



中国医药出版社有限公司
北京市东直门内大街165号
100711 电话：(010) 57800392

精神病学基础

（供临床医学、预防医学、口腔医学、护理学、药学、医学检验、医学影像、康复治疗学、医学美容技术专业用）

主编 王世英

副主编 王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

王世英

中国医药出版社有限公司



教育部职业教育与成人教育司推荐教材
卫生职业学校教学改革实验用书

精神病学基础

(护理、药学和医学相关专业用)

主 编 孟繁臣
副主编 晏志勇 张 红
主 审 戴 琳 陆 涛
编 者 (以姓氏拼音为序)
顾永权 阜新市卫生学校
孟繁臣 阜新市卫生学校
戚永娟 湛江市卫生学校
吴艳波 四平市卫生学校
晏志勇 江西卫生职业技术学院
张 红 重庆市卫生学校
周艳玉 通化市卫生学校
朱 昕 朝阳市卫生学校

高等教育出版社
HIGHER EDUCATION PRESS

内容提要

这是一本供医学相关专业五年制高职或中职学生使用的“精神病学”教材,针对不同层次学生的具体要求,可以通过制定不同的教学大纲来完成。本教材紧扣教育部《2004—2007年职业教育教材开发编写计划》的精神,突出基础理论、基本知识、基本技能的传授,注重教材的实用性,理论知识的深度和广度以够用为度,充分体现职业教育的特点。全书共14章,浓缩了精神病学的精华,力求文笔精练、简明扼要,便于学生在较短时间内对精神病学建立较为系统的初步认识。每章前提出学习目标,每章后有重点提示和自测题,还配以相关知识或案例,供学生复习思考。

图书在版编目(CIP)数据

精神病学基础/孟繁臣主编. —北京:高等教育出版社,2005.7

护理、药学和医学相关类专业用

ISBN 7-04-017286-0

I. 精... II. 孟... III. ① 精神病学-高等学校: 技术学校-教材② 精神病学-专业学校-教材
IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 054014 号

策划编辑 秦致中 责任编辑 薛 玥 封面设计 刘晓翔
版式设计 王 莹 责任校对 尤 静 责任印制 孔 源

出版发行	高等教育出版社	购书热线	010-58581118
社 址	北京市西城区德外大街4号	免费咨询	800-810-0598
邮政编码	100011	网 址	http://www.hep.edu.cn
总 机	010-58581000		http://www.hep.com.cn
经 销	北京蓝色畅想图书发行有限公司	网上订购	http://www.landracoco.com
印 刷	北京市南方印刷厂		http://www.landracoco.com.cn
开 本	787×1092 1/16	版 次	2005年7月第1版
印 张	11.5	印 次	2005年7月第1次印刷
字 数	270 000	定 价	15.00元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号 17286-00

前 言

本教材是根据教育部《2004—2007年职业教育教材开发编写计划》的精神编写而成的。在编写过程中,始终贯彻以就业为导向,以能力为本位,面向市场、面向社会,为卫生科技进步服务、为就业和再就业服务,培养高素质技能型人才的原则和职教观念,突出“三基”(基础理论、基本知识、基本技能)、“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性)、“三特定”(特定对象、特定要求、特定限制)。注重教材的实用性,充分体现职业教育的特点,把提高学生的职业能力放在突出的位置。

近20年来精神病学的理论和实践已有迅速发展,对精神疾病本质的认识,无论在微观的分子水平还是宏观的社会水平,都进入了新的阶段。心理社会因素对人类身心健康影响的认识亦日趋深入。这些进展使精神病学与心理学、社会学、基础医学和临床医学各科的联系更加紧密,学科研究和服务的范围从防治精神疾病扩大到各种心理和行为问题的干预和处理。治疗学也有相应的突破。考虑到这些因素,本书在编写取材时,努力适应学科发展的需要,反映国内外精神病学的最新进展和新成就,体现先进性。同时考虑到本教材面向卫生职业教育,理论知识的深度和广度以够用为度,体现针对性。

本教材是供医学相关专业五年制高职或中职学生使用,至于对不同层次学生的具体要求,可以通过制定不同的教学大纲来完成。全书共14章,每章前提出学习目标,每章后有重点提示和自测题,还配以相关知识或案例,供学生复习思考。

在本教材编写过程中,得到了阜新市卫生学校、江西卫生职业技术学院、重庆市卫生学校、通化市卫生学校、朝阳市卫生学校、四平市卫生学校、湛江市卫生学校的大力支持,在此向这些院校一并致以由衷的感谢。

