

精神病症状学

JINGSHENBING
ZHENGZHUANGXUE

9.041

安徽科学技术出版社

责任编辑：储崇华
封面设计：吴晓华
赵素萍

精神病症状学 陈弘道 编著

安徽科学技术出版社出版
(合肥市跃进路1号)

安徽省新华书店发行 安徽新华印刷厂印刷

开本：850×1168 1/32 印张：5.125 字数：65,500

印数：0,001—8,000

1984年10月第1版 1984年10月第1次印刷

统一书号：14200·73 定价：0.73元

目 录

1	绪 论	1
2	感觉障碍	5
	感觉过敏	5
	感觉减退	5
	感觉倒错	6
	内感性不适	6
3	知觉障碍	8
	错觉	8
	幻觉	10
4	感知综合障碍	20
	空间感知综合障碍	20
	时间感知综合障碍	21
	运动感知综合障碍	21
	体形感知综合障碍	21
5	记忆障碍	22
	记忆增强	23
	记忆减退	23
	遗忘	23
	记忆错误	25
	潜隐记忆	26
	识记障碍	26
6	思维障碍	27
	联想障碍	29
	逻辑障碍	35
	妄想	37
7	注意障碍	55

8 智能障碍	58
先天性智能低下	59
后天性痴呆	62
假性痴呆	65
9 自知力障碍	67
10 定向力障碍	69
11 情感障碍	71
病理优势情感	75
情感诱发障碍	79
情感协调性障碍	81
情感退化	81
12 意志障碍	83
13 运动障碍	87
精神运动性兴奋	89
精神运动性抑制	91
违拗症	95
被动性服从	96
刻板动作	96
持续动作	96
模仿动作	97
作态	97
怪异动作	97
强制性动作	97
14 强迫状态	98
15 行为障碍	103
16 饮食、睡眠及性功能等障碍	106
饮食障碍	106
睡眠障碍	107
性功能障碍	109
17 意识障碍	111
以周围意识为主的障碍	114

以自我意识为主的障碍	118
18 脑器质性精神障碍的一些症状	121
19 人格障碍	132
特殊的病前人格	137
异常人格单独地存在	138
病中发生或病后遗留的异常人格	138
性变态	138
20 精神病综合征	147
特殊境遇引起或特发性综合征	147
与文化密切相关的综合征	153
与性染色体相关的综合征	154
与精神科治疗有关的综合征	155

1 绪 论

一切生物是从简单到复杂不断进化而来的。由于物质世界的运动发展，出现了蛋白质、单细胞生物、低等动物、高等动物和人类。人类的神经系统更加完善。人脑是高度组织起来的特殊物质，它的正常功能就是精神活动。精神活动的内容是人脑对客观现实的反映。人脑是产生精神活动不可缺少的物质前提；但是，这绝不意味着人脑本身能单独产生精神，更不能认为精神的变化和发展是完全由人脑所决定的。若离开了被反映的事物，则人脑本身是不会产生精神活动的。

人类大脑皮质的结构和功能是最高水平的，这并不排除大脑皮质仍保留有较低级的运动形式。这些高级功能与低级功能的紧密结合，不是机械地分层，而是协调一致的。当高水平的功能受损时，低水平的功能就释放出来。精神活动中有大脑细胞的分子移位、神经生理活动、神经生化变化及脑电活动等，即精神活动包含了高级运动形式及低级运动形式。所以，高级神经活动(生理活动)不等于精神活动，即不能以生理规律来解释全部精神活动。生理活动仅是精神活动的组成部分之一。人是社会的人，人的一切活动是与社会紧密联系的。

事物本身是客观存在的，没有正确与错误的不同。从反映论来看，反映正确与错误是反映过程所造成的。正常的大脑也可由于物理因素、生理因素、世界观、方法论等而出现错误的反映；病态的大脑产生错误的反映，则是疾病所造成的，是大脑的功能或结构的障碍所致。

精神活动即心理活动，人的正常心理活动包括各种心理过程和个性心理特征两大部分。各种心理过程包括认识活动——知(感觉、

知觉、记忆、思维)；情感活动——情；意志活动——意。认识活动是心理过程的基础。意志活动在认识活动的基础上产生，它的强弱受到与之伴随的情感活动的影响，因此知、情、意三者的关系是密切的、不可分开的。个性心理特征是人与人之间的个体差异在心理方面的表现。个性是人的先天素质在后天的不同实践过程中与环境条件相互作用而形成的，它基本上是社会实践的产物，但生物学因素也对其起着一定作用。个性心理特征与各种心理过程是统一的，是依赖于各种心理过程而形成的。个性心理特征又制约和表现在各种心理过程中，所以各种心理过程都带有个性心理特征的特性。个性心理特征一旦形成，就具有相对的稳定性而不会轻易改变。

