



第一章 精神障碍基础知识



学习目标

1. 掌握精神障碍的常见症状。
2. 熟悉精神障碍的病因。
3. 了解精神障碍的诊断分类原则及常用分类系统。



案例导入

患者,女,35岁。自从两年前患者的父亲去世后,患者的工作和行为方式就越来越反常,并于3个月前失业。近来,患者的行为十分怪异,患者非常关注楼上的邻居,几天前无故用电熨斗敲打该邻居家的门,说楼上的邻居“知道”她的思想。有一次,患者在厨房默默地计划饭菜,却听到街上有人背出整个菜单。患者认为单位领导在自己的办公室里安装了监视器监视自己,所以到处翻找;认为同事李某与自己的丈夫有不正常关系而冲动地打李某;常独自哭泣。家族史:患者的姨奶奶曾患有精神疾病,具体诊断不详。

思考:

1. 如何认识该患者的病因?
2. 该患者存在哪些精神症状?

精神障碍是以心理(精神)活动(感知觉、记忆、思维、情感和意志)异常为主要表现的一大类障碍。人类的精神活动受个体功能状态、自然环境及社会环境的影响,所以无论是精神障碍的病因,还是在病理状态下出现的精神症状都是错综复杂、千差万别的。本章从精神障碍的病因学、诊断分类及症状学三个方面介绍一些基础知识,使学生对精神障碍有一个初步的认识。其中,精神障碍的常见症状是每一位精神科护士都必须学习和掌握的内容。

第一节 精神障碍的病因

案例导入

患者,男,30岁。2012年,患者在出国打工期间感到压力很大、赚钱难,不想继续在国外工作,要求回家,但患者的父母拒绝患者立即回国,要求患者坚持一下,之后患者逐渐出现情绪低落、郁闷、胡思乱想、注意力不集中、自责、感觉与别人交流时反应慢、思考问题困难、怠惰、易发脾气等表现。家族史:患者的姑姑曾被诊断为精神分裂症。

思考:

护士应如何对该患者的病因进行临床分析?

大脑是人类进行精神活动的器官,凡能够导致大脑结构和功能受损或影响其正常发育的有害因素都可能引起精神障碍。精神障碍病因学是研究精神障碍发生原因和发病机制的基础科学。现代医学的进步扩展了精神障碍病因学的研究途径,丰富了精神障碍病因学的研究技术,对预防和治疗精神障碍具有积极意义。对于大多数功能性精神障碍,目前人们还没有找到确切的病因及发病机制,但仍可知道,精神障碍与其他躯体疾病一样,是生物、心理、社会因素相互作用的结果。按照生物-心理-社会医学观点,精神障碍的病因可划分为生物因素、心理因素和社会因素三个方面。

一、生物因素

生物因素又称躯体因素,是指通过生物学途径影响中枢神经系统的功能,导致精神障碍的因素。影响精神健康或精神疾病的主要致病因素大致可以分为遗传、神经发育、感染、颅脑和内脏器官疾病、创伤、营养不良、化学物质等。这些致病因素可能相互作用,并对不同个体起不同的作用。在这里仅列举遗传因素、感染因素、颅脑和内脏器官疾病和化学物质。

1. 遗传因素 遗传物质发生病理性改变,从而发挥其致病作用,即成为导致精神障碍的遗传因素,如染色体数目和结构异常、基因突变等。遗传因素在某些精神障碍,如精神分裂症、情感性精神障碍、人格障碍、精神发育迟滞等的发病中起重要作用。

知识链接

关于精神疾病的遗传问题

以精神分裂症为例,对85个父母都是精神分裂症患者的家庭的调查发现,子女的精神分裂症发病率为35%~68%,比一般居民高80~100倍,遗传度为70%(高于60%认为有遗传倾向)。因此,精神分裂症有较高的遗传倾向,且发病率在一级亲属(父母、子女、同胞)与二级、三级亲属中有明显差别,即血缘关系越近,发病率越高。

2. 感染因素 可导致精神障碍的感染因素包括全身感染、中枢神经系统感染和其他系统感染。最常引起精神障碍的感染有败血症、流行性感、伤寒、斑疹伤寒、肺炎、脑膜炎、神经梅毒及继发性免疫缺陷病等。导致感染的病原体可为寄生虫、螺旋体、立克次体、细菌、病毒等。

3. 颅脑和内脏器官疾病 一些颅脑和内脏器官疾病可引起精神障碍。

(1) 颅脑疾病: 颅脑损伤、脑血管疾病、颅内肿瘤、脑变性疾病是引起器质性精神障碍的主要原因。

(2) 内脏器官疾病: ①呼吸系统疾病, 各种原因引起的慢性肺功能不全常可导致精神障碍; ②消化系统疾病, 肝功能不全及慢性胃肠功能紊乱常可引起精神障碍; ③循环系统疾病, 高血压、动脉硬化和各种原因引起的心功能不全均可引起精神障碍; ④内分泌系统疾病, 垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺和性腺功能紊乱是引起精神障碍的常见原因; ⑤泌尿系统疾病, 肾功能不全和肾透析疗法均可引起精神障碍; ⑥结缔组织疾病, 系统性红斑狼疮患者常出现精神障碍; ⑦代谢疾病, 糖尿病、卟啉病、酮代谢障碍所致肝豆状核变性均可引起精神障碍。

4. 化学物质 各种对中枢神经系统有害的物质都可以引起精神障碍, 常见的有以下几类。

(1) 成瘾物质: 海洛因、吗啡、苯丙胺、大麻、乙醇等可引起精神障碍。

(2) 医用药物: 阿托品、异烟肼、利舍平及皮质类激素等的应用可导致精神障碍。

(3) 食物: 进食大量菌类食物(如小美牛肝菌等)可引起意识模糊和幻视。

(4) 一氧化碳: 吸入的一氧化碳浓度过高易导致中毒, 可引起严重的精神障碍。

(5) 工业毒物: 苯、有机汞、四乙基铅等易挥发物质和重金属均可引起中毒, 导致急性或慢性精神障碍。

(6) 有机磷农药: 有机磷农药使用不当是引起精神障碍的常见原因。



图文

一种罕见病
——卟啉病

二、心理因素

心理因素简称心因, 包括心理素质和心理应激(psychological stress)两个方面。心理素质往往是条件因素, 而心理应激则为致病诱因。

1. 心理素质 心理素质是人整体素质的组成部分。人格是个体心理素质的体现, 即个体在日常生活中的表现出来的总的情绪和行为特征, 此特征相对稳定并可预测。艾森克人格问卷的测验结果表明, 神经质特征突出的人容易产生各种神经症性障碍, 如精神分裂症等精神病性障碍。性格是指个体在遗传因素与后天社会环境的作用下所形成的心理特点。性格本身不是致病因素, 但其与精神障碍的易感性有关, 如敏感、多疑、内向、脆弱性格的人在外界因素的刺激下易发生精神障碍。

2. 心理应激 心理应激是指在个体与环境的相互作用中, 由于主体所察知的需求与满足需求的能力失去平衡而产生的一种身心紧张状态。

可对个体产生不良影响的心理因素通常被称为应激源。应激源多为生活中的各种重大事件(如丧偶、失业、失恋、失学、亲人去世等一些生活事件, 以及地震、火灾、洪水等自然灾害)或情绪冲突。应激源作用于个体引起的一系列生理、心理变化称为应激反应(stress reaction)。心理应激对健康的人并不都是有害的, 适当的心理应激可以激发机体应对问题的潜力。但是, 对心理素质不健全的人, 过度、强烈的应激常会导致其发生急性应激反应或创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorder, PTSD)。对某些精神疾病易感人群, 一些不是特别强烈的心理应激也会使其发生精神障碍或心身疾病。

知识链接

引起心理应激的生活事件必须具备的条件

生活事件必须具备以下两个条件才能引起人的心理应激: ①与接受者有重要的利害关系, 关系越密切, 心理应激越强烈; ②达到足以激发喜、怒、忧、惊、恐等剧烈情绪反应的强度或频度。没有足够强度或频度的事件不能激发剧烈的情绪反应, 也就难以形成心理应激。

三、社会因素

社会因素是指能对个体的心理健康产生良好或不良影响的因素。良好的社会因素对个体的心理健康可产生保护和促进的作用,而不良的社会因素则可产生致病作用或为致病因素发挥作用提供有利条件。常见的影响个体心理健康的社会因素包括以下几个方面。

1. 社会文化 民族文化、社会风俗、宗教信仰、生活习惯等与精神障碍的发生有着密切的关系。在不同的文化背景下,不同个体所发生的精神障碍的种类、症状等存在较大差异。例如,恐缩症是中国、印度和东南亚居民特有的现象;在文化落后的地区常见有分离状态、恍惚状态和附体状态等表现者;阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)的患病率在低文化人群明显高于高文化人群;精神分裂症的患病率在城市明显高于农村;而精神发育迟滞和癫痫的患病率在农村高于城市。

2. 社会变迁 城市化、工业化、移民等都会对精神障碍的疾病谱产生重大影响。例如,伴随社会的变革,20世纪50年代初常见的麻痹性痴呆到了20世纪60年代逐渐消失;分离(转换)障碍、紧张型精神分裂症在城市里较之前少见;20世纪80年代末,酒精滥用或慢性酒精中毒的发病率快速上升;同时,伴随人均寿命的延长,阿尔茨海默病和老年抑郁症的患病率逐年增加。此外,移民到陌生地区生活或避难时,环境改变、语言不通、怕遭到歧视等诸多适应方面的问题也是引起精神障碍的常见原因。

3. 社会压力 来自战争、种族、暴力犯罪、政治迫害及贫困等的社会压力可对个体的心理健康造成严重的损害。生活中的很多重大事件往往都可以引起心理应激,因此,在精神障碍的病因学中,人们常常将心理因素与社会因素联系起来,合称为心理社会因素(psychosocial factor),以区别于生物因素。

4. 社会支持 社会支持是指社会联系对避免应激的有害影响所起到的保护作用。近现代有很多研究表明,社会支持能够减轻应激对健康的不利影响,良好的社会支持有利于促进人们的身心健康。

心理社会因素既可以作为诱发因素在精神障碍,如急性应激性精神障碍、创伤后应激障碍、适应障碍等的发病中起重要作用;也可以作为相关因素影响精神障碍,如焦虑障碍、抑郁障碍,甚至是精神分裂症等的发生、发展;还可以在躯体疾病,如心身疾病的发生、发展中起重要作用。

知识链接

精神障碍病因学的研究方法

伴随现代医学的进步,研究精神障碍病因学的方法涉及的领域非常广阔,常用的研究方法包括临床医学方法、流行病学方法、遗传学方法、神经科学方法、心理学方法和社会学方法。

精神分裂症的遗传学研究进展

精神分裂症是一种常见的重大精神障碍,临床表现为幻觉妄想、淡漠、退缩、认知功能损害等,致残率高,疾病负担沉重。精神分裂症的发病机制未明。遗传因素在其发病过程中发挥重要作用,遗传概率约为80%。分子遗传学研究发现可为该病的预防、诊断和治疗提供重要线索。

近年来研究者提出精神分裂症的多因子病因模式,包括常见疾病-常见变异、常见疾病-罕见变异和混合模式假说。精神分裂症的遗传风险由常见变异(common variants)和罕见变异(rare variants)组成,常见变异致病效应较小,罕见变异致病效应较大。

知识链接

随着全基因组单核苷酸多态性(single nucleotide polymorphism, SNP)芯片的广泛应用,全基因组关联研究已成为寻找精神分裂症等复杂疾病易感基因的重要策略。引起诸多关注的是,精神病基因组联盟(Psychiatric Genomics Consortium, PGC)对 36 989 例精神分裂症患者和 113 075 名健康人对照进行全基因组关联研究(genome-wide association studies, GWAS)分析,发现 108 个独立的精神分裂症易感位点。PGC 是迄今为止精神分裂症 GWAS 最大的样本量,为研究精神分裂症的分子遗传机制提供了许多重要线索。例如,PGC 研究发现潜在的抗精神病药作用靶点,如多巴胺-D₂(DRD₂)和代谢型谷氨酸受体 3(GRM₃)基因。此外,PGC 研究发现的易感基因主要参与谷氨酸能通路、神经系统钙离子信号通路、突触可塑性、神经系统离子通道和神经发育通路。2019 年,布罗德研究所(Broad institute)斯坦利精神病学研究中心(Stanley Center for Psychiatric Research)的研究人员采用 65 000 名被试的遗传数据进行分析,发现位于 6 号染色体短臂、参与“突触修剪”功能(消除神经元之间的连接)的补体 4(C4)基因导致精神分裂症的风险显著增加。

通路分析是利用全基因组中单个 SNP 与复杂疾病关联程度计算出对应基因与疾病的关联性,将全基因组基因注释到生物学通路中后,采用不同的数学模型计算每条通路与疾病的关联性。中国科学院昆明动物研究团队等利用遗传关联信息网(Genetic Association Information Network, GAIN)的精神分裂症 GWAS 数据进行通路分析,发现谷氨酸代谢通路、转化生长因子-β(transforming growth factor β, TGF-β)信号通路、肿瘤坏死因子受体通路、雌雄激素代谢通路。

随着全基因组研究的深入和数据积累,目前利用 GWAS 数据检验不同疾病之间遗传机制的共性成为常见的研究手段,主要可以分为 SNP 水平和多位点水平。在 SNP 水平,主要通过寻找与多个疾病或性状显著关联的 SNP。中国科学院和云南省动物模型与人类疾病机理重点实验室利用欧洲多个样本的精神分裂症 GWAS 数据进行 Meta 分析,发现 SLC39A8 基因上多个风险 SNP,进一步研究发现风险 SNP 位点(rs13107325)与多种疾病和性状显著关联,如高血压、肥胖、体重指数(body mass index, BMI)、能量摄取等。在多位点水平,在全基因组水平选取一组与疾病或性状相关的风险 SNP,从而计算疾病或性状之间的遗传关联,目前常用的方法有连锁不平衡系数回归(LD score regression)、多基因遗传风险分析(polygenic risk score, PRS)。Hill 等利用连锁不平衡系数回归方法,对精神障碍、儿童和老年认知、受教育程度的 GWAS 数据进行分析,结果发现精神分裂症与老年认知存在着遗传关联($rg = -0.231, P = 3.81e-12$),而与儿童时期认知($rg = -0.044, P = 0.443$)、受教育程度($rg = 0.06, P = 0.093$)并无遗传关联。该结果提示,对年龄相关认知功能衰退具有保护作用的遗传变异与精神分裂症存在显著的遗传关联,也为达尔文学说负性选择(negative selection)没有筛选掉精神分裂症风险 SNP 提供了线索。