由于编者水平有限,不妥之处在所难免,希望使用该书的老师和同学提出宝贵意见,以便再版时予以修订。

编 者

2005年1月

目 录

第一章 绪论	1	第二节 心境障碍的临床表现与类型	69
第一节 概述	1	第三节 心境障碍的诊断与鉴别诊断	72
第二节 精神障碍的病因	3	第四节 心境障碍的治疗及预防	74
第三节 精神病学发展的现状与展望	6	第八章 应激相关障碍	78
第二章 精神障碍症状	8	第一节 概述	78
第一节 概述	8	第二节 常见的应激相关障碍类型	81
第二节 常见精神症状	9	第三节 应激相关障碍的治疗	85
第三章 精神障碍的检查与诊断	23	第九章 神经症	88
第一节 病史采集	23	第一节 神经症的病因与发病机制	88
第二节 精神状况检查	26	第二节 神经症的临床表现、诊断与 治疗	90
第三节 躯体检查与特殊检查	28	第三节 神经症的常见类型	93
第四节 精神科诊断过程	28	第十章 人格障碍与性心理障碍	104
第四章 脑器质性精神障碍	32	第一节 人格障碍	104
第一节 概述	32	第二节 性心理障碍	108
第二节 常见脑器质性精神障碍	34	第十一章 心身疾病与心理因素相关 生理障碍	113
第五章 精神活性物质所致精神 障碍	44	第一节 心身疾病	113
第一节 概述	44	第二节 心理因素相关生理障碍	122
第二节 常见的精神活性物质所致 精神障碍	46	第十二章 儿童和少年期精神障碍	128
第六章 精神分裂症	55	第一节 儿童、少年期心理发育障碍	128
第一节 概述	55	第二节 儿童、少年期行为和情绪障碍	131
第二节 精神分裂症的临床表现与 类型	56	第十三章 精神障碍的治疗	138
第三节 精神分裂症的诊断与鉴别 诊断	60	第一节 精神障碍的躯体治疗	138
第四节 精神分裂症的治疗和预防	62	第二节 心理治疗与心理咨询	150
第七章 心境障碍	67	第十四章 精神障碍的预防与康复	161
第一节 概述	67	第一节 精神障碍的预防	161
		第二节 精神障碍的康复	165
		第三节 心理保健	169

第一章 绪 论

学习目标

1. 理解精神疾病、精神病学、精神障碍、精神健康的概念。
 2. 了解与精神病学相关的主要学科。
 3. 了解精神障碍的主要病因。
-

第一节 概 述

一、精神疾病与精神病学

精神疾病(mental illness)是指在各种生物因素、心理因素以及社会环境因素作用和影响下,大脑功能失调,导致认知、思维、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍的一类疾病。

精神病学(psychiatry)是临床医学的一个分支,它是研究各种精神疾病的病因、发病机制、临床表现、发展规律、诊断、治疗和预防的一门科学。

20世纪50年代以来,随着社会的发展和科学技术的进步,精神病学这一学科得以快速发展。神经生物学,尤其是神经生物化学的进展,为精神症状发生的病理基础开辟了新的研究领域,同时也促进了精神药理学的迅速发展。另外,心理社会因素对精神疾病和行为问题的影响受到重视,从而推动了精神疾病本质的理论研究和医疗实践,进一步拓宽了精神病学的研究领域。由于精神疾病本身所具有的特点和复杂性,往往涉及很多其他方面的问题,如社会文化(社会精神病学,即从社会学、文化差异研究精神疾病、行为问题发生和发展规律的一门学科)、司法问题(司法精神病学,研究精神患者所涉及的法律问题,主要评价、鉴定精神患者违法行为的责任能力和安置问题的一门学科);又因儿童和老年人具有各自的生理、心理特点,儿童精神病学和老年精神病学也得到相应的发展。

随着科学的发展和社会的需要的变化,精神病学的研究与服务范围日益扩大,已从传统的重型精神障碍(psychosis),如精神分裂症等向轻型精神障碍,如神经症、适应不良等转变;同时,服务的模式也从封闭式管理转向半开放式或开放式管理,而且由于新的精神药物的出现,对康复及预防复发的重视,精神障碍的预后已大为改观。然而,随着生活节奏的加快、竞争的加剧,人们的心理问题也越来越多;不良生活方式(吸烟、酗酒、吸毒、赌博、嫖娼等)的存在,直接影响身心健康;随着人口的老齡化,老年精神障碍日趋增多;由于多种因素的影响,儿童心理问题也有所增加。因此,我们学习包括心理卫生服务在内的精神病学对防治精神疾病、保障人群心理健康有着重要意义。

二、精神障碍与精神健康

现代精神病学使用“障碍”一词来取代既往传统单一生物学模式的疾病概念。精神障碍(mental disorders)一词含义广泛,是一类具有诊断意义的精神方面的问题,包括一系列轻重不等的临床上可加以辨认的情绪、认知、行为等方面的改变,伴有痛苦体验和(或)个人社会功能受损。但精神障碍不是一个精确的术语,如精神发育迟滞存在认知和社会适应障碍,抑郁症存在病态的情绪低落体验,而儿童注意缺陷障碍的主要特征是多动。这些情绪、认知、行为等方面的改变使得患者感到痛苦,社会功能受损或增加患者残疾、死亡等的危险性。

研究表明,有25%~30%的急诊患者是由于精神障碍方面的原因而就诊;大约有20%去看全科医生的患者有一种或一种以上的精神障碍;25%的家庭里有一个成员患有精神障碍。据统计,精神障碍占整个疾病负担的15%以上,居所有疾病的首位。世界上前10种致残或使人丧失劳动能力的主要疾病中,有5种是精神疾病。我国1993年调查,各类精神病患者率13.47‰,神经症患者率20.99‰。也有调查,北京地区神经症患者率25.18‰,大学生神经症患者率84.8‰。这些疾病不仅严重影响患者本人及家属的生活质量,给他们造成痛苦,也给社会带来不良影响和沉重负担。

