



目 录

第一章 绪 论	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 精神科护理学在现代医学中的地位及意义	(3)
第三节 精神科护理学的发展简史与发展趋势	(4)
第四节 现代精神科护理工作的内容与要求	(8)
第五节 精神科护理人员的素质要求	(9)
第二章 精神疾病的基本知识	(12)
第一节 精神疾病的病因学	(12)
第二节 精神疾病的诊断分类学	(15)
第三节 精神疾病常见症状	(19)
第三章 精神障碍的检查与诊断	(39)
第一节 精神障碍的面谈检查	(39)
第二节 采集精神障碍的病史	(41)
第三节 精神状态检查的内容	(43)
第四节 体格检查与实验室检查	(44)
第五节 临床资料分析与诊断	(45)
第四章 精神科的护理程序	(46)
第一节 护理评估	(46)
第二节 护理诊断	(50)
第三节 护理计划	(53)
第四节 护理评价	(55)
第五章 精神科基础护理与技能	(57)
第一节 精神科的基础护理	(57)
第二节 精神科护理的基本技能	(60)
第六章 器质性精神障碍患者的护理	(83)
第一节 概述	(83)
第二节 常见脑器质性疾病所致的精神障碍	(85)



第三节	躯体疾病所致精神障碍	(99)
第四节	精神活性物质所致精神障碍患者的护理	(108)
第七章	精神分裂症患者的护理	(120)
第八章	情感性精神障碍患者的护理	(140)
第一节	概述	(140)
第二节	心境障碍患者的临床特点	(141)
第三节	心境障碍病人的护理	(146)
第九章	神经症及癔症患者的护理	(154)
第一节	神经症患者的护理	(154)
第二节	癔症患者的护理	(183)
第十章	心理因素相关生理障碍患者的护理	(193)
第一节	进食障碍患者的护理	(193)
第二节	非器质性睡眠障碍患者的护理	(201)
第十一章	人格障碍、性心理障碍患者的护理	(210)
第一节	人格障碍患者的护理	(210)
第二节	性心理障碍患者的护理	(219)
第十二章	儿童及青少年期精神障碍患者的护理	(225)
第一节	精神发育迟滞的护理	(225)
第二节	其他儿童、青少年期精神障碍的护理	(231)
第十三章	心理咨询及心理治疗在精神科护理中的应用	(243)
第一节	心理咨询	(243)
第二节	心理治疗	(246)
第三节	心理咨询与心理治疗的技巧	(252)
第四节	心理咨询与心理治疗的异同	(254)
第十四章	精神疾病患者的家庭护理及社区防治	(256)
第一节	精神疾病患者的家庭护理	(256)
第二节	精神疾病患者的社区护理	(261)
第十五章	精神科治疗的观察与护理	(266)
第一节	精神障碍的药物治疗与护理	(266)
第二节	电休克治疗的护理	(276)
参考文献		(281)



第一章 绪 论

随着社会的不断发展与医学科学的进步，人类健康水平普遍改善，疾病谱发生了明显的变化，已从“传染病时代”“躯体疾病时代”转变为“精神疾病时代”；精神疾病已成为21世纪影响人类健康的最主要疾病之一。精神健康越来越成为人们注意的方向，人们也在越来越大的压力下看到更多人的精神出现各种问题。出了问题，当然就要解决，跟同学们一起分析学习本课程的目的，为什么要学习这门课程，学习本课的重要性。

第一节 概述

精神科护理学是随着现代医学模式的转变和精神医学的快速发展而建立起来的一门交叉性边缘学科。它与精神病学、心理学、护理学、社会学、行为医学等学科有着十分密切的关系，在现代护理学倡导以人为本以及整体化护理的今天，学好精神科护理学不但是精神医学的要求，而且对临床其他各科护理具有重要意义。虽然我国精神医学发展较晚，专科护理体系还不是很完善，但随着我国社会的全面进步，以及信息时代和全球一体化的到来，将使精神科护理学获得巨大的发展空间和美好的发展前景。有目共睹的是，在国家各级领导部门的高度重视和关怀下，有关精神障碍的预防、诊断、治疗、护理、康复等方面的研究工作，无论在广度，还是在深度，无论在形式，还是在组织、管理上，都获得了长足的进步。“精神”“心理”一词，人们已不再陌生。可以预见，不久的将来，精神医学必将成为21世纪一门新兴的热门研究领域。同样，精神科护理学也必然由愚昧的牢狱式管理、原始的封闭式管理向科学的半开放式管理、开放式管理和社区护理转变；从单纯的症状学护理到预防保健、社会康复、提高生存质量和健康水平的人性化的目标迈进。

由于生物影像医学、基因研究、药物都有了很大发展，以前的精神病患被送入医院，通常一住就是半年或一年，有些甚至住院长达数年之久。而现在大多数精神病患通常在门诊接受治疗，若有住院需要，平均住院天数约在一个月左右（仍有少数的病患需要长期住院治疗）。这说明对精神病症的治疗能力已经有了很大的提高，而精神科所治疗的病症有：

精神分裂症、情感性精神障碍（燥狂症、抑郁症、疑病症）、儿童精神障碍、人格障碍、偏执性精神障碍、反应性精神障碍、老年精神障碍、睡眠障碍、脑外伤所致精神障



碍、阿片类药物所致精神障碍、各类神经症、癫痫所致精神障碍、慢性疼痛、性心理障碍、老年性痴呆、躯体疾病所致精神障碍、脑肿瘤所致精神障碍、镇静催眠药物所致精神障碍、精神药物过量与中毒、酒精所致精神障碍、癔症等。

一、精神科护理学的基本概念

(一) 精神与精神卫生

1. 精神 (psychology) 即所谓的心理,是人脑对客观事物的主观的能动反映。通常包括认识过程、情绪情感过程、意志过程及人格。

2. 精神卫生 (mentalhealth) 是指用以维护与促进精神健康、预防与治疗精神障碍和精神疾病的措施和方法。

(二) 精神障碍

精神障碍 (mentaldisorder) 是指精神活动失调,导致认识、情绪情感、意志和行为、人格等精神活动出现异常表现。严重时损害个体的生物及社会功能,如影响正常的生活、工作、学习及人际交往等,则称为精神疾病。

(三) 精神科护理学

精神科护理学 (mentaldisordernursing) 是护理学的一个分支。它是研究各种精神障碍及其护理、诊断、保健及康复规律的一门学科。

二、精神科护理工作任务和范围

(一) 精神科护理工作任务

1. 研究和实施对精神障碍患者进行科学的组织和管理。如为患者提供安全、舒适、温馨的治疗环境。

2. 研究和实施与精神障碍患者沟通的技巧,观察和了解病情的技巧,建立良好的护患关系的技巧等。

3. 研究和实施对各类精神患者的治疗护理、生活护理、心理护理及康复护理。

4. 研究和实施对精神障碍患者的社区护理。

(二) 精神科护理工作范围

1. 治疗性工作 对有精神障碍的患者提供一个治疗性环境并进行护理,主要在医院内完成。

2. 康复性工作 主要对象为各种精神障碍的恢复期、慢性精神障碍的患者,通过工疗、娱疗、社会功能训练等促进患者的康复。可在医院内,也可在医院外完成。

3. 健康教育工作 主要对象为精神障碍患者及其家属,其主要内容包括:心理卫生常识、对精神障碍的正确认识及态度、对精神药物的作用及不良反应的认识、应对压力的



方式、营造健康和谐的气氛等，达到促进患者康复，预防复发的目的。主要在医院和社区内完成。

4. 心理卫生工作 这是精神科护理学发展的必然趋势，也是预防和减少精神障碍发生的根本途径。精神科护理工作必须从医院内护理扩大到社区精神卫生护理及延伸到对社区内精神障碍患者的家庭治疗及康复护理的指导上来。主要在医院外完成。

第二节 精神科护理学在现代医学中的地位及意义

一、在现代医学中的地位

随着我国改革开放向更加纵深的发展，伴随全球出现的一体化、信息化及知识化，以及生活节奏加快，社会竞争日趋激烈，瞬息万变的社会变革等心理社会因素给人类的身心健康带来极大的冲击和考验，精神障碍问题日益突出。传统的功能制护理、责任制护理已不能适应新形势的发展要求，系统化整体护理势在必行，而精神科护理与系统化整体护理有着十分紧密的关系，现代护理学的发展离不开精神科护理学，因为后者可以为前者提供充足的理论依据和实践指导。

另一方面，随着我国精神障碍发病率的提高，导致我国居民疾病谱、死因发生较大的变化。精神障碍及其引起的死亡已成为威胁人类健康的又一“杀手”。精神科护理学与其他精神医学将在精神障碍的预防、治疗、康复等问题上发挥极其重要的作用。因此，精神科护理学在现代医学中具有不可替代的重要地位。

二、意义

随着我国生活水平的日益提高，人们对健康和生活质量提出了更高的要求，加强精神障碍的防治，预防心理及行为问题的发生，已经成为当前我国一项重要和十分紧迫的任务。因此，学习精神科护理学不但可以掌握精神科护理学的知识和技能，使患者得到及时有效的治疗，而且也是我国医学卫生事业发展的客观要求，是促进社会全面进步的保证，所以意义十分重大，医学生应充满信心学好这门年轻而重要的专业必修课。



第三节 精神科护理学的发展简史与发展趋势

一、精神医学发展简史

随着医学的发展，精神科这一领域已经划分出了更多专科，其中包括：儿童青年精神医学、成人精神医学、老年精神医学、照会精神医学、急诊精神医学、成瘾精神医学、司法精神医学、睡眠医学、行为医学、身心医学等。

由于生物影像医学、基因研究、药物都有了很大发展，以前的精神病患被送入医院，通常一住就是半年或一年，有些甚至住院长达数年之久。而现在大多数精神病患通常在门诊接受治疗，若有住院需要，平均住院天数约在一个月左右（仍有少数的病患需要长期住院治疗）。这说明对精神病症的治疗能力已经有了很大的提高，而精神科所治疗的病症有：精神分裂症、情感性精神障碍（燥狂症、抑郁症、疑病症）、儿童精神障碍、人格障碍、偏执性精神障碍、反应性精神障碍、老年精神障碍、睡眠障碍、脑外伤所致精神障碍、阿片类药物所致精神障碍、各类神经症、癫痫所致精神障碍、慢性疼痛、性心理障碍、老年性痴呆、躯体疾病所致精神障碍、脑肿瘤所致精神障碍、镇静催眠药物所致精神障碍、精神药物过量与中毒、酒精所致精神障碍、癔症等。

二、精神科医学历史

精神医学史是人类认识精神疾病，并与之作斗争的历史。精神医学本来也是古代医学的一部分，其发展一直落后于其他科目，直到近百年来，它才逐渐成为医学中独立的一门分支学科。它的发展如同整个医学的发展一样，受到当时的生产力水平、社会政治经济状况、基础科学水平、哲学思潮和宗教的影响。在我国，对精神疾病的记载已有两千多年的历史。远在公元前 11 世纪殷代甲骨文中，就有心疾、首疾等疾病的记载，《尚书·微子》中有“我其发出狂”，提示当时可能对精神疾病开始有所认识。到春秋战国时期，我国医学逐渐形成了较有系统的理论，《内经》这部最古老的医学典籍就是那时期医学成果的结晶。《内经》把人的精神活动归之于“心神”的功能，所谓“心藏神”，“心者，君主之道，神明出焉”。“心神”不仅主持人的精神活动，而且统管人的五脏六腑。《内经》还论述剧烈的情志变化可引起精神异常与躯体机能，同样躯体内脏变化也可以累及情感，如“大怒伤肝，大喜伤心，思虑伤脾，悲忧伤肺，惊恐伤肾”等。到了秦汉，历代医学家又先后编纂成了几部辉煌的古典医学著作，流传至今的有《素问》《灵枢》《难经》《伤寒论》和《金匱要略》。《灵枢》的《癫狂篇》是我国第一篇介绍癫狂病的。汉代张仲景对急性热病



与传染病所致精神障碍作了很深入细致的观察，提出“谵妄”“伤寒发狂”“热入血室”等病名。他在《金匱要略》中对癫的状态作了详细描述，并首次提出“脏躁”“奔豚”“百合病”等病名。至唐代已有《诸病源候论》《千金方》与《外台秘要》三部集唐代以前医学之大成的巨著，对我国有关精神病的诊断、治疗进行了总结。其后在分型与治疗上不断创新。宋代朱肱将“伤寒发狂”分为“阳毒发狂”和“蓄血发狂”两类，采用凉血解毒法治之。金元时期，诸学崛起，为精神医学的病因、病机、治疗等提供了许多新见解，如刘完素倡火热过亢论，主张用泻火治癫狂。此后明清医家戴思恭、虞搏、徐春甫、张景岳等发扬了迷心窍说，朱丹溪创立以情胜情的“活套”法等。至金元时期，精神病学有所发展，但由于我国医学的理论体系是建立在古代阴阳、五行等学说基础上的经验医学，所以其发展速度并不很快。不过与同期国外精神病学的发展相比，我国的精神病学在世界上仍是比较先进的。

