

精神病症状学

喻东山 王 翠 葛茂宏 主编

●精神病症状学概念浓缩起来不过一万五千字，许多精神科医生对此都会背，为什么临床判定时也常常出错？

●教科书上每个精神症状只配一个百里挑一的典型例子，而精神科医生要通过典型例子去识别临床上各种不典型病例，难度会有多大？

本书力图对常见的精神症状多维度举例，以降低识别不典型症状的难度，提高本书对读者的价值和意义。

精神病症状学

主 编 喻东山 王 翠 葛茂宏

副 主 编 栗克清 张彦平 李顺如 陈淑玲

编 著 者 (以姓氏笔画为序)

卜淑华 丰兵兵 王淑玲 刘 伟

刘西芳 孙良民 孙锦红 毕崇波

张月英 张传波 张鸣鹤 张峻岭

李广录 周晓琴 宫秀杰 胥爱萍

高伟博 高 莹 梅安昌 黄朝阳

储文革 臧家平

图书在版编目 (CIP) 数据

精神病症状学 / 喻东山, 王翠, 葛茂宏主编. — 南京: 江苏科学技术出版社, 2014.4

ISBN 978-7-5537-0644-3

I. ①精… II. ①喻… ②王… ③葛… III. ①精神病学-临床医学 IV. ①R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第025676号

精神病症状学

主 编 喻东山 王 翠 葛茂宏
责任编辑 刘玉锋 张晓凤
责任校对 郝慧华
责任监制 曹叶平

出版发行 凤凰出版传媒股份有限公司
江苏科学技术出版社
出版社地址 南京市湖南路1号A楼, 邮编: 210009
出版社网址 <http://www.pspress.cn>
经 销 凤凰出版传媒股份有限公司
照 排 江苏凤凰印刷数字技术有限公司
印 刷 南通印刷总厂有限公司

开 本 787mm × 1092 mm 1/32
印 张 18
字 数 400 000
版 次 2014年4月第1版
印 次 2014年4月第1次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5537-0644-3
定 价 38.00 元

图书若有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换。

前 言

：：：：：：：：：：：
PREFACE

精神病症状学主要是研究四个方面，①同一症状的共性；②同一症状的轻、重表现；③不同症状的鉴别；④同一症状见于哪些疾病。精神病症状学概念凝缩出来，不过一万五千字，许多精神科医生对此都会背，但即使会背，临床判定时也常出错。原因是：书上每个精神症状只配一个百里挑一的典型例子，而读者要通过该典型例子去识别临床上各种不典型病例，其难度可想而知。本书力图对常见的精神症状多维度举例，包括重症的和轻症的，以降低识别不典型症状的难度。为避免精神症状没有“根”的问题，在可能情况下，用生化改变解释，这对药物处理有帮助；无可能则求其次，用心理学解释，使症状的来源有个说法；再次就只有纯症状描述了。

按理说，精神病症状学离不开普通心理学，但许多精神症状无法用普通心理学解释，如果把普通心理学知识硬搬入症状学，非但无益于事，反而增加了学习负担，故本书除了描述精神症状绝不可少的普通心理学铺垫外，不多谈普通心理。精神症状出现的频度有高有低，我们将之分为常见、次常见和罕见三篇，这种分法不仅考虑到常见与否，还考虑到该症状对疾病的诊断价值，考虑到新医生一次能接受的数量。我们推荐，新医生在头半年内读完常见症状，后半年内读完次常见症状，而罕见症状随遇随查就可以了。第四篇是对重要症状做选择性的原理和治疗阐述。在国内，沈渔邨主编的精神病学第五版（下称沈书）影响深远，官方晋职考试都以该书为准，为能与沈书的症状学接轨，我们后附沈书症状学的术语，对本书作一索引，以便查阅。如果说，精神症状是大海，本书只是测量了大海的一点数据，而这点数据远不如大海那样丰富，加之我们水平有限，残缺和错误之处在所难免，恳请读者指正，指正之处，可发往yds1960@163.com。

