



精神科护理学

Psychiatric Nursing

正常人体结构

生物化学

生理学

病原生物与免疫学

病理学

护理药理学

健康评估

护理学导论

基础护理技术

内科护理学

外科护理学

妇产科护理学

儿科护理学

眼耳鼻咽喉口腔科护理学

老年护理学

中医护理学

社区护理学

康复护理学

精神科护理学

急危重症护理学

护理心理学

护理伦理学

卫生法律法规

护理礼仪

人际沟通

护理管理学

精神科护理学

◆ 主编 赵丽俊



上海交通大学出版社

X-A

精神科护理学

Psychiatric Nursing

◆ 主编 赵丽俊



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

免费提供

精品教学资料包

服务热线: 400-615-1233
www.huatengzy.com



扫描二维码
关注上海交通大学出版社
官方微信



定价: 45.00元

精神科护理学

主 编 赵丽俊
副主编 杨淑蓉



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内 容 提 要

本书以一般护理学的理论原则为基础,以护理程序为框架,以案例分析强化对精神症状的识别,阐述各种精神疾病患者的护理。本书共分 13 章,包括绪论、精神障碍的基础知识、精神科护理技能、精神障碍的治疗与护理、器质性精神障碍患者的护理、精神分裂症患者的护理、心境障碍患者的护理、精神活性物质所致精神障碍患者的护理、神经症性障碍患者的护理、应激相关障碍患者的护理、心理因素相关生理障碍患者的护理、儿童及青少年期精神障碍患者的护理和精神障碍患者的社区护理。

本书可作为护理专业学生及广大临床护理工作者的参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

精神科护理学/赵丽俊主编. —上海:上海交通大学出版社,2014(2024 重印)

ISBN 978-7-313-11952-0

I. ①精… II. ①赵… III. ①精神病学—护理学
IV. ①R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 196008 号

精神科护理学

JINGSHENKE HULIXUE

主 编:赵丽俊

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

印 制:三河市骏杰印刷有限公司

开 本:787 mm×1 092 mm 1/16

字 数:377 千字

版 次:2014 年 9 月第 1 版

书 号:ISBN 978-7-313-11952-0

定 价:45.00 元

地 址:上海市番禺路 951 号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:15.5

印 次:2024 年 9 月第 7 次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如您发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:0316-3662258

前言

Preface

随着社会经济的日益发展,人们的社会、心理压力不断增加,精神疾病的发病率出现增加的趋势。精神疾病已经成为 21 世纪影响人类健康的最主要疾病之一。精神卫生问题受到越来越多的关注,精神科护理则在精神疾病预防、治疗与康复中发挥着至关重要的作用。

精神科护理学是以一般护理学的理论原则为基础,结合精神障碍的具体特点,以人类异常精神活动和行为及其护理、保健、康复为研究对象,对精神病患者实施整体护理的一门学科。它是精神病学的一个重要组成部分,又是护理学的一个分支。

为了适应护理专业培养目标的需求、专业人才知识能力的需求以及学生心理取向的需求,编者结合多年来在教学和临床实践中的经验,同时充分吸收了国内外精神医学、护理学领域的研究成果及同类最新教材的新知识,编写了这本《精神科护理学》。

本书紧紧围绕护理人才的培养目标,在内容上充分考虑学生的基础水平及实际需求,以案例为切入点,实现理性与感性的结合,便于学生理解与掌握。同时在教材中力求体现精神科护理学的新进展,对教材内容进行了精选。全书共分 13 章,包括绪论、精神障碍的基础知识、精神科护理技能、精神障碍的治疗与护理、器质性精神障碍患者的护理、精神分裂症患者的护理、心境障碍患者的护理、精神活性物质所致精神障碍患者的护理、神经症性障碍患者的护理、应激相关障碍患者的护理、心理因素相关生理障碍患者的护理、儿童及青少年期精神障碍患者的护理和精神障碍患者的社区护理。

本书可作为护理专业学生及广大临床护理工作者的参考用书,也可作为国家护士执业资格考试和精神科护理学考试的参考用书。

本书由北京回龙观医院赵丽俊主任护师任主编,天门职业学院杨淑蓉任副主编,北京回龙观医院的陈曦、张春苗、潘桂平、李志新、王书芬、孙爱荣参与了编写,张春苗任秘书。具体分工如下:第 1 章和第 8 章由陈曦编写,第 2 章由赵丽俊编写,第 3 章由杨淑蓉、张春苗、潘桂平编写,第 4 章和第 11

章由张春苗编写,第5章由李志新编写,第6章和第7章由王书芬编写,第9章、第10章和第12章由孙爱荣编写,第13章由潘桂平编写。

由于编者水平有限,书中存在的不妥和疏漏之处恳请使用本教材的老师、同学们和广大护理同仁不吝指正。

编 者

目 录

Contents

第 1 章 绪论	1
1.1 精神科护理学的基本概念	1
1.1.1 精神病学	1
1.1.2 精神障碍	1
1.1.3 精神科护理学	2
1.2 精神医学和精神科护理学发展简史	2
1.2.1 精神医学发展简史	2
1.2.2 精神科护理学发展简史	3
1.3 精神科护理工作概述	5
1.3.1 精神科护理工作的范畴	5
1.3.2 精神科护士的职业素质	5
1.3.3 精神科护士的角色与功能	6
1.4 精神科护理相关的法律与伦理道德	7
1.4.1 精神科护理相关的法律	7
1.4.2 精神科护理相关的伦理道德	9
第 2 章 精神障碍的基础知识	11
2.1 精神障碍的病因学	11
2.1.1 生物学因素	11
2.1.2 心理因素	12
2.1.3 社会因素	13
2.2 精神障碍的分类	14
2.2.1 精神障碍诊断分类的原则	14
2.2.2 国际常用的精神障碍分类系统	14
2.2.3 美国的精神障碍分类系统	15
2.2.4 中国的精神障碍分类系统	15

2.3 精神障碍常见症状	16
2.3.1 认知过程障碍	16
2.3.2 情感过程障碍	27
2.3.3 意志行为过程障碍	30
2.3.4 意识障碍	32
2.3.5 精神障碍常见综合征	34

第3章 精神科护理技能 37

3.1 治疗性沟通关系的建立	37
3.1.1 建立治疗性沟通关系的要求	38
3.1.2 建立治疗性沟通关系的过程	38
3.1.3 治疗性沟通的技巧	39
3.2 精神障碍的护理观察与记录	41
3.2.1 精神障碍的护理观察	42
3.2.2 精神障碍的护理记录	43
3.3 精神科的安全护理	44
3.3.1 精神科安全护理的重要性	44
3.3.2 精神科常见护理安全事件	45
3.3.3 精神科安全护理的内容	45
3.3.4 精神科保护性医疗措施的实施	46
3.4 精神障碍患者的康复护理	48
3.4.1 精神障碍患者康复护理概述	48
3.4.2 精神障碍各治疗期的康复护理措施	48
3.4.3 精神康复的基本程序	49
3.4.4 精神康复的基本内容	54
3.5 精神障碍患者的组织与管理	57
3.5.1 精神障碍患者开放式管理	58
3.5.2 精神障碍患者封闭式管理	59
3.5.3 精神障碍患者分级护理管理	60
3.6 精神科急危状态的监护	62
3.6.1 自杀行为的防范与护理	62
3.6.2 暴力行为的防范与护理	67
3.6.3 出走行为的防范与护理	71
3.6.4 噎食及吞食异物行为的防范与护理	73
3.6.5 木僵患者的护理	77

第4章 精神障碍的治疗与护理 81

4.1 精神药物治疗与护理	81
4.1.1 常用精神药物	81
4.1.2 常用精神药物的用药护理	87

4.2	无抽搐电痉挛治疗与护理	90
4.2.1	无抽搐电痉挛治疗的适应证与禁忌证	91
4.2.2	无抽搐电痉挛治疗的实施	91
4.2.3	无抽搐电痉挛治疗的护理	92
4.3	心理治疗与护理	93
4.3.1	心理治疗的分类	93
4.3.2	心理治疗的基本要点	95
4.3.3	心理治疗的护理	95
第5章 器质性精神障碍患者的护理		97
5.1	器质性精神障碍概述	97
5.1.1	器质性精神障碍的临床特征	97
5.1.2	器质性精神障碍常见的临床综合征	98
5.2	常见脑器质性精神障碍及其护理	99
5.2.1	阿尔茨海默病	99
5.2.2	脑血管病所致精神障碍	101
5.2.3	其他脑部疾病所致精神障碍	101
5.2.4	常见脑器质性精神障碍患者的护理	104
5.3	躯体疾病所致精神障碍及其护理	107
5.3.1	躯体疾病所致精神障碍的病因及发病机制	107
5.3.2	躯体疾病所致精神障碍临床表现的共同特点	108
5.3.3	常见躯体疾病所致精神障碍的临床表现	108
5.3.4	躯体疾病所致精神障碍的临床诊断与治疗	110
5.3.5	躯体疾病所致精神障碍患者的护理	110
第6章 精神分裂症患者的护理		114
6.1	精神分裂症概述	114
6.1.1	精神分裂症的病因	114
6.1.2	精神分裂症的临床症状	116
6.1.3	精神分裂症的临床分型及其临床表现	119
6.1.4	精神分裂症的诊断要点	121
6.1.5	精神分裂症的治疗与预后	121
6.1.6	精神分裂症的预防	123
6.2	精神分裂症的护理	124
6.2.1	护理评估	124
6.2.2	护理诊断	125
6.2.3	护理目标	125
6.2.4	护理措施	125
6.2.5	护理评价	130
6.2.6	健康教育	130

