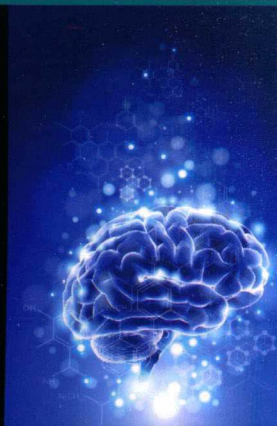


精神卫生工作指要

JINGSHEN
WEISHENG
GONGZUO ZHIYAO



张昌保 等◎编著



中国出版集团



世界图书出版公司

精神卫生工作指要

JINGSHEN
WEISHENG
GONGZUO ZHIYAO



张昌保 等◎编著

中国出版集团
世界图书出版公司
广州·上海·西安·北京

图书在版编目(CIP)数据

精神卫生工作指要 / 张昌保等编著. —广州:世界图书
出版广东有限公司, 2015.1

ISBN 978-7-5100-9082-0

I. ①精… II. ①张… III. ①精神卫生—卫生工作
IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 276758 号

精神卫生工作指要

策划编辑 刘婕妤 黄 琼

责任编辑 武 菱

出版发行 世界图书出版广东有限公司

地 址 广州市新港西路大江冲 25 号

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

印 刷 北京天正元印务有限公司

规 格 787mm × 1092mm 1/16

印 张 15.75

字 数 423 千

版 次 2015 年 1 月第 1 版 2015 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5100-9082-0/R · 0265

定 价 48.00 元

版权所有,翻印必究

《精神卫生工作指要》编委会

主 编:

张昌保 孙守强 许安荣

副主编:

吴 江 薛焕英 唐 荣 陈 燕 周光涛 朱俊杰
徐 静 胡绍英 杨 晓 曾 勇 张昌军 陈生梅

编 委:(按姓氏拼音字母为序)

艾春启	敖 敏	陈胜华	陈 蕾	陈 娇	陈国锋
程晓娜	储 霞	董甲梅	高秀红	郭 睿	龚士虎
龚 芹	何清华	黄 斌	姜学军	金 花	雷东红
李世林	李 郎丹	廖宗芳	刘玉杰	柳 森	罗克俭
吕世平	阙爱华	冉丹荔	王贞珍	王 熙	吴爱民
夏 群	叶富云	尹海星	张 杰		

前言

Preface

随着医学科学的发展,精神医学也取得了长足的进步,尤其是自2013年5月1日《中华人民共和国精神卫生法》的颁布实施后,精神卫生工作已走上法制化轨道。广大精神卫生工作者面对的不仅仅是精神疾病的医疗问题,而且还要掌握精神卫生工作的相关法律法规、伦理道德、权益保障、功能康复、社区管理、诊疗常规及技术操作规范等知识,努力为广大精神疾病患者及家属提供全方位的精神卫生服务。

为适应精神卫生事业的发展,普及精神卫生知识,方便精神卫生工作者学习、查阅有关知识,在全国知名青年精神卫生专家、医学博士、湖北省精神卫生中心主任刘忠纯教授的指导下,由湖北医药学院附属东风医疗集团茅箭医院(十堰市精神病医院)组织编写了《精神卫生工作指要》。

全书共分精神病学基础知识、常见精神疾病的诊断及治疗、精神药物治疗、心理治疗、精神科护理、社区精神卫生、精神卫生相关法律法规及规范七大部分。其中精神卫生法律法规、精神卫生政策、精神卫生工作原则是到目前为止较权威的最新信息。美国《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-5)是目前国际上精神疾病分类诊断系统的最新版本,由于到目前为止没有规范的中文翻译版本,本书只列出其分类系统的中英文对照。精神疾病的诊断和治疗、心理治疗主要参照中华医学会的诊疗指南及规范。精神科护理方面主要是我们近四十年的临床工作经验和体会,也参考了国内的专业文献,供同道们参考。

本书涉及知识面广,查阅方便,实用性强,相信能为广大精神卫生工作者提供一定的帮助,也可作为普及精神卫生知识的参考教材。由于编者水平有限,错误之处在所难免,欢迎读者批评指正。

《精神卫生工作指要》编委会

2014年11月

目 录

第一章 精神病学基础知识.....	1
第一节 精神病学的概念及发展	1
第二节 精神检查的一般原则和基本技能	2
第三节 精神障碍的症状学	3
第四节 精神障碍的分类	15
第二章 常见精神障碍的诊断及治疗.....	16
第一节 器质性精神障碍	16
第二节 精神活性物质所致精神障碍	26
第三节 中毒所致精神障碍	31
第四节 精神分裂症	35
第五节 其他精神病性障碍	39
第六节 抑郁障碍	42
第七节 双相情感障碍	45
第八节 癔症和神经症	49
第九节 应激相关障碍	58
第十节 心理因素相关的生理障碍	60
第十一节 人格障碍	69
第十二节 习惯与冲动控制障碍	72
第十三节 性心理障碍	74
第十四节 儿童心理发育障碍	77
第十五节 儿童少年行为和情绪障碍	82
第三章 精神药物治疗.....	87
第一节 概 述	87
第二节 抗精神病药	88
第三节 抗抑郁药	94
第四节 心境稳定剂	100
第五节 抗焦虑药	103
第六节 认知改善药	106
第四章 心理治疗.....	110
第一节 概 述	110
第二节 心理治疗的概念及基本要求	111
第三节 心理治疗的分类	113

