

目 录

| | |
|----------------------------|------|
| 第一章 精神障碍的症状学 | /1 |
| 第一节 感知觉障碍 | /1 |
| 第二节 注意障碍 | /8 |
| 第三节 记忆障碍 | /11 |
| 第四节 思维障碍 | /14 |
| 第五节 精情感障碍 | /22 |
| 第六节 意志和动作行为障碍 | /25 |
| 第七节 意识障碍 | /30 |
| | |
| 第二章 心理治疗 | /33 |
| 第一节 精神分析 | /33 |
| 第二节 行为治疗 | /39 |
| 第三节 认知疗法 | /43 |
| 第四节 人本主义治疗 | /48 |
| 第五节 家庭治疗 | /50 |
| 第六节 森田疗法 | /54 |
| | |
| 第三章 康复治疗 | /61 |
| 第一节 精神康复的概念和原则 | /61 |
| 第二节 精神康复的程序和步骤 | /65 |
| | |
| 第四章 物理治疗和其他治疗 | /70 |
| 第一节 电抽搐治疗 | /70 |
| 第二节 生物反馈治疗 | /74 |
| 第三节 人工冬眠疗法 | /77 |
| | |
| 第五章 常见精神疾病 | /82 |
| 第一节 精神分裂症 | /82 |
| 第二节 精神障碍的家庭干预 | /103 |

| | | |
|------|--------------|------|
| 第三节 | 精神分裂症的心理社会康复 | /121 |
| 第四节 | 双相情感障碍 | /134 |
| 第五节 | 睡眠障碍 | /154 |
| 第六节 | 焦虑症 | /184 |
| 参考文献 | | /190 |

天津科学技术出版社

第一章 精神障碍的症状学

第一节 感知觉障碍

一、感觉障碍

人们借助于视、听、嗅、味、触等感官及内感受器可感知外界事物和躯体内部感官的活动状况。感觉是对外界事物的个别属性的反映，是人类最初级的心理过程，而其他一切较高级复杂的心理活动，归根结底都是通过感觉所获得的材料的基础上所产生和发展的。所以，人们对客观世界的认识活动，首先就是从感觉开始的。感觉障碍在精神病临幊上并不多见，现择其主要的几种列举如下。

（一）感觉过敏

这是对外界一般强度的刺激，如对声、光的刺激以及躯体上的某些轻微的不适感的感受性增高。例如，感到阳光特别耀眼，风吹的声音感到震耳，开关门的响声就好像射击声似的那样强烈，普通的气味常感到浓郁而刺鼻，皮肤的触觉和痛觉也都非常过敏，甚至感到衣服或被单接触到身体时也难以忍受。这类症状多见于神经衰弱、癔症、感染后的虚弱状态。

（二）感觉减退

与上一症状相反，对外界刺激的感受性减低，如强烈的疼痛，或者难以忍受的气味，都只有轻微的感觉。严重时，对外界刺激不产生任何感觉（感觉消失）。

感觉减退较多见于入睡前状态、抑郁状态、木僵状态，或在某些意识障碍时，以及癔症和催眠状态。感觉消失较多见于癔症。

感觉减退及消失常见于神经系统器质性疾病。但是，在精神疾病患者中，其区别在



于，这类症状可不存在神经系统器质性损害的特征。如癔症患者所表现的感觉减退或消失，不符合神经系统的生理解剖分布。又如，患者的手或脚呈现手套或袜套式的感觉缺失，或出现以躯体中线为分界的某一侧皮肤感觉的减退或消失，同神经组织的分布范围也不同；同时这类感觉障碍的部位以及范围大小或界限，常常可以通过暗示作用而改变。

（三）感觉倒错

对外界刺激可产生与正常人不同性质的或相反的异常感觉，例如。对凉的刺激反而产生了热感。用棉球轻触皮肤时，患者产生麻木感或疼痛感。多见于癔症。

（四）内感性不适（体感异常）

躯体内部产生各种不舒适的感觉，都是异样的感觉，且往往难以表达。例如，感到某种牵拉、挤压、撕扯、转动、游走、溢出、流动、虫爬等特殊感觉。内感性不适的特点是不能明确指出体内不适的部位。因而，与内脏性幻觉不同。这些不适感常引起患者不安，可构成疑病观念或妄想的基础。较多见于精神分裂症、抑郁状态及颅脑创伤所致精神障碍。

二、知觉障碍

人们在正常情况下，看到的并不单纯是不同的形式、不同的颜色，而是一本书，一张画；听到的不仅是高低不一或音色不同的声响，而是人的歌唱或机器的轰鸣声。这些都是通过知觉的作用而获得的认识。感觉和知觉都是当前客观事物在人脑中的反映，但它们之间毕竟是有所不同的。其主要区别在于：感觉只是对事物的个别属性的反映，而知觉则是对某一具体事物的各种属性以及它们相互关系的整体的反映。感觉的材料越丰富，知觉也就越完整、越正确。一般说，孤立的感觉是很少的，人们实际上都是以知觉的形式把客观事物反映到意识中来，知觉反映事物的外部表现及其相互之间的表面联系。所以，它们只能说是认识的初级（或第一）阶段。

知觉的障碍是精神科临床上最常见的，而且是许多精神疾病的主要症状。常见的知觉障碍有错觉、幻觉和感知综合障碍。

（一）错觉

错觉是歪曲的知觉，也就是把实际存在的事物歪曲地感知为实际完全不相符合的事物。例如，把挂在门后面衣架上的大衣看成为躲在门后的人，一个装置在天花板上的圆形灯罩被看做为悬挂着的人头等。

正常人也可以存在错觉，如在照明不良，或视、听觉减弱状态下，疲乏、精神紧张、恐惧等时都可以产生错觉，如杯弓蛇影、风声鹤唳、草木皆兵等。正常人的错觉是偶然出



现的，一般通过验证，能很快地被纠正和消除。

精神病患者的错觉按各种不同的感官，可分为错听、错视、错嗅、错味、错触及内感受性的错觉，临幊上以错听和错视多见。此外，还有一种幻想性错觉。患者把实际存在的事物，通过他主观想象的作用，错误地感知为与原事物完全不同的一种形象。如把牆壁上的裂纹，感知为某种美丽的图案。幻想性错觉与一般错觉的主要区别有以下三方面。

- (1) 在出现错觉的当时就已经意识到原事物是什么，如彩云等。
- (2) 幻想性错觉的内容，和当时的幻想有密切关系。
- (3) 可见于健康人，尤其富于幻想的人更易产生，也可见于轻度意识障碍、癔症及精神分裂症。

(二) 幻觉

幻觉作为一种精神病性症状，在精神分裂症中十分常见。幻觉是一种主观体验，是一种异常现象。

当我们与一个有言语性幻听的患者接触时，不少人这样来问患者，你一个人单独在某地方或周围没有人时，能不能听到声音，这个患者可以毫不迟疑地回答，可以通过这一现象我们可以发现，患者在感受这种体验时，是没有客观刺激的，这是真性幻觉区别于知觉的唯一的理论上和实践上的标准，从患者的主观体验来说，无法区别真性幻觉与确实的知觉。可以说，真性幻觉是一种病理的表象。这种病理的表象与知觉有相同的体验，以致患者把真性幻觉当成实际知觉来对待。

1. 幻觉的分类

按感觉器官分类。

(1) 听幻觉：也称为幻听，有原素性幻听与言语性幻听之分。原素性幻听的内容只限于某种声响，如火车鸣声、汽笛声、打雷声、虫鸣声等。言语性幻听是精神病性症状之一，具有诊断精神病的重要价值，因此要善于发现和判别。幻听的内容多种多样，可以是陌生人的声音，也可以是熟悉人的声音。

