

第二章 精神分裂症

【知识结构简图】



【考点指南】

本章属于变态心理学的重点章节，需要大家掌握精神分裂症的概念，临床症状及诊断要点，了解精神分裂症的病因（生物学，心理动力学，行为认知观点，社会心理的观点及分析）与治疗。

1.精神分裂症的主要症状表现（华东师范大学 2017，2019，单选；北京师范大学 2017，案例；中山大学 2018，单选；杭州师范大学 2020，单选）

2.精神分裂症的病因（苏州大学 2015，简答；华中师范大学 2016，单选）

【知识精讲】

一、概述

精神分裂症是一组具有思维、情感、行为等多方面障碍的综合征，这里的“分裂”是指人的主观感觉、思维、意志、情感、行为等心理机能与客观现实之间的分离与不一致，而非指任何器质性的分裂样的病变。

（一）概念

1.克雷佩林的观点

以疾病的自然过程——起病、病程、结局及其临床表现作为分类的基础，将精神病分为内源性和外源性两类；区分了早发性痴呆（即精神分裂症）和躁狂抑郁性精神病等内源性精神病和脑器质性精神病的诊断名称。他指出，早发性痴呆分为三种类型：紧张型、青春型和偏执型。

2.布洛伊勒的观点

在 1908 年提出了精神分裂症这一概念。其用精神分裂来作为联系各种各样的精神症状的核心，进而提出了精神分裂症的 4A 症状理论：联想障碍、情感淡漠，自闭和矛盾观念为基础症状。这四种基础症状出现在所有的精神

分裂症患者以及精神分裂症各个阶段中，因此可以作为精神分裂症的诊断依据。

3.Schneider 的观点

Schneider 提出了更为精细且容易达成一致的诊断系统，即“一级症状”，包括：

- (1) 思维化声
- (2) 争论性幻听
- (3) 评论行为的幻听
- (4) 思维被夺
- (5) 躯体被动体验
- (6) 思维被插入感
- (7) 思维扩大或被广播
- (8) 情感被动体验
- (9) 冲动被动体验
- (10) 妄想知觉和思维阻塞

如果一级症状存在，又没有发现器质性原因，则精神分裂症的诊断可以成立。与精神分裂症相关的症状被称为二级症状。

4.评价

克雷佩林的早发性痴呆的概念比较严格而清楚，他认为研究者应研究大脑结构与精神分裂症症状的关系。布洛伊勒的概念范围较广，也较模糊，他认为精神分裂症更多地与患者的环境应激有关，治疗应从此下手。Schneider 则希望更好地描述症状，提供可靠的分类系统。

(二) 流行病学研究

精神分裂症是一种发病率、患病率、致残率都很高的疾病。

有流行病学研究表明，功能性精神病从农村、郊区到城市有一个明显的患病梯度，即农村居民中精神分裂症比城市居民少，并且这种梯度不是就诊差异造成的。婚姻状况与精神分裂症患病危险也有关。有研究表明，未婚者与已婚者相比，危险度增加 2.6%~7.2%。

大多数病人是在 20~25 岁之间第一次被诊断患有该病，该疾病会对患者的社会适应，职业生涯的成功造成严重而深远的负性影响。研究者认为精神分裂症是一种没有“界限”的疾病，任何种族、国家、社会阶层、性别的人都有患病的可能。

二、临床症状和诊断

(一) 精神分裂症的主要症状特征

1.思维障碍

对于精神分裂症来说，常见的思维障碍主要表现在思维形式，思维内容和思维体验上。

(1) 思维形式障碍

又称言语紊乱，患者思维与言语的组织出现了问题，以至于使人难以理解。常见表现形式有思维散漫、思维破裂、语词新作、象征性思维、言语贫乏。

思维形式障碍曾被认为是精神分裂症的核心症状，在其他精神障碍患者身上也能观察到。但精神分裂症患者的思维障碍特点是交替性，也就是说在精神分裂症患者中健康与异常的思维特性是并存的。