拷贝数变异(copy number variation, CNV)研究也是近年来基因组学研究热点,22q11.21 是目前最为熟知的精神分裂症相关拷贝数变异,它代表 22 号染色体长臂上 1.5~3 Mb 缺失,22q11.21 缺失在精神分裂症患者的患病率为 0.3%,该区域基因大多数在脑中表达,其中儿茶酚氧位甲基转移酶(COMT)、脯氨酸脱氢酶(PRODH)、锌指蛋白(zinc finger DHHC-type containing 8, ZDHHC8)和 DGCR8 基因功能受损或者缺失,会造成分子/细胞功能改变,神经环路损害,神经系统变化,最终会造成行为和认知功能的异常。

DNA 甲基化是表观遗传学修饰的主要机制之一,近年来许多研究者根据表观遗传修饰假说研究精神分裂症的甲基化修饰情况。2016年,Jaffe等选取335名正常对照和191例精神分裂症患者尸脑的前额叶皮层组织进行全基因组甲基化研究,结果发现精神分裂症 GWAS 发现的风险 SNP 中,大约有 1/4 会影响大脑发育时期的甲基化修饰程度。研究表明,表观调控机制尤其是甲基化修饰在精神分裂症发病机制中起到重要作用。

第二节 精神障碍的诊断分类

按照一定的分类学原则,全部精神障碍可分门别类地纳入一个分类系统中,以加深医护工作者对疾病的研究与认识,有利于临床诊断、治疗和护理的实施。

一、精神障碍的诊断分类原则

精神障碍的诊断分类原则主要包括以下两个方面。

1. 病因、病理生理学分类原则 病因、病理生理学分类与诊断是根据疾病的病因和/或病理生理改变建立诊断的。同一种病因在临床上可以引起不同的症状,如乙醇所致精神障碍。因此,病因、病理生理学分类有利于病因治疗的实施。病因已明或比较确切的精神疾病在临床所占比例很低,在中国大约只占 10%。

2. 症状学分类原则 症状学分类是根据共同症状或综合征建立诊断的,症状或综合征发生改变时,临床诊断会相应改变。同一症状或综合征可有不同的病因,病因不同但症状相似时,可得出相同的诊断。大部分功能性精神障碍至今病因不明,只能根据临床表现的主要症状或综合征进行诊断分类。症状学分类有利于对症治疗的实施。

病因、病理生理学分类与症状学分类的比较见表 1-1。

表 1-1 病因、病理生理学分类与症状学分类的比较

项 目	病因、病理生理学分类	症状学分类
依据	根据疾病的病因和/或病理生理改变建立诊断	根据共同症状或综合征建立诊断
特点	病因不变,症状可变,诊断不变;同一病因可有不同的症状,类似的症状可能有不同的病因	症状或综合征改变,诊断也变;病因不同但症状相似的不同疾病会得出相同的诊断
亚型	同一病因可有不同的综合征表现,如急性酒精中毒与酒精戒断表现完全不同	同一症状或综合征可有不同的病因,如脑肿瘤、阿尔茨海默病所致痴呆综合征、幻觉妄想综合征
优点	有利于病因治疗	有利于对症治疗

二、常用的精神障碍分类系统

(一) 国际精神障碍分类系统

世界卫生组织编写了《疾病和有关健康问题的国际统计分类》,简称《国际疾病分类》(International Classification of Diseases, ICD)。1948年,世界卫生组织颁布了《国际疾病分类》第 6 版(ICD-6),首次将精神疾病分类纳入其中,但其内容简单,缺乏实用价值,故后经过多次补充、完善,更加规范

的《国际疾病分类》第 10 版(ICD-10)于 1990 年出版,并于 2004 年年底出版了 ICD-10 第 2 版的英文版,这一版本是世界上应用最广泛的版本,其主要功能是解决疾病和死因的统计问题。ICD-10 主要按精神症状把精神障碍再分为 10 类。10 类中除 F1 类按病因分类,F9 类按年龄分类之外,其他都是按症状分类的。具体分类如下。

- F00-F09 器质性(包括症状性)精神障碍
- F10-F19 使用精神活性物质所致的精神及行为障碍
- F20-F29 精神分裂症、分裂型障碍及妄想性障碍
- F30-F39 心境(情感性)障碍
- F40-F49 神经症性、应激性及躯体形式障碍
- F50-F59 伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征
- F60-F69 成人的人格与行为障碍
- F70-F79 精神发育迟滞
- F80-F89 心理发育障碍
- F90-F98 通常发生于儿童及少年期的行为及精神障碍
- F99 待分类的精神障碍

世界卫生组织于 2007 年启动了《国际疾病分类》第 11 版(ICD-11)的修订工作,2012 年 5 月进入起草工作,2014 年开始评审修订,2019 年 5 月被最终批准并于 2022 年 1 月 1 日生效。与 ICD-10 相比,ICD-11 中所有的精神障碍均有定义及较详细的描述,以指导使用者,且 ICD-11 的结构体系和应用范畴要大得多。ICD-11 主要分类如下。

- BlockL1-6A0 神经发育障碍
- BlockL1-6A2 精神分裂症或其他原发性精神病性障碍
- BlockL1-6A4 紧张症
- BlockL1-6A6 心境障碍
- BlockL1-6B0 焦虑或恐惧相关不适障碍
- BlockL1-6B2 强迫不适或相关障碍
- BlockL1-6B4 应激相关障碍
- BlockL1-6B6 分离障碍
- BlockL1-6B8 喂食或进食障碍
- BlockL1-6C0 排泄障碍
- BlockL1-6C2 躯体不适或躯体体验障碍
- BlockL1-6C4 物质使用所致障碍
- BlockL1-6C7 冲动控制障碍
- BlockL1-6C9 破坏性行为或社交紊乱型障碍
- BlockL1-6D1 人格障碍及相关人格特质
- BlockL1-6D3 性欲倒错障碍
- BlockL1-6D5 做作性障碍
- BlockL1-6D7 神经认知障碍
- BlockL1-6E2 与妊娠、分娩和产褥有关的精神或行为障碍
- BlockL1-6E6 与分类于他处的障碍或疾病相关的继发性精神或行为综合征

(二) 美国精神障碍分类系统

美国精神障碍分类系统称《精神疾病诊断与统计手册》(*Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders, DSM)。DSM-I 于 1952 年出版;DSM-II 于 1968 年出版;DSM-III 于 1980 年出版;DSM-IV 于 1994 年出版,并逐渐与 ICD-10 靠拢;目前最新版本 DSM-V 于 2013 年出版。DSM 系统的分类虽然主要通行于美国,但因其有详细的诊断标准,所以具有巨大的国际影响力。DSM-V 将精神障碍分为以下类型。

1. 神经发育障碍。
2. 精神分裂症谱系及其他精神病性障碍。
3. 双相及相关障碍。
4. 抑郁障碍。
5. 焦虑障碍。
6. 强迫及相关障碍。
7. 创伤及应激相关障碍。
8. 分离障碍。
9. 躯体症状及相关障碍。
10. 喂食及进食障碍。
11. 排泄障碍。
12. 睡眠-觉醒障碍。
13. 性功能失调。
14. 性别烦躁。
15. 破坏性、冲动控制及品行障碍。
16. 物质相关及成瘾障碍。
17. 神经认知障碍。
18. 人格障碍。
19. 性欲倒错障碍。
20. 其他精神障碍。
21. 药物所致的运动障碍及其他不良反应。
22. 可能成为临床关注焦点的其他状况。

(三) 中国精神障碍分类系统

《中国精神障碍诊断与分类标准》(*Chinese Classification and Diagnostic of Mental Disorder*, CCMD)于 1978 年推出第 1 版,《中国精神障碍诊断与分类标准》第 3 版(CCMD-3)工作组于 1996—2000 年对 17 种成人精神障碍及部分有关精神障碍的分类与诊断标准开展现场测试和前瞻性随访观察,完成了 CCMD-3 的编制。CCMD-3 关于精神障碍的分类具体如下。

- 0 器质性精神障碍[F00-F09](表示 ICD-10 编码,以下同)
- 1 精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍[F10-F19;F55]
- 2 精神分裂症(分裂症)和其他精神病性障碍[F20-F29]
- 3 心境障碍(情感性精神障碍)[F30-F39]
- 4 癔症、应激相关障碍、神经症[F40-F49]
- 5 心理因素相关生理障碍[F50-F59]
- 6 人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍[F60-F69]
- 7 精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍[F70-F79;F80-F89]
- 8 童年和少年期的多动障碍、品行障碍、情绪障碍[F90-F98]
- 9 其他精神障碍和心理卫生情况[F09;F29;F99]

知识链接

《中国精神障碍诊断与分类标准》的特点

《中国精神障碍诊断与分类标准》具有以下特点。

- (1) 以前瞻性现场测试结果为依据,同时参考以前的 CCMD 版本和 ICD-10、DSM-IV。
- (2) 分类进一步向 ICD-10 靠拢。
- (3) 保留某些精神障碍或亚型,如神经症、反复发作的躁狂症等。
- (4) 根据我国社会文化特点和传统,某些精神障碍暂时不纳入 CCMD-3,如性欲亢进、童年期身份障碍等。
- (5) 在 CCMD-3 的编写过程中,编者注意了文字表达和写作格式的规范,使条目分明、规范,以增强可操作性。

第三节 精神障碍的常见症状

案例导入

患者,女,19岁,无明显诱因出现精神异常,表现为凭空闻声、视物。患者凭空听到父亲对她讲话,称有人给她传信息;有时看见墙上有五颜六色、形状各异的东西;疑心被害,认为有人要害她,认为校长及老师在监视她,认为别人都在疏远她,自觉孤单,感觉生不如死;行为怪异,经常上课时无故外走,自觉心烦、坐立不安,走在大街上认为别人都在看她。

思考:

该患者存在哪些精神症状?

精神症状是异常精神活动的表现,它涉及人们精神活动的各个方面,并通过人的外显行为,如仪表动作、言谈举止、神态表情以及书写内容等表现出来。研究精神症状及其产生机制的学科称为精神障碍的症状学,又称精神病理学。由于许多精神障碍病因不明,缺乏有效的生物学诊断指标,故精神障碍的诊断主要通过病史采集和精神检查发现有关精神症状,然后进行综合分析和判断而得出。因此,精神障碍的症状学是学习精神科护理学的基础,熟练掌握精神障碍症状学是精神科护士的基本功。

一、精神障碍概述

在精神科临床护理工作中,正确区分患者的精神活动是正常的还是病态的,即是否存在精神症状是非常重要的。判定患者某一种精神活动正常与否一般可以从以下三个方面进行分析:①纵向比较,即与其过去的一贯表现进行比较,精神活动是否具有明显改变;②横向比较,即与大多数正常人的精神活动相比较,是否具有明显差异,某种精神状态的持续时间是否超出了一般限度;③精神活动是否与现实环境相符,即应注意结合患者的心理背景和当时的环境对其精神活动进行具体分析判断。

精神症状是精神障碍临床诊断的主要依据,每一项症状都具有其明确的定义,并具有以下五个特点:①症状的出现与消退不受患者的意识控制;②症状一旦出现,便难以通过转移注意力的方式令其

消失;③症状给患者带来痛苦的体验;④症状的表现形式及内容与周围客观环境明显不相符;⑤症状导致患者的社会功能受到不同程度的损害。

二、精神障碍患者的常见精神症状

人的精神活动是一个协调统一的整体。为了便于描述,普通心理学将人的正常精神活动分为认知、情感和意志行为等心理过程。同样,为了便于对精神症状的描述,人们也按照精神活动的认知、情感和意志行为这三个过程的障碍来加以讨论。此外,意识障碍和一些临床综合征表现也是精神障碍的常见症状表现。

(一) 认知过程障碍

认知过程障碍包括感觉、知觉、思维、注意、记忆、智能、自知力和定向力等方面的障碍。

1. 感觉障碍 人们可借助视、听、嗅、味、触等感官及内感受器感知外界事物和躯体内部器官的活动状况。感觉是对外界事物个别属性的反映。感觉障碍在临床上并不多见,主要包括感觉过敏(hyperesthesia)、感觉减退(hypesthesia)、感觉倒错(paraesthesia)和内感性不适(senestopathia)。

(1) 感觉过敏:指个体对刺激的感受性增高,感觉阈值降低,表现为对外界一般强度的刺激产生强烈的感觉体验,如轻微触摸皮肤即感到疼痛难忍、感到阳光特别刺眼等。感觉过敏多见于神经系统疾病,在精神科则多见于分离障碍、躯体不适障碍等。

(2) 感觉减退:指个体对刺激的感受性降低,感觉阈值增高,表现为患者对强烈的刺激产生轻微的感觉体验,严重时对外界刺激不产生任何感觉,即感觉消失。感觉减退多见于神经系统疾病,在精神科则多见于抑郁发作、木僵状态和意识障碍。感觉消失多见于分离障碍。

(3) 感觉倒错:指个体对外界刺激可产生与正常人性质不同或相反的异常感觉,如对冷的刺激产生热感。感觉倒错多见于分离障碍。

(4) 内感性不适:指躯体内部产生的各种不舒适、异样和/或难以忍受的感觉。这种感觉通常难以表达,如咽喉部堵塞感、胃肠扭转感、腹部气流上涌感、蚁爬感等,可继发疑病观念。内感性不适的特点是患者不能明确指出体内不适的部位。内感性不适多见于躯体不适障碍、精神分裂症、抑郁发作等。

