精 神 病 理 学

——精神症状的鉴别

孙振晓摇等主编

陕西科学技术出版社

需要全本请访问 www.ertongbook.c

图书在版编目（悦[illegible]）数据

精神病理学：精神症状的鉴别 [illegible]小振晓编著援—西安：陕西科学技术出版社，[illegible]

[illegible]

摇摇Ⅰ援精…摇Ⅱ援[illegible]…摇Ⅲ援精神病 [illegible]病理学摇Ⅳ援[illegible]

中国版本图书馆 悦[illegible]数据核字（[illegible] 第 [illegible]

出 版 者摇陕西科学技术出版社

西安北大街 [illegible]号摇邮编 [illegible]

电话（[illegible]）[illegible]传真（[illegible]）[illegible]

[illegible]

发 行 者摇陕西科学技术出版社

电话（[illegible]）[illegible]

印摇摇刷摇西安政治学院印刷厂

规摇摇格摇[illegible]开本

印摇摇张摇[illegible]

字摇摇数摇[illegible]千字

印摇摇数摇[illegible]册

版摇摇次摇[illegible]年 [illegible]月第 [illegible]版

[illegible]年 [illegible]月第 [illegible]次印刷

定摇摇价摇[illegible]元

版权所有摇翻印必究

（如有印装质量问题，请与我社发行部联系调换）

精神病理学编委会

主 摇 编　孙振晓摇摇庄晓华摇摇吴绍兰摇摇尤晓莉
姚传斌摇摇徐开侠摇摇王英群摇摇吴慧洁
副 主 编（按姓氏笔画排列）：
于相芬摇摇田正旭摇摇付云婕摇摇孙摇红
孙建强摇摇孙摇波摇摇司桂梅摇摇李摇舒
许传通摇摇安申之摇摇赵永红摇摇郑士全
胥爱萍摇摇郭丽华摇摇秦爱玲摇摇董摇兰

前摇摇言

精神病理学又称精神障碍的症状学，是研究精神病理现象，也就是精神症状及其心理机制的临床基础学科。由于精神疾病的病因未明，其诊断缺乏特异的生物学指标，主要依靠病史和精神检查，因此掌握精神病理学具有重要的意义。正确辨认和评价精神症状是获得精神障碍正确诊断的基本步骤，是精神科临床医师的基本功之一，也是学习临床精神病学的入门课。但国内有关专著尚不多见。一些精神病学教科书和参考书，虽列有专章介绍常见的精神症状，大多限于篇幅，只能对症状名称进行简短的解释或举例说明，很难对症状作详细深入的探讨。

为了促进精神病理学的发展，满足教学和临床科研工作需求，提高各级精神科医师的理论和临床实践水平。我们组织编写了这本《精神病理学 原精神症状的鉴别》。

《精神病理学 原精神症状的鉴别》共分为五章：绪论、精神症状及其鉴别、精神症状学进展、精神症状的量化与评定工具、精神分裂症的特征症状群与诊断标准。

人的正常精神活动按心理学分为感知、思维、情感和意志行为等心理活动，为了便于描述，本书对精神症状及其鉴别的描述，按精神活动的各个心理过程分别叙述。

在我们既往的观念中，精神病症状学是经典的和相对静止的。其实精神病症状学象其他学科一样，也在不断地发展，只是我们没有刻意去发掘它而已。为了能引起大家的兴趣，我们编写了精神症状学进展一章，根据文献资料及临床实践，描述了一些经典症状学中未谈到或未说透的问题。主要包括两种情

况：一是临床上常见的一些精神症状，用传统精神病症状学不能解释，此时冠以新术语，并作出相应的定义。二是一些精神症状在传统精神病症状学中虽有所涉及，但因见于新病种，定义有更新，理解被深化，被重新描述使能持续发展。

