

# 精神病症状学

中山医学院《新医学》编辑出版组出版

# 精 神 病 症 状 学

Clinical Psychopathology

F. Fish 原著 M. Hamilton 整理

张明元 张明岛 顾牛范 徐福元 译

夏 侠 美 校

中山医学院《新医学》编辑出版组出版

## 精 神 病 症 状 学

---

中山医学院《新医学》编辑出版组出版  
福建南平市建阳地区印刷厂印刷

---

32开本 787×1092 字数：104,400字  
1978年7月第1版 1978年7月第1次印刷  
(内部发行) 定价：0.47元

## 前 言

德语国家的精神病学派在学术观点及临床描述方面是有许多特点的，而这一方面的资料在国内介绍得还不多。为此，我们译出这本小册子：《精神病症状学》——Fish氏临床精神病理学。

F. Fish 是一位德国的精神病家，他主要从事临床工作，从他所写的《精神病大纲》(《An outline of psychiatry》)和《精神分裂症》(《Schizophrenia》)等著作中，可以看出他的临床工作是较细致、较扎实的。现在这本书是M. Hamilton，根据Fish在英国Manitoba大学讲授精神病现象学的讲稿，加上他个人的体会，整理出来的。Hamilton在前言中写道：Fish从事医疗工作一生的准则为，精神科必须以对病人细致、熟练、透彻的观察为基础。没有这样的基础，精神科的生物化学、社会学、心理动力学均如“沙上建塔，空中楼阁”。我们认为这种观点是符合实际的。

一个资本主义国家的精神科工作者，在他的著作中难免掺杂着一些唯心的或者我们所不能接受的观点。本书的部分章节，不适我国国情，过多地涉及宗教迷信的内容，并杂有某些弗洛伊德的心理分析观点和Jaspers的存在主义哲学的观点等，希读者有批判地进行阅读。

由于我们翻译水平较低，对德国派又不大熟悉，所以错误之处，在所难免，希读者指正。有些国内尚无统一译名的术语，均附英语原文，以便查考。

译者

一九七七年九月

# 目 录

第一章	导 言	( 1 )
第二章	精神病的分类	( 2 )
第三章	感知障碍	( 18 )
一	感知变化	( 18 )
	强度改变	( 18 )
	性质改变	( 19 )
	空间形式改变	( 19 )
二	感知失常	( 20 )
	错觉	( 20 )
	幻觉	( 22 )
	时间体验障碍	( 41 )
第四章	思维和言语障碍	( 43 )
一	智能	( 43 )
二	思维	( 44 )
三	内向性思维	( 45 )
四	思维障碍的分类	( 45 )
五	思流障碍	( 45 )
	思维速率障碍	( 46 )
	思维连续障碍	( 47 )
六	思维占有障碍	( 48 )
	强迫性症状	( 49 )

	思维的病态体验·····	( 50 )
七	思维内容障碍·····	( 50 )
	原发性妄想·····	( 51 )
	继发性妄想和妄想的系统化·····	( 53 )
	妄想的内容·····	( 55 )
	妄想的付诸行动·····	( 61 )
八	思维形式障碍·····	( 62 )
九	言语障碍·····	( 66 )
	功能性言语障碍·····	( 66 )
	失语症·····	( 69 )
第五章	记忆障碍·····	( 73 )
一	概论·····	( 73 )
二	遗忘·····	( 73 )
	心因性遗忘·····	( 73 )
	器质性遗忘·····	( 75 )
三	记忆错误·····	( 76 )
	追忆障碍·····	( 76 )
	识记障碍·····	( 80 )
第六章	情绪障碍·····	( 82 )
一	定义·····	( 82 )
二	情绪障碍的分类·····	( 83 )
	异常情绪素质·····	( 84 )
	异常情绪反应·····	( 85 )
	情绪的异常表现·····	( 88 )
	情绪的病理性障碍·····	( 90 )
	情绪表现的病理性障碍·····	( 95 )

第七章	自我体验障碍.....	( 99 )
一	自我能动性的意识障碍.....	( 99 )
	人格解体.....	( 100 )
	丧失感情共鸣.....	( 101 )
二	自我单一性的意识障碍.....	( 101 )
三	自我同一性的意识障碍.....	( 102 )
四	自我环境界限的意识障碍.....	( 102 )
第八章	意识障碍.....	( 105 )
一	梦样意识.....	( 107 )
二	意识减低.....	( 108 )
三	意识缩窄.....	( 108 )
第九章	运动障碍.....	( 110 )
一	运动动作的病态体验.....	( 110 )
二	运动障碍的分类.....	( 111 )
	适应性运动的障碍.....	( 112 )
	非适应性运动的障碍.....	( 118 )
	精神病中的运动性言语障碍.....	( 127 )
	姿势异常.....	( 129 )
	行为复杂型式的异常.....	( 131 )