为了对付幻听，有的患者用棉花团塞住两耳，以阻止声音的骚扰；有的则自言自语，对空漫骂，这样的行为表现对识别幻听存在有重要意义。

命令性幻听、争论性幻听和评论性幻听常见于精神分裂症。命令性幻听时，患者会无条件听从幻听指挥，拒绝服药、拒绝吃饭、殴打他人、自伤自杀等，具有很大危险性。争论性幻听时，患者听到2个或多个不同的说话声在进行争论，争论的内容可以患者为中心，有的声音揭露患者的错误，另一种声音却为他进行辩护。评论性声音则是患者听到的说话声在评论他的为人或行为（不是在争论），幻听的内容可以是漫骂、俳谐、批评、讽刺等，且对患者的行为一一加以评论。争论性幻听和评论性声音均为Schneider一级症状，两者含义不同，需注意辨别。

(2) 视幻觉：与幻听相比，无论频率、特异性都逊色很多。幻视内容各异，形象可清



晰、鲜明和具体，但有时比较模糊。幻视常与其他感官的幻觉一起出现，但幻视出现的时间较短，对患者的行为影响也较幻听为小。对于精神分裂症来说，大量的幻视并不多见，如果存在，需排除是否有酒中毒等其他精神活性物质，以及器质性脑病与其他躯体疾病等。

另外，还有下列两种特殊幻视：①自体幻视：又称自窥症，患者可看到自己的形象，并感到异常恐惧，民间俗称“灵魂出窍”；②域外幻视：患者有一种超出其感觉限度的幻觉，如看到脑后有人或鬼怪、猛兽。上述多见于器质性脑病、癫痫和精神分裂症。

(3) 嗅幻觉：精神分裂症患者常常嗅到尸臭、腐烂食品、烧焦物品、粪便等奇特的怪味或其他化学药品的气味，故也经常可以见到患者用棉花团塞住鼻孔，以拒绝臭味。有时患者在饭菜里嗅出特殊的气味，患者可以认为饭菜里有毒而拒绝吃饭或喝水，并且形成被毒妄想。如患者坚信他所闻到的气味是坏人故意施放的，从而加强了迫害妄想对患者的影响。

此处应注意一种阵发性腐尸臭或恶劣气味的嗅幻觉，往往见于颞叶癫痫的“钩回发作”。

(4) 味幻觉：精神分裂症患者尝到食物中有某种特殊的或奇怪的味道，因而拒绝进食，常和嗅幻觉和其他的幻觉及妄想合并出现。

(5) 触幻觉：临幊上常见的有皮肤或皮下蚁爬感，主要见于可卡因成瘾，酒精中毒等患者；个别精神分裂症患者可产生皮肤通电感。法国学者报道：流行性感冒患者可产生皮肤上液体流动感称为潮湿性幻觉，是其特征。此外，性幻觉是一种特殊触幻觉，主要见于精神分裂症。

(6) 内脏性幻觉：可产生于某一固定的器官或躯体内部。患者能清楚地描述自己的某一内脏在扭转、断裂、穿孔，或有昆虫在胃内游走，可与疑病妄想、虚无妄想在一起出现。主要见精神分裂症。

(7) 运动性幻觉：常见的运动性幻觉有两种。第一种涉及本体感受器如肌肉、肌腱、关节等运动和位置的幻觉。如一位患者虽确知自己睡在床上，但有一种像坐在轿子里被抬着的颠簸感觉。第二种是言语运动性幻觉，有的患者虽然沉默不语，但患者本人确感到自己的唇、舌在运动，在讲话，皆主要见于精神分裂症。

按临床意义分类，可分为非精神病性幻觉与精神病性幻觉两种。

非精神病性幻觉：包括以下四种情况。①入睡前或全醒前幻觉。②幻想性幻觉，即在沉迷于幻想或白日梦时产生的幻觉，此时能意识到此体验并非真实，乃由于自己主观的想象而产生。③心因性幻觉，是由于强烈的期待、情感等因素而产生的幻觉。④被催眠或暗示后所产生的幻觉，都可见于正常人。

精神病性幻觉：是精神病性症状的内容之一，常同时伴有其他精神症状，见于某些精神病，如器质性精神病、精神分裂症等。

严格鉴别以上两者，对于临幊诊断有重要意义。按性质分类，可分为真性和假性幻觉。



按产生的相关刺激分类，可分为功能性幻觉和反射性幻觉。功能性幻觉指在出现正常知觉的同时出现同一感官的幻觉，例如当患者听到自来水流出声、汽车鸣声、走路声时，同时出现一种客观上不存在的说话声。这里有两种声音，一种是流水声（正常知觉），另一种是说话声（幻听）。功能性幻觉还有一个特点，即当客观的流水声等停止时，幻觉也不出现。如果两种声音合二为一，即听到的流水声等变成了讲话声，这就成为错觉。需注意与功能性幻觉区别。

反射性幻觉，则是存在某感官刺激时，出现另一感官的幻觉，如听到关门声，就看到有人站在面前的幻视。

2. 幻觉的特征

（1）言语性幻听：出现频率高，特异性也比较高。

在精神分裂症中，各种幻觉均可见到，但尤以言语性幻听为主。曾有人在研究精神分裂症与躁狂症的诊断和鉴别诊断时，罗列了众多多个有意义的精神症状，并采用多元逐步回归分析方法来求证。在 80 多个症状中，有几项是幻觉，即言语性幻听、评论性幻听，命令性幻听、争论性幻听、功能性幻听、思维鸣响、幻视、幻触、幻嗅、性幻觉、内脏幻觉。经过多元逐步回归，筛选出 30 个症状，在这些症状中，只剩下一项幻觉，即言语性幻听，这与临床经验是一致的。

但是对于不同的疾病，幻觉的特征也有些差异。酒中毒患者的幻视具有一定特征性。

（2）思维鸣响或思维化声：最具有特异性。

患者思考时体验到自己的思想同时变成了言语声，这种言语声清晰可辨。患者体验此种声音来自心灵之中或脑内，称之为思维回响或鸣响。患者的典型体验是自己的思想变成了声音，故又称为思维化声。这种症状是精神分裂症的特征性症状之一。

不论是思维化声、思维鸣响或回响，均不同于读心症。前者是自己的声音，而读心症是感到内心所想之事，或思想由他人的声音表达出来，感到自己的思想如书本一样，被他人“读”出来。患者对此过程无法解释，说不出根据，它们的区别在于这个声音的所属问题。思维化声或思维鸣响或读心症，均可导致继发性被揭露感，而且也可导致或加重关系妄想、被害妄想、物理影响妄想。

（3）假性幻觉的特殊意义：假性幻觉有以下特征。

①患者所感受的幻觉形象，一般说来轮廓不够清晰、不够鲜明和生动，它并不具有真性幻觉的那种客观现实性，幻觉形象又往往是不完整的。②这些幻觉之形象并不位于客观空间，而一般只存在患者的心灵内，躯体内或脑内。③这种幻觉并非通过患者的感官而获得的，而是主观“体验”到的。它与异己体验、解释性妄想一起，组成了康金斯基综合征。

（4）性幻觉：性幻觉可以看成一类特殊的触幻觉。

有些男性精神分裂症患者诉述有被迫勃起和性交感，并感到精液被人从阴茎中吸走。女性精神分裂症患者诉述被奸污或性交感或与之有关的胎动感，有时她们感到阴道内一直



存在一男性生殖器的幻觉。一般说来，性交幻觉提示精神分裂症，特别是以一种不寻常的方式，如与一群人发生性交。

有这一类症状的精神分裂症往往疗效欠佳，而且病程复杂，预后不良。与没有该类症状的精神分裂症相比，其衰退的速度也明显加快，社会功能受损也较明显。

3. 幻觉与其他相关精神症状的关系

(1) 言语性幻听与牵连观念及关系妄想：幻听指听到声音，是一种感知体验；而牵连观念及关系妄想属于思维过程，是一种推理、猜测过程。例如有患者说走在路上听到有人议论他时，有下列几种可能：如果他描述别人说的话是“指桑骂槐”或“含沙射影”，一般属于牵连观念或关系妄想；如果说别人的说话是“指名道姓”地评价他，可能是幻听。另外，其所称的有人议论，有时也不排除有错听可能。这些情况在实际鉴别中有时较为困难，需仔细地听其描述，并进行细致辨别。