精神健康是指一个人能够成功地执行精神功能的一种状态,这种状态能产生建设性的活动、维持良好的人际关系、能调整自己以适应不良环境。精神障碍与精神健康并非对立的两极,而是一个移行谱(continuum)。精神健康是个人安康、事业成功、家庭幸福、人际交往良好、社会关系和谐的基本保证。

三、精神病学的相关学科

由于人类精神活动的复杂性,精神病学是医学各科中外延最广、与其他学科交叉最多的学科之一,它与许多边缘学科密切相关,如分子遗传学、医学心理学、行为医学、心身疾病与心身医学、医学社会学和医学人类学等。

(一) 神经科学

神经科学是研究神经系统解剖、生理、生化以及神经药理、神经心理、神经免疫与遗传等的一门科学,它是精神病学的基础。近代精神病学的发展和进步与神经科学的迅速发展密切相关,尤其是神经生化、神经药理研究的进展,显著改变了精神疾病的治疗及预后。

(二) 分子遗传学

分子遗传学的迅猛发展,揭开了人类基因的神秘面纱,也为探索许多精神疾病之谜提供了有力的手段。目前,应用实验遗传学的方法来寻找各种精神疾病的致病基因,正成为精神病学研究领域的热点问题。也许有一天通过人为地改变患者的某些致病基因,能够根除许多目前无法彻底治愈的精神疾病。

(三) 医学心理学

医学心理学是用心理学的理论和方法来研究心理因素在人体健康和疾病及其转化过程中所起作用的规律,是以医学为对象形成的应用心理学分支,也是精神病学的基础学科之一。它强调整体医学模式,即生物—心理—社会医学模式。其主要任务是研究心理因素在各类疾病的发生、发展和变化过程中的作用,研究心理因素对身体各器官生理、生化功能的影响及在躯体康复中的

作用等。

(四) 行为医学

行为医学是一门将与健康和疾病有关的行为科学技术和生物医学技术整合起来,并将这些技术应用于疾病的诊断、治疗、预防和康复的边缘学科。人类的行为与健康、疾病的关系受多种因素的影响,因此行为医学是一门多学科综合的边缘学科,与人类学、社会学、流行病学、心理学、临床医学、预防医学、健康教育学、精神病学及精神卫生学等学科相关,其中与精神卫生学的关系最为密切。

(五) 心身疾病与心身医学

心身疾病(心理生理疾病, psychosomatic diseases)是指一组与精神紧张有关的躯体疾病。它们具有器质性病变(即病理解剖学改变)的表现(如胃、十二指肠溃疡)或确定的病理生理过程(如偏头痛)所致的临床症状,心理社会因素在疾病的发生、发展、治疗和预后中起相对重要的作用。

心身医学是研究由精神因素引起或参与引起的,表现为躯体疾病的学科,主要研究范围是:
① 研究特殊的社会、心理因素与正常或异常生理功能之间的关系。② 研究社会、心理因素与生物因素在疾病的病因学、症状学、病程和预后中的相互作用。③ 提倡医疗照顾的整体观念,即生物—心理—社会医学模式。④ 把精神医学与行为医学的方法运用于躯体疾病的预防、治疗和康复之中。

(六) 医学社会学和医学人类学

医学社会学和医学人类学是社会学和人类学在医学的分支。医学社会学是用社会学的理论和方法,从群体的角度去研究与社会结构和社会过程有关的健康和疾病问题。在精神病学领域,医学社会学研究与精神疾病有关的心理社会因素。医学人类学是以文化人类学的理论和方法来研究医学问题的学科。在精神病学领域,它研究特定的文化背景与人类精神活动和行为的关系。医学社会学和医学人类学都是从社会这个宏观的角度来研究人类、文化、社会大环境对人类精神活动的影响。

第二节 精神障碍的病因

由于人类的大脑功能和精神活动极其复杂,对于精神障碍病因的研究目前尚处在不断探索之中。大多数所谓的功能性精神障碍无明确的病因和发病机制,也没有明显的体征和实验室指标异常。然而,精神病学家通过研究,还是发现了一些与精神疾病发病有关的因素。这些因素的存在,可使精神疾病发生率显著增加,但这些因素的存在不一定使每个个体都发病,是否出现精神障碍,还受其他因素的影响。

一、生物与理化因素

(一) 遗传因素

许多精神障碍,如精神分裂症、情感性精神障碍和精神发育迟滞的某些类型,都存在较为明显的遗传倾向。通过家系调查证实了患者亲属之中发生同类精神疾病的概率比普通人口中的发病率明显增高,而且血缘关系愈近,发病率愈高。进一步对双生子同病率的调查研究发现,许多