2. 知觉障碍 知觉是对某一具体事物的各种属性及它们相互关系的整体反映。知觉障碍是由各种原因引起的知觉异常现象,临床较为常见,主要包括错觉(illusion)、幻觉(hallucination)和感知综合障碍(psychosensory disturbance)。

(1) 错觉:指个体对客观事物歪曲的知觉,即把实际存在的事物歪曲地感知为与之完全不相符的事物。错觉可见于正常人,在照明不良或视、听觉减弱的状态下,以及疲乏、精神紧张、恐惧时可产生错觉,如草木皆兵、杯弓蛇影等,但通过验证后能很快纠正。病理性错觉常在意识障碍时出现,多表现为错视和错听,并常常带有恐怖色彩,如患者把一个红灯笼看成悬挂着的人头、把输液管看成一条正在吸血的蛇等。错觉多见于谵妄状态。

知识链接

幻想性错觉

所谓幻想性错觉,就是患者把实际存在的事物,通过其主观想象的作用,错误地感知为与原事物完全不同的一种形象,如患者把墙上的水印感知为小白兔的形象,在临床上很少见。幻想性错觉与一般性错觉的主要区别在于:幻想性错觉患者在出现错觉时就已经意识到了原事物是什么,如水印等;幻想性错觉的内容与当时的幻想有密切的联系;幻想性错觉可见于健康人,尤其是富于幻想的人更容易产生;幻想性错觉也可见于轻度意识障碍、癔症及精神分裂症。

(2) 幻觉:为一种虚幻的知觉,是在客观现实中并不存在某种事物的情况下,患者却感知到它的存在。幻觉是临床上常见且重要的精神病性症状之一,常与妄想合并存在。幻觉可以根据其所涉及的感觉器官、产生条件、外部形象和来源的不同进行分类。

1) 按照幻觉涉及的感觉器官分类:幻觉可分为听幻觉(幻听)、视幻觉(幻视)、嗅幻觉(幻嗅)、味幻觉(幻味)、触幻觉(幻触)、内脏性幻觉(visceral hallucination)和运动性幻觉(motor hallucination)。

① 幻听(auditory hallucination):在临床上最常见。幻听的内容多种多样,患者可以听到各种不同种类和不同性质的声音,如单调或嘈杂的声音、讲话声、唱歌声、广播声等。临床最常见的幻听是言语性幻听,常具有诊断意义。患者听到的声音通常比较清晰,其内容通常是对患者的命令、赞扬、辱骂或斥责,因此,患者常为之苦恼和不安,并产生拒食、自伤或伤人行为。

幻听可见于多种精神障碍,其中评论性幻听、议论性幻听和命令性幻听是精神分裂症的典型症状。

【典型病例】

患者,男,34岁,诊断:精神分裂症。患者称近一段时间,经常听到房间外有谈论他的声音,说他人品不好、在外面包养情人等,但又找不到谈论他的人。因此,患者常常对门外喊“我没有,我没有,你们冤枉我”等。

② 幻视(visual hallucination):指患者看到了并不存在的事物。幻视的内容可以是单调的光、色或片段的形象,也可以是复杂的人物、景象、场面等,形象清晰、鲜明、具体,但有时比较模糊。幻视在临床上也较为常见。幻视中所出现的形象比实物大,称为视物显大性幻觉;形象比实物小,称为视物显小性幻觉。意识清晰状态下的幻视多见于精神分裂症,意识障碍时的幻视多见于谵妄状态。谵妄状态时的幻视常常形象生动、鲜明,且多具有恐怖性质,如看到墙上有壁虎在爬、房间内有龙在飞舞等。

【典型病例】

患者,女,68岁,诊断:谵妄状态。患者看到房间里有凶恶、恐怖的鬼怪向她扑来,于是大喊大叫,不停地用手乱打。

③ 幻嗅(olfactory hallucination):指患者能够闻到环境中并不存在的某种难闻的气味,如尸臭、烧焦物品的气味、食品腐烂的气味、刺鼻的化学药品的气味等。幻嗅中患者闻到的气味强度不一,但往往都能使患者产生不愉快的情绪体验。幻嗅与幻味往往同时出现,并经常与被害妄想结合在一起,如患者坚信他所闻到的难闻的气味是有坏人要害他而放的,从而加强了被害妄想对患者行为的影响,多见于精神分裂症。单一出现的幻嗅多见于颞叶癫痫或颞叶器质性损害。

【典型病例】

患者,女,21岁,诊断:精神分裂症。患者主诉楼上的邻居迫害自己,往自己的房间里吹毒气。患者整日戴三层口罩,说这样也挡不住刺鼻的化学药品气味,于是患者把房间的所有窗子都用塑料布封上了。

④ 幻味(gustatory hallucination):指患者能尝到食物内有某种实际上不存在的特殊味道。幻味患者常有拒食现象。幻味常与被害妄想同时存在,如认为食物中的“怪味道”是被人投毒了,多见于精神分裂症。

⑤ 幻触(tactile hallucination):又称皮肤触幻觉,指在没有任何刺激时,患者感到皮肤上有某种异常的感觉,如麻木感、虫爬感、刀刺感、通电感等。如果患者感到自己的性器官被刺激,则称为性幻觉,可见于精神分裂症、器质性精神障碍等。

⑥ 内脏性幻觉:患者身体内部某一部位或某一脏器虚幻的知觉体验。患者能清楚地描述自己的

某一内脏在扭转、断裂、穿孔,或有昆虫在其内游走。内脏性幻觉常与疑病妄想、虚无妄想伴发。内脏性幻觉多见于精神分裂症、抑郁发作。

⑦ 运动性幻觉:为关于本体感受器,如肌肉、肌腱、关节等运动位置的幻觉。例如,一位患者虽然知道自己睡在床上,但却有一种像坐在轿子里一样的颠簸感。

【典型病例】

患者,男,46岁,诊断:精神分裂症。患者主诉自己虽然沉默不语,但却感到自己的唇、舌在运动,在说话。这类幻觉称为言语运动性幻觉(verbal motor hallucination)。

2) 按照幻觉产生的条件分类:幻觉可分为功能性幻觉(functional hallucination)、反射性幻觉(reflex hallucination)、入睡前幻觉(hypnagogic hallucination)和心因性幻觉(psychogenic hallucination)。

① 功能性幻觉:为一种伴随现实刺激而出现的幻觉,即当某种感觉器官处于功能活动状态时出现的涉及该器官的幻觉。功能性幻觉与正常的知觉并存,常见功能性幻听。例如,患者在听到敲门声的同时听到议论他的声音,前者是真实存在的声音,后者是幻觉。而在现实刺激作用(敲门的声音)终止后,幻觉(议论患者的声音)也随之消失。两者同时存在又同时消失,但并不融合在一起。引起功能性幻听的现实刺激一般为单调的声音,如雨声、流水声、钟表声、风声、鸟鸣声及脚步声等。功能性幻觉多见于精神分裂症、心因性精神障碍等。

【典型病例】

患者,男,28岁,诊断:精神分裂症。患者在如厕的过程中,听到哗哗的排尿声,同时听到排尿声中夹杂着说话声:“回家去吧,回家去吧。”排尿声停止,这个声音也听不到了。

② 反射性幻觉:当某一感官受到现实刺激产生某种感觉体验时,另一感官即产生幻觉。反射性幻觉多见于精神分裂症。

【典型病例】

患者,女,52岁,诊断:精神分裂症。当患者看见一个人走过来时,就会听到这个人说:“你儿子和你儿媳妇要离婚了。”当患者听到关门的声音时,就会看到一个人的影像。

③ 入睡前幻觉:此种幻觉出现在入睡时,患者闭上眼睛就能看见幻觉形象,多为幻视,如各种动物、风景或人体的个别部分等。入睡前幻觉与睡梦时的体验近似。

④ 心因性幻觉:为在强烈的心理因素影响下出现的幻觉,如看到亡故亲人的影子在房间里走动。幻觉的内容与心理因素联系密切,可见于应激相关障碍、分离障碍等。

3) 按照幻觉的外部形象分类:幻觉可分为不形成幻觉和成形幻觉。

① 不形成幻觉:又称原始性幻觉,通常缺乏具体的形态和明确的结构。例如,患者看见一道亮光或火球、火花(光幻视);听到不明确的声音,如嗡嗡的响声等(声幻听)。

② 成形幻觉:指具有具体形态和明确结构的幻觉形象,如患者看到一只猫趴在地板上,临床多见。

4) 按照幻觉体验的来源分类:幻觉可分为真性幻觉(genuine hallucination)和假性幻觉(pseudo hallucination)。

① 真性幻觉:为来自外部客观空间,通过感觉器官而获得的幻觉。其特点为幻觉内容就像感知外界真实事物一样生动形象,故患者常常述说是亲耳听到或亲眼看到的。患者对幻觉的内容深信不疑,并可做出相应的情感与行为反应。

② 假性幻觉:为存在于自己的主观空间内,不通过感觉器官而获得的幻觉。其特点为幻觉内容往往比较模糊,不清晰和不完整,故患者常常描述为没有通过耳朵或眼睛,大脑内就隐约出现了某种

声音或形象。虽然此类幻觉与一般知觉不同,但患者往往仍然比较肯定地相信其内容。假性幻觉以假性幻听、幻视较多见。假性幻觉多见于意识清晰的患者,是精神自动症综合征(psychic automatism syndrome)的主要症状之一。

【典型病例】

患者,男,29岁,诊断:精神分裂症。患者主诉1年多来常听到脑子里发出来的声音,如“你不按照我说的办,就扣你的奖金”“有我没她,有她没我”“你爱人挣的钱都存小金库了”等,这声音虽然不是用耳朵听到的,但是与耳朵听到的一样。

(3) 感知综合障碍(psychosensory disturbance):指患者在感知某一现实事物时,对客观事物的整体属性能够正确感知,但是对这一事物的某些个别属性,如形象、大小、颜色、空间位置、距离等,却产生与该事物实际情况不相符合的错误感知。

1) 视物变形症(metamorphopsia):指患者看到周围的人或物体的大小、形状、颜色及体积等方面发生了变化。患者看到物体的形象比实际增大称为视物显大症(macropsia),如看到家中的宠物猫就像老虎一样大;看到物体的形象比实际缩小称为视物显小症(micropsia),如看到姐姐就像布娃娃一样小。视物变形症多见于癫痫。

【典型病例】

患者,男,43岁,诊断:精神分裂症。近日来,患者总是回避其妻子,或捂着眼睛,或低头与妻子说话。问其原因,患者说,他看到妻子的脸变得很长,嘴大还歪,脸色灰白,像死人一样,太难看了。患者还说自己的父亲在他看来十分矮小,只有七八岁儿童的身高。

2) 空间感知综合障碍(spatial psychosensory disturbance):指患者对周围事物的距离、空间位置等感知错误。有的患者不能准确地判定周围事物与自己的距离。例如,患者想把暖壶放到茶几上,但实际上暖壶与茶几距离较远,使得暖壶掉在地上摔碎了。

3) 时间感知综合障碍(time psychosensory disturbance):指患者对时间的快慢出现不正确的感知体验。如感到时间凝固了,岁月不再流逝,外界事物停滞不前;或者感到时间在飞逝,似乎身处于“时空隧道”之中,外界事物都在急速、猛烈地变化着。时间感知综合障碍可见于抑郁发作、躁狂发作、精神分裂症等。

4) 现实解体(derealization):又称非真实感,指患者感到周围的事物和环境变得不真实,犹如隔了一层窗纱。如感到周围的房屋、树木等像是纸板糊成的,毫无生气;周围人就像没有生命的木偶一样等。例如,患者说:“我感到周围的东西都变了,好像隔了一层东西似的。”“好像都是假的,就像一幅画似的。”现实解体可见于抑郁发作、精神分裂症等。

5) 对自身感知综合障碍:指患者感到自己身体的某一部分在大小、形状、颜色、轻重、粗细、长短等方面发生了变化。如患者感到自己的面部发生了扭曲,眼睛大小不一致,鼻子像蒜头一样,因此反复照镜子。对自身感知综合障碍可见于精神分裂症、癫痫性精神障碍等。

【典型病例】

患者,女,30岁,诊断:精神分裂症。患者主诉感觉自己的身体变得像羽毛那样轻,在天空中飘来飘去;感觉自己的身体变得特别高,好像巨人一般,胳膊长得好长,可以伸到邻居的院子里。

错觉、幻觉和感知综合障碍往往对患者的思维、情感及行为有一定的影响,特别是当知觉障碍鲜明、生动、逼真时,患者常信以为真。

 知识链接

感知觉障碍与精神疾病

感知觉障碍是精神疾病的常见症状,在各种不同的疾病中,其内容往往不同。例如,精神分裂症的幻觉一般在患者意识清醒的情况下反复出现,在种类、数量、内容的复杂方面往往超过其他精神疾病,其内容常是荒谬的。此外,感知觉障碍还可见假性幻觉。

3. 思维障碍(thinking disorder) 思维是人脑对客观事物间接概括的反映,它可以揭露事物内在的、本质的特征,是人类认知活动的最高形式。思维包括分析、比较、综合、抽象、概括、判断和推理等基本过程。

正常人的思维具有如下特征:目的性,指思维围绕一定的目的进行,并解决某一问题;连贯性,指思维过程中的概念前后衔接,相互联系;逻辑性,指思维过程符合逻辑思维规律,有一定的道理;实践性,指思维能够通过客观实践的检验。

思维障碍是精神科常见症状,临床表现多种多样,大致可分为思维形式障碍(thought form disorder)和思维内容障碍(thought content disorder)两类。

(1) 思维形式障碍:主要为思维过程的联想和逻辑障碍,包括思维联想活动量和速度方面的障碍、思维联想连贯性障碍、思维逻辑障碍和思维活动形式障碍。思维形式障碍的常见临床表现如下。

