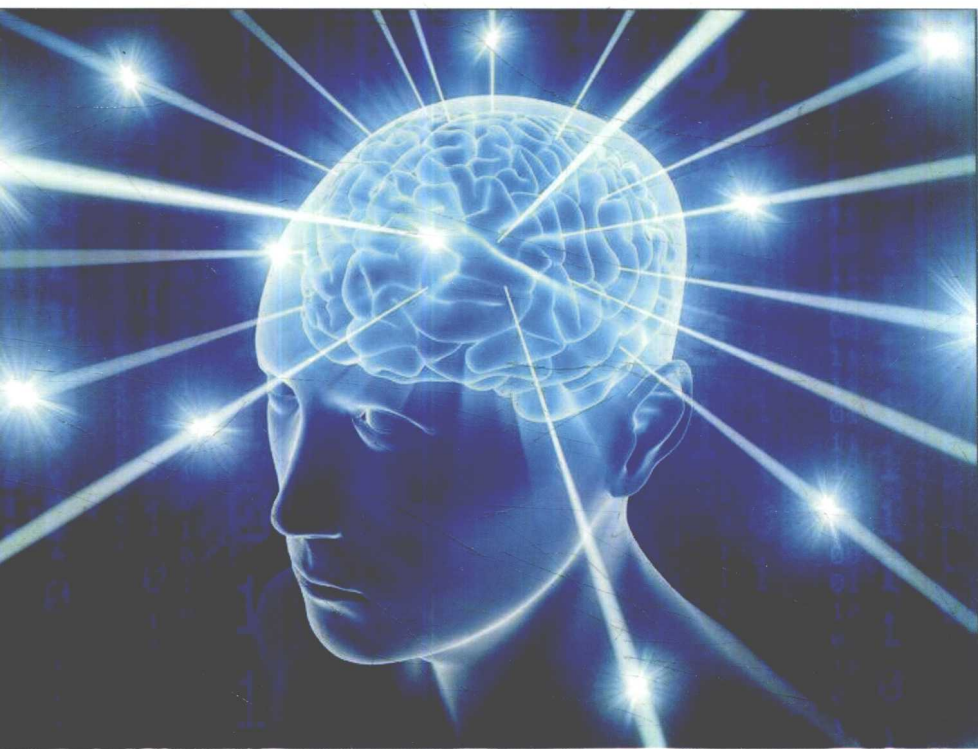


精神障碍的诊治与康复

平军辉 潘 飞◎主编



长江出版传媒
湖北科学技术出版社

精神障碍的诊治与康复

平军辉 潘 飞 主编

 长江出版传媒
 湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神障碍的诊治与康复 / 平军辉, 潘飞主编. —武汉: 湖北科学技术出版社, 2017.4
ISBN 978-7-5352-8548-5

I. ①精… II. ①平… ②潘… III. ①精神障碍-诊疗②精神障碍-康复 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 071794 号

书 名: 精神障碍的诊治与康复

责任编辑: 刘 玲 赵 汶

出版发行: 湖北科学技术出版社

地 址: 湖北武汉市楚雄大街 268 号
(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷: 郑州华之旗数码快印有限公司

