



精神科医生生活

自杀、妄想、抑郁、毒瘾、酒疯

李万和 著

目 录

前言

1

重视精神分裂症病人的自杀行为

精神分裂症或有自杀倾向

他为啥要反复自杀

她为何想割腕自杀

失恋——自杀心理预防

为何不珍惜生命

她何以从四楼摔下

他为啥攒市总工会玻璃杯

偏执妄想也属精神异常

过分牵强附会是心病

警惕“想象之恋”

压力过大导致“被害妄想”

你知道“易人综合征”吗

闹市呼救命 警察忙赶到

他为啥总感到烦恼

重视精神分裂症患者的内感性不适

他为何突然脱衣卧地

她为啥反复说手术伤口痛

吸食冰毒可致精神异常

她为何在阳台上乱叫

警惕梅毒患者的麻痹性痴呆

梅毒可导致精神异常

过度饮酒易伤“心”

“无中生有”只因长期饮酒

2

急性应激障碍须重视

长假将至 旅途关心

大哭大闹原是癔症作怪

奇怪的近似回答

“双重身份”的癔症患者

重视老年痴呆年轻化趋势

脑外伤可致精神异常

癫痫可致人格改变

他为何能两次避免入院

防精神病复发的关键问题

书法与健康

她为何看保姆不顺眼

到精神卫生中心“减肥”

过分吝啬也是精神异常

脾气发到精神卫生中心

情绪高涨 精神反常

走火入魔为哪般

人格障碍及时诊治

明辨早期精神分裂症

老年人为何易孤僻

莫名寡言者缘何突然伤人

扭转误解，正确认识精神疾病

作息无度？警惕精神异常！

3

三例精神分裂症病人缓解后发生自杀的分析

31例住院精神疾病患者使用日常生活用具自杀未遂的分析

精神科医生话宋词——读李清照“怎一个愁字了得”及“物是人非事事休”想到重视关注抑郁障碍

难以启齿的性幻觉

小学生两种自杀心理分析

4

抗精神病药对血清钾的影响

舒必利合用舍曲林治疗精神分裂症缄默1例

因肇事住院的精神疾病患者调查分析

Hand-Schüller-Christian病所致精神障碍

1例

百忧解过量1例报告

102例精神分裂症的精神刺激分析

用息斯敏治疗氯氮平流涎副反应

精神病人无主诉的阑尾穿孔、腹膜炎与肠
梗阻1例报告

舒必利治疗紧张型精神分裂症1例报告

前言

四十年精神科临床的第一线工作，我深深地知道身体、心理、社会适应、道德四者相结合的完美状态才是健康理念。吃五谷，哪有不生老病死？所以有了医生的职业。医生的天职在于治病救人，本着人道主义精神；另一方面，病人也提供了医生学习、钻研、取之不尽用之不竭的源泉，因此也成全了我的这本小书。

精神科医生都知道，每治疗好一个病人，医生感到有成就感，然而由于种种因素，病人又发病了。究其原因，其中之一就是精神卫生知识缺乏。为了能在治疗上树立预防、治疗、康复一体化的模式，我想到通过科普文章，宣传大众医学，起到自救作用。科普文章的要点是积累、博览、精摘、勤思。由于上班就与病人在一起，精神科医生具备了得天独厚的条件：1．在临床实践中找，《他为啥要反复自杀》；2．与病人及其家属的交谈中获取，《防精神病复发的关键问题》；3．从疾病诊断变化中找，《梅毒可导致精神异

常》；4．科技新成果、新成就、新药的介绍，《舒必利合并舍曲林治疗精神分裂症1例报告》；5．从广播、文章、报纸、电视中来，《精神科医生话宋词——读李清照“怎一个愁字了得”及“物是人非事事休”想到重视关注抑郁障碍》。总之，临床上做有心人，认真观察，处处留心，形成构思。

1．新。《她为何看保姆不顺眼》，反映她害怕老公与女保姆有染，认知上有缺陷，表现为任意推断，选择性概括，过度引申，“全或无”，“夸大或缩小”；2．奇与疑。《他为啥攒市总工会玻璃杯》，怀疑父母包办婚姻，有妄想存在，妄想是病态信念，不符合事实或部分不符合，坚信不移，与所受教育、文化和客观环境不符；3．趣与奇。对酒产生兴趣，酒后奇思妙想，结果“无中生有，只因长期饮酒”。

正如世界卫生组织所宣称的那样，“人人享有精神健康的权利”，“精神健康是全面健康不可或缺的一部分”。我国《精神卫生法》已经实施，国家高度重视精神卫生事业，“亦余心之所善兮，虽九死其犹未悔”。

李万和

2013年8月2日

重视精神分裂症病人的自杀行为

有位女病人，患精神分裂症26年，6次住院。本次因半个月来不眠、猜疑、骂人而住院。交谈时称“与老公打架，他生活上不检点，带女同志到家，我不但看到，而且听到别人告诉我，他背叛我，我跟错人，我活着还有什么意思？”有幻听、嫉妒、妄想（坚信自己的爱人对自己不忠实，背地里与其他异性私会，有不正当行为，以致对她冷淡，毫不关心）。她趁护士给她量体温时吞下体温表（水银部分）。

还有一位患精神分裂症7年的病人，4次住院。本次因三个月来不眠，打母亲，不让母亲回家，使得母亲留宿街头，因此他由公安局强制送入精神病院。交谈时称“母亲常躲在一旁吓我，目的是想送我住院。又烧许多菜给我儿子吃，结果使他拉肚

子”。入院一周后，将体温表吞下。当询问为何这样，他解释道：“我母亲把我关在这里，我心里急才这样的，一时糊涂。”

住院精神病人在医院的严密看护下，尚且做出如此举动，如果在院外，那情况更是不堪设想。自杀是一个社会现象，又是一个医学问题，是人类的悲剧。全球每年自杀死亡人数约为200万，方法有煤气、枪支、服药过量或中毒、自缢、溺水、卧轨、自焚、割断动脉等。精神疾病患者自杀占全部自杀的30%—40%，其中精神分裂症患者自杀占全部精神疾病自杀的27%。精神分裂症患者是具有自杀风险的高危人群，自杀是精神分裂症患者过早死亡的原因之一。

导致精神分裂症患者自杀的最常见的原因是幻觉和妄想。据国内资料报道，引起精神分裂症患者自杀的原因中，幻觉、妄想约占65%。其次是缓解期对疾病感到悲观，以及工作或婚姻受挫。第三是

病冲动态，解释为该自杀行为可带有较强的冲动性，有些人从自杀意念的产生到自杀行为的出现持续不到一天的时间，自杀冲动可发生在自杀前数小时至数分钟内。此外，大剂量抗精神病药可引起严重的坐立不安、肢体僵硬、震颤，长期大量用药可出现迟发性运动障碍，这些均可使患者产生明显的焦虑、抑郁情绪，严重者可导致自杀。

因此，我们必须重视精神病人的自杀行为。

（原载《上海大众卫生报》2007年3月2日）

精神分裂症或有自杀倾向

在临床中，我遇见好几位因精神分裂症而产生自杀倾向的患者，在此我觉得有必要介绍一下这方面的具体情况。

据文献资料报道，精神分裂症导致自杀的原因，最常见的是幻觉、妄想，约占65%；其次，是缓解期对疾病感到悲观，通常是因为病情而导致工作或婚姻受挫。有专家认为，精神分裂症病人在发病时候不会自杀，而当他们病情缓解，并知道自己是精神分裂症病人或者害怕成为这种病人时，希望回避这一后果，于是自杀。也包括遇上生活中的不顺心的事，诸如恋爱、工作、家庭问题，“屋漏又遭连夜雨”，令其心寒、失望。自杀发生在精神分裂症好转阶段时比较隐蔽，难以防范，令家人感到突然、惊讶，因为他们正沉浸在他康复的喜悦中，无法接受事实。

当一个人感到无法忍受痛苦、无法克服困难、极力想摆脱困境而又感到无能为力时，易产生自杀意念和自杀行为。有的患者因谈恋爱失败，感到寻求伴侣无望，有一种被人歧视的感觉，感到前途渺茫；有的患者因家庭变故而感到孤单无援，缺少老来伴。他们都是失去了生活勇气，企图逃避现实。

自杀虽是保密的，但在自杀者身上常有“泄密的窗口”，常见的先兆有：对和自己关系亲近的人表达想死的念头，或在日记、绘画、信函中流露出来；情绪明显焦躁不安，常常哭泣，行为怪异粗鲁；陷入抑郁状态，食欲不良，沉默少语，失眠；回避与他人接触，不愿见人；性格行为突然改变，像变了一个人；无缘无故收拾东西，呆视自己用过的东西，向人道谢、告别，归还所借物品或赠送纪念品，可能还流露出对人世的留恋。

“寻短见”通常是一时想不通，如果此时家人或医务人员能发现上述异常，给予劝说或采取其他

防范措施，让患者渡过当时“想不通”的难关，自杀也就可能避免。

（原载《上海大众卫生报》2010年12月10日）

他为啥要反复自杀

“有人撞卡车！”随着叫声，卡车司机来了个急刹车。瞬间，许多人围了上来，只见一中年妇女拖住一个男青年从车头走开。“我难过极了，为啥不让我死，我要从五楼跳下，我要拿刀戳死。”他说时急欲从妇女手中挣脱。他为啥要反复自杀？

小孙高考落榜后，入学体检GPT不正常，需病休在家。三个月前，开始怀疑公安局在他家装窃听器，马路上有人跟踪他。以后又认为自己的脸变样了，不是父亲亲生的，反复到派出所纠缠。后去精神病院检查，被诊断为“精神分裂症”，每天服氟哌啶醇一次4毫克。治疗两周后，病人虽不到派出所纠缠，却出现浑身不适，坐立不安的举动。具体表现为刚坐下，马上又站起；刚站起，马上又坐下。表情焦虑痛苦，家人误认为病情加剧，每天一次氟哌啶醇增为6毫克。服药后上述症状加重，病

人与家人讲：“这药不能吃，我脚底心像在抽筋，难过极了，坐也不是，站也不是，不能再活下去了，我敢从五楼跳下去也不怕死。”他果真上了五楼，家人立即紧抱他不放。他又称要到老师家去。家人手挽手和他一起过马路，谁知他看见卡车头就冲着撞了上去，幸亏驾驶员急刹车，才避免一场大祸。不得已，家人将他关在家里，他又时而要拿刀，时而要跳窗，吓得家人彻夜相伴，不敢离开半步。

小孙反复要自杀，经医师检查，是服氟哌啶醇所引起的药物副反应，是静坐不能而导致的忧郁、消极，精神医学称“药源性忧郁”。静坐不能即表现为不可控制的烦躁不安、手足无措，不能坐定，反复走动，或原地踏步，难以自制。病人总感到是一种内部力量的驱使，身不由己，动来动去，有时与精神症状难以区别，从而导致增加服药剂量。但是经过仔细询问，多数病人能意识到与服药有关。

如确认是静坐不能，只要停药此药或服其他抗精神病药物，症状就会消失，自杀念头也会消失。

（原载《上海新民晚报》1988年11月28日）

她为何想割腕自杀

一位看上去仪态颇为端庄的女青年坐在一处低着头，我上前叫她名字，她抬起头来，双眉紧锁呈“凹”形，还没开口就流下泪来。她说：“孩子已经四岁了，但是生了孩子后生活一切都改变了，我应付不过来，觉得自己什么都不会做了，安排不好自己的生活，心情紧张，睡不好觉，不知如何是好，觉得很痛苦，所以想到了逃避。我曾用刀割自己的手腕，只想解脱自己。”在我进一步的询问下才知道，她生了孩子以后，被用人单位辞退了，父母退休工资少，丈夫一个月只有1500元左右，感到经济压力很重，怕自己没有能力承担家庭责任，因此长期没有愉快的心情，感到精力枯竭，有一种无助感和绝望感。

这位病人的临床特征表现为产后抑郁症，主要表现在：持续的产后情绪低落、焦虑、疲劳、内

疚、羞愧、愤怒，感到没有能力或没有希望；睡眠障碍（不能入睡或入睡过多）；食欲异常，性欲下降；记忆力下降，注意力不集中；自责自罪，有自杀的想法或行动，有强迫的观念或行为，怕出门，有退缩行为；不想抱小孩，不能有效地照顾婴儿，对婴儿有陌生和消极的感情，给婴儿哺育喂养有困难。产后抑郁症状常常持续几周甚至一年以上。

她也说自己是“性格内向，软弱，做事情怕麻烦，怕承担责任，不爱与人交往，以自我为中心”。我告诉她，患抑郁症的病人其性格特征一般有：适应环境能力差；处事刻板、倔强、固执、缺乏随机应变的能力；行为反应幼稚；情感反应易走极端；期望过高，追求完美；易激惹，难达到目的；比较爱听表扬话；不允许有挫折；以偏盖全（例如，被上司批评则认为自己是无用的人，过去没有成功，将来也不会好）。她听后忙道：“有些方面确实是这样。”

其实人生在世，都会遇到恐惧、焦虑、紧张、抑郁，只是当事情来临时要积极面对现实。希望与绝望、绝望与希望交替着，那么与其绝望下去，不如希望下去。要自信、镇静、沉着、冷静，克服消极观念，培养自己豁达开朗的性格，多些兴趣爱好，加强人际交流，掌握人际交流的技巧，参加社交活动，做好身边的每一件事，增强信心和成就感，享受愉悦。当然，病情严重时，要在精神科医师的指导下服抗抑郁药，并且按时、按量、按疗程用药，这样才能使病情获得缓解。

（原载《上海大众卫生报》2005年12月9日）

失恋—自杀心理预防

失恋是指一方拒绝另一方，而另一方仍情意绵绵，它既可使某些人寝食不安、坐立不宁，又可使某些人痛感孤独、烦恼以至自杀。

为什么会产生自杀举动呢？这要从人的感情说起。“人非草木，孰能无情？”失恋中最大的痛苦并不在于失去她（他），而是不能彻底失去对于她（他）的爱。她（他）去了偏偏没有把爱情带去，电影上、书本里、大路旁，只要有一个女（男）的，就恍惚觉得有几分像她（他）。在你的内心，她（他）依然是崇高的、纯真的、明亮的。一切东西都可带来联想和回忆。

自此人处在忧愁、沮丧、烦闷、焦虑之中，随之而产生种种的生理反应：由于下丘脑、垂体的作用，肾上腺分泌增加，使得面部血管收缩，人就会脸色变白，显得憔悴；头部血管收缩就会头痛；肌

肉松弛，人就会懒怠无力、反应迟钝、消化腺活动下降、味觉功能障碍，也会使人对饮食失去兴趣。人们往往有这样的体验。兴高采烈时，即使粗茶淡饭，其味甘之如饴；烦闷抑郁时，纵然佳肴珍馐，食之味同嚼蜡。

精神上的忧郁带来躯体上的不适，两种滋味结合相互作用，可谓“雪上加霜”。因此很容易产生自杀行为。

自杀虽是保密的，但在自杀者身上总有“泄密的窗口”，例如自觉或不自觉地吐露出来一些悲观消极的话。有的人在自杀前数日总是心神不宁、郁闷不乐，无缘无故地哭泣；有的还常常呆视自己用过的东西，流露出对人世的无限留恋。再如行动上，时有含情凝睇地痴望家人的反常现象，或没有什么理由却送点礼物给亲友、他人等。

自杀又称“寻短见”，“寻短见”就是一时想不通。如果此时周围的人发现上述异常情况，给予

因势利导的劝说，渡过“想不通”这一关，自杀就能避免。怎样才能渡过这一时想不通的难关呢？从心理学角度讲，怨、恨、怒，不能单纯压抑。积聚在胸中的怨、恨、怒，像一颗炸弹，怎样平息，从心理学角度来讲，要靠疏导。具体方法是——

释放：心中有怨、恨、怒，要开诚布公地说出来，话不讲不透，一旦疙瘩解开，误会消除，怨、恨、怒便不消自灭。生闷气最伤身体，万不得以可大哭一场。哭是释放积聚的能量，调整机体平衡的一种方法。

转移：按照巴甫洛夫的条件反射学说，情绪反应也是属于神经系统的暂时联系，它可以被新的暂时联系所代替。怨、恨、怒时，有一个兴奋灶笼罩整个大脑皮层，这时，如果另外建立一个或几个新的兴奋灶便能抵消或冲淡原来的优势中心。即当怨、恨、怒上涌时，有意识地分散注意力，如去看电影、听音乐、打球、散步，都可使紧张的情绪松

弛下来。

升华：将怨、恨、怒变成具有社会主义价值的行动，以此来消除紧张情绪，叫做升华。据说德国诗人歌德年轻时曾遭受过失恋的痛苦，几次想自杀。他把匕首放在枕头底下睡觉，终于抑制了这种轻率的行动。后来他把自己破灭的爱情作为素材写出了震惊世界的名著《少年维特之烦恼》，在事业上获得了极大的成功。

（原载《黑龙江卫生报》1982年）

为何不珍惜生命

笔者在工作中遇到不少因成绩不佳或极为任性而导致学生企图自杀的病例。例如，有一名小学五年级男生因未考上重点中学而郁郁寡欢，还有一名女生因妈妈要将家里养的狗送走，结果一怒之下去喝农药。

教育心理学家分析，现在很多学生简单的两点一线生活，整天埋在书本中，很难体会到生命的意义。应该让他们在读书之余，能有更多时间去体会人生的欢乐与意义，明白生命的价值，学会珍惜生命。如今的动漫一族视生命如草芥，因为他们会用从网络游戏中学到的方法来解决生活中遇到的问题，对生命意义的理解比较偏颇，而且容易以自我为中心，习惯所有人为其着想，而自己则很少会站在别人的角度上思考问题。所以当他们选择结束生命的时候，也不会考虑父母的悲伤。

眼下不少老师和家长对孩子学习成绩很关心，并以此判断好与坏。其实，对于老师来说，对学生既要严格要求，又要循循善诱，关键是所做所学的事情有益于身心健康；作为家长，既要防止溺爱，也不能简单粗暴地打骂，要避免孩子心态扭曲，失去快乐。以上实例中的孩子都以自杀来处理人生的挫折、失败和危机，这表明他们的心理防卫机制非常不完善。这提醒我们，需要给孩子进行“挫折教育”，创造和设置适度高于孩子心理承受能力的“难题”，使孩子暴露弱点，激发奋进精神，让孩子从中学会正确对待挫折的态度，提高对挫折的忍耐力，培养孩子成为未来生活的强者。

（原载《上海大众卫生报》2008年12月5日）

她何以从四楼摔下

有一次，我遇到一位从闸北区中心医院转来的女患者。根据该院骨科病房会诊单叙述，这位女患者今年41岁，来自农村，她有一天突然从四楼摔下，但记不得为什么会摔下，又感到背部一跳一跳般疼痛难受，实验室检查结果一切正常。医生考虑可能她精神上存在问题，所以转来我院请求会诊。

我见患者躺在床上，神志清楚，只是因骨盘骨折而不能动弹。根据患者爱人反映，她有时睡眠不好，第二天就头痛难忍，通常是头顶痛、前额痛和颞部痛，去医院检查又查不出毛病，脑电图和脑CT正常，服安定药物后头痛好转，但又怕会对安定药物有依赖和成瘾，所以不敢常吃。改服中药后，她的病情有所好转。于是，这种情况反反复复有二十多年，此间她养育了三个子女，操持家务，里里外外一把手。几年前，她外出打工，去年因厂里经济

不景气而回农村干农活和家务，为此心情总是不愉快，睡不好觉，有游走性头痛和背部不适，以及对某些事情常常遗忘。家人见此情况，就带她到上海就医。她得知治疗需要一笔不小的费用，就显得不安、担心、紧张。那天中午，爱人在午睡时，她突然从四楼摔下，因为碰到了三楼衣架，落地时造成骨盆骨折，但没有生命危险。

我向她询问当时的具体情况，她回答：“我不小心，一滑就摔倒了。”她在一旁的弟弟马上反驳：“如果是我摔下，还要跨过栏杆，不可能是不小心摔倒的。”于是，我继续追问怎么回事，她回答：“我脑子糊里糊涂，现在自己也记不清了。”我询问她，在她独处时，是否会听见讲话的声音或有人害她、跟踪她、控制她？她立即回答：“没有。我只要睡不好觉，第二天就头痛难忍，又会有背痛。这一次到上海就医要花很多钱，所以心里暗暗着急，才引起病痛。”患者爱人告诉

我，她非常情绪化，如果某个医生说这病会治好，只要花几十元钱就可以，她就立即露出笑脸，能睡好觉，头和背也不痛了。平时也不是全部事情都会忘掉，例如看到熟悉的某人，过一会又会想起来，不开心的事就会想不起来。

排除器质性因素所造成的头痛、背痛和遗忘，患者性格中存在易情绪化、易走极端、感情用事、富于幻想、有暗示和自我暗示（用非对抗的形式使对方接受自己的观点）。起病有一定形式的社会心理因素即生活事件。该患者是从外面回家种田，继而出出现心情不好，导致睡眠不好、游走性头痛、背部跳痛。综合上述因素，患者从四楼摔下的行为可归结为意识缩窄，最常见于朦胧状态。该病是由精神刺激或不良暗示引起的一类神经精神障碍，大多突然发病，可出现感觉、运动和植物神经功能紊乱，或短暂的精神异常，检查时常不能发现有相应的器质性病变。

患者的意识活动范围缩小，但意识水平仅有轻度降低。患者对一定范围内的各种刺激能感知和认知，并能做出相应的反应，但对其他事物感知困难。由于意识水平降低不多，故可以表现为行为协调，多数为突然发生、突然修正，持续时间为数分钟至数天。仔细检查可发现定向障碍，发作过后有遗忘。

