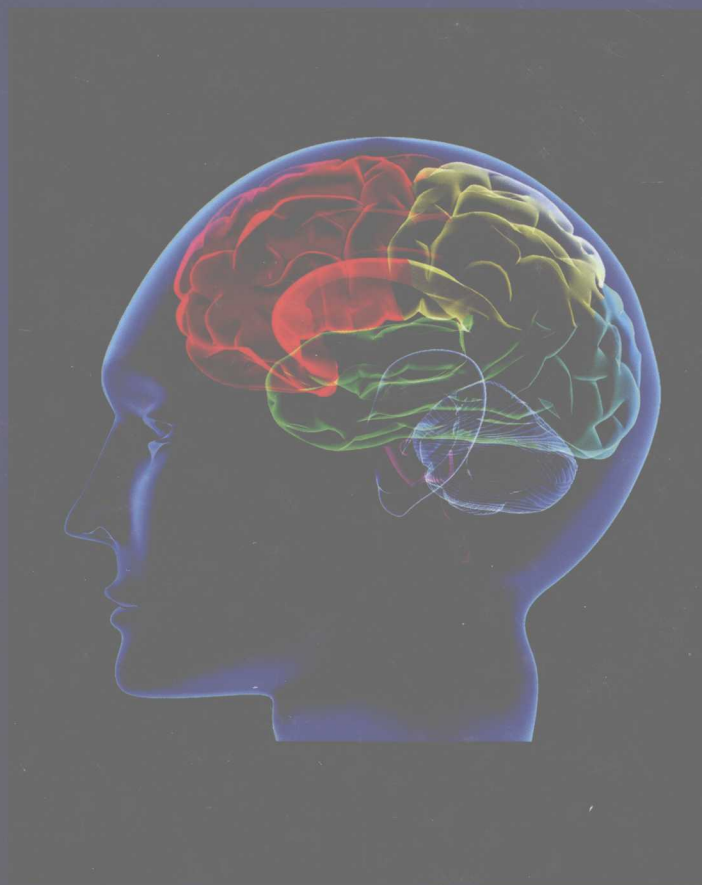


实用临床精神病学

Practical Clinical Psychiatry

师建国 主编



科学出版社

www.sciencep.com

实用临床精神病学

Practical Clinical Psychiatry

第2版



人民卫生出版社
People's Health Press

实用临床精神病学

Practical Clinical Psychiatry

师建国 主 编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书是一部专门介绍临床精神病学与精神卫生学的专著,涉及精神病学的症状学、诊断学及治疗学,旨在指导精神科医师做出正确临床诊断,减少诊疗失误,全面提高诊疗技术和防治水平。作为医学教育和临床参考用书,本书除系统规范地介绍了精神科临床医师必须掌握的基础知识和技能外,全面总结了国内外研究的最新理论和进展,系统讲述了临床核心技术和关键手段,引导广大精神科医师学习和掌握现代精神病学诊断与治疗的新理论、新知识、新技术和新方法。

本书适合精神科医师、全科医师,医学、心理学和精神病学与精神卫生专业的学生,以及其他致力于精神卫生事业的工作者阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

实用临床精神病学 / 师建国主编. —北京:科学出版社,2009

ISBN 978-7-03-025548-8

I 实… II. 师… III. 精神病学 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 161859 号

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2009 年 9 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2009 年 9 月第一次印刷 印张:45

印数:1—2 000 字数:1 131 000

定价: 148.00 元

如有印装质量问题,我社负责调换

《实用临床精神病学》编写人员

主 编 师建国

审 阅 董群惠

副主编 王新瑞 郭芝芳 戴尊孝 吴 斌

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

戴尊孝 郭芝芳 何睿哲 李金惠 蔺华利

刘飞虎 罗园园 师建国 谭全胜 唐卫东

陶美珍 王新瑞 王艳琼 卫 东 吴 斌

行养玲 杨 洪 杨 旭 张 辉 张晓红

钟意娟

前 言

精神科医师的基本功包括三个方面:准确把握精神疾病的症状、精神检查以及书写精神科病历。

精神病人的临床表现错综复杂、术语繁多、概念抽象,有的症同名异,有的名似症殊,精神症状和精神疾病的鉴别之困难是影响诊断、治疗效果的主要问题。为了帮助临床医师掌握精神症状和精神疾病的鉴别要点,我们在查询国内外主要专科著作和文献资料的基础上,结合自己的实践体会,选出临床中较易混淆的精神症状和精神疾病,进行比较鉴别,供临床分析时参考。

精神检查既是一门科学,又是一门艺术。精神检查要再现病人受检时的精神状态:医师所观察到的病人的行为态度和病人所叙述的体验。精神检查应首先形象地描述观察到的全部内容,记录病人的原话。在诊断过程中不断使用“肯定”和“排除”两种方法,评价社会功能受损程度,并做出判定。

病历具有科学性、实用性和完整性的特点,是诊治过程中的第一手材料,是科研工作的重要依据。一份合格的精神科病历,应是实事求是、检查细致、诊断准确、处理恰当的记录,它能体现一位医师、一个科室的水平,还可以反映出医院的管理水准。有学者把病历喻为医师的第二面孔,并不言过其实。一名合格的医师书写出的病历应当是一份满意的答卷。如果草率从事,显然违背了科学原则和起码的医德规范,进一步提高医疗质量又从何谈起?