(2) 思维云集、思维鸣响、假性幻听和读心症：假性幻听是内部的异己声音，是从患者躯体内（或脑内）听到的，但内容不是自己“所想之事”或“我自己的思想”。思维鸣响的特征是：①是内部的自己的声音。②是“听”出来的。③内容是自己的思想。故与假性幻听有别，也不同于读心症。

在不自主涌现的表现形式中，思维云集（强制性思维）与真性言语性幻听为两极表现形式，介于它们之间的，称为类幻觉，或不完全性幻觉，依序排列是：思维云集～思维鸣响～读心症～假性幻听～真性幻听。此过程存在下列4个方面属性：①从思维云集到真性幻觉过程，从无声到有声。②从声音是自己的，转变为他人的。③声音从内部转到“外部”。④声音内容由自己的变成为他人的。

（三）感知综合障碍

它是另一类较常见的感知觉障碍。患者在感知某一现实事物时，作为一个客观存在的整体来说，是正确的，但是对这一事物（包括患者躯体本身）的某些个别属性，例如形象、大小、颜色、位置、距离等，在综合为知觉过程中却产生与该事物的实际情况不相符合的感知。感知综合障碍临幊上常见的类型有以下几种。

1. 视觉感知综合障碍

视觉感知综合障碍又称视物变形症，此时患者感到某个外界事物的形象、大小、颜色及体积等出现改变。例如，一位患者看到他父亲的脸变得很长，眼睛很小，像2粒瓜子那样，鼻子很大，脸色是灰白色的，像死人的颜色那样难看，整个形象变得非常可怕。患者看到外界事物外形增大（视物显大症）或变小了（视物显小症）。患者可看到家里养的小猫像动物园里的老虎一样大，而他的父亲在他看来却比他七八岁的弟弟身材还要矮小。

2. 空间感知综合障碍

患者感到周围事物的距离发生改变，如事物变得接近了或离远了。有的患者不能准确地确定周围事物与自己之间的距离，感到有的东西似乎不在它原来的那个位置上。在候车



时汽车已驶进站台，但患者仍觉距离自己很远，而把汽车错过。患者想把杯子放置在桌子上，但由于桌子实际距离尚远，因而杯子掉落在地上。

3. 周围环境感知综合障碍

患者感到周围的一切似乎都是不活动的，甚至是僵死的，或者相反，感到周围一切都在急速得猛烈地变化着。另外，患者还可觉得周围事物变得似乎是不鲜明的，模糊不清，缺乏真实感，这种现象称为非真实感。患者诉说：“我感到周围的东西似乎都变了，好像隔了一层东西似的！”，“好像都是假的”。可见于精神分裂症、中毒性或颅脑创伤所致精神障碍等。

4. 对自身躯体的感知综合障碍

对自身躯体的感知综合障碍又称体像障碍，是指患者感到自己整个躯体或它的个别部分，如四肢的长短、轻重、粗细、形态、颜色等发生了变化。患者感到身体变得很轻，一阵风似乎就能吹到天上去；感到自己身体变得特别高大，好像巨人一样。手臂变得很长，一伸手似乎就到达隔壁院里。有些初期精神分裂症患者不断地照镜子（所谓“窥镜症状”），看到自己的脸形变得非常难看，两只眼不一样大，鼻子和嘴都斜到一边，耳朵大得像猪耳。虽然患者还知道自己的面孔，但模样却产生了改变。如提醒患者用眼睛衡量时，体像障碍可以暂时消失，但不用目测时，体像障碍则重复产生。这些症状可见于精神分裂症、脑肿瘤、癫痫性精神障碍、脑炎等。

（张恩）



第二节 注意障碍

注意是指个体的精神活动集中地指向于一定对象的过程。注意的指向性表现出人的心理活动具有选择性和保持性特点。注意的集中性使注意的对象鲜明和清晰。注意不是一个独立的心理过程，它是一切心理活动的共同特性，也可以说是所有一切心理过程的一个特殊方面。注意过程与感知觉、记忆、思维和意识等活动密切相关。注意障碍总是和某些心理过程的障碍相联系着。

一、注意及其特征

(一) 分类

注意一般可以分为两类：一类是被动注意，又称为不随意注意，它是由外界刺激被动引起的注意，没有自觉的目标，不需任何努力就能实现。它是人类对外界刺激的简单的原始性的反应，例如，人们听到尖锐的哨声，就会自然去倾听。被动注意的产生决定于外界刺激的强度，强度愈大，愈易引起被动注意。另一类是主动注意，又称随意注意，为由外界刺激引起的定向反射。主动注意为对既定目标的注意，与个人的思想、情感、兴趣和既往体验有关。人们往往把注意有意识地集中于富有社会意义的重要事物上。例如，我们在听课时，听到别人讲话，即使是有趣的事，由于服从学习的要求，也必须克服外界的影响而主动地强制自己去注意听课，而不注意别人的讲话。

(二) 临床特征

在临床工作中，以下几个注意的特征是很值得重视的。

1. 注意的广度

注意的广度是指同一时间内所能清楚把握的对象的数量，这种注意范围的大小，不仅与被知觉对象的特点有关，也往往因活动的性质和个人知识经验的不同而异。

2. 注意的稳定性

注意的稳定性指注意长时期地集中于某一客体或某个活动。人的感受性不能长时期地保持固定的状态，而是在间歇地加强和减弱，这是注意的起伏现象。为了保持稳定的注意，不要长时间进行单调的活动，应该使所进行的活动多样化，如果它们交替地进行，并且不断出现新内容，提出新问题，那就可以保持稳定的注意。

3. 注意的紧张性

在紧张注意的情况下，一个人会完全沉浸于他所注意的对象，而注意不到周围所发生



的其他事情。越是紧张地加强注意，注意的范围就越小。长时间的、高度紧张的注意，会引起疲劳，注意就会趋向分散。

4. 注意的分配与转移

在同时进行两种或几种活动时，把注意指向不同的对象，叫做注意的分配。注意的转移是根据新的任务，主动地把注意从一个对象转移到另一个对象上。其转移的快慢和难易，往往取决于原来注意的紧张度，以及引起注意转移的新事物或新活动的性质。注意的分配和转移，往往是紧密联系的。当注意转移的时候，其分配也必然发生变化。

二、注意障碍

在大脑器质性损害时，注意障碍是最常见的本质损害。精神分裂症、情感性精神障碍等也有明显的注意障碍。临幊上注意障碍大致可分为三方面：①注意程度方面的障碍，包括注意增强、注意减退；②注意稳定性方面的障碍，包括注意转移、注意涣散、注意固定；③注意力集中性方面的障碍，包括注意狭窄、注意缓慢。

（一）注意增强

为主动注意增强。在某些精神病状态下，患者特别易于注意某种事物。注意增强有两种：一种是注意指向外在的某些事物，例如，具有妄想观念的患者，对环境保持高度的警惕，过分地注意别人的一举一动，认为是针对自己的。另一种是指向患者本身的某些生理活动，如神经症患者的疑病观念，这些患者常过分注意自身的健康状况或那些使他忧愁的病态思维内容，其他任何事件都不易转移他们的注意力。

由此可以看出，注意的增强，可加强或促进精神症状的发展。因此，注意增强在临幊上具有一定重要的意义。见于神经症、偏执型精神分裂症、更年期抑郁症等。

（二）注意减退

注意减退即主动及被动注意的兴奋性减弱或称为注意的松懈（注意迟钝），患者的注意难于在较长时间内集中于某一事物，同一时间内所能掌握的客体的范围显著地缩小，注意的稳定性也显著下降。由于注意力不易集中，影响患者的记忆，可出现记忆的减退。这在疲劳状态、神经衰弱、脑器质性精神障碍及意识障碍时较为多见。主动注意和被动注意的明显减弱并不都一致。有的患者如精神分裂症患者主动注意明显减弱，但被动注意仍很好地保存，如对周围所发生的事件很容易引起患者注意而成为他们的妄想内容。