精神障碍同卵双生子的同病率远高于异卵双生子的同病率。而寄养子的研究为区分遗传因素影响与环境因素影响提供了科学方法。

精神障碍的细胞遗传学和分子遗传学研究虽然尚未取得突破性的进展,但发现染色体畸变,如某条染色体缺失、重复、倒置、易位,可以引起精神发育障碍。精神分裂症及情感性精神障碍的发生大多属于多基因遗传方式。

(二) 感染

全身感染、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、细菌、病毒等。例如,通过性传播的梅毒螺旋体首先引起生殖系统症状,在机体潜伏多年后,进入脑内,导致神经梅毒,主要表现为神经系统的退行性变,出现痴呆、精神病性症状及麻痹。最常引起精神障碍的感染有:败血症、流行性感冒、伤寒、斑疹伤寒、肺炎、脑膜炎、神经梅毒以及 HIV 感染等。

(三) 理化因素

外伤、高温、放射损伤以及有害化学物质都可直接或间接损害人脑的结构和功能,而引起精神障碍。有害化学物质引起的精神障碍受到人们关注。常见的包括:成瘾物质(海洛因、吗啡、大麻、苯丙胺及新型的致幻型兴奋剂等);酒精,酒精滥用对中枢神经系统的损害,也是全球关注的精神卫生问题;医疗用药(阿托品、异烟肼、利血平及皮质类激素等);工农业毒物(苯、有机汞、四乙基铅及有机磷农药等);食物,某些有毒的蕈类食物可引起意识模糊和幻觉;一氧化碳,一氧化碳中毒可产生急性或慢性精神障碍。

(四) 脑和内脏器官疾病

大脑和内脏器官的疾病也会引起器质性精神障碍,其中脑的弥漫性损害和位于额叶、颞叶、胼胝体、基底节和边缘系统的病变更容易引起精神障碍。而各种内脏器官的疾病都有可能在疾病的某一阶段出现精神障碍。

(五) 年龄与性别

年龄并非致病因素,但年龄是某些精神障碍的重要发病条件。童年和少年期的脑功能尚未发育完全,容易受到损害,出现发育障碍以及各种精神障碍。一些精神障碍在更年期可出现第二个发病高峰期。在老年期,随着年龄的增加,老年性痴呆的发病率也随之增加。性别亦不是致病因素,但与一些精神障碍的发病相关。例如,精神分裂症等精神障碍在月经期间有症状加重的倾向。女性忧郁症患者远远多于男性,而物质依赖、酒精中毒者等男性远远高于女性。产褥期、更年期容易发生女性特有的精神障碍。形成这些差异的原因除生物因素外,还要考虑社会因素对性别不同影响。

二、心理因素

心理因素包括心理素质和心理应激两方面。心理素质往往是条件因素,而心理应激则常常成为致病诱因。

(一) 心理素质

一个具有开朗、乐观性格的人,对人坦率、热情,思想感情容易交流,乐于助人,也因此容易得到别人的帮助,愿意理解别人也容易被别人理解,在人际关系中误会与矛盾较少,即使有也容易获得解决。这种人外向,追求刺激和挑战,在心理应激过程中对挫折表现出较强的耐受性。与此相

反,一个具有拘谨、抑郁性格的人,对人保持一定距离,含蓄隐秘,对人心存疑虑、戒备,不太关心别人,别人对他也就比较疏远和冷淡,在人际关系中误会与隔阂较多。他们内向、懦弱、回避挑战,在困难面前显得无能为力,容易悲观丧气,对心理应激的耐受能力较差,易患神经症、心身疾病,也容易出现酒精与药物滥用。

有些人的心理特点自幼就明显偏离正常、适应不良,达到了害人害己的程度,称之为人格障碍。有些人格障碍与精神障碍关系十分密切,如具有表演型性格的人容易罹患癔症,具有强迫性格的人容易罹患强迫症,分裂样人格障碍者则患精神分裂症的可能性较大等。

(二) 心理应激

心理应激(简称应激, stress)一般称为精神刺激或精神创伤,通常来源于生活中的一些重大生活事件。任何个体在生活中都不可避免地会遇到各种各样的生活事件,这些生活事件常常是导致个体产生应激反应的应激源(stressor),但并非每个生活事件都会产生不良的精神刺激。引起心理应激的生活事件必须具备如下两个条件:①对当事人具有重要的利害关系,关系越密切,应激越强烈;②达到足以激发喜、怒、哀、乐、忧、惊、恐等剧烈情绪反应的强度和频度,没有足够强度和频度的事件,不能激发剧烈的情绪反应,也就难以形成应激。应当指出的是,心理应激对于健康的人并非都是有害的;相反,在很多时候,适当的心理应激,具有动员机体潜力,应付各种困难、提高反应效率的作用,使人更坚强。但对于具有一定素质缺陷的个体,强大的心理应激往往会导致急性应激反应或创伤后应激障碍。对于某些具有较高易感性的个体而言,一些并不强烈的应激也可能促使其发病。