精神科医师首先应该是心理医生,缺乏心理学知识的精神科医师不是合格的精神科医师;同时,只有心理学专业知识的人是不能成为精神科医师的。优秀的精神科医师同样也是优秀的心理医师,精神科医师除了要有一定水平的专业知识外,还要具有一定的职业素质。

为了提高精神科医师的诊疗水平,使精神科医师更好地为病人服务,提高精神科医师的医疗文书书写水平,熟悉临床相关知识,我们编写了这部《实用临床精神病学》。编著本书的目的在于为我国的精神科工作者提供一本有益的临床工作参考书,同时,鉴于本书兼备描述性和实用性的特色,希望本书能作为目前我国精神病学教科书的一个有力补充。根据精神科的特点,我们打破传统的编写模式,改变传统的思路和结构,进行了全新的一次探索。本书没有专门编写常规的病种章节,因为精神科的治疗目前仍然是以对症治疗为主,只要熟练掌握精神科的症状学、精神药物治疗和非精神科药物治疗的方法、适应证、禁忌证、不良反应,就可以满足临床的基本需要。我们编写本书的方式,不宗于某一学派,取传统的描述性优势,汇集了众多学派之所长和近几年精神医学研究的最新进展,紧扣临床,注重实用,内容翔实,条理清楚,语言上深入浅出,力求通俗易懂,既适合于系统学习,又适合于临床查阅。

本书为抛砖引玉之作,其目的还在于促进中国精神病学专著的写作在某些方面能有所突破。

师建国

2009年5月20日

目 录

第一章 精神症状学	(1)
第一节 感知障碍.....	(2)
第二节 注意障碍.....	(7)
第三节 记忆障碍.....	(8)
第四节 思维障碍.....	(10)
第五节 情感障碍.....	(19)
第六节 意志障碍.....	(22)
第七节 动作行为障碍.....	(23)
第八节 饮食、睡眠和性功能障碍.....	(25)
第九节 智能障碍.....	(27)
第十节 自知力障碍.....	(28)
第十一节 意识障碍.....	(28)
第十二节 其他障碍.....	(31)
第十三节 精神病病理综合征.....	(32)
第十四节 精神症状的比较表.....	(35)
第十五节 精神症状的鉴别诊断.....	(41)
第二章 精神障碍的检查与诊断	(67)
第一节 精神障碍的诊断思路.....	(67)
第二节 精神障碍的诊断分级.....	(73)
第三节 常用精神障碍分类系统.....	(75)
第四节 精神障碍的辅助诊断.....	(88)
第五节 病史采集与精神检查.....	(104)
第三章 躯体治疗	(111)
第一节 抗精神病药物.....	(111)
第二节 抗抑郁药物.....	(134)
第三节 心境稳定剂.....	(151)
第四节 抗焦虑药物.....	(167)
第五节 其他精神药物.....	(182)
第六节 精神药物之间的相互作用.....	(191)
第七节 精神类药物所致精神障碍.....	(225)
第八节 电抽搐治疗.....	(245)
第九节 经颅磁刺激治疗.....	(249)
第十节 光照疗法.....	(252)
第十一节 精神外科治疗.....	(254)

第十二节 精神障碍的中医中药治疗	(257)
第四章 心理治疗	(279)
第一节 精神分析治疗	(282)
第二节 行为治疗	(285)
第三节 认知治疗	(288)
第四节 人本主义疗法	(290)
第五节 眼动脱敏再加工	(292)
第六节 集体晤谈	(296)
第七节 发泄网疗法与鬼屋疗法	(298)
第八节 动物疗法	(300)
第九节 艺术疗法	(304)
第十节 药物催眠术的临床应用	(318)
第十一节 其他心理治疗方法	(321)
第十二节 案例分析	(326)
第五章 危机干预	(331)
第一节 概述	(331)
第二节 应激	(337)
第三节 嫉妒危机	(341)
第四节 伦理危机	(345)
第五节 家庭危机	(362)
第六节 就业危机	(376)
第七节 灾难危机	(385)
第八节 自杀	(407)
第九节 危机干预	(421)
第六章 精神障碍的康复	(435)
第一节 精神障碍康复的概念	(435)
第二节 精神障碍康复的任务	(437)
第三节 精神障碍康复的评定	(443)
第四节 精神障碍的康复治疗措施	(448)
第五节 精神障碍的三级预防	(454)
第六节 社区精神卫生服务概述	(459)
第七节 社区精神卫生工作体系	(461)
第八节 社区精神卫生工作内容	(464)
第九节 精神分裂症康复信心的重建	(496)
第七章 精神科急诊	(522)
第一节 精神科急诊概述	(522)
第一节 自杀与自伤	(523)
第三节 冲动和暴力行为	(525)
第四节 谵妄状态与兴奋躁动状态	(527)

