



“十四五”职业教育国家规划教材

精神科护理
(第二版)

主
编
蔡
篮

北京出版集团
北京出版社

精神科护理

(第二版)

JINGSHENKE HULI

主 编 蔡 篮



扫描二维码
共享立体资源

北京出版集团
北京出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神科护理 / 蔡篮主编 . — 2 版 . — 北京 : 北京出版社, 2020.9 (2023 重印)

ISBN 978-7-200-15697-3

I. ①精… II. ①蔡… III. ①精神病学—护理学—资格考试—自学参考资料 IV. ① R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2020) 第 121445 号

精神科护理 (第二版)

JINGSHENKE HULI (DI-ER BAN)

主 编: 蔡 篮

出 版: 北京出版集团

北京出版社

地 址: 北京北三环中路 6 号

邮 编: 100120

网 址: www.bph.com.cn

总 发 行: 北京出版集团

经 销: 新华书店

印 刷: 定州启航印刷有限公司

版 印 次: 2020 年 9 月第 2 版 2023 年 6 月修订 2023 年 7 月第 3 次印刷

成品尺寸: 185 毫米 × 260 毫米

印 张: 14

字 数: 315 千字

书 号: ISBN 978-7-200-15697-3

定 价: 42.00 元

教材意见建议接收方式: 010-58572162 邮箱: jiaocai@bphg.com.cn

如有印装质量问题, 由本社负责调换

质量监督电话: 010-82685218 010-58572162 010-58572393

目 录

单元一 绪论	1
任务一 精神医学发展简史	2
任务二 精神科护理发展简史	3
任务三 现代精神科护理工作的内容与要求	5
单元二 精神障碍的基础知识	11
任务一 精神障碍的病因学	12
任务二 精神障碍的诊断分类学	15
任务三 精神障碍的症状学	17
单元三 精神科护理基本技能	40
任务一 精神病患者的接触	41
任务二 精神障碍护理的观察与记录	43
任务三 精神科护理的基本内容	44
单元四 精神疾病急危状态的防范与护理	55
任务一 暴力行为的防范与护理	56
任务二 自杀行为的防范与护理	59
任务三 出走行为的防范与护理	61
任务四 噎食的防范与护理	63
单元五 精神疾病治疗过程的护理	67
任务一 精神药物治疗过程的护理	68
任务二 电痉挛治疗过程的护理	75
任务三 其他治疗过程的护理	78
单元六 社区精神卫生服务与家庭护理	86
任务一 社区精神卫生护理工作的范围和要求	87
任务二 精神病患者的家庭护理	91

单元七 器质性精神障碍患者的护理	95
任务一 器质性精神障碍的临床特点	96
任务二 器质性精神障碍的护理	102
单元八 精神活性物质所致精神障碍患者的护理	108
任务一 概述	109
任务二 精神活性物质所致精神障碍患者的护理	117
单元九 精神分裂症患者的护理	121
任务一 精神分裂症的临床特点	122
任务二 精神分裂症患者的护理	128
单元十 心境障碍患者的护理	134
任务一 概述	135
任务二 心境障碍患者的护理	142
单元十一 神经症和癔症患者的护理	147
任务一 神经症的临床特点	148
任务二 癔症的临床特点	157
任务三 神经症与癔症患者的护理	160
单元十二 心理因素相关生理障碍与应激相关障碍患者的护理	165
任务一 心理因素相关生理障碍患者的护理	166
任务二 应激相关障碍患者的护理	177
单元十三 儿童青少年期精神障碍患者的护理	187
任务一 儿童青少年期精神障碍的临床特点	188
任务二 儿童青少年期精神障碍患者的护理	194
附录一 中华人民共和国精神卫生法（2018 修正）	199
附录二 国家基本公共卫生服务规范（第三版）	210
参考文献	218

■ 单元二 精神障碍的基础知识

学习目标

» 知识目标

1. 了解精神障碍病因学的研究现状以及精神障碍的分类系统。
2. 掌握思维形式障碍的主要类型及其临床意义。
3. 掌握妄想的定义及其特征。
4. 掌握情感障碍的主要类型及其临床意义。
5. 掌握精神运动性兴奋和精神运动性抑制的主要临床表现。

» 能力目标

1. 能说出精神障碍的常见病因。
2. 能解释感觉、知觉障碍的概念并比较其区别。
3. 能识别常见精神障碍的症状。

» 素质目标

具有良好的精神科专业素质和观察、分析、思考能力。

知识技能点

1. 精神障碍的病因及诊断分类。
2. 感觉、知觉、感知综合障碍的概念。
3. 思维障碍、注意障碍、记忆障碍、智能障碍、情感障碍、意志障碍、动作与行为障碍、意识障碍的主要类型及其临床意义。

护理情境

患者，男性，55岁。主因“精神异常20年，再发外跑、疑有人害15天”入院。

患者于1986年因工作调动与领导发生矛盾，被保卫部门关了几天后，出现异常言行，表现为不敢开灯、开窗帘，怀疑父母在饭菜里下毒，认为领导要谋害自己。送入当地精神病院，诊断为“精神分裂症”，给予氯氮平治疗，好转出院。此后，患者病情多次反复，症状大致同前，无故外跑，胡言乱语，疑

人害己，到多家医院住院，均诊断为“精神分裂症”，每次以氯氮平治疗后，均能好转出院。半年前认为自己病好了而停药，半月来病情复发，表现大致同前，由家属送入我院住院治疗。

既往史、个人史、家族史无特殊，躯体检查无阳性体征。

精神检查：意识清晰，定向力完整，衣着整洁，生活自理，患者可背诵《圣经》《道德经》部分章节，平时喜欢看书、看报，与病友关系不错。“1986年单位领导要求我调换工作地，那是想趁夜晚、偏僻把我干掉。”患者觉得中国不能待了，于是想偷渡出境。“在中缅边界，我过不了边境，就找个当地人给他点钱，他老婆帮我化装成当地人，我就跑出去了。在缅甸，我坐在车子上路过一个军营，有个军官用中国话问我‘来缅甸干什么’，当时我想：好神奇啊！他认得我，还问我，肯定是国内的高层要外国的人也来抓我。后来我被缅甸警方以偷渡为由关了1年之后被送回国。再后来我被送进了精神病院，出院后不管我在哪里，都有人监视我，要杀我。一次看见一个流浪道士在垃圾桶里找吃的，那就是某某领导人的师傅，他是专门来杀我的！晚上，我正在拉屎，就有两个大汉冲进来要杀我，一看我在拉屎，就出去了，没有杀我！我当时就奇怪啊，后来我在床上一想原来是拉屎和拉死是谐音！只要你一拉我，拉的人就死了，所以他不敢来拉我。2004年的时候，我在一个广场用手指着太阳，太阳真的跟着我的手上下动，当时周围的人都说神奇，还有个外国教授都说我有点本事！”整个检查过程患者情感丰富，记忆佳，智能无异常，自知力缺失。

情境思考

1. 试用不同精神障碍的分类系统对该患者做出诊断。
2. 该患者有无感觉、知觉、感知综合障碍？
3. 该患者是否存在妄想、思维形式障碍、情感障碍？
4. 该患者有无精神运动性兴奋或精神运动性抑制？

本单元主要介绍精神障碍的病因、诊断分类、常见症状临床表现及诊断意义。通过学习这些内容，学生能具备识别各类精神障碍的基本知识，会做好精神障碍的预防，为后续内容的学习奠定基础。

任务一 精神障碍的病因学

从古代认为精神疾病是魔鬼附体或灵魂出窍，到现代认为精神疾病与生物、心理、社会因素有关，这无疑是人类值得庆幸的一大进步。而精神药理学的飞速发展，又为人类探索精神疾病的发病机制提供了一个重要的手段。本任务简要介绍精神疾病病因研究的现状。



精神障碍的
病因学

一、生物学因素

影响精神健康或精神疾病的主要生物学因素大致可以分为遗传、感染、躯体疾病、创伤、营养不良、毒物等。这里仅列举遗传因素、躯体因素、理化因素与精神障碍的关系。

（一）遗传因素

精神障碍的遗传学研究的核心是确定遗传因素是如何影响疾病的。对功能性精神病，如精神分裂症、情感性精神病等的遗传学研究始于19世纪50年代。法国精神病学家莫尔（Morel）首先开展了家系调查，并提出了精神病遗传学说，启发了后来人进行精神分裂症家系分析、双生子调查、寄养子研究等，直到当代DNA重组技术进入精神疾病的遗传研究，使人们对精神疾病的遗传性有了较为深刻的认识。至今为止，比较公认的一些精神疾病如精神分裂症、情感性精神病、某些神经症的发生，与遗传因素有肯定的关系，它们属于一种多基因遗传方式，多种致病基因没有哪一个起决定性作用，都只起微弱的致病作用，所以与单基因遗传不同的是，遗传者表现的只是一种患病倾向或患病素质，在某种后天因素的影响下发病。这种多基因遗传所致的患病倾向（又称遗传度）越高，受环境影响就越小，就越易患病。

（二）躯体因素

急性、慢性躯体感染和颅内感染，或者一些内脏器官、内分泌、代谢、营养、结缔组织和血液系统等疾病，如果引起水和电解质平衡失调、衰竭、缺氧、毒性中间代谢产物等影响了脑功能或发生脑器质性病变，如肝性脑病、肺性脑病、肾性脑病、脑膜炎等，均可导致精神障碍。

（三）理化因素

颅脑的外伤引起脑组织损伤，也可导致短暂的或迟发而持久的精神障碍。精神活性物质如镇静药、催眠药、鸦片类物质的应用，有毒物质如一氧化碳、农药的接触与使用均可影响中枢神经系统导致精神障碍。其中特别是应用鸦片类物质如吗啡、海洛因、可卡因等导致的精神障碍是一个世界性的问题，酒精所致精神障碍在我国近年来有升高的趋势，很值得重视。

