元前 3—2 世纪时的《内经》,就提到人的精神活动可归于“心神”等,并反映了朴素的唯物主义观点。进入 20 世纪以后,随着脑解剖学、生理学和心理学的发展,奥地利人弗洛伊德(1856—1939)提出了精神分析理论;俄国生理学家巴甫洛夫(1849—1936)提出了条件反射理论;德国的 Jasper 提出精神病现象学理论,从不同角度研究精神疾病。国内从 20 世纪 90 年代开始,精神卫生事业范围也在不断扩大。

20 世纪 50 年代以来,分子生物学取得了长足的进步,精神病生物学基础的研究也得到了有力的推动。80 年代以来,伴随各种脑影像技术及分子遗传学的研究发展,使生物精神病学提高到了一个新的水平。另外,社会环境、社会心理因素对精神疾病和行为问题的影响也逐渐受到重视。

精神病学是医学的一个分支,它既有学科本身的特殊性,又有与其他学科密切联系共同

性。与精神病学最密切联系的是神经科学,其次是分子遗传学的研究。医学心理学是心理学与医学相结合的一门学科,它是以心理学的理论和方法来研究和医学有关的内容,也是精神病学的基础学科之一。此外,医学社会学、医学人类学和行为医学等也与精神病学关系密切。

随着对精神病学研究的深入,其分支也日益增多。总体来说,精神病学分为两大类。

(一)生物精神病学

从生物学角度研究精神疾病的发生、发展、治疗、预防、康复的一个分支,包括生物遗传学、神经化学、精神生理学、精神药理学、精神电生理学、脑影像学等内容。

(二)社会精神病学

指从社会学角度研究精神疾病的发生、发展、治疗、预防和康复的一个分支,包括精神疾病的流行病学、社区精神病学、职业精神病学、跨文化精神病学、司法精神病学等内容。

此外,又可按不同年龄分为:婴幼儿-儿童精神病学、青少年精神病学、成人精神病学、更年期和老年期精神病学等;按性别分为:女性精神病学;按场所划分为学校和大学精神医学、职业精神卫生、社区精神医学等,在此不作详述。

二、精神障碍

精神障碍又称为精神疾病,是指在各种因素的作用下造成大脑功能失调,而出现感知、思维、情感、行为、意志以及智力等精神运动方面的异常,需要用医学方法进行治疗的一类具有诊断意义的精神方面的问题。其特征为认知、情绪、行为等方面的改变,可伴有痛苦体验和(或)功能损害。例如阿尔茨海默病有典型的认知(特别是记忆)方面的损害,抑郁症有明显异常的抑郁体验。

在精神病的临床工作中,除了和一般临床医学有共同点之外,还有一些区别点。

(一)病史和精神检查

提供病史者往往是由患者家属、同事、亲友等担任的,因此必须重视病史内容的正确性;其次,要重视病史内容中的心理社会因素、生活史和家族史等方面的内容。除了体格检查以外,还要重视精神检查。

(二)治疗和管理

在治疗方面,除了躯体治疗(药物治疗、物理治疗以及其他辅助治疗)外,还要注意做好心理治疗。

(三)执业素质

尊重患者、关心患者,是精神科工作人员的必备素质。由于精神病患者不能正确反映自己的痛苦和要求,因此医务人员更需关心患者,用诚恳、热情的态度对待患者。

三、精神障碍的病因学

精神障碍病因学是目前精神病学理论研究中的热点。与感染性疾病不同,大多数所谓功

能性精神障碍没有明确的病因与发病机制,也无明显的体征和实验室指标异常。前人对精神障碍的病因做了大量探索,但至今仍有较多的精神障碍,包括常见的精神分裂症和情感障碍等的病因依然不明。但精神障碍与其他躯体疾病一样,均是生物、心理、社会(文化)因素相互作用的结果。例如,糖尿病和精神分裂症的发生都可认为是生物、心理、社会因素相互作用所致。