第 7 章	心境障碍患者的护理	133
7.1	心境障碍概述	133
7.1.1	心境障碍的病因	133
7.1.2	心境障碍的临床表现	134
7.1.3	心境障碍的诊断标准与要点	136
7.1.4	心境障碍的治疗与预后	137
7.1.5	预防心境障碍的复发	140
7.2	心境障碍的护理	141
7.2.1	护理评估	141
7.2.2	护理诊断	143
7.2.3	护理目标	145
7.2.4	护理措施	146
7.2.5	护理评价	149
7.2.6	健康教育	150
第 8 章	精神活性物质所致精神障碍患者的护理	152
8.1	精神活性物质所致精神障碍概述	152
8.1.1	精神活性物质所致精神障碍的基本概念	152
8.1.2	精神活性物质的分类	153
8.1.3	精神活性物质所致精神障碍的病因	153
8.1.4	精神活性物质所致精神障碍的临床表现	154
8.1.5	精神活性物质所致精神障碍的诊断要点	157
8.1.6	精神活性物质所致精神障碍的治疗与预防	158
8.2	精神活性物质所致精神障碍的护理	159
8.2.1	护理评估	159
8.2.2	护理诊断	160
8.2.3	护理目标	160
8.2.4	护理措施	161
8.2.5	护理评价	162
8.2.6	健康教育	162
第 9 章	神经症性障碍患者的护理	164
9.1	神经症性障碍概述	164
9.1.1	焦虑障碍	164
9.1.2	恐惧障碍	166
9.1.3	强迫障碍	167
9.1.4	躯体形式障碍	170
9.1.5	神经衰弱	171
9.1.6	分离性障碍	172

9.2 神经症性障碍的护理	175
9.2.1 护理评估	175
9.2.2 护理诊断	175
9.2.3 护理目标	176
9.2.4 护理措施	176
9.2.5 护理评价	178
9.2.6 健康教育	178
第 10 章 应激相关障碍患者的护理	180
10.1 应激相关障碍概述	180
10.1.1 应激相关障碍的病因	180
10.1.2 应激相关障碍的临床表现	181
10.1.3 应激相关障碍的治疗	183
10.2 应激相关障碍的护理	184
10.2.1 护理评估	184
10.2.2 护理诊断	184
10.2.3 护理目标	184
10.2.4 护理措施	185
10.2.5 护理评价	186
10.2.6 健康教育	187
第 11 章 心理因素相关生理障碍患者的护理	188
11.1 进食障碍概述	188
11.1.1 进食障碍的病因及发病机制	188
11.1.2 进食障碍的临床表现	189
11.1.3 进食障碍的治疗与预后	190
11.2 进食障碍的护理	191
11.2.1 护理评估	191
11.2.2 护理诊断	191
11.2.3 护理目标	192
11.2.4 护理措施	192
11.2.5 护理评价	193
11.2.6 健康教育	193
11.3 睡眠障碍概述	193
11.3.1 失眠症	194
11.3.2 嗜睡症	195
11.3.3 睡眠-觉醒节律障碍	196
11.3.4 睡行症	197
11.4 睡眠障碍的护理	197
11.4.1 护理评估	197
11.4.2 护理诊断	198

11.4.3	护理目标	198
11.4.4	护理措施	198
11.4.5	护理评价	199
11.4.6	健康教育	199
第 12 章 儿童及青少年期精神障碍患者的护理		201
12.1	精神发育迟滞及其护理	201
12.1.1	精神发育迟滞概述	201
12.1.2	精神发育迟滞的护理	203
12.2	儿童孤独症及其护理	205
12.2.1	儿童孤独症概述	205
12.2.2	儿童孤独症的护理	207
12.3	注意缺陷与多动障碍及其护理	209
12.3.1	注意缺陷与多动障碍概述	209
12.3.2	注意缺陷与多动障碍的护理	210
12.4	青少年品行障碍及其护理	212
12.4.1	青少年品行障碍概述	212
12.4.2	青少年品行障碍的护理	214
12.5	儿童青少年期情绪障碍及其护理	215
12.5.1	儿童青少年期情绪障碍概述	215
12.5.2	儿童青少年期情绪障碍的护理	217
第 13 章 精神障碍患者的社区护理		220
13.1	精神障碍社区护理概述	220
13.1.1	精神障碍社区护理及预防的相关概念	220
13.1.2	我国社区精神卫生服务概况与趋势	221
13.1.3	精神障碍社区护理的特点	224
13.1.4	精神障碍社区护理的主要内容	225
13.2	精神障碍的社区康复	226
13.2.1	精神障碍社区康复的基本概念	227
13.2.2	社区精神康复的基本原则与内容	227
13.3	精神障碍的社区护理	229
13.3.1	社区精神障碍患者的家庭护理	229
13.3.2	社区个案管理	234
参考文献		237



精神障碍的基础知识

精神障碍又称精神疾病,是指在各种不良因素的作用下,大脑功能失调,导致感知、思维、情感、意志和行为等精神活动不同程度障碍的一类疾病。

人类的精神活动受个体功能状态、自然环境以及社会环境的影响,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。加之现有科研手段的局限性,对人类正常与异常精神活动的探索还是有一定的局限性。本章从精神障碍的病因学、分类及常见症状三个方面介绍一些基本知识,使学生对精神障碍有一个初步的认识。



学习目标

- 掌握:精神障碍的常见症状。
- 熟悉:精神障碍的病因。
- 了解:精神障碍的分类。

2.1 精神障碍的病因学

大脑是人类精神活动的器官,凡是能够导致人类大脑结构和功能损害或影响其正常发育的有害因素都可能引起精神障碍。精神障碍的病因学就是研究精神障碍发生的原因和发病机制的基础科学。精神障碍病因学的研究途径很多,研究技术复杂。本节按照生物-心理-社会医学观点,将精神障碍的病因划分为生物学因素、心理因素和社会因素三大类。

2.1.1 生物学因素

生物学因素又称躯体因素,是指通过生物学途径影响人的中枢神经系统功能,导致其出现精神障碍的因素,包括遗传因素、器质性因素、年龄、性别及神经生物化学等。

1. 遗传因素

遗传因素是指遗传物质基础发生病理性改变,从而发挥其致病作用。遗传因素在某些精神障碍的发生中起重要作用,如精神分裂症、情感性精神障碍、人格障碍、精神发育迟滞等。



精神分裂症的遗传因素

对 85 个父母均为精神分裂症患者的家庭调查研究发现,其子女患精神分裂症的概率为 35%~68%,比一般人群高 80~100 倍,遗传度为 70%(高于 60%则认为有遗传倾向),因而精神分裂症有较高的遗传倾向,且患病率在一级亲属(父母、子女、同胞手足)和二级、三级亲属中有明显差别,即血缘关系越近,患病率越高。

2. 器质性因素

器质性因素包括急、慢性躯体感染和颅内感染,各种躯体疾病及精神活性物质的使用,大脑器质性病变、颅脑损伤等,这此因素都可直接或间接造成大脑功能紊乱而导致精神障碍。

3. 年龄因素

年龄不是致病因素,而是某些精神障碍的重要发病条件。不同的年龄阶段好发不同的精神障碍。幼年期和少年期人类的大脑功能尚未发育完全,一旦受到损害,可导致其发育障碍。另外,幼年期和少年期的人类对自身情感和行为缺乏控制力,好发情感和行为障碍,如自闭症、多动症等。40~55 岁,人类进入更年期,情感脆弱、敏感多疑、易激动等,是一些精神障碍出现的第二个发病高峰期。65 岁以后,人类进入老年期,随着年龄的增加,阿尔茨海默病、脑血管疾病及其他脑退行性疾病伴发的精神障碍的发病率也迅速增加。

4. 性别因素

性别也不是致病因素,但对一些精神障碍的发病有着重要的影响。由于受内分泌功能和生理过程变化的影响,女性精神分裂症等精神障碍患者在月经期间有症状加重的倾向;产褥期妇女容易发生情绪低落;物质依赖等的发病率则男性远高于女性。形成这种差异的原因除男女生物学因素差异外,同时应考虑社会对两性不同评价的影响。

5. 神经生物化学因素

有研究显示,神经生物化学改变与精神障碍的发生存在一定程度的关系。例如,精神分裂症可能与脑内多巴胺功能亢进有关,抑郁症可能与脑内 5-羟色胺和去甲肾上腺素缺乏有关,躁狂症可能与脑内 5-羟色胺功能增强有关。

2.1.2 心理因素

心理因素简称为心因,包括心理素质和心理应激两方面。心理素质往往是条件因素,而心理应激则常为致病诱因。

1. 心理素质

性格是指个体在遗传素质与后天社会环境作用下所形成的个体的心理特点,是人的心

理素质的重要组成部分。性格本身并不是致病因素,但其与精神障碍的易感性有关,如敏感、多疑、内向、性格脆弱者在外界因素的刺激下,易发生精神障碍。



知识链接

人 格

人格是个体心理素质的体现,特别是气质常反映个体的先天素质。艾森克(Eysenck)人格问卷的结果表明,神经质特征突出的人容易产生各种神经症性障碍,而精神质特征突出者容易产生精神分裂症等精神病性障碍。