第四节 心理治疗的操作技术 114

第五章 精神科护理 126

第一节 精神科护理工作制度 126

第二节 精神科疾病护理常规 134

第三节 精神科应急处置流程 146

第六章 社区精神卫生 163

第一节 基本概念 163

第二节 国内外社区精神卫生服务现状 163

第三节 社区精神卫生服务的基本原则、特征和内容 165

第四节 社区精神卫生服务的组织和实施 167

第五节 社区精神卫生展望 171

附录一 《美国精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-5)分类中英文对照 172

附录二 《中华人民共和国精神卫生法》 189

附录三 《联合国大会决议(46/119)》 198

附录四 《精神卫生保健法十项基本原则》(世界卫生组织 1996 年) 205

附录五 国内相关法律节录 210

附录六 《重性精神疾病管理治疗工作规范》 216

附录七 《司法鉴定程序通则》 236

附录八 《劳动能力鉴定标准》(节录) 241

附录九 《精神残疾鉴定标准》 243

参考文献 244

第一章

Chapter 1

精神病学基础知识

第一节 精神病学概念及发展

Section 1

一、精神病学的基本概念

精神病学是研究精神障碍的病因、发病机制、临床表现、疾病的发展规律、治疗及预防康复的一门临床医学。精神病学的生理基础是神经科学,心理基础则与心理学、社会学、人类学密切相关。精神医学的任务有两个:一是研究各类精神疾病的病因、发病机制、临床表现、治疗和预防;二是研究社会心理因素对人体健康和疾病作用的影响。精神障碍是一种有临床意义的行为或症状群或类型,其发生与当事人目前的痛苦烦恼有关,或明显增加病死、引起痛苦、功能不良和丧失自由的风险。精神障碍除包括精神疾病外,还包括痴呆、精神活性物质所致精神和行为障碍、心境障碍、神经性障碍、应激相关障碍、躯体形式障碍、人格障碍等。精神卫生是指对精神障碍的预防、治疗、康复的研究和精神卫生知识的普及,主要研究精神疾病的发生、发展规律及其防治,保障和促进人群心理健康,提高个体承受应激和适应社会的能力以减少心理和行为问题的发生。

二、精神病学的发展

精神病学的任务就是探讨各种异常的心理现象与规律,并寻求精神障碍的治疗和预防措施。人们对精神现象的认识影响其对精神障碍的态度及处理方法,在文化和科技落后的时代,精神病患者被视为魔鬼缠身,多用巫术和迷信的方法进行惨无人道的粗暴干预。随着人们对大脑功能的进一步认识,逐步将人的行为与大脑的思维联系起来,为以后的生物精神医学发展奠定了基础。在漫长的探索过程中,发现心理因素、个性和社会环境与精神疾病的发生不无关系,从而建立了生物—心理—社会的精神医学模式。精神病学的认识发展过程反映了人们对精神障碍及其规律的认识过程,同时也反映了人们对精神疾病的歧视逐渐减弱的过程。从20世纪50年代精神药物广泛应用于临床,到现代的药物—心理—物理—康复综合治疗,从封闭式管理到开放式管理,从单纯治疗疾病到关注社会功能康复,从单靠临床症状诊断到脑电图、脑电地形图、脑诱发电位、CT、MRI、SPECT、PET、心理测验、人格测验和智力测验等新技术的开发,大大促进了当代精神医学的发展。2013年5月1日《中华人民共和国精神卫生法》颁布实施,将精神

卫生工作纳入法制化管理,精神医学的发展又进入了一个新时代。精神疾病的家庭、社区、医院的综合诊疗模式和个案管理,群防群治,联合应用不同的治疗措施,多学科合力探讨将是今后精神医学的发展方向。

第二节 精神检查的一般原则和基本技能

Section 2

一、建立医患关系的原则与技能

医患关系是医师与患者在健康与疾病问题上建立起来的亲密的人际关系,性质不同于一般的人际关系,具有单一性、专业性和亲密性等特征。医师和患者及其家属之间的关系可以影响精神检查和治疗。一个值得信赖、乐于助人和具有同情心的医师,能让患者感到安全并乐于接受。

(一)良好的医患关系建立应遵循的原则

- (1)医师的态度、患者是我们的服务对象,值得我们尊敬和接纳。
- (2)医患关系是围绕疾病的诊治而建立起来的,医师是一个特定的社会角色。
- (3)从内心深处接受患者,充分尊重和理解患者的人格、价值取向和生活态度。
- (4)相信患者是可以进行沟通和交流的,有问题可以协商解决。
- (5)医患关系在医疗活动中并非一成不变,而是动态发展的,需要维护、反思,不能偏离伦理的界限和专业的需要。
- (6)一种良好的医患关系至少可以改善社会功能,提高生活情趣和生活质量。
- (7)当患者不了解这种关系时,需要医师花时间和耐心去建立这种关系。