喻东山

2014年4月2日

目 录

CONTENTS

| | |
|-----------------------------|--|
| 第一篇 常用精神病症状学 … 1 | |
| 第一章 感觉 …… 1 | |
| 第一节 感觉增强 …… 2 | |
| 第二节 感觉减退 …… 13 | |
| 第三节 感知综合障碍 …… 17 | |
| 第四节 内感性不适 …… 26 | |
| 第二章 知觉 …… 28 | |
| 第一节 幻听 …… 28 | |
| 第二节 幻视 …… 34 | |
| 第三节 其他幻觉 …… 38 | |
| 第四节 幻觉的后果、应对和 疗效评价 …… 43 | |
| 第三章 认知 …… 47 | |
| 第一节 注意 …… 47 | |
| 第二节 记忆-再现障碍 …… 50 | |
| 第四章 智能 …… 55 | |
| 第一节 精神发育迟滞 …… 55 | |
| 第二节 痴呆 …… 56 | |
| 第三节 痴呆的评价 …… 59 | |
| 第四节 自知力 …… 61 | |
| 第五章 思维 …… 65 | |
| 第一节 思维速度障碍 …… 65 | |
| 第二节 思维量的障碍 …… 70 | |
| 第三节 思维持续性连贯 障碍 …… 73 | |
| 第四节 思维发作性连贯 障碍 …… 79 | |
| 第五节 推理障碍 …… 87 | |
| 第六节 言语交流障碍 …… 93 | |
| 第七节 妄想的概念 …… 101 | |
| 第八节 原发性妄想 …… 103 | |
| 第九节 继发性妄想 …… 110 | |
| 第十节 不利妄想 …… 114 | |
| 第十一节 有利妄想 …… 124 | |
| 第十二节 强迫观念 …… 129 | |
| 第十三节 超价观念的概念和 鉴别 …… 135 | |
| 第十四节 常见的超价观念 种类 …… 139 | |
| 第六章 情感 …… 148 | |

| | | |
|------------|---------------|-----|
| 第一节 | 情感高涨 | 148 |
| 第二节 | 情感低落 | 151 |
| 第三节 | 焦虑 | 154 |
| 第四节 | 惊恐发作 | 159 |
| 第五节 | 恐怖症 | 161 |
| 第六节 | 易激惹 | 168 |
| 第七节 | 情感反应减弱 | 172 |
| 第八节 | 情感反应不协调 | 176 |
| 第九节 | 情感稳定性障碍 | 177 |
| 第七章 | 意志 | 179 |
| 第一节 | 意志增强 | 179 |
| 第二节 | 意志减退 | 181 |
| 第三节 | 意志缺乏 | 184 |
| 第四节 | 矛盾意志 | 187 |
| 第八章 | 行为 | 188 |
| 第一节 | 强迫行为 | 188 |
| 第二节 | 冲动行为 | 193 |
| 第三节 | 锥体外系运动障碍 | 196 |
| 第四节 | 其他药源性运动障碍 | 203 |
| 第九章 | 意识 | 206 |
| 第一节 | 自我意识 | 206 |
| 第二节 | 非现实感 | 212 |
| 第三节 | 躯体人格解体 | 215 |
| 第四节 | 精神人格解体 | 217 |
| 第五节 | 其他人格解体症状 | 227 |
| 第十章 | 精神病综合征 | 234 |
| 第一节 | 常见易记的综合征 | 234 |
| 第二节 | 遗忘综合征 | 235 |
| 第三节 | 以妄想为核心的综合征 | 235 |

| | | |
|------------|----------------|-----|
| 第二篇 | 次常用精神病症 | |
| | 状学 | 241 |
| 第一章 | 感觉 | 241 |
| 第二章 | 知觉 | 243 |
| 第一节 | 错觉 | 243 |
| 第二节 | 诱发性幻听 | 251 |
| 第三节 | 诱发性幻视 | 257 |
| 第三章 | 认知 | 261 |
| 第一节 | 注意 | 261 |
| 第二节 | 记忆-再认障碍 | 263 |
| 第三节 | 定向力 | 268 |
| 第四节 | 精神运动性操作 | 270 |
| 第四章 | 智能 | 275 |
| 第五章 | 思维 | 279 |
| 第一节 | 思维量的障碍 | 279 |
| 第二节 | 思维效率障碍 | 281 |
| 第三节 | 语量的障碍 | 283 |
| 第四节 | 词的重复障碍 | 285 |
| 第五节 | 句的重复障碍 | 286 |
| 第六节 | 妄想的非核心特征 | 289 |
| 第七节 | 不利妄想 | 291 |
| 第八节 | 有利妄想 | 296 |
| 第九节 | 强迫症状的鉴别 | 298 |
| 第十节 | 非强迫症的强迫症状 | 304 |
| 第十一节 | 强迫的影响因素和疗效评价 | 308 |
| 第十二节 | 超价观念 | 309 |
| 第十三节 | 先占观念和矛盾观念 | 314 |
| 第六章 | 情感 | 318 |

| | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 第一节 情感反应增强-双相 障碍相关情感症状 318 | 第二节 弗雷格利综合征… 393 |
| 第二节 情感反应增强-焦 虑相关情感症状… 324 | 第三节 其他综合征… 399 |
| 第三节 情感反应增强-激 情症状… 333 | |
| 第四节 情感反应减退-不 自觉组… 336 | |
| 第五节 情感反应减退-自 觉组… 339 | |
| 第六节 情感反应不协调… 341 | |
| 第七章 意向 … 343 | |
| 第一节 食欲障碍… 343 | |
| 第二节 性欲障碍… 346 | |
| 第三节 防御障碍… 347 | |
| 第八章 行为 … 352 | |
| 第一节 兴奋状态… 352 | |
| 第二节 抑制状态… 356 | |
| 第三节 强迫行为… 363 | |
| 第四节 人际疏远行为… 366 | |
| 第五节 动作障碍… 370 | |
| 第九章 意识 … 374 | |
| 第一节 意识清晰度下降… 374 | |
| 第二节 谵妄的症状… 376 | |
| 第三节 谵妄的诊断和 分型… 379 | |
| 第四节 功能性精神病的 谵妄… 382 | |
| 第五节 谵妄的鉴别诊断… 385 | |
| 第十章 精神病综合征 … 387 | |
| 第一节 Capgras综合征… 387 | |
| | 第三篇 不常用精神病 症状学 … 401 |
| | 第一章 感觉 … 401 |
| | 第二章 知觉 … 403 |
| | 第一节 错觉… 403 |
| | 第二节 幻觉… 403 |
| | 第三节 知觉形成不能和知觉 忽视… 406 |
| | 第三章 认知 … 408 |
| | 第四章 智能 … 415 |
| | 第五章 思维 … 417 |
| | 第一节 不受控制的思维 障碍… 417 |
| | 第二节 巫术思维… 417 |
| | 第三节 判断障碍… 418 |
| | 第四节 语音障碍… 419 |
| | 第五节 失语症… 420 |
| | 第六节 不利妄想… 421 |
| | 第七节 有利妄想… 422 |
| | 第八节 强迫症状… 423 |
| | 第九节 强迫症状之间的相互 影响… 425 |
| | 第十节 强迫的功能损害… 427 |
| | 第十一节 强迫引发其他精神 症状… 429 |
| | 第十二节 超价观念… 430 |
| | 第六章 情感 … 437 |
| | 第一节 情感反应增强-心 境愉快组… 437 |