第五节 木僵状态与幻觉/妄想状态	(530)
第六节 拒食与出走	(531)
第七节 精神病人发生危急情况的紧急处理	(532)
第八节 精神药物中毒与常见的不良反应	(535)
第九节 常用的急救技术	(539)
第八章 司法精神病学	(544)
第一节 司法精神病学概述	(544)
第二节 精神疾病相关法律能力	(545)
第三节 各类精神障碍刑事责任能力评估标准	(546)
第四节 司法精神病学鉴定工作中的一些注意事项	(552)
第五节 维护司法的尊严	(556)
第六节 与司法精神病鉴定有关的法规条例	(561)
第九章 精神科临床新进展	(574)
第一节 网络瘾	(574)
第二节 手机依赖综合征	(588)
第三节 赌博瘾	(593)
第四节 易性癖	(602)
第五节 同性恋	(607)
第六节 美沙酮维持治疗	(611)
第七节 精神疾病的探索方向	(621)
附录	(627)
附录一 精神科门、急诊病历书写	(627)
附录二 精神科处方书写	(629)
附录三 精神科住院病历书写	(637)
附录四 精神科示范病历	(659)
中英文名词索引	(705)

第一章 精神症状学

精神病学(psychiatry)是临床医学的一个分支学科,是研究精神疾病病因、发病机制、临床表现、疾病发展规律以及治疗和预防的一门学科。

精神障碍(mental disorders)又称精神疾病(mental illness),是一类具有诊断意义的精神方面的问题,特征为认知、情绪、行为等方面的改变,可伴有痛苦体验和(或)功能损害。精神障碍的核心部分是失去现实检验能力、有明显幻觉妄想的精神病性障碍(psychotic disorders),外围是一些神经症性疾病(neurotic disorders),如焦虑抑郁,再外围可能是一些人格、适应不良等问题。

精神症状是人脑功能紊乱的表现,精神症状学是临床精神病的基本组成部分,也是精神疾病临床诊断的重要依据之一。现代神经科学证明,人类所有的精神活动(广义的行为)均为大脑调控。我们对孩提时代经历的清晰回忆来自于我们的大脑,我们的喜怒哀乐、一言一行、一举一动,皆是大脑功能的体现。正常的大脑功能产生正常的精神活动,异常的大脑功能与结构可能导致异常的精神活动与行为表现。

大脑是一个高度复杂的有机体。脑的复杂性更在于其结构与化学活动处于变化之中(可塑性),即使是成人的大脑,仍有新的神经元产生,以适应处理和储存信息的需要。大脑可塑性与记忆的关系至少有两个水平:一个是分子和细胞变化,形成新的突触联系;另一个是突触间信息循环、交流,产生行为改变。因此,不管是躯体治疗还是心理治疗,都能作用于大脑,并能使之改变,产生治疗作用。精神障碍是生物、心理、社会文化因素相互作用的结果,同时各种因素与疾病关系纠缠不清,互为因果。

正常人的精神活动与精神病患者的精神活动之间无严格的界限,正常人在不定的时间段可出现一些不符合正常规范的心理异常表现,精神病患者在患病期间的异常精神活动仅仅是整个精神活动的一部分。人类的精神生活是丰富多彩、千差万别的。不同的医师对同一精神现象,由于理论知识与实践经验的不同,同样在认识上存在着差异。因此,要正确判断一个人是否患精神疾病,难度相当大。精神症状的内容表现与患者患病前的生活经历、文化程度、社会实践、精神创伤以及思想意识等有密切关系。同样一种表现在一些人属正常现象,而在某些人则可能成为精神症状。总的来讲,精神症状的表现和判断标准是非常复杂的。作为一个合格的精神科临床医师,对精神症状学的学习和联系是必不可少的,要把精神症状学作为一项重要的基本功来学习。

目前,与其他临床学科不同,精神科还缺乏特异的实验室检查和影像学检查来反映精神活动异常的生物学指标。因此,对精神活动的正常和异常的判断不可能像其他学科那样确切。在这种情况下,精神科临床医师只能根据精神症状学的理论知识和应用技能水平来判断精神病的症状。