## 第一章 导 言

本书的目的为对发生于神经精神疾病的症候进行客观的描述。任何熟悉英美精神病学文献的人，都知道仔细描述精神病症候的英语文献是非常缺乏的。Fish 的教科书《精神病学大纲》中，症状学一章是很详细的，本书可以认为是该章的延展。当然，听众对象是不同了，材料也有所增添。随着精神药理学的成长和生物化学与神经生理学研究的发展，与过去相比，更需要精神科临床现象的细致描述。没有良好的临床知识，精神科的研究将会毫无成果。

Jaspers 的“普通精神病理学”一书的翻译与出版，使英美的精神科工作者首次接触到经典的德国的精神科症状学的描述。十分遗憾，这本书仅仅把德国症状学观点译成英语，它过多地涉及哲学，有些过时，而且并没有公正地对待那些 Jaspers 所不接受的观点。希望本书能给予精神科和临床心理学的进修员们以精神病症候比较详细的介绍，同时有必要简短地讨论一下某些在英国不很熟悉的理论概念。

本章将先涉及一般问题，下一章则将谈到精神病分类学。这两章是讨论精神科症状的必要基础。

在讨论心理现象以前，还需要理解有关的哲学问题。我们认为我们的周围世界是独立于我们而存在的，它们是物质的，或者是物质构成的，它们不是我们心灵的产物。物质能够以许多方式组合，每一新的组合形式都有其自己的规律。我们在研究分离的物质单位相互关系时就发展了物理科学。如果我们研



究组成半永久性化合物的物质变动时就走到化学的领域了。然而物质能够组成为非常复杂的、自主性的、能够繁殖的物体，研究这类物质的科学是生物学；而研究生命单位各部分相互关系的科学是生理学。有些生命物体由于有了高度发展的神经系统而与环境发生非常复杂而可变的联系。神经生理学家研究神经系统的物理和化学问题，而心理学家则研究动物的整个行为。当我们从较简单的物质组合形式进而达到比较复杂的形式时，就在某些一定阶段上出现了新的科学法则。每一新的科学都包含着关于物质组合较简单形式的规律，但是也有不能完全用以往的科学来解释的自己的新规律。因此我们决不能把生物学降低为物理学和化学，也不能完全用神经生理学的方法来解释心理学。

精神病学涉及病理的人类心理学，但是经常被试图降低为病理神经生理学。精神病学家不应忽视如麻痹性痴呆等疾病的神经生理学发现，但是试图从神经生理学来解释所有心理问题却是不合理的。有些人类行为，只能用人类的躯体和社会环境的复杂的交互作用来解释，这里亦涉及一些包括神经生理学的定律和概念，但是又超出了神经生理学的局限。

动物心理学的问题是足够复杂的，然而人类心理学中还要加上意识的复杂问题。人类对于自身的行为有某种程度的觉察；换言之，人类行为常伴有某些意识中的事件使个体体验到这是引起行为活动的。但我们容易发现，意识活动及其伴有的行为动作，并不总是因果关系。这并不是意味着，我们应摒弃所有基于内省所得的认识，但是我们应谨慎对待。

从产生我们自身行为的内省认识 and 他人行为的实践经验，产生一组特殊的心理学知识，称为理解心理学 (Empathic psychology)。为了与他人建立良好的接触，我们必须设身

处地去了解其行为方式。我们都在应用理解心理学，如果我们的工作性质主要涉及人事时，使用得经常些；我们工作的效率也直接与我们对同伴了解的能力有关。然而，我们的理解能力仅限于我们与他人共同的体验；因此，当我们有些病人的体验超越了正常范畴，如销魂状态时，我们的理解便失效了。

精神科医生在治疗精神病时，不能满足于象聪明的，有同情心的门外汉那样的简单的理解心理学；因为他还有责任把治疗一个病人所得到知识组合起来，以便将来去帮助类似病人。因而便创造了解释心理学(Interpretative psychology)，把对病人了解所得到的概念，从神经生理学、神经病学，哲学或神话学(通常是后两种)的角度来归纳成某种一般性理论。

