

第一篇 基础知识

第一章 绪 论

(一) 概念

1. **精神病**(psychosis)(精神病性障碍, psychotic disorder) 属于精神障碍的一种严重类型。在世界卫生组织编纂的 ICD-10 分类说明中将精神病性障碍界定为存在以下几种状态:包括幻觉、妄想、广泛的兴奋和活动过多,显著的精神运动性迟滞以及紧张症性行为。

2. **精神障碍**(mental disorder)、**精神疾病**(mental disease)与**精神疾患**(mentally illness) 精神障碍是目前国际通用的分类和诊断系统中正式采用的术语。ICD-10 的术语说明中明确指出:“障碍”不是一个精确的术语,但在这里意味着存在一系列临床上可辨认的症状或行为,这些症状或行为在大多数情况下伴有痛苦和个人功能受干扰。根据此定义,社会偏离或冲突本身如果不伴有个人功能紊乱则不应包括在精神障碍之内。

之所以不推荐采用疾病(disease)这一名词来描述精神障碍,是因为就目前的认识水平,很多精神障碍不能构成疾病实体,即实体论的要领不适用于引起许多精神障碍的概括和总结。疾患(illness)是一个以患者本人感受和疾病信念为核心的概念,而病人角色(sick role)是从社会角度出发看待疾病现象的产物。后两者突破了生物医学模式的局限,与目前的医学主流定义有出入,还处于研究者认识的阶段。

比 Kraepelin 稍晚的奥地利神经科医师 Sigmund Freud 创立了他的精神分析学说,在 20 世纪 30~60 年代,成为美国的主流学派,那是一个“灵魂”精神病学的时代。

从 20 世纪 60 年代,在精神药理学迅速发展的带动下,生物精神病学又逐渐成为精神病学界的主流学派。虽然不断受到来自社会学、伦理学及人类学的冲击,但该学派至今仍是主流学派。从一个侧面提示所谓的后工业化社会仍旧是一个物欲主义(materialism)的时代。

(二) 对精神障碍本质认识的历史演变

希波克拉底是古希腊医学家,被称为精神病学之父。他认为脑是思维活动的器官,提出了精神病的体液病理学说。

中世纪宗教神学视精神病人为魔鬼附体,精神病学的发展处于停滞甚至倒退状态。18 世纪,法国比奈尔被任命当“疯人院”的院长,首次去掉了精神病人身上的铁链和枷锁,把“疯人院”变成了医院。

19 世纪末至 20 世纪初,德国克雷丕林提出了临床障碍分类学原则,第一次将早发性痴呆等作为障碍单元来描述。

(三) 现代精神病学学科发展概况

1. **生物精神病学** 以精神障碍遗传学、神经生化学、精神药理学研究为主导,神经影像学

的研究伴随着神经成像技术的进步也越来越多地被应用。

2. 社会精神病学 主要研究社会、生态以及文化差异等因素,对精神障碍和行为适应不良在发生、发展、临床表现及其转归方面的影响。

(四) 20 世纪 80 年代以来我国精神病学专业和服务机构的发展

精神障碍的防治工作从单独依靠精神病院开始重视向社区发展,并在试点地区取得了成绩。特别是 2005 年起在全国 30 个省市 60 个城乡示范区开展的重性精神病社区监管治疗项目,在探索精神病院转变职能,扩大服务范围上有重要意义。随着科学技术的发展、方法学的创新,生物精神病学将有重大突破,精神疾病的遗传学研究将从细胞水平向分子水平过渡。从分子生物学探索精神疾病的病因将是我们未来研究工作的重点。随着分子生物学技术的持续发展和人类基因组-环境基因组计划的完成,精神疾病的相关基因有望被陆续克隆,从而完成精神医学发展史上一个质的飞跃。20 世纪 60 年代开始提出的各种神经生化假说(主要指经典神经递质假说和神经肽假说等),将会进一步得到论证或挑战;脑功能影像学将会是精神医学研究的新热点;在活体上对脑部受体和功能动态的研究将弥补 20 世纪在精神病患者尸体脑组织上研究的不足,这对克服许多实验混杂因素、提供研究的准确性和特异性,将是一个很大的进步。免疫学、神经内分泌学等多种学科与精神医学的有机结合势在必行,精神医学将出现多个互相联系但又相互独立的分支学科。疗效更好、副作用更少的新型精神药物的不断推出,一方面将会使精神障碍患者的预后和生活质量大为改观,另一方面也将深化对精神疾病病因学的认识。

第二章 精神障碍流行病学研究

第一节 概 述

(一) 精神障碍流行病学的概念

精神障碍的流行病学是将流行病学的基本方法应用于精神卫生领域,调查精神障碍在人群中的分布、影响分布的各种有关因素、分布频率的变化及其有关因素,从而探讨精神障碍的病因、流行规律,以及制订控制、预防甚至消除精神障碍的具体措施和检查防治效果的科学。

(二) 精神障碍流行病学研究的目的和用途

1. 描述各类精神障碍的人群分布情况,作为制订防治措施的依据和判断防治工作的效果。
2. 探讨各类精神障碍的病因及性质。
3. 探索各种精神障碍发病诱因以及影响病程及预后的因素。
4. 了解某些障碍完全的临床相以及描述其自然史。

第二节 流行病学研究方法

国内流行病学界常将流行病学研究方法的类型(或称设计类型)划分为描述性研究、分析性研究、实验性研究及理论性研究。主要掌握描述性研究和分析性研究。

一、描述性研究

描述性研究是描述某地区、某特定人群中某种精神障碍发生或死亡的频度及其变化趋势,包括描述障碍的各种分布特点、可疑的流行因素、防治措施落实情况等。并从中探索发病(或死亡)频度与外界环境或人群某些特征之间的关系,提出与病因有关因素的线索,为进一步的分析性研究提供依据。

(一) 现况研究

现况研究又称横断面调查。是在某一特定人群中,应用普查或抽样调查的方法,采用统一的诊断标准,在特定时间(某时点或一短的时期)内,收集障碍资料,并同时收集社会人口学、社会环境、自然环境等资料,以描述障碍分布以及某些因素或特征与障碍之间的关联。进行现况研究时,障碍及其因素或特征是在同一时间内获得的,是并存的,因而在分析时只能提出相互之间的关联,不能分析因果关系。

