

责任编辑:杨丽贤 胡羽 卢英
责任校对:李思莹
封面设计:米茄设计工作室
责任印制:杨丽贤

图书在版编目(CIP)数据

牛津精神病学教科书(中文版)/(英) 格尔德(Gelder, M.),
(英) 梅奥(Mayou, R.), (英) 考恩(Cowen, P.) 著;
刘协和等译. —成都: 四川大学出版社, 2004.12
ISBN 7-5614-3006-X

I. 牛... II. ①格... ②梅... ③考... ④刘...
III. 精神病学 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 137834 号

《牛津精神病学教科书》(第四版)原文为英文,由牛津
大学出版社于 2001 年出版。本版本(中文版)的出版
得到了牛津大学出版社的许可,仅在中国大陆销售。

©Oxford University Press 2001

书名 牛津精神病学教科书(中文版)

著者 格尔德 梅奥 考恩
译者 刘协和等
出版 四川大学出版社
地址 成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发行 四川大学出版社
印刷 四川大学印刷厂
开本 787mm×1092mm 1/16
印张 68.25
字数 1574 千字
版次 2004 年 12 月第 1 版
印次 2004 年 12 月第 1 次印刷
印数 0 001~3 000 册
定价 136.00 元

◆读者邮购本书,请与本社发行科
联系。电话:85408408/85401670/
85408023 邮政编码:610065

◆本社图书如有印装质量问题,请
寄回出版社调换。

◆网址:www.scupress.com.cn

版权所有◆侵权必究

中文版作者序

我们感谢刘教授和他的同事们翻译我们的书。我们也对这本书的第四版能提供给中国同道感到高兴和荣幸。我们当然知道，我们工作于文化传统和保健制度与中国迥然不同的国度，但是我们相信这本书与中国精神病学仍然是相通的。这一信念基于以下理由。

第一条理由是，精神障碍的临床表现在世界各国都很相似，只有很少例外。当然会有一些文化差异，主要是一些不太严重的障碍，我们在书中已经提到了。而绝大部分情况是不同种族起源和文化背景的病人都以同样方式表现出来。这种相似体现在国际疾病分类系统 ICD-10 中，而这个分类系统已经成为世界各国普遍采用的正式分类。

我们相信这本书与中国精神病学相通的第二条理由是，现在对精神障碍广泛的病因学观点的普遍一致。精神病学各个学派对抗的日子已经过去。例如，在本书较大篇幅的姊妹著作中就反映了这种普遍的一致。两卷本的《新牛津精神病学教科书》尽管是由来自 22 个国家的作者编写的参考书，仍然体现了现代精神病学统一的观点。

这种统一也延伸到治疗，不仅药物治疗达到了如所预期的一致，而且在心理学治疗方面也获得了较难达到的一致。有关心理学治疗日渐增加的意见一致是由于广泛采用了认知-行为方法取代了文化相关理论和精神分析方法。但有关服务措施又如何？各个国家之间肯定会有差异。不错，服务措施的详细内容受社会因素的影响会有所不同，例如，家庭在照顾其生病的成员方面所起作用的这一传统在中国远比英国要强得多。由于我们认识到这些差异，于是我们着重讨论服务措施的一些原则。我们提供英国的现代实践作为一个例子说明这些原则是如何应用的，并非是要作为其他国家的同事仿效的样板。

一些临床学家也许怀疑处于互联网上可以广泛获得信息的时代教科书是否还有价值。我们的观点是，来自两方面的知识可以互相补充。例如，我们希望读者利用互联网上新近介绍的治疗更新那些我们提供的知识。但我们坚持认为，对于从互联网上获得的信息，只有通过教科书才能提供的各种课题的现状和历史发展的广泛知识，才能适当地进行解释。

精神病学关照的是病人个人，而教科书必须关注群体。了解个人的关键是愿意倾听病人谈出他们的体验。教科书则能把这些体验以普遍的方式表述出来。但愿意倾听不仅是深刻理解精神病学的基石，而且也是病人和医生之间相互信赖的基石。这种信赖关系是本书中所有治疗措施的基础。