19世纪末至20世纪初期，国外精神病学发展进入一个重要时期，并将其理论学说逐渐传入我国。那时期国外教会在我国相继成立了精神病院和收容所，如先在广州（1898），以后在北京（1906）、苏州（1923）、大连（1932）、上海（1935）、长沙（1934）、成都（1939）、南京（1947）等地建立了精神病医疗或教学机构。由于得不到政府的支持，精神卫生事业发展极慢。新中国成立后，我国精神病学进入了一个新的历史阶段。从1950年起精神病学的教学工作就受到很大重视，包括制订精神病学教学计划，成立精神病学教研组，培养精神科医师等。精神病防治机构也大量扩建和新建，到1958年精神病院床位总数增加至新中国成立前的14倍。20世纪60~70年代，全国各地开展了一些精神病防治工作。20世纪80年代以来，随着我国社会经济和医疗卫生事业迅速发展，精神病学的临床、教学、科研工作也开始繁荣起来，与国际精神病学学术界的交流不断增加，逐步走向世界。

在国外，古代精神病学也是作为医学的一部分而发展起来的。被称为古代精神医学之父的古希腊医学家希波克拉底将各种病态的精神兴奋归于躁狂症，而将相反的症状归于忧郁症，这是对精神病理现象最早的概括和分类。他认为精神现象是人脑的产物，脑是思维活动的器官，提出了精神病的体液病理学说。与希波克拉底同时代的著名哲学家柏拉图主张精神病患者应该受到家属很好的照顾，而不应让他们在外游荡。此时期古希腊与罗马等国处于繁荣时期，精神医学已积累了相当多的宝贵资料。到了中世纪的欧洲，医学为神学和宗教所掌握，迷信、巫术盛行，精神病患者被视为“魔鬼附体”而用祷告、符咒、驱鬼、酷刑拷打等方式“治疗”。这时期精神病学的发展其实是倒退的。18世纪法国大革命后，社会结构发生了根本性变化，唯物主义思想开始占领统治地位，欧美精神病学领域出现变革与创新。法国精神病学家比奈去掉精神病患者身上的锁链，主张人道对待患者，被认为是精神医学的首次革新运动。从19世纪开始，国外精神病学得到迅速发展。19世纪末与20世纪初，一大批卓越的精神病学家脱颖而出，最著名的是德国神经精神病学家克



雷丕林。他在总结前人经验的基础上，通过大量临床实践，创立了“描述性精神医学”，他在精神病学教科书中明确区分了两种精神病——躁狂忧郁性精神病与早发性痴呆，因此他被称为现代精神医学之父。

进入 20 世纪后，许多精神病学家对精神病的病因、发病机理分别从大脑解剖学、生理学和心理学不同角度进行了大量的研究和探索，促进了精神医学各种学说的蓬勃发展。如诺格契提出“器质性病因论”，焦瑞克创造高热疗法，沙寇创立胰岛素昏迷疗法，梅德纳提出药物痉挛疗法等。其中最重要的是，犹太裔奥地利医生弗洛伊德创立的心理分析学派，他利用自由联想和梦的解析来了解人类心理症结，并为精神动力学奠定基础。弗洛伊德突破了精神病学器质性病因论研究的瓶颈，将精神医学带入“心因性病因论”的研究范畴，因此他的研究被认为是精神医学的第二次革新运动。

精神医学的第三次革新是社区精神卫生运动的开展。由于普通民众认识到了社区精神卫生问题的重要性，从而促进了精神卫生进社区。1953 年发现了精神药物，使得精神疾病能够以科学及客观的方法得到诊断和治疗，所以生物精神医学的发展可以说是精神医学的第四次革新。

知识链接

现代精神医学之父——克雷丕林

克雷丕林 (E. Kraepelin, 1856—1926)，德国医学家。他以临床观察为基础，以病因学为根据，提出了临床疾病分类学原则。他认为精神病是一个客观规律的生物学过程，可以分为数类。每一类都有自己的病因，特征性的躯体和精神症状，典型的病程经过和病理解剖所见，以及与疾病本质相联系的归转。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，却是同一疾病的亚型。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。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基础，并使精神病学的理论从症候群的基础上进入自然疾病单元的研究。

经过了四次革新运动，西方现代精神医学已发展为一套专门的知识体系。而我国精神医学的发展，虽然在 19 世纪前比较国外有许多辉煌的成就，但始终未能独立门户，以致目前精神医学的发展线路仍以西方为主。未来我国精神医学的发展方向应该是走吸收西方精髓结合本土文化的发展之路。

三、精神科护理学发展简史

自古以来人类社会就有照顾患者的功能存在，这种照顾便是“护理”的原始形态。1860 年以前，西方国家将严重的精神病患者收容在门禁森严的机构里，由男性助理员看



守。助理员从未受过训练，像监狱里的看守一样管理患者。专业的护理始于18世纪中叶南丁格尔在英国伦敦开办护理学校，但精神科护理直到19世纪末才开始受到重视。1873年美国的琳达·理查兹女士由护校毕业从事精神病患者的照顾，后来她成功制订出一整套精神科护理计划，从而奠定了精神科护理的基础模式。她也因此被称为是美国第一位精神科护理人员，是精神护理的先驱。此后精神科护理主要仍是照顾日常生活、饮食服药、安全管理等一般例行工作，而心理护理未得到足够的重视，只是在当时的精神科护理人员培养课程中提到耐心及亲切地照顾患者。这种状况一直持续到19世纪末。

进入20世纪30年代后，精神科护理的角色渐渐发生了一些改变。由于精神科治疗方法的快速发展，如深度睡眠治疗、胰岛素休克治疗、精神科外科治疗、电抽搐治疗等，特别是1953年精神科药物应用到临床后，从根本上改变了精神科治疗手段的困境。由此一来，治疗效果明显改善，住院患者不断增加，需要大量有经验的专科护理人员来担任护理工作，因此精神科护理人员首次在精神科治疗中获得了有意义的角色地位。患者在得到新的治疗方法改善症状后，变得更能够接受心理治疗，从而促进了心理治疗对精神疾病的效果。这种倾向也倍增了精神科护理人员的压力，他们不仅仅是要发展和掌握更有效的护理技术，还要学习和实施不同层次的心理护理。

现代精神医学的概念是从传统精神病学的基础上发展起来的。精神病学的基本任务是研究各类精神疾患的病因、发生机理、临床表现、治疗和预防，但在其发展过程中曾发生一些偏向，即其研究对象越来越局限于精神分裂症等严重精神病，而忽略了为数更多的神经症、人格和适应障碍以及伴发于其他疾病的轻度精神障碍的患者，同时其服务范围越来越限制于精神病院之内，仅着眼于诊断和治疗，而忽视了环境和社区在精神疾患防治中的作用，并造成精神病学与其他临床学科的分隔倾向。

从19世纪50年代以来，传统精神病学概念遭到了挑战，逐渐被新的范围更广泛、内容更丰富的精神医学所取代，主要原因是由于医学模式的转变，由生物医学模式转向新的生物—心理—社会医学模式。新模式强调医学的服务对象是完整的、社会的“人”，“人”是生活在一定自然、社会文化环境中，具有复杂心理活动的生物；来自社会环境的各种刺激形成人的复杂心理活动。后者又通过各种生物学中介机制来影响机体的功能状态。这种医学模式的整体观的新发展，反映在精神医学方面，尤为突出。

正是上述各方面的原因，传统的狭义的精神病学概念，逐渐由范围广泛、内容更丰富的精神医学所取代，其内容包括：（1）传统狭义的精神病学范畴的扩大。（2）研究心理社会因素对健康和疾病的作用和影响，亦即广义的精神卫生的内容。但是由于传统的习惯势力的影响，要使各科医生都能认识到心理社会因素对疾病的作用，还须经历一个过程，而加强精神医学的在校教学是加快这一过程的第一步。

随着生物学和神经科学的巨大进展，以及人们逐渐意识到心理、社会因素对精神活动



的影响，使精神科护理学的发展进入了一个新的阶段。在目前形势下精神科护理学的发展趋势是：

1. 对精神障碍患者实施系统化整体护理。
2. 向完全开放式管理模式过渡。
3. 吸收新的技术和方法。
4. 扩大工作范围，延伸到社会及家庭精神障碍的护理上来。
5. 提高护理人员的素质和服务质量。

第四节 现代精神科护理工作的内容与要求

精神科护理工作的对象是罹患各类精神疾病的患者，他们的病症表现主要是在精神与行为方面而非躯体方面的异常。大多数患者症状特异，轻者独立特行，懒散消极，重者思维活动脱离现实，不能适应社会生活；许多患者对精神疾病缺乏自知力，拒绝治疗，难以管理；伤人、自伤、毁物、出走等事件时有发生，难以预料；有的退缩淡漠，生活不能自理，需要全面照顾；有的长期住在医院，社会功能退化，需要心理治疗、工娱治疗及社会回归训练等。因此，精神科护理工作的主要内容应包括基础护理、危机状态的防范与护理、特殊治疗的护理、各种精神疾病的专门护理以及家庭护理等（详情见后面的各章节）。此处着重讨论现代精神科护理的日常工作重点。

一、心理护理

精神病患者由于言行异常、思想怪异，往往招致他人疏远、冷落甚至歧视，再加上疾病使其认知功能减退，工作能力、交往能力下降，继而导致情绪抑郁、消沉、自卑甚或自暴自弃。至于自知力完整的神经症患者，疾病本身就有焦虑、抑郁、恐怖、敌意等情绪，在内外压力下，更加痛苦烦恼。如何帮助他们从这些不良情绪中摆脱出来，以积极的心态接受治疗与面对未来，是心理护理的主要任务。

心理护理主要是指具有助人知识与技巧的护理人员，运用语言、表情、姿势、态度及行为等措施，影响与改善患者的认知、情绪与意志，增强患者的治病信心，减轻或消除其不良情绪和行为，从而促进康复与社会回归。住院期间，心理护理的重点是启发和帮助患者树立正确的治病态度，认识疾病的性质与治疗意义，调动其主观能动性，使患者以积极乐观心态主动配合治疗。心理护理也是促进患者早日回归的重要措施之一。

良好的护患关系是心理护理取得成效的先决条件。建立平等的、互信的、合作式的关系，既是职业要求也是一种能力。这就需要护理人员学习沟通技术，听懂患者所说，及时



回应与引导；学习心理学理论知识，能够推断与分析患者当前症状与过去经历的联系；尊重患者，真诚以待，无条件接纳；加强自我剖析，避免反移情影响等。

二、安全护理

在精神病医院的病房里，常常可以看到精神疾病患者出现突发性危险行为，如自伤、自杀、攻击、出走行为等。因此安全护理是精神科护理的重要工作。详见后述章节。

三、饮食护理

兴奋躁动的精神病患者，行为紊乱，不知饥饱，拒食或抢食；受到某些妄想、幻觉等症状支配的患者，认为别人下毒于食物中而拒绝进食，或认为有罪而不配进食，或认为体型过胖而拒食；服用抗精神病药物后出现严重锥体外系副反应的患者，存在药源性吞咽困难而影响进食，或食物卡喉而致窒息。等等这些现象使得精神病医院的饮食护理有别于综合性医院。详情见后述章节。

四、睡眠护理

睡眠障碍是精神疾病的常见症状，睡眠的好坏常常可以预示疾病的好转或复发。因此，做好睡眠护理，保证患者适量的睡眠，对于巩固疗效、促进康复意义重大。详情见后述章节。

第五节 精神科护理人员的素质要求

由于精神疾病的症状与社会心理特点，精神科护理人员应具备如下素质与职业规范准则：

1. 高尚的职业道德 精神疾病患者属于弱势群体，需要得到更多的关爱和呵护。所谓医者，仁心也。从事精神科护理的护理人员更要具备崇高的医疗道德，尊重患者，爱护患者，平等相待，精心照顾。无论患者地位高低贵贱、病情轻重缓急，都要设身处地地理解他们，给予周到精细的护理，给予人权上的尊重。医护人员的尊重，可使患者真切地感受到活着的价值，从而积极配合治疗。

2. 丰富的专业知识与人文素养 精神科护理人员担负着患者精神层面的呵护工作，这需要具有让人信服的全面知识与高品位的修养。专业知识除了学习护理学与医学基础之外，还应学习心理与精神医学基础知识。这些知识包括普遍心理学、人格心理学、发展心理学、社会心理学、心理咨询学、变态心理学、精神病学、心理评估与测量、健康心理



学、面谈技巧等。专业知识之外还要加强人文修养,学习历史、文学、哲学、美学、宗教等知识,了解不同地域的风俗文化,以消除文化屏障,促进沟通。

3. 强烈的敬业精神 护理工作需要奉献和热诚,需要执着的工作态度。精神科医务人员常常挨打、受气,工作累、待遇低甚至遭歧视,这就更需要有强烈的敬业精神和高度责任感与同情心。

4. 敏锐的观察力 精神疾病患者大多对自身疾病缺乏认识,不安心住院,为了早日出院常常隐瞒病情;有的患者想出走或自杀,表面却若无其事,甚至一反常态而表现为友好合作、情绪愉悦;有的患者疾病复发前有睡眠、情绪或行为异常的先兆。因此,精神科护理人员要具有敏锐的观察力,保持较高的警惕性,能够通过非言语行为分析患者的心理动态,及时提供病情动态信息,防止意外发生。