（三）注意转移

主要表现为主动注意不能持久。注意稳定性降低，很容易受外界环境的影响而不断转换注意对象。例如，处于兴奋状态的躁狂症患者，注意力易受周围环境中别的新现象所吸



引而转移（随境转移），以致不断改变话题和活动内容，而这种注意力又不能持久，外界的偶然变动又会将患者注意力吸引到另一方面去。急性躁狂时，患者言语的不连贯性，主要由于注意的对象不断转换、思维联想太快所致，要和破裂性思维相区别。

（四）注意涣散

为主动注意明显减弱，即注意力不集中。患者不能把注意力集中于某一事物并保持相当长的时间，以致注意很容易分散，即使看了很长时间的书，结果仍不知所云，就像没读过一样。多见于神经衰弱、精神分裂症和儿童多动与注意缺陷障碍。

（五）注意固定

注意固定是指患者的注意稳定性特别增强。见于健康人和精神患者。例如，某些发明家和思想家，固定注意于一定的观念，牢固的观念控制了他们的整个意识，特别是这种思考与相当强烈的情绪反应有联系时。精神患者如抑郁状态以及具有顽固的妄想观念的患者，将注意总是固定于这些妄想观念上。患昆虫恐怖症的患者整日提心吊胆地注意观察其所处环境中是否有所恐怖的昆虫，且观察极为敏锐。有强迫观念的患者，也存在此种状态，患者觉察到这种注意的集中以及固定性而无法转移，故称之为强制性注意。

（六）注意狭窄

注意狭窄是指患者的注意范围显著缩小，主动注意减弱。当患者注意力集中于某一事物时，而其他一般易于唤起注意的事物并不引起患者的注意。见于激情状态、专注状态或有意识障碍、智能障碍患者。

（七）注意缓慢

注意缓慢是指患者注意兴奋性的集中困难和缓慢，但是注意的稳定性障碍较小，患者对回答第一个问题完全正确，但对他接连不停地提出第二、第三个问题时，他的回答就显得缓慢。主要是由于注意的兴奋性缓慢和联想过程的缓慢。见于抑郁症。

三、注意障碍的鉴别

（一）注意增强与注意固定的鉴别

注意增强系指在妄想支配下，患者专注与妄想有关的各种现象。注意固定虽亦系注意增强，但其所关注的现象在一般时间内比较单一固定。

（二）注意涣散、注意转移与注意减退的鉴别

注意涣散主要损及随意注意，难以集中，更无法稳定，同时系指没有客观因素的干扰



而杂乱飘移、失控。注意转移则系不随意注意显著增强，外界因素，即使平日不致引起人们注意的刺激，此时患者也予以注意和反应，注意的频频转移总是有因的，在无新的刺激出现的一段时间内，患者对所关注的对象是能比较集中和稳定的。注意减退主要障碍为功能削弱，很易疲劳，主动注意、被动注意大致同步受损，不过主动注意受损更重，但对自身躯体感受和体验的随意注意却有所增强。

(薛亮)

天津科学技术出版社



第三节 记忆障碍

一、记忆

记忆是贮藏在脑内的信息或经历再现的过程，包括识记、保存、回忆、再认四个过程；根据记忆时间的长短分为即刻记忆（又名瞬时记忆）、短期记忆、近事记忆和远事记忆。

（一）记忆的过程

1. 识记

识记是记忆过程的开始，指事物通过感知在大脑中留下痕迹的过程。识记好坏取决于意识水平和注意是否集中，当人们在精神疲乏、缺乏兴趣、注意力不集中、意识障碍时可以影响识记。

2. 保存

保存指把识记了的事物储存在脑内，使信息储存免于消失的过程。保存发生障碍时患者不能建立新的记忆，不能进行学习，遗忘范围与日俱增。

3. 回忆

回忆指在必需的时候将保存在脑内的痕迹重现出来的过程。如果识记和保存过程都是正常的，那么回忆过程一般很少会发生障碍。

4. 再认

再认指验证复现的映象是否正确的过程，即原刺激物再现时能认识它是过去已感知过的事物。回忆困难的事物可以被再认。部分或完全失去回忆和再认能力，称为遗忘。

（二）记忆的形式

1. 即刻记忆

即刻记忆指对发生在几秒钟到 1~2min 内的经历的记忆。

2. 短期记忆

短期记忆指对发生在几分钟到 1h 内的经历的记忆。

3. 近事记忆

近事记忆指对发生在 24~48h 的经历的记忆。

4. 远事记忆

远事记忆指 24~48h 以前的经历的记忆。



(三) 记忆内容

1. 感知形象的记忆

感知形象的记忆即看到或接触到的物体是怎样的。

2. 语词概念的记忆

语词概念的记忆即记起学习过的语词和概念是什么意思。

3. 情绪的记忆

情绪的记忆即记起某种事件当时情绪的联系。

4. 一定的记忆

一定的记忆即记起某个动作或操作应该怎样执行。

记忆的神经生理基础涉及皮质的感觉联络区、颞叶、丘脑和整个大脑皮质。研究发现边缘系统与记忆密切相关，提出“海马→穹隆→乳头体→乳头视丘束→视丘前核→扣带回→海马”的记忆回路。研究还发现近事记忆与远事记忆是由两个系统负责的，记忆回路主要与我们的近事记忆有关，而远事记忆与皮质和皮质下支配记忆活动的神经元有关。当各种刺激进入大脑后会产生两种反应：一是激活已贮藏的记忆，产生与当时情境相应的反应；二是构成新的痕迹联系，建立新的记忆储存起来。

二、记忆障碍

记忆障碍在临幊上表现为遗忘和记忆错误两大类。

(一) 遗忘

遗忘指患者部分或完全不能再现以往的经历。临幊上分为心因性遗忘和器质性遗忘两类。

1. 心因性遗忘

心因性遗忘又名界限性遗忘，指患者以往经历的某一特定时期/阶段有关的记忆丧失。通常这一阶段/时期发生的事件与不愉快的或强烈的恐惧、愤怒、羞辱情景有关，具有高度选择性。心因性遗忘多见于癔症。

2. 器质性遗忘

器质性遗忘指患者由于脑部疾病引起的记忆缺失。通常近事遗忘比远事遗忘重。造成器质性遗忘的原因可以是意识障碍造成的识记过程困难，也可以是不能形成持久痕迹的保存过程困难，或是记忆回路受损，或三个过程都受到损害。

临幊上常见的器质性遗忘有逆行性遗忘、顺行性遗忘、近事遗忘和远事遗忘、遗忘综合征。

(1) 逆行性遗忘：指患者不能回忆脑损伤以前一段时间的经历。多见于脑外伤、脑震荡、急性意识障碍。遗忘持续的时间长短与脑外伤的严重程度成正比。



(2) 顺行性遗忘：指患者对发病后一段时间内发生的事情不能回忆。遗忘是因疾病不能形成持久的痕迹所致。常见于急性器质性脑病，如高热谵妄、癫痫性朦胧、醉酒、脑外伤、脑炎、蛛网膜下腔出血等。

(3) 近事遗忘和远事遗忘：指患者对新近发生的事情不能回忆再现称为近事遗忘，对过去发生的事情不能回忆再现称为远事遗忘。正常的规律近事较易回忆，远事则不易回忆。脑器质性疾病所引起的记忆遗忘，常是近事遗忘甚于远事遗忘，成为记忆退行规律。

(4) 遗忘综合征：又名柯萨可夫综合征，指患者同时有定向障碍、虚构和近事遗忘三大特点。下丘脑尤其是乳头体附近的病变产生此综合征。常见于慢性弥漫性脑病患者，如老年性痴呆、麻搏性痴呆、慢性酒精中毒性精神障碍、脑外伤、脑肿瘤等。

(二) 记忆错误

记忆错误指患者由于再现歪曲而引起记忆障碍。常见的记忆错误有错构、虚构、似曾相识或旧事如新感、妄想性记忆/妄想性追溯及记忆增强。

1. 错构

错构指患者对过去曾经历的事件在发生地点、时间、情节上出现错误回忆，但患者仍坚信不疑。错构多见于脑部器质性疾病、抑郁症等。

2. 虚构

虚构指患者对自己记忆的缺失部分，以虚构一套事情来填补，其内容常生动、多变，并带有荒诞的色彩，但患者常瞬间即忘。这是器质性脑部疾病的特征之一，与病理性谎言不同，后者没有记忆缺陷。

