

● 医学专业课程考试辅导丛书 ●

新编

配合最新版国家级规划教材

- ▲ 医学院校本科生课程考试辅导
- ▲ 医学专业研究生入学考试辅导
- ▲ 执业医师资格、职称考试辅导

精神病学

J I N G S H E N B I N X U E

应试向导

主 编 张天亮

同济大学出版社

医学专业课程考试辅导丛书

新编精神病学应试向导

主 编 张天亮

副 主 编 王 斌

编 委 (以姓氏笔划为序)

焦志安 李宪伟 王善信 刘增训

掌永莉 王红珊 卢庆华 乔冬冬

王 蓓 钟耕坤

同 济 大 学 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

新编精神病学应试向导/张天亮主编. —上海:同济大学出版社, 2005. 8

(医学专业课程考试辅导丛书)

ISBN 7-5608-3055-2

I. 新… II. 张… III. 精神病学—医学院校—教学参考资料 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 056015 号

医学专业课程考试辅导丛书

新编精神病学应试向导

张天亮 主编

责任编辑 赵 黎 责任校对 徐春莲 封面设计 永 正

出版 发行 同济大学出版社

(上海四平路 1239 号 邮编 200092 电话 021—65985622)

经 销 全国各地新华书店

印 刷 江苏大丰印刷二厂印刷

开 本 787mm×960mm 1/16

印 张 14

字 数 280 000

印 数 1—5 100

版 次 2005 年 8 月第 1 版 2005 年 8 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 7-5608-3055-2/R·119

定 价 19.00 元

本书若有印装质量问题, 请向本社发行部调换

前 言

随着医学模式由单纯的生物医学模式向生物-社会-心理医学模式的转变,精神医学也越来越受到重视。高等医学院校教学中精神医学的教学时数和学分都有相应的增加,医学生学习精神医学的兴趣和积极性也在不断地提高。

郝伟主编的全国高等医学院校教材《精神医学》第五版,更重视基本理论、基本知识和基本技能的培养,取材范围增加了精神障碍病因学、精神药物等方面的最新进展。该教材目前被更为广泛地应用于教学实践中。

为适应高等医学院校教学需要,帮助学生更好地掌握教科书的内容,我们编辑了本向导。本书的编辑方针紧扣教学大纲要求,密切结合教材内容,突出重点部分,力争涵盖在各类考试中有可能涉及的各个方面。根据精神医学考试的特点,试题内容均为描述性,每题答案所关联的知识面相对单一,不要求做过多的分析和判断。

参加此书编写的人员,均多年从事精神医学临床、教学、科研工作,具有丰富的临床教学和试卷评阅经验。

根据编审委员会要求,学生复习的内容必须以教材为主,因此,教材精要部分的内容与教科书相同,该部分的资料引自高等医学院校教材精神医学第五版,在此特别说明。

由于我们水平有限,编写时间仓促,难免有不足之处。希望广大医学院校的学生在使用本指导时,结合学习和应试过程中遇到的问题向我们提出意见,以利进一步提高水平。

主 编

2005年4月18日

答题说明

本书各章内容均附有测试题及参考答案,以供学习后的自我检测。

测试题共分四种形式,即名词解释、填空题、选择题和问答题。其中选择题又分 A 型题、B 型题和 X 型题三种类型。

A 型题又称最佳选择题。先提出问题,随后列出五个备选答案:A、B、C、D、E。按题干要求在备选答案中选出一个最佳答案。

B 型题又称配伍题。试题先列出 A、B、C、D、E 五个备选答案,随后列出若干道试题。应试者从备选答案中给每道试题选配一个最佳答案。每项备选答案可选用一次或一次以上,也可不被选用。

X 型题亦称多选题。先列出一个题干,随后列出 A、B、C、D、E 五个备选答案。按试题要求从备选答案中选出 2~5 个正确答案。

目 录

前言

答题说明

第一章 绪论	(1)
第二章 精神障碍的症状学	(4)
第三章 精神障碍的检查和诊断	(40)
第四章 精神障碍的分类与诊断标准	(47)
第五章 器质性精神障碍	(50)
第六章 精神活性物质所致精神障碍	(59)
第七章 精神分裂症和其他精神病性障碍	(64)
第八章 心境障碍	(78)
第九章 神经症及癔症	(99)
第十章 心理因素相关生理障碍	(136)
第十一章 应激相关障碍	(146)
第十二章 人格障碍与性心理障碍	(152)
第十三章 自杀行为与危机干预	(158)
第十四章 儿童少年期精神障碍	(164)
第十五章 躯体治疗	(185)
第十六章 心理治疗	(199)
第十七章 精神障碍的预防和康复	(206)
第十八章 精神疾病相关法律问题	(211)

第一章 绪 论

[教材精要]