| | | | | | |
|-------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|------------------------------------|-----|
| 第二节 | 情感反应增强—心境不愉快组····· | 438 | 第三节 | 易激惹····· | 505 |
| 第三节 | 情感反应增强—激情组····· | 445 | 第四节 | 创伤后应激障碍····· | 506 |
| 第四节 | 情感观察减退····· | 448 | 第五章 女性性欲减退 ····· | 508 | |
| 第七章 意志 ····· | 449 | 第一节 | 机制····· | 508 | |
| 第八章 行为 ····· | 452 | 第二节 | 治疗····· | 512 | |
| 第一节 | 特种冲动行为····· | 452 | 第六章 人格解体 ····· | 516 | |
| 第二节 | 退转行为····· | 455 | 第一节 | 病因····· | 516 |
| 第三节 | 其他行为障碍····· | 457 | 第二节 | 评价····· | 521 |
| 第四节 | 疾病引起的运动障碍····· | 458 | 第三节 | 诊断····· | 525 |
| 第九章 意识 ····· | 461 | 第四节 | 鉴别诊断····· | 527 | |
| 第一节 | 意识范围缩小····· | 461 | 第五节 | 影响因素····· | 530 |
| 第二节 | 特殊意识状态····· | 466 | 第六节 | 治疗····· | 534 |
| 第十章 精神病综合征 ····· | 470 | 第七章 谵妄 ····· | 540 | | |
| 第一节 | 妄想性错认综合征····· | 470 | 第一节 | 病因····· | 540 |
| 第二节 | 以幻觉为核心的综合征····· | 472 | 第二节 | 治疗····· | 542 |
| 第三节 | 以超价观念为核心的综合征····· | 474 | 第八章 妄想性错认综合征 ····· | 551 | |
| 第四节 | 以焦虑为核心的综合征····· | 475 | 第一节 | Capgras综合征····· | 553 |
| | | | 第二节 | 弗雷格利综合征····· | 557 |
| | | | 附录1 | 按沈渔邨《精神病学》(第五版)第十一章精神病症状学术语索引····· | 559 |
| | | | 附录2 | 本书专业术语索引(按字母排序)····· | 561 |

第四篇 精神症状的原理和

| | | |
|----------------------|-------------|-----|
| 治疗 ····· | 477 | |
| 第一章 幻觉 ····· | 477 | |
| 第二章 强迫症 ····· | 485 | |
| 第三章 抑郁症 ····· | 492 | |
| 第四章 焦虑 ····· | 499 | |
| 第一节 | 广泛性焦虑症····· | 499 |
| 第二节 | 惊恐发作····· | 504 |

第一篇 常用精神病症状学

第一章 感觉

事物刺激人体外周感受器，感受器经内导神经将信号传入大脑皮质感觉中枢，感觉中枢对信号的最初感受就是感觉。感觉是对事物个别属性的感受，如对“颜色”这一个别属性的感受，对“音量”这一个别属性的感受，等等。

1. **感觉—知觉—思维**：单凭感觉根本不能认识事物是什么东西，例如，一个白色的洋瓷缸，你只感受到是白色的，怎么知道它是洋瓷缸呢？当将事物的多个个别属性提炼成型时，如看到白色的，圆柱形的，摸上去光滑、冰冷、坚硬，敲击有空心的金属回声，这时判定为白色洋瓷缸，这时的认识就由感觉上升为知觉。如果以前用过这种洋瓷缸，一看就推断它不超过一两重，这种间接的认识就上升为思维。

以视觉为例，当你与朋友离别时，看着朋友的背影远去，逐渐消失在地平线上，最初看到朋友的背影（提炼成型）是知觉，后来模糊到一个点（不能提炼成型）是感觉，消失在地平线上是感觉不到。对于这个模糊点，凭着你持续目送的过程，推断那是你的朋友，这种间接的认识是思维。

以听觉为例，如果对方说话声音太小，你没听到，那是没感觉到；你听到，但听不清说些什么意思（不能提炼成型）；那是感觉；你能听懂说些什么意思（提炼成型），那是知觉，你还能听出这话的弦外之音（如讽刺或暗示），那是思维。

2. **感觉上升到知觉的两个条件**：老人耳聋，听不清别人说些什么意思，那是感觉；如果听清别人说些什么意思，那是知觉；北方人听福建话，如果听不懂，听到的声音只是感觉，如果听懂了，就是

知觉。这样看来，感觉上升到知觉需具备两个条件，一是清晰地感觉到；二是已掌握的背景知识能将这些感觉提炼成型。

3. **感觉不到和过度警醒**：刺激过弱则感觉不到，刺激不充分易引起错觉，刺激过强则过度警醒。当视觉信息量过大时，如光线过强，则不但过度兴奋视觉中枢，而且过度兴奋网状上行激活系统，引起过度警醒，感到烦躁不安；同样，当听觉信息量过大时，如声音过强，则不但过度兴奋听觉中枢，而且过度兴奋网状上行激活系统，引起过度警醒，感到烦躁不安。