在意识缩窄情况下，所做的简单动作称为“自动症”；若离家出走或长途旅行，则称为“神游症”。梦游症或睡行症，也可以看作是意识缩窄的表现。意识缩窄多见于癫痫、癔症和神经质儿童。该病以心理治疗为主，可适当配合药物和物理治疗。医生与患者之间应建立良好的关系，使患者对疾病有足够的认识，并对疾病的治愈具有坚强的信心和决心。对有躯体症状的患者，可选用药物或物理治疗，配合语言暗示；对有精神病状的患者，可选用精神病药物；有焦虑、抑郁症状的患者，可用

抗焦虑、抑郁药物。

（原载《上海大众卫生报》2010年3月5日）

他为啥攒市总工会玻璃杯

去年2月，小李匆匆闯进市总工会，告父母包办婚姻，已定好酒席，实际并无此事。接待人员向他解释，他大为不满，随手把桌子上的玻璃杯攒到地上。这一攒，惊动了公安机关、单位和家属，车子载着他直奔精神病院。

医生问：“你为啥攒玻璃杯？”答：“我父母包办婚姻，我到市总工会提出抗议，但马路上的人故意到我身边吐一口痰，骂我‘垃圾’，捏捏鼻子骂我‘鳖脚’，我非常气愤。”问：“一年多来为啥半夜与你父亲吵架，使他不回家睡觉？”答：“他包办婚姻，现在新社会怎么可以这样，他硬要我与邻居女青年好，但我不同意（实无此事），所以经常吵架。”问：“你怎么知道他替你包办婚姻？”答：“从他们行为中观察出，例如人家看报纸，说明已替我订好酒席。”

一席话无事实依据，内容离奇，逻辑荒谬，发生突然，令听者莫名其妙。而病人认为都是事实，即将发生。医生耐心指出这是不可能的，病人仍坚信不疑。其言行不合常情，超出正常人的范围。精神病学称这种情况为“妄想”。病人的想法与现实不符，与病人的文化水平及社会背景也不相符，但他坚信不疑，难以用一般说理方法加以纠正。妄想，是精神分裂症最常见的症状之一，以被害、关系、影响妄想最为常见。此外，还可见疑病、钟情、自责自罪、嫉妒等妄想。这位病人的妄想属于关系妄想：病人把周围环境中一些实际与他无关的现象，都和自己扯到一起。

妄想不但影响自身及他人，而且还会导致不堪设想的后果。如果发现周围某个人毫无理由地认为别人的一举一动都是针对他，所到之处，都在议论他，报上广告、电台广播节目都含沙射影地说他，认为周围人的一言一行，自然界的變化，以及举凡

咳嗽、吐痰、关门、刮风、下雪、窗前飞来一只小鸟.....都是信号，有特殊意义，是暗示自己将要发生什么，这些都是妄想，凡是有这方面表现的人，都应该立即送往医院，及时诊断和治疗。

（原载《新民晚报》1988年2月1日）

偏执妄想也属精神异常

有这样一位患者，他曾因劳动合同纠纷而与别人对簿公堂，结果不了了之。不久前，他突然手提重达十公斤的材料去上访且大闹，被父母带回来后，他又在家里与父母吵架，每天都闹得很厉害。家里人觉得他有些精神不正常，于是把他带到我中心就诊。

当医生向他询问时，他情绪非常激动，一直声称被人迫害，还说：“他们要瓜分我的财产！我要揭发他们的罪行！我要维权，到联合国组织去告他们！”医生问他是谁想迫害他，用什么方法迫害他，他只说：“他们用手机监视（网络）跟踪，还派扫地的阿姨监视我。”“你怎么知道？”他又说：“你们医生也有责任，我也要告你们医院。”此时，患者的舅舅在旁边问，如果他有精神病，那么他的日常生活为什么能够自理？外出为什

么还能回家？他不听家人劝说是有的，但需不需要住精神病院？

于是，医生经过详细检查后，分析给他家人听。患者是患上了偏执性精神障碍，因此坚信自己遭到迫害，如被监视、跟踪；迫害他的对象是某人或某个集团，其中常涉及近亲、熟人、单位领导甚至医务人员等。这种妄想具有系统性，内容连贯、结构紧密、层次分明，常围绕一个中心问题对一切内容或外来的现象进行揣摩、推测和追溯，然后进一步推理追究，从而使妄想内容得到不断充实和发展，构成固定的妄想系统。这种妄想的形成和系统化常需要经过一定的阶段，形成后长期维持，难以动摇。

我国精神障碍分类与诊断标准定义为：偏执性精神障碍是一组以系统妄想为主要症状，而病因未明的精神障碍，若有幻觉则历时短暂且不突出。在涉及妄想的情况下，无明显的其他心理方面异常，

30岁以后起病者较多。其症状标准为：以系统妄想为主要症状，内容较固定，并有一定的现实性，不经了解，难辨真伪，主要表现为被害、嫉妒、夸大、疑病或钟情等内容。该精神障碍通常是由内因引起的，其思维和动作颇有条理，没有真性幻觉，基本人格与临床状态相一致。

这类人的性格特点是易于激动、暴躁、自尊心强，往往因与周围发生摩擦后而导致病情产生。由于患者的自负和敏感，当他遇到挫折时即加以曲解，逐步形成妄想观念，在妄想的影响下，患者进一步与周围发生冲突，反过来又增强其妄想。因此，患者行为不断受妄想支配，病理性意志高度增强。认清了病症，就可以对症下药，让患者住院，及时接受治疗。

（原载《上海大众卫生报》2009年10月30日）

过分牵强附会是心病

不久前，我遇到一位患者，据他的家人反映，他三个月来总是感到外界一举一动与他有关，总是感到自己不安全，疑神疑鬼，为此还和女朋友提出分手，终日惶惶不安，草木皆兵。家人实在没办法，带他来就诊。

患者向我娓娓道来：他是金融专业本科生，在一家私人企业工作，三个月前开始，经常连续工作几天几夜，仅睡几小时，上司却总是催着，虽然事情办完了，但还感到有压力，身心疲惫，偶尔感到肝区不舒服。后来，他到医院检查肝功能，发现为“小三阳”，旁边有人问了他一句：“看肝病吗？”他就想，别人怎么会知道？出院后，他看到很多出租车停在他面前，甚至有乘客的出租车也停了下来，他就感到这些好像是故意针对他。渐渐地，他越来越感到周围一切看起来都很奇怪：女朋

友为什么特地从老家带东西给他吃？马路上为什么有好几辆车从他面前驶过？手机里有天平摇摆的画面是不是在暗示他内心摇摆不定？看电视、电影里的人物，发觉他们的外貌、服饰、神态、语言等都与他当时的状态十分相似，似乎他的思想让大家知道了，还怀疑电脑也被人换了芯片而受到控制.....但是，这些都是他自己想象的。除此之外，他一切正常，生活自理，还带父母外出玩了一次。

该患者很明显存在妄想，特征是病态信念、不符合事实（或部分不符合事实），而他坚信不移，即使被客观环境证明是错的，却仍坚信，而这与患者所受的教育、所处的客观环境不相符合。经过分析，我最终诊断患者属于敏感性关系妄想，这与他自身的性格有关，加上近期工作压力巨大，因此出现了心理疾病。

敏感性关系妄想是一种偏执型精神病，以内向和敏感的性格为基础，个人疏泄情感和松弛紧张的

能力不良。该病通常在个人遭受明显的打击和自尊心受到伤害后而发生。这类患者通常把周围环境中一些与他毫无关系的现象都拉扯到自己身上，对于别人说的话、电视上的节目、报刊和杂志上的文章，等等，都看作与自己有关，因此时常捕风捉影。他们的妄想观念是由最初的敏感多疑发展而来。比如，有嫉妒妄想时，患者会无端怀疑自己的配偶不忠、有外遇，因此对配偶进行盯梢、诘问，虽然得不到一点证据，但仍不放弃自己的怀疑；有被害妄想的患者整日忧心忡忡，认为别人通过投毒、谋杀来加害自己；疑病症患者常出现疑病观念，怀疑自己身体不行了、脑子出了毛病或得了不治之症等，对于一些微小变化也特别敏感；焦虑症患者表现为终日紧张、疑惑，不论是自身还是外界的轻微动静，都会搞得自己焦虑不宁。

我告诉患者，他需要改善认知，学会面对现实，在心理辅导的同时给予一些非典型抗精神病

药。治疗了一段时间之后，患者的情况明显改善。在此提醒大家，如发现家人在短时间内变得过分敏感、过分牵强附会，应帮助他寻找原因，积极陪他咨询心理医生。

（原载《上海大众卫生报》2010年8月6日）

警惕“想象之恋”

有位女病人，在住院前，她曾多次到电视台找某节目主持人，遭门卫婉言谢绝后仍不罢休，竟命令家人去要主持人的手机号码，把主持人叫出来与她约会。家人经不起折腾，只得通过熟人冒充上海电视台工作人员，谎称某节目主持人在等她，将其从工作场所骗到精神病院。

住院后她对医生说：“我和某节目主持人虽然没有见过面，但是已建立了恋爱关系，因为我和他有心灵感应，我们会同时心跳，他跳得快，我也跳得快；他睡眠不好也影响到了我，我以前每天睡7—8个小时，可现在顶多睡5个小时。我妈妈怎么也不相信我这是真的，她和医生都说我是妄想。”又说：“电视台多次邀请我去做嘉宾，知道我所想，认为我的条件比较符合电视台的需要，他们一直用跟我穿同一种款式或颜色的衣服来吸引我。”等

等。

从精神病症状学角度分析，该病人既有钟情妄想，坚信自己受到某异性的钟爱，因而终日纠缠，尽力设法表达爱情，即使多次碰壁或目睹对方有配偶，仍不肯罢休，认为对方是在考验自己对爱情的忠贞；另外还有内心被揭露感，或称被洞悉感、读心症。病人认为她所想的事已被人知道，虽然说不出是怎样被人探知的，但确信已路人皆知、满城风雨，所有的人都在议论她。还有特殊意义妄想。患者对外界事物，赋予常人无法理解的特殊意义或解释，这对正常人来说是不可理解的，但患者却深信不疑。

目前患者正接受非典型抗精神病药物治疗和心理治疗。在此提醒大家，过分“想象之恋”很可能是精神疾病的表现，要及时到医院检查。

（原载《上海大众卫生报》2007年7月20日）

压力过大导致“被害妄想”

有一位男士用刀抵住自己的脖子，还不断声称自己“被追杀”，疑似患有精神病。警方将他送到我院诊治，确诊他患有精神障碍后，安排他住院进行治疗。

患者声称“被追杀”，缘起于他所开的一家咨询公司生意亏损，欠下十万余元债务，员工纷纷辞职，让他顿感压力过大，连续三个晚上无法入眠，在办公室里也不与人讲话，感到工作环境变得陌生，甚至认为自己必死无疑。他整个人陷入坐卧不宁的状态，好似有成千上百人正在追杀他，其中有男有女、有身边人也有陌生人，目的都是要搞垮公司，这样的恐惧感让他走投无路，于是发生了开头的一幕。入院后，医生发现他的手腕有好几处割伤，缝合了6针。

根据患者这些凭空想象的症状，医生推断其有

病态妄想。妄想，是指错误地推断客观事物而建立的病态信念，其主要特征为异常的主观信念，内容不符合客观现实，用合理论据无法加以校正。这类妄想，从发生条件来分，属于原发性妄想，突然产生，立即建立固定信念，其来源不能根据其他心理因素加以理解。此外，患者还存在妄想心境，即感到环境似乎变得对他有一种特殊的气氛，虽然他自己也迷惑不解，但认为一定有重要意义，往往表现出紧张不安。因此，从妄想的结构来分，他又属于非系统且矛盾多变。从妄想的内容来分，他则属于被害妄想，这是最常见的一种妄想，患者坚信本人或其亲友处处遭到迫害，如被监视、追踪、下毒或将被捕和暗杀等，并常常认为迫害他的对象是受某人或某集团指使，其中常涉及近亲、熟人、单位领导甚至医务人员等。在被害妄想的支配下，患者可有拒食、自杀或攻击报复行为。

专家会诊后，患者需要立即施行无抽搐电休

克，给予新型非典型抗精神病药物治疗。家人也期望患者的混乱思维尽快得到控制，恢复与他人的沟通，重新工作，不影响社会功能。经过四天治疗后，他的恐惧、焦虑与紧张不安逐渐消失，一周后，交谈时能脸露笑容，吃饭、睡觉都变得正常，也能在家人陪同下走出病室散步，现仍在继续治疗中。

（原载《上海大众卫生报》2011年3月4日）

你知道“易人综合征”吗

近日，笔者遇到这样一个病例——

有一家敬老院的护工反映，90岁老先生徐某一天夜里突然要求他的陪护人和他一起睡觉，因为他认为那是他爱人，吓得陪护人一溜了之。别人起先认为徐老先生对他的陪护人有非分之想，后来经过仔细询问，觉得患者有些反常。为避免事态复杂，敬老院让徐老先生的女儿过去。他女儿非常吃惊，因为90岁的父亲已老眼昏花、耳聋腰痛，平时不看报、不看书，连饮食起居都要有人照顾，行走需要人搀扶，不可能发生这种怪事，他怀疑父亲患有精神病。

他们来到笔者的门诊求治时，笔者想起曾收治过的一位60多岁的女性患者，她当时认为睡在她身边的不是她丈夫，而是别人冒充的，于是她每天都不让丈夫睡在身边，特别是天冷时总赶丈夫起来，

说：“你不是我爱人！”无奈之下，丈夫带她来我院治疗。

经仔细检查与查阅文献，笔者发现该症可称为“易人综合征”或“易人错觉症”，较为少见。患者认为其周围某个非常熟悉的人是其他人的化身，该病症多发生在中年女性身上，大多认为她的丈夫是他人冒充。其实，这类情况的发生，主要并非感知障碍，多数患者认为其配偶外形并无改变或仅稍有改变，实际上似乎是一类偏执性妄想。例如，有一位住院女患者说来探视她的母亲并不是她亲生母亲，而是极其像她母亲的人，或是冒充她母亲的骗子。这种特殊妄想，也可称为“冒充者综合征”。对于此类患者，一般给予药物治疗与心理疏导后，上述纠缠情况会逐步得到好转。

（原载《上海大众卫生报》2009年11月20日）

闹市呼救命 警察忙赶到

人民公园门口处，人群熙熙攘攘，只听到一中年男子连呼救命，一青年男子仍死死掐住其喉咙，路人见状拨打110后，警车忙赶到，两人被送往警所。

被掐男子陈述其儿子有精神病，刚刚出院半月，昨天掐他妈妈喉咙，使得气也透不出，幸好家人及时发现，强行拉开，才免除不幸，今天带他到公园散散心，突然发生上述一幕。

我询问情况后，他面部毫无表情地说：“亲生父母在2008年2月25日全国第一血案中，被仇家杀掉，走之前很痛苦，被关在黑房子里，用枪打死。”又说：“现在的父母是蝙蝠伏在我身上的僵尸，晚上吸我身上的血，公安系统的人都叫他大哥，因为他能控制公安系统。”“为啥要掐他们喉咙？”回答：“目的是将他们的原形掐出

来。” “结果呢？” “因为掐得时间太短，如果时间长的话蝙蝠就掐出来了。” “吸血的目的是什么？” 回答：“我去算过命，结果算命先生讲我是皇帝的后代，我做了皇帝，冒充的父母就可以占便宜了。” “会掐死他们的？” 回答：“他们现在实际上是会说话、会行走、会思想交流的僵尸，是中国医学界最成功的僵尸，是掐不死的，只能掐出蝙蝠原形。想到冒充的父母会懂得人的意念，我突然一下子就冲动起来，就掐他们。警察看见这种情况，就自然认为我打他们。”

一番交谈，内容丰富，荒谬离奇，千奇百怪，云里雾里，有被害妄想，自认为身上的血被蝙蝠吸去，有被控制感，认为公安系统和他自己被他控制；但是最要紧的是自己认为父母不是亲生的，因为自己是皇帝的后代，今后做皇帝冒充的父母就要占便宜。又认为突然掐父母喉咙，是突然想到父母会懂得如何控制人的意念，就突然一下子冲动起

来。这种情况在精神病教科书上分别被描述为非血统妄想（患者自称生身父母不是嫡亲的，往往认为自己是首长或有名人士的子女，而想方设法去寻找。这种妄想的内容荒谬，明显脱离现实）和突发性妄想观念（妄想骤然在脑海中充分形成，既无前因，又无推理，无法理解，有人称之外自发性妄想）。

这是特别危险的，因为在妄想支配下的行为付诸实践特别残忍，不计后果。专家会诊完病例后，要求必须加大抗精神病药治疗。也指出，刚出院半月就出现如此大的危险行为，值得引起高度重视。千万不要怜惜小孩住院时间长而过早出院；也不要听信小孩讲打针疼而拒绝针剂治疗；更不要担心电疗危险而拒绝签字，否则医生种种治疗病人的武器就无法发挥作用。

（原载《心理健康导报》2013年6月1日）

他为啥总感到烦恼

“医生，我为啥心情不好时总感到胸口闷，一时气都透不出来，感到人像快要死去一样，然而心电图检查正常。我今天大便没有前几次畅快，就想到大便为啥没有前几次畅快。乘公共汽车突然刹车，手用力抓住把手，身体前倾后感到胸口痛，一痛几星期，但只要手放在胸口处按摩几下就有所好转。有时感到喉咙处被一个东西堵住了，吐也吐不出来……这是什么原因？我为此总感到烦恼，继之夜里睡不好觉，早醒，第二天上班总感到疲劳，工作缺乏进取心，有时受到领导不点名批评。想到父母年迈，妻子、女儿待我很好，还要使家人担惊受怕，活在世上真累。”叙述中该病人还不时流泪。

交谈中了解到该病人父母是军人，他从小就受到严格要求，小学、中学成绩优秀，大学入党，是班长，为人老实、忠诚、善良，做事认真、谨慎、

胆小。

我反问他：“你自己是医疗专业毕业的大学生，为啥总感到烦恼呢？”他片刻后回答：“我被分配到X光室工作，每天要写许多报告，万一出一点纰漏，病家动辄跑到院部汇报，领导追究到个人责任，所以心里总有不踏实感。”由此而知，其性格可能为：1．比较爱听表扬话；2．做事认真仔细，追求完美；3．不允许有挫折；4．以偏概全（例如，因某事而被上司批评，则认为自己是无用的人，过去没有成功，将来也不会变好的）；5．刻板、缺乏灵活性和随机应变；6．适应环境能力较差。其听后忙道“确实如此”。

烦恼似乎是自找苦吃，明明知道麻烦和困难不可避免，烦恼无济于事，可还是照样烦恼，一年四季、一天到晚在烦恼中过日子。健康人区别于这种病人之处并非没有烦恼，而是有烦恼也有欢乐。一个人愈是企图通过思考去消除烦恼，他就会被烦恼

缠得更紧而脱不了身，烦恼关键不在于烦恼本身，而在于未能将“我不要烦恼”的愿望变成“我要快乐”的有效的行动。

与其将烦恼叙述给家人或他人听，使周围人理解你的痛苦，诉说越详尽越感到症状严重，越陷越深，还不如一开始对某一不适不介意，不放在心上，顺其自然，在烦恼时积极行动，带着烦恼和症状去做应该做的事。一句话，“顺其自然，接受症状，忍受痛苦，为所当为”。

（原载《上海大众卫生报》2002年12月6日）

重视精神分裂症患者的内感性不适

护士在当班过程中，惊喜地觉察到：近三个月来某精神分裂症女患者、重点防消极对象未出现用开水烫手、吞硬币和电池、吃肥皂等，不会有意摔倒，使脸部擦伤；见到护士下班，也不再认为是找她爱人而为此大打出手；也未出现用茶杯砸电视机等过激行为。这是为什么？翻阅遗嘱后发现，在其抗精神分裂症药物氯氮平、泰尔登未改动的情况下，增服了抗抑郁剂，病情获得戏剧性好转。

该病人于1979年发病，但查不出什么原因。当时她怀疑丈夫有外遇，且觉得邻居总是捉弄她，终于和邻居打了一架，被送到派出所。之后，她走在马路上也总感到有人捉弄她，曾从天桥上跳下而造成骨折，也曾服敌敌畏自杀而被送到医院抢救过来。又曾将家中存折与人民币放火烧掉。为此她四次住进精神病院，均诊断为精神分裂症。经过多种

抗精神分裂症药物治疗和多次电休克治疗，都不能完全治愈。

她在住入我院期间另有一种特殊症状，那就是感到胃部不适，吃东西后难受，服胃药后仍无效；另有双眼上翻，称“眼睛难过”。为其施行电休克后病情有好转，但隔半月或一月后症状又反复。经仔细辨认，患者身上反映有内感性不适症状，躯体内部产生各种不舒适或难以忍受的感觉，都很难表达。例如某种牵拉、挤压、撕扯、转动、游走、溢出、流动、虫爬等特殊感觉。这些不适感引起病人不安，可构成疑病观念的基础，多见于精神分裂症和抑郁症。

另外还有几例病人，有的出现尿频、尿急，一天上厕所十多次，但小便常规正常；有的无任何原因而在病室里哭泣，吃饭少，睡眠易醒和早醒，常称自己“半夜醒后就等天亮”、“眼睛很胀痛”；有的感到头痛，颈部如同吊着一般难受，心慌，腹

