



高等医药院校自编教材

GAODENG YIYAO
YUANXIAO ZIBIAN JIAOCAI

精神医学

上海科学技术出版社

高等医药院校自编教材

精神医学

· 编 写 者 ·

夏镇夷	上海医科大学
徐韬园	上海医科大学
王祖承	上海第二医科大学
吴文源	上海铁道医学院

上海科学技术出版社

前 言

精神病学(psychiatry)作为一门独立的课程,其历史大概不到一百年,早期是作为神经精神病学的一个部分。我国从50年代以来逐渐将神经和精神疾病分开,各自成立教研室,独立编写教材。

精神病学的教学内容,过去偏重于严重的精神疾病(psychosis),以住院的精神疾病患者作为主要对象,即偏重于目前所谓“医院精神病学”的内容。近20年来,由于各种原因,医学界日益重视心理社会因素对疾病的影响,引起了“疾病模式”从单纯生物学模式向生物-心理-社会模式(bio-psycho-social model)的过渡,精神病学家面临着向大量的有较轻的精神障碍的患者提供服务的任务,这种服务有时直接向患者提供,有时通过其他科医生向患者提供,因此一种新的服务方式就应运而生,这就是“联络精神病学(liaison psychiatry)”的内容。

目前国际上倾向于把“精神病”一词局限于指严重的精神疾病患者,因此我国在1981年制定教学大纲的会议上,把这一大纲改称为“精神医学教学大纲”,大纲内容也重视了其他疾病伴发轻度精神障碍的教学,希望医学院学生在毕业后的实践中,能认识和独立处理本专科疾病患者中的心理障碍问题。

人的活动可以分为心理活动(即精神活动)和生理活动两部分,医学界过去对心理活动的障碍注意很不够,重点只注意生理活动的障碍。有鉴于此,联合国世界卫生组织所提出的关于“健康”的定义中,规定了健康应包括躯体健康、精神健康和社会适应良好这三方面的内容。但是由于传统的习惯势力的影响,要使各科医生都能充分认识到心理社会因素对疾病的作用,还须经历一段过程,而加强精神医学的在校教学是加快这一过程的第一步。

我国过去出版的精神医学的书籍较少,因此在编写教材时常常内容偏多,以便能一材多用。近年来这方面的书籍陆续增加,大型的有湖南科学技术出版社出版的三卷本《精神医学丛书》,中型的有上海科学技术出版社出版的《实用精神医学》(即将出版)和《医学百科全书·精神病学分册》,以及人民卫生出版社出版的《精神病学》。现已有必要出版符合当前在校教学实际的专用书籍,这本教材即根据这一要求编写。

我们在编写中虽然力图编好,但深知缺点错误仍不能避免,因此希望不断从使用此书的教师和学生处获得“反馈”,以便能在以后修订中改正。上海医科大学江开达医师为本书编写了复习测验题,特此致谢。

目 录

前 言	
第一章 精神疾病的症状	徐韬园 (1)
第二章 器质性精神障碍概述	夏镇夷 (13)
第三章 脑器质性精神障碍	夏镇夷 (17)
第四章 躯体疾患伴发的精神障碍	夏镇夷 (23)
第五章 中毒所致精神障碍及酒精、药物依赖	夏镇夷 (27)
第六章 心理生理疾病和躯体疾病的心理反应	王祖承 (32)
第七章 精神分裂症	徐韬园 (36)
第八章 情感性精神障碍	吴文源 (41)
第九章 反应性精神病	王祖承 (45)
第十章 神经症	吴文源 (48)
第十一章 人格及性心理障碍	徐韬园 (59)
第十二章 儿童期精神障碍	徐韬园 (62)
第十三章 精神发育迟缓	徐韬园 (69)
第十四章 精神疾病的预防、治疗及护理	王祖承 (74)
附录	(86)
一、精神科住院病史格式	(86)
二、重性精神病疗效判断标准	(87)
三、中华医学会精神疾病分类——1984	(87)
四、复习测试题	江开达 (89)

第一章 精神疾病的症状

学习要求:了解判定精神症状的原则。熟悉常见症状的定义及表现,特别是错觉、幻觉、联想散漫、妄想、抑郁、焦虑、记忆障碍、意识障碍及智能障碍的主要内容。

精神疾病的表现称为精神症状。

医生在判定某一行为是否精神症状时必须进行对比分析:①这一行为是否与其过去的一贯精神活动一致(纵向对比);②这一行为是否与其同侪(peers, 同类的人)的行为一致(横向对比)。如果都不一致,还要分析有无产生此种行为的客观因素。如果找不出明显的客观因素,或客观因素与行为表现的突出程度很不一致时,可以初步确定为精神症状。

研究精神症状的科学称为症状学、现象学或精神病理学(psychopathology)。后两个名称虽也常用,但概念不及第一个名称明确。

人的精神活动是一种很复杂的互相联系的现象,一般都包括形式与内容两个方面。为了叙述方便,通常把精神活动分为以下几个方面,而且在叙述时通常更着重其形式,因为精神活动的形式比较有限,而内容则是千变万化,不胜描述。

第一节 感知障碍

感知是客观刺激作用于感觉器官而被意识到的过程。人类的感覺器官有视觉、听觉、触觉……的区分。但我们对客观事物的正确感知却常是各种感觉器官所感受的内容的综合。

常见的感知障碍有:

一、错觉(illusion)