解释心理学和理解心理学，须与科学心理学明确地区别开来。科学心理学是通过科学的方法研究动物和人类的行为，而建立起规则和定律；它与前述两种心理学完全不同，在那两种心理学中观察者本身也不合理地卷入了他所调查的问题之内，而且这种假设是合理的，即如果两个事件经常以一定的顺序出现，该两者便可能有因果关系；然而这仅是假设，只有通过科学研究才能证实。由这两种心理学所产生的概念，有时也是可被测验和能够用科学心理学进行研究。因此在科学心理学和解释及理解心理学之间并没有不可逾越的障碍。从科学心理学发展起来的概念可以被解释心理学借用，并在心理治疗时证明是有用的。这两类根本上不同的心理学类型，通过上述两种方法交换资料，对两者都是有益的；然而精神科医生在应用于具体病人时，应该经常注意搞清所用的是哪一类心理学。

许多接受过精神动力学派训练的精神科医生，往往分不清理解心理学和解释心理学。前者只是简单地试图设身处地去理解病人，而后者，则是用一组在治疗病人时发现的有用的概念

来解释病人的言行。这种解释并不是在科学意义上的阐明，而只是作为帮助医生组合从病人方面所得到的材料时的一种假设。

由于缺乏哲学训练，以致许多英语国家的精神科医生把内容的解释和形式的说明相混淆。本书主要强调精神症候的形式，而不是其内容。许多精神动力学派的医生认为一旦能解释症状的内容，便能阐明症状的形式。事实并非如此。例如：一个妇女因性欲倒错而“吸精”（fellatio），另一妇女强迫性地思考上帝叫她吸精的观念；两个病例症状内容都是吸精，心理分析学家能够追溯到口恋期的固定。但两者的症状形式却是截然不同的，前者是以吸精取得性的满足，后者却是一种不能摆脱的不愉快的思维。把两种症状都解释为口恋期固定的结果，并不能阐明其症状形式的区别。

在讨论分类问题以前，还要谈一谈“现象学”（Phenomenology）这个词。该词来沉于某些哲学概念，所以有必要简短的谈一谈哲学。哲学的基本问题是物质和精神的关系。所有的哲学流派不外乎下述三种不同的回答：

1、精神是物质活动的特殊产物。这是唯物主义者的回答。他们认为所有精神的东西都取决于物质。

2、精神是第一性的，物质是精神的产物。这是唯心主义的回答。他们认为精神的东西是原发的，或者说是从非物质的东西演绎出来的

3、还没有足够的证据来回答上述问题。因为认识的唯一源泉是感觉，而感觉可能是由物质产生的。这是经验主义的看法，实际上是一种实用唯物主义的态度；它是从哲学唯物主义中分离出来的，它自然地导致玄学的虚无的观点。

康德（Kant）在精神和物质关系的问题上，假定我们体

验到的是事物的表面，或者叫做现象；而不是事物的本身或实质。而隐藏着的事物本身在哲学讨论上常称为“Ding an sich”（即事物的本身）。为了知道事物的本身，精神上需要有个飞跃。知识是感觉和精神活动的结果，即借助于以往对性质、数量、关系、形式等的知识，在当时当地头脑中组合各种材料。康德把包括心理学在内的对人的科学研究叫做“人类学”（Anthropology）。人类学一词迄今用于德文的心理学和精神病学文献中，以表示这种对人的全面研究；单纯的英国读者可能会对德国精神科工作者如此应用该词感到迷惑，因为该词在英语中只含有科学的、社会的、或躯体的人类学意义，而并不涉及把人视作整体这样的哲学问题。通过以上所述，我们可以看到康德把心理学看作是研究精神外部的表现，即现象，而不是精神本身的一门科学。

康德的唯心主义哲学对哲学和心理学有着很明显的影 响，他的概念反映在几乎所有德国心理学派中。二十世纪初，Husserl引进了这样一个观念，认为：现象学，即主观心理活动的研究，是走在所有科学前头的科学。他认为现象学描述主观心理体验的形式和内容，而心理学则对这些体验及其因果关系加以阐明。Dilthey在心理学中提出“理解”这个概念，他指出心理学应该是把个体理解为一个整体。他反对应用自然科学中的分析解释的方法，他认为这不能应用在心理学中，而相信心理学是一门描述性科学，决不是解释性科学。

Jaspers在放弃把现象学作为哲学以前，他已经把现象学的和“理解”的概念引进了精神病学。他的“普通精神病学”一书对德国精神病学有深刻的影响，但对英语国家则很少或全无影响。他认为现象学在精神病学中的任务是尽可能清晰地描述病人所体验到的各种心理情况。他不相信有可能确切如