1. 抽样方法 有单纯随机抽样,系统抽样,分层抽样,整群抽样和多级抽样。后三种比较常用。

2. 表示障碍频度的指标 常用表示障碍频度的指标有患病率和发病率。

(1)患病率:为某一时点(或时期)受检人口中患有某种障碍人数的比例。是用来衡量某一时点(或时期)人群中某种障碍存在多少的指标。

$$\text{患病率} = \text{受检人群中检出的患某病的病例数} / \text{受检人口数} \times 100\%$$

患病率又可根据调查期限是按时点还是时期分为时点患病率和期间患病率。

(2)发病率(incidence rate):表示在某一时期内,暴露人口中发生某病新病例的频率。是用来衡量某时期一个地区人群发生某种障碍危险性大小的指标。

发病率=某地某时期某人群中发生某病的新病例数/相同时期暴露人口数 $\times 100\%$ 。

(3)患病率与发病率基本的区别:发病率是指在某一时期人群中发生的新病例;而患病率是指在某一时点(或时期)人群中存在的所有病例,而不管这些病例发生的时间。发病率反映人群发病的危险概率,而患病率反映人群中某种病人存在的多少。

(二) 疾病监测

疾病监测(disease surveillance)是在现况调查的基础上,对某类精神障碍的流行病学特点及变动趋势进行长时期的动态观察。

(三) 随访研究

随访研究(follow-up studies)是对某些病例进行长期观察,用以了解精神障碍的临床过程、转归和结局。

(四) 历史资料分析

历史资料分析也是描述性研究的一个重要方法。此方法是利用现成的记录或历年精神障碍统计资料,通过分析可以查明某个地区、某种精神障碍的基本流行趋势,为现况研究补充信息。

二、分析性研究

分析性研究(analytic studies)是一种检验可疑因子与障碍之间是否有统计学关联的特殊研究方法。

(一) 病例对照研究

病例对照研究是以某障碍的患者为病例,以不患该障碍并具有可比性的个体作为对照,通过询问、检查或复查病史等方法,搜集既往各种可能的危险因素暴露史,测量和比较患病者与未患该病的对照者暴露于某可能危险因素的百分比差异,并经统计学检验来确定这些因素是否与该病存在关联,从而推断出可能的一个或多个危险因素。

病例对照研究的优点是:①适用于罕见障碍的病因研究;②研究样本需要的数量较少;③一次性研究可探索多种病因假设;④省时、省力,能充分利用信息。病例对照研究的缺点是:①研究中控制选择性偏倚和回忆偏倚的难度较大;②对照组的选择较困难;③一般病例和对照的选择不是来自于某个人群,所以不能估计障碍率。

病例对照研究的基本分析步骤如下:

1. 将资料按 2×2 表格式整理,用来表示暴露与障碍之间的联系(表 2-1)。

表 2-1 病例对照研究

	病例	对照	合计
暴露	a	b	a+b
未暴露	c	d	c+d
合计	a+c	b+d	a+b+c+d

2. 比较两组资料中有暴露史的比例,即比较 $a/(a+c)$ 与 $b/(b+d)$ 之间是否有差异。可用卡方检验比较某因素在病例组与对照组之间的差异是否有统计学上的显著性意义,如果差

异有显著性,说明暴露因子可能与障碍存在关联。

3. 计算相对危险度(relative risk,简称 RR)和比值比(odd ratio,简称 OR)来估计某个暴露因素与障碍的关联强度。

相对危险度(RR)在病因研究中是衡量某因素与结局之间联系强度的指标,是暴露人群的发病率与非暴露人群发病率之比。此比值表示暴露组发病的概率是非暴露组发病概率的倍数。

暴露组发病率: $P_1 = a/(a+b)$

非暴露组发病率: $P_2 = c/(c+d)$

$RR = P_1/P_2 = a/(a+b) \div c/(c+d) = a(c+d)/c(a+b)$

在病例对照研究中,由于病例和对照不是来自于某个人群,不知道病例组和对照组的资料分别占病例总数及人口的比例,无法计算发病率,因而不能直接计算相对危险度,需要计算比值比来估计相对危险度。

比值比(OR)是指某事物发生的概率与不发生的概率之比。

病例组与非病例组的比值比: $OR = a/c \div b/d = ad/bc$

对于罕见障碍 RR 近似于 OR,所以在病例对照研究中可以用 OR 作为相对危险度的有效估计值。

当 $OR = 1$ 时,说明危险因素与障碍无关联。 $OR > 1$ 时,危险因素与障碍呈正关联。 $OR < 1$ 时,危险因素与障碍呈负关联,表示有保护作用。

4. 计算比值比的可信区间 计算可信区间的目的是用样本的比值比来估计总体比值比的区间范围。95%可信区间则表示我们有 95%把握确信真正的 OR 值是在此区间范围内。当可信区间的下限小于 1,而上限大于 1 时,结果难以解释,可能存在混杂效应,注意去除混杂因子。

(二) 群组研究

又称队列研究、定群研究。是用来检验障碍病因假说,确定障碍流行因素的另一种分析性研究方法。此方法是将特定人群分为暴露于某因素与非暴露于某因素的两组,追踪观察一段时间,比较两组某病的发病率,如果两组的发病率经统计学检验确有差别,则认为该因素与障碍之间存在关联。

群组研究的优点是:①可以直接获得两个组的发病率;②在发病之前已收集了有关暴露的资料,可避免偏倚;③可获得多种结局的资料。主要缺点是观察时间较长,实施难度较大,不适用于发病率很低的障碍的研究。

第三节 精神障碍流行病学调查的实施过程

一、评价工具的标准

(一) 可靠性(信度)

可靠性是对测定工具所测定结果的稳定性的度量。影响工具可靠性的三大因素是测定内容、测定时间和测定人。

1. 重测信度 相隔一段时间,再用同一工具测定同一组调查对象,比较两次测定结果的一致程度。

2. 评定人员之间的一致性 不同评定人员对同一组调查对象同时进行评定,看其一致的

程度。测定评定人员一致性的方法有配对一致率,卡帕值,组内相关系数等(详见一致性检验部分)。

(二) 真实性(效度)