这是对客观事物的错误感受,它的产生常与下列因素有关:(1)感觉条件差:例如视力不足、光线不足、声音模糊等;(2)情绪因素:在伴有强烈的恐惧或期待情绪时可出现“草木皆兵”等错觉;(3)疲劳、注意力不集中,亦可影响感知的清晰度而产生错觉;(4)意识障碍:例如谵妄时可出现大量错觉。

以上几种因素引起的错觉,前三种亦见于正常人。正常人的错觉只要改善感觉条件或加以解释,很易校正。后一种则需在意识障碍消除后方能校正。

二、幻觉(hallucination)

这是在缺乏相应的客观刺激时的感知体验。

意识清晰时出现幻觉都提示病态。一般按所涉及的感觉领域分为以下几类:

(一)幻听(听幻觉) 最常见。可以表现为无意义的噪声或有意义的声音(通常为语音),前者可由听觉器官疾病引起,不一定有诊断精神病的意义;言语幻听(通常称为“声音”)则常有诊断意义。幻听的内容通常是对患者的命令、赞扬或辱骂。有时是把患者作为第三者,“声音”的内容是几个人在讨论患者的情况,常见于精神分裂症。

(二) 幻视 可以看见无意义的色彩、闪光或成形的东西(常常是能引起恐惧感的形象)。视幻觉常见于谵妄、某些物质中毒、颞叶癫痫、精神分裂症等。

(三) 幻嗅和幻味 这两种幻觉常同时存在,所感觉到的常是令人不愉快的味道。可见于精神分裂症、颞叶癫痫等。

(四) 幻触 可以表现为触摸感、虫爬感、针刺感、触电感等,也可有性接触感。前者可见于某些周围神经炎、某些物质中毒(例如可卡因)、精神分裂症等,后者(性交幻觉)则主要见于精神分裂症、癔症。

(五) 其他感觉领域的幻觉单独出现的较少见,多作为整个幻觉的一个组成部分出现。

病人对幻觉的反应因幻觉内容、强度和病程而不同。在疾病早期、幻觉程度不严重时,病人有时可以意识到这是一种异常感觉,因此可以对人隐瞒或否认;在疾病盛期,常把幻觉认为是真实的,因此反应较强烈,表现恐惧、愤怒、敌对等,如幻觉内容是欢乐的,也可以表现愉快的反应;在疾病慢性期,病人可以对幻觉(通常是言语幻听)不产生强烈反应(“让它去啰嗦,不理它。”)。

第二节 思维障碍

思维是人类精神活动的重要特征,正常的思维一般都具有目的性(指向一定的目的,解决某一问题),连贯性(思维过程中,前后概念互相衔接)和逻辑性的特点。思维的主要表达形式是语言,也可以通过写作、艺术品或行为来表现,因此思维的异常也常表现为言语、行为等方面的异常。

思维障碍的表现很多,归类不甚统一,可以粗分为思维形式和思维内容的障碍两大类:

一、思维形式(form of thought)障碍

(一) 思维奔逸(flight of ideas) 这表现为联想的速度明显加快,大量的概念在脑中连续不断地涌现,甚至来不及表达。一般言,思维奔逸时其前后概念之间均存在内在的联系(有时表现为音联 rhyming 或意联 punning)或与当时环境中发生的事情有联系。思维奔逸是躁狂症的典型症状。

(二) 思维迟缓(slowness of thought) 与思维奔逸相反,此时表现为思流缓慢、回答问题很慢而且答语很简单。思维迟缓是抑郁症的典型症状,亦可见于精神分裂症。

(三) 思维贫乏(poverty of thought) 对问题只能在表面上产生反应,缺乏进一步的联想。例如问:“老虎头上拍苍蝇是什么意思?”答:“消灭苍蝇,搞好卫生。”常见于慢性分裂症患者。

(四) 赘述症(circumstantiality) 在叙述一件事时不紧不慢,但加入许多不必要的细节,无法使他讲得扼要一点,一定要按他原来的方式讲完。赘述症可见于癫痫性格者、粘滞性格者及其他情况。

(五) 持续言语(perseveration) 在回答问题时对第一问题的答语(一般都比较简单)要重复多次才能转入第二问题的答语,而此时检查者可能已提了许多问题。持续言语可见于器质性精神病、紧张型精神分裂症等。

(六) 思维中断(thought block) 在谈话中思路突然中断,不能再接上去,或接上去的是另一件事。可见于精神分裂症。正常人疲劳时、注意分散时或神经症患者也可有类似现

象,但其中断常有原因可寻,而且经提醒后常可按原题接下来。

(七) 联想散漫(loosening of associations) 一个概念引起另一概念,这一过程称为联想,思维过程也可称为联想过程。联想散漫就是思维的目的性、连贯性和逻辑性的障碍。主要的表现是病人认真谈了一番话,但医生却不知道他要说明什么问题。这种叙述的混乱即使检查者提出要求澄清,病人也不能说清楚,常见于精神分裂症。严重焦虑的患者有时也说不清问题,但当他镇静下来就能说清楚;智能不足者也会出现表达困难,但如检查者把问题提得简单一点,他就能表达清楚。联想散漫的病人即使在很平静的情况下,对很简单的问题也不一定说得清楚。较轻的联想散漫时,病人的每句话意义都很清楚,但各句话之间却缺乏联系,因此不能说明问题。严重的联想散漫有时叫做思维破裂,此时病人甚至不能表达完整的句子,只是把许多词堆砌起来,称为语词杂拌(word salad),例如:“鸡在叫,人生,人生,我是周老爷(病人姓周),宝莲灯,保养身体……。”