(二)良好的医患关系建立需要的基本技能

- (1)用同情的态度倾听患者及家属的谈话,不需要过多解释或说明事情的真实性。
- (2)使用适当的称谓、尊敬的目光、和蔼的语气,使患者乐于接受。
- (3)鼓励目光接触,让患者和家属能感受到医师的关切。
- (4)医师应沉着、冷静、亲切、认真,避免紧张、手足无措。
- (5)尽量使用通俗易懂的语言,专业术语尽可能少用。
- (6)切忌当着患者及家属的面对病情妄加评论,更不要同行之间相互诋毁。
- (7)不要急于打断患者的陈述,自己随意发表意见,要使用共情性的倾听,鼓励患者表达。
- (8)对患者及家属迫切关心的问题给予解答,必要时告知治疗方案,和家属共同协商。
- (9)要有良好的医德,不要透露患者的隐私。

二、面谈的基本原则和技能

面谈是精神科医师需要尽快掌握并不断完善的核心临床技能。熟练而有效的面谈是对疾病准确诊断、成功治疗的基本保障之一。面谈的质量取决于面谈的设置、过程技巧和医患关系。

(一)面谈的基本原则

- (1)在与患者面谈前,医师应当熟悉病情,了解患者的心理状况,做到有针对性的面谈。
- (2)建立良好的医患关系,告知自己的角色定位,取得患者的充分信任。
- (3)面谈中注意尊重患者,同情理解,给予适当的安慰和保证。

(4)注意接触交谈的一般仪态和言语,应当仪表端庄,态度温和,语言诚恳。

(5)善于启发提示或引导患者。

(二)面谈常用技能

(1)积极倾听:以患者为中心是最主要的方法。不要随意打断患者的话语,分析综合患者的谈话内容,掌握弦外之音。

(2)当患者出现偏离主题或思路停顿,要给予适当的启发和引导。

(3)医师应当用积极和鼓励的话语,让患者充分的表达,允许患者完成他的发言,谈话内容与主题相关。

(4)开放式提问与追究性交谈,给予患者适当的空间和信息,对患者的观点感兴趣,让患者表达自己的感受,针对问题进行提问,得到更详尽的资料。停顿可以降低谈论心理、社会问题的抑制阈值,给患者补充谈话的机会,鼓励患者继续说下去,尤其是将犹豫的内容说出来。

(5)复述是指用患者的话进行重复,接纳患者的观点,聚焦患者谈论的焦点。

(6)总结信息中最重要的部分,医师和患者达成内容上的一致。

(7)情感回应:医师通过言语表情和肢体动作对患者的情绪做出回应。

第三节 精神障碍的症状学

Section 3

精神症状是人脑功能紊乱的表现,精神障碍的症状学是精神医学的重要基础,也是精神疾病临床诊断的主要依据。异常的精神活动通过人的外显行为如言谈、书写、表情、动作行为等表现出来,称为精神症状。精神症状是异常的精神活动,但异常的精神活动不完全等于精神症状。精神症状反映形式与个体的文化背景、人格特征以及生活经历有关。研究精神症状及其产生机制的学科称为精神障碍的症状学,又称精神病理学。精神疾病的临床诊断主要是通过病史采集及精神检查发现精神症状,通过综合分析和判断而建立,因此掌握症状学是精神卫生工作者必备的基本功。常见的精神症状如下。

一、感知觉障碍

感知包括感觉和知觉两个部分。感觉是大脑对直接作用于感觉器官的客观事物的个别属性的反映,如光、声、色、气味、温度、硬度等,通过感觉器官在人脑中的直接反映。知觉是客观事物的各种属性在人脑中经过综合,并借助于过去的经验所形成的一种完整的印象。视觉、听觉、味觉、嗅觉、触觉、平衡觉、运动觉等都是不同类型的感觉,分别反映事物的个别属性,而知觉就是在这些感觉的综合基础上产生的。通常我们对事物的感受都是综合性的。在精神科临床实践中,常常将感觉和知觉统称为感知,因此,感知障碍包括感觉障碍和知觉障碍两个部分。

(一)感觉障碍

常见的感觉障碍有感觉过敏、感觉减退、内感不适等。

1. 感觉过敏

又称感觉增强,由感觉阈值降低或强烈的情绪因素所致。临床表现为患者对一般强度的刺激反应特别强烈、难以忍受,比如不能忍受电话铃声、关门声、冷水、阳光等。感觉过敏多见于丘脑或周围神经病变,精神科见于神经衰弱、疑病症、焦虑症等。