真实性是指工具所测结果与真实情况的吻合程度,也就是测定工具的准确性。测定效度包括两个成分,即灵敏度(发现真阳性的效率)和特异度(发现真阴性的效率)(表 2-2)。

1. 灵敏度(真阳性率, sensitivity)即有病而被筛选查出有病的百分率。公式为:

$$\text{灵敏度} = a / (a + c) \times 100\%$$

2. 特异度(真阴性率, specificity)即无病而被筛选判为无病的百分率。公式为:

$$\text{特异度} = d / (b + d) \times 100\%$$

3. 假阴性率(false negative rate)即有病而被筛选判为无病的百分率。公式为:

$$\text{假阴性率} = c / (a + c) \times 100\% = [1 - a / (a + c)] \times 100\%$$

4. 假阳性率(false positive rate)即无病而被筛选判为有病的百分率。公式为:

$$\text{假阳性率} = b / (b + d) \times 100\% = [1 - d / (b + d)] \times 100\%$$

表 2-2 评价资料归纳表

筛查结果	标准分类		合计
	有病	无病	
阳性	a	b	a+b
阴性	c	d	c+d
合计	a+c	b+d	a+b+c+d

a=阳性一致例数;b=筛选为阳性,而标准分类为阴性的例数;c=筛选为阴性,而标准分类为阳性的例数;d=阴性一致例数

二、一致性检验

现将 WHO 1990 年所提供检验一致性的方法简介如下:

卡帕值(Kappa)的含义是在去除机遇一致概率之后,实际观察到的一致概率与理论的一致概率之比值。基本计算公式为:

$$K(\text{kappa}) = (P_o - P_c) / (1 - P_c)$$

其中, P_o 代表观察一致率(即为配对一致率); P_c 代表机遇一致率; 1 代表最大一致率。

Kappa 值一般在 +1 和 -1 之间。Kappa=1 表示完全一致; Kappa=0 表示观察到的一致完全是由机遇造成的。Kappa 值为正值表示观察到的一致大于机遇的一致; Kappa 值为负值表示机遇一致大于观察到的一致。当 Kappa 值较小时,需要对求得的 Kappa 值与 Kappa=0 进行显著性检验。按公式求出 Z 值,根据 Z 值大小来判断差异是否有显著性。

Kappa 值不适用于极端情况。如果评定者之间仅有个别一致或个别不一致时, Kappa 值会出现较大的波动,致使结果难以解释。另外, Kappa 值不适用于连续性的资料,仅适用于按等级评定结果的一致性检验。

第四节 国内精神障碍流行病学研究概况

1982 年全国 12 个地区和 1993 年全国 7 个地区精神障碍流行病学调查;表 2-3 为 1982 年全国 12 个地区和 1993 年 7 个地区精神障碍总患病率(15 岁及以上人口)。

表 2-3 1982 年全国 12 个地区和 1993 年 7 个地区精神障碍总患病率

患病率 (%)	1982 年(n=38136)			1993 年(n=19223)		
	城	乡	合计	城	乡	合计
时点患病率	11.19	9.88	10.54	10.68	11.61	11.18
终生患病率	13.18	12.19	12.69	12.96	13.91	3.47

两次全国协作调查表明,精神障碍(不包括神经症)总患病率在相同 7 个地区比较虽然有上升趋势,但标化后差异无显著性。在各类精神障碍中,只有酒依赖患病率 1993 年较 1982 年明显上升,提示与社会环境密切相关的精神障碍应受到更多的关注。精神分裂症、精神发育迟滞和情感性障碍的患病率居前三位,仍应是防治的重点(表 2-4)。

表 2-4 1982 年全国 12 个地区和 1993 年 7 个地区几种主要精神障碍患病率排序

序位	1982 年		1993 年	
	精神障碍	终生患病率(%)	精神障碍	终生患病率(%)
1	精神分裂症	5.69	精神分裂症	6.55
2	精神发育迟滞	2.88	精神发育迟滞	2.71
3	情感性障碍	0.76	情感性障碍	0.83
4	反应性精神障碍	0.68	酒精依赖	0.68
5	脑血管病所致精神障碍	0.50	药物依赖	0.52

第三章 精神障碍的病因学

第一节 病因分类概述

精神障碍的病因可根据研究的角度不同进行如下分类。

1. 遗传因素和环境因素 遗传学家认为任何精神障碍都是个体的遗传因素与环境因素共同作用的结果。例如在染色体畸变所致的精神发育迟滞中,遗传因素起了决定性作用,有些障碍例如苯丙酮尿症所致的精神障碍,其致病基因的作用需要一定环境条件,例如食用含大量苯丙氨酸的食物才能显现出来。

2. 素质因素、诱发因素和附加因素 在障碍的发生过程中,可能有多种因素起作用。通常有以下三类:

(1)素质因素:这类因素表现为个体对其他有害因素的承受能力。心理素质是否健全对童年和成年精神障碍的发生都有重要影响。

(2)诱发因素:是指紧接起病前作用于个体,促使障碍发生的事件,可以是躯体的、心理的或社会的。躯体因素如颅脑损伤、感染、化学药品等。

(3)附加因素:是指障碍发生之后附加于个体,使障碍加剧或使病程持续下去的事件。

3. 致病因素与条件因素 导致发病所必需的因素称为致病因素。为致病因素发挥作用提供必要条件的因素称为条件因素。

4. 生物因素、心理因素和社会因素 生物因素的研究通常采用医学实验的方法,心理因素需要采取心理学的分析方法,而社会因素则有赖于客观可靠的社会调查。

第二节 生物学因素

(一) 遗传

1. 染色体畸变 染色体数目和形态结构的改变常导致遗传信息的变化,在临床上则表现为严重的躯体和神经发育障碍,有的还引起人格异常、违法犯罪倾向和类似精神分裂症等表现,统称为染色体病。21-三体引起的先天愚型;XXY(Klinefelter 综合征)、XO(Turner 综合征)、脆性 X 染色体不仅可导致精神发育迟滞,而且与儿童学习困难、儿童行为障碍和儿童孤独症等有关。