(八) 象征性思维 以一种事物象征另一事物,通常是以一种具体的东西象征一个抽象的概念,这称为象征性思维,例如以鸽子象征和平,以红色象征革命等。正常的象征性思维是以传统和习惯为基础的,即彼此能够理解的,而且不会把象征当作现实的东西,例如不会以多养鸽子当作防止战争的手段。病理性象征性思维则具有把象征和现实混淆起来的特点,同时病人所使用的象征往往是别人不懂的,例如以冬天不穿衣服来象征他的坚强。常见于精神分裂症。

(九) 诡辩性思维 是指病人对某些问题表现貌似合理而实际无效的辩论和探索。例如病人根据物质不灭定律“证明”人是不死的,因而又证明他已故的父亲实际上并没有死等等。诡辩性思维可见于精神分裂症及某些有人格障碍的人。

二、思维内容的障碍

主要表现为妄想。精神病学所谓的妄想是指一种病态的信念,它不符合事实,但病人却坚信不移,不能以其文化水平及社会背景来解释,也不能通过摆事实、讲道理来说服。但有几点必须注意:①妄想一般是指个别的心理现象,集体的信念,有时尽管不合理,也不能归于病态;②另外,妄想的定义里虽然表明“坚信不移”,但在它的开始形成阶段或开始消失阶段中,病人对它也不一定是坚信不疑的;③有些病人(特别是慢性精神分裂症)尽管对其妄想内容坚信不疑,但其行为却不一定受妄想的影响,例如病人一方面坚信自己是伟大人物或正处于被严重的迫害之中,另一方面却仍怡然自得地生活在精神病房之内;④有时妄想的内容虽然符合事实,但仍然是妄想。例如病人认为自己的妻子对自己不忠贞,尽管其妻确有其事,但病人的想法并不是根据客观事实形成的,而是根据妄想的规律发展起来的,因此仍然属于妄想。另外,妄想也不能完全根据其内容是否“合乎常情”来判断,某些想法有时看起来很“荒谬”,但如果其形成是符合客观规律的,就不能贸然确定为妄想,因为现实生活是很复杂的,对检查者来说是不可想像的事并不等于不会发生。

妄想按其发生过程可分为原发妄想和继发妄想(primary and secondary delusion)。原发妄想是突然产生的,内容与当时处境和思路无法联系的妄想。例如病人原先并无任何精神异常,某次听广播时突然坚信播音员在说他,而他的生活经历与当时的广播内容并无明显联系。原发妄想如果出现,常是精神分裂症的症状。

继发妄想是在某些体验的基础上发展起来的妄想。例如在听幻觉的基础上发展起来的妄想,在严重抑郁的基础上发展起来的自罪妄想,在某种妄想基础上发展起来的另一妄想

(先有被迫害妄想,以后又形成夸大妄想),因记忆障碍(常常因遗忘而丢失东西)而产生的被盗窃妄想等。这种妄想常见于偏执型精神病。

受了有妄想病人的影响而产生的妄想称为感应性或分享性妄想(shared delusion),通常受影响者与病人关系十分密切而与其他人很少接触,因而以为病人所述都是真实的,但一旦与病人脱离接触,妄想可以很快消失。这种妄想是二联性精神病的主要症状。

有些病人在出现妄想之后,可以把很久以前发生的事情与当前的妄想内容联系起来,其实当时他根本没有精神病态。例如患者目前有被迫害妄想,他回忆起幼时某次的呕吐,认为实际上就是由于有人在食物中放了毒的缘故。这不是记忆障碍,而是对回忆的情景的妄想性解释。

妄想的内容如果很有系统,逻辑性较强,称为系统性妄想,反之则称为非系统性妄想。

临床上通常按妄想的主要内容归类,常见的有:

(一)迫害妄想(即被迫害妄想) 这是最常见的妄想。病人觉得他被跟踪、被诽谤、被迫害等。可见于各类精神病,但如伴有幻觉,则以精神分裂症可能较大。

(二)关系妄想(或称牵连观念) 病人觉得周围发生的某些事情对他有特殊的意义,例如他进入一个房间,室内的人突然停止谈话,他可能认为这一定是在议论他,即把与自己无关的事牵连到自己身上来。关系妄想并不指明特定的内容,它通常是其他妄想(特别是迫害妄想)的基础或前奏。正常人在某些情况下亦可出现此种情况,但可以根据其心理背景作出解释,通常只称为牵连观念而不称为妄想。

(三)夸大妄想 病人认为自己是非常的人物,有特殊才能,广有财富等。可见于躁狂症、精神分裂症及某些器质性精神病。

(四)自罪妄想 常见于抑郁症。病人把自己过去的一些缺点错误看成是很大的罪行,认为自己对不起家人,对不起人民,认为自己已不配正常的生活下去,应当处以重刑等。常可伴有自杀自伤行为。

(五)疑病妄想 病人认为自己患了严重疾病,癌症、心脏病、脑瘤等。虽经医生仔细检查证明无病,但并不能使他信服。疑病妄想常见于中老年患者,其中内容荒谬者也见于精神分裂症。

(六)嫉妒妄想 病人捕风捉影地认为自己的配偶另有所欢,对自己不忠实,常跟踪、逼问自己的配偶以求证实,但即使不能证实也坚信如故。有时可出现报复行为。嫉妒妄想常见于夫妻双方条件相差较大者,亦常见于妇女的更年期。