痛，但医院检查后显示一切正常。这些病例在服抗精神分裂症药物的基础上增服抗抑郁药后，躯体性症状和内感性不适症状消失，病情获得好转后即可出院。

精神分裂症目前病因未明，常起病青壮年，伴有感知、思维、情感、行为等多方面的障碍和精神活动的互不协调，一般无意识及智能障碍，病程长短不一，易复发，多次发病后可转入慢性状态。我们要仔细识别精神分裂症患者是否有内感性不适的症状，对消除病人的痛苦、改善病人的症状很有好处。

（原载《上海大众卫生报》2006年4月14日）

他为何突然脱衣卧地

一位精神病患者在家中砸杯子、摔灯泡、甩钟表，继而又突然脱光衣裤趴在地上，家人见状立刻送他来到医院。患者因坚持要与高中同学结婚，遭到拒绝后出现少语，没精打采，生活疏懒，不料理个人卫生（不洗脸、不刷牙、不换洗衣服），行为怪异，外出不回家。送精神卫生中心就诊，被诊断为精神分裂症，服氟哌啶醇治疗，服药后出现身体不适，改服氯氮平药物治疗，又出现流口水等药物不良反应，故家人将此两种药擅自断续给服。入院前一天家人给其一顿服8粒氟哌啶醇，之后患者出现坐立不安、无法自控；刚坐下又站起，刚站起又睡下；在家来回走动，突然脱光衣裤卧地等症状，家人才确认患者再次发病。

在交谈中可以观察到患者始终心神不定，反复叙述：“我很难受，感到人不自在，控制不住自

己，好像人在风中吹。”考虑是服氟哌啶醇所引起的药物不良反应，静坐不能，即刻对症处理（东莨菪碱注射）和停药该药。次日，患者笑嘻嘻向医生说：“我不难受了，能够控制自己，不自在也没有了。”

什么是“静坐不能”的表现？

静坐不能包括客观上不宁息的运动状态和主观上想要活动两个方面。运动的特征是坐或站都不能安静，不断摇摆、跺足、踱步，脚不停地移动，四肢无目的运动，四肢粗大震颤，甚至足呈肌阵挛性抽动。活动带有极其被迫的特点，也可能细微而难以捉摸。不宁息的状态并不局限于身体的任何部位，甚至也能自主地控制片刻。不宁腿综合征与此情况相似，但其关系不明。

实际上，主观的内向不宁静状态才是静坐不能的实质，但医生对此多认识不足。这种主感状态常被描述为不宁静、心神不宁、神经质、极度紧张。

病人要动的主观愿望十分强烈，它被描述为不能静坐，有被“拉紧”或“扭紧”的感觉。类似焦虑的心境恶劣状态，常是内心不宁静感的组成部分，但病人可能难以确认和描述。最严重的心境恶劣可伴有暴力行为、自杀以及其他如惊骇、恐惧或狂怒等强烈情感表现。

患者自觉心神不宁、坐立不安，又难以描述。常来回走动，一会儿坐下一会儿又站起，手忙脚乱显得烦躁不安，不停地变换姿势或扭动，称为“不宁腿综合征”。临床上“静坐不能”需与精神症状或病情加重区别，患者对此常常能自我觉察，称“不是我要动，是它（指手脚）自己要动，控制不住”。

由于很多病人常不能主诉“静坐不能”心神不宁的感觉，因此易被医生忽略，病情加重可导致自杀，也称“药源性抑郁症”。有一位男性患者认为自己并非父母亲生，独自来到警局要求找到亲生父

母，医生诊断其为精神病，并给其服用氟哌啶醇。服药后出现浑身不适、坐立不安，特别是感到脚底的筋被抽掉，非常难过。一次与母亲过马路时突然欲撞汽车，幸而被母亲敏捷地抱住才得以幸免。经对症处理和停药后，很快好转。丁酰苯类药物（氟哌啶醇）和吩噻嗪类药物（氟奋乃静）等的使用，可出现与使用药物有关的消极自杀。这类药物反应，多半伴有严重的锥体外系反应（震颤、肌强直、发音不清、吞咽困难、静坐不能）和明显的内感性不适，及时停药和对症处理可获好转。

（原载《上海大众卫生报》2011年12月16日）

她为啥反复说手术伤口痛

“我的刀疤痛死了，救救我的命……”病人由女儿搀扶着卧于沙发上，患者女儿说：“我们是中心医院介绍来的，她根本就没有精神病，为啥叫我们到这里来心理咨询？”

原来，患者日前胆结石开刀，手术顺利，两周后出院。病人回家第二天感到刀口不适，起初胀痛，继之心口发慌，随后手脚发冷，最后浑身难过，吃不下饭，睡不好觉。以后常去医院看病，经CT、B超、心电图等检查，身体一切正常。

交谈中，医生发现患者集中反映出三方面的问题：1．内感性不适，表现为躯体内部产生各种不舒适的或难以忍受的感觉，并且不能明确指出体内不适的部位，例如感到某种牵拉、挤压、撕扯、转动、游走、流动、虫爬等特殊感觉。2．情绪抑郁，表现为表情紧锁、愁眉苦脸、消极言语；情绪

焦虑，表现为紧张不安，手足无措，伴有心悸、多汗、手足发冷等植物神经系统反应。3．睡眠不好，经常半夜醒来或整夜睡不着。

上述情况表明患者有抑郁症的临床表现。询问家人其开刀前的心情，答曰：“很紧张，担心手术出问题。” 医生认为，在这样的心理背景下，病人出现手术伤口痛，极易想入非非，产生对痛的曲解、迷惑，形成自我暗示（刀开了，怎么会痛呢？肯定是刀开坏了），产生矛盾冲突，矛盾冲突越是厉害，痛苦越是严重，周而复始，形成恶性循环。于是对症下药。服药十天，病况出现戏剧性好转，能下床做家务，能睡好觉，刀疤痛也好转了，二十天后患者反映好多了，再也不感到浑身难过了。医生要病人坚持吃药三个月至半年。

由此而言，如果临床上有睡不着觉、内感性不适、情绪抑郁焦虑，若确无躯体疾病，不妨心理咨询一下。

(原载《新民晚报》1999年2月28日)

吸食冰毒可致精神异常

21岁的青年于某有一天凌晨吸食冰毒回家后出现疑心病，怀疑家中装有摄像头，一切排水口（包括水龙头、马桶、浴缸）有测小便的仪器，眼前看到人头、狗、钞票、冲锋枪，怀疑女友身上有窃听器，还认为母亲一反常态对他好（给他喝水、吃点心）是警察卧底，为此大打出手，吐痰在她身上，砸坏东西，最后被送入精神病院。

该青年精神障碍表现有一定代表性，如：幻视，即没有客观刺激作用于感觉器官而出现的知觉体验，可能是原始的，如看到一道闪光、色彩，也可能是复杂的，如看到人物、动物、图画或成套景象；有被害妄想，无中生有地坚信周围某些人或某些集团对他进行不利活动，比如饭里放毒、跟踪、监视或策划某种阴谋；有关系妄想，病人把周围环境中一些实际与他无关的现象都认为与他有关，认

为别人说的话、报纸上的文章、不相识的人的举动都对他有影响。该青年吸食冰毒有一定社会心理因素：其幼年父母离婚；初中毕业后不思求学；早恋，其女友几次人流；平时无所事事，与小混混在一起玩，感到生活乏味、空虚、缺乏刺激，因为好奇、追求快感而吸毒。住院后，经切断冰毒来源和非典型抗精神病药物利培酮治疗，该青年于三天后病情缓解，并表示出院后不再吸食冰毒及其他毒品，会找工作养活自己，减轻父母压力，好好生活。

冰毒是一种中枢兴奋剂，对人体中枢神经系统具有极强的刺激作用，毒性剧烈，会造成坏死性脉管炎、肝实质性损害和运动障碍、精神障碍，甚至痉挛死亡，因此告诫青年朋友珍爱生命，切勿吸食毒品。

（原载《上海大众卫生报》2008年8月1日）

她为何在阳台上乱叫

接到区中医医院心理咨询电话，说有个女病人在阳台上乱叫，称“有人要害她、跟踪她”，为此想跳楼，终日惶惶不安，惊恐不宁，像是精神分裂症的表现。

来我院门诊时，见一位20岁左右的女子外表靓丽，打扮时髦。患者母亲在一边说她在外借房子，每月收入2000元，在舞厅担任领舞，白天睡觉，晚上外出，会抽烟喝酒，用钱挥霍无度。曾与老板有染，患上性病，经治疗好转。近一月服摇头丸，据说服后人感到兴奋，跳舞有劲，博得客人阵阵喝彩，为此洋洋自得。并且认为有人嫉妒她跳舞好，想抢她的位子，大庭广众之下与人发生争执，结果被老板开除。

回家后不思入睡，常一人独自发笑，称耳边有讲话声，有表扬她的话，有批评她的话，有威胁她

的话。总感到周围有人害她、跟踪她，常于夜间在阳台上乱叫，影响他人和周围邻居休息。

该病人有明显的精神病症状，首先是被害妄想，特点是患者坚信本人遭到迫害，如被监视、追踪、下毒或行将被捕和被暗杀等。并常常认为这些去害她的对象是受某人或某集团所指使，其中常涉及近亲、熟人、单位领导，甚至医务人员。这类妄想与幻觉同时存在，互相影响。在被害妄想支配下，患者有拒食、自杀、攻击行为。其次是幻听，是没有相应的现实刺激作用于感觉器官时所出现的知觉体验。若为言语交流的称为“言语性幻听”，若言谈内容是评论患者行为的称为“评论性幻听”，若内容为命令性言语的称为“命令性幻听”。约70%的患者的行为或多或少受幻听的影响，甚至完全受其支配产生危险后果。

摇头丸里药物成分主要是苯丙胺，该药有兴奋和致幻作用，服用后精神依赖性强烈，易产生耐药

性，服用者多为青少年。文献报道用摇头丸可致精神异常，表现为意识模糊，定向障碍，心境恶劣、忧郁，易激怒、冲动伤人，常伴有出汗，肢体感觉异常，痉挛性腹痛及厌食等，部分病人多产生持续数月的关系妄想（认为周围的一切事物近如亲人、同事的一言一行，远如时事新闻及天时地理的变化等，无不与她有关，而实际上根本不相关）、被害妄想、行为奇特和言语性幻听。该病人经过抗精神病药物治疗，目前言行举止正常，对医生说“再也不服摇头丸，因为精神异常不仅影响本人，而且使家人担心，也危害社会安定”。

（原载《上海大众卫生报》2006年8月18日）

警惕梅毒患者的麻痹性痴呆

今年3月，我们病房收入一名54岁男性患者，他因为在家打人，家人报警后被送到警所，他竟然殴打警察，并且一直胡说八道，于是被送来我院。在与患者交谈中发现，他有夸大妄想，比如认为自己有千万家产，并说要送几十万给医生；然后，却连自己家的地址也说不清，计算水平、常识判断等全面下降。走路步态不稳，瞳孔对光反射迟钝。经实验室检查，发现大脑萎缩，梅毒血清试验呈阳性，证明有梅毒感染史。经专家会诊后认定为梅毒所致精神障碍。

由此，我想起当年刚毕业分配到上海市精神卫生分中心（北桥分院）时，其中有好些梅毒所致精神障碍的患者。当时，有名患者不小心将烟蒂点燃棉衣，结果烧成碗口大的洞并灼伤皮肤，但他竟毫无痛觉。还有去年，我们病室对住院患者进行血清

梅毒检查，结果发现有2例诊断为精神分裂症的病人梅毒血清检查呈阳性。其中一名患者因尿失禁，赴外院泌尿科就诊，给予保留导尿，但患者竟用力拔出导尿管，致使尿道损伤、出血不止，可他也不觉痛；另一面患者整天呆头呆脑，服药时从不咽服，而是咬碎后才咽下，全然不顾药的苦味。可见，这些病人的中枢神经系统已遭到非常严重的破坏。

医学研究早就发现，梅毒螺旋体可引发精神病，即麻痹性痴呆。为什么呢？主要是梅毒螺旋体侵犯大脑，引起脑细胞变性、坏死。有学者统计产生精神病的潜伏期10—20年之间，发病率约占梅毒病人的1%—5%。该病常隐性起病，发展缓慢，初期精神病症状类似神经衰弱，如头痛、失眠、易兴奋、易怒、注意力不集中、记忆力减退、易疲劳；进一步表现为工作能力下降，又无信用。情绪低沉、苦闷，不修边幅。行为举止轻浮放荡，嗜

酒，甚至做出一些偷窃或违反社会道德的事。此时可有各种妄想，以夸大妄想为多见，比如有患者自称是全世界最富有的人，腰缠万贯，但生活中却常拾纸屑、铁片藏于袋中。然其妄想内容又非常荒谬怪诞。随着疾病加重，患者对家人不能辨认，言语零星、含糊不清，对简短问题也不能理解，最终导致痴呆。

在此提醒，患了梅毒切忌自己乱用药、乱投医，因为药量不足或方法不对的话可造成暂时性症状消退，而疾病未得到彻底治愈，很可能将早期梅毒拖延至晚期，因而产生精神病症状。

（原载《上海大众卫生报》2010年4月2日）

梅毒可导致精神异常

梅毒螺旋体不但通过胎盘及脐带血传到胎儿体内，引起胎儿梅毒，而且还表现在皮肤上，90%发生在外生殖器（硬下疳），甚至还可以发生精神病（麻痹性痴呆）。为什么会产生精神病呢？主要是梅毒螺旋体侵犯大脑，引起脑细胞变性、坏死。有学者统计，精神病的潜伏期在5—25年之间，发病率约占梅毒病人的2%—5%。本病常隐性起病，发展缓慢，初期精神病症状类似神经衰弱，如头痛、失眠、易兴奋、易怒、注意力不集中、记忆力减退、易疲劳。进一步表现为工作能力下降，又无信用。情绪低沉苦闷，不修边幅。行为举止轻浮放荡、酗酒，甚至做出一些偷窃或违反社会道德的事。此时可有各种妄想，以夸大妄想为多见，病人自称是全世界最富有的人，腰缠万贯，然却拾纸屑、铁片藏于袋中。妄想内容既荒谬怪诞，又愚蠢

可笑。随着疾病的加重，病人对家人不能辨认，言语零星、含糊不清，对简短问题也不能理解，最终导致痴呆。

患了梅毒切记自己乱用药、乱投医，因为药量不足或方法不对可造成暂时性症状消退，而疾病未得到彻底治愈，这样会将早期梅毒拖延至晚期，产生精神病症状。

（原载《上海大众卫生报》1991年10月16日）

过度饮酒易伤“心”

有一位患者入我院时，情绪十分激动，卧地打滚，乱喊乱叫，满头大汗，浑身抽动，东奔西撞，行为紊乱。后来经诊断才知，他因酒精中毒而导致精神障碍。他的家人告诉医生，他嗜酒如命，每天喝一斤至两斤白酒，如果不喝就会胡言乱语，手抖，走路不稳。化验报告显示，他的肝功能已严重受损。

我们知道，酒精反复大量使用，可出现躯体依赖，使中枢神经系统发生变化，并出现戒断综合征现象，一般在中断酒精后8至12小时出现，24至36小时内最为突出，最初表现为打哈欠、流涕、流泪、寒战、出汗等，随后陆续出现各种戒断症状，如厌食、恶心、呕吐、腹泻、瞳孔扩大、肌肉抽动、疼痛、失眠、抑郁、烦躁不安、意识障碍、谵妄、伴有幻觉。

该患者的表现就是戒断综合征的一种严重症状，可称为“震颤谵妄”。这是在慢性酒精中毒、长期酒精依赖的基础上，突然停酒或减少酒量时引发的一种历时短暂，并有躯体症状的急性意识模糊状态。

我们常说的“三联症”包括伴有幻觉的谵妄、全身肌肉震颤和行为紊乱。幻觉以恐怖性幻觉为多见，可看到大小不同的动物、丑陋的面孔等，常伴有自主神经功能紊乱，有昼轻夜重的规律，如不积极治疗死亡率可达25%—50%。

因此，专家忠告，过度饮酒可导致躯体、心理等多方面损害，内脏系统、神经系统损害很明显（如肝硬化、胃溃疡、心肌炎、共济失调），特别是过度酗酒会影响下一代，如初生儿低体重、低智能、生长发育严重损害。酒精依赖者可能会产生人格改变，如自我中心倾向增强，而义务感、责任感、道德感降低，对家庭缺少关心照顾，对工作疏

懒、玩忽职守，还可由于性功能障碍致使夫妻关系紧张或破裂。有的人会产生对伴侣的嫉妒和妄想，也有的人存在焦虑、抑郁等心理疾病，甚至有自杀行为。所以，为了你和家人的健康与幸福，饮酒切勿过度。

（原载《上海大众卫生报》2009年7月17日）

“无中生有”只因长期饮酒

双休日，民警将两名因长期饮酒导致精神异常的患者送入我院。一名患者表现为耳边总听到有声音骂他，还感觉到有人要追杀他，又看到蛇、马、昆虫飞舞，因此惶惶不安、搓手顿脚并有出汗和双手震颤，草木皆兵，还因此独自外出乱跑，被民警发现送入我院。另一名患者喝酒到半夜，告诉妻子说看到房间里有好几只红色的小狗，连被子里也有，边说边做出赶狗的动作，并身穿短裤跑了出去，也是被民警抓住，通知家人送住院。

我询问患者，他俩都反映已喝酒十几年，白酒、红酒、黄酒，什么都喝，说：“喝酒后脑子糊里糊涂，自己也不知道。但喝酒是唯一爱好，甚至经常空腹喝酒，连饭也不吃。”这是酒精中毒所致精神障碍（幻觉症）。该病特点是长期饮酒引起幻觉状态，一般在突然停饮或减少酒量之后48小时内

发生。幻听多为言语性，内容对患者不利，充满不愉快、侮辱、诽谤、斥责、威胁和敌意，到夜晚更加严重，可由四面八方围攻患者，有机械声、敲门声、枪发射声，故有“包围性幻听”之称。幻视则多看到各种小动物或丑陋的面孔，受此影响而有强烈的情感及行为反应，表情恐惧，焦虑不安，患者常把大门紧闭，或者到处躲藏，或者找警察要求保护，严重者甚至出现自杀。

酒精中毒引起的某些精神异常，其发病机制非常复杂，尚未明了。但酒精中毒后出现的幻听、幻视，可能与酒精所致听神经和视神经末梢神经炎有关。治疗上，首先，逐渐戒酒（饮酒次数和酒量逐步减下来）；其次，服非典型抗精神病药控制精神症状；再次，根据身体情况补充维生素等能量物质；最后，根治酒瘾必须树立健康理念，合理膳食，禁烟限酒，适当运动，心态平衡。总之，饮酒必须有度，有自控意识，否则物极必反，不但要自

吞恶果，还会影响家人和社会。

（原载《上海大众卫生报》2010年10月8日）

急性应激障碍须重视

不久前，我遇到一位由家属陪同前来咨询的患者，他走进医院就开始胡言乱语，手脚乱动，不停地扭动身体。我询问他的家属得知，他在工厂里做得不开心，领导要他加班却不给加班费，他找领导理论，领导却威胁他说，要是不想干可以回家。他气得一下子说不出话，回到家里就变得行为异常，脑子似乎不太清楚了。他父母担心地问，他是不是得了精神病？

根据我的诊断，他是患有急性应激障碍，也称“急性应激反应”。此病以急剧严重的精神打击为直接原因，这类原因包括使患者惊恐的种种事件，如危及其生命财产的意外、生活中的不幸遭遇、工作受到严重挫折、家庭纠纷或婚姻问题等。在受刺激后，患者会立即发病，表现出强烈的恐惧

体验和精神运动性兴奋，行为有一定盲目性。有的人可持续数小时，有的人甚至持续一周时间。或者有些患者表现为精神运动性抑制，甚至木僵。如果应激原被消除，那么症状往往历时短暂，而且预后良好，通常在一个月内可以完全缓解。

该病的治疗有精神和药物两方面。精神治疗最为重要，应尽可能为患者去除病因，让他脱离造成精神创伤的处境；如果精神创伤实在难以去除的话，则应鼓励患者正确面对现实，尽量克服困难。药物治疗是针对特别兴奋躁动的患者，一般给予镇静作用较强的抗精神病药物，有抑郁症状突出者则给予抗抑郁药物，有自杀企图者可给予电休克治疗。

（原载《上海大众卫生报》2009年12月18日）

长假将至 旅途关心

一年一度的国庆佳节又将到来，今年国庆连中秋，长假必然使得旅行、返乡人数大大增多。在此之前，笔者想用我们中心遇到的一个病例来提醒大家：旅途不宜太过劳累，否则容易引起心理障碍，严重者可致精神异常。

有个年轻人，长假时返乡过节，在从家乡坐火车回上海时出现了问题。火车到终点站时，列车员打开厕所门，发现他躲在里面，于是问他怎么了，他很害怕地说：“外面有人要抢劫，有五六个人用异样的眼光看着我，他们串通好等我下车后就抢我的包。我在火车上走动时，就发现他们中有两三个人在跟踪我，我躲在厕所里也听见外面有人用刀划开行李包的响声。”当列车员把他拉出厕所时，他竟扬言要杀人。此时，乘警来到，和列车员一起把他送到我们中心就诊。