3. 似曾相识或旧事如新感

似曾相识指患者感受从未经历过事物或进入一个陌生的环境时，有一种早已经历过的熟悉感。旧事如新感指感受早已熟悉的事物或环境时，有一种初次见面的陌生感。这些都是回忆和再认的障碍，常见于癫痫，也见于正常人，但正常人很快会纠正自己的错误。

4. 妄想性回忆

妄想性回忆指患者将过去（产生妄想以前）的经历与当前的妄想内联系起来，剔除了回忆中与妄想内容相抵触的部分，夸大了回忆中与妄想内容可以联系的部分。妄想性回忆常见于有妄想的患者，如被害妄想的患者回忆起自己在孩子时期就受到某人的迫害，其实他的妄想是最近才发生的。自罪妄想的患者认为过去某段经历是错误的、有罪的等。妄想性回忆与错构、虚构不同，在不涉及妄想内容时，患者没有明显的记忆障碍。

5. 记忆增强

记忆增强指患者出现病态的记忆增强，患者对过去很远的、极为琐小的事情都能回忆，常包括许多细节。记忆增强多见于躁狂症、强迫症、偏执性精神病等。

(薛亮)



第四节 思维障碍

思维是人脑对客观事物间接和概括的反映，是人类精神活动的重要特征，是认识过程的高级阶段，思维在感觉和知觉的基础上产生，并借助语言和文字来表达。思维包括分析、综合、抽象、概括、判断、推理等过程。思维通过观念与观念、概念与概念的联系，即通过联想和逻辑的过程来实现。

从发展心理学看，人类的思维是从直觉的形象思维，逐步发展到抽象的逻辑思维。这个发展过程通过大脑结构和功能的日益完善，通过不断学习和社会实践完成。目的性、连贯性、逻辑性是正常的人类思维活动的特征。①目的性，指思维是围绕着一定目的，有意识的进行的；②连贯性，指思维过程中的概念之间前后衔接，互相联系；③逻辑性，指思维过程是有一定道理，合乎逻辑的。思维障碍是精神疾病重要的、常见的症状，主要包括思维形式障碍、思维内容障碍（主要指妄想）以及思维属性障碍等。

一、思维形式障碍

思维形式障碍的表现可以分为 11 种形式。

（一）思维奔逸

思维奔逸是指思维的联想速度加快和联想数量的增加，具体表现为患者的思维和谈话都非常快，一个概念接着另一个概念，大量涌现，以至于有时患者来不及表达，或者听者跟不上患者的速度。思维奔逸的患者在说话时语量明显增多，语速变快，滔滔不绝，说个不停。常常伴有随境转移，音连、意连。如问患者姓名时，患者回答：“鄙人姓张，弓长张，名字吗加上两个 X。今年 28 岁，结婚刚满一年零八个月……”病情严重时患者有思维压力感，临床表现思维异乎寻常的快，不但思维量大，丰富多彩，而且速度也非常快，不结合患者的整体表现和内心体验，有时会误认为是思维散漫。思维奔逸是躁狂发作的典型症状，常见于躁狂症，但也见于精神分裂症。

（二）思维散漫

思维散漫是指思维的目的性、连贯性和逻辑性障碍。患者认真讲了一段话，每句话可以成立，但是话与话之间没有逻辑联系，以至于别人不能理解其所要说明什么。这种叙述的混乱现象，即使检查者要求患者澄清，通常患者也不能表达清楚。比如患者讲：“天上一个老鹰，飞呀飞。农民工进城，上岗下岗。流行音乐大家唱，小提琴很好听。伊拉克战争



又打响了，石油涨价了。”严重的思维散漫称为思维破裂，主要表现为患者的每句话也不成句子，而是表现为语词的堆积，称为语词杂拌。思维散漫主要见于精神分裂症，也见于严重的焦虑和智能降低者。但焦虑患者在镇静时表达清楚，没有思维散漫。低能患者当问题简单时也能回答正确。而精神分裂症患者即使问题简单、平静时也有思维散漫。

（三）思维迟缓

思维迟缓是指思维的联想缓慢。它与思维奔逸相反，以思维活动量的显著缓慢，联想困难，思考问题吃力，反应迟钝为特征。患者表现为语量减少，讲话速度缓慢，应答迟钝，常有“脑子变笨的感觉”。当检查者询问患者问题时，需要等上好一会儿才能得到答案，而且常常是内容简单，声音很轻，伴有动作、行为的减少和抑制，情绪低落、兴趣减少等抑郁症状群。思维迟缓是抑郁发作的典型症状，常见于抑郁症，但也见于精神分裂症。

（四）思维贫乏

思维贫乏是指思维内容空虚，概念缺乏。患者在回答问题时主要表现内容简单、空洞，患者常常有“脑子空虚感”，对一般询问往往无明確应答性反应，或仅仅简单回答“不知道”。如询问患者有什么要求？回答：“没有要求。”询问患者有什么不适？回答：“没有。”询问患者今后有什么打算？回答：“没打算。”患者对检查者的开放性问题常常用关闭式回答。思维贫乏的患者通常伴有情感淡漠，但没有情绪低落，也没有动作、行为的抑制。思维贫乏多见于精神分裂症，也见于抑郁症和脑器质性障碍。

（五）思维阻隔

思维阻隔又称思维中断，指患者意识清晰无明显外界干扰下，思维过程在短时间内突然中断，或言语突然停顿。临床表现为检查者与患者交谈时患者思维突然中断，然后开始另一个话题内容。如询问患者为什么生气？回答：“他们骂我突然停顿片刻，又回答：“我家里人来过吗？说什么？”思维阻隔并不受患者的主观意志支配，有明显的不自主性，主要见于精神分裂症，也可见于正常人疲劳、注意分散时以及神经症患者。精神分裂症的思维阻隔表现为突然的、完全的思维空洞，患者常常称其思维好像被人擦掉了。

（六）病理性赘述

病理性赘述是指患者的思维过程中以主题转换带有黏滞性、停留在某些枝节问题上面，抓不住主要环节为特征。患者在叙述一件事时加入许多不必要的细节，无法使所要讲的事或问题简明扼要。如问患者怎么来医院的？患者回答：“我在人民广场乘49路公共汽车，汽车很挤，经过威海路，穿过中苏友好大厦，再经过淮海路到衡山路、乌鲁木齐路，到中山医院、儿科医院、肿瘤医院，绕过中山南二路到宛平南路医院的。”赘述主要见于



癫痫，也见于其他精神障碍。

（七）病理性象征性思维

病理性象征性思维是指患者用无关的、不被共同理解的具体概念来代表抽象概念，不经患者解释，别人无法理解。它是形象概念与抽象/思维之间的混淆，属于思维逻辑性障碍。如患者把衣服脱光，问其原因时回答：“不穿衣服表示我光明磊落，让别人彻底了解我。”病理性象征性思维常见于精神分裂症。

（八）语词新作

语词新作是指患者创造一些文字、图形、符号，并赋予特殊的含义。有时患者把无关的词拼凑在一起成为新的词，以代表某种新的含义。如患者把“尖”指为心脏。语词新作主要见于精神分裂症。

（九）持续言语

持续言语指患者在回答问题时持续重复第一次问题的答案，尽管提问者已经开始提问第二、第三个问题。如询问患者早饭吃过没有？患者回答：“吃过了。”检查者又问早饭吃什么？患者继续回答：“吃过了。”检查者继续提问昨天晚上睡得怎样？患者还是回答：“吃过了。”持续言语主要见于器质性障碍如痴呆，也见于其他精神障碍。

（十）刻板言语

刻板言语是指患者机械地重复某些无意义的词或句子。如患者一遍又一遍讲：“过来吧！过来吧！过来吧！……”刻板言语主要见于精神分裂症。

（十一）模仿言语

模仿言语是指患者模仿周围人的言语，周围人说什么，患者也重复什么。如医生问患者：“你几岁了？”患者重复：“你几岁了？”医生问：“你昨天睡得怎么样？”患者也重复：“你昨天睡得怎么样？”模仿言语主要见于精神分裂症。