(一)遗传因素

人们已经认识到基因是影响人类和动物正常与异常行为的主要因素之一。到目前为止对精神疾病的研究显示的结论是:精神分裂症、情感性精神病、癫痫与某些类型的精神发育迟滞都有遗传倾向,是基因将疾病的易感性一代传给一代。

首先是家系调查证实了遗传因素的作用,然后进一步采取双生子同病率的调查研究。另外细胞遗传学和生化遗传学等都在进一步研究精神障碍的遗传因素,并取得了相当程度的进展。目前绝大多数的精神障碍是多个基因的相互作用,使危险性增加,加上环境因素的参与,导致疾病的发生。遗传性是先天既得性与后天获得性两者相互作用形成的。遗传性是否显现,需由病前和发病时的社会环境对患者的影响来决定。

遗传因素虽然对某些精神障碍的发生有一定的重要性,但也不可忽视外在环境的影响,例如良好的环境及对心理应激的控制可能减少和避免发病。如上所述,在多基因遗传病中,遗传和环境因素的共同作用,决定了某一个体是否患病,其中,遗传因素所产生的影响程度称为遗传度。了解遗传度最有效的办法是双生子研究。

目前,基因与环境的相互作用可产生疾病或行为问题已经成为人们的共识。人类基因组计划给我们展示了一个光明的前景,通过各种高科技手段和不懈的努力,我们将最终找到致病基因。

(二)理化生物因素

全身疾病尤其是累及中枢神经系统或大脑的感染、肿瘤、外伤、出血、中毒、血管与变性疾病、营养代谢障碍和精神活性物质等器质性因素,均可直接或间接地损害人脑的正常功能和结构,引起精神障碍。

从胚胎时期起,子宫内、外环境中的生物性致病因素均可导致胎儿畸形或严重发育障碍,智力发育迟滞,人格发展异常以至精神障碍。婴儿时期的营养缺乏、百日咳、流行性脑膜炎等以及感染、中毒、颅脑损伤等都可引起精神发育迟滞、人格发展异常与精神障碍。由于生命早期环境中有害生物因素的作用会累及个体的生理和心理健康,所以在医疗预防工作中须特别重视。

(三)素质因素

心理素质即气质,是指个体神经系统的解剖、生理、生化等特点所形成的不同信息容量与综合分析等功能。每个人大脑的结构不完全相同,神经细胞的数量与质量也是不同的,表现为不同的信息容纳量,对刺激的分析综合能力不同。每个人大脑皮质、边缘系统、网状结构与自主神经系统有不同的兴奋性和稳定性,因此对外界刺激的感受与耐受能力不同,情绪与动作的反应与调节的强度和速度也不同,这就构成了每个人心理活动不同的动力特征,即不同的气质。

人格即个性,指先天素质和后天习得性综合形成的个体精神活动模式。不同的性格是在每个人不同的气质背景上塑造出来的,是在不同的社会环境、生活经历中逐渐形成和缓慢发展起来的。

心理素质本身不是致病因素,但不良或易感的心理素质,如内向、脆弱的性格在有害的外界刺激之下,易出现某种精神障碍。反之,坚强外向的性格在同样的有害刺激之下,则可以表现出较好的耐受能力,不出现精神障碍。一个开朗、乐观的人,对他人也坦率、热情,乐于助人,也容易得到别人的帮助,在人际关系中误会与矛盾较少。与此相反,一个拘谨、性格抑郁的人,含蓄隐秘,对人戒备,不关心别人,别人也就比较疏远他(她),容易产生误会与隔阂,在困难面前显得悲观丧气,对心理应激的耐受能力较差,易患神经症、心身疾病、酒精与药物滥用等。个体素质和人格特征与某些精神障碍有比较密切的联系,例如精神分裂症患者中有些人具有内向人格特征。