2. 感觉减退

又称感觉抑制,由感觉阈值升高或强烈的情绪抑制所致。临床表现为患者对强烈的刺激不

能感知或感觉轻微,比如针刺没有疼痛感。感觉减退多见于神经系统疾病、谵妄或其他类型的意识障碍,精神科见于精神分裂症、抑郁症等。

3. 内感不适

由感觉异常所致。临床表现为患者叙述体内有异常的不适感,比如喉部阻塞感、内脏挤压扭转或牵拉疼痛、蚁爬感等,没有明确的定位,性质难以描述。内感不适多见于精神分裂症、疑病症、躯体形式障碍等。

(二) 知觉障碍

常见的知觉障碍有错觉、幻觉和感知综合障碍三种。

1. 错觉

错觉是指对客观事物的歪曲的知觉。比如将草绳看成蛇,将墙上的裂纹看成是蜈蚣等。错觉主要表现为错听和错视,常见于器质性精神障碍的谵妄及物质依赖障碍。

2. 幻觉

幻觉是一种缺乏外界相应的客观刺激作用于感觉器官时所出现的知觉体验,是一种虚幻的知觉。如没有人讲话时听见讲话的声音,能看到实际不存在的东西。幻觉可以在意识完全清晰时发生,也可以在不同程度的意识障碍时发生。意识清晰时出现的幻觉属于精神病性症状,是精神病患者最常见的症状之一。健康人有时也会出现幻觉,主要发生在入睡前和醒来后,通常是短暂的、单纯的,多能自我觉察和纠正。

(1)按所涉及的感觉器官不同,常见幻觉有以下几种:

1)幻听:这是最常见的一种幻觉。患者可以听见各种声音,如言语声音、噪声、音乐等。如幻觉内容为言语交谈,称为言语性幻听。言语性幻听可以是几个单词、一段话、几个句子。如果言语内容是评论患者的言行,称为评论性幻听。如果言语内容为命令患者做某事,称为命令性幻听。言语性幻听尤其是评论性幻听、命令性幻听多见于精神分裂症。幻听内容有时十分清晰,有时非常模糊。临床上多数患者的行为和情绪受听幻觉影响,甚至产生不良后果。

2)幻视:视幻觉比听幻觉少见,常与其他幻觉一起出现。视幻觉可以是简单的闪光,也可以是复杂的图像。视幻觉中图像较正常大的为物体显大性幻觉,较正常小的为物体显小性幻觉,视幻觉多见于器质性精神障碍,如谵妄、中毒、癫痫等,也可见于精神分裂症等。

3)幻味和幻嗅:味幻觉和嗅幻觉比较少见,通常是患者可以辨认的特殊气味和味道,如花香、臭味等。味幻觉和嗅幻觉常同时出现,常见于颞叶癫痫、精神分裂症等。

4)幻触:触幻觉又称皮肤黏膜幻觉,通常患者感到皮肤或黏膜表面有接触、针刺、虫爬、通电等异常感觉。多见于周围神经病、精神分裂症、分离性障碍等。

5)内脏幻觉:又称体感幻觉,临床上较少见。患者有内脏被捏、拉、膨胀、掏空、虫爬、刀割等体验。常见于疑病妄想、虚无妄想、精神分裂症、抑郁症等。

(2)按幻觉体验的来源分为真性幻觉和假性幻觉:

1)真性幻觉:患者的幻觉体验来源于客观世界,具有与知觉体验相同的鲜明性、生动性和不随意性。比如患者听见有人在议论自己,情绪激动,心情不愉快。临床上多数幻觉属于真性幻觉。

2)假性幻觉:幻觉形象不够鲜明生动,不是通过感觉器官而获得。如听到肚子里有说话的声音,可以不用自己的眼睛就能看到头脑里有一个人像,虽然幻觉的形象与一般知觉不同,但是患者却往往非常肯定地认为他的确是听到了或看到了,因而对此坚信不疑。

(3)按幻觉产生的条件分为功能性幻觉、反射性幻觉、心因性幻觉和入睡幻觉四种:

1)功能性幻觉:是患者的幻觉与现实刺激伴随出现的幻觉。比如听见流水的声音,就听见别人在议论自己。客观刺激和幻觉同时为患者感受,这种现象多见于精神分裂症和心因性精神障碍。

2) 反射性幻觉: 患者的某一感觉器官受到现实的刺激时, 他(她)的另一个感觉器官产生幻觉。比如看见有人在前面几米远的地方, 就听见别人在议论自己。反射性幻觉多见于精神分裂症。

3) 心因性幻觉: 幻觉内容与心理因素密切相关, 在强烈心理因素影响下产生的幻觉。比如想起已故的亲人时就听见已经死去的亲人的说话声等等。常见于心因性精神障碍、分离性障碍等。

4) 入睡前幻觉: 指发生在入睡前的幻觉。幻觉发生在将睡未睡时, 入睡前幻觉一般没有病理学意义。

幻觉是一种精神病性症状, 可以发生在各种重性精神障碍中, 如精神分裂症、情感性障碍和器质性疾病。幻觉没有特征性疾病的诊断意义。听幻觉、味幻觉、嗅幻觉、本体幻觉多见于精神分裂症。