第一节 感知障碍

感觉(sensation)是人脑对客观事物个别属性的反映;知觉(perception)是客观事物整体属性在人脑中的反映。

客观事物个别属性包括光、声、硬度、重量、色泽和气味等。其刺激通过感觉器官在人脑中反映出来,便是感觉。而客观事物的各种属性通过感觉器官在人脑中综合起来,并借助以往的经验在脑中形成一个完整的印象即是知觉。

视觉、听觉、嗅觉、味觉、触觉、运动觉、平衡觉、内脏觉是不同类型的感觉,分别反映客观事物的不同特性和机体的不同状态。知觉就是在这些感觉的基础上形成的。因此,感觉是知觉的基础和前提,知觉是感觉的综合。知觉的熟练程度与以往的经历和训练程度有关。正常情况下感知觉的印象与客观现实事物相一致。感觉障碍多见于神经系统疾病,知觉障碍多见于精神疾病。

一、感觉障碍

感觉障碍(disorder of sensation)包括器质性损害和功能性损害两种,神经感觉细胞和传导感觉的神经纤维发生结构性损害属神经症状,其分布与相应的神经损害的部位相符合,而且较固定。

1. 感觉过敏(hyperesthesia) 又称感觉增强。属感觉阈降低的表现,对一般强度的刺激,包括声光刺激、冷热刺激、轻触、说话声等,都感到非常剧烈和敏感。如对钟表声感到刺耳,关门声如枪声,马路上的汽车声如天崩地裂;甚至对心脏和脉搏跳动、胃肠蠕动也难以忍受。一名20岁青年女性,患癔症。入院时骨瘦如柴,呈亚木僵状态,终日闭目卧床不起,问话时可细声小语地回答,时而暴饮暴食,时而拒食,只要用手触摸一下她的病床,她就会疼痛地尖叫起来,但静脉输液穿刺却不喊疼痛。感觉过敏多见于神经衰弱、癔症、更年期综合征等。

2. 感觉减退(hypoesthesia) 由于神经或精神疾病使感觉阈值升高所致,表现为对强烈的刺激感觉迟钝或不敏感。看东西好像蒙上了一层薄雾;听声音好似隔了一堵墙;食物失去了味道;皮肤好像裹着一层薄膜,麻木不仁;痛觉也减退。一位44岁中年妇女,患慢性精神分裂症,另一位患者突然咬住其眉弓,她不喊不叫,只是将其紧紧抱住,被护士发现后才将其拉开,发现眉弓被咬破出血,给她清洗伤口时,问“痛吗”,回答说“不痛”。多见于精神分裂症、癔症、抑郁症等。

3. 感觉缺失(anesthesia) 指对强烈的刺激感觉轻微或不能感知。与感觉减退只是刺激阈减低的程度差异。多见于癔症、意识障碍等。

感觉减退和缺失,在正常人也可能出现:①在强烈的情感影响下,如紧张、激情状态下;②注意力高度集中时,由于暂时性的感觉阈增高所致。

4. 内感性不适(senestopathia) 指体内有某种不适的异常感觉,感觉的性质往往难以描述,难以指出确切的部位,如缠绕、牵拉、扭转、流动、气体上冲或咽部阻塞感等。这些不适感使患者焦虑不安,痛苦万分,并可成为疑病观念或疑病妄想的原发症状。多见于癔症、疑

病症、躯体化障碍、更年期神经症等。

二、知觉障碍

知觉障碍(disturbance of perception)与情感和思维障碍有关联,如妄想的病人可认错人,妄想也可在幻觉基础上产生,错觉、幻觉、情感和思维可互相影响。

知觉障碍见于:①大脑皮质细胞结构损害,多见于神经疾病,如失认症;②中枢神经系统功能性损害,主要见于精神疾病。

1. 错觉(illusion) 指对客观事物不正确的感知,是一种被歪曲了的知觉,也就是说把客观存在的事物认错。这是一种比较复杂的知觉障碍,是与以往生活经历中保留的近视事物的表象相互融合的结果。错觉不同于幻觉,错觉是将客观存在的事物认错;幻觉是对客观根本不存在的事物出现的感知觉。

(1) 生理性错觉(physiological illusion):在影响知觉不清晰的条件下,如疲劳、注意力不集中、情绪紧张和处于期待的情绪时,出现持续时间短暂,可以通过反复观察或实践自行纠正。一般见于正常人。

(2) 病理性错觉(pathological illusion):指由精神障碍引起的错觉,包括视、听、嗅、味、触等错觉。病人对错觉坚信不疑,不能自行纠正,持续时间较长。如将下雨声听做说话声;将墙上挂着的大衣看做是站在墙边的人;将稻草人看做活人等,并为之惊恐万状,即使给予解释,仍坚信不疑。多见于谵妄状态、精神分裂症和伴有意识障碍的其他精神疾病。

