



养育与治愈

Kim Kleinman讲布洛迪精神分析发展心理学
如何赋能心理咨询和儿童养育

身体从未忘记

世界首席创伤治疗大师Bessel
讲创伤对个体的影响及其治疗方法



咨询 心理学 心理学人 生活 书籍 网址

心理学

登录

王祖承：写在精神分裂症命名一百周年时

作者：王祖承 / 3524次阅读

时间：2015年12月16日

来源：四川精神卫生, 2013, 26(2): 152-157.

标签：患精神病 精神科 王祖承

首页 > 心理学人 > 心理学人 > 王祖承

王祖承：写在精神分裂症命名一百周年时

文章摘要：

正巧，这100周年也正是中国辛亥革命发生的纪念年。应该说，这两个纪念年没有关联，但都具有划时代的意义：前者在精神科领域开创了发展的新时代，把原来带有悲观、消极、绝望且无所作为的“早发性痴呆”改名为“精神分裂症”，给人们带来了新希望——精神分裂症是可治的。后者则是在中国大地上，把持续了几千年的封建王朝统治划上了终止符，踏上了共和时代的道路，也踉踉跄跄地跟上了世界政治领域变革新步伐。

为此，撰文以志纪念“精神分裂症”命名100周年。

人们对精神分裂症这一疾病的认识，早已在文学名著改编的电影中见到。例如，在莎士比亚名著《哈姆雷特》中，哈姆雷特的情人奥菲莉亚的精神反常表现，活像典型的精神分裂症症状：她常独自漫无目的地在花园里游荡，不住哼哼山歌小调、自语不止，忽而发笑不止，忽而愤怒咆哮，一会儿轻歌曼舞，一会儿又挤眉弄眼。尽管她本人对此丝毫没有察觉，好像很悠然自得，但观众却忧心忡忡，无不为之伤心欲泪。在电影《简爱》里，男主人公罗切斯特的妻子安托内特患精神病后，整日整夜狂吵不已，只能约束于床，整个气氛极其紧张。此外，如电影《飞越疯人院》、《精神科医生》、《美丽的心灵》、《梦非梦》等，都有精神分裂症的影子。

1998年，我院舒伟洁、昂秋青两位研究生夫妇合写出版了一本书，名为《恍惚的世界》，精心挑选了200部与精神疾病有关的故事片电影，其中大部分是外国电影，国内均未公开放映过，都是从上海电影档案资料馆中寻觅到的。他们全部观看过这些电影，从文学及精神医学角度分析这些电影中表达的多种精神疾病特征，专门分析了有关表现精神分裂症的电影将近40部。如果我们能全部观看这些电影，对精神分裂症表现的了解就更容易入手。

可以说，凡是有人类的地方，就有精神分裂症。这个疾病从古到今，不分地区，不分民族，都会存在。

但有人会问：动物会患精神分裂症吗？这是一个非常棘手又令人感兴趣的问题。低等动物因为没有大脑，谈不上患精神疾病。而高等动物呢？尤其是灵长类动物，特别是类人猿（猩猩、黑猩猩、大猩猩、长臂猿、狒狒等）或许有患精神分裂症的可能。但怎么知道它们患有这类疾病？它们不会讲话，无法了解其思维联想障碍。但现代心理



力比多学院
www.libidos.cn
心理学专业学习平台

心理学考研辅导
心理学研究生教育
心理学硕士学历教育

扬帆起航



宣武心理咨询与治疗联盟



心理咨询师
培养计划

1年脱产达到独立执业水平

学研究认为，它们有思维过程，因此必然就会有思维障碍，但只能从行为上看出（如突发冲动、行为紊乱、刻板行为、木僵、违拗、兴奋、激惹等），至于是否有思维联想障碍，则不得而知。精神疾病动物模型均为小白鼠之类，与灵长类动物相距甚远。

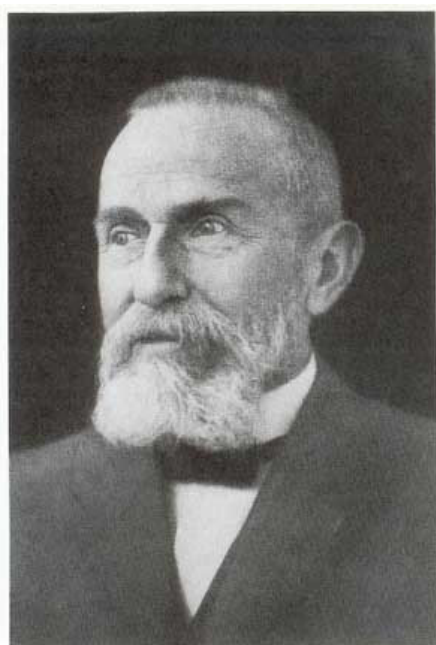
动物实验可用于新型抗精神病药物的开发，但无法了解其妄想、幻觉内容的变化。对高等灵长类动物的类人猿来说，如果它们患有精神分裂症，是否也有妄想、幻觉？而人类患此病后，不仅出现妄想，其内容也各有不同，至今尚无法用生物学原理来复制。

人类的联想特点是先形成概念，概念与概念之间转换成推理，从而形成新思维，这就是创造。高等灵长类动物有吗？如此一来，又扯出一个世界性难题：人的意识是如何演变的？如何起源的？为什么要存在？这绝对不是通过当前的动物实验可以解决的问题。

有几个感兴趣的问题，地球上某些地区精神分裂症患病率在30%以上，为什么有如此大的差别？也许与流调标准不同有关，但这真是误会了。患了精神分裂症的人，某些疾病是不是就不会患？如风湿病、肿瘤等。的确存在这些现象，是否与基因有关，还是个谜。而癫痫患者，则不易患精神分裂症（起码发病频率降低了）。可能是癫痫的放电抽搐治好了精神分裂症，这二者有相克的特点，是这样吗？

为什么精神分裂症患者多数是正在读高中或大学的16~24岁青年。一旦患病，给家庭带来巨大痛苦。按照年发病率0.02%计算，上海地区每年就有5000名新增精神分裂症患者，相应就有5000个家庭面临痛苦的深渊，再加上多年累计的患者数，这是个非常严重的问题。

2 E.Bleuler其人其事



Bleuler

E.Bleuler（Eugen.Bleuler，我国大百科全书标准译名为布洛伊勒，1857—1939年），出生于瑞士，1881年开始在伯尼尔大学学医，1886—1896年担任雷诺州（Rheinau）州立精神病院院长。在雷诺医院工作期间，他还尚未成家，在医院里和精神病患者共同生活，一起交流，仔细观察他们的各种表现，并作了大量记录，这些资料后

来成为他著作中的基础材料。1898~1927年他又在苏黎世大学精神科任主任，并兼任苏黎世大学近郊Zollikon处的Burgholzli医院院长。这所医院的前几任院长，也是非常著名的精神科专家，其中就有推动精神医学使之成为自然科学的大家W.Griesinger（1817—1868年）。