第一版（1983）作者原序

本书原意是作为培训精神科医生的入门教科书而编写，同时也可用作临床医学学生的高级教科书。我们希望本书对高年资精神科医师、全科医师以及其他临床医师也有参考价值。

本书的主旨是临床精神病学实践。近年来精神病学的若干亚专业如儿童与少年精神医学、司法精神病学和精神发育迟滞精神病学有了迅速发展。本书在主要介绍普通精神病学的同时，也包含了一些章节介绍若干亚专业。综观全书，我们的意图是对每一个主题提供一个引论，而不进行充分论证。我们设想接受精神病学培训者以后当可进一步去求教更综合性的专著，如 *Handbook of Psychiatry* (Shepherd, 1983)、*Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Kaplan 等, 1980) 以及有关亚专业的参考书。在某些章节中还涉及心理学、遗传学、生物化学以及药理学等基础科学。对这些课题的讨论基于我们这样一种设想：本书的读者通过以往的学习已经具备了相关的基础知识。

用于精神科治疗的篇幅分为两部分。第一部分安排三章全部用于介绍精神科治疗，但仅涉及一般性问题，其中第十七章主要介绍药物治疗和电抽搐治疗；第十八章介绍心理学治疗；第十九章则讨论对慢性精神疾病病人进行照管与康复服务机构的组织。第二部分则是在各临床综合征相关治疗部分，讨论其特殊的治疗。在这些章节中，治疗通常也分为两部分叙述。第一部分论证某一特殊治疗对某一特殊综合征的疗效；第二部分则以“处理”为标题，讨论治疗中的实际问题，例如在疾病的不同阶段，使用单一还是合并治疗的方法。把一般问题与特殊问题分开在不同章节中进行介绍，意味着读者必须翻阅一章以上才得以了解某一精神障碍治疗的全貌。选择这种安排方式是由于精神病学中一种治疗方法可应用于多种不同的综合征，例如抗精神病药物既可用于治疗躁狂症也可用于治疗精神分裂症，而支持性心理治疗是许多疾患治疗中的一部分。

本书未单辟一章介绍精神病学史。只是在某些章节对特殊课题有其相关的简短的历史回顾，例如在精神病学服务一章里对有关精神疾病病人照管的历史做了简要的回顾；在异常人格一章内也包含了有关这一概念的历史

发展的一些资料。这样安排反映了作者这样的观点：在一本入门教科书中，历史的演变只有同现代观念的讨论相关才有较大价值。阅读诸如 Ackerknecht (1968) 或 Bynum (1983) 等人的精神医学史可以作为本书历史资料的补充。

对本书所用的参考资料也需加以解释。作为医学院毕业后进修精神病学的入门教科书，我们没有为每一种论点都提供论证材料。我们一般遵从两条原则：对那些可能发生争议的论点，以及我们认为有可能使人感兴趣的课题等才提供较多参考资料。在这样一本入门教科书中，主要提供英美两国的文献似乎并无不当。尽管使用的文献范围可能因此而不甚均衡，但正如前述，我们编写本书时，希望接受培训的精神科医生以后能继续从其他著作中获得更详细的资料。在每一章节的结尾我们提供了进一步阅读的建议。

M. G.

D. G.

R. M.

1983年5月于牛津

第二版（1988）作者原序

这一版的编写主旨和一般方针与第一版相同，但文本内容已做了大量更新。之所以做这样修订，主要目的有三：在处理临床综合征的各章、节中揉入了最新的分类系统（即 ICD-10 草案与 DSM-III-R）；介绍理论知识和实践方面的新进展；改正错误。

（致谢略）

M. G.

D. G.

R. M.

1988 年于牛津

第三版（1995）作者原序

考虑到第二版正式出版以来新的理论知识和临床实践的进展，第三版做了大量修订。第三版采用了最新修订的国际疾病分类（ICD-10）和美国精神障碍诊断与统计手册（DSM-IV）。第一章与第二章分别讨论精神症状与征象及临床检查方法，改动最少。改动较大的是第六章和第十九章，第六章现已改为应激相关与适应障碍，第十九章精神病学服务也做了大量修订。其他各章在保留原有临床描述的同时根据目前进展情况也做了必要的变动。不过对于早期版本中的临床描述部分则基本上予以保留。这一版的作者中新增加了 Philip Cowen 博士。

（致谢略）

M. G.

D. G.

R. M.

P. C.

1995 年于牛津

第四版（2001）作者原序

本书是《牛津精神病学教科书》的第四版。由于考虑到较厚和较综合性的《新牛津精神病学教科书》（New Oxford Textbook of Psychiatry）二卷本的出版，本书这一版的名称已经改变（原著第四版封面更名为：Shorter Oxford Textbook of Psychiatry—译者注）。现在这个版本提供了临床精神病学比较简明的叙述，其目的在于作为精神病学培训人员的基本教材，以及医学与临床心理学的学生、全科医生，和其他在工作中需要精神病学知识的人员的高级教材。

