

精神病学讲义

北京医学院
精神病学教研组

1973.9.

目 录

第一章 精 论	1
第二章 精神病症状学	5
第三章 精神病病史与精神状况检查	21
第四章 传染病性精神病	26
一般急性传染病所致的精神障碍	27
脑膜炎、脑炎所致的精神障碍	29
第五章 中毒性精神病	31
工业中毒所致的精神障碍	32
医用药物中毒所致的精神障碍	34
农用药物中毒所致的精神障碍	37
第六章 慢性脑器质性精神病	39
高血压病所致的精神障碍	39
脑动脉硬化症所致的精神障碍	40
麻痹性痴呆	41
第七章 躯体疾病所致的精神障碍	44
心脏病所致的精神障碍	44
肝脏病所致的精神障碍	44
肾脏病所致的精神障碍	44
糖尿病所致的精神障碍	45
糙皮病所致的精神障碍	45
甲状腺机能亢进所致的精神障碍	45
柯兴氏症候群	45
红斑狼疮所致的精神障碍	45
第八章 颅脑外伤所致的精神障碍	47
脑震荡所致的精神障碍	47
脑挫伤所致的精神障碍	47
气压性脑挫伤所致的精神障碍	47
外伤性昏迷	47
外伤性谵妄	48
脑震荡后遗症	48
外伤性癫痫	48
外伤性人格改变及痴呆	48
第九章 脑肿瘤所致的精神障碍	50
一般性精神症状	50

限局性精神症状.....	51
第十章 癫痫所致的精神障碍.....	53
第十一章 精神分裂症.....	55
第十二章 躁狂抑郁性精神病.....	65
第十三章 更年期精神病.....	69
更年期忧郁症.....	70
更年期妄想症.....	70
第十四章 神经官能症.....	71
神经衰弱.....	71
癔病.....	74
强迫性神经官能症.....	78
神经官能症的治疗与预防.....	80
第十五章 反应性精神病.....	83
反应性抑郁症.....	83
反应性妄想症.....	83
第十六章 精神发育不全.....	85
第十七章 精神病的治疗.....	89
精神药物治疗.....	89
降温人工冬眠治疗.....	99
胰岛素治疗.....	102
内分泌治疗.....	104
中药及针灸治疗.....	105
调动病人防治疾病的主观能动作用的治疗.....	106
第十八章 精神病的护理.....	109
第十九章 亲精神性药物概述.....	112
〔附录〕 国外资料介绍——锂盐治疗.....	119

第一章 绪 论

精神病是大脑在机体内、外环境中的某些因素的影响之下，产生高级神经活动失调的表现。高级神经活动发生紊乱时，人的精神活动（指人的认识活动、相伴随的情感以及有目的的意向、活动）就表现失常，临床上表现为精神病。

因此，精神病学的任务是研究精神病的发病因素，发病原理，临床表现，疾病发展规律，治疗和预防的一门医学科学。由于精神病本身的特点，精神病学又往往涉及法律问题和劳动能力问题，因此，司法精神病鉴定和精神病人的劳动力鉴定，也属精神病学研究范围之内。

由于人类的机体（包括躯体及精神）是一个整体，高级神经活动的基础是神经系统，尤其是大脑，故大脑发生病变时，既可表现出神经系统的异常，又可出现精神活动失常。因此，精神病学与神经病学有极密切的关系。

此外，精神病学与其他临床学科也有着密切关系。首先，精神症状往往是躯体疾病的临床相的一部分，及时发现这些精神症状，往往会有助于躯体疾病的诊断。其次，有些精神病人的精神症状，又往往主要表现为躯体不适，常在其他临床各科长期治疗而不愈。至于精神病人因生活不能自理、兴奋等精神症状的影响而出现躯体疾病者，也不少见。因此，做为精神病工作者，必须掌握临床各科的知识，而各科医师也有必要掌握一定的精神病学知识，以便及时地做出正确诊断及治疗，更好地为病人服务。

但是，精神病与其他躯体疾病比较起来，也有其特殊点。如精神活动失常主要表现为认识、情感、意向、行为的异常，临床上常见到病人有各种知觉异常，思维紊乱，情感错乱，兴奋躁动，不語不动，幼稚痴呆，本能异常，各种荒谬危险行为，甚至不能自理生活等等，而且病人多不能认识到自己的这些病态，因而拒绝就医及服药，对患者本人和社会均有很大危害。因此，我国精神病工作者的责任，是正确应用马列主义、毛泽东思想和医学知识，进行精神病的预防和治疗，使广大劳动人民摆脱精神病的痛苦，恢复精神健康，为进行社会主义革命和社会主义建设，巩固无产阶级专政，更好地为世界革命，为最终在世界上实现共产主义的伟大革命目标而奋斗。