一、精神障碍、精神疾病、精神病的概念

1. 精神医学是研究精神疾病的病因、发病机制、临床表现、疾病发展规律以及治疗和预防的一门医学科学。

2. 精神活动是脑的功能,它使机体能适应和改造外界环境,并适应机体的需要,通过神经系统与整个机体联系,以保持体内的统一性。因此精神是生物-心理-社会协调统一的表现。

精神活动(心理现象)按心理学概念可分为认识、情感、意志行为(即知、情、意)三个过程。认识可分感觉、知觉、注意、记忆和思维等。精神活动还包括性格心理特征和能力。精神活动如发生认识、情感、意志行为的量和质的改变时即为精神障碍,可伴有痛苦体验和(或)功能损害。

3. 精神病特指具有幻觉、妄想以及明显的精神运动兴奋或抑制等精神病症状的精神障碍。

二、精神医学与神经病学关系

精神医学是研究精神疾病的病因、机制、症状、诊断、防治和健康者心理保健的医学。神经医学是研究神经系统疾病和骨骼肌疾病的病因、机制、症状、诊断和治疗的医学。两种疾病都是研究神经系统病变的医学。二者的区别,只是病变部位、病变性质和症状表现不同而已。如精神疾病的病变主要在脑部,其病变性质除脑器质性病变外,其他疾病大都属于功能性病变。找不出明显结构的改变。症状主要表现为感知觉、注意、记忆、思维、情感、意志等活动障碍。神经病的病变不仅是脑部,而是所有中枢神经系统和周围神经系统,是属于器质性病变。有神经组织结构的病变,症状表现为感觉、运动、反射和植物神经系统的障碍。而脑器质性精神障碍,如脑肿瘤、脑血管病、颅脑外伤、脑炎和变性等精神障碍,即有神经系统体征和症状,也有各种精神障碍。如精神分裂症、躁狂抑郁症、心因性精神障碍、神经症等只有精神症状,而无神经系统体征或症状。因而精神疾病和神经病中,有的二者难以严格区分。有的彼此分离,也有相互关联。

三、精神障碍的病因

精神疾病的病因学,一是从个体内的生物学;二是从个体外在环境中的心理-社会因素。而两者往往相互作用的。精神疾病的病因不是单一的致病因素,而是多种因素共同作用所形成的。

1. 生物学因素:(1)遗传和环境因素;(2)中枢神经系统感染与外伤。

2. 心理-社会因素:(1)人格;(2)应激。

从上述精神病病因中生物学因素和心理社会因素,各有偏重。在某些精神疾病中以某种因素起着主导作用,而在另一些精神疾病中的某些因素起决定性影响。精神障碍往往不是单一的致病因素,而是多种因素共同作用的结果。有的医学工作者或有些患者的家属、单位、亲友们往往单纯调查寻找心理因素,认为心理是发病的惟一的致病因素是不全面的。心理因素只是各种发病病因中的一种,可以说属于诱发因素。如神经症、心因性精神障碍等心理因素是起主导作用,但还有其他生物因素的存在。而精

精神分裂症、躁狂抑郁症等疾病中主要是生物因素的影响。如遗传、性格、年龄和性别等因素特点起主导作用。而心理社会因素是发病的诱发因素。又如感染性、中毒性、躯体性、颅脑损伤性和其他器质性疾病时精神障碍,感染、中毒、躯体外伤和其他病因的疾病,在某些人中产生精神障碍,而在某些不发生,这些差异与患者的生物学因素如遗传关系、性格特征和体质等因素有关。

[重点提示]

熟悉精神医学的基本概念及与其他相关学科的关系;了解精神疾病发生的生物学基础及其他相关因素;了解精神医学的发展历史及发展动态。

测试题

选择题

A型题

1. 精神病学属于以下哪个学科()
A. 社会学 B. 人文科学 C. 内科学 D. 临床医学
2. 以下关于精神活动的描述正确的是()
A. 精神活动是人类特有的 B. 精神活动是大脑的机能
C. 精神活动就是思维活动 D. 有些精神活动不依靠大脑
3. 以下关于精神障碍与精神健康的关系正确的是()
A. 两者是完全对立的 B. 两者之间可以完全分开
C. 两者是相对而言的,是一个移行谱 D. 两者不可能在一个个体身上同时出现
4. 下列关于脑的可塑性说法正确的是()
A. 脑的可塑性仅在脑发育成熟之前存在
B. 脑的可塑性是行为适应性的生物学基础
C. 脑的可塑性是由突触的数量变化实现的
D. 脑的可塑性仅存在于中枢神经系统
5. 以下关于精神障碍的理解正确的是()
A. 精神障碍就是神经病
B. 精神障碍就是精神病
C. 精神障碍必然有认知、情绪、意志行为等方面的改变
D. 精神障碍必然会有精神痛苦