全书的文本和参考资料都进行了大量修订，增加了循证精神病学和伦理与法律两章新的内容。后面这一章中加入了伦理学的新资料，以及有关法律的修订内容。以往法律的这部分是放在其他章节中讨论的。过去与解离障碍和躯体形式障碍相关的课题分别放在不同的章节中，现合成为新的一章。第二章被重新命名为评估，扩充了篇幅，把社区精神病学和医院实践中的评估都包括了进来。我们试图保留原来几版的风格，较多使用列表以及其他方式使表述的资料较为简明。

这一版首次没有 Dennis Gath 博士参加编写，他已经退休。我们赞赏他由于他丰富的学识和高质量的写作技巧，以往几版获得了成功，为此所做的重要贡献。

让三位作者跟上迅速增加的精神病学文献资料日益困难，因此在这一版有一些特别顾问帮助我们修改了若干篇章。还有一些其他同事（姓名略）给我们提出了很宝贵的意见。

最后，请读者注意我们使用的词：他和她，在第三页下边做了说明。

M. G.

R. M.

P. C.

2001 年于牛津

目 录

第一章 精神障碍的征象和症状.....	(1)
第一节 一般问题.....	(2)
第二节 症状和征象的描述.....	(4)
第二章 评估.....	(27)
第一节 收集资料.....	(28)
第二节 评估.....	(50)
第三节 资料的记录.....	(55)
第四节 与他人交流.....	(60)
第五节 晤谈的标准化方法.....	(62)
第六节 症状的标准化评估.....	(63)
第三章 伦理和民法.....	(69)
第一节 伦理问题.....	(69)
第二节 精神病学和民法的其他方面.....	(79)
第四章 精神病学中的分类学.....	(83)
第一节 精神疾患的概念.....	(83)
第二节 分类的需要.....	(85)
第三节 分类的历史.....	(85)
第四节 组织原则.....	(86)
第五节 诊断的可靠性与真实性.....	(90)
第六节 分类系统.....	(92)
第七节 国际分类.....	(93)

第八节	分类中目前存在的问题.....	(97)
第九节	本书所采用的分类.....	(99)
第五章	病因学.....	(101)
第一节	精神病学中研究病因学的方法.....	(101)
第二节	病因学的一般问题.....	(101)
第三节	病因学模式.....	(105)
第四节	不同学科对精神疾病病因学研究的贡献.....	(113)
第五节	本章与精神病综合征的联系.....	(136)
第六章	精神病学的循证方法.....	(137)
第一节	什么是循证医学.....	(137)
第二节	单个的治疗研究.....	(138)
第三节	系统评价.....	(142)
第四节	循证医学的应用.....	(146)
第五节	循证医学的评估.....	(147)
第六节	循证医学的其他应用.....	(147)
第七章	人格和人格障碍.....	(151)
第一节	人格.....	(151)
第二节	人格障碍.....	(155)
第八章	应激反应.....	(183)
第一节	对应激性事件的反应.....	(183)
第二节	应激反应的分类.....	(186)
第三节	急性应激反应或急性应激障碍.....	(188)
第四节	创伤后应激障碍.....	(191)
第五节	对特殊严重应激的反应.....	(197)
第六节	适应障碍.....	(198)
第七节	特殊类型的适应.....	(200)

第九章 焦虑和强迫障碍.....	(213)
第一节 焦虑障碍.....	(213)
第二节 强迫障碍.....	(237)
第十章 躯体形式障碍和解离障碍.....	(245)
第一节 躯体形式障碍.....	(246)
第二节 解离障碍.....	(257)
第十一章 心境障碍.....	(263)
第一节 概述.....	(263)
第二节 临床特征.....	(264)
第三节 跨文化因素和临床特征.....	(272)
第四节 抑郁障碍的分类.....	(273)
第五节 鉴别诊断.....	(278)
第六节 心境障碍的流行病学.....	(279)
第七节 心境障碍的病因学.....	(281)
第八节 病程和预后.....	(298)
第九节 抑郁障碍急性期的治疗.....	(300)
第十节 躁狂急性期的治疗.....	(306)
第十一节 心境障碍的长期治疗.....	(308)
第十二节 抑郁障碍的评估.....	(311)
第十三节 抑郁障碍的处理.....	(313)
第十四节 躁狂的评估.....	(318)
第十二章 精神分裂症和精神分裂症样精神障碍.....	(323)
第一节 流行病学.....	(324)
第二节 临床特征.....	(325)
第三节 诊断.....	(329)
第四节 病因.....	(341)