开 本: 880 mm×1230 mm 1/32 印张: 4.75

版 次: 2018 年 5 月第 1 版

定 价: 40.00 元

封面设计: 王 梅 张晓雅

电话: 027-87679468

邮编: 430070

邮编: 450000

字数: 150 千字

印次: 2018 年 5 月第 1 次

版权所有 翻印必究

目 录

第一章 精神障碍的症状学	1
第一节 概 述	1
第二节 常见精神症状	2
第三节 常见精神疾病综合征	21
第二章 精神障碍的检查与诊断	23
第一节 医患关系	23
第二节 精神检查中的一般原则	24
第三节 病史采集	29
第四节 精神状况检查	33
第五节 躯体检查与特殊检查	36
第六节 精神科诊断过程	38
第七节 标准化精神检查和评定量表的应用	39
第八节 精神科病历书写	42
第三章 精神障碍的分类、诊断标准	43
第一节 精神障碍的分类	43
第二节 精神障碍的诊断	50
第四章 器质性精神障碍	52
第一节 概 述	52
第二节 脑器质性精神障碍	58
第三节 躯体疾病所致精神障碍	74
第五章 神经症性障碍	88
第一节 概 述	88
第二节 惊恐障碍	89
第三节 恐惧症	93
第四节 广泛性焦虑障碍	98
第五节 强迫障碍	103
第六节 神经衰弱	110

第六章 儿童少年期精神障碍 112

第一节 精神发育迟滞 112

第二节 心理发育障碍 119

第三节 儿童少年期行为和情绪障碍 129

参考文献 146

第一章 精神障碍的症状学

第一节 概 述

精神症状是异常精神活动的表现,它涉及人们精神活动的各个方面,并通过人的外显行为,如仪表示动作、言谈举止、神态表情以及书写内容等表现出来。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,又称为精神病理学。

由于许多精神障碍病因不明,缺乏有效的生物学诊断指标,精神障碍的诊断主要通过病史采集和精神检查,发现有关精神症状,然后进行综合分析和判断而得出。因此,精神障碍的症状学是学习精神病学的基础,熟练掌握精神障碍症状学是精神科医生必备的基本功。

判定某一种精神活动是否属于病态,一般应从以下三个方面进行分析:①纵向比较,即与其过去一贯表现进行比较,精神活动是否具有明显改变;②横向比较,即与大多数正常人的精神活动相比较,是否具有明显差别,某种精神状态的持续时间是否超出了一般限度;③是否与现实环境相符,即应注意结合当事人的心理背景和当时的环境进行具体分析和判断。

虽然每一种精神症状均具有各自不同的表现,但往往具有以下共同特点:①症状的出现不受患者意志的控制;②症状一旦出现,难以通过注意力转移等方法令其消失;③症状的内容与周围客观环境不相称;④症状会给患者带来不同程度的社会功能损害。

精神障碍患者的症状一般不会随时随地表现出来,有时需要医生仔细观察和反复检查才能发现。精神检查的方法主要为交谈和观察,能否发现患者的精神症状,特别是某些隐蔽的症状,常取决于医患关系及检查技巧。根据短暂交谈和片面观察所做出的结论,很容易导致漏诊和误诊。因此,在进行精神检查时,要注意做到:①仔细检查,确定精神症状是否存在;②确定精神症状出现的频度、持续时间和严重程度;③分析各

症状之间的关系,确定哪些症状是原发症状,哪些症状是继发症状;④注意类似症状之间的鉴别;⑤探讨可能影响症状发生的生物学和社会心理因素。

人的精神活动是一个相互联系又相互制约的复杂过程,并受到多种因素的影响。异常精神活动同样也是一个复杂的过程,也会受到个体和环境等多种因素的影响。这些影响因素包括性别、年龄、受教育程度、躯体状况、人格特征、社会地位、文化背景、生活环境等。因此,在检查和分析精神症状时,须考虑到有关影响因素,以便对具体情况作具体分析。

第二节 常见精神症状

人的精神活动是一个协调统一的过程。为了便于描述,普通心理学将人的正常精神活动分为感知、思维、情感和意志行为等心理过程。同样,为了便于对精神症状的描述,也按照精神活动的各个心理过程分别进行介绍。

一、感知觉障碍

感知觉包括感觉和知觉两个心理过程。感觉(sensation)是大脑对客观刺激作用于感觉器官所产生对事物个别属性的反映,如形状、颜色、大小、重量和气味等。知觉(perception)是在感觉基础上,大脑对事物的各种不同属性进行整合,并结合以往经验而形成的整体印象。如根据笔记桃子的形状、气味、颜色等,结合既往对桃子的认知,在大脑中产生的桃子的印象就是一种知觉。正常情况下,人们的感觉和知觉是与外界客观事物相一致的。