医生询问时，他说他从江西坐火车到北京，再从北京转车到上海，路上已有两天两夜没睡觉，只吃了两包方便面，连水也没喝几口。他说话时显得很激动，又道：“我感觉有人要抢我东西，我身上有700元钱，包里还有银行存折，听到五六个人在议论，他们等我一下火车就抢我的包。”交谈中，医生发现他有很明显的被害妄想存在，比如患者坚信自己或亲人遭到外来攻击和迫害，有人阴谋利用各种卑鄙手段陷害他，他受到监视，即将被抓或遭暗杀，有人在食物中投毒等。在这类妄想支配下，可有拒食、自杀或攻击和所谓“报复”的行为产生。此外，还有关系妄想存在，比如患者坚信周围环境的各种变动和一些本来与他不相干的事全都与他有关，别人说话、无线电广播、报纸上登的文章和消息等，都是针对他的，连别人咳嗽、吐痰也都表示轻视他，甚至花开花落、刮风下雨等自然现象竟也与他有密切关系。

旅途中出现心理障碍和精神异常者，通常与这些因素密切相关——

1．多数患者为初次旅行、文化程度低，以农民及打工者居多，青壮年为主，乘车时间长，连续不眠时间亦长。

2．由于列车超员严重，患者所处车厢内一氧化碳浓度高，大部分患者在硬座车厢无座位，他们或站立或困于一隅，身体活动受限，势必极度疲劳。

3．患者多数长时间持续无进食或很少进食，车厢内供水次数少则更加重其饮水量的减少，在这些状况下，患者体内环境失代偿，出现生理指标的异常，比如白细胞计数、血糖、血钾、红细胞压积等。

4．患者往往具有内向或偏执的性格，日常表现为沉默、孤僻、悲观、对他人有敌意等。所以，这类疾病往往具有一定的易感心理素质。

5．患者往往在上火车前就具有前途未卜、焦虑

不安的心境，随身携带着来之不易的血汗积蓄或创业本钱，处于陌生车厢内，缺乏人际交流，更容易胡思乱想，渐渐把自己所想当成事实。我们在患者的精神症状消失后，对其自评诱因调查中发现，多数患者存在怕被劫和被伤害的自评诱因，有强烈的不安全感，因此处于持续高度的警戒状态之中。

那么，如何预防旅途中这些问题的发生呢？我们认为——

1．启程前必须做好充分的准备，如备足食物和水，整理好行装，计划好行程，提早买好车票，旅行前一晚充分休息，养精蓄锐，切忌仓促上路。

2．在旅行途中，不妨多与身旁的旅客闲谈，以排遣单调的旅途生活所带来的焦虑不安情绪。此外，记得乘车期间要经常活动肢体，火车停站时打开车窗，以便车内空气流通。若条件允许，不妨在停站时下车走走，以调节情绪。

3．相关部门应严格控制列车严重超员现象，这

也是预防旅行中发生精神异常的关键之一。

（原载《上海大众卫生报》2009年9月25日）

大哭大闹原是癔症作怪

周六中午，有一位女士被送到我院。了解情况后才知道，她是外院一位住院病人的家属，当天正陪护时突然大喊大叫，又哭又笑，不断拉扯自己的头发，还将纸张撕碎后扔上天，甚至将衣服脱掉，严重影响其他病人和家属。于是，外院与我院总值班、领导联系后，将她收了进来。

我与她交谈时，只见她披头散发，她丈夫抱住她，她却不停地要挣脱爱人的手，或哭或笑，表情显得惊异，两眼东张西望。我询问她是否认得站在她旁边的丈夫和姐姐，她摇头说：“不知道，我不认识他们。”然后，竟又开始脱起衣服来，急得一旁的家人直跺脚。

她丈夫反映，她是因为在上海的侄女出了车祸，所以赶来照料陪护。前一天中午，他们夫妻俩发生口角，丈夫多说了她几句，并差点把她的手机

扔掉。之后，她就一直闷闷不乐，一脸不高兴，晚上一夜没有睡好觉，第二天中午就突然出现反常举止了。

在给予适当抗精神病药物治疗后，患者睡了一觉，头脑清楚了，不再吵闹，也认得她家属。我再次询问她当时的情况，她只回答：“脑子一下子糊涂起来，但现在记不清了。”我问她心里有什么不痛快的事，她说，丈夫和她吵架，怀疑丈夫有外遇，所以总想着这件事。

据我分析，她突然举止异常，可能因为最近一段时间身体疲劳，又为她侄女的医药费昂贵而担心，加上对丈夫的疑神疑鬼，发生口角后更进一步加剧了她的郁闷心情，导致睡眠不好，第二天引起心理疾病的产生。这属于癔症表现，又称“歇斯底里症”，是由精神刺激或不良暗示引起的一类神经精神障碍。兴奋、吵闹与情绪激动有关，意识集中于某个方面，举止过火，症状特别做作夸张，等发

作过后随即恢复正常，具有内省力，再次发作时表现类似。

该病发生常与一定的人格特征有密切关联，如情感反应强烈不稳定、容易趋向极端、为人处事感情用事、富于幻想、易受暗示、好表现自己等。如果不了解情况，还可能感到患者是故意做作，行为幼稚荒谬。所以，如果发现家人有类似症状，应立即送到精神科医生处诊治。

（原载《上海大众卫生报》2010年5月28日）

奇怪的近似回答

火车到上海终点站，在清点人数时有一位40岁上下女士硬是不肯出车厢。工作人员将其带到办公室询问地址时，她突然拿出水果刀划开手臂6厘米长的口子，然后夺门而出。

当地人员带其就诊，这位女士双手护头，平步入室，安静坐于一处。询问情况时，她能回答一部分。对于从何处来、去何处、有何目的，却不知道如何回答。询问其现在是上午还是下午，则回答“白天”。又询问站在一边穿白大衣的女同志是干什么工作的，则回答“女人”。给她看一元硬币，并问是多少钱，回答“钱”。又问其2加2等于多少，回答“3”。可见这位女患者所作出的回答极其相似，但又不准确，似乎有“痴呆”表现。当医生暂时离开病房时，她便对身边看护说“解开保护带，我要上厕所和喝水”，说话时眼睛灵活地张

望四周，显得非常机灵，整个活动过程看不出有精神病的表现。

这种精神症状表现在精神病教科书上描述为近似回答（顺意作答）；患者能理解向他提出的问题，但给予近似和似是而非的回答，给人一种故意、做作的印象。如 $2 + 2$ 是3， $2 + 3$ 是4。多见于假性痴呆。假性痴呆这种情况非为真正的痴呆而徒有“痴呆”的外表。多系精神因素引起，其表现可有“故意做作”的惊异表情，行动似乎幼稚荒谬但目光仍显机灵；对简单问题不能正确回答，而需要复杂思考的提问却反应敏锐；极平常的记忆已丧失，而极细微的事件反而牢记未缺。常见于癔病和反应性精神病。

非典型抗精神病药、无抽搐治疗、心理治疗三结合同步进行，经治疗后，消极自伤举动消失。这说明智能是好的，存在一定的社会心理因素，多系精神因素积压过多引起，若深层次社会心理因素得

到释放，病情可获得缓解。

（原载《上海大众卫生报》2011年12月23日）

“双重身份”的癔症患者

患者是郊区农民，去年刚刚退休，她自小学毕业后便在田里干活，平时为人处事较内向、胆小、怕事、缺乏主见。患者退休后在工厂做清洁工，其间入院开刀，再次回到工作岗位时，被高空坠落的物体惊吓，因此惊恐失眠、肌肉跳痛，不得已而辞职。半年前患者独自在家休养，病情仍不见好转，其80岁母亲认为女儿身上有“鬼”，需要看“仙人”。当患者被“仙人”从身上看到八个“鬼”时感到精神负担很重，整日忧心忡忡。此后，患者的思路时而清楚，时而糊涂，糊涂时不仅大哭大闹，有时连自己的行为都无法掌控，她不但模仿狗爬、狗叫，甚至脱掉衣裤，赤身裸体走出屋外。

患者在家属陪同下前来精神卫生中心就诊，在交谈中发现患者神志清楚，接触时有做作表现，时而哭泣，时而拍手，举止幼稚，问话时有时点头、

有时不语。她提到：“仙人讲我身上有鬼，我就感到有鬼了。又叫我做仙人赶鬼，心里怕，学狗叫。”对脱衣裤、赤身裸体外出的行为，她自称“我不晓得，记不起”，说时连连摇头。给非典型抗精神病药和心理治疗后，病情很快有所缓解，患者表示回去好好工作，不再相信迷信。

分析病史后发现患者精神异常是由于社会因素与本身内向、胆小的个性引起的，是一种癔症（是由精神因素，如生活事件、内心冲突、暗示或自我暗示，作用于易病个体所引发的精神异常）所导致的身份障碍，又称双重或多重人格。主要表现为患者突然失去了自己原来的身份体验，而以另一种身份进行日常活动。两种身份各自独立、互无联系、交替出现。常见形式为神怪或附体，此时患者对环境缺乏充分的察觉，注意和知觉仅限于周围的某些人和物。两种人格交替出现者称双重人格，多种人格交替出现者称多重人格。癔症性遗忘并非由器质

性因素引起的记忆缺失。患者遗忘了某一阶段的经历或某一性质的事件，而那一段经历或事件对患者来说，往往是产生创伤性的，是令患者痛苦的。

（原载《上海大众卫生报》2012年3月13日）

重视老年痴呆年轻化趋势

一位50岁男性患者前来就诊，据家人描述，近几月他出现明显的记忆衰退，甚至出门因不识返家路线而被民警送回家。然而，单从这位患者整洁的外表来观察，是无法辨别其患病的。经过一系列的提问，我们确认这位患者的常识、判断能力都有障碍，没有换算能力、无法叙述住址等也都属于痴呆的表现。

那么，为什么50岁就会患痴呆症呢？其实，这是老年前期痴呆，又称为“早老性痴呆”，并且衰退速度很快。

类似的病例还有很多。有一位46岁男性患者，在妻子陪同下前来就诊。妻子描述丈夫丧失生活自理能力，并且同样也有忘记家庭住址的症状。究其过程，始发于2007年底，这位患者在毫无征兆的情况下出现记忆衰退、前讲后忘，最典型的例子是

单位已发工资，但他事后再去索要，弄得单位啼笑皆非。并且疑心病重，理解力变差，一度怀疑家人偏爱弟弟，并因此暴怒。2008年搬迁新居时不能帮忙，好几次外出不认识家而被民警送回，继而生活自理能力逐步丧失。2009年急转直下，衣服不会穿，鞋带不会系，大小便失禁，卧病在床，需他人全护理。

在与患者交谈的过程中我观察到，他坐于轮椅上的表情呆滞，口齿不清且无法回答问题，有时乱叫几声，智能全面衰退。当问及上代是否也有这种情况时，患者妻子表示，在一再追问下，婆婆才告知患者爷爷60岁出现同样状况，患者父亲50岁出现，现年41岁的患者弟弟现在也已出现记忆不好，情况有加重趋势，而现在最担心今后儿子会不会也是这样。存在明显的家族遗传史，提示婚前需要了解是否有遗传性疾病史。

经过确诊，患者已患上老年前期痴呆，起病通

常在65岁以前，多有同病家族史，病变发展较快，呈进行性发展，颞叶及顶叶病变较显著，常有失语和失用。该病的特点为记不起发生过的事，即使经过反复提醒，也回忆不起来；丧失了识别周围环境的能力，不知身在何处；逐渐丧失生活自理能力；基本无烦恼，思维变得越来越迟钝，语言越来越贫乏，缺乏幽默感等。有专家概括为：记不住事、算不清数、认不得路、说不清话、穿不了衣。

据统计，目前我国痴呆患者约600万，并且每年新发病例30万。痴呆症经诊断后的自然病程多在3年—5年，即发展到生活完全不能自理，出现多种并发症直至死亡。就目前的治疗水平而言，这种病是无法根治的，只能是缓解病情和改善症状，补充递质乙酰胆碱，使用扩张血管药物尼莫地平，以及大脑保护剂维生素E。

（原载《上海大众卫生报》2011年3月18日）

脑外伤可致精神异常

一天晚上，有辆警车驶来我院，送来一位患者。据了解，该患者在家无缘无故发火、打人，所以求救110。但是，患者则称：“我到这里是来评理的，怎么让我住院？”说着又情绪激动起来，怒气冲冲地用手拍桌子。

我进一步追问缘由，家人反映，他之前曾被车撞伤，昏迷了27天，脑干损伤，经抢救后奇迹般地存活下来，起初手脚不能动，后来通过康复训练能够行走，平时生活可自理，然而以后性格逐渐改变、精神反常，表现为：1．脾气暴躁，如与家人、亲朋好友谈话或遇事时，只要自己认为不对、不好，就会发急、不能控制情绪。2．说话固执，不听家人劝说，坚持自己的道理，别人如有反对，他在争论的同时还会动手打人，什么道理也听不进去。3．爱捡垃圾，如吃的东西从不注意保质日

期，并且在外面看到衣服、裤子和被子等也带回家，有的洗好自己穿，有的放着占地方，就连木材、钢铁等乱七八糟的东西，只要自己认为有用，就会往家里搬。4．有疑心病，时常认为别人在商量什么秘密事情而不让他知道，坚信别人会对他不利，甚至怀疑妻子与别人有来往而嫌弃自己。

我询问他：“为什么发脾气？”他说：“他们（家人）将我在外捡回来的好东西都扔掉，也不跟我说！”“那为什么捡东西呢？”他说：“那些都是可以用的，食品是原封包装，没有开封，而木头、铁棒等今后可以修修补补派用场。”“为什么怀疑妻子有外遇？”他说：“我看到有收旧货的男子对她说有两间房子，言下之意就是他有房子可以结婚，否则他为什么要讲房子？而她听后又连连点头。”诸如此类，证实他明显反常。根据我的诊断，他是属于颅脑外伤后出现精神障碍。这类人会丧失原有的人格特征，比如原先善良、温和、宽容

的人会变得心胸狭窄、情绪不稳、喜怒无常，从一个极端波动至另一个极端，让人感觉变化莫测，甚至无法相处。此外，这类人还会表现为易激怒、常与人争吵、自我控制能力减退、性格乖戾、粗暴固执、自私和丧失进取心，还有病态妄想，如：认为周围一切事物，近如亲人、同事的一言一行，远如时事新闻等，无不与自己有关；始终认为自己的爱人另有外遇，若看见爱人跟任何异性说一句话、点一点头，就坚信这是彼此有意的暗号，为此纠缠吵闹，对爱人的行动加以监视和追查；有时会有发作性暴怒、冲动与攻击行为，使其家庭受到严重干扰。

该患者住院后经药物治疗和心理认知治疗，情绪已恢复平静，并表示今后不再打人，会控制好情绪，不再胡思乱想和乱捡东西回家，会遵从医嘱好好吃药。在此也提醒，家中如有颅脑损伤患者，家人对其精神异常、人格改变等要有心理准备，防范

一切可能出现的情况，及早送院治疗。

（原载《上海大众卫生报》2010年1月29日）

癫痫可致人格改变

有一天，我突然听到病室里有嘈杂声，继而有人乱叫，开门后只见一些人在叫：“打架了！”还有个护工说：“我去劝架，脸上竟也挨了一拳。”只见两位患者已被拉开，一方鼻子出血，一方衣服被撕破。但双方仍不罢休，握紧拳头，怒目圆睁，仔细一看，原来是为了下棋而吵架，一方说：“他下棋输给我，就不下了。”一方说：“他为什么要把棋盘拿走？”双方均啰唆不停，说个没完。

经过询问他们的医生，发现两个均是癫痫所致
的精神障碍（人格改变）患者。癫痫后的人格改变，是癫痫患者特有的精神障碍，呈进行性，性格具有双重性，一方面表现为易激惹、暴躁、残暴、抱怨、挑剔、固执、记仇、气量狭窄、自我中心和拘泥小节。例如，有一次，我院一位患者看电视节

目时为争取坐在前排，就早早将凳子放好，谁知后来发现凳子让别人占了，因此争吵起来，甚至扬言要将电视机推倒，大家都没得看。我当时正好在场，及时与播放电视的人员说明，予以“特殊照顾”，最后才化解干戈。还有一位患者，父母已亡，唯一的弟弟不常来探望，还将父母留下的钱都赌输了，患者得知后表现出恶作剧行为，将其他患者的鞋子扔出窗外，引发家属不满；或将毛巾扔进厕所，但对自己所做之事百般抵赖。但是，该病情的另一方面，又可使患者表现为循规蹈矩、过分客气、温存柔顺。比如病房里另一位患者，每天协助护工冲洗厕所，还将家人带来的小菜分给其他患者，非常有礼貌。这说明，该患者具有不同倾向，因此表现出某种倾向占优势时的不同行为。

癫痫后人格改变尚无有效治疗方法，我们应在临床上认识到该病特点，为避免激惹患者，可做一些让步，适当满足一些要求，迂回解决问题，也不

失为治疗中的有效策略。

（原载《上海大众卫生报》2010年9月24日）

他为何能两次避免入院

病人小孙曾住过精神病院一次，经治疗后病情缓解，他又能上班工作，并通过自由恋爱而结婚了。而结婚当晚，他却出现话多、手舞足蹈、摔碎杯子等情况，显然处于兴奋状态。此情此景令父母心急如焚，新婚妻子暗自流泪。第二天，父母马上为他请医生治疗，医生诊断后给他服抗精神病药治疗，兴奋状态很快缓解，避免了住院治疗。

后来，小孙因下岗，只能自寻职业。有一次到新单位工作，但工作一周就被辞退，老板甚至连工钱也未给，并说：“我是试用，不好不用，也不给钱。”小孙为此出现不眠、有失落感，整天不想吃饭，浑身感到不舒服，有时他还觉得活得太累，不如死掉算了。家人见此情况，立即通过电话向医生反映，医生回答这是抑郁状态，立即给予抗抑郁药治疗。经治疗，小孙的不眠状态被控制，浑身不

适、抑郁心境得到调整，避免了第二次住院治疗。

这位病人虽在新婚之夜和下岗后病情复发，但医生在他家里将其病情迅速控制住，平时病人在工作、家庭和心理上出现不平衡也能与医生交流，得到医生及时的解释、指导、鼓励、保证，使危机被抑制在萌芽中。病家曾多次向医生表示：“您救了我们全家。”

该病人之所以能两次避免住精神病院，其治疗模式值得我们借鉴，它以医疗保健服务的连续性、完整性、经济方便为特点，以家庭和社区为主，医患双方共同参与，护理与咨询同步进行。一方面家人密切注意病人的情况，一有异常立即通知医生或带病人来医院治疗；另一方面，医生要多与家属取得联系，时常电话回访等，这样，才能使病情缓解后的病人再次发病的可能性降到最低。同时，也需要我们的大环境的支持，现在社区医生的全科化将为病人和家属带来更大的方便。

(原载《上海大众卫生报》2006年12月15日)

防精神病复发的关键问题

有效预防精神病的复发，需要专科医生指导，家属密切配合，并注意以下方面，才能取得理想的效果。

一、由于精神病人的一大特点就是不承认自己有病，因此，他们对治疗很少会自愿接受，不少病人病情稍有波动就会出现拒药、藏药、减药、停药，其结果必然加速了疾病的恶化。另外，病情稳定者有不少人过于自信、嫌麻烦或怕有副作用而自行停药。因此，患者的药物通常需要由家属妥善保管，病人服药应由家属按时、按量发给，并当面服下去。

二、预防精神病复发涉及的内容很多，并非只要按医嘱服药或照顾好病人的生活就可达到目的，所以建议患者家属购买一本通俗易懂的精神科普读物，有条件的参加由精神病专科医院举办的患者家

属短期学习班，以增长有关知识，做好患者的抗复发与康复工作。同时，也建议有关学者和专科医院对此予以足够的重视，为患者家属提供这方面的服务。

三、家属不要对患者处处包办代替，不必担心他们做得不好，在按医嘱坚持服药的前提下，督促病人多从事力所能及的劳动，指导他们参与人际交往和社会性活动，不仅有利于其适应和回归社会，也有利于病情的稳定和预防复发。

四、精神病抗复发治疗是一个长期、复杂的过程，家属切不可因病人病情的好转和举止言行的貌似正常，而盲目乐观或掉以轻心。

（原载《上海大众卫生报》2002年12月6日）

书法与健康

谈到书法，一般人只以为无非是练练毛笔字，掌握书法艺术，而很少知道学书法对陶冶性情，锻炼身体，大有益处。

可以说，书法也是一种体育锻炼。写毛笔字十分讲究要有正确的姿势：头正、身直、足安，执笔要指密、掌虚、掌竖、腕平、肘起。书写时，许多关节和肌肉都在运动，大大训练了脑神经。这和打拳颇有共同之处。比如，欲纵先横，无往不收都是一样的。太极拳动作没有直出直入的，近乎曲线、圆周运动，而写行、草书呢，如游龙走蛇，运转自如。打拳的要领是：其根在脚，主宰于腰，行于手指。这也和写字相同，特别是创作大尺幅的书作，必然是其根在脚，主宰于腰，再从腰到肩、肘、腕、指，所以说，“行于手指，发于笔毫”。俗话说：“药补不如食补，食补不如动补。”运动可治

疗疾病，书法也同样有这样的效用。朱德同志曾一度右臂酸麻，经过坚持写大字，认真悬肘运腕的活动，使右臂酸麻的病好转，而且未再发作。据书法出版社编辑讲：“方毅同志右臂酸麻，曾经用过针灸、推拿治疗未见好转，最后用写毛笔字治疗获得好转，现在仍每晚写一小时字。”

书法是一种艺术爱好。人们练字时，要排除杂念，全神贯注，屏心静气，呼吸均匀，精神完全入“静”。书法家汤伯鹰先生说：“心中狂喜之时，写字可以使人冷静下来；心中抑郁，写字可以使人忘记了抑郁。我以为延年益寿，这算是妙。”写字可以影响人的情绪，而情绪和健康有密切关系。据说，某一疗养院曾用钓鱼、打太极拳、学书法三种方法来治疗神经衰弱的病人，结果以书法的效果为最好。