躯体素质指个体以遗传为基础,在发育过程中受内外环境影响所形成的整体功能状态。包括体型大小、体力强弱、营养状况、健康水平、疾病抵抗能力,损伤修复能力,对精力消耗的耐受性等。它与遗传素质有关,也与后天生活经历相关。这是个体反应潜力和决定个体精神活动方式的生物学基础。

(四)性别与年龄因素

性别不同,其精神障碍的发生也有所差别。与男性不同的是,女性由于性腺内分泌和生理过程的特点,例如月经、妊娠和分娩等可出现抑郁、冲动、焦虑等表现。其原因可能与中枢的催乳素分泌变化有关。女性发生月经过少、泌乳等情况时,可反馈促使催乳素升高,常常伴发焦虑、抑郁和对应激的耐受性降低。经过治疗后催乳素水平会降低。孕妇罹患艾滋病或药物滥用等可引起胎儿畸形,后遗精神发育迟滞。

男性较多出现酒精所致精神障碍和烟草依赖等。男性抑郁症患者可有下丘脑促性腺释放激素——血睾酮反应迟钝,水平降低。经过治疗后症状可逐渐改善并恢复健康。

年龄因素在精神障碍的发生中也是有影响的。童年期由于精神和躯体发育未成熟,缺乏控制情感和行为能力,因此依然保持幼稚行为、情感和原始反射。儿童在这一时期对外界环境适应性差,对各种心理因素较敏感,容易出现情感和和行为障碍。

青春期的内分泌系统特别是性腺发育逐渐成熟,自主神经系统尚不稳定,情绪容易出现波动,对外界应激因素较敏感。在遭到生活事件中的应激因素时较易出现强迫症、情感障碍和精神分裂症等。中年期是脑力和体力最活跃的时期,日常工作和生活较紧张,思考问题较多。当遇到生活应激事件时,易引起心身疾病和抑郁性障碍等。

更年期内分泌系统特别是性腺的生理功能开始衰退,更多出现情感脆弱、伤感、焦虑、抑郁、敏感、多疑等。老年期脑和躯体的生理功能处于衰老时期,容易患脑动脉硬化性精神障碍、帕金森病、阿尔茨海默病和其他脑退行性疾病所致精神障碍。

(五)机体的功能状态

机体的功能状态是指疾病发生当时机体所处的生理与心理状态。其本身不是发病原因,但当机体处于饥饿、疲劳、缺乏睡眠、高度紧张等不良的生理或心理状态时,可以成为破坏生理或心理平衡的应激源,均可能诱发躯体感染、工伤与交通事故以及反应性精神病。

机体的功能状态会影响免疫功能。例如,下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴在应激中的调节作用之一是通过下丘脑的促肾上腺皮质激素释放激素改变外周糖皮质激素水平,影响免疫细胞反应性,因而容易诱发各种功能性或器质性疾病。

(六)心理、社会因素

任何个体都不可避免地会遇到各种各样的生活事件,这些生活事件常常是导致个体产生应激反应的应激源。人类面临洪水、地震、毒蛇、猛兽等自然灾害危及生命安全时,或面临战争、交通事故、抢劫、空难等人为灾难严重威胁生命时,均可出现应激反应,少数人可直接引起精神障碍。在日常生活中,恋爱婚姻与家庭内部问题、学校与工作场所中的人际关系常是应激源的主要来源;社会生活中的一些共同问题以及个人的某种特殊遭遇,如身体的先天或后天缺陷等则是应激源的另一重要来源。

有时因家庭纠纷,人际关系不和,事业失败和其他因素的刺激,容易促发心身疾病或心因性障碍等,也可削弱机体防御功能,从而诱发各种功能性精神障碍或躯体疾病。例如,因为失恋、失业(包括下岗)、退休后的失落感,或者子女成长后离别父母引起所谓的“空巢综合征”等。