(一) 感觉障碍

1. 感觉减退(hypoesthesia) 是对刺激的感受性降低,感觉阈值增高,表现为对外界强烈的刺激产生轻微的感觉体验或完全不能感知(后者称为感觉缺失,anesthesia)。多见于神经系统疾病,精神科多见于抑郁发作、木僵状态、意识障碍和分离(转换)障碍等。

2. 感觉过敏(hyperesthesia) 是对刺激的感受性增高,感觉阈值降

低,表现为对外界一般强度的刺激产生强烈的感觉体验,如感到阳光特别刺眼、轻柔的音乐特别刺耳、轻微的触摸皮肤感到疼痛难忍等。多见于神经系统疾病,精神科多见于神经症、更年期综合征等。

3.内感性不适(体感异常, senestopathia) 是躯体内部产生的不舒适和难以忍受的异样感觉,如咽喉部堵塞感、胃肠扭转感、腹部气流上涌感等,可继发疑病观念。多见于疑病症、躯体化障碍、精神分裂症和抑郁发作等。

(二) 知觉障碍

知觉障碍(disorders of perception)主要包括以下内容:

1.错觉(illusion) 是对客观事物歪曲的知觉。错觉可见于正常人,如在光线暗淡的环境中看错物体,在恐惧、紧张和期待等心理状态下产生错听等,但正常人的错觉经过验证后可以认识到自己的错误并加以纠正。病理性错觉常在意识障碍时出现,多表现为错视和错听,并常带有恐怖色彩,如患者把输液管看成一条正在吸血的蛇等。多见于器质性精神障碍的谵妄状态。

2.幻觉(hallucination) 是没有现实刺激作用于感觉器官时出现的知觉体验,是一种虚幻的知觉。幻觉是精神科临床上常见且重要的精神病性症状之一。幻觉可以根据其所涉及的感觉器官、来源和产生条件进行分类。

(1)根据所涉及的感觉器官,幻觉可分为:幻听、幻视、幻味、幻嗅、幻触和内脏幻觉。

1)幻听(auditory hallucination):是一种虚幻的听觉,即患者听到了并不存在的声音。幻听是精神科临床最常见的幻觉,患者听到声音可以是单调的,也可以是复杂的;可以是言语性的,如评论、赞扬、辱骂、斥责或命令等,也可以是非言语性的,如机器轰鸣声、流水声、鸟叫声等。其中,言语性幻听最常见,幻听的声音可以直接与患者对话,也可以是以患者作为第三者听到他人的对话。幻听的内容通常与患者有关且多对患者不利,如对患者的言行评头论足、议论患者的人品、命令患者做一些危险的事情等。因此,患者常为之苦恼和不安,并可产生自言自语、对空谩骂、拒饮拒食、自杀自伤或伤人毁物等行为。

幻听可见于多种精神障碍,其中评论性幻听、议论性幻听和命令性幻听是精神分裂症的典型症状。

2)幻视(visual hallucination):即患者看到了并不存在的事物,幻视的内容可以是单调的光、色或者片段的形象,也可以是复杂的人物、景象、场面等。意识清晰状态下出现的幻视多见于精神分裂症;意识障碍时的幻视多见于器质性精神障碍的谵妄状态,这些幻视常常形象生动鲜明,且多具有恐怖性质,如看到墙上有壁虎在爬、房间内龙在飞舞等。

3)幻味(gustatory hallucination):患者尝到食物或水中并不存在的某种特殊的怪味道,因而常常拒食拒饮。幻味经常与被害妄想同时存在,如认为食物中的“怪味道”是被人投了毒,多见于精神分裂症。

4)幻嗅(olfactory hallucination):患者闻到环境中并不存在的某种难闻的气味,如腐败的尸体气味、化学物品的烧焦味、浓烈刺鼻的药物气味以及体内发出的怪味等。幻嗅和幻味往往同时出现,并经常与被害妄想结合在一起,多见于精神分裂症。单一出现的幻嗅,多见于颞叶癫痫或颞叶器质性损害。

