临床研究

气功所致分裂样障碍与反应性分裂样障碍的临床特点对照分析

刘成文， 魏庆平， 胡隆珊

作者单位：643020 四川，自贡市精神卫生中心精神科

作者简介：刘成文(1965 -)，男，大学本科，学士学位，主治医师，研究方向：临床精神科及医学心理学。E-mail：zglcw1965@163.com

[摘要] **目的** 为了进一步探讨气功所致分裂样障碍和反应性分裂样障碍的临床特点，有利于这两种精神障碍今后诊断、鉴别诊断和治疗。**方法** 对 20 年住院治疗的 26 例气功所致分裂样障碍(气功组)和 59 例反应性分裂样障碍(反应性组)的临床特点进行对照分析。**结果** 发现两组疾病均由精神因素引起，发病与精神因素、不良性格、家族史有关，均可出现精神分裂症任何症状，其精神症状内容与各自的精神因素有关，治疗方案相同、疗效好、预后好；不同的地方是气功组出现幻视、幻听、被控制感、物理影响妄想和行为紊乱等症状明显多于反应性组。**结论** 气功所致分裂样障碍和反应性分裂样障碍是两组病因、症状和治疗方法基本相似的疾病。

[关键词] 气功； 反应性分裂样障碍； 分裂样障碍

[中图分类号] R 749.3 [文献标识码] A [文章编号] 1674 - 3806(2010)05 - 0453 - 03

doi：10.3969/j.issn.1674 - 3806.2010.05.13

Comparison between schizoid disorder due to deep breath exercise and reactive schizoid disorder *LIU Cheng-wen，WEI Qing-ping，HU Long-shan. Zigong Mental Health Center，Sichuan* 643020，*China*

[**Abstract**] **Objective** To determine the clinical characteristics of schizoid disorder due to deep breath exercise and reactive schizoid disorder, provide scientific foundation for diagnosis, differential diagnosis and treatment of the two diseases. **Methods** Twenty-six patients with schizoid disorder due to deep breath exercise (deep breath exercise group) and 59 patients with reactive schizoid disorder (reaction group) in our hospital from 1989 to 2006 were reviewed and compared in clinical characteristics. **Results** Both were caused by mental factors. Onset of the disease was related to mental factors, unhealthy characters and, family history. All psychiatric symptoms of schizophrenia which were impacted by mental stimulation can be found in both groups. And the same treatments, marked therapeutic effects as well as good prognosis were found in both groups. Visual hallucination, hearing hallucination, feeling of being controlled, delusion of physical influence and conduct disorder were more common in reaction group than in deep breath exercise group. **Conclusion** Similar factors, symptoms and treatments were found in deep breath exercise group (schizoid disorder due to deep breath exercise) and reaction group (reactive schizoid disorder).

[**Key words**] Deep breath exercise； Reactive schizoid disorder； Schizoid disorder

气功所致精神障碍与反应性精神障碍均属心因性精神障碍[1]，他们均可出现类精神分裂症的临床表现。为了进一步探讨这两种精神障碍出现类精神分裂症的临床特点，有利于这两种精神障碍今后诊断、鉴别诊断和治疗，我们对两种精神障碍出现类精神分裂症的患者进行对照分析，报告如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象

1.1.1 气功组 选自我院 1989 ~ 2008 年住院治疗的符合 CCMD-3 关于气功所致精神障碍诊断标准[1]且又符合气功所致类分裂样障碍诊断标准[2]的患者共 26 例，其中男性 11 例，女性 15 例；职业为工人 15 例，教师 5 例，干部 4 例，医生和待业各 1 例，均为城市人口；文化程度为大专以上 8 例，中学(含中专)13 例，小学 5 例。病前性格为胆小、孤僻少语 8 例，神经质、敏感多疑 10 例，好幻想 5 例，多愁善感、情感脆弱 3 例。练功目的为治病 9 例，强身 16 例，好奇 1 例。练功方法为自学 12 例，跟师学 12 例，参

加学习班2例。练功种类主要为中功、莲花功、一步功、四步功和五部功等,其中5例练2种以上功,其余各例均练其中之一种功,练功时间为6个月~5年不等。

1.1.2 反应性组 选自与气功组同期住院治疗的既符合CCMD-3关于创伤后应激障碍诊断标准[1]且其亚型符合反应性分裂症样精神障碍诊断标准[3]的患者共59例,其中男性26例,女性33例;职业为工人22例,农民26例,教师5例,学生4例,医生、干部各1例;文化程度为大学4例,中学32例,小学15例,文盲8例。病前性格为胆小、孤僻少语24例,神经质、敏感多疑30例,多愁善感、情感脆弱5例。病因均为严重生活事件所致,其中亲人死亡或患重病21例,家庭矛盾激化18例,财产被盗6例,长期工作不顺心6例,失恋6例,与人吵架、打架2例。