1) 思维联想活动量和速度方面的障碍。

① 思维奔逸(flight of thought):一种兴奋性思维联想障碍,主要指患者的思维联想速度加快、数量增多和转变加速。患者表现为特别健谈,说话滔滔不绝,口若悬河,感到脑子特别灵活,就像机器加了“润滑油”一样难以停下来。患者说话的语速快,语量多,常常被环境中的变化所吸引而转移主题(随境转移),也可有音韵联想,即按某些词汇表面毗连(同音押韵、音联),或有字意联想,即某些句子在意义上相近(意联)。患者自觉脑子很灵活,反应特别快,出口成章,但逻辑联想肤浅。思维奔逸多见于躁狂发作。

【典型病例】

患者,女,28岁,诊断:躁狂症。患者进入诊室就喜形于色地向护士自我介绍说:“我叫××。”护士问:“看样子你今天的心情不错呀!”患者马上手舞足蹈地说:“当然,我脑子非常好使,有使不完的劲呢,我送给你们一首诗吧:白衣天使为患者,患者当家做主人,护患合作就是好,个个都是好天使。”接着又用歌唱起上述内容。歌还没唱完,医生走进了病房,患者马上停止唱歌,转向医生:“我一看就知道您吉星高照,财源滚滚。”

② 思维迟缓(retardation of thought):一种抑制性思维联想障碍,指思维联想减慢、数量减少和转换困难。患者表现为语量减少、语音低沉、语速缓慢和反应迟缓。例如,患者想写一张纸条,但几个小时过去了却什么也没写出来。患者感到脑子就像生锈了的机器一样,变笨了,反应变慢了,思考问题困难,并为此而苦恼。思维迟缓多见于抑郁发作,思维迟缓是抑郁症的典型表现之一。

③ 思维贫乏(poverty of thought):指联想概念与词汇贫乏。患者感到脑子空荡荡,没什么思想,表现为寡言少语,谈话时言语内容空洞单调或词穷句短,回答问题简单,严重时对一般询问往往无应答性反应,或简单地回答“不知道,没什么”,对此漠然处之。思维贫乏多见于精神分裂症、痴呆及智力发育障碍等。思维贫乏往往与情感淡漠、意志缺乏相伴出现,构成精神分裂症的三项基本症状。

④ 病理性赘述(circumstantiality):指思维过程中主题转换带有黏滞性,联想枝节过多。患者表现为在叙述某种事物时,在个别问题上不厌其烦地做不必要的、过分详尽的、累赘的描述,言语啰唆,

但最终能够回答有关问题。如果要求患者简明扼要,患者无法做到。病理性赘述多见于癫痫、阿尔茨海默病等。

【典型病例】

患者,男,49岁,诊断:癫痫性精神障碍。当医生问患者为什么腹部有伤口时,患者答道:“我家住在襄阳樊城,在湖北省山区,交通很不方便,我已经没有父母了,还有一个姐姐,山区可苦了,可我已习惯了。后来我又去成都了,就是四川的那个成都,坐好几天船才能到,我是走着去的。那年我肚子疼,医生给我开了刀,就成这样了。”

2) 思维联想连贯性障碍。

① 思维松弛或思维散漫(loosening of thinking):指思维的连贯性障碍,患者表现为联想松弛、内容散漫,缺乏主题,对问题的叙述不够中肯,话题转换缺乏一定的逻辑关系。说话东拉西扯,东一句、西一句,以致使人感到与之交谈困难,不易理解其言语的主题及用意。思维松弛或思维散漫多见于精神分裂症、智力发育迟滞。思维松弛或思维散漫严重时可发展为思维破裂(splitting of thought)。

② 思维破裂:患者在意识清晰的情况下,思维联想过程破裂,缺乏内在意义上的连贯性和应有的逻辑性。患者表现为言谈或书写内容有结构完整的句子,即单独语句在结构和语法上正确,但主题与主题之间、句与句之间缺乏内在联系,各句含意互不相关,整段内容让人无法理解。例如,护士问患者:“你叫什么名字?”患者答:“大家不要打架。中午吃炖肉。我有很多钱。我想睡觉了。”思维破裂多见于精神分裂症,是精神分裂症患者所具有的特征性思维障碍,对精神分裂症的诊断很有意义。

③ 思维不连贯(incoherence of thought):在严重的意识障碍情况下产生,患者言语支离破碎、杂乱无章,语句不完整,毫无主题可言。思维不连贯多见于谵妄状态。

【典型病例】

患者,男,52岁,诊断:癫痫性精神障碍。患者意识模糊;对周围事物无反应;两手不停地在空中乱抓;语乱,言语前后不连贯。护士问患者:“你姓什么?”患者答:“各地方……那个……好家伙……多吃点……炸弹……”

④ 思维中断(thought blocking):指思维联想过程突然发生中断。患者表现为在无意识障碍、无明显外界干扰时,言语突然停顿,片刻之后又重新开始,但所谈主题已经转换。这种思维中断不受患者的意识支配,可伴有明显的不自在感。例如,患者说:“大夫,今天我早晨有点儿不舒服……”话还没说完,就什么都想不起来了。有时患者可感到思考的过程中突然出现了一些与主题无关的意外联想,即思维插入(thought insertion)。思维中断多见于精神分裂症。

⑤ 思维云集(pressure of thought):又称强制性思维(forced thought),是思维联想的自主性障碍。患者感到脑内涌现大量无现实意义、不属于自己的联想,是被外力强加的。这些联想常常突然出现、突然消失,内容往往杂乱多变,多见于精神分裂症。思维云集可与思维中断交替出现。

【典型病例】

患者,女,28岁,诊断:精神分裂症。患者主诉脑子很乱,自己怎么都无法控制,想的事毫无意义、毫无系统,从东到西、从西到东,一件事刚想一点,又出现另外的事。

⑥ 思维化声或思维鸣响(audible thought):又称思维回声(thought echoing),是同时包含思维障碍和感知觉障碍两种成分的一种症状。患者在思考时,同时感到自己的思想在脑子里变成了言语声,自己和他人均能听到。每当患者想到什么,就会听到说话声讲出他所想的内容,即幻听的内容就是患者当时所做的事。例如,患者想跑步即出现“跑步去,跑步去”的声音。思维化声或思维鸣响多见于精神分裂症,对诊断精神分裂症有一定的价值。

【典型病例】

患者,男,43岁,诊断:精神分裂症。患者主诉自己在看书的时候听见有声音跟着他将书的内容念出来,自己的思想变成了声音。

3) 思维逻辑障碍。

① 象征性思维(symbolic thinking):属于概念转换,患者以无关的具体概念代替某一抽象概念,不经患者本人解释,他人无法理解。如患者经常反穿衣服,表示自己“表里合一、心地坦白”,多见于精神分裂症。

正常人可以有象征性思维,如玫瑰象征爱情、鸽子象征和平等,但正常人的象征性思维是以传统和习惯为基础的,与文化背景相符,人们彼此之间能够理解。

【典型病例】

患者,女,32岁,诊断:精神分裂症。患者站在床上,用手将被子举起贴在墙上,解释为迫击炮。患者入院时穿着红毛衣、红裤子,不肯更换,解释为红色代表共产党,表示拥护中国共产党。

② 语词新作(neologism):为概念的融合、浓缩和无关概念的拼凑。患者创造一些文字、图形、符号或语言,并赋予其特殊的意义,他人无法理解。例如,“%”代表离婚、“\$”代表美满等。语词新作多见于青春型精神分裂症。

③ 逻辑倒错性思维(paralogic thinking):以思维联想过程中推理缺乏逻辑性为特点,表现为患者的推理过程或缺乏前提依据,或因果倒置,令人感到不可理解,离奇古怪。逻辑倒错性思维多见于精神分裂症。有时患者的思维可与现实世界完全隔绝,这时称为非现实性思维(unrealistic thinking)或内向性思维(autistic thinking)。

【典型病例】

患者,男,28岁,诊断:精神分裂症。患者认为自己是从动物进化来的,所以不应当吃肉;又想动物是由植物进化来的,因此也不能吃蔬菜;后来又想植物是从土里长出来的,所以不应该站在土地上。

④ 诡辩性思维(sophistic thinking):指思维联想过程中表象和概念在逻辑论证上的联想障碍。诡辩性思维的特点是认识的内容空泛,缺乏现实意义和确切的根据,所辩论的主题常是一些想入非非的事情,而患者却无限制地运用一些空洞、缺乏意义的词句,长篇阔论,侃侃而谈,拒不接受别人的批评和意见,但语法结构正确。诡辩性思维多见于精神分裂症。

【典型病例】

患者,男,27岁,诊断:精神分裂症。患者书写了“关于辩证逻辑的若干问题”的文章,摘录如下:“我们判定某事物是可知的,并能够说明其性质,我们就需要了解并抓住它的主要矛盾方面。也就是说,抓住了事物的本质……例如,我们说鸡蛋在一定条件下能变成鸡。当我们抓住了它的主要矛盾方面,明确说明它是鸡蛋本身,是一种蛋白的形式,就有着变成鸡的条件,所以只要抓住鸡蛋的特征,也就是抓住了主要矛盾方面……”

4) 思维活动形式障碍。

① 持续言语(perseveration speech):指患者单调地重复某一概念或对某些不同的问题总是用第一次回答的话来回答。例如,医生问:“你来做什么?”患者答:“看病。”医生再问:“你叫什么名字?”患者仍答:“看病。”之后医生又询问了诸多问题,但患者仍然持续地回答“看病”。持续言语可见于脑器质性精神障碍及癫痫性精神障碍。

② 重复言语(palilalia):指患者常重复他所说的一句话的最末几个字或词。患者能意识到这样是不必要的,但不能克服。例如,患者说:“这是一个什么问题、问题、问题。”重复言语多见于脑器质性

精神障碍及癫痫性精神障碍。

③ 刻板言语(stereotype speech):指患者机械而刻板地重复某一无意义的词或句子。例如,患者总是重复:“给我做手术吧,给我做手术吧。”

④ 模仿言语(echolalia):指患者模仿周围人的话,周围人说什么,患者就说什么。例如,护士问:“你叫什么名字?”患者说:“你叫什么名字?”护士问:“你多大了?”患者说:“你多大了?”模仿言语常见于紧张型精神分裂症。

(2) 思维内容障碍:主要表现为妄想(delusion)、超价观念(over-valued idea)和强迫观念(obsessive idea)。

1) 妄想:为在病态推理和判断基础上形成的一种病理性的歪曲信念。其特征包括:妄想内容与事实不符,缺乏客观现实基础,但患者坚信不疑;妄想内容涉及患者本人,且与个人具有利害关系;妄想内容具有个体独特性,是个体的心理现象,并非集体信念;妄想内容与患者的文化背景和经历有关,且通常有浓厚的时代色彩。

妄想是精神科临床上最常见、最重要的精神病性症状之一,可以根据其起源、结构和内容进行分类。

① 按照起源与其他心理活动的关系,妄想可分为原发性妄想(primary delusion)和继发性妄想(secondary delusion)。

• 原发性妄想:指没有发生基础的妄想。妄想内容不可理解,不能用与患者既往的经历、当时的处境及其他心理活动等加以解释。例如,患者突然认为周围的所有人都变了,变得异乎寻常地关注他。原发性妄想是精神分裂症的典型症状,对精神分裂症具有重要的诊断价值。

• 继发性妄想:指发生在其他病理心理基础上的妄想,或与某种经历、情境等有关的妄想。例如,在抑郁基础上产生的自罪妄想;因亲人死于某种疾病后过分关注自己身体健康,而逐渐产生疑病妄想等。继发性妄想可见于多种精神障碍。

② 按照妄想的结构,可以将其分为系统性妄想(systematized delusion)和非系统性妄想(unsystematized delusion)。

• 系统性妄想:指内容前后相互联系、结构严密的妄想。此类妄想的形成过程较漫长,逻辑性较强,有逐渐系统化且不断泛化的趋势,与现实具有一定的联系或围绕某一核心思想,如不仔细辨别,往往难以发现。

• 非系统性妄想:为一些片段、零散、内容不固定、结构不严密的妄想。此类妄想往往产生较快,缺乏逻辑性,内容明显脱离现实,且易发生变化,甚至自相矛盾。

③ 按照内容,妄想可分为以下几种。

• 关系妄想(delusion of reference):又称牵连观念(idea of reference),患者认为周围环境中所发生的与自己无关的事情都与自己有关。例如,患者认为别人说话是在议论自己,别人的咳嗽是针对自己的,报纸上的文章、广播内容等都与自己有一定的关系。关系妄想多见于精神分裂症和其他妄想性障碍。

【典型病例】

患者,女,33岁,诊断:偏执型精神分裂症。患者坚信同事咳嗽是针对自己的,同事无意看她一眼,她即认为是领导派来“监视”她的。患者在街上看到别人吐痰,坚信是朝着她来的,是在唾弃她腐败,于是与人发生争执。

• 被害妄想(delusion of persecution):为最常见的妄想之一。患者无中生有地坚信某些人或某些组织对他进行不利的活动、打击、陷害和迫害,如在饭里下毒、跟踪监视或正在策划某种阴谋等。患者受妄想的影响可出现拒食、外走、报警、自伤、伤人等行为。被害妄想常与幻觉有关联,并可以与其

他妄想同时存在。被害妄想主要见于精神分裂症和其他妄想性障碍。

【典型病例】

患者,女,31岁,诊断:偏执型精神分裂症。患者近两年来总觉得有人“暗害自己”,认为母亲在饭里放了“原子粉”来害她,因而不吃母亲做的饭;认为村里的人往自己家里吹毒气,要害死她,因此不敢回家住。

- 影响妄想(delusion of influence):又称物理影响妄想(delusion of physical explanation),也称被控制感。患者感到自己的精神活动(思维、情感、意志等)受到某种外界力量的干扰、控制、支配和操纵,或认为有外力刺激自己的躯体,进而产生种种不舒服的感觉,甚至认为自己的内脏活动也都是受着外力的操纵或控制的。如患者经常描述被红外线、电磁波或某种先进仪器控制,甚至消化功能、血压变化等也都是受外力的操纵或控制的。影响妄想多见于精神分裂症。

【典型病例】

患者,男,34岁,诊断:偏执型精神分裂症。患者常常感到四肢的活动不受自己的支配,深信有人在控制他、操纵他。有时感到头特别痛,深信有人用电磁波照他,并将家中装修的房顶拆掉找仪器。

