

73年9月21

J00666

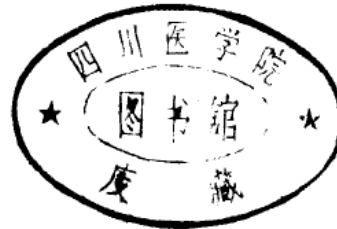
64.1054
S26
C.1

精神病学讲义

(内部用)

館存

贈閱·交流
請批評指正



上海市精神病防治院

一九七三年三月

64.1054
S26
C.1

第一章 精神病的概念与分类

精神病是各种原因引起的大脑机能失调的一类疾病，在其临床表现中以精神活动的改变占主导地位，突出地表现在病人的行为、知觉、思维、情感、智能等方面，如有兴奋躁动、思维散漫、情感失调、幻觉妄想、痴呆等现象。此类疾病同其他内科疾病相比较，在临床表现、诊断、防治等方面都具有很大的特殊性，这些病人在发病时大多不能体会自己的病态，不肯就医，而且由于其精神活动的改变，不但给本人造成损害，还常给社会生产劳动及家庭生活带来不良影响。因此，认识这类疾病，积极进行防治是非常必要的。

祖国医学把精神病称为“癫狂”。最早记载见于“内经”一书，历代医家，对癫狂作过很多观察，如云：“狂则自言自是，好歌善舞，甚则弃衣而走，逾垣上屋。”“阳明之厥则癫疾欲走，呼腹满，不得卧，面赤而热，妄见而妄言……，甚则弃衣而走，登高而歌，逾垣上屋，骂詈不避亲疏，……。”“狂始发，少卧不饥，自高贤也……，哭笑好歌乐，妄行不休是也。”又如：“言语有头无尾，秽洁不知，积年累月而不愈。”“呆病如痴，默默而不言……，有时睡数日不醒，有时坐数日不眠，有时将己身衣服密密缝完，有时将他人物件深深藏掩，与人言则无语而神游，背人言则低声而泣诉，与之食则厌薄而不吞，不与食则吞炭而若快……。”这些观察是多么细致和深刻！对于癫狂的病原和治疗，在祖国医学文献记载里是十分丰富的。“内经”谓“癫疾”为“胎病”，指出了先天之因素，并提出了“诸躁狂越，皆属于火”的理论和针灸的治疗方法。后世有人又提出了“气血凝滞”和“痰迷心窍”等理论。亦有人认为癫狂“多为求望高远不得志者有之”，提出了发病与精神因素有一定关系。有人进而提出“癫痼狂妄之症，宜以人事制之，非药石所能疗也，须诊其由以平之。”当然，由于历史条件的限制，中医文献里掺杂了一些唯心的和形而上学的糟粕，需要批判地吸收。几年来，革命医务人员在毛主席无产阶级卫生路线指引下，根据祖国医学对癫狂的辨证论治，作了一些研究整理与探索，提出了调气破血、清热降火、涤痰开窍、养血安神、温阳兴奋等治疗法则，临床应用取得了一定的疗效，但是在无产阶级文化大革命前，由于刘少奇反革命修正主义医疗卫生路线的破坏和干扰，祖国医学受到了不应有的歧视和排斥，刘少奇一伙及其在卫生部门的代理人竭力散布“民族虚无主义”，主张“全盘西化”，中西医结合防治精神病的工作受到了重重障碍。为了贯彻中西结合的伟大方针，祖国医学的“癫狂”理论现在亟须挖掘、研究、整理和提高。

现代精神病学也经过了漫长的发展过程，人们的实践积累了大量的科学知识。到十九世纪初初步确定了精神活动与大脑的关系，阐明了精神现象乃是人类大脑的一种功能。人们发现脑部的炎症、血管硬化、变性萎缩、外伤、肿瘤等疾病常常出现精神失常，经过了许多扎扎实实的观察，各种症状和发展过程都被详细地研究描述，也探讨了精神因素和外部环境对精神症状的意义，在这个基础上建立了科学的疾病分类学单元。沿着疾病分类学的原则，人们广泛地研究了各种类型的精神病，其中包括精神分裂症、躁狂忧郁症等，也包括全身各器官疾病以及精神因素引起的精神障碍在内。现代神经组织学和神经生理学的发展，又积累了丰富的生理生化的实验研究资料，使得科学地阐明精神活动异常的物质基础有了可能。精神运

动性癫痫曾经在很长一段时间内被认为“原因不明”的疾病，现代电生理学脑电图研究的结果发现精神运动性发作与异常脑电发放有平行关系，证明这是一种脑部器质性疾患，近年来动物实验和神经外科研究发现，此病与大脑边缘系统的功能失调有关。在一些目前尚未发现明显的脑部病理形态变化的精神病，如精神分裂症、躁狂忧郁症等，有人发现了一些生化代谢障碍，虽然现在还不能说明这些生化代谢障碍究竟是疾病的原因还是结果，但是这些事实对揭露这些精神病的发病原理来说是有启发的。从五十年代起，精神药理学有了十分迅速的发展，不但使得治疗精神病获得愈来愈多的有力武器，大大改善了对精神病人的管理状况，而且也研究精神病人的体内病理生理过程提供了一些重要的线索。