2. 心理应激

心理应激是指个体与环境之间相互作用中主体所察知的需求与满足需求的能力失去平衡所产生的一种身心紧张状态。应激与精神障碍有着密切的关联。研究显示,丧偶、失业、失恋、失学、亲人去世等事件,以及地震、火灾、水灾等自然灾害,均可以导致短暂或持久的精神障碍。



知识链接

心理应激生活事件

引起心理应激的生活事件必须具备两个条件:对接受者有重要的利害关系,关系越密切,应激越强烈;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,不能激发剧烈情绪反应,也就难以形成应激。

2.1.3 社会因素

良好的社会因素对心理健康可产生保护作用,不良的社会因素则对心理健康产生致病作用或为致病因素发挥作用提供有利条件。

1. 环境因素

环境因素包括自然环境因素和社会环境因素,如大气污染、噪声、交通混乱、居住拥挤、环境污秽、人际关系紧张、社会巨大变革等,均可增加心理和躯体应激,使人长期处于烦闷、紧张、兴奋或焦虑等状态,易导致心身疾病、神经症或精神障碍等。

2. 文化因素

民族文化、社会风俗、宗教信仰和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所发生的精神障碍的种类、症状等存在着差异性。例如,恐缩症的流行是中国、印度和东南亚居民中特有的现象,马来西亚的“杀人狂”与社会文化背景密切相关,在文化落后的地区常见分离性恍惚状态和附体状态,阿尔茨海默病(Alzheimer disease, AD)在低文化人群中的发病率明显高于在高文化人群中的发病率,精神分裂症在城市中的发病率明显高于在农村中的发病率。

3. 移民因素

移居陌生地区或避难也可成为精神障碍的诱发因素。移民引起精神障碍的原因主要为环境改变、语言不通、怕遭歧视等诸多适应问题。

总之,在精神障碍的发生、发展过程中,除器质性精神障碍和心因性精神障碍病因较确定外,病因不明的内因性精神障碍及其发病是多种致病因素综合作用的结果,因此,临床分析患者的病因时应注意综合考虑。

2.2 精神障碍的分类

精神障碍的分类是按一定的分类学原则,将全部精神障碍分门别类地纳入一个分类系统中,以加深对疾病的研究与认识,有利于临床诊断、治疗和护理的实施。

2.2.1 精神障碍诊断分类的原则

1. 病因学诊断分类的原则

根据疾病的病因学命名与分类,同一种病因在临床可以有不同的症状,因此病因学分类有利于病因治疗。病因已明或比较确切的精神疾病在临床所占比例很低,在中国仅占约10%的比例。

2. 症状学诊断分类的原则

大部分功能性精神障碍至今仍然是病因不明,通常只能根据临床表现的主要症状或症状群进行命名与分类。以同一种症状命名的疾病,其主要症状表现的变化可以导致诊断的改变。症状学分类有利于对症治疗。

2.2.2 国际常用的精神障碍分类系统

世界卫生组织(WHO)编写的《疾病及有关健康问题的国际分类》(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD)第10版,简称ICD-10,其中第5章关于精神障碍的分类具体如下:

- 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

2.2.3 美国的精神障碍分类系统

美国精神障碍分类系统见《精神障碍诊断与统计手册》(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM)第4版,简称DSM-IV,其中将精神障碍分为17大类,具体如下:

- (1)通常在儿童和少年期首次诊断的障碍
- (2)谵妄、痴呆、遗忘及其他认知障碍
- (3)由躯体情况引起、未在他处提及的精神障碍
- (4)与成瘾物质使用有关的障碍
- (5)精神分裂症及其他精神病性障碍
- (6)心境障碍
- (7)焦虑障碍
- (8)躯体形式障碍
- (9)做作性障碍
- (10)分离性障碍
- (11)性及性身份障碍
- (12)进食障碍
- (13)睡眠障碍
- (14)未在他处分类的冲动控制障碍
- (15)适应障碍
- (16)人格障碍
- (17)可能成为临床注意焦点的其他情况

2.2.4 中国的精神障碍分类系统

《中国精神障碍诊断及分类标准》(*Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorders*, CCMD)第3版(简称CCMD-3)关于精神障碍的分类,以及与WHO《疾病及有关健康问题的国际分类》的对应关系具体如下:

- 0 器质性精神障碍[F00-F09,表示ICD-10编码,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、严重应激障碍和适应障碍、神经症[F44;F43;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]

2.3 精神障碍常见症状

精神活动是大脑生理功能的具体表现,当大脑出现功能异常时,异常的精神活动可通过人的外显行为如写作、言谈、表情、动作等表达或表现出来,称为精神症状。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,又称为精神病理学。

精神症状是精神障碍临床诊断的主要依据,每一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意识的控制。
- (2)症状一旦出现,难以通过转移注意力令其消失。
- (3)症状给患者带来痛苦体验。
- (4)症状的表现形式及内容与周围客观环境明显不相符。
- (5)症状导致患者社会功能不同程度的损害。

人类的正常精神活动按照心理学概念可以分为认知过程、情感过程和意志行为过程,精神疾病的症状也可按这三个过程的障碍来加以讨论。

2.3.1 认知过程障碍

1. 感觉障碍

感觉是直接作用于感觉器官的各种形式的刺激在人脑中的反映,其反映的是事物的个别属性。感觉障碍主要包括感觉过敏、感觉减退、感觉倒错和内感性不适。

(1)感觉过敏。感觉过敏(hyperesthesia)是指患者对外界一般强度的刺激感受性增高,如轻微触摸皮肤即感到疼痛难忍等,多见于神经衰弱、癔症、感染后的虚弱状态等。

(2)感觉减退。感觉减退(hypesthesia)是指患者对外界刺激的感受性减低,如患者对强烈刺激感觉轻微,可见于抑郁状态、木僵状态和意识障碍。完全不能感知外界刺激称为感觉消失,多见于癔症。

(3)感觉倒错。感觉倒错(paraesthesia)是指患者对外界刺激产生与正常人不同性质或相反的异常感觉,如对冷的刺激产生热感,多见于癔症。

(4)内感性不适。内感性不适(senestopathia)是指患者躯体内部产生的各种不舒服和(或)难以忍受的异样感觉,如挤压、牵拉、游走、蚁爬感等。其特点是不能明确指出体内不适的部位,多见于精神分裂症、抑郁状态及颅脑损伤所致精神障碍等。

2. 知觉障碍

知觉是人脑对某一具体事物的各种属性以及它们相互关系的整体反映。知觉障碍在精神科临床上最为常见,主要包括错觉、幻觉和感知综合障碍。

1) 错觉

错觉(illusion)是歪曲的知觉,把实际存在的事物歪曲地感知为与实际完全不相符合的事物。精神病患者的错觉可按不同的感官分为错听、错视、错嗅、错味、错触及内感受性的错觉,多为一些恐惧、可怕的知觉,如一个悬挂的红灯笼被看作悬挂着的人头等。错觉在临床

上以错听和错视多见,多见于器质性精神障碍、焦虑症。



知识链接

错觉

正常人也存在错觉,如在照明不良或视、听觉减弱状态下,疲乏、精神紧张、恐惧时也可产生错觉,但通过验证后能很快纠正,如草木皆兵、杯弓蛇影。

2) 幻觉

幻觉(hallucination)是一种虚幻的知觉,是在客观现实中并不存在某种事物的情况下,患者却感知有它的存在。幻觉是常见的知觉障碍。

根据幻觉涉及的感官可将其分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触和内脏性幻觉。

(1)幻听:临床上最常见的幻觉。患者可听到各种不同种类和不同性质的声音,如单调的或嘈杂的声音、说话声、广播声等。最多见的是言语性幻听,幻听的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、自伤或伤人等行为。



典型病例

患者,男,33岁,精神分裂症。患者听到邻居老太太骂他,说他的坏话,并跑到邻居家去理论。有时听到声音告诉他“不许吃饭”“你必须去死”。

(2)幻视:临床上也较常见。幻视内容丰富多样,形象可清晰、鲜明具体,但有时也可能比较模糊。幻视中所出现的形象可比实物大(视物显大性幻觉),也可比实物小(视物显小性幻觉)。幻视多见于谵妄状态和精神分裂症。

(3)幻嗅:是指患者闻到一些难闻的气味,如烂苹果味、腥臭味、化学物品烧焦味、浓烈刺鼻的药物气味以及躯体发出的狐臭味等,往往导致患者产生不愉快的情绪体验,常与其他幻觉和妄想合并出现。例如,患者坚信他所闻到的气味是坏人故意害他而放的,从而加重了被害妄想,其行为表现为捏鼻、蒙头面或拒食等,多见于精神分裂症。

(4)幻味:患者尝到食物内有某种特殊的怪味,因而拒食。幻味常继发被害妄想,多见于精神分裂症。

(5)幻触:也称皮肤触幻觉,患者感到皮肤上有某种异常的感觉,如虫爬感、针刺感等,多见于精神分裂症或器质性精神病。

(6)内脏性幻觉:患者对躯体内部某一部位或某一脏器的一种异常知觉体验。例如,患者感到肠扭转、肺扇动、肝破裂、心脏穿孔、腹腔内有虫爬行等,常与疑病妄想或被害妄想伴随出现,可见于精神分裂症及抑郁症。