人们生活中最常见的应激源是各种急性和慢性应激性生活事件,如亲人突然亡故、身患绝症、被强暴、失恋、离异、夫妻关系不和、与同事和邻里关系紧张、失业、离退休、工作负荷重、事业受挫、受处分和犯罪等,皆可成为急性或慢性应激源而造成心理负担过重,致使当事人感到委屈、沮丧、紧张、焦虑或恐惧等。常见的应激源中还有急剧而严重的自然灾害和人为灾害,如地震、水灾、火灾、滑坡、爆炸、空难、车祸、社会动荡和战争等,多迅速引起短暂或持久的精神障碍。除外来的生活事件外,内部需要得不到满足、动机行为在实行过程中受挫,也会产生应激反应,长时间的应激则会导致神经症、心身疾病等的发生。

三、社会因素

人是社会的细胞,社会每时每刻都给我们机遇,同时也给我们挑战。社会既是每一个体生存的温床,又常常是构成各种心理应激及痛苦的渊源。因此,社会因素与精神障碍的关系越来越引起人们的重视。

与精神障碍的发生、发展与转归相关的社会因素,主要包括社会文化、社会结构、社会变迁、社会压力、社会支持等。通常来说,社会文化与躯体疾病的表现关系不大,但精神障碍的症状表现会因社会文化的不同而产生明显的差异。如,同样为精神分裂症患者,不同地区、不同宗教、不同文化背景下生长的人也往往表现出症状内容的不同,中国患者往往会有菩萨、鬼魂、气功大师附体等症状,而基督教国家的患者的症状内容往往与基督教有关。

大量的流行病学研究显示,精神障碍在不同的社会结构群体(如不同性别、婚姻状况、种族、文化程度、社会阶层等)中的分布是不同的。其中关于精神障碍与社会阶层和婚姻状况关系的研究结果比较一致。一般来说,处于社会劣势的群体(如低收入、低社会地位的阶层)精神障碍(尤

其是焦虑、抑郁障碍)的患病率较高,而处于社会优势的群体(如高收入、高社会地位的阶层)的精神障碍患病率低。不过,也有一些个别的精神障碍在分布方面出现相反的趋势。城市化、工业化、全球化等社会变迁对精神障碍的疾病谱产生重大的影响。比如,我国 20 世纪 50 年代初常可见到的麻痹痴呆,到了 60 年代逐渐消失,但时隔半个世纪后,由于性病再度蔓延,这些问题又有重新出现之势。

来自战争、种族歧视、暴力犯罪、政治迫害、经济危机、贫困、失业、成为难民等的社会压力,对心理健康可造成严重的损害。比如,纳粹集中营幸存者中发生精神障碍的比例远远高于一般人群。社会支持(social support)是指个体所处的社会环境给个体提供的帮助、保护与支持。社会支持良好的社会环境对个体具有保护缓冲作用;而缺乏社会支持网络时,尤其是当患者出现症状而得不到恰当的支持时,往往会使患者的症状不容易好转。在社会支持的构成中,家庭支持是最重要的。诸多研究显示,良好的家庭支持不仅有助于缓解个体的心理应激,减少精神障碍的发生,也有助于精神障碍患者更好地恢复。

第三节 精神病学发展的现状与展望

随着科学技术的发展、方法学的创新,生物精神病学的研究将有重大突破,精神疾病的遗传学研究将从细胞水平向分子水平过渡。从分子生物学水平探索精神疾病的病因将是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可望被陆续克隆,从而完成精神医学史上一个质的飞跃。脑功能影像学将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彻底取代 20 世纪在精神病患者尸体脑组织上的研究。免疫学、神经内分泌学等多种学科与精神病学有机结合势在必行,精神病学将出现多个互相联系又相对独立的分支学科。疗效更好、不良反应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、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。

中国自改革开放以来,社会经济得到明显发展,人民生活得到明显改善,公共卫生领域也取得很大进步。到 1996 年平均预期寿命 70.8 岁,男性 68.7 岁,女性 73.4 岁。疾病死亡原因构成有明显变化,统计资料显示,与环境 and 生活方式有较密切关系的慢性病,如脑血管疾病、心血管疾病以及癌症已列为十种死亡原因的首位。然而,在工业化过程中,社会经济和社会生活均经历着深刻的变化,如家庭结构和人口结构的变化,劳动重新组合,就业问题,价值观念的变化以及环境污染和流动人口等,生活中的心理应激因素增加,均影响人们的心身健康,带来了新的心理卫生和和行为问题。调查资料表明,儿童不良行为、青少年心理问题、酒瘾的患病率明显上升,药瘾和各种毒品成瘾在我国有死灰复燃和蔓延趋势。老年人的精神疾病随着老年人口在人口中比例的增加而日益受到更多的关注,其中以老年期痴呆和抑郁最为突出。

21 世纪精神卫生的服务对象、服务重点将会有所转移,各种适应不良、神经症、药物与酒精依赖、儿童与青少年心理卫生问题、老年心理卫生问题将会受到重视。精神科以患者为中心的服务将会进一步强化。精神病医院的现代化前景是实行院内园林化、室内家庭化、管理开放化和治疗多样化。根据 WHO 预测,精神病学及精神卫生在新世纪中将有较大发展,将越来越受到人们的重视。精神病学将被赋予新的认识并被社会进一步关注。