心理社会因素一般可分为以下各类:求医问题、教育问题、职业问题或重大事件、家庭问题或重大事件、社会(环境)问题或重大事件、与法律有关的问题或重大事件等。应激性生活事件、父母的养育方式、情绪状态、社会阶层、社会经济状况、文化宗教背景、人际关系等均构成影响疾病的心理、社会因素。

心理、社会因素有时是精神障碍发病的原因,如反应性精神障碍、创伤后应激障碍等;但有时只是作为相关因素影响精神障碍的发生、发展,如神经症等。心理社会因素还可以在躯体疾病的发生、发展中起重要作用,心身疾病就属于这种情况。

在临床上,与心理社会应激因素有关的精神障碍有急性应激反应和创伤后应激障碍。前者在强烈精神刺激后数分钟至数小时起病,持续时间相对较短(少于1个月),表现为精神运动性兴奋或抑制;创伤后应激障碍主要表现为焦虑、恐惧、事后反复回忆和梦中重新体验到精神创伤的情景等。慢性应激反应可能与人格特征关系更大,临床上可见适应障碍等。另外,社会、心理刺激常常作为许多精神障碍的诱因出现,应予充分注意。

除外来的生活事件外,内部需要得不到满足、动机行为在实施过程中受挫,也会产生应激反应;长时间的应激则会导致神经症、心身疾病等。

(七)精神疾病发生过程中各种因素的相互作用

同传染性疾病等病因明确的躯体疾病相比,由于认识的局限性和方法学问题,我们很难确定精神障碍的确切病因。只可说是多种因素综合作用的结果。其中既有遗传和素质因素等远因,也有生物性及社会心理性的因素作为促发因素,还有机体的功能状态不良等诱因。以上这些都与发病直接或间接相关。

纵观上述对精神疾病病因学探讨,生物、心理、社会因素在精神障碍的发生、发展过程中均起着重要作用。在各种影响因素中,要找到决定事物性质的主要因素。但同一精神障碍在不同机体中,又有不同的条件组合,有时可改变精神障碍的发展方向与结局。例如精神分裂症的发病主要是遗传因素起主导作用,但心理社会因素的促发作用也是不可忽视的。例如某人体检时被确诊为恶性肿瘤,当患者大脑接受此信息后,出现明显的心跳加快、血压升高、焦虑、抑

郁等心身反应。而抑郁和焦虑又使患者发生行为改变,如退缩,甚至自杀观念或行为。而这些问题不仅严重影响对肿瘤的躯体治疗,同时导致患者免疫功能降低,加速了病情的发展。因此,从整体医学角度看,各种因素与疾病的关系表现为互为因果,对于精神疾病来说,更是应该引起重视的。

实际上,生物学因素与环境因素也不能截然分开,它们相互影响、相互作用,一同影响人类行为。以前做过的双生子研究发现,人们的行为特征及精神疾病有遗传性,但即使如此,同卵双生子也并非一定共病。这就涉及了遗传与环境如何相互作用的问题,这也是目前研究的热点。

从生物、心理、社会文化的角度来看,我们对精神疾病的理解还远不够完善。建立疾病的动物模型是了解精神疾病原因的重要手段之一,但由于人类精神活动的特殊性,多数精神疾病的动物模型的建立尚存在一定的困难。在某些最基础的领域,如基因表达,分子、细胞间的相互作用等,这些均是构成较高水平的认知、记忆、语言的基础。我们把这些来自不同领域的高水平的知识有机地整合起来并形成一个完整的系统,才能用来理解正常和异常的精神现象。总之,我们对许多精神障碍的病因研究仍无重大突破,但新技术、新方法的利用(如脑影像学),将加速这方面的进展。