此外,还有两种特殊形式的幻觉,多见于精神分裂症,这两种幻觉对诊断精神分裂症有一定的价值。

(1)思维鸣响或思维化声:又称思维回响,当患者想到什么,就听到(幻听)说话声讲出他所想的内容。例如,患者想吃饭即听到“吃饭,吃饭”的声音。

(2)功能性幻听:幻听和现实刺激同时存在,而又共同消失,但两者并不融合在一起。



典型病例

患者,女,21岁,精神分裂症。患者打开水龙头听到哗哗流水声,同时又听到流水声中夹杂骂她的声音:“坏女人,坏女人。”流水声停止,骂声也同时听不到了。

另外有一种反射性幻觉,即当一个感官受到刺激产生感觉体验时,另一个感官产生幻觉。例如,患者看见一个人,就幻听到这个人说:“你儿子和你儿媳妇快离婚了。”多见于分离状态,偶见于精神分裂症。

幻觉按其性质又可以分为真性幻觉和假性幻觉。

(1)真性幻觉:患者所感知的幻觉形象与真实的事物完全相同;幻觉不仅存在于客观空间,而且是直接通过本人的感官获得,不随自己的意愿加以改变。

(2)假性幻觉:患者所感知的幻觉形象不清晰、不形象、不生动;幻觉形象不存在于客观空间,不通过患者的感官获得。假性幻觉以假性幻听、幻视较多见,多见于精神分裂症。



典型病例

患者,男,29岁,患者说:“在我脑子里有一个小人,这个小入虽然不是被眼睛看到的,可是和眼睛看到的一样,但是其是男是女我不知道,多大年龄也不知道。”

3)感知综合障碍

感知综合障碍(psychosensory disturbance)是指患者在感知某一现实事物时,对事物客观的整体的感知是正确的,但是对这一事物的某些个别的属性,如形象、大小、颜色、位置、距离等,却产生与该事物的实际情况不相符合的感知。

感知综合障碍的临床常见类型有视物变形症、空间知觉障碍、周围环境感知综合障碍和自身躯体的感知综合障碍等。

(1)视物变形症:患者感到某个外界事物的大小、形状、颜色以及体积等方面发生了变化,如患者看到外界事物形象较实物变大(视物显大症)或缩小(视物显小症)。



典型病例

患者,男,43岁,精神分裂症。近日来患者总是回避其母亲,或捂着眼睛,或低头与母亲说话,问其原因,患者说,其母亲的脸色变得很长,嘴大还歪,面色像紫茄子的颜色,太难看了。另外,患者还说家中养的那只猫像老虎那样大,太可怕了。

(2)空间知觉障碍:患者感到周围事物的距离发生改变。有的患者不能准确地确定周围事物与自己间的距离,如患者想把暖瓶放到茶几上,但实际上离茶几的距离较远,使得暖瓶掉在地上碎了。

(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,感到周围的一切都在急速猛烈地变化着,感到周围环境缺乏真实感。例如,患者说外边的树好像是假的,就像一幅画似的。周围环境感知综合障碍可见于精神分裂症、中毒性或颅脑创伤所致精神障碍。

(4)自身躯体感知综合障碍:患者感到自己整个躯体或个别部分,如四肢的形态、颜色、轻重、粗细、长短等发生了变化。例如,患者感到自己的身体变得像羽毛那样轻,在天空中飘来飘去;感到自己的脖子像长颈鹿的那样长,胳膊长得过了膝盖。自身躯体感知综合障碍见于精神分裂症、脑肿瘤、癫痫性精神障碍、脑炎等。

错觉、幻觉和感觉综合障碍,往往对患者的思维、情感和行为有一定的影响,特别是这些知觉障碍鲜明、生动、逼真时,患者信以为真,影响就更明显。

3. 思维障碍

思维是人通过对感知的事物进行分析、比较来认识事物的某些特点,是一种用推理或判断间接地反映事物本质的认识活动。

思维障碍的临床表现多种多样,大致分为思维形式障碍和思维内容障碍。思维形式障碍以联想过程的障碍为主要表现;思维内容障碍主要表现为妄想、超价观念及强迫观念。

1) 思维联想过程障碍

(1)思维联想活动量和速度方面的障碍。

①思维奔逸:这是一种兴奋性的思维联想障碍,主要指思维活动量的增多和转变快速而言。患者的联想过程异常迅速,新的概念不断涌现,内容十分丰富。患者常被环境中的变化所吸引而转移话题(随境转移)或按某些词汇的音韵相同或某些句子在意义上相近而转换主题(音联或意联)。患者自觉脑子很灵,反应快,出口成章,但逻辑联想肤浅。思维奔逸多见于躁狂症。



患者,女,26岁,躁狂症。患者见到接班的护士眉飞色舞地主动自我介绍说:“你好,我叫××。”护士问:“看你今天的心情不错呀?”患者马上手舞足蹈地说:“我高兴着呢,我送给你一首诗: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,这时主任走进病房,患者马上停止唱歌,转向主任:“我一看您就知道您吉星高照,财源滚滚。”

②思维迟缓:这是一种抑制性思维联想障碍。患者思维活动显著缓慢,联想困难,思考问题吃力,反应迟钝。例如,患者想写一个字条,但几个小时过去了什么也没写出来,感到很苦恼。思维迟缓是抑郁症的典型表现之一。

③思维贫乏:患者思维内容空虚,概念和词汇贫乏,常主诉脑子是“空”的,对一般询问往往无应答性反应或简单地答以“不知道,没什么”。如护士问患者:“今天谁来看你了?”答:“不知道。”思维减退多见于精神分裂症、器质性精神障碍。

④病理性赘述:以患者思维过程中的主题转换带有黏滞性,停留在某些枝节问题上而抓不住主要环节为其主要特征。患者在叙述事物时,在个别问题上,不厌其烦地做不必要的、详细的描述,以致掩盖了问题的主要内容。病理性赘述多见于脑器质性损害所致的精神障碍。



典型病例

患者,男,63岁,血管性痴呆。当医生问患者为什么其腹部有伤口时,患者答道:“我家住在襄阳樊城的襄樊,在湖北省山区,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,那年我肚子疼,医生给我开了刀,就成这样了。”

(2) 思维联想连贯性的障碍。

①思维松弛或思维散漫:患者联想松弛,内容散漫,对问题的叙述不够中肯,也不很切题,缺乏一定的逻辑思维能力,以致使患者感到交谈困难,别人对其言语的主题及用意也不易理解。思维松弛或思维散漫严重时可发展为破裂性思维。

②思维破裂:患者在意识清楚的情况下,思维联想过程破裂,缺乏内在意义上的连贯和应有的逻辑性。虽然其单独语句在结构和文法上正确,但主题与主题之间,句与句之间缺乏内在意义上的联系。例如,护士问患者:“你叫什么名字?”答:“大家不要打架,中午吃炖肉,我有很多钱,我想睡觉了。”思维破裂是精神分裂症所具有的特征性思维障碍。

③思维不连贯:在严重的意识障碍情况下产生的,患者言语杂乱、毫无主题,语句片段,甚至词与词之间没有任何联系。例如,护士问患者:“你姓什么?”患者答:“自行车,飞机,手榴弹。”

④思维中断:即思维插入,患者无意识障碍,又无明显外界干扰等原因,其思维过程在短暂时间内突然中断或言语突然停顿。这种思维中断不受患者意愿的支配,可伴有明显的不自主感。例如,患者说:“大夫今天我早晨有点不舒服。”患者话还没说完,什么也想不起来了。思维中断多见于精神分裂症。

⑤思维云集:又称强制性思维,思潮不受患者意愿的支配,强制性地大量地涌现在患者脑内,往往突然出现,迅速消失。思维云集多见于精神分裂症、流行性脑炎和颅脑损伤伴发精神障碍。



典型病例

患者,女,28岁,精神分裂症。患者自诉脑子很乱,自己无法控制,想的事毫无意义、毫无系统、从东到西、从西到东,一件事刚被想起一点,脑中又出现另外的事。

(3) 思维逻辑障碍。

①象征性思维:指患者以一些很普通的概念、词句或动作来表示某些特殊的、除患者自己外旁人无法理解的意义。象征性思维多见于精神分裂症。



典型病例

患者,女,36岁,精神分裂症。患者站在床上,用手将被子举起贴在墙上,并解释这是迫击炮。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,穿红色衣服表示拥护中国共产党。

②语词新作:患者创造一些文字、图形或符号,并赋予特殊的意义。例如,用“%”代表离婚、用“\$”代表美满。语词新作多见于精神分裂症青春型。

③逻辑倒错性思维:患者思维联想过程中存在明显逻辑障碍。患者的推理十分荒谬,既无前提,又缺乏逻辑根据,离奇古怪,甚至因果倒置,不可理解。逻辑倒错性思维多见于精神分裂症、偏执狂及某些病态人格。



典型病例

患者,女,32岁,精神分裂症。患者认为自己是从小动物进化来的,所以不应当吃肉;而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:是指患者思维联想过程中表象和概念在逻辑论证上的联想障碍。患者议论的内容空泛,缺乏现实意义和确切的根据,常是一些想入非非的事情。患者侃侃而谈,拒不接受别人的批评和意见,语法结构正确。诡辩性思维多见于精神分裂症。

(4)思维活动形式的障碍。

①持续言语:患者单独地重复某一概念,或是对某些不同问题,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。”持续言语见于脑器质性疾病伴发精神障碍及癫痫性精神障碍。