3. 感知综合障碍

感知综合障碍是患者对客观事物能够正确认识, 但是对部分属性如大小比例、形状结构、空间距离、物体的动静等产生错误的知觉体验。常见以下几类:

(1) 时间知觉综合障碍: 患者对时间体验的判断出现障碍。比如患者感到时间“飞快”, 或者时间“凝固”。这种症状多见于颞叶癫痫和精神分裂症。

(2) 空间知觉综合障碍: 患者对事物空间距离或事物大小的判断出现障碍。比如患者看见物体形象比真实物体大或者小, 或者将近物看得很远。这种症状多见于癫痫和精神分裂症。

(3) 运动知觉综合障碍: 患者觉得运动的物体静止不动, 或者静止不动的物体在运动。比如患者感到面前的房屋在往后退, 坐着的凳子在学习。这种症状多见于癫痫和精神分裂症。

(4) 体形知觉综合障碍: 又称体象感知综合障碍。比如患者感到自己的脸变长、变大, 鼻子变宽等等。这种症状见于器质性精神障碍、癫痫和精神分裂症。

二、思维障碍

思维是人脑对客观事物的间接和概括的反映, 是人类认识过程的高级阶段。思维在感觉和知觉的基础上产生, 由感知所获得的材料通过分析、综合、抽象、概括、判断、推理等过程形成概念, 并借助语言和文字来表达。通过概念与概念的联系, 即通过联想和逻辑的过程来实现。思维活动的特征有: ①目的性: 指思维是围绕着一定目的, 有意识地进行; ②连贯性: 指思维过程中的概念之间前后衔接, 互相联系; ③逻辑性: 指思维过程是有一定道理, 合乎逻辑的。

思维障碍是精神疾病重要的精神症状, 主要包括思维形式障碍和思维内容障碍。

(一) 思维形式障碍

1. 思维奔逸

指思维的联想速度过度加快和思维量增加。患者表现为思维和谈话都非常快, 一个概念接着另一个概念。患者讲话时, 语量增多, 语速变快, 甚至滔滔不绝, 不易打断。思维奔逸时常常伴有随境转移、音联意联。如问患者姓名, 回答: “鄙人姓张, 弓长张, 名字是××。今年 28 岁, 生日是 6 月 18 日, 结婚刚满一年零八个月……”病情严重时患者有思维压力感、思维大量涌现。思维奔逸是躁狂症的典型症状, 也见于精神分裂症。

2. 思维迟缓

指思维的联想过度缓慢, 与思维奔逸正相反。患者表现为讲话速度缓慢, 应答迟钝。回答一个简单的问题要花上很长的时间, 令提问者不耐烦。思维迟缓者常常伴有动作和行为的减少或抑制、情绪的低落。这是抑郁症的典型症状, 也见于精神分裂症。

3. 思维散漫

指联想范围松散,缺乏固定的指向和目的,思维缺乏目的性、连贯性和逻辑性。患者认真讲了一段话,每句话、每段叙述的语法结构和逻辑性完整,但是整篇谈话内容散漫,使听者不得要领,不知道患者想要说明什么问题。

4. 思维破裂

指概念之间联想的断裂,建立联想的各种概念内容之间缺乏内在联系。表现为联想完全没有逻辑性,句与句之间互不相关,甚至是语词的堆积,不能组成完整的句子。比如,问“你叫什么名字”,回答:“你上课,人民兴高采烈,水流哗哗响……”思维破裂主要见于精神分裂症。

5. 思维贫乏

指思维数量的减少,概念缺乏。患者常感到脑子一片空白,想不出问题。临床表现为患者回答问题时言语内容简单、空洞,自觉脑中空虚。如询问患者今后有什么打算?回答:“没有。”询问患者家属探望时谈些什么?回答:“没什么。”询问患者对住院治疗有什么看法?回答:“没什么看法。”思维贫乏多见于精神分裂症,也见于抑郁症和脑器质性精神障碍。

6. 病理象征性思维

指用无关的、不被大家所理解的具体概念来代表抽象概念,不经患者解释,别人无法理解。如不穿衣服表示光明磊落。病理性象征性思维常见于精神分裂症。

7. 语词新作

指患者自创新词、新字、图形、符号等,代替已被大家公认的概念。如患者指“尖”为心,称:“解剖鸡的心脏,是上面小,下面大。所以‘尖’应该读‘心’。”语词新作常见于精神分裂症。

8. 持续言语

指回答问题时患者持续重复第一次回答,尽管提问者已经开始提下面的问题。如问患者年龄,回答:“60岁”(回答正确);又问其住址,仍回答:“60岁。”持续言语主要见于器质性精神障碍,如痴呆,也见于其他精神障碍。