2. 单基因病 由于单个基因突变导致酶的质或量的改变引起的一类障碍称为先天性代谢缺陷或遗传性代谢缺陷病。在已知的 200 多种酶的缺陷病中,可引起精神发育障碍或行为异常者约 70 余种。大多为常染色体隐性遗传,包括:氨基酸代谢障碍,如苯丙酮尿症;糖代谢障碍,如半乳糖血症;溶酶体贮积病,如神经节苷脂贮积病等。常染色体显性遗传,如 Huntington 病、结节性硬化;X 连锁遗传,如黏多糖贮积症 II 型、Lesch-Nyham 病等。

3. 多基因病 一些原因不明的精神障碍如精神发育迟滞、精神分裂症、情感性精神障碍以及 Alzheimer 病等都属于这一类,称为复杂性遗传病。常由于多个基因共同作用而致病。这类障碍除家族性 Alzheimer 病的部分致病基因已经分别定位于 21 号、14 号和 1 号染色体之外,多数障碍的致病基因尚未明确。

(二) 感染

全身性感染、中枢神经系统感染和其他系统感染均可引起精神障碍。病原体可为寄生虫、螺旋体、立克次体、真菌、细菌、病毒等。

(三) 化学物质

各种对中枢神经系统有害的物质都可引起精神障碍。

(四) 脑和内脏器官障碍

1. 颅脑障碍 颅脑损伤、脑血管障碍、颅内肿瘤、脑变性障碍是引起脑器质性精神障碍的主要原因。

2. 内脏器官障碍

第三节 心理因素

心理因素简称为心因,包括心理素质和心理应激两方面。

(一) 心理素质

人格是个体心理素质的体现。Eysenk 人格测验的结果表明:神经质特征突出的人容易产生各种神经症性障碍。而精神质特征突出者容易产生精神分裂症等精神病障碍。童年遭受躯体和性虐待者,成年以后容易患抑郁症和分离障碍等神经症性障碍。童年受到过分保护,其应付机能往往不健全,处于应激状态时容易产生应激障碍。

(二) 心理应激

引起心理应激的生活事件必须具备如下两个条件:①对接受者有重要的利害关系;②达到足以激发剧烈情绪反应的强度或频度。

第四节 社会因素

社会因素是指对个体心理健康产生良好的或不良的社会影响。

(一) 社会文化

社会环境和文化传统对躯体和心理健康都可产生重要影响。恐缩症(Koro)的流行是中国、印度和东南亚居民中特有的现象。还有一些精神障碍如马来西亚的“杀人狂”等也都与社会文化背景密切相关。分离障碍、恍惚状态和附体状态在低文化地区较高文化地区要常见得多。Alzheimer 病在低文化人群中患病率明显高于高文化人群。

(二) 社会变迁

城市化、工业化、移民的迁徙都会对精神障碍的障碍谱产生重大影响。20世纪80年代末由于受到国际社会的影响,在我国海洛因依赖和获得性免疫缺陷病的患病率急剧上升。酒精滥用或慢性酒精中毒的病例上升也很快。另一方面,随着社会生活普遍改善,人均寿命延长,老年痴呆和老年抑郁症的患病率增加,而感染诱发的精神障碍则明显减少。

(三) 社会压力和自然灾害

来自于战争、种族歧视、暴力犯罪、政治迫害以及贫困等社会压力,重大自然灾害,对心理健康可造成严重损害。

(四) 社会支持

社会支持是指人际关系对应激的有害影响所起的保护作用。近代的许多研究表明:社会支持能够减轻应激对健康的不利影响。

第四章 精神障碍的症状学

第一节 概 述

一、精神症状的共性特点

1. 症状的出现不受意识的控制,一旦出现则难以通过主观控制令其改变或消失。
2. 症状的内容与周围客观环境多不相称。
3. 症状会给患者带来不同程度的社会功能损害。
4. 多数情况下患者因症状而感到痛苦。
5. 精神症状的发生发展以及内容等,还可能受到性别、年龄、文化程度、躯体状况、人格特征、生活经历、社会地位、文化背景等多方面的影响。

二、精神症状的基本要素

1. 性质 即症状的具体内容、性质归类,如异常现象属于情感障碍还是思维障碍,如果是妄想,是什么类别的妄想,具体表现是什么? 要求详细而客观地描述。对于异常现象的客观描述是确定症状性质的最基本要素。

2. 频度、强度 每天出现的次数,每次持续的时间,变化的影响因素,对患者其他精神活动和日常生活、工作的影响程度等。

3. 持续时间 症状开始和持续的时间。如果是间断性的,间隔时间和发作时间? 一般来讲,妄想症状要持续至少1周才能确认,确认幻觉的时间要更短些,如果几乎时刻都出现,持续1~2天也可确认。

三、症状分析的基本方法

1. 比较 纵向对比患者的言语、思维或行为是否与其过去一贯的精神活动相一致。横向对比患者的言语、思维或行为是否与其他一般正常人的一致,是否为其他人或其所处的社会广泛接受。还要比较表现类似的症状的本质区别。

2. 维度分析 对症状尤其是临床综合征在不同方面的表现进行归纳和分类,比如对抑郁症状可分为心理症状群和躯体症状群,也可分为核心症状群和伴随症状群等。

3. 现象谱系 某一症状的典型表现和不典型表现,如严重程度不同的谵妄、可理解性不同的被洞悉体验等。还要注意症状和疾病谱系的关系,如强迫谱系症状,分裂型障碍和精神分裂症的谱系关系等。

四、症状学的基本思维方法

1. 描述 排除任何主观评价和对病因的猜测,对现象进行客观、准确、细致的描述。

2. 构筑综合征 精神症状很少单独存在,经常围绕某一个症状构成临床综合征。临床综合征的诊断价值要高于单个症状,因此在精神检查和诊断分析时,都应当围绕综合征来进行。

比如检查出幻觉,如果是假性幻觉,要想到是否存在“康金斯基综合征”,如果是被害妄想,要想到是否有继发的情感症状和行为障碍。

3. 理解与解释 承认理解的极限性是判断原发症状的基础。一个异常现象无论从患者本人的经历、学识的角度,还是公众常识、常态的心理状态、医生的经验等方面都无法理解,则更有可能是原发的,病理程度更高的。