二、社会心理学因素

应激性生活事件、情绪状态、人格特征、性别、父母的养育方式、社会阶层、社会经济状况、种族、文化宗教背景、人际关系等均构成影响疾病的心理、社会因素。

知识链接

恐缩症，又称缩阳症，是以恐惧生殖器缩入体内致死的恐怖焦虑发作为特征的一种与文化相关的综合征。患者极度害怕自己的生殖器等缩入腹内或乳头内缩而死亡，为此极度焦虑、紧张、恐惧，有濒死感。此病多见于东南亚及我国广东、海南等地，北方罕见。患者多为男性。部分患者由于受封建迷信熏染及对性知识缺乏，可在精神刺激及暗示作用下诱发病症。

心理、社会因素既可以作为原因因素在精神障碍的发病中起重要作用，如反应性精神障碍、创伤后应激障碍、适应障碍等；也可以作为相关因素影响精神障碍的发生、发展，如神经症、心理生理障碍，甚至是精神分裂症等；还可以在躯体疾病的发生、发展中起重要作用，如心身疾病。

本任务仅简述精神应激因素、社会因素、人格特征与精神障碍的关系。

（一）精神应激因素

精神应激通常是指生活中某些事件引起个体精神紧张和感到难于应付而造成心理压力。精神应激与精神疾病的关系可看成一个致病谱，一端是直接的致病作用，某些强烈的精神应激如地震、火灾、战争、被强奸、被抢劫、亲人突然死亡等可能引起反应性精神障碍或某些神经症如癔病发作，这种情况下精神应激起了主要的致病作用；在另一端，精神应激在疾病的发生中所起的作用则很小，顶多是诱发因素，疾病的发生主要以生物学因素为主，如精神分裂症、情感性障碍等功能性精神病。两端之间则为神经症、心身疾病等，这些疾病的发生与精神应激、行为方式有密切关系，但又与个体的性格和素质密切相关。

知识链接

精神疾病的神经生化假说

研究表明，精神分裂症患者阳性症状（幻觉、妄想等）可能与皮层下边缘系统 DA 功能亢进有关，而阴性症状（情感淡漠、意志减退等）则可能为皮层内尤其是前额叶皮质 DA 功能相对低下所致。

5-HT 功能活动降低与抑郁症患者的抑郁心境、食欲减退、失眠、昼夜节律紊乱、内分泌功能紊乱、活动减少等密切相关；而 5-HT 功能增高与躁狂症的发病有关。目前认为，抗抑郁药主要是通过阻滞 5-HT 的回收，从而产生抗抑郁作用。

（二）社会因素

自然环境（如污染、噪声、生存空间过小）、社会环境（如社会动荡、社会大的变革）、移民（尤其是移民到另一个国家）等，均可能增加精神压力，诱发精神疾病。不同的文化环境，亚文化群体的风俗、信仰、习惯也都可能影响人的精神活动而诱发疾病或使发生的精神疾病刻上文化的烙印。如某些精神疾病只见于某些特定的民族、文化或地域之中。例如，恐缩症、拉塔病（Latah）多见于东南亚国家；冰神附体多见于日本冲绳岛、蒙古的比伦奇、加拿大等地区。又如来自农村的精神分裂症患者，妄想与幻觉的内容多简单、贫乏，常与迷信等内容有关；来自城市的患者，妄想与幻觉的内容常与电波、电子、卫星等现代生活的内容有关。

（三）人格特征

人格可以定义为个体在日常生活中所表现出的总的情绪和行为特征，此特征相对稳

定并可预测。性格是在气质(一个人出生时固有的、独特的、稳定的心理特性)的基础上,由个体活动与社会环境相互作用而形成的。现代研究认为,个体病前的性格特征与精神疾病的发生密切相关,不同的性格特征的个体易患不同的精神疾病。如具有表演型性格的人容易罹患癔症,具有强迫性格的人容易罹患强迫症,分裂样人格障碍者则患精神分裂症的可能性较大。

综观上述对精神疾病病因学的探讨,生物学因素(内在因素)和心理社会因素(外在因素)在精神障碍发生、发展过程中均起着重要作用。实际上,生物学因素与环境因素不能截然分开,它们相互作用、相互影响,共同影响人类行为。但应注意到两者的作用并非平分秋色,在不同的精神疾病中不同的致病因素起的作用大小不同。而且,许多精神疾病的发生是多种因素共同作用的结果。

由于对人类正常的与异常的精神活动的生物学机制知之尚少,所以对于大多数精神疾病来说,即使是某些病因已十分明确的疾病,如肝性脑病,过高的血氨为何会产生精神症状,其确切的机制仍有待深入研究。而对于诸多病因尚不大明确的精神疾病,如精神分裂症,其发病机制更是吸引着科学家们多年来不懈地探究。随着精神药理学的发展,目前对一些功能性精神病如精神分裂症、抑郁症等疾病的发病机制有了一些粗浅的认识,如认为精神分裂症的发生与中枢多巴胺受体功能障碍有关,抑郁症的发生与中枢5-羟色胺受体功能障碍有关等,这些方面方兴未艾的研究值得感兴趣的学生参阅有关专著进一步学习。



课程思政

精神疾病是一种长期的慢性疾病,患者需要逐步适应自己的新角色,做好打“持久战”的心理准备。作为护理人员,则要增加关爱,随时看管和照顾患者,做好患者的思想工作,使患者尽快康复或是痊愈。

任务二 精神障碍的诊断分类学

疾病分类学的目的是把种类繁多的不同疾病按各自的特点和从属关系划分出病类、病种与病型,并列成系统,这样不但可加深对疾病的研究与认识,而且也有利于诊断、治疗与护理。人类在同疾病的长期斗争中,早已尝试过区分不同的精神疾病。在中国,公元前3~前2世纪《黄帝内经》一书中就有对癫、狂、痫的划分。在西方国家,被称为医学之父的希波克拉底把精神疾病分为伴有发热的急性精神障碍、不伴发热的急性精神障碍(躁狂症)、不伴发热的慢性精神障碍(抑郁症)、癔病和类似异性装扮癖等。然而,直到19世纪末,精神病学虽然已经积累了相当多的临床资料,但却缺乏系统的整理,精神病学分类十分紊乱,医护人员之间几乎没有共同语言。后来,德国神经精神病学家克雷丕林从临床症状描述、躯体检查所见和疾病的病程三方面考虑,从事精神疾病的分

类探索，其基本分类研究是根据临床症状结合疾病结局。他以严谨的科学态度积累临床资料，第一次将早发性痴呆作为疾病单元来描述，并认为青春痴呆、紧张症和早发性痴呆的表现虽然不同，但是同一疾病的不同亚型；躁狂症和抑郁症外表上虽然完全相反，本质上却是同一疾病的不同表现，合称躁狂抑郁性精神病；并根据此病有缓解期而将其与慢性进行性衰退的早发性痴呆区分开来。他还认识到偏执狂和早发性痴呆的不同，并将谵妄和痴呆区分开。在他的分类系统中，还第一次包括心因性神经症和病态人格概念在内。克雷丕林所建立的分类系统改变了过去精神疾病分类混乱的状态，他的思想推动了精神病学理论的发展，为精神疾病的分类学打下了基础。目前的国际分类、美国分类和中国分类也都包括了克雷丕林的基本概念。

知识链接

我国精神障碍的分类史

公元前3～前2世纪，我国《黄帝内经》中即有癲、狂、痫的划分。后来，《难经》中沿用《黄帝内经》的分类，提出“重阳者狂，重阴者癲”的分类原则。其后，隋巢元方（605～616）著《诸病源候论》和明·王肯堂（17世纪初）著《证治准绳》中，也记载有精神疾病的分类。王肯堂最主要的贡献是把癲与痫两证明确划分，改变了以往精神病分类的混乱状况。清·陈士铎在《石室秘录》中将精神病划分为狂病、癲病、花癲和呆病四类。他们最主要的贡献是把混乱的症状描述分成大类小类，为以后的临床归纳提供了范例。

精神医学事业的发展，要求有对精神障碍更完善的分类和诊断标准，而更加完善的分类与诊断标准也促进了精神医学事业的发展。当前，最主要、对世界精神病学界影响最大的分类系统有世界卫生组织制定的《国际疾病分类》（International Classification of Diseases, ICD）和美国精神科学会制定的《精神障碍诊断和统计手册》（Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM）。2013年5月，美国精神病学会耗时14年修订的《精神疾病诊断和统计手册》第五版（DSM-5）正式出版。在我国，现代精神疾病分类是中华人民共和国成立以后才有的，在此之前，仅按国外分类进行病案管理。1958年6月原卫生部在南京召开了第一次全国精神病防治工作会议，提出了精神病分类草案，将精神疾病分为14大类，当时受苏联影响，有一大半类别属于器质性或症状性精神障碍，内容过于简单；之后于1978年、1981年、1984年、1985年又对某些疾病的诊断标准做了修订。1989年，中华精神科学会在西安召开会议，对中国精神疾病诊断标准工作委员会历时三年所完成的精神疾病诊断与分类标准进行了审定，正式命名为《中国精神疾病分类与诊断标准第二》（CCMD-Ⅱ）；1994年做了修订，称为修（CCMD-Ⅱ-R）。7年后发表了第三版，即2001年开始应用的CCMD-Ⅲ。该版基本按照国际疾病分类（ICD-10）的方法，将精神疾病分为如下10大类。

（1）器质性精神障碍（包括症状性精神障碍）。

- (2) 精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍。
- (3) 精神分裂症和其他精神病性障碍。
- (4) 心境障碍（情感性精神障碍）。
- (5) 癔症、应激相关障碍、神经症。
- (6) 心理因素相关生理障碍。
- (7) 人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍。
- (8) 精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍。
- (9) 童年和少年期的多动障碍、品行障碍、情绪障碍。
- (10) 其他精神障碍和心理卫生情况。

由于对大多数精神疾病的病因与发病机制尚不明了，所以当今精神疾病的分类与诊断方法，基本上仍停留在症状学的水平，而不是像内外科疾病一样按病因或病理学特征分类。各种诊断标准主要依靠精神症状间的组合、病程的演变、病情的严重程度等特点来制定。由于诊断的做出易受其他因素（如病史采取的方法、对症状认识的水平等）影响，缺乏其他内外科疾病诊断特异性很高的生物学指标（如血糖对糖尿病的诊断），因此，诊断的一致性较内外科疾病诊断的一致性相对要低。鉴于此，世界上一些国家和组织（如世界卫生组织、美国精神病学会、中华精神科学会等）建立了分类工作组，长期搜集文献资料 and 进行实验室研究及现场研究，朝着分类和诊断标准的合理性、精确性和实用性而不懈努力。