(2) 思维内容障碍

主要为妄想，妄想有三个缺一不可的特征：妄想是一种坚信，它不接受事实和理性的纠正，可以说是不可动摇和不可纠正的；妄想是自我卷入的；妄想是个人独特的。

临床上常见的妄想有：

- ①被害妄想：认为周围有人在侮辱，贬低、伤害甚至毁灭他。
- ②牵连观念（关系妄想）：把周围与他无关的事情都当成是与他有关的。
- ③嫉妒妄想：毫无根据地认为自己的配偶不忠。
- ④影响妄想：认为自己的精神活动受外力干扰、控制、支配、操纵。
- ⑤非血统妄想：无故认为自己不是父母亲生的。

妄想可以分为原发性妄想和继发性妄想两类，也是精神分裂症患者最常见的症状之一。对于妄想，医生最大的困惑在于有时妄想和现实的想法并不是那么容易区分，一般是不可能被说服的。

（3）思维体验障碍

主要为异己体验，包括：

- ①思维被插入感：认为自己脑中某些想法不属于自己，是别人放入的。
- ②思维扩大或被广播：感到自己的思维即使不讲出来别人也能够知道，并且被广播出来。
- ③妄想知觉：在知觉的同时突然产生妄想。
- ④思维云集：思潮不受患者意愿的支配，强制性的大量涌现在脑内。

精神分裂症的异己体验包含不随意体验，但不仅仅是一种不随意体验，病人体验到有某种无形的力量在发动或中止自己的思考，却不是出于自己的意志。异己体验具有不可理解性，这提示我们应将其考虑为是某种生物学疾病过程的产物。

2. 知觉障碍

最具戏剧性的知觉障碍是幻觉，在患者周围的环境中并无任何刺激，但患者却能产生感觉。幻觉包括听幻觉、视幻觉、嗅幻觉、触幻觉等，听幻觉是最常见的幻觉。

听幻觉主要有以下几类：

- （1）评论性幻听：听到别人在议论自己，议论的内容以负性的批评，讽刺，责骂，诬陷常见；
- （2）命令性幻听：听到有声音命令自己去做某事；
- （3）争论性幻听：听到其他人在争论；
- （4）思维鸣响：在思维活动的同时脑内出现与思维活动一样的言语伴随产生。

幻觉是突然产生的，有的患者称声音来自自己的脑中，有的患者搞不清它是否是真实的，更多的患者坚信这是真实的。

3. 情感平淡

情感平淡和言语贫乏一样被认为是典型的阴性症状，指病人缺乏活动兴趣和能量，在讨论感人的事件时缺乏情感反应。事实上精神分裂症病人的情感并没有消失，虽然情感的外在表现的确不明显，但他们的内在感情同正常人却没有差别。

4. 紧张症

包括运动、姿势和行为等体现的症状，共同特征是自身的不自主性，是本能内驱力和运动技能方面出现的障碍。

- （1）木僵状态：患者动作和行为明显减少或抑制，常保持一种姿势；
- （2）违拗症：患者对所有外来吩咐或要求不自主的抗拒，并非有意的不合作；
- （3）紧张性自动症：患者的某种运动，动作都不是按照自己本人的意志，而是根据某种外界的作用或影响表现为行动的。
- （4）作态与特殊姿态：病人做出一些幼稚而又愚蠢的姿态，表情、步态和动作；
- （5）刻板症：病人无意识地、重复地、刻板地做一些简单的动作；

(6) 多动或兴奋：病人突然出现运动性兴奋，行为冲动，不可理解，言语内容单调刻板。

5. 自知力障碍

自知力也称内省力，指病人对其自身精神状态的认识能力，即能否察觉自己有病和精神状态是否正常。精神病患者一般有不同的自知力缺陷。自知力的完整程度及其变化是精神疾病病情恶化，好转或痊愈的重要指标之一。