(3) 幻想性错觉(fantastic illusion):通过想象将感知到的事物形象加以以改变或增添一些细节,构成歪曲的知觉。如将墙上的裂纹,通过想象构成一幅美丽的图画或人像,并随着想象的变化,可改变其内容。可见于正常人和精神病人。正常人可在光线暗淡、睡眠前后、情绪紧张或期待等心理状态时出现,当条件改变后,可自行纠正。病理性的幻想性错觉见于精神分裂症、意识障碍等。

(4) 阳性错认(positive misidentification):指将陌生人错认为是自己的亲人。

(5) 阴性错认(negative misidentification):指将自己的亲人错认为是他人冒充顶替的(同妄想性替身综合征)。

错觉产生的条件:①感知觉条件差;②疲劳,注意力高度集中或不集中时;③意识障碍;④强烈的情绪影响。使感觉阈值降低所致。

2. 幻觉(hallucination) 指无外界相应的客观现实刺激作用于感觉器官而出现的知觉体验。这是一种虚幻的知觉,是在过去生活实践经验基础上产生的,因此,幻觉是对客观现实存在的歪曲反映。引起幻觉的原因有:①中枢神经系统病变或功能障碍;②情绪影响;③催眠暗示;④周围感觉器官病变。幻觉可在意识清晰的情况下出现,也可在轻、中度意识障碍时出现。在意识清晰状态下出现的幻觉属精神病性症状。幻觉是精神疾病最常见的症状之一,主要见于精神分裂症。正常人在情绪高度紧张、疲劳、期待,或从醒觉向睡眠和由睡眠向醒觉过渡的阶段也可偶尔出现短暂的、一过性的幻觉。幻觉在精神疾病的诊断上是一种具有特征性意义的症状。大脑感受区皮质的兴奋是幻觉产生的病理生理基础。幻觉除见于精神疾病外,也可见于某些神经疾病(脑肿瘤)、躯体疾病。幻觉与错觉不同,虽然二者都是对客观存在的歪曲,但错觉有现实刺激,幻觉则无现实刺激。

幻觉的分类如下所述:

(1) 按感觉器官分类

1) 幻听(auditory hallucination):指无相应的客观现实刺激作用于听觉感受器,而出现的听觉体验。有的患者可直截了当地说他可听到某种声音如说话的声音,其言语的内容可与患者有关或无关。有的患者为了对付幻听,用棉花团塞住两耳道,有的自言自语,有的对空谩骂或侧耳倾听。这种行为对识别幻听的存在有重要意义。幻听的内容多属厌人的噪音或有损患者的言语声音。言语性幻听属精神病性症状,对精神疾病的诊断有重要价值,多见于精神分裂症。幻听可与其他精神症状同时存在,幻听可继发妄想和情绪障碍,在妄想的支配下和情绪障碍的影响下,可产生不良和危险后果。

幻听可分为以下几类:

A. 原始(元素)性幻听(elementary auditory hallucination):听见一种刺耳的尖叫声,如鸣笛声、打雷声、鸟兽的怪叫声等。

B. 言语性幻听(speech auditory hallucination):其言语可以是陌生人的声音,也可以是熟悉人的声音,甚至是鬼、神及怪兽的声音。内容可以是简单的单词、句子或一段评论。

C. 评论性幻听(arguing auditory hallucination):言语的内容是评论患者的语言,对患者或其亲属进行谩骂、指责、诽谤、批评、讽刺或评论等。

D. 命令性幻听(imperative auditory hallucination):指言语的内容是命令患者做某件事,即使是对患者不利的命令,患者都可无条件地听从执行。表现为拒食拒药、殴人毁物、自伤自杀、出走等。

2) 幻视(visual hallucination):指没有相应的客观现实刺激作用于视觉感受器,而出现的视觉体验。幻视也是常见的幻觉症状,常与其他幻觉一起出现。可由简单的光、色彩到复杂的人物、场景、图画等。有的形象逼真,有的比较模糊。出现的时间比较短暂,以光线暗淡的黄昏、夜晚多见。在躯体疾病伴发精神障碍的谵妄状态,可出现生动鲜明的视觉形象,常带有恐怖色彩;在意识清晰时出现的幻视,多见于精神分裂症。一例女性精神分裂症患者,在一天黎明时刻,突然看见丈夫变成“兔娃”,她赶不走,便用菜刀将“兔娃”的头割了下来。幻视多见于酒精中毒所致精神障碍、脑器质性和躯体性疾病所致精神障碍。

3) 幻嗅(olfactory hallucination):幻嗅常为一些厌恶的气味,如尸臭、腐烂食品、化学药品气味、烧焦物品等奇特气味。有的患者用棉花球塞住鼻孔;有的用手绢或手捂着鼻孔;有的患者嗅到特殊的气味而拒绝吃饭和喝水。幻嗅和幻味可同时出现,并形成被害妄想或毒害妄想,多见于精神分裂症。发作性出现单一的幻嗅,往往见于颞叶性癫痫的沟回发作。