9. 思维中断

指思维突然中断。患者表现为谈话时话题突然中断,联想突然受到抑制,片刻后以新的话题内容出现,但患者对此不能解释。如问患者什么时候住院的?回答:“我昨天来医院的。”停顿片刻,又问:“刚才你问什么问题?我可以看书吗?”思维中断主要见于精神分裂症。

10. 病理性赘述

指患者在叙述一件事时加入许多不必要的细节,无法简明扼要讲清问题。如问患者坐什么车子来医院的?回答:“坐49路公交车,从终点站,经人民广场,到淮海路,再到衡山路、乌鲁木齐路、中山医院、儿科医院、中山南路下车,走过来的。”赘述主要见于癫痫,也见于其他精神障碍。

11. 思维插入

指患者感到有某种思想不是属于自己的,不受他的意志所支配,是别人强行塞入其脑中。比如患者告诉医生:“气功师傅用气把师傅的思维放入我的大脑,来控制我。我现在的思维一部分是自己的,还有一部分是师傅的。”思维插入常见于精神分裂症。

12. 思维扩散

患者体验到自己的思想一出现,即尽人皆知,感到自己的思想与人共享,毫无隐私而言。比如患者在回答医生问题时称:“其实你们都已经知道,还要故意问我。我的想法还没有讲出来就已经通过电视、广播让全世界都知道了,你还不知道?至于用什么方法从我脑子里中发出去的,我也不知道。”思维播散常见于精神分裂症。

13. 思维被窃

患者认为自己的思维没有了,被外界偷走了,并常常有思维中断现象。比如患者称:“特殊部门用一种高科技手段把我脑子中的思想都抽取了,脑子不舒服,想不出问题。他们在考验我,拿我做试验。”思维被窃常见于精神分裂症。

14. 强迫思维

指一种反复出现的思维,表现为一种想法、冲动等,尽管患者明知不对、不必要、不合理,但也很难克服和摆脱。抵抗是强迫思维的特征,也是与妄想鉴别的要点。通常强迫思维的内容是不愉快的、痛苦的。患者认为这些想法是没有意义的,甚至是不可告人的。常见于强迫症。

(二) 思维内容障碍

妄想是一种病理性的歪曲信念,是病态的推理与判断,其内容与事实不符,与患者的文化水平及社会背景也不符合,但患者仍坚信不疑,难以用摆事实、讲道理的方法加以纠正。妄想属于精神病性症状,是精神病患者最常见的症状之一。

1. 按起源划分

(1)原发性妄想是一种无法以患者当前的环境和以往的心境解释的,不是来源于其他异常精神活动的病理信念。原发性妄想是精神分裂症的特征性症状。

(2)继发性妄想常与下列情况相关:①情感障碍如抑郁症和躁狂症以及情绪低落或高涨时产生的自罪妄想、夸大妄想等;②知觉障碍:如听幻觉基础上产生的被害妄想;③意识障碍:如意识模糊与错觉有关的后遗性妄想;④智能障碍:如轻度精神发育迟滞、脑器质性障碍、老年性痴呆等因推理、判断、记忆缺损所产生的继发性妄想;⑤性格障碍:如多疑、敏感、主观、固执、高傲的偏执性格容易发生妄想;⑥强烈的精神刺激:如等待审判、亲人的突然死亡所致的心因性妄想;⑦暗示:易于接受暗示或自我暗示的患者容易受暗示产生妄想。

2. 按内容划分

(1)被害妄想:这是最常见的妄想。患者感到正在被人迫害、追杀、围攻、窃听、诽谤、诬陷、毒害等。被害妄想常见于各种精神病状态,伴有幻觉的被害妄想多见于精神分裂症。

(2)关系妄想:较常见,患者感到周围的一事一物均与自己有关,或具有某种特殊意义。如患者认为报刊、电视中的内容都与自己有关,有些是明的讲自己,有些是暗示自己,路旁有人讲话或动作认为是针对自己的。关系妄想多见于精神分裂症,也见于其他各类精神病。

(3)夸大妄想:患者认为自己是重要人物、出身名门,有特殊才能,有巨大财富等。如患者坚信自己是某个领袖人物的亲戚,家中有许多的钱财等。夸大妄想常见于躁狂症,也见于精神分裂症、器质性精神病。

(4)自罪妄想:又称罪恶妄想。患者将过去的缺点、错误无限上纲,看成是很大的罪行,对不起家人,不可饶恕,不配正常地生活下去。如同朋友吃一餐便饭,认为自己是受贿,应该判刑,罪有应得。患者常可伴有自杀或自伤行为或者主动去公安局自首。自罪妄想多见于抑郁症,也可见于精神分裂症。

(5)虚无妄想:又名否定妄想。患者认为客观存在的物质已不复存在,一切都是虚假的。如患者感到自己的胃肠已消失,因而不必吃饭,也没有饥饿感。虚无妄想多见于抑郁症,也见于精神分裂症、老年期精神病。

(6)疑病妄想:患者深信自己患了某种严重疾病,如癌症、艾滋病等。一系列详细检查和反复的医学验证都不能纠正患者的病态信念,常伴有反复就医的行为和焦虑不安的情绪。疑病妄想常见于抑郁症,尤其是中老年患者,也见于精神分裂症。