1.2 方法 采用回顾性分析的方法,对二组病例的临床特点包括发病年龄、起病形式、家族史、主要临床症状与体征、病程及治疗、方法及预后等方面进行统计分析。

1.3 统计学方法 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 发病年龄 气功组26例年龄为21~66岁,其中21岁~5例,31岁~5例,41岁~10例,51~66岁6例,平均(43.29±12.8)岁;反应性组59例年龄为16~68岁,其中16岁~5例,21岁~19例,31岁~14例,41岁~16例,51~68岁5例,平均(36.1±19.3)岁。

2.2 起病形式 气功组26例中急性起病(1个月以内)13例,亚急性起病(1~3个月)7例,慢性起病(3个月以上)6例;反应性组59例中急性起病46例,亚急性起病10例,慢性起病3例。两种精神障碍以急性和亚急性起病居多(分别为76.9%、94.9%),但气功组慢性起病比反应性组多,两组比较差异有统计学意义($\chi^2=6.17$, $P<0.05$)。

2.3 家族史 家族中有精神病史者气功组为5例(19.2%),反应性组为11例(18.6%),两组患者精神病家族史相近似,两组比较无统计学意义($\chi^2=0.06$, $P>0.05$)。

2.4 临床症状 调查发现气功组出现幻视、幻听、被控制感、物理影响妄想和行为紊乱明显比反应性组多,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),其它症状比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。此外气功组出现幻觉和妄想的内容与鬼神或迷信有关者12例(46.2%),而反应性组只有5例(8.5%),两者比较差异有统计学意义($\chi^2=13.75$, $P<0.01$)。

表1 两组临床精神症状发生率比较[n(%)]

组 别	例数	幻视	幻听	伪幻觉	感知综合障碍	被控制感	被跟踪感	被害妄想	思维散漫	物理影响妄想
气功组	26	12(42.6)	22(84.6)	2(7.7)	4(15.4)	9(34.6)	7(26.9)	10(38.5)	4(15.4)	8(30.7)
反应性组	59	5(8.5)	30(50.8)	4(6.8)	6(10.2)	1(1.7)	11(18.6)	16(27.1)	6(10.2)	4(6.8)
χ^2	–	13.75	7.30	0.10	0.10	15.80	0.33	0.62	0.10	6.7
P	–	<0.01	<0.01	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

组 别	情感不协调	情感淡漠	情绪不稳	易激惹	恐惧	紧张	行为紊乱	行为冲动
气功组	3(11.5)	6(23.1)	18(69.2)	9(34.6)	9(34.6)	19(78.1)	16(61.5)	3(11.5)
反应性组	1(1.7)	8(13.6)	36(61.0)	29(49.1)	12(20.3)	30(50.8)	13(22.0)	17(28.8)
χ^2	2.01	0.60	0.23	1.01	1.28	2.80	10.83	2.08
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05

组 别	伤人	自伤	意识障碍	自知力缺失	情绪低落	焦虑	自杀行为	毁物
气功组	3(11.5)	2(7.6)	3(11.5)	26(100)	2(7.6)	2(7.6)	2(7.6)	1(3.8)
反应性组	12(20.3)	4(6.8)	6(10.2)	59(100)	5(8.5)	23(39.0)	7(11.9)	5(8.5)
χ^2	0.45	0.10	0.13	0.00	0.09	7.07	0.04	0.10
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	>0.05

2.5 治疗效果 均用脱离不良环境,进行心理和抗精神病药物治疗,抗精神病药物包括氯丙嗪、氯氮平、舒必利、奋乃静和氟哌啶醇,药物剂量范围按效价折合成氯丙嗪为:气功组200~850(386.3±

146.8) mg/d;反应性组 200 ~ 725 (359.2 ± 126.5) mg/d,两组患者用药量差异无统计学意义(χ^2 = 2.54, P > 0.05)。气功组痊愈 22 例,显著进步 4 例;反应性组痊愈 53 例,显著进步 6 例。两组比较疗效相近,差异无统计学意义(t = 0.68, P > 0.05)。入院时气功组患者病程为 20 天 ~ 10 个月,平均(48 ± 10.5)d,反应性组患者病程为 1 天 ~ 4 个月,平均(20.3 ± 36.6)d,由此看来气功组病程明显长于反应性组,差异有统计学意义(χ^2 = 12.92, P < 0.01)。两组患者治疗后急性和亚急性起病患者精神症状均在 2 个月以内消失,慢性起病患者在 2 ~ 4 个月内精神症状才消失或基本消失。