在沈书中，“感觉障碍”这一节只是一个摆设，一晃而过，一些教科书认为感知觉不好分，或认为感觉内容太少，难成一节，故将感觉障碍和知觉障碍并成一节，名为“感觉和知觉障碍”。在临床应用中，能派得上用场的只有“内感性不适”，而感觉增强、感觉减退和感觉倒错只限于讲课时说说，例子都是书上搬来的，导致理论和实际严重脱节，这里专章叙述感觉障碍。

第一节 感觉增强

感觉增强又称感觉过敏，是对事物个别属性的感受性增强，即小感觉刺激引起大的感受反应。感觉增强按感官可分为听觉增强、视觉增强、触觉增强、痛觉增强、其他浅感觉增强、神经性尿频和其他内感受性增强。

一、听觉增强

1. **概念**：听觉增强又称听觉过敏，是对听觉的感受增强，即对普通声响感到刺激，不能忍受。例如，听到汽车鸣笛，就感到怕，几秒钟就过去，怕什么也说不清，也不是喇叭响导致的突然吓一跳。又如，病人听关门声像是霹雳雷声。再如，杜甫诗中的“恨别鸟惊心”，其中“鸟惊心”就是听觉增强。精神科门诊每90位病人就有1位听觉增强，其发生率是所有感觉增强中最高的。

2. **机制**：听觉增强是过度警醒引起，过度警醒常伴焦虑，焦虑时海马和杏仁核兴奋，海马和杏仁核离听觉中枢颞上回很近，当兴奋

扩散到颞上回时，表现听觉增强。

（一）程度

病人在寝室里听到走廊上人说话声，声音像打到心里一样；在马路上听人说话，自己像被扎了一下一样，从而引起声恐怖，从三方面评价其严重度。

1. **反应强度**：根据对声响的反应强度，听觉增强由重到轻可分四级，一级是一有声响，病人就不能耐受，例如，病人在家怕声响，声响一出现，心里就难过，所以家里只要有人，病人就等着声响的出现；二级是别人不在乎的噪音，病人不能忍受，例如，别人洗瓷器的声响，病人感到不适；塑料袋发出响声，病人心里发抖；三级是别人对噪音也嫌吵，但能耐受，唯病人不能耐受，例如，门口拖拉机或摩托车路过，家人都听到，也嫌吵，但能耐受，而病人嫌吵则不能忍受，要关门；四级是别人听不见，唯有病人能听见，如电视播放时的杂音病人也能听到；电脑主机的声音病人也能听到，并为此而分心。

2. **声响长度**：声响一出现就不能忍受则较重；声响持续一段时间才不能忍受则较轻，忍受声响的持续时间越长，说明听觉增强越轻。

3. **声响范围**：无论什么类型的声响都感到刺耳则较重；只对选择性声响感到刺耳则较轻，通常是非言语性噪音，如汽车发动机声音、自行车刹车声、楼上脚步声，少见为电子音响声。

（二）种类

1. **发作性**：发作性听觉增强常引起惊跳反应。例如，路人咳嗽，病人吓一跳；同学按圆珠笔的声音，笔掉在地上的声音，病人吓一跳；开关门声，开关铝合金窗声，病人也吓一跳，由于害怕发作性声响，故专等下次声响的到来，什么事也不能干。

2. **选择性**：当害怕与特定声响形成条件反射时，病人只对该声响敏感，例如，去年老伴被电话骗了10万元，病人知道后受到刺激，现在电话铃一响，病人就吓一跳。又如，病人在诊室里看病，别人敲门，就感到是催他快看病，心里憋着，如果敲门声重些，心里就一惊。再如，病人与同学关系紧张，同学咳嗽，敲击桌、凳，病人就吓

一跳，好像有危险，心慌。

（三）后果

1. **躯体反应**：病人对声响刺激可引起交感神经兴奋，包括心慌、手抖、出冷汗；还可引起头紧、头麻和疲劳。

2. **躲**：病人对持续声响的应对方法是躲，如捂耳，戴耳塞，关门关窗，不见人，离开嘈杂环境，有的嫌家里吵，可躲进旅馆或桑拿室去休息。一位病人嫌大学宿舍里吵，怕各种声响，别人敲键盘，自己的心就要蹦出来，认为这样会折寿，故搬到走廊里去住。

