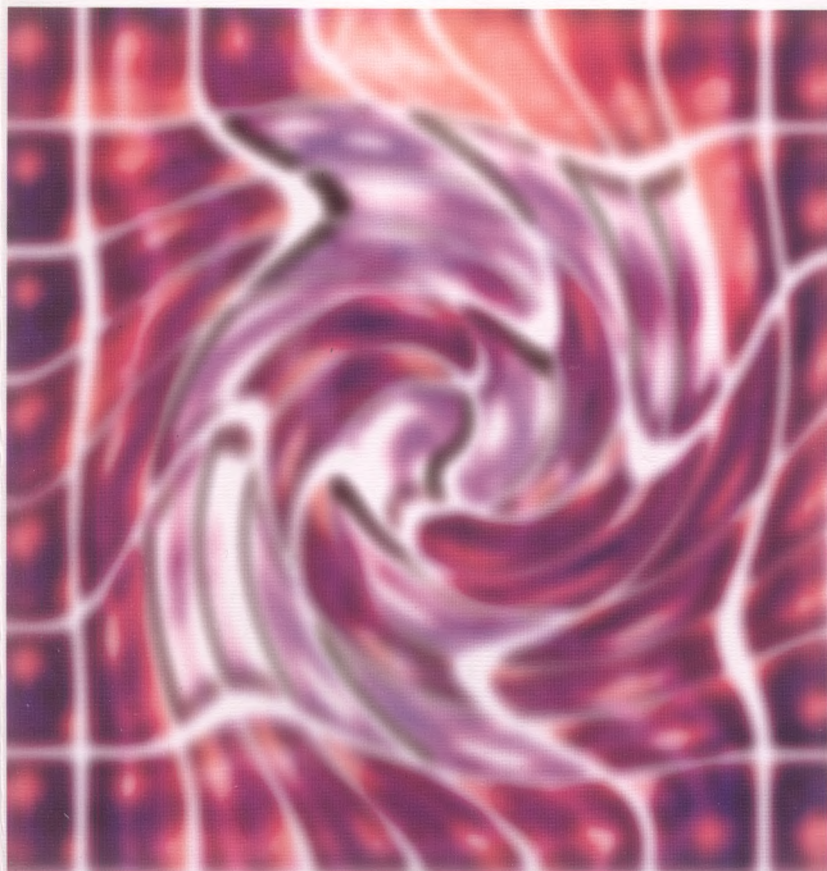


刘协和◎编著

临床精神病理学

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY

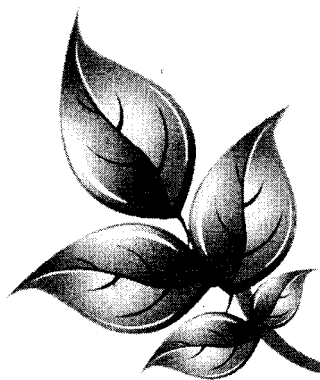


人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

临床精神病理学

CLINICAL
PSYCHOPATHOLOGY

刘协和 编著



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床精神病理学/刘协和编著. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 12

ISBN 978-7-117-15040-8

I. ①临… II. ①刘… III. ①精神病—病理学
IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 223625 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床精神病理学

编 著: 刘协和

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 8

字 数: 200 千字

版 次: 2011 年 12 月第 1 版 2011 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15040-8/R · 15041

定 价: 22.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



前

言

精神病理学是研究人类心理与行为偏离正常的症状和征象的医学基础科学；其起源于精神科医师对精神病理现象的临床观察和客观描述，然后进行归纳与整理，形成系统的知识。这些知识对于精神科医师识别和辨认精神病理现象、评估精神状态和进行临床诊断是必不可少的，也是医学生学习精神病学的基础课。鉴于目前专门论述精神症状和征象的读物不多，为了帮助年轻临床医师和医学生掌握精神病理学基本知识，为学好临床精神病学打下坚实的基础，特编写本书。本书侧重于对精神病理现象的临床观察和客观描述，很少涉及病因和发病机制。力求突出重点，简明扼要，便于理解和掌握。作为一种普及型参考书，希望本书对提高基层精神科医师的临床诊疗水平会有所助益，并可供医学生、实习医师、非精神科专业的医务工作者和临床心理学工作者查阅。