我国不少书法家都长寿。开唐朝一代诗风的欧阳洵活了85岁，而柳公权活了88岁。1979年全国

群众书法作品评比中获一等奖的苏局仙，已是百岁寿星，仍鹤发童颜，写起来沉着稳健，手不抖不颤，苍劲雄逸，神采焕发。

（原载《黑龙江卫生报》1984年2月10日）

她为何看保姆不顺眼

退休前在医院做护士的赵阿姨，请来一位20岁出头的女保姆，帮忙料理家务，空闲时顺便帮带外孙。老伴和女儿对这个保姆还挺满意，赵阿姨却常常对她横挑鼻子竖挑眼，没多久，小保姆就被她赶出家门。之后，赵家来了一拨又一拨的保姆，几乎都没干上多久，就被赵阿姨以同样态度一个个拒之门外。

最近一个小保姆让赵阿姨的老伴和女儿都很满意，认为她各方面素质都不错，但是赵阿姨依旧蛮横无理，鸡蛋里挑骨头，每天对着小保姆大发无名火。不仅如此，赵阿姨的睡眠质量也逐日下降，甚至提出不辞退保姆就住到单位的要求。老伴和女儿商量后决定对赵阿姨的无理要求不予理睬，留下保姆。这个决定让赵阿姨情绪严重受挫，哭天喊地，大发雷霆，甚至逼迫女儿回答是她重要还是保

姆重要。

赵阿姨的老伴和女儿对这样的状况很是无奈，他们认为问题并不在于保姆，而在于赵阿姨本人，是她心眼过小、疑心过重并不容人的错误心态导致的。意识到问题存在的根本原因后，他们赶紧带着她找心理医生咨询。

据了解，赵阿姨家条件优越，老伴退休前是总工程师，不但经济收入富裕，并且人品上佳、身体健康，加上在外企工作的女儿有房有车，可谓小康家庭，赵阿姨本该过着无忧无虑的幸福晚年。但是，自从找来保姆以后，赵阿姨发现，老伴对小保姆关爱有加，在她口述的24个事件里主要为：老伴主动关照保姆冲开水不要烫伤；吃饭时，老伴多次主动为保姆夹菜，对自己却不闻不问；保姆在房间睡觉，老伴主动前去关门并叮嘱莫着凉；老伴主动与保姆一起做菜，等等。

在交谈中赵阿姨情绪显得激动、行为幼稚，不

断自言自语，声称要自杀，边说边捶胸顿足地朝外冲；过于偏执并常常以偏概全，对媒体所报道的有关男主人与保姆有染的社会事件过分敏感，极度缺乏安全感，易受自我暗示对心态的影响。

她虽然受过一定程度的教育，但从语言表达、情感流露、行为表现反映出其有认知缺陷。具体可以概括为五种表现：第一，任意推断。即在证据缺乏或不充分时草率地作出结论。第二，选择概括。仅仅根据个别细节而不考虑其他情况便对整个事件作结论。第三，过度引申。在单一事件的基础上作出关于能力、操作或价值的普遍性结论。第四，夸大或缩小。即对客观事件的意义作出歪曲的评价。第五，全或无的思维。要么全对，要么全错，把生活行为看成非黑即白的单色世界，没有中间颜色。其实，在生活中若一味用放大镜看待世事，只会是自寻烦恼。

(原载《上海大众卫生报》2011年5月6日)

到精神卫生中心“减肥”

她身高1.68米，体重43公斤，一副弱不禁风的样子。近几月空乘系要招人，她担心身体过不了关，在父母的劝说下住院了。但是住院一天就要出院，因为实在不适应环境，加上进食后即呕吐，为此出现强行外出、拔补液针头等情况，医务人员无奈，只能将她约束在床上。

追问原因，患者自述原来家中突然发生变故，身份一夜之间由一个干部子女变为一个囚犯的女儿，心理上接受不了这个现实。后来无意中听说了吐不仅有口福还减肥，一想挺好。开始喝水灌满肚子，然后用手抠，久而久之就习惯了，以后想吐就吐出来，这个病一直让她有百吃不胖的苗条身材。失去活下去的信心和动力，她开始天天酗酒，过着黑白颠倒的日子。通常都和朋友喝酒、抽烟、唱歌、跳舞，玩到天亮才回家睡觉。

这是一例与心理社会因素有关的以进食异常为主的精神障碍，是一种多见于青少年女性的精神行为异常，特征为故意限制饮食，使体重降至明显低于正常标准，为此采取过度运动、引吐、导泻等方法以减轻体重。常有过分担心发胖，甚至已经明显消瘦仍自认为太胖，即使医生进行解释也无效，部分病人以胃胀不适、食欲下降等理由来解释其限制饮食的行为。常有营养不良和内分泌紊乱，女性可出现闭经。有的病人可有间歇性暴饮暴食，本症并非躯体疾病所致的体重减轻。

经过18天非典型抗精神病药、抗抑郁药、安定药治疗，患者目前体重已增加3公斤，偶尔出现一次呕吐。患者表示会改变原来没有规律的生活，况且吃了吐并不能维持身材而是透支生命。

（原载《上海大众卫生报》2006年9月8日）

过分吝啬也是精神异常

我曾接触过一位女患者，她家里俨然像个废品回收站：肥皂头一蛇皮袋，电话线两蛇皮袋，废纸十麻袋，过期罐头两蛇皮袋，塑料面盆堆得约1.7米高，塑料鞋、破衣裤、瓶子、坏沙发.....将家里30个平方米堆得严严实实，仅仅能睡觉和吃饭。

她20世纪70年代在工厂是团支部书记，通过努力学习获得了外语专业大专证书，因未获得外语翻译岗位而出现不眠、哭泣、寻死觅活，曾到精神病院就诊。到了谈婚论嫁的年龄，她为多补贴父母5元钱生活费而发生争吵，道：“父母死要钱，叫我贴生活费，如果我结婚，找到像父母这样的公公、婆婆，这样的婚姻生活怎么过。”为此到了53岁仍一人生活。

她过分节约以至吝啬，使别人无法看懂。出外捡菜皮回家，吃人家剩下的盒饭，穿打补丁的衣

裤，将邻居丢弃的日用品捡回家堆放一处。她住在棚户区，万一火星点燃，后果将不堪设想。又逢她母亲患病要回家疗养，家人和居委干部劝其将东西清理，让家人同住，但她的回答是一千个一万个不愿意。有关精神科医生得知此情况后，建议她去精神卫生中心诊治。

我为她检查后，发现她患有精神病，需要住院治疗。她平时神志清醒，但衣服破旧、油腻脏污、多处补丁，鞋面泥渍，没有鞋带，声称：“父母和自己作对，要霸占房子，且和居委联合起来对付我，赶我出家门。”又道：“以前为了5元钱生活费要赶我出家门，为此不再想结婚，害怕嫁的人和他们一样。”“捡东西回家是为了节约，这是我的习惯，浪费太可惜。”她的谈话内容脱离现实，对父母失去亲人感，情感淡漠。加上虽然有一定经济能力，但在外无目的地捡垃圾、吃剩饭、穿旧衣服，生活疏懒、行为怪异、夸夸其谈，且存在纯理

论观念——指病人不合常情、不按常规、生搬硬套不经消化的理论概念。如有位病人读书废寝忘食，虽长期旷职不以为然；还有位病人学习雷锋“处处为人，毫不利己”的精神而将衣物倾箱送人。

经三周药物和心理治疗，这位女患者终于同意清理“家中物品”，让父母回家住，得到监护人同意后我们让其出院。因此，如发现家人平时在生活上有何行为异常，应考虑到精神科医生处咨询。

（原载《上海大众卫生报》2006年6月16日）

脾气发到精神卫生中心

据患者母亲反映，孩子读高一时常无故发脾气，经常与家人争吵，表现为嫌家中菜不好吃，看到社会上有看不惯的事情等，不停地玩游戏机，晚上只睡三小时左右，不想读书，家人劝说就发脾气、争吵，经老师做其工作才勉强去学校读书，但学习成绩不好。当时家人认为可能是青春期原因，过了青春期自然会好的，未予重视。读高二还是乱发脾气，无故吵闹，无奈之下请心理医生上门三次，患者均不配合，还到房间睡觉。心理医生认为家长对孩子教育方法不得当，过度溺爱所致。家长听从“心理医生”的建议决定让其在放暑假期间独自生活一月，然患者在这一个月里闭门不出、不洗澡、不换衣服、不知烧饭，家人把钱放在桌子上也不知道拿去买食物，甚至有时不吃饭。父母不放心回家看望时不肯开门，当家人劝说时患者就发脾

气，说：“刚放暑假时，就要求你们买电脑，现在9月份才买来，太晚了，不读书了。”之后就在家里整天睡觉、上网、看电视，同学约他也不出门。患者整日整夜开着电视，不停地看电视、玩游戏、不肯出房间，房间窗帘整天都是遮着的。不理发、不洗澡、不换衣服、不换床单。

母亲边说边擦眼泪，孩子考进高中不容易，只要读好书，其他事情都不要他管，早上叫醒，早饭放好，书包理好，甚至鞋带都替他系好，里里外外都是我操心，还要做钟点工赚钱。

与患者交谈，神情自然，胖乎乎的样子，微笑着与医生打招呼，平头、滑雪衫、牛仔裤、耐克鞋。一幅青春小伙子样，无论如何看不出有精神病的样子。说：“盼你们来已经多日了，这样我可以早日出院”，接着又说：“发脾气主要是母亲话多、啰唆、听了嫌烦，其实他们不理解我，父亲每天两场麻将，母亲管我吃穿冷热，对我有何想法从

来不管，时常啰唆，听了心烦。” “母亲帮你系鞋带？” 回答：“其实我不用她系，她要这样做有啥办法。” “个人卫生料理差？” 回答：“睡在家里，也不出门，也无人来，所以不理。” “为何不读书？” 回答：“不读是我跟不上课程，所以不想继续读下去。” “出院干啥？” 回答：“改善对父母的态度，读一门有技术的课程，好好谋生。”

专家分析接触交谈很好！“盼你们来呀！” 反映出正常的心理状态。该患者能力缺乏，好吃懒做，学习、生活被动，有吃有喝，养尊处优，怎么会有动力呢？吃有肯德基，洗澡有人拿衣服，书包有人理，鞋带有人系，这是教育出了问题，父母没有能力教他生活能力，养育环境造成了他不想动；将他限制在家中，环境产生依赖和被动，然父母对他不理解，站在父母的角度要求孩子，期望过高，缺乏理解孩子和及时提供帮助的能力。之后与父母对抗，孩子自以为是，然后发生冲突，以幼稚行为

报复，叫他干他偏不干。行为上有不洗澡，不洗脸，认为一个人不必弄得那么干净，又不出门，他说他通常也是出门才弄得干干净净。放暑假后出现问题，不想上学，也和养育环境有关系，收入底，文化程度不高，缺乏教育能力，母亲常哭哭啼啼，孩子嫌烦，家长要承担一半责任，因为父亲要打麻将而不管，母亲溺爱，恨父母能力差。人格没有障碍，从小听话，学习好。在美国诊断为亲子关系障碍，在中国诊断为品行障碍。品行障碍是指儿童少年时期反复持续出现的反社会性、攻击性、对立性等行为，这些行为违反与该年龄相适应的社会行为规范和道德准则，影响了其自身的学习和社交功能，损害他人或公共利益。

治疗主要是心理治疗，改变家庭动力学，改变家庭环境。父亲要停止打麻将，母亲要有兴趣，提高锻炼能力，从小事做起。家长要以身作则。孩子一但有成绩就给予表扬，久而久之就逐步增强自

信。可以参加旅游，做家务活，提高家庭责任意识。

（原载《心理健康导报》2012年第6期）

情绪高涨 精神反常

一天，在朋友处吃饭，席间某人接烟时用筷子夹住，然后燃烟，一圈一圈吐烟出来，此举动犹如演小品，引得满桌人哄堂大笑。当他见到一边有异性时，他不断地大献殷勤，唱歌夹菜，言语滔滔。笔者仔细观察，见此人衣冠楚楚，眼神有光，头发上油，表情喜气洋洋，说话声音洪亮，语速很快，且有小动作，时时举杯称：“碰酒碰酒，友谊天长地久。”甚至蹲在椅子上说：“这样夹菜方便。”整个就餐数他最忙碌。职业感觉告诉我，他精神反常。

后来，我向他家人询问情况。家人反映，他平时睡眠少，但白天仍感到精力充沛，好夸口，大方直爽，与人交往常给人一种喜悦感。家务事忙着做这做那，对别人放的东西看不顺眼，以自己的想法摆放，谁反对他就大为光火。特别近一个月来，因

母亲病故，他操办丧事过分辛苦，为此夜间不睡觉，白天话更多，更忙碌，不时买东西回家（不需要的物品），无故送舅舅办公桌，送表弟两条香烟，打电话约同事吃饭或参观风景地。有一次到饭店点菜，与老板发生口角，说菜肴味道不好，是老板嫌钱少，故意不把菜烧好，为此甚至动手，第二天仍要去算账。

至此，笔者告诉他家人，他是患了情感性精神障碍（躁狂发作）。该病发作表现主要以情感高涨或易激惹为主，并至少有下列表现中的三项：注意力不集中或随境转移；语量增多；思维奔逸；自我评价过高或夸大；精力充沛，不感疲乏，活动增多，难以安静，或不断改变计划和活动；鲁莽行为（如挥霍，不负责任或不计后果的行为等）；睡眠减少；性欲亢进。

该患者经过精神科医生两周的治疗后，之前情绪高涨、睡眠少、话多等症状逐渐消失，他自己也

纳闷怎么会有这种行为，更感谢医生救了自己，对自己以往连累了父亲、妻子和子女而感到内疚。后经维持治疗，他的言行举止恢复了正常。

所以，平时你如果发现家人有过分举动、异常行为，就应该劝他或陪他去进行心理咨询，以便及早发现问题，早治疗，早控制，这样有利于患者，有利于家庭，有利于社会。

（原载《上海大众卫生报》2005年11月25日）

走火入魔为哪般

一对父女来到心理咨询门诊，询问练功是否会导致精神反常。事实上，练功方法不够完善或盲目地自己练习会出现气功偏差，古人称之为“走火入魔”。具体表现为气行乱窜、气冲头脑、头脑昏胀、胡言乱语、行为失控，等等。

根据患者女儿反映，前不久放假回沪时发现母亲正在练功，之后的日常生活中，患者一反常态，对女儿的关心置之不理。某日，女儿将母亲的练功书籍藏起，在母亲一再追问下，她骗说把书借给同学了，当下遭到母亲连续的五个耳光。患者对此不以为然，她认为女儿一向乖巧，不会说谎，可是她没有大学同学在上海，发现自己遭到欺骗，所以一气之下打了她。

此外，患者丈夫发现妻子有时会半夜突然起床，坐在床头对着墙壁上的练功图声嘶力竭地大

叫“离婚！我要成为练功总站长！”患者不仅睡不安稳，食欲也不佳，连续三天茶不思、饭不想，只是盘腿坐在床上，目光呆滞、鼻息微弱，轻轻一推便会倒下。

患者甚至把书、奖状和照片——烧毁，还强词夺理地举例说道：“古代有一女诗人，十分聪慧，官家出身。9岁时父亲试其才，指着院中一梧桐树说：“院中一梧桐，高耸入云中。”她对道：“枝迎南北鸟，叶送往来风。”她的父亲并没有为她的才情高兴，反而悲伤起来。因为，他从这诗中看到了女儿的命运。结果父亲英年早逝，家境落魄，母亲死后都没有棺材下葬，女诗人自卖为官妓葬其母。可见古人都知道信息预示性，我看书读报喜作批注，获得的奖状和照片是我以前练其他功所获，批注、奖状和照片内有假气功信息，练功要专业，所以要先烧掉这一切。”

通过病史分析以及患者的一番话，可见患者因

练功方法不够完善，盲目地自学导致走火入魔。其实，练功时全身应处于松弛状态，可进入催眠状态。此时，大脑皮层受到抑制，当皮层下一旦失去控制，则兴奋性会增高，因而特别容易接受到暗示，导致情绪活动及内脏功能失调现象。

暗示是一种在无对抗的态度下，用含蓄、间接的方法对人的心理和行为产生影响。这种心理影响表现为使人按一定的方式思维或接受一定的意见或信念。暗示可以来自别人，也可来自自己，后者称为“自我暗示”，人在感觉、知觉、记忆、思维、情感、意志等方面都能受到暗示的影响。

（原载《上海大众卫生报》2013年1月1日）

人格障碍及时诊治

有位患者，少年时被诊断为精神分裂症，服抗精神病药治疗后出院，但不断接受心理咨询，成年后整天换工作，脾气暴躁，与周围所有人不合。来到我这里时，我与他交谈发现他神志清楚、仪表整洁、有自知能力，并未发现重性精神病症状。但话语中，听出他对生活有诸多不满，容易抱怨、发牢骚，有时出现一过性的情绪不稳定，但转而恢复平静。

家人告诉我，患者常常无端惹是生非，比如坐车不给钱，甚至有时会用刀威胁家人，事后又认错，赔礼道歉；人际关系极差，无法与父母相处；疯狂地抽烟、喝酒，不顾身体条件与经济环境。经过会诊，专家认为，患者种种表现属于人格障碍。

我国精神障碍分类与诊断标准定义为：人格特征明显偏离正常，使患者形成一贯的反映个人生活

风格和人际关系的异常行为的文化背景和一般认知方式（尤其在待人接物方面），明显影响其社会功能与职业功能，造成对社会环境的适应不良，患者为此感到痛苦，并已具有临床意义。

患者虽然没有智能障碍，但适应不良的行为模式难以矫正，仅少数病人在成年后程度上可有改善。通常开始于童年期或青少年期，并持续发展至成年或终身。这种偏离是广泛、稳定和长期的，并至少有这几项：1．认知，即感知及解释人和事物，由此形成对自我及他人的态度的异常偏离；2．情感，即情感唤起和反应异常偏离；3．控制冲动及对满足个人需要的异常偏离；4．人际关系的异常偏离。排除人格特征的异常偏离并非躯体疾病的表现或后果，可给予非典型抗精神病药治疗。

伴随医院治疗，患者父母也配合医生，给儿子提出要求：每天保证生活规律，早睡早起；出去找工作，独立谋生；戒酒、限烟；不乱花钱；不吵

架、骂人。患者诚恳答应，一定要积极接受治疗，希望早日治愈自身疾病。其实，日常生活中，有人格障碍者可能不在少数，家人应及早陪患者来医院进行治疗，并给与患者鼓励与支持，让他们克服心病，回归正常生活。

（原载《上海大众卫生报》2010年6月18日）

明辨早期精神分裂症

29岁的黄刚最近常常因小事发脾气、无故辞职、对女友不闻不问，对凡事均无所谓。后来发现，这是他患上精神分裂症的早期症状。精神分裂症早期症状通常归纳为性格改变、类神经质的表现、零星出现不可理解的行为、多疑、对自己某个部位不合理关注。

由于早期症状不具有特异性，并且出现的频率较低，加上患者此时其他方面基本保持正常，因而很容易被忽略。早期症状通常不为外人所注意，亲属虽然感到患者在某些方面的变化，但也多站在患者的角度去理解患者的症状。

早期症状还包括有认知功能障碍，例如缺乏这些能力：超前计划的能力，对外界环境做出正确反应的能力，从错误和挫折中获取经验教训的能力，解决实际问题的能力等。

(原载《上海大众卫生报》2013年3月19日)

老年人为何易孤僻

问：我父亲退休后常独居一处，或蒙头睡觉，不与人交往，显得孤独、怪癖。是否其他老人退休也一样？

答：你提出的问题有一定的普遍性。一个人一辈子辛苦工作，到了老年阶段，功高荣退，能停止工作退休在家，原本是一件值得庆幸的事。可是事实上，有不少人却无法接受且适应退休这件事。其理由很多，假如一个人一向勤苦工作，把一切精神都寄托在日常工作并且以工作成就为其人生唯一收获与享受，那么突然退休停止工作，也就是等于把向来的依托切断，生活上突然产生一个很大的空洞。假如一个人素来缺少工作以外的生活劳动，没有嗜好兴趣，或其他社交习惯，退休以后更是无所事事，变得难受，容易产生独居和不与人交往。看到自己子女和周围邻居忙忙碌碌，自己的生活圈子狭小，因此会感到空虚、孤独、怪癖，甚至产生被

冷落感和遗忘感。

问：孤独、怪癖具体表现有哪些？

答：表现为离群独处，不与旁人来往，也不参加劳动；有的闭门塞户，蒙头而睡；有的站立屋角，沉默不语；有的则低头蹲坐，对周围发生的事情不闻不问，漠不关心。

问：有哪些因素导致老年人孤独、怪癖？

答：一是老年期病理或生理变化。脑动脉硬化，体内某些激素平衡失调等，这些生理变化引起老人的心理变化，使有些老人的性格变得孤独、怪癖。

二是社会地位变化。老年人退休，是生活中的一个重大转折点，会对他们的心理产生重大的影响，他们从积极、有规律的职业生活中解脱出来，社会活动舞台也从工作场所转到里弄，生活节奏减

慢，生活天地狭小，脱离组织领导。对于这一变化，许多人不能立即适应，在一些人的心理上，会产生被社会抛弃、冷落的感觉，生活上的无所适从和精神上的空虚，会使他们感到晚年生活很不愉快。