“注意”不是独立的心理过程，它可对感觉、知觉、记忆及思维等心理活动起着明显的影响。

“智能”是一个复杂的概念，不是独立的心理过程，它是在各种心理过程和个性心理特征共同参与下进行的。

“意识”是人类特有的一种心理现象，是心理活动的最高级形式，它不是一个独立的心理过程。各种心理过程的总和称之为“意识”。

各种心理过程和个性心理特征的障碍常常是相互联系的、变化的，因此，将精神症状按心理过程完美无缺地加以分类是有困难的。但因精神症状属于病理心理的范畴，所以应尽可能将其与各种心理过程和个性心理特征密切结合起来分析。

“精神症状”即异常精神活动，是人脑功能或结构障碍的表现。人脑是精神症状的物质基础，物质的功能变化或组织结构的变化，都是物质运动的不同形式。精神症状的全部内容不是天上掉下来的或病人大脑中自发形成的，而是取材于现实生活，来源于客观现实，并对客观现实歪曲的反映。通过精神病流行病学的调查，一些偏僻地区还保存着比较原始的社会文明和简单的物质生活，如崇拜大自然现象、崇拜鬼神等精神症状比较突出。在封建社会里，自封为帝王将相、才子佳人的精神症状较多。随着时代和文化的发

展，当今精神症状的内容如物理影响妄想、发明发现妄想等较常见，激光、雷达、电子、原子能、导弹、卫星或宇宙飞船的影响等等也已较常见。临床上精神症状表现很复杂；加之现代精神病治疗学的迅速发展，严重地干扰了对精神症状全过程的全面观察，使后者更形复杂。虽然精神症状来源于客观现实，但是由于病种、个性心理特征、生活经历、文化水平及社会实践等的不同，其症状表现也就具有特殊性。例如，精神分裂症是以思维障碍为主的精神症状；情感性精神病是以情感障碍为主的精神症状。而且在不同的病人或不同的病程，思维障碍为主的内容方面或情感障碍为主的内容方面也可各有侧重。精神发育不全的病人，由于大脑发育受阻，其精神症状比较原始而单纯；大脑发育完善的病人，其精神症状比较丰富多变。在疾病的早期，正常精神活动占优势，所以患者对病态的精神活动将信将疑，有一定的批判能力。我们以天气预报来作比喻，“晴”作为正常精神活动，“多云、阴、雨”作为病态的精神活动，疾病的早期好象是“晴到多云”；疾病发展到一定时期，病态的精神活动占上风，好象“多云到阴”、“阴有雨”；疾病的缓解期好象“多云到晴”，等等。这里还应该指出：病态的精神活动与正常的精神活动有“质”的不同，而不是“量”的区别，不能错误地认为病态的精神活动是正常的精神活动的继续，如那样，对精神病的本质就易产生误解。精神病患者的精神活动不是全都属于病态，对此要具体对待、具体分析。往往病态的精神活动与正常的精神活动同时存在，而所占的比例有明显的差别。

目前还缺乏公认的成套的精神检查法以便客观地说明精神状态正常与否。临床上应注意：（1）人们的各种心理过程相互的协调性和一致性、完整性、与环境的统一性以及可理解性；（2）个性心理特征应具有相对的稳定性，及其是否符合社会道德规范；（3）各种心理过程和个性心理特征要能被社会所接受，应符合正常精神活动的一般均数。

精神病症状学是精神医学的重要基础之一，没有这一基础，精

神科的临床、教学、研究和防治工作将会毫无成果。这是因为目前精神病辅助诊断的客观体征及实验室发现甚少，精神病的诊断主要依据病史和精神检查，而精神检查主要依靠对精神症状的发现和理解。为此，我们主张用辩证唯物主义的观点，实事求是地来分析和研究精神病症状学，通过理论联系实际，使被我们讲清的道理愈多愈好，这样，精神病症状学中的未知数也将会愈来愈少。

2 感觉障碍

感觉(sensation)是认识过程的最原始和最简单的阶段,是客观刺激物的个别属性如颜色、声音、软硬、温冷、香臭及大小等,通过感觉器官在人脑中的直接反映。在感觉基础上进一步发展,才有复杂的心理过程。视觉、听觉、味觉、嗅觉、触觉、运动觉、平衡觉及内脏觉等都是不同感觉种类。