但是，在精神病学领域内也存在着许多唯心的、形而上学的观点，如认为支配人的行动的东西是所谓“本能”，“性爱本能从小受到压抑”，是发生精神病的原因，因而治疗时主张满足人的本能和欲望。又如认为所谓“性格不平衡”“以致不能适应环境”，是引起精神病的原因，因而主张所谓“人格分析的心理治疗”。诸如此类的见解都离开了精神活动的物质基础，离开了人的大脑，对精神改变用心理学的术语任意解释，无疑是属于唯心论或心身二元论的范畴。在资本主义国家里，这些观点广泛流行，成为维护资产阶级利益和资本主义制度的工具。还有另一种所谓“纯生物学论”的倾向，这种观点离开了人的社会性来观察精神现象，否认精神活动的阶级性，否认精神对物质的反作用，否认人和动物的差别，离开人的社会环境而孤立地在人体内部解剖生理生化方面进行研究，单纯地进行物质治疗。这种观点是片面的、机械的，不符合客观实际的，是机械唯物论在精神病学中的反映。因为精神现象是客观实际的东西在人脑中的反映，并不是人的头脑中固有的，不是人的头脑凭空的主观自生的东西。精神活动的内容来源于社会实践，来源于生产斗争和阶级斗争。社会的存在决定人们的意识，阶级斗争的现实决定人们的思想感情。“在阶级社会中，每一个人都在一定的阶级地位中生活，各种思想无不打上阶级的烙印。”精神病症状内容也是和现实阶级斗争密切相关的，往往反映着不同社会的思想、文化、风俗、习惯和不同阶级的思想感情。

关于精神病的分类至今还不够完善，有待深入研究。这里介绍临床习用的分类如下：

精神分裂症

躁狂忧郁症

更年期忧郁症

周期性精神病

症状性精神病（包括感染、中毒和心、肺、肝、肾等脏器损害所致的精神障碍）

脑器质性精神病（包括脑瘤、脑血管硬化、脑萎缩、癫痫、脑外伤等引起的精神病）

心因性反应症

神经官能症（包括神经衰弱、癔症和强迫症。）

智能发育不全

由于精神病表现的特殊性以及精神症状变化较大而不易具体地把握住，所以诊断精神病的方法主要依赖于临床观察，依赖于掌握丰富的、确实的病史材料和对病人进行仔细的全面的体格检查和精神检查，依赖于对病人的全部临床现象科学地分析综合。

解放以后，我国精神病防治研究工作取得了很大进展，做了大规模的调查研究工作，对各类常见的精神病进行了临床观察和随访。对于精神分裂症生理生化方面也进行了一些实验研究。随着我国医药工业的迅速发展，精神药物也取得了很大发展。由于我国社会主义制度的优

越性，已消灭了神经梅毒。酒精中毒和瘾癖极为罕见，也没有各种公害造成的神经精神障碍。

无产阶级文化大革命以后，我国精神病的防治工作出现了一场深刻的革命。广大革命医务人员在毛主席革命卫生路线指引下，批判洋奴哲学、爬行主义，旧的不可变革的观念动摇了。革命医务人员坚持用马列主义、毛泽东思想教育精神病人，不断地到群众中去普及精神病知识，同时认识到精神病人有不同程度的大脑机能失调，认真探索了中西医结合治疗精神病的方法。从而为精神病的群防群治工作开辟了全新的广阔的道路。

第二章 精神病的常见症状

精神病人的各种不正常的精神活动称为精神症状，精神症状是诊断精神病的主要根据。

某种精神活动是否属于正常，在一般情况下是比较容易识别的，但在某些情况下，就必须仔细分析发生这一精神活动的各种具体情况，方能确定这一表现是否属于正常。

人的精神活动是一个互相联系的整体，但为了研究和叙述的方便，通常把精神活动分为几个方面，因此我们在列举各种精神症状时也按以下这样几个方面来叙述。

一、感觉和知觉障碍：

感觉是指我们从视觉、听觉等感觉器官中所得到的最简单的感受，它反映客观事物的个别特性，例如看到各种颜色，听到各种声音等等。知觉是较复杂的感受，即对所感觉到的东西的综合的认识，例如我们在面对一幅图画时，我们感觉到的是各种颜色和线条，但知觉到的却是一幅描绘某一事物的图画。

感觉障碍是神经系统器质性疾病的常见症状，知觉障碍是精神病的常见症状。

常见的知觉障碍有两种，即错觉和幻觉。

(一) 错觉：错觉是指对某种客观事物的错误感受，正常可在感觉条件较差的情况下或在某种强烈的情绪状态下产生，例如因光线不足而看错或因听力较差而听错，又如在恐惧紧张的情绪下发生“杯弓蛇影”、“草木皆兵”的情况，都是错觉的表现。

在病理情况下，错觉多在意识障碍时出现，且多带恐怖性质。

(二) 幻觉：幻觉是指没有相应的客观刺激而产生的一种感受，在意识清楚的情况下出现的幻觉，通常都是属于病态表现，根据幻觉所涉及的感觉领域，可以分为以下几种：

1. 听幻觉（幻听）：最常见的形式是在没有人与他说话的情况下听见有人与他说话的“声音”，这种“声音”的来源、清晰程度、内容都可以各不相同。根据其不同内容，病人可有不同反应，例如听见“声音”骂他，病人就可以与“声音”对骂。一般言，病人都把这种“声音”作为真实的声音。

2. 视幻觉（幻视）：常在意识模糊状态下出现，亦可见于精神分裂症。幻视的形象大都不甚清晰，而且常常带有令人恐惧的内容，可使病人产生恐惧紧张或逃避的行为。

3. 嗅幻觉与味幻觉：这两种幻觉常同时存在，通常都是一种令人不愉快的“味道”，被病人认为是“毒气”或“毒药”，认为是要毒害他。因为有这种幻觉，常使病人发生拒食行为。

4. 触幻觉：触幻觉出现于触觉领域内，通常也是一种令人不愉快的感受，例如触电感、性接触感等。

精神病人的幻觉不一定随时存在，它常可在一定情况下出现，例如黄昏时出现的幻觉可比白天时多些。正常人在催眠期（即由清醒到睡眠或由睡眠到清醒的一段过渡时间）有时亦可出现幻觉。在某种意义上，梦境也是一种幻觉。但梦境与催眠期幻觉一样，与病态的幻觉有两点基本差别：首先这种幻觉是在意识不清楚的情况下出现的；其次是清醒时正常人都不会把这种感受作为真实的感受，因而不会根据这些感受去采取行动。

