

心理社会因素和精神疾病

张明园

过去的一年——2001 年是精神卫生主题年,世界卫生组织(WHO)将世界卫生日的主题定为“精神卫生”,口号为“消除偏见,勇于关爱”(stop exclusion dare to care)。年末,WHO 发表了世界卫生 2001 年年度报告——精神卫生:新认识和新希望^[1]。WHO 的专家们在认真复习了全球精神卫生研究的最新成果后,对心理社会因素和精神疾病的关系作了精辟的总结:生物因素和心理社会因素的人为划分,已经成为正确认识心理和行为疾病的巨大障碍。事实上,心理和行为疾病与大多数躯体疾病一样,都是生物因素和心理社会因素复杂的交互作用的结果。

过去的 50 年来,许多科学家在精神疾病发生和发展的问题上,围绕着遗传决定论和环境决定论而争论不休。20 世纪的 50 和 60 年代,精神疾病的流行病学研究,特别是关于童年早期父母的态度对子女语言、智力及情感调节正常发育的影响,以及社会经济地位和某些精神疾病发病率/患病率的联系等研究,使许多精神卫生工作者相信精神疾病和心理行为问题,主要是由于环境因素造成的,而且过分乐观地认为,可以用改变心理社会环境的方法加以控制。甚至将卖淫、赌博和犯罪等行为都纳入了精神病学的研究范围,期望以精神医学的理论和方法加以解决。这一时期研究的主流完全忽略了心理和行为的物质基础——大脑。有人将之喻为“不讲大脑的精神病学”^[2]。

20 世纪 60 年代以后,随着神经递质学、精神药理学、脑影像学及分子遗传学等新兴科学研究的发展,精神病学则走向了另一极端,强调精神疾病纯粹是脑的疾病。甚至有人提出,精神分裂症应该更名为多巴胺功能亢进性脑病,抑郁症则应称为 5-羟色胺功能不足性脑病。这一时期的特点为研究的主流完全忽略了心理社会因素对大脑发育和功能的影响。有人将之喻为“不讲心灵的精神病学”^[2]。

WHO 的 2001 年年报指出:“现代科学的证据

认为,精神疾病的发生和发展是遗传和环境复合作用的结果,即生物学和心理社会环境交互作用的结果。人脑既不是单纯的基因程序决定的,也不是单纯环境因素决定的。从产前,直至终生,两种因素一直在相互作用”。上述论点,显然是正确的。我们曾经在上海开展一项以阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)流行病学为重点的研究^[3]。AD 是神经退行性病变,神经原的淀粉样变性和缺失,神经纤维原的过度磷酸化变性,显然是 AD 的病理基础。同时,我们也发现,低教育、低认知功能、低社交活动、低闲暇活动等,也是 AD 的危险因素。我们当然不会认为 AD 是心理社会因素决定的功能性疾病,但是我们认为心理社会因素参与了 AD 的发生和发展。6 年以上的正规教育,可以使 AD 的发生推迟 7 年左右。社会交往和积极的闲暇活动,可以减少 AD 的危险性。迄今为止,还无法改变 AD 的易感基因,但可以通过心理社会干预降低 AD 的发病。生物学和心理社会干预的结合,或许效果更好。当然,需要有实验流行病学的研究证实。

再举一个关于精神疾病和家庭环境关系的例子,英国社会精神医学研究所的一组专家,致力于关于“情感表达”(emotional expression, EE)的研究差不多有 30 多年的历史。研究发现,敌对情绪高、过度批评及过分卷入的高 EE,是精神分裂症复发的危险因素,他们即使继续使用抗精神病药,复发的危险性依然很高。而降低家庭中的 EE,或者是减少和高 EE 家庭成员的接触,则能有效地减少复发。上述研究结论,在许多国家中重复证实。新近的研究,还发现高 EE 不仅在精神分裂症的复发起作用,而且同样适用于抑郁症等复发性精神疾病。为便于临床推广,该研究组发展了简本 EE 问卷,以及旨在降低 EE 的家庭干预方案。研究者们从病例-对照的分析流行病学开始,经过多年的努力,逐步推向以干预为主的实验流行病学。其实,我们完全有能力设计和实施这样的研究。他山之石,可以攻玉。EE 研究应该是一个良好的启示。