E.Bleuler早期主要从事神经病学研究。1896年，他发表专著《后天犯罪者》，较系统地研究犯罪生物学。从1904年开始，他对[弗洛伊德的精神分析](#)理论产生兴趣，并成为在维也纳心理学家中较早支持弗洛伊德学说的人之一。但以后，他对弗洛伊德把性动机作为人的一切行为的根本因素而排除其他的驱动力之观点产生疑问，认为这种理论无法解释[宗教](#)虔诚和美学欣赏，而且所有[神经症](#)患者的起病也并不一定与性的压抑有关。到了后期，因在学术观点上的分歧，他与弗洛伊德的[关系](#)破裂，但仍一直肯定精神分析的价值，并在学术研究中继续支持精神分析在心理学上的应用。

1908年，他在担任精神病院院长期间，收集了该院647个病例，撰写了《早发性痴呆或者精神分裂症》专著，并于1911年出版。在该专著中，他首次提出将早发性痴呆改名为精神分裂症。他认为早发性痴呆不是一种单一疾病，并非绝对不可治愈，而且也不总是发展成为痴呆。他的这些论点，与当时公认的观点相左。他还将精神分裂症归纳为一组疾病，其基本症状是联想的系列性失调。他认为多数病例的起病是隐潜的，症状是不明显的，在某些情况下，对特定问题可产生思维过程方面的混乱。此外，还有人认为关于内向性的概念也是他首先提出来的。他曾将内向性列为精神分裂症的基本表现之一。他又将矛盾观念描述为互相排斥的矛盾，但可以并存在精神活动之中，认为这也是精神分裂症的一个基本症状。他所提出的精神分裂症的诊断范围，实际上已扩大了克雷丕林（E.Kraepelin，1855~1926年）提出的早发性痴呆诊断范围。他所认为的精神分裂症具有基本症状（联想障碍、[情感](#)障碍、矛盾观念和内向性）、附加症状（幻觉、妄想、紧张综合征等）这一结构理论。但在同时代的学者Von Monakow和H.Ey则认为这一结构理论与早年Jackson提出的两个层次构造理论有相仿之处，并非有突出创意。

他提出“精神分裂症”这一新名称，与克雷丕林观点是对立的，但他一直以克雷丕林为自己老师而荣，并自觉认为这是在发展克雷丕林的研究学说。

1908年E.Bleuler写好这本书，1911年出版了这本书。全书是用德文撰写的，原书名是《De—menia praecox oder Gruppe Der Schizophrenien》。他特地在文中说，Schizophrenien是复数。后来这本书被译成英文版。我院现存一册日文版，是1974年由日本三位精神科专家饭田真、何崎秀夫及安永浩从德文译成日文的。近三个月来，我又粗粗地全部通读完了这本日文版的书，全书共539页，约40万字。日本三位译者为出版这本书，曾在翻译时联系了E.Bleuler的儿子M.Bleuler，请他为日文版作“序言”，M.Bleuler提及父亲E.Bleuler为写这本书，在雷诺州立精神病院中和病人共同生活，记录了许多材料；继之又感谢克雷丕林和弗洛伊德二人，为其父亲改名“精神分裂症”提供理论指导。三位译者在翻译该书时提到了以下几个情况：①E.Bleuler把精神分析的理论、基本心理、结构融进该疾病的称呼，才改为现名的。他结合了克雷丕林的躯体学说和弗洛伊德的精神动力学说。②认为该病基本症状的核心是联想障碍。③认为该病是一个复合型，是一个“类”别，不是一个“种”属，属于多元。对此，E.Bleuler在书中也特别提出，“我把早发性痴呆改为精神分裂症，这是因为多种精神机能的分裂，我想表达这一特点，并用单数称呼该病，实际上却包括了多种疾

病”（日文版，P7）。

我院出版的《内部学习资料》（1964年108期），发表了徐韬园教授节译于英文版《精神分裂症》之诊断一节，我把该节与日文版对比，内容大体相同，意思基本一样。但该书的全部中译本未曾在中国有过。因此，对于应该通读原著全文的中国精神科专业人员来说，实际上是缺少了一个学习环节。

作为E.Bleuler学派成员之一的Christian Scharfetter教授也一直在Burgholzli医院工作。2003年退休，他写了一本介绍E.Bleuler的书《Eugen.Bleuler（1857—1939）：Polyphrenie und Schizophrenie》。在书中，他记载了采访M.Bleuler的内容，知道E.Bleuler于1898年搬家到Burgholzli附近，大他5岁的姐姐Anna患有“慢性紧张性缄默无言性精神病”，但他们一起共同生活。1903年，E.Bleuler生下儿子M.Bleuler后，他们也一起生活，一起炊事、做游戏。借此，E.Bleuler将其姐作为仔细研究观察的对象，直至1924年其姐去世。可见，E.Bleuler就是以此为经验，探索精神病患者既有异常，又有正常的二重特性，并认为良好的家庭环境可促使精神疾病向好的方向发展，为此设想“优生环境学”（指良好的生活环境可以促使精神疾病康复）。该书所指“Polyphrenie”即是说明E.Bleuler的原意：精神分裂症的内心世界是不统一的（又称为multimind）。

1916年，E.Bleuler出版了精神医学教科书，该书在当时欧洲广泛使用。他去世后，M.Bleuler继续修订此书，至今仍是权威性的历史专著。并由此发展成为Bleuler学派。

晚年，布洛伊勒对自然哲学、生物心理学特别感兴趣，并出版了三部有关这方面的文章，如《心灵的自然发展及其意识化》。另外，他和夫人一起热衷于从事戒酒活动，而一直受到人们称颂。E.Bleuler的功劳在于他打破了原来对这一类疾病悲观、绝望结局的看法；还认为患病与其童年时代的父母兄弟间相处有关。因此，要重视患者整个生活史、生长发育史，主张对患者开展[心理治疗](#)，打开了精神分裂症可以治疗的希望。但是，他在改名的同时，也把一些无明显精神病状态且症状较轻的对象也列入了该病范围中，扩大了诊断范围，后来出现了“泛精神分裂症”现象。

M.Bleuler（1903—1994年）也是精神科医师。1942年起担任巴塞尔大学精神科教授，并对其父诊断的208例精神分裂症患者进行随访，为时20年，系统分析了这些患者的童年生活史、[人格](#)特征，提出了有关精神分裂症愈后的7个类型。他认为精神分裂症的愈后是可以改善的，甚至是可以治愈的。晚年，他因疾病而长期卧床，常有许多已治愈的老年分裂症患者不时造访他的家庭，像老朋友一样与他聊天，还戏谑地称他家门口的小路为“布洛伊勒小路”。

3 回顾过去

在中国古代，《尚书》“微子”一节中，有文字记录称“狂”（原文“我其发出狂”，经考证称“狂”通“伍”，系外出，属精神病范畴）。之后，又有“瘖”、“疑疾”、“惑疾”等称呼。在《素问》及《灵枢》中提到“狂”、“癡”、“谵妄”、“躁”、“癎”等，应该是统指所有的精神障碍，尚未确切分类。当然不能用现代精神医学的分类去套用。其中许多情况，或许就有精神分裂症的影子。