在编写过程中，参阅了国内外大量的文献资料，吸取了国内外学者的优秀成果及精辟的论述，特在此对他们所作的贡献表示衷心的感谢。

由于编者水平所限，疏漏之处在所难免，我们期待读者提出宝贵意见，也希望我们的工作能成为引玉之举。

孙振晓

二〇〇〇年 元月

于山东省临沂市精神卫生中心

需要全本请访问 www.ertongbook.c

目摇摇录

第一章摇绪论 …… (员
摇第一节摇精神障碍、精神疾病、精神病的概念 …… (员
摇第二节摇精神症状的概念及其特点 …… (员
摇第三节摇精神症状的修饰性术语 …… (圆
一、原发的和继发的 …… (猿
二、特异性的和非特异性的 …… (猿
三、器质性和功能性 …… (猿
四、自我和谐的和自我失谐的 …… (源
五、与心情协调的和与心情不协调的 …… (源
六、系统性的和无联系的 …… (源
七、整合的和瓦解的 …… (源
八、阳性和阴性症状 …… (缘
九、指向目标的或有目标导向的 …… (缘
十、症状和人格特性 …… (缘
十一、精神病 …… (远
十二、神经症 …… (远
十三、自知力 …… (苑
第二章摇精神症状及其鉴别 …… (愿
摇第一节摇感知觉障碍及其鉴别 …… (愿
一、感觉和感觉障碍 …… (愿
二、知觉和知觉障碍 …… (怨
三、感知觉障碍的鉴别 …… (圆员
摇第二节摇思维障碍及其鉴别 …… (圆员

一、思维及其特征 …… (圆张
二、思维障碍 …… (圆张
三、思维障碍的鉴别 …… (迈园
摇第三节摇注意障碍及其鉴别 …… (迈源
一、注意及其特征 …… (迈源
二、注意障碍 …… (迈张
三、注意障碍的鉴别 …… (劣员
摇第四节摇记忆障碍及其鉴别 …… (劣圆
一、记忆及其过程 …… (劣圆
二、记忆的几种类型 …… (劣圆
三、记忆障碍 …… (劣簇
四、记忆障碍的鉴别 …… (劣砸
摇第五节摇智能障碍及其鉴别 …… (劣源
一、智能的概念 …… (劣源
二、智能障碍 …… (劣源
三、智能障碍的鉴别 …… (愿园
摇第六节摇自知力 …… (愿圆
摇第七节摇定向力 …… (愿圆
摇第八节摇情感障碍及其鉴别 …… (愿源
一、情感活动及其特征 …… (愿源
二、情感障碍 …… (愿缘
三、情感障碍的鉴别 …… (愿张
摇第九节摇意志障碍及其鉴别 …… (怨簇
一、意志及其特征 …… (怨簇
二、意志障碍 …… (怨源
摇第十节摇动作与行为障碍及其鉴别 …… (怨砸
一、动作行为障碍的概念 …… (怨砸
二、常见的动作行为障碍 …… (怨砸
三、动作行为障碍的鉴别 …… (员园源
摇第十一节摇本能活动障碍及其鉴别 …… (员园缘
圆

摇第十二节摇意识障碍及其鉴别 …… (无敌)
一、意识的一般概念 …… (无敌)
二、意识障碍时各心理活动过程的表现与识别 …… (无园)
三、意识障碍 …… (无缘)
四、意识障碍的鉴别 …… (无意)
摇第十三节摇个性及其障碍 …… (无蒙)
一、个性的一般概念 …… (无蒙)
二、关于个性的分类 …… (无原)
三、精神病中的性格障碍 …… (员到)
摇第十四节摇精神疾病综合征及其鉴别 …… (员源)
一、精神疾病综合征的概念 …… (员源)
二、精神疾病综合征的鉴别 …… (员远)
第三章摇精神症状学进展 …… (员源)
摇第一节摇感觉障碍进展 …… (员源)
一、感觉增强 …… (员源)
二、感觉倒错 …… (员源)
三、痛觉缺失或减退 …… (员缘)
摇第二节摇幻觉进展 …… (员缘)
一、理解性幻听 …… (员缘)
二、对立性幻听 …… (员缘)
三、对话性幻听 …… (员缘)
四、潜意识幻听 …… (员远)
五、预测性幻听 …… (员远)
六、臆想性幻听 …… (员远)
七、他人思维被广播 …… (员远)
八、幻听回想 …… (员远)
九、联想性幻觉 …… (员苑)
十、机能性幻视 …… (员苑)
十一、幻听内容为何举例困难 …… (员苑)
摇第三节摇知觉形成不能 …… (员苑)