二、注意和记忆障碍：

注意通常可分为主动注意及被动注意，主动注意是有意的去注意某一事物，被动注意是无意的感受到周围发生的事物。例如集中注意在看书，这时书的内容是主动注意的对象，在看书时旁边有人走过，虽没有去有意注意他，但却知道走过的人是谁，这时这个人所引起的注意称为被动注意。

注意障碍主要表现为注意减退、注意增强及注意涣散。注意减退可见于各种意识障碍状态及淡漠退缩状态；在精神分裂症木僵状态时主动注意极度减退，而被动注意可仍然存在。注意增强多见于躁狂或猜疑的病人；躁狂时其注意随环境中发生的事情不断转移（“随境转移”），其注意虽增强，但不能持久固定在某一事物上。注意涣散即注意不易集中，不能持久，在疲劳时或神经衰弱时常见此情况。

记忆是精神活动的重要部份，没有记忆我们就不能保存获得的知识，无法积累任何经验，因而就不能进行正常的精神活动。记忆有三个过程，即识记、保存和再现（回忆）。例如我们要记住一个人的面貌和姓名；我们首先要看清楚他的面貌和听清楚他的名字，这看和听的过程就是识记的过程；第二步我们要把看到和听到的印象储藏在脑子里，这就是保存的过程；以后当有什么事牵涉到这个人时，我们能把有关这个人的印象回忆起来，这就是再现的过程。在识记完成的同时就开始了保存过程，把识记的事物长期保存下来，而再现的过程只是在以后需要时才出现。

记忆障碍主要表现为记忆减退（遗忘）及记忆错误。遗忘可因记忆的任一过程的障碍而产生，例如在识记时如果注意不集中或接触不密切，即平常所谓“印象不深”，那当然不能很好记住。神经衰弱时注意不易集中，影响了识记，因而常表现健忘。当脑部有器质性病变时，识记所得到的印象就不能很好的“储藏”起来，即影响了保存过程，也就产生遗忘。在日常生活中常可见到这样的现象：有时你需要一件东西，但一时却想不起把它放在那里了，即找不到了，以后当你不需要时，却突然会想起这件东西的下落来，这就是再现过程即回忆过程的障碍。回忆的障碍常见于神经衰弱时。

对新近发生的事情的遗忘称为近事遗忘，对较远发生的事情的遗忘称为远事遗忘。脑器质性疾病的患者因为得病后其识记和保存能力受到很大损害，所以常表现近事遗忘，但对病前的事情却往往仍可想得起来，因此，尽管正常人的记忆常因时间久远而逐渐淡薄，但在病理情况下，有近事记忆障碍者不一定有远事记忆障碍。

偶然的记忆错误在正常人中亦可产生（例如“张冠李戴”），但一经指出即可纠正。在精神病人中记忆错误却不大容易纠正，有些病人甚至可把错误的记忆与客观的事实结合起来，构成某种病态的虚构。

三、言语和思维障碍：

思维是人脑对客观事物的间接的概括的反映，言语是人类表达思维的主要工具，因此思维障碍主要通过言语表现出来。当然，思维障碍也可以通过病人的书写物（书信、日记等）或图画等表现出来。

思维障碍主要表现为思维过程的障碍和思维内容的障碍，现分述如下：

（一）思维过程障碍：在正常人，当我们面临一个问题或一种情况时，或们就会把过去所了解的与这个问题有关的印象或概念回忆起来，加以分析、判断、推理，寻求解决问题的方法，这样一个思维过程，也称为联想，因此思维过程障碍也可称为联想障碍。常见的联想

障碍有：

1. 思维贫乏及思维迟钝：有些病人当向他提出问题反应十分缓慢，要等较长的时间才会作出一个简单的回答，但回答的内容往往还是切题的，这种情况称为思维迟钝（联想迟钝）。思维贫乏则更进一步，好象什么事都引不起病人的联想，病人往往沉默寡言，缺乏主动行为，对于任何需要思考的问题，往往都回答：“没啥”，“不知道”，“想不起了”。

2. 思维中断：表现在病人在叙述一件事的过程中突然中止，无法引起进一步的联想，因而就谈不下去了。

3. 思维奔逸（意念飘忽）：与上述情况相反，思维奔逸时病人的联想非常迅速，非常丰富，因此表现为言语滔滔不绝，内容非常多样，此类病人常伴有注意的“随境转移”。

4. 联想散漫和思维破裂：正常的思维过程应该有一定的指向性（指向所需要解决的问题），各个概念前后之间应该有一定的逻辑性和连贯性。在联想散漫时病人所表达的思想可以缺乏这种指向性、逻辑性和连贯性，因此病人说了一大篇，虽然每句子都是正常的，但全篇综合起来别人却不知道他要说明什么问题。例如有一个病人（中学生，16岁），当医生问他“你近来情况如何？”时，病人回答如下：

“只有从老师口形中不断观察吸收，针对现实，不断观察，然后放之四方，才能掌握现实，向尖端前进，人在社会中一定要吸取空气，才能不走向灭亡，光是不存在的，因为质量太稀，不象人那样密，所以不能向尖端发展，煤球能放热，他们听了支部书记的报告，到景德镇买瓷器，水里能摸煤，能发生热量，就象土地吸收阳光的热量一样……。”

这就是联想散漫的典型表现。较轻的联想散漫，在开始几句话中尚能针对问题；严重的联想散漫，则有时连一个句子也说不完整，这种情况称为思维破裂。

（二）思维内容障碍：主要表现为妄想。精神病学中所谓妄想是指一种缺乏事实根据的难以说服的病态信念。大多数的妄想都继发于幻觉或继发于某种较长时间的情绪紧张状态（例如怕失去别人的信任等等）。妄想因其中心内容不同而有不同的名称。常见的有：

1. 被迫害妄想：是较常见的一种妄想。病人觉得处处受到监视、跟踪，受到捉弄、打击，或觉得别人在采取种种办法要暗算他、谋害他等。

2. 被钟情妄想：病人认为被某一异性爱上了，认为对方一言一行都表示或暗示对自己的爱情，甚至对方明确的否认也认为“这是因为在公开场合下怕难为情的缘故。”