任务三 精神障碍的症状学

一、概述

异常的精神活动通过人的外显行为如言谈、书写、表情、动作行为等表现出来，称为精神症状。研究精神症状及其产生机理的学科称为精神障碍的症状学，又称精神病理学。

人的精神活动是一个复杂的、相互联系又相互制约的过程。许多精神障碍至今病因未明，尚缺乏有效的诊断性生物学指标。临床的诊断主要是通过病史和精神检查，发现精神症状，进行综合分析和判断而得出，而非根据病因来进行诊断与分类。因此，精神障碍的症状学是精神医学的重要基础，掌握精神症状在精神科护理工作中具有非常重要的意义。可以说，不认识精神症状，就无法从事精神科护理工作。即使在非精神科工作，识别精神症状，也是护理工作的重要内容。

（一）为了判定某一种精神活动属于病态或正常范围，一般应从三个方面进行对比分析

- (1) 纵向比较，即与其过去一贯表现相比较，精神状态的改变是否明显。
- (2) 横向比较，即与大多数正常人的精神状态相比较，差别是否明显，持续时间



精神障碍的
症状学概述

是否超出了一般限度。

（3）应注意结合当事人的心理背景和当时的处境进行具体分析与判断。

在观察精神症状时，不但要观察精神症状是否存在，而且要观察其出现频度、持续时间和严重程度。精神症状一般并不是随时随地都表现出来的，因此，必须进行仔细的观察和反复检查。精神检查的方法主要是交谈和观察，能否发现患者的精神症状，特别是某些隐蔽的症状常取决于医患关系及检查技巧，根据短暂、片面观察所得出的结论，很容易漏诊和误诊。

（二）精神症状具有以下特点

- （1）症状的出现不受患者意识的控制。
- （2）症状一旦出现，难以通过转移令其消失。
- （3）症状的内容与周围客观环境不相称。
- （4）症状会给患者带来不同程度的社会功能损害。

应特别注意，精神症状在精神疾病诊断中的地位远远高于内科疾病症状在内科疾病诊断中的地位。如内科的发热症状常常无法使医生做出某一疾病的诊断，而需进一步检查以寻找某一疾病诊断的客观依据；而精神科的许多症状，如妄想、幻觉则往往是医生赖以做出精神病诊断的重要依据。然而，与内外科疾病的生物化学或实验室诊断指标（如血糖对糖尿病的诊断价值）相比，精神科的症状诊断特异性仍较低，任何一种精神病至今尚无独特的症状。

一般来说，精神症状的特异性以脑器质性症状群最高（如痴呆、遗忘等），因为它只见于脑器质性精神病；精神病性症状群次之（如幻觉、妄想），因为它可以见于器质性精神病与功能性精神病；而神经症症状群特异性最差（如焦虑、头痛、失眠等），因为它几乎可见于各种精神疾病。

（三）对精神症状的识别应注意以下方面的问题

- （1）在检查中首先应确定是否存在精神症状，且确定存在哪些症状。
- （2）应了解症状的强度、持续时间的长短，评定其严重程度。
- （3）应善于分析各症状之间的关系，确定哪些症状是原发的，与病因直接有关，具有诊断价值；哪些症状是继发的，有可能与原发症状存在因果关系。
- （4）应重视各症状之间的鉴别，减少疾病的误诊。如患者不语，面部无表情，是情感淡漠，还是抑郁，抑或是锥体外系副作用的“面具脸”，有时难以做出正确的结论。
- （5）应学会分析和探讨各种症状发生的可能诱因或原因及影响因素，包括生物学和社会心理因素，以利于治疗和消除症状。

（四）精神症状表现的影响因素

异常的精神活动是一个很复杂的过程，而且个体差异很大，精神症状的表现一般受到以下因素影响。

- （1）个体因素：如性别、年龄、文化程度、躯体状况以及人格特征均可使某一症状表现有不典型之处。

(2) 环境因素：如个人的生活经历、目前的社会地位、文化背景等都可能影响患者的症状表现。

因此，在检查、发现和分析症状时，须考虑上述因素的影响，以便对具体情况做出具体分析。

人的正常精神活动按心理学一般分为知(感知觉、思维、注意、记忆、智能等)、情(情感)、意(意志、行为)等心理过程。为了便于对精神症状的描述，下文按精神活动的各个心理过程分别叙述。但应该认识到，人们的心理活动是一个整体，各种心理过程是密切配合的，是协同活动而不可人为分割的，如“情人眼里出西施”就是情感对感知觉的影响，“视而不见，充耳不闻”就有注意、意志对感知觉的影响。下文分开介绍仅仅是便于学习理解。

二、感知觉障碍

感觉是大脑对直接作用于感觉器官的客观事物个别属性的反映，如形状、颜色、大小、重量和气味等。知觉是客观事物的各种不同属性反映到脑中进行综合，并结合以往的经验，在脑中形成的整体的印象。简单地说，知觉可以理解为对某客观事物各种感觉的综合，当然，知觉的这种综合作用不能简单地等同于各种感觉的相加。正常情况下，感知觉与外界客观事物相一致。下面介绍几种最常见的感知觉障碍。



感觉障碍

(一) 感觉障碍

感觉障碍多见于神经系统器质性疾病和癔症。

1. 感觉过敏 感觉过敏是对外界一般强度的刺激感受性增高，如感到阳光特别刺眼，声音特别刺耳，轻微的触摸皮肤感到疼痛难忍等。又如耳边轻语便觉很响而头痛，关门声有如枪炮声。多见于神经症、更年期综合征等。

2. 感觉减退 感觉减退是对外界一般刺激的感受性减低，感觉阈值增高，患者对强烈的刺激感觉轻微或完全不能感知(后者称为感觉缺失)。如针刺没有疼痛感，音乐失去抑扬变化。多见于抑郁状态、木僵状态和意识障碍。感觉缺失见于癔症，称转换性症状，如失明、失聪等。

3. 内感性不适(体感异常) 内感性不适是躯体内部产生的各种不舒适或难以忍受的异样感觉，如牵拉、挤压、游走、蚁爬感等。性质难以描述，没有明确的局部定位，可继发疑病观念。多见于神经症、精神分裂症、抑郁状态和躯体化障碍。

(二) 知觉障碍

1. 错觉 错觉指对客观事物歪曲的知觉。正常人在光线暗淡、恐惧、紧张和期待等心理状态下可产生错觉，经验证后可以认识纠正。病理性错觉常在意识障碍时出现，带有恐怖色彩，多见于器质性精神障碍的谵妄状态。如谵妄的患者把输液瓶标签上的一条黑线看成蜈蚣在爬动。



知觉障碍

2. 幻觉 幻觉指没有现实刺激作用于感觉器官时出现的知觉体验，是一种虚幻的知觉。幻觉是临床上最常见而且重要的精神病性症状，常与妄想合并存在。

根据幻觉所涉及的感官分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触、内脏性幻觉。

（1）幻听：最常见，患者可听到单调的或复杂的声音。非言语性幻听属原始性幻听，如机器轰鸣声、流水声、鸟叫声，多见于脑局灶性病变。最多见的是言语性幻听，常具有诊断意义。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、自伤或伤人行为。有时“声音”把患者作为第三者，内容是几个人议论患者。幻听常影响思维、情感和行为，如侧耳倾听，甚至与幻听对话，破口大骂，也可能出现自杀以及冲动毁物的行为。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为诊断精神分裂症的重要症状。

典型案例

患者 女性 26岁 精神分裂症偏执型

患者入院后常对医生讲其听到空气中传播流言蜚语，说她（指患者）这个女人不正经，作风不正派，讲她在家炒菜时加盐和糖之类的调味品，是在菜中放“白粉”（海洛因），公安局要来找她，叫她立即离开上海。

（2）幻视：为常见的幻觉形式。内容也十分多样，从单调的光、色、各种形象到人物、景象、场面等。在意识障碍时，幻视多为生动鲜明的形象，并常具有恐怖性质，多见于躯体疾病伴发精神障碍的谵妄状态。

（3）幻嗅：患者闻到一些难闻的气味。如腐败的尸体气味、化学物品烧焦味、浓烈刺鼻的药物气味以及体内发生的气味等，往往使患者产生不愉快的情绪体验，常与其他幻觉和妄想结合在一起。如患者坚信他所闻到的气味是坏人故意放的，从而加强了迫害妄想，可表现为捏鼻动作或拒食，可见于精神分裂症。单一出现的幻嗅，需考虑颞叶癫痫或颞叶器质性损害。

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

（5）幻触：也称皮肤与黏膜幻觉。患者感到皮肤或黏膜上有某种异常的感觉。如虫爬感、针刺感等，也可有性接触感。可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。如感到肠扭转、肺扇动、肝破裂、心脏穿孔、腹腔内有虫爬行等，常与疑病妄想、虚无妄想或被害妄想伴随出现，多见于精神分裂症及抑郁症。

幻觉按体验的来源分为真性幻觉和假性幻觉。

（1）真性幻觉：患者体验到的幻觉形象鲜明，如同外界客观事物形象一样，存在于外部客观空间，是通过感觉器官而获得的。患者常叙述这是他亲眼看到的、亲耳听到的，因而常常坚信不疑，并对幻觉做出相应的情感与行为反应。

(2) 假性幻觉: 幻觉形象不够鲜明生动, 产生于患者的主观空间 (如脑内、体内)。幻觉不是通过感觉器官而获得, 如听到肚子里有说话的声音, 可以不用自己的眼睛就能看到头脑里有一个人像。虽然幻觉的形象与一般知觉不同, 但是患者却往往非常肯定地认为他的确是听到了或看到了, 因而对此坚信不疑。