三是家庭地位的变化。在中国传统的大家庭中，老人是一家之主，在家庭中担负着重要的角色。作为父母、长辈，他们受到小辈的尊重，很有权威。但是现在这种传统的结构也开始发生了变化，儿女结婚后组成小家庭的增多，这也意味着老人独居家庭也将增多，即使与儿女住在一起，由于两代人所处时代、所受教育、文化知识、兴趣爱好的不同，相互间共同语言也很少，更谈不上感情交融，家庭关系趋于松散，至于为房子、经济等问题争吵，家庭不和睦更增添了老人的苦闷和烦恼。另外老人丧偶，受到打击也很大，往往会造成心理上的孤独与情绪上的消沉。

(原载《上海大众卫生报》2006年8月4日)

莫名其妙者缘何突然伤人

有一位患者已连续失眠三天，表情呆滞，不思饮食，在家人督促下被动进食，个人卫生不能主动自理。甚者对家人讲一些不着边际的话，如“让我带你同归于尽”等，家人无奈之下带他到闸北区精神卫生中心治疗。

据了解，患者于五年前也发生过类似情况，在就医服药后病情有所好转。但是，事后患者常常与家人提起单位某同事，坚持认为那位同事在自己不注意时取走了50元。自此，患者情绪持续低落，不肯吃饭喝水，一动不动。其家属起初认为患者因疲于奔命、不想工作而故意“装疯卖傻”。

显然，这种想法是错误的。作为家属，应注意患者的言行举止，防止发生意外。有些患者会突然出现冲动行为，甚至危及自身和他人的安全。例如，病房中一位不吃不喝、不言不语的精神病患

者，某日突然砸坏电视机并伤人，事后安然处之，好像事情没有发生一样，对打人、毁物等破坏行为不作任何解释。这属于精神科行为障碍中的冲动，指患者离开思索考虑而不受制约的爆发行动，也是非意志所左右的病态行动，这种爆发冲动可严重毁物、伤人，颇具危险性，一般片刻即止。

精神科教科书称这种情况为精神运动性抑制，指患者的动作和言语减少，但临床上可见不同的表现形式，通常运动性抑制时表现为懒言少动，卧床不起，拒食，但在被动督促下行为有所舒缓，对这种现象称为亚木僵状态。当精神运动性抑制最严重时即表现为各种行为的木僵。所谓木僵主要是指患者不言不动、不吃不喝，面部表情呆板，对周围事物及任何刺激均没有反应，外表如泥塑木雕，然而这类病人的内心活动其实是异常丰富且思路也是非常清晰的。

(原载《上海大众卫生报》2012年2月7日)

扭转误解，正确认识精神疾病

在日常诊治及阅读文献和与人交流过程中，发现许多患者及家属、普通老百姓，对精神疾病认识存在许多误解，以致对治疗、康复、预后起到负面作用，因此消除这些误解有利于提高民众对心理健康的认识水平，对增强防病、治病、康复理念有重要意义。

误解一：精神病患者都受过刺激

实际上许多精神疾病发病时精神刺激并不明显，有的根本就没有，有的精神刺激只能算是诱因，根本的原因还是病人自身的原因，比如有些青年学生受到老师批评、考试不及格后出现精神分裂症、双相障碍，不能说患病就是老师的批评引起的。

误解二：精神病患者都性格内向

事实上，性格因素是易患某些精神障碍因素之

一，但不是重要或唯一的因素，性格与遗传素质有密切关系，有性格不良的人患病风险会明显增加。决不可单纯以为这是主导因素。

误解三：精神病患者是中邪闹鬼

确实，有些精神病人感到肚子里有东西窜来窜去，眼睛看到古怪物体，等等，误认为鬼神附体，身上有鬼作怪，要驱鬼。为此花重金算命、念经，去庙里求神拜佛，甚至请“跳大神”驱鬼，结果劳民伤财。

误解四：这属于一种遗传病

精神病的遗传非常复杂，多数精神疾病很可能不是一个单基因遗传性疾病，多基因遗传可能性较大。基因与发病之间没有必然的联系，父母遗传给子女的是患病风险或机会。

误解五：治愈后无需服药

大多数精神疾病很难一次彻底性治愈，需要长期的维持治疗，有的需要终生服药。专家总结分析

了24篇应用抗精神病药预防复发的研究资料发现：1018例服用安慰剂，有698例复发，复发率为65%；2171例服用抗精神病药，有639例复发，复发率为30%。统计显示，长期维持服药复发率远远低于不服药者。

误解六：长期服药会形成依赖

各种抗精神病药物与精神类药品完全不是一个概念，前者长期服药不会形成成瘾性。精神类药物包括吗啡、杜冷丁等止痛药物，具有成瘾性，不能长期使用。而一些镇静催眠药如安定类成瘾性非常低，只要在医生的指导下服药不会有任何问题。

误解七：只注重心理疏导

大量的临床研究证实，绝大多数精神疾病多有大脑的功能和结构的改变，需要用药物来改善结构和功能。除部分与心理因素密切相关的心理障碍仅靠心理治疗就能解决问题外，其他都需要药物、环境、心理治疗或三者之间组合治疗。

(原载《上海大众卫生报》2012年12月4日)

作息无度？警惕精神异常！

小金自从毕业后，换了6份工作，最终不能胜任而被辞退。

家人发现，小金自从职场屡遭失败后，对待生活的态度变得十分慵懒，常常半个月不洗澡，衣物也从不清洗，就连吃饭都需家人督促。她的生活作息越发紊乱，经常通宵熬夜打游戏，到了白天再补觉。

以上这些行为，其实已经类似精神异常的表现。不过，由于小金至今还没有出现明显的胡言乱语与伤人行为，所以无法确诊。

通过观察发现，小金说话时表情始终没有变化，对话时也没有任何自发的话题，给人最大的感觉是“懒惰”。

据了解，小金的母亲有精神分裂症家族史。

然而，精神异常最为明显的表现是神经心理发

育滞后，社会适应能力差，一旦遭遇社会心理应激或其他心理因素，就会难以应对。在工作中，小金好几次遇到被辞退的情况，便出现社会功能退缩。

其实小金目前的状态已经表现为精神分裂症特征性的阴性症状，如百事懒散，缺乏进取，一无所求，丧失兴趣，外部表情缺乏相应的情感反应以及毫无主动决策、行为孤僻退缩，甚至个人生活也无法自理。

精神分裂症患者需要通过药物治疗、环境治疗及治疗心理三个环节同步进行，以达到良好的康复效果。

（原载《上海大众卫生报》2013年6月18日）

三例精神分裂症病人缓解后发生自杀的分析

例1：倪某，院号9-295，女性，23岁，未婚，大专文化，技术员。入院前三天耳闻人语，脱衣，胡语，用刀砍外婆，总病程半年而首次入院。诊断为精神分裂症。经三个月的治疗认识到用刀砍外婆不对，自知力大部分恢复，获显进出院。一直门诊服药，于两月后上班。工作期间出差到普陀山，经看手相人说婚姻线不清楚，顿感患此病已遭歧视，又有婚姻线不清楚，生活无望，暗自流泪，在单位跳楼身亡。死前称“爸爸是好爸爸，我解脱了”。

例2：张某，院号，9-303，女性，27岁，未婚，高中文化，工人。入院前一周卧床，打父，认为饭菜有毒，总病程2年而第二次入院。诊断为精

神分裂症。经三个月的治疗，张某认为饭菜有毒、打父亲是不正常的，自知力大部分恢复，获显进出院。一直门诊服药，两月后要求工作。然单位领导却将其原在市区工作安排在郊区联营厂工作，几次协商无望的情况下，认为患此病丢脸，被人看不起，在家中跳楼自杀。死前独自哭泣，将自己衣物理净，与父亲讲，“对不起，曾经打你，这是我不对”。

例3：顾某，院号12-74，女性，62岁，已婚，小学文化，工人。入院前十天认为饭菜有毒，骂人，不眠，总病程26年而第五次入院。诊断为精神分裂症。经四个月的治疗认识到想饭菜有毒、骂人是病态，自知力大部分恢复，获显进出院。刚出院几天，其夫遭车祸身亡，感到孤单，在家中跳楼身亡，死前对儿子讲，“老头子死了，我也不想活了”。

自杀是指个体蓄意或自愿以各种手段结束生命的行为。精神障碍患者自杀的共同危险因素，其中包括“未婚、单身、寡后、家庭冲突、低社会经济地位或失业”。有研究表明，自杀危险的两个高峰期在住院后刚接受治疗的早期及出院后一周或三个月^[1]。该三例病人有未婚、有寡后、社会经济地位不高、均在三月内自杀，与文献报道一致，应引起临床重视。精神疾病患者的自杀率为一般人的6倍。这是由于精神疾病本身的影响，以及患精神疾病后遭受歧视和打击所带来的心理创伤，许多患者在病情缓解后自杀，因为忍受不了“疯子”标签带给他们的屈辱，非病态动机的自杀增加，病人受歧视，对残留症状久不消除而感到绝望，对长期服药感到厌烦，觉得一死白了的好^[2]。有两例病人感到患病后丢脸和被人看不起，工作困难，出现自杀，引以为戒，应加强心理治疗，改善认知，面对现实。自杀发生在精神分裂症好转阶段，使人不易察

觉，难以防范。家属一般重视程度不够，认为病已治愈了，一切将走向正轨，而放松警惕。当病员在工作、学习和生活上遇到挫折、情绪低落时，没有引起思想上的高度重视，一旦患者自杀成功，家人则感到突然、惊讶；因为家人正沉浸在喜悦中，无法接受这一客观事实。Baechler认为精神分裂症病人在发病的时候不自杀，但当他们病情缓解，并知道自己是精神分裂症病人或者害怕成为这种病人时，希望回避这种命中注定的后果，于是自杀。此时再遇上生活事件，诸如恋爱、工作、家庭问题，“屋漏又遭连夜雨”，令其心寒、失望。据国内文献资料报道^[3]，精神分裂症中导致自杀最常见的是幻觉妄想，约占65%。其次是缓解期对疾病感到悲观，工作或婚姻受挫。患者认为长期住院给家庭经济带来巨大损失，生活困难，因患有精神病使婚姻难于完美解决，社会上一些人对精神病认识不足，对他们另眼相看，甚至歧视他们或给予人格上

的侮辱，认为精神病是自己历史上的污点，对社会上的事物还不能适应，克服和抵制外来因素的能力差，导致消极情绪及言行而发生自杀^[4]。自杀的心理机制，当一个人感到无法忍受痛苦、无法克服困难、极力想摆脱困境而又感到无能为力时，则易产生自杀意念和自杀行为。对生活的绝望导致了自杀。自杀的动机：1．摆脱痛苦，逃避现实，可以是摆脱现实中的痛苦，也可以是逃避毫无希望的未来。2．呼吁或求助，想表明自己的不幸，希望得到帮助和同情^[3]。例1病人经看手相人说婚姻线不清楚，曾谈恋爱失败，感到寻找伴侣无望。例2病人对工作分配不满，产生被人歧视感，顿感前途渺茫。例3病人因夫遭车祸身亡而感到孤单无援，缺少老来伴。可见均失去生活勇气，回避现实。

自杀虽是保密的，但在自杀者身上总有“泄密的窗口”，常见先兆有：1．对自己关系亲近的人，表达想死的念头，或在日记、绘画、信函中流

露出来；2．情绪明显焦躁不安，常常哭泣，行为怪异粗鲁；3．陷入抑郁状态，食欲不振，沉默少语，失眠；4．回避与他人接触，不愿见人；5．性格行为突然改变，像变了一个人；6．无缘无故收拾东西，呆视自己用过的东西，向人道谢、告别，归还所借物品，赠送纪念品，流露出对人世的无限留恋。例1病人有暗自流泪，称“爸爸是好爸爸，我解脱了”。然父亲仅理解为病情解脱了。例2病人有独自流泪，含情称“打父亲不对”，死前将自己衣物理净，然父亲认为是忏悔心情。例3病人曾直言“老头子死了，我也不想活啦”，然儿子仅当作一讲了之，未予重视。自杀又称“寻短见”，“寻短见”就是一时想不通。如果此时医务人员和周围的人发现上述异常，给予心理治疗和因势利导劝说，正视现实，让他们知道重新安排工作、生活等问题上将会遇到困难，鼓励并激发病员战胜疾病和各种困难的信心，大力宣传精神卫生，

使他们得到社会各方面人士的同情和帮助，及时解决其生活和经济方面的困难，安排力所能及的工作，使他们感到组织和家庭的温暖，对生活充满信心和希望，或采取其他防范措施，渡过想不通这一关，自杀也就可能避免。

参考文献

[1] 江开达：《精神病学高级教程》，北京：人民军医出版社，2009年版，页340—341。

[2] 沈渔达：《精神病学》（第三版），北京：人民卫生出版社，1995年版，页100。

[3] 王祖承：《精神病学》，北京：人民卫生出版社，2002年版，页353—354。

[4] 胡隆珊：《精神分裂症缓解后自杀的心理社会因素分析》，《中国农村医学》1986年第5期（总279），页23。

致谢：感谢上海市精神卫生中心王祖承教授对本文进行指导并提出修改意见。

(原载《心理健康与心理咨询》2011年第3期 ,
该文也发表在《中国医学创新》杂志2012年第5期)

31例住院精神疾病患者使用日常生活用具自杀未遂的分析

[摘要] 目的：探讨31例住院精神疾病患者使用日常生活用具自杀未遂的原因及相关因素分析。方法：1999年至2011年住院精神疾病患者。运用自编自杀未遂登记表及阳性与阴性症状量表（PANSS）、焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）量表进行分析。结果：年龄低，文化水平低，无业下岗多，经济收入低，家人关心少。一月内发病5例（16%），吞异物为多18例（58%），不安心住院12例（38%），幻觉、妄想11例（35%），冲动控制障碍14例（45%），PANSS因子分均提示偏重。6例（19%）情感性精神障碍抑郁发作，SDS、SAS显示中度抑郁和轻度焦虑。抑郁发作和精神分裂症发生率26例（83%），与精神症状有关。结论：自杀未遂者中弱势群体多，与精神症状有关。早期住院患者与不安心住院患者易引起重视。

精神疾病患者住院期间出现使用日常生活用品自杀未遂的情况，有时往往难以预料，应当倍加重视，早防范、早发现、早处理，对尊重生命具有重要的实用价值。现对在我院住院期间31例自杀未遂患者的情况作一调查，并进行分析，报告如下。

1．对象与方法

1999年至2011年住我院期间精神疾病患者自杀未遂，诊断符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第三版的诊断标准共31例。我们使用自编自杀未遂的登记表，内容包括一般资料、疾病种类、自杀方法及理由、如何急救等。对每个自杀未遂患者进行逐项询问并登记，采用PANSS、SDS、SAS进行精神状态评估，并整理、统计。

2．结 果

2.1 一般资料 性别：男20例，女11例。年龄：24至57岁，其中20至30岁12例，30至40岁8例，40至50岁7例，50至60岁4例，文化程度：小学4例，初中23例，高中3例，大专1例。职业：无业16例，下岗12例，退休2例，农民工1例。婚姻状况：未婚22例，已婚6例，离婚3例。经济状况：下岗工资12例，基本生活费16例，退休2例，无收入1例。家人关系：家人不关心15例，几乎不来会客、很少会客9例，经常来会客7例。

2.2 病程与住院时间及住院次数 1年以内3例，1年至5年7例，6年至10年8例，10年以上13例。1月内5例，6月内16例，6月至5年5例，5年至10年2例，10年以上5例。1次住院10例，2次5例，3次9例，3次以上7例。

2.3 发病时的精神症状 幻觉、妄想11例，冲动控制障碍14例，PANSS因子分均提示偏重。抑郁6例，SDS、SAS显示中度抑郁和轻度焦虑。

2.4 疾病种类 精神分裂症20例，双相情感障碍（抑郁发作）6例，精神发育迟滞伴行为障碍2例，酒精中毒所致精神障碍2例，待分类精神障碍1例。

2.5 用药情况 非典型抗精神病药15例（48%），经典抗精神病药8例（25%），非典型与经典抗精神病药合用8例（25%）。

2.6 自杀方法 异物经口腔入胃18例（58%），其中吞硬币3例，吞螺丝钉、帽，钉子各1例，吞体温表2例（1例将体温表折断，水银吞下），吞筷子1例（筷子折断），吞汤匙1例，吞别针1例，吞衣裤上装饰品1例（小拉链、纽扣及金属装饰品），吞折断后的牙刷1例，吞环形针1例，吞钥匙1例，喝洗手消毒液1例，喝花露水1例，喝洗发液1例，器具割手腕6例（其中用牙膏壳2例，牙刷磨尖1例，养血饮空瓶敲碎划1例，眼镜架折断划1例，眼镜片划1例），勒头颈5例（其中床单撕成

条状2例，单裤勒1例，裤子打结后在面盆架上上吊1例，保护中的患者将保护带解开后勒头颈1例），其他3例（其中用拖把撬窗跳楼1例，利用他人擦窗户时突然爬上床从窗口跳下1例，保护在长凳上突然向前用力跌倒在地1例）。

2.7 自杀理由 不安心住院12例（38%），抑郁6例（有1例久病被骂，1例炒股输钱被家人责怪），幻觉、妄想6例，消极观念2例，家人答应来探望结果未来2例，要求转病室未满足1例，爱人不让儿子会客1例，认为工作人员态度不好1例。

2.8 发现方式 被发现18例（58%其中发现躯体部位流血3例，通过监控录像工作人员发现被子隆起而知悉的1例，安全检查时发现少东西14例），自己主动诉说13例（41%）。

2.9 如何急救 住院剖腹手术取出汤匙1例，麻醉下通过胃镜取出3例（体温表、螺丝钉、筷子各1例），综合医院清创包扎5例，医院内消毒包扎

3例，补液喝水2例，韭菜麻油吃后通便10例，勒头颈后及时解开5例，腰椎骨折睡硬板床2例。

2.10 发现时间 白天19例，晚上9例，凌晨3例（抑郁患者）。

讨 论：本研究资料显示年龄20岁—30岁只占12例（38%），文化程度初中23例（74%），无业下岗28例（90%），未婚与离婚25例（80%），缺乏家人关心23例（74%），该人群年纪轻，文化低，缺乏分析能力，经济社会地位低，缺乏社会支持系统，文献反映自杀的社会人口学特征，离婚、丧偶、独身、失业、贫穷、低文化水平自杀死亡率高。^[1]

资料显示，住院一月内发生5例（16%），主要是患者感到住院后无自由了，像是“坐牢”，感到绝望，心里急，头脑发热而冲动做蠢事。其中1例第二天趁量体温时将体温表吞下，称“心里急才做

蠢事”。有研究表明自杀危险的两个高峰期在住院后刚接受治疗的早期及出院一周或三个月^[2]。半年发生16例（51%），患者认为一疗程三月到半年，在要求无法满足后则有威胁性的语言，直至冲动无法控制。其中1例世博会结束后由街道监护人未及时来领出院，从而错过了利用春运倒票赚钱的机会，遂将椅子上的螺丝钉卸下吞服。反映住院三月至半年的患者内心活动比较丰富，住院生活单调，有回归社会的想法。

资料显示，发病时幻觉妄想11例（35%），冲动控制14例（45%），PANSS的因子分均提示偏重。6例（19%）情感性精神障碍抑郁发作，显示抑郁中度，焦虑轻度。SDS和SAS显示中度抑郁和轻度焦虑。精神分裂症20例（64%），情感性精神障碍6例19%，精神疾病中自杀未遂发生率高可能与精神症状有关^[3]。治疗情况，非典型抗精神病药应用15例（48%），可见有主导趋势。

资料显示，吞异物18例（58%），均是日常生活用品。硬币3例，体温表2例，螺丝钉、螺丝帽、钉子各1例，可见硬币最易得手和操作，所以必须杜绝患者有硬币，必须要求每日晨间护理时，由专职护士做好病人床单及身体危险品的检查工作。对高危病人，注意体温表给患者时，即使人在身边，他也会将体温表咬断吞下，难以防范，所以必须从源头上根除。现我院改用电子体温表，此类现象未再有发生。必须检查门窗的牢靠度，以防被患者卸下和窗铰链被弄松。汤匙用餐时人需在场，用完后清点。至于衣服上的装饰品、环形针、牙刷柄折断后吞服，确实防范上有困难，但要树立防范意识，知道这类物品有这样的用途，在视野范围内看管。器具割腕类6例占19%，利用牙刷柄磨尖，饮料的空瓶不要给患者，牙刷、牙膏、镜架、镜片需要做特殊化处理，统一管理，换成树脂的，晚上护士保管，白天交给患者。勒头颈，保护带被患者解开则

需要加强基本功训练，也是一项技能，与打针技术一样重要。交床单，单裤勒头颈，也是特殊的行动，需要高度重视。至于利用擦窗子使病人趁机跳窗，窗子不牢固。椅子需要固定方不会倒下，要从管理和坚固的防护设施上加强，从源头上不给患者任何机会。

资料显示，自杀理由认为病情好转而又不能出院而采取过激行为12例（38%）。据资料介绍，国外精神病人急性症状控制后出院，有社工和全科医生负责跟踪治疗，帮助病人及早融入社会，有利于病情康复。

资料显示，抑郁情绪有6例（19%），其中1例是炒股输钱后家人责怪她；1例是因长期患病家人厌烦他，产生了活在世上是累赘的想法。受到家人歧视，被人看不起，引发寻短见之举。有2例患者因家人答应来会客而未来，1例是因妻子不让会客，1例认为工作人员态度不好，因而给医院找麻