本书分为三部分。第一部分包括第一章和第二章，主要是对各种精神病理现象进行描述；目的在于让读者对各种常见的或不太常见的精神症状和综合征的基本概念有清晰的了解。这一部分对初学者来说尤为重要。临床上由于对精神病理现象的基本概念认识模糊，导致诊

断分析错误者屡见不鲜。这一部分与以往一般教科书中的症状学章节不同之处有三：一是对精神病理现象按照心理状态、心理能力、心理过程和个体心理特征进行新的分类；其次是对跨越神经精神病学领域的病理现象，如各种癫痫发作、痴呆、失语、不随意运动等临床表现进行较详细地介绍；其目的在于通过这类症状（既是神经病理现象也属精神病理现象），了解脑的病变是如何影响各种认知机制的形成，从而探索脑的若干工作原型；其三是对一些容易混淆的精神病理现象，如妄想与超价观念、恶性综合征与 5-羟色胺综合征，进行仔细鉴别。此外，对若干精神症状和综合征的原有概念作出认真考证，纠正一些误解。本书的第二部分包括第三章、第四章和第五章。第三章主要是采取演绎的方法对若干常见精神障碍的精神病理结构进行分析，把各种精神障碍包含的症状按照一定规律形成症状组合或症状集；有别于传统教科书和疾病分类系统对各种精神障碍的症状进行平行罗列。第四章主要是采用归纳的方法对临床病例的精神病理现象按照客观规律组合成一定形态的综合征，以演示临床思维方法。第三章和第四章也可以说是对结构精神病理学的设想进行临床论证。第五章则是联系第一章到第四章的临床实践，论述如何从症状分析到达正确的临床诊断的思维过程。第三部分包含第六章，这一章主要对精神病理现象的生物、心理和社会基础进行简要剖析，以及说明精神病理现象与法律的联系。如果说，本书的第一部分主要是对传统精神症状学的传承和扩展，



第二部分则是对结构精神病理学设想的初步例证，而第三部分则是全书的延伸。任何新的设想总是不完善的，需要通过实践加以验证和修订，并通过读者和专家们的批评不断完善和发展。这正是本书作者所企盼的。

本书初稿承蒙目前在美国大学教学医院从事精神科临床工作多年的两位医学博士杨怀瑜医师和宇红医师分别校阅，提出了一些宝贵意见和建议，受益良多，特此致谢。

刘协和

2011年9月

目 录

第一章 症状与征象

第二章 精神症状的识别

第一节	心理状态异常	9
第二节	心理能力异常	30
第三节	心理活动过程异常	61
第四节	个体心理特征异常	90
第五节	动作和行为异常	95

第三章 精神障碍的精神病理学结构

第一节	综合征的构成和类型	137
第二节	精神分裂症的结构分析	157
第三节	其他常见精神障碍的结构分析	161
第四节	认识精神障碍结构的意义	168

第四章 个案的精神病理学分析

第一节	症状归纳法	173
第二节	主诉分析法	175
第三节	病程分析法	176
第四节	病因分析法	178
第五节	症状等级分析法	183



第五章 精神病理学观察与评价

第一节	精神症状的观察	189
第二节	精神症状的定量分析	190
第三节	精神症状诊断价值的评价	192
第四节	从观察、分析、评价到诊断	193

第六章 精神病理学的剖析

第一节	精神病理现象的生物、心理、社会基础	199
第二节	精神病理学与法律	201
主要参考文献		207
中英文名词对照索引		211



第一章 症状与征象



症状 (symptom) 是人体功能或结构异常的主观反映, 常由患者感受到并说出来。征象 (sign) 则是人体功能或结构异常的客观表现, 多由他人观察到, 或通过检测发现。精神症状和征象是人脑心理功能异常的主观反映, 如幻觉、妄想, 或其客观表现, 如木僵、作态。也有的精神病理现象, 如强迫动作, 既可以是症状为患者主观体验到, 也可以是征象被他人观察发现。临床上精神症状和征象二者常不加区分, 统称为精神症状 (psychiatric symptom)。对于临床工作者而言, 精神症状至少具有以下四个方面重要含义。