第一节 精神病学简史

精神病学发展的历史也贯穿着唯物主义和唯心主义的斗争。精神病学在某一历史阶段的发展情况，不仅决定于当时的科学、文化水平，同时与当时的社会制度，占统治地位的意识形态，哲学观点也有密切的关系。对精神病的看法在精神病学发展史上经过了漫长而曲折的过程。

一、祖国医学中关于精神病的研究：

公元前五至三世纪，中国历史上曾出现了诸子百家争鸣，文化高涨的春秋战国时代。当代医学巨著黄帝[内经]中已有精神疾病的描述，如“癲”、“狂”。我国古代医学家对精神病的看法是以朴素的唯物主义的阴阳五行学说为指导思想的。他们认为精神是物质实体的产

物，与躯体密切有关，如“人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐”（〔素问〕），“心者，五脏六腑之主也”（〔灵枢口问篇〕）。

对精神病病因学的看法上，曾指出：精神病系由外界某些有害因素引起，如“邪入于阳则狂”（〔素问〕），也指出了精神病时可以出现躯体症状，如“……故悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇”（〔灵枢口问篇〕）。相反，也曾提出精神症状可以出现于躯体疾病，如指出“热病”时可以出现胡言乱语，妄见妄闻（〔内经〕），从而指出了精神和躯体的密切关系。

祖国医学中对精神病的临床表现，治疗及预防的描述也是很丰富的。

根据毛主席关于继承和发扬祖国医学遗产的指示，我国广大精神病工作者正在学习、研究祖国医学中有关精神病的内容，并结合自己的临床实践，探讨中西医结合的治疗和预防方法。

二、解放前我国精神病防治工作简况：

精神病学虽是临床医学的一个部门，但是由于它的研究对象——精神活动——是比较复杂的，因而在发展上较医学中其他临床学科为晚。百年来，我国受帝国主义侵略，封建主义和官僚资本主义的压迫，科学文化的发展受到摧残。毛主席教导说：“帝国主义文化和半封建文化是非常亲热的两兄弟，它们结成文化上的反动同盟，反对中国的新文化。这类反动文化是替帝国主义和封建阶级服务的，是应该被打倒的东西。”帝国主义者和国内反动派为了加紧它们的文化侵略和对我国广大劳动人民的反动统治，散布了大量资产阶级唯心主义和形而上学的谬论，使我国的精神病学科和精神病防治工作的发展受到很大影响。解放前从事精神病工作的人员极少，专业机构寥寥无几，设备简陋，且有不少是掌握在帝国主义传教士手里的，医疗作风恶劣。某些帝国主义分子甚至惨无人道地用我国贫苦病人作试验。广大劳动人民得不到应有的医疗照顾。有些地方受封建迷信影响，精神病人遭受种种歧视和虐待。在学术思想方面，多多少少受到各种资产阶级唯心主义学派的影响，使我国的精神病学未能沿着辩证唯物主义的正确方向前进。

三、解放后我国精神病防治工作的发展：

新中国成立后，在中国共产党和毛主席的领导下，我国医药卫生事业有了很大发展，精神病防治工作的面貌也起了根本性的变化。

1. 社会制度、社会道德风尚有了本质性的改变——在中国共产党的领导下，解放后短短的几年内，迅速消灭了失业和饥饿；取缔了娼妓，对梅毒病人进行了免费驱梅治疗；肃清了吸毒等恶习；由于人民生活条件的日益改善，营养状况和健康水平也不断提高。因此，由于贫困、失业、梅毒、吸毒、酗酒、营养不良等引起的精神病大大减少，有的甚至完全消灭。这充分表现了我国社会主义制度的优越性。

2. 随着人民保健事业的发展，许多传染病和地方病得到控制；劳动保护、妇幼保健工作大大加强，因而传染病、职业中毒、颅脑外伤等引起的精神病也大为减少。

3. 精神病专业队伍和防治机构有了逐步发展——全国解放以来，精神病防治机构已遍及各省。各大城市 and 不少中、小城市也逐步建立起防治机构。精神病专业工作人员的队伍不断扩大。改善了精神病院的设备，提高了病人的营养和治疗条件。城市公费医疗和农村的合作医疗制度保证城乡居民中的精神病患者都有条件得到充分的医疗。加强了慢性精神病人的管理工作。对无家可归的病人进行了收容和治疗。精神病药物的制造工业也有很大发展，医疗技术水平不断提高，祖国医药学正在精神病学领域内积极开展。