第五节	病程和预后.....	(356)
第六节	治疗.....	(361)
第七节	评估.....	(365)
第八节	处理.....	(366)
第十三章	偏执症状和偏执综合征.....	(373)
第一节	概述.....	(373)
第二节	偏执症状.....	(374)
第三节	偏执型人格障碍.....	(376)
第四节	具有偏执症状的原发性精神障碍.....	(376)
第五节	妄想性障碍(偏执性精神病).....	(378)
第六节	特殊的偏执状态.....	(382)
第七节	发生于特殊情况下的偏执状况.....	(388)
第八节	偏执症状的评估和诊断.....	(389)
第九节	具有偏执症状病人的治疗.....	(390)
第十四章	神经精神病学和睡眠障碍.....	(393)
第一节	概述.....	(393)
第二节	谵妄.....	(395)
第三节	痴呆.....	(397)
第四节	特殊的神经精神综合征.....	(402)
第五节	对疑有认知损害病人的评估.....	(408)
第六节	重要的神经精神疾病.....	(412)
第七节	癫痫.....	(426)
第八节	睡眠障碍.....	(432)
第十五章	进食障碍.....	(439)
第一节	神经性厌食.....	(439)
第二节	神经性贪食.....	(446)
第三节	未加标明的进食障碍.....	(450)

第四节	肥胖症.....	(450)
第五节	心因性呕吐.....	(452)
第十六章	精神病学与一般医学.....	(453)
第一节	概述.....	(453)
第二节	精神障碍和躯体疾病偶然并存.....	(455)
第三节	心理因素对躯体疾病的发生和病程的影响.....	(455)
第四节	促发医学难以解释症状的心理因素.....	(458)
第五节	躯体疾病的心理后果和精神障碍.....	(471)
第六节	联络会诊精神病学.....	(477)
第七节	与医疗程序以及状况有关的精神问题.....	(481)
第八节	与妇产科学有关的精神问题.....	(494)
第十七章	自杀和蓄意自伤.....	(501)
第一节	自杀.....	(501)
第二节	蓄意自伤.....	(515)
第十八章	酒精和药物误用.....	(531)
第一节	物质使用障碍的分类.....	(531)
第二节	酒精相关障碍.....	(534)
第三节	其他物质使用障碍.....	(555)
第十九章	性和性别认同相关问题.....	(579)
第一节	性行为的变异.....	(579)
第二节	性取向.....	(580)
第三节	性及性别认同问题.....	(583)
第四节	性偏好异常.....	(594)
第五节	性别认同异常.....	(604)

第二十章 老年精神病学.....	(611)
第一节 概述.....	(611)
第二节 老年精神障碍.....	(615)
第三节 老年人中的痴呆.....	(616)
第四节 谵妄.....	(623)
第五节 心境障碍.....	(624)
第六节 焦虑障碍和人格障碍.....	(627)
第七节 老年人的精神分裂症样精神病和偏执状态.....	(628)
第八节 虐待和遗弃老年人.....	(629)
第九节 服务机构.....	(629)
第十节 老年人精神卫生问题的处理.....	(634)
第十一节 治疗原则.....	(635)
第二十一章 药物和其他躯体治疗.....	(639)
第一节 躯体治疗的历史.....	(639)
第二节 概述.....	(642)
第三节 精神科药物的分类.....	(648)
第四节 其他躯体治疗方法.....	(700)
第二十二章 心理学治疗.....	(715)
第一节 心理学治疗是如何发展的.....	(715)
第二节 心理学治疗的分类.....	(719)
第三节 心理学治疗中的共同因素.....	(720)
第四节 咨询和危机干预.....	(722)
第五节 支持性心理治疗.....	(725)
第六节 人际关系心理治疗.....	(726)
第七节 认知-行为治疗.....	(727)
第八节 个别动力学心理治疗.....	(739)
第九节 团体心理治疗.....	(742)
第十节 夫妻和家庭心理治疗.....	(750)