(二) 精神分裂症的诊断

1. 诊断标准

① 两项（或更多）下列症状，每一项症状均在 1 个月中有相当明显的一段时间里存在，至少其中 1 项必须是 A，B 或 C：

A. 妄想。

B. 幻觉。

C. 言语紊乱。

D. 明显紊乱的或紧张症的行为。

E. 阴性症状。

② 自障碍发生以来的明显时间段内，1 个或更多的重要方面的功能水平明显低于障碍发生前具有的水平。

③ 这种障碍的体征至少持续 6 个月。

④ 分裂情感性障碍和抑郁或双相障碍伴精神病性特征已经被排除。

⑤ 这种障碍不能归因于某种物质的生理效应或其他躯体疾病。

⑥ 如果有孤独症谱系障碍或儿童期发生的交流障碍的病史，除了精神分裂症的其他症状外，还需有显著的妄想或幻觉，且存在至少 1 个月才能做出精神分裂症的额外诊断。

Tips:

鉴于信度和效度问题，DSM-5 取消了精神分裂症的亚型（在 DSM-4 中，精神分裂症被分为：偏执型、紧张型、瓦解型、残留型、未分化型）。因为不同时期患者的表现不同，诊断会随着时间发生变化，且划分亚型对于患者治疗、预后无明显帮助。

2. 量表评定

最常用的精神分裂症评定量表主要是简明精神病量表（BPRS）和阴性阳性症状量表（PANESS），可以通过这些量表评估病人症状的严重程度、治疗前后症状变化以及所用药物的疗效。

精神科评定量表对精神分裂症的临床诊断具有良好的辅助作用，但确诊还是需要临床医生根据统一的诊断标准，进行详细的精神检查和临床观察，排除了其他精神疾病的可能性后才能做出。

三、分型和预后

(一) 精神分裂症的分型

1. 阳性症状和阴性症状

阳性症状是由于某种病理原因引起潜在的脑功能解除抑制的结果，从而产生了正常人不应存在的症状；阴性症状是由于大脑高层皮质活动过程的解除，使患者缺乏正常人精神活动中应具有的某些方面的功能。

2. I型精神分裂症和II型精神分裂症

Crow 提出精神分裂症的症状可以分为工型和 I 型。I 型是阳性症状亚型，其原发症状是幻觉和妄想，潜在的病理生理机制是脑内生物化学机制过程的失衡；II 型是阴性症状亚型，原发症状是情感淡漠、言语贫乏等，可能存在潜在的脑结构异常。

I 型可以发展为 II 型，也可以同时存在，II 型可单独存在。

(二) 精神分裂症的预后

精神分裂症是最严重、最让人衰弱的精神障碍，影响精神分裂症预后的因素很多，可以归纳如下表 9-2-1 所示：

表 9-2-1 影响精神分裂症预后的因素

因素	预后良好	预后不良
发病形式	急性起病	渐隐起病
发病持续时间	短	长
既往精神病史	无	有
症状特点	阳性症状为主	阴性症状为主
类型	偏执型，未分型	青春型，单纯型
婚姻状况	已婚	独身、分居、离婚
发病年龄	晚	早
发病至接受治疗时间	短（一年之内）	长（一年以上）
病前性格	无异常	异常
工作情况	良好	差
诱因	有	无
社会交往	好	差
家庭支持	佳	差
性别	女	男
维持治疗	能坚持	不能坚持

四、其他精神病性障碍

在美国 2013 年发布的 DSM-5 精神障碍诊断分类与标准中，首次将精神分裂症等疾病以谱系障碍进行分类，称为精神分裂症谱系及其他精神病性障碍，除了精神分裂症，主要包括分裂型（人格）障碍、妄想性障碍，短暂精神病性障碍，精神分裂症样障碍、分裂情感性障碍等。