3. **怒**：当病人对噪音既躲不掉又忍不住时，就会发怒，例如，病人怕人吵，人家多说两句，就要冲人。又如，家里亲戚的小孩吵，病人就不耐烦，发脾气。

4. **难侍候**：家人说话，病人嫌吵；家人看电视，病人嫌吵；家人脚步声重，病人嫌吵；家人翻报纸，病人嫌吵，故家人不敢开电视，做事轻手轻脚，说话轻声轻气。如果吵了病人，病人会惩罚家人，例如，母亲关门声过重，病人叫母亲碰发出声响的地方40~50次，以示惩罚。邻居发出噪声，病人可与邻居吵架。

5. **继发性妄想**：精神分裂症病人可因听觉增强产生继发性被害妄想，认为是人家有意吵他的。例如，精神分裂症男性，感觉公安局在迫害他，手段是将外面马路上的声音放大几倍，像扩音器一样对着他吵，尽管别人也能听见该声音，但别人不嫌吵；孙女住隔壁，开门关门，别人不嫌吵，病人嫌吵，认为孙女有意与他作对，跟孙女吵。

（四）鉴别

听觉增强是对客观存在的普通声响感到刺激，例如，别人确实发出笑声，但病人听起来就特别刺耳；原始性幻听是客观不存在某种非言语声响，但病人却能听到这种声响，例如，病人听到对面楼上有敲击声，家人听不到，病人说该声音影响他学习。

二、视觉增强

视觉增强是对光线或颜色的感受增强。视觉增强的发生率是听觉增强的1/4，分畏光症和畏色症两种。

（一）畏光症

1. **概念**：病人对光线的感受过强，从而畏光，又称光恐怖，例如，病人说，前一夜没睡好，今晚屋里的灯光就感到特别刺眼。

2. **应对**：病人对畏光症的应对方法一是躲，二是怒，躲是关闭窗帘，不看电脑，不看电视，不开日光灯，只开小台灯，喜居暗处，独坐黑屋，故当病人把自己关在黑暗的屋里时，应考虑是否有畏光症。怒是易激惹，家人如开日光灯，病人就骂家人。

3. **难侍候**：病人因为怕光，故限制家人用光，导致家人生活不便。例如，病人不能看电视光，看了就像光进了脑子，故不给家人看电视，“即使别人看无声电视，我也不安；我睡觉，别人坐在旁边，我睡不着，所以我睡下，别人也得躺下。”

（二）畏色症

1. **概念**：病人对鲜艳颜色（通常是红色）感受过强，不能耐受，可紧张得心跳过快、全身发抖。例如，病人看屋顶上的红瓦，感到火红的闪亮。又如，病人治疗前看到红的就敏感不适，服氟伏沙明和硝基安定后脱敏。

2. **应对**：病人的应对方法是戴墨镜，故看到病人戴墨镜时，应考虑是否有畏光症或畏色症。

三、触觉增强

触觉增强是对触觉的感受增强，并感到不适，其发生率是听觉增强的1/3，见于神经症、双相障碍和精神分裂症，触觉增强分自体触觉增强和异体触觉增强。

（一）自体触觉增强

自体刺激物主要是头发和汗液。

1. **头发刺激**：病人感头发刺激皮肤不适，以致男性剃光头，女性会不停地捋额部的头发；有的女性扎辫子就感到头紧不适，要不扎辫子才舒适。

2. **汗液刺激**：病人感汗液刺激皮肤，一旦出汗，就一刻不能忍地要洗澡。例如，20岁男性，上课时脚上稍微出点汗，感觉皮肤上沾

上一些含盐的电解质溶液，越想越怕，觉得这事无比严重，必须及时处理，否则无法听课。或隔几天没洗澡就觉得自己身上很脏，如果不洗，就什么也不能做，连说话时也在想，很着急，必须赶紧洗澡。