但那时不要说归属于哪类精神病，还根本谈不上有这个概念。就是有精神病，到底发生在什么部位，是人类的灵魂有病吗等争论也未有定论。千年来，名称未变，在历代

医家的描述中，对个案的描述和治疗均有专门记载。但对疾病本质方面的探讨，如机制探索等，则受历史条件限制，难以深入。再加上该疾病的特点与其他精神疾病难以区别、常混为一谈，在分类学上，尤其与现代精神疾病相去甚远，更难深入。至清代王清任（1768～1831年）通过观察人体解剖，证实明代末提出的有关精神疾病的部位是在脑而不是在心（“[灵机记忆](#)不在心在脑”），从唯物主义认识论的角度去观察精神疾病的发生和发展。

在国外，认识这个疾病的历史也相当漫长

最早有文字记载，就是被称之为“医学之父”的希波克拉底斯（Hippocrates，公元前460～377年或359年）。他曾把精神疾病粗分为7类，其中对精神兴奋类的疾病统称为“躁狂症”，以后，又有不少学者逐步认识到其它精神疾病。至公元30年，已认识到它与脑部病变有关。为此，还开展过诸如水疗、按摩、音乐治疗等方法。其中一部分可能就是属于精神分裂症范畴。

到了中世纪（公元476～17世纪），欧洲进入封建社会时代，精神病人就处于黑暗之中。宗教神权成为最高权力，神学、迷信、巫术、占星术等占统治地位，许多精神病人遭受到残酷的非人道处置。精神病被认为是罪恶和魔鬼附身，所以应将那些患了精神病的人进行严刑拷打、火烧、水烫才能驱赶掉魔鬼。当时也有人（包括医生、巫医等）将鬼神、迷信、巫术、占星术与经验医学结合在一起，用祈祷和符咒、甚至穿颅术治疗精神病，既光怪陆离，又残忍无比。

荷兰画家Hieronymus Bosch（希罗尼穆斯·波希，1450～1516年），他专门描绘罪恶与人类道德的沉沦，用恶魔、半人半兽甚至机械的形象来表现人的邪恶。1475年，他画了一幅画，是讽刺开颅治疗“愚蠢”的手术。

在画中，一位肥胖的患者被绑在椅子上，正痛苦地面对着观众。他的木屐整齐地摆放在椅子下方。在画的右侧，一位修女头上顶着一本合拢的书正茫然地靠在桌子边，桌子下方是一个巨大的花瓶状支柱。在画面的中间，一位牧师正捧着一个水壶。画的左侧是一位戴着僧侣头巾的外科医生，头上还套着一个倒漏斗作为帽子，腰际挂着一把用于尿检查的尿壶，手上正拿着解剖刀在做手术，手术刀开出来的似乎不是石头，是一朵花，另一朵花则已被放在桌子上。在画家当时的时代，傻子被称为郁金香花球，与在头脑里有一个花球或石头有着相同的涵义。右上方的背景是正在吃草的小羊；中间的一位农夫和一匹马在耕作土地，一位农妇正在挤奶；左侧背景则是一个绞刑架。在远处地平线处是城市、村庄、教堂的轮廓，更远处是永恒的蓝天。

修女象征着某种哲学，就像她头上那本未打开的书。手中捧着水壶的牧师代表着神学。而作为骗子的医师，头上戴着倒漏斗的帽子象征着某种哲学和神学，在治疗“愚蠢”的时候医学也是无用的。画框周围金色花字写着这样两句话：“大师很快就将石头切除了/我的名字叫Lubbert Das”（Das是指来自乡村的一个傻子）。

整个手术过程明显是一场精心设计的骗局，宗教布置和程序使骗局显得很严肃。描述骗子医师为那些无辜的受害者开颅取“石”。当然，手术都是背着患者做的，患者自己是看不到手术的过程。这幅画页讽刺了当时治疗脑部疾病[认知](#)的无知和愚蠢。

当然，与此同时，正邪两方面的观点都在发展着。也有对精神病的治疗主张采用人道的科学的方法进行，如在9世纪时有人试探用疟疾治疗精神病；以后还有人开展放血

治疗等方法。也有人提出应把精神疾病分为器质性疾病和没有器质性基础的疾病两大类。

法国的比奈尔（P.Pinel，1745—1826年）是近代[精神病学](#)的先驱者和革新者。他受法国大革命的影响，在巴黎的比雪特（Bicetre）医院实施“解放”精神病人，即给他们解除锁链，让他们身体自由地活动。他高呼“精神病人绝不是有罪的人，绝不容许惩罚他们，必须给予人道的待遇”。估计其中很多就是精神分裂症患者，但那时还没有此名称。他还对精神病院里的许多陈规旧俗实施改革，包括行政管理和技术设施方面，还改善精神病人的生活待遇。他和精神病人亲切谈话，把他们看作平等的人，解放他们的身体（史称第一次解放），用人性的眼光对待他们，使他们有尊严。因此，自比奈尔“解放”精神病人开始（1793年），精神医学就进入近代时期。

在近代精神医学发展史上，1860年，法国B.A.Morel首先报告一组[青少年](#)病例，最后均出现痴呆状态，他称为“早发性痴呆”（démence précoce）；1870年，E.Hec-ker对类似患者称为青春型精神病（hebeprénia）；1874年，Kahlbaum报告有一类出现木僵者，称为紧张型精神病（Catatonia）。克雷丕林提出了精神疾病的分类，系统地整理各类精神疾病的特点，分析了许多病例资料，根据疾病的自然病程正式把“早发性痴呆”列入疾病的单独章节中（1898年）。至今，我们对各类精神疾病的分类还是从他的分类基础之上发展而来的。因此，可以说，自克雷丕林时代开始，精神医学进入了现代时期。

克雷丕林的一生作了非常多的贡献。从30岁起，他就先后在多尔帕特大学、海德堡大学、慕尼黑大学任教。他的突出成绩之一就是提出了精神分裂症的分类。至今，他的分类系统仍被大家所接受，并推动着现代精神医学的发展。在20世纪前50年中，对精神分裂症的研究，不论是基础的、临床的、社区的，也不论是生物学的、社会学的，都有很大的进步。有关它的病因，一致认为与遗传有关，但又不完全是遗传疾病，可以说是具有多基因遗传特点的疾病。血缘关系越近，其患病率就越高。当然，精神分裂症的发病，与环境因素、心理成长、性格特点都有一定关联。在愈后上，M.Bleuler教授随访了500名精神分裂症患者，连续15年。得出7种结果：有完全痊愈的，有部分痊愈的，有不能痊愈的。简单归纳，则是4个1/4，即1/4痊愈，1/4有轻度缺陷，1/4留有人格缺陷，1/4有较大缺陷与衰退。这个资料可作为经典数据。在20世纪30～40年代，许多学者也都作了随访观察，那时抗精神病药物还没有登场，可以说是精神分裂症的自然病程，是最有证明力的精神分裂症愈后数据。另外，8篇权威研究资料均提示，精神分裂症的完全缓解率约为12—20%。