1. 分裂情感性障碍

同时具有精神分裂症的症状和符合抑郁发作、躁狂发作诊断标准的明显心境障碍症状。在患病的大部分时间，心境障碍症状也必须出现。

2. 精神分裂症样障碍

个体的精神分裂症症状持续 1~6 个月，但通常可以过正常生活。

3. 短暂精神病性障碍

个体表现出妄想、幻觉、言语紊乱和/或行为紊乱的突然发作，然而，发作只持续 1 天到 1 个月，此后症状完全消失。

4. 妄想性障碍

主要指有 1 个月以上并不怪异的妄想和与妄想主题有关的触嗅幻觉，但没有精神分裂症的其他精神病性症状，并且功能往往没有受损。

5. 分裂型人格障碍

涉及与精神分裂症相似的轻度症状，但与现实还保留一些联系。虽然没有达到精神病性障碍的诊断要求阈限，但 DSM-5 承认它是精神分裂症谱系障碍中的一部分，同时将其视为人格障碍。

五、病因

（一）遗传因素

不少研究支持精神分裂症是多因素遗传，没有显性基因或隐性基因那种明显的遗传规律，但有一个阈值，超过

这个阈值就出现异常。精神分裂症的发生是遗传的易感性和环境因素共同作用的结果。这种多基因的遗传没有特异性的基因，即在一般人中这种不正常的基因也有存在。

1. 双生子研究

双生子包括同卵双生子和异卵双生子。该种研究的出发点是双生子在遗传上具有最大的相似性，特别是同卵双生子，在遗传上是完全一致的。研究表明，精神分裂症与遗传有关，但它并没有证明精神分裂症完全是通过遗传来传递的，环境因素未能被排除。

2. 家庭研究

家庭研究表明，病人家属患有精神分裂症的概率远高于一般人群。对家庭的研究支持了精神分裂症的易患性是通过遗传来传递的观点。但这样的研究仍不能排除环境的影响，因为患者与其家属不仅基因相似，其生活环境与经历也是相近的。

3. 寄养子研究

寄养子研究也是为了区分遗传因素和社会因素的作用。通过将精神分裂症母亲的子女交给无精神类症的养父母养育，来排除可能的环境因素的影响。研究结果表明，有相当程度的影响被认为是遗传的原因，但遗传影响的幅度又受制于领养家庭的健康状况。

4. 染色体与基因研究

精神分裂症是一种多基因而非单基因的疾病。在运用了定量遗传技术对双生子样本进行研究后研究者发现，与精神分裂症有关的基因和分裂情感性精神障碍、躁狂症之间的基因有着显著的重叠现象。

（二）神经生化研究

1. 多巴胺假说

精神分裂症是多巴胺在某些突触部位的过量活动所造成的，或者是多巴胺数量增多，或者是突触后多巴胺受体过多，或者是多巴胺受体由于某些原因变得过度敏感而造成的。

2. 5-HT 假说

精神分裂患者的 5-HT_{2A} 受体密度减少，而 5-HT_{1A} 受体密度增加。5-HT_{2A} 受体能抑制多巴胺的合成和释放，5-HT_{1A} 受体则与 5-HT_{2A} 受体拮抗竞争。

（三）大脑及脑影像学研究

根据脑 CT 和 MRI 的研究，约 30%~40% 的精神分裂症病人有脑室扩大或其他脑结构异常的情况。由于精神分裂症的复杂性，以致各种研究很难得出一致的结果。

（四）社会心理因素

1. 早期的心理创伤、心理诱因和生活事件

各种形式的儿童期虐待引起的儿童的退缩性行为都与精神分裂症的发生有关；另外应激性生活事件也是精神分裂症发病的一个重要因素，但它既非必要条件，也非充分条件。

2. 心理学的研究

（1）心理动力学观点

在神经症病人中，自我受到防御机制的保护，而精神分裂症患者自我被挫败。弗洛伊德认为，此时潜意识就会在自我失控之处入侵，倒退至早期的自我状态，并由此引发精神分裂症的重要特征。

新精神分析学派强调人与人之间的相互关系及焦虑的作用，认为精神分裂症是起源于人的焦虑并以混乱的方式对待他人的一种病态的状态。

（2）家庭研究的观点

“指向精神分裂症理论”提出了双重束缚的概念，认为病人是疯狂家庭环境的延伸；病人幼年期与母亲之间的

关系，特别是缺乏理解、过分约束会导致家庭的整体性行为态度受到干扰；病人家庭中存在交谈与思维方式混乱的情况；精神分裂症患者家属的情感表达也对疾病复发和预后有重要作用。