3. 感知综合障碍 感知综合障碍指患者对客观事物能感知, 但对某些个别属性如大小、形状、颜色、距离、空间位置等产生错误的感知。如某患者经常照镜子, 因为他总觉得自己的鼻子特别大, 且呈黑色, 与自己的脸不配。此时患者对客观存在的自己的脸的整体属性 (还是脸) 的感知觉并无障碍, 而是对个别属性 (如鼻子的大小、颜色) 的感知觉出现了障碍。

感知觉综合障碍多见于器质性精神障碍如中毒、颅内感染、癫痫等, 也见于精神分裂症等。

三、思维障碍

思维是人脑对客观事物间接概括的反映, 是人类认识活动的最高形式。由感知所获得的材料, 经过大脑的分析、比较、综合、抽象和概括而形成概念, 在概念的基础上进行判断和推理, 这个过程称为思维。思维一般通过言语或文字来表达。正常人的思维有以下几个特征: ①目的性, 思维指向一定的目的, 解决某一问题; ②连贯性, 指思维过程中的概念是前后衔接、相互联系的; ③逻辑性, 指思维过程符合思维逻辑规律, 有一定的道理; ④实践性, 正确的思维是能通过客观实践检验的。



思维障碍

思维障碍的临床表现多种多样, 主要包括思维形式障碍和思维内容障碍及超价观念。

(一) 思维形式障碍

1. 思维联想活动量和速度的障碍

(1) 思维奔逸: 又称观念飘忽, 指联想速度加快、数量增多、内容丰富生动。患者表现为语速增快, 语量增多, 说话滔滔不绝、口若悬河、出口成章, 其脑子反应快, 特别灵活, 好像机器加了“润滑油”, 感觉说话的速度赶不上大脑思考的速度, 以致口头表达的内容断断续续不成句。其内容丰富生动, 与周围现实相关而不荒谬, 但内容往往不深刻, 给人以信口开河之感。说话的主题极易随环境而改变 (随境转移), 可有音韵联想 (音联) 或字意联想 (意联, 同义词之间的类似联想或反义词之间的对比联想)。多见于躁狂症。

(2) 思维迟缓: 即联想抑制, 联想速度减慢、数量的减少和困难。患者表现为语速缓慢、语量减少, 语声很低, 反应迟缓。患者自觉脑子变笨, 反应慢, 思考问题困难。患者感到“脑子不灵了”“脑子迟钝了”, 但患者智力与判断理解能力正常。多见于抑郁症。

典型案例

患者 女性 50岁 双相障碍躁狂发作

医生请患者读当天的报，标题是“朝着光明的道路前进”，患者边读边加以说明：“朝即是朝廷的朝，革命不是改朝换代，我们家门是坐北朝南，朝字上下有两个十字，中间有个日字，子曰学而时习之，朝字左半有日字，右半有月字，两字合起来念明，光明黑暗，开灯关灯，电灯管儿灯。（医生催她念报）朝中方、四方形、三角形、几何面、方的、圆的，无规矩不成方圆……”此时，进来一位老医生，患者马上站起让座，说向白衣战士学习，向白衣战士致敬。（音联、意联、随境转移）

（3）思维贫乏：指联想数量减少，概念与词汇贫乏。患者常自述“脑子空空，没什么可想，没什么可说”。表现为沉默少语，缺少主动语言，答话多为“是”“不知道”，内容空洞单调，回答简单，类似电报式语言，缺少形容词。重要的特征是，患者对此往往漠然处之，常伴情感淡漠，意志缺乏。如询问患者今后有什么打算，回答：“没有。”询问患者家属探望时谈些什么，回答：“没什么。”询问患者对住院治疗有什么看法，回答：“没什么看法。”多见于慢性精神分裂症、脑器质性精神障碍及精神发育迟滞。

（4）病理性赘述：思维活动停滞不前迂回曲折，联想枝节过多，做不必要的过分详尽的累赘描述，无法使他讲得扼要一点，一定要按他原来的方式讲完。见于癫痫、脑器质性及老年性精神障碍。



思维途径障碍

典型案例

患者 男性 44岁 麻痹性痴呆

当医生问“你们工厂几点上班”时，患者答：“我每天七点起床，洗脸，漱口，到厂对面的锅炉房打水，那里的开水很热，锅炉房有值班的老头，六十多岁了，他有一个孩子，大概是七八岁的样子，孩子的妈妈常来，提着一个篮子，里头放着吃的东西，我打开水时碰见过她。洗完脸后才去食堂吃饭，人很多，要排队，我每天吃一大碗稀饭、两个馒头、一分钱的咸菜，工人常常吃完饭打乒乓球，我不会打，所以吃完饭就上班了，不到八点就开始工作……”

2. 思维联想连贯性障碍

（1）思维散漫：指联想松散，缺乏固定的指向和目的，思维缺乏目的性、连贯性和逻辑性。患者认真讲了一段话，每句话、每段叙述的语法结构和逻辑性完整，但是整段谈话内容散漫，使听者不得要领，不知道患者想要说明什么问题。主要见于精神分裂症，也见于严



思维连贯性障碍

重躁狂发作、智能障碍等。

(2) 思维破裂：指概念之间联想的断裂，建立联想的各种概念内容之间缺乏内在联系。表现为患者的言语或书写内容有结构完整的句子，但各句含意互不相关，变成语句堆积，整段内容令人不能理解。严重时，言语支离破碎，个别词句之间也缺乏联系，成了语词杂拌。多见于精神分裂症。如在意识障碍的背景下出现语词杂拌，称为思维不连贯。例如：“鸡在叫，人生，人生，我是周老爷（患者姓周），宝莲灯，保养身体……”

典型案例

患者 男性 23岁 精神分裂症

医生问：“你在哪里工作？”患者答：“这是多余的问题，卫星照在太阳上，阳光反射到玻璃上，跟着我不能解决任何问题，马马虎虎，捣捣糨糊。”问：“你近来好吗？”答：“我不是坏人，家中没有房产，计算机病毒是谁捣的鬼，我想回家。”

3. 思维属性障碍 思维属性障碍又名思维占有障碍，指患者感到头脑中的思维不受自己控制，或者体验到思维不属于自己，受外界控制。常见的有以下几种。

(1) 思维扩散和思维被广播：患者体验到自己的思想一出现，即尽人皆知，感到自己的思想与人共享，毫无隐私而言，为思维扩散。如果患者认为自己的思想是通过广播而扩散出去，为思维被广播。

如患者在回答医生问题时称：“你们不要装了，其实你们都已经知道了，还要故意问我。我的想法还没有讲出来就已经通过电视、广播被全世界都知道了，你还不知道？至于用什么方法从我脑子中发出去，我也不知道。”上述两症状为诊断精神分裂症的重要症状。



思维属性障碍

(2) 思维中断：又称思维阻滞。患者无意识障碍，又无外界干扰等原因，思维过程突然出现中断。表现为患者说话时突然停顿，片刻之后又重新说话，但所说内容不是原来的话题。若患者有当时的思维被某种外力抽走的感觉，则称作思维被夺。两症状均为诊断精神分裂症的重要症状。

(3) 思维插入：指患者感到有某种思想不是属于自己的，不受其意志所支配，是别人强行塞入其脑中的。如某患者告诉医生：“气功师傅用气把他的思维放入我大脑，来控制我。我现在的思维一部分是我自己的，还有一部分是师傅的。”多见于精神分裂症。

(4) 强制性思维：又称思维云集。指脑中涌现大量的、杂乱无章的联想（有别于强迫观念的同一意念的反复联想），似乎是外部一种力量强制其联想的，但内容仍是自己的思想。来得快，去得也快，无法自控，“似放电影”。患者欲罢不能的感受不明显。多见于精神分裂症。

(5) 强迫观念或强迫性思维：指在患者脑中反复出现的某一概念或相同内容的思维，明知没有必要，但又无法摆脱。强迫性思维可表现为某些想法，反复回忆（强迫性回忆）、反复思索无意义的问题（强迫性穷思竭虑）、脑中总是出现一些对立的思维（强迫性对立思维）、总是怀疑自己的行动是否正确（强迫性怀疑）。强迫性思维常伴有强迫动作。见于强迫症，它与强制性思维不同，前者明确是自己的思想，反复出现，内容重复；后者体验到思维是异己的。

(6) 思维化声：患者思考时体验到自己的思想同时变成了言语声，自己和他人都能听到。多见于精神分裂症。

4. 思维逻辑性障碍

(1) 逻辑倒错性思维：主要特点为推理缺乏逻辑性，既无前提也无根据，或因果倒置，推理离奇古怪，不可理解。如一患者说：“因为电脑感染了病毒，所以我要死了。”可见于精神分裂症和偏执狂等。

(2) 象征性思维：属于概念转换，以无关的具体概念代替某一抽象概念，不经患者解释，旁人无法理解。如某患者经常反穿衣服，以表示自己为“表里合一、心地坦白”，常见于精神分裂症。正常人可以有象征性思维，如以鸽子象征和平。正常人的象征以传统和习惯为基础，彼此能够理解，而且不会把象征当作现实的东西。



思维逻辑障碍

典型案例

患者 男性 34岁 精神分裂症

患者经常双臂舞动，有时将左腿放在右腿上，有时以右腿放在左腿上，有时双手捧着肚子或抱着头，患者对此行为不予解答。病情好转后回忆左臂代表全心全意为人民服务，右臂代表发挥人民的积极性，双臂摆动代表发挥大家的积极性全心全意为人民服务。左腿代表依靠群众，右腿代表克服困难，左腿放在右腿上代表依靠群众克服困难，右腿放在左腿上则代表克服困难依靠群众，双手捧着肚子代表保护人民，抱着头代表保护领导。

(3) 语词新作：指概念的融合、浓缩以及无关概念的拼凑。患者自创一些新的符号、图形、文字或语言并赋予特殊的概念。如“彳亍”代表狼心狗肺；“%”代表离婚。多见于精神分裂症青春型。

(二) 思维内容障碍

妄想是一种重要的精神病性症状。它是指一种个人所独有的和与自我有切身关系的坚信不疑的观念，不接受事实与理性的纠正。妄想有以下特征：①信念的内容与事实不符，没有客观现实基础，但患者坚信不疑；可区别于正常人的错误认知，后者往往可以接受客观事实的纠正。②妄想内容均涉及患者本人，总是与个人利害有关；区别于某些