4. 精神病学的革命化——新中国成立以来，精神病工作者在学习马列主义和毛泽东思想的基础上，逐步摆脱了欧美资产阶级唯心主义学术思想的影响，批判了资产阶级医疗作风，树立起“全心全意地为人民服务”的观点。1958年大跃进运动以来，为贯彻毛主席的“救死扶伤，实行革命的人道主义”的指示精神，在我国的精神病院实现了废除约束、锁门及限制病人户外活动等束缚精神病人的旧制度，使精神病人能象正常人那样，过着有劳动，有学习，有文化活动的的生活，从而大大促进了疾病的好转。在马列主义哲学思想指导下，组织病人学习毛主席著作，明确为革命治病的思想，帮助病人解决思想问题，解除精神负担并把有关防治精神病的知识交给病人及家属，使病人主动与疾病进行斗争，在药物治疗的同时，调动起病人的治病、防病的积极性和主动性，从而促进了精神病症状的消失和自知力的恢复，也提高了疗效。

无产阶级文化大革命以来，遵照毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，精神病医务工作者也同其他医务人员一起下放到农村，逐步改变了广大农村缺医少药的状况，便利了贫、下中农的治疗。在城市则通过建立防治站，普及精神病知识，建立起医院、机关和家属之间的联系，以利于对精神病人的早期发现和早期治疗。

以上成绩的取得，归功于社会主义制度的优越性，归功于马列主义和毛泽东思想对这一学科的指导。

四、国外精神病学发展简史：

精神病学 (Psychiatria) 学来自古希腊文 Psyche (精神、灵魂) 及 iatria (治疗)。说明当时把精神病看做是独立于躯体之外的灵魂的、精神的疾病。

公元前五一四世纪，希波克拉底 (Hippocrates) 提出精神病的体液病理学说，认为人体内有四种基本体液，其中某种体液过多或过少，或它们之间的关系不正常，则产生精神失常。这个学说虽无严格的科学根据，但是却反映了古代的朴素的唯物主义观点。

中世纪神学及宗教的统治也反映到医学领域中。精神病人被视为魔鬼附体，被送进寺院监禁，或用祷告、符咒来驱鬼，甚至施用烧、打、针扎等酷刑。这时期，精神病学的发展受到很大阻碍。

十七世纪后，新兴资产阶级兴起，科学日渐发达，医学逐步摆脱了神学的束缚。十八世纪法国大革命的胜利在精神病学的发展史上是一个转折点。这时精神病才被肯定是一种需要治疗的疾病，病人被除掉了身上的手铐脚镣，从寺院中解放出来 (法国比奈 Pinel 1745—1826)。

十九世纪以来，精神病学领域中曾有各种各样的学派。

十八世纪末和十九世纪上叶，德国精神病学还受康德二元论和黑格尔唯心主义哲学的影响。精神病被看做是精神或灵魂本身的病，系因罪恶、居心不善所致；精神病人不应由医生治疗，应由哲学家来处理。是为精神学派。

与这一学派相斗争的是躯体学派，认为灵魂是永恒不灭的，不可能得病，精神病是躯体疾病引起的。但是这一学派从躯体变化方面去寻找病因，对当时精神病学的发展曾起了一定的促进作用。

十九世纪中叶，自然科学的发展与临床资料的积累，终于得出了精神病是由脑病变所致的结论 (德国格雷辛格 Grissinger 1817—1868)

十九世纪末和二十世纪初，精神病学的发展史上也是一个重要时期。它结束了临床精神病学的症状学方向的阶段，提出了疾病分类学的原则 (德国克雷丕林 Kraepelin 1856—19

27, 俄国柯萨可夫 Корсаков 1854—1900)。对精神病, 也和对临床其他各科一样, 根据病因、临床表现、发病原理、病程和结局, 划分出疾病单位, 进行防治。

精神分析学派(德国弗洛伊德Freud1856—1939)认为人类的精神活动可分为“意识”和“潜意识”两个水平。“意识”受社会影响,“潜意识”则由本能的性慾所占有,二者经常进行着斗争,而后者是占优势的。因而人是由本能控制的。精神病的发生是由于“潜意识”的“性慾”受到“意识活动”的阻碍而不能得到满足,“投射”于外,形成了精神症状。这种将精神活动看作与大脑脱离的机能完全是唯心主义的。

此外,还有将精神症状和症候群孤立地定位于脑的某个中枢,也就是将复杂的精神活动——思维、情感、行为等简单地看做是大脑一定解剖结构的产物,这也是脱离人的社会性、否认精神活动的阶级性的错误观点。