第二节 精神疾病的常见症状

人的精神活动可分为认知、情感和意志行为等方面,同样,精神症状也主要表现在这三个方面。意识障碍在精神科临床并不多见。

一、认知障碍

(一) 感知觉障碍

1. 感觉障碍 感觉(sensation)是客观刺激作用于感觉器官所产生的对事物个别属性的反映,如物质的形状、颜色、大小、气味等。

(1)感觉过敏(hyperesthesia):感觉阈值降低,对正常或较低强度刺激的感受性明显增高,难以忍受。如对普通声音的刺激感到如雷贯耳般响亮,或对身体上某些轻微不适感到难以忍受。多见于神经症等。

(2)感觉减退(hypoesthesia):与感觉过敏相反,对外界刺激的感受性减低,如对引起正常人强烈疼痛的刺激都只有轻微的感觉。多见于抑郁状态。如果完全丧失感知则称为感觉缺失(anesthesia),这一症状在神经科十分常见,在精神科主要见于癔症,属于转换症状(conversion symptoms),如癔症性失明、失聪等。

(3)感觉倒错:对外界刺激产生与正常人不同性质的或相反的异样感觉。如手上溅了热水,患者却感觉到是冷水。

(4)内感性不适:又称体感异常(senestopathia),是躯体内部产生各种不舒适的或难以忍受的异样感觉,特点是定位不明,经常变化,难以表达和描述。常继发疑病观念,多见于躯体化障碍,在精神分裂症早期也较常见。内感性不适本身的临床诊断意义不大,而患者对它的判断和态度,往往更具有诊断价值。比如继发于内感性不适的被害妄想,甚至是物理影响妄想。

2. 知觉障碍 知觉(perception)是感觉器官对事物不同属性的综合反映形成的整体映象。正常情况下人脑对客观事物的反映总是以知觉形象为主,而且与外界客观事物相一致。

(1)错觉:是歪曲的知觉,把实际存在的事物歪曲地感知为与实际完全不相符的事物,如将绳索看成蛇。错觉可见于各种精神病,谵妄状态下错觉十分多见。

(2)幻觉:是虚幻的知觉,即在客观现实中并不存在某种事物的情况下,患者却感知有它的存在。幻觉是临床上最常见的精神病性症状之一,常继发产生妄想。幻觉可涉及所有感官,如幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触、内脏性幻觉、运动性幻觉等。

1)幻听(auditory hallucination):在临床上最常见。非言语性幻听如机器声、流水声、鸟叫声等,多见于脑局灶性病变。精神科最多见的是言语性幻听,常具有诊断意义。依据幻听的内容命名,如命令性幻听、评论性幻听等。患者常伴有情感反应和行为,如愤怒地与幻听对话,或大骂等,最危险的是在命令性幻听影响下出现自杀以及冲动伤人毁物的行为。幻听可见于多种精神障碍,评论性幻听、议论性幻听和命令性幻听对精神分裂症具有诊断意义。尤其是以第三人称出现,对患者的行为进行追踪评论的言语性幻听,对精神分裂症尤其具有诊断价值。

2)幻视(visual hallucination):也比较常见,尤其是在谵妄状态下多见。在意识清晰时出现的幻视多见于精神分裂症,但要注意并非其特征性症状。如果以持续的大量鲜明生动的幻视为主要表现,要怀疑精神分裂症的诊断是否正确,因为这种情况更可能出现在器质性精神障碍和精神活性物质所致的精神障碍。

3)幻嗅(olfactory hallucination):表现为闻到一些难闻的气味,如尸体恶臭、刺鼻药味等。单一出现幻嗅需考虑颞叶癫痫或颞叶器质性损害。

4)幻味(gustatory hallucination):表现为尝到食物内有某种特殊的怪味道。常继发被害妄想,主要见于精神分裂症。

5)幻触(tactile hallucination):常表现为皮肤与黏膜幻觉的虫爬感、针刺感等。当幻触的内容不离奇的时候很难与躯体形式障碍的躯体症状以及体感异常相鉴别,但幻触伴随其他症状构成某些综合征时,更有诊断价值。如皮肤的蚁爬感合并被害妄想,是可卡因中毒的特殊表现,称为“可卡因狂”。另外,女性生殖器官内黏膜的性接触感、性交感(有时伴有性高潮体验),合并被害妄想等其他症状时,这种情况几乎只见于精神分裂症。

6)内脏性幻觉(visceral hallucination):比较特殊,与内感性不适不同的是,它的定位明确,描述和表达也比较明确,如患者清楚地描述腹腔内有虫在爬行、在钻孔等。常与疑病妄想、虚无妄想或被害妄想伴随出现,多见于精神分裂症及抑郁症。

7)运动性幻觉:是关于本体感受器如肌肉、肌腱、关节等运动和位置的幻觉,如患者知道自己躺在床上没有动,但感到自己在跑步。多见于精神分裂症。

8)其他特殊幻觉

内窥症:患者凭空看见自己的内脏或者身体的某一部分,好像挂着卖的肉类。多见于器质性精神障碍、精神分裂症。

躯体幻觉:患者真切地感到有一个人时刻跟在自己的身边,看不见形象,但似乎能感受到它的呼吸,肯定它的存在。

功能性幻觉和反射性幻觉:功能性幻觉(functional hallucination)是一种伴随现实刺激而出现的幻觉。即患者同时有两个知觉,一真一幻,二者都是同一感官获得的,并且同生同灭。如患者听到钟表声的同时听到有人骂他,将钟表拿走,幻听也消失。反射性幻觉(reflex hallucination)也是一真一幻,但涉及不同的两个感官,如听到广播声音的同时就看到播音员的人像站在面前。二者均常见于精神分裂症。

思维鸣响(thought echo):患者听到一个声音将自己正在想的事情说了出来。这是一个十分特殊的幻听,是精神分裂症的特征性症状,有学者认为属于思维形式障碍的范畴。此症状经常继发被洞悉体验,此时原发的思维鸣响的诊断价值更大。

注意区分真性幻觉和假性幻觉:来源和感知方式的不同是二者最主要的区别。真性幻觉(genuine hallucination)的幻觉形象鲜明,如同外界客观事物形象一样,来源于外部客观空间,患者通过感觉器官而获得,常描述为亲眼所见、亲耳所闻等。假性幻觉(pseudo hallucination)的幻觉形象也比较鲜明生动,但来源于患者的主观空间,常被患者描述为来自脑内、体内等,关键是要明确患者是如何感知到的。实际上它不通过感觉器官就可以获得,如患者描述自己不用眼睛就能看到头脑里有一个人像。