（二）异体触觉增强

异体刺激物主要是布料和眼镜架，偶见牙刷刺激咽部。

1. **布料**：病人的皮肤碰到布料就感到不适，故喜欢穿宽松衣服，好裸卧；就是裸卧，仍感到两侧肘内压着难受，以致入睡困难。一位病人夏天睡觉时用手将腹部的汗衫提起，感到汗衫压在腹部难过，即使脱掉汗衫，仍用双手护着腹部，好像怕空气压着腹部似的。冬天盖被子时，要用手护着腹部。另一病人穿牛仔衣感到身体勒得慌，感到腋窝被衣服卡得难过，怕穿硬领的衣服。系裤带就感到勒着难过，裤兜里放钥匙或手机就感到难过，穿新鞋就老想着脚后跟。

2. **眼镜架**：病人感觉眼镜架刺激脸部不适，故不断换眼镜架。例如，病人感到眼镜托压着鼻梁，老关注此事，不戴眼镜就没这种感觉。另一病人总感到眼镜戴在脸上不舒服，一年换了十几副镜架。

3. **咽反射亢进**：例如，病人刷牙时，经常刷深一些就呕出来。

四、痛觉增强

痛觉增强是对痛觉的感受增强，其发生率是听觉增强的1/5，见于抑郁症、精神分裂症、焦虑相关疾病和癔症。

（一）抑郁症

抑郁症的慢性疼痛就属于痛觉增强。

1. **机理**：抑郁症的蓝斑去甲肾上腺素（NE）能低下，当蓝斑NE上行通路功能不足时，前额皮质内侧部的NE能不足，引起抑郁；当蓝斑NE能下行通路功能不足时，在脊索后角不能抑制外周疼痛信号的传入，导致慢性疼痛，故抑郁症常伴慢性疼痛。

2. **特点**：①抑郁节律与慢性疼痛节律一致：如病人的抑郁是早轻晚重，则慢性疼痛也是早轻晚重，说明NE的上行通路和下行通路功能一致，正因为一致，故慢性疼痛复发也可能预示抑郁症的复发；②疼痛的部位固定：抑郁疼痛的部位固定，提示抑郁发作前就有阈下疼

痛,当蓝斑NE下行通路功能不足时,不足以抑制这种阈下疼痛信号,从而感受到疼痛;③疲劳和睡眠时加重:疲劳和睡时NE低下,故加重慢性疼痛。

3. 治疗:文拉法辛和度洛西汀增加NE能,可改善抑郁和慢性疼痛两者,但改善疼痛易,缓解疼痛难,只要停药1天,疼痛就迅速复发。同理,阿米替林和丙咪嗪增加NE能,也能治疗慢性疼痛,因不良反应大,故使用频率低。

4. 案例:51岁的抑郁症女性,3年来开始是所有手指关节痛,接着脚趾关节痛,接着颈椎、肩、肘、腕、髋关节都痛,唯膝关节不痛,风湿科检查没问题;另发作性心口痛,每次持续不到5分钟,为紧缩痛和绞痛,白天晚上都可发作,累时发作,睡着可痛醒,心脏科排除心脏病。手指脚趾痛晚上更重,与抑郁节律一致。服博乐欣(文拉法辛)25mg一日三次×14天,第一天手指脚趾就不痛,大关节痛变成隐痛,心口痛由不能忍受变隐痛,服用第2天心情开朗,第14天复诊时疗效稳定,但无进一步缓解,在这14天期间,单位曾组织旅游,一天早晨忘了服药,中午又不便服,晚上关节疼痛又加重。

(二) 精神分裂症

1. 性质:精神分裂症偶见慢性疼痛,他们是对曾经疼痛的习惯形成,而不是表演或诈病。例如,22岁的精神分裂症男性,1年前腿跌伤,只是表皮伤,医生看过,基本已愈,却自感疼痛,一碰就痛得不能动。抗精神病药治疗后,摸上去还有感觉,但不像以前那样敏感。

2. 慎用:精神分裂症的痛觉增强不要轻易用文拉法辛、度洛西汀、阿米替林和丙咪嗪治疗,因为增加NE能可恶化精神病阳性症状。

(三) 焦虑相关疾病

焦虑相关疾病的躯体疼痛特点是部位不固定,呈游走性,与抑郁症的躯体疼痛部位固定不一样。例如,25岁的躯体形式障碍男性,身上有不定位的刺痛感,1~2秒钟消失,不知是肌肉痛还是神经痛。老年抑郁常伴焦虑,也可见游走性疼痛,病人说,“腿猛地一痛,睡梦中都能感受到,有乒乓球大小的块状疼痛,或条状疼痛,游走