4) 幻味(gustatory hallucination):患者尝到饭里或喝的水中有奇特的怪味,因而拒食、拒饮。常见于精神分裂症,多与被害妄想同时存在。

5) 幻触(tactile hallucination):指皮肤与黏膜的幻觉。患者感到皮肤黏膜有虫爬感、烧灼感、触电感等异常感觉。多见于周围神经炎症、疑病症、癔症和精神分裂症等。

6) 前庭性幻觉(vestibular hallucination):指与身体平衡有关的幻觉。病人躺在床上好像身体在摇晃、旋转、上升或下降等。

7) 运动性幻觉(motor hallucination):指患者处于静止状态时,自觉身体在运动或坠入深渊,或手脚运动感。如感到嘴唇、舌头、咽喉像说话一样在运动,称为言语运动性幻觉(verbomotor hallucination);如觉得身体正在进行各种运动或操作,称精神运动性幻觉(psy-

chomotor hallucination)。

8) 内脏性幻觉(visceral hallucination):指内脏器官有异常的感觉。如感到肠扭转,肺煽动,蛇或虫在皮肤内蠕动,肛门被灌气,口腔有头发等。此类幻觉常与虚无妄想、疑病妄想、毒害妄想共存。一例女性精神分裂症患者诉说,她腹腔左侧是“苏联”,右侧是“美帝”,两国在不停地争吵,有时开枪发炮,还放原子弹。

9) 性幻觉(sexual hallucination):指患者有性接触感、精液被吸走感、阴道有男性生殖器填充感等。一女性患者,在住院期间感到阴唇有张合感,阴道有抽动感,下腹部有胎动感等,并控告主管医师奸污了她。

10) 域外幻觉(extracampine hallucination):指超出感觉界限之外的幻觉。患者可看到或感觉到脑后、身旁、同床有人或魔鬼的形象;听到遥远地方有人议论自己的声音。

11) 完全与非完全性幻觉(complete or incomplete hallucination):前者为真性幻觉;后者为假性幻觉,又称类幻觉,其构成除感觉成分外,还掺有表象和思维的内容,有以下3种。
①假性或伪幻觉;②思维化声及读心症;③思维显形;④精神性幻觉。

12) 病理性幻觉与非病理性幻觉(pathological or non-pathological hallucination):前者即精神病性幻觉,如言语性幻听、评论性幻听、命令性幻听等;后者见于正常人的幻觉,如心因性幻觉、催眠性幻觉、入睡前幻觉、觉醒前幻觉等。

13) 与睡眠有关的幻觉:入睡前幻觉(hypnagogic hallucination),从觉醒过渡到睡眠状态时出现的幻觉体验;半醒时幻觉(hypnopompic hallucination),又称醒前幻觉,指自睡眠至醒觉过渡阶段中发生的幻觉,可同时伴有睡眠麻痹;催眠性幻觉(hypnotic hallucination),在催眠状态下出现的幻觉。可见于正常人、神经症、催眠时相、发作性睡病及病理性半醒状态。

14) 情感协调性幻觉与情感非协调性幻觉(mood-congruent or mood-incongruent):指抑郁症病人听到被人责备幻听,或有抑郁症状的患者听到有人表扬的幻听。前者见于抑郁症;后者见于精神分裂症。

15) 强迫性幻觉(obsessive hallucination):指患者经常强迫性、反复出现的某些幻觉,但无法摆脱,感到非常苦恼。系由强迫性观念或强迫思维发展而来。见于精神分裂症。

16) 存在感幻觉(presence hallucination):指患者无中生有地确认有人在他身边的体验。如一患者说:“我感觉到耶稣基督始终站在我的右侧,虽然肉眼看不到,但我能确切意识到,他在为我做的每一件事见证。”见于精神分裂症。

17) 宗教性幻觉(religious hallucination):指具有宗教性内容的幻觉,见于正在进行宗教仪式时,能看到圣母“显圣”,仪式结束后即消失。这种幻觉属于正常状态,而非病态。

(2) 按性质分类

1) 原始性幻觉(elementary hallucination):指无一定形态和结构的幻觉。如光幻视:可看见火花、白光或有色的光彩;声幻听:可听到某种不明确的声音,如尖叫声、吱吱声、嗡嗡声等。

2) 真性幻觉(genuine hallucination):指幻觉存在于客观空间,通过感觉器官获得,形象与客观事物相似。一般比较清晰而鲜明,给患者一种真实感,患者往往信以为真。因此,对这种幻觉所引起的反应与对客观事物所引起的反应是一致的。如听到言语声时与之对话,看到恐怖的情景时出现冲动、挺身搏斗或逃避。多见于精神分裂症。