5)幻触(tactile hallucination):在没有任何刺激时,患者感到皮肤上有某种异常的感觉,如电麻感、虫爬感、针刺感等。如果患者感到自己的性器官被刺激,则称为性幻觉(sexual hallucination)。可见于精神分裂症或器质性精神障碍。

6)内脏幻觉(visceral hallucination):是患者身体内部某一部位或某一脏器虚幻的知觉体验。如感到骨头里的虫爬感、血管的拉扯感、肠道的扭转感、肺叶的被挤压感等。内脏幻觉常与疑病妄想等伴随出现,多见于精神分裂症和抑郁发作。

(2)根据体验的来源,幻觉可分为:真性幻觉和假性幻觉。

1)真性幻觉(genuine hallucination):是来自于外部客观空间,通过感觉器官而获得的幻觉。其特点为幻觉内容就像感知外界真实事物一样生动、鲜明,故患者常常述说是亲耳听到或亲眼看到的。患者对幻觉内容深信不疑,并做出相应的情感与行为反应。

2)假性幻觉(pseudo-hallucination)是存在于自己的主观空间内,不通过感觉器官而获得的幻觉。其特点为幻觉内容往往比较模糊、不清晰和不完整,故患者常常描述为没有通过耳朵或眼睛,大脑内就隐约出现

了某种声音或影像。虽然此类幻觉与一般知觉不同,但患者往往仍然比较肯定地相信幻觉内容。

(3)根据产生的条件,幻觉可分为:功能性幻觉、反射性幻觉、心因性幻觉和入睡前幻觉。

1)功能性幻觉(functional hallucination):是一种伴随现实刺激而出现的幻觉,即当某种感觉器官处于功能活动状态时出现涉及该器官的幻觉,正常知觉与幻觉并存。临床上常见功能性幻听多见于精神分裂症。

3)入睡前幻觉(hypnagogic hallucination):是出现在入睡前的幻觉,多为幻视、幻听,与睡梦时的体验相近似。

4)心因性幻觉(psychogenic hallucination):是在强烈心理因素影响下出现的幻觉,幻觉内容与心理因素有密切联系,如看到亡故亲人的影子在房间里走动等。多见于应激相关障碍、分离(转换)障碍等。

3.感知综合障碍(psychosensory disturbance)指患者对客观事物的整体属性能够正确感知,但对某些个别属性如大小、形状、颜色、距离、空间位置等产生错误的感知。常见感知综合障碍包括:

(1)视物变形症(metamorphopsia):指患者看到周围的人或物体的形状、大小、体积等方面发生了变化。看到物体的形象比实际增大称为视物显大症(macropsia),如看到家中的宠物猫就像老虎一样大;看到物体的形象比实际缩小称为视物显小症(micropsia),如看到母亲就像小布娃娃一样大。多见于癫痫。

(2)自身感知综合障碍:指患者感到自己身体的某一部分在大小、形状等方面发生了变化。如感到自己的手臂变得特别长,伸手可以抓到空中的飞鸟;有的患者则感到自己的面部发生了扭曲,眼睛大小不一致,鼻子像蒜头一样,故反复照镜子。可见于精神分裂症、癫痫等。

(3)时间感知综合障碍:指患者对时间的快慢出现不正确的感知体验。如感到时间凝固了,岁月不再流逝,外界事物停滞不前;或者感到时间在飞逝,似乎身处于“时空隧道”之中,外界事物的变化异乎寻常地快。可见于正常人、情感性精神障碍等。