复习与提示

精神疾病(psychodisease)是指在各种生物因素、心理因素以及社会环境因素作用和影响下,造成大脑功能失调,导致认知、思维、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍的一类疾病。精神病学(psychiatry)是临床医学的一个分支,它是研究各种精神疾病的病因、发病机制、临床表现、疾病的发展规律、诊断、治疗和预防的一门科学。现代精神病学使用“障碍”一词来取代既往传统单一生物医学模式的疾病概念。精神障碍(mental disorders)一词含义广泛,是一类具有诊断意义的精神方面的问题,包括一系列轻重不等的临床上可加以辨认的情绪、认知、行为等方面的改变,伴有痛苦体验和(或)个人社会功能受损。

由于人类精神活动的复杂性,精神病学是医学各科中外延最广、与其他学科交叉最多的学科之一,它与许多边缘学科密切相关,如神经科学、分子遗传学、医学心理学、行为医学、心身疾病与心身医学、医学社会学和医学人类学等。

精神病学家通过研究,发现了一些与精神疾病发病有关的因素。这些因素的存在,可使精神疾病发生率显著增加,但这些因素的存在不一定使每个个体都发病,是否出现精神障碍,还受其他因素的影响。这些因素主要有:① 生物与理化因素,包括遗传因素、感染、理化因素(外伤、高温、放射损伤、有害化学物质等)、脑和内脏器官疾病、年龄与性别等;② 心理因素,包括心理素质、心理应激;③ 社会因素,包括社会文化、社会结构、社会变迁、社会压力、社会支持等。

第二章 精神障碍症状

学习目标

1. 理解常见精神症状的概念。
2. 比较内感性不适与内脏幻觉、思维迟缓与思维贫乏、思维化声与思维扩散、思维破裂与思维不连贯、强迫观念与思维被强加、刻板动作与强迫动作的特点。
3. 能进行错觉与幻觉、错构症与虚构症、潜隐记忆、朦胧状态与梦样状态、人格解体与人格转换、嗜睡与昏睡、昏迷的鉴别。
4. 了解常见精神症状的意义。

第一节 概 述

精神活动是人脑在反映客观事物时所进行的一系列复杂的功能活动,包括认知活动、情感活动、行为活动。精神障碍是在各种生物因素、社会心理因素的作用下,引起大脑功能失调,从而出现上述精神活动异常。异常的精神活动通过语言、表情、动作等外显行为表现出来称为精神症状。研究精神症状规律性的学科称为精神症状学或精神病理学。

精神疾病是以精神障碍为主要表现的一大类疾病。由于至今尚缺乏有效的诊断性生物学指标,临床诊断主要依靠精神症状,因此,掌握好精神障碍的症状学,能正确判断各种症状并进行综合分析对精神科医生是至关重要的。精神症状有以下特点:① 症状是否出现不受患者的意识支配与控制;② 症状的内容、形式与客观环境不协调;③ 症状一旦出现,很难通过转移而消失;④ 症状的出现多伴有不愉快或痛苦体验,会给患者带来不同程度的社会功能损害。人的精神活动是复杂的,精神障碍也是复杂的,精神症状的表现个体差异也很大,受人格特征、年龄、性别、个人生活经历、文化背景、社会地位等诸多方面的影响,在检查、分析时应给予充分考虑。

精神症状的检查主要是通过交谈和观察来完成,能否发现症状尤其是较隐蔽的症状有赖于娴熟的检查技巧和良好的医患关系。应从以下几方面进行分析比较,判断精神活动是否为病态:① 纵向比较 是与患者既往的一贯表现相比,精神状态是否有明显改变;② 横向比较 是与大多数正常人相比,其精神状态是否有明显差别,持续时间是否超出一般限度;③ 结合患者当时所处的环境和心理背景进行综合分析。在检查中除确定是否有精神症状及评定其严重程度外,还应分析各症状之间的关系,以确定哪些症状是原发的与病因有直接关系的,具有诊断价值;哪些是继发的,可能与原发症状有因果关系。重视相似症状间的鉴别,以减少误诊。学会归纳症状,短暂和偶然出现的症状对精神疾病的诊断并无意义,而一组相关症状才有意义。学会分析症状出现的可能诱因,以利于治疗和消除症状。

第二节 常见精神症状

一、感知觉障碍

感觉是外界刺激作用于人体感觉器官,产生对客观事物个别属性的反映,如大小、形状、色彩、气味、轻重、质地等。知觉是一种事物的各种不同属性通过感觉器官在脑中进行综合,并借助以往的经验形成对此事物的整体印象。感觉是一切高级心理活动的基础,知觉也是以感觉为基础。正常时感知觉印象与外界客观事物一致。

(一) 感觉障碍

1. 感觉增强(hyperesthesia) 又称感觉过敏。是人体对外界刺激的感受性增高,一般强度的刺激即能引起非常强烈的感觉。如感到声音特别刺耳、阳光特别耀眼、气味异常刺鼻,轻触皮肤感觉疼痛难忍等。常见于神经症、更年期综合征、癔症、感染后衰弱状态。