体内和脑内并不代表是“主观空间”,因为有些患者不能区分主观空间和客观空间,如患者说“听见肚子里有小人在说话”,必须明确是如何听到的。如果是耳朵听到的,则更可能是真性幻觉。

(3)感知综合障碍(psychosensory disturbance):指患者对客观事物的整体感知是大致正确的,但对个别属性如大小、形状、颜色、距离、空间位置等产生错误的感知。与错觉的共同点是都存在客观刺激,区别在于错觉是完全歪曲的知觉,感知综合障碍是部分歪曲的知觉。临床常见有:

1)视物变形症(metamorphopsia):看到事物在大小、形状、体积等方面发生了变化。如看到镜子里自己的脸变形了,鼻子歪了,颜色也十分恐怖等,仔细一看又恢复正常,因此患者不断照镜子,临床上称为“窥镜症”。是精神分裂症常见的早期表现之一。

2)空间知觉障碍:患者感到周围事物的距离发生改变,如候车时汽车已驶进站台,而患者仍觉汽车离自己很远等。

(二) 思维障碍

可以分为思维形式障碍、思维内容障碍两大类。

1. 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。

(1) 思维联想障碍

1)思维奔逸(flight of thought):思维联想速度加快、数量增多,表现为说话滔滔不绝,口若悬河,谈话的主题极易随环境而改变(随境转移),也可有音联和意联现象。患者常述自己的脑子特别灵活,比任何时候都聪明等。是躁狂症的典型表现之一。

2)思维迟缓(inhibition of thought):思维联想速度减慢,表现为言语缓慢、语量减少,语声甚低,反应迟缓。患者自觉脑子变笨,反应慢,思考问题困难,感到“脑子生锈了”、“脑子坏了”等。是抑郁症的典型表现之一。

3)思维贫乏(poverty of thought):思维联想数量减少,概念与词汇贫乏,表现为言语内容空洞,回答问题单调简单,常用单句甚至单词来答问。见于精神分裂症单纯型以及痴呆,中度以上的精神发育迟滞等。

4)思维松弛(looseness of thought):思维联想松弛,缺乏主题和逻辑联系。患者的言语从单句或几个句子上讲没有逻辑错误,也能让人听懂,但整段话东拉西扯,很难理解他要表达什么主题思想。患者往往不正面回答问题,总是打“擦边球”,因此有“接触性离题”的特点,往往令人感到交谈困难。是精神分裂症的特征表现之一。

5)思维破裂(splitting of thought):是思维松弛的严重形式,表现为言语或书写内容虽然有结构完整的句子,但各句含义互不相关,谈话令人不能理解。严重时言语支离破碎,成了语词杂拌(word salad)。多见于精神分裂症。如在意识障碍的背景下出现语词杂拌,称之为思维不连贯(incoherence of thought)。

6)病理性赘述(circumstantiality):思维活动在某一概念上停滞不前,迂回曲折,谈话不能直入主题,而是反复对枝节问题做不必要的过分详尽的描述,而且不能被打断和纠正,一定要按他原来的方式讲完。多见于癫痫性精神障碍和老年期精神病。

7)思维中断(blocking of thought):在无意识障碍又无外界干扰的情况下思路突然中断,而且明确感觉到是由于外界力量强制如此,片刻之后重新说话的内容不是原来的话题。患者有时感到思维被某种外力强制抽走,称作思维被夺(thought deprivation)。两症状均为诊断精神分裂症的重要症状。

8)思维云集:又称强制性思维(forced thinking),患者体验到大量不属于自己的思想突然性地强制涌入自己的脑内,令其恐慌和不愉快。有时体验到某种思想让别人强行塞入其脑内,称为思维插入(thought insertion)。症状往往突然出现,迅速消失。都是精神分裂症的特征性

症状。注意和强迫性思维的鉴别不在于思维内容和形式的怪异,而在于是否属于患者自己,即思维的“属我性”和“属他性”。

(2) 思维逻辑障碍

1) 病理性象征性思维:属于病态的概念转换,患者常以极端个人化的具体动作或概念来代表某一公认的、广泛承认的抽象概念,但是二者之间的逻辑推理关系不能被正常人理解。如患者反反复复用脑袋撞汽车轮胎自杀,表示要“投胎”重新做人。注意此症状的病理性质和不可理解之处并非在于动作本身,也不在于患者所要表示的那个抽象概念本身(患者表达的抽象概念本身常常是公认的道理或概念、观念),而在于两者之间缺乏可以理解的逻辑关系——患者根本就不需要正常的逻辑推理过程。常见于精神分裂症,尤其是青春型。

2) 语词新作(neologism):指概念的融合、浓缩以及无关概念的拼凑。患者自创一些新的符号、图形、文字或语言并赋予特殊的概念。如“獠”代表狼心狗肺等。多见于精神分裂症青春型。

3) 其他特殊的思维活动言语表达形式:①持续言语:这是与病理性赘述类似的一种思维联想障碍,但持续言语时的思维特点不仅是黏滞,而是在某一概念上停滞不前。表现为总是用同样一句话回答连续性的提问。②重复言语:指病人常重复他所说的一句话的最末几个字或词。③刻板言语:是指病人机械而刻板地重复某一无意义的词或句子。④模仿言语:指病人模仿周围人的话,周围人说什么,病人就重复说什么。

2. 思维内容障碍 主要包括妄想、超价观念、强迫观念等。

(1) 妄想(delusion):妄想是一种病理性的歪曲信念,是病态的推理和判断。妄想有三个基本特征,判断一个异常思维是否属于妄想,这三个特征缺一不可。①妄想是病态的坚信,即:患者的思维内容虽然与事实不符,也没有客观现实基础,但患者坚信不疑;②妄想是个人独有的;③妄想内容均指向和涉及患者本人,总是与自身利害有关。另外,妄想内容可以因文化背景和个人经历而有所差异,即受到文化的“塑形”。