猿

摇第四节摇表象进展 …… (意愿
一、意愿控制 …… (意愿
二、清晰度 …… (意愿
三、很轻的假性幻觉与表象难以鉴别 …… (意愿
摇第五节摇注意障碍进展 …… (意愿
一、注意狭窄 …… (意愿
二、注意选择障碍 …… (意愿
三、注意固定 …… (意愿
摇第六节摇思维障碍进展 …… (意愿
一、思维形式障碍 …… (意愿
二、超价观念 …… (圆记录
三、判断移交 …… (圆记录
四、妄想与强迫 …… (圆记录
摇第七节摇情感障碍进展 …… (圆记源
一、无端恐惧 …… (圆记源
二、情感缺失 …… (圆记源
摇第八节摇意志障碍进展 …… (圆豫
一、意志的坚韧性缺乏 …… (圆豫
二、意志的忍耐性缺乏 …… (圆记
三、犹豫不决 …… (圆记
第四章摇精神症状的量化与评定工具 …… (圆苑
摇第一节摇精神症状的量化 …… (圆苑
一、量表法 …… (圆苑
二、问卷法 …… (圆园
摇第二节摇评定工具的类型 …… (圆园
一、评定工具的三种类型 …… (圆园
二、评定工具的构成 …… (圆源
摇第三节摇评定工具的应用和评价 …… (圆豫
一、工具的选择 …… (圆豫
二、工具的标准化 …… (圆苑
源

三、工具的评价：信度 …… 圆意
四、效度检验 …… 圆意
五、项目分析 …… 圆意
摇第四节摇评定偏倚的避免 …… 圆意
摇第五节摇几种常用的精神症状评定量表 …… 圆圆
一、简明精神病评定量表 …… 圆圆
二、阴性症状评定量表 …… 圆猿
三、阳性症状评定量表 …… 圆意
四、阳性和阴性症状量表 …… 圆意
五、幻觉评定量表 …… 圆意
六、慢性精神病人标准化精神病评定量表 …… 圆原
七、症状自评量表 …… 圆圆
八、汉密尔顿抑郁量表 …… 圆原
九、抑郁自评量表 …… 圆缘
十、汉密尔顿焦虑量表 …… 圆缘
十一、状态 原特质焦虑问卷 …… 圆缘
十二、焦虑自评量表 …… 圆圆
十三、综合性医院焦虑抑郁量表 …… 圆猿
十四、耶鲁 原布朗强迫量表 …… 圆苑
十五、月藻 原砸藻 藻 躁狂量表 …… 圆圆
十六、耶鲁综合抽动严重程度量表 …… 圆圆
十七、克莱顿皇家行为量表 …… 圆意
十八、老年精神评定表 …… 圆圆
十九、自知力与治疗态度问卷 …… 圆圆
二十、自知力评定量表 …… 圆源
第五章摇精神分裂症的特征症状群与诊断标准 …… 圆意
摇第一节摇关于 月藻 剿（员 员 的四 粤症状 …… 圆意
摇第二节摇关于 杂 剿（员 缘 首级症状群 …… 圆意
摇第三节摇云 剿（员 圆 标准 （圣路易斯标准） … 圆圆