性。”精神分裂症可伴焦虑，也可见游走性疼痛，如病人说“感到胸腔里走窜痛”。

（四）癔症

癔症的躯体疼痛具有夸张性、受暗示性和获益性，例如，27岁的癔症性人格女性述，全身到处痛，对触痛敏感，每月要输液一次。

五、其他浅感觉增强

（一）味觉增强

味觉增强是对味觉的感受增强。例如，病人刷牙需用8~9杯水才能漱干净，否则觉得嘴里还有牙膏味。又如，病人在停用氯硝西洋0.5mg一日二次后，家里的菜明明不咸，病人非说咸；平时不觉得甜的也说太甜，恢复氯硝西洋原量，对咸甜味不那么敏感了。

（二）温觉增强

温觉增强是对温度改变的感受增强，如稍冷就要加衣，稍热就要减衣，温觉增强可分为热敏感和冷敏感。

1. **热敏感**：病人稍热就不能忍受。例如，病人嫌家里吸顶灯照着热，将之拆除。有的病人服丙咪嗪50mg一日二次，全身躁热，像是在空调很足的房间里依然穿棉袄一样；服文拉法辛也有类似现象。这是拟NE能增加机体代谢的结果，不是热敏感，注意鉴别。

2. **冷敏感**：病人怕冷，5月底天气还怕碰冷水，感到风钻到骨头里，头和脖子都怕风。有的抑郁病人一贯怕冷，血压偏低，这是机体代谢降低的结果，不是冷敏感，注意鉴别。

热敏感和冷敏感要排除代谢问题后方能确定，例如，甲状腺功能亢进怕热，甲状腺功能减退怕冷，不能归为热敏感或冷敏感。

六、神经性尿频

神经性尿频是对尿意的感受增强，病人对不足以引起尿意的尿量感到有尿意，以致尿频、尿急、尿不尽，性质上是一种内感受性增强，发生率是听觉增强的1/2，因内容多，故单述。

(一) 种类

神经性尿频分持续性和发作性两类。

1. **持续性**：病人只要觉醒，每10~20分钟要小便一次，每次尿量不很多，真有事时，也能憋很长时间，提示为持续性过度警醒状态。

2. **发作性**：发作性神经性尿频有四种情况：①每当下一段时间不允许小便，病人会频繁小便，例如，上长途汽车前、上课前、考试前。一病人上长途汽车前去解一次小便，10分钟后要开车，她又去解一次小便；②在不允许小便期间，病人偏想着要小便。例如，在家就正常，上街不易找到厕所，就想小便；长途汽车一开动就等着到下一个服务区，要小便；③一紧张就要小便，例如，强迫症病人冲淋浴时，总感到冲不干净，一紧张就要大小便，其实并无大小便；④入睡反复起床小便，例如，晚11点上床，睡不着，每20分钟解一次小便，前后小便6~7次，至夜里2点才能睡着；或夜里每次醒来都要小便，这种静息状态下引起的神经性尿频，是皮质抑制诱导旁中央小叶兴奋增强的结果。

(二) 后果

1. **入睡困难**：入睡因反复起床小便，导致入睡困难。

2. **继发性妄想**：精神分裂症病人可将神经性尿频解释为被人控制的结果。

3. **注意力不集中**：病人出门就有尿意，在路上总关注尿意，导致注意力不集中。

(三) 鉴别

在诊断神经性尿频前，应排除下列常见因素。

1. **抗胆碱药**：许多精神药物均有抗胆碱能，如氯氮平、奥氮平、苯海索、帕罗西汀、阿米替林和氯丙咪嗪，抗胆碱能可引起膀胱逼尿肌无力，膀胱括约肌收缩增强，导致排尿不尽，尿液稍积累就再次出现尿意，导致尿频，这种尿频与启用或增加抗胆碱能药量紧密关联，常伴排尿迟疑，可与神经性尿频鉴别。

2. **前列腺肥大**：这是中老年男性常见病，起病慢，由于前列