②重复言语:指患者常重复他所说的第一句话的最末几个字或词,患者能意识到,但不能克服。例如,患者说:“这是什么问题、问题、问题。”重复言语可见于脑器质性及癫痫性精神障碍。

③刻板言语:患者机械而刻板地重复某一无意义的词或句子。例如,患者说:“给我做手术吧,给我做手术吧……”

④模仿言语:是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?”患者答:“你叫什么名字?”护士问:“你多大了?”患者答:“你多大了?”模仿言语可见于精神分裂症紧张型。

2)思维内容障碍

思维内容障碍包括妄想、超价观念和强迫观念。

(1)妄想。

妄想(delusion)是一种在病理基础上产生的歪曲的信念、病态的推理和判断,它既不符合客观现实,也不符合患者所受的教育水平,并且不能以亲身体验和经历加以纠正,但患者对此坚信不疑,别人无法说服。

按照妄想的起源与其他心理活动的关系,可将妄想分为原发性妄想和继发性妄想。

①原发性妄想:是一种突然发生的,与当时的处境和既往的经历毫无关系的病理性体验,多见于精神分裂症。

②继发性妄想:是继发于错觉、幻觉或情感因素,如感动、恐惧、情感高涨、情感低落等,或以某种愿望为基础而产生的妄想。

按照妄想的结构,可将其分为系统性妄想和非系统性妄想。

①系统性妄想:指患者将周围的所闻所见与固定的妄想观念交织在一起而形成的一种

结构严密的系统性妄想,多见于原发性妄想。

②非系统性妄想:患者的妄想内容凌乱、前后矛盾、杂乱无章,多继发于意识障碍、智能障碍及其他感知觉障碍。

临床上多以妄想的内容进行分类,具体分类如下。

①被害妄想:患者无中生有地坚信周围某些人或某些集团对他进行打击、陷害、谋害、迫害等不利活动,如饭里放毒、跟踪监视或策划某种阴谋等。被害妄想为临床最常见的妄想类型,多见于精神分裂症及偏执性精神障碍。



典型病例

某患者认为领导给其送食品是在“耍鬼把戏”“放糖衣炮弹”,是存心陷害他贪污;同事无意间看他一眼,他即认为该同事是领导派来“监视”他的。

②关系妄想:患者把周围环境中一些实际上与他无关的现象,都认为与他本人有关,如患者认为报纸上的文章、广播等都与他有一定的关系。



典型病例

某患者在街上看到别人吐痰,坚信别人是冲着他来的,是在唾弃他腐败,于是与别人发生争辩。

③物理影响妄想:患者认为自己的精神活动均受外力干扰和控制,或认为有外力刺激自己的躯体,使自己产生种种不舒服的体验,患者往往将这种体验解释为某种仪器影响的结果。物理影响妄想是精神分裂症的特征性症状之一。



典型病例

患者说:“电磁波在照着我,我的脑袋特别痛。”并拆掉家中装修过的房顶拆掉找仪器。患者认为自己的脑子被一死者控制着,该死者支配他的想法和行为,自己的哭笑不受自己的支配,不该哭的时候哭了,不该笑的时候笑了。

④夸大妄想:患者认为自己是发明家、科学家、国家领导人,多见于麻痹性痴呆、躁狂症和精神分裂症。



典型病例

一位职业为商人的患者说:“我是超级司令,有 90 个军,1 000 架飞机。”

⑤罪恶妄想:患者毫无根据地认为自己犯了严重错误和罪行,以致使国家和人民遭受了不可弥补的损失。例如,患者因认为自己罪大恶极,吃饭是对不起农民种的粮食而拒食。罪恶妄想多见于抑郁症和精神分裂症。

⑥嫉妒妄想:患者坚信自己的配偶对自己不忠实,另有外遇,因此对配偶的行为加以检查和跟踪,多见于慢性酒精中毒伴发有性功能减退的患者、精神分裂症、反应性精神病及偏

执性精神病。



典型病例

患者,女,27岁,精神分裂症。患者23岁结婚,夫妻感情好,其夫作风正派。半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;见丈夫眼望女人就吵闹不休,认为丈夫与单位所有的女同事都有暧昧关系。

⑦钟情妄想:患者坚信某异性对自己产生了爱情,即使遭到对方严词拒绝仍毫不置疑,并认为对方是在考验自己对爱情的忠诚,主要见于精神分裂症。



典型病例

患者,女,30岁,精神分裂症。患者坚信海关的××(已结婚)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,其仍坚信对方是在考验自己。

⑧疑病妄想:患者毫无根据地认为自己患了某种严重的躯体疾病,甚至是不治之症。一系列的检查和多次反复的医学检验都不能纠正患者的这种病态信念。疑病妄想多见于精神分裂症、老年期抑郁症和器质性精神病。

⑨内心被揭露感:又称被洞悉感,患者认为他所想的事已经被别人知道,自己虽说不出这些事是怎样被别人探知的,但确信这些事尽人皆知,所有的人都在议论他。



典型病例

患者说:“我想什么,在别人的言行举止中就有反应。我想吃饭,别人就用筷子敲碗。别人是怎么知道我想什么的我却说不清。”

(2)超价观念:是指被某种强烈情绪加强了、并在意识中占主导地位的错误观念。在一定程度上讲,超价观念是一种片面性的判断,见于病态人格。

(3)强迫观念:又称强迫性思维,是指某一观念或概念,多次重复地出现于患者的思想中,且伴有主观的被迫感觉和痛苦感。患者自知这一思想是不必要或荒谬的,却无法摆脱。



典型病例

患者,女,27岁,精神分裂症伴强迫回忆。患者的行为数年来逐渐发展为一种病态行为,总是反复想过去的事情,如从领导那签字回来,就老想:“我看了什么?字被签好了吗?是不是遗漏了什么?”如果被人打断,患者就必须再重新想一遍,为此患者很是痛苦。

4. 注意障碍

注意(attention)是指意识集中指向一定事物的过程,可分为主动注意和被动注意。注

意障碍是指注意的四个方面,即保持、选择、范围及转移受损,使意识完不成对一定事物的指向性。

1)注意障碍的分类

临床上注意障碍大致分为以下三个方面。

- (1)注意程度方面的障碍:注意增强、注意减退。
- (2)注意稳定性方面的障碍:注意转移、注意涣散、注意固定。
- (3)注意力集中性方面的障碍:注意狭窄、注意缓慢。

2)注意障碍的特点

(1)注意增强:是指在某些精神病状态下,患者特别易于注意某些事物,见于神经症性障碍、偏执型精神分裂症、更年期抑郁症。注意增强有以下两种:

①注意指向外在的某些事物:对周围的一举一动、某些细节保持高度注意和警惕,如这类患者总注意别人的举动,甚至对他人细微之处都保持高度警惕和注意。

②注意指向患者本身的某些生理活动:有疑病观念的神经官能症患者常过分地注意自身的健康状态。

(2)注意减退:即主动注意和被动注意的兴奋性减弱,患者很难在较长时间内集中于某一事物,注意的稳定性显著下降,并且由于注意力不集中,记忆力可出现减退。注意减退可见于疲劳状态、神经衰弱、脑器质性精神病以及伴有意识障碍的疾病。

(3)注意转移:指被动注意的兴奋性增强,但注意不能持久,不断转移注意的对象。例如,躁狂患者的随境转移,以致不断地转换话题。注意转移可见于躁狂发作。

(4)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,以致注意力很容易分散。如即使看了很长时间的书,结果仍不知所云,就像没读过一样。注意涣散可见于神经衰弱、精神分裂症。

(5)注意固定:指患者的注意稳定性特别强,见于健康人和精神病患者。

(6)注意狭窄:指患者注意范围显著缩小,主动注意减弱,当患者集中注意某事时,其他事物就不易引起患者的注意,可见于朦胧状态和痴呆患者。

(7)注意缓慢:指患者注意的兴奋性集中困难和缓慢,但注意的稳定性障碍较小,见于抑郁症。例如,患者对第一个问题回答正确,但对接下来的问题的回答就显得缓慢。

5. 记忆障碍

记忆(memory)是一种在感知觉和思维基础上建立起来的精神活动。既往感知过的事物在一定的条件下可以在大脑中被重新反映出来,这种对既往经验的认知和回忆即为就是记忆,包括识记、保持、再认(认知)和回忆(再现)四个过程。

1)记忆障碍的分类

临床上记忆障碍大致分为两个方面。

- (1)记忆量方面:包括记忆增强、记忆减退、遗忘。
- (2)记忆质方面:错构症、虚构症、潜隐记忆。

2)记忆障碍的特点

(1)记忆增强:是一种病理性记忆增强,表现为对病前不能够且不重要的事都能回忆起

来,多见于躁狂状态、抑郁状态的患者。



典型病例

患者,女,57岁,躁狂状态。患者能回忆起她童年时的经历,如与王某一起做过老鹰捉小鸡的游戏,和李某跳过洗衣的舞蹈、唱过少先队之歌,和尹某因座位的事情争吵过等,即使是非常细致的情景都能清晰无遗地回忆起来。

(2)记忆减退:指识记、保持、再认和回忆普遍减退。患者的早期症状往往是回忆减弱,特别是对日期、年代、专有名词、术语、概念等的回忆发生困难。记忆减退临床比较常见,见于神经衰弱、脑器质性损害的患者,也可见于正常老年人。



典型病例

患者,男,65岁,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婚的呢?”患者摸摸头,摇摇头说:“不知道。”