习题

- 关于精神病学的学科地位,以下哪种说法正确
 - 是生物医学的分枝学科
 - 是行为医学的分枝学科
 - 是社会科学的分枝学科
 - 是临床医学的分枝学科
 - 是全科医学的分枝学科
- 不属于精神障碍范围的是
 - 人格障碍
 - 精神分裂症
 - 攻击行为
 - 神经症
 - 癔症
- 美国第一位从事精神科护理工作的先驱者是
 - 南丁格尔
 - 琳达·理查兹
 - 克雷佩林
 - 希波克拉底
 - 柏拉图
- 下列关于精神活动的说法,哪项是错误的
 - 是大脑机能的产物
 - 是以客观现实为基础的
 - 病态精神活动与客观现实脱离,因此与客观现实无关
 - 包括认知、情感、意志等过程
 - 正常人整个精神活动是协调的
- 精神科护理的角色,在国外从何时开始受到重视
 - 19世纪中叶
 - 20世纪30~40年代
 - 公元前
 - 20世纪70年代
 - 19世纪后期
- 病因相对明确的精神障碍是
 - 酒精性幻觉症
 - 抑郁症
 - 精神分裂症
 - 神经症
 - 躁狂症



7. 关于心理、社会因素与疾病的关系，下列说法不正确的是
- A. 可以作为相关因素，影响精神障碍的发生、发展
 - B. 与躯体疾病毫无关系
 - C. 可以在躯体疾病的发生、发展中起重要作用
 - D. 可以引起心身疾病
 - E. 暗示治疗有一定效果
8. 关于精神疾病，下列说法错误的是
- A. 精神疾病具有遗传性，是基因将疾病的易感性一代传给一代
 - B. 精神疾病的病因，包括生物学因素、社会—心理因素
 - C. 精神疾病是遗传性疾病
 - D. 大多数精神疾病的明确的病因、发病机制，目前还不清楚
 - E. 精神疾病，又称精神障碍；而精神病是一类程度严重的精神疾病



第二章 精神疾病的基本知识

精神病是指在各种因素（包括生物、心理、社会环境因素）作用下造成大脑功能失调，出现以感知觉、思维、情感、意志行为等障碍为主的一类严重的精神疾病，如精神分裂症。精神疾病是一个更为广泛的概念，包括了精神病以及焦虑症、抑郁症等感知觉、思维、情感、意志行为和意识有障碍的患者。多数人认为精神病患者通常行为古怪、时哭时笑、满身泥污、呆滞冷漠或暴躁凶残，是一种让人感觉到奇怪和恐惧的疾病。在临床工作中这些症状较重的精神病患者只占少数，更多的是外表正常或接近正常，而内心痛苦的患者。由于人类的精神活动受到社会环境、自然环境及个体功能状态的影响，所以病理状态下出现的精神症状也是千差万别、错综复杂。在现有的科研条件下，人类对正常与异常精神世界的探索还非常粗浅。

本章精神疾病的基本知识主要包括精神疾病的病因、诊断分类及症状学三个方面，使学生对精神疾病有一个初步的认识。

第一节 精神疾病的病因学

精神疾病的病因学是一种复杂而又十分重要的方面，经过大量探索性研究，除器质性精神障碍、心因性精神障碍、少数遗传性疾病等精神障碍病因较为确定外，绝大多数精神障碍，包括常见的精神分裂症、情感性精神障碍等疾病的病因至今仍不明了，仍在进一步研究探讨之中。精神疾病的病因不是单一的致病因素，而是多种因素共同作用所形成的。现在比较一致的观点认为生物学因素是基础，心理、社会因素则是致病的条件，它们共同作用导致精神障碍的发生。

一、生物因素

1. 遗传因素

家系研究的结果表明精神分裂症、躁狂抑郁症、人格障碍、精神发育迟滞、儿童孤独症、焦虑症等都具有明显遗传倾向，呈现家族聚集性。已有资料显示，许多精神障碍患者



家族中精神障碍的患病率较一般居民要高，而且与患者的血缘关系愈近，发病率愈高。如调查资料显示精神分裂症国内群体流行病学调查，总患病率为 5.6%，家系遗传调查为 17.5%，虽然说明遗传因素对某些精神病有密切关系，但不能忽视社会环境的影响。如精神分裂症同卵双生子同病率不到 50%，即具有相同基因的双生子中一个患精神分裂症时，另一个患精神分裂症的概率大约是 50%。这说明遗传性是先天的既得性和后天获得性两者相互作用形成的，且遗传性这一因素能否显现，还要了解患者病前和发病时社会环境对患者的影响，如良好的环境因素可以降低或避免其发病。精神疾病患者的遗传因素不是说有家族史就一定发病，而是说相对于没有家族史的人患病的风险和概率增加了。

2. 体质和性格因素

体质，是在遗传的基础上个体发育过程中内外环境相互作用，而形成的整个机体的机能状态和躯体状态。性格，是先天的禀赋素质和后天的环境影响下形成的心理特点。体质和性格与精神疾病的发生有些相关。有的研究者从形态、生理和心理学的观点把人们的体型分为四种类型：①瘦长型，多见于精神分裂症；②肥胖型，往往见于躁狂抑郁症；③力士型，常见于癫痫；④发育异常，可见于精神发育迟滞。

性格，是先天禀赋素质和后天环境共同作用下形成的。病前性格特征与精神疾病的发生有着密切关系，且不同的性格特征易患不同的疾病。如精神分裂症的患者大多病前具有分裂样性格，表现为孤僻少语，生活缺少动力，缺少热情或情感冷淡，不仅自己难以体验到快乐，对他人亦缺少关心，过分敏感，怪癖，趋向白日梦，缺少进取心等。而具有强迫性格的人，做事犹豫不决，按部就班，追求完美，事后反复检查，对自己过于克制，过分关注，所以易焦虑、紧张、苦恼，遇上压力就易患强迫症。巴甫洛夫经实验提出四种性格类型：弱型、强不均衡型、活泼型、镇静型。他认为弱型易患精神分裂症和癔症；强不均衡型易患躁狂抑郁症和神经衰弱。但他强调弱型和强不均衡型不是发病型，而是正常过度变异，只不过顺应小，微弱而已。他又将人们分为思想型易患强迫性神经症、艺术型易患癔症、中间型易患神经衰弱。

3. 性别和发病年龄

性别和年龄由于机体的发育，生理机能和心理活动特点的差异，与精神病的发生有一定关系。女性由于性腺内分泌和某些生理过程的特点如月经、妊娠、分娩和产褥的影响，常可出现情感多变、冲动或抑郁、焦虑等。同时女性富于情感、易脆弱、敏感等，往往由于心理的应激可引起脑机能障碍，可表现出各种神经症和某些精神病。男性常因饮酒、吸毒、外伤、性病、感染等机会较多，因而易患酒依赖，脑动脉硬化性精神障碍，颅脑损伤性精神障碍和神经衰弱等。

发病年龄，不同的年龄可发生不同的精神疾病。儿童期，由于精神发育和心理活动还



未达到成熟阶段，处于幼稚情感和原始行为时期，偶可出现儿童期特有的症状或疾病。如行为障碍、神经症或精神分裂症等。青春期，由于分泌系统改变和植物神经机能不稳定，这时若遇心理因素往往易患神经症或精神分裂症、躁狂抑郁症。中年期，正处于脑力和体力最充沛最活跃时期，思维和情感的变化复杂，易在心理因素下，发生妄想状态或抑郁状态，心身疾病等。老年前期或老年期，由于脑和躯体生理机能处于高龄衰老时期，如内分泌系统、神经系统、心脑血管和心理活动等机能出现衰退或老化。如遇生活事件的心理因素，老年前期易患焦虑、抑郁或偏执状态等，老年期往往发生阿尔茨海默病、动脉硬化性精神障碍等。

4. 躯体因素

(1) 感染 包括急、慢性躯体感染或颅内感染。由于细菌、病毒、原虫、螺旋体的感染和其反应的高热，电解质平衡失调，中间代谢产物蓄积和吸收，维生素缺乏，血管改变等招致脑功能或器质性病变引起精神障碍。

(2) 躯体疾病 包括内脏各器官，内分泌、代谢、营养和胶原病等疾病，由于各种因素招致脑缺氧、脑血流量减少、电解质平衡失调、神经递质改变等引起精神障碍。如肝性、心性、肺性、肾性等脑病和内分泌机能障碍等疾病。

(3) 中毒 即精神活性物质所致的精神障碍。由于某些体外毒物中毒，如工业用毒物，食物、药物包括催眠药、阿片类药物等，从不同途径经体内侵入脑部招致精神障碍。

(4) 颅脑外伤 由于颅脑被冲击，坠跌和炮弹、炸弹爆破以及气浪伤直接招致颅内血液循环障碍和脑脊液动力失去平衡或脑内小出血点，脑水肿等引起短暂的、持续的精神障碍。

二、心理、社会环境因素

1. 心理因素

心理因素 对某些精神疾病的发生有一定作用，如心因性精神障碍、神经症和与文化密切相关的精神障碍等，虽然是心理因素起着主导作用，但不是起病的单一致病因素。主要看心理因素的性质和强度，对患者反应的程度而定，即个体对心理因素所持的态度。

(1) 生活事件 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的心理压力。如离婚、丧偶、失败、失恋、失学、家庭纠纷、经济问题等。

(2) 自然灾害 是指突然、强烈而急剧的精神应激，如地震、火灾、洪水、爆炸、滑坡、空袭、交通事故、亲人突然死亡等重大而骤然事故可能引起心因性精神障碍，心理急剧受致超过限度的应激多急剧诱发短暂的或持久的精神障碍。



2. 社会环境因素

(1) 环境因素 是指社会上和环境上心理因素的影响。如空气污染、嘈杂声音、交通乱杂、环境卫生不良、人际关系等增加了心理和躯体应激，对精神卫生产生不良影响。使人们长期处于厌烦、紧张状态之中，易患心身疾病、神经症和某些精神病，且发病率很高。

(2) 文化环境 是指不同的民族、不同的文化和不同的社会风俗以及宗教信仰、生活习惯等与精神疾病的发生有着密切的关系。由于文化、民族和环境不同出现特有的精神疾病。如马来西亚、印度尼西亚等东南亚国家有拉塔病、行凶狂和恐缩症。加拿大森林地区的冰神附体，澳大利亚北部的灵魂附体，日本冲绳岛的矮奴，蒙古的比伦奇等精神疾病。又如来自农村的精神分裂症患者，妄想与幻想的内容多简单、贫乏，常与迷信等内容有关；来自城市的患者，妄想与幻想的内容常与电子、卫星、电波等现代生活内容有关。

精神病病因中生物学因素和心理社会因素，各有偏重。在某些精神疾病中以某种因素起着主导作用，而在另一些精神疾病中的某些因素起决定性影响，不是单一的致病因素，而是多种因素共同作用的结果。如神经症、心因性精神障碍等心理因素是起主导作用，但还有其他生物因素的存在。而精神分裂症、躁狂抑郁症等疾病中主要是生物因素的影响，如遗传、性格、年龄和性别等因素特点起主导作用，而心理社会因素是发病的诱发因素。又如感染性、中毒性、躯体性、颅脑损伤性和其他器质性疾病时的精神障碍，某些人会因为感染、中毒、躯体外伤和其他病因的疾病产生精神障碍，而在有些人却不会发生，这些差异不能不与患者的生物学因素如遗传关系，性格特征和体质等因素有关。总之，生物学因素和心理社会因素，即内因和外因在精神疾病的发生中共同起着决定性作用，许多精神疾病的发生是多种因素共同作用的结果。

第二节 精神疾病的诊断分类学

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，也有利于诊断、治病和护理。

目前精神疾病的分类常有变更，世界各国的分类也不尽一致，但多根据病因、临床表现和预后进行分类。

一、根据病因分类

精神疾病大致可分为病因已明和病因未明两类。病因已明的是指通过现代检测方法可



以找出致病的客观依据的精神障碍，如由脑部疾病，脑以外的各种躯体疾病及外来毒素的中毒等病因所致的精神障碍。病因不明的一类是目前所具有的检测方法尚不能发现致病的客观依据的精神疾病。前者属器质性精神疾病，后者属“功能性”精神疾病，随着科学技术的发展，这种病因不明的“功能性”疾病将会被澄清。目前，这种分类在临床诊断、治疗和科研中仍有实际意义。

二、根据临床表现分类

精神疾病一般分为轻型与重型两大类。轻型是指患者对自身的精神异常有一定的自知力，尚能控制自己的精神活动，能保持与环境适应的能力，如神经症。所谓重型是指患者对自身的精神异常表现没有自知力，不能控制自己的精神活动，丧失对环境的适应能力，又称精神病，如精神分裂症、躁狂抑郁症等。这种轻重之分也是相对的，一些重型精神疾病的早期常呈现轻型表现。