第二节 精神障碍的分类与诊断标准

一、精神障碍的基本分类

(一)意义

分类是根据大量观察,将研究对象所具有的不同特性,按照某些确定的原则或标准分成类别与系统的一种程序。精神障碍的分类是将纷繁复杂的精神现象,根据已拟定的标准加以分门别类的过程。由于精神疾病中部分疾病的病因至今不明,所以只能根据临床现象判断进行分类,较之其他学科的分类更难于精确。对各种群体进行了解和研究,必需先按群体中各个体的特性和从属关系作科学的分类,才能作相互间的比较和恰当的对待和处理。各科的疾病也无不如此。疾病的分类学主要有以下几方面意义。

1. 临床意义 按病类、病种和病型进行分类,才能作为诊断和鉴别诊断的基础,合理地进行治疗和预防。使用统一的国际分类法,易为不同地区和国家的医务人员所理解,有利于国际交流。

2. 科学研究 以分类学为基础,对各种疾病才能有统一的命名认识,可对病因、发病机制、流行病学、临床表现、防治、预后等方面作进一步的探讨和相互间的交流,了解其规律性。

3. 教学训练 合理的分类才能使各种疾病有明确的概念,这也是教学培训工作中所必需的。精神障碍内涵广泛而复杂,分类方法各异。在大的类别方面若按病因来分,有器质性与功能性两大类。按疾病特点来分,有精神病与非精神病性精神障碍两大类。按年龄来分,有儿童

少年期、成年期和老年期精神障碍等类别。从各个病种来说就更为复杂,如 Alzheimer 病按病理改变来分类,苯丙酮尿症按代谢障碍来分类,Klinefelter 综合征按染色体畸变来分类,反应性精神病以精神因素作为病因来分类,情感性精神障碍和精神发育迟滞要以症状表现来分类,儿童孤独症以年龄和症状来分类,转换性障碍以弗洛伊德的病理心理机制学说来分类,甚至还有按发病环境和条件来分类的,如“旅途精神病”。虽有不少已获得公认,但分类学中还有大量的问题尚有争议和有待探讨,随着时代和科学的不断发展,精神疾病分类学也在不断地修改和完善。

为了便于理解,介绍分类学中几个常用术语的定义如下。

1.命名法 是指各种学科中的名词分类法、名词分类系统。生物分类学指动物、植物的分类学。疾病分类法是医学中疾病名称的分类学,是将各种疾病名称概括成层次分明的系统。在精神病学中,分类层次的最低层为病型,例如精神分裂症的紧张型,上一层是病种,即独立的疾病单元,例如精神分裂症、躁郁性精神病,再上一层是病类,如器质性精神病、心因性疾病。

2.诊断 严格科学的诊断,是在明确病因的基础上建立的。这在临床精神病学中,只适用于一部分疾病,如器质性精神病,而更大的一组精神病,即所谓内源性精神病,如精神分裂症、躁郁性精神病、偏执性精神病等,至今病因不明,也无组织病理。可见,根据目前的科学发展水平,诊断主要是依据临床特征,并参考病程和转归来建立的。这种情况虽不能令人满意,但从医学的发展历史来看,确有很多病先有诊断,后来才查明病因的,如麻痹性痴呆、脚气病、黏液性水肿等。随着对病因的新的发现,疾病分类法也就不断改进,这个过程是逐步完善的,但任何时候也不能希望它十全十美。

(二)历史回顾

1.祖国医学对精神疾病的分类 历史久远的祖国医学,很早就对精神疾病有所描述,其中涉及精神疾病的分类问题。早在公元前3~2世纪《内经》中就有癫、狂、痫的划分,所谓“重阳者狂、重阴者癫”即是按精神症状的表现对精神疾病的最早划分。明《医学正传》一书提出“狂为痰火实盛、癫为心血不足”,更对这两者作了发病机制的阐述。明王肯堂在《证治准绳》一书中将精神疾病分为癫狂、烦躁和惊悸恐三大类。在烦躁下则有虚烦、躁、谵妄、循衣摸床、嬉笑不止、怒、善太息、悲。在惊悸下列惊、悸(怔忡)、恐、健忘、不得卧诸类,由大类划分成小类。清代陈士铎在《石宝秘录》一书中,将精神疾病划分为狂病、癫病、花癫和呆病四类。这些都是我国早期医学界以朴素的唯物主义对精神障碍分类的一些尝试,由于受当时历史条件的限制,科学性有限,显得粗略笼统,同现代精神疾病分类学存在一定的差距。