(7)嫉妒妄想:患者捕风捉影地认为自己的配偶另有新欢,坚信配偶对自己不忠,常跟踪、逼问配偶,以求证实,甚至对配偶或第三者采取攻击性行为。嫉妒妄想常见于精神分裂症、偏

执性精神病等。嫉妒妄想男性多于女性,夫妇双方条件相差大者、更年期妇女容易发生。

(8)钟情妄想:患者认为自己被异性看中、所爱,因而眷恋、追逐对方。患者钟情的对象常常是名人如影星、歌星等。可以是突发的,也可以在一次见面之后产生。如在一次演唱会上向明星献过花,其实对方根本不认识他(她),也没有任何意思。钟情妄想多见于精神分裂症。

(9)物理影响妄想:或称被控制感,患者觉得自己的一言一行都受到外界某种力量的控制,如电波、仪器、光等,因而不能自主,常伴有与妄想内容相应的行为。如患者感到自己的行为受到情报部门的控制,情报部门在自己的大脑中安装了特殊仪器,然后操纵他的一举一动,连讲话的内容和声音也是借助于患者的大脑和喉咙。物理影响妄想是诊断精神分裂症的重要症状。

其他常见的妄想还有非血统妄想、宗教妄想、变兽妄想等。

三、情感障碍

在日常生活中情感和情绪常常互相通用,情感和情绪都是指个体对现实环境和客观事物所产生的内心体验和所采取的态度。在心理学中,将主要与机体生理活动相联系的、伴有明显的自主神经反应的、初级的内心体验称为情绪,如由外伤引起的痛苦体验,精彩表演产生的愉快享受。把与社会心理活动相联系的高级的内心体验称为情感,如友谊感、审美感、爱感、道德感等。情感既有情境性,又有稳固性和长期性。临床上情绪和情感经常互相兼用。情感障碍通常表现为三种形式,即情感性质的改变,情感波动性的改变和情感协调性的改变。

(一)情感性质的改变

指在患者的精神活动中占据明显优势地位的病理性情绪状态,其强度和持续时间与现实环境刺激不相适应。情感性质的改变临床表现为情感高涨、情绪低落、焦虑、恐惧。正常人在一定的处境下也可以表现这些情感反应,因此只有在情感反应不能依其处境及心境背景来解释时方可作为精神症状处理。

1. 情绪高涨

患者情绪异常高涨,心境特别愉快。表现为喜悦、语音高亢、动作明显增多、自我感觉良好,扬扬得意、盛气凌人,常常伴有明显的夸大色彩。常见于躁狂症、分裂情感性精神障碍、脑器质性疾病或酒醉状态。

2. 情绪低落

患者情绪异常低落,心境抑郁。表现为忧愁、语音低落、动作明显减少、自我感觉不良,常常自责自卑,严重者有明显的罪恶感,甚至可出现自伤和自杀行为。情绪低落时常常伴有某些生理功能的改变,如食欲减退或缺乏、闭经等。常见于抑郁症,也见于其他精神障碍或躯体疾病时的抑郁状态。

3. 焦 虑

病态焦虑指在缺乏相应的客观因素下,出现内心极度不安的期待状态,伴有大祸临头的恐惧感。表现为惶惶不安、坐立不定、精神紧张。常常伴有心悸、气急、出汗、四肢发冷、震颤等自主神经功能失调的表现和运动性坐立不安,严重者可以表现为惊恐发作。焦虑伴有严重的运动性不安,如搓手跺脚时称为激越状态,常见于焦虑障碍。焦虑是日常生活中常见的现象,正常人在预期不利的情况下、执行无把握的任务时均可出现相应的焦虑表现。

4. 恐 惧

指面临具体不利或危险的处境时出现的焦虑反应。轻者表现为提心吊胆;重者极度害怕、狂奔呼喊,精神极度紧张。同时伴有明显的自主神经系统症状,如心跳加快、气急、呼吸困难、出汗、四肢发抖,甚至大小便失禁。恐惧常常导致抵抗和逃避。常见于各种恐惧症,也见于幻

觉、错觉、妄想状态。

(二)情感波动性的改变

指情感的始动功能失调。临床表现为情感不稳定、情感淡漠、易激惹性、病理性激情等。

1. 易激惹性

患者情绪或情感极易诱发,轻微刺激即可引起强烈的情绪或情感反应,常见于疲劳状态、人格障碍、神经症、轻躁狂、偏执性精神病、脑器质性精神障碍和躯体疾病并发的精神障碍。

2. 情感不稳定

患者的情感稳定性差,容易变动起伏,喜、怒、哀、乐极易变化;常常从一个极端波动到另一个极端,一会儿兴奋,一会儿伤感,且不一定有外界诱因。常见于脑器质性精神障碍、癫痫性精神病、乙醇中毒、人格障碍。与外界环境有关的轻度的情感不稳定可以是一种性格表现,表现为极易伤感多愁,动辄呜咽哭泣,称为情感脆弱,多见于分离性障碍、神经衰弱、抑郁症。