三、根据预后类

某些病因不明的精神疾病，有相似的临床表现时，可结合病程的长短与预后的好坏进行分类，如精神分裂症与反应性精神病，前者病程长、预后差；后者病程短、预后好。

当前对世界精神病学影响最大且为许多国家所采用的分类系统，有世界卫生组织《国际疾病》第十版（ICD-10）第五章和美国精神病学会的《精神障碍诊断和统计手册》第四版（DSM-IV）。我国关于精神疾病的诊断与分类几经修订，于2001年开始应用《中国精神疾病诊断与分类标准》第三版（CCMD-III）。该版基本按照国际疾病分类（ICD-10）的分类方法，将精神疾病分为10大类。①器质性精神障碍（包括躯体疾病所致精神障碍）；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。

由于大多数精神疾病的病因与发病机制尚不明了，所以基本上依据症状学对精神疾病进行分类与诊断。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病史采集方法，对症状认识的水平等其他因素的影响，缺乏生物学标志，所以诊断的一致性相对较低。下面以精神分裂症为例介绍目前精神疾病诊断标准的特点：

附：中国精神障碍诊断与分类标准第三版（CCMD-III）



精神分裂的诊断标准

精神分裂症是一组病因未明的精神病，多起病于青壮年，常缓慢起病，具有思维、情感、行为等方面障碍及精神活动不协调。通常意识清晰，智能尚好，有的患者在疾病过程中可能出现认知功能损害，自然病程多迁延，呈现反复加重或恶化，但部分患者可保持痊愈或基本痊愈状态。

【症状标准】至少有下列几项，并非继发于意识障碍、智能障碍、情感高涨或低落，单纯型分裂症另有规定：

- (1) 反复出现的言语性幻听。
- (2) 明显的思维松弛、思维破裂、言语不连贯，或思维贫乏或思维内容贫乏。
- (3) 思想被插入、被撤走、被播散、思维中断，或强制性思维。
- (4) 被动、被控制，或被洞悉体验。
- (5) 原发性妄想（包括妄想知觉，妄想心境）或其他荒谬的妄想。
- (6) 思维逻辑倒错，病理性象征性思维，或词语新作。
- (7) 情感倒错，或明显的情感淡漠。
- (8) 紧张综合征、怪异行为，或愚蠢行为。
- (9) 明显的意志减退或缺乏。

【严重标准】自知力障碍，并有社会功能严重受损或无法进行有效交谈。

【病程标准】

- (1) 符合症状标准和严重标准至少持续 1 个月，单纯性另有规定。
- (2) 若同时符合分裂症和情感性精神障碍的症状标准，当情感症状减轻不能满足情感性精神障碍症状标准时，分裂症状需继续满足分裂症的症状标准至少 2 周以上，方可诊断为分裂症。

【排除标准】

排除器质性精神障碍，以及精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍。尚未缓解的精神分裂症患者，若有罹患本项中前述两类疾病，应并列诊断。

1. 偏执型精神分裂症

符合精神分裂症诊断标准，以妄想为主，常伴有幻觉，以听幻觉较多见。

2. 青春型（瓦解型）精神分裂症

符合精神分裂症的诊断标准，常在青春期起病，以思维、情感、行为障碍或紊乱为主。例如明显的思维松弛、思维破裂、情感倒错、行为怪异。

3. 紧张型精神分裂症

符合精神分裂症的诊断标准，以紧张综合征为主，其中以紧张性木僵较为常见。



4. 单纯型精神分裂症

【诊断标准】

- (1) 以思维贫乏、情感淡漠，或意志减退等阴性症状为主，从无明显的阳性症状。
- (2) 社会功能严重受损，趋向精神衰退。
- (3) 起病隐袭，缓慢发展，病程至少 2 年，常在青少年期起病。

5. 未定型分裂症

【诊断标准】

- (1) 符合分裂症诊断标准，有明显阳性症状。
- (2) 不符合上述亚型的诊断标准，或为偏执型、青春型或紧张型的混合形式。

【说明】本型又名混合型或未分型。

6. 其他型或待分类的分裂症

符合分裂症诊断标准，不符合上述各型的诊断标准，如 20.91 儿童精神分裂症、20.92 晚发性精神分裂症等。

7. 精神分裂症后抑郁

【诊断标准】

- (1) 最近 1 年内确诊为精神分裂症，精神分裂症病情好转而未痊愈时出现抑郁症。
- (2) 此时以持续至少 2 周的抑郁为主要症状，虽然遗留有精神病性症状，但已非主要临床相。

- (3) 排除抑郁症、分裂情感性精神病。

8. 精神分裂症缓解期

曾确诊为精神分裂症，现临床症状消失，自知力和社会功能恢复至少 2 个月。

9. 精神分裂症残留期

【诊断标准】

- (1) 过去符合精神分裂症诊断标准，且至少 2 年一直未完全缓解。
- (2) 病情好转，但至少以下 1 项：①个别阳性症状；②个别阴性症状，如思维贫乏、情感淡漠、意志减退，或社会性退缩；③人格改变。
- (3) 社会功能和自知力缺陷不严重。
- (4) 最近 1 年症状相对稳定，无明显好转或恶化。

10. 精神分裂症衰退期

【诊断标准】

- (1) 符合分裂症诊断标准。
- (2) 最近 1 年以精神衰退为主，社会功能严重受损，成为精神残疾。



第三节 精神疾病常见症状

一、概述

人的精神活动是人脑的正常机能，是人脑对客观事物的反映。异常精神活动是人脑机能障碍的表现，研究病态情况下精神活动的异常表现（即精神症状）的科学称为症状学，又称现象或精神病理学。认识精神症状是诊断精神疾病的依据，也是精神病工作者必须掌握的基本知识与技术。精神症状各人表现不一，有时与正常精神活动相比有质或量的差别，前者较易识别，而后者常需与症状出现时的背景等因素联系起来考虑，以确定其是否异常。

1. 精神症状的本质

精神症状是异常的精神活动，是大脑功能障碍的表现，这种障碍必定有其物质基础，只是其严重程度与性质不一。大致上可分为以下几种情况：第一是大脑结构的改变所致，如阿尔茨海默病；第二是脑血管疾病所致的精神障碍，如脑血管病变导致的多发性痴呆；第三是颅脑外伤所致的精神障碍；第四是颅脑占位性病变所致的精神障碍；第五是颅脑感染所致的精神障碍；第六是大脑代谢或生化病变所致的精神障碍，如躯体疾病所致的精神障碍；第七是目前病因或发病机制不明的所谓“功能性精神病”的症状，如精神分裂症、心境障碍等。

精神症状发生于中枢神经系统病变的基础之上，但是症状的内容却受心理社会因素的影响，随时代的演进而变化，表达的是客观现实的内容。如思维被扩散，以前认为是患者自己的思想虽没说出来，如同广播一样被广播出去了，现在很多患者觉得自己的思想虽没说出来，但如同网络一样被传播了。

2. 精神症状的特点及其在诊断中的地位

每一种精神症状均具有以下特点：①症状的内容与周围客观环境不相符合，如各项躯体检查没有发现患者有器质性问题，但是患者仍过分担心自己会有心脏病发作而害怕出门或独自待在周围没有人的环境；②精神症状的出现不受患者意识的控制；③症状会给患者带来不同程度的社会功能损害，这一点也是鉴别正常与不正常的关键。

在护理观察中首先应确定患者是否存在精神症状以及存在哪些精神症状；其次应了解精神症状的强度、持续时间的长短，并评定其对社会功能影响的严重程度；第三应善于分析各种症状之间的关系，确定哪些症状是原发的，与病因是否直接有关，是否具有诊断价



值；哪些症状是继发的，有可能与原发症状存在因果关系；第四，应重视对与各种症状之间的鉴别，减少对精神疾病的漏诊和误诊；第五，应学会分析和探讨各种症状发生的可能诱因或原因及影响因素，包括生物学和社会、心理因素，以利于建立针对性的护理计划来减轻和消除症状；第六，在尽可能的情况下，帮助患者或和家属明白不正常的表现是什么，不正常的可能原因是什么，如何才能消除这些不正常表现。

通常精神症状按心理过程归类与分析。一般分为认知障碍、情感障碍、意志和精神运动障碍等。

二、认知过程及其障碍

人对客观事物的认识是各种精神活动的基础。认知过程将从感觉和知觉、注意、记忆、言语和思维、智力等方面加以讨论。

（一）感觉和知觉及其障碍

感觉和知觉都是客观事物作用于感觉器官而被认知的初级阶段，但有认识程度的差别，前者为人脑对客观事物个别属性的简单反映，知觉则是人脑对客观事物各种属性的较完善反映。感知觉障碍主要包括感觉障碍、知觉障碍和感知综合障碍。

1. 感觉障碍 (disorders of sensation)

感觉是指人脑对客观事物的个别属性的反映（如颜色、形状、气味、重量）。常见的感觉障碍有感觉过敏、感觉减退、内感性不适等。

（1）感觉过敏 对外界一般强度的刺激感受性增加。如对一般生活中的声音、光线刺激感到刺耳、刺眼，对普通的气味感到特别刺鼻难闻等。这类症状常见于焦虑症的患者。

（2）感觉减退 对外界一般强度的刺激感受性减低。如患者对强烈的疼痛或者难以忍受的气味仅有轻微的感受，甚至对外界的刺激不产生任何感觉。多见于器质性精神障碍、抑郁状态、木僵状态等情况。

（3）内感性不适 又称体感异常，指躯体内部产生各种不舒适的或难以忍受的感觉。患者往往不能明确指出部位，难以表达的异样感觉，可为牵位、挤压、转动、流动、游走或虫爬等感觉，是构成疑病妄想的基础。见于精神分裂症、抑郁状态及颅脑外伤性精神障碍。

2. 知觉障碍 (disorders of perception)

知觉障碍在精神科临床上很常见，是大多数精神障碍的主要症状，对精神障碍的诊断与鉴别诊断、治疗与护理决策、监护病情具有重要意义。常见的直觉障碍有错觉、幻觉等。

（1）错觉 (illusion) 是对客观事物产生错误的感知。以错视、错听多见。正常人也可



以产生错觉，但经验证后能立即纠正。病理性错觉常见于意识障碍状态，患者坚信为真，不能纠正，其内容常常有恐怖性，以致出现恐怖表情、逃跑或攻击行为。见于谵妄状态、癔症、精神分裂症、癫痫等。

(2) 幻觉 (hallucination) 指无相应客观刺激作用于感觉器官而产生的知觉。正常人也偶有幻觉，但持续时间短、能被纠正。病理性幻觉持续时间长、坚信不疑、不能纠正，并常影响或支配患者的情绪和行为，是常见的、重要的精神症状。一般认为意识清晰时出现的幻觉都属于病态。常见幻觉有：

幻听 是临床上最为常见的幻觉，以言语性幻听居多，可为数人议论、辱骂、威胁、命令，少数为赞美。有时患者可能清楚地辨别发生者的人数、性别、是否熟知及声音方位等。如为直接对患者进行评价的称为评论性幻听，命令患者做某些事情的声音称为命令性幻听。患者可与虚幻的声音对话、对骂，并伴有相应的动作和表情，如侧耳倾听、掩耳、高兴或愤怒等行为；或据命令性幻想听的内容而拒食、打人、毁物、自伤或自杀、甚至产生危害社会行为。幻听声音多来自外部，引发患者对幻听进行解释而继发病态的观念，甚至妄想。常见于精神分裂症、颞叶癫痫等。

幻视 幻视也较为常见，外界不存在相应的客观事物而能看见无意义的色彩、闪光或形象。内容较丰富多样，形象清晰、鲜明和具体，亦可模糊不清。见于躯体疾病或精神活性物质所致的精神障碍、谵妄状态、精神分裂症、癔症等。

幻嗅 患者有现实中并不存在的事物所产生的难闻气味的感受，如闻到一种难闻的腐臭味，常以手掩鼻或以物塞鼻，多于其他幻觉结合，易产生病态观念甚至妄想。如患者坚信气味是坏人故意实放，从而产生或加强了被害观念。多见于精神分裂症、颞叶癫痫等。

幻味 患者感受到食物中有某种特殊的、令人不愉快的怪味，以致拒食，长与其他幻觉、妄想同时出现。多见于精神分裂症。

幻触 可表现为触摸感、虫爬感、针刺感或触电感，也可为性接触感。见于精神分裂症、癔症等。

内脏幻觉 患者能清楚描述躯体内部或某一脏器扭转、穿孔、断裂、腐烂或有虫爬行等。常与疑病妄想、虚无妄想一起出现。见于精神分裂症、抑郁症和更年期精神障碍。

真性幻觉 患者感知的幻觉形象与真实食物完全相同，幻觉表象清晰生动，存在于外在空间，通过自己的感官感受到。

假性幻觉 仅指出现于主观空间的幻觉。这些幻觉不是通过患者的感觉器官获得的，其轮廓不够清晰、不够鲜明、缺少真性幻觉的那种客观现实性与形象完整性，但患者却坚信不疑。以假性幻听和幻视较多见。

思维化声 当想到某件事时，自己就能听到所想的内容，患者认为是自己的思想变成



了声音。多见于精神分裂症。

思维显形 指相应的人物、景象、文字等在思维的同时，十分鲜明地浮现于主观空间或投射到客观空间。如想到某一事物时，该事物的形象就出现在眼前。见于精神分裂症。

3. 感知综合障碍 (psychosensory disturbance)