X型题

1. 精神医学包括()
A. 社会精神病学 B. 司法精神病学
C. 精神病理学 D. 生物精神病学
E. 妇女精神病学
2. 以下属于精神医学范畴的是()
A. 重型精神病如精神分裂症 B. 神经症
C. 失恋 D. 适应不良行为
E. 人格障碍
3. 以下关于精神障碍说法正确的是()
A. 患者有认知、情感、意志活动异常 B. 可以没有社会功能损害

- C. 可以有非建设性的精神痛苦 D. 一定有意识障碍
E. 和正常人有明显区别
4. 精神医学的相关学科有()
A. 生物学 B. 行为医学 C. 心身医学 D. 医学心理学 E. 普通心理学
5. 心身医学的研究范围有()
A. 研究一定的社会心理因素与正常或异常生理功能之间的关系
B. 研究社会心理因素与生物因素在疾病病原学、症状学、病程和预后中的相互关系
C. 把精神医学与行为医学的方法运用到躯体疾病的预防、治疗和康复中
D. 研究精神障碍患者患躯体疾病的可能性
E. 研究心理问题与遗传的关系
6. 以下关于精神障碍的描述不正确的是()
A. 精神障碍是由心理刺激引起的 B. 精神障碍患者一定有人格基础
C. 精神病是遗传病 D. 感染也可以引起精神障碍
E. 精神障碍的表现脱离现实,故不可能有现实基础
7. 下列关于人类免疫缺陷病毒(HIV)所致精神障碍说法正确的是()
A. HIV 是一种嗜神经病毒 B. 其早期表现为记忆损害
C. 不会发展为痴呆 D. HIV 不会直接损害中枢神经系统
E. 可以出现幻觉妄想
8. 有关心身疾病的概念正确的是()
A. 是一组与心理紧张有关的躯体疾病 B. 有明确的病理生理过程
C. 也称为心理生理疾病 D. 冠心病不属于心身疾病
E. 心身疾病一旦产生,用心理治疗就不再有效
9. 以下关于精神障碍与遗传的关系说法正确的是()
A. 大部分精神障碍是遗传性疾病
B. 大部分精神障碍由单基因控制
C. 大部分精神障碍具有遗传性
D. 精神障碍的产生与多个基因共同参与有关
E. 精神分裂症是遗传性最明显的精神障碍
10. 以下关于精神障碍病因学的说法不正确的是()
A. 外界刺激是最主要因素
B. 生物学因素在疾病发生过程中基本不起作用
C. 心理社会因素主要是各种应激源
D. 人格障碍在精神障碍病因中普遍存在
E. 生物学因素与心理社会因素在精神障碍病因中缺一不可

[参考答案]

选择题

A 型题

1. D 2. B 3. C 4. B 5. C

X 型题

1. ABCDE 2. ABDE 3. ABC 4. BCD 5. ABC 6. ABCE
7. BE 8. ABC 9. CD 10. ABCD

第二章 精神障碍的症状学

[教材精要]

第一节 概述

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,称之为精神症状。研究精神症状及其产生机制的学科称为症状学,又称精神病理学。

判定精神活动是否正常应进行:①纵向比较,即与其过去一贯表现相比较,精神状态的改变是否明显;②横向比较,即与大多数正常人的精神状态相比较,差别是否明显,持续时间是否超出一般限度;③应注意结合当事人的心理背景和当时的处境进行具体分析和判断。在观察精神症状时,不但要观察精神症状是否存在,而且要观察其出现频度、持续时间和严重程度。精神症状一般并不是随时随地都表现出来的,因此必须进行仔细的观察和反复检查。

精神检查的方法:主要是交谈和观察,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、片面观察所作出的结论,很容易漏诊和误诊。

精神症状的特点:①症状的出现不受患者意识的控制;②症状一旦出现,难以通过转移令其消失;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。

异常的精神活动是一个很复杂的过程,而且个体差异很大。精神症状的表现受到以下因素影响:①个体因素,如性别、年龄、文化程度、躯体状况以及人格特征均可使某一症状表现有不典型之处;②环境因素如个人的生活经历、目前的社会地位、文化背景等都可能影响患者的症状表现。

第二节 常见精神症状

一、感知觉障碍

感觉是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。知觉是一事物的各种不同属性反映到脑中进行综合,并结合以往的经验,在脑中形成的整体的印象。

(一) 感觉障碍(disorders of sensation)

多见于神经系统器质性疾病和癔症。

1. 感觉过敏(hyperesthesia):是对外界一般强度的刺激感受性增高,如感到阳光特别刺眼,声音特别刺耳,轻微的触摸皮肤感到痒痛难忍等。多见于神经症、更年期综合征等。