3. 嫉妒妄想：病人觉得自己的爱人另有所欢，对自己不忠实，甚至自己的爱人跟任何异性说一句话、打一个招呼都认为是爱情或约会的暗号。

4. 夸大妄想：病人认为自己能力很强、很聪明，“什么活儿都一学就会”，“就要培养我做我们厂领导的接班人了”；或认为自己已担任了某种重要职务。

5. 罪恶妄想：病人认为自己犯了很大的罪或很多的错误，对不起人民，对不起家属，不配吃饭，不配做人，应该判罪等。有罪恶妄想的病人常可发生自伤或自杀行为。

6. 疑病妄想：病人坚信自己已患了一种严重的或罕见的病，已经无药可治了，已经失去工作能力了，因此可以整日焦虑不安。

7. 被控制感及被洞悉感：这两种情况也属于妄想范畴。被控制感是指病人认为自己的一举一动都被某种“仪器”或说不清楚的外界力量所控制，觉得“自己不能做自己的主了”。被洞悉感是指病人觉得自己的思想刚冒头而还没有说出来的时候别人就知道了，至于别人通过什么方式知道的，病人一般都说不清楚。以上两种症状可以同时存在。

8. 牵连观念(关系妄想): 这是指病人把一些偶然巧合的事情牵连到自己的身上, 认为与自己有关, 并且与自己的某些想法结合起来。

各种妄想如果其内容很荒谬, 那就很容易识别。但有的妄想内容并不荒谬, 在现实中可能存在(例如被人钟情), 只是在这一病人身上不存在而已。象这样情况, 就必须详细核实, 以免弄错。

思维障碍还有两种较常见的表现, 即象征性思维和强迫性思维。

象征性思维: 以一事物象征另一事物(例如以鸽子象征和平), 如果这一象征是合乎逻辑的或合乎传统习惯的, 是为大多数人所接受并能理解的, 那么这是正常的情况。精神病人的象征性思维的特点是他所象征的东西是他独创的, 虽然别人不能理解, 但他却认为别人是应当理解的, 并且常把象征的东西和现实的东西(抽象的和具体的)混淆起来, 采取行动。

强迫性思维: 这是指病人有一种自己明知不必去想而又非去想不可的事情, 就象有谁“强迫”他去想一样, 不想就会引起情绪上的焦虑不安。例如病人锁好房门到外面去, 在出去之前虽已经反复检查证明房门确已锁好, 但到外面后总是觉得门未锁好, 焦虑不安。

以上介绍的是思维障碍的常见形式和内容。要确定某种想法是否属于病态, 不但要分析产生此种想法的背景及想法本身的表现形式, 还要分析病人对此想法的态度。例如牵连观念, 正常人也可以出现, 但在未证实前, 正常人只不过把它作为一种猜想, 不会坚信不疑, 更不会贸然采取行动; 精神病人就不同, 牵连观念一出现, 就常与其他妄想联系起来, 信以为真, 并且常付之于行动。

四、情感障碍:

情感或情绪在精神病学上意义相似, 它是指人们对事物的一种态度, 喜怒悲恐是情感的表现。不同的事物, 在正常人可引起不同的情感反应, 但其反应的强度和持续时间一般均与此事物的性质及其本人的经验相协调。

情感障碍是精神病的常见症状, 主要表现在情感反应的性质、强度及持续时间的不正常方面。

(一) 情感反应减退: 这常常是一种缓慢发展的症状, 表现为病人逐渐的对周围事物失去兴趣, 漠不关心, 对自己的衣食住行也都无所谓, 但意识清楚, 对答尚正常, 这种情况称为情感淡漠。情感淡漠十分严重时, 病人不但对外界事物不发生反应, 呆滞被动, 甚至自己的基本生活也需别人督促了理。

(二) 情感反应增进: 病人对各种事物常易发生较强烈的情感反应, 但反应不深刻, 持续时间较短, 有时象小孩的情感反应一样, 有幼稚的表现。

(三) 情感低落: 它表面上虽有点象情感淡漠, 但本质上它是由悲伤、懊悔、忧郁等情绪引起的, 严重时可有自责自罪, 甚至发生自杀。严重情感低落对病人的植物性神经功能、性功能及月经等均有影响。

(四) 情感高涨: 与情感低落相反, 情感高涨时病人对所有事物都抱乐观情绪, 表情喜悦, 言语动作均增加, 多见于躁狂症。另有一种情况, 客观上没有什么值得高兴的东西, 但病人自得其乐, 自我陶醉, 称为欣快, 这种情况多见于精神分裂症或器质性精神病。

(五) 焦虑恐惧: 因将要发生不利的境况而产生的紧张情绪称为焦虑, 而对着不利的境况而产生的紧张情绪称为恐惧。焦虑恐惧在正常人也常可发生, 但其强度与持续时间一般是与客观的情况相协调的。精神病人的焦虑恐惧主要是与客观情况不协调, 即没有什么了不得