一、精神症状是精神不健康的信号 (signal)

精神症状的出现常提示人脑心理功能或结构存在异常; 而一些严重的精神症状的呈现则是精神疾病开始发生, 或已经存在的信号。不能识别或忽视疾病发出的信号往往导致失去早期干预的机会, 延误诊断和治疗, 使精神病理过程继续恶化, 或演变为慢性, 导致不良后果。临床医师首诊时正确识别早期症状, 评估其严重性和出现时间, 初步预测其可能演变方向并进行随访, 对正确处理至关重要。过低估计早期症状的信号作用固然可延误诊断和治疗, 但过高估计早期症状的严重性, 可引起患者或其亲属过度焦虑或恐慌, 甚至出现医源性疾病; 不可不慎。

二、精神症状是精神病理信息 (information) 的载体

不同类型的症状携带着不同的精神病理信息, 例如: 急性或慢性、持续性或间歇性、进行性或正在消退的症状, 分别反映各种不同的精神病理过程。有的症状可见于多种精神障碍和躯体疾病, 如头昏、失眠、疲乏, 不提示特异的精神病理过程, 提供的信息有限; 而有的症状则只见于很少的精神疾病, 如评论性幻听, 能提供特定的精神病理信息, 对临床诊断很有帮助。有的症状毫无疑问提示脑功能的弥散性损害, 如谵妄, 可提供较确切的



信息；而有的症状，如一些缺乏医学证据的躯体症状提供的信息则可能误导患者或其亲属，使他们认为可能存在某种躯体疾病而感到紧张不安，出现持久的焦虑，甚或使缺乏临床经验的医生误诊、误治。紧接使用氯胺酮、大麻之类兴奋性物质之后出现生动的视幻觉，或紧接威胁生命的重大事件之后出现的剧烈情感反应，不仅提供了特定的精神病理信息，还提示特定的病因学联系。正确解读精神症状所携带信息的临床意义，有助于临床医师正确识别和恰当处理精神障碍。

三、精神症状是精神障碍临床相（clinic picture）的组成要素（constitutional elements）

各种精神障碍的临床表现都是由形形色色的精神症状组成的。不同的精神症状组合起来形成各具特色的精神障碍。有的精神障碍由单一精神症状构成，如持久存在的妄想构成的偏执障碍、单一症状的恐惧症、单一症状的强迫症；而临床上更为多见的是由多种精神症状组成的综合征（syndrome），以及由一个或多个综合征构成的精神障碍（mental disorder）。临床医师熟识构成各种精神障碍的综合征，以及组成各种临床综合征的基本症状，较专注于分散的个别精神症状对分析临床诊断更为重要。但另一方面值得注意的是，在人群中还有一些人，包括一些处于早期或缓解阶段的精神障碍患者，虽然存在少数精神症状，但是不形成特有的精神障碍形态或不符合某种临床诊断标准，其精神病理学含义则需要仔细评估。

四、精神症状是临床诊断的证据（evidence）

各种精神障碍的诊断标准都把症状学标准列为其首要满足的条件，这是因为精神症状是确认精神障碍的存在，以及识别各种不同精神障碍的重要证据。虽然许多精神症状只是患者的主观体验，具有突发、多变、不易检测的特点，但精神症状具有如下客观特征：①其出现和消失不受患者主观意志控制；②其出现和内