患者对客观事物的本质属性或整体的感知是正确的，但对这一事物的某些个别属性发生错误感知。如患者能正确地认识到事物的存在，但是对事物的形象、大小、位置、距离及颜色等的感知与实际情况不符。可分为以下几种类型：①空间感知障碍，可表现为视物变形、视物显大或视物显小；②时间感知综合障碍，对时间的快慢出现的不正确的直觉体验，如似曾相识或旧事如新；③运动感知综合障碍，对外界物体运动或静止状态的歪曲和直觉体验，感觉运动的物体静止了，静止的物体快速运动，如舞台表演人员僵住了；④非真实感，对周围事物缺乏真实感，感到自己整个躯体或一部分发生变化等。多见于精神分裂症、抑郁症、颞叶癫痫或脑瘤、脑炎等脑器质性疾病。

(二) 注意及其障碍

注意 (attention) 并非独立的心理结构，而是个体心理活动过程中的精神活动对一定对象的集中性与指向性。分为主动注意和被动注意。如有选择地使精神活动指向某一定的对象时称主动注意，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；由外界刺激引起的探索反射为被动注意，被动注意也称作不随意注意，没有自觉的目标，不需任何努力就能实现。通常所谓的注意是指主动注意而言，对所指向事物的感知最为清晰，有利于识记与分析。而被动注意指向的对象常不十分清晰。常见注意障碍有：

1. 注意增强

指主动注意显著增强。病态的注意增强多与妄想有关，如有被害妄想的患者十分注意所怀疑人的一举一动，对微小细节都保持高度注意和警惕。有疑病妄想者则过分关注自身健康状态的某些变化。见于焦虑症、偏执型精神分裂症、抑郁症等。

2. 注意涣散

主动注意明显减弱，注意稳定性降低。注意力不能较持久地集中在某一事物上，容易分散，有时看很长时间的书，仍不知所述内容。见于神经衰弱、精神分裂症和儿童多动综合征。

3. 注意减退

主动注意与被动注意的兴奋性都减弱，注意的广度缩小，注意的稳定性也显著下降，常需要较强的外界刺激才能引起注意。见于脑器质性精神障碍、意识障碍状态、精神分裂症、抑郁症及神经衰弱等。



4. 注意转移

主动注意不能持久，被动注意明显增强。注意力随周围环境的变化而转移，以致不断改变话题和活动内容。见于躁狂症。

5. 注意狭窄

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

（三）记忆及其障碍

记忆（memory）是在感知觉和思维基础上建立起来的精神活动，是既往感知过的事物在一定条件下可在大脑中重新反映出来，是既往经验的认知和回忆。记忆过程包括识记、保存、再认或回忆三个阶段。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；保存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。记忆按时间分为瞬时记忆、近记忆和远记忆。记忆能使人类不断地积累、扩大和利用经验，提高人的智力、认识世界和能动地改造世界的能力，是人类重要的精神活动。但人也不可能把所有感知与体验都记住，越是新近识记的事物越易发生遗忘，遗忘总是由近事遗忘逐渐向远事遗忘发展。记忆与边缘系统的功能密切相关，海马回在短时记忆转化为长时记忆中起重要作用。常见记忆障碍有：

1. 遗忘

以往经验部分或全部的不能再现称遗忘。病理性记忆丧失，可表现为对某一事物或某一时期的经历能回记。脑器质性疾病的颅脑外伤是常见病因，也见于情绪创伤之后和神经衰弱。

（1）顺行性遗忘与逆行性遗忘 常由脑外伤或其他原因所致的急性意识障碍引起。如对脑外伤后一段时间内发生的事情的遗忘称顺行性遗忘；对外伤以前一段时间内发生的事情的遗忘称逆行性遗忘。

（2）进行性遗忘 以再认与回忆的损害最大，患者除有遗忘外，还伴有日益加重的痴呆与淡漠。见于老年性痴呆。

（3）心因性遗忘 主要由沉重的创伤性情感体验引起，遗忘内容仅限于与某些痛苦体验相关的事物。

（4）近事遗忘与远事遗忘 对当日或近期内新发生的事情不能回忆称近事遗忘；对往事的遗忘称远事遗忘。脑器质性损害所致遗忘规律是先近事遗忘，随着病情发展，出现远事记忆损害或远事遗忘。



2. 记忆错误

由于再现的失真而引起的记忆障碍称记忆错误。患者对自身经历的事件，在发生时间、地点或情节等方面出现错误的记忆，并坚信不疑。

(1) 虚构 指患者以想象的、未曾经历过的事件来填补自身经历的记忆缺损，并信以为真。由于虚构症的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被称作柯萨可夫综合征，又称遗忘综合征。多见于慢性酒精中毒性精神障碍、颅脑外伤后所致精神障碍及其他脑器质性精神障碍。

(2) 潜隐记忆 指患者把自己过去看到或听到的，或梦中体验过的事物的回忆，认为是自己实际体验过的事物。

(3) 似曾相识与旧事如新 指对新事物有一种早已体验过的熟悉感称似曾相识；对已多次体验过的事物有似乎从未体验过的生疏感称旧事如新。多见于癫痫。

(4) 妄想性回忆 患者将出现妄想以前的经历与当前的妄想内容联系起来，剔除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联系的部分。

3. 记忆增强

病态的记忆增强是指患者对病前不能够且不重要的事或细节都能回忆起来。主要是见于躁狂症、抑郁症、偏执状态。

4. 记忆减退

指整个记忆过程的普遍性减退，轻者表现为回忆的减弱，如对日期、年代、名词、术语或概念回忆困难，记不住刚见过面的人，严重时远记忆减退，如回忆不起个人经历等，可见于痴呆。焦虑症患者记忆减退较轻，只是记忆困难；抑郁症患者有记忆减退感，并非忘记，而是在心境低落的背景下对记忆的认知发生了负性改变；轻微的记忆减退也可见于正常老年人。

(四) 思维及其障碍

思维 (thinking) 是人脑对客观现实的概括和间接的认识过程，是通过对事物的分析、比较、综合、抽象和概括来进行的，再通过推理或判断来间接地反映事物的本质。思维是人类精神活动的重要特征，人类认识活动的最高形式，思维的主要表达形式是语言，也可通过写作、艺术品或行为来表现。思维障碍可粗分为思维过程障碍（以联想障碍为主要表现）、思维形式障碍（以思维逻辑障碍为主要表现）与思维内容障碍（思维表达的内容明显违反客观事实，主要表现为妄想和强迫观念）等。

1. 思维过程障碍

回忆既往感知过的事物时多以表象形式出现。人在生活过程中保留许多表象，但在某



一时刻内仅能有某些表象出现。当一个表象与另一个表象相联系，或一表象引起一个表象，或由一个概念引起其他相关连的概念时的心理过程称联想。联想障碍可表现为联想的速度、结构和连贯性等方面的障碍。

(1) 思维速度和量的异常

联想奔逸 是一种表现为联想速度明显加快，概念大量涌现，甚至来不及表达的联想障碍。患者的言语增多，富于形容词，词藻华丽，高谈阔论，口若悬河，滔滔不绝，诙谐风趣，引人发笑。由于注意力易随境转移而致话题随之改变，缺乏重点。因联想加速致患者感到说话速度跟不上思维的进程，可表现为话题跳跃，但有别于联想散漫。一般而言，联想奔逸时的前后概念之间均存在有内在的联系，出现音联或意联，或与当时环境中发生的事情有联系。见于躁狂状态。

联想迟缓 与联想奔逸相反，联想受到抑制，概念形成缓慢，思维速度受阻，应答反应迟钝，思考困难，言语缓慢。见于抑郁症、精神分裂症，痴呆状态等。

联想贫乏 不同于联想迟缓，联想贫乏指的是联想数量减少，概念与词汇贫乏，患者常表现出对提问的回答为“没有”“恩”等简短词语，有的患者会有“脑子里空空的”的感受。多见于精神分裂症。

(2) 联想连贯性异常

思维松弛 患者意识清晰但思维内容涣散缺乏主题，对问题的叙述不够中肯，也不切题，联想内容之间缺乏一定的逻辑关系，一般情况下谈话的语句尚完整，但语句之间的结构缺乏紧密联系，使人难以理解其主题和意义，感到交谈困难，严重者发展为思维破裂。多见于精神分裂症。

思维破裂 患者在意识清晰的情况下，概念之间联想断裂，缺乏内在意义上的连贯与逻辑，单独语句在结构与文法上正确，但语句之间缺乏内在意义上的联系使人无法理解用意。如：问“你叫什么名字”，患者回答“你吃饭，水流哗哗响，刮风了……”，严重时出现语言支离破碎，甚至个别词语之间也缺乏联系，成了“词语的杂拌”。多见于精神分裂症。

思维不连贯 在意识障碍的背景上出现破裂性思维的表现，但是言语上更为杂乱，语句片段，毫无主题。多见于感染、中毒等躯体疾病所致精神障碍或器质性精神障碍。

(3) 联想途径异常

病理性赘述 指思维过程中抓不住主题，不厌其烦地作不必要的累赘的细节描述。其特点是患者不按医生的要求做简要的概括性回答，固执的按照自己的思维过程赘述下去，给人一种谈话内容“无主题”“啰嗦”“东拉西扯”的印象。与思维破裂不同的是患者最终还是回到主题。多见于癫痫所致精神障碍。



联想中断 在无意识障碍或外界干扰等情况下的思路突然被阻，表现为谈话突然中断，停顿片刻后再开口时，已换了内容或另一话题，患者常形容此刻的思路出现了“空白”或不能解析。见于精神分裂症。

(4) 联想形式异常

持续言语 思维活动在某一概念上停滞不前，表现为给患者提出一系列问题时，每次重复第一次回答时所说的话。多见于癫痫所致精神障碍或器质性精神障碍。

重复言语 与持续言语类似，思维展开的灵活性受损害，表现说话时多次重复一句话的最末几个字或词。多见于癫痫所致精神障碍或器质性精神障碍。

刻板言语 刻板的模仿周围人的言语。多见于精神分裂症紧张型。

(5) 思维自主性异常

思维被强加（思维插入） 患者认为头脑中有某种思想不是自己的，是在思考过程中别人通过种种方法强加于他的，即脑子里插入了别人的思想（有别与强直性思维）。多见于精神分裂症。

思维云集（强制性思） 是指思维不受患者意愿的支配，强制性的大量涌现在脑中。内容往往杂乱无章，患者也感到意外，甚至是厌恶的。常突然出现、难以排除，然后又迅速消失。如患者说“这些话是别人强加给我的，支配我说的，我苦笑哭都不受自己支配，不该哭的哭了，不该笑的笑了”。多见于精神分裂症、脑炎或颅脑外伤所致的精神障碍。

强迫观念（强迫性思维） 脑中反复不自觉地出现同一内容的思维，患者明知此观念没有必要，没有任何实际意义，但总是挥之不去，并有明显的压抑此观念的产生，因此常痛苦不堪，可伴有仪式动作来减轻内心痛苦。多见于强迫症，也可见于精神分裂症。

2. 思维形式障碍

即思维的逻辑结构障碍。是指概念的运用和判断推理等方面的逻辑紊乱，使词或句之间缺乏正常的联系，失去不同概念之间的区别性，混淆了概念的具体含义与隐义或借义的含义。在言语表达中出现正常语法结构的紊乱，令人无法理解。与思维过程障碍相比较，思维形式障碍能反映出更深刻的精神机能障碍。

(1) **象征性思维** 指患者将一事物的具体概念与抽象概念的混淆，而自己却毫无觉察。常以一些普通的概念、词句或动作表示某种意义，若不经患者解释，旁人无法理解。病理性象征性思维具有把象征与现实混淆的特点。正常象征性思维或活动，与病理性象征思维有本质的区别，前者是以传统的习惯为基础，彼此相互理解，不会将象征当作现实。

(2) **语词新作** 患者自创一些符号、语言、文字或图形，并赋予特殊意义或用以表达自己的思想，如不经患者解释，旁人无法理解。有时把几个不相关的概念或不完整的词拼凑成概念或词，代表某种新含义。既有概念的融合与浓缩，也有无关概念的拼凑。如以



“日忧”来表示其心情忧愁与害怕。见于精神分裂症。

(3) 逻辑倒错 违反思维同一律，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。

(4) 矛盾观念（矛盾思维，对立思维）往往指同一时间脑中出现两种相反的，矛盾的对立概念，互相抗衡而相持不下，患者无法判断哪对哪错。见于精神分裂症，也见于强迫性神经症。

3. 思维内容障碍

主要表现为妄想（delusion）。妄想是在精神病态基础上，由逻辑推理和判断的歪曲所致的一种病理信念。虽不符合事实，患者却坚信不疑，既不能以其文化水平及社会背景加以解释，也不能用事实和道理说服，但其行为却不一定受妄想的影响。妄想的特征为：①信念歪曲，妄想无关于事实存在与否，而在于信念偏离常理或专业知识的程度；②坚信不移，妄想不接受事实与理性纠正；③内容为个人所独有，与文化或亚文化群体的某些共同的信念不同，如迷信观念。