2.西方国家对精神疾病分类的历史回顾 公元前,被人们称为医学之父的 Hippocrates 把精神疾病分为伴有发热的急性精神障碍,不伴有发热的急性精神障碍(躁狂症),不伴有发热的慢性精神障碍(忧郁症)、癔症和类似异性装扮癖。Pinel 描述了4种精神障碍:把智力障碍称为忧郁症、谵妄或剧烈躁动为躁狂症、思维障碍为痴呆、智能和情感缺失为白痴,即忧郁、狂症、呆症和白痴。Kraepelin 把早发性痴呆(相当于以后的精神分裂)与躁郁症、妄想狂区别开来,是精神病分类的一个重要里程碑。他把以往几位精神病学家所命名的几种疾病都归入于他称之为“早发性痴呆”之中,有 Morel(1857)所描述的早发性痴呆,Magnan 的慢性系统妄想症、Kahlbaum(1874)所报道的紧张症和 Hecker(1871)的青春痴呆。Bleuler(1911)重新命名为精

精神分裂症,这些都为日后精神病学的发展奠定了基础。

(三)分类

1.精神障碍分类的基轴 疾病分类的基轴有多种,如病因、解剖部位、病变性质、症状特点、处理手段、病程预后等。多数精神疾病病因病理不明,缺乏实验室诊断手段,加上学派众多,观点不一,给精神障碍的分类造成了一定的困难。

对疾病按病因、病理改变进行诊断与分类是医学各科所遵循的基本原则。在精神科的器质性精神障碍中,脑的感染、中毒、外伤所致精神障碍,重要内脏器官疾病与代谢、内分泌疾病所致精神障碍的诊断与分类,长期以来都遵循病因学分类的方向。但在实践工作中,就全部精神障碍而言,只有10%左右的病例可以说是病因、病理改变比较明确,而90%左右的病例属于病因不明的精神障碍。因此整个精神障碍的诊断和分类,不能全部贯彻病因学分类的原则。鉴于上述原因,目前分类的基轴主要依据症状表现。但必须指出,依据症状诊断能说明疾病当时所处的状态,如果症状改变,特别是主要症状改变,诊断可能随之改变。而且,相同诊断不可避免包括病因不同而症状相似的各种性质的疾病。但症状学分类有利于目前的对症治疗。

2.精神障碍的诊断标准 由于大部分精神障碍无确切的客观指标作为诊断依据,不同的医师对不同的疾病有着不同的理解和认识。所以,有了统一的分类并不等于彼此间诊断一致。诊断一致性不高一直是限制功能性精神疾病研究的重要因素,如在20世纪70年代以前,有的医生按照Bleuler提出的4A症状,即联想障碍、情感淡漠、矛盾意向、孤独等为精神分裂症的诊断依据,显然依此标准诊断精神分裂症是很重视阴性症状的,而这四个症状中究竟要出现几个才可以确诊则没有一致的认识;另有一些医生很少考虑阴性症状的诊断价值,强调Schneider首级症状或阳性症状对诊断精神分裂症的重要意义。Ash曾组织三名医生对5种疾病、60个亚型的35名患者同时检查,各人进行询问并独立做出诊断,这三名医生对5种疾病的诊断一致性为45.7%,亚型的诊断一致性为20%。造成诊断不一致的原因可以归纳为五个方面:患者自身的差异(由于患者在不同时间出现不同的病情)、机会差异(患者在不同时间处于同一疾病不同阶段)、信息差异(医生搜集患者资料的方式和侧重点不一样)、观察差异(医生对存在的某一现象的观察和判断不一致)和标准差异。Ward的研究发现因标准差异所致的诊断不一致占60%。