实地描述病人的体验，因为观察者并不是在研究一个物质的对象。虽然Binswanger曾声称人们是可能以病人同样的方式体验症状，但令人难以理解如何来实现这个可能。

Binswanger应用海特格尔（Heidegger）的存在主义哲学理论来阐述病态的和异常的心理体验，从而建立了存在主义的解释心理学。但是他的观点没有得到海特格尔的认可，Jaspers曾把它称为“哲学上的错误”。Binswanger把这种用存在主义哲学理论来叙述的病理体验，也叫做“现象学”。这样我们便可以看到，现象学一词有两种完全不同的含义，单就这点理由，最好还是放弃这个术语。除此以外，这个术语还提示着接受了新康德主义或海特格尔的哲学；在作者看来，它们都无助于临床精神科医生。为了这些原因，本书将不再应用“现象学”一词。

这里还要谈一下另外一些术语上的问题，即“异常”、“病态”、“心因性”和“癡症性”等术语的应用问题。“正常”和“异常”可用于不同的涵义，搞清其区别是很重要的。通常“正常”指常见的，“异常”指少见或罕见的，这是“统计学”的含义。例如一个成年男性，身高2.2米，可以说是身高异常。另一种用法便完全不同。例如在英国只有相对少数的人牙齿是完整无损的；没有人会把这这些少数人称为“异常”，而把牙齿残缺的一般人叫做“正常”。这里“正常”，用的是它的理想标准。在这个意义上，心理分析学派说我们全部都是神经质的，因此都不“正常”。在医学中，“异常”还有另一个含义，即“病态”或“有病”。长得异常高的病人，血液中生长激素的可能过多，而且有些这样的患者还可发现有垂体肿瘤，以致激素分泌过多。在精神科可以这样说，病人的所有症状表现可偶然地，或程度较轻地见于“正常人”，这些

也可叫做人格类型，或人格特征。如果这些症状严重而频发，那么便是“异常”。有些病例，可以发现这些症状的存在与明显的脑部疾病有关；还有些病例，则被认为有可能存在某些基本的还未阐明的神经生理障碍。

各人的人格特征所表现的强度差别很大。其中大多数其特征是中度的，而少数则为轻度或重度。这些特征的分布颇似 Gaussian 或常态分布。例如在应激下的焦虑倾向，属于人群正常分布的大多数，但是少数人轻度应激便产生严重焦虑。这种分布曲线有如“钟”状，过了某一点，发病曲线又一次上升。正常人群中的智力分布是依典型常态曲线分布，在到达智力曲线低端那点以前，由于先天性或获得性脑损害的结果，智力低下的发生又有上升。本书假定人格特征和产生异常精神病症状的素质，如排除了明显的脑部病变，在人群中是常态分布的。然而这种假定也可能是不正确的。

内科、外科医生常过宽地应用“心因性”一词，去表示那些“未发现任何躯体疾病证据”的情况。心因性疾患应是指由心理创伤引起的心理异常。某些病人，在经受到威胁其生活的不快体验后，发生的骚乱行为，是心因性疾患的良好例子。这不是癔症，因其并没有从症状中获得“好处”，事实上其异常行动反而可能增加病人生活的威胁。癔症病人采用的症状是用以取得某些利益的，虽然病人并不完全觉察到自己的动机。癔症的症状是目的——指向性的，即通过症状得到利益，虽然病人不意识到如此。某些英语的精神科医师把“心因性”作为“癔症”的同义词，这显然是不正确的。癔症性症状必然是心因性的，但并不是所有的心因性症状都是癔症。

(张明元译)

## 第二章 精神病的分类

任何精神病分类的讨论，在开始时必须坦率地承认疾病的最终分类必然是以病因为基础的。然而直至我们搞清精神病的病因以前，我们必须应用某种有助于治疗病人的分类，同时又不会妨碍进一步的研究探索。众所周知，在躯体疾病领域中，有些疾病在其病因未明以前，已经先见有若干症状群。其中有些症状群，在以后证实为真正的疾病单元；因为它们常由一个基本原因所引起。早在公元十世纪，阿拉伯的内科医生Rhazes便已经对天花和麻疹进行了详尽的描述和鉴别。随着医学的每一步进展，如：听诊、叩诊、显微镜、细菌学、放射学、免疫学、生化学和生理学的发展，有些症状群被发现为真正的疾病单元；另外一些症状群则被分开，而分属于若干疾病单元。例如糖尿病曾被认为是一个症状群，它可能由若干不同的病因引起。因此，为了组合我们的知识，在精神科中必需建立一些症状群；但是我们不能忘记，这些症状群，可能是也可能不是真正的疾病单元。