二、妄想

妄想是一种病理信念，其内容与事实不符，与患者的文化水平及社会背景也不符。但患者坚信不疑，难于通过摆事实、讲道理的方法加以纠正。妄想属于思维内容障碍，妄想是精神病患者最常见的症状之一。妄想是个别的心理现象，而集体的信念有时尽管不合理，也不能归于妄想，如宗教迷信。妄想的定义中虽然有“坚信不疑”，但在妄想的开始形成阶段或消失阶段，患者对妄想不是坚信不疑的。有些患者尽管对妄想坚信不疑，但其行为常常不受妄想的影响，如患者一面坚信自己是伟大人物的亲戚，一面却安安心心地生



活在医院中。有时患者的妄想内容虽然符合事实，但其结论并不是通过客观事实逻辑推理，而是通过天下雨等自然现象所得，故仍是妄想。妄想不能根据其内容是否“合乎常情”来定，因为现实生活是复杂的，对检查者来讲不可想象的事并不等于不会发生。

（一）社会生活现象与妄想的区别

必须注意有几种社会生活现象不能与妄想等同，如偏见、迷信、幻想和超价观念。

- (1) 成见和偏见是由人们的思想方法不正确或认识水平的限制造成的。
- (2) 迷信观念是与当时当地的社会文化背景相联系的。
- (3) 幻想时的内容可能离奇，但人们能够与现实区分，并不坚信不疑。
- (4) 超价观念是一种带有强烈情感色彩的先入之见，并在较长时间内占优势地位，不过当情感稳定或客观环境改变时，超价观念即可消失。

（二）分类

妄想按起源可以分为原发性妄想和继发性妄想。

1. 原发性妄想

原发性妄想是一种无法以患者当前的环境和以往的心境解释，又不是其他异常精神活动的病理信念。如果排除器质性疾病，原发性妄想是精神分裂症的特征性症状。原发性妄想常在下列妄想体验的基础上形成。

- (1) 妄想心境：患者突然产生一种情绪，感到周围发生了某些与自己有关的情况，导致原发性妄想形成。
- (2) 妄想表象：患者突然产生一种记忆表象，接着对之赋予一种妄想意义。
- (3) 突发性妄想观念：妄想的形成既无前因，又无后果，没有推理，无法理解。
- (4) 妄想知觉：患者对正常知觉体验，赋以妄想性意义。

原发性妄想体验的共同特征是对某一心理现象（情绪、记忆表象、知觉）赋以难以理解的特殊的妄想性意义。

2. 继发性妄想

继发性妄想常与下列情况相关。

- (1) 情感障碍，如抑郁症和躁狂症情绪低落或高涨时产生的自罪妄想、夸大妄想等。
- (2) 知觉障碍，如听幻觉基础上产生的被害妄想。
- (3) 意识障碍，如意识模糊与错觉有关的后移性妄想。
- (4) 智能障碍，如轻度精神发育迟滞、脑器质性障碍、老年性痴呆因推理、判断、记忆缺损所产生的继发性妄想。
- (5) 性格障碍，如多疑、敏感、主观、固执、高傲的偏执性格容易发生妄想。
- (6) 强烈的精神刺激，如等待审判、亲人的、突然死亡所致的心因性妄想。
- (7) 暗示，易于接受暗示或自我暗示的患者，如癔症容易受暗示产生妄想。



(三) 常见类型

妄想分类目前仍按其内容划分，常见的妄想有以下几种。

1. 被害妄想

被害妄想指患者坚信自身安全受到威胁的妄想。患者感到有人正在对他/她进行迫害，自己正在被人监视、跟踪、窃听、诽谤、诬陷、毒害等。被害妄想往往从怀疑开始，然后出现牵连观念，最后发展为被害妄想。被害妄想常常与幻觉关联，并与关系妄想等同时存在。这是最常见的妄想，见于各类精神病。伴有幻觉的妄想多见于精神分裂症。

2. 关系妄想

关系妄想指患者把周围环境中一些实际与自己无关的现象都认为有关联的妄想。患者感到周围的一事一物均与自己有关，或具有某种特殊意义。前者称为牵连观念，后者称为特殊意义观念。如别人咳嗽或吐痰是别有用心的针对自己，报纸、电视上的内容都在暗示自己。关系妄想较常见，常常与被害妄想同时存在。关系妄想多见于精神分裂症，也见于其他各类精神病。

3. 夸大妄想

夸大妄想指患者自以为是非常人物、出身名门、有特殊才能、有巨大财富等夸大的妄想。夸大妄想多在情绪高涨的背景下发生，其夸大内容与患者的文化水平、所处的环境和经历有关。夸大妄想常见于躁狂症，也见于精神分裂症、器质性精神病如麻搏性痴呆等。

4. 自罪妄想

自罪妄想又称罪恶妄想，指患者毫无根据地将过去的缺点、错误都看成是很大的罪行的妄想。患者认为自己犯了严重的错误和罪行，对不起家人、对不起国家，不可饶恕，应该受到惩罚，自己已不配正常的生活下去。自罪妄想患者常常有请罪和自我惩罚行为，如拒食、自伤，甚至自杀行为。自罪妄想多见于抑郁症，也可见于精神分裂症。

5. 虚无妄想

虚无妄想指患者认为世界或其本人均已不复存在，内脏没有了，一切都是虚假的妄想。如患者认为“自己的胃和肠子都没有了，吃下去的东西没有拉出来，所以不必再吃了。肚子已经烂掉了，只剩下一副空壳子了。”虚无妄想又名否定妄想，多见于抑郁症，也见于精神分裂症、老年期精神病。

6. 疑病妄想

疑病妄想指患者深信自己患了某种严重躯体疾病，且是不治之症，反复的医学检查和医生的解释都不能打消患者疑虑的妄想。疑病妄想可以与幻触或躯体疾病为基础，常见的疑病妄想如癌症、艾滋病等。疑病患者常常伴有焦虑和抑郁情绪。疑病妄想常见于抑郁症，尤其中老年抑郁症患者，也见于精神分裂症。

7. 嫉妒妄想

嫉妒妄想指患者坚信自己的爱人对自己不忠有外遇的妄想。患者捕风捉影地认为自己



的配偶另有新欢，坚信配偶对自己不忠，因此常跟踪、逼问配偶，以求证实，甚至对配偶或第三者采取攻击行为。嫉妒妄想常见于精神分裂症、偏执性精神病、慢性酒精中毒伴有的性功能减退患者等。嫉妒妄想男性多于女性。夫妇双方条件相差大者、更年期妇女也容易发生嫉妒妄想。

8. 钟情妄想

钟情妄想指患者坚信自己被异性看中所爱的妄想。患者在妄想的支配下，眷恋、追逐对方，即使遭到对方的拒绝、反对，仍毫不动摇，认为这是对方在考验自己，仍纠缠对方。钟情妄想患者所钟情的对象常常是名人，如影星、歌星、大人物等，其实，对方根本不认识他（她）。钟情妄想多见于精神分裂症，女性多见。

9. 影响妄想

影响妄想又称物理影响妄想，指患者坚信自己的精神活动和（或）躯体受到外界某种力量控制或刺激的妄想。患者常常感到自己的躯体正受到外界力量控制，产生种种不舒服的感觉，常见的控制力量与当时的科学发展有关，如电波、特殊仪器等。患者常常显得紧张不安，不能自主。影响妄想也称被控制感，影响妄想是诊断精神分裂症的重要症状。

其他常见的妄想还有非血统妄想、被窃妄想、宗教妄想、着魔妄想等。一般来说，妄想可使患者采取种种行为，如攻击、自伤、反复就诊等。妄想是否付诸行动，取决于患者的人格是否完整。妄想的确定，主要依靠病史和临床检查。有些患者的妄想内容很荒谬，容易识别；但有些患者的妄想较为系统，需要仔细检查、收集资料、核实病史才能搞清。