2. 感觉减退(hypoesthesia):是对外界一般刺激的感受性减低,感觉阈值增高,患者对强烈的刺激感觉轻微或完全不能感知(后者称为感觉缺失),见于抑郁状态、木僵状态和意识障碍。感觉缺失见于癔症,称转换性症状,如失明、失聪等。

3. 内感性不适(体感异常, senestopathia):是躯体内部产生的各种不舒适和(或)难以忍受的异样感觉,如牵拉、挤压、游走、蚁爬感等,性质难以描述,没有明确的局部定位,可继发疑病观念。多见于神经症、精神分裂症、抑郁状态和躯体化障碍。

(二) 知觉障碍(disturbance of perception)

1. 错觉(illusion):指对客观事物歪曲的知觉。正常人在光线暗淡、恐惧、紧张和期待等心理状态下可产生错觉,经过验证后可以自我纠正。临床上多见错听和错视。如将地上的一条绳索看成一条蛇。病理性错觉常在意识障碍时出现,带有恐怖色彩,多见于器质性精神障碍的谵妄状态。

2. 幻觉(hallucination):指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。幻觉是临床上最常见而且重要的精神病性症状,常与妄想合并存在。

(1) 根据其所涉及的感官分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触、内脏性幻觉

① 幻听(auditory hallucination):最常见,患者可听到单调的或复杂的声音。非言语性幻听属原始性幻听,如机器轰鸣声、流水声、鸟叫声,多见于脑局灶性病变。最多见的是言语性幻听,常具有诊断意义。幻听的内容通常是对患者的命令、赞扬、辱骂或斥责,因此患者常为之苦恼和不安,并产生拒食、自伤或伤人行为。有时“声音”把患者作为第三者,内容是几个人议论患者。幻听常影响思维、情感和行为,如侧耳倾听,甚至与幻听对话,破口大骂,也可能出现自杀以及冲动毁物的行为。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为诊断精神分裂症的重要症状。

② 幻视(visual hallucination):为常见的幻觉形式。内容也十分多样,从单调的光、色、各种形象到人物、景象、场面等。在意识障碍时,幻视多为生动鲜明的形象,并常具有恐怖性质,多见于躯体疾病伴发精神障碍的谵妄状态。在意识清晰时出现的幻视见于精神分裂症。

③ 幻嗅(olfactory hallucination):患者闻到一些难闻的气味。如腐败的尸体气味、化学物品烧焦味、浓烈刺鼻的药物气味以及体内发生的气味等,往往引起患者产生不愉快的情绪体验,常与其他幻觉和妄想结合在一起。如患者坚信他所闻到的气味是坏人故意放的,从而加强了迫害妄想,可表现为捏鼻动作或拒食,可见于精神分裂症。单一出现的幻嗅,需考虑颞叶癫痫或颞叶器质性损害。

④ 幻味(gustatory hallucination):患者尝到食物内有某种特殊的怪味道,因而拒食。常继发被害妄想,主要见于精神分裂症。

⑤ 幻触(tactile hallucination)也称皮肤与黏膜幻觉。患者感到皮肤或黏膜上有某种异常的感觉。如虫爬感、针刺感等,也可有性接触感。可见于精神分裂症或器质性精神病。

⑥ 内脏幻觉(visceral hallucination):患者对躯体内部某一部位或某一脏器的一种异常知觉体验。如感到肠扭转、肺扇动、肝破裂、心脏穿孔、腹腔内有虫爬行等,常与疑病妄想、虚无妄想或被害妄想伴随出现,多见于精神分裂症及抑郁症。

(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(genuine hallucination):患者体验到的幻觉形象鲜明,如同外界客观事物形象一样,存在于外部客观空间,是通过感觉器官而获得。患者常叙述这是他亲眼看到的,亲耳听到的。因而患者常常坚信不疑,并对幻觉作出相应的情感与行为反应。

② 假性幻觉(pseudohallucination):幻觉形象不够鲜明生动,产生于患者的主观空间如脑内、体内。幻觉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) 按幻觉产生的条件可分为功能性幻觉、反射性幻觉、入睡前幻觉和心因性幻觉

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同时出现涉及该器官的幻觉,正常知觉与幻觉并存。常见功能性幻听。例如,患者在听到脚步声的同时听到议论患者的声音。前者是真实存在的声音,后者是幻觉,两者同时为患者感知,互不融合。多见于精神分裂症或心因性精神病等。

② 反射性幻觉(reflex hallucination):当某一感官处于功能活动状态时,出现涉及另一感官的幻觉。如听到广播声音的同时就看到播音员的人像站在面前等。见于精神分裂症。

③ 入睡前幻觉(hypnagogic hallucination):此种幻觉出现在入睡前,患者闭上眼睛就能看见幻觉形象,多为幻视,如可见到各种动物、风景或人体的个别部分等。它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,见于心因性精神病、癔症等。