十九世纪下半叶,俄国生理学家巴甫洛夫Павлов(1849—1936)对高级神经活动生理学及病理生理学的贡献,为精神病学提供了自然科学资料。他提出了条件反射学说,人类特有的第二信号系统学说,兴奋、抑制两个过程的相互关系的法则等等,对理解某些精神症状及精神病的发生机制,给予了病理生理学的回答,使精神病学的发展进入了一个新阶段。

现代医学科学如生物化学,电生理学,免疫学,精神药理学等的进展,都为研究精神病的发病原因,发生机制以及治疗,提供了大量资料。

第二节 精神病的分类

目前国内、外对精神病有各种不同的分类方法,如依病因,疾病性质,或依病因、病程和结局的共同点进行分类等。为便利对精神病病因的理解及便于治疗,我们初步采取如下分类方法。

一、体因性精神病

1. 一般传染及中毒所致:

- (1) 急、慢性传染性精神障碍。
- (2) 中毒性精神障碍。

2. 躯体疾病所致:

- (1) 各系统疾病所致的精神障碍。
- (2) 代谢异常所致的精神障碍。
- (3) 内分泌失调所致的精神障碍。
- (4) 营养不良所致的精神障碍。
- (5) 更年期精神病。

二、大脑本身的疾病所致的精神病

- (1) 脑炎、脑膜炎所致的精神障碍。
- (2) 颅脑外伤所致的精神障碍。
- (3) 中枢神经系统梅毒所致的精神障碍。
- (4) 脑肿瘤所致的精神障碍。
- (5) 脑血管疾患所致的精神障碍。
- (6) 老年性精神病。

三、心因性精神病

1. 反应性精神病。

2. 神经官能症。

(1) 神经衰弱。

(2) 癔病。

(3) 强迫性神经症。

四、原因未明的精神病

(1) 精神分裂症。

(2) 躁狂抑郁性精神病。

(3) 癫痫所致的精神障碍。

五、精神发育不全

六、病态性格

第二章 精神病症状学

第一节 概述

一、学习症状学的意义和重要性

精神病的症状是大脑机能紊乱在精神活动领域中的临床表现，它反映了正常人类精神活动的病理变化。当医务工作者开始对病人进行诊治的时候，首先所接触到的就是病人的这些病态现象。为了取得对疾病的正确认识，必须要求我们对精神病的症状具有一个精确识别的能力。在临床上，除了某些由于躯体疾患而引起的精神障碍以外，一般都缺乏明显的阳性体征；同时，到目前为止还没有其他比较简易的和确切的客观检查方法（如化验室检验等）可作为诊断疾病及判定病情的手段和提供参考资料，这就给我们在处理这些问题时带来很多困难。但是，正确掌握精神病症状学的知识，并善于应用辩证唯物论的观点和方法去进行临床观察，是分析和理解疾病的本质并做好准确的诊断以及制订治疗和预防方案的关键所在，这对于临床医务工作者有很重要的意义。

二、精神病症状的分类

精神病的症状不仅十分多样，而且由于社会存在、阶级意识、和生活工作经历的影响，病人机体反应的特点，大脑机能紊乱的程度，以及各种病原因素的性质、强度与致病作用的不同，症状变化很大，表现也就必然非常复杂。

在这种情况下，为了便于掌握、识别和分析，我们根据精神活动的一般规律，并以此为基础进行分类。

正常人的精神活动主要可归纳为三个过程：认识过程、情感过程和意向过程。简称为知、情、意。

人的认识活动是怎样产生的呢？

毛主席教导：“无数客观外界的现象通过人的眼、耳、鼻、舌、身这五个官能反映到自己的头脑中来，开始是感性认识”。但是，这时人们通过感觉和知觉所获得的认识仅仅是关于事物的现象、事物的各个片面和外部联系而已，嗣后当这种感性材料积累多了，再经过整

理和改造，“将丰富的感觉材料加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫”，“就会产生一个飞跃，变成了理性认识，这就是思想”。这样，人们就可以藉此进一步抓住事物的本质、事物的全体和内部联系，从而运用概括去作出概念、判断和推理，以至造成了理论的系统。通过这一系列由实践到认识，由认识到实践如此多次的反复，就构成为我们所谓的认识过程。

但是，在认识活动中仅仅具有感知觉和思维的作用，还是不够全面的。如果人们在接触客观世界的过程中，不能集中注意观察，又不能将所获得的资料保存下来而加以运用，那末，我们就可能丧失这些知识，并且也不可能进而运用这些知识，技能去解决在学习、工作中所产生的新问题和进行创造性的劳动。因此，作为一个完整的认识过程来说，还必须包括注意，记忆和智能等等的活动在內。