临床上有些患者其病理观念在未达到坚信不移的程度时，不能确定为妄想，称为类妄想观念，如牵连观念、被害观念、妒忌观念等，这些类妄想观念与妄想可能有一定的关联，多数为妄想的早期表现。而超价观念是指由某种强烈情绪强加了的，并在意识中占主导地位的观念。这种观念一般都是以某种事实作为基础，由于强烈情绪的存在，患者对此事实做出寻常的评价并坚持此种观念，因此在逻辑上接近正常思维，从内容上讲是某些现实的反映，切这些观念往往与切身利益有关，多见于人格障碍。

妄想按发生的背景可分为原发性妄想与继发性妄想。原发性妄想常突然发生，内容与当时处境和思路缺乏联系。继发性妄想是在幻觉、情绪低落或高涨、恐惧等其他病理体验的基础上发展起来的妄想，可见于多种精神疾病。

妄想按结构可分为系统性妄想与非系统性妄想。前者的内容连贯，结构紧密，常围绕着一个核心内容逐渐发展，不断增添新的内容，使妄想内容复杂与泛化，形成一个比较固定的妄想系统，多见于偏执性精神障碍。非系统性妄想为一些片断、零散、内容不连贯、不固定的病理信念，见于精神分裂症。

临床上常按其主要内容归类：

(1) 被害妄想 最常见的一种妄想。患者坚信自己或（和）亲人受到污蔑、诽谤、打击、陷害或毒害、监视或跟踪，可伴有幻听。在妄想影响下可出现拒食、拒药、逃走、控告、自伤或伤人、毁物等行为。见于精神分裂症、偏执性精神障碍及其他精神病。

(2) 关系妄想 又称牵连观念或援引观念。患者把环境中实际上与自己不相关的一些现象都认为与自身有关，常与被迫害妄想同时存在。如患者坚信周围人的言行、广播或报



上文章都是针对或影射、暗示自己的，认为大街上的人在自己背后指桑骂槐、话里藏针等。多见于精神分裂症。

(3) 影响妄想 又称被控制妄想。患者坚信自己的思想、情感、行为都受到外界某种力量或某种仪器、电波、射线等的控制、干扰或操纵，不受自己意志的支配，或认为有外力刺激自己的躯体，产生种种不舒服的感觉。

(4) 夸大妄想 患者坚信自己具有非凡的才智、地位和权利；自己是科学家，已有许多发明创造；自己是伟大人物或名人后裔，国家领导人、世界的统治者等。如其发生于情绪高涨的背景下，可能伴有思维奔逸、意志活动增多等表现，多见于躁狂发作；如其内容荒谬离奇，常人难于理解，多见于精神分裂症；或如有梅毒病史及相关阳性辅助检查结果，可见于麻痹性痴呆。

(5) 罪恶妄想 患者毫无根据地认为自己犯有严重错误或罪行，或将过去微不足道的琐事夸大为重大错误，应受到惩罚。常伴有自卑、自责、绝望及拒食、自伤或自杀等行为。见于抑郁症、精神分裂症等。

(6) 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也毫不置疑，而认为是考验自己对爱情的忠诚，仍纠缠不休。常见于年轻患者，女性居多，有时伴有幻觉。

(7) 嫉妒妄想 患者坚信自己的配偶对自己不忠实，另有新欢或外遇，并对配偶的行为加以监视或跟踪，有时出现报复行为。常见于慢性酒精中毒伴有性功能减退的男性患者和更年期女性患者，也见于精神分裂症和偏执性精神病。

(8) 疑病妄想 毫无根据地坚信自己患有严重疾病，虽经医学检查否定，仍不能纠正的一种病理信念。严重者声称“自己的内脏烂了”或“自己身体的一部分不存在了，只剩下一个躯壳”等称虚无妄想。见于更年期和老年期患者，内容荒谬者见于精神分裂症。

(9) 非血统妄想 患者坚信父母不是自己的亲生父母。多见于精神分裂症。

(10) 与思维从属相关的妄想 正常人从不疑自己的思想是从属于自己的，只要自己不暴露，别人是无法知道的。某些患者认为自己的想法即使不说出来，别人通过“传心术”、窃听器或其他神秘方法已获知，思维被洞悉或思维揭发、思维播散；有的认为自己的思维被外力抽走，“脑子空了”（思维被夺）；有的则认为自己的某些想法或全部想法都是外界通过某种方法强行插入的（思维插入）。多见于精神分裂症。

(11) 强迫观念 是一些反复出现的想法、冲动、印象或观念，患者明知无必要、不合适或毫无意义而想排除，却难以克制，无法摆脱。常伴有紧张、焦躁不安或强迫行为。见于强迫症、精神分裂症（早期或恢复期）等。



4. 与其他心理活动相关的思维障碍

(1) 妄想性知觉 为思维与感知觉的相关障碍。指患者对当时的客观现实中某一事物突然出现妄想意义的理解，坚信周围的现象意味着或预兆着即将发生尚未肯定的事件。也指在真实的直觉过程的同时，患者赋予特殊的意义，做异常的解释。多见于精神分裂症。

(2) 妄想性情绪 思维和情绪的相关障碍。指患者突然出现惶惶不安，焦虑紧张的情绪，感到周围环境的气氛不对，坚信灾难即将来临，世界将会发生巨大变化，在此基础上出现妄想性知觉，产生原发性妄想观念。多见于精神分裂症。

(3) 妄想性回忆 思维和记忆的相关障碍。指患者对发病前的事件给予妄想性解释，与目前的妄想内容相互联系在一起。患者目前存在妄想，把回忆出来的既往经历用现在的妄想去解释，从而认为妄想内容很久以前就发生了。如有被害妄想的患者，回忆多年前同事说过的一些话，当时并不认为有什么特殊意义，而现在联想起来，认为他们当时就在陷害自己，蓄谋已久。

(五) 智能及其障碍

智能 (intelligence) 智慧与能力的合称，主要是认识过程表现出来的心理特征，是与先天素质和后天训练密切相关的一种复杂的、综合性的精神活动，包括运用既往获得的知识和经验解决新问题、形成新概念，获得新知识与经验的能力，总是在解决某种问题的过程中表现出来。在判断智力障碍程度时，要注意到患者的记忆、知识程度等因素的影响。临床上通常通过一些简单的提问与操作，来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，从而可对智能是否有损害进行判断，对损害程度做出粗略判断；也可通过智力测验方法得出智商，对智能进行评定评价。智能障碍分两大类。

1. 精神发育迟滞 (mental retardation)

指个体生长发育成熟以前 (18 岁以前)，由于遗传、染色体畸变、感染、中毒、颅脑外伤、内分泌异常、脑病和各种原因致使大脑发育不良或受阻，智能发育停留在一定的阶段。随着年龄增长其智能明显低于正常的同龄人智力水平，由于智力发育受阻，往往还伴有社会功能障碍。

2. 痴呆 (dementia)

是指个体由于器质性病变，患者虽然没有意识障碍，但后天获得的智能、记忆和人格全面受损的一种综合征。临床上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，并伴有其他精神症状，如情感淡漠、行为幼稚及本能意向亢进等。可见于阿尔茨海默病和麻痹性痴呆等。



(1) 真性痴呆 由大脑器质性损害引起的痴呆。一般说来, 病变多呈进行性, 常不易恢复。除思维活动日趋加重的不断完善外, 社会情感也逐渐丧失, 原始情感与本能意向占优势。

(2) 假性痴呆 由强烈精神创伤引起的痴呆样表现, 大脑无任何器质性损害, 系大脑功能抑制的结果。病情可逆, 预后良好。

阻塞综合征 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。如患者对简单的计算给予错误又近似的回答, 将钥匙倒过来开门, 但对某些复杂问题反而能正确解决, 如能下棋、打牌等。

童样痴呆 以行为幼稚、模拟幼儿的言语行为特征, 即成人患者表现为类似儿童一般稚气的样子, 学着幼童讲话的声调, 逢人就称阿姨、叔叔。

抑郁性假性痴呆 指严重的抑郁症患者在精神运动性抑郁的情况下, 出现认知能力的降低, 表现为类似于痴呆早期的症状, 如计算能力、记忆力、理解判断能力下降、缺乏主动性。

(六) 定向力障碍

定向力指个体对时间、地点、人物以及自身状态的认知能力。前者称为对周围环境的定向力, 后者称为自我定向力。引起定向障碍的原因很多, 如意识障碍、严重记忆障碍、智能障碍、注意障碍、思维障碍等, 多见于躯体疾病所致的精神障碍及脑实质性精神病伴有意识障碍时。

1. 对环境的定向障碍

(1) 时间定向障碍 指患者对当时所处时间, 年、月、日、时刻等的认识出现错误。

(2) 地点定向或空间定向障碍 指患者对当时所在的地理位置的认识出现错误。

2. 自我定向障碍

对自己的姓名、年龄、职业等状况的认识发生障碍; 对周围人物的识别及与本人的关系等发生障碍; 定向障碍见于意识障碍及智力障碍患者。正常人亦可出现短暂的定向障碍, 特别是新迁地址或旅途中可出现持续约数十分钟至数小时定向障碍。

三、意志和精神运动及其障碍

(一) 意志过程及其障碍

意志过程是指人们在社会实践中, 为达到既定目的而采取的自觉行动, 包括自觉地确定行动的目的、有意识地支配和调节其行动以实现预定目的的心理现象。意志受情感的影响, 也是认识过程进一步发展的结果, 对人们的社会实践具有积极的促进作用。常见意志障碍有:



1. 意志增强

指患者的意志活动具有病态的顽固性，在病态情感或妄想支配下，顽固地支持某些行为。如抑郁症患者的顽固自杀企图与行为；被害妄想者的反复诉讼上告；嫉妒妄想者对其配偶的跟踪影视行为等。

2. 意志减退

指意志活动的减少。患者表现出动机不足，常与情感淡漠或情绪低落有关。对周围一切事物缺乏兴趣以致意志消沉，对处境无所要求，对今后没有打算，整日卧床或呆坐、呆立、生活懒散。见于精神分裂症和抑郁症。

3. 意志缺乏

指意志活动缺乏。表现为对任何活动都缺乏动机及主动性要求，生活处于被动状态，处处需要别人的督促和管理，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。多见于精神分裂症晚期精神衰退时及痴呆。

4. 矛盾意向

指对同一事物出现两种完全相反的意向和情感，表现为遇事缺乏果断，常常反复考虑，不知如何是好，如碰到朋友时，一面想去握手一面却把手马上缩回来。多见于精神分裂症。

(二) 动作与行为障碍

单个较简单的随意运动称动作。一系列有联系的动作称行为。有意识的动作与行为称精神运动。精神运动性障碍见于多种精神疾病，也是最令人瞩目的精神活动表现。

1. 精神运动性兴奋

是指动作和行为增加，分为协调性与不协调性精神运动兴奋两类。

(1) 协调性精神运动性兴奋 指与患者当时的思维、情感状态协调一致的精神运动性兴奋，并和所处环境关系密切，动作和行为都有一定的目的和意义，易被人理解，即患者的整个精神活动是协调一致的。如躁狂症的兴奋遍及精神活动的各方面，以情感高扬最为突出，并影响和支配其它方面的活动，伴有自我感觉良好、自我评比过高、思维奔逸、夸大妄想、意志增强等，其知、情、意各个过程间相互协调，并与内心体验及周围环境一致，易引起别人的共鸣。与激动情绪相联系的坐立不安、搓手顿足等心因性兴奋也属于协调性精神运动性兴奋。

(2) 不协调性精神运动性兴奋 患者的整个精神活动不协调，动作和行为的增多同当时的思维、情感状态不一致，缺乏目的和意义，单调而杂乱，令人费解。如精神分裂症的紧张性兴奋，无诱因突然发生的冲动、攻击或破坏行为。也见于谵妄状态、伴有智力障碍和人格改变的器质性精神障碍。



2. 精神运动性抑制

是整个精神活动的减低，动作、行为与言语同时减少，缺乏主动性，对外界刺激反应迟钝。是精神运动自主性障碍，可有多种表现形式，也可数种表现合并存在。多见于精神分裂症、抑郁症等。

(1) 蜡样屈曲 常在精神分裂症木僵的基础上出现，患者的肢体任人摆布成任何姿态，毫不拒抗，哪怕是极不舒服的姿势，也可长时间保持不变。如患者僵卧在床上，抽去头下枕头后，仍持续在好似枕着枕头的姿势躺着，即使很长时间也不自动纠正，称“空气枕头”。

(2) 木僵 指动作行为和言语活动的完全抑制或减少，患者长时间保持一种固定姿势，尽管这种姿势并不令人感到舒适。严重者呈木僵状态，不言不动、不饮不食、呆坐、呆立或终日卧床；大小便潴留，也不主动排泄；不咽唾液，任其沿口角外流；对刺激缺乏反应，但夜深人静时可稍有活动或自进饮食，询问时也可低声回答，若不及时治疗，可持续很长时间，应与昏迷相鉴别。轻者称亚木僵状态。见于精神分裂症、抑郁症、反应性精神障碍，癔症及器质性精神障碍。