(4)空间感知综合障碍:指患者对周围事物的距离、空间位置等感知错误,如候车时汽车已驶进站台,而患者仍感觉汽车离自己很远。

(5)非真实感(derealization):又称现实解体,指患者感到周围事物

和环境变得不真实,犹如隔了一层窗纱。如感到周围的房屋、树木等像是纸板糊成的,毫无生气;周围人就像没有生命的木偶一样等。可见于抑郁发作、分离性障碍和精神分裂症等。

二、思维障碍

思维是人脑对客观事物间接概括的反映,它可以揭露事物内在的、本质的特征,是人类认识活动的最高形式。思维包括分析、综合、比较、抽象、概括、判断和推理等基本过程。

正常人的思维具有如下特征:①目的性:指思维围绕一定的目的进行,并解决某一问题;②连贯性:指思维过程中的概念前后衔接,相互联系;③逻辑性:指思维过程符合思维逻辑规律,有一定的道理;④实践性:指思维能够通过客观实践的检验。

思维障碍(thinking disorder)是精神科常见症状,临床表现多种多样,可大体分为思维形式障碍和思维内容障碍。

(一)思维形式障碍

思维形式障碍(disorders of the thinking form)主要为思维过程的联想和逻辑障碍。常见的症状如下:

1. **思维奔逸(flight of thought)** 思维联想速度加快、数量增多和转换加速。患者表现为特别健谈,说话滔滔不绝,口若悬河,感到脑子特别灵活,就像机器加了“润滑油”一样难以停顿下来。患者说话的语速快,语量多,主题极易随环境而发生改变(随境转移),也可有音韵联想(音联),或字意联想(意联)。写信或写作文时往往文思敏捷,一挥而就。多见于躁狂发作。

2. **思维迟缓(inhibition of thought)** 指思维联想速度减慢、数量减少和转换困难。表现为语量少,语速慢、语音低和反应迟缓。患者感到脑子就像生锈了的机器一样,变笨了,反应变慢了,思考问题困难。多见于抑郁发作。

3. **思维贫乏(poverty of thought)** 指联想概念与词汇贫乏,患者感到脑子空空荡荡,没有什么思想。表现为寡言少语,谈话时言语内容空洞单调或词穷句短,回答问题简单,严重者对什么问题都回答“不知道”。

多见于精神分裂症、脑器质性精神障碍及精神发育迟滞。

4. **思维散漫** (looseness of thought)、**思维破裂** (splitting of thought)、**语词杂拌** (word salad) 指思维的连贯性障碍,即联想概念之间缺乏必要的联系。思维散漫表现为在交谈时,患者联想松弛,内容散漫,缺乏主题,话题转换缺乏必要的联系。说话东拉西扯,以致别人弄不懂患者要阐述的是什么主题思想。对问话的回答不切题,交流困难。多见于精神分裂症及精神发育迟滞。思维破裂表现为患者的言语或书写内容有结构完整的句子,但各句含意互不相关,变成了语句堆积,整段内容令人不能理解。严重时,言语支离破碎,句子结构不完整,成了一些不相干字、词的堆积,称为语词杂拌,如当医生问患者姓名时,患者回答“地上的云彩,汽车、水饺、计算机,水中飞飞飞,奥氮平……”。多见于精神分裂症。

5. **思维不连贯** (incoherence of thought) 表现与语词杂拌类似,但产生背景不同,它是在意识障碍背景下出现的言语支离破碎和杂乱无章状态,多见于谵妄状态。

6. **思维中断** (blocking of thought) 指思维联想过程突然发生中断。表现为患者在无意识障碍,又无外界干扰时,言语突然停顿,片刻之后又重新开始,但所谈主题已经转换。多见于精神分裂症。

7. **思维被夺** (thought deprivation)、**思维插入** (thought insertion) 属于思维联想障碍,前者感到自己思想被某种外力突然抽走,而后者则表现为患者感到有某种不属于自己的思想被强行塞入。两者均不受个人意志所支配,多见于精神分裂症。

8. **强制性思维** (forced thinking) 是思维联想的自主性障碍。表现为患者感到脑内涌现大量无现实意义、不属于自己的联想,是被外力强加的。这些联想常常突然出现,突然消失,内容多变。多见于精神分裂症。

