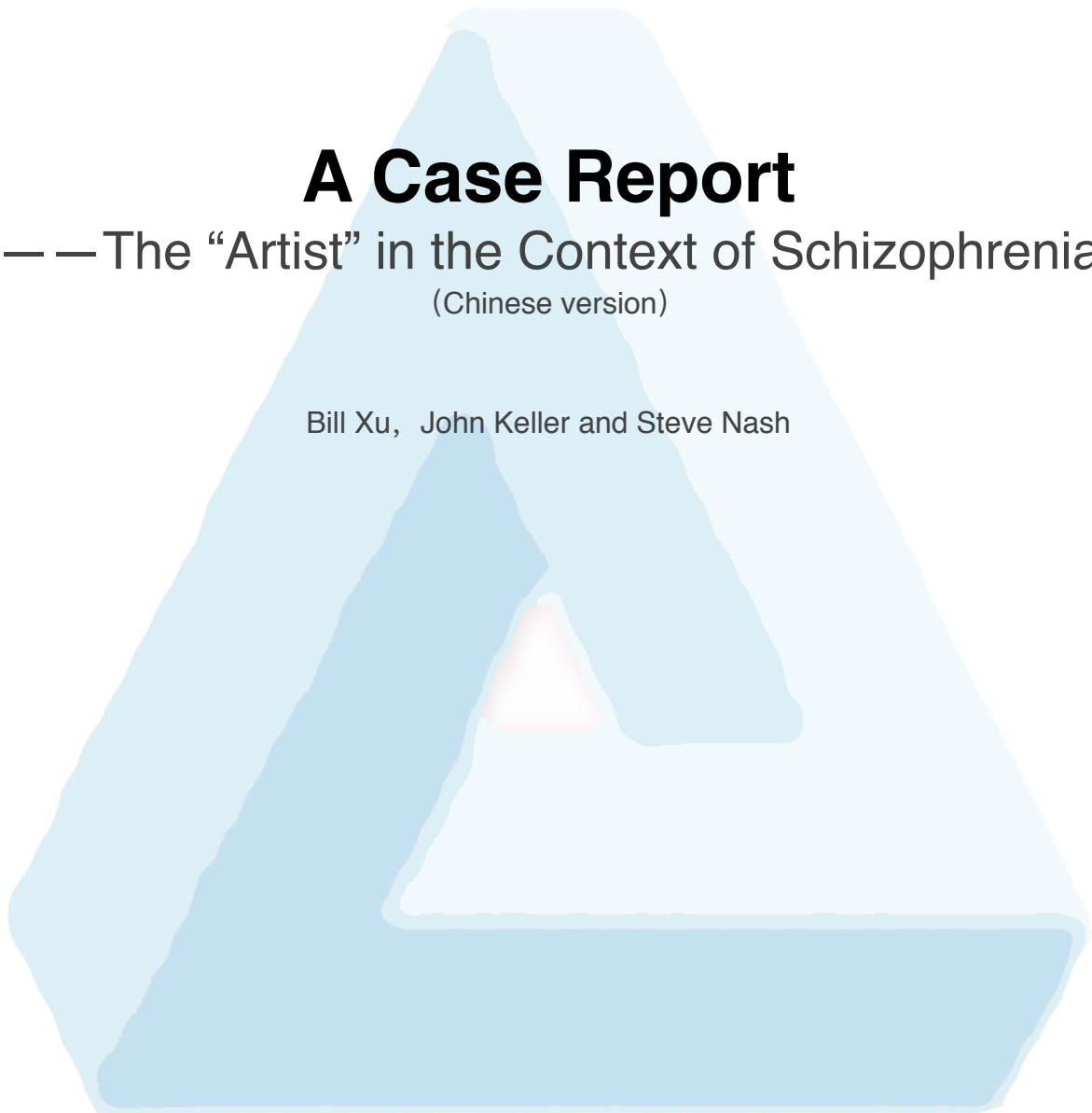


## A Case Report

— — The “Artist” in the Context of Schizophrenia  
(Chinese version)

Bill Xu, John Keller and Steve Nash



# A Case Report

## — The “Artist” in the Context of Schizophrenia

Bill Xu, John Keller and Steve Nash

*Keyword: hallucinations, paranoid, Persecutory delusion, delusions of reference*