3. 情感淡漠

患者对客观事物和自身情况漠不关心,缺乏应有的内心体验和情感反应,处于无情感状态。常见于精神分裂症。如果患者对客观刺激的情感反应虽然存在,但反应速度明显迟缓、强度明显减低,称为情感迟钝,常见于精神分裂症、躯体疾病并发的精神障碍、痴呆。

4. 病理性激情

患者骤然发生的、强烈而短暂的情感暴发状态。常常伴有冲动和破坏行为,事后不能完全回忆。见于脑器质性精神障碍、躯体疾病并发的精神障碍、癫痫、乙醇中毒、反应性精神病、智能发育不全并发的精神障碍、精神分裂症等。

(三)情感协调性的改变

患者的内心体验和环境刺激及其面部表情互不协调,或者内心体验自相矛盾。临床表现为情感倒错、情感幼稚、情感矛盾。

1. 情感倒错

患者的情感反应与环境刺激不相一致,或者面部表情与其内心体验不相符合。如遇到愉快的事情表现悲痛,痛哭流涕,多见于精神分裂症。

2. 情感幼稚

患者的情感反应退化到童年时代的水平,容易受直觉和本能活动的影响,缺乏节制。面部表情幼稚,喜忧易形于色,不能很好地适应环境变化,极易受周围环境的影响而波动。多见于分离性障碍、痴呆。

3. 情感矛盾

患者在同一时间内体验到两种完全相反的情感,但患者并不感到这两种情感的互相矛盾和对立,没有苦恼或不安,患者常将相互矛盾的情感体验同时暴露出来,使别人不可理解。常见于精神分裂症。

四、意志障碍

意志是人们自觉地确定目标并克服困难用自己的行动去实现目标的过程。意志与情绪密切相关,互相渗透。当人们认识到有前途或未来时,就会向着既定目标采取自觉的积极的行动。反之,就会消极行动。意志障碍的临床表现有意志增强、意志减弱、意志缺乏、矛盾意向。

1. 意志增强

指病态的自信和固执的行动。常见于偏执性精神病、精神分裂症等。如有被害妄想的患者,反复上访,向有关部门申述和要求安全保障等等。

2. 意志减弱

指病态的缺乏主动性和进取性,缺乏克服困难的决心和力量。如不想做事,没有积极性等。常见于精神分裂症、抑郁症、药物成瘾等。

3. 意志缺乏

指患者的意志要求显著减退或消失。患者的生活处于被动状态,处处需要别人的督促和管理,常常伴有情感淡漠和思维贫乏。常见于精神分裂症和痴呆。

4. 矛盾意向

指对同一事物,同时出现两种完全相反的意向和情感,但患者并不感到不妥。如遇到朋友时,一面想哭,一面又想笑。常见于精神分裂症,这是诊断精神分裂症的重要症状。

五、注意障碍

注意指精神活动在一段时间内集中指向某一事物的过程。此时人们对所注意的事物的感知最为清晰,而周围其他事物相对不清晰。注意分为主动注意、随意注意和被动注意、不随意注意。主动注意是有意地去注意某一事物,而被动注意是无意地注意到周围的事物。如上课时同学听老师讲课是主动注意,走廊的声音是被动注意。前者是有目的的,需要做出自觉的努力;后者是无目的的,不需要自觉努力。通常讲的注意是主动注意。注意障碍指精神活动在一段时间内过度或不能集中指向某一事物的过程。常见注意障碍有注意增强、注意减退、随境转移、注意范围缩小。

1. 注意增强

指患者特别容易为某种事物所吸引或特别注意某些活动。比如妄想患者对周围环境的变动特别注意。常见于有妄想的患者、躁狂症、疑病症。

2. 注意减退

又称注意涣散,指主动注意减退,注意力不易集中,或不能持久。多见于神经症、精神分裂症、儿童多动症、疲劳过度。

3. 随境转移

指被动注意明显增强。表现为患者的注意极易为外界的事物所吸引,且注意的对象经常变换。主要见于躁狂症,是躁狂症的主要症状之一。

4. 注意范围缩小

指患者的注意集中于某一事物时,就不能再去注意其他的事物,即主动注意范围缩小,被动注意减弱,患者表现十分迟钝。正常人对事物缺乏兴趣或疲劳时也会出现注意范围缩小。常见于有智能障碍、意识障碍的患者。

六、动作行为障碍

动作指简单的随意和不随意的运动,如点头、弯腰行为则指为达到一定目的而进行的复杂随意运动,它是一系列动作的有机组合。一定的行为反映一定的思想、动机和目的。精神疾病患者由于认知、情感和意志等活动的障碍,常导致动作和行为的异常,称为动作行为障碍,又称精神运动性障碍。动作行为障碍分为精神运动性兴奋、精神运动性抑制、刻板动作、模仿动作、作态等。