(3)遗忘。遗忘症又称“回忆的空白”,是指局限于对某一事件或某一时期内经历的遗忘,是一种回忆的丧失,见于脑器质性损害的患者。遗忘症的几种不同表现如下。

①顺行性遗忘: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,多见于脑震荡、脑挫伤的患者。



典型病例

患者,男,27岁,脑震荡。医生问:“你来医院前发生了什么?”患者答:“早上自己骑车去上班,骑到大望路公交站附近时被一辆小车撞倒了,后来发生了什么,谁送我来这里的,来这里后医生做了什么我都不知道了。”

②逆行性遗忘:患者回忆不起疾病发生之前某一阶段的事件,如患者回忆不起在受伤前他在什么地方,正在做什么事情。这种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时,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时。

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

④心因性遗忘:是由沉重的创伤性情感体验引起,疾病产生的原因往往与患者犯了某种错误或罪行有关,遗忘的内容只限定于与某种痛苦体验有关的事。心因性遗忘多见于应激状态或癔症。

(4)错构:是一种记忆的错误,指患者在回忆往事时,常混淆事件发生的时间、地点和情节,如把可能在过去生活过程中确曾经历过,然而并不是发生在他所指的那段时间里的事情,错误地当作是该时间段发生的事情,并坚信这是事实,且不自觉地予以相应的情感反应。错构多见于酒精中毒性精神病、精神发育迟滞、脑器质性疾病和外伤性痴呆。

(5)虚构:也是一种记忆的错误。患者在回忆中将过去事实上从未发生的事或体验,说

成是确有其事,患者就以这样一段虚构的事实来填补其所遗忘的那一片段的经过。虚构多见于酒精中毒性精神病(柯萨可夫精神病),外伤性、中毒性精神病,麻痹性痴呆。

(6)潜隐记忆: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。患者把自己对过去看到的、听到的或是在自己梦中体验过的事物的回忆,错误地认为是自己实际体验过的事物。例如,患者把早已被他人创造发明的科学技术认为是自己的创造发明。

(7)似曾相识症和旧事如新症(熟悉感和生疏感):患者体验新事物时,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感到似乎从未体验过的生疏感。以上两种症状一般被认为与记忆障碍,特别是识记障碍有关,多见于癫痫患者。

6. 智能障碍

智能(intelligence)是一个复杂的概念,包括个体既往获得的知识、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。智能活动与思维、记忆和注意密切相关。

智能可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。智能障碍可表现为全面性的或部分性的智能减退,程度严重时被称为痴呆。

智能障碍主要有两种类型,即先天性智力低下和后天获得性痴呆。

1)先天性智力低下

先天性智力低下患者在胎儿期、出生时、婴幼儿时期或生长发育未成熟期(18岁之前),大脑的发育由于遗传、感染、中毒、头部创伤、内分泌异常或缺氧等因素而受到阻碍,以致大脑发育不良或受到阻滞,使智能的发育停留在一定的阶段,多见于精神发育迟滞的患者。

2)后天获得性痴呆

后天获得性痴呆患者病前大脑发育已经成熟,智能也发育正常,但之后由于各种有害因素引起大脑器质性损害,造成智能严重障碍。痴呆是一种综合征,可有定向、记忆、理解、计算、学习等能力以及判断力的障碍,多见于阿尔茨海默病、脑动脉硬化性精神病、麻痹性痴呆及脑炎后遗症。

根据大脑病理变化的性质和涉及的范围不同,可将痴呆分为全面性痴呆和部分性痴呆。

(1)全面性痴呆:全面性痴呆患者大脑的病变主要呈现为弥散性器质性损害,涉及智能活动的各个方面,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,定向力也可发生障碍。可见于阿尔茨海默病等。

(2)部分性痴呆:病变所侵犯的只是某些所限定的区域,如大脑血管的周围组织,因而使智能产生部分的障碍,如记忆力减退、理解力减退、分析综合困难等。部分性痴呆患者人格保持良好,自知力、定向力比较完整,多见于脑动脉硬化性精神病、外伤性痴呆等。

在临床上还可见到由强烈的精神创伤而产生的痴呆,患者大脑结构方面无任何器质性损害,病变的性质基本是功能性的,预后较好,智能障碍经适当处理,在短期可恢复正常。

(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,可见于分离性障碍、强烈精神压力或创伤作用下产生的精神障碍。



典型病例

患者,女,37岁,创伤性应激障碍。医生问:“你多大了?”答:“32岁。”医生问:“你父母多大年纪了?”答:“20岁。”医生问:“ $2+6=?$ ”答:“10。”患者把左脚鞋穿在右脚,但些行为很容易被矫正。而在病房中,患者可和病友一起做手工、打扑克、做操等。

(2)童样痴呆:患者表现类似儿童稚气的样子。例如,患者已经45岁了,他学着幼童说话的声调自称是小宝宝,逢人就喊“叔叔”“阿姨”。童样痴呆见于分离性障碍等。

(3)抑郁性假性痴呆:严重抑郁障碍患者在精神运动性抑制的情况下,认知能力降低,表现类似痴呆的早期症状,如记忆力、判断力、理解力、计算力下降及主动性缺乏。

7. 自知力障碍

自知力(insight)是指个体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患有疾病及精神状态是否正常,能否正确分析和判断,并指出自己既往和现在的表现和体验中哪些属于病态。自知力是否丧失在临床上可作为判断精神病的指标之一;自知力的完整程度及其变化又往往被看作判断精神病恶化、好转或痊愈的重要指标之一,对巩固疗效、防止复发有重要的意义。

8. 定向力障碍

定向力(orientation)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。一般有两方面的内容:对周围环境的认识,包括时间、地点、人物等;对其自身状况的认识,包括姓名、年龄、职业等。

定向力障碍是发生意识障碍的一个重要标志,但也可能与意识障碍无关,可见于精神分裂症患者、深睡觉醒的人、昏迷后意识恢复清醒的人。

1)对周围环境定向障碍

(1)时间定向障碍:患者对当时所处的时间,如上午或下午、白天或晚上,以及年、月、日发生认识错误,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发生认识错误,如患者在住院,却坚持说自己是在家里,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事物身份及其与患者的关系发生认识错误,如把医生说成是理发的。

2)自我定向障碍

患者对自身状况的认知包括姓名、年龄、职业等发生错误。

2.3.2 情感过程障碍

情感(affection)是个体对客观事物的态度以及因此而产生的相应内心体验。情感具有倾向性、稳定性、深刻性和效能性。

临床上常见的情感障碍通常表现为三种形式:情感性质的改变、情感波动性的改变和情

感协调性的改变,具体表现如下。

1. 情感高涨

情感高涨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。患者声音高昂、眉飞色舞、喜笑颜开,但不稳定,易激惹,且转瞬即逝,表现为可理解的、带有感染性的情绪高涨,且易于引起周围人的共鸣。情感高涨多见于躁狂症。



典型病例

患者,男,35岁。患者入院后,与医护人员一见如故,主动握手问好,兴奋话多,滔滔不绝,难以被打断,在病房中手舞足蹈地发表演说:“搞四化,小康生活,活命就要健康,健康是革命之本……”自我感觉特别好,自述头脑特灵活,心情特愉快,指手画脚,整日忙碌,自感脑子似与嘴巴在赛跑。

2. 欣快

欣快是在痴呆基础上出现的快乐心情,患者有高兴的内心体验,但其面部表情却给人以呆傻、愚蠢的感觉,同时患者自己也说不清楚高兴的原因,而且表现的内容也比较单调刻板,难以引起正常人的共鸣。欣快多见于脑器质性精神病。

3. 情感低落

与情感高涨相反,情感低落患者情绪低沉、愁眉不展,重则忧郁沮丧、悲观绝望,感到一无是处,大有“度日如年”“生不如死”之感为抑郁症的典型表现之一。外界一切均不能引起患者的兴趣,患者常自责自罪,甚至出现自杀观念和自杀行为。例如,患者听到女儿考上大学,仍是情绪低沉、闷闷不乐。

4. 焦虑

焦虑患者在缺乏充分根据和客观因素的情况下,对其自身健康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,有如大祸临头,惶惶不可终日之感。焦虑患者常有自主神经功能紊乱和疑病观念,多见于焦虑性神经症。

5. 情感脆弱

情感脆弱患者在细微的外界刺激甚至并无十分明显的外因影响下,情感容易波动,反应也迅速,有时也较强烈,常因无关紧要的事件而感动得伤心流泪或兴奋激动,无法克制。情感脆弱多见于分离性障碍、神经衰弱或脑动脉硬化性精神病。

6. 情感爆发

情感爆发是患者在精神因素作用下,突然发生的发作性、爆发性的情感障碍,可见于分离性障碍。患者表现冲动毁物、哭笑无常、捶胸顿足、号啕大哭、兴高采烈、载歌载舞、手舞足蹈、满地打滚,整个精神活动表现得杂乱无章,变化很大,具有以下突出特点。

- (1)发作持续时间较短,情感色彩浓厚,常伴有撒娇、表演性动作和表情。
- (2)患者通常对周围情况感知无障碍,但严重时可能出现轻度意识障碍。
- (3)暗示性高,癔症性格特征较明显。

7. 易激惹

易激惹是一种剧烈但持续较短的情感反应,患者遇到刺激或不快的情况时易出现生气、愤怒、激动,甚至大发雷霆等一些剧烈的情感反应,多见于分离性障碍、神经衰弱、躁狂状态、躯体病或器质性精神障碍。