3. 感知综合障碍(psychosensory disturbance):指患者对客观事物能感知,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,多见于癫痫。常见:

(1) 视物变形症(metamorphopsia):患者感到周围的人或物体在大小、形状、体积等发生了变化。看到物体的形象比实际增大称作视物显大症(macropsia),如看到他的父亲变成了巨人,头顶着房顶。比实际缩小称为视物显小症(micropsia),如:一成年男性患者感到自己睡的床只有童床那么大小,认为容纳不下自己的身体而坐着睡觉。

(2) 空间知觉障碍:患者感到周围事物的距离发生改变,如候车时汽车已驶进站台,而患者仍感觉汽车离自己很远。

(3) 时间感知综合障碍:患者对时间的快慢出现不正确的知觉体验。如感到时间在飞逝,似乎身处于“时空隧道”之中,外界事物的变化异乎寻常地快;或者感到时间凝固了,岁月不再流逝,外界事物停滞不前。

(4) 非真实感(derealization):患者感到周围事物和环境发生了变化,变得不真实,视物如隔一层帷幔,像是一个舞台布景,周围的房屋、树木等像是纸板糊成的,毫无生气;周围人似没有生命的木偶等。对此患者具有自知力。见于抑郁症、神经症和精神分裂症。

二、思维障碍

思维(thinking)是人脑对客观事物间接概括的反映,是人类认识活动的最高形式。由感知所获得的材料经过大脑的分析、比较、综合、抽象和概括而形成概念(conception),在概念的基础上进行判断和推理,这整个过程称为思维。思维是通过言语或文字来表达。正常人的思维有以下几个特征:① 目的性:思维指向一定的目的,解决某一问题;② 连贯性:指思维过程中的概念是前后衔接,相互联系的;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:正确的思维是能通过客观实践

检验的。

思维障碍临床表现多种多样,主要包括思维形式障碍和思维内容障碍。

(一) 思维形式障碍(disorders of the thinking form)

包括联想障碍以及思维逻辑障碍。常见的症状如下:

1. 思维奔逸(flight of thought):又称观念飘忽,指联想速度加快、数量增多、内容丰富生动。患者表现健谈,说话滔滔不绝、口若悬河、出口成章,诉述脑子反应快,特别灵活,好像机器加了“润滑油”,思维敏捷,概念一个接一个地不断涌现出来。说话增多,语速加快,说话的主题极易随环境而改变(随境转移),也可有音韵联想(音联),或字意联想(意联)。多见于躁狂症。

2. 思维迟缓(inhibition of thought):即联想抑制,联想速度减慢、数量的减少和困难。患者表现言语缓慢、语量减少,语声甚低,反应迟缓。患者自觉脑子变笨,反应慢,思考问题困难。患者感到“脑子不灵了”,“脑子迟钝了”,多见于抑郁症。

3. 思维贫乏(poverty of thought):指联想数量减少,概念与词汇贫乏,患者体验到脑子空洞无物,没有什么东西可想。表现为沉默少语,谈话言语空洞单调或词穷句短,回答简单。严重者也可为什么问题都回答不知道。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):指思维的目的性、连贯性和逻辑性障碍。患者思维活动表现为联想松弛,内容散漫,缺乏主题,一个问题与另外一个问题之间缺乏联系。说话东拉西扯,以致别人弄不懂他要阐述的是什么主题思想。对问话的回答不切题,以致检查者感到交谈困难。

5. 思维破裂(splitting of thought):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,变成语句堆积,整段内容令人不能理解。严重时,言语支离破碎,个别词句之间也缺乏联系,成了语词杂拌(word salad)。多见于精神分裂症。如在意识障碍的背景下出现语词杂拌,称之为思维不连贯(incoherence of thought)。

6. 病理性赘述(circumstantiality):指思维活动停滞不前迂回曲折,联想枝节过多,作不必要的过分详尽的累赘的描述,无法使他讲得扼要一点,一定要按他原来的方式讲完。见于癫痫、脑器质性及老年性精神障碍。

7. 思维中断(blocking of thought):又称思维阻滞。患者无意识障碍,又无外界干扰等原因,思维过程突然出现中断。表现为患者说话时突然停顿,片刻之后又重新说话,但所说内容不是原来的话题。若患者有当时的思维被某种外力抽走的感觉,则称作思维被夺(thought deprivation)。两症状均为诊断精神分裂症的重要症状。

8. 思维插入(thought insertion)和强制性思维(forced thinking):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。若患者体验到强制性地涌现大量无现实意义的联想,称为强制性思维。两症状往往突然出现,迅速消失。对诊断精神分裂症有重要意义。

