

专用于国家职业技能鉴定

国家职业资格培训教程

心理咨询师

(参考文献)

劳动和社会保障部职业技能鉴定中心 编
中国心理卫生协会

民族出版社

●专用于国家职业技能鉴定

国家职业资格培训教程

心理咨询师

(参考文献)

劳动和社会保障部职业技能鉴定中心
中国心理卫生协会 编

民族出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心理咨询师参考文献/劳动和社会保障部职业技能鉴定中心, 中国心理卫生协会编.
北京: 民族出版社, 2003.7

国家职业资格培训教程

ISBN 7-105-05647-9

I. 心… II. ①劳… ②中… III. 心理卫生-咨询服务-技术部训-自学参考资料
IV. R395.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2003) 第 060358 号

民族出版社出版发行

<http://www.e56.com.cn>

(北京市和平里北街 14 号 邮编 100013)

若龙文化工作室微机照排 聚鑫印刷有限责任公司印刷

各地新华书店经销

2003 年 7 月第 1 版 2003 年 7 月北京第 1 次印刷

开本: 787 毫米×1092 毫米 1/16 印张: 11

字数: 250 千字 定价: 23.00 元

该书如有印装质量问题, 请与本社发行部联系退换

(第二汉文编辑室电话: 010-64228001; 发行部电话: 64211734)

前 言

本《参考文献汇编》是《国家职业资格培训教程·心理咨询师》(以下简称《教程》)下册的补充读物,它的读者对象是参加心理咨询师(国家职业资格二级)和高级心理咨询师(国家职业资格一级)职业资格培训和鉴定的学员。

本《参考文献汇编》的内容,全部是心理咨询师、高级心理咨询师必须掌握的知识。这些内容本应写入《教程》,但是因为其内容较多,而《教程》自身篇幅有限,所以另编成册。因此,《参考文献汇编》中的部分内容,将列入培训教学大纲,并作为心理咨询师全国统一考核鉴定的内容。

本《参考文献汇编》收集的文献,偏重于医学心理学。在医学心理学文献里,又偏重与临床疾病的心理学问题、临床神经心理学和精神病学的症状学等内容。这与心理咨询师培训与鉴定“非医学咨询”的方向并不矛盾。因为,任何一个达到国家职业资格一级和二级的心理咨询师,即便他们进行的是“非医学”心理咨询,他们也必须具备充分的医学心理学知识,甚至医学的一般知识。这是该职业的工作实践向我们提出的要求。不具备上述知识,很可能在工作实践中造成失误,把神经和精神疾病的症状,误认为心理问题,把神经和精神疾病的患者,当作纯心理问题来处理。

本《参考文献汇编》中,每一篇文献只针对《教程》中的某一项“相关知识”。为使读者便于将某一篇参考文献和《教程》中的某一项“相关知识”对应起来,在《参考文献汇编》的目录中,列出了文献的名称。同时,在文献名称后面,注明了该篇文献针对的是《教程》的哪一页和哪一项“相关知识”。

本《参考文献汇编》中,各篇文献的作者都是我国学界的知名学者。他们能同意我们摘录他们的作品,是我们莫大的荣幸。他们以自己多年辛勤劳动的成果支持我们的编撰工作,这既表现出他们无私奉献的精神,也表现出他们对我国心理咨询师职业化工作的热情关怀。无疑,这对我们既是极大的鼓舞,又是有力的鞭策。为此,我们《参考文献汇编》的全体组织者和编撰人员,对各篇文献的作者,谨致诚挚的谢意。

需要说明的是,为了能让学员了解收入本《参考文献汇编》中的各篇文献的原貌,我们对每篇文献的体例未作完全统一。

劳动和社会保障部职业技能鉴定中心
中国心理卫生协会

目 录

前 言	(1)
1. 神经症的临床评定	
《教程》下册, 第 101 页, 相关知识 (一)	许又新 (1)
2. 精神障碍的症状学	
《教程》下册, 第 101 页, 相关知识 (一)	姜佐宁 江镇康 (5)
3. 人格障碍的病因与发病机理	
《教程》下册, 第 259 页, 相关知识 (三)	杨德森 (28)
4. 认知因素致病	
《教程》下册, 第 132 页, 相关知识 (五)	郭念锋 (32)
5. 窥阴症	
《教程》下册, 第 133 页, 相关知识 (八)	钟友彬 (35)
6. 情绪障碍的认知模型	
《教程》下册, 第 134 页, 注意事项 (三)	徐俊冕 季建林 (39)
7. 医学心理学的现代理论归宿	
《教程》下册, 第 266 页, 相关知识 (一)	郭念锋 (44)
8. 心理社会行为因素对人类健康的影响	
《教程》下册, 第 266 页, 相关知识 (二)	岳文浩 (52)
9. 生活事件量表	
《教程》下册, 第 266 页, 相关知识 (三)	张亚林 杨德森 (56)
10. 情绪行为的生物学基础	
《教程》下册, 第 273 页, 相关知识 (一)	汤慈美 (65)