暂不为当代人接受的真理，如 17 世纪的“日心说”。③妄想的内容是个人所独有的，与文化或亚文化群体的某些共同的信念（如迷信观念、宗教观念、偏见等）不同。④妄想内容因文化背景和个人经历而有所差异，但常有浓厚的时代色彩。

（1）妄想按其起源与其他心理活动的关系可分为原发性妄想和继发性妄想。

① 原发性妄想：是指突然发生，内容不可理解，与既往经历、当前处境无关，也不是来源于其他异常心理活动的病态信念。包括突发妄想、妄想知觉（患者突然对正常知觉体验赋以妄想性意义）、妄想心境或妄想气氛（患者感到他所熟悉的环境突然变得使他迷惑不解，而且对他来说具有特殊意义或是不祥预兆，但很快即发展为妄想）。原发性妄想是精神分裂症的特征性症状，对诊断分裂症具有重要价值。

② 继发性妄想：是指发生在其他病理心理基础上的妄想，或在某些妄想基础上产生另一种妄想等，如患者先有幻听，听人议论后产生被害妄想。其诊断意义远低于原发性妄想。见于多种精神疾病。

（2）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：是指内容前后相互联系、结构严密、逻辑性较强的妄想。

② 非系统性妄想：是指内容前后相互不联系、结构不严密、逻辑性较差的妄想。

（3）临床上通常按妄想的主要内容归类，常见的有以下几种。

① 被害妄想：是最常见的一种妄想。患者坚信他被跟踪、被监视、被诽谤、被隔离等。例如，某精神分裂症患者认为他吃的饭菜中有毒，家中的饮用水中也有毒，使他腹泻，邻居故意要害他。患者受妄想的支配可拒食、控告、逃跑或采取自卫、自伤、伤人等行为。主要见于精神分裂症和偏执性精神病。

典型案例

患者 男性 38 岁 精神分裂症偏执型

患者近半年来觉得在上下班的路上有好几个人装扮为便衣的警察跟踪自己，说“我乘公交汽车他们就跟着上车，我换乘地铁，他们也乘地铁，我提前下车，他们也下车”，并认为这些人在他的办公室和家中装有微型摄像机监视自己的行动，说：“他们怀疑我是特务，盗窃国家机密，吓得我不敢外出。”

② 关系妄想：指患者将环境中与他无关的事物都认为是与他有关的。如认为周围人的谈话是在议论他，别人吐痰是在蔑视他，人们的一举一动都与他有一定的关系。常与被害妄想伴随出现，主要见于精神分裂症。

③ 物理影响妄想：又称被控制感。患者觉得他自己的思想、情感和意志行为都受到外界某种力量的控制，如受到电波、超声波，或特殊的先进仪器控制而不能自主。如患者觉得自己的大脑已被电脑控制，自己已是机器人。此症状是精神分裂症的特征性症状。

典型案例

患者 男性 42岁 精神分裂症偏执型

患者3年来始终感到外部有一种特殊的仪器控制自己，控制其思想、言语、行为甚至包括大小便，认为自己处于“全控制”状态。当受到控制时，头脑非常难受、有紧束感、反应迟钝、不听自己指挥；四肢肌肉抽痛，背部发热难熬，早晨不让他起床，也不允许料理个人卫生。而当仪器关掉时，他才是一个自由人。

④ 夸大妄想：患者认为自己有非凡的才智、至高无上的权力和地位、大量的财富和发明创造，或是名人的后裔。可见于躁狂症和精神分裂症及某些器质性精神病。

⑤ 罪恶妄想：又称自罪妄想。患者毫无根据地坚信自己犯了严重错误——不可宽恕的罪恶，应受严厉的惩罚，认为自己罪大恶极死有余辜，以致坐以待毙或拒食自杀；患者要求劳动改造以赎罪。主要见于抑郁症，也可见于精神分裂症。

⑥ 嫉妒妄想：患者无中生有地坚信自己的配偶对自己不忠实，有外遇。为此，患者跟踪、监视配偶的日常活动或截留拆阅别人写给配偶的信件，检查配偶的衣服等日常生活用品，以寻觅私通情人的证据。可见于酒精所致精神障碍、精神分裂症、更年期精神障碍。

⑦ 被洞悉感：又称内心被揭露。患者认为其内心所想的事，未经语言文字表达就被别人知道了，但是通过什么方式被人知道的则不一定能描述清楚。该症状对诊断精神分裂症具有重要意义。

典型案例

患者 男性 28岁 精神分裂症

患者坚信有人在他身上安装了特殊的发射装置，自己头脑中想的事，周围人都知道，他说：“我想去南京路，出门就看到一辆出租车停在马路边等我；我在一家饮食店吃小笼包子，想要一碟醋，服务员就将醋送到我的餐桌上；在家我想听一首某人的歌，打开收音机，就听到她在唱‘心酸的浪漫’……你们不要再问我，我的事你们都知道，对你们来说，我没有秘密。”

（三）超价观念

超价观念是指由某种强烈情绪加强了、在意识中占主导地位的错误观念，其发生一般均有事实的根据。此种观念片面而偏激，带有强烈的情感色彩，明显地影响患者的行为及其他心理活动，它的形成有一定的性格基础和现实基础，没有逻辑推理错误。超价观念与妄想的区别在于其形成有一定的性格基础与现实基础，内容比较符合客观实际，伴有强烈的情绪体验。多见于人格障碍和心因性障碍。

知识链接

病理性嫉妒综合征

病理性嫉妒综合征又名奥赛罗综合征，是以怀疑配偶不贞的嫉妒妄想为中心症状的精神科综合征，典型的情况见于病态人格者，患者个性固执、多疑，家族中可能有类似而较轻的情况。易发年龄为 30 ~ 40 岁，患者以许多似是而非的证据证明其配偶另有新欢，但往往说不出具体的对象。为此反复侦查、盘问、跟踪、拷打，症状可持续数年，可能发生攻击行为，甚至杀死配偶，就犹如莎士比亚描述的奥赛罗一样。

四、注意障碍

注意是指个体的精神活动在一段时间内集中地指向一定对象的过程。注意的指向性表现出人的心理活动具有选择性和保持性。注意的集中性使注意的对象鲜明和清晰。注意过程与感知觉、记忆、思维和意识等活动密切相关。

注意有主动注意和被动注意之分。主动注意又称随意注意，是由外界刺激引起的定向反射；主动注意为既定目标的注意，与个人的思想、情感、兴趣和既往体验有关。被动注意也称作不随意注意，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。

注意障碍，是指精神活动在一段时间内过度集中或不能集中指向某一事物的过程，常有以下表现。

(一) 注意增强

注意增强为主动注意的增强。如有妄想观念的患者，对环境保持高度的警惕，过分注意别人的一举一动是否是针对他的；有疑病观念的患者注意增强，指向身体的各种细微变化，过分注意自己的健康状态。常见于神经症、偏执型精神分裂症、更年期抑郁症等。

(二) 注意涣散

注意涣散为主动注意的不易集中，注意稳定性降低所致。多见于神经衰弱、精神分裂症和儿童多动综合征。

(三) 注意减退

注意减退有主动及被动注意兴奋性减弱。注意的广度缩小，注意的稳定性也显著下降。多见于神经衰弱、脑器质性精神障碍及伴有意识障碍时。

(四) 注意转移

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，使注意的对象不断转换。可见于躁狂症。



注意障碍



记忆量的改变



记忆质的改变

（五）注意狭窄

注意狭窄，是指注意范围的显著缩小，当注意集中于某一事物时，就不能再注意与之有关的其他事物。可见于意识障碍或智能障碍患者。

五、记忆障碍

记忆为既往事物经验的重现。记忆是在感知觉和思维基础上建立起来的精神活动，包括识记、保持、再认或回忆三个基本过程。识记是事物或经验在脑子里留下痕迹的过程，是反复感知的过程；保持是使这些痕迹免于消失的过程；再认是现实刺激与以往痕迹的联系过程；回忆是痕迹的重新活跃或复现。识记是记忆保存的前提，再认和回忆是某种客体在记忆中保存下来的结果和显现。对既往感知的事物不能回忆称作遗忘。人们感知的事物不可能都能回忆起来，所以正常人也存在遗忘。

临床上常见的记忆障碍如下。

（一）记忆增强

病态的记忆增强，对病前不能够回忆且不重要的事都能回忆起来。主要见于躁狂症和偏执状态患者。

（二）记忆减退

记忆减退，是指记忆的三个基本过程普遍减退，临床上较多见。轻者表现为回忆的减弱，如记不住刚见过面的人、刚吃过的饭。严重时远记忆力也减退，如回忆不起个人经历等。可见于较严重的痴呆患者。神经衰弱患者记忆减退都较轻，只是记忆困难。也可见于正常老年人。

（三）遗忘

遗忘，是指部分或全部地不能回忆以往的经验。一段时间全部经历的丧失称作完全性遗忘，仅仅是对部分经历或事件不能回忆称作部分性遗忘。顺行性遗忘即紧接着疾病发生以后一段时间的经历不能回忆，遗忘的产生是由于意识障碍而导致识记障碍，不能感知外界事物和经历，如脑震荡、脑挫伤的患者回忆不起受伤后一段时间内的事。逆行性遗忘，是指回忆不起疾病发生之前某一阶段的事件，多见于脑外伤、脑卒中发作后，遗忘阶段的长短与外伤的严重程度及意识障碍的持续时间长短有关。选择性遗忘，是指对生活中某一特定阶段的经历完全遗忘，通常与这一阶段发生的不愉快事件有关。见于癔症，又称为癔症性遗忘。

（四）错构

错构是记忆的错误，对过去曾经历过的事件，在发生的地点、情节，特别是在时间上出现错误回忆，张冠李戴，并坚信自己是正确的。往往将日常生活经历中的远事近移，多见于老年性、动脉硬化性、脑外伤性痴呆和酒精中毒性精神障碍。