1978年美国精神病学家Spitzer在前人工作的基础上,研究制定了精神障碍研究用诊断标准(RDC),在此基础上产生了《精神障碍的诊断与统计手册》(第三版)(简称DSM-III),使各种精神障碍有了诊断标准,极大地提高了诊断的一致性。诊断标准是将不同疾病的症状表现按照不同的组合形式,以条理形式列出的一种标准化的条目。诊断标准包括内涵标准和排除标准两个主要部分。内涵标准又包括症状学指标、病情严重程度指标、功能损害指标、病期指标、特定亚型指征、病因学指标等,症状学指标为最基本的,又有必备症状和伴随症状之分。下面以我国目前的精神分裂症的诊断标准为例,说明各种标准的意义。

(1)症状标准至少有下列2项;并非继发于意识障碍、智能障碍、情感高涨或低落。单纯型精神分裂症另有规定。①反复出现的言语性幻听;②明显的思维松弛、思维破裂、言语不连贯,或思维贫乏;③思想被插入、被撤走、被播散、思维中断,或强制性思维;④被动、被控制或被洞悉体验;⑤原发性妄想(包括妄想知觉、妄想心境)或其他荒谬的妄想;⑥思维逻辑倒错、病理性象征

性思维,或语词新作;⑦情感倒错,或明显的情感淡漠;⑧紧张综合征、怪异行为,或愚蠢行为;⑨明显的意志减退或缺乏。

(2)严重程度标准:自知力障碍,并有社会功能严重受损,或无法进行有效交谈。

(3)病程标准:符合症状标准和严重程度标准至少已持续1个月,单纯型另有规定;若同时符合精神分裂症和情感障碍的症状标准,当情感症状减轻到不能满足情感障碍的症状标准时,分裂症状需继续满足精神分裂症的症状标准至少2周以上,方可诊断为精神分裂症。

(4)排除标准:排除器质性精神障碍及精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍。尚未缓解的精神分裂症患者,若同时患本项中前述两类疾病,应并列诊断。

二、精神障碍分类系统

(一)国际精神障碍分类系统

1853年法国巴黎的医学统计学家 Bertillon 提出了疾病死亡原因统计分类法,受到政府与公共卫生行政部门的重视,在近50年中几经修订,逐步推广使用。它便是当今国际疾病分类法的第一版,在1900、1920、1929、1938年的巴黎国际统计学会议上,命名为国际死因分类法的第2~5版。到1948年由世界卫生组织接手并更名为国际疾病、外伤与死因统计分类法第6版,首次成为一个综合性的疾病分类法,首次包括了精神疾病的分类,即其第五章标题为“精神病、神经症和人格障碍”。其中包括10种精神病,9种神经症和7种人格、行为与智能障碍。在1957年公布的ICD-7中,第五章内容无变化,到1959年调查,官方使用ICD的国家有英国、芬兰、新西兰、秘鲁和泰国。1966年ICD-8公布,两年后逐步推广使用,英、法、德、斯堪的那维亚国家都予以接受,美国参照ICD出版了DSM-II(1968)。在ICD-8中,全部疾病添加了描述性定义,对诊断名词做出界定与解释,列出同义的其他诊断名词,确定包括与不包括的内容,这是一大进步。1975年WHO公布了ICD-9,到1978年生效应用,与ICD-8大致相同。精神病列有10类(290~299),其他非精神病性精神障碍由原来的10类(300~309)增至17类(300~316),而精神发育迟滞则由原来的6类(310~315)缩成为3类(317~319)。ICD-10于1992年正式公布,全部精神障碍归纳为10个大类(F0~F9)。