烦。这些均是严重社会心理因素所致的人际冲突，家庭交流出现障碍，这需要社会大力宣传对精神病人的尊重。同时需要医护人员与病人建立良好的治疗性人际关系，鼓励其说出自己的内心体验，工作人员指导病人如何减少各种不良情绪的刺激，学会使用正确的疏导方式。鼓励病人积极参与集体活动和工娱乐治疗，增强社会适应能力。

在发现方式中，工作人员发现自杀未遂18例（58%），其中1例是从录像中发现被子隆起，提示先进的监控很有益处，3例发现患者有出血现象，这与工作人员认真仔细有关，病人自己主动说出来13例（41%），这与患者本人无结束生命的意愿，而是试图摆脱当前困境而进行的一种呼救和危险性行为有关。

资料显示，及时抢救赢得了生命。第一时间X光发现异物，剖腹开刀，1例取汤匙，挽救了生命。麻醉下胃镜取出异物3例，这与及时开展内外科抢

救的措施有关，至于韭菜麻油服下后通便，有10例占32%拉出异物，需隔离检查排泄物，也是行之有效的方法。

结 论：弱势群体多，自杀未遂与精神症状有关，对住院的早期患者要高度重视，从源头上杜绝可能被用作自杀工具的日常物品到患者手中，尊重并满足患者的合理要求。医务人员在治疗上及时控制精神症状和态度上要规范操作。

感谢曹明香、蒋红护士长提供病例。

参考文献：

[1] 王祖承：《精神病学》上海科技教育出版社，2011年2月第1版，页370。

[2] 江开达：《精神病学高级教程》北京：人民军医出版社，2009年版，页350。

[3] 单怀海：《145例精神疾病患者自杀未遂分析》，
《临床精神医学杂志》2011年第5期，页314。

（原载《上海心理健康与心理咨询》2012年第1期，
该文也发表在《中国健康心理学》杂志2012年第10期）

精神科医生话宋词

——读李清照“怎一个愁字了得”及“物是人非事事休”想到重视关注抑郁障碍

宋代杰出女词人李清照晚境凄凉，写下了个人身世的哀痛和河山破碎的感慨，词风转为伤时念旧、沉郁凄婉。《声声慢》一词起始，“寻寻觅觅，冷冷清清，凄凄惨惨戚戚”。7句叠句，14叠字无一个愁字，但充满愁绪。“乍暖还寒时候，最难将息。”深秋时节，忽冷忽热，然触目所及都是冷寂萧然，最难以将养。“三杯两盏淡酒，怎敌他，晚来风急。”喝酒能消除内心的痛苦吗？只是举杯消愁愁更愁，抽刀斩水水更流。“雁过也，最伤心，却是旧时相识。”抬头望见自北而南的大雁，而伤心落泪，却又发现这雁还是当年寄锦书给丈夫的旧相识，雁依旧，人已亡，今昔两照，倍感悲凉，怎能不让她肝肠寸断、撕心裂肺？“满地黄

花堆积，憔悴损，如今有谁堪摘？”夫亡家破，庭院里满地堆积黄花，憔悴衰败，还有谁和她一起摘菊、赏菊？任那些花儿独自绽放，又独自凋零飘落。“守着窗儿，独自怎生得黑？”独自一人坐于窗前，不禁自问：怎么才能熬过这漫漫长日，等到天黑？“梧桐更兼细雨，到黄昏、点点滴滴。这次第，怎一个愁字了得？”细雨绵绵，梧桐叶上的雨水滑在台阶上，一点一滴，面对此情此境，单一个愁字怎么能说得清，怎么能说得尽呢？另一首曰：“风住尘香花已尽，日晚倦梳头。物是人非事事休，欲语泪先流。闻说双溪春尚好，也拟泛轻舟，只恐双溪舴艋舟，载不动许多愁。”“物是人非”，是说风物依旧，人事已大大不同于前。“事事休”，即一切事情都完了。“日晚倦梳头”，连基本梳理头发都不想动，举止情态，表现内心的抑郁苦闷、百般聊赖。“欲语泪先流”，话还没说出口，眼泪已簌簌落下，说明她满腹忧伤无法控制。

为什么如此愁苦？“风住尘香花已尽”，为春天已去，百花凋零而忧伤，意喻过去一切美好事物已逝去。“只恐双溪舴艋舟，载不动许多愁”，并不是担心船小而是“愁”重船也载不动。词中的尽、倦、休、泪、愁，明显地反映出作者持续的心情低落，言行举止有抑郁的特征。

据说李清照与宋相秦桧是表兄妹关系，如果她的价值意义符合所处时代的主流价值意义取向，生活哲学态度与社会现实生活规则不相冲突，如果她是拙于应变、随波逐浪的等闲之辈，肯定不会流离失所，饱经战火煎熬。然而，她偏偏追求完美，办事认真，耿直、倔强。“生当作人杰，死亦为鬼雄。至今思项羽，不肯过江东。”又想到我国某位杰出的神经科专家，“四人帮”粉碎后率领专业医学团体赴美国考察，结果自认与老同学相比作出的成绩很小，感到自责，有负罪感，对不起党和人民。而实际上他在当时环境下如此认真负责，尽心

尽力，可以说是鞠躬尽瘁，为党和人民事业作出了巨大的贡献，最后不幸离开了人世。如果不是如此追求完美，以至于不允许有任何挫折，也不至于如此这般结局。我还想到纪念辛亥革命100周年时，谈到电影中廖仲恺的扮演者，也是办事认真，工作尽责，追求完美，不允许有任何闪失的演员，特别是他在扮演廖仲恺遭暗杀中弹倒地的镜头时，硬朗挺拔的动作，以至完全活现出廖仲恺生前为人处事的性格特征。但是这些准确无误的动作，是他在一遍一遍的练习中形成，跌倒那么多次数，吃了那么多的苦，如果不是追求完美的信念支撑，他那些卓越的表演能完成吗？可惜呀！他感到心情沉重，日子难熬，没有兴趣，厌世以至趁家人不备……英年早逝。

确实要注意追求完美、办事认真需要掌握好分寸，真理迈过一小步就是谬论，要恰到好处。“水至清则无鱼，人至察则无朋”，特定时候也需

要“躲进小楼成一统，管他冬夏与春秋”。要顺势而为，顺时而为，超脱一些，顺其自然，为所当为。据相关资料，患有抑郁障碍的人，为人处世的性格可能为：1．做事认真仔细，期望过高，追求完美。2．比较爱听表扬的话。3．不允许有挫折。4．以偏概全（例如某事被上司批评，则认为我是无用的人，过去没有成功，将来不会变好的）。5．处事刻板，倔强，固执，缺乏灵活性和随机应变。6．适应环境能力较差。7．行为反应幼稚和不成熟。8．情感反应易走极端。

现在虽然不是“小楼昨夜又东风”，但仍是对外开放、市场经济、贫富差距拉大、社会充满竞争、人员下岗，工作节奏加快，家庭矛盾，婚姻变化快，子女教育问题突出，人际关系复杂，稍有处理不当，对人的心理活动、情绪产生波动，“才下眉头，却又上心头”，降低脑内5-羟色胺的浓度，易诱发抑郁。因为抑郁影响每个人，让我们从下面

的内容中更加关注抑郁障碍。

抑郁障碍是以心境显著而持久的改变（低落）为基本临床表现，并伴有相应的思维和行为异常的一类精神障碍，常有反复发作的倾向，缓解期精神状态基本正常，预后一般较好。

典型症状有三：1．情感低落，对任何事物高兴不起来，感到无意思。2．思维缓慢，低声细语，内容简短，缺乏主动言语。3．行动减少，卧床独居一隅，懒于梳洗。下列症状亦较常见：自杀意念或行为，食欲减退，体重减轻，睡眠障碍（特别是早醒），疲乏，困倦，精神萎靡，精力不足，有一种无助感，绝望感，信誉减退，阳痿或闭经，焦虑，激越，自责自罪，晨重夜轻（早上醒后重，下午，傍晚减轻），疑病观念，慢性疼痛，内感性不适，主要表现为躯体内部产生各种不舒适且不能明确指出体内不适部位，例如感到某种牵拉、挤压、撕扯、转动、游走、流动、虫爬等特殊感觉。另

外，社会交往、人际关系较前明显下降，在日常生活中显得孤独。

上海市精神卫生中心、交通大学医学院附属精神卫生中心的江开达教授今年在沪举行的第一届抗抑郁论坛上说，目前我国有50%—80%的抑郁症患者不寻求治疗，15%—25%的抑郁症患者最终死于自杀。全国地市级以上非专科医院对抑郁症的识别率还不到20%，抑郁症的误诊率高达50%。

（原载《上海心理健康与心理咨询》2012年第2期）

难以启齿的性幻觉

在心理咨询门诊时，一位中年女性由表妹陪同来就诊，她叙述自己患了一种难以启齿的病。一个月前的晚上睡觉时，她看见床旁柜有一只小老鼠，随手用木棒敲击后未打中，结果感到小老鼠钻进被子里，掀翻被子却未发现。以后隐约感到身上有小老鼠爬的感觉，起先感到乳房被小老鼠一动一动的感觉，以后有下身被小老鼠一动一动的感觉，好像是真的性生活，也有舒服感和液体流出。很奇怪，当她与爱人发生性关系时，有小老鼠隔着不让进行性生活的感觉。她告诉母亲后，母亲认为鬼神附体，她就诊于神经内科，却被告知去精神病院看病。

精神检查：神志清，仪态整，叙述有序，说话时脸也不时变得绯红。她低着头，显得难为情、怕羞。她说“这种情况无法开口”，接着又说：“乳

房和下身感到被小老鼠一动一动，好像是性生活。晚上还看到树林里有老太婆拄着拐杖行走，但仔细看又没有。感到一种痛苦，又觉得无法就医，非常为难，现在讲给医生听也不怕难为情了。”我询问她有何不愉快的事情，她说：“已离婚多年，也再婚了，但儿子已29岁，还没有结婚，是很大的心事，时时有一种无形压力，平时无法表现出来，感到无力解决儿子问题，现在出现这种情况也是一种开脱。”

患者临床表现可用四个字概括：“无中生有。”幻觉是一种缺乏外界相应的客观刺激作用于感觉器官时客体人所出现的知觉体验。触幻觉是指患者没有客观物质刺激时感到皮肤黏膜有触动的感觉。触幻觉的患者常常感到皮肤或黏膜表面或底下有接触、针刺、虫爬、通电感等。如患者称“下身有手触动的感觉，身上有触电的感觉”。有性器官接触感觉，称为“性幻触”，可见于癔症。交谈中

发现患者始终有内心冲突，29岁的儿子没有结婚，自己又无能为力。癔症有一种表现为转换症状。转换，是指精神刺激引起情绪反应，接着出现躯体症状，一旦躯体症状出现情绪反应便褪色或消失（例如患者说“现在这种情况也是一种开脱”），这时的躯体症状便叫转换症状。有一种观点认为，癔症是一种有目的的反应。临床实践发现，癔症常常发端于困境之中或危难之时，而且癔症的发作往往能导致脱离这种环境或免除某些义务。

（原载《上海心理健康与心理咨询》2012年第4期）

小学生两种自杀心理分析

开学两天连发四起初中生坠楼事件，电视、报纸均作了报道，只是在学习及生活中遇到了很小的事情，因学习压力重，因留级，因遭到母亲责骂，甚至批评严厉一点声称要跳楼，吓得大人半死。笔者在工作中体会到往往因成绩不佳和任性受宠而易出现的自杀。

1．学习成绩不佳。例1：小学四年级女生，因寒假作业未完成而喝农药自杀。留下遗书：“妈妈，我已经不去上学了，你们以前打我，叫我别去读书，我不敢，可是现在寒假里的抄写词语未抄，老师叫我不再上学，我就不去了。你把钱要回来，我不去了，我已经决定好了。”例2：小学五年级男生，因未考上重点中学，在同学面前流露出“明天我怎么有脸进学校”，结果悬梁自杀了。

2．任性、受宠。例1：小学五年级女生，因打

坏杯子，被家长责骂几句，外出徘徊，见一旁有河滨，便纵身跳入河中，经及时抢救而获救。经诱导才讲出原因：“家长骂我，冤枉我，也不想做人了。”例2：12岁小男生，因家中养的狗将邻居的鸡吃掉了，所以其母将狗送出去，然其爱狗如命，执意不从，结果一怒之下，拿起农药瓶喝下了“乐果”。

分析：眼下不少老师和家长对学生的学习成绩很关心，并以此判断“好”与“坏”。寒假作业未完成，重点中学未考上，就没脸见人了，酿成悲剧。作为教师，对学生既要严格要求，又要循循善诱，简单的方法是不可取的，认识到条条大道通罗马，只要努力，重视过程。21世纪人才要“四会”，即会做人，会适应环境，会学习，会工作。关键是所作所为所学的事情有益于身心愉悦。而作为家长，既要防止溺爱，也不能简单粗暴地打骂，避免孩子心态扭曲，失去童年的快乐。因打破杯

子，遭到家长责骂感到冤枉，以及为送一只狗而喝农药自杀。以上虽然事出有因，但以自杀来处理人生的挫折、失败和危机，这表明心理卫生不够完善，给学生进行“挫折教育”，在教育过程中，创造和设置适度高于孩子心理承受能力的“难题”，使孩子暴露弱点，激发奋进精神，让孩子从挫折中学会正确对付挫折的方法，提高对挫折的忍耐力，培养孩子成为未来生活的强者。教育心理学家分析这种情况可概括为：1．现在很多学生过着简单的学校—家庭两点一线的生活，整天埋头于书本中，他们是很难体会生命的意义，应该让他们在读书之余，能有更多的时间去体会欢乐的童年，在欢笑声中渐渐明白生命的价值，要学会真爱。2．动漫一代视生命如草芥，因为一些孩子会用从电视及网络游戏中、动漫中学到的方法来解决学习和生活中遇到的问题。目前中小学生对生命的意义的理解比较偏颇，甚至有一些学生认为生命可以重来，死了还

能复生，分辨能力比较差。在他们的印象里，一直都以为能像电影中看到的一样，自己成了大侠在空中飞舞，死亡、鲜血、悲伤这些词在他们看来很难与跳楼、悬梁、跳河、喝农药有任何联系。3. 如今的孩子比较容易以自我为中心，从小到大他们已经习惯所有的人为他们着想，觉得这是理所当然的，而自己则从来不会站在别人的角度思考问题，他们觉得别人怎么想和自己无关，做任何事情都不会考虑其他人的感受，所以当他选择结束生命的时候，也不会考虑父母的感受和悲伤。

（原载《上海心理健康与心理咨询》2012年第5期）

抗精神病药对血清钾的影响

[摘要] 目的：探讨抗精神病药物对血清钾的影响。方法：对2002年1月至2003年10月首次住入我院的65例精神分裂症病人定期测血钾。结果：低血钾总发生率27.4%，低血钾组病人年龄 > 正常组病人 $p < 0.01$ ，低血钾高温天气发生较多。氯丙嗪和氯氮平单用药发生率高。结论：对服抗精神病药病人要定期复查血清钾，发现异常，及早干预。

[关键词] 抗精神病药 低血钾 心电图异常

精神病药物可引起低血钾，严重时可影响心脏功能，心电图异常，引发心动过速，室性早搏，传导阻滞，甚至室颤，导致阿斯综合征。也可引起双腿无力，甚至周围性麻痹。现将我院2002年1月至2003年10月收治的首次住进我院的精神分裂症病

人65例，使用抗精神病药物治疗后血清钾的变化情况作回顾性分析：

1．材料与方法

按CCMD—3诊断标准，收集我院2002年1月至2003年10月间首次住进我院的诊断精神分裂症的病人65例。排除心脏病史，周期性麻痹史，入院时对患者做常规体检，胸片，肝功能，心电图，血清钾，小便、大便常规正常者，每月作血清钾测定。

2．结 果

2.1 低血钾与性别关系 本组男性41例，女性24例，其中低血钾14例。计男性10人，女性4人，低血钾男性发生率21.7%，女性发生率16.6%，男女性别无显著差异 $p>0.05$ 。

2.2 低血钾与年龄分布 正常血清钾精神分裂症组年龄为 43.88 ± 5.02 岁，说明低血钾组精神分裂症组为 54 ± 5.02 岁，差异有高度显著性

$p < 0.01$ ，说明低血钾年龄较正常血钾组为大。

2.3 药物种类与低血钾关系 见下表：

药品种类	用药例数	低血钾例数	低钾百分数
氯丙嗪	23	6	26.5
利培酮	14	3	21.4
氯氮平	8	3	37.5
氯丙嗪、氯氮平	3	2	66.6
氟哌啶醇	2	0	0
舒必利	1	0	0
合计	51	14	27.4

从表中得知，抗精神病药低血钾发生率为27.4%，其中氯丙嗪和氯氮平合用多见66.6%。其次为氯氮平37.5%，氯丙嗪26.5%。

2.4 低血钾与EKG异常发生关系 有8例EKG异常占57.1%，其中5例T波变化，1例窦速，1例右束支传导阻滞，1例S-T段压低。

2.5 低血钾发生与月份关系 7月至9月三个月间发生有7例。1至6月5例，10月2例，可见，7

月、8月、9月高温季节易发生低血钾病，可能与天气炎热，汗液分泌增多有关。

3. 讨 论

从本文资料可以看出，抗精神病药物引起血清钾降低的发生率为27.4%，其中以氯丙嗪和氯氮平联合治疗最多见，其次为氯氮平、氯丙嗪。早期低血钾的症状不明显，且无特殊性，表现为EKG异常，易被忽视。EKG异常可为精神病猝死的重要原因之一，可能机理为抑制“钠泵”供能的ATP酶阻止细胞外钾进入细胞内，引起心肌失钾，影响心肌功能，严重者引起多源性频发性室性早搏、短阵室性心动过速、室性心动过速，继而室扑、室颤，甚至引起阿斯综合征。

临床工作中发现年龄大的患者发生率高，因其体内代谢能力减弱，特别是高温天气，更要注意临床体征，有可疑低血钾者，要随时抽血检查。

本组病人临床体征发现有1例双腿无力，其余未

发现明显的低血钾症状，这可能与我院定期复查血清钾，一旦发现低血钾病人就立即给予补钾有一定关系。

低血钾的发生机理尚未阐明，可能与抗精神病药物影响钾的吸收、代谢、排泄的某一环节有关。肾为排泄的主要器官，而抗精神病药物又能抑制抗利尿激素的分泌，抑制肾小管对钾的吸收，造成钾离子排除增多，导致低血钾。也有人认为，使用抗精神病药物后有肥胖倾向，可能使钠水潴留而致失钾。究竟属于何种机理，有待进一步探讨。

参考文献

- [1] 谢帆等：《上海精神医学》2002年第14卷第2期，页97。
- [2] 宋绳禹等：《中华神经精神杂志》1989年第2期，页69。
- [3] 张明园：《国外医学精神医学分册》1967年第2期，页67。

(原载《海南医学》2006年第17卷第12期)

舒必利合用舍曲林治疗精神分裂症缄默1例

某女，51岁，离婚，初中毕业，既往体健，无精神病家族史。

患者1984年2月生育一女婴，因其想要男孩而致心情不悦，为此不去上班，呆坐不语，不知看管小孩，不料理个人卫生，饮食被动，对任何事情不感兴趣，从不出门，有时脾气急躁，无故骂父母，怀疑食物有毒，为此三次住进我院，被诊断为精神分裂症，经氯丙嗪、奋乃静、三氟拉嗪等治疗，缓解都不完全。

1995年2月23日住院治疗期间，患者一般表现为沉默寡言，孤独不合群，与其交谈数问不答，或双眼翻白，对于“在外为何不好”，“为啥骂人”，“今后有啥打算”均不作回答，无法了解其思维内容。给氯丙嗪100mg bid，三氟拉嗪5mg

bid，舒必利0.4g bid治疗，仍长期缄默不语。2003年8月—11月间护士记录称“患者孤独不合群，不愿意暴露内心想法。在室内独来独往，交谈数问不答，亦无任何要求”。2003年9月26日，副主任医师查房时问：“现在好吗？”答：“好的。”问：“为何住院？”答：“不知道。”问：“有何要求？”患者良久不语。问：“怀疑食物有毒吗？”患者摇头。问：“平时在家干啥？”答：“没干啥。”医师评语是：被动回答，数问不答或数问一答。自2003年11月13日起给予舍曲林50mg qd，保留舒必利0.4g bid，停氯丙嗪、三氟拉嗪治疗。2004年元月16日护士记录，交谈开口称：“没有什么好讲的，我没啥想法，我在外面和别人合不来，不听家人的话，所以（被）送住院。”2004年3月22日，副主任查房时问：“为何住院？”答：“不知道。医生我给你吃糖，让我早日出院。”问“出院干啥？”答：“做

家务。”问：“现在还怀疑食物有毒吗？”答：“没有。”问：“有什么想法？”答：“早点出院。”医生的评语是：接触交谈较前明显改善，主动性言语增多，交谈表现笑嘻嘻。2004年4月16日，笔者询问：“为何不讲话？”答：“这是正常的，现在讲话，这么多年药吃下来总能讲话了。”并要求出院，说话时脸露笑容。鉴于已能开口讲话，交谈合作，逐停舍曲林50mg qd。但5月13日时又见患者表情呆板，询问其情况时不作回答，自顾低头走路。第二天询问其情况，仍不作回答。考虑其病情反复，再给舍曲林50mg qd。5月17日上午询问其情况时，则说道：“叫我做啥？”说时脸露笑容。医生指出她前几天不讲话，则说：“我又像以前一样不讲话。不过，我现在讲话，你让我回去好吗？”接触时态度改善。

讨 论：在一年多的接触交谈中，该患者始终

缄默不语，经服用舍曲林50mg qd，两个月后，患者不但能开口讲话，而且能给医生吃糖，也能笑脸相迎，动作活跃。护士记录也说明她与人交谈。副主任医师查房也能说明，前后两次交谈判若两人。病情好转后停用舍曲林50mg qd，初期能接触交谈，半月后态度又变生硬，再后来交谈又不回答，表情呆板，独居一处。重给舍曲林50mg qd，四天后与其接触交谈，合作，脸露笑容，病情明显好转。

舒必利对D₂受体特异性高，为选择性D₂受体拮抗剂，而对其他DA受体如D₁亲和力小，其镇静催眠作用弱^[1]。而舍曲林可激活D₁ D₂受体^[2, 3]。根据国外学者的假说，幻觉妄想病人D₂受体功能亢进，淡漠、退缩等阴性症状系D₁受体下降所致。脑影像学研究表明，精神分裂症病人皮层下结构中多巴胺受体是正常人的3倍，近二十多年的研究揭示精神分裂症病人有前额叶功能低下，前额叶血流减

少，额叶功能低下，进而导致皮层下部分功能亢进。前额叶D₁受体功能低下与阴性症状有关，而舍曲林可使D₁受体兴奋，从而改善淡漠、退缩。舒必利对D₂受体有拮抗作用，能对抗舍曲林激活皮层下D₂受体作用，从而控制幻觉妄想。两药合用好处有：1．改善精神分裂症阳性和阴性症状；2．改善不良的焦虑、抑郁情绪；3．两药的副作用相互抵消，安全性好，泌乳、胃肠道反应减少；4．依从性好、满意度高；5．提高生命质量，改善工作能力。值得进一步研究。

感谢上海市精神卫生中心徐俊冕教授对本文进行了指导并提出了修改建议。

参考文献

[1] 沈渔邨主编：《精神病学（第四版）》北京：人民卫生出版社，2001年版，页25—26，662—664。

[2] 徐俊冕：《精神分裂症药物治疗新经验》，《上海

精神医学》2004年第16卷（2），页124—125。

[3] Bolden-Watson C, Richelson E. Blockade by newly-developed antidepressants of biogenic amine uptake into rat brain synaptosomes. Life Science, 1993, 52(12): 1023-1029.