### 概要

**背景：** 思觉失调症是一种慢性和严重的精神疾病，它可以影响一个人的思维、感觉和行为。思觉失调症患者似乎与现实失去了联系。思觉失调症常被许多人误解为精神分裂。它是一种明显影响社会和职业功能、人际关系、发病率和死亡率的疾病。一个患有此病的人最终会失去对基本生活需求的兴趣。思觉失调症分为阳性、阴性和认知症状。思觉失调症可以用抗精神病药物治疗，包括典型抗精神病药物和非典型抗精神病药物，心理社会治疗与药物治疗可同时进行。

Positive Symptoms	Negative Symptoms	Disorganized Symptoms
<b>Delusions</b>	Affective flattening	Disorganized speech
<b>Hallucinations</b>	Alogia	Thought disorder
<b>Combativeness</b>	Anhedonia	Disorganized behavior
<b>Insomnia</b>	Apathy	Poor attention
	Asocial behavior	

Table: Symptoms of Schizophrenia.

**案例：** “Artist”是一位自称艺术家的27岁无固定职业青年。他在2013年的一次旅行后，对当地的历史人文产生了强烈的痴迷。并在接下来的几年内通过各方面的学习试图去深化自己对此的认识，但在这个过程中，据“Artist”介绍，他时常感觉“恶心”、“困惑不适”以及“失去某种平衡感”。他坚持认为后来在认识了他最要好的朋友——一个名叫“Abliz”的青年男子后，缓解了那种不适感。但这份“珍贵美好的友谊”却时常给他带来强烈的焦虑感。这份焦虑感强化了严重的抑郁并衍生出其他妄想，他的病情在双丙戊酸和喹硫平的治疗过程中逐渐得到改善，同时，对他很有帮助的是在那些药物辅助下与他的讨论，和他一起分析他和幻想之间关系以及其逻辑依据和基本原因。出院后，“Artist”表现出他能主动意识到他对那份“友谊”怀有顽固的依恋，但可以去有意识的调整，控制自己，并与之和平相处。

**讨论：** 本案例有几点想要强调，一是在诊疗基于身份和知识妄想的前提下，需要去更好地去了解病人的生活经历，二是需要认清思觉失调症中妄想演变的复杂性质，三是理解本案例中暴力和自我伤害的行为，四是理解具体事件和社会文化因素如何可以影响思觉失调症的妄想主题。最后，药物疗法和认知—行为疗法如何有可能有效地改善思觉失调症中的这些症状。

## 简介

1.根据DSM-IV-TR，迫害妄想是偏执型思觉失调症中最常见的妄想症形式，也是目前最常见的妄想症。迫害妄想也可能会出现躁狂和混合发作的双相情感障碍和严重抑郁症发作与精神病的特点。被害妄想是精神病的其中一种病征，常见于思觉失调症及妄想症的患者，是妄想症中最常见的类型，可能与最基础的安全自保机制有关联。[1] 患者会自觉受到迫害，如言语上的针对、嘲弄、跟踪及监听等，患者更可发展出很广泛及系统性的被迫害思想，例如会认为某极权政府会布署暗杀行动。故患者会处处防备，生活极度谨慎，由于担心被害，患者的社交生活及日常工作都会受到影响。其中的“妄想”是指病人整天多疑多虑、胡乱推理和判断、思维发生障碍。这是精神疾病的一个重要症状。患者可伴有幻觉，但无其他明显的精神症状。病人由于缺乏安全感，导致对外界的极度不信任，而产生的一种幻想。[2]多发于老年人或者某些曾经受过超出自我承受能力范围的打击的人，最近发现一些人民生活压力大的地区，如香港、日本、中国大陆等地区的患者有增加的迹象，而且有越来越年轻化的迹象。

2.关系妄想症是指患者把周围环境中一些实际与自己无关的现象都认为有关联的妄想。患者感到周围的一事一物均与自己的命运有关，或相信它们具有强烈的个人意义。它是“世界上所有人都认为与自己的命运相关”的概念，通常表现为消极和负面的。[3] 关系妄想不应与精神虐待的概念相混淆。在精神病理学中，关系妄想构成精神病的诊断标准的一部分，如思觉失调症，[4]妄想症以及双相情感障碍（躁狂症升高阶段）。在较小的程度上，它可能是偏执型人格障碍的标志。这些症状也可能由中毒引起，例如甲基苯丙胺等兴奋剂。[5]