8. 情感迟钝

情感迟钝指患者的情感反应减少,对平时能引起鲜明情感反应的刺激却表现较平淡,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,如对亲属不体贴、对同志不关心、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。

9. 情感淡漠

情感淡漠是指患者的情感活动缺乏,患者对外界任何刺激均缺乏相应的情感反应,即使对能引起正常人的极大情感波动的事件,如生死离别、久别重逢等也泰然处之、无动于衷;患者面部表情冷淡、呆板,内心体验贫乏,与周围环境失去情感上的联系。情感淡漠是精神分裂症晚期的常见症状。例如,当家人告诉患者其女儿拿到复旦大学的录取通知书时,患者表现出面无表情、漠不关心的样子。

10. 情感倒错

情感倒错指患者的情感活动与认识过程之间的协调一致性丧失,其情感反应与思维内容不协调,患者对一般人感到悲痛的事件却表现得非常愉快,多见于精神分裂症,尤其以青春型多见。例如,患者面带笑容地告诉护士,某个集团采用各种残忍的手段迫害自己,用仪器控制自己的思想,头疼难忍;又如,当患者听到父亲去世的消息后,哈哈大笑。

11. 表情倒错

表情倒错指患者的情感体验与表情之间不协调、不配合,甚至有相反的表现。可见于精神分裂症,尤其以青春型多见。例如,患者外表上痛哭流涕、痛苦万分,但内心无相应的悲伤体验,或表现得很高兴。

12. 恐惧

恐惧是指不以患者的意志愿望为转移、带有强迫性质及紧张的情绪。患者对平时无关紧要的物品、环境或活动产生紧张、恐惧的情绪,甚至感到这种恐惧感是不正常的,但无法摆脱。恐惧的内容很多,如怕脏、怕感染、怕尖锐物件、怕空旷的广场、怕高地和深渊、怕脸红、怕死亡等,可见于恐惧性神经症、精神分裂症早期。

13. 病理性激情

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。患者不能认识冲动行为的后果,也不能对其发作加以控制;行为往往为残酷的暴行,严重的伤害别人;发作时常伴有一定的意识障碍,因此事后可能出现遗忘。病理性激情多见于癫痫、脑外伤或中毒性精神障碍。

14. 矛盾情感

矛盾情感指患者在同一时间出现两种相反的互相矛盾的情感体验。情感活动本身不

协调、不配合。患者对矛盾现象不能察觉,因而不能加以分析和批判,也不感到焦虑和痛苦。矛盾情感为精神分裂症中具有特征性意义的症状。例如,患者对其父亲,既讨厌又喜欢。

15. 病理性心境恶劣

病理性心境恶劣指患者无任何外界原因刺激的情况下而突然出现的低沉、紧张和不悦的情绪发作,患者易激动,无故恐惧,提各种要求,诉说各种不满,一般持续 1~2 天。病理性心境恶劣多见于癫痫。

2.3.3 意志行为过程障碍

1. 意志障碍

意志(will)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:意志的指向性,即行动有一定的倾向性;意志的目的性,即行动所要达到的目标;意志的坚强性,即能否执行自己所采取的决定;意志的自觉性,即自觉地确信自己所认定的目的是正确和重要的,并主动、积极地去实践;意志的果断性,即个体迅速明辨是非和采取决定的能力;意志的自制性,即个体掌握、控制或支配自己行动的能力。

意志障碍一般表现在量和质两个方面的变化:量方面的变化包括意志增强、意志减退;质方面的变化包括意志缺乏、意向倒错、矛盾意向。

(1)意志增强。意志增强指意志活动增多,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,躁狂状态的患者整天忙忙碌碌,但有始无终;又如,精神分裂症偏执型患者受幻觉、妄想的影响,过分关注周围变化,到处控告。意志增强多见于躁狂状态、精神分裂症偏执型。

(2)意志减退。与意志增强相反,意志减退是意志活动显著减少。由于情绪低落,患者对周围一切事物兴趣索然,意志消沉,常独自呆坐于一处不动或卧床不起,不愿参加任何活动;行动缓慢,学习生活吃力,日常生活自理困难。患者对自身的变化能意识到,但感到力不从心或由于情绪低落而觉得无意义,故不想做。多见于抑郁症。

(3)意志缺乏。意志缺乏是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,但患者对此毫无意识。意志缺乏与思维贫乏、情感淡漠构成精神分裂症的基本症状。例如,患者整日呆坐一处,无任何要求,面无表情,每日在护士督促下进行洗漱、进餐等。意志缺乏多见于单纯型精神分裂症的晚期阶段、器质性精神病的痴呆状态。

(4)意向倒错。意向倒错是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,吃正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人感到难以理解。例如,患者捡食垃圾、烟头,揪病房内种植的花吃,护士反复劝阻无效。意向倒错多见于青春型和偏执型精神分裂症。

(5)矛盾意向。矛盾意向是指患者对同一事物产生对立的相互矛盾的意志活动且对此

毫无知觉,不能意识到它们之间的矛盾性,因而从不自觉地加以纠正。例如,患者早上见到医生来到床边,立即迎了上去,一面想去握手,一面却把手收了回来,反反复复,不自觉纠正。矛盾意向多见于精神分裂症。

2. 运动及行为障碍

行为是指为达到一定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。运动则是由神经系统支配肌肉活动,完成某种动作的表现。

运动及行为障碍在临床很常见,其症状表现不一,与思维、言语、情感有着密切的联系,临床上最常见的几种有关运动和行为方面的障碍如下。

1) 精神运动性兴奋

精神运动性兴奋是指患者的整个精神活动普遍增强,表现为言语动作的增多,临床上分为协调性精神运动性兴奋和不协调性精神运动性兴奋。

(1) 协调性精神运动性兴奋:这类兴奋是指患者言语动作的增加与其思维的丰富、情感的高涨是协调一致的,而且与周围环境也是协调的,整个精神活动是协调一致的,因而具有“感染力”,见于躁狂症。

(2) 不协调性精神运动性兴奋:这类兴奋是指患者言语动作的增加与其思维的丰富、情感的高涨是不一致的,而且与周围环境的联系也不密切,整个精神活动是不协调的,见于精神分裂症、脑器质性病变时出现的兴奋状态。

2) 精神运动性抑制

精神运动性抑制是指患者的整个精神活动降低,表现为言语动作的减少和抑制,临床上典型表现主要包括木僵、蜡样屈曲、缄默症和违拗症。

(1) 木僵(stupor):指言语活动和动作行为的完全抑制或明显减少,是一种较深的精神运动性抑制。木僵患者长时间保持一种固定的姿势,很少活动或完全不动,表现为不言、不动、不吃、不喝、不咽唾液、不解大小便、面无表情、对刺激无相应的反应或躲避。木僵可持续数小时或数天。严重木僵见于精神分裂症紧张型,较轻木僵可见于严重抑郁症、反应性精神障碍及器质性精神障碍。

(2) 蜡样屈曲(waxy flexibility):是指严重木僵的患者,肢体可任人随意摆动。蜡样屈曲患者可以像蜡塑一样,保持一个不舒适的姿势很久不变动;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,不能自主纠正,称空气枕头。此时患者意识一般清晰,对外界能感知,事后能回忆。见于精神分裂症的紧张型。

(3) 缄默症(mutism):指患者保持沉默不语,别人反复提问也不回答,但有时患者用书写、表情及手势示意。缄默症患者的不语不是由神经系统器质性病变引起的,见于精神分裂症紧张型、癔症。

(4) 违拗症(negativism):是指患者对他人提出的要求不仅没有相应的情感反应,甚至加以抗拒。违拗症可分为主动性违拗和被动性违拗,见于精神分裂症紧张型。

3) 被动服从

被动服从是指患者被动地服从任何人的要求和命令,甚至对一些令自己不愉快、无意义

并使自己难受的动作也绝对服从。例如,让患者拿锥子扎自己的手,患者便立即扎向自己的手。

4)刻板动作

刻板动作是指患者持续地、单调而重复地做一个动作,尽管这个动作并没有什么指向性和意义,常和刻板言语同时出现。例如,患者可持续几个小时的玩弄一个水杯。

5)模仿动作

模仿动作是指患者毫无目的、毫无意义地模仿周围人的动作,经常和模仿言语同时出现。

6)作态

作态又称装相,患者做些愚蠢而幼稚的动作和姿态,但使人感到好像是患者故意装出来似的。

7)强迫性动作

强迫性动作是指违反本人意愿,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,并努力设法摆脱,但徒劳无益,患者往往为此感到非常痛苦,对治疗的要求也迫切。例如,患者反复检查门锁到底锁好没有。强迫性动作见于强迫性神经症,也可见于精神分裂症早期。

2.3.4 意识障碍

意识(consciousness)是个体对周围环境及自身的认识和反应能力,具有主动性和连续性的重要特征。在临床精神病学中把意识理解为个体对客观环境的认识(周围环境意识)、主观自身的认识(自我意识)和反应能力。

意识障碍可分为对周围环境的意识障碍和自我意识障碍。

1. 对周围环境的意识障碍

对周围环境的意识障碍包括对周围环境的意识的清晰度、范围及内容的障碍等三种类型。

1)以意识清晰度降低为主的意识障碍

(1)嗜睡:患者意识清晰度降低较轻微,在安静状态下处于嗜睡的状态,受刺激即醒并可进行正常交谈,刺激消退即睡;吞咽、瞳孔、角膜反射均存在。

(2)意识混浊:患者意识清晰度轻度受损,处于半睡状态,对外界刺激阈限增高,对强烈刺激才能引起反应;可出现原始动作如舔唇、伸舌、吸吮、强握,注意、记忆、理解困难,角膜对光反射存在。