容与当时环境无必然关联；③患者对其症状的出现和内容缺乏实质性理解，甚或加以否定；④损害了患者的社会功能或造成自身伤害。通过诸多事实肯定精神症状的真实存在则足以成为临床诊断的客观证据。

精神症状的形态：精神症状具有多种表现形态，有的症状历时短暂、呈一过性，有的持续相当长时间，甚至终生；有的症状发作一次，终生不再出现，有的反复发作，难以控制；有的症状可逆，有的则难以消除；有的症状因受其他症状影响，被掩盖起来；有的症状则常与另外一些症状同时或相继出现，形成症状组合。凡此种症状形态都具有一定精神病理学意义，在分析诊断时不可不察。



第二章 精神症状的识别



精神症状虽然形形色色、多如繁星，但大体上可分为心理异常和行为异常两大类。而心理异常又可以按照心理现象的四个维度（dimensions）归纳为：①心理状态异常；②心理能力异常；③心理活动过程异常；④个体心理特征异常。行为异常则可以划分为：个体行为异常与社会行为异常两大类。行为异常往往是心理异常的外在表现，但也可以在缺乏心理体验的情况下单独出现，表现为突发的冲动行为或难以理解的怪异举动。本书按照上述归类描述和分析精神症状，希望有助于临床医师对精神症状的理解、识别和辨认。除了本书列举的一些临床常见精神症状外，还有一些少见或不典型的精神症状，或者尚无正式命名的精神异常，如果能按照上述归类进行分析，将有助于对这些精神病理现象的理解。

第一节 心理状态异常

心理状态（mental state）是指在觉醒时个体心理功能所处的状态，主要包括意识状态和情绪状态两种情况。意识状态是指为各种心理活动和心理能力的发挥提供必要支持的脑功能状态。其神经生物学基础是脑干的上行网状激活系统、丘脑和大脑皮质。而情绪状态则是机体对内外环境适应情况的主观体验和客观表现。其神经生物学基础则是边缘系统、自主神经系统和受大脑皮质调控的内分泌系统。

一、意识和意识障碍

意识（consciousness）是一个多义词，医学上意识是指个体对周围事物和自身的觉察（awareness），是对客观事物的主观体验。接近 24 小时的觉醒-睡眠周期显示人类意识状态（state of consciousness）的生理节律性转换。处于觉醒状态（waking state）的正常人总是对自身当前状况以及周围环境能够清晰地觉

察，称为意识清晰。意识清晰以觉醒状态为其必要的前提条件。从觉醒直到昏迷意识清晰的程度可有不同水平的下降。由于意识清晰度下降（decrease of lucidity or clarity）各种心理能力不能正常发挥：注意涣散而不能集中，不能清晰地感知周围事物，不能识记和保持，理解、判断和思维迟钝，不能正确定向，语言表达、情绪和行为控制能力也都受到损害，称为意识障碍（disturbance of consciousness）。与意识清晰度下降而伴发的认知功能和执行功能损害往往被当作是意识障碍的固有特征。如果还附加其他幻觉、妄想、梦样体验等心理和行为异常，则可表现为以上述症状为基础的各种特定综合征，如谵妄状态、梦样状态、蒙眛状态。

意识障碍按照意识清晰的下降程度由浅到深划分为以下几种状态：

1. 嗜睡（drowsiness） 自觉昏昏欲睡，难以抑制；可以唤醒，但对周围事物不能清晰感知；可以简短应答，但思维迟缓，没有主动言行；停止呼唤则立即进入睡眠状态。此种情况可以是感染、中毒、药物过量或躯体病变的早期征象，需要依据病史或检查加以鉴别。