(3) 按幻觉体验来源分类

1) 假性幻觉(pseudo hallucination):又称伪幻觉。幻觉出自患者主观空间(脑内、体腔内、心灵内),可不通过感受器而获得,而是通过“主观”体验到的幻觉。虽然有时感到清晰,但不真实、不具体。如12岁男性患儿,他清晰地感到头内有一位身高如花生果样的老头,坐在凳子上抽旱烟。多见于精神分裂症。

2) 精神性幻觉(psychic hallucination):脑内有一种无声的语言,具有语言的表达能力,而无语言的声音,幻觉内容不属于患者自己,其出现与消失不随患者主观意志所控制。多见于精神分裂症。

3) 思维鸣响(thought-hearing):又称思维化声(voiced thought)。患者听到脑内的说话声,与患者自己思维同时出现,且与患者的思维内容完全一致,不论患者想什么,立即从幻觉中重复出来,使患者感到自己的思想是听得见的。

4) 读心症(mind reading):患者听到外界不属自己的声音,读出的内容正好是自己所想的,好像有人在读自己的思想,以致觉得自己的思想事先已被他人知道了。

5) 思维显形(visible thought):患者在思考的同时,有相应的景象出现在眼前。如患者想到北京天安门,天安门立即出现在眼前。

(4) 按幻觉出现时附加的条件分类

1) 功能性幻觉(functional hallucination):指同一感觉器官处于功能活动状态时出现的幻觉。刺激与幻觉同时出现,同时消失。现实刺激是幻觉出现的前提。如患者听到流水声,立即听到讲话的声音,流水声一停止,讲话的声音即消失。

2) 反射性幻觉(reflex hallucination):又称协同性幻觉,指非同一感觉器官处于功能活动状态时出现的幻觉。而且刺激引起的知觉与幻觉同时出现,同时消失,现实刺激同样为幻觉出现的前提。见于精神分裂症。

3) 心因性幻觉(psychogenic hallucination):在强烈的情感体验、回忆或期待状态下出现的幻觉。幻觉的内容与情感体验、回忆或期待的内容完全一致。见于癔症、心因性精神障碍。

4) 暗示性幻觉(suggestive hallucination):在接受暗示的条件下出现的幻觉,幻觉的内容与暗示内容相一致。

5) 集体性幻觉:又称群体幻觉。在暗示、自我暗示、相互暗示和相互感应的状态下,在一群人中出现的幻觉,各人的幻觉内容基本一致。

幻觉在正常人绝少发生,因而是精神病的特征性症状。由于精神病人认识不到幻觉的虚幻性和荒谬性,常信以为真,做出各种反应,如侧耳倾听、对空凝视、对空谩骂、塞耳堵鼻、拒食等。幻觉甚至支配患者的行为,做出自伤、伤人或攻击、破坏性行为。

三、感知综合障碍

感知综合障碍(psychosensory disturbance)指患者对客观事物的本质能够确切认识,但对其部分属性,如形状结构、大小比例、空间距离、时间关系或物体的动静产生了歪曲的知觉。

1. 空间感知综合障碍

(1) 视物变形(metamorphopsia):对外界事物或人的形象发生了改变,如看见书本上的

文字突出书面。

(2) 视物显大(macropsia):看到的事物比实物显大。

(3) 视物显小(micropsia):看到的事物比实物显小。

(4) 视物错位:对周围物体与自己的距离产生了歪曲。把较远物体看得很近,称视物过近症(myopsia);把较近物体看得很远,称视物过远症(porrpsia)。

(5) 非真实感(feeling of unreality):对外界事物感到模糊不清。视物如隔了一层簿纱,听声音似隔了一堵墙。

2. 时间感知综合障碍

(1) 似曾相识(feeling of familiarity):把生疏的人看做熟悉的人。

(2) 视旧如新(feeling of novelty):把熟悉的人看做生疏的人。

3. 运动感知综合障碍 同时有两种感知综合障碍,感到运动的物体静止不动,静止的物体正在运动。

4. 形体感知综合障碍 又称体像感知综合障碍,感到自己的躯体发生了改变。如觉得头变得很大,脸变得很长,鼻子变宽,四肢变得细如钢丝,肢体脱离躯体等。

5. 躯体幻觉(somatic hallucination):又称双重自体。感到自我存在两个相同的躯体。通行或同床睡的是两个相像的自体,又称为第二自身感。见于癔症和精神分裂症。