(七)钟情妄想 较常见于年轻女性,认为自己被一男性所爱,常是有名的男性如影星、歌星、大人物等。有时男方根本不认识她,也从未与她有过接触,但患者坚信如故。

(八)影响妄想(或称被控制感) 患者觉得自己的一言一行都受外界某种力量的控制,例如通过电波或某种先进仪器来控制他(过去常认为被神鬼所控制),因而不能自主。影响妄想是诊断精神分裂症的重要症状。

(九)关于思维属性的妄想 正常人从不怀疑自己的思想是属于自己的,是自己的隐私,假使不对别人暴露别人是无从知道的。如果在思维的属性方面出现问题,一般都是病态,而且大多是精神分裂症。常见的有以下症状:①思维插入(thought insertion):病人认为自己的某些或所有的想法是外界插入的,自己的头脑在别人使用;②思维抽取(thought withdrawal):患者认为自己的思想被外力抽走了,脑子突然空了,常同时有思维中断的表

现；③思维播散(thought broadcasting)，病人觉得自己的思想即使不说出来别人也会知道，可能是通过别人植在自己体内的窃听器传播出去的，或者是通过“传心术”或其他神秘的方式传出去的。

三、强迫观念

这是指一些反复出现的想法、冲动或印象，明知不必要或不合理，但很难克制。这与前述的思维插入不同，病人并不认为这种观念是外来的。

强迫观念的内容大多是不愉快的，具体内容大致有以下几类：怕脏、怕染上疾病或把疾病带给别人；怕攻击别人，怕在公共场合做出不礼貌行为；怕杂乱，一切要有条有理；怕患致死性疾病；怕发生两性方面的不正常行为；怕对自己的信仰发生动摇等。

第三节 情感障碍

在日常用语里或在精神病学里，情感、情绪或心境等词常互相通用，但在有些书里，情感(affect)是指较短暂的一种心理状态，情绪(emotion)是指伴有较明显的植物性神经反应的心理状态，而心境(mood)则是指较持续的心理状态。在本章中，这几个词并不严格区分。

在精神疾病中，情感异常通常表现三种形式，即情感性质的改变，情感波动性的改变及情感协调性的改变。

一、情感性质的改变

可表现躁狂、抑郁、焦虑、恐惧等。正常人在一定的处境下也可表现上述情感反应，因此只有当此种反应不能依其处境及心境背景来说明时方可作为精神症状。

(一) 情绪高涨 患者表情喜悦，语音响亮，动作增多，自我感觉良好等。表现可以理解的、带有感染性的情绪高涨症状，常见于躁狂症，称为躁狂状态；表现不易理解的、自得其乐的情绪高涨状态称为欣快(euphoria)，多见于脑器质性疾病或酒醉状态。

(二) 情绪低落 患者表情忧愁、语音低微、动作减少，觉得自己前途是灰色的，甚至自责自罪，严重时可导致自杀。严重情绪低落可伴有某些生理功能的抑制现象，例如食欲不振、闭经等。情绪低落是抑郁症的主要症状。

(三) 焦虑 正常人在预期不利的情况下，或将执行无把握的任务时，可出现相应的焦虑表现，所以焦虑是日常生活中常见的现象，如果在应该出现焦虑的场合反而无动于衷，有时倒可能是一种病态。病态的焦虑是指在缺乏相应的客观因素下，出现惶惶不安、坐立不定、精神十分紧张的状态。焦虑常伴有心悸、出汗、手抖等植物性神经系统症状。严重的急性焦虑发作称为惊恐发作(panic attack)，常伴有严重的心血管症状。焦虑症状可见于各种疾病，是焦虑性神经症的主要症状。

(四) 恐惧 面临不利的或危险的处境时出现的情绪反应称为恐惧，任何人都有过不同程度的恐惧体验，恐惧时除精神极度紧张外，都伴有明显的植物性神经系统症状，例如心跳、气急、出汗、四肢发抖、甚至大小便失禁等。正常人在面临不利处境时可表现抵抗或逃避(fight or flight)的反应，恐惧常导致逃避。恐惧可由幻觉、错觉或妄想引起，对特定事物的恐惧是恐怖性神经症的主要症状，此时焦虑和恐惧常同时存在。

二、情感波动性的改变

(一) 情感不稳 表现为情感反应(喜、怒、哀、愁等)极易变化，由这个极端波动至另一

极端。与外界环境有关的轻度的情感不稳可以是一种性格的表现；与外界环境无相应关系的情感不稳则是精神疾病的表现，可见于各种精神疾病，常见于脑器质性精神障碍。

(二) 情感淡漠 这是指对各种事情缺乏应有的情感反应，即使对本身有密切利害关系的事情也是如此。情感淡漠是单纯型或慢性精神分裂症的常见症状。

(三) 易激惹性 表现为极易因小事而引起较强烈的情感反应(特别是发怒)，持续时间一般短暂。易激惹性常见于疲劳状态时、人格障碍者、神经症或偏执型精神病患者。

三、情感协调性的改变

正常的情感反应应与本人当时的心理状态及处境相协调，这种协调包括情感反应的性质及强度(包括持续时间)等方面。情感表现与其内心体验或处境相反者称为情感倒错，可见于精神分裂症。情感反应如同小孩，与其年龄不符者称为情感幼稚，多见于癔症或痴呆患者。