9. 思维化声(thought hearing):患者思考时体验到自己的思想同时变成了言语声,自己与他人均能听到。多见于精神分裂症。

10. 思维扩散(diffusion of thought)和思维被广播(thought broadcasting):患者体验到自己的思想一出现,即为尽人皆知,感到自己的思想与人共享,毫无隐私而言,为思维扩散。如果患者认为自己的思想是通过广播而扩散出去,为思维被广播。上述

两症状亦为诊断精神分裂症的重要症状。

11. 象征性思维(symbolic thinking):属于概念转换,以无关的具体概念代替某一抽象概念,不经患者解释,旁人无法理解。如某患者经常反穿衣服,以表示自己为“表里合一、心地坦白”,常见于精神分裂症。正常人可以有象征性思维,如以鸽子象征和平。正常人的象征以传统和习惯为基础,彼此能够理解,而且不会把象征当作现实的东西。

12. 语词新作(neologism):指概念的融合、浓缩以及无关概念的拼凑。患者自创一些新的符号、图形、文字或语言并赋予特殊的概念如“彗市”代表狼心狗肺;“%”代表离婚。多见于精神分裂症青春型。

13. 逻辑倒错性思维(paralogism thinking):主要特点为推理缺乏逻辑性,既无前提也无根据,或因果倒置,推理离奇古怪,不可理解。如一患者说:“因为电脑感染了病毒,所以我要死了。”可见于精神分裂症和偏执狂等。

14. 强迫观念(obsessive idea)或强迫性思维:指在患者脑中反复出现的某一概念或相同内容的思维,明知没有必要,但又无法摆脱。强迫性思维可表现为某些想法,反复回忆(强迫性回忆)、反复思索无意义的问题(强迫性穷思竭虑)、脑中总是出现一些对立的思维(强迫性对立思维)、总是怀疑自己的行动是否正确(强迫性怀疑)。强迫性思维常伴有强迫动作。见于强迫症,它与强制性思维不同,前者明确是自己的思想,反复出现,内容重复;后者体验到思维是异己的。

(二) 思维内容障碍

1. 妄想(delusion):是一种病理性的歪曲信念,是病态推理和判断。有以下特征:① 信念的内容与事实不符,没有客观现实基础,但患者坚定不移;② 妄想内容均涉及患者本人,总是与个人利害有关;③ 妄想具有个人独特性;④ 妄想内容因文化背景和个人经历而有所差异,但常有浓厚的时代色彩。

(1) 妄想按其起源与其他心理活动的关系可分为原发性妄想(primary delusion)和继发性妄想(secondary delusion)。原发性妄想是突然发生,内容不可理解,与既往经历、当前处境无关,也不是来源于其他异常心理活动的病态信念。包括突发妄想;妄想知觉(患者突然对正常知觉体验赋予妄想性意义);妄想心境或妄想气氛(患者感到他所熟悉的环境突然变得使他迷惑不解,而且对他具有特殊意义或不祥预兆,但很快即发展为妄想)。原发性妄想是精神分裂症的特征性症状,对诊断分裂症具有重要价值。继发性妄想是发生在其他病理心理基础上的妄想,或在某些妄想基础上产生另一种妄想等。见于多种精神疾病。

(2) 按照妄想的结构可将其分为系统性妄想和非系统性妄想。系统性妄想是指妄想内容前后相互联系、结构严密、逻辑性较强的妄想,反之则称为非系统性妄想。

(3) 临床上通常按妄想的主要内容归类,常见有:

① 被害妄想(delusion of persecution):是最常见的一种妄想。患者坚信他被跟踪、被监视、被诽谤、被隔离等。例如某精神分裂症患者认为他吃的饭菜中有毒,家中的饮用水中也有毒,使他腹泻,邻居故意要害他。患者受妄想的支配可拒食、控告、逃跑或采取自卫、自伤、伤人等行为。主要见于精神分裂症和偏执性精神病。

② 关系妄想(delusion of reference):患者将环境中与他无关的事物都认为是与他有关的。如认为周围人的谈话是在议论他,别人吐痰是在蔑视他,人们的一举一动都与他有一定的关系。常与被害妄想伴随出现,主要见于精神分裂症。

③ 物理影响妄想(delusion of physical influence):又称被控制感。患者觉得他自己的思想、情感和意志行为都受到外界某种力量的控制,如受到电波、超声波或特殊的先进仪器控制而不能自主。如患者觉得自己的大脑已被电脑控制,自己是机器人。此症状是精神分裂症的特征性症状。

④ 夸大妄想(grandiose delusion):患者认为自己有非凡的才智,至高无上的权利和大量的财富和发明创造,或是名人的后裔。可见于躁狂症和精神分裂症及某些器质性精神病。

⑤ 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错误、不可宽恕的罪恶,应受严厉的惩罚,认为自己罪大恶极死有余辜,以致坐以待毙或拒食自杀,患者要求劳动改造以赎罪。主要见于抑郁症,也可见于精神分裂症。