（五）心理病理学研究

1.思维形式障碍

许多临床心理学家认为，思维形式障碍是由于联系的松弛造成的。

2.妄想

德国精神病学家认为，妄想的本质特征不是它的不可理解性，而是病人不去追究妄想体验的根源，不对妄想的内容提出质疑，对他人的异议也不去检验核实。

B.A.Maher 认为，妄想是病人感知过程出现了异常；而有人认为妄想患者首先是存在认知障碍，在解释他们的古怪体验时，他们倾向于用最简单的方式——直接跳至结论。

心理分析学说认为妄想是一种投射的过程，将个人的不协调、彼此矛盾的体验完全转向外界。

3.幻听

幻听的产生是由于患者不能区分真实的感觉和想象。

“鉴别机制转换机能异常”学说认为，在休息状态时各种病理反应或某种生理性变化可使其中的转换机能发生紊乱，使病人对脑本身的刺激作为错误性知觉加以感觉。

（六）认知功能研究

研究表明，精神分裂症患者在完成认知任务的过程中存在着明显而广泛的缺陷。研究者也已经证实，初发的，未经药物治疗的精神分裂症患者同样存在着广泛的认知功能缺陷，这就表明这些认知功能缺陷并不是由药物的副作用引起的。

（七）产前和产后的因素

产科并发症对胎儿的大脑发育有着不利影响，患精神分裂症的可能性更大；母亲怀孕时感染使孩子发生精神分裂症的危险性提高；产后的大脑损伤也会增加精神分裂症的危险性。

六、治疗

治疗的前提是在详细的精神病理检查之后，密切关注病人，排除器质性精神障碍的可能之后，选择适当的治疗手段。

一般来讲，在急性发作期，以生物学治疗为主，着重控制病人的精神症状；在精神症状得到缓解之后，进行心理治疗，恢复病人的自知力，促进其社会功能的恢复。

（一）生物学治疗

1.药物治疗

是当前治疗精神分裂症的主要手段，通过影响脑内神经递质的受体，适当地阻断信息通路来达到对症状的治疗。对于精神分裂症的药物治疗，还应特别注意维持治疗的问题。尚无一种抗精神病药能只通过一个疗程的治疗就完全治愈精神分裂症。

2.电抽搐治疗

对于一些难治性的病人，电抽搐治疗（ECT）仍不失为一种有效的治疗方法。它常被用于对紧张症状、情感症状的治疗。

3.精神外科治疗

通过破坏脑组织来改变行为的方法。目前一般认为，这一方法应是在最后不得已时才采取的方法。

（二）心理治疗

1.心理动力治疗

对精神分裂症的心理分析治疗所涉及的主要不是病人的过去经历，而更多的是目前的问题。治疗目的主要是共同去处理解决问题。精神分裂症的心理动力学治疗的方法很多，主要原理是使病人早年未获满足的要求.欲望在治疗关系中得到满足。

2.认知行为治疗

注重建立、培养病人有利的、适应性的行为方式，认清病人不利的反应和行为方式，给予治疗性矫正，尽可能避免产生新的冲突，减少病情复发的概率。

操作性条件反应形式的行为治疗对长期住院的病人疗效显著。认知行为治疗（CBT），主要是基于 Beck 的认知治疗的原则，能够有效地减少那些对药物不敏感的精神分裂症病人的幻觉妄想症状，而对急性发作的精神分裂症，CBT 也是一种有益的补充。

3.家庭干预

家庭干预的目的在于提高病人对治疗的依从性和减少应激的影响。

主要方法有：心理教育、应激处理、危机干预。

（三）康复治疗

精神康复治疗可以帮助防止患者的复发和出现衰退以及严重的精神残疾，需要全社会各阶层、家庭和周围人的配合及帮助，也需要得到政府部门的大力支持和重视。

精神分裂症的康复治疗主要分为基于医院的康复治疗和基于社区防治的康复治疗。