三、思维属性障碍

正常的人从不怀疑自己的思想是否属于自己的，还是属于别人的，也不会怀疑自己的思想不讲出来别人是否会知道。但有些精神病患者，尤其是精神分裂症患者会出现此类症状。常见的思维属性障碍有思维插入、思维被窃和思维播散。

（一）思维插入

思维插入指患者认为自己大脑中的某些想法不属于自己的，而是外界有人通过某种技术或力量放入自己的大脑。思维插入的患者常常有自己在被别人控制和被利用的感觉，常常伴有被害妄想。如患者告诉医生：“我现在脑子里想的都不是我自己要的，而是他们的思想放在我脑子里，通过我的嘴巴讲出来的。今后追究责任他们就没有事了。”思维插入见于精神分裂症。

（二）思维抽去/思维被窃

思维被窃指患者认为自己的思维没有了，被人用某种技术抽去了、偷走了。临幊上思维被窃患者常常有思维中断现象。如患者与医生交谈时突然不讲话了，问其为什么不回答



了？患者称：“我不知道，他们突然把我的思想都拿走了，我不知道说什么？我的思维没有了。”思维被窃见于精神分裂症。

(三) 思维播散

思维播散指患者的思维被人用特殊的方法传播在外，好似广播已被众人所知。自己的想法即使不讲出来，别人也会知道。当医生询问患者时，患者常常回答：“你明明知道了还要问我？大家都知道了，全世界的人都知道了，你还不知道？”思维播散的患者常常表现紧张不安，不敢出门，伴有情绪低落。思维播散见于精神分裂症。

四、强迫观念

强迫观念是反复、持续出现的想法、冲动或想象等，尽管明知不对、不必要、不合理，但患者很难克服和摆脱。通常，强迫思维的内容是不愉快的、痛苦的。患者认为这些想法是没有意义的、荒唐的，甚至是不可告人的，因此，患者常常有痛苦感。抵抗是强迫观念的特征，也是与妄想鉴别的要点。强迫观念患者常常伴有焦虑和抑郁情绪。强迫思维的内容各种各样，常见的以下6种：①怕脏或怕得病；②冲动或攻击行为；③清洁；④怀疑自己得病；⑤性行为的想象或想法；⑥亵渎神灵的想法。

强迫观念按其表现形式可分为以下几种。

(一) 强迫思维

强迫思维指患者重复、持续的出现一些想法，如怕接触细菌、病毒，怕染上某种疾病或把疾病传给别人；或反复出现某些淫秽或亵渎神灵的想法。

(二) 强迫性穷思竭虑

强迫性穷思竭虑指患者不停地反复思考，明知这样想是不必要，却一遍又一遍地想个不停。

(三) 强迫怀疑

强迫怀疑指患者对已做的事不停地怀疑或担忧，如门是否已关，电闸是否已切断。

(四) 强迫冲动/强迫意向

强迫冲动/强迫意向指患者反复出现某种冲动的欲望，虽然从不付诸具体行动，但使患者感到非常紧张害怕。如攻击别人、采取危险行动或社会不容许的违法行为等。不管冲动欲望如何，患者认识到这是不合理的，并且克制，从不采取行动，这是与妄想鉴别的要点。



（五）强迫回忆

强迫回忆指患者对往事、经历反复回忆，明知没有实际意义，但无法摆脱，不断回忆。

（朱明）

天津科学技术出版社



第五节 精情感障碍

当人们在感知事物时，不论是来自躯体内部的感觉，还是对外部世界的感知，必然伴随着相应的态度和外部表现，如喜、怒、哀、乐等体验和表情，总称为情感活动，它是人类对客观事物的主观态度。

情感和情绪都是指个体对客观事物态度的体验，从广义上讲二者相互包容，在日常用语中，情感、情绪互相通用；从狭义上讲二者含义不同。情绪是指与个体生物需要相联系的体验形式，即个体受到生活环境中的刺激时生物需要是否得到满足而产生的态度和体验，持续时间较短，其稳定性带有情境性，伴有明显的生理功能变化和外部表现。

情绪发生较早，为人类和动物所共有。情感体验是与人的高级社会性需要相联系的，如友谊感、道德感等。情感发生较晚，为人类所特有。情感具有倾向性、稳定性、深刻性和效能性。大脑皮质在人类情绪和情感活动中起主导作用。丘脑、下丘脑、边缘系统和网状结构起着特定的重要作用。情绪和情感活动与人的认识、行为活动及社会交往均有着密切的联系。情感也能影响人们的思维和行为，不仅在自主神经、内分泌等功能活动上，如面色苍白、出汗、心率加速等表现出来，而且也在面部表情、姿势和音调中反映出来。因此，正常人的认识、情感和意志行为等精神活动是统一的、协调的。

心境是一种较微弱而持续的情感状态，为一段时间内个体精神活动的基本背景。情感障碍必定涉及情绪和心境方面。

在精神疾病中，情感障碍主要表现为3种形式，即情感性质的改变、情感稳定性的改变和情感协调性的改变。

一、情感性质障碍

(一) 情感高涨

情感活动显著增强，表现为不同程度的病态喜悦，有与环境不相符的过分的愉快、欢乐。讲话时眉飞色舞，喜笑颜开，语音高昂，表情丰富、生动，自负、自信或引人发笑，常带有明显的夸大色彩。患者常有良好自身感觉，感觉无比舒畅和幸福，这种乐观情绪具有很强的感染力，能为一般人所理解，易引起周围人的共鸣。多见于躁狂状态。

(二) 欣快症

患者有自得其乐，不易被人理解幸福喜悦的内心体验，面带笑容地表现为轻松、愉



快。由于智能障碍的影响，面部表情却给人以呆傻、愚蠢的感觉，自己也说不清高兴的原因，表现的内容也比较单调刻板，因而难以引起正常人的共鸣。多见于脑器质性精神障碍或醉酒状态。

(三) 情感低落

这是负性情感增强的表现。与情感高涨恰恰相反。表现为情绪低落、忧心忡忡、唉声叹气、愁眉不展，重则忧郁沮丧，悲观绝望，感到自己一无是处，以致兴趣索然，有度日如年、生不如死之感，外界一切都不能引起他的兴趣，常自责自罪，甚至出现自杀观念和自杀企图。多见于抑郁状态，是抑郁症的主要临床症状。

(四) 焦虑

是担心发生威胁自身安全和其他不良后果的心境。在缺乏明显客观因素或充分依据的情况下，对其本身健康或其他问题感到忧虑不安，紧张恐惧，顾虑重重，搓手顿足，坐立不安，唉声叹气，若大祸之将临，惶惶不可终日，即使多方劝解也无效，常伴有自主神经功能紊乱和疑病观念。多见于焦虑症、恐惧症及抑郁症。

(五) 恐惧

人们面临不利的危险处境时出现的情绪反应，表现为惊慌害怕，提心吊胆，往往伴有显著的焦虑和自主神经功能紊乱症状，如心悸、气急、出汗、四肢发抖，甚至大小便失禁等，并且导致逃避。

病理性恐惧是一种以过分和不合理的惧怕外界客体或处境而引起的上述情绪表现，可发生于错觉、幻觉的影响下，出现惊恐障碍、惊叫和逃避等行为，在神经症患者中，患者明知没有必要但仍不能防止恐惧发作，对特定事物的恐惧是恐惧症的主要症状。恐惧亦可见于儿童情绪障碍和其他精神障碍。

二、情感稳定性障碍

(一) 易激惹

这是一种强烈的但持续较短的情感障碍。患者一遇到刺激或不愉快的情况，即使极轻微，也容易产生强烈的情感反应。患者极易生气、激动、愤怒，甚至大发雷霆，与人争吵不已，多转瞬即逝。多见于躁狂状态、癫痫所致精神障碍及癔症等。

(二) 情感脆弱

在轻微的外界刺激甚至无明显外因的影响下，患者的情绪容易引起波动，反应也迅



速，常因无关紧要的事件而伤心流泪或兴奋激动，无法克制。多见于脑动脉硬化所致的精神障碍、癔症。

(三) 病理性激情

病理性激情是一种突然发作、非常强烈而又短暂的精神障碍。常伴有意识障碍，可产生冲动行为，以致伤人毁物，患者难以控制，事后可能遗忘。多见于癫痫、较严重的颅脑外伤及精神分裂症。