2. 意识混浊（clouding of consciousness） 处于觉醒和昏迷这一连续过程的较轻阶段。以知觉清晰度降低为主，其临床特征为：对环境的知觉模糊不清，出现定向错误，表情呆板或茫然，各种心理活动过程都变缓慢，注意力不集中、思考困难，早期尚可理解别人的语言，对外界言语可做出简单的应答反应，随着意识障碍加深，则进入意识错乱阶段，不能进行有效交谈；没有主动性、反应迟钝。意识混浊的程度可有波动，有发作后遗忘，恢复后对经过不能回忆。意识混浊一般是器质性的，由脑或躯体疾病、中毒等引起；急性精神病发作时可有意识混浊，但多与极度兴奋有关。

3. 意识错乱（confusion） 又称为意识模糊；一种由急性或



慢性脑器质性疾病导致的意识受损状态。主要特征为：意识清晰度明显下降，注意力不集中，定向障碍，精神活动过程缓慢，思维联想贫乏，情感淡漠，主动性缺乏和疲劳无力。在轻度意识模糊状态，可诱发合理的反应和行为；但严重时，患者便不能保持与环境的接触。

意识混浊与意识错乱同属从清醒到昏迷的过渡阶段，只不过意识混浊时意识障碍较轻，处于意识错乱的早期。二者的临床症状有许多重叠，并无明确的分界。一般说来，意识混浊患者的定向障碍较轻，能进行一定程度的语言交流；而意识错乱患者的定向障碍较重，不能与外界进行有效的接触，不能理解别人的言语，也不能用言语正确表达自己的意愿。

亚急性意识模糊状态（subacute confusional state）：持续好几天甚至一星期以上的中等程度的意识混浊，突出表现为对复杂事物的理解能力受到损害。常有言语不连贯及行为紊乱。

4. 昏睡（sopor） 持续深睡，或有鼾声；不易唤醒，但对疼痛刺激可有回避反应。偶可短暂觉醒，但不能正确回答问题。各项生命体征平稳，腱反射及角膜反射正常存在，无病理反射；可有尿失禁。病情较轻者可在数小时后自行醒转，病情加重者则可转入昏迷。多见于中毒、药物过量或颅内病变；有时需要与癔症的离解状态（dissociative state）鉴别，后者通常由心理因素引起，检查中可出现肢体违拗、眼睑紧闭或眼球上翻，可以接受暗示自行醒转。

5. 昏迷（coma） 意识丧失状态，又可分为浅昏迷和深昏迷。浅昏迷者，无任何随意动作，对疼痛刺激没有反应，角膜反射迟钝，但对光反应灵敏，可出现病理反射。深昏迷者，角膜反射消失，对光反应存在。如果瞳孔散大、对光反应消失，则进入濒死状态。昏迷见于严重的感染性疾病、中毒、颅脑创伤、心脑血管疾病、颅内肿瘤、糖代谢障碍、内脏器官功能衰竭和临终状态。



意识障碍按照病程特征可以分为：急性、间歇发作性及慢性。

(一) 急性意识障碍

在临床上见到的急性意识障碍远较以上情况复杂，特别是急性颅脑损伤常需要对意识障碍水平作较细致的现场评估。Jennett 等于 1974 年提出的格拉斯哥昏迷量表 (Glasgow Coma Scale, GCS)，经 1977 年补充成为第一个定量评定意识障碍水平的工具 (表 2-1)。这一工具虽然名为昏迷量表，实为从觉醒到昏迷之间意识障碍不同严重程度的评定工具。由于其简明扼要，便于操作，很快在国际上广泛采用。以后一些作者虽然也创建了多种同类工具，但在我国较少推广。

表 2-1 格拉斯哥昏迷量表 (GCS)

分 量 表	评分
睁眼反应 (E)	
自发睁眼	4
呼唤睁眼	3
痛时睁眼	2
无睁眼反应	1
言语反应 (V)	
定向应答正常	5
言语模糊	4
不恰当言语	3
不能理解言语	2
无言语反应	1
运动反应 (M)	
按吩咐动作	6
定痛部位	5
躲避或退缩	4
异常屈曲 (去皮质强直)	3
异常直伸 (去大脑强直)	2
无运动反应	1