（五）虚构

虚构，是指在记忆损害的基础之上，当患者被要求回忆往事时，为摆脱窘境，以随

意想象出来的内容、未曾亲身经历过的事件来填补记忆的空白。由于虚构患者常有严重的记忆障碍，因而虚构的内容自己也不能再记住，所以其叙述的内容常常变化，且容易受暗示的影响。多见于各种原因引起的痴呆。当虚构与近事遗忘、定向障碍同时出现时称作柯萨可夫综合征，又称遗忘综合征。最初以为是慢性酒精中毒的特征症状群，因为它确实在这类患者中多见，但后来在头部外伤、一氧化碳中毒、脱髓鞘性脑病等多种脑器质性疾病中均发现这一症状群，说明它在诊断上没有特殊意义，所以只保留了柯萨可夫综合征这一术语。

六、智能障碍

智能主要是认识过程（感知、记忆、思维过程）方面所表现的心理特征，是对既往获得的知识、经验的运用，用以解决新问题、形成新概念的能力，是智慧与能力的合称。智能包括观察力、记忆力、注意力、思维能力、想象能力等。在精神医学界，一般应用“智力”来替代智能。智力受先天因素与后天环境影响，临床上常常通过一些简单的提问与操作，了解患者的理解能力、分析概括能力、判断力、一般常识的保持、计算能力、记忆力等，可对智能是否有损害进行定性判断，对损害程度做出粗略判断。另外，可通过智力测验方法得出智商（IQ），对智能进行定量评价。



智能障碍

智能障碍可分为先天性的精神发育不全与后天性的继发性痴呆两大类。

1. 精神发育迟滞 精神发育迟滞是指先天或围生期或在生长发育成熟（18岁）以前，大脑的发育由于各种致病因素，如遗传、感染、中毒、头部外伤、内分泌异常或缺氧等因素，使大脑发育不良或受阻，智能发育停留在一定的阶段。随着年龄的增长，其智能明显低于正常的同龄人。

2. 痴呆 痴呆是一种综合征，是后天获得的智能、记忆和人格的全面受损，但没有意识障碍。其发生具有脑器质性病变基础。临床主要表现为创造性思维受损，抽象、理解、判断、推理能力下降，记忆力、计算力下降，后天获得的知识丧失，工作和学习能力下降或丧失，甚至生活不能自理，常伴有精神症状，如情感淡漠、行为幼稚及本能意向亢进等。

（1）根据大脑病理变化的性质和所涉及范围的不同，可分为全面性痴呆及部分性痴呆。

① 全面性痴呆：大脑的病变主要表现为弥散性器质性损害，智能活动的各个方面均受到损害，从而影响患者全部精神活动，常出现人格的改变、定向力障碍及自知力缺乏。可见于阿尔茨海默病和麻痹性痴呆等。

② 部分性痴呆：大脑的病变只侵犯脑的局部，如侵犯大脑血管的周围组织，患者只产生记忆力减退、理解力削弱、分析综合困难等情况，但其人格仍保持良好，定向力完整，有一定的自知力，可见于脑外伤后以及血管性痴呆的早期。但当痴呆严重时，临床上很难区分是全面性或部分性痴呆。

（2）假性痴呆：临床上在强烈的精神创伤后可产生一种类似痴呆的表现，而大脑

组织结构无任何器质性损害，称为假性痴呆，是一种功能性的、可逆的、暂时的类痴呆状态，是大脑功能普遍处于抑制状态的表现，表现为记忆力、计算力、理解力、判断力与操作功能等各方面的智能障碍，严重程度则可相差甚远，以致不能做出最简单的定向，同时又保留很复杂的行为规范，不知简单加减算法，同时能下跳棋。见于催眠状态、木僵状态、反应性精神障碍与癔症分离性障碍，预后较好。其中最具特色的有以下三点。

① 刚塞尔综合征：又称心因性假性痴呆，即对简单问题给予近似而错误的回答，给人以故意做作或开玩笑的感觉。如一位20岁的患者，当问到她一只手有几个手指时，答“4个”，对简单的计算如 $2+3=4$ 以近似回答。患者能理解问题的意义，但回答内容不正确。行为方面也可错误，如将钥匙倒过来开门，但对某些复杂问题反而能正确解决，如能下象棋、打牌，一般生活问题都能解决。

② 童样痴呆：以行为幼稚、模拟幼儿的言行为特征。即成人患者表现为类似一般儿童稚气的样子，学着幼童讲话的声调，如自称自己才3岁，逢人就称阿姨、叔叔等，进食、大小便均需人照料。

③ 抑郁性假性痴呆：指严重的抑郁症患者在精神运动性抑制的情况下，出现认知能力的降低，表现为痴呆早期的症状，如计算能力、记忆力、理解判断能力下降，缺乏主动性等。但患者有抑郁的体验可予以鉴别。抑郁消失后智能完全恢复。

七、情感障碍

情感(包括情绪和情感)，是指个体对客观事物的态度和因之而产生相应的内心体验。在心理学上，往往把较高级的、社会性的、与行为的社会评价相关的情绪称为情感，如荣誉感、道德感、审美感等；而把较低级的、生物性的、与满足欲望直接相关的体验叫情绪，如喜、怒、哀、乐、悲、恐、惊。是指一段时间内持续性保持的某种情绪状态；而短暂的、暴风骤雨式的、非常强烈的情绪体验叫激情，如暴怒、狂喜、绝望等。一般来说，观察情绪从面部表情的肌肉活动、言语的内容与声调、身体的动作等几个方面进行。情感障碍必定涉及情绪和心境。

在精神疾病中，情感障碍通常表现为三种形式，即情感性质的改变、情感波动性的改变及情感协调性的改变。

（一）情感性质的改变

情感性质的改变可表现为躁狂、抑郁、焦虑和恐惧等。正常人在一定的处境下也可表现出上述情感反应，因此，只有当此种反应不能依其处境及心境来解释时方可作为精神症状。



情感性质的改变

1. 情感高涨 情感活动明显增强，表现为不同程度的病态喜悦，自我感觉良好，有与环境不相符的过分的愉快、欢乐。语音高昂，眉飞色舞，喜笑颜开，表情丰富。表现可理解的、带有感染性的情绪高涨，且易引起周围人的共鸣，常见于躁狂症；表现不易理解的、自得其乐的情感高涨状态称为欣快，多见于脑器质性疾病或醉酒状态。

2. 情感低落 患者表情忧愁、唉声叹气、心境苦闷，觉得自己前途灰暗，严重时悲观绝望而出现自杀观念及行为。常伴有思维迟缓、动作减少及某些生理功能的抑制，如

食欲不振、闭经等。情感低落是抑郁症的主要症状。

3. 焦虑 焦虑是人体正常的情绪反应，适当的焦虑有利于提高机体的警觉水平，应付应激。但过于持久且过于严重的焦虑，影响个体生活或患者主观感到痛苦而来求医，则称为病理性焦虑。焦虑患者常表现为无目的、无对象地担心害怕，惶惶不可终日，犹如大难临头，不知该怎么办。常伴有心悸、出汗、手抖、尿频等自主神经功能紊乱症状与运动性不安（如坐立不安、无目的动作增加等）。严重的急性焦虑发作，称惊恐发作，常体验到濒死感、失控感，伴有呼吸困难、心跳加快等自主神经功能紊乱症状，一般发作持续数分钟至十几分钟。最常见于焦虑性神经症，但也见于恐惧症及更年期精神障碍等多种精神疾病。

4. 恐惧 恐惧是一种生物本能，有利于个体与种族的保存。“天不怕，地不怕”的人未必正常。但作为一个症状，一般认为恐惧有下述特点：①对一定的、容易识别的、目前并无危险的情境或物体感到恐惧（如动物恐惧的患者，见到动物园笼中的老虎也出现明显的恐惧）；②恐惧对象是存在于个体之外的，不是对自身的恐惧；③患者自觉痛苦，并出现对恐惧情境的回避，以致影响社会功能（如社交恐惧者不敢与人打交道）。多见于恐惧性神经症。



情感稳定性的
改变

（二）情感波动性的改变

1. 情感不稳 情感不稳表现为情感反应（喜、怒、哀、愁等）极易变化，从一个极端波动至另一极端，显得喜怒无常，变幻莫测。与外界环境有关的轻度的情感不稳可以是一种性格的表现；与外界环境无相应关系的情感不稳则是精神疾病的表现，常见于脑器质性精神障碍、躁狂症。

2. 情感淡漠 情感淡漠指对外界刺激缺乏相应的情感反应，即使对自身有密切利害关系的事情也如此。患者对周围发生的事情漠不关心，面部表情呆滞，内心体验贫乏。可见于单纯型及慢性精神分裂症。

3. 易激惹 易激惹是一个相当常见的情绪症状。表现为极易因小事而引起较强烈的情感反应，耐受性降低。持续时间一般较短暂。慢性器质性精神病人的易激惹多表现为小事易怒，但对大事受挫折（如事业、荣誉、财富、地位）却漠然处之，无动于衷。精神分裂症患者的易激惹常常无故发生，来去匆匆，事后像什么也没发生一样。躁狂症患者的易激惹一般事出有因，愤怒可持续相当久，往往伴有冲动行为。神经症患者的易激惹则常表现为三部曲：极力控制—发怒—后悔，发泄对象常为家人。

（三）情感协调性的改变

1. 情感倒错 情感倒错指情感表现与其内心体验或处境不相协调。如听到令人高兴的事时，反而表现伤感；或在描述他自己遭受迫害时，却表现为愉快的表情。多见于精神分裂症。

2. 情感幼稚 情感幼稚指成人的情感反应如同小孩，变得幼稚，缺乏理性控制，反应迅速而强烈，没有节制和遮掩。多见于癔症或痴



情感协调性的
改变

呆患者。

八、意志障碍

人的活动不是机械的无意识过程，也不是单纯的刺激—反应过程，而是有意志的，表现为行为是有动机、有目的的，是根据主观意志来改变客观现实的。所以，人的活动与行为受意志控制。意志，是指人们自觉地确定目标，并克服困难用自己的行动去实现目标的心理过程。意志与认识活动、情感活动及行为紧密相连而又相互影响。认识过程是意志的基础，而人的情感活动则可能成为意志行动的动力或阻力。在意志过程中，受意志支配和控制的行为称作意志行为。意志也可受精神疾病的影响而出现病理性的意志行为障碍。