2. 感觉减退(hypoesthesia) 是人体对外界刺激的感受性降低,对强烈的刺激感觉轻微。如对剧烈疼痛、刺鼻气味无明显感觉。常见于抑郁症和木僵状态。若对外界刺激不能产生任何感觉称为感觉缺失。癔症患者出现的感觉缺失称为转换性症状,如失明、失聪,但其表现与神经系统的生理解剖状态不符,这是与神经系统器质性疾病导致的感受性缺失的不同之处。

3. 感觉倒错(paraesthesia) 是机体对外界刺激产生了与正常人性质不同甚至相反的感觉。如给予凉的刺激会产生疼痛的感觉。常见于癔症。

4. 内感性不适(senestopathia) 是指人体内部产生的难以定位的不舒适感或难以忍受的异常感觉。如扭转、牵拉、撕扯、挤压、游走、蚁行、气体乱串等感觉。常见于神经症、精神分裂症、抑郁症。它与内脏幻觉的区别是前者不能指明不适的具体部位。

(二) 知觉障碍

1. 错觉(illusion) 是对客观事物产生的一种歪曲的知觉。分为错视、错听、错嗅、错味等,临床上以错视最多见。常出现于器质性精神障碍,尤其是伴意识障碍(谵妄状态)时,如将躺在床上的人看成老虎,将输液管看成蛇。正常人在光线阴暗或处于恐惧、期待状态时亦可出现错觉,但经验证后很快消失。

2. 幻觉(hallucination) 是感觉器官未受到客观刺激而凭空出现的虚幻的知觉体验。是精神性疾病中最常见的而且非常重要的症状。主要见于精神分裂症和各种脑器质性精神障碍。

依据幻觉所涉及的感觉器官分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触和内脏性幻觉,以幻听最常见。

(1) 幻听 分为言语性幻听和非言语性幻听,以前者为多,常具有诊断价值。言语性幻听最常见于精神分裂症,患者可以听到一个、几个甚至一群人在议论他或与他讲话,内容可以是训斥、辱骂、讽刺、赞扬、同情患者,为患者辩护,命令患者做事情等,患者因此感觉苦恼、愤怒、得意、兴奋。表现为侧耳细听、坐立不安、洋洋自得、自笑、对空说话、指手画脚、甚至破口大骂、乱跑。若幻听命令患者做某事称为命令性幻听,患者常无力抗拒。例如,患者遵照命令拒绝进食、拒服药物、打人毁物、自伤身体或自杀。命令性幻听、评论性幻听(声音对患者的行为评头论足)、议论性幻听(声音议论患者的好坏)对诊断精神分裂症有重要价值。非言语性幻听是患者听到流水声、鸟鸣声、音乐声、刮风声、机器轰鸣声等自然声音,而非语言。对精神病的诊断多无重要意义,常

见于脑局灶性病变。

(2) 幻视 是患者看到根本不存在的影像。可以是简单的颜色、光线,亦可是复杂的人物、动物、图形、场景等。幻视的景、物可以比实物大,可以比实物小,还可出现视野以外的幻视,如看到脑袋后面有东西闪过,看见家里着火(患者在医院)。幻视常见于精神分裂症,也见于躯体疾病所致精神障碍,前者出现于意识清晰时,后者出现在意识障碍(主要是谵妄)时。

(3) 幻嗅 患者能闻到一些不存在的特殊气味。多数为令人不愉快的难闻气味,如食物腐败、物品烧焦、衣物霉变、尸体腐烂、化学试剂及药物的气味。常与其他幻觉、妄想伴随出现。主要见于精神分裂症,单纯幻嗅多为脑颞叶损害的表现。

(4) 幻味 患者品尝到饮食中有并不存在的味道。以精神分裂症常见,患者因此会拒绝进食或饮水,还可继发被害妄想。

(5) 幻触 患者感到皮肤或黏膜有异常感觉。多为蚁行感、针刺感、麻木感、电击感。精神分裂症和器质性精神障碍均可出现。

(6) 内脏幻觉 患者感到身体的某一器官有异常感觉。如肠扭转、心脏穿孔、脑子晃动等。常与疑病妄想、虚无妄想同时出现。常见于精神分裂症、抑郁症。

依据幻觉体验的来源分为两种,即真性幻觉和假性幻觉。

(1) 真性幻觉 是通过患者的感觉器官获得的,存在于客观空间中,不以患者的意志而转移。幻觉体验生动逼真、鲜活,与真实的事物相同,患者常述说是他亲眼所见、亲耳听到的,并对幻觉产生相应的情感与行为反应。

(2) 假性幻觉 幻觉不需要通过感觉器官获得,不存在于外界空间,而存在于主观空间内,幻觉形象比较模糊。如患者述说在他脑子中有说话的声音,但不是通过耳朵听到的,脑子里有人的影像,而不是用眼睛看到的。患者常对此深信不疑。

依据幻觉产生的条件分为机能性幻觉、反射性幻觉、入睡前幻觉、心因性幻觉四种。

(1) 机能性幻觉 是一种伴随客观刺激出现的幻觉,即当某种感觉器官受到客观刺激时,同时出现涉及该器官的幻觉。幻觉与正常知觉同时存在。临床以幻听常见。如患者听到电话铃声的同时就听到别人辱骂他的声音,铃声消失,辱骂声也随之终止。其中电话铃声是现实存在的,而辱骂声是幻听。主要见于精神分裂症。