的事情，而病人却长时间的惶惶不安、惊慌害怕，就象正常人中的胆小者碰到大灾祸一样。

(六) 矛盾情感(矛盾现象)：矛盾情感是指对同一事物同时出现两种相反的情感，例如又是爱又是恨。且常常影响病人的行为，多见于精神分裂症。

五、意识障碍：

“意识”是指病人对周围事物及其本身的识别能力，以及对外界刺激的反应状态。

如果病人能作正常对答，这说明他能理解对他提出的问题并作出适当的反应，因而也就说明他意识是清楚的；如果意识丧失则临床表现为昏迷。

在意识清楚到意识丧失之间有各种不同过渡状态和名称，例如：

(一) 倦睡状态：就是昏昏欲睡的一种状态，不去惊动他，他就整日睡着，大声叫他，则尚能简单对答。

(二) 意识模糊：主要表现一种迷惑状态，应答或言语不连贯，可出现一些幻觉错觉及行为紊乱。

(三) 谵妄：患者对周围环境不能辨认，言语错乱无序，生活不能自理，具有大量幻觉错觉，因而表现兴奋骚动、恐惧不安。

(四) 昏迷：昏迷时病人除对周围事物完全不能辨认外，对声音、针刺等刺激也失去反应。浅昏迷时瞳孔光反应、腱反射等尚存在，深昏迷时这些反应也完全消失。

以上情况统称为意识障碍。意识障碍多见于症状性精神病。

六、智能障碍：

智能在精神病学中通常是指病人的记忆能力、计算能力、理解能力、判断能力以及对常识的了解程度等的总和而言。记忆障碍时，病人往往不能回忆过去的情况，严重时连自己姓名及日常用具的放置亦忘记；计算障碍时，病人对日常生活中的一些简单计算谬误百出；理解及判断障碍时，病人对一些简单的推理分析亦一筹莫展，对相似的事物往往混淆不清，似是而非；常识缺损时，病人对社会生活应掌握的一些基本知识亦茫然无对。较严重的智能障碍称为痴呆。

痴呆多由于大脑的较广泛的病变引起，因为先天性疾病或幼年期疾病影响了大脑的发育而产生的明显智能障碍，称为先天性痴呆(智能发育不全)。一般所谓痴呆是指大脑发育完全后罹患疾病引起的明显智能障碍而言。痴呆时病人往往对简单事物也不能理解，行为幼稚，生活需人照顾。

七、行为障碍：

精神活动的障碍主要通过言语和行为表现出来，因此行为失常是最常见最易被注意的精神症状。在衡量某种行为是否失“常”，就要与病人过去“正常”时的表现来比较，也要与跟病人条件类似的“正常”人进行比较。

病人吵吵闹闹、东跑西走称为兴奋骚动，突然发生的打人，毁物等行为称为冲动行为。病人无目的地不断重复某一单调动作，例如不断摇手、抖脚、吐痰等称为刻板动作，与此相应的还有刻板姿势和刻板言语，这三种情况总称刻板行为。

病人表情呆板不动、不吃不喝、不言不应，甚至大小便也不解，这种情况称为木僵。如果病人只是呆滞不语，饮食大小便尚能勉强进行，称为亚木僵状态(即较轻的木僵)。木僵时有时病人肢体可随意受人摆布，就象捏蜡人一样，称为蜡样屈曲。有些木僵病人则相反，对别人的要求采取抗拒状态，要他立他反而坐，要他张口他反而闭紧口，这种情况称为违拗

症。木僵是运动抑制的表现，其感觉不一定抑制，因此对周围事物病人仍可能感受，只是不起外表反应而已。

以上所举，只是一些较特殊的行为障碍，一般的行为失常多无特殊名称，也不胜一一列举。

第三章 精神病的病史收集和检查

要正确诊断精神病，一定要遵照毛主席“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性”的教导办事，要全面收集病史材料和进行认真仔细的检查，除了做过细的体格检查，神经系统检查和必要的化验检查外，还必须反复进行精神检查。

（一）病史收集：

由于精神病人对自己的病态缺乏认识，往往不承认自己有病，所以应由病人亲属、邻居、朋友、同事和单位组织等方面代替提供病史。收集病史时，病人不要在场。询问病史应抱着客观的态度，要从多方面收集丰富的合于实际的感觉材料，对于某些可疑的关键问题（如病人的发病因素、妄想等），应作反复调查和核实。防止偏听偏信，不作周密调查，根据零碎不全的不可靠的一些材料就轻易作诊断。了解病史时，要注意抓住主要矛盾，对于主要症状群要过细询问，并注意了解与其有关的一切方面。病史记录的主要项目，包括病人的发病经过，个人史和家庭史。询问发病经过要了解全过程，要注意了解病人有无伤人毁物或自杀等情况，以便预防。以往诊疗情况也应问清。还要了解以往有无类似发病史。个人史主要询问诞生记录，病人以往健康状况，除了急性传染病、过敏、心、肺、肝、肾疾病外，特别要注意了解有无神经系统疾病，病人的学习和工作情况，政治态度。女病人还需了解月经情况，婚姻和怀孕分娩情况，病人的个性特点。家庭史主要了解家庭人员的情况、政治态度、相互关系，有无家族遗传史。

（二）精神检查：

主要是对病人的行为进行观察和通过接触交谈，了解病人的思想情感和记忆等精神状态。识别精神病的症状主要依赖于精神检查。由于精神病的症状常常不是任何时间任何场合都能充分暴露出来。因此，精神检查必须反复进行。还应当注意吸收别人的观察结果。同病人交谈时应避免主观想象和审讯式的提问。特别要防止抓住一点片断的个别症状和粗枝大叶的表面的看一看就下诊断。精神检查必须深入探询，要善于透过现象看本质，要善于抓住各个精神症状，暴露精神症状在各个方面的特点，并从中找出主要症状。在精神检查过程中，要注意观察病人的动作、表情，应答是否切题，有无幻觉、妄想以及记忆等智能的减退。还应当了解病人对自己疾病的态度。对于因兴奋躁动或沉默不言而不能配合检查的病人，可以在不同的时间，不同的情况下，仔细观察并予以记录。

一般精神检查的方法：可从姓名、年令，什么地方人，做什么工作等普通问题开始，通过这种一般性谈话，可以对病人的神志，接触的好坏，获得一个初步印象，然后可以根据病史提供的材料，诱导病人自动叙述，对于病人较为敏感的问题，不宜过早询问。

精神检查应着重注意以下几个方面：

外貌：病人的仪态，衣着如何？对检查者和其他人员的态度如何？态度和善容易接近者，称为“接触良好”，如态度生硬、难于接近，称为“接触不好”。对医务人员是否合作？对周围的人、地点、时间能不能正确认识？动作增多还是减少？有无怪异动作和冲动？言语增多还是减少？生活能否自理？