意志障碍

常见的意志障碍有以下几种。

（一）意志增强

意志增强，是指意志活动增多。在病态情感或妄想的支配下，患者可以持续坚持某些行为，表现出极大的顽固性。例如，有嫉妒妄想的患者坚信配偶有外遇，而长期对配偶进行跟踪、监视、检查；有疑病妄想的患者到处求医；在夸大妄想的支配下，患者夜以继日地从事无数的发明创造；等等。

（二）意志减弱

意志减弱，是指意志活动减少。患者表现出动机不足，常与情感淡漠或情感低落有关，缺乏积极主动性及进取心，对周围一切事物无兴趣以致意志消沉，不愿活动，严重时日常生活都懒于料理。工作、学习感到非常吃力，即使开始做某事也不能坚持到底，甚至不能工作，整日呆坐或卧床不起，患者一般能意识到，但总感到控制不了。常见于抑郁症及慢性精神分裂症。

（三）意志缺乏

意志缺乏，是指意志活动缺乏。表现为对任何活动都缺乏动机、要求，对前途毫无打算，对工作、学习毫无责任心，对外界环境失去兴趣，日常生活懒于料理，生活处于被动状态，处处需要别人督促和管理。严重时本能的要求也没有，行为孤僻、退缩，且常伴有情感淡漠和思维贫乏。对于这种病理变化，患者并不自知。多见于精神分裂症晚期精神衰退时及痴呆。

（四）矛盾意向

矛盾意向是在患者的思维、情感与行动中，表现为对同一事物，同时出现两种完全相反的意向和情感。这种相互对立的意念或感受使人无法理解地并列存在，这在正常体验中是不可能有的，但患者没有意识到也无法摆脱这种矛盾性。这种相互矛盾的体验或感受同时而等价地出现，一个患者可以同时表现出哭与笑，可同时有恐惧与幸运的体验，一个女患者可同时说自己是娼妓和圣徒，也可对一个人同时流露出爱和恨的情感，在妄想中也可同时存在相互对立的内容。以上均属于精神分裂性体验，多见于精神分裂症。

九、动作与行为障碍

动作，是指简单的随意和不随意行动，如点头、弯腰。行为则指有动机、有目的而进行的复杂随意运动，是一系列动作的有机组合。所谓精神性运动，是指有意识的行为。精神疾病患者由于认知、情感和意志等活动的障碍，常导致动作和行为异常，称为精神运动障碍。

常见的动作行为障碍如下。



动作行为障碍

（一）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精神运动性兴奋两类。

1. 协调性精神运动性兴奋 动作和行为的增加与思维、情感活动协调一致，并和环境密切配合时称作协调性精神运动性兴奋状态。患者的行为是有目的的、可理解的，整个精神活动是协调的，多见于躁狂症。例如，情绪激动时的兴奋、轻躁狂时的兴奋、焦虑时的坐立不安等都是典型的协调性精神运动性兴奋。

2. 不协调性精神运动兴奋 主要是指患者的言语动作增多与思维及情感不相协调，与外界环境不配合。患者动作单调杂乱，无动机及目的性，使人难以理解，所以精神活动是不协调的。如紧张型精神分裂症的兴奋、青春型精神分裂症的愚蠢行为和装相、鬼脸等。谵妄时也可出现明显的不协调性行为。

（二）精神运动性抑制

精神运动性抑制，是指患者整个精神活动的抑制，表现为行为动作和言语活动的减少。常见以下各类。

1. 木僵 指动作行为和言语活动的完全抑制或减少，并经常保持一种固定姿势。严重的木僵称为僵住，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，如不予治疗，可维持很长时间。轻度木僵称作亚木僵状态，表现为问之不答、唤之不动、表情呆滞，但在无人时能自动进食，能自动大小便。木僵可持续数小时至数天，一般认为要达 24 小时以上才定为木僵。虽有持续 20 年木僵的报道，但多数人认为，持续数十天的木僵并不多见。

精神分裂症、抑郁症与心因性精神病都可出现木僵，称功能性木僵；多种器质性脑病如病毒性脑炎、一氧化碳中毒性脑病、上段脑干肿瘤、脑部外伤、脑变性病、脑供血不足等也可出现木僵，称为器质性木僵。鉴别方法主要根据病因、病史、进入木僵状态之前的精神症状、其他神经系统症状与体征等，而难以从木僵本身进行病因学诊断。

在无法做出临床判断前，最好假定患者是器质性木僵。有人主张，对所有木僵患者都应进行神经系统与实验室检查（如头颅 CT），千万不要随意把木僵看成功能性的而延误诊治。在对待患者的态度上，应考虑到患者可能不是器质性木僵，没有意识障碍，应避免在患者面前随意谈论病情，以免给患者带来不良的心理压力。

2. 蜡样屈曲 在木僵的基础上出现。患者肌张力增高，在肢体被动运动时阻力增加，被动运动停止时，躯体仍固定于当时的位置，如将患者头部抬高似枕着枕头的姿势，患者也不动，可维持很长时间，称为“空气枕头”（即头部悬空）；四肢可任意摆布于某种位置，即使是不舒服的姿势，也可较长时间似蜡塑一样维持不动，称为“蜡样屈曲”；肌张力减低的患者卧床少动，肢体可以任意搬动而毫无阻力，如放置于空中，试者放手之后，患者肢体随重力而下坠。此时患者意识清楚，病好后能回忆。见于精神分裂症紧张型。

3. 缄默症 患者缄默不语，也不回答问题，有时可以手示意。见于癔症及精神分裂症紧张型。

4. 违拗症 患者对于要求他做的动作，不但不执行，反而表现出抗拒及相反的行为。患者并非有意不合作，而是对所有的外来吩咐的一种无意的、不由自主的对抗。患者常保持缄默或做出近似回答，挪动其肢体时遇到较大的阻力，但独处则有时行动敏捷。若患者对医生的要求都加以拒绝，不做出相应的行为反应，称为被动违拗。若患者的行为反应与医生的要求完全相反时称为主动违拗。例如，要求患者张开口时他反而紧闭口，要他睁眼反而紧闭眼睛，要他伸出手来，反而将手放到身后去。多见于精神分裂症紧张型。

（三）刻板动作

刻板动作，是指患者机械刻板地重复某一单调的动作，常与刻板言语同时出现。这种动作显然是非常机械而毫无意义的，患者却毫不自觉地执行着。如在庭院中做推磨式的兜圈子运动，在草地上踏出一条刻板的路径来；如用手掌拍膝，直至充血还不能停止。它与强迫动作的区别，是动作本身不可理解，没有任何含义，患者不以为苦，也不想去控制它。不是强迫其做的，而是患者机械而自动地进行的。多见于精神分裂症紧张型。

（四）模仿动作

模仿动作，是指患者完全不由自主地、无目的地模仿别人的动作，常与模仿言语同时存在，如医生问“你姓什么”，患者回答“你姓什么”；医师从口袋里取出听诊器，患者也到口袋里做取物的姿势；医师用手摸头发，患者也摸头发。模仿动作完全是一种机械式的自动性的动作，并非戏谑行为。多见于精神分裂症紧张型。

（五）作态

作态，是指患者做出古怪的、愚蠢的、幼稚做作的动作、姿势、步态与表情，如做怪相、扮鬼脸等。多见于精神分裂症青春型。

（六）被动服从

被动服从，是指任人摆布，听从旁人的任何吩咐。例如，持针做欲刺状，叫患者伸舌出来，并告诉他可不执行，患者仍伸出舌头，接受针刺。用指头轻压其后脑勺，患者即低头、弯腰，直到扑地，完全缺乏自己的意志。多见于精神分裂症。

十、意识障碍

在临床医学上，意识是指患者对周围环境及自身的认识和反应能力。大脑皮质及网状上行激活系统的兴奋性对维持意识起着重要作用。当意识障碍时，精神活动普遍抑制，表现为：①感知觉清晰度降低、迟钝、感觉阈值升高；②注意难以集中，记忆减退，出现遗忘或部分性遗忘；③思维变得迟钝、不连贯；④理解困难，判断能力降低；⑤情感反应迟钝、茫然；⑥动作行为迟钝，缺乏目的性和指向性；⑦出现定向障碍，对时间、地点、人物定向不能辨别，严重时自我定向力，如姓名、年龄、职业也不能辨认。

由于意识是一种心理状态，而不是一种心理过程，因此不能根据单一心理过程的障碍来判断意识障碍。例如，不能单纯根据定向力有无障碍来做判断意识障碍的标准，因为正常人在乘车途中或陌生城市中也可能会出现定向障碍而并无意识障碍。也不能单纯根据自知力是否存在来判断意识障碍，大多数精神病患者自知力丧失而并无意识障碍。

意识障碍可表现为意识清晰度的降低，意识范围的缩小及意识内容的变化。临床上常见的意识障碍，以意识清晰度降低为主的有嗜睡、意识混浊、昏睡、昏迷，其他的有意识范围缩小或意识内容变化等。

（一）周围环境意识障碍

1. 意识水平减低

（1）嗜睡：嗜睡以各种心理过程的反应迟钝为特征，意识清晰度水平降低较轻微。计数困难，记忆力减低，注意散漫，定向力不全，情感淡漠，呈无欲状，对周围漠不关心，在安静环境下经常处于睡眠状态，弱刺激可能无反应，但痛觉反应存在，刺激时有回避动作，接受刺激后可以立即清醒，并能进行正常的交谈，但理解能力差，回答问题比较迟缓、简单，有近似回答。刺激一旦消失患者又回到睡眠状态。可以进食，护理其生活时可以部分合作。多见于功能性及脑器质性疾病。

（2）意识混浊：意识混浊以语言反应接近消失为特征，意识清晰度轻度受损。患者反应迟钝、思维缓慢，注意、记忆、理解困难。有周围环境定向障碍，能回答简单问题，但对复杂问题则茫然不知所措。此时吞咽、角膜、对光反射尚存在，痛觉反应存在，但较迟钝，有回避动作，可出现原始动作如舔唇、伸舌、强握、吸吮和病理反射等。不能喂食，不知咀嚼，大小便失禁，缺少自发运动，护理时完全不能合作。多见于躯体疾病所致精神障碍。