第四节 意志障碍

意志是推动人们采取各种行动以达到某种预定目标的心理过程。意志强弱常决定于情感，强烈的追求才会使人坚持采取某些行动。

意志障碍通常有以下表现：

一、意志增强

在病态情感或妄想的支配下，病人可以坚持某些行为，表现出极大的顽固性。例如有迫害妄想的病人四处控告，有嫉妒妄想的病人对其配偶坚持跟踪，有疑病妄想的病人到处求医等。

二、意志减弱

常与情感淡漠或情绪低落有关，病人缺乏主动性及进取心，即使开始做某事也不能坚持到底。严重的意志减弱称意志缺乏，表现处处被动，即使本人的基本生活要求也要别人督促。意志减弱常见于抑郁症及慢性精神分裂症。

另有两种情况亦可归于意志障碍范围，即：

矛盾症状(ambivalence 或译双价症)：表现为对非常简单的事也犹疑不决，例如碰见朋友时要不要握手，出了大门朝左走还是朝右走。是诊断精神分裂症的重要症状。

易暗示性：思想或行为常为别人(通常是自己崇拜的或信赖的人)的暗示所支配，自己不加分析思考，盲目遵从。可见于正常人，常见于癔症。

第五节 动作行为障碍

动作是指较简单的运动(如点头、挥手)，行为则是指一系列动作的有机组合，但这两个词也常合用或互相通用。动作行为障碍又可称为精神运动性障碍。

动作行为障碍的分类方式很多，一般分为以下几类：

一、精神运动性兴奋

是指动作和行为增加。可分为协调性和不协调性两类：

(一) 协调性兴奋

这种动作和行为增加与其思想感情是协调的,身体各部分的动作也是协调的,例如情绪激动时的兴奋、轻躁狂时的兴奋都是典型的协调性兴奋。

(二) 不协调性兴奋

主要是思想感情与其动作行为不协调,例如紧张型精神分裂症的紧张性兴奋,青春型精神分裂症的愚蠢淘气的行为和装怪相、做鬼脸等。谵妄时也可出现明显的不协调性行为增加。

二、精神运动性抑制

是指动作和行为减少。可分为以下各类:

(一) 木僵

患者动作行为减少。并经常保持一种固定姿势。最严重的木僵称为僵住,患者不言、不动、不食、面部表情固定,大小便潴留,对刺激缺乏反应,如不予治疗,可维持很长时间。轻度的木僵称为亚木僵状态,表现为问之不管,唤之不动,表情呆滞,但在无人时能自动进食,能自动解大小便。严重的木僵常见于精神分裂症,称为紧张性木僵;严重抑郁症时亦可能出现木僵状态,但一般程度较轻。

(二) 蜡样屈曲

常在精神分裂症木僵的基础上出现,患者身体各部位可以听人摆布,即使把它摆成一个很不舒服的位置也可以维持较长的时间才慢慢恢复原状,就象塑腊人一样。

(三) 违拗症

也常在精神分裂症木僵的基础上出现。患者对于要求他做的动作不但不执行,而且表现抗拒、相反的行为,例如要他立,他偏要坐;要他张口,他偏闭口,这种情况称为主动违拗。如果患者只拒绝执行对他的要求,而不表现相反的行为,则称为被动违拗。

三、本能(instinct)行为的异常

人类的本能可归纳为保存生命的本能和保存种族的本能两大类,具体的表现为躲避危险、饮食、睡眠、性的本能等。本能行为异常主要有以下几种:

(一) 自杀 一般是属保存生命本能的障碍,但也有许多例外。自杀的原因常见的有以下几种:(1)因为受到外界强大压力;(2)因为一时感情冲动;(3)为了达到某种目的,扬言自杀,弄假成真;(4)因为各种精神病引起,以抑郁症为多见,在我国,因精神分裂症而自杀者亦不少见。自杀的形式与当时条件有关,例如跳楼、投河、自缢、服毒、自刎等均为较常采取的形式。自伤,也可看作为本能行为的障碍,多见于精神发育不全和精神分裂症。

(二) 饮食障碍 包括以下四种:①食欲减退:有许多躯体疾病可以产生食欲不振的症状。在精神疾病中,因抑郁症引起的食欲减退最多见。另有一种特殊类型的食欲减退,称为神经性厌食,在国外较多见。②食欲亢进:主要是指经常的暴饮暴食而言,多见于精神发育迟缓和精神分裂症。③拒食:在精神病人中,常因猜疑(怕中毒)、幻听、意识模糊及木僵等症状而引起拒食。④异食症:指嗜食普通人不吃或不常吃的东西而言,如泥土、石灰等。痴呆患者因丧失判断能力而乱吃东西不属于异食症。

(三) 睡眠障碍 临床上常见的睡眠障碍如下:①失眠:入睡困难、多梦、易醒、早醒等统称失眠,在环境允许睡眠的情况下而通宵失眠者很少见。失眠是临床最常见的症状之一,它可由多种原因引起,但大多是神经症的表现。②嗜睡:常由衰弱引起。另有一种情况称为发作性睡病,发作时不管环境如何,不可抗拒的进入睡眠状态,但持续时间短,易叫醒。③