- 夸大妄想(delusion of grandeur):多发生在情绪高涨的背景下,其内容可因时间、环境、患者的文化水平和经历而有很大的不同,患者认为自己拥有非凡的才能、智慧、财富、权利、地位等,如称自己是发明家、科学家、国家领导人等。夸大妄想常见于躁狂发作、精神分裂症和痴呆。

【典型病例】

患者,男,42岁,诊断:精神分裂症。患者是一名普通工人,但自称是“世界大总统”,掌管着这个世界的命运;自称曾留学很多个国家,会很多国家的语言,有着数不清的财富;自称发明了“水下鱼雷”等。

- 罪恶妄想(delusion of guilt):又称自罪妄想,患者毫无根据地认为自己犯了严重错误和罪行,甚至认为自己罪大恶极、死有余辜,应受到严厉的惩罚。患者可在此妄想的影响下出现拒食、自杀等行为。罪恶妄想多见于抑郁发作,也可见于精神分裂症。

【典型病例】

患者,男,39岁,诊断:精神分裂症。患者认为自己罪大恶极,死有余辜,认为吃饭是对不起农民种的粮食,因此拒食并追缠工作人员要求劳动改造,有时自己用毛巾把自己的双手捆起来。

- 疑病妄想(hypochondriacal delusion):又称臆想妄想,患者毫无根据地认为自己患了某种严重的躯体疾病,是不治之症,因而到处求医,各种详细的检查和反复的医学检验都不能纠正。例如,患者认为自己得了癌症、心脏病等,而且将不久于人世。严重时,患者认为自己“内脏都腐烂了”“大脑成了一个空壳”“血液干枯了”,称为虚无妄想(nihilistic delusion)。疑病妄想多见于抑郁发作、精神分裂症及躯体不适障碍。

【典型病例】

患者,男,25岁,诊断:精神分裂症。患者在1年前打篮球时小腿肌肉受伤,经治疗后痊愈。但患者坚持认为自己的腿无法治愈,到各大综合医院做检查,尽管结果都是正常的,但患者仍坚信自己的想法,要求他的姐姐带他去更好的医院治病。

- 嫉妒妄想(delusion of jealousy):患者坚信爱人对自己不忠,有外遇。因此,患者对爱人的行为加以检查和跟踪。嫉妒妄想见于慢性酒精中毒伴有性功能减退的男性、精神分裂症、反应性精神障碍及偏执性精神障碍。

【典型病例】

患者,女,25岁,诊断:精神分裂症。患者23岁结婚,夫妻感情好,育有一女,其夫作风正派。1年来,患者坚信丈夫有外遇,丈夫上班,患者就尾随其后,在单位门口等候丈夫下班,见丈夫看其他女人一眼就吵闹不休,认为丈夫与单位的所有女同事都有暧昧关系。

• 钟情妄想(delusion of being loved):患者坚信自己被某异性或许多异性钟情,对方的一言一行都是对自己爱的表达。患者有时会对这种“爱的表达”做出相应的反应而去追求对方,即使遭到对方的严词拒绝,仍毫不置疑,反而认为对方是在考验自己对爱情的忠诚。钟情妄想多见于精神分裂症。

【典型病例】

患者,女,30岁,诊断:精神分裂症。患者坚信单位的××(已婚)喜欢自己,坚持每天中午给他送饭、下班等候他,尽管对方再三解释,甚至将其送的饭扔了出去,但她仍坚信对方是在考验自己,进而不断地纠缠他。

• 被窃妄想(delusion of being stolen):患者认为自己收藏的物品被人偷走了。被窃妄想多见于脑器质性精神障碍、老年抑郁症等。

【典型病例】

患者,女,79岁,诊断:阿尔茨海默病。患者怀疑自己的勺子、衣服等东西被保姆偷走(在家中其他地方找到)而捶打保姆,导致家里不断地更换保姆。

• 内心被揭露感(experience of being revealed):又称被洞悉感、读心症,患者感到他内心所想的事情,虽然没有说出来,也没有用文字写出来,但被别人都知道了。至于别人是通过什么方式知道的,患者则不能描述。但患者确信尽人皆知,甚至搞得满城风雨,所有的人都在议论他。内心被揭露感多见于精神分裂症。内心被揭露感可与假性幻觉、被控制感结合出现,即康金斯基综合征(精神自动症综合征),是精神分裂症的特征性症状。

【典型病例】

患者,男,26岁,诊断:精神分裂症。患者主诉“自己想什么,别人都知道”“我想吃饭,别人就用筷子敲碗”“我心里想××是坏人,那个人就用不满的眼神看我”,而具体别人是怎么知道的却说不清楚。

2) 超价观念:为一种具有强烈情感色彩的错误观念,其发生一般均有一定的事实依据,不荒谬离奇,也没有明显的逻辑推理错误。此种观念片面而偏激,可明显地影响患者的行为及其他心理活动,多见于人格障碍。

3) 强迫观念:即强迫性思维,是指在患者脑中反复出现的某一概念或相同内容的思维,明知不合理和没有必要,但又无法摆脱,伴有痛苦体验。

强迫观念可表现为:反复出现某些想法,如担心被别人传染某种疾病;总是怀疑自己的言行是否正确、得当(强迫怀疑);反复回忆做过的事情或说过的话(强迫回忆);反复出现一些对立的思维(强迫性对立思维),如听到“和平”就不自主地联想到“战争”;反复考虑毫无意义的问题(强迫性穷思竭虑),如为什么 $1+1=2$ 等。强迫观念常伴有强迫动作。强迫观念多见于强迫障碍,也可见于精神分裂症。

【典型病例】

患者,女,30岁,诊断:强迫性穷思竭虑。患者主诉自己对一些荒谬的问题会花很多时间去反复思考,甚至钻牛角尖,感觉没有必要,但难以控制,如患者反复思考:“中考为什么同意留校,如果上了实验中学,我的成绩也许能够考上更好的大学,我就可以有更好的前程。我为什么不选择报考的机会呢?”

4. 注意障碍 注意是指意识对一定事物的指向性,可分为主动注意和被动注意。主动注意又称随意注意,是自觉的、有预定目的的使注意指向一定的对象,而且为了达到这一目的,在必要时还需要做一定的努力。主动注意与个人的思想、情感、兴趣和既往体验有关。被动注意又称不随意注意,是没有自觉目的且不加任何努力而不自主的、自然的注意。被动注意是对外界刺激简单、原始的反应,其产生取决于外界刺激的强度。

正常人的注意具有以下特征:集中性,是指人的心理活动只集中在特定事物上,具有一定的范围和广度;稳定性,是指人的心理活动能够长时间集中于某一客体或活动的特性;③转移性,是指人可以根据新的任务,主动把注意由一个对象转移到另一个对象的现象。

临床常见注意障碍大致可分为三个方面:注意程度方面的障碍、注意稳定性方面的障碍和注意力集中性方面的障碍。

(1) 注意程度方面的障碍。

1) 注意增强(hyperprosexia):指在某些精神病状态下,患者特别容易注意某些事物。注意增强见于神经症性障碍、偏执型精神分裂症和躯体不适障碍。

注意增强包括以下两种类型:①注意指向外在的某些事物,患者对周围的动静及某些细节保持高度的注意和警惕。例如,妄想症患者总注意别人的举动,甚至对他人的细微之处都保持高度的注意和警惕。②注意指向患者本身的某些生理活动,如神经症患者的疑病观念,患者常过分地注意自身的健康状况或使他忧愁的病态思维内容,任何事情都难以转移其注意力。

2) 注意减退(hypoprosexia):指主动注意和被动注意的兴奋性减弱,又称注意的松懈(注意迟钝)。患者很难在较长的时间内将注意力集中于某一事物,同一时间内所掌握的客体范围显著缩小,注意的稳定性也显著下降,并且因注意力不集中而影响自身的记忆,引起记忆减退。注意减退见于抑郁发作、精神分裂症等。

(2) 注意稳定性方面的障碍。

1) 注意转移(shifting of attention):指被动注意的兴奋性增强,但注意不能持久,注意的对象不断转换的现象。例如,躁狂症患者的注意力易受周围环境中新现象的吸引而发生转移(随境转移),以致不断地转换话题。注意转移主要见于躁狂发作。

2) 注意涣散(divergence of attention):指主动注意明显减弱,即注意力不集中的现象。患者不能把注意力集中于某一事物并保持相当长的时间,以致注意力很容易分散,如即使看了很长时间的书,仍不知所云,就像没看过一样。注意涣散可见于注意缺陷多动障碍、焦虑障碍、精神分裂症。

3) 注意固定(fixation of attention):指患者注意的稳定性特别增强,可见于健康人(如发明家和思想家等)和精神病患者。固定注意于一定的观念可使牢固的观念控制个体的整个意识。精神障碍患者,如处于抑郁状态、有顽固妄想观念的患者,总是将注意固定于自己的妄想观念上。有强迫观念的患者虽然能够觉察到这种注意的集中和固定,但无法将其转移。因此,注意固定又可称强制性注意。

(3) 注意力集中性方面的障碍。

1) 注意狭窄(narrowing of attention):指患者的注意范围显著缩小,主动注意减弱。当患者集中于某一事物时,其他一般易唤起注意的事物并不能引起患者的注意。注意狭窄多见于意识障碍、智力障碍等。

2) 注意集中缓慢(blunting of concentrating):指患者注意兴奋性的集中困难和缓慢,但注意的稳定性障碍较小。患者回答第一个问题完全正确,但对接下来的第二个、第三个问题的回答就显得缓慢。注意集中缓慢可见于抑郁症。

5. 记忆障碍 记忆是一种在感知觉和思维的基础上建立起来的精神活动,是对既往感知过的事物在一定的条件下可以在大脑中重新反映出来的经验。人对这种既往经验的认知和回忆即记忆,包

括识记、保存、认知(再认)和回忆(再现)四个过程。

临床上,记忆障碍大致分为两个方面:记忆量方面的障碍,和记忆质方面的障碍。此外,似曾相识症也与记忆障碍密切相关。

(1) 记忆量方面的障碍。

1) 记忆增强(hypermnesia):是一种病理性的记忆增强,表现为对病前不能够且不重要的事都能回忆起来。记忆增强可见于躁狂发作和精神分裂症等。

【典型病例】

患者,女,44岁,诊断:抑郁症。患者认定的罪行是在她9岁时因与邻居小孩抢座位而发生争吵,并将其推倒的事,即使是非常细致的情景都能清楚无疑地被回忆起来。但在患者痊愈后,就再也不能回忆起这些经过了。

2) 记忆减退(hypomnesia):在临床比较多见,是指识记、保存、认知和回忆过程的普遍减退。早期患者往往表现为回忆减弱,特别是对日期、年代、专有名词、术语、概念等的回忆发生困难;近、远记忆减退,有的患者可表现为由近而远的记忆减退。记忆减退多见于痴呆,也可见于正常老年人。

【典型病例】

患者,男,65岁,诊断:血管性痴呆。医生问:“10月1日是什么日子呀?”患者答:“不知道。”医生又问:“你和爱人是什么时候结的婚呢?”患者摸摸头,摇摇头说:“不知道。”

3) 遗忘(amanesia):也称“回忆的空白”,是指局限于某一事件或某一时期内经历的遗忘,是一种回忆的丧失。遗忘可见于有脑器质性损害的患者。

在临床上,通常按照遗忘与疾病时间的关系将其分为以下几种不同的表现形式。

① 顺行性遗忘(anterograde amnesia):患者回忆不起在疾病发生以后一段时间内所经历的事件,遗忘和疾病同时开始。该类遗忘多由意识障碍而导致的不能识记引起。顺行性遗忘可见于脑震荡、脑挫伤的患者。



图文
艾宾浩斯遗忘曲线

【典型病例】

患者,女,29岁,诊断:脑震荡。患者在骑车送孩子去幼儿园的道路上被一辆转弯的小轿车刚到,摔出1米多远,被路人送到医院。患者家人赶到后,问其是如何受伤的,是谁把她送到医院的,到达医院后都做了哪些检查等,患者都不能回忆起来。

② 逆行性遗忘(retrograde amnesia):指患者回忆不起疾病发生之前某一阶段的事件,如患者回忆不起受伤前他在什么地方,正在做什么事情。逆行性遗忘可能是完全的或部分的,但大多只涉及较短的一段时间。逆行性遗忘多见于脑卒中发作以后、颅脑创伤并伴有意识障碍,以及自缢后经抢救意识恢复时,也可见于脑器质性精神障碍、严重的精神创伤后或一氧化碳中毒。

③ 进行性遗忘(progressive amnesia):影响较大的是再认和回忆,即患者除有遗忘外,还可伴有日益加重的痴呆和淡漠。进行性遗忘主要见于阿尔茨海默病。

④ 界限性遗忘(circumscribed amnesia):指对某一特定时间段的经历不能回忆,遗忘的发生通常与该时段内不愉快的事件有关,多见于分离障碍,故又称分离性遗忘。

(2) 记忆质方面的障碍。

1) 错构(paramnesia):为一种记忆的错误,患者将过去生活中所经历过的,但在他所指的那段时间内却并未发生的事件,说成在当时发生的,并坚信是事实,予以相应的情感反应。错构可见于各种原因引起的痴呆及酒精中毒所致精神障碍。

2) 虚构(confabulation):为一种记忆的错误,患者在回忆中将过去事实上从未发生的事或体验

说成确有其事,并以这样一段虚构的事实来填补他所遗忘的那一段经历。所以其叙述的内容常常变化,且容易受暗示的影响。虚构常见于各种原因引起的痴呆及慢性酒精中毒所致精神障碍。

3) 潜隐记忆(kryptomnesia):又称歪曲记忆,是指患者对不同来源的记忆混淆不清,相互颠倒,把自己过去看到或听到的,或在自己梦中体验过的事物当作自己实际体验过的事物。

【典型病例】

患者,男,47岁,诊断:精神分裂症。患者主诉自己发明了印刷术和潜水艇。这些科学技术事实上早已被他人创造发明,但患者仍认为是自己的创造发明。

(3) 似曾相识症:又称熟悉感、旧事如新症或生疏感,是指患者在体验新事物时有一种似乎早已体验过的熟悉感,或对已多次体验过的事物产生似乎从未体验过的生疏感。以上两种症状一般认为与记忆障碍,特别是识记障碍有关,多见于癫痫患者。