（3）昏睡：昏睡表现为意识清晰度水平较意识混浊更低，环境意识及自我意识均丧失，言语消失。患者对一般刺激没有反应，只有强痛刺激才引起防御性反射，如以手指压患者眶上缘内侧时，可引起面肌防御反射。此时角膜、睫毛等反射减弱，对光反射、吞咽反射仍存在，深反射亢进，病理反射阳性。可出现不自主运动及震颤。

（4）昏迷：昏迷表现为意识完全丧失，以痛觉反应和随意运动消失为特征。对任何刺激均不能引起反应，吞咽、防御，甚至对光反射均消失，可引出病理反射。多见于严重的脑部疾病及躯体疾病的垂危期。



周围环境意识障碍

2. 意识范围改变

（1）蒙眬状态：蒙眬状态，是指患者的意识范围缩窄，同时伴有意识清晰度的降低。患者在狭窄的意识范围内，可有相对正常的感知觉，以及协调连贯的复杂行为，但除此范围以外的事物都不能进行正确感知判断。表现为联想困难，表情呆滞或迷惘，也可表现为焦虑或欢快的情绪，有定向障碍，片断的幻觉、错觉、妄想以及相应的行为。常忽然发生，突然中止，反复发作，持续数分钟至数小时，事后遗忘或部分遗忘。多见于癫痫性精神障碍、脑外伤、脑缺氧及癔症。

（2）梦样状态：梦样状态，是指在意识清晰程度降低的同时伴有梦样体验。患者完全沉湎于幻觉幻想中，与外界失去联系，但外表好像清醒。对其幻觉内容过后并不完全遗忘。持续数日或数月，常见于感染中毒性精神障碍和癫痫性精神障碍。

3. 意识内容改变

意识内容改变是在精神活动抑制的背景上，出现了兴奋性症状，出现了幻觉、片断妄想、恐惧情绪、躁动不安等。意识内容有了变化，患者有不少离奇的体验。意识变化常为一过性，预后一般良好。最多见为谵妄状态。

谵妄状态在患者意识清晰度降低的同时，出现大量的错觉、幻觉，以幻视多见，视幻觉及视错觉的内容多为生动而鲜明的形象性的情境，如见到昆虫、猛兽等。有的内容具有恐怖性，患者常产生紧张、恐惧情绪反应，出现不协调性精神运动性兴奋。思维不连贯，理解困难，有时出现片断妄想。患者的定向力全部或部分丧失，多数患者表现自我定向力保存而周围环境定向力丧失。谵妄状态往往夜间加重，昼轻夜重。持续数小时至数日，意识恢复后可有部分遗忘或全部遗忘。以躯体疾病所致精神障碍及中毒所致精神障碍较多见。

（二）自我意识障碍

自我意识或称自我体验，指个体对自身精神状况和躯体状况的认识。每个人都能意识到自己的存在，并体验到自己是与客观环境相独立的单一个体。自己的精神活动完全由自己控制，并为自己所认识。过去的“我”和现在的“我”是相互联系的一个体。常见的自我意识障碍有以下几种

1. 人格解体 人格解体指患者感到自身已有特殊的改变，是空虚的、没有生气的、不属于自己的甚至已经不存在了。有的患者感到世界正在变得不真实，或不复存在，称为现实解体或非现实感。有些患者感到自己丧失了与他人的情感共鸣，不能产生正常的情绪或感受。多见于抑郁症，也见于精神分裂症和神经症。

2. 人格转换 人格转换不是主观感觉身体的替换，而是客观上整个人格、行为方面的实际表现出全盘改变。例如，癔症发作在催眠状态下突然转变为儿童的人格，表现为儿童的言语与行为。另外，患者在不同的时间体验到两种完全不同的心理活动，有着两种截然不同的精神生活，是自我单一性的障碍。除了自我以外，患者感到还有另外一个“我”存在。或者患者认为自己已经变成了另一个人。常见于分离性障碍、精神分裂症。

3. 定向力障碍 定向力障碍定向力，是指一个人对时间、地点、人物以及自身状态的认识能力。前者称为对周围环境的定向力，后者称为自我定向力。时间定向包括对当时所处时间如白天或晚上、上午或下午的认识，以及年、季、月、日的认识；地点定向或空间定向，是指对所处地点的认识，包括所处楼层、街道名称；人物定向，是指辨认周围环境中人物的身份及其与患者的关系；自我定向包括对自己姓名、性别、年龄及职业等状况的认识。



定向力与自知力障碍

对环境或自身状况的认识能力丧失或认识错误即称为定向障碍。定向障碍多见于症状性精神病及脑器质性精神病伴有意识障碍时。定向力障碍是意识障碍的一个重要标志，但有定向力障碍不一定有意识障碍，如酒中毒性脑病患者可以出现定向力障碍，而没有意识障碍。

4. 自知力障碍 自知力又称领悟力或内省力，是指患者对自己精神疾病的认识和判断能力。在临床上一一般以精神症状消失，并认识自己的精神症状是病态的，需要接受治疗，作为自知力恢复的标准。

神经症患者有自知力，主动就医诉说病情。但精神病患者一般均有不同程度的自知力缺失，他们不认为有病，更不承认有精神病，因而拒绝治疗。自知力缺乏是精神病特有的表现。临床上将有自知力及自知力恢复的程度作为判定病情轻重和疾病好转程度的重要指标。自知力完整是精神病病情痊愈的重要指标之一。

典型案例

患者，男性，18岁。因“行为混乱、冲动伤人1月余”入院，患者于1月余前无诱因下出现行为混乱，表现为兴奋，在学校里拿石头打烂窗户，学青蛙跳跃，钻到桌底下学狗叫，晚上大声唱歌影响同学休息，同学劝阻后患者用木棍追打同学致伤。家人接回家给予做道法、服用中药等治疗，病情无好转，近一周来无故打烂家具，脱光衣服跑到野外露宿。被家人找到后即送到我院治疗。

既往史、个人史、家庭史无特殊。入院体格检查及辅助检查未见异常。

精神检查：意识清晰，接触差，注意力不集中，自言自语，未引出幻觉，思维散漫，言辞缺乏中心，引出变兽妄想，情感倒错，表情做作，行为怪异、愚蠢，做鬼脸，学狗叫，脱光衣服在地上爬，行为冲动，爬窗捶门，对自己的现状缺乏自知力。

入院诊断为青春型精神分裂症。入院后应用利培酮治疗，最大剂量为4mg/d，并配合MECT治疗，两周后精神症状好转，行为转协调，两个月后病情好转出院。

本例患者为青年男性，青春型亚急性发病，其突出症状为不协调的精神运动性兴奋状态，表现为话多而凌乱，接触较困难，存在片断的变兽妄想，与其学

青蛙跳的行为一致，情感喜怒无常，表情做作，行为愚蠢，并常有冲动行为，在校打伤同学，在家打烂家具，在医院时常爬窗捶门，本能活动有亢进表现，常有脱光衣服的举动。诊断为青春型精神分裂症。应用 MECT 及抗精神病药物利培酮治疗有效。



思考与练习



一、选择题

1. 最常见的幻觉为（ ）。
A. 幻听 B. 幻视
C. 幻触 D. 幻味
E. 幻嗅
2. 患者经常感到生殖器痒痛不适，似有小虫在爬动，经过皮肤科反复检查却未发现任何异常，对于以上的解释患者拒绝接受，这种症状可能是（ ）。
A. 内感性不适 B. 幻觉
C. 幻触 D. 错觉
E. 感觉过敏
3. 患者在高热时将输液管看成一条蛇，这种症状称为（ ）。
A. 感知综合障碍 B. 被害妄想
C. 幻视 D. 错觉
E. 感觉过敏
4. 某患者经常称体重，因为他感觉自己的身体变得很轻，似乎一阵风就能将他吹到天上去了，这种症状称为（ ）。
A. 感知综合障碍 B. 幻觉
C. 感觉过敏 D. 错觉
E. 感觉减退
5. 医生问患者为什么住院了，患者答道：“我有两个孩子，红桃代表我的心，你放手，是计算机病毒，保养自己……”这种症状称为（ ）。
A. 思维奔逸 B. 病理性赘述
C. 刻板语言 D. 思维破裂
E. 思维散漫
6. 窗前落下一片纸屑，患者突然意识到有人在散发传单陷害自己，此患者可能的症状为（ ）。
A. 幻觉 B. 原发性妄想
C. 继发性妄想 D. 超价观念
E. 错觉

7. 患者，男性，40岁，农民，自称“超级富翁”，有1000亿美元存款，并且称自己留过学，到过许多国家，会好几种外语，等等。这种症状属于（ ）。

- A. 错觉
- B. 虚构
- C. 夸大妄想
- D. 关系妄想
- E. 幻觉

8. 患者终日面对窗户呆望，面无表情，不吃不喝，不自动大小便，但意识保持清楚，这种症状称为（ ）。

- A. 木僵
- B. 蜡样屈曲
- C. 思维破裂
- D. 缄默症
- E. 违拗症

9. 患者，男性，60岁，低热、咳嗽2天，近1天神志恍惚，兴奋躁动，经常说看见很多妖怪来加害自己，并夺门而逃。患者目前的精神状况为（ ）。

- A. 痴呆
- B. 谵妄
- C. 躁狂
- D. 记忆障碍
- E. 情感障碍

10. 某患者于街上被汽车撞倒，神志不清数分钟，醒后不知如何来到街上，其症状为（ ）。

- A. 顺行性遗忘
- B. 错构
- C. 虚构
- D. 逆行性遗忘
- E. 记忆减退

二、简答题

1. 简述精神障碍的生物、心理、社会因素。
2. 试述错觉和幻觉的概念及两者的区别。
3. 试述思维形式障碍的主要类型、概念及其临床意义。
4. 试述妄想的定义及其主要特征。
5. 试述常见记忆障碍的类型及其临床意义。
6. 试述情感低落及情感淡漠的概念及其鉴别诊断。
7. 阐述精神运动性兴奋和精神运动性抑制的主要临床表现。
8. 试述谵妄状态的临床特点。