精神分裂症到底能否治愈？这是一个长期争论的问题。为此，有关“愈后”的问题许多专家重点作了研究。

根据医学文献索引（Index Medicus，1895～1966年）和MEDLINE电脑检索系统（1967～1997年）两大类索引，共查得686篇专题研究论文，另加入其他的或以后列入的135篇，共821篇资料。然后筛选掉不符合要求的（如未涉及精神分裂症、随访时间短于1年、失访率过高等）。涉及的诊断系统包括克雷丕林诊断系统（如Kraepelin的早发性痴呆、Langfeldt标准、Feighner标准、DSMⅢ、DSMⅢ—R等）、非克雷丕林诊断标准（如Bleuler的精神分裂症、Leonhard标准、Schneider首级标准、Mayer—Grüss标准、ICD8、ICD9、DSMⅡ、PSE/CATEGO系统。）

随访结果：

①在100年（1895—1995年）中，精神分裂症的平均改善率为40.20%。

具体分配如下：

1895～1925（30年）：27.60%；

1926—1935（10年）：34.90%；

1936～1955（20年）：34.90%；

1956—1985（30年）：48.50%；

1986—1995（10年）：36.40%。

②采用克雷丕林诊断系统调查较非克雷丕林诊断系统其愈后差，如DSMⅢ（1980年）出台后，诊断严谨，调查显示愈后差。

从上世纪30～40年代开始，精神分裂症的躯体治疗由原来的发热、放血、连续睡眠、水浴等转为胰岛素休克及电休克治疗，另外再加上精神外科手术等，这些治疗方法较之前其针对性明显提高，能及时控制精神症状，开创了精神分裂症治疗的新纪元，给许多病人带来了希望。尤其是精神外科治疗，对那些极度狂躁、行凶、冲动者，有一定程度的控制。有鉴于此，精神外科创始人莫尼兹（E.Moniz）获得了1949年诺贝尔奖，在当时具有划时代影响。对精神分裂症同时也采取心理治疗、工娱治疗以及社会关心和支持等全方位干预。简言之，回顾精神分裂症这个疾病的历史，几千年来，人们从不认识到认识、从表面了解到逐渐深入理解、从随意性治疗到针对性治疗、从落后愚昧治疗到人道关怀等，有了飞跃发展，也是人类几千年来探索的成果。尤其在上世纪前50年中，对精神分裂症有了更深的认识。

4、环顾现在

自20世纪50年代起，作为第一种抗精神病药氯丙嗪登场，改变了精神分裂症的治疗命运，给精神分裂症病人带来了福音，许许多多的病人因服药后病情明显好转，使他们从约束、关押的闭塞环境中解脱出来，身体可以自由活动，也可以出院回家，甚至可以继续学习、工作。

因此，他们又一次获得了“解放”，这是身体上的解放，远比“第一次解放”有效，可称为“第二次解放”。在随后的50年中（至2000年左右），抗精神病药就不断涌现，还作了分类。以往有第1类、第2类、第3类、第4类抗精神病药，现在则统称为典型抗精神病药，或称第一代抗精神病药。至上世纪80年代中期，出现了非典型抗精神病药，又称为第二代抗精神病药。因其产生的锥体外系不良反应明显小，其他不良反应也明显减小，且使用方便、安全性大，更得到精神分裂症病人及其家属、精神科工作人员的欢迎。

有关如何称呼这些抗精神病药等级范畴的问题，上海市精神卫生中心的“老专家文献讨论会”活动时也发生过一次争论。一种称为“典型和非典型”，另一种称为“第一代和第二代”。到底哪一种对呢？糊里糊涂地说，二者都可以用。如果讲讲理由，后面一种理由充足，将来新药一个比一个新，可以第三代、第四代一直叫下去，就像秦始皇想象的那样直至万代。而按前者理由，则更新的药物就只好叫“非典型、非非典型”

了，既不通又拗口。再一查文献，原来欧洲称为“典型、非典型”，美国称“第一代、第二代”，那我们就用美国的称呼吧！统而括之，至公元2000年时，全世界共研制过、生产出多类抗精神病药约200种。至今仍在广泛使用的约有35种（美、英、法、德、日），中国目前则有24种（实际上使用的只有12种），比先进国家的品种稍少一些。精神分裂症治疗近50年来的变化，从生物学角度讲就是从躯体物理治疗（电休克治疗、发热治疗、胰岛素休克治疗等）转向化学药物治疗。目前，几乎有98%的精神分裂症病人均在使用抗精神病药物治疗。因为使用了药物治疗后，许许多多的病人均能很好地回归社会，作为社会发展的资源，他们也能贡献出自己的力量。

与此同时，为了不使他们的病情反复，就有必要教他们“遵嘱服药”。“而服药依从性”是一大问题，如能长期坚持服药，病情就能控制。反之，则易致病情复发。随着广泛开展精神药物治疗和长期服药，抗精神病药物的不良反应也日益被重视起来了。早先的心血管不良反应、慢性锥体外系反应、植物神经、皮肤、血液、消化道、内分泌等的不良反应都受到重视。统计下来，约有20种以上的多个系统或躯体部位的不良反应会出现，尤其是传统的、经典的抗精神病药更易引起。因此，既要很好地控制症状、提高疗效，又能减少不良反应的发生，这其中确实有许多学问，值得不断地探讨。随着第二代抗精神病药物的出现，新的药物不良反应又逐渐引起重视。如代谢综合征（高血脂、高血糖等）就应该引起注意。当然，随着更新的药物的产生，以上的各种不良反应都会不断减少。

因药物的发展，精神药理学的研究及对精神分裂症发病机制的认识均有了长足进步。以多巴胺（DA）受体为中心，配以其他受体（去甲肾上腺素、5-羟色胺、乙酰胆碱、氨基酸、神经肽等）的研究也日益发展。这些受体的异常和神经递质的改变，都与精神分裂症的发病、痊愈有密切的关系。反过来，通过对受体深入的研究，又会促使精神药理学的进一步发展。

因精神药物的广泛使用，精神分裂症患者可重返社会。因此，社会及社区精神医学、精神卫生学也就蓬勃兴起了。在城市社区中开设过渡性设施（日间医院、夜间医院、工疗站、护理中心、集体宿舍等）也就不断增多。并以患者为中心的“个案管理模式”也开展了。名闻国际的“上海模式”是以三级精神病防治网为基本结构，把我国特有的行政管理体系与业务工作单位之间进行联系起来，全面关怀精神分裂症病人，从治疗：护理、管理、康复、回归社会形成系统化。“上海模式”把医疗、预防、康复、管理多种环节形成一体化，这一理念逐渐走向全国和国际上，成为一项突出成绩而闻名遐迩。

Larsen（1998）首次提出DUP观点（DUP是指分裂症病人的精神病性症状发现开始至初次治疗的时间，英文名Duration of untreated in schizophrenia,简称分裂症未治期），其特点是起病至治疗时间越长，就越难治愈、愈后就越差。说到底，我们早在60年代就提出“早（诊断）发现、早治疗、早预防”这“三早”政策，国内也有不少资料报告、介绍，并以此开展防治工作，可惜未曾及早介绍到国际上去，所以他们当时都不了解。