9. **病理性赘述** (circumstantiality) 指思维联想活动迂回曲折,联想枝节过多。表现为患者对某种事物做不必要的过分详尽的描述,言语啰唆,但最终能够回答出有关问题。如果要求患者简明扼要,患者无法做到。见于癫痫、脑器质性精神障碍及老年性痴呆。

10. **思维化声** (thought hearing) 是同时包含思维障碍和感知觉障碍两种成分的一种症状。患者在思考时,同时感到自己的思想在脑子里变

成了言语声,自己和他人都能听到。多见于精神分裂症。

11. **语词新作 (neologism)** 是概念的融合、浓缩和无关概念的拼凑。患者自创一些奇特的文字、符号、图形或语言并赋予特殊的意义,他人无法理解。如♀ & ♀表示同性恋表示亲密友好;“彳亍”代表狼心狗肺。多见于精神分裂症。

12. **象征性思维 (symbolic thinking)** 属于概念转换,患者以无关的具体概念代替某一抽象概念,不经患者本人解释,他人无法理解。如患者经常反穿衣服,表示自己“表里合一、心地坦白”,多见于精神分裂症。

正常人可以有象征性思维,如玫瑰象征爱情、鸽子象征和平等,但正常人的象征性思维是以传统和习惯为基础的,与文化背景相符,人们之间彼此能够理解。

13. **逻辑倒错性思维 (pamlogic thinking)** 以推理缺乏逻辑性为特点,表现为患者推理过程或缺乏前提依据,或因果倒置,令人感到不可理解,离奇古怪。多见于精神分裂症和妄想性障碍等。

14. **强迫思维 (obsessive thinking)** 指在患者脑中反复出现的某一概念或相同内容的思维,明知不合理和没有必要,但又无法摆脱,常伴有痛苦体验。强迫思维可表现为:①反复出现某些想法,如担心被别人传染某种疾病;②总是怀疑自己的言行是否正确、得当(强迫怀疑);③反复回忆做过的事情或说过的话(强迫回忆);④反复出现一些对立的思想(强迫性对立思维),如听到“和平”就不自主地联想到“战争”;⑤反复考虑毫无意义的问题(强迫性穷思竭虑),如为什么 $2+3=5$ 等。强迫思维常伴有强迫动作。多见于强迫症,也可见于精神分裂症。

强迫思维与强制性思维不同:前者是自己的思想,往往同一内容的思维反复持续出现,多见于强迫症;后者则是外力强加的不属于自己的思想,内容变化多端,且突然出现、突然消失,多见于精神分裂症。

(二) 思维内容障碍

思维内容障碍主要表现为妄想 (delusion),它是在病态推理和判断基础上形成的一种病理性的歪曲的信念。其特征包括:①妄想内容与事实不符,缺乏客观现实基础,但患者仍坚信不疑;②妄想内容涉及患者本人,且与个人有利害关系;③妄想内容具有个体独特性,是个体的心理现

象,并非集体信念;④妄想内容与患者的文化背景和经历有关,且通常有浓厚的时代色彩。

妄想应注意与幻想区别。幻想是一种超现实的遐想,将不同的元素或是内容组合在一起的思考形式。部分人遇到挫折或难以解决的问题时,往往想入非非,把自己放到想象的世界中,以应付挫折,获得心理上的满足。但幻想通常具有一定目的性,易于纠正。

妄想是精神科临床上常见且重要的精神病性症状之一,可以根据其起源、结构和内容进行分类。

(1) 根据妄想的起源,可分为:原发性妄想和继发性妄想。

1) 原发性妄想(primary delusion):是没有发生基础的妄想。表现为内容不可理解,不能用既往经历、当前处境及其他心理活动等加以解释。原发性妄想是精神分裂症的典型症状,对精神分裂症具有重要诊断价值。