⑥ 疑病妄想(hypochondriacal delusion):患者毫无根据地坚信自己患了某种严重躯体疾病或不治之症,因而到处求医,即使通过一系列详细检查和多次反复的医学验证都不能纠正。如认为脑内长有肿瘤,全身各部分均被癌细胞侵犯,心脏已经停止跳动等。严重时患者认为“自己内脏腐烂了”、“脑子变空了”、“血液停滞了”,称为虚无妄想(delusion of negation)。多见于精神分裂症更年期及老年期精神障碍。

⑦ 钟情妄想(delusion of love):患者坚信自己被异性钟情。因此,患者采取相应的行为去追求对方,即使遭到对方严词拒绝,仍毫不置疑,而认为对方在考验自己对爱情的忠诚,仍反复纠缠不休。主要见于精神分裂症。

⑧ 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实,另有外遇。为此患者跟踪监视配偶的日常活动或截留拆阅别人写给配偶的信件,检查配偶的衣服等日常生活用品,以寻觅私通情人的证据。可见于精神分裂症、更年期精神障碍。

⑨ 被洞悉感(experience of being revealed):又称内心被揭露。患者认为其内心所想的事未经语言文字表达就被别人知道,但是通过什么方式被人知道的则不一定能描述清楚。该症状对诊断精神分裂症有重要意义。

(三) 超价观念(overvalued idea)

它是在意识中占主导地位的错误观念,其发生一般均有事实的根据。此种观念片面而偏激,带有强烈的情感色彩,明显地影响患者的行为及其他心理活动,它的形成有一定的性格基础和现实基础。没有逻辑推理错误。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,内容比较符合客观实际,伴有强烈的情绪体验。多见于人格障碍和心因性障碍。

三、注意障碍

注意(attention)是指个体的精神活动集中地指向一定对象的过程。注意的指向性表现出人的心理活动具有选择性和保持性。注意的集中性使注意的对象鲜明和清晰。注意过程与感知觉、记忆、思维和意识等活动密切相关。

注意有被动注意和主动注意。主动注意又称随意注意,是由外界刺激引起的定向反射;主动注意为既定目标的注意,与个人的思想、情感、兴趣和既往体验有关。被动注意也称作不随意注意,它是由外界刺激被动引起的注意,没有自觉的目标,不需任何努力就能实现。

通常所谓注意是指主动注意而言。注意障碍通常有以下表现:

1. 注意增强:为主动注意的增强。如有妄想观念的患者,对环境保持高度的警

惕,过分注意别人的一举一动是针对他的有疑病观念的患者注意增强,指向身体的各种细微变化,过分地注意自己的健康状态。见于神经症、偏执型精神分裂症、更年期抑郁症等。

2. 注意涣散:为主动注意的不易集中,注意稳定性降低所致。多见于神经衰弱、精神分裂症和儿童多动综合征。

3. 注意减退:主动及被动注意兴奋性减弱。注意的广度缩小,注意的稳定性也显著下降。多见于神经衰弱、脑器质性精神障碍及伴有意识障碍时。

4. 注意转移:主要表现为主动注意不能持久,注意稳定性降低,很容易被外界环境的影响而不断转换注意的对象,可见于躁狂症。

5. 注意狭窄:指注意范围的显著缩小,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。见于意识障碍或智能障碍患者。

四、记忆障碍

记忆为既往事物经验的重现。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、再认或回忆三个基本过程。识记是事物或经验在脑子里留下痕迹的过程,是反复感知的过程;保持是使这些痕迹免于消失的过程;再认是现实刺激与以往痕迹的联系过程;回忆是痕迹的重新活跃或复现。识记是记忆保存的前提,再认和回忆是某种客体在记忆中保存下来的结果和显现。对既往感知的事物不能回忆称作遗忘。人们感知的事物不可能都能回忆起来,所以正常人也存在遗忘。根据 Ribot 定律,越是新近识记的事物越是遗忘得快,遗忘的发展总是由近事记忆逐渐发展到远事记忆。

临床上常见的记忆障碍如下:

1. 记忆增强:病态的记忆增强。对病前不能够且不重要的事都能回忆起来。主要见于躁狂和偏执状态。

2. 记忆减退:指记忆的四个基本过程普遍减退,临床上较多见。轻者表现为回忆的减弱,如记不住刚见过面的人、刚吃过的饭。严重时远记忆力也减退,如回忆不起个人经历等。见于较严重的痴呆患者。神经衰弱患者记忆减退都较轻,只是记忆困难也可见于正常老年人。