记得在90年代中期，日本《临床精神药理》杂志上刊登一文，罗列世界各国使用氯氮平的情况，一数下来，共有64个国家在使用。但在“中国”这一栏目上，竟然是打了一个“？”号，我们实际上已用了有20年，经验丰富、历史悠久，也在国内发表了不少文章，但他们竟然对我们是否使用还抱有疑问，太不了解，这应该怪谁呢？电休克

治疗在当代的精神分裂症治疗过程中，仍然是必须的治疗手段。尤其是对于兴奋躁动、[抑郁](#)消极并有[自杀](#)意图者，更是很好的效果。它可以快速、有效地控制症状、提高治疗效果。为了能更好地起治疗作用并减少不良反应，又出现了麻醉下施行电休克的治疗方法（称为无抽搐电休克治疗或改良电休克治疗，ECT）。因安全性大，适应范围又有扩大（尤其是较大年龄者），更是当前必不可缺的治疗方法。由于精神药物大范围使用，电休克治疗的总数比过去有所减少。

而另一个，过去常用的胰岛素休克治疗，则因“少、慢、差、费”原因，目前渐渐地已不能适应情况发展，退出了精神分裂症的治疗历史舞台。但电休克治疗却不能退出历史舞台。记得在“文革”十年中，曾因该治疗作为“摧残劳动人民的法西斯工具”而停止使用，前后共有7年。在停用期间，有些严重消极的病人因无法治疗、病情不能控制而自杀死掉；有些因严重兴奋躁动但大量用药物又无法控制（那时，记得有一例患者每天用氯丙嗪600毫克、奋乃静30毫克、利血平10毫克，连用20多天，结果造成猝死）。我有一病例，每天使用氯丙嗪2000毫克仍不能控制，时时刻刻提心吊胆，每天听几次心脏听诊、量血压，几乎天天作一次心电图。几天后，突然癫痫大发作，于是马上停用，以后却安静了（可能与癫痫大发作有关）。还有些严重木僵病例，多种药物总是不能解决，每天卧床，鼻饲喂食，营养差，最后并发褥疮，越来越重，无法挽回而死亡。回想没有电休克治疗的日子，真是难过啊！那时候，精神科病房里每天兴奋吵闹、大呼小叫、日夜骂骂不休，一片高声呼叫声，住在附近的居民会经常向医院提抗议，甚至派人到医院里来提意见。甚至反映到上面去，要求医院搬出市区、搬出居民区等情况（实际上，我们建医院时，周围是一片农田、河流，‘还没有居民。居民是后来搬过来的’）。现在随着电休克治疗使用后，病房明显安静、吵闹现象很少见到了，木僵、自杀现象也较快消除，使病情快速缓解，确实是一个好方法。但在每年，总是有人会问（尤其是实习医师）“电休克能治疗精神病的机理到底是什么？这是一个既简单又深奥的问题，我们目前都不能准确回答出来，只能似是而非地回答。但有一个反问倒是很精确的，就是”水的分子结构在没有搞清前，人类几十万年来都是在饮用它，对生命非常重要，为什么没有拒绝？“这是很有趣的反问。在精神科这门学科中，未知问题实在太多了，如果一定要弄清来龙去脉才可以开展治疗，那只能对这么多的精神病人放弃治疗，让他们在”恍惚的世界“中自生自灭了。由此可见，精神科是一门非常深奥的学科，很多治疗方法是先有经验才有机理，实践在前，理论在后。

记得在上世纪七十年代中期，当时”文革“还方兴未艾，”批林批孔“运动十分热闹。因为电休克治疗仍属禁锢状态，精神分裂症患者的病情难以控制，大家都想恢复这个治疗。进驻医院作为领导的工宣队、军宣队代表则不同意，说废除是你们自己提出来的，要恢复也是你们自己提出来的，你们到底要怎样解释？应该来开展辩论。于是一场大辩论开始了，几次会议下来，仍不了了之。当时湖南医学院同道知道后，特地在《国外医学参考·精神病学分册》上刊登几篇有关这个治疗的好处、进展、介绍等的文章，表示声援，很有”惺惺相惜“的味道。可惜那时工、军宣队他们根本不看这些文章的（他们也看不懂、也不感兴趣），声援无效，还是不能用，直至”四人帮“打倒，这个治疗方法才重获解放。

围绕精神分裂症患者踏上社会后，就会遇到被歧视的情况。他们的人格尊严以及如普通人那样的正常生存权利，都会受到影响。因此，”病耻感“（Stigma）就会成为压在他们头上的大山。要消除”病耻感“，就要消除社会上对他们的偏见。这当然与文化

传统习惯密切相关，不是短时间内可以解决的。因此要不断加强社会宣传、不断鼓励人们奉献爱心。从某种角度上说，当把精神分裂症病人能视为普通人一样时，社会和谐也许能真正实现。

前几年，忽然冒出一个”被精神病“的称呼，这种称呼以前也未听说过。言外之意，精神病院会无缘无故把正常人拉进精神病院，让他们变成精神病人，然后受到社会歧视，然后呢？照这个推理下去似乎也很荒唐。再说，精神病院难道没有什么事干？就是把正常人拉进医院来玩玩、寻开心？给他”被精神病“了一就太平了吗？真是把精神病院、精神科医务工作者的神圣形象玷污了。

众所周知，精神病学是医学中的一个分支，凡住入精神病院中的人士，绝大多数是有精神障碍的，其中很多是患有精神分裂症的。即使某些个别对象的诊断有出入，也决非故意而为之，应予以实事求是地澄清就可以了。随着医疗过程的规范化、标准化，这种情况应该是极为罕见的。现在，大叫什么“被精神病”，似乎一旦“被精神病”就很不光彩似的。有些媒体和个别律师大肆渲染，看起来精神病院的问题很大。实际上，这正是在[潜意识](#)中对精神病患者抱有歧视的一种表现。记得上海有一家著名的报纸，在报道精神病人的肇事肇祸案例时，就常用带有歧视的“武疯子”、“文痴”、“花痴”一类称呼，至今仍未消除，我曾向他们提意见，但仍我行我素。作为媒体，也这样使用带有“偏见”称呼，那一旦遇到精神病诊断发生歧义时，就会大惊小怪提出所谓的“被精神病”了。

简言之，“消除偏见”是我们治疗分裂症的一大任务，任重道远，从现在开始，直至将来。

5、仰视未来

一提到未来，可以海阔天空、遐想无限。但也要有依据，不能胡来。

从哲学角度讲，有两点可以肯定：一是精神分裂症总能够攻下来的；二是只要有大脑存在，这个疾病总是存在的。

一万年以后，随着容纳的信息量不断增加，人的大脑越来越变大，脑细胞液越来越多，沟回也更深、细密，头颅也更大。因此，推测患精神分裂症的机会也许更多。以前有资料说，人脑的细胞有10亿个，后来又说有100亿个，最近报上介绍说有1000亿个。到底有多少？最近，复旦大学华山医院神经科终身教授秦震在我们的“老专家沙龙”活动会上风趣地说：“人脑细胞的数量就像天上的星星，数也数不清”，说得大家都笑了起来。