6. 智力障碍 智力障碍又称智能障碍。智力是一个复杂的概念,其含义包括个体既往获得的知识和经验,以及运用这些知识和经验来解决新问题、形成新概念的能力。智力活动与思维、记忆和注意密切相关。记忆和注意是智力活动得以进行的前提。智力必须在解决某种问题的过程中反映出来,表现为理解力、计算力、分析能力、创造力等。

智力障碍可表现为智力发育障碍和痴呆两大类。全面性的或部分性的智力低下,程度严重时称为痴呆。智力障碍主要有两种类型:先天性智力低下和后天获得性痴呆。

(1) 先天性智力低下:指在胎儿期、出生时、婴幼儿时期或未成熟期(18岁之前),大脑的发育受到遗传、感染、中毒、头部创伤、内分泌异常或缺氧等因素的阻碍,以致发育不良或停滞,使个体的智力水平停留在一定的阶段。先天性智力低下可见于精神发育迟滞患者。

(2) 后天获得性痴呆:指大脑发育已经成熟,智力也发育正常,其后由各种有害因素引起的大脑器质性损害所造成的智力严重障碍。后天获得性痴呆是一种综合征,患者可表现为定向、记忆、理解、计算、学习等能力及判断力障碍。后天获得性痴呆常见于脑动脉硬化性精神障碍、麻痹性痴呆及脑炎后遗症等。

1) 根据大脑病理变化的性质和涉及的范围,后天获得性痴呆可分为全面性痴呆和部分性痴呆。

① 全面性痴呆:患者大脑的病变主要呈现弥散性器质性损害,涉及智力活动的各个方面,影响患者的全部精神活动。患者常出现人格改变,缺乏自知力,其定向力也可发生障碍。全面性痴呆可见于阿尔茨海默病、麻痹性痴呆。

② 部分性痴呆:病变所侵犯的只是大脑的某些限定区域,如大脑血管的周围组织,因而可使智力产生部分障碍,如记忆力减退、理解力减退、分析综合困难等。患者的人格保持良好,自知力、定向力比较完整。部分性痴呆可见于脑干动脉硬化性精神障碍、外伤性痴呆等。

2) 临床上还可见强烈的精神创伤导致的智力障碍,患者的大脑无器质性损害,病变的性质基本是功能性的,预后较好,通过适当的治疗和处理,患者可在短期内完全恢复正常。此类智力障碍常见于癔症及反应性精神障碍,主要包括以下两类。

① 刚塞尔综合征:又称心因性假性痴呆,患者对一些简单的问题回答得很荒谬,如“ $1+2=4$ ”。但从这里可以看出患者的回答没有超出问题性质的范围,还是用加法进行计算的,称为近似回答。患者在生活中能够解决比较复杂的问题,如下棋、打扑克等,一般生活也能够自理。刚塞尔综合征多见于癔症、在强烈的精神压力或创伤作用下产生的精神障碍。

【典型病例】

患者,女,48岁,诊断:创伤后应激障碍。医生问:“你今年多大了?”患者答:“18岁。”医生又问:“你女儿多大年纪了?”患者答:“31岁。”医生问:“3加2等于几?”患者答:“8。”患者把左脚鞋穿在右

脚,当护士告知后,很容易就被矫正。患者常在病房中与病友一起做手工、打扑克、做体操等。

② 童样痴呆(puerilism):患者主要表现为类似一般儿童稚气的样子。例如,某患者已经 45 岁了,但他却学着幼童说话的声调自称小宝宝,逢人就喊“叔叔”“阿姨”。童样痴呆多见于癔症。

7. 自知力障碍 自知力又称洞悟力或内省力,是指患者对其本身精神疾病状态的认识能力,即能否察觉或识辨自己是否有病和精神状态是否正常,能否正确分析和判断,并指出自己既往和现在的表现与体验中哪些是病态的。

自知力障碍在临床上可作为诊断精神障碍的指标之一。自知力的完整程度及其变化往往被看作判断精神疾病恶化、好转或痊愈的重要指标之一,对巩固疗效和防止复发有极其重要的意义。

8. 定向力障碍 定向力又称定向能力,是指一个人对时间、地点、人物,以及对自己本身状态的认识能力。定向力一般有两方面的内容:对周围环境的认识,包括时间、地点、人物;对其自身状况的认识,包括自己的姓名、年龄、职业等。

定向力障碍一般在脑器质性疾病中较为多见,而且往往是意识障碍的一个重要标志,但也可能与意识障碍无关。例如,精神分裂症患者、从深度睡眠中觉醒的人、昏迷后意识恢复的人,都可暂时丧失定向力。定向力障碍主要包括对周围环境定向障碍和自我定向障碍两个方面。

(1) 对周围环境定向障碍:对周围环境的定向障碍包括时间定向障碍、地点定向障碍和人物定向障碍。

1) 时间定向障碍:患者对所处时间,如上午或下午、白天或晚上等的认识,以及对年、月、日的认识发生错误。时间定向障碍多见于脑器质性疾病。

2) 地点定向障碍:患者对所处地理位置产生认识错误,如患者在住院,却坚持说是在家里或其他地点。地点定向障碍多见于脑器质性疾病。

3) 人物定向障碍:患者对周围环境中的人物身份及其与自己的关系产生认识错误,如把医生说成是理发的。

精神分裂症患者常可有地点和人物定向障碍,多与患者的妄想观念有关。

(2) 自我定向障碍:患者对自身状况的认识包括姓名、年龄、职业等产生认识错误。

(二) 情感过程障碍

情感是个体对客观事物的态度及因此而产生的相应内心体验。情感具有一定的特征,主要包括倾向性、稳定性、深刻性和效能性。倾向性是指一个人的情感指向了什么,又是由什么引起的;稳定性是指情感活动的稳定程度;深刻性是指情感活动在一个人思想和行动中的普遍性和深入的程度。情感的稳定性和深刻性往往是紧密相连的,只有深厚的情感才具有稳定而持久的特征;效能性是指情感有鼓舞人们行动的作用,如化悲痛为力量。

情感过程障碍又称情绪障碍,是一类主要的心理障碍,指情感活动的变态或失常。临床常见情感过程障碍分述如下。

1. 情感高涨(elation) 情感高涨是指患者的情感活动显著增强,总是表现得欢欣喜悦、轻松愉快、兴高采烈、扬扬自得,讲话时语音高昂、眉飞色舞、喜笑颜开,表情丰富、生动。患者自我感觉良好,非常乐观,对周围的一切事物都感兴趣,自负、自信甚至夸大。但是,患者的情感表现不稳定,易激惹,稍有不如意便勃然大怒,遇到伤心事就泪流满面,但转瞬即逝,迅速恢复原状。患者的乐观情绪与环境之间的统一性保持完好,其表现能够为一般人所理解,具有很强的感染力,容易引起周围人的共鸣。情感高涨多见于躁狂发作,是躁狂症的典型表现之一。

【典型病例】

患者,女,31岁,诊断:躁狂症。患者入院后表现为兴奋,话多,手舞足蹈,滔滔不绝,难以打断,听

到音乐就翩翩起舞。患者主诉其心情特别好,没有烦心的事;人也聪明,没有可以难倒她的问题。

2. 欣快(euphoria) 欣快一般指在器质性精神疾病,如脑动脉硬化性精神障碍、阿尔茨海默病及麻痹性痴呆等疾病时出现的快乐心情。患者虽表现为乐呵呵的,但其面部表情却给人以呆傻、愚蠢的感觉。同时,患者说不清楚其高兴的原因,其所表现的内容比较单调、刻板,难以引起正常人的共鸣。多见于痴呆。

3. 情感低落(depression) 情感低落与情感高涨相反,患者情绪低落,整日忧心忡忡,愁眉不展,唉声叹气;严重者忧郁沮丧,悲观绝望,认为自己一无是处,大有度日如年、生不如死之感。外界一切事物均不能引起患者的兴趣,患者常自责自罪,甚至出现自杀意念和自杀行为,但是患者的整个精神活动与周围环境仍有密切联系。情感低落多见于抑郁发作,是抑郁症的典型表现之一。

【典型病例】

患者,男,39岁,诊断:抑郁症。患者整日情绪低落,眉头紧蹙,一脸痛苦的表情,有时泪流满面,不参与病房的任何活动。患者主诉其原来非常喜欢打乒乓球,但现在一点兴趣都没有,不想打了。患者在家中曾试图割腕自杀,但被家人及时发现。

4. 焦虑(anxiety) 焦虑是指患者在缺乏充分根据和客观因素的情况下,对其自身的健康状况或其他问题感到忧虑不安、紧张恐惧,乃至坐立不安、唉声叹气,犹如大祸临头,惶惶不可终日。患者常伴有自主神经功能紊乱和疑病观念。焦虑多见于焦虑性神经症。

5. 情感脆弱(emotional fragility) 情感脆弱是指在细微的外界刺激甚至并无十分明显的外因影响下,患者的情感即出现波动,反应迅速,有时较强烈。患者常因无关紧要的事件而感动得伤心流泪或兴奋激动,无法自制。情感脆弱常见于分离障碍、神经衰弱或脑动脉硬化性精神障碍。

6. 情感爆发(raptus) 情感爆发是指在精神因素的作用下突然发作的、爆发性的情感障碍。患者表现为冲动毁物、哭笑无常、叫喊吵骂等。患者有时捶胸顿足、号啕大哭;有时又兴高采烈、载歌载舞、手舞足蹈;有时则满地打滚,极为粗暴。患者的整个精神活动表现得杂乱无章、变化很大,且具有以下突出特点:①发作持续时间较短,感情色彩浓厚,常伴有撒娇、表演性动作和表情;②通常对周围情况的感知无障碍,但严重时可出现轻度意识障碍;③暗示性高,癔症性格特征较明显,是癔症的主要精神症状之一。

7. 易激惹(irritability) 易激惹是指一种剧烈但持续较短的情感障碍。患者遇到刺激或不快的情况,即使极为轻微,也容易出现生气、愤怒、激动,甚至大发雷霆,与人争吵不已等一些剧烈的情感反应。易激惹常见于躁狂发作、人格障碍等。

8. 情感迟钝(emotional blunting) 情感迟钝是指患者对平时能引起鲜明情感反应的刺激表现得较平淡,并缺乏相应的内心体验。患者多表现为细微的情感逐渐丧失,如对亲人不体贴、对同事不关心、对工作不认真,情感反应不鲜明、不生动。情感迟钝多见于精神分裂症早期和某些器质性精神障碍的早期。

9. 情感淡漠(apathy) 情感淡漠是指患者对外界的任何刺激均缺乏相应的情感反应,即使对一般能引起正常人极大情感波动的事件,如生死离别、久别重逢等也能泰然处之、无动于衷。患者面部表情冷淡呆板,内心体验贫乏或缺如,与周围环境失去情感上的联系。情感淡漠多见于精神分裂症晚期,也可见于严重的器质性痴呆。

【典型病例】

患者,男,48岁,诊断:精神分裂症。当家人兴奋地告诉患者,他的女儿经过苦读,终于考上了清华大学时,患者却面无表情,一副漠不关心的样子。一日,家人来医院探视患者,告诉患者其父因病抢救无效已经去世的消息时,患者却无动于衷,表情冷淡。

10. 情感倒错(parathymia) 情感倒错是指患者的情感活动与认识过程之间的协调一致性丧失,患者的情感反应与思维内容不协调。例如,患者对使一般人感到悲痛的事件却表现得非常愉快。情感倒错多见于精神分裂症,尤以青春型精神分裂症多见。

【典型病例】

患者,男,39岁,诊断:精神分裂症。在精神检查过程中,患者面带笑容地讲述别人如何用残酷的手段折磨他,往他家中放毒气,让他的身体非常不舒服,并开玩笑说:“你看我的手是胖(pàng)还是胖(pāng)的,到我家吸点毒气就知道了。”当患者听到某位朋友不幸因车祸去世的消息时,竟然哈哈大笑。

11. 表情倒错(paramimia) 表情倒错是指患者的情感体验与表情不协调、不配合,甚至有相反的表现。例如,患者表面上痛哭流涕、痛苦万分,但内心并无相应的悲伤体验或很高兴。表情倒错多见于精神分裂症,且以青春型精神分裂症多见。

12. 恐惧(fear) 恐惧是一类不以患者的意志为转移、带有强迫性质及紧张的情绪。患者可对平时无关紧要的物品、环境或活动产生一种紧张、恐惧的心理,患者可以感到这种恐惧感是不正常的,但却无法摆脱。患者恐惧的内容有很多,如脏东西、感染、尖锐物件、空旷的广场、高地和深渊、脸红、死亡等,以至于有意避免接触或接近某些物品、人或环境。恐惧多见于恐惧障碍。

【典型病例】

患者,男,25岁,诊断:社交恐惧症。患者见人容易紧张、脸红,回避任何社交活动,家里来客人时自己独自躲在房间里不见人,实在躲不过,就用胳膊遮挡眼睛,与客人打招呼后即刻回房间躲起来。

13. 病理性激情(pathological affect) 病理性激情是一类突然发作且发作非常强烈但又较短暂的情感障碍。患者既不能意识到冲动行为可能产生的后果,也不能对其发作加以控制。患者的这种行为往往为残酷的暴行,会给别人造成严重的伤害。病理性激情发作常常伴有一定程度的意识障碍,因此事后患者可能出现遗忘。病理性激情多见于癫痫、较严重的脑外伤或中毒性精神障碍,也可见于精神分裂症。

14. 强制性哭笑(forced crying and laughing) 强制性哭笑是指患者在没有任何外界因素的影响下,突然出现不能控制的、带有强制性的哭或笑。患者可做出一种奇特的、愚蠢的面部表情,该表情与其情感内容完全不相符。患者既缺乏内心体验,又讲不出为什么这样哭或笑。强制性哭笑常见于脑器质性精神障碍。