知觉：包括幻觉（视、听、触、嗅、味）和错觉。如检查有无听幻觉时，可以问病人（当周围没有人时，你会听到有人对你说话的声音吗？）（从什么地方发出来的？）（讲些什么？）（是什么人的声音？）（是男的还是女的？）等等。

思维：包括思维的形式和内容，如思维的连贯性、完整性、逻辑性如何？有无前言不搭后语，或有头无尾或突然中断等情况，有没有各种妄想？如检查时可问：（你觉得人家对你的态度怎么样？）（人家近来对你特别不好吗？）（你觉得无线电、报纸里讲的与你有关吗？）（你觉得自己的思想受到什么东西控制吗？）等。此外还要了解病人的自知力，即病人对自己精神状态的认识能力，病人是否意识到自己有病，能否指出自己的病态表现？

情感：包括情感高涨、低落、焦虑、欣快、紧张不安、恐惧以及情感不协调等等。要注意观察病人的表情、语调。並询问病人的主观心情。尤其要了解有无消极观念。

智能：主要检查病人的记忆、计算和判断。检查记忆时，可让病人叙述以往经历，或叫病人回答何时进医院？昨晚吃什么菜等问题来判定。计算一般用心算。智能检查结果应结合病人文化程度来判断。

病 历 示 范

住院号：

姓名 曾×× 性别 女 年令 21岁 职业 艺徒 籍贯 江苏 婚姻 未婚
入院日期：19××年6月28日

供史者：患者的母亲，尚详细可靠。厂内张同志补充。

主诉：精神病复发，哭笑无常，吵闹毁物，日夜不休；经常外出乱跑已二个月。

现病史：这次是第二次发病；第一次于1960年初，当时突然起病，不去工作，整日在家卧床不起，不语不食，有时独自发笑，几天后出现哭笑无常，自言自语，有时在地上打滚，哭叫不停，有时呆立一处，说耳中听到有人和她说话，有时对窗大骂，有时恐惧不安，曾在某精神病院门诊，服红色药片（氯丙嗪？）无效，于同年2月住入某精神病院，经治疗三个月好转出院，当时除略有呆滞外，均恢复正常。

出院后休息约一个月即恢复工作，表现良好，唯不及以前活跃，患者要求进步，争取入团，组织上拟观察一段时间，今年五一节团组织宣布入团青年名单中没有患者的名字，当晚回家后抑郁失眠，次日起哭笑无常，觉得有人讥笑她，以后说听到各种声音骂她，患者有时倾听，有时对骂或外出乱跑。有一次整夜不归，打碎一家商店橱窗抢夺食物而被公安局扣留过。厂中同事来探望她时，她突然避入卧室，闭门对窗大骂。饮食常不规则，洗脸换衣要督促。发病以来无自杀举动。

个人史：第一胎足月顺产，出身于工人家庭，幼年常患小病，无抽搐、外伤、昏迷等严重疾病，发育正常，系统回顾无其他重病。10岁入学，成绩良好，16岁小学毕业后不再读书，帮助料理家务。18岁里弄介绍做艺徒，对同事和师付关系均好。15岁月经初潮，初潮后停经一年，以后按月来潮，3~5天/28~30天。经期稍显沉默，偶有轻度腹痛。未婚，从未与家人谈起有无男友之事，第一次发病曾谈到师付请她看电影等语。患者从小懂事听话，做事老实，生活俭朴，对外人较沉默，怕羞，不常暴露自己思想，学习认真，对自己要求严格，没有什么不良嗜好。

家族史：祖辈在苏北种田，父为工人，身体健康，母从事家务劳动，性情较急躁，患有慢性咳嗽。有一弟二妹，健康尚可，父母及父母系的祖辈父辈均无精神病史，同辈中据说姨表姐有“花痴”。

体 格 检 查

身材中等，营养较差，有贫血貌，体型瘦小，体温、脉搏、呼吸无特殊异常，血压130/80。皮肤较苍白，皮下组织较松，有轻度失水现象，颌下淋巴结可触及，硬，如黄豆大，其余淋巴结未触及。五官无特殊，颈活动自如，甲状腺无肿大，胸部外形正常，心肺检查无异常，肝脾未满意触及，但肝浊音界未扩大，脊柱正直，四肢无畸形。

神经系统检查：脑神经无异常，运动及肌力正常，指鼻试验阴性，触痛觉存在，腱反射活跃，但两侧尚对称。腹壁反射灵敏对称，划足底试验，胫前肌挤压试验与腓肠肌挤压试验（一）。

精 神 检 查

外貌：因吵闹较甚被隔离于单人房间，患者意识清，常站立在窗口张望，有时发笑，自语，衣发尚正洁，进食被动要人督促，接触一般，勉强合作。有时提出要出院，小便有时解在地上。

知觉：患者常独自喃喃自语，或一个人大声作对骂状，呈阵发性出现。表现有丰富的幻听。

（骂谁下作坏？） “他们下作坏。”

（你在骂谁？） “张××。”

（他在什么地方？） “楼下”

（楼下什么地方？） “不知道。”

思维：患者尚能对答，但有时不注意或完全答非所问，有时数问不答，有时突然中止，有时对窗外说话，言语内容缺乏中心，缺乏前后联系。有被控制感，被洞悉感及不系统的被迫害妄想，无自知力。

（你为什么来住院？） “不知道，厂里送我来的，他们联系好的，有一天张××要给我介绍一个朋友，我根本不结婚。下作坏！下作坏！”

（为什么送你住院？） “叫我来休养休养。”

（休养什么病？） “没有病，他们说是神经病，你自己是精神病。”

（你有一次为什么打碎

人家橱窗玻璃？） “不知道，人家叫我打的。”

（谁叫你打的？） “机器叫我打的。”

（什么机器？） “厂里一部马达一开，什么事情那知道。”

（有人弄松你吗？） “让它去，我不怕。”

情感：表情多变，时喜时怒，有时惊奇，有时凶狠像要打人，有情感矛盾现象。

（你好吗？） “好，不大好。”

（什么不大好？） “有什么不好？很好！”

（住在这里好吗？） “我要出院。”

(出院做什么?) 患者喃喃自语:“什么出院不出院,偏要出院。”

(再住几个月出院好吗?)“好!”