感觉的生理基础是客观刺激物作用于各个分析器的外周感受器,从而引起神经兴奋,且通过传入神经纤维传至大脑皮质的相应区,并由其进行精细的分析,便产生了感觉。

神经系统疾患时的感觉障碍是由于感觉神经细胞和传导感觉的神经纤维束结构损害的结果,感觉障碍的分布与神经损害的部位一致而且固定。精神疾病时的感觉障碍可能由于中枢神经系统的功能障碍而引起,其分布不但难以通过神经解剖定位加以确认,而且是多变的。

感觉过敏(hyperesthesia)

在无神经系统器质性损害的情况下,病人对于一般的刺激难以忍受,如怕光、怕冷、怕痒、怕声音及怕天气变化等。常见于神经衰弱、癔症、颅脑损伤后综合征、感染后虚弱状态、更年期综合征或更年期忧郁症等。

感觉减退(hypoesthesia)

在无神经系统器质性损害的情况下,病人对于刺激的感受性减

低，见于抑郁状态、木僵状态、嗜睡状态或催眠状态等。感觉缺失(anesthesia)如癔症病人的皮肤感觉消失，癔症性失明、失听或失音等。这些障碍不能以神经解剖的损害定位来解释。此与在强烈的情绪影响下注意力高度集中或意识障碍时感觉阈的提高有关。

感觉倒错(paraesthesia)

对刺激产生与正常人相反或性质异样的感觉。如对冰冷刺激产生灼热感，触及棉絮时有针刺感或麻木感等。多见于癔症。

内感性不适(senestopathia)

病人身体内部在无器质性损害的情况下，产生各种不舒服的感觉，即体感异常。这些不舒服感觉的部位不具体，性质欠明确。感到不舒服而又讲不出是什么样的不舒服，也不能确定是在身体的那个部位不舒服，这是内外感受器之间的功能紊乱而内感受器的功能占优势的表现。这常为疑病妄想的基础。见于神经衰弱、癔症、躁狂抑郁性精神病抑郁型、更年期综合征、更年期忧郁症或精神分裂症等。

对癔症的感觉过敏、感觉减退、感觉倒错或感觉缺失等，患者自己常常不太重视，亦无痛苦感，其症状的产生或好转与暗示作用密切有关。癔症患者的感觉障碍无感觉节段性水平的改变，而是沿体表中线明显分界，这也不符合神经解剖的生理特点。癔症性失明、失听或失音等常突然发生。这种失明者偶尔也可以读书看报，常有管状视野；失听者也可因强声刺激而出现瞬目运动；失音者是突然完全失音或发音嘶哑，咳嗽时仍可有声或可以讲梦话，检查见其发音器官完全正常。

神经衰弱患者的感觉过敏或内感性不适往往与兴奋性增高、易激惹、易伤感、植物神经功能障碍、焦虑或疑病有关，但患者无相

应的躯体症状或病理改变。

更年期综合征或更年期忧郁症时感觉过敏或内感性不适的病人有明显的内分泌及植物神经功能紊乱，有自身不良感，有焦虑不安及忧郁紧张的情绪，以及有自责自罪等行为。

精神分裂症时的内感性不适随着疾病的发展，常为疑病妄想的基础；分裂症的基本症状为其鉴别特征。躁狂抑郁性精神病抑郁型时的情感症状为本型内感性不适的鉴别特征。

3 知觉障碍

知觉(perception)产生在感觉的基础上，是高于感觉的感性认识阶段。将某一事物的各种属性在大脑中进行综合，再结合以往的经验，从而认识了该事物的整体，这称为知觉。例如，我们现在来感知一只苹果，即它是圆的、红的、绿的、香的、甜的和凉的等各种属性整体的联系在我们大脑中的反映，再加上以往吃过苹果的经验，便能使我们感知到这是一只苹果。这说明只有通过实践经验才能反映出完整的事物。人们在实际生活中直接反映事物时，很少有孤立的感觉，因此，通常将感觉及知觉简称为感知。