6. 自窥症(autoscopy):又称自身幻觉。指患者能看到自己躯体的形象。

(1) 内脏自窥症(visceral autoscopy):指能看到自己的内脏。

(2) 阴性自窥症(negative autoscopy):指在镜子中看不到自己躯体的形象。

7. 自体幻觉(autoscopical) 又称镜像幻影。指在闭目后能看到自己躯体的形象,多见于儿童。

8. 躯体幻觉(somatic hallucination) 又称本体幻觉。包括:①内脏幻觉;②运动幻觉(含言语运动幻觉,精神运动幻觉);③前庭幻觉。

9. 神秘力量附体综合征 患者躯体的异常感,如眩晕、发迷、嗜睡、濒死感等,认为是神秘力量或神鬼附体所致。

第二节 注意障碍

人的精神活动有选择地集中指向于一定对象的现象,称为注意,也就是人的精神活动的指向性和集中性。即人对周围环境的注意,在某瞬间注意的只是事物的一部分,而不是全部,这一部分就是精神活动的指向性和集中性。指向性是精神活动所反映的客体,集中性是指对客体反映的稳定性和深入程度。正因为人有意识活动的指向性和集中性,才能对客观现实反映得更精确、更完整、更清晰。如聚精会神看书学习时,对外界与书无关的事不予反映,指向性就是“书”,集中性就是对外界的事物不予反应。注意过程与感知觉、记忆、思维和意识活动密切相关。

注意分为随意注意(主动注意)和不随意注意(被动注意)。随意注意是有意识地注意某一事物,即精神活动的主动集中,是由主观努力决定的。如聚精会神地读书或写字。不随意注意(被动注意)则是无意识地注意到周围事物,由外界刺激被动引起的指向活动。

通常所谓注意是指主动注意而言。主动注意通常分为以下几类:

1. 注意增强(hyperprosexia) 指主动注意增强。在病态情况下,精神活动的集中性和指向性对客观某些事物特别集中、细致和周到。如具有被害妄想、关系妄想的患者,表现为对周围人的言行、周围事物状态的变化予以过分的、特别的关注,别人的一言一行都认为是针对自己的;有疑病观念和疑病妄想的患者,过分注意自己的健康状况,对自身一些细微的变化特别予以关注,甚至到处求医。多见于偏执型精神分裂症、疑病性神经症。

2. 注意减退(hypoprosexia) 指主动注意及被动注意的兴奋性减弱。对外界一般强度的刺激不引起注意,对强烈的刺激只能部分引起注意。多见于神经症、意识障碍、脑器质性精神障碍。

3. 注意涣散(aprosexia) 指注意保持的障碍。表现为主动注意减弱,注意力不集中,稳定性也下降,且不能持久。多见于神经症、精神分裂症、儿童多动症与注意缺陷障碍。

4. 随境转移(distractability) 指不随意注意明显增强,主动注意不集中,注意的稳定性明显降低。表现易受客观环境的影响而不断转移注意对象,主要见于躁狂症。

5. 注意范围狭窄(narrowing of attention) 指注意范围障碍。表现为被动注意减弱,注意范围缩小。多见于意识障碍(朦胧状态)、智能障碍及癔症发作。

6. 注意固定(dixation of attention) 指注意转移的障碍。表现为注意的高度集中或病态的固定。如强迫症患者其注意强迫性地固定于病态的强迫观念上,无法摆脱;具有妄想的患者其注意高度地集中在妄想上,无法转移。

第三节 记忆障碍

记忆是以往经验重现的过程,即识记、保持、再现、认知四个过程的总和。识记指信息和经验在人脑中的痕迹过程;保持指信息和经验的储存;再现指痕迹的重新活跃;认知指现实刺激与痕迹的联系过程。记忆与额叶、颞叶皮质,边缘系统回路和神经细胞内递质有关。

记忆在人的生活实践中起着非常重要的作用,一切复杂的、高级的心理活动的发展,都必须以记忆作为基础。一个人的识记、保持、再现及认知的速度、程度、牢固性与人对现实事物的态度、需要和兴趣有关。一般来讲,在生活中有重大意义的、能激起情绪反应的事件,以及与个人兴趣、需要、活动的目的有关的事件易于记忆。

1. 记忆障碍(memory disorder) 可发生在识记、保持、再现、认知的各个环节,在精神病临床中分为两类。

(1) 近事记忆障碍(recent memory disorder):即记忆力障碍,对新鲜经验的记忆障碍。

(2) 远事记忆障碍(remote memory disorder):即回忆障碍,对陈旧经验的记忆障碍。

根据记忆时间长短,记忆可分为即刻记忆(瞬时记忆)、短期记忆、近事记忆和远事记忆。即刻记忆:指对发生在几秒钟到1~2分钟内经历的记忆。短期记忆:指对发生在几秒钟到1小时内经历的记忆。近事记忆:指对发生在24~48小时内经历的记忆。远事记忆:指发生在24~48小时以上的记忆。

(3) 记忆增强(hypermnasia):指病态记忆增强。对病前不能回忆的往事也能回忆起来,甚至一些极为琐碎的细节也不遗漏。见于躁狂症、强迫症、偏执性精神病等。但后者的记忆增强,只限于与妄想有关的事件,且往往赋予妄想性解释。

(4) 妄想性回忆(delusional recall):指患者将产生妄想以前的一些事件或经历与当前