100年后（2111年），人们还关心这个疾病吗？到那时，地球上已人满为患，达170—200亿（据资料介绍，公元0年，地球人口是2—3亿；公元1500年，为5亿；1820年，10亿；1930年，20亿；1960年，30亿；1974年，40亿；1987年，50亿；1999年，60亿；2011年，70亿。现在平均每年增加1亿。地球极限人口是90—100亿。如此速度，多么可怕！），衣食住行都成为问题。尤其是吃饭问题，因种种困难，没有那么多粮食供应，人们已为生存而挣扎了。也可能那时或许对分裂症这一疾病已经攻克下来了，人们也不会去花大力气关心了。

如果预测一下，至2050年，能攻下精神分裂症吗？这是一个非常有趣的问题。

日本精神科综合性杂志《心的世界》在2000年3月的一期中，刊登了对日本49位大学精神科教授的书面调查。这是继第一次调查（1986年）以后相隔15年的第二次调查。15年下来，大学教授已全部更新过，所以对精神分裂症是否能在21世纪前半期（2050年前）攻克下来，看法也必然有所改变。

调查结果是：1986年，有51名精神科教授回答，能攻下的6人（11.7%），不能攻下的有31人（60.7%），不肯定的有14人（27.4%）；在2000年，有49名精神科教授回答，能攻下的12人（24.5%），不能攻下的有33人（67.3%），不肯定的有4人（8.2%）。

从此数据可见，二项调查人数相仿，但在“能攻克”与“不能攻克”方面，看法均有增长，而在“不肯定”方面则明显减少。由此可见，前后调查相隔15年，具体看法已有些改变。随着对精神分裂症研究的深入，有关病因逐渐显露出来，随之攻克的手段也可以设想出来，因此会在治疗此疾病的方法上有所前进。

在15年前认为精神分裂症不能攻克的主要理由如下：

①对近五十年来治愈后作调查统计，发现精神分裂症的缓解率（完全缓解+不完全缓解）仅增加10%（由50%增至60%），预测在21世纪前半期其缓解率只能增加至70—80%。②在整个20世纪中，人类仅克服了感染性疾病，其他均未攻下（实际上感染性疾病也未攻下）。③分裂症有一定的素质遗传因素，也可以说是一种人格的疾病，且也不能排除养育成长的环境，药物是无法根治的。④对治疗具有核心症状的病人是很困难的。尽管通过人们的努力是可以减轻症状，并加强社会福利措施后可使一般病人在所生活的社会得到改善。⑤至今仍不明分裂症究竟是单一的疾病还是一组复合的症状群。在21世纪前半期，对精神现象和神经系统的活动研究会有很大进展，但还难以达到控制、掌握这些活动。在21世纪后半期的50年中，通过基础科学如神经生理学、神经化学、神经精神药理学等进展，将不断发现新的规律，或许会对精神医疗带来重大的变革。⑥不能期待对病因治疗会有重大突破。另外要消除社会上对精神疾病的蔑视和偏见，普遍开展精神卫生教育，对精神病院的根本改革，已经解决通透血脑屏障等问题，开发新的化学物质，开展环境治疗等都是必需的。⑦由于药物治疗和其他治疗方法的继续发展，对症状的改善和防止复发比现在有进步，但要预防发病和完全治愈则是困难的。⑧预测到该时还不能解决病因，随着文明的发展，人际关系复杂化以及社会结构的变化等，分裂症的病态也会多样化，故该病不会消失。

相隔15年后（2000年）的第二次调查认为分裂症不能攻克的理由如下：

①一种异源性疾病，难以用单一的治疗方法去解决。②一种属于“语言表达的病态”特征，是不可能调整的，是在生长发育过程中所形成的痼疾。③在生物学，尤其是遗传学方面的问题还是很多，难以突破。④可以和正常人共存生活，但不能彻底共处。⑤难治病人依旧存在。⑥属于神经发育整体性问题。⑦部分病因可以明了，但还不能全部明了。⑧与社会环境及人际关系的多样性有关，不能解决此点则难以攻克。

当然，也提出了可以攻克的理由如下：

①当前神经学科的研究发展神速，有利于尽早解除谜团。②遗传学研究速度也快，在探索病因方面必然有许多进展。③对精神分裂症病人开展综合治疗，确实有效。④可以和正常人共存生活，就认为是“攻克”了。⑤可以整体提高精神分裂症病人的各种

素质。⑥近50年来在精神分裂症的治疗方面确实已取得长足进步，再过50年就必然有希望。

若对精神分裂症这一疾病抱有乐观态度，首先要开展相关研究。众所周知，精神分裂症是脑的疾病。在上世纪90年代起，以“脑科学”为中心开展了这方面的研究。其中既有生物学方面的，也有社会—心理学方面的。从生物学角度看，在分子遗传学方面，开始大家都翘首以待，似乎会有些突破，尤其在连锁分析及候选基因二方面开展研究，前者认为染色体6q,22q,13q等的位点有发现，后者则在多巴胺的D2 ,D3 ,D4受体亚型和5-羟色胺的5-HT1A, 5-HT2等编码基因有异常。但进一步再研究则都没有肯定性证实。2005年，英国Craddock和Owen发表新观点，认为精神分裂症和双相障碍有共同的遗传基因，通过NRG1（神经调节蛋白）、DISQ1（断裂基因），DAO（肠粘膜上皮绒毛细胞内酶）、RGS（G蛋白信号调节因子）及BDNF（脑神经营养因子）等研究，发现有共性。并提出“Kraepelin二分法的终结就此开始”，这是一个新动向，但是否有新突破，还要看今后发展。

还有，在生化、免疫学方面，各种神经递质如多巴胺（DA）、去甲肾上腺素（NA）、乙酰胆碱（Ach）、5-羟色胺（5-HT）等方面也都在进行研究，甚至有内啡肽、神经肽等方面，也在不断研究，但成绩都不容乐观。在影像学方面，包括CT,MRI,SPECT,PET等项目的研究，均发现精神分裂症病人的脑室扩大、脑皮层体积减少的情况。其中尤以大脑皮层的前额叶、中脑边缘系统的变化与精神分裂症的发病有关系。回顾100年来对精神分裂症患者的脑病理检查，也只有发现脑组织萎缩、脑结构异常，以侧脑室、第三脑室变化为大，其次是海马、海马旁回、杏仁核、额叶及颞叶、小脑蚓部等变化，出现神经细胞变化、纤维走向异常等特点。只有研究设备越先进，才能越深入下去。另外，从各种目前可以着手的生物学工具作广泛开展研究，如脑电生理、生化免疫、动物实验、眼球运动等虽有收获还不大。而且也不是每个病人都会有异常发现，也有很多人并不异常。有关精神分裂症的发病机制假设，有很多理论，如修正多巴胺理论、神经发育异常论、生化代谢异常理论、其他神经内分泌学的免疫异常理论等。日本融道男（1998）归纳该病的发病机制，共有19个。简单概括为：神经递质理论（3个）、脑局部病变理论（3个）、信息处理障碍理论（3个）、易感性模式理论（3个）、心理社会模式理论（4个）、综合模式（3个）。总之，问题很多，学说依然，只有解决精神分裂症的病因，才能根本解决治疗问题。而病因的解决，有依赖于各类生物学、医学尤其是神经科学的发展。神经科学的发展是建筑在生物学的基础上、生命科学的基础上的。因此，可以说，当生物学和生命科学研究有所突破时，精神分裂症病因攻下来的时代就来到了。