睡行症(旧称梦游症):表现为在夜间睡过一阵后起床活动,行动较呆板,意识恍惚,问之不管或含糊答应,走动一阵后又睡,次日不能回忆。多见于儿童及癔症患者。

(四) 性功能障碍 性本能是保存种族的本能,性功能障碍可由性器官或脊髓疾病引起,更常由心理因素引起。临床上表现为阳萎、阴冷等症状。

四、某些特殊症状

(一) 刻板言动 表现为不断地、无目的地重复某些简单的言语或动作,常见于紧张型精神分裂症。

(二) 持续言动 指对一个已完成了的行为要重复多次方能进行下一个行为。例如问病人年龄,病人答:“55岁”,又问他职业,但仍答“55岁”,直至反复多次后才回答职业。持续言语或动作主要见于器质性精神病。

(三) 模仿言语和模仿动作 指对别人的简单的言语或动作的毫无意义的模仿。多见于器质性精神病,亦可见于精神分裂症。

(四) 作态(mannerism) 指用一种不常用的表情、姿势或动作来表达某一有目的的行为。例如以某种特殊的姿态来握手、写某种特殊的字体、梳某种特殊的发型,用词特殊,表情夸张,行为与其处境不相称。作态可见于精神分裂症和器质性精神病,亦可见于若干非精神病患者。

(五) 强迫动作 指患者明知不必要却又难以克制而去重复的动作,如果不去重复,就要产生严重的焦虑不安。常见的表现形式有强迫性洗手、强迫性的检查门是否锁好等。常见于强迫性神经症。

(六) 冲动行为 是指突然产生,通常多引起不良后果的行为。常见于人格障碍,精神分裂症等。

第六节 注意障碍

在一段时间内,精神活动指向某一事物称为注意,此时人们对这一事物的感知最为清晰,因而有利于识记和分析。注意可分为主动注意和被动注意两种情况,例如学生在上课时集中注意听讲属于主动注意,此时教室门口如有人经过亦可进入意识领域,这称为被动注意。被动注意的对象常不十分清晰和明确。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:

一、注意增强

有妄想症状的病人与其妄想有关的事物十分注意,即使很小的细节也不放过,而且可以持续很长时间。躁狂症的病人虽然注意容易转移,但往往可以在很短时间内捕捉到事物的某些特点。

二、注意减退

或称注意涣散、注意不易集中。主要是指主动注意而言,常见于神经症患者及多动症患儿。

三、随境转移

主要表现为主动注意不能持久,被动注意增强,因此主动注意常因周围环境变化而转移,这是躁狂症的主要症状之一。

四、注意范围缩小

当注意集中于某一事物时,就不能再注意与之有关的其他事物,即主动注意范围缩小,被动注意明显减弱,可见于有智能或意识障碍的患者。

正常人的注意也受兴趣、心境和身体功能状态很大的影响,因而对没有兴趣的事物注意不易集中就不一定是病理现象。疲劳时注意也不易集中。

第七节 记忆障碍

记忆是非常基本的精神功能,可以说没有记忆我们就不能认识自己,也不能认识世界。

记忆过程可以分为三个阶段,即识记、保存和再现。要记住某一事物,首先是要注意这一事物,获得一较清晰的感觉和认识,否则就不容易记住,这就是识记。各种影响注意集中的因素都可以影响识记,对识记的对象缺乏基本知识也影响记忆,例如同样听一个医学报告,医生就比一般人容易记住。

把识记的印象保存在脑里是记忆过程的第二步。保存的障碍常常与脑器质性疾病有关。事实上我们不可能把所感知的印象全部保存下来,因此根据保存时间的长短可以分为短期记忆、中期记忆和长期记忆。对于一个不常用的电话号码,我们往往只保存几秒钟或几分钟,打过电话后很快就忘了,这是短期记忆。要想长期记住,就要在适当的时间内进行复习,自己单位的电话号码因为经常使用(复习),所以容易记住。特别关心的事物就容易记住,这就是情绪对记忆的影响。比较特殊的事物也较易记住,这是因为常见事物的印象容易互相干扰,而特殊事物这种干扰较少之故。

保存的印象在需要的时候能再现出来,这就是记忆的第三个过程,通常称为回忆,不能回忆称为遗忘,有时对过去见过的某人的面容不能回忆,但再次见到此人时却能认出来,这称为再认。再认往往比凭空回忆容易。

记忆障碍可分为遗忘和记忆错误两大类:

一、遗忘

部分或全部地不能再现以往的经验称为遗忘。遗忘的原因很多,常见的是由于识记过程的障碍或者没有进行适当的“复习”引起的。脑器质性疾病时常影响保存过程,因此对所经历的事物无法铭记,这种遗忘属于器质性,以后无法再现。当需要回忆某一事件,一时想不起来,但以后因为其他事件的诱发,又会把原来想不起来的事回忆起来,这是再现的障碍,这种障碍常见于神经衰弱患者,亦见于正常人,通常不是由器质性疾病引起。除以上所述外,尚有以下各种较特殊的遗忘形式:(1)界限性遗忘:表现为把生活中某一特定阶段的经历完全遗忘,通常与这一阶段发生的不愉快事件有关。见于癔症,又称癔症性遗忘。(2)顺行性和逆行性遗忘:通常因脑外伤或其他原因引起的急性意识障碍引起。对外伤以后一段时间内发生的事情的遗忘称为顺行性遗忘,对外伤以前发生的事情的遗忘称为逆行性遗忘,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。(3)近事遗忘和远事遗忘:对新近发生的事情不能记忆,称为近事遗忘;对过去发生的事情不能回忆,称为远事遗忘。正常的规律是近事较易回忆,远事较不易回忆。脑器质性精神疾病常先表现近事记忆损害,然后再损及远事记忆。