11. 激素及其与行为的相关

《教程》下册，第 273 页，相关知识（二） 陈双双（78）

12. 大脑皮质各叶与心理（行为）相关性研究

《教程》下册，第 273 页，相关知识（三） 汤慈美（88）

13. 内科领域中的心理问题及处理

《教程》下册，第 273 页，相关知识（四） 赵耕源（112）

14. 评估求助者问题的十一项内容

《教程》下册，第 281 页，相关知识（美）S.Cormier 著 张建新等 译（129）

15. 识别、界定和评价治疗结果目标

《教程》下册，第 281 页，相关知识（美）S.Cormier 著 张建新等 译（146）

1. 神经症的临床评定

《教程》下册，第 101 页，相关知识（一）

摘自许又新著《神经症》，北京人民卫生出版社 1993 年版，第 166—172 页。

第一节 诊断评定

一、神经症与正常的分界线

在精神科工作中，神经症与正常心理的分界线并不成为一个问题，因为到精神科就诊的病人，几乎都是症状比较重且患病比较长的。但是，在内科或基层保健室里，这个问题就会经常发生。这里，关键在于深入了解病人的心理，弄清楚心理冲突的性质。从现象或事实的角度来说，心理冲突有常形与变形之分。心理冲突的常形有两个特点：一是它与现实处境直接相联系，涉及大家公认的重要生活事件，例如，夫妻感情不和，病人长期想离婚又不想离婚，十分苦恼；二是它带有明灵的道德性质，不论你持什么道德观点，你总可以将冲突的一方视为道德的，而另一方是不道德的，上述的例子便是如此。心理冲突的变形也有相应的两个特点：一是它与现实处境没有什么关系，或者它涉及的是生活中的鸡毛蒜皮，一般人认为简直不值得为它操心，或者使不懂精神病学的人感到难以理解，很容易解决的问题为什么病人却解决不了。例如，某病人每天晚饭后就陷于吃药还是不吃药的痛苦冲突之中：吃药怕肝硬变和上瘾，不吃药怕睡不着。这在不懂精神病学的局外人看来是不成问题的，想吃就吃，不想吃便拉倒，实在决定不了可以去问医生，医生叫你吃你就吃，医生叫你别吃就不吃；二是它不带明显的道德色彩。如上例，你不能说吃药和不吃药何者道德何者不道德。心理冲突的变形是神经症性的，而心理冲突的常形则是大家都有的经验。显然，如果限于心理冲突的常形，甚至并没有什么痛苦的心理冲突，那么，充其量只是心理生理障碍，而不是神经症。要注意的是，一旦出现头痛、失眠、记忆差或内脏功能障碍，原来不明显的心理冲突便会尖锐化，也很容易发生变形，例如明显的疑病症状。

心理冲突的揭示和分析需要精神病学知识和技巧，一般通科医生可以用比较简单而容易掌握的方法来进行评定。这包括三方面：

（1）病程：不到 3 个月为短程，评分 1；3 个月到 1 年为中程，评分 2；1 年以上为长程，评分 3。

（2）精神痛苦的程度：轻度者病人自己可以主动设法摆脱，评分 1；中度者病人自己摆脱不了，需借别人的帮助或处境的改变才能摆脱，评分 2；重度者病人几乎完全无

法摆脱,即使别人安慰开导他或陪他娱乐或易地休养也无济于事,评分3。

(3) 社会功能:能照常工作学习以及人际交往只有轻微妨碍者,评分1;中度社会功能受损害者工作学习或人际交往效率显著下降,不得不减轻工作或改变工作,或只能部分工作,或某些社交场合不得不尽量避免,评分2;重度社会功能受损害者完全不能工作学习,不得不休病假或退学,或某些必要的社会交往完全回避,评分3。

如果总分为3,可以认为还不够诊断为神经症。如果总分不小于6,神经症的诊断是可以成立的。4~5分为可疑病例,需进一步观察确诊。要补充说明的是,对精神痛苦和社会功能的评定,至少要考虑近三个月的情况才行,评定涉及的时间太短是不可靠的。

二、神经症与器质性病的鉴别

对每一位可疑的神经症病人都必须进行常规的身体和神经系统检查,这也是内科和神经科临床工作中的日常实践。

根据一次会晤或精神科检查便下诊断,尤其是缺乏经验的医生,常常是不可靠的。安排病人定期复诊,例如一、二周或一个月复诊一次,多复诊几次总是可以确诊的。精神科医生下诊断,有时需有内科和神经科的检查报告或病案记录,有时需与家属会晤,以了解有关情况和核对病人的叙述。