三、情感协调性障碍

(一) 情感淡漠

为情感活动减退表现。患者对外界任何刺激缺乏相应的情感反应。对能引起正常人极大悲伤或高度愉快的事情，如生离死别无动于衷，对周围发生的事情漠不关心，表情冷淡呆板，说话声调平淡，内心体验极为贫乏或缺如，与周围环境失去情感上的联系。常见于精神分裂症和脑器质性精神障碍。

(二) 情感倒错

患者的情感反应与当时外界刺激及患者的思想内容不相协调。如谈到别人对他迫害时，面带笑容，表现为愉快的表情，听到高兴的消息反而表现为伤感。多见于精神分裂症。

(朱明)



第六节 意志和动作行为障碍

意志是推动人们采取各种行动以达到某种预订目标的心理过程。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。行动是指较简单的运动（如点头、挥手），行为则是指一系列动作的有机组合。动作行为障碍又可称为精神运动性障碍。

意志和动作行为障碍通常有以下表现。

一、意志增强

在病态或妄想的支配下，患者可以坚持某种行为，表现极大的顽固性。例如有迫害妄想的患者四处控告，有嫉妒妄想的患者对其配偶坚持跟踪，有疑病妄想的患者到处求医等。

二、意志减弱

常与情感淡漠或情绪低落有关，患者缺乏主动性及进取性，即使开始做某事也不能坚持到底。严重的意志减弱称为意志缺乏，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。

三、精神运动性兴奋

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。焦虑激动时的兴奋也是协调性的，此时患者表现极度的坐立不安、搓手顿足，做任何工作往往刚开始就坚持不下去。轻度的销魂状态时，可以用非常富于感情（有时也富有感染力）的语气和动作来叙述一件事情，也属于协调性兴奋。精神分裂症患者在幻觉妄想影响下，有时也可出现这种兴奋状态。

（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兴奋。



四、精神运动性阻滞

是指动作和行为减少，可分为以下几类。

（一）木僵

患者动作行为减少，并经常保持某种固定姿势。严重的木僵称僵住，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，如不给予治疗，可维持很长时间。轻度的木僵称为亚木僵状态，表现为问之不答，唤之不动，表情呆滞，但姿势较自然，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，此时如在患者身旁讲述其身世，有时可引起其表情变化（如流泪等）。突然的严重的精神刺激可引起心因性木僵，一般维持时间很短，事后对木僵期的情况不能回忆。脑部，特别是第三脑室及丘脑的病变也可以产生一种木僵状态（无动性缄默症），患者睁着眼，好像是意识清晰的，对疼痛刺激略有反应，但不能合作，事后对病中的情况也完全不能记忆。精神分裂症患者有时在木僵解除后能够回忆病中发生的事情，有时则不能回忆，或只能叙述一些令人不解的片断体验，或者归结为“做了一个噩梦”。严重的木僵症症状已少见。

（二）蜡样屈曲

常在精神分裂症木僵的基础上出现，患者静卧或呆立不动，但身体各部位都可以听人摆布，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，就像塑蜡人一样，因此称为蜡样屈曲。这种患者躺在床上把他枕头抽去，他的头仍可悬空维持一段时间，这种现象称为空气枕头症。蜡样屈曲被认为是一种被动服从现象。

（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，而且表现相反的行动，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嘱咐而不表现相反的行动，称为被动违拗。

五、本能行为异常

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) 受到外界强大压力。
- (2) 一时感情冲动。
- (3) 为了达到某种目的，扬言自杀，弄假成真。
- (4) 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，自杀的形式以跳楼、投河、自缢、服毒、自刎等较为常见。在精神病院住院患者中，因不易采取上述常见方法，有时会采取某些少见，甚至是不可思议的方法，如自伤，也可看作为本能行为的障碍，多见于精神发育迟缓和精神分裂症。有人把有自杀行动而未成功者称为自杀企图，把只有自杀想法而无行动者称为自杀观念或消极观念。

(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。

2. 食欲亢进

在精神患者中，因本能意向增强的食欲亢进亦较常见。

3. 拒食

精神患者因猜疑（怕中毒）、命令性幻听及木僵等症状而引起的拒食亦不少见。

4. 异食症

异食症指嗜食普通人不吃或不常吃的东西，如污泥沙土、石灰等。钩虫病患者的异食癖，是由于体内缺乏铁之故，如给以驱虫和铁剂治疗，很快就可以消除其异食症状。有些痴呆患者因丧失判断能力而乱吃东西，则不属于异食症范围。

(三) 睡眠障碍

睡眠是一种周期性生理现象，连续数十小时的不眠首先可引起各种精神症状，进一步可引起躯体衰弱，因而睡眠是维持生命的重要功能之一。临幊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通宵失眠者很少见。失眠是临幊上最常见的症状之一，它可由多种原因引起，但大多是神经症的表现，有时患者虽然睡着过，但却缺乏曾睡过的感觉，因而可以引起严重的焦虑，这种情况被称为“主观性失眠”或“失睡眠感”。



2. 嗜睡

常由衰弱引起。另有一种发作性睡病，发作时不管环境如何，不可抗拒地进入睡眠状态，但时间短，易叫醒。发作性睡病患者亦易于出现猝倒症，即突然眼睛闭上，肌肉松弛倒下，有时反射亦可减弱或消失，甚至出现阳性的巴彬斯基征，但意识不丧失，此点与睡眠不同，且常由于强烈情绪因素引起。

3. 睡眠麻痹

表现与猝倒症相似，但常在睡后将苏醒时出现，患者感到不能动也不能发出声音，十分焦虑，但稍加刺激即可使这种麻痹消失。

4. 周期性嗜睡贪食综合征

表现为发作性的沉睡和贪食，发作一般持续数天，患者醒了就吃，食量很大，吃了又睡，所以发作一次之后，体重常有明显增加。多见于男性青少年。

5. 睡行症（旧称梦游症）

患者于夜间睡过一阵后起床活动，行动较呆板，意识恍惚，间之不答或含糊答应，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

性功能是保存种族的本能，性功能障碍可由各种原因引起，如性器官或脊髓的器质性疾病、病态人格、各种精神疾病等。临幊上表现为性欲亢进、性欲减退、性欲倒错等。男子的阳痿、早泄多由精神因素所引起。性欲倒错有多种形式，其中较常见的为同性恋，其他尚有恋物癖、露阴癖、施虐癖等。年轻人偶然的手淫，是一种生理现象，不属于性欲倒错。

六、某些特殊症状

（一）刻板言行

刻板言行即不断地、无目的地重复某些简单的言语或动作，可以自发产生，也可以因提示而引出。刻板言语或动作，表面上看似乎无甚意义，但如仔细分析，有时也可发现它是某些有目的行为的残余。刻板言语或动作常见于紧张型精神分裂症。

（二）持续言行

持续言行指患者对一个有目的而且已完成了的言语或动作进行无意义的重复，例如问患者的年龄，患者答：“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，有人认为这是脑内转换功能障碍所致。



（三）模仿言语和模仿动作

模仿言语和模仿动作指患者模仿别人的简单的言语或动作，是一种毫无意义的模仿，除了模仿检查者（例如医生）外，也可模仿其他患者，也可模仿自己听不懂的言语（例如外语）的单词或短句。模仿言语或动作多见于器质性精神病，亦可见于紧张型精神分裂症。有人认为儿童模仿别人说话是一种条件反射，随着儿童的发育或成长，此种反射逐渐被抑制，因而模仿言语可能是在病理状态下此种抑制被解除的结果。

（四）作态

作态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患者，如故意做出某种态度或表情。

（五）强迫动作

强迫动作指患者明知不必要却又难以克制而要去重复的动作，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。强迫动作常由强迫观念引起，最常见于强迫性神经症，亦可见于精神分裂症的某一阶段。

（薛亮）