摇第四节摇晕薄暂与薄薄社精神分裂症指数（粤[illegible]等，员[illegible]圆
……（圆[illegible]圆
摇第五节摇悦[illegible]剥（员[illegible]氏可变系统 ……（圆[illegible]圆
摇第六节摇[illegible]和 粤[illegible]（员[illegible] 标准 ……（圆[illegible]
摇第七节摇 精神分裂症 砸[illegible]悦（[illegible]等，员[illegible] 标准 ……
……（圆[illegible]
摇第八节摇[illegible]—Ⅳ标准 ……（圆[illegible]
摇第九节摇[illegible]（日本厚生省研究班，员[illegible]圆 标准 ……（圆[illegible]
摇第十节摇[illegible]（宰[illegible]，员[illegible]圆 标准 ……（圆[illegible]
摇第十一节摇悦[illegible]（中华医学会精神科分会，圆[illegible]年） 标准 ……（圆[illegible]
摇附录摇精神病理学基本英文词汇 ……（[illegible]

远 需要全本请访问 www.ertongbook.c

第一章摇绪论

第一节摇精神障碍、精神疾病、精神病的概念

精神障碍（[illegible]）和精神疾病（[illegible]）的概念比较接近，实际上许多年来这两个名词都是作为同义词使用的。国际疾病分类第十版（[illegible]）中建议不再使用“精神疾病”这一容易引起误解和争议的名词，而使用“精神障碍”来概括“一类具有诊断意义的精神方面的问题，特征是伴有主观痛苦体验和社会功能损害的个人情绪、认知和行为等方面的改变”。

“精神病”（[illegible]）特指具有幻觉、妄想以及明显的精神运动兴奋或抑制等“精神病性症状”的精神障碍，最典型的精神病是精神分裂症、偏执性精神病、重度躁狂症或抑郁症。因此精神病只是精神障碍的一小部分。

第二节摇精神症状的概念及其特点

精神活动是人脑的功能，异常精神活动是人脑功能障碍的表现。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科学称为精神障碍的症状学，又称精神病理学（[illegible]）。

如何判断某一精神活动是属于病态或属于正常呢？一般从三个方面进行对比分析：①纵向比较，即与其过去一贯表现相比较，精神状态是否有明显改变；②横向比较，即与大多数正常人的精神状态相比较，差异是否有显著性，持续时间是否超过了一定

限度；③应注意结合当事人的心理背景和所处的具体环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、片面观察所做出的结论，很容易造成漏诊和误诊。

每一种精神症状均具有以下特点：①症状的出现不受病人意识的控制；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症状会给病人带来不同程度的社会功能损害。在检查中首先应确定是否存在精神症状以及存在哪些精神症状；其次应了解症状的强度、持续时间的长短，并评定其严重程度；第三，应善于分析各症状之间的关系，确定哪些症状是原发的，与病因直接有关，具有诊断价值，哪些症状是继发的，有可能与原发症状存在因果关系；第四，应重视各症状之间的鉴别，减少疾病的误诊；第五，应学会分析和探讨各种症状发生的可能诱因或原因以及影响因素，包括生物学和社会、心理因素，以利于治疗和消除症状。

人的精神活动是一个复杂的、相互联系又相互制约的过程。同样，异常的精神活动也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的影响：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病人的症状表现。因此，在检查、发现和分析症状时，须考虑上述因素的影响，以便于对具体情况作出具体的分析。