智能:患者注意力不集中,常被幻听吸引,无法正确估计记忆,计算等智能。

(你早上吃什么菜?) “青菜。”(不对)

(到底吃什么菜?) “酱菜。”(对)

(国庆节哪一天?) “十一国庆节。”

($100-7$ 还有多少?) “等于3。”

(不对!) “93。”

初步诊断:

精神分裂症。

诊疗意见:

- ①氯丙嗪治疗。
- ②注意因幻听引起的冲动。
- ③较安静时要于思想教育。
- ④治疗好转后,鼓励並督促病员参加集体生活及工疗。

第四章 精神分裂症

〔概念〕

精神分裂症是最常见的一种精神病，一般占精神病住院病人的60~70%，是医学上的重要问题之一。

精神分裂症的概念是建立在临床表现的基础上的。临床表现为多方面的精神活动失调，但一般均以思维、情感、行为及与环境相互之间的不协调（即所谓“分裂”现象）为主要特点。多数起病于青壮年，男女发病率无明显差异。

〔病因和发病机理〕

精神活动是大脑的功能表现，精神紊乱是大脑功能失调的后果。根据这一原则，从上个世纪以来在大脑的病理形态及病理生理、生化、遗传等方面进行了许多研究，但迄今为止对发生本病的原理尚未搞清。患者的中枢神经系统一般未发现明显的病理形态学变化。临床研究发现患者家族中患同类病的比例较高。故有人认为本病可能有一定遗传因素。在生化研究方面，认为精神分裂症患者可能有胺代谢障碍，但也尚无公认的结论。

尽管发病原理尚未明了，但是这些研究所积累的大量资料对于阐明精神分裂症本质仍有其重要价值。发生本病的诱因可以为躯体的和精神的两类因素，本病可在感染、中毒、外伤、分娩以后或在各种精神因素作用下发生，并且多数病人均有精神因素，可是这些精神的或躯体的因素通过什么途径、怎样地引起大脑功能失调，还需要深入地研究。

〔临床表现〕

精神分裂症在临床上主要表现为精神活动的障碍，在各种精神症状中，一般除智能障碍较不明显外，其它均可出现，但以思维障碍为最重要，也是本病最多见的症状。

一、精神分裂症病人的思维过程的特点是缺乏逻辑性和连贯性，病人所表达的个别语句或概念都可以是正常的，但是把他的整个谈话联系起来却不知他是想说明什么问题。有些病人甚至连所表达的个别语句都可以缺乏连贯、支离破碎和语不成句。有些病人在叙述一件事时会突然扯到另一件事上去，给人一种喧宾夺主的印象，例如：一个病人在向医生叙述邻居小孩跟她打架的事时，突然高声唱起一支流行的电影歌曲来，问她为什么唱歌，她说“我跟这个姑娘一样诚朴（指电影中的女主角），怎么会和小孩打架呢？”有些病人的思维障碍表现为跟他谈话时他不能抓住问题的本质。有些病人常常不能很好地区分抽象和具体的概念，例如：一个病人在听见鸡叫时突然恐惧不安，因为他认为自己生肖属鸡，现在听见鸡叫，表示要杀鸡了，即要杀自己了，所以恐惧不安；又例如一病人听见钟里有“声音”跟他讲话（听幻觉），此时钟的长短针正分别指在“9”和“3”字上，他就认为这是“鸿山”在跟他讲话；又例如一个病人说要去进行“冬季训练”，但他并不去进行体育活动，而是采取只穿单衣、拒绝吃饭的方式进行。有些病人创造了一些离奇古怪的符号、标记或动作，以此来象征其它事件，如一病人无论坐、立、行走的任何时刻，始终保持膝关节不屈曲来象征其性格坚强。对这类象征，别人往往不能理解，但他却认为是别人完全应当理解和接受的，故称为“病理性象征性思维”。除以上表现的以联想散漫为中心的联想障碍的症状外，联想障碍

的其他表现，为思维贫乏、思维中断、思维奔逸等症状也可出现（参看第二章《精神病的常见症状》）。

精神分裂症思维障碍的另一常见形式为妄想，妄想内容可以多种多样，有的是现实可能发生，但对此病人说来是不存在的；有的是现实根本不可能发生，一听就可以知道是病态的想法。有的病人认为处处有人在诽谤或暗害自己，被人跟踪、监视、食物中被放置毒物，医生给他治疗也认为是把他作为“医学试验品”等等，即表现被迫害妄想，这是妄想中较多见的一种。也有的病人表现被钟情妄想。有嫉妒妄想的病人认为自己的爱人不爱自己了，捕风捉影，无中生有地怀疑自己爱人另有“对象”了，如一个青年女病人却认为她丈夫爱上了“邻居的老婆”，或者认为“所有女人都看中了他”，有这种妄想的病人，严重时可整天盯住其爱人，不许爱人上班，或者陪着爱人上班，或者对爱人的所谓“对象”进行攻击。有疑病妄想的病人认为自己生了异常严重或异常怪异的疾病，例如“血液枯竭了”，“肠胃烂光了”，但他却从不考虑自己有这样重的病为什么还能照常活动的问题。罪恶妄想精神分裂症中也可见到，大都由幻觉引起，並可有冲动性的自杀行为。夸大妄想有时亦可出现。被洞悉感和被控制感是精神分裂症中较重要的症状。牵连观念也很常见，並且可以成为各种妄想的基础或不断加强这些妄想，例如有被迫害妄想的病人看见别人做一个手势或吐一口痰，就可以坚信这是对他“进行迫害的信号”，这种牵连不但别人无法理解，而且也很难用一般的解释来动摇他的这种信念。精神分裂症患者的妄想的总的特征是内容比较荒唐，所以比较容易为周围人所察觉。