另一方面，从精神药理学角度入手，可以研制出新一代的抗精神病药。从已了解的资料中，这些抗精神病药的作用机制非常多样化，有作用于D2,D3,D4受体的，也有作用于5-HT1A, 5-HT2受体的、有作用于谷氨酸的NMDA（N-甲基-D-天冬氨酸）受体、AMPA（ α -氨基羟甲基异恶唑丙酸）受体、KA（海人藻酸）受体、 γ -氨基丁酸受体、还有作用于乙酰胆碱受体、 σ 受体等。

目前，世界上权威的医疗机构和医药公司正在不遗余力地开发各种新颖的抗精神病药。其理想的目标是作用范围广、起效迅速、安全性大、不良反应小之又小、使用简便、在体内稳定作用及维持时间长、既能治疗阳性症状、阴性症状、认知功能损害等障碍，甚至还可以改善人格缺损、提高认知能力。最近即将上市的新药就有Blonaselin，

Lurasidon以及Bifeprunox也要来上市了，在可预见的10-20年中，将有30—40种抗精神病药出现，平均每两年有一新药上市。从而可以明显地改善精神分裂症的病状。甚至还有一种设想，就是设法寻找一种只需一次用药就可维持患者一生的药物，或植埋在体内，或植埋在脑部，让它慢慢释放。当然，未来新药的不断出现，其理想化的程度越来越高，代价也就越高。以我国的情况来看，目前第二代抗精神病药的制造代价就高出第一代的10倍至100倍，不论是国家的或是个人的支付，医疗负担必然十分高昂，在所占医疗负担总费用的比例中，就会明显增长。

再进一步说，即使生物学方面的研究作继续深入时，我们也不能袖手等待。因为在社会—心理学方面完全可以入手。有许多患了精神分裂症的病人，由于有良好的环境、温馨的生活氛围、相互关心的人际关系、周到的康复措施等等，照样能使疾病好转，并能参加工作、结婚成家、生育子女，终生平安。所以，决不能认为当患了精神分裂症后一切都完了，抱有自暴自弃、灰心丧志的心态。只要通过各种努力，还是有好的结局的。在我们的随访时也发现，许许多多精神分裂症的病人，到了中年以后，病情都渐渐缓解下来了，能继续工作、过着良好的家庭生活。有的甚至连抗精神病药物都不服了。

Luc Ciompi（1929—）是瑞士的精神科专家。他是当代“瑞士精神科学派”的领头羊（该学派包括布洛伊勒父子、A. Forel、C. G.荣格等人）。上世纪80年代，他提出了著名的“精神分裂症发病机制”又一个理论体系。他经过长期随访，认为精神分裂症的愈后还是好的。他的理论要点是称分裂症有先天性遗传的易感性，加上后天压力所致的代偿不足，造成“情感逻辑”（affect—logic）改变而发病。如果良好的环境和照顾，可以使病情稳定。为此，他亲自参与建立“Soteria Berne”社区服务场所，证实了他的理论，该活动闻名遐迩，影响极大，至今还在进行着。

因此，对精神分裂症病人开展生物—药物—社会—心理方面的全方位照顾，可以明显提高其疗效、改善其愈后。为此，国际上也相继成立精神分裂症的“生物—药物—社会—心理康复治疗协会”，也是有其良好的心愿的。

6、后记

2001年，上海市各界经过重重困难，齐心协力完成了《上海市精神卫生条例》的制订并隆重出台，这是首个精神卫生的地方性法规。出台后，一下子提升了精神卫生工作的重要性、提升了精神障碍者的社会地位、提升了从事精神卫生工作者的自尊感。也使精神卫生的相应工作更规范化、科学化、人性化。紧接着，北京、杭州、宁波、无锡等城市也都相应出台了精神卫生的地方性法规。

那么，国家的《精神卫生法》何时可正式颁布呢？

经过重重努力，2012年10月28日，全国人大常委会正式通过了《精神卫生法》，这是我们精神卫生战线上的大事，也是我国全体公民的大事。最早是在1984年，我国刘协和教授等就参与起草撰拟《精神卫生法》，修改有14稿以上，一而再、再而三、三而四，一直难以出台。难以出台的原因，一是中国地大人多，难以面面俱到；二是经济发展不一致，难以平衡；三是各种法律排队待通过，排不上队；四是不到火烧眉毛不会受重视，五是各种问题都急待解决、而横炮又飞过来（如“被精神病”之类悖论）于是一拖再拖。拖了非常久。有个岛国，叫基里巴斯，过去也没有注意过这个国家，他们倒也有“精神卫生法”。我们这么大国，倒反而迟迟出台。《精神卫生法》在所

有的法律中是属于小范围的法律，但它却也牵动着整个社会的安宁、文明，也涉及到整个社会素质的提高、涉及到人类文明的提高。有了《精神卫生法》，精神分裂症病人能得到全面而广泛的保护，使他们能较好地回归社会，能体验到一系列人间的温暖。而精神卫生工作者也更有明显目标投入工作。

“精神分裂症”这一名称，应用至今正好有100年了，但查查我国早年的有关资料，中文表达上一直是用“早发性痴呆”这个名词的。日本的资料显示，他们是在1933年起改称为“精神分裂症”，并用汉字书写。而我国则是在1934年由民国政府教育部颁布的《精神病理学名词》中首次也提到用“精神分裂症”这一称呼，估计是从日本传来的。而该年日本又再改称为“精神分裂病”，我国则未再跟着改，就一直称“症”直到现在。而其间的40年代、50年代初期，在出版若干类专著中，仍称为“早发性痴呆”，至50年代中期以后，再统一称为“精神分裂症”的。

说起“精神分裂症”这个名称，因中国汉字的特点，它包涵了很多文字的想象力，从而引起人们的“望文生义”心理现象，会对患了这个病后产生恐怖的、绝望的心情。

想想我们的名字，都是吉利的、阳光的。即使那些坏人的名字、十恶不赦的“人渣”名字，也都是很光鲜的。推而广之，什么城市名、街道名、商品名、纪念品名等等，凡是要取名字的，都是好的称呼、正派的称呼，而且还要朗朗上口、叫得响亮、光明正大。但为什么与精神病相关的称呼就这么讨人厌、不受欢迎呢？