二、记忆错误

由于再现的失真而引起的记忆障碍称为记忆错误。正常人对较复杂或较久远的事件的回忆,也经常有不同程度的失真现象。记忆的图像实际上并不像照相那样逼真,它更像一幅图画,只突出画家认为应突出的部分,这里有相当程度的主观成分。

常见的病态的记忆错误有:(1)错构:这是将过去经历过的事情在具体时间、具体人物或具体地点上搞错了,造成张冠李戴而不易校正。可见于脑器质性精神病。(2)虚构这是指由于遗忘,病人以想像的,未曾亲身经历过的事件来填补自身经历的记忆的缺损。由于虚构是在严重记忆障碍基础上产生的,因而虚构的内容也不能记住,所以其叙述的内容常常变化。虚构是脑器质性精神障碍的症状,它与病理性谎言不同,后者常见于人格障碍者,其记忆能力基本上无损害。(3)柯萨可夫综合征:又称遗忘综合征,主要包括近事遗忘、定向障碍与虚构症等症状。柯萨可夫当初认为这是酒精中毒性精神病的特征性症状群,后来发现其他的脑器质性精神障碍亦可出现此现象,特别是病变损害下丘脑部位时。(4)熟悉感和陌生感:又称似曾相识感和旧事如新感。在经历完全陌生的事物时,有一种过去曾亲身经历过的感觉,称为熟悉感(*déjà vu*);对过去经历过的事情在重新经历时如有完全陌生的感觉,称为陌生感(*jamaïs vu*)。熟悉感可见于正常人,亦可见于精神疾病患者,前者很快就会认识这是自己感受或记忆方面的错误,后者则常坚持认为自己确是经历过的。陌生感见于有严重记忆障碍的病人。(5)妄想性回忆,或称妄想性追溯。患者将过去(产生妄想以前)的经历与当前的妄想内容连系起来,删除了回忆中与妄想内容抵触的部分,夸大了回忆中与妄想内容可连系的部分。例如有被迫害妄想的病人回想起自己在幼年时某人已有迫害他的迹象或情节(事实上他的妄想二十多岁后才出现),有自罪妄想的病人认为一生经历都是错。这种症状与错构及虚构不同,在不牵涉其妄想内容时,并无明显的记忆障碍。

第八节 意识障碍

在临床医学上,意识是指病人对周围环境及自身的认识和反应能力。

意识障碍是由脑功能的抑制引起,不同程度的抑制引起不同程度的意识障碍。急性脑损害(例如脑外伤、脑缺血)可以使人从意识清醒立刻转入意识丧失(昏迷);非急性的病变则可出现不同程度的意识障碍表现,可以发展或不发展到昏迷。如果以单纯的脑功能抑制为主,可表现意识混浊、嗜睡、昏睡、昏迷等症状;如果抑制还伴有释放症状或其他症状,则表现为谵妄、朦胧状态、梦样状态、意识模糊等。现分述如下。

一、意识混浊

意识清晰度轻度受损,表现为似醒似睡,缺乏主动,行为迟缓。如果缺乏刺激,常像要睡着一样,但还能有一些简单的动作和反应,例如能按要求张嘴、伸舌等,能回答简单问题,但对复杂问题则有些茫然不知所措,语音常低,语流常慢。

二、嗜睡

在独处时很容易睡着,但可以叫醒。

三、昏睡

整日处于睡眠状态,要用强刺激(推、针刺、拧)方能产生反应。

四、昏迷

此时即使使用强刺激,也不能使病人产生适当的反应。浅昏迷时腱反射及足底反射消

失,但角膜反射及瞳孔光反应仍存在,深昏迷时则所有反射都消失,瞳孔扩大,呼吸变慢,不规则,时有暂停。昏迷可由多种颅脑疾病(例如脑外伤、颅内压升高、脑缺血、缺氧等)引起,亦常因毒物中毒或代谢性中毒引起。

五、谵妄

此时不但有意识障碍,而且有动作增加。患者表现定向力全部或部分丧失,思维零乱,对周围环境不能正确辨认。常有幻觉,多为视幻觉。亦可有错觉。视幻觉及视错觉的内容常带有恐怖性质。谵妄往往夜间加重,日间则可表现嗜睡。较轻的谵妄也称为亚谵妄状态(sub-delirium)。谵妄常由感染(高热谵妄)、中毒(例如酒中毒所致的震颤谵妄、曼陀罗中毒、毒蕈中毒等)引起。精神分裂症有时也可表现类似谵妄的症状。

六、朦胧状态

主要表现为意识范围的狭窄。此时患者集中注意于某些内心体验,而对环境中的事物不知不觉,反应减退。思路不清晰,有时很混乱。可以表现焦虑或欣快的情绪。对周围事物可有错认。朦胧状态一般持续时间不长,好转后常不能回忆。朦胧状态可由多种原因引起,其中器质性的原因有癫痫、脑外伤、脑血管疾病、脑缺氧及中毒等;心因性朦胧状态可见于心因性精神病及癔症等。

七、梦样状态

表现像做梦一样,病人完全沉缅于幻觉幻想之中,对外界环境毫不注意。外表好像清醒。对其幻觉内容,过后并不完全遗忘。睡眠剥夺或过度疲劳均可引起梦样状态,精神分裂症、某些药物(例如致幻剂)亦可引起梦样状态。