3.根据临床心理学家P. J. McKenna的说法，“作为一个名词的时候，偏执狂（paranoia）表示一种介于存在与不存在之间的疾病，其临床特征，病程，界限以及几乎所有其他方面都存在很大争议。作为一个形容词的时候，偏执狂成为了各种各样的表现，从偏执型思觉失调症，通过偏执抑郁症到偏执型人格。即使缩写为前缀“para-”，该术语也会引起误解，因为有争议的paraphrenia的概念”。[6]至少50%的思觉失调症确诊病例会出现关系妄想和被害妄想[7] [8]妄想症的认知和行为可能是许多精神疾病的一部分，如抑郁症，但它们在三种思觉失调疾病中更为普遍：偏执型思觉失调症，妄想症和偏执型人格障碍。

4.思觉失调症被认为是由遗传和环境因素的综合作用引起的。通过观察，与普通人群相比，先证者的兄弟姐妹患上疾病的风险增加了8.5%[9]，人们认为该疾病可能是由于多基因多因素的病因。据不完全估算，发生思觉失调症的责任变异中约有70%是由基因造成的，其余30%的变异由环境影响而成[10]。

5,最后需要说明的是似乎许多艺术家都被大众理解为有轻微精神病的英雄主义角色。大众甚至普遍认为精神方面的障碍能成就艺术家在非理性状态生产更好的“艺术”。例如最著名的例子——梵高，还有其他不在少数的例子。[11]然而基于本案例的患者对其艺术实践的描述，我们可以归纳这是理性和思考占据主导并通过观念和感性进行实践的艺术活动，显而易见，这与非理性的视觉宣泄背道而驰。在本报告中，我们将介绍分析“Artist”的案例，一个在思觉失调症的病症背景下具有几种幻觉症状混合发展的个体，我们还会回顾与其病情相关的生物，心理和社会因素的相关文本。

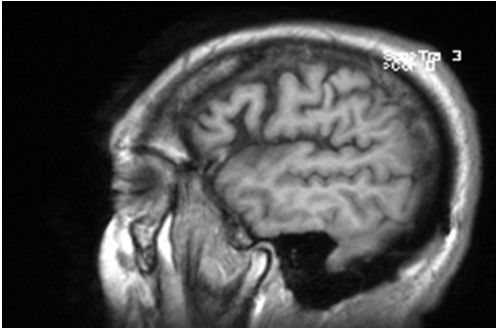
## 案例呈现

“Artist”是一位自称艺术家的27岁无固定职业青年，他出生于中国大陆的一个普通家庭。除了辗转多地生活的经验和不会任何一种方言，他的童年并没有什么特别之处，他从小就把自己描述为“害羞的”和“与人不得不保持虚伪的”。童年以来，他的家庭氛围平静而幸福。2016年他毕业于伦敦大学金匠学院，并获得艺术硕士学位（"Distinction" for the degree of MFA），他获得过一些艺术奖项并参加过一些艺术展览。“Artist”形容他在日常生活中有过交友障碍和被伤害的经验，也有亲近的人试图劝止他与特定人群建立友谊。在2018年之前他没有被确诊过精神方面的疾病也没有服用过相关药物。值得注意的是，家族中目前也没有发现相关的疾病史。

2017年，他的妻子渐渐地发现他的妄想习惯，最开始她以为这是在开玩笑。后来她有时观察到他一个人坐在那里，有时念念有词并伴随一些不自然的肢体抽动，询问“Artist”之后，他表示他在跟好朋友发微信，妻子擅自查看其手机后发现他根本没有什么好朋友，一切都只在他脑中的幻想。后来情况变得更加严重，据妻子描述，有时“Artist”声称他在与好友微信聊天的时候，手机甚至都不在他手上，然而他却察觉不到任何异常。另外，据其妻子和“Artist”回忆：“Abliz”就像真实的朋友一样，并不会时刻配合，言听计从，他有时会消失，有时出现的则不合时宜，“Artist”“联系”不到他的时候，性情容易开始变得焦虑、害怕、恐惧，或变得易怒，导致产生其他妄想。在一次妻子试图与他沟通的过程中升级成两人的矛盾争执，导致怒气冲冲的“Artist”暴力袭击了妻子，最后“Artist”的父母介入。