2) 继发性妄想(secondary delusion):是发生在其他病理心理基础上的妄想,或与某种经历、情境等有关的妄想。如在抑郁基础上产生的自罪妄想;因亲人死于某种疾病后过分关注自己身体健康,而逐渐产生疑病妄想等。可见于多种精神障碍。

(2) 按照妄想的结构,可分为:系统性妄想和非系统性妄想。

1) 系统性妄想(systematized delusion):是指内容前后相互联系、结构严密的妄想。此类妄想形成过程较漫长,逻辑性较强,与现实具有一定联系或围绕某一核心思想,如不仔细辨别,往往难以发现。多见于偏执性精神障碍。

2) 非系统性妄想(non-systematized delusion):是一些片段、零散、内容不固定、结构不严密的妄想。此类妄想往往产生较快,缺乏逻辑性,内容明显脱离现实,且易发生变化,甚至自相矛盾。多见于精神分裂症。

(3) 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):患者认为周围环境中所发生的与自己无关的事情均与自己有关。如认为周围人的谈话是在议论自己,别人的咳嗽是针对自己的,甚至认为电视上播出的和报纸上登载的内容也与自己有关。多见于精神分裂症。

2)被害妄想(delusion of persecution):患者坚信自己被某些人或某组织进行迫害,如投毒、跟踪、监视、诽谤等。患者受妄想的影响可出现拒食、逃跑、报警、自伤自杀、伤人等行为。主要见于精神分裂症和偏执性精神障碍。

4)罪恶妄想(delusion of guilt):又称自罪妄想。患者毫无根据地坚信自己犯了严重的错误或罪恶,甚至认为自己罪大恶极、死有余辜,应受严厉惩罚。患者可在此妄想的影响下出现拒食、自杀等行为。多见于抑郁发作,也可见于精神分裂症。

5)疑病妄想(hypochondriacal delusion):患者毫无根据地坚信自己患了某种严重的躯体疾病或不治之症,因而到处求医,各种详细的检查和反复的医学验证也不能纠正。如认为自己得了艾滋病、癌症、心脏病等,而且将不久于人世。严重时,患者认为“内脏都腐烂了”“大脑成了一个空壳”“血液干枯了”,称为虚无妄想(delusion of negation)。多见于抑郁发作、精神分裂症、更年期及老年期精神障碍。

6)钟情妄想(delusion of love):患者坚信自己被某异性或许多异性钟情,对方的一言一行都是对自己爱的表达。有时患者会对这种“爱的表达”做出相应的反应而去追求对方,即使遭到对方的严词拒绝,患者仍毫不置疑,而认为对方是在考验自己对爱情的忠诚。多见于精神分裂症。

7)嫉妒妄想(delusion of jealousy):患者无中生有地坚信自己的配偶对自己不忠诚,另有所爱。为此,患者常常翻看配偶的手机短信和通话记录,跟踪和监视配偶的日常活动,检查配偶的衣物等生活用品,以寻觅其“婚外情”的证据。多见于精神分裂症、老年痴呆等。

9)物理影响妄想(delusion of physical influence):又称被控制感,患者感到自己的思想、情感或意志行为受到某种外界力量的控制而身不由己。如患者经常描述被红外线、电磁波、超声波或某种特殊的先进仪器控制。该症状是精神分裂症的典型症状。

10)内心被揭露感(experience of being revealed):又称被洞悉感。患者感到内心所想的事情,虽然没有说出,也没有用文字书写出来,但别人都知道了。至于他们通过什么方式知道的,患者则不能描述。该症状是精神分裂症的典型症状。

(三) 超价观念

超价观念(overvalued idea)是一种具有强烈情感色彩的错误观念,其发生一般均有一定事实根据,不十分荒谬离奇,也没有明显的逻辑推理错误。此种观念片面而偏激,可明显地影响患者的行为及其他心理活动。多见于人格障碍和心因性障碍。