生物因素和社会心理因素,在精神疾病的发生发展上的交互作用,既为相关研究提供了更加广阔的领域,同时对研究工作提出了更大挑战。各种具体的生物因素和社会心理因素在具体精神疾病中的交互作用模式各不相同:有的是相互拮抗,有的是彼此协同;可能是作用的相加,也可能是相乘,或者是超加或超乘。现代流行病学已经发展了许多用以统计和分析交互作用的模式及手段,在我国精神医学的研究中应用还不多。而且,对交互作用的研究,不仅是卫生统计或数理统计的问题,往往要求研究者具有跨学科的知识、经验和技能。或许最合适的解决方法是多学科的合作,这也是现代流行病学的特点和发展趋势之一。

我国正处在社会变革的转制时期,现代化、工业

化、都市化的进程迅速,由之带来的心理社会环境的剧烈改变,为心理社会因素的研究提供了不可多得的良好机遇。只要我们能做有心人,能踏踏实实地进行研究,应该能在心理社会因素和精神疾病的关系方面,有所发现,有所创造,有所贡献。

参 考 文 献

- 1 World Health Organization. World health report 2001 mental health : new understanding and new hope. Geneva , WHO ,2001. 10-21.
- 2 Cooper B. Epidemiology and prevention in the mental health field. Social Psychiatr & Psychiatr Epidemiol ,1990 ,25:9-15.
- 3 张新凯,李春波,张明园,等. 阿尔茨海默病的心理社会危险因素研究. 中华医学杂志,1999,79:335-338.
- 4 谭红专,主编. 现代流行病学. 北京:人民卫生出版社,2001.7-9.

(收稿日期 2002-03-10)

(本文编辑:尹廉)

· 短篇报道 ·

罗城县 8 例输入性恶性疟疾调查

蒙增慧 孔庚祥 吴新风 黄安静 吴磊

罗城县曾是疟疾高发区之一,发病以间日疟和三日疟为主,经过多年的灭疟工作,已 11 年无内源性病例。2000 年 5~12 月份,全县共发生 8 例输入性恶性疟疾,现将调查结果报道如下。

1. 病例发病及诊疗情况:①病例分布 8 例病人均为男性农民,其中死亡 1 例,病死率 12.15%,年龄最小 30 岁,最大 51 岁,平均 41 岁,5 月份发病 1 例,7 月份 3 例(发病间隔 1~3 d),10 月份 3 例(发病间隔 5~11 d),12 月份 1 例。8 例病人分布在全县 4 个乡镇 5 个村。②镜检情况 8 例病人的血片全部检出恶性疟原虫,其中 1 例合并间日疟,6 例出现恶性疟配子体。③外出感染史 8 例病人均在当年到海南省打工,主要为种植芒果和护理果园,常被蚊子叮咬。④诊疗经过 7 例病人在海南当地发病,初诊为“感冒”,1 例回罗城县后第 9 天发病,第 16 天死亡,在罗城县人民医院初诊为“肝性脑病”,初诊误诊率达 100%。病人于发病后第 7~49 天(平均 33 d)才得到确诊,确诊前已在我县居住了 7~41 d(平均

26 d)。刚开始采用氯喹加伯喹治疗,发现有耐氯喹现象,辅以青蒿素治疗,症状全部消失,多次镜检未查出疟原虫。

2. 讨论:罗城县近 30 年无恶性疟疾病例,人群普遍易感,本次病例的输入,主要原因是近两年去海南省打工人数急剧增多。青壮年男性农民成为输入性恶性疟疾发病的高危对象,病人于不同月份发病,表明海南地区一年四季均可感染发病。临床症状严重,主要是未及时得到确诊从而延误治疗所致,病人体内检出恶性疟配子体,表明具有传染性,虽未出现输入继发病例,但病人于确诊前在我县居住的时间较长,传染周围人群的机会和可能性仍较大。由于恶性疟是最凶险的一种疟疾,其症状和体征常缺乏特征,与感冒、病毒性肝炎及昏迷病人中各种病因的脑病常难于鉴别,而且该病随时可突然发生凶险临床症状而无预兆,导致误诊率和病死率均较高。病人在治疗过程中出现耐氯喹现象,但对青蒿素很敏感,青蒿素由于速效、低毒,在救治脑型疟疾和抗氯喹恶性疟疾方面具有显著疗效,应作为目前治疗恶性疟疾的首选药物。

(收稿日期 2001-10-31)

(本文编辑:尹廉)

作者单位:546400 广西壮族自治区罗城县卫生防疫站办公室(蒙增慧、孔庚祥),防疫科(吴新风、黄安静、吴磊)