在心理会谈的开头，‘Artist’的情绪较为激烈，且伴有一定程度的焦虑，很容易陷入某种主题的妄想，（如逃亡或逮捕）很不合作。虽然他陷入某种幻觉顽固的负面认知，但他的逻辑思维能力和修辞能力依然完整，当试图和他探讨一些问题时，他时常表达一些可以理解的且合情合理的观点，内容大多为历史，政治，审美，权利等等，但相较之下，他却对一些呈现自身思觉失调的证据视而不见。

在2018年3月进行的磁共振成像（MRI）显示年龄轻微的球体积减少，双侧希尔正常。在液体衰减反转恢复（FLAIR）成像中没有发现蛋白质异常的证据（图1）。指数显示，住院期间进行的神经心理学测试显示在处理速度、简单注意力、言语学习和记忆、执行功能（设置转换，语言流畅性），面部识别以及影响命名和识别等任务的方面，损害是轻微的。视觉空间歧视和构造，对抗命名和视觉记忆的方面是完整的（表1）。



(图1)

Test	Raw	%	Functional domain
WRAT-4 reading	53	14	Estimated premorbid intelligence
MoCA	15	NA	Global cognitive screen
RBANS digit span	8	15	Attention
RBANS coding	30	3	Attention, processing speed
Trails A	135"	<1	Attention, processing speed
Trails B	360" (3E)	<1	Set-shifting, processing speed
RBANS naming	10	75	Language
RBANS semantic fluency	10	1	Executive function (verbal fluency)
RBANS figure copy	19	72	Visuospatial construction
RBANS line orientation	18	71	
RBANS list learning	19	<1	Verbal learning
RBANS story learning	9	4	
RBANS list recall	2	3	Verbal memory
RBANS list recognition	19	31	
RBANS story recall	2	1	
RBANS figure recall	13	44	
BFRIT	39	8	Socio-emotional
FAB affect recognition	12	<1	Socio-emotional
FAB affect naming	16	<1	Socio-emotional
IPSAQ eternalizing bias	-7	Minimal	Attributional style
IPSAQ personalizing bias	3	Severe	Attributional style
BDI-II	24	Moderate	Depression

(表1)

BDI-II, Beck Depression Inventory-II; BFRIT, Benton Facial Recognition Test; FAB, Florida Assessment Battery; IPSAQ, Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire; MoCA, Montreal Cognitive Assessment; RBANS, Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status; WRAT-4, Wide Range Assessment Test-4.

在初次会诊时，考虑到患者一定程度的侵略性，激动行为以及失眠情况，我们停用了文拉法辛并将喹硫平滴定至700mg。在入院期间添加双丙戊酸钠以稳定情绪并滴定至760mg。在他住院病房的一周内，对他的个人经历以及他与“Abliz”的关系的反复深入探讨使“Artist”的妄想变的更加抽象和平静。在治疗的一个月后，在被问及他的“最好的朋友”是否真的是一个真实存在的人或是他想象的情节时，他表示，“Abliz可能是我想象中的完美好友”。

在短时间的药物治疗后，“Artist”的幻觉和思维障碍还是时有发生，但他却已可以与之共处，在他开始疗程大约1个月药物停止后，他开始意识到，当他的谈话内容专注于历史主题，身份问题和自我混淆的时候，有时他会停下来留意并说道：“啊哈，Abliz这时候就要来了。”这说明他可以感知幻觉的降临。他在3周后最终出院。出院后，患者的妻子表示她感觉他的妄想行为“变得少了许多”。“Artist”表现出他能主动意识到他对那份“友谊”怀有顽固的依恋，而且可以去有意识的调整，控制自己，并与之和平相处。他表示，他几乎可以通过将这些妄想转化为欣赏一出悲剧从而控制他的焦虑和恐惧。

## 讨论

本病例报告记录了一名27岁男性患有受政治文化主题强化的PD，其中呈现了一些阳性和少部分阴性的症状，并且具有正常的神经认知评估。思觉失调症中PD的存在是常见的，案例记录了“Artist”单一妄想和思觉失调症的共同发生。我们提出了一种双因素妄想信念理论来解释单一妄想，例如PD和DR，这些妄想由导致产生妄想的信念和异常心理活动组成，尽管有相反的现实证据，但仍可以维持这些信念。虽然前者的异常是案例所讨论的妄想信念所独有的，但后者被假设为右额叶损害信念评估系统的结果[12]。在思觉失调症的背景下，单一妄想的病因可能仍然是由于这些认知障碍的相同组合。重要的是要更好地了解特定生活事件以及文化和社会影响在PD的形成和维持中所起的作用。