15. 矛盾情感(ambivalent feeling) 矛盾情感是指患者对同一人或事物同时产生两种截然不同的情感体验。矛盾情感意味着患者的情感活动本身不协调、不配合,但患者不能察觉到这两种情感的矛盾和对立,因而不能加以分析和批判,也不会感到焦虑和痛苦。矛盾情感是精神分裂症中具有有一定特征性意义的症状。

【典型病例】

患者,男,29岁,诊断:精神分裂症。患者对其主治医生又爱又恨,他认为其主治医生也是那个迫害他的集团的人,非常恨他;但当该医生查房后要离开时,患者又拉着该医生的手不放。

16. 病理性心境恶劣(dysphoria) 病理性心境恶劣是指患者在无任何外界原因刺激下而突然出现的低落、紧张和不满的情绪发作。患者易激动,无故恐惧,提各种要求,诉说各种不满,认为处处不顺其心。病理性心境恶劣一般持续1~2天,常见于癫痫。

（三）意志行为过程障碍

1. 意志障碍 意志是指人们自觉地确定目标,并为了达到目标而克服困难,采取行动努力实现目标的心理过程。意志具有以下特征:①指向性,人们的意志是由动机开始的,动机推动行为发展,而又制约行动的倾向性。只有具有一定动机和明确指向性的行动才能按照要求进行到底。②目的性,目的是行动所要达到的目标,目的越明确、越深刻,对行动的要求就越具体,其社会意义就越大,由这个目的所引起的毅力也就越强。③坚强性,指个体能否坚决执行自己所采取的决定。只有坚决执行决定,个体才能使其意志活动具有实际意义。④自觉性,个体在行动中必须确信自己所认定的目的是正确和重要的,这样才可能积极、主动地去实践。⑤果断性,指个体迅速明辨是非和采取决定的能力。⑥自制性,指个体掌握、控制或支配自己行动的能力。

意志障碍一般表现为两个方面的变化,即量方面的变化和质方面的变化。

（1）意志的量方面的变化。

1) 意志增强(hyperbulia):指患者的一般意志活动增多。患者症状的产生往往与其他精神活动有密切的内在联系或以其为基础,或受其支配和影响。例如,躁狂状态的患者在情感高涨时,对周围的一切事物都感兴趣,精力充沛,感觉不到丝毫的疲劳,整天忙忙碌碌,但做事有始无终;又如,偏执型精神分裂症患者受妄想的影响,过分关注周围的变化,到处控告他所怀疑的问题。意志增强多见于躁狂发作、精神分裂症。

2) 意志减退(hypobulia):与意志增强相反,是指患者的意志活动显著减少。患者情绪低落,对周围的一切事物兴趣索然,意志消沉,对一切都懒于料理,常独自呆坐一处,不动或卧床不起,不愿参加任何活动,行动缓慢,对工作和学习自感非常吃力,严重时日常生活也难以料理。患者能意识到自身的变化,但感到力不从心或由于情绪低落而觉得无意义,因而不想做。意志减退常见于抑郁发作和精神分裂症。意志减退是抑郁状态“三主症状”(思维迟缓、情感低落和意志减退)的表现之一。

（2）意志的质方面的变化。

1) 意志缺乏(abulia):指患者对任何活动都缺乏明显的动机,没有确切的企图或要求,不关心事业、学习和工作。患者缺乏应有的积极性和主动性,行为被动,孤僻、退缩,与周围环境不协调,严重时对生活本身也缺乏要求,但患者对此不能意识,因此毫不在意。意志缺乏与思维贫乏、情感淡漠构成精神分裂症常见的基本症状。意志缺乏多见于单纯型精神分裂症或晚期阶段,也可见于智力发育障碍和痴呆。

【典型病例】

患者,男,43岁,诊断:精神分裂症。患者病程23年,整日呆坐一处,面无表情,对周围发生的一切均无相应的反应,无任何要求,每日在护士的督促下起床、洗漱、进餐等。

2) 意向倒错(parabulia):指患者的意向要求与一般常情相违背或为常人所不允许,如伤害自己的身体、吃常人不能吃或不敢吃的东西,以致患者的某些活动或行为使常人感到难以理解。意向倒错常见于青春型精神分裂症和偏执型精神分裂症。

【典型病例】

患者,男,28岁,诊断:青春型精神分裂症。患者表现为捡食垃圾、被丢下的烟头、桌子上的剩菜,掀病房内的植物吃。护士反复劝阻无效。

3) 矛盾意向(ambitendency):指患者对同一事物同时产生对立、相互矛盾的意志活动,但患者对此毫无察觉,不能意识到它们之间的矛盾性,因而不能自觉地加以纠正。矛盾意向多见于精神分裂症,矛盾意向是精神分裂症的本质特征。

【典型病例】

患者,女,34岁,诊断:精神分裂症。患者的主治医生来到病房对其进行精神检查,当医生一边向其问好,一边伸出手欲与之握手时,患者一边伸手欲与医生握手,一边却把手收了回来,反反复复,不能够自觉纠正。

2. 运动及行为障碍 单纯的肌肉运动称为运动。行为是有动机、有目的而进行的一系列复杂随意运动,是一系列动作的有机组合。运动及行为障碍在临床很多见,症状表现不一,与思维、言语、情感有着密切的联系。临床最常见的几种有关运动和行为方面的障碍如下。

1. 兴奋状态 兴奋是指整个精神活动的普遍增强,涉及精神活动的每一个方面。由于疾病性质的不同,患者的临床表现也不同。以下是几类最主要的兴奋状态表现。

1) 躁狂性兴奋(manic excitement):兴奋遍及精神活动的各个方面,以情感高涨、思维奔逸和意志增强为主要症状,同时伴有自我感觉良好的舒适感。患者的情感高涨表现更为突出,并且往往以此为主导而影响和支配其他方面的活动。患者的精神活动在知、情、意各个过程的本身和三者之间,以及与其周围环境能够保持完整、互相协调和配合的关系。因此,躁狂性兴奋又称协调性精神运动性兴奋。患者的意志活动和表情与其当时的思想、内心体验及愿望相一致,因而具有感染力,容易引起他人的共鸣。躁狂性兴奋是情感障碍躁狂状态的主要表现。

【典型病例】

患者,男,29岁,诊断:躁狂症。患者整天忙忙碌碌,爱管闲事,做事虎头蛇尾,刚抢到卫生员的拖把拖地,看见配餐员推着餐车走过来就立即丢下手中的拖把,抢着推车;看病友下象棋便过去凑热闹,胡乱指挥;听到音乐便拉起病友一起翩翩起舞,引得同室病友哈哈大笑。

2) 青春性兴奋(hebephrenic excitement):患者的行为杂乱无章,不可理解,本能意向增强,严重时可出现意向倒错。患者的临床表现具有一种特殊的愚蠢、幼稚、做作、冲动、荒谬、离奇的特点。患者的动作、行为与其精神活动之间缺乏统一性和完整性,动作和行为缺乏明显的动机和目的,缺乏一定的指向性,故青春性兴奋又称不协调性精神运动性兴奋。青春性兴奋主要见于青春型精神分裂症。

3) 紧张性兴奋(catatonic excitement):患者常表现为兴奋突然发作,强烈、粗暴、冲动、杂乱,但又单调、刻板,无端攻击他人、毁物,无确切的指向性和目的,难以预防。紧张性兴奋的持续时间一般较短,往往与紧张性木僵交替出现。紧张性兴奋属于不协调性精神运动性兴奋。紧张性兴奋主要见于紧张型精神分裂症。

4) 器质性兴奋(organic excitement):为一类在有大脑器质性病变时出现的兴奋状态。患者的动作和行为多、杂、乱,并带有冲动性,甚至可出现攻击性行为。此类患者一般有不同的智力障碍,严重时出现痴呆现象和人格异常。患者的思维活动缓慢、迟钝,反应时间较长,语量增多,有病理性赘述,并常伴有重复言语或持续言语。患者情感脆弱而不稳定,易激惹,常出现欣快,有时可见强制性哭笑。器质性兴奋属于不协调性精神运动性兴奋。器质性兴奋多见于脑动脉硬化性精神障碍、老年性精神障碍、慢性脑外伤性精神障碍和麻痹性痴呆等。

(2) 木僵状态(stupor):为一种高度的精神运动性抑制,是指整个精神活动的降低,表现为语言、动作的减少和抑制。根据发病机制的不同,木僵状态可分为以下几种。

1) 紧张性木僵(catatonic stupor):患者木僵程度不一,轻时患者的语言、动作和行为减少,变得缓慢;严重时运动完全抑制,患者缄默不语,不吃不喝,对刺激没有相应的反应或躲避,并有唾液不咽,大小便潴留表现。患者白天卧床不起,夜深人静时可稍有活动或自进饮食。患者的肢体可任人随意摆动,即使一个不舒服的姿势,也能够保持很久而不变动,称蜡样屈曲(waxy flexibility)。有时患者的头离开床面,持续保持一个好似枕着枕头的姿势,不能自动纠正,称为空气枕头。此时,患者的意识

一般清晰,对外界事物能感知,事后能回忆。紧张性木僵可见于紧张型精神分裂症。

2) 心因性木僵(psychogenic stupor):指在急速而强烈的精神创伤作用下产生的反应状态。心因性木僵是一种普遍的抑郁状态,患者表现为活动减少、呆滞、缄默、拒绝进食,伴有自主神经系统功能失调症状,如心率加快、面色潮红或苍白、出汗、瞳孔散大等,有时可见轻度意识障碍。当环境改变或外因消除后,木僵症状随之消失,患者对此不能完全回忆。

3) 抑郁性木僵(depressive stupor):由急性抑郁引起,患者缺乏自主行动和要求,反应迟钝,卧床不起或呆坐不动,缄默不语。在反复劝导下,患者有时对外界刺激尚有反应,患者的情感活动如表情、姿势与内心体验相符。

4) 器质性木僵(organic stupor):除病史外,患者还有神经系统或躯体及化验阳性所见,也可有意识障碍和痴呆现象。器质性木僵可见于脑瘤侵入第三脑室、癫痫、脑外伤或急性中毒等。

(3) 违拗症(negativism):指患者对他人提出的要求不仅没有相应的行为反应,甚至加以抗拒。违拗症可见于紧张型精神分裂症。违拗症主要有以下两种表现。

1) 主动性违拗(active negativism):患者做出与对方要求完全相反的动作。

2) 被动性违拗(passive negativism):患者对他人提出的要求一概加以拒绝,不肯履行要求他做的事情。可见于精神分裂症。

(4) 被动服从(passive obedience):指患者被动地服从任何人的要求和命令,甚至对一些不愉快、无意义,并使他难受的动作也绝对服从。例如,让患者用锥子扎自己的手,患者会立即扎向自己的手。被动服从可见于紧张型精神分裂症。

(5) 刻板动作(stereotyped act):指患者持续、单调、重复地做一个动作,尽管这个动作并没有什么指向性和意义,常与刻板言语同时出现。例如,患者玩弄一个水杯,可持续几个小时。刻板动作可见于紧张型精神分裂症。

(6) 模仿动作(echopraxia):指患者毫无目的、毫无意义地模仿周围人的动作,经常与模仿言语同时出现。模仿动作可见于精神分裂症紧张型。

(7) 装相(mannerism):又称作态,是指患者做出愚蠢而幼稚的动作和姿态,并不离奇,但使人感到像是故意装出来的。例如,患者用脚尖走路,与人交谈时尖声尖气。装相常见于青春型精神分裂症。

(8) 强迫性动作(compulsive act):指违反患者本人的意愿,反复、纠缠出现的动作。患者清楚地知道做这些动作完全没有必要,努力设法摆脱,但徒劳无益,因而往往感到非常痛苦,对治疗的要求十分迫切。强迫性动作常见于强迫性神经症,也可见于精神分裂症早期。

【典型病例】

患者,女,50岁,诊断:强迫性神经症。患者把门关上了,但总觉着没有关好,多次返回检查,以至于上班迟到;报表签字上交后,患者三番五次地找领导核实等,明知没有必要,但无法摆脱。

(四) 意识障碍

意识是人类所特有的个体与环境关系的一种特殊反映形式。意识具有主动性和连续性特征。临床精神病学把意识理解为个体对客观环境的认识(周围环境意识)和对自我的主观认识(自我意识)两大类。

意识障碍可分为对周围环境的意识障碍和自我意识障碍两种。

1. 对周围环境的意识障碍 对周围环境的意识障碍包括以下三种类型。

(1) 以意识清晰度降低为主的意识障碍:主要包括嗜睡(drowsiness)、意识混浊(clouding of consciousness)、意识错乱(confusion)和昏迷(coma)。

1) 嗜睡:患者的意识清晰度降低较轻微,患者在安静环境下处于嗜睡状态,呼叫或推动其肢体,

患者可立即清醒,可进行简短的正常交谈或做一些简单动作,但刺激消失即入睡。患者的吞咽反射、瞳孔对光反射、角膜对光反射均存在。

2) 意识混浊:患者的意识清晰度轻度降低,患者多处于半睡状态,对外界刺激阈限增高,强烈刺激才能引起其反应。患者注意、记忆、理解均困难,瞳孔对光反射存在。

3) 意识错乱:指伴发于急、慢性器质性疾病的意识受损状态,患者定向障碍、情感平淡、精神活动缓慢、主动性缺乏、注意力不集中。患者有轻度意识错乱时,检查可引起合理性反应,但严重时便不能保持与环境的接触。

4) 昏迷:患者的意识完全丧失,无自发运动,对任何刺激均无反应,生理反射消失,足跖反射出现。

(2) 以意识范围改变为主的意识障碍:主要包括朦胧状态(twilight state)和走动性自动症(ambulatory automatism)。

1) 朦胧状态:患者的意识范围缩小伴清晰度降低,意识活动集中于较狭窄而孤立的范围内,只对部分体验能够感知。患者可有定向力障碍,片段的幻觉、错觉和妄想,在此基础上可产生攻击和危害周围人的行为。朦胧状态呈发作性,常突然产生、突然终止,持续时间不长,从数分钟至数小时,超过数日者较少见。患者发作后多陷入深度睡眠,意识恢复后常伴有完全性遗忘。朦胧状态多见于癫痫性精神障碍及癔症,也可见于反应性精神障碍、颅脑损伤、感染中毒及躯体疾病。