诊断神经症不能单纯依靠排除。身体和神经系统检查阴性不能构成神经症诊断的充分根据。反之,如果神经症症状典型而且持久(例如长期存在心理冲突的变形),即使病人确有内科疾病(如慢性肝炎,高血压病,结核病等),神经症的诊断仍然是可以成立的。换言之,在某些情况下,我们必须下两个诊断,即某种内科疾病和神经症。这样做不仅在理论上是站得住脚的,而且在治疗上对病人也有好处,也就是医生一方面治疗内科病,另一方面也同时针对神经症进行相应的治疗,尤其是心理治疗。对于暂时不能确诊的病人,必须向病人作充分的解释,解除病人不必要的顾虑,也防止病人在不同的科或医院之间盲目地和焦急地跑来跑去。

三、神经症与人格障碍

这并不是一个非此即彼的问题。近来,西方国家已经通行多轴诊断。对于每一位精神科病人,除了临床综合症的诊断外,都必须确定他有人格障碍。这种做法有必要在国内加以推广。

据 P.Tyrer (1983),神经症病人的40%有人格障碍。又据 A.Sims (1975),一组神经症病人追踪12年发现70%有人格障碍,而对照组外科病人有人格障碍者只占25%。

因此,弄清楚每一位神经症病人的人格是重要的,这对治疗和推断预后都有必要。

四、神经症与精神病的鉴别

如果我们把神经症和精神病看做轻重完全不同的两组病,那么,在同一时刻,这两类诊断标签便是互相排斥的。这里所说的轻重是从三方面加以衡量的:症状自知力,对客观现实歪曲的程度,社会功能受损害的程度。实际上,轻重两极之间是犬牙交错的,

例如，某些强迫性神经症病人完全不能工作，而某些偏执性精神障碍病人却保持着相当良好的工作能力。鉴于神经症和精神病的二分法存在着无法解决的困难，“ICD-10”草案（1990）已经宣布放弃这种做法，甚至连精神病（psychosis）一词也抛弃不用，而只保留精神病性（psychotic）一词作描述之用。草案明确规定，精神病性只限于用以描述存在下述症状的情况：幻觉；妄想；显著的兴奋和活动过多；并非由于抑郁或焦虑引起的严重而持久的社会性退缩；显著的精神运动性迟滞；紧张症性（catatonic）行为。

在不同的时期，同一病人完全可能处于大不相同的状态。也就是说，在一个时期处于神经症状态，而在另一个时期处于精神病状态，是完全可能的。

A. Sims（1983）计算了关于神经症的14篇追踪研究报告中的数据，得出的结果是：神经症病人中有5.8%后来出现精神病。O. Bratfos（1970）对住过院的神经症病人追踪12年~22年，发现8%的病人后来因精神病而住院。

在精神科工作中，这样的病人并非罕见：过去多年的表现无疑属于神经症和人格障碍的范围，而近来却是明显的精神病状态。对于这种病例，有些年轻的精神科医生往往争论不休，一方说是神经症，另一方说过去的所谓神经症只不过是精神病的早期。双方各执一词，谁也说服不了谁。几年前某病人经手术确证为阑尾炎，这一次手术确证是胆囊炎，外科医生对这两个不同的诊断都不会怀疑。精神病学有什么理由断言，一位真正的神经症病人对任何一种精神病有终生绝对免疫力？

值得注意的是，典型的神经症持续多年后出现的精神病状态照例是不典型的，既非典型的精神分裂症或躁郁症，也非典型的偏执性障碍。反过来说也是真的，如果病人表现为典型的精神分裂症，那么，既往的临床相照例不是典型的神经症，病人过去的障碍与其说是持久而苦恼的心理冲突，不如说主要是社会适应不良的行为模式（尤其是人际关系上的异常行为）、模糊而有些奇怪的异常感知觉体验，以及性质不确定的心理生理障碍等。

还有一点值得一提，神经症病人后来出现非器质性精神病状态的，几乎都有人格障碍。

五、不同类型神经症的鉴别

这在前面有关章节里已经讨论过。这里再概括地谈一谈。

等级制诊断系统对于某些情况是适用的，例如，神经衰弱与焦虑神经症，焦虑神经症与强迫神经症，一律优先考虑后一种诊断，当两者的诊断标准都符合时。但是，强迫性神经症已经确诊者，若出现充分发展的抑郁综合征，则两个诊断都要采用，非此即彼的诊断方法就不适用了。

北京医科大学精神卫生研究所1987年上半年的门诊初诊神经症病人中，有大约1/3只诊断为神经症，而没有标明是什么类型的神经症。一次门诊的诊断难免粗糙或笼统些，但这个数字跟作者的临床经验相去不远。在作者见过的神经症病人中，每10人中至少有2人是很难归到某一公认的特殊类型里的。这些病例是混合型的，或者临床相表现有阶段性（不同时期有不同的临床相）。这里，作为临床背景的人格特性在影响着症状的形式，而不同时期面临不同的生活处境又在影响着症状的呈现。举一个例子，某病人