尽管情绪，归因方式和认知功能障碍的改变通常存在于精神病谱系障碍中[13] [14]，但值得注意的是，我们患者的这些功能区域的测量结果与以前报道PD患者的特征相一致，包括抑郁症状、面部识别受损。曾经有报告提出了表征PD的神经心理学特征对面面部识别系统的情感成分损害的原因是面部识别，映象识别和命名能力的损伤[15]。我们也观察到更常见的右半球认知功能障碍[16][17]，视觉识别系统的情感成分中断与内部归因风格的共同导致PD的发展，并且曾有一个案例已证实了认知功能障碍的存在[18]。PD通常伴有抑郁情绪，在某些情况下还伴有思觉失调特征[19]。最近得到证实的是，历史和政治事件对PD病情发展的影响说明了社会主题的内容的确在患者幻觉的萌芽演变中起突出作用[20]。

本案的特殊之处，在于PD和DR的并发，其表征为：“想象的好友”、“关于历史、记忆和图像的认知混乱”、“想象好友的关系不稳定和对现实的刺激带来的被害妄想”、“害怕被抓走关起来”以及“害怕被冤枉陷害”。被害妄想症并不是开始最主要的症状，而是正面情绪的幻觉慢慢变得不稳定时，被害妄想症才开始变得活跃且负面。并有可能导致严重后果的迹象。“Artist”表现出的症状介于想象中的朋友这种普遍的社会心理现象和思觉失调之间。区别可能在于，事实上，大多数儿童或拥有想象的朋友的成年人都多少意识得到想象的朋友不是真实存在的。[21]但在“Artist”案例中，他在病症得到帮助之前，十分肯定他想象或幻想中的对象是真实确凿的。在逻辑认知方面，他对某些知识或常识怀有强烈的质疑，例如，他不认为中亚是一个真实存在的地方，可是却坚信“Abliz”是他最要好的朋友。“Artist”的妄想内容相对固定并形成完整的叙事，主要角色为“Abliz”，脚本内容主要围绕‘中亚’这个飘忽不定的地理名词展开，所有的幻想都在日常中时不时地进行着。“Abliz”与其相关的现实有可能是“Artist”通过阅读历史、搜集材料、实地走访、遭遇现实后，慢慢酝酿的幻想。“Artist”这时是大家眼里《玛丽与马克思》里的马克思、《美丽心灵》里的拉塞尔·克劳、《禁闭岛》里的莱昂纳多·迪卡普里奥甚至《闪灵》里的丹尼·托伦斯。而“Artist”花了很久才意识到这一点。

## 结语

发生类似某种继发性联想错觉或思觉失调的原因是复杂的，既有来自现实的蛊惑或刺激，也有主体自身各种能量聚集的原因。[22]本质上，这是一个人被抑制的意识进行抵抗的表现。荣格认为，“事件”，一般是造成心理应激的重要因素，事件发生的频率越高，导致心理应激的可能性越多，产生分裂的可能性也越大，压抑的环境、惨剧的记忆、不公的现实，矛盾的认知，那些令人印象深刻的经验，在沉默中积聚，直至形成了逻辑障碍，最终转化为了强迫幻觉。[23]文化和社会对精神疾病的表现和结果的影响是需要改进的，需要以不同的治疗策略以适应病患的不同病例，特别是在很多法

治不完善的发展中国家。我们认为有必要努力去开发与这些文化社会相关的治疗方式从而使这类患者受益。

## 道德声明

从患者处获得书面知情同意书，以便公布本病例报告和任何随附图像。

## 作者

BX的设计，为报告的成果和诠释贡献良多。他起草了项目并批准了最终版本的出版，并对项目的各个方面负责。JK修订了本文的内容并批准了最终版本的发布，并对报告的各个方面负责。SN也参与修订了本文的内容并核对最终版本的发布，同时对报告的各个方面负责。