(3) 不自主服从 患者对任何意见和要求都无条件的接受，立即做出相应的动作，甚至是一些不愉快的、无意义的、并使其难受的动作也绝对服从。

(4) 模仿症 患者毫无目的的、简单地模仿他人的言语、动作、表情或姿势等，完全是一种机械式的自动性动作，并非戏谑行为。

(5) 抗拒症 又称违拗症。患者对所有外来吩咐或要求的一种不自主的拒抗，并非有意的不合作。分主动性抗拒与被动性抗拒两型。被动性抗拒是拒绝执行任何吩咐，对别人的要求，一概加以抗拒。主动性抗拒不但不招待吩咐，还做出与要求全然相反的动作，如令其张口检查时，却紧紧地闭口，要其闭口时，却大张口。

(6) 重复症 毫无意义和目的的反复重复单调的动作或言语。患者不以为苦，也不想控制或摆脱，不同于强迫症。见于精神分裂症。

(7) 作态 又称矫饰症。患者作出一些愚蠢而幼稚的动作、姿势、步态与表情，如扮鬼脸、做怪相、尖调说话、用足尖走路等。多见于青春型精神分裂症。

四、意识障碍

意识 (consciousness) 是指人对客观环境和自身的认识能力。前者称环境意识，后者为自我意识。意识活动是通过脑干网状结构的上行激活系统和大脑皮层的功能活动共同实现的。意识是一种心理状态，而不是一种心理过程。因此，意识障碍不是某种单一的心理机能障碍，而是各种心理过程同时受累，不能根据单一心理过程障碍来判断意识障碍。意



识障碍可由各种病因所致的脑功能抑制引起，脑功能抑制的程度与致病因素的性质、程度、持续时间有关，也与意识障碍的程度密切相关。

（一）环境意识障碍

1. 以意识水平障碍为主的意识障碍

以精神活动的普遍抑制为特征。表现为感觉阈值增高，感知觉迟钝，注意力难于集中，思维迟缓，理解困难，记忆力差，回答问题缓慢、简单且不准确，情感迟钝，动作减少，定向障碍等。

（1）嗜睡状态 意识障碍程度较轻，在安静环境下常处于睡眠状态，较强刺激能唤醒，并能进行简短的交谈或完成一些简单的动作，刺激一旦消失又入睡。

（2）意识混浊状态 意识模糊，对外界反应迟钝，强刺激方能引起反应。常有理解、定向障碍，以致对问题理解与应答常有错误。吞咽反射、角膜反应与对光反应存在，可出现吸吮、强握、舔唇等原始动作。多见于躯体疾病所致精神障碍。

（3）昏睡状态 意识水平降低程度较上述二者深，对呼叫或推动已不能引起反应。针刺或压眶上缘等强刺激也只能引起无意识的发声或防御反射。角膜与睫毛反射较弱，对光反应存在，深反射亢进，可有肢体震颤或不自主动作。

（4）昏迷状态 意识完全丧失，对任何刺激都不产生反应。防御、吞咽与角膜等反射及对光反应消失，可引出病理反射。按严重程度可分为浅昏迷、深昏迷。

2. 意识范围缩小为主的意识障碍

正常人在某一时间内也只能意识到作用于他的诸多事物中的某些事物，即意识活动有一定的范围界限。当意识范围狭窄时，在一定时间内仅有少数事物、表象或概念处于意识中心，其余在正常时能意识到的事物则不为患者所感知。意识范围缩小如同视野缩小形成的“管窥”一样，并具有复杂精神机制的抑制、简单精神机制的保存及行为的自动化等特征。

（1）意识朦胧状态 患者的意识活动集中于较窄而孤立的范围之内，只对范围内的体验能够感知。表面上看，尚能保持接近正常的行为，自动完成习惯性动作；自理简单生活，回答简单问题，甚至能完成某些连续的行动，但对外界感知不清晰、联想抑制、理解判断能力缺乏，不能适切地掌握与适应周围环境。还可出现定向障碍、片断幻觉、错觉，表情茫然，焦虑、恐惧等情感体验，冲动或攻击行为。朦胧状态以反复发作作为特征，常突然发生、持续数分至数日后突然终止，事后多有遗忘。常见于癫痫与癔症，也见于反应性精神障碍、颅脑外伤、感染、中毒及躯体疾病。

（2）漫游性自动症 是意识朦胧状态的一种特殊形式，以不具有幻觉、妄想和情绪改变为特征。患者在意识障碍中可进行无目的、无意义的、与当时处境不相适应的动作。突



然发生，持续时间短暂，突然终止，事后遗忘，临床上较多见的有两类：

梦游症 又称睡行症。患者多在入睡后 1~2h 突然起床，但并未觉醒，做些简单而无目的的动作，持续数分至数十分钟后突然入睡。翌晨醒来，完全遗忘。见于癫痫或癔症。

昼游症 旧称神游症。多发生于白天或于晨起时突然发作，患者无目的的外出漫游或到外地旅行，持续数小时至一日或更长时间，突然清醒，事后有部分遗忘。见于癫痫，也见于癔症，心因性精神障碍等。

3. 意识内容改变为主的意识障碍

在正常状态下，由于新的印象不断地充实意识内容，使其内容不仅复杂，且经常改变。病理性意识内容改变常呈一过性，预后一般良好，其特征是在精神活动抑制的背景上，出现兴奋性症状。亦可出现幻觉、片断妄想、恐惧情绪、躁动不安等。

(1) 谵妄状态 在意识水平降低的背景上出现丰富、形象、生动的错觉与幻想觉，以幻视居多，言语性幻听少见。伴有紧张、恐惧等情绪反应，兴奋不安，思维不连贯，喃喃自语。定向不良，对周围环境不能正确辨认。昼轻夜重，持续数小时或数日不等，意识恢复的可有部分遗忘或完全遗忘。见于感染、中毒、脑外伤及躯体疾病。

(2) 精神错乱状态 表现与谵妄状态相似，但病情较严重。以精神活动不协调，无法理解为特征。可出现片断性的幻觉、思维极不连贯，感知综合障碍，焦虑、恐惧、严重不协调性运动兴奋，定向力与自知力丧失。持续时间可长达数周至数月，愈后有遗忘。见于严重的感染中毒性疾病。

(3) 梦样状态 是伴有意识水平降低的一种梦境样体验，其内容多反映现实生活中的某些片断，并与富有情感色彩的幻想交织在一起。常出现丰富的假性幻视和幻听，以及恐惧、忧郁或淡漠等相应的情感变化，致使患者沉溺于幻觉和幻想之中，与周围环境缺乏或丧失联系。反应迟钝，定向错误，以无思维不连贯和内心体验比较丰富为特征。事后有部分回忆和批判能力。见于心因性精神障碍、癫痫、精神分裂症及感染中毒性疾病。睡眠剥夺、过度疲劳，服用致幻剂时也可引起梦样状态。

(二) 自我意识障碍

自我意识内涵包括：①存在意识：人对自我的存在能有一个现实的、确切无误的体会；②能动性意识：意识到自己的精神活动是受本人的支配和控制；③同一性意识：意识到自己在不同的时间内是同一个人；④统一性意识：意识到自己在同一时间内是单一的人；⑤界限意识：意识到自己与其他人或事物之间存在着一定的界限，并是相互独立存在的不同个体。当上述内涵中的 1 项或几项出现错误时，即发生自我意识障碍，常见的有：

1. 人格解体

是指对自我和周围现实的一种不真实的感觉。对自己的精神活动和躯体的存在产生不



正确认识或丧失真实感或现实感。例如认为自己的灵魂脱离躯体而存在，或身体两侧不属于同一机体等，见于精神分裂症。

2. 双重人格

是统一性意识障碍的表现。患者在同一时间内表现为完全不同的两种人格，例如患者一方面以甲的身份、语调、行为出现，而另一方面以乙的身份出现。多见于癔症，亦见于精神分裂症。

3. 交替人格

是同一性意识障碍的表现。同一患者在不同时间内表现为两种不完全不同的人格，在不同时间内交替出现。多见于癔症，也见于精神分裂症。

(三) 自知力障碍

自知力 (insight) 是指患者对自己所患疾病的认识与判断能力。大多数精神疾病患者自知力丧失，有的患者在患病初期尚有自知力，随病情加重逐渐丧失。经过治疗，病情好转后患者的自知力恢复，并能对患病期间的精神异常表现作出恰当的判断和认识。因此，自知力检查对判断疗效和预后具有重要意义。

五、情感障碍

情感 (affect) 和情绪 (emotion) 在精神医学中常作为同义词，是指个体对客观事物的主观态度和相应的内心体验。情感障碍通常包括情感性质的改变、情感稳定性的改变和情感协调性的改变。

(一) 情感性质的改变

1. 情感高涨

正性情绪高涨，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愉快、欢乐体验，患者言语高昂，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，常伴有情绪高涨一致的思维奔逸、意志活动增多，多见于躁狂症。

2. 欣快

表现为不易理解的、自得其乐的情感高涨状态，多见于脑器质性疾病或醉酒状态。

3. 情绪低落

负性情绪增强，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企图，常伴有思维迟缓、动作减少及某些功能的抑制，如食欲缺乏、闭经等。多见于抑郁症。

4. 焦虑



患者具有无故过分担心发生威胁自身安全和其他后果不良的心境体验，并有紧张、恐惧、坐立不安、搓手顿足、惶惶不可终日等行为表现，还可有心跳加快、紧张出汗等交感神经兴奋的表现。按其发作的典型形式可分为惊恐发作与广泛性焦虑。

5. 恐惧

持续性地对特殊的人、物或情景产生惧怕，并有相应回避的现象。

(二) 情感稳定性障碍

1. 情感淡漠

对外界任何刺激均缺乏相应的情感反应，患者表情平淡，缺乏相应的内心体验与外部的非语言情绪表现。

2. 情感麻木

指在强烈精神刺激下引起的暂时性情感反应的抑制状态，患者表现为呆若木鸡，并有相应的言语、行为抑制。多见于心因性精神障碍。

3. 情感脆弱

指轻微外界刺激即能引起明显的伤心体验。较轻的情感脆弱称为情绪不稳，严重的情感脆弱称为情感失禁。多见于脑血管病所致的精神障碍。

4. 情感爆发

在强烈的精神刺激下，出现短暂的情感宣泄状态，整个症状杂乱无章，变化很大，具有浓厚的情感色彩，也呈戏剧性的表演色彩，可伴有轻度的意识障碍。

5. 病理性激情

一种突发的、强烈而短暂的情感反应，常伴有意识障碍，发作后可有遗忘，可产生无指向性的冲动且难以控制。多见于癫痫所致精神障碍。

6. 易激惹性

患者对刺激的反应性增高，一般性刺激即引起强烈而不愉快的情绪体验。多见于躁狂发作，也可见于抑郁症、焦虑症。

(三) 精神协调性障碍

1. 情感倒错

指情感表现与内心体验或处境不相协调，伴有表情倒错。如听到高兴的事反而表现伤感。

2. 情感幼稚

指成人的情感反应如同小孩一般幼稚，缺乏理性控制，反应迅速而强烈，没有节制和遮掩。

3. 矛盾情感



指同一时间出现两种截然相反、互相矛盾的情感体验。如对同一事物产生又喜又厌的情感体验，并不意识到两者是相互矛盾的，也不能判断哪种态度是对的。

4. 被强加的情感

患者所体验到的情感并不是自发产生的，而是外界力量强加的，它与其他被动体验一起构成精神自动症。

5. 病理性心境恶劣

指无外界任何原因而出现的短暂心境低沉、苦闷、怨恨，可伴有强烈的敌意、攻击、自伤和自杀行为，持续数日。主要见于癫痫所致的精神障碍、也见于人格障碍。

习题

1. 感知的定义为

- A. 缺乏相应的客观刺激时的感知体验
- B. 客观刺激作用于感觉器官而被意识到的过程
- C. 对客观事物的错误感受
- D. 客观刺激作用于人脑的过程
- E. 是人接触客观事物所引起的体验

2. 引起错觉的常见因素为

- A. 谵妄状态
- B. 焦虑、紧张等情绪因素
- C. 疲劳
- D. 感染、中毒等致意识障碍时
- E. 以上都是

3. 关于幻觉的定义为

- A. 对客观事物的错误感受
- B. 对客观事物的胡思乱想
- C. 缺乏相应客观刺激时的知觉体验
- D. 客观刺激作用于感觉器官的感知体验
- E. 是一种病理性的歪曲信念

4. 听幻觉最常见于

- A. 躁狂症
- B. 抑郁症
- C. 精神分裂症
- D. 癔症
- E. 恐惧症

5. 下列哪项不属于思维形式障碍

- A. 思维迟缓
- B. 思维散漫
- C. 病理性赘述
- D. 牵连观念
- E. 矛盾思维

6. 关于思维迟缓是下列哪种疾病的典型症状，说法较正确的是

- A. 强迫症
- B. 精神分裂症状
- C. 抑郁症
- D. 癔症



- E. 神经衰弱
7. 下列哪种说法正确
- A. 部分或全部不能再现以往的经历称为记忆错误
- B. 由于再现的失真而引起的记忆障碍称为遗忘
- C. 病人以想象的、未曾亲身经历过的事件来填补亲身经历的记忆称为错构
- D. 将过去经历过的事物在具体时间, 具体人物或地点上搞错了, 称为错构
- E. 病人把从未见过的人当作熟人或朋友认识, 称为虚构
8. 谵妄属于下列哪种障碍
- A. 情感障碍 B. 思维障碍 C. 意识障碍 D. 记忆障碍
- E. 认知障碍
9. 慢性脑病综合征, 一般不出现的精神障碍是
- A. 记忆障碍 B. 思维障碍 C. 人格障碍 D. 意识障碍
- E. 智能障碍
10. 意识障碍的重要标志之一是
- A. 定向力障碍 B. 情感淡漠 C. 注意力集中困难 D. 记忆力障碍
- E. 思维障碍
11. 木僵不见于下列哪种疾病
- A. 精神分裂症 B. 焦虑症
- C. 抑郁症 D. 脑器质性精神障碍
- E. 癔症