八、意识模糊(mental confusion,或译精神错乱)

这个名称本身的概念比较模糊,过去包括的范围较广,现较少用。主要表现为严重的思维混乱,伴有定向不良、幻觉、妄想、焦虑、迷惘等。与谵妄或梦样状态很相似。它常由器质性疾病引起,偶可见于精神分裂症。

第九节 智能障碍

智能(或称智力)一般是指接受知识和运用知识的能力,因此它不是一个简单的过程,它牵涉到感觉、记忆、判断、分析等一系列的过程。

上一世纪后期开始应用智力测验来测定智能高低,目前国际上最通用的是 Stanford-Binet 智力测验和 Wechsler 智力测验。智力测验的前提是认为同一年龄的儿童应该有相似的智能水平,因此应该能回答同样的问题或进行同样的操作,就像一年级的学生应当能考得出一年级的试卷一样,根据这一前提,心理学家设计出整套的测验题来试测不同年龄的儿童,从而推算智商(IQ)。智商的推算公式如下:

$$\text{智商} = \frac{\text{根据智力测验确定的年龄}}{\text{实际年龄}} \times 100$$

正常人群的智商呈常态曲线分布,多数人的智商值为 100 ± 15 。智商低于 70 者属于低智能,高于 130 者属于高智能。这两种情况虽然都不是常态,但通常把低智能作为病态,而把高智能作为天才。

正常智能的基础是健全的脑和合适的学习,因此智能障碍也主要由脑的疾病或缺乏学

习条件引起。学习条件不但包括环境和老师，也包括学习的时机。例如儿童时期如果没有学习语言的机会，长大后就很难学会说话(这不包括学习第二种语言，不过年龄越大学习第二种语言的困难也越多)。

智能障碍可由多种原因引起，其中在大脑发育完全以前引起的称为智能发育不全。大脑发育完全以后，如果罹患严重脑部疾病，智能可以退化，其中较严重者称为痴呆。

关于智能障碍的其他情况将在“精神发育迟缓”一章中叙述，此处从略。

第二章 器质性精神障碍概述

学习要求：掌握器质性精神障碍常见综合征的临床表现和引起这些综合征的有关因素、诊断和治疗原则。

精神病一般被分为器质性和功能性两大类。前者系指脑部有明显病理改变，包括各种原发于脑部疾患、继发于躯体疾病或中毒所致的精神障碍。后者系根据目前科学技术水平，还未能发现脑部有明显的形态学改变或肯定的生理生化改变的精神疾患。器质性与功能性的区分只能看作相对的和有条件的。随着科学技术的日益发展，在过去不能发现脑部病理改变的病人中，可能发现脑部存在某些精微的改变。所谓功能性精神障碍的范围必将日益缩小，最后，功能性与器质性的区分，也将会趋于消失。在目前临床实践上，沿用器质性精神障碍这一概念，对诊断与治疗仍有实际意义。在这一大组疾病项下，包括有脑器质性精神障碍、躯体疾病所致的精神障碍(症状性精神病)和中毒性精神障碍。

一、器质性精神障碍的常见综合征

各种器质性精神障碍的病因尽管不同，但其精神症状都有相对的共同特征。大多数这类病人的精神障碍可表现为谵妄、痴呆和遗忘综合征。

(一) 谵妄(delirium)综合征 这是一组广泛认知功能障碍，以意识障碍为主要特征的综合征。常因大脑弥漫的暂时的中毒、感染或代谢紊乱等病变所引起。由于多发生于急性起病、病程短暂、病变迅速发展的中毒、感染等病变，故又称为急性脑综合征(acute brain syndrome)。精神症状以意识模糊为主，多数病人的意识障碍呈日轻夜重，也有在一天内出现多次波动。多呈现注意涣散，记忆减退，特别表现在短程记忆方面，如不能记起发生在数分钟或数小时内的事。当意识恢复后，常不能回忆谵妄状态时的情境。定向障碍是记忆和注意障碍的结果，病人难于正确判断时间、人物和地点，尤以时间定向最易受累。严重时常出现错认、错觉和幻觉，特别是以内容恐怖的幻视为多见。病人常答非所问，思维不连贯，并可产生短暂片断的被害妄想。

此外，尚有某些继发性精神功能紊乱，如情感淡漠、抑郁、焦虑、恐惧、精神运动性兴奋或抑制。可在幻觉或情绪的支配下产生伤人或自伤行为。当一个激越性谵妄病人突然地变得安静，这可能是其躯体疾病的加剧，从嗜睡逐渐陷入昏迷的迹象，需要提高警惕。

(二) 痴呆(dementia)综合征 本综合征也是大脑认知功能的全面受损，而以缓慢出现的智能减退为主要临床特征，包括记忆、思维、理解、判断、计算等功能减退和人格改变，而没有意识障碍。由于这组症状多见于起病缓慢、病程较长的慢性脑病变，故又称为慢性脑综合征(chronic brain syndrome)。病人的智能与原先相比明显减退。早期表现常为社交与工作效率下降，近事遗忘，思维迟钝，注意集中困难，当碰到不熟悉或不能胜任的事情时，易感疲乏、沮丧、忿怒和焦虑。此时可伴发消极意念。性格改变亦较多见。随着病情进展，逻辑思维及概括能力进一步减退，思维内容贫乏，联想减少，言语单调，语词贫乏，可出现刻板或重