3. 遗忘:指部分或全部地不能回忆以往的经验。一段时间的全部经历的丧失称作完全性遗忘,仅是对部分经历或事件不能回忆称作部分性遗忘。顺行性遗忘即紧接着疾病发生以后一段时间的经历不能回忆,遗忘的产生是由于意识障碍而导致识记障碍,不能感知外界事物和经历,如脑震荡、脑挫伤的患者回忆不起受伤后一段时间内的事。逆行性遗忘指回忆不起疾病发生之前某一阶段的事件,多见于脑外伤、脑卒中发作后,遗忘阶段的长短与外伤的严重程度及意识障碍的持续时间长短有关。界限性遗忘指对生活中某一特定阶段的经历完全遗忘,通常与这阶段发生的不愉快事件有关。见于癔症,又称为癔症性遗忘。

4. 错构:是记忆的错误,对过去曾经历过的事件,在发生的地点、情节,特别是在时间上出现错误回忆,并坚信不移。多见于老年性、动脉硬化性、脑外伤性痴呆和乙醇中毒性精神障碍。

5. 虚构:是指由于遗忘,患者以想象的、未曾亲身经历过的事件来填补自身经历的记忆缺损。由于虚构,患者常有严重的记忆障碍,因而虚构的内容自己也不能再记住,所以其叙述的内容常常变化,且容易受暗示的影响。多见于各种原因引起的痴呆。

当虚构与近事遗忘、定向障碍同时出现时称作柯萨可夫综合征。多见于颅脑外伤后所致精神障碍及其他脑器质性精神障碍。

五、智能障碍

智能是一个复杂的综合精神活动的功能,反映的是个体在认识活动方面的差异,是对既往获得的知识、经验的运用,用以解决新问题、形成新概念的能力。智能包括观察力、记忆力、注意力、思维能力、想象能力等。它涉及感知、记忆、注意和思维等一系列认知过程。

智能障碍可分为精神发育迟滞及痴呆两大类型。

(一) 精神发育迟滞

是指先天或围生期或在生长发育成熟以前(18岁以前),大脑的发育由于各种致病因素,如遗传、感染、中毒、头部外伤、内分泌异常或缺氧等因素、使大脑发育不良或受阻,智能发育停留在一定的阶段。随着年龄增长其智能明显低于正常的同龄人。

(二) 痴呆

是一种综合征。是后天获得的智能、记忆和人格的全面受损。但没有意识障碍。其发生具有脑器质性病变基础。临床主要表现为创造性思维受损,抽象、理解、判断推理能力下降,记忆力、计算力下降,后天获得的知识丧失,工作和学习能力下降或丧失,甚至生活不能自理并伴有行为精神症状,如情感淡漠、行为幼稚及本能意向亢进等。根据大脑病理变化的性质和所涉及的范围大小的不同,可分为全面性痴呆及部分性痴呆。

1. 全面性痴呆:大脑的病变主要表现为弥散性器质性损害,智能活动的各个方面均受到损害,从而影响患者全部精神活动,常出现人格的改变。定向力障碍及自知力缺乏。可见于阿尔茨海默病和麻痹性痴呆等。

2. 部分性痴呆:大脑的病变只侵犯脑的局部,如侵犯大脑血管的周围组织,患者只产生记忆力减退,理解力削弱,分析综合困难等,但其人格仍保持良好,定向力完整,有一定的自知力可见于脑外伤后以及血管性痴呆的早期。但当痴呆严重时,临床上很难区分是全面性或部分性痴呆。

临床上在强烈的精神创伤后可产生一种类似痴呆的表现,而大脑组织结构无任何器质性损害,称之为假性痴呆。预后较好,可见于癔症及反应性精神障碍。

(1) 刚塞综合征又称心因性假性痴呆:即对简单问题给予近似而错误的回答。给人以故意做作或开玩笑的感觉。患者能理解问题的意义,但回答内容不正确。行为方面也可错误,但对某些复杂问题反而能正确解决,如能下象棋、打牌,一般生活问题都能解决。

(2) 童样痴呆:以行为幼稚、模拟幼儿的言行为特征。即成人患者表现为类似一般儿童稚气的样子,学着幼童讲话的声调,自称自己才3岁,逢人就称阿姨、叔叔。

(3) 抑郁性假性痴呆:指严重的抑郁症患者在精神运动性抑制的情况下,出现认知能力的降低表现为痴呆早期的症状,如计算能力、记忆力、理解判断能力下降、缺乏主动性。但患者有抑郁的体验可鉴别。抑郁消失后智能完全恢复。

六、定向力

定向力是指一个人对时间、地点、人物以及自身状态的认识能力。前者称为周围环境的定向力,后者称为自我定向力。时间定向包括对当时所处时间如白天或晚上、上午或下午的认识;地点定向或空间定向是指对所处地点的认识;人物定向是指辨认周围环境中人物的身份及其与患者的关系。自我定向包括对自己姓名、性别、年龄及