3 讨论

3.1 气功几千年来在我国为增强人的体质和治疗疾病上发挥了一定作用。近 20 多年来各地推行气功疗法形成许多气功流派,一些练功者追求的目的不再是过去"放松",而强调要达到"特殊功能"的境界,从而产生气功偏差"走火入魔"的现象,引起多种形式的精神障碍,其中以气功所致分裂样障碍最为严重。我院近 20 多年来共收治气功所致分裂样障碍患者 26 例,仅占同期住院病人 0.75‰(26/34652)。过去文献对气功所致分裂样障碍与精神分裂症进行对照研究发现,气功所致分裂样障碍是有别于精神分裂症的一组独立疾病,与我国特殊文化传统和观念体系有关,符合心因性精神障碍特点[4]。

3.2 由于气功所致的精神分裂样障碍与反应性分裂样障碍极为相似,为了有利于今后这两种疾病的诊断和鉴别诊断,本文对我院近 20 年来收治的气功所致分裂样障碍 26 例(气功组)和反应性分裂样精神障碍 59 例(反应性组)进行回顾性对照研究,发现这两组疾病既有共性的特点,也有个性的。(1)均为精神因素所致,只是精神因素的内容不同而已,气功组精神因素与练气功、气功书刊和气功师的言语有关,加之他们乱用意念,急于求成,想达到特殊功能境界而"走火入魔";而反应性组则为严重生活事件造成精神创伤所致,所以诱因不同。(2)两组患者病前均有不良性格,以神经质、敏感多疑、胆小、孤僻少语为主要临床表现;但气功组少数患者病前性格好为幻想,而反应性组少数患者病前性格多愁善感和情感脆弱。(3)气功组与反应性组的精神病家族史分别为 19.2%、18.6%,十分接近,说明有精神病家族史者易患这两种精神障碍,提示有精神病家族史者不宜练气功。(4)两组均可出现精神分裂症任何精神病性症状,其内容与他们各自的精神刺激内容有关,有可以理解的联系;气功组出现幻视、幻听、被控制感、物理影响妄想和行为紊乱明显多于反应性组(P < 0.01),可能与气功组患者想达到"特殊功能"境界有关;焦虑情绪反应性组明显多于气功组(P < 0.01),是因严重的生活事件导致患者出现焦虑不安。(5)两组治疗方案相同,均为脱离不良环境,进行心理和抗精神病药物治疗,大多数患者在 2 个月以内精神症状完全消失,且全部精神症状消失后,无需继续服用抗精神病药物,说明他们的预后均良好。(6)两组急性和亚急性起病的患者,精神症状出现快,且消失得快,均在 2 个月内精神症状完全消失,而慢性起病者精神症状消失较慢,一般要 2 ~ 4 个月才能消失。(7)气功组患者均为城市人口,说明城市人口此病的患病率明显高于农村人口,与其它文献统计多见于城市人口相似[4,5],可能与城市人口对气功感兴趣,练功的人数多有关。(8)气功组文化程度较高,中学以上文化占 80.8%,且大学文化占 30.8%,无文盲,与国内统计资料相似[4,5],正是由于这些患者有较高的文化,所以,在练功过程中均看了不少有关气功的书刊,且接受理解气功师的宣传也较深刻,受影响较深,当他们日夜练功想达到更高境界时,则容易"走火入魔";而反应性组有无文化均可发病。(9)气功组慢性起病明显多于反应性组(χ^2 = 4.42, P < 0.05)。(10)气功组出现幻觉和妄想的内容与鬼神或迷信有关者明显多于反应性组(χ^2 = 13.75, P < 0.01),这可能与受气功书刊和气功师的训则影响有关。

参考文献

1 中华医学会精神科分会. 中国精神疾病分类方案与诊断标准[M]. 第 3 版. 济南:山东科学技术出版社,2001:95 - 97,101 - 102.

2 沈渔邨,主编. 精神病学. 第 3 版[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:719 - 721.

3 贾谊诚,主编. 实用司法精神病学[M]. 合肥:安徽人民出版社,1988:306 - 311.

4 程 毅,刘淑华. 气功所致精神分裂样障碍与精神分裂症的对照研究[J]. 上海精神医学,1995,新 7(4):228 - 231.

5 黄柏元,刘先裕,刘作松. 气功偏差伴发精神障碍 10 例报告[J]. 中国神经精神疾病杂志,1990,16(4):245 - 246.

[收稿日期 2009 - 12 - 22][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]