（原载《上海精神医学》2004年第16卷第4期）

因肇事住院的精神疾病患者调查分析

[摘要] 目的：探讨因肇事而住院的精神疾病患者的原因及相关因素。方法：对2001年内因肇事而住院的55例精神疾病患者进行回顾分析。结果：男39例，女16例，占同期住院病人总数的18.5%，精神分裂症居首位。症状以伤人、毁物及危害社会治安为多见。其原因均因精神症状（幻觉、妄想、易激惹、行为紊乱）所引起。结论：对肇事的精神疾病患者应加强监护，及时治疗。

[关键词] 肇事 精神疾病

精神疾病患者肇事是常见的危害社会的行为，为加强防治工作和维护社会治安，对因肇事住院的精神疾病患者的相关因素进行调查，报告如下：

1. 对象和方法

对象为2001年收住我院的肇事精神疾病患者，诊断符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版

的诊断标准，共55例。

自制调查表格，内容包括一般资料、肇事原因、先兆症状、精神疾病种类、诱发因素等，逐个填写。对所得资料进行整理、统计。

2. 结 果

2.1 一般资料 55例中男39例，女16例；平均年龄 39.7 ± 4.6 岁；大学2例，中学46例，小学及以下7例；未婚36例，已婚13例，离婚6例；无业37例，下岗7例，工人6例，退休5例。病程5年以内18例，6—10年12例，大于等于11年25例，平均 11.0 ± 6.9 年。性格内倾44例，外向2例，中间5例。曾经门诊治疗3例，住院37例，未治疗15例。

2.2 肇事的原因 55例肇事均因精神症状引起，其中幻觉12例（幻听10例，幻视2例），妄想24例（被害18例，关系3例，夸大3例），易激惹8例，行为紊乱11例。

2.3 肇事的类型 伤人31例（打人21例，刀

刺人10例)；毁物13例；危害社会治安11例(拦汽车5例，上访3例，冲领事馆1例，扰乱邻居2例)。

2.4 诱发因素 因工作问题24例，经济困难而停药9例，饮酒5例，住房问题3例，离婚3例，高考落榜、退学及赌博各1例，无诱发因素8例。

47例肇事前有先兆症状，扬言打人19例，扬言杀人12例，睡眠障碍6例，不安全感5例，饮酒5例。有8例无先兆症状。

2.5 疾病类型 精神分裂症40例(其中偏执型24例，未定型14例，青春型及紧张型各1例)，情感性精神障碍3例，酒精中毒性精神障碍5例，精神发育迟滞伴发精神障碍3例，脑外伤性精神障碍2例，癫痫性精神障碍及偏执型精神障碍各1例。

3. 讨 论

精神疾病患者肇事不仅影响自身安全和他人安全，而且危及社会治安稳定。本组肇事患者中男性

多见，与男性性格易冲动有关^[1]。21—40岁较多见^[2, 3]，可能精神疾病中青壮年发病较多。文化较低者多，可能对事物的判断及遵纪守法的自觉性较差。肇事病人病程普遍较长，与病后社会教育缺陷有关。本组无业及下岗者80.0%，未婚离婚者76.4%，说明社会心理因素是诱发肇事的重要因素。

肇事原因与精神症状直接有关^[4]，应引起重视。及早干预，对精神疾病患者的管理治疗是减少和预防肇事的重要措施。我国开展的三级防治网措施，有效地把病人管理起来，无疑对预防肇事、维持社会治安起到积极作用。为了加强防止精神病人肇事，应有效地对病人施行整个社会的监护。

参考文献

[1] 秦金兰、哈保卫、张春英：《男性精神病住院患者攻击行为分析》，《中华精神杂志》，1999年第32期，页126。

[2] 刘克礼：《住院精神病人的暴力行为及应对对策》，《国外医学精神病学分册》，1988年第15期，页129。

[3] 魏树森：《精神分裂症193例暴力行为案例分析》，《中国神经精神疾病杂志》，1992年第18期，页15。

[4] 陈景新、吕兴善：《80例住院精神病人暴力行为的临床分析》，《四川精神卫生》，1993年第6期，页247。

（原载《临床精神医学杂志》2003年2月20日）

Hand-Schüller-Christian病所致精神障碍1例

Hand-Schüller-Christian病是指一组病因未明并不伴有肯定感染因素及脂肪代谢异常的组织细胞异常增生性疾病。临床表现有溶骨性颅骨病变、眼球突出及尿崩症的三联症。X光特点，颅骨呈“地图样缺损”，多发生于儿童期。有关本病的精神障碍尚无描述，现报告一例如下：

患者男，20岁，1985年4月因右下颌骨囊性肿瘤而手术，术后病理组织诊断为本病。1986年11月头颅正侧位片，提示右侧颞骨及中颅窝区可见边缘不规则地图样透亮骨质缺损，境界清楚，蝶鞍及周围骨质均破坏消失，牙齿稀少。患者眼球突出，身材矮小，有尿崩症症状，经处理后能控制。

近半年出现睡不好觉，认为有人讲他坏话，家人待他不好，给他吃差的饭菜，穿旧的衣服，常突

然冲出门外，被强拉回家。总认为外出有人盯着他，认为他难看，脸上有黑痣。有时自言自语“别人有书读，可以结婚”，常哭泣。精神检查神志清，吐字不清，经常东张西望，缠着家属要回家，注意力不集中，有被害妄想，牵连观念，情感不协调，自知力缺乏。智商（IQ）为83。脑电图与脑电地形图检查显示基本节律为低—中幅10~11c/s α 波，两侧对称，调幅欠佳，视反应存在，少量低—中幅4.5~6.5c/s θ ，活动分布各异，脑电地形图见 θ 功率增高，提示轻度异常。

（原载《临床精神医学杂志》2001年第11卷第6期）

百忧解过量1例报告

患者，女性，47岁，初中文化。因失眠哭泣，讲话声音既轻又慢，两周后来我院诊治。既往有“早搏”病史。内科检查：神经系统检查未发现异常。精神检查：神清、仪整、语流慢、语音低沉，称提不起精神，早上更甚，情绪低落，想死念头，智能正常。诊断：情感性精神障碍（抑郁发作）。给百忧解20mg qd，氯硝安定4mg qd予以治疗。服药7天后，家人反映讲话声音较前响亮，晚上睡眠也好转，但仍反复讲：“我去过精神病院了，给家里人丢脸，儿子与女友也要吹了。”1996年3月6日11时许，趁家人外出之机，吞服百忧解6粒，共120mg（最高治疗量不能大于80mg/d），同时还吞服中成药安神养心丸6粒。约半小时后家人来电话询问情况，患者主动告诉已过量服药，并在电话中向家人诀别。12时许家人赶

来发现患者意识清醒，即用手刺激喉部引起呕吐，仍未吐出药物，遂送来医院。患者意识清，心率90次/分，血压16/11kPa，给10%葡萄糖500ml加KCL1g静滴。14时许患者呈昏睡状态，出现响亮鼾声，呼之不应，用力推之能发出“嗯、嗯”声音，瞳孔0.2cm，对光有反应。心率96次/分，血压16/11kPa，再给10%葡萄糖500ml+美解眠100mg静滴。此时测血钾4.5mmol/L，钠140mmol/L，氯100mmol/L，CO₂CP29.6mmol/L（正常22—28mmol/L）。心电图提示窦性心率，房室交界处早搏部分呈二联律。15时心率90次/分，血压16/10kPa，家人扶起小便一次。17时渐清醒，并与医生对话。20时心率90次/分，血压16/11kPa，意识完全清醒而出院，回家后吃两小碗粥，喝一杯牛奶，次日随访一切正常。

一次服用百忧解120mg而致过量，国内尚未见

报告。本例超剂量服药未引起心血管系统的副反应，未加重原有心脏病变。患者补液期能自解小便，表明未引起阿托品样反应。服药后仅呈昏睡状态，6小时后意识恢复正常。

（原载《中国神经精神疾病杂志》1996年第22卷第6期）

102例精神分裂症的精神刺激分析

[摘要] 对102例住院精神分裂症患者的精神刺激进行分析。精神刺激包括家庭和社会纠纷（44.1%）、个人问题（20.6%）、工作问题（12.7%）、恋爱和婚姻问题（11.8%）、经济困难（2.9%）、居住问题（1%）、原因不明（6.9%）。其中，青年人常见的为工作、恋爱、婚姻问题；中年人多为人际关系问题；老年人则与慢性躯体疾病引起的情绪抑郁有关。并提示，有精神刺激者的疗效比无精神刺激者好。

[关键词] 精神刺激 精神分裂症

精神刺激与精神分裂症的发病、复发有着密切的关系^[1]。因此，对精神刺激作深入的调查研究，必将有助于本病的防治工作。我院1984年1月至1986年4月有213例符合DSM-Ⅲ精神分裂症诊断标准的病人。其中102例（47.9%）病前有明显的

精神刺激因素。本文仅就精神刺激作一调查分析。

临床资料

一、精神刺激种类：（一）人际关系45例

（44.1%）：1．家庭纠纷23例：以夫妻、婆媳或亲属关系不和多见；次为二代之间的冲突，如媳婿关系紧张，赡养矛盾或对子女婚姻不满等问题。

2．邻居纠纷13例：主要为孩子之间、公用空间或水电费等问题争吵。3．同事纠纷5例：相互嫉妒，以背后议论为主。4．与领导纠纷4例：为个人愿望未能实现或领导工作作风较简单所致。（二）个人问题21例（20.6%）：主要为个人问题没有得到解决，为“文革”中受迫害（7例）、入党（5例）、晋级（4例）、评奖（4例）或受批评（1例）等。

（三）工作问题13例（12.7%）：对工种或工作调离不满（6例）、出差错被处分（5例）或对退休有顾虑（2例）。（四）恋爱、婚姻问题12例

（11.8%）：80%为青年人，主要以失恋为主。另

外，老年以私生活不严肃，并以再婚问题多见。

（五）原因不明7例（6.9%）：均因疾病久治不愈而情绪低沉所致。（六）经济困难3例（2.9%）：均为无经济收入的老人。（七）居住困难1例（1.0%）。

二、性别、年龄与精神刺激：本文中男85例，女17例，男：女=5：1。两性中的精神刺激均以人际关系（男37例，女8例）、个人问题（男18例，女3例）、工作问题（男11例，女2例）为多见。在年龄中，各年龄组均以人际关系占首位。此外，青年（30岁前）则以工作、恋爱、失恋个人问题多见；中年（31—50岁）则以个人、工作、婚姻离婚或私生活不严肃为主；老人（大于50岁）为常见的躯体疾病、工作（退休）、经济问题等引起的抑郁情绪。

三、婚姻与精神刺激：已婚93例（91.2%）、离婚8例（7.8%）、丧婚1例（1.0%）。上述三组

的精神刺激均以人际关系占首位。其中已婚组又以工作、个人问题多见；而离婚组则以婚姻（再婚）为主。

四、职业与精神刺激：1．工人84例（82.4%）：以人际关系（39例）、个人（16例）、工作问题（11例）或恋爱婚姻（8例）等多见。2．知识分子6例（5.9%）；常见为人际关系（3例）、个人（2例）或工作问题（1例）。3．职员6例（5.9%）：以个人问题恋爱、婚姻（各2例）或人际关系（1例）为主。4．政工干部5例（4.9%）：恋爱婚姻（2例），或人际关系、个人及工作问题（各1例）。5．家务1例（0.9%），属人际关系。由此可见，工人、知识分子均以人际关系为多见，而职员则以个人或婚姻问题为主，政工干部又多属婚姻问题。

五、文化程度：本文案例中具有小学及中学文化程度者共80例，其精神刺激因素属于人际关系者

为74%，其余则为工作、婚姻或个人问题；另外22例具有大专以上文化程度者，则以婚姻、原因不明或工作为常见的精神刺激因素。

六、疗效：在本文有精神刺激因素的102例中，经过治疗后有70例（68.6%）获得显著进步，32例（31.4%）进步；而在无精神刺激因素的111例中，39例（38.2%）有显著进步，72例（61.8%）进步。两组疗效有明显差异（ $P<0.01$ ），可见有刺激因素者疗效较好。

讨 论

精神刺激与精神疾患之间的关系，国内外已有文献报道^[2, 3]。Jacobs等^[4]对比了精神分裂症和正常人群在一年内的生活事件，发现前者比后者高出50%。而在本文213例精神分裂症中，有精神刺激因素者为102例（47.9%），基本与文献报道相似。

家庭是社会的细胞，可反映社会的变化情况，

如果家庭及其周围环境稳定就能减少精神刺激，达到社会的安定。目前我国仍以大家庭形式为多见，极易因为经济、性格等方面的因素导致成员之间的矛盾增多，精神刺激存在的机会也较大，再加上居住环境及人际关系的复杂，会使多种纠纷成为主要精神刺激。据国内报道^[2]，人际关系占精神刺激的21.5%，而本文为44.1%，其中大多数为家庭纠纷，由此可见家庭安定的重要性。

男女两性因体质及生活经历的不同，其精神刺激也有差异。国外女性则以家庭问题、亲属死亡等为主，而男性则以失业、经济困难等为主。而本文中两性的精神因素均以人际关系、个人或工作等问题为主，其相差不大，可能与本文中女性病例较少有关系。

年龄和精神刺激的种类也有密切的关系。在本文资料中，小于30岁者以工作、恋爱或个人问题上多见；40—50岁者以文革中受迫害或人际关系为

主；大于50岁者又以躯体疾病、经济困难居多。这是由于不同年龄阶段组的心理特点及所处的生活环境的不同所造成的。

文化程度与精神刺激也有关。本文资料表明，人际关系、恋爱婚姻、工作或经济问题等随文化程度的增高而逐渐减少，但“文革”中受迫害、受处分等个人问题又随着文化程度的增高而有所增加。说明不同文化程度的个体对各类精神刺激的反应也有所不同。

精神刺激引起精神活动异常的病理机制，目前还不清楚。且其内容和性质是否有明显的致病作用，历来有各种观点，但不少学者仍持肯定的倾向^[5]。因此，减少这些精神刺激因素对本病的防治具有极其重要的现实意义。

参考文献

[1] 夏镇夷：《临床精神医学（精神医学丛书）》，第一版，长沙：湖南科学技术出版社，1984年，页301。

[2] 高之旭等：《反应性精神病生活事件的调查分析》，《中国神经精神疾病杂志》，1984年第6期，页369。

[3] 王善澄：《情感性精神病与精神刺激》，《中华神经精神科杂志》，1985年第5期，页306。

[4] Jacobss, et al. Recent life event and Acute schizophrenic psychosis. J Nerv Ment Dis 1976; 16(2): 75.

[5] Paykel E S, et al. Life event and Depression. Arch. Gen Psychiat 1969;21:753.

（原载《四川精神卫生》1993年第6卷第4期）

用息斯敏治疗氯氮平流涎副反应

临床应用氯氮平日益广泛，其疗效较好，但是有一种副反应——流涎，却使病人感到痛苦，医生又难以处理。作者试用息斯敏治疗6例此种副反应，得到显著效果，现报道如下：

6例均系女性精神分裂症，服用氯氮平后流涎不断，白天一边讲话一边流涎，晚间浸湿枕席。经试用抗过敏药息斯敏，每日10mg，有1例在3天内见效，2例1周内流涎好转，另外3例在2周内出现疗效，白天不再流涎。6例均无不良副反应。息斯敏是一种抗过敏药，由此看来，服用氯氮平所致的流涎可能是一种过敏反应。

（原载《上海精神医学》1992年第4卷第2期）

精神病人无主诉的阑尾穿孔、腹膜炎与肠梗阻1例报告

患者男，36岁，患慢性精神分裂症，病程16年，已处于精神衰退状态。1985年1月31日夜水样腹泻两次伴腹痛，给黄连素0.2克与止泻剂。次日晨自进食粥二两。8时医生查房时，见他侧卧床上，面部表情痛苦，但仍无任何主诉。体检时发现全腹压痛，肠鸣音微弱，体温正常，白血球25300，中性85%，腹部透视有液面，提示肠梗阻。经保守治疗未见好转，乃转院外科紧急会诊诊断为小肠低位梗阻。第二天剖腹检查发现：坏疽性阑尾炎伴有穿孔，周围脓肿形成，回肠末端局部粘连，肠段成角扭转而致肠梗阻。作者认为，病人外科情况如此严重，但毫无任何主诉，原因可能有：

1. 精神病人，尤其是脑器质性痴呆、慢性衰退精神分裂患者的痛觉阈可明显提高甚至可达到“麻木

不仁”的程度；2．由于精神病症状的掩盖或干扰，使其没有主诉；3．抗精神病药如氯丙嗪等有较强的镇痛作用。因此精神科医生，对上述这类病人必须加强责任心，发现蛛丝马迹，即应对患者进行细致的体格检查，以免延误抢救时机，造成不可挽回的后果。

（原载《上海精神医学》1987年第二辑）

舒必利治疗紧张型精神分裂症1例报告

岑××，院号25-98015，男，27岁。五个月前患者因失恋而变得沉默少言，躲避诸亲朋好友；猜疑有人要害他，故不去上班。在家幻想宇宙飞碟将家人吸到太空，现在家人都是太空派下来的；听到宇宙飞碟命令他不许吃饭的声音；并眼见到天皇、地皇穿着长袍走来，形象鲜明生动。入院前一周，闭门不出，不吃、不喝、不动，而于1984年3月10日首次住院治疗。

入院体验：心率：86次 / 分，BP：110/70mmHg；神经系统（-），EEG正常。精神检查：由二人架入室内，头发蓬乱，表情紧张，卧于床上不动，数问不答，拨眼皮反而紧闭，将手拉直则持续几分钟，将枕头抽掉仍悬着，存在蜡样屈曲和空气枕头征象。诊断：精神分裂症（紧张型）。随即给予患者静脉滴注10%葡萄糖500ml +

舒必利300mg，中午患者能够自行吐痰，下午继续加滴舒必利200mg，晚餐时，患者拔掉鼻饲管自进流汁。第二天，患者趁工作人员不在场将早餐吃完。仍给患者静脉滴注葡萄糖500ml + 舒必利500mg，中、晚餐喂吃饭，患者顺利吃下，然而询问情况时仍不搭理。第三天继给患者静脉滴注10%葡萄糖500ml + 舒必利500mg。患者已能下床活动，并能作简短回答“我不知道我有不吃饭这回事”，说时张嘴笑笑。下午测量体温后，给患者理了发，理完发后患者自行洗头，面貌焕然一新，继之邀患者打乒乓球，患者欣然同意，并稳稳接球。患者经舒必利治疗，病情呈戏剧性好转。第四天给患者静脉滴注10%葡萄糖500ml + 舒必利300mg，同时给患者口服舒必利0.3g bid。患者接触好，有问必答，故停Ⅰ级护理。第五天给患者静脉滴注10%葡萄糖500ml + 舒必利200mg。患者已能安静坐于一处公疗，见到医生就诉“我已经完

全好了，可以让我出院了”。第六天给停止静脉滴注舒必利，改为口服舒必利0.5g bid，此后患者病情一直稳定，对病有认识，于4月13日出院。

此病人经舒必利静脉滴注治疗，临床疗效立竿见影，可与电休克相媲美，故报告如上。

（原载《上海精神医学》1984年第2卷第4期）