初期主诉见了陌生人或异性就紧张害怕，同时感到自己的眼神不自然，感到控制不住地要斜着眼去看别人。这些都是社交恐怖症的常见表现。但是，病人有猜疑和自我援引等人格特性，这就使病人常常找别人“解释”以“消除误会”，而较少表现为回避。后来，偏执人格特性的表现逐渐显著，恐怖症越来越不典型。然而，在与医生交谈中，病人对她的自我援引始终保留着症状自知力，坦率地承认自己“太多心”、“太过敏”了。病人常纠缠于苦恼之中：担心人家因她表情不自然而误解了她，忍不住要向人家解释，又怕老找人家解释反而增加别人的怀疑，甚至会认为她有精神病。可见，神经症性心理冲突始终是主要的。病人一直因精神苦恼而主动求治，并没有典型的妄想。所以，仍应诊断为神经症，尽管不好分型。同时，还得诊断病人有人格障碍，而人格障碍也是强迫型（或不安全型）和偏执型的混合形式。

作者主张，把神经症分为以下4类：

(1) 反应性神经症或神经症性反应。特点是有明显的心理社会诱因，病程在一年以内以完全缓解告终。

(2) 没有人格障碍的神经症（neurosis proper）。病程一年以上，也没有任何伴发疾病。

(3) 病前有人格障碍的神经症。

(4) 伴有重要躯体疾病的神经症，但偶尔患感冒、腹泻一类为时不长的病不算。

以上4类在临床相、病程、预后以及对治疗的反应有明显不同，因此，这样的区分对研究神经症的病因和病理机制也许大有好处。

2. 精神障碍的症状学

教程下册，第 101 页，相关知识（一）

作者姜佐宁、江镇康，摘自姜佐宁主编的《精神病学简明教程》，
科学出版社 2003 版，第 22—44 页。

第一节 概 述

精神障碍是指在内外各种致病因素的影响下，大脑功能活动发生紊乱，导致认识、情感、意志和行为等精神活动产生不同程度的障碍。由于许多精神障碍至今病因未明，尚缺乏有效的、可用于诊断的生物学指标，就目前精神科的科学水平而言，临床诊断主要是通过病史和精神检查，发现精神症状和症候群，先做出精神障碍的症状学诊断，再进而结合病历资料做出疾病的分类学诊断。由此可知，精神障碍症状学的学习对每一位医务工作者来说，都是必不可少的，它是学习临床精神病学的基础。综合医院的医生用很多专门的医学术语，来概括他们用现代医学“视、触、叩、听”所发现的异常体征。同理，精神科医生也用一些专门的医学术语来概括精神障碍患者的精神异常表现。精神障碍症状学的学习就是要了解精神病学中这些医学术语（例如幻觉、妄想等）的确切含义，及它们对诊断精神障碍的临床意义。在临床学习阶段，还应学习好接触精神障碍患者的技巧。例如，如何才能最大限度地争取到患者的合作，如何才能发现精神障碍患者某些隐蔽的精神症状等等。这些精神检查的技巧，只有在不断的医疗实践过程中才能更加深刻地领会到。

人的正常精神活动按心理过程分为感知觉、思维、注意、记忆、智能、情感、意志和行为等心理过程。为了便于对精神症状的描述，也为了和临床上实际应用的精神检查提纲做到程式上的一致，本章将按照精神活动的各个心理过程分别描述常见的精神症状。

第二节 感知觉障碍

感觉是人体对客观事物个别属性的反映。知觉是人在感觉的基础上，将客观事物各种不同属性进行综合，并结合既往经验，在脑中形成对客观事物的整体的反映。例如，在我们的眼前有一个梨，当我们综合它的形状、大小、颜色、气味等各个方面的感觉，认识到这是一个梨时，这已经是知觉了。精神科临床常见的感知觉障碍有错觉、幻觉和感知综合障碍。

一、感觉障碍

感觉障碍 (disorders of sensation) 包括:

(1) 感觉过敏 (hyperesthesia): 是对外界一般强度的刺激感受性增高。例如神经症或感染后虚弱状态患者, 对日常生活中的说话声、关门声感到无法忍受, 抱怨周围人说话时声音太吵, 关门声太响等等。

(2) 感觉减退 (hypoesthesia): 是对外界一般强度的刺激感受性降低, 即感觉阈值的增高。例如, 抑郁状态、木僵状态和意识障碍时, 患者对针刺反应迟钝。神经系统器质性疾病时常常有感觉减退。在功能性精神疾病, 例如癔症时, 其感觉减退不符合神经系统的解剖生理特点。

(3) 内感性不适: 患者的躯体内部产生各种不舒服的或难以忍受的异常感觉。主诉全身难受、不舒服, 性质不明确, 部位不具体。或者患者诉述身上有难以忍受的牵拉、挤压、撕扯等异常感觉, 但说不出躯体不适的具体部位。多见于精神分裂症、抑郁状态、神经症和脑外伤后综合征。

二、知觉障碍

知觉障碍 (disturbance of perception) 包括:

1. 错觉 (illusion) 指患者对客观事物歪曲的知觉。正常人有时也会产生错觉, 经验证后可以认识到自己的错误加以纠正。精神疾病的错觉以错视和错听多见。例如, 患者把邻居责骂孩子的声音误认为邻居正在辱骂自己。又例如, 一位躯体感染所致精神障碍患者把病房内的医护人员看成是她的邻居、同学、亲戚, 解释无效。这种病理性错觉在意识障碍的谵妄状态时较为常见, 并且此时错觉的内容常常带有恐怖性质。

2. 幻觉 (hallucination) 是虚幻的知觉, 是指客观世界并不存在某种事物, 而患者却能感知到这种事物的存在。幻觉在精神科临床上很常见, 因而是一种很重要的精神病性症状。根据感觉器官的不同, 幻觉可以进一步区分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触和内脏性幻觉。临床上以幻听最为常见, 幻视次之, 其他种类的幻觉出现次数较少。

(1) 幻听 (auditory hallucination) 包括言语性和非言语性的幻听。后者如听到汽车鸣笛声、电闪雷鸣声、鸟叫声等。临床上言语性幻听比非言语性幻听更为常见, 对精神疾病的诊断和鉴别诊断也更有临床意义。受幻听的影响, 患者常有侧耳倾听、对空漫骂, 以棉花堵塞双耳, 甚至匆忙外跑, 要和对方讲理等异常行为表现。根据言语性幻听内容的不同, 还可以区分为: 命令性幻听, 听到声音不准患者吃饭、喝水等; 评论性幻听, 议论患者的优缺点等; 争论性幻听, 此时患者听到不止一个人的声音。幻听内容有的对患者进行表扬, 有的对患者进行批评, 并且不同意见者之间发生了争论。幻觉可见于多种精神疾病, 不仅常见于精神分裂症, 而且很多种器质性、心因性、功能性精神障碍时都可能出现幻听。

(2) 幻视 (visual hallucination) 幻视可以是不成形的, 缺乏具体的形态和明确的结构。例如, 见到一道亮光, 或红色的火花等, 这是一种原始性幻觉。幻视的内容也可能非常鲜明生动, 如同外界客观事物的形象一样。幻视可见于精神分裂症, 也可见于脑

器质性和躯体疾病所致精神障碍。

(3) 幻嗅 (olfactory hallucination) 患者闻到一些难闻的气味。例如, 腐败的尸体气味, 汽车轮胎烧焦后的气味, 刺鼻的臭鸡蛋味等, 患者常为此以手掩鼻。幻嗅可见于精神分裂症, 也可见于脑器质性精神障碍, 如颞叶癫痫或颞叶肿瘤时。

(4) 幻味 (gustatory hallucination) 患者尝到食物或水中有某种特殊的怪味道。医护人员或患者的家人只能从患者拒食、拒饮推测患者可能有幻味。只有当患者自己叙述在食物或水中尝到了某种特殊的怪味道以后才能确认患者有幻味。主要见于精神分裂症。

(5) 幻触 (tactile hallucination) 患者感到皮肤或黏膜上有某种异常的感觉, 如虫爬感、针刺感、电灼感 (如“有人给我上电刑”) 等等。可见于精神分裂症或癫痫性精神障碍等脑器质性精神障碍。

(6) 内脏性幻觉 (visceral hallucination) 患者感到躯体内部有一种性质很明确, 部位很具体的异常知觉体验。例如, 某患者抱怨医生用药不当, 致使其肠子里的蛔虫钻透肠壁后在自己的腹腔内爬行。患者手指在自己的腹部移动, 边移动边喊: “蛔虫到这儿了, 又到这儿了, 穿过横膈膜, 进到我的胸部啦。”又例如, 某患者说自己的肠子穿孔了, 吃进去的饭菜通过这肠子穿孔处掉到肚子里了, 使得他肚子沉甸甸的。多见于精神分裂症或严重抑郁症发作。

按幻觉体验的来源, 可以将幻觉分为真性幻觉和假性幻觉两种。之所以要对幻觉做这样的区分, 是因为这样的区分对一些精神疾病的诊断和鉴别诊断有实用价值。

(1) 真性幻觉 (genuine hallucination) 患者体验到的幻觉形象鲜明生动, 如同外界真实地存在某种客观事物一样。幻觉映像存在于外部客观空间, 是通过相应的感觉器官感知到的。患者常常叙述这是他亲眼所见, 亲耳所闻, 因而对此深信不疑, 并对幻觉内容做出相应的情感和行为反应。