知识链接

癫痫性朦胧状态与癔症性朦胧状态的鉴别

患者处于癫痫性朦胧状态时常出现恐惧或暴怒性激情发作,大多数患者发作终止后不能立即清醒。患者处于癔症性朦胧状态时,其意识的内容多有选择性,与患者的期望、想象或精神创伤的具体体验有关,与患者的优势情绪一致。癔症性朦胧状态发作时患者情绪剧烈,发作后可迅速清醒。

2) 走动性自动症:为朦胧状态的一种特殊形式,患者无幻觉、妄想,在意识障碍中可执行某种无目的性,且与当时处境不相适应,甚至没有意义的动作。这类动作往往突然开始,短暂持续而又突然消失,清醒后被遗忘。

走动性自动症有以下两种临床常见类型。

① 梦游症(noctambulism):又称睡行症,患者多在入睡后1~2小时突然起床,此时仍未觉醒,能刻板地执行某些简单、无目的性的动作,如到室外做某些简单的劳动或徘徊等。梦游症的发作时间可持续数分钟至数十分钟,发作后患者可回到床上安静入睡。患者次晨醒来对曾经发生的情况完全遗忘。梦游症多见于癫痫、癔症。

② 神游症(fugue):多在白天或晨起后突然发作,患者无目的地外出漫游或到外地旅行,有的把衣服、钱财赠送他人,或进入陌生人的住所,一般持续数小时、一日或较长时间,常突然清醒,对发作中经历的事件可有部分回忆。神游症多见于癫痫、癔症、反应性精神障碍、颅脑创伤所致精神障碍。

(3) 以意识内容改变为主的意识障碍:

主要包括谵妄状态(delirium state)和梦样状态(dreamy state)。

1) 谵妄状态:患者意识清晰度降低,有大量错觉、幻觉,以幻视多见,言语性幻听较少见。幻觉的内容多为生动、逼真、形象的人物或场景。患者多伴有紧张、恐惧等情绪反应和相应的兴奋不安、行为冲动。患者语言不连贯,对周围环境定向丧失,其病情多在夜间加重,持续数小时至数日不等,一般与病情变化有关。患者意识恢复后,对其处于谵妄状态的经历部分或全部遗忘。

2) 梦样状态:指伴有意识清晰度降低的一种梦境样体验。患者似乎处于梦境之中,梦境的内容多反映现实生活的某些片段,这种体验常与幻觉和其他想象性的体验相结合,有时也可伴有妄想性质的幻想性体验。患者沉溺在这种体验中,与周围环境丧失联系,对真实环境的感知不清晰,以假性幻视、幻听为主,持续数周至数月。

2. 自我意识障碍 自我意识障碍的临床表现多种多样,主要包括以下几种类型。

(1) 人格解体(depersonalization):指患者对自我与周围环境的一种不真实的感觉。对自我的不真实感即狭义的人格解体,可以单独产生;对周围环境的这类感觉称为非真实感(derealization)。人格解体多突然发生,伴有昏厥感和面临灾难的恐慌、紧张感。患者感觉自己与周围环境之间好似放置了一个玻璃屏障,透过屏障去看世界而感到周围事物似乎是虚无缥缈的。人格解体可见于癫痫、器质性精神障碍、神经症、抑郁症和精神分裂症。

【典型病例】

患者,女,43岁,诊断:精神分裂症。患者声称:“我的脑子变得不是我自己的了,没有‘我’了。我的一切行动都不是表演,而是真的,但不是真正的自己在行动。”

(2) 交替人格(alternating personality):为同一性意识障碍的表现,同一患者在不同时间内可以表现出两种完全不同的个性特点和内心体验,并可以交替出现。交替人格多见于癔症、精神分裂症。

【典型病例】

患者,女,34岁,精神分裂症。某日,患者突然称自己是于老太太(患者的母亲),并说:“我老了,78岁了,牙也没了,头发也白了。”并声称患者自己是其死去的女儿。两天后,患者又称自己是本人,否认自己是于老太太。

(3) 双重人格和多重人格:为同一性意识障碍的表现。患者在同一时间内表现出两种完全不同的人格,称为双重人格。例如,患者在同一时间内,一方面以李某的身份出现,另一方面以徐某的身份出现。有时患者在同一时间内出现两种以上的人格,称为多重人格。双重人格、多重人格多见于精神分裂症、癔症。

(4) 人格转换(transformation of personality):指患者否认原来的自身,而自称是另一个人或某种鬼神的表现。人格转换可见于癔症的附体状态。

【典型病例】

患者,女,22岁,诊断:癔症。患者因与男友发生争执,导致癔症发作,走路时踮着脚尖、身体扭转,挤眉弄眼,说:“我是天上千年的狐狸大仙下凡了。”又说:“一条大蛇附我体了,不是我在说话,这是蛇在说话。”

(五) 精神障碍常见综合征

精神障碍的症状并不是孤立的,若干症状之间具有一定的内部联系或某种意义上的关联性,常以综合征的形式表现出来。临床常见精神障碍综合征有以下几种。

1. 幻觉-妄想综合征 幻觉-妄想综合征(hallucinatory-delusion syndrome)是指患者的临床表现以幻觉为主,多为幻听、幻嗅等,并可在幻觉的基础上继发被害妄想等,妄想无系统化倾向。此类综合征的主要特征为幻觉与妄想密切结合、相互依存、相互影响。例如,一患者在耳边出现同学议论的声音(幻听)后,逐渐怀疑同学对其进行跟踪迫害(妄想)。幻觉-妄想综合征多见于精神分裂症,也可见于器质性精神障碍和精神活性物质所致精神障碍等。

2. 躁狂综合征(manic syndrome) 躁狂综合征以情感高涨、思维奔逸和活动增多为特征,主要



视频
抑郁症

见于躁狂发作,也可见于脑器质性损害所致精神障碍。另外,某些药物,如糖皮质激素、抗抑郁药物等也可引起躁狂综合征发作。

3. 抑郁综合征(depressive syndrome) 抑郁综合征以情感低落、思维迟缓和活动减少为特征,主要见于抑郁发作,也可见于脑器质性损害所致精神障碍。另外,某些药物,如利血平等也可引起抑郁综合征发作。

4. 紧张综合征(catatonic syndrome) 紧张综合征最突出的症状是患者全身肌张力增高,包括紧张性木僵和紧张性兴奋两种状态。紧张性木僵常有违拗症、刻板言语及刻板动作、模仿言语及模仿动作、蜡样屈曲等症状。紧张性兴奋表现为突然爆发的兴奋激动和暴烈行为。紧张性木僵状态可持续数日或数年,可无任何原因地转入紧张性兴奋状态。紧张性兴奋状态持续较短暂,发作后患者往往再次进入紧张性木僵状态或缓解。紧张综合征可见于精神分裂症、抑郁发作、急性应激障碍、器质性损害所致精神障碍、药物中毒等。

5. 遗忘综合征(amnestic syndrome) 遗忘综合征又称科萨柯夫综合征,患者无意识障碍,智力相对完好,主要表现为近事记忆障碍、定向力障碍和虚构。多见于慢性酒精中毒所致精神障碍、颅脑损伤所致精神障碍、脑肿瘤及其他器质性精神障碍等。

6. 精神自动症综合征(automatism syndrome) 精神自动症综合征是指患者可在意识清晰的状态下产生的一组症状,包括假性幻觉、强迫观念、内心被揭露感及系统的影响妄想和被害妄想等。精神自动症综合征患者的典型临床表现为患者感到其精神活动丧失了属于自己的特性,而认为是外力作用的结果。存在异己感、强制感和不自主感是精神自动症综合征的三个主要临床特征。精神自动症综合征可见于精神分裂症。

【思政乐园】

精神家园的守望者——沈渔邨



沈渔邨,女,1924年1月6日出生于浙江杭州,中国工程院院士,中国精神卫生事业的开拓者之一,1944年就读于昆明市西南联合大学生物系,1951年毕业于北京大学医学院医疗系,同年赴苏联留学,1955年在苏联第一医学院获得医学副博士学位。归国后,沈渔邨在北京医学院精神科从事精神病学医疗、教学和科研工作,1980年创建北京医学院精神卫生研究所,1982年建立世界卫生组织北京精神卫生研究和培训中心,1988年获挪威科学和文学国外院士学衔,并于1990年被美国精神病学协会选举为通讯研究员,1997年当选为中国工程院院士。沈渔邨是我国第一位精神病学家院士。

沈渔邨是我国当代著名的精神病学家,长期站在学科发展的前沿,致力于系统性研究工作,有力地推动了中国精神病学的学科发展。20世纪50年代,沈渔邨率先改革精神病院约束患者的旧的管理模式,创立了人工冬眠新疗法,为控制患者兴奋、实行开放管理创造了条件。1960年,她组织建立了中国最早的精神病生化实验室,研究精神分裂症、抑郁症和电针治疗等的生化机制;于1980年开展精神药物药代动力学研究,这对指导临床诊断和治疗有重要意义;于1990年开展不同民族酒瘾分子遗传学研究,在国际上第一个发现我国蒙古族为ADH多态不同类型,在遗传生化机制上提出了新观点,达到国际先进水平。

1974年,沈渔邨用了3年的时间带领科室的同事首创农村精神病家庭社区防治模式并在国内推广,此项成果荣获原卫生部乙级科技成果奖,为国际所公认。

1979年沈渔邨组织领导全国十二个地区完成首次城乡精神疾病流行病学调查,完成了我国第一

份精神疾病现状的资料,使我国精神疾病流行病学研究水平得以迅速与国际接轨。该项研究于1985年获得原卫生部乙级科技成果奖,世界卫生组织于1995年将其全部研究资料用英文出版。2005年,沈渔邨针对该项研究又进行了大范围调查,获得中国工业化10年后精神疾病消长的重要资料,在国际上罕见。

从1979年开始,沈渔邨主编了大型参考书《精神病学》,现修订至第6版,并更名为《沈渔邨精神病学》,在国内和海外都有很高声誉,多次获国家级奖项。沈渔邨教授长期从事医学教育工作,桃李满天下,为我国精神病学专业培养出第一名博士研究生和第一名博士后研究人员。

沈渔邨教授从事精神病学事业50余年,她不断推出新的科研成果、著书立说、筹办大型国际学术会议,仍然是我国探索精神科学道路上的最活跃、最努力的人物之一。

讨论与交流:

沈渔邨是中国精神病学界的杰出专家,是中国现代精神病学的奠基人、开拓者之一。请谈一谈,我们应该如何学习她的工作精神,她对事业的热爱。



【思考与练习】

- 下列选项中不属于精神障碍病因的生物学因素是()。
 - 遗传因素
 - 年龄
 - 颅脑损伤
 - 失业、失恋
 - 神经生物化学改变
- 某患者坚信别人咳嗽、关门等动作都是针对他的,此患者的症状是()。
 - 影响妄想
 - 关系妄想
 - 夸大妄想
 - 被害妄想
 - 嫉妒妄想
- 幻觉的定义为()。
 - 对客观事物的歪曲知觉
 - 对客观现实中并不存在事物的虚幻知觉
 - 对客观现实中存在事物的知觉体验
 - 客观刺激作用于感觉器官的知觉体验
 - 缺乏客观刺激时大脑的思维过程
- 关于内感性不适的描述不正确的是()。
 - 不能明确指出体内不适的部位
 - 体感异常
 - 临床诊断意义较大
 - 躯体内部产生的异样感觉
 - 多见于抑郁状态
- 临床最常见的幻觉是()。
 - 幻视
 - 幻听
 - 幻触
 - 幻嗅
 - 幻味
- 内脏性幻觉与内感性不适最主要的区别是()。
 - 躯体内部产生异样感觉
 - 两者的临床诊断意义较大

- C. 定位是否准确
- D. 多见于精神分裂症
- E. 多见于抑郁障碍

7. 某患者坚信某集团在不断地追杀自己,有人在其饭中放毒药,要毒死他,虽经再三解释,仍不能被说服,此患者的症状是()。

- A. 影响妄想 B. 关系妄想 C. 夸大妄想
- D. 被害妄想 E. 自罪妄想

8. 感知觉障碍中精神分裂症具有特征性意义的症状是()。

- A. 内脏性幻觉 B. 错觉 C. 功能性幻听
- D. 思维鸣响 E. 内心被揭露感

9. 思维形式障碍不包括()。

- A. 思维松弛 B. 思维贫乏 C. 思维迟缓
- D. 病理性赘述 E. 妄想

10. 对自知力的描述正确的是()。

- A. 对患者本身精神疾病状态的认识能力
- B. 作为临床判断精神病的指标之一
- C. 是判断精神病恶化、好转或痊愈的重要指标之一
- D. 否认自己病态并拒绝接受治疗称为“无自知力”
- E. 以上都是

11. 案例分析

患者,女,23岁。患者无明显诱因出现行为异常,表现为自语,哭笑无常,不肯吃家人做的饭菜,称饭菜里有毒;认为周围的人针对自己,从他们的表情就可以看出他们会打自己,出于保护自己的目的,患者动手打过他们;一旦有人碰触,患者就会尖叫、哭并打对方,甚至在路上与他人挨蹭,也要打对方。患者主诉能听到评论她的声音,甚至有声音叫她去自杀,于是患者就喝了洗甲水,但自杀未遂;当患者靠近窗口时,有声音叫她从窗户跳下去;走在街上听到汽车喇叭声,就有声音叫她走到汽车前面,汽车喇叭声消失,听到的声音也就没有了。患者认为自己的想法都被大家知道了,问起别人是如何知道的,患者却又说不清。患者认为她的男性邻居(有妻子)喜欢她,并给男性邻居送礼物向他示好,虽遭强烈拒绝,但仍坚信他是爱自己的,无论怎样解释,患者均不能纠正。患者生活懒散,长时间不洗澡;夜眠差,常半夜不睡觉。

思考:

请指出上述案例中的患者存在的精神症状。