妄想按起源可分为原发性妄想(primary delusion)和继发性妄想(secondary delusion)。原发性妄想常在精神完全正常的情况下突然发生,而且与既往经历、当前处境无关。包括突发妄想、妄想知觉(患者突然对正常的知觉体验赋予妄想性意义或者解释,并坚信不疑)、妄想心境或妄想气氛(患者突然感到他所熟悉的环境变得使他迷惑不解,而且对他具有特殊意义或不祥预兆,并很快发展为妄想)。原发性妄想是精神分裂症的特征性症状。继发性妄想是发生在其他病理心理基础上的妄想,如在评论性幻听或幻味基础上产生被害妄想。

临床上通常按妄想的主要内容归类,常见有:

1) 关系妄想(delusion of reference):患者将环境中与他无关的事物都认为是与他有关,如认为周围人的谈话是在议论他,别人吐痰是在蔑视他,人们的一举一动都与他有一定关系。常与被害妄想伴随出现。主要见于精神分裂症。

2) 被害妄想(delusion of persecution):最常见的妄想。患者坚信有人或某个集团等用各种方式如跟踪、监视、诽谤、陷害、下毒等来迫害他。主要见于精神分裂症和偏执性精神病。

3) 夸大妄想(grandiose delusion):患者认为自己有非凡的才智,至高无上的权力和地位,拥有大量财富和发明创造等。

4) 物理影响妄想(delusion of physical influence):往往继发于体感异常、幻触等,患者感到皮肤肢体或内脏等受到来自外界事物如电波、超声波、射线等的影响。如果患者感到身体或思想受到外界这些物体的控制,不能自主思考或运动,称为被控制感。二者都是精神分裂症特征

性症状。

5)疑病妄想(hypochondriacal delusion):患者毫无根据地坚信自己患了某种严重躯体障碍或不治之症。有时和疑病观念难以区分。一般来说,疑病观念在一定程度上可以接受权威的说服和解释。

6)钟情妄想(delusion of love):患者坚信自己被异性所钟情(一般都是比他地位高的异性或名人),而不是指患者本人的单相思现象。

7)嫉妒妄想(delusion of jealousy):患者坚信自己的配偶对自己不忠实,另有所爱。有些嫉妒妄想极为荒谬,如认为自己的配偶与周围上至80岁下至未成年的异性都有染。多见于精神分裂症、慢性酒中毒性精神病等。嫉妒妄想常伴随家庭暴力,具有较高的暴力危险性。

8)被洞悉感(experience of being revealed):又称内心被揭露感。患者认为其内心所想的事,未经语言文字表达就被别人知道了,但是通过什么方式被人知道的则不一定能描述清楚。该症状对诊断精神分裂症具有重要意义。如果患者能明确地描述出内心被人洞悉的原因和方式,多属于继发性的内心被洞悉体验,临床意义反而不如引起被洞悉体验的原发症状,如继发于思维鸣响、言语评论性幻听等症状的被洞悉体验。

(2)超价观念(overvalued idea):是在意识中占主导地位的错误观念,其发生一般均有事实的根据,具有强烈情感色彩、具有性格基础与现实基础、内容相对与客观实际联系紧密等是其特点。多见于偏执型人格障碍。

该症状有时与妄想很难鉴别,现在越来越多地认为二者只是程度上的差异。比如PANSS量表中的P1项(即妄想)里,超价观念在此项中评分为3,而明确的妄想评分为4。又如ICD-10中关于精神分裂症的诊断标准中的第5条(E),包含了“持久的超价观念”。

(3)强迫观念(obsessive idea):即强迫性思维。患者脑中反复纠缠出现某一概念或相同内容的思维,明知没有必要但又无法控制和摆脱。与强制性思维的区别是,后者是异己的思维而强迫观念具有“属我性”。

(三) 注意障碍

1. 注意程度方面的障碍 ①注意增强:在某些精神病状态下,病人特别易于注意某事物,如被害妄想的患者注意周围人的每一个动作。②注意减弱:即主动及被动注意的兴奋性减弱。

2. 注意稳定性方面的障碍 ①注意转移:主要指被动注意的兴奋性增强,但注意不持久,注意的对象不断转换。最常见于躁狂症的随境转移。②注意涣散:为主动注意明显减弱,即注意力不集中。常见于精神分裂症、儿童多动症(注意缺陷障碍)等。③注意固定:指病人的注意稳定性特别增强,常见于疑病观念和偏执型精神病患者。

3. 注意集中方面的障碍 ①注意狭窄:病人的注意范围显著缩小,主动注意减弱。在激情状态下常出现。②注意缓慢:指病人注意兴奋性的集中困难和缓慢,但是注意的稳定性障碍较小。最常见于抑郁症。

(四) 记忆障碍

记忆包括识记、保持、再认、回忆等基本过程。根据Ribot定律,遗忘的发展总是由近事记忆逐渐发展到远事记忆。

1. 记忆增强 病理的记忆增强,表现为病前不能够回忆的,且不重要的事都回忆得起来。见于躁狂症、偏执型精神病等。

2. 记忆减退 指识记、保存、再认和回忆普遍减退,临床上比较常见,典型的表现见于各种痴呆的形成过程。

3. **遗忘** 回忆的缺失,局限于某一事件或某一时期内的经历不能回忆。最典型的表现见于遗忘综合征。

4. **错构与虚构** 属于记忆的错误。虚构指回忆中将过去事实上从未发生的事或体验,说成是确有其事。错构指混淆既往曾经发生或经历过的事情的时间地点和内容等,表现为“张冠李戴”。与妄想的鉴别点是,患者经常对错构和虚构的内容也出现记忆障碍,其描述经常变化,反映了其记忆障碍的特点,而妄想患者对于妄想内容的记忆经常是增强的。

5. **潜隐记忆** 是一种歪曲的记忆,指病人对不同来源的记忆混淆不清,或相互颠倒。与错构的鉴别是,错构混淆的是自己曾经经历的事情,而潜隐记忆是将别人的事情记忆成自己的事情,或者将自己曾做过的事情记忆成别人做的,或者是自己听说的、从书上看到的等。

(五) 智能障碍

智能障碍可分为精神发育迟滞及痴呆两大类。

1. **精神发育迟滞**(mental retardation)这类障碍基本上因为病人在胎儿期、出生时或婴幼儿时期,大脑的发育由于遗传、感染、中毒、头部创伤、内分泌异常或缺氧等等因素而受到阻碍,以致大脑发育不良或受到阻滞,使智能的发育停留在一定的阶段,因此诊断的必要条件是18岁以前就有此类表现。