第三章 精神障碍的检查与诊断

第一节 精神障碍的面谈检查

一、面谈检查的目的

面谈检查的主要目的是获取诊断所需的资料，并建立良好的医患和护患关系。通过面谈可以发现和挖掘患者存在的精神症状，了解其发生、发展的过程，掌握各种症状相互间以及症状与生物、心理和社会等因素之间的关系。

二、面谈检查的步骤

（一）开始

面谈检查的开始，首要任务是让就诊者先放松下来。

1. 环境安静 面谈检查的环境应该安静，理想的状况是只有检查者和被检查者两人。谈话的内容保证无外人听见，使患者感到自己的隐私受到尊重。

2. 落座 条件允许的话，病室内应在检查者座位旁不同距离放置数把椅子，由就诊者自行挑选座位。就诊者自然会挑选最令自己舒服的位子，而检查者也可据此猜测就诊者是处于排斥、防备还是接受的心理状态。

3. 自我介绍与称谓 对于初次就诊者，检查者必须简单介绍一下自己的背景状况如自己的工作经验、专长等，为医患关系定下一个平等的基调。同时根据患者的年龄身份，确定对患者的称谓。

（二）深入

最初的一般性接触结束后，面谈检查逐渐转入实质性内容。检查者希望了解就诊者的精神状况，都存在哪些精神症状，精神症状的起因和演变等。

1. 以开放性交谈为主 对于神志清楚、合作者可以提一些开放性的问题，如“你感到有什么不舒服？”“你的心情怎么样？”在此阶段，通过与患者交谈可以了解其主要的病态体验及其发生发展过程，并通过观察，掌握患者的表情、情绪变化，以及相应出现的异



常姿势、动作、行为和意向要求。

2. 主导谈话 在谈话进行过程中,检查者不但要尽量使患者感到轻松自然,还应该主导谈话,使患者集中在相关的话题上,不能过多纠缠于细枝末节,避免导致头绪不清。

3. 非言语性交流 眼神、手势、身体的姿态等,构成了非言语交流的主体。检查者可以通过使用这种手段鼓励或者制止患者的谈话,也可以采取身体前倾、眼神凝视、频频点头等姿态鼓励患者讲出检查者所要了解的重要内容。

(三) 结束

深入交谈时间视问题的复杂性而定,一般持续 20~45 分钟。在交谈临近结束时,检查者应该做一个简短的小结,并且要询问患者是否还有未提及的很重要的问题。对患者的疑问做出解释和保证,如果对患者的进一步治疗有安排,应向患者说明。

三、面谈检查的技巧

1. 倾听 这是最重要也是最基本的一项技术,却最容易被忙碌的检查者所忽视。交谈时必须注意倾听,不仅用两只耳朵听,更重要的是用第三只“耳朵”一心去听。让患者谈自己认为最重要的病情、最痛苦的心理问题和一些难以解决的矛盾,不要随便打断他的谈话(至少在谈话初期不要插话)。倾听有利于患者解除过分的警戒心理,增加对检查者的信任感。

2. 提问 提问分为开放式和闭合式两种。开放式提问没有现成固定的答案,如问“你感觉心情怎么样”,患者可以自己发挥,特别适用于心理咨询场合,此时患者处于主动地位。开放式可由检查者灵活掌握,及时发现患者的主要问题,并围绕该问题进一步深入了解。闭合式提问只有一个现成固定的答案,如问“你多大年纪了”,患者没有其他的话可说,答完即止,此时患者处于被动地位,适用于痴呆、抑郁症和儿童精神疾病患者。

3. 引导 交谈的方式要灵活,对不同对象应采用不同的交谈方式,即个体化的原则。有的患者在表达自己的感受或经历时,会偏离主题或出现思路停顿,检查者应给予适当的启发、引导,鼓励其完整地谈出自己想说的内容。在接触敏感多疑的患者时,不要因其荒谬的思维而随便打断谈话,也不要与之争辩,强行指正其病态观念,否则会阻碍患者的表达或引起猜疑,甚至成为患者妄想的对象。对抑郁、悲观消极的患者,检查者应以热情、鼓励的话语,引导其回忆以前的成绩和愉快体验。

4. 肯定 这里是指肯定患者感受的真实性。我们并非赞同患者的病态信念或幻觉体验,但可以向患者表明检查者理解他所叙述的感觉。接纳而不是简单否定的态度,有助于医患或护患间的沟通。

5. 非言语性交流 检查者的仪表姿态,如表情、姿势、眼神、动作等,在情感交流中起着重要作用。有时在交谈中,适当的沉默可给双方以思考、调整思路的时间。针对不



同症状的患者，恰当的选择和运用倾听、转换话题、回避主题、重复主题、认同、沉默、追加询问等方式，才能达到与患者有效地接触和交谈。

第二节 采集精神障碍的病史

一、病史格式和内容

(一) 一般资料

包括姓名、性别、年龄、婚姻、民族、籍贯、职业、文化程度、住址、入院日期、病史提供者及对病史资料可靠性的估计。

(二) 主诉

主要精神症状及病程（来诊或转诊原因）。

(三) 现病史

现病史是病史的主要部分，必须按时间顺序描述记录，其内容主要包括以下 5 个方面。

1. 发病原因 询问患者发病的环境背景及与患者有关的生物、心理、社会因素，以了解患者在什么情况下发病。如有明确的原因和（或）诱因，则应详细、客观地进行描述。有些因素，例如在开始发病的同时发生一件不大不小的事情，但不能肯定是否与发病有关，则应放在病史的后面叙述。

2. 发病形式和病期 发病有许多形式，如急性、亚急性、缓慢起病以及在缓慢发病的基础上的急性恶化。病期是从发病的时间算起，指实际发病时间，应注意与主诉一致。如果是多次发病，而期间未完全恢复正常者，病期应从第一次发病算起。

3. 病情演变 病情演变主要包括发病症状的变化和轻重程度的变化，可按时间先后逐年、逐月甚至逐日分段作纵向描述。例如性格改变，要说明过去怎样，现在怎样，改变程度如何。除了说明症状的具体表现外，还要说明产生症状的背景及与症状变化有关的因素。

4. 既往诊疗情况 详细了解患者的既往诊断、治疗用药及疗效，以供进一步诊治参考。

5. 一般情况 主要包括患者在患病期间的工作、学习和社会适应情况，与周围环境接触的情况，对疾病的认识程度，饮食、睡眠、大小便情况及生活自理能力等。还应重点询问有无威胁自身或他人安全的特殊行为，如自杀、自伤、冲动、伤人、毁物、外走等，做到心中有数，予以重点防范。



（四）家族史

家族史是指家族情况与病情的关系，包括家族遗传史和家庭情况。家族遗传史是指父母两系三代的精神疾病史，还包括特殊性格、酗酒、癫痫等情况。家庭情况包括家庭和谐情况、经济情况、居住条件、邻里关系、家庭特殊习惯或传统等，还有各个家庭成员的年龄、职业、性格爱好、与患者的关系好坏等。

（五）个人史

个人史是指患者从小到现在的生活经历、性格特点和健康状况。对一个首次住院的患者，个人史要求项目齐全，但重点项目要详细些、具体些。所谓重点，是指与现病史关系比较密切的部分。对儿童患者来说，婴幼儿期的成长发育、家庭环境等就是重点；对中老年发病者来说，这些情况在临床上就不一定是重点，但在科研上或许有意义。

（六）既往史

询问有无发热、抽搐、昏迷、药物过敏史。有无感染、中毒及躯体疾病，特别是有无中枢神经系统疾病如脑炎、脑外伤等。应注意这些疾病与精神障碍之间在时间上有无关系，是否存在因果关系，有无其他精神病史。

二、采集病史应注意的事项

（一）病史应客观、全面和准确

采集病史应尽量做到客观、全面和准确。可从不同的知情者了解患者不同时期、不同方面的情况，相互核实，相互补充。

（二）了解患者的性格特点

如何收集患者的性格特点资料是初学者难以掌握的问题。性格可从三个方面了解：一是从其亲戚朋友，二是根据患者自诉，三是检查者自己观察。

（三）采集病史时询问的顺序

在门诊由于患者和家属最关心的是现病史，且受时间限制，一般先从现病史问起。住院病史的采集则多从家庭史、个人史、既往史说起，在对发病背景有充分了解的情况下更有利于现病史的收集。

（四）记录病史

应如实描述，但应整理加工使条理清楚简明扼要，能清楚地反映疾病的发生发展过程以及各种精神症状特点。对一些重要的症状可将患者原话记录。记录时要避免用医学术语。对病史资料医护人员要保密，勿做闲谈资料，这也是医德的要求。



第三节 精神状态检查的内容

一、精神状态检查的内容

(一) 一般表现

1. 意识状态 意识是否清楚，如有意识障碍应注意观察其性质、程度及内容。
2. 定向力 包括时间、地点、人物和周围环境的定向能力。自我定向能力，如姓名、年龄、职业等；有无双重定向。
3. 与周围的接触 包括主动接触及被动接触能力、对检查的合作情况、对周围事物的态度等。
4. 日常生活 包括饮食、睡眠状况，大小便是否正常，女性患者的月经情况，以及生活处理能力等。

(二) 认知活动

1. 知觉障碍

- (1) 错觉：错觉的种类、内容、出现的时间及频度，与其精神症状的关系及影响。
- (2) 幻觉：幻觉的种类、内容、真性还是假性幻觉，出现时间及频度，与其他精神症状的关系及影响。
- (3) 其他知觉障碍：知觉障碍的种类、出现时间及性质。

2. 思维活动障碍

- (1) 思维联想障碍：联想障碍的数量、语速、结构有无异常，有无思维迟缓、思维中断、思维奔逸及思维贫乏等。
- (2) 思维逻辑障碍：思维逻辑结构如何，有无思维松弛、破裂、象征性思维、逻辑倒错、语词新作等。
- (3) 思维内容障碍：如有妄想，其种类、内容、性质、出现时间、原发或继发，发展动态，涉及范围是否固定、是否成系统，内容荒谬或接近现实。
- (4) 记忆力：有无记忆力减退，包括即刻记忆、近记忆和远记忆。有无记忆增强。有无遗忘，逆行性或顺行性遗忘。有无错构、虚构。如有明显记忆减退，应进一步检查智力。
- (5) 智能：包括一般常识、专业知识、计算力、理解力、分析综合及抽象概括能力等，如有智能减退可进一步详细检查。
- (6) 自知力：有无自知力损害，损害程度。



（三）情感活动

情感活动主要由客观表现和主观体验两方面来进行检查。客观表现包括患者的面部表情、姿势和动作，以及面色、呼吸、脉搏、出汗等。主观体验可通过患者的自述加以了解，也可直接询问其内心体验如何。要确定患者占优势的情感活动及其强度，是情感适度，还是情感高涨、情感低落、焦虑、恐惧等。

（四）意志行为

意志行为包括意志减退或增强，本能活动（食欲、性欲）的减退或增强，有无兴奋、冲动损物、伤人、自伤、自杀、木僵以及怪异的动作行为，与其他精神活动配合程度如何等。应该注意意志行为障碍的种类、性质、强度、持续时间、出现频率、对社会功能的影响等。

二、精神检查中应注意的问题

（一）合作当事人的检查

主要通过交谈了解其内心体验和感受。在作精神检查记录时应避免使用症状学术语，应以患者的言语系统加以描述。

（二）不合作患者的精神检查

在精神科常会碰到不肯合作或不能合作的患者，妨碍交谈的进行。对这类患者首先要从其亲友了解病史，了解不合作的原因；其次要仔细观察，尽可能开导他讲话；第三是注意躯体情况的检查。

第四节 体格检查与实验室检查

体格检查对精神障碍的诊断及鉴别诊断十分重要，也是拟定治疗方案的依据。因此，对住院患者均应按体格检查的要求系统地进行。对门诊或急诊患者也应根据病史，重点进行体检。只重视精神症状而忽略体格检查往往会出现误诊，应尽量避免。对精神障碍患者，常规做胸部 X 线透视、肝功能检查、心电图检查。因为神经疾病和精神疾病本身就具有密切的联系，根据病情还应进行以下各项检查：脑电图和脑电地形图、头颅平片、脑 CT、磁共振成像以及高级神经活动的心理测验、生物化学等检查。

实验室检查对确定器质性障碍的诊断，能提供可靠的依据。应根据病史结合临床所见，有针对性地进行某些辅助检查或特殊检验，如脑脊液检查及异常代谢产物的测定。