(3)昏睡:患者意识清晰度较前更低,强烈疼痛刺激(压眶、针刺)可引起防御反射;可出现深反射亢进、震颤和不自主运动;角膜反射减弱,吞咽、对光反射存在。

(4)昏迷:患者意识完全丧失,无自发运动,对任何刺激都不产生反应;生理反射消失,病理反射出现。

2)以意识范围改变为主的意识障碍

(1)朦胧状态:患者意识范围缩小伴清晰度水平降低。患者的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、片断的幻觉、错觉和妄想,在此基础上产生攻击和危害行为,这些行为呈发作性,常突然产生,突然终止,持续时间不长,从数分至数小时,超过数日者少见。患者发作后陷于深度睡眠,醒后完全或部分遗忘。见于癫痫性精神障碍、分离性障碍。

(2)走动性自动症:朦胧状态的一种特殊形式。患者不产生幻觉妄想,在意识障碍中可执行某种无目的性、与当时处境不相适应的、没有意义的动作,这些动作往往突然开始,持续短暂而又突然消失,醒后遗忘。在临床上多见的类型有以下两种。

①梦游症:患者多在进入睡眠1~2 h后突然起床,此时仍未觉醒,刻板地执行某些简单的、无目的性的动作,如到室外做某些简单的劳动,发作时间可持续数分钟至10分钟,发作后又回到床上安静入睡。次晨完全遗忘。梦游症可见于癫痫、分离性障碍。

②神游症:患者多于白天或在晨起后突然发作,无目的地外出漫游或到外地旅行,有的把衣服、钱赠送他人,或进入陌生人的住所;发作一般持续数小时、一日或较长时间,患者会常突然清醒,对发作中经历事件可有部分回忆。神游症可见于癫痫、分离性障碍、反应性精神病、颅脑创伤所致精神障碍。



典型病例

患者,女,21岁,学生,某夜突然起床冲出门外,次日中午伤痕累累,满身泥污,自行回家洗澡更衣。患者既往有癫痫病史,诊断为癫痫性神游症。

3)以意识内容改变为主的意识障碍

(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。幻觉内容多为生动逼真的、形象性的人物或场面。患者伴有紧张、恐惧、兴奋不安等情绪反应,行为冲动、杂乱无章。患者的思维表现为言语不连贯,患者对周围环境定向丧失。病情多在夜间加重,持续数小时或数日不等,患者于事后部分或全部遗忘。可见于躯体疾病所致精神障碍、中毒所致精神障碍。

(2)梦样状态:患者伴有意识清晰度水平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中的某些片段,并与幻想交织在一起,患者沉溺在其中,对真实环境感知不清晰。梦样状态以假性幻视、幻听为主,持续数周或数日,见于心因性精神病、癫痫、精神分裂症紧张型、感染中毒性精神障碍。

2.自我意识障碍

(1)人格解体。人格解体指患者对自我与周围现实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;对周围环境的这类感觉称非真实感。人格解体多突然产生,伴有昏厥感和面临恐慌的紧张感。患者感觉自己与环境之间有玻璃屏障。患者能很好地把握自己和现实,只是体验不到,并非歪曲理解。患者意识清晰,自知力存在,感觉痛苦,迫切要求治疗。例如,一位患者声称:“我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。”人格解体见于癫痫、器质性精神障碍、神经症、抑郁症、精神分裂症。

(2)交替人格。交替人格属于同一性意识障碍的一种表现。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,这些特点和内心体验在不同时间内可以交替出现,多见于分离性障碍(癔症)、精神分裂症。



典型病例

患者,女,34岁,精神分裂症。某日突然称自己是于老太太(其母),并说:“我老了,78岁了,牙也没了,头发也白了,刘某是我死去的女儿。”两天后又称自己是刘某,否认自己是于老太太。但承认为自己两天前认为自己是于老太太,说不出原因。

(3)双重人格及多重人格。双重人格及多重人格属于统一性意识障碍的表现,患者可在同一时间内表现为两种完全不同的人格(双重人格),或出现两种以上的人格(多重人格)。例如,患者在同一时间内,一方面以王某的身份,另一方面又以张某的身份、言语、思想、行为出现。多见于精神分裂症、分离性障碍(癔症)。

(4)人格转换。患者否认原来的自身,而自称是另一个人或是某种鬼或神。见于分离性障碍(癔症)的附体状态。



典型病例

患者,女,56岁,分离性障碍。因家庭矛盾,与公婆发生口角,丈夫又指责自己,突然出现癔症性痉挛发作,痉挛后处于意识蒙眬状态,说“我是天上千年的狐狸大仙下凡了”,又说“黄鼠狼附我体了”,约1h后意识恢复正常。

2.3.5 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。临床上常见的精神障碍综合征有以下几种。

1. 幻觉妄想综合征

幻觉妄想综合征以幻觉为主,多为幻听、幻嗅等。指在幻觉背景上继发被害、影响等妄想,妄想无系统化倾向。此综合征的主要特征:幻觉和妄想之间密切结合、相互依存、相互影响,多见于精神分裂症,也见于器质性精神病等。

2. 精神自动综合征

精神自动综合征是在意识清晰状态下产生的一组综合征,包括假性幻觉、强制性思维、被洞悉感及系统的影响妄想和被害妄想等。其典型临床表现为患者感到本人的精神活动丧失了属于自己的特性,主要临床特征包括存在异己感、强制感和不自主感,可见于精神分裂症。

3. 紧张综合征

紧张综合征是在意识清晰的状态下,以紧张性木僵和紧张性兴奋为主要特征的一组综

合征。以全身肌张力显著增高为突出特点,紧张性木僵与紧张性兴奋可交替出现,见于精神分裂症紧张型等。

4. 情感障碍综合征

情感障碍综合征是以情感活动的增强或减弱为主要临床表现的一类综合征。躁狂状态主要表现为情感高涨、思维奔逸和活动增多三主症;抑郁状态主要表现为情感低落、思维迟缓和活动减少三主症。情感障碍综合征多见于情感性精神障碍。

5. 遗忘综合征

遗忘综合征又称科萨科夫综合征。其临床特点表现为近事遗忘突出、时间定向障碍、虚构症。见于慢性酒精中毒性精神障碍,脑器质性精神障碍,中毒、内分泌疾病所致精神障碍等。



复习与思考

- (1)何谓精神障碍?精神障碍的常见症状有哪些?
- (2)什么是幻觉?真性幻觉与假性幻觉有哪些区别?
- (3)错觉与幻觉的区别是什么?
- (4)什么是妄想?列出临床常见种类及临床意义。
- (5)如何理解自知力及临床意义?
- (6)指出下列病例中存在哪些精神症状。

①患者,男,78岁。因胡言乱语,疑心被害5个月入院。5个月前无明显诱因急性起病,胡言乱语,行为紊乱,无端说听到广播里喊他开会,随即就起身离开赴会。患者疑心有人害他,要送他去公安局,紧张害怕,四处乱窜,有时钻到桌子下不出来。有时称自己一个人在房间里时能看到公安局的人要来抓他。

②患者,男,17岁。因急性行为异常5天而入院。患者因排练节目疲劳出现失眠,话多,唱歌,到街头闹事,说看见别人身边有鬼,对一个不认识的小孩说其父亲已经死了,吓得小孩哇哇大哭。患者上课时突然拍桌踢椅,解释为“老师讲红外线、紫外线可用来打飞机,而我哥哥是开飞机的,所以我发火”。患者吃饭时将碗中的鱼头往窗外抛,解释为“看到鱼头就想到别人骂我油头滑脑,心里不高兴”。患者曾多次跑到监狱门口纠缠岗哨,声称自己的父亲在监狱中。患者怀疑自己有食管癌,怨恨父母不给自己治疗而打其父母。

③患者,女,48岁。因出现发愁、少语、少动症状1个月而入院。患者无原因闷闷不乐,少语寡言,语声低细,语速缓慢,由呆坐到终日卧床,纳差,彻夜不眠,同事探望时即下跪磕头,口称我“有罪”“我拿过公家的东西,该枪毙”“我不该吃饭”“我乱搞男女关系”,要求法办,并说脑子迟钝不好使,好忘事。未见其有自杀行为。

④患者,男,50岁,精神分裂症。患者认为自己的喝水杯子里让人放了东西,自来水龙头让人放了洗衣粉,理由是烧开水时水中有泡沫,夜晚有人敲门,怀疑有警察来抓他,认为有人议论他,听到儿子来叫他,并说看到自己肚子里有小鬼。患者称有一次在火车上坐着,心里在想事,他认为上铺的那个人也知道自己在想什么。患者在十几岁时,有一次给奶奶

擦身时,看见了奶奶的躯体,回忆这件事时,回忆得非常细致,并说这事是不道德的,总觉得背后有人在说他的坏话,那种异样的眼光好像在骂他,说他是流氓,认为周围人都在议论他、迫害他。每天都用电电他,使他全身发麻,认为周围人经常在他耳边说他的坏话,扬言要电死他,不停地用言语控制他。特别是在病友走路时或关门时,患者就听到评论他的声音。