2. **痴呆**(dementia) 是一种综合征,常是慢性或进行性的,表现为定向、记忆、理解、计算、学习等能力以及判断力等综合的障碍,并伴有影响脑功能的其他器质性病变。

以上两种智能障碍的区别在于,前者18岁以前就起病,而且智力从来没有达到过正常。后者是在智力发育正常后,再退行到智力低于正常的水平。

痴呆在临床上又分为真性痴呆和假性痴呆(pseudodementia),前者是不可逆的,后者大脑组织结构无器质性损害,多是可逆的,临床常见有:

(1)刚塞综合征(Ganser syndrome):又称心因性假性痴呆,多在强烈的精神创伤后出现,在拘禁性精神障碍比较多见。典型表现是对简单问题给予近似而错误的回答,如 $1+2=4$;或者简单行为十分愚蠢,如将钥匙倒过来开门。但对复杂问题反而能正确解决。有些患者以行为幼稚、模拟幼儿的言行为特征,称为童样痴呆(puerilism)。

(2)抑郁性假性痴呆(depressive pseudodementia):某些重度抑郁症患者由于精神运动明显迟滞,表现为反应十分缓慢,计算、记忆、理解判断能力都下降,类似痴呆的表现。但是抑郁缓解后智能完全恢复。

老年患者在一次抑郁发作中表现出明显的假性痴呆,很有可能是真性痴呆的前奏。

(六) 自知力障碍

自知力是指对自身精神状态的认识能力。完整的自知力不仅能察觉或识辨自己是否有精神方面的异常,也能正确分析和判断自己既往和现在的表现与体验中哪些属于病态。自知力障碍是判断精神障碍严重程度的重要标准:大多数精神病患者自知力是缺乏的,神经症的自知力一般都是完整的。

二、情感障碍

几个关于情感的名词:①心境(mood):是日常精神活动中一种持久的、强度不大的心情背景,个体对其起因的自觉程度不高。②情绪(emotion):与内外刺激密切相关的,短暂而激烈的情绪反应。③激情:指突然产生的猛烈、暴发的情感,多与刺激有关。有人用气候(climate)来比喻心境,用天气(weather)来比喻情绪,既形象又贴切。

一般来说,情感包含了心境和情绪,目前经常用心境障碍来代替原来的情感障碍的概念。

1. 情感高涨 正性情感的显著增强,患者总是处于“节日的心情”中,欢欣喜悦、轻松愉快、兴高采烈、洋洋自得。是躁狂症的核心症状。

2. 情感低落 负性情感的显著增多。和情感高涨恰恰相反,患者总是处于“末日的心情”中,整日情绪低沉,忧心忡忡,愁眉不展。是抑郁症的核心症状。

3. 欣快 表现类似情感高涨,患者总是笑嘻嘻的,似乎心满意足,但与周围环境缺乏联系,给人以愚蠢、“傻乐”的印象,常见于器质性精神病如老年性痴呆及麻痹性痴呆等。

4. 焦虑 无明确原因的担心和紧张的心境。与恐怖症的鉴别是该症状强调没有引起担心和恐惧的客观对象,是一种无所不在、莫名其妙的担心和恐惧。

5. 情感脆弱 细微的外界刺激甚至无明显刺激的情况下,病人的情感剧烈波动,反应迅速而较强烈,常因无关紧要的事件而感动得伤心流泪,或兴奋激动,无法克制。其情绪的波动多为负性的。是脑血管性精神障碍的典型情感症状。

6. 情感暴发 在精神因素作用下突然发作的暴发性的情感反应,一般持续数分钟到几小时不等。伴有意识障碍(意识范围狭窄)、针对自己和他人的暴力行为如捶胸顿足、大哭大笑,撕扯衣服、地上打滚等。最常见于癔症。

7. 易激惹 剧烈但持续较短的情感,具有“点火就着”的特点。多为不满、愤怒、敌视等。往往表现一遇到刺激或不愉快的事情,即使极为轻微也出现剧烈反应。

8. 情感迟钝 对平时能引起鲜明情感反应的刺激都表现平淡,并缺乏与之相应的内心体验。常见于精神分裂症。如果发展到对外界任何刺激均缺乏相应情感反应,即使一般能引起正常人的极大悲伤或高度愉快的事件也无动于衷,称为情感淡漠。

9. 情感倒错 指认识过程和情感活动之间不协调一致性而言。此时病人的情感反应与思维内容不协调。当他听到某个能引起一般人感到悲痛的事件时都表现得非常高兴愉快。

10. 表情倒错 指情感体验与表情之间不协调,不配合或相反的表现。

11. 恐怖症 对某一客观事物的过分害怕和紧张,伴有强烈的焦虑发作体验及强烈的回避。患者明知正常人是没有必要如此恐惧的,但自己就是控制不了要恐惧。如对蚂蚁、剪刀、空旷场所、高处等一般人并不害怕的物体或场景却表现出极度恐惧。注意与焦虑的鉴别。

12. 病理性激情 突然发作、短暂而极为强烈的情感。伴有意识障碍和冲动行为,事后有遗忘。多持续数分钟。常有脑器质性病变的基础。

13. 强制性哭笑 是一类在脑器质性精神病的病例中较常见的症状。病人在没有任何外界因素的影响下,突然出现不能控制或有强制性的哭或笑。

14. 矛盾情感 同一病人对同一事件同时产生两种相反的互相矛盾的情感体验。

15. 病理性心境恶劣 是无任何外界原因而突然出现的低沉、紧张、不满情绪的发作,如果此时遇到外界刺激,极易发生暴怒和冲动。往往持续几小时至数天后缓解,一段时间后又出现,是癫痫性精神障碍的典型表现之一,也可见于其他脑器质性精神障碍。

三、意志与行为障碍

(一) 意志的障碍

1. 意志增强 指一般的意志活动增多,这类症状的产生往往与其他精神活动有密切的内在联系,或以其为基础,或受其支配或影响。常见于偏执性精神病。

2. 意志减退 病人的意志活动显著减少。由于情绪低落,对周围一切兴趣索然,以致意