(2) 假性幻觉 (pseudo hallucination) 幻觉形象不够鲜明生动, 它产生于患者的主观空间 (如脑内、牙齿内), 叙述幻觉不是通过相应的感觉器官感知到的。例如, 患者说闭上眼睛能看到东西、人像, 不用耳朵, 脑子也能听到声音, 这一特点对区别真性幻觉和假性幻觉有着非常重要的意义。有的叙述闭上眼睛也能看到自己的头脑里有一个人像, 这个人像就像连环画中的小人一样, 只能分出头部、躯干和四肢, 或称只能看到人体的一个模糊轮廓。虽然这个人体和真实的人体有明显的不同, 但是患者并不认为这是病态表现, 对此仍深信不疑, 解释无效。

按幻觉产生的特殊条件, 又有功能性幻觉、思维鸣响、心因性幻觉等精神病学的专门术语。

(1) 功能性幻觉 (functional hallucination) 是当某个感觉器官处于功能活动状态的同时, 出现涉及这种感觉器官的幻觉, 常见的是功能性幻听。功能性幻听时, 正常知觉和幻听同时出现、同时存在、同时消失, 两者互不融合。例如, 患者在听到闹钟滴答声的同时听到骂他的声音, 当患者家长把闹钟拿走, 患者听不到滴答声时, 也听不到骂他的声音了。功能性幻听大多见于精神分裂症, 也可见于气功所致精神障碍等其他精神障碍。

(2) 思维鸣响或思维化声 (audible thought) 又称思维回响 (thought - echo), 是另一种特殊形式的幻觉。当患者独自进行思考时, 就有说话声说出患者所思考的内容。例如, 当某学生想到自己放学后要赶快回家, 患者只是有此想法, 并未发出声来, 但是患者就能听到一个声音“放学后要赶快回家”。有的思维鸣响患者是在看书时, 自己并未读出声来, 却听到有一个声音在朗读患者所看书的内容。思维鸣响多见于精神分裂症。

(3) 心因性幻觉 (psychogenic hallucination) 是在强烈的精神刺激因素 (心理应激) 作用下出现的幻觉, 幻觉的内容与精神刺激因素有密切的联系。见于应激相关精神障碍、癔症等。

3. 感知综合障碍 (psychosensory disturbance) 指患者对客观事物的感知从总体上是正确的, 但对这一客观事物的个别属性, 例如大小、长短、粗细等形状感知反常。患者感到周围人或物体的形象比实际增大者称为视物显大症。例如, 一位精神分裂症患者称某医生胸前佩戴的钢笔看起来非常特别, 又粗又长。患者感到周围人或物体的形象比实际缩小者称为视物显小症。视物显大症和视物显小症等均属患者视觉形象的改变, 可总称为视物变形症。

有的感知综合障碍患者, 对周围环境中事物和人体的感知发生了变化, 称之为非真实感 (derealization)。患者认为周围环境中的物体像舞台上的布景一样, 像“水中月”, 像“镜中花”, 认为和过去所见到的不一样, 对它们没有真实的感觉。患者认为周围的人物 (包括家人) 像是油画中的肖像画, 尽管看起来很像, 但没有生机。非真实感可见于抑郁症、神经症和精神分裂症。

有的患者在自身躯体结构方面产生了感知综合障碍。例如, 体形障碍患者认为自己面孔的模样发生了变化, 因而在一日之内多次窥镜, 称为窥镜症, 可见于精神分裂症和脑器质性精神障碍。

第三节 思维障碍

人类对感知觉所获得的材料, 经过大脑的抽象、概括、分析、综合而形成概念 (conception)。人们在日常生活和生产劳动中, 总是离不开在概念的基础上进行判断和推理。这个过程就称为思维 (thinking)。为了交流的需要, 世界上各个民族在历史的长河中形成并创造了本民族所特有的语言和文字。思维就是通过言语或文字来表达和进行的。

正常人的思维活动可以概括为以下几个特征:

(1) 目的性 正常人在与人交谈、演讲、写信、写作文、记日记等等活动时, 总是有一定的主题和中心思想, 即思维总是指向一定的目的, 要说明某一问题。

(2) 连贯性 指思维过程中的概念是前后衔接、相互联系的。在思维过程中的一些联想活动, 基本上是围绕着谈话的主题和中心思想进行的。

(3) 逻辑性 指思维过程符合思维逻辑规律。例如, 思维过程中所用词汇的含意前后总是保持一致, 谈话内容不会前后矛盾, 由判断推理所作出的结论总是有充足的理由和根据等等。

(4) 实践性 正常的思维活动总是通过实践—认识—再实践—再认识这一循环往复过程,接受客观实践的检验,使自己的思维活动尽可能地与客观实际保持一致。

思维障碍的临床表现多种多样,为了叙述的方便,人为地将思维障碍分为思维形式障碍和思维内容障碍两大部分。

一、思维形式障碍

思维形式障碍 (disorders of the thinking form) 包括思维联想障碍和思维逻辑障碍两大部分。现将常见的精神症状分别叙述如下:

1. 思维奔逸 (flight of thought) 一种兴奋性的思维联想障碍,主要指思维活动量的增加和思维联想速度加快而言。患者表现为语量多,语速快,口若悬河,滔滔不绝,词汇丰富,诙谐幽默。患者自诉脑子反应灵敏 (“脑子转得快”)。这一症状严重时,患者谈话的内容中夹杂着很多音韵的联想 (音联),或字意联想 (意联)。即患者按某些词汇的音韵相同或某句子在意义上相近的联想而转换主题。患者的谈话内容很容易被环境中的变化所吸引而转换谈话的主题 (随境转移)。多见于躁狂状态或情感性精神障碍躁狂发作。

病例 男 25岁 情感性精神障碍躁狂发作

在病房医生集体床旁查房时,患者主动问站在其身旁的医生姓名。这位医生告诉其姓“栗”,患者听到后就说:“啊!西米西米,东西南北,东风压倒西风,帝国主义和一切反动派都是纸老虎。”此时病房门口走进一位身着工作服的其他病房的医生。患者的注意力立即被这位陌生人吸引过去,并自言自语地说:“他来干什么?我熟悉这儿的情况,我能帮他忙。”患者在离开众多医生,欲转而向这位陌生人走去以前,连声说:“对不起,我得问问他有什么事。” (音联、意联、随境转移)。

2. 思维迟缓 (retardation of thought) 一种抑制性的思维联想障碍,与上述思维奔逸相反,以思维活动显著缓慢,联想困难,思考问题吃力,反应迟钝为主要临床表现。患者语量少,语速慢,语音低沉,反应迟缓。患者自诉:“脑子不灵了,脑子迟钝了。”这一症状严重时,虽然患者本人非常努力,但是一篇作文或一篇简短的发言稿,经过很长时间还是写不出来,学习或工作效率很低,患者因此而苦恼。多见于抑郁状态或情感性精神障碍抑郁发作。

3. 思维贫乏 (poverty of thought) 患者思想内容空虚,概念和词汇贫乏,对一般性的询问往往无明确的应答性反应或回答得非常简单。回答时的语速并不减慢,这是思维贫乏和思维迟缓精神症状鉴别要点之一。患者平时沉默寡言,很少主动讲话,询问时则患者回答:“没有什么要想,也没有什么可说的。”患者对上述精神症状漠然处之,并不以为是精神病态表现。多见于精神分裂症或器质性精神障碍痴呆状态。

4. 思维松弛或思维散漫 (looseness of thought) 患者的思维活动表现为联想松弛,内容散漫。交谈中患者对问题的叙述不够中肯,也不很切题,给人感觉患者的回答是“答非所问”,此时,与其交谈有一种十分困难的感觉。例如,某技校学生,笔试时监考老师已发现有一道问答题,其所答内容与所问问题毫无关系,曾前后两次提醒这位学生要好好审题。患者对答题内容仍不做任何修改,还说:“我已经看过了,这道题就这样

回答。”可见于精神分裂症早期。

5. 破裂性思维 (splitting of thought) 患者在意识清楚的情况下, 思维联想过程破裂, 谈话内容缺乏内在意义上的连贯性和应有的逻辑性。患者在言谈或书信中, 其单独语句在语法结构上是正确的, 但主题与主题之间, 语句之间却缺乏内在意义上的连贯性和应有的逻辑性, 因此, 旁人无法理解其意义。这是精神分裂症特征性的思维联想障碍之一, 对精神分裂症的诊断有重要参考价值。

病例 男 22岁 精神分裂症青春型

医生问, 患者答, 现记录一段交谈内容如下。问: “这儿是什么地方?” 答: “现在的地方不管它, 就是一小部分。”问: “你来这里干什么?” 答: “我来这里没法说生活困难。现在我来就算是叨语。现在就代表一句话。院长就这样。今天是下午。”问: “我们是做什么工作的?” 答: “我早晨没有吃饭, 我找原来前面那个小小的商店。”问: “你吃了没有?” 答: “你想想, 哪个人他不知道, 点心还不如火烧, 米饭大部分是思想问题”……

6. 思维不连贯 (incoherence of thought) 严重的破裂性思维, 在意识清楚的情况下, 不但主题与主题之间, 语句之间缺乏内在意义上的连贯性和应有的逻辑性, 而且在个别词句之间也缺乏应有的连贯性和逻辑性, 言语更加支离破碎, 语句片断, 毫无主题可言, 成为语词杂拌 (word salad)。需要特别指出的是, 如果语词杂拌不是在意识清楚情况下出现的, 而是在意识障碍情况下出现的, 则这时候的精神症状就不能称之为破裂性思维, 而应该称之为思维不连贯。虽然破裂性思维时的语词杂拌在临床现象学方面很难与思维不连贯时的语词杂拌进行区分, 但两者在临床上的严格区分却是非常重要的。区别两者的要点在于后者是在意识障碍情况下出现的。思维不连贯多见于脑器质性和躯体疾病所致精神障碍有意识障碍时。