知觉是大脑皮质对各种刺激分析、综合的结果；各种刺激复合起来的条件反射，是知觉的生理基础。

知觉障碍是可以影响思维、情感及意志行为的障碍。神经系统疾患时由于神经细胞结构损害可引起各种失认症和体象障碍等。精神疾病时可能由于中枢神经系统功能障碍而引起知觉障碍。精神分裂症时的知觉障碍多出现于周围意识的清晰状态下，其内容复杂、荒谬、丰富和多变，并常有假性幻觉出现。躯体疾病伴发精神障碍时的知觉障碍多见于意识障碍状态下，以幻觉及错觉为多，尤以幻视多见，其幻觉生动鲜明，并有身临其境之感。反应性精神病的知觉障碍以幻觉为多，特别是听幻觉尤为多见；幻觉的内容与精神创伤密切联系。脑器质性精神障碍时的幻觉内容片断及单调。癫痫性精神障碍时以感知综合障碍为多见。

错觉(illusion)

这是对客观刺激物歪曲和错误的知觉，是与心理印象相结合而

产生的一种虚假错误的知觉。错觉本身并不一定是精神病的症状，也常见于健康人。

病理性错觉是因为感染、中毒及衰竭等因素而使皮质抑制过程减弱，分析综合过程发生障碍所造成的。也有人认为强烈的情绪可产生偏见，减低感觉的清晰度，从而再由偏见和感觉清晰度不全中产生错觉。错觉一般都与幻觉一道出现，这可能与抑制有关，也可能是某些感受器存在着超反常相。错觉可分为：

物理性错觉(physical illusion) 又称被动性错觉，是感觉器官因外界的物理条件变化而造成的错觉。如，由于绘画的线条不同，使得画面呈立体感；远望铁轨，显得轨距越来越窄等等。

生理性错觉(physiological illusion) 又称自动性错觉，常由于惊慌、期望或注意力不集中等引起。如“风声鹤唳”、“草木皆兵”或“杯弓蛇影”；见远处来人而视为久别的亲人；以及心不在焉，注意力不集中时将讲义中的字认错等。

病理性错觉(pathologic illusion) 多见于感染、中毒及衰竭等躯体疾病伴发精神障碍时，以视错觉(visual illusion)或听错觉(paracusia)为多见。如高热病人看到阳光认为是烈火烧身；听到叩门声认为是开枪声等。中毒时也可有颜色的错觉，如黄视症(xanthopsia)、绿视症(chloropsia)、红视症(erythroopsia)、无色视觉(achromatopsia)等，即看到的東西都为单一的颜色。精神分裂症的错觉常与妄想有关；躁郁性精神病的谵妄性躁狂时也可有错觉，此与意识障碍有关。

幻想性错觉(fantastic illusion) 这是一种特殊而复杂的错觉。病人将实际存在的形象，如墙上的斑点或天上的云彩等，因幻想的作用而错误地感知为他人意识不到的山水、人物、花卉及鸟兽等，并随着自己幻想的内容而改变其形象。所以幻想性错觉的内容，与当时的幻想关系密切。以上奇特的改变在正常人也可见到，尤其是见于富于幻想的人。本症状常见于躯体疾病伴发精神障碍或精神分裂症时。

错觉必须与智能性错解(intellectual misinterpretation)相区别。如将塑料认为是象牙，将医生认为是教师等，此即所谓智能性错解。但是，急性精神分裂症的错认可能是一种突发体验(apophanous)或是妄想知觉。

幻觉(hallucination)

在没有相应的现实刺激的情况下而产生的虚幻的知觉体验，称为幻觉。幻觉内容和患者过去生活实践经验常有联系。

幻觉的病理生理如下：

C. C. Корсаков认为幻觉不是一种末梢的精神病理现象，而是一种中枢性精神病理现象。过去有人认为感官功能存在时才可发生幻觉，但是失明、失听的精神病人仍可有视、听幻觉，这说明感官末梢论观点是得不到支持的。

巴甫洛夫认为幻觉是由于病理惰性的兴奋过程及催眠时相所致。病理惰性的兴奋过程发生在第一信号系统，从而构成形象的幻觉；发生于第二信号系统，从而构成言语的幻觉；二者同时出现就构成复杂的形象言语幻觉。

Е. А. Попов等认为幻觉的产生与抑制状态有关，尤其当晚上或睡眠至醒觉之间的幻觉增加可说明这一点。给病人以加强抑制过程的药物可使幻觉增多；给以加强兴奋过程的药物可使幻觉在一定时间内消失或减弱。并发现当病人在做平流电试验而其幻觉又存在时，则相应的分析器(听觉或视觉)显示出均等相或反常相，而当病人痊愈后做平流电试验时，这些位相状态均已消失。故认为幻觉是回忆起来的形象(痕迹刺激)获得了与外界现实刺激相等或更强反应的结果，而这些形象所以能获得这样的反应是因为相应分析器(皮质部分)处于均等相或反常相。他认为精神分裂症患者的幻觉产生尤其是与均等相和反常相有关。但是，Попов没有完全否定幻觉与兴奋过程的关系。