第十一节	儿童心理治疗	(756)
第十二节	其他形式的心理学治疗	(757)
第十三节	心理学治疗中的伦理问题	(759)
第二十三章	精神病学服务	(763)
第一节	精神病学服务的历史	(763)
第二节	精神障碍在社区中的患病率	(767)
第三节	需求评估	(770)
第四节	精神病学服务计划	(771)
第五节	精神病学服务的组成	(773)
第六节	社区服务的评价	(784)
第七节	为特殊需求的病人服务	(786)
第八节	服务设施的跨文化方面	(789)
第九节	提供精神病学服务中的伦理问题	(790)
第二十四章	儿童精神病学	(793)
第一节	正常发育	(794)
第二节	儿童和少年精神疾病的分类	(796)
第三节	流行病学	(797)
第四节	病因学	(799)
第五节	对儿童及其家庭的精神病学评估	(804)
第六节	儿童及其家庭的精神科治疗	(809)
第七节	综合征	(813)
第八节	儿童及少年精神病学的伦理和法律问题	(856)
第二十五章	学习能力低下	(861)
第一节	术语	(861)
第二节	流行病学	(862)
第三节	学习能力低下的临床特征	(863)
第四节	学习能力低下的病因学	(869)

第五节	学习能力低下者精神异常和行为问题的原因.....	(876)
第六节	学习能力低下的评估.....	(877)
第七节	学习能力低下病人的监护.....	(879)
第八节	学习能力低下者精神障碍和行为问题的治疗.....	(884)
第九节	学习能力低下者监护中的伦理和法律问题.....	(886)
第二十六章	司法精神病学.....	(889)
第一节	普通犯罪学.....	(890)
第二节	犯罪原因.....	(893)
第三节	精神障碍和犯罪的联系.....	(895)
第四节	特定的犯罪群体.....	(900)
第五节	特殊犯罪的精神病学表现.....	(901)
第六节	犯罪受害者的精神病学表现.....	(910)
第七节	精神病学家在刑事法庭中的作用.....	(912)
第八节	对精神障碍违法者的治疗.....	(916)
第九节	对医院里暴力的处理.....	(918)
第十节	风险评估.....	(919)
参考文献	(925)
索引	(1017)
译后记	(1071)

第一章

精神障碍的征象和症状

精神科医生需具有两种不同性质的能力。第一种能力是能通过病史采取和精神检查客观而准确地收集临床资料，并能将这些资料系统而均衡地加以组织；另一种能力是把每个病人视为独特的个体并对该个体能有直觉的理解。第一种能力有赖于医生的临床技能和具备的相关临床知识。第二种能力则有赖于医生对人性的理解和在临床实践中得到的经验，医生凭此能力洞察眼前病人的感受和行为，以及病人的既往生活经历对病人产生的影响。这两种能力可以在倾听病人诉述的过程中和通过向较有经验的精神科医生学习而得到提高。对于培养第一种能力，教科书能提供信息和描述获取知识和技能的程序。本章着重讲述第一种能力，但是并不意味着直觉的理解不重要，而只是由于后者不可能仅仅并直接从教科书里得到。

医生检查病人的技能取决于他所具备的定义症状和征象的可靠知识。缺乏这种知识，精神科医生便难免将现象错误地归类，从而做出不正确的诊断。因此，本章首先讨论这些定义，以后再描述如何进行病史采取和精神状况检查。

精神科医生一旦得出病人的症状和征象，他就必须确定这些现象在多大程度上与在其他精神科病人身上所观察到的某种症状和征象相符合。换言之，他要确定此病人的临床相和已知的某种综合征是否符合。这需要他把对病人现状的观察和对病史的了解结合起来加以判断。确认某临床相为某综合征的意义在于有助于推断预后和选择有效的治疗。这样做是在指导精神科医生把若干类似病人的病因、治疗和结局的知识积累起来，构成相互关联的整体。诊断将在第四章和分类一起讨论，此外在涉及各种不同精神科综合征的以后诸章中也会谈到。

由于本章主要讨论精神障碍症状与征象的定义和描述，它比其他各章较为难读，建议读者分两阶段来学习本章。第一次阅读主要是着眼于部分和常见症状的一般性了解，第二次阅读再集中于定义的细节以及较少见的症状和征象。第二次最好把阅读与同具有相关征象和症状的病人进行晤谈结合起来。

本章有很多例子，几乎都同样适用于女性和男性。这就引发了所述事实如何体现在人称代词使用上的问题。在本书里，代词“他”既指代适用于男性的“他”，也指代适用于女性的“她”。这原是久已公认的约定，只是现在似乎不时髦了，人们已经改用“他/她”。“他/她”显得有些累赘，一些地方用“他”而另一些地方用“她”，有时带有人为的随意性，所以本书一律用“他”代替。我们希望读者能接受我们的用法，这种用法丝毫不表示对妇女的权利和特殊需要缺乏关注，不论他们是病人还是专业人员。