7. 思维中断 (block of thought) 患者无意识障碍, 又无明显的外界干扰等原因, 思维过程在短暂时间内突然中断, 常常表现为言语在明显不应该停顿的地方突然停顿。这种思维中断并不受患者意愿的支配, 有的患者在回答医生对上述现象的提问时说: “当时我心里明白, 但脑子里一片空白。”患者可伴有明显的不自主感。多见于精神分裂症。

8. 思维插入 (thought insertion) 和思维被夺 (thought withdrawal) 患者在思考的过程中突然出现一些与主题无关的意外联想, 患者对这部分意外联想有明显的不自主感, 认为这种思想不是属于自己的, 是别人强加给他的, 不受其意志的支配, 称思维插入。若患者在思考的过程中突然认为自己的一些思想 (灵感或思想火花) 被外界的力量掠夺走了, 称思维被夺。两者多见于精神分裂症。

9. 思维云集 (pressure of thought) 又称强制性思维 (forced thinking), 是指一种不受患者意愿支配的思潮, 强制性地大量涌现在脑内, 内容往往杂乱多变, 毫无意义, 毫无系统, 与周围环境也无任何联系。这些内容往往突然出现, 迅速消失。有的患者说: “这些乱七八糟想法的出现, 就像夏天天空中的云彩一样, 突然乌云密布, 突然乌云消失, 又见阳光。”强制性思维与思维插入和思维被夺的区别在于, 思维插入和思维被夺时, 患者还有属于自己的, 受患者意愿支配的思维活动。而在强制性思维时, 患者认为

他的思维活动已经完全不受自己意愿的支配,已经没有属于自己的思维活动了。强制性思维多见于精神分裂症,也可见于脑器质性精神障碍。

10. 病理性赘述 (circumstantiality) 患者在与人交谈过程中不能简单明了、直截了当地回答问题,在谈话过程中夹杂了很多不必要的细节。患者并不觉得自己说话啰嗦,反而认为这些都是其认真交谈和回答问题时必不可少的内容。患者不听劝说,坚持要按照他原来的想法把话讲完。患者在讲了很多完全可以省略的谈话内容以后,最后终于讲出了其本次谈话的主题和中心思想。见于脑器质性精神障碍。

病例 男 45岁 癫痫性精神障碍

医生问:“上次我给你开的药,你吃完了吗?”患者答:“医生,你上次给我开了两种药,一种叫鲁米那,一种叫苯妥英钠。这两种药你让我每天吃3次,每次各1粒。我为了治好病,我是完完全全按照你说的办法吃药的,既不多吃,也不少吃。我每天吃3次药,每次一样吃1粒。今天正好吃完了。”

11. 象征性思维 (symbolic thinking) 指患者主动地以一些普通的概念、词句或动作来表示某些特殊的、不经患者解释别人无法理解的含意。例如,时值夏天,某患者只要睁眼醒来就紧紧抱住冰冷的暖气片不松手,甚至在一日三餐时也不松手。医护人员询问其原因何在,患者说:“因为暖气片是工人阶级制造的,我决心和剥削阶级家庭划清界限,永远和工人阶级在一起。”本例为精神分裂症患者,复发时上述精神症状再现,这一症状反映出形象概念与抽象概念之间的联想障碍,即患者混淆了具体的形象概念(暖气片)与抽象概念(工人阶级)之间的界限。病理性象征性思维多见于精神分裂症。正常人可以有象征性思维,如以鸽子象征和平,游行时高举红旗象征革命,这样做是以传统和习惯为基础,已约定俗成,彼此能够理解的,而且不会把象征的东西当成现实的东西。

12. 语词新作 (neologism) 患者自己创造一些文字、图形成符号,并赋予其特殊的含意。有时把几个无关的概念或几个不完全的词拼凑成新的词,以代表某种新的概念或几个不完全的词拼凑成新的词,以代表某种新的含意。例如,医生在患者写的文字材料中发现有一个字“忒”(字的上半部是“手”,字的下半部是“心”)。患者说:“这个字读作手心(shǒu xīn),是书桌的意思。”语词新作多见于精神分裂症。

13. 逻辑倒错性思维 (paralogic thinking) 以思维联想过程中逻辑性的明显障碍为主要特征。患者的推理过程十分荒谬,既无前提,又缺乏逻辑根据,尽管如此,患者却坚持己见,不可说服。例如,某中学生物老师,精神失常后拒食,在劝说下可饮水,仍拒食。医生询问时,患者答:“我是大学生物系毕业的。生物进化是从单细胞到多细胞,从植物到动物。植物和动物是我们的祖先。父母从小就教育我要尊敬祖先。我吃饭、吃菜就是对祖先的不孝了。”逻辑倒错性思维多见于精神分裂症。

二、思维内容障碍

(一) 妄想

妄想 (delusion) 是一种在病理基础上产生的歪曲的信念、病态的推理和判断,它虽然不符合客观事实,也不符合所受的教育水平,但患者对此坚信不疑,无法说服,也