二、情感：情感障碍也是精神分裂症的重要症状，这主要表现为情感反应与其思维内容的不协调、与当时处境不协调。例如：有的住院病人可以表现非常想念其家属，但当其家属来探望他时，他却可以表现得极为冷淡；有的病人在同一条件下对同一事物可以表现完全相反的情感反应；有的病人其情感内容与面部表情可以互不协调；有的病人可以热衷于去实现某种毫无根据的幻想，而对与自己切身相关的事却漠不关心；有的病人表现情感反应的激烈变动，在没有明显环境因素的情况下突然暴怒，但稍过片刻就平静下来，好像没有发生过任何事一样；有的病人也可以表现病态的情感活动的高涨或低落，高涨时表现为情绪愉快、忙乱不定，低落时表现自责自罪、沉默少动，但无论在高涨或低落时都可伴有思维障碍及幻觉，其情绪变化的原因不但不易使人理解，而且与其行为也常不一致。有一部分精神分裂症病人的情感障碍主要表现为对周围事物的情感反应逐渐减退，但也有些病人在疾病早期看不出有明显的情感障碍。

三、幻觉：在意识清楚的情况下出现的幻觉也是精神分裂症的常见症状之一，其中以听幻觉为最常见，主要是听见说话的声音，“声音”可以来自窗外、邻室、天花板上或很远的地方，例如一个住院病人可以听见几里路之外他自己工厂里的人议论他的声音。“声音”的内容可以是议论他、辱骂他、恐吓他或是命令他去做什么事，往往都是一些片断的语句，而且不一定很清楚，但病人却觉得很容易理解、很容易接受，例如听见“声音”命令他“打破玻璃窗，跳出去！”他就可以不加思索、不顾危险地去执行。“声音”也可以来自体内某一脏器或来自“脑内”，当病人在思考什么问题时就觉得“脑子里有声音把所想的東西都宣读出来”。有的病人可以有喃喃自语、似与人对答的表现，或有侧耳倾听的表现，这些表现，都提示有听幻觉。视幻觉较少见，所看到的常是一些不完整的“图象”。嗅幻觉及味幻觉在有被迫害妄想时出现，病人可尝到或嗅到各种“不好的”、“有毒的”味道。触幻觉

也不多见，此种幻觉有时集中在性器官方面。

各种奇怪的体诉有时可以是精神分裂症的妄想或幻觉的表现，例如病人可以感到“半个脑子坏掉了”、“肠胃被塞住了”等等。有的病人因此反复找医生作许多检查，而大量的阴性的检查结果都仍然不能说服他。

由于精神分裂症患者的幻觉常是在意识清楚的背景下发生的，所以客观刺激常与幻觉同时被感受，但在疾病的一定阶段，幻觉的感受对病人行为的影响往往大大超过客观现实的影响。例如在几个人同时对他进行谈话的情况下，病人的注意力也可以突然被一句模糊的幻觉的耳语声所吸引，并且受到此“声音”的控制，不能接受周围人的劝说或解释。幻觉如果较长期的存在，它对病人行为的影响可以逐渐减少，病人可以在某种程度上意识到这种声音的不现实性，从而减少对它的行为反应。有的病人虽然自己对幻觉坚信不疑，但却意识到周围人不会相信，因此可以在旁人面前掩饰或否认其幻觉。当然，许多病人都认为其幻觉是现实的，别人也应该同样感受到，但对别人为什么不受幻觉影响这一问题，他却并不去追究。

病人不能察觉自己体验的矛盾性，这是精神分裂病人思维和知觉障碍的普遍特征之一，这就象正常人在梦境中一样，例如做梦梦见某人，明知此人已死，但却会和他谈话，但正常人是睡着才做梦，而许多精神分裂症病人却在清醒状态时有不同程度的梦样体验，这种现象对阐明精神分裂症症状的病理生理过程有一定的启发。

四、行为：精神病人的行为障碍常是知觉障碍、思维障碍、情感障碍等的后果。精神分裂症的行为障碍也不例外，除可有各种形式的行为紊乱外，本病还可有一种较为特殊的行为障碍，就是行为的“内向性”，即病人可以完全沉溺在自己的内心世界、他的意欲、幻想及幻觉之中，而对周围现实置之不顾，例如病人可以在别人面前喋喋不休地诉述其病态思维内容，即使别人不听他说，甚至不要他说，他仍可诉述不止，好像别人仍在注意倾听一样。有的病人也可以把自己的幻想世界跟现实世界混淆起来，或认为二者都是一样现实的，例如病人既了解给他看病的人是医生，但同时又确认为医生就是他的“舅舅”。整日不停的对着镜子笑或做各种表情，或者经常独自发笑或喃喃自语，也是“内向性”的一种表现，是精神分裂症的常见症状之一。

本病的运动障碍，将在临床分型中叙述。

五、意识，智能：精神分裂症病人除非幻觉妄想极度严重，否则意识一般都是清楚的，如果病人在检查时能合作，其智能一般也查不出有什么缺陷。

本病患者除了精神活动的障碍之外，其它脏器多无特殊的病变或机能紊乱，其植物神经系统机能紊乱的情况虽较正常人稍多见一些，但缺乏肯定的诊断意义。

有一些精神分裂症病人在得了急性内、外科疾病时（例如急性感染），其精神症状可以暂时减轻，但产生此种现象的病理生理过程尚不十分清楚。

六、发病形式：精神分裂症发病形式不外急性发病及逐渐起病两种。急性发病可表现为突然的兴奋躁动及行为反常。一些急性发病的病人，如果仔细追问病史，常可发现在明显发病以前的几天或几星期内已有些不易引起注意的异常，例如失眠或心神不定等。

部分女病人，特别是年轻的女病人，常在月经来潮前后出现急性发作或精神症状恶化。

逐渐起病的病人常表现生活懒散，工作与学习的积极性下降，有时会误认为思想或性格问题。还有的病人有一些体诉，最初常被诊断为神经衰弱或其它疾病，经过一段时期的检查治