超价观念与妄想的区别在于其形成有一定的性格基础与现实基础,伴有强烈的情绪体验,内容比较符合客观实际。

三、注意障碍

注意(attention)是指个体精神活动集中指向一定对象的心理过程。注意可分为主动注意和被动注意两类。主动注意又称为有意注意,是自觉的、有目的注意;被动注意又称为无意注意,是外界刺激所激发、没有目的的注意。如上课时学生听讲属于主动注意,而有的同学突然把注意力转向教室外的脚步声则为被动注意。前者与意志活动、环境要求及个人的兴趣爱好有关,需要个体作出努力;后者是对外界刺激的定向性反射反应,不需要自觉努力。

正常人的注意具有如下特征:①集中性:是指人的心理活动只集中于一定事物上,具有一定范围和广度;②稳定性:指心理活动能够长时间集中于某一客体或活动的特性;③转移性:是指根据新的任务,主动把注意由一个对象转移到另一个对象的现象。常见注意障碍包括以下几种:

1. 注意增强(hyperpmsexia) 为主动注意的兴奋性增高,表现为过分关注某些事物。如有被害妄想的患者,对周围环境保持高度的警惕,过分地注意别人的一举一动;有疑病妄想的患者则对身体的各种细微变化十分敏感,过分地注意自己的健康状态。多见于偏执型精神分裂症、神经症、更年期抑郁症等。

2. 注意减退(hypoprosexia) 为主动及被动注意的兴奋性减弱和注意稳定性降低,表现为注意力难以唤起和维持。多见于神经症、脑器质性精神障碍及意识障碍。

3. 注意涣散(apmsexia) 为被动注意兴奋性增强和注意稳定性降低,表现为注意力不集中,容易,受到外界的干扰而分心。多见于注意缺

陷多动障碍、神经症和精神分裂症等。

4. **注意狭窄** (narrowing of attention) 为注意广度和范围的显著缩小,表现为当注意集中于某一事物时,不能再注意与之有关的其他事物。多见于意识障碍、智能障碍等。

5. **注意转移** (transference of attention) 为注意转换性增强和稳定性降低,表现为主动注意不能持久,很容易受外界环境的影响而使注意对象不断转换。多见于躁狂发作等。

四、记忆障碍

记忆(memory)是既往事物经验在大脑中的重现。记忆是在感知觉和思维基础上建立起来的精神活动,包括识记、保持、再认和回忆三个基本过程。①识记:是事物或经验在脑子里留下痕迹的过程,是一种反复感知的过程;②保持:是识记痕迹保存于大脑免于消失的过程;③再认和回忆:再认是现实刺激与既往痕迹的联系过程,回忆是既往痕迹的重新活跃或复现。识记是记忆痕迹保存的前提,再认和回忆是记忆痕迹的显现过程。

记忆障碍通常涉及记忆过程的各个部分,常见记忆障碍包括以下几种:

1. **记忆增强** (hypemnesia) 是病理性的记忆力增强,表现为患者对病前已经遗忘且不重要的事都能重新回忆起来,甚至包括事件的细节。多见于躁狂发作和偏执状态。

2. **记忆减退** (hypomnesia) 是记忆各个基本过程功能的普遍减退。轻者表现为近记忆力的减弱,如记不住刚见过人的名字、别人刚告诉的电话号码等。严重时远记忆力也减退,如难以回忆个人的经历等。多见于神经症、脑器质性精神障碍,也可见于正常老年人。

3. **遗忘** (amnesia) 是记忆痕迹在大脑中的丧失,表现为对既往感知过的事物不能回忆。

根据是否能够恢复,遗忘可分为暂时性遗忘和永久性遗忘,前者指在适宜条件下还可能恢复记忆的遗忘;后者指不经重新学习就不可能恢复记忆的遗忘。根据对事件遗忘的程度,遗忘可分为部分性遗忘和完全性遗忘,前者指仅仅对经历或事件的部分不能回忆;后者指对一段时间