现在让我们总的来看一下症状群的性质和精神科中的不同症状群。一个症状群，是一组有独特组合的症状。当然，这些症状也可能出现于其它症状群中，然而正是由于症状的独特组合便使它形成了特异的症状群。正如在一般医学中一样，精神科的许多症状群，也常是从一个显目的症状开始的。十九世纪的木僵症、狂怒症（*furore*）和幻觉症等症状群，便是以一个突出的症候为基础的。嗣后，由于有些征象和症候经常同时出现

而导致了真正的症状群的建立。例如：柯萨可夫描述了一种铭记不能（Impressibility）和虚构的记忆障碍症状群。以后发现该症状群包括时间和地点的定向障碍、欣快、铭记困难（difficulty in registration）、虚构和轨道样（tram—line）思维。继而又发现了酒精中毒的记忆障碍，常伴有乳头体的严重损害；因此酒精中毒性柯萨可夫症状群，现在已经是一种以神经病理学改变为基础的真正的疾病单元。

在精神科中，有时症状群所包含的症状似为有意义的组合。例如：躁狂症时的快乐感、活动增加、言语增多、意念飘忽等，均可理解为情绪高涨的结果。在另一些症状群中，所包含的一些症状是具有共同的一面。比如，在没有明显脑病变而出现显著的运动障碍时，其紧张型症状群要与其它功能性精神病的紧张型症状群区别。我们可以通过对病人的理解区分出：被认为是疾病过程直接结果的原发症状，以及由于原发症状经过心理加工或对原发症状发生反应所致的继发症状。“原发症状”或“原发征象”这一术语，也被用来指哪些不能由任何别的心理因素衍变成的症状。

精神病中第一个重大分类，是根据精神障碍是否是由脑部疾病引起，而分为器质性和功能性状态。这些字眼至今仍在应用，但如同许多精神科术语一样，已经失去了其本来的涵义。例如癫痫及其伴发的行为障碍，常被认为是“器质性”的，实际上大多数这类病例与“脑病”的联系，只是脑电图的异常发现，这种发现只表明脑的活动，即脑的“功能”改变。有时脑部疾病也会产生明确的“功能性精神病”的临床征象，从而给我们造成了起因于“器质性”的功能性（即非器质性）疾病这样的不合理的逻辑。还有，精神分裂症和躁狂忧郁症是“功能性”精神病的两个主要代表，但遗传学上的证据却表明它们有



某些器质性的基础。尽管从词义上说，这种分类是不合理的，但是它仍然是有用的：因为这样分类的症状群是可以区分的，而且其区别还是精神科中最清晰者之一。

脑病症状群可分为急性、亚急性和慢性。急性器质性症状群的最常见征象为意识改变，包括意识的梦样状态，抑制和狭窄。进而可将急性器质性症状群分为四类：谵妄状态、亚急性谵妄状态、器质性木僵（或器质性迟钝）和朦胧状态。

在所有这些症状群中，都有定向障碍、精神生活的不连贯和某种程度的顺行性遗忘。谵妄时意识呈梦样改变，因而病人不能区分表象和知觉，从而产生幻觉和错觉；病人常有严重焦虑和不宁。在亚急性谵妄状态时，意识水平全面下降，精神活动严重不连贯，病人慌张而困惑，可发生片断的幻觉、错觉和妄想；其意识水平变异很大，常于夜间恶化。在器质性木僵时，意识水平也是减低的，病人对刺激的反应减弱或阙如；病人康复后，对发病时的情况很少记忆或完全不能回忆。亚急性谵妄状态可以看作是真正谵妄状态和器质性木僵的过渡形式。在器质性朦胧状态时，病人的意识狭窄，病人的脑子为一小组观念、态度和印象所占据，这些病人看来是迷惑不清，然而他的行为往往还是有条不紊的，并且还能执行颇为复杂的行为。

有两种无明显意识障碍的急性器质性症状群，即器质性幻觉症和急性器质性类偏狂状态。在器质性幻觉症时，病人意识清晰，听到漫骂或威胁性的幻觉性言语，通常还伴有幻听所造成的被害妄想。急性器质性类偏狂状态，指病人在某些急性的躯体疾病，如心肌梗塞时，在意识清晰的情况下，出现被害妄想。后者可能是由于躯体疾病使正常时隐藏着的多疑态度解除抑制的结果。

特征性的亚急性器质性状态，产生遗忘或柯萨可夫症状