## 利益冲突声明

作者声明，研究是在没有任何可被解释为潜在利益冲突的商业或金融关系的情况下进行的。

## 参考文献

- [1] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000. p. 299. ISBN 0-89042-025-4.
- [2] Varsamis, J.; Adamson, J. D.; Sigurdson, W. F. (December 1972). "Schizophrenics with Delusions of Poisoning". *The British Journal of Psychiatry*. 121 (565): 673–675. doi:10.1192/bjp.121.6.673. ISSN 0007-1250.
- [3] Kiran C, Chaudhury S (2009). "Understanding delusions". *Ind Psychiatry J*. 18: 3–18. doi:10.4103/0972-6748.57851. PMC 3016695. PMID 21234155.
- [4] "Ideas of Reference - Encyclopaedia of Psychology". 17 June 2016.
- [5] Lawrence M. Porter, *Worms' Vision in Western Literature* (2005) p. 117
- [6] Andreasen, Nancy C. (1984). "Scale for the assessment of positive symptoms" Archived 2010-12-28 at the Wayback Machine; The Movement Disorder Society.
- [7] Lenzenweger, MF, Bennett, ME, & Lilienfeld, LR (1997). "The Referential Thinking Scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation" (PDF). *Psychological Assessment*. 9: 452–463.
- [8] McKenna Awoke (2997), p.238

- [9] Sartoasfarius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J.E., & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine*, 16, 909 – 928.
- [10] Cutasfating, J. (1992). *Principles of Psasfychopathology : Two Worlds–Two Minds–Two Hemispheres*. Oxford University Press: Oxford.
- [11] Shields J: *Genetics aasfnd mental development*. In *Scientific foundations of developmental psychiatry* Edited by: Rutter M. Heinemann Medical, London.
- [12] Nurnberasfager JI, Berretini W: *Psychiatric genes* London: Chapman & Hall Medical; 1998.
- [13] Abdel-asfsaHamid, M., and Brune, M. (2008). Neuropsychological aspects of delusional disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 10, 229–234. doi: 10.1007/s11920-008-0038-x
- [14] Berrios, G. E., and asfasLuque, R. (1995). Cotard's delasfusion or syndrome?: a conceptual history. *Compr. Psychiatry* 36, 218–223. doi: 10.1016/0010-440X(95)90085-A
- [15] Butler, P. V. (2000). Diurasfanal variation in Cotarasfasd's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 34, 684–687. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00758.x
- [16] Caliyasfaurt, O., Vaasfasrdar, E., and Tuglu, C. (2004). Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report. *J. Psychiatry Neurosci.* 29, 138–141.
- [17] Chiu, H. F. (1995). Cotasfasard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *Gen. Hosp. Psychiatry* 17, 54–55. doi: 10.1016/0163-8343(94)00066-M
- [18] Coltheart, M., Laasfangdon, R., and McKay, R. (2007). Schizophrasenia and monothematic delusions. *Schizophr. Bull.* 33, 642–647. doi: 10.1093/schbul/sbm017
- [19] Debruyne, H., Portzky, M., Van denasfasf Eynde, F., and Audenaert, K. (2009). Cotard's syndrome: a review. *Curr. Psychiatry Rep.* 11, 197–202. doi: 10.1007/s11920-009-0031-z
- [20] Gerrans, P. (2000). Refining tasfahe explanation of Cotard's delusion. *Mind Lang.* 15, 111–122. doi: 10.1111/1468-0017.00125
- [21] Ghaffari-Nejad, A., Kerdeasfagari, M., and Reihani-Kermani, H. (2007). Selfmutilation of the nose in a schizophrenic patient with Cotard syndrome. *Arch. Iran. Med.* 10, 540–542.
- [22] Ghaffari Nejad, A., Mehdaasfaizadeh Zare Anari, A., and Pouya, F. (2013). Effect of cultural themes on forming Cotard's syndrome: repoesfrting a case of Cotard's synafadrome with depersonalization and out of body experiasfaence symptoms. *Iraafn. J. Psychiatry Behav. Sci.* 7, 91–93.
- [23] Grover, S., Anejaeffaa, J., Mahajan, S., and Varma, S. (2014). Cotard's syasfandrome: two cassfe reports and a brief review of literature. *J. Neurosci. Rural Pract.* 5(Suppl. 1), S59–S62. doi: 10.4103/0976-3147.145206