从上世纪80年代开始，国内的很多精神病医院都逐渐改名了，叫什么“精神卫生中心”、第三人民医院、第六人民医院等等。其目的也是想改得能使社会人群听了不刺耳、愉快地接受。

自1995年起，日本首先发起改名活动了，并联系到韩国、新加坡、中国和中国的台湾、香港地区，广泛征求意见，是否应把“精神分裂症”名称改掉？改什么名称为好？1996年，我开展了二次调查，一次是对北京、上海、广州三大城市的精神科医师进行书面征询，共调查314名（精神科医师占96.5%，平均工作时间 15.09 ± 10.55 年）。结果为支持改名的为51.5%，不支持改名的40.7%，二者均可为7.7%。另一次是通过浙江省的《精神卫生通讯（1998）》广泛征求意见，有27个省市的201名读者参加征答，结果为支持改名为54.55%，不支持改名为41.62%，二者均可为3.87%。而日本的结果则是100%支持改名，终于在2002年的横滨WPA大会上宣布改名，称作“统合失调症”，并于当年9月1日起正式使用。到了这一天，果然整个日本的精神科学界，均使用新的名称，不再用原有的名称了。与此同时，他们把“老年痴呆症”也改为“认知症”。至现在，又是将近十年了，一致反映改得非常好，患者、家属都很能平静地接受这个称呼，医患冲突也减少了。由此可见，这个名称当时有其先进性、时代性，但现在已落后了，不同时代有不同特点，不合时宜的就会慢慢淘汰，这就是科学性、辩证法。

有人认为，破解精神分裂症这一疾病，只有从生物学角度入手。但为什么城市患精神分裂症的要高于农村1倍（甚至1.5倍）呢？以前，我们到法国访问时，法国同道对我们说，他们约有1/4的精神科医师从事[儿童](#)精神疾病的。我当时听了很惊讶，初以为他们的儿童精神病人很多。后来他们解释说做好儿童期的精神卫生工作，将来这些对象进入青年成年期后，发生精神疾病的机会就会明显减少。我听了以后更为惊讶，赞叹他们的眼光远、前瞻性。联想到我国当前农村的留守儿童有5000万，他们中有很

多的心理问题。报载（ 新民晚报，2011.11.7 ），“据全国妇联调查，中国有5000余万留守儿童。在江西，流传着一句顺口溜：父母在远方，身边无爹娘，读书无人管，心理闷得慌，安全无保障，生活没希望。”而城市中的青少年，因应试教育等的许多问题也会导致大量的心理障碍。他们之中或许就有很多潜在的精神分裂症患者，多么可怕！

上海每年推算有5000名青少年新发生精神分裂症，其中很多与社会压力有关，如应试教育、家庭暴力、单亲家庭、婚恋、就业等都密切相关。因此，开展精神卫生活动更是需要，这就是需要在社会—心理—文化方面多加努力了。

按上理推算，我们从事精神科工作的专业人员（ 医师、护士、社会工作者、临床心理师、精神康复师等 ）实在太少了。如精神科医师，上海在国内还是最多的，约有1000名，但在城市人群中的比例则仅为万分之0. 41,比WHO规定的1低，更比美国的2低。记得在上世纪90年代时，东北地区的同道提出每年的11月1日为“精神科医师节” ,是他们自己发起的，自娱自乐自尊自强自我鼓励，我当时听了很觉好笑，现在想想很有必要，认为应该搞，最好能写进《精神卫生法》中。

因为精神分裂症是一个需要长期治疗的疾病，必然在经济负担上要作长期考虑。因此，有关疾病的经济负担问题就成为各级政府、人们关注的问题。精神分裂症治疗的直接成本（如美国有关精神分裂症的治疗开支占全部疾病治疗开支的2. 5%,再加上间接成本（约为直接成本的3—4倍）就明显提高。

另外，因患精神分裂症后丧失的健康工作能力和生命年（ 伤残调整生命年，DALY,在其他国家的疾病负担中占据前25位（ 中国为第18位 ），且预测至2020年时也不会下降。

为此，对精神分裂症的关注更为重要，不仅是疾病本身对患者家庭带来的不良影响，而且也对社会带来很大负担。我们要把各方的力量集中起来，以便把精神分裂症这个疾病对个人、家庭、社会的损害降到最低点。

简而言之，人类和精神分裂症这一疾病的较量，是渐渐地从愚昧无知发展到表面的、再到较熟悉的阶段，道路曲折，进步缓慢，至今还未进入完全了解的“自由王国”阶段。但前途总是光明的，仰顾未来，总有破解它的时候。（ 完 ）

TAG: 患精神病 精神科 王祖承

«内观中国开展内观疗法的情况The development of Naikan Therapy in China



《王祖承》

神经、精神系统及感觉器官»

延伸阅读·

Gabbard: 病人的动力学评估（摘要）

动力学评估是在描述性医学—精神科评估之上扩展而来。临床访谈医患关系的重要性：第一件事是建立一致和共同的理解，即传达出病

Carl Jasper精神病理观在心理诊断上的运用

对于一个刚进入精神科的临床心理师而言，了解疾病构成的元素并对其进行条件式描述性的陈述是认识疾病最快速、最能掌握的方式，

谁来定义「正常」？ 边界上的精神医学

谁来定义「正常」？：边界上的精神医学口述 | 巫毓荃整理 | 陈雨君或许，每个人都有疯狂的一

Murray Bowen

Murray BowenMurray Bowen和许多家庭治疗的创立者一样，Murray Bowen是一个专治精神分裂

面，只是程度有所不同。那么，我们如

症的精神科医生。然而和其他人不一样，

- Side Effects 《副作用／迷离药谎》影评

Side Effects 《副作用／迷离药谎》影评《副作用／迷离药谎》Side Effects 是著名导演 David Soderbergh宣布退休前的封笔之
- Winnicott與Bion：一場難得的對話

Winnicott與Bion：一場難得的對話台北市立聯合醫院松德院區 劉佳昌原刊於< 台灣精神醫學會通訊>2008.09月號 前言 臺

- 真實的創傷與幻想的空間

真實的創傷與幻想的空間：「2009夏季精神分析工作坊」的聯想台北市立聯合醫院松德院區 劉佳昌原刊載於台灣精神醫學會通訊200
- 「精神分析取向」與「精神動力取向」心理治療有何差別嗎？

「精神分析取向」與「精神動力取向」心理治療有何差別嗎？ ----松德院區< 思想起心理治療中心>的某些思考蔡榮裕 台北市立

[查看全部回](#)

简单心理Uni

2年心理咨询师培养计划

学习

+

实习

+

专业督导

300+小时

50+小时

100+小时



心理学空间网微信

心理咨询

精神分析

家庭治疗

认知行为

人本存在

心理学

心理学新闻

心理学视频

心理学百家

心理学分支

心理学人

心理人专栏

心理咨询师

心理学活动

心理人日志

心理学与生活

社会心理评论

生活心理学

心理影评

心理测试

心理学书籍

科普入门

励志自助

咨询治疗书

心理学教科书

心理学网址

关于我们

心理求助

站点地图

心理学标签

微博 尼采 繁體

标题