第三节摇精神症状的修饰性术语

除了精神症状本身术语如幻觉、妄想之类以外，还有一些修

饰性术语，用以进一步描述症状的性质。

一、原发的（[illegible]）和继发的（[illegible]）

[illegible]（[illegible]）认为，这一对术语有五种不同的意义：①先出现的症状为原发的，后出现的症状为继发的，例如焦虑抑郁状态，焦虑和抑郁按出现的先后称何者为原发，何者为继发。②[illegible]（[illegible]）认为，联想障碍是精神分裂症唯一的原发症状，其他症状都是继发的，都是原发症状导致的结果。③有些学者把原发、继发这一对术语跟[illegible]的另一对术语基本的（[illegible]）和附属的（[illegible]）视为同义语。在[illegible]的著作中，基本症状有四个，即联想松弛（[illegible]），情感淡漠（[illegible]），两价性（[illegible]），自闭症（[illegible]），这就是[illegible]的源发症状。除了这四个症状外，其他症状都是附属症状。基本症状的诊断意义大，附属症状的诊断意义小。④原发的意味着现象学上最后的和无法再进一步理解的，如[illegible]（[illegible]）的原发性妄想（[illegible]），[illegible]（[illegible]）的自主性观念（[illegible]）。⑤[illegible]（[illegible]）区分了致病因素（[illegible]）和病理塑性因素（[illegible]），与此相应，前者引起的症状为原发性，后者造成的症状为继发性。

二、特异性的（[illegible]）和非特异性的（[illegible]）

这一对术语是就诊断某一特殊类别精神障碍而言的。但这样区分往往是相对的和程度性的。毋庸置疑，症状的特异性愈高，其诊断价值就愈大。例如所谓一级症状可说是一组很特殊的症状，它们对精神分裂症有很大的诊断价值，但它们也见于其他精神障碍。

三、器质性（[illegible]）和功能性（[illegible]）

这一对术语使用起来人们的分歧不小。有人不愿意说精神分裂症是功能性的，有人则连急性意识障碍也说成是功能性的，但都不无道理。器质性一语按使用的严格程度有以下几种用法：①死后解剖或手术活体检查证实脑内有病理形态学改变；②根据病史、临床和实验室检查有理由推断脑内发生了病理形态学改

变；③内脏和代谢等严重躯体疾病或中毒伴发精神障碍时有理由推断大脑内有功能紊乱，尽管脑内往往没有可见的病理形态学改变；④根据精神症状的性质（如缺陷症状）和结局（如人格衰退）推断精神分裂症是器质性的，尽管 恍我和尸体解剖所见很不一致。因此，在容易造成混乱和误解的场合，最好不要图省事只说器质性或功能性一语便了事，最好把实际情况描述清楚。

四、自我和谐的（[illegible]）和自我失谐的（[illegible]）

这一对术语用以描述自我对精神症状的感受和态度，或自我与精神症状的关系。例如，妄想和超价观念是自我和谐的，强迫观念则是自我失谐的。又如，自我和谐的同性恋者认为他对同性的爱是自然的，合乎情理的，也不因同性恋本身而有什么痛苦，自我失谐的同性恋则相反，他为同性恋本身而苦恼甚至很痛苦，他主动求治想去掉他自认为不自然和不愿意有的病态。

五、与心情协调的（[illegible]）和与心情不协调的（[illegible]）

这一对术语主要用于描述情感性障碍和精神分裂症的症状。躁狂病人心情高涨，同时有观念飞跃，联想丰富，随境转移，夸大观念或妄想等，这些症状是与心情协调的。与此类似，抑郁症病人心情低落，同时病人述说思考和记忆困难，活动减少减慢以及自罪、贫穷、疑病、虚无等观念或妄想等，这些症状也是与心情协调的。精神分裂症病人如果情感淡漠或情绪变化无常而缺乏一定的心情，那么，他们的幻觉妄想照例是与心情不协调的。

六、系统性的（[illegible]）和无联系的（[illegible]）

这一对术语主要用于描述病人的观念内容，尤其是妄想的结构。如果妄想内容前后相互联系、结构严谨、逻辑性较强，逐渐形成系统化，且有不断泛化的趋势，形成一种比较固定系统的妄想，称为系统性的。如果是一系列片断、零散、不固定、不系统的则称为无联系的。

七、整合的（[illegible]）和瓦解的（[illegible]）

这一对术语主要用于描述整个精神状态或人格各部分之间

的关系。整合良好的表现是：相对稳定的心情，对人对己先后一致的态度，没有尖锐冲突的心理活动，行为的近期和远期目标构成有序可循的目标系统，生活目的和价值观对精神活动起着组织和导向作用等。与此相反的另一极端是瓦解的。例如，经典的偏执狂者（远[illegible]所描述）具有整合良好的人格，而急性精神分裂症状态则在不同程度上是瓦解的。