(2) 反射性幻觉 当一种感觉器官受到客观刺激引起知觉体验时,另一器官同时出现幻觉体验。如患者听到某位歌手的歌声(是客观存在的),同时会看到此人(幻视)站在面前。

(3) 入睡前幻觉 是在觉醒与睡眠的过渡状态时出现的幻觉。如听到单调的声音,看见人影、动物等。

(4) 心因性幻觉 是在强烈的心理因素影响下,随着期待、回忆、想像出现的幻觉。幻觉的内容与患者当时的情感体验密切相关。主要见于心因性精神障碍、神经症、癔症。

3. 感知综合障碍(psychosensory disturbance) 是患者对客观事物的本质属性或整体属性能正确感知,但对其个别属性,如大小、形状、色彩、比例、距离、空间位置、时间等产生歪曲的感知。多见于癫痫、中毒、颅内感染等器质性精神障碍,精神分裂症也可出现。

(1) 空间感知综合障碍 患者对周围事物的空间位置及其与自己的距离感知错误。如候车时,车已进站而患者感觉车仍离自己很远;吊灯挂在天花板上,患者却感觉灯能碰到头。

(2) 时间感知综合障碍 患者对时间的快慢产生错误的知觉体验。如感觉时间飞逝,宛如

进入时间隧道,变化很快;或感觉时间过得特别慢,甚至凝固不动,像“定格”了一样。常见于癫痫、精神分裂症。

(3) 视物变形症 患者感觉周围人或物体的大小、形状、比例等发生变化。如患者感觉其配偶的头很大,脖子细长,眼睛凸出,很恐怖。若看到的形象比实际大称为视物显大症,看到的形象比实际小称为视物显小症。

(4) 非真实感 患者感觉周围的环境和事物变得模糊不清、暗淡无光,像隔着一层薄纱,或像舞台布景似的,显得不真实。常出现于抑郁症、精神分裂症。

(5) 运动感知综合障碍 是空间和时间两种感知障碍同时出现,感觉原本静止不动的物体正在移动或感觉正在运动的物体是静止的。如患者感觉墙壁上挂的画和小饰品向自己飞来。

二、思维障碍

思维是指通过感觉与知觉获得的信息,在人脑中进行比较、综合、分析、抽象、概括后,再进一步加以判断、推理的过程。思维是人类认识活动的最高级形式,是通过语言和文字来表达的。正常人的思维具有目的性、逻辑性、连贯性、实践性的特点,当思维障碍时,其语言及文字表达的上述几个特点就会出现异常,通过与患者交谈、观察患者的行为、查阅患者书写的内容即可发现。思维障碍的表现多种多样,常分为思维形式障碍和思维内容障碍。

(一) 思维形式障碍

包括联想障碍和思维逻辑障碍。其中以联想障碍为主。

1. 思维奔逸(flight of thought) 又称观念飘忽。是指思维联想的速度加快、数量增多、内容生动丰富、转换迅速。表现为说话语速增快、滔滔不绝,患者自觉脑子特别灵活、思潮汹涌,一个主题未完,新的内容又接连不断出现,甚至感觉嘴巴反应太慢来不及表达思维联想的内容,致使患者说出来的话成为相互之间无太多联系的断断续续的词、句。虽然联想速度很快,但联想内容却极易受周围环境的影响而发生转移(随境转移),同时缺乏思维的逻辑性。联想时若上下句之间有同音字或押韵,称为音联;若意义相关或字意相通,称为意联。思维奔逸常见于躁狂症,也见于精神分裂症、器质性精神障碍。

2. 思维迟缓(inhibition of thought) 是指联想受抑制,速度缓慢、数量减少、联想困难。患者感觉脑子变笨了,像生锈似的,什么事情都想不起来了。表现为话少,讲话内容单调,语速减慢或不连贯,声音低弱,但智力、判断理解能力正常。主要见于抑郁症。

3. 思维贫乏(poverty of thought) 指词汇、概念缺乏,联想数量少。患者感觉脑子里空荡荡的,想不出东西,没什么可想的。表现为少言寡语,不主动与他人交谈,回答问题简单、缺乏修饰词,常用“是”、“不是”、“有”、“没有”、“不知道”等,有些患者对一切问题均回答“不知道”或不给予回答。见于精神分裂症和脑器质性精神障碍。

4. 思维松弛(looseness of thought) 又称思维散漫。指思维的连贯性、逻辑性、目的性发生异常。患者的联想松散,缺乏主题,所说的话前后内容缺乏联系,使别人不明白他要表达的意思。回答问题也不贴切,给人东拉西扯的感觉。严重时形成思维破裂。见于精神分裂症。

5. 思维破裂(splitting of thought) 是在意识清醒的状态下,思维联想的内容缺乏内在联系。患者在语言或书面表达中,有结构完整的句子,这一句话的意思清楚,但总体上缺乏逻辑性,要表达的意思不清。严重时语言支离破碎,上下句之间无连贯性,内容互不相干,甚至个别词句