ICD-10的特点是每个疾病诊断都列出了诊断指标与鉴别诊断要点,其诊断指标与分类方法明显接受了DSM-III的影响,但又保持了自己的某些特色。

ICD-10主要分类类别如下。

F00-F09 器质性(包括症状性)精神障碍。

F10-F19 使用精神活性物质所致的精神及行为障碍。

F20-F29 精神分裂症、分裂型及妄想性障碍。

F30-F39 心境(情感性)障碍。

F40-F49 神经症性、应激性及躯体形式障碍。

F50-F59 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。

F70-F79 精神发育迟滞。

F80-F89 心理发育障碍。

F90-F98 通常发生于儿童及少年期的行为及精神障碍。

F99 待分类的精神障碍。

(二)美国精神障碍分类系统

1935年美国医学会制定了一个标准疾病分类法,DSM-I 公布于1952年,精神疾病部分是在ICD-6基础上作了一些补充,包括人格障碍与适应性障碍的内容,并首次提出对各个诊断名词的定义性解释,由于受Meyer学派影响,每个疾病名称后面缀有“反应”二字,如“分裂性反应”(即精神分裂症)。DSM-II 公布于1968年,与ICD-8密切配合,并作适当修改使其适合于在美国应用,DSM-II 将精神疾病分为10类,它与DSM-I 不同之处是把每个疾病后缀词“反应”取消了,却又将前两类有躯体病因的疾病称为disease,将躁郁症称为illness以示与ICD-8的躁郁性“精神病”在命名上有所区别。1980年美国公布了DSM-III,它是在参照ICD-9疾病分类编码的基础上,增加了对每个疾病的诊断标准,提倡多轴诊断方法,并对某些疾病的分型根据临床实际需要有所扩充,如性功能障碍,儿童精神障碍的内容。DSM-III 将所有精神疾病一律称为精神障碍避免使用disease与illness,不涉及疾病究竟有无躯体性病因。DSM-III 将精神疾病分为17类,187个特殊诊断项目。

DSM-III 的制定,改变了许多疾病的概念,现分述如下。

(1)神经症作为分类学的概念被取消了,现在焦虑性障碍、躯体形式障碍与分离性障碍已完全分开,独立门户,并列于分类系统中,平起平坐,还有部分神经症病例被列入情感性障碍或性功能障碍的诊断范围。

(2)癔症,按症状学分类原则而分别列入分离性障碍,躯体形式障碍与做作性障碍三类不同疾病之中。

(3)在情感性障碍中,既包括重性情感性精神病(双相发作,重性抑郁),也包括心境恶劣障碍即抑郁性神经症,还包括环性情感障碍。在分类系统中打破了精神病与神经症的截然分界,即同一类疾病中,包括了轻的神经症性障碍与重的精神病性障碍,从而在分类学上,以此为出发点,“精神病”的名词亦被取消。

(4)采取纯症状学分类取向,而不考虑病因与疾病单元。这样同一病因有不同症状形式的疾病可能按症状表现划分为几种疾病(如癔症),而不同病因但表现基本相同的多种疾病可能按症状划分列入为一种疾病(如情感性障碍),在后者中包括了以往分列的内源性抑郁症、反应性抑郁症、药源性抑郁症、更年期抑郁症、抑郁气质等。从而以往的内源性、外源性、器质性、功能性精神病的概念亦被取消。

(5)一个病例可给多个精神障碍的诊断,即在第1轴上可有一个以上的诊断,与此同时每个病例有五轴诊断。第一轴注明精神障碍,第二轴注明人格障碍与特殊发育障碍,第三轴注明有关的躯体疾病,第四轴注明心理社会应激因素的强度(划分7级,每级有生活事件举例),第五轴注明已往一年来社会适应功能达到的最好水平(划分7级)。五轴诊断可以从各方面综合了解一个患者的状况,还有人提出更多的轴,如“病因”轴,“心理防御机制”或“心理应付方法”轴,也有人建议删去第四与第五轴,患者不愿意在病例中记载其心理社会应激强度与社会适应能力评分,要求保密。