八、阳性（[illegible]）和阴性（[illegible]）症状

这一对术语来源于[illegible]的神经病学观点。他认为，脑的某处损害导致该处所司功能丧失，叫做阴性症状，由于脱抑制或功能代偿或神经细胞受刺激而出现的症状叫做阳性症状。例如，麻痹性痴呆的智力低下是阴性症状，夸大妄想是阳性症状；记忆紊乱（[illegible]综合征的记忆削弱是阴性症状，虚谈症是阳性症状。[illegible]（[illegible]年）将精神分裂症的阴性症状分为五型或五组：情感平淡（[illegible]），注意削弱（[illegible]），意志减退（[illegible]指动机作用削弱），无快感和非社交性（[illegible]）。其他症状都属于阳性症状。[illegible]（[illegible]年）称阳性症状突出者为精神分裂症Ⅰ型（[illegible]），而阴性症状突出者为Ⅱ型（[illegible]）。精神分裂症阳性与阴性症状之分对诊断、治疗、护理、康复和预后都有价值。阴性症状有时也叫缺损性（[illegible]）症状，阳性症状有时也叫代偿性（[illegible]）症状。

九、指向目标的或有目标导向的（[illegible]）

此语用于描述病人的言语动作和行为。例如，住院的精神分裂症病人突然向你提出一个莫明其妙的问题，而说完不等你回答便漠然走开了，我们可以说这种言语行为是不指向目标的或没有目标导向的（[illegible]）。

十、症状（[illegible]）和人格特性（[illegible]）

它们的鉴别常常比较困难，尤其是在起病很缓慢而特性与症状有密切联系的情况下，如强迫人格特性与强迫症状，抑郁人格特性与神经症的抑郁症状，偏执性人格特性与偏执状态的症状，

分裂人格特性与精神分裂症的阴性症状等。让病人或家属对病前人格做回顾性描述往往不大可靠，因为回顾难免受患病经验、对病的态度观点等的影响。如果医生的提问带有倾向性，就更容易扭曲病前人格的本来面目。区别症状和人格特性的唯一办法是临床医生努力与病人建立和发展良好的关系，长期不懈地对病人进行细致而深入的了解。

十一、精神病（[illegible]）

此词有两种不同的用法。[illegible]（[illegible]）强调，除非已知有躯体疾病过程（包括大脑的疾病）作为基础，或者有合理的根据推断有此基础（指所谓内源性精神病），一律不允许使用精神病这个术语作为诊断；最严重的心因性或反应性精神障碍也不能叫做精神病。[illegible]（[illegible]）的病理学观点与此相同，他认为，精神病是不可理解的，只能用疾病过程（指生物学的疾病）加以说明；精神科医生不可能理解到精神病性症状的体验和行为跟他的生活经历之间有意义的联系。这是对精神病概念的理论性定义，即精神病总是有生物学的疾病过程作为基础。

精神病的另一种用法是描述性的。大致说来，精神病有三个特点：①严重脱离现实，或者说，现实检验能力（[illegible]）严重受损害；在精神病性症状中，病人不能区分主观的和客观的，把二者混为一谈；②社会功能严重受损；③缺乏症状自知力。英美以及国际分类和诊断中通用描述性的，本书所采用的精神病概念也是描述性的。

按临床工作中的约定，精神障碍即使很严重也必须持续至少一周才能正当地视之为精神病。不到一周的严重精神障碍可以称之为微型精神病发作（[illegible]），这在人格障碍中是不少见的。据[illegible]（[illegible]）长期随访观察，神经症病人中[illegible]以上在病程中有精神病发作。“精神病性”（[illegible]）一词很常用，说某症状是精神病性症状，指的是此症状具有前述三个特点中的第一个或第三个特点，或者这两个特点兼而有之。

十二、神经症（[illegible]）

远 需要全本请访问 www.ertongbook.c