В. X. Кандинский认为,幻觉乃是与外来印象无直接关系的感
觉中枢的兴奋并由此而产生了感觉形象的结果; 这种感觉形象在知
觉意识中表现时, 其客观性和现实性与直接感知现实事物时所得
到的印象相同。

М. Н. Ливанов认为, 证明幻觉是因为分析器中枢部分中刺激
现象的存在。对幻觉病人的脑电图研究发现; 相应的分析器显示着
兴奋现象。

А. Г. Иванов-Смоленский认为, 幻觉的基础是抑制过程中的
各种位相状态。他又指出当大脑皮质视觉区或听觉区产生病理情
性兴奋灶时, 则出现假性幻觉; 若病理情性兴奋灶扩散到视觉或听
觉器官在大脑皮质的投射区时, 则出现真性幻觉。他认为大部分幻
觉的病理生理基础是病理情性兴奋灶, 但震颤性谵妄病人的幻觉以
及精神分裂症病人的梦样幻觉是在位相状态基础上发展起来的。

Kluever指出拟精神病剂仙人掌毒碱(mescaline)致成的幻觉,
其形态特别明显, 而且物体的幻象在数量、大小、形状、空间及
时间关系上也发生改变。仙人掌毒碱、麦角酸二乙酰胺-25 (LSD-25)
等可以产生类似精神分裂症的幻觉。

Peretz指出, T. M. A. (3, 3, 5-trimethoxypheny aminopra-
ne) 能致起视幻觉, 尤其以蓝视症(cyanopsia)多见, 但其生化作用
尚未明了。

Foerster指出, 在进行颅脑外伤病人的手术时, 刺激大脑皮质
视觉区(Brodmann17区), 病人即出现原始性幻觉, 如看到单纯
的光线或光点等; 刺激Brodmann 18区则光点及光线更为复杂; 刺激
Brodmann 19区则可见到具体的形象; 刺激Brodmann 41、42区则可
听到音乐声。

抗胆碱能药物如东莨菪碱、阿托品、三环抗抑郁剂及抗精神病
药物等能诱发视、听幻觉, 它们又能被毒扁豆碱所逆转。抗胆碱能
药物可助睡眠。视物变形症可因阿托品或莨菪碱中毒而引起。

【按幻觉形式分类】

听幻觉(auditory hallucination) 即幻听，最为常见。患者可听到各种不同的声音如言语声，物体的响声，虫、鸟或兽类的叫声等。其声音可十分清晰，也可十分模糊；有的来自体外，有的来自体内。对此，有些患者信以为真，有些患者将信将疑，有些患者可受支配而发生冲动、自伤、伤人或出走等行为。医者应注意幻听的频度、时间、清晰度、来源和患者对幻听的态度等。幻听多见于精神分裂症、更年期忧郁症、精神偏执症或躯体疾病伴发精神障碍等。中耳或内耳疾病可听到哨笛声、嗡嗡声、击鼓声或打铃声。中脑性耳聋时也可有此现象。丘脑投射至听皮质部位的损害能产生巨声或音响快传形式的感觉改变。Sylvian裂后1/3的深部、中央沟前沿或Brodmann第41、42区的幻听常为刮风、汽车或火车声，这于病灶对侧的耳部或两侧耳部均能听到。颞叶侧面的损害则可产生复杂的幻声。

争论性听幻觉(voices arguing) 听幻觉的内容与患者本人无关；患者听到的是另外两个人的争论，有时舌战的内容可以患者为中心，其中一个人揭露患者的错误，另一个人则为患者辩护，但均以“他”来称呼患者。这即为争论性听幻觉，系精神分裂症一级症状之一。

评论行为的听幻觉(voices commenting on one's action) 言语性听幻觉的内容常为谩骂、诽谤、威胁、批评、讽刺、迫害或命令等，且对患者的行为一一加以评论。系精神分裂症的一级症状之一。

命令性幻觉(imperative hallucination) 病人听到有人发出命令并一定要自己去执行不可，如一次服下大量药物，不吃饭，自伤、伤人或毁物等。多见于精神分裂症。

嗅幻觉(olfactory hallucination) 即幻嗅，较为少见。多属令