人们在认识和改造客观世界的过程中，通过与外界事物的接触和了解，不可能对它们都是无动于衷的，我们往往会对该事物产生一种喜爱、厌憎、快乐、悲哀等等反应，一个好消息可以使人高兴，而高兴时人们就会欢笑。但一个坏消息却往往引起悲伤，悲伤时就会哭泣。所有这些对事物的体验和态度，就是所谓的情感活动。

当我们对某一事物有了一定的认识，并且产生了相应的感情以后，往往就又会在这一系列活动的基础上进一步出现一种需要、愿望和谋求满足的要求，以及为了实现这些企图而采取有目的、有计划的措施和行动。但是，为了更好地学习和工作，为了进行创造性的劳动以实现崇高的理想，仅仅做到这些还是不够的，同时，要完成这一点也并不是绝对轻而易举的。因此，在进行这些活动的过程中，往往需要人们经常去控制、支配和调整自己的行动，进而做出选择和决定，甚至还必须要求我们不断地去克服在前进道路中所出现的一切困难并坚持到底以期达到目的。这样才能更好地适应环境，改造社会，以至创造一个新的世界。所有这一整系列的活动，总称之为意向（意志）过程。

综上所述，主要是简单地讨论了人类正常精神活动的一些基本概念，在这里应该提请注意的是，尽管这三种过程都各有其特殊的内容、形式和规律，但是，它们每一项活动不仅其本身的各个组成部分都是密切相联而作为作为一个完整的活动呈现出来，尤其在三者内部联系方面，彼此之间并不是迥然无关的，相反的，却有着一种紧密的从属和依存关系。由于有了感知觉与思维及实践的作用，才产生人们对客观事物的情感体验，因而认识活动就构成为情感过程的源泉。有什么样的认识，就有什么样的情感，认识改变了，情感也会随之而变化，而情感的转变，反过来又可以加深认识，所以这两者的作用是不能截然分割的。其次，我们还可以清楚地看到，人们只有在认识和情感的协同作用下，才会对客观事物产生所谓的意向要求，而意向活动又反过来为实现人们的理想奠定基础。因此，在整个意向过程中，所有的组成部分都需要有思维参与其中。至于情感活动既构成为意向过程的基础，同时也是推动意志的强大动力。这就说明，这三种精神活动过程在它们之间，通过相互的影响和作用，又组成一个完整的整体而进行活动的。

此外，我们还知道，人是不能脱离集体和他周围的社会环境而单独生存的，因而人类的正常精神活动也必然与外界客观世界彼此紧密结合而构成为一个统一的活动。

因此，在以上所反映出来的整体性与统一性既组成为正常活动的重要标志，又是人类精神状态之所以保持正常活动的关键所在。如果这种整体性和统一性遭到任何形式的损害，就会出现临床上所遇到的各种精神病态的现象。

第二节 精神病的常见症状

为了便于学习和掌握，我们也同样地按照上述的活动规律，将精神病的症状归纳为三个系统即：认识过程的障碍、情感过程的障碍、和意向过程的障碍来进行讨论。

现择临床上最常见最主要的一些精神症状分别叙述于后。

一、认识过程的障碍

这里我们将讨论四类主要症状。

1. 感知觉障碍：一

(一) 错觉

错觉是一种对客观世界中所存在的某些真实事物或现象的错误的知觉。换言之，外界环境中所实际存在的某种事物，被错误地和歪曲地感知为与原来的完全不相符合的、而是另一种截然不同的形象。例如：病人把挂在衣钩上的大衣或庭院里的树影看成是躲在门后或站在窗外的人，一个装置在天花板上的圆形灯罩被看作为悬挂着的人头等等。

在错觉中以错视和错听较为常见，尤其在意识障碍时更易出现，它们也往往和思维情感等障碍有一定的联系，因此多见于传染性、中毒性精神病和精神分裂症等等，在这些情况下，病人对此确信不疑而不能主动加以纠正，并且持续的时间也比较长。

此外，在某些妨碍视听觉，如黯淡的灯光，嘈杂的场所或情绪紧张（如草木皆兵）等情况下，错觉也可见于正常人，但一般通过实践或复查，就能很快地被消除。

(二) 幻觉

这是感性认识中一项最常见、最重要的知觉障碍。它是一种病态的主观感觉。幻觉是指在客观世界中实际上并不存在着某种事物，而病人却感知有它的存在。例如：病人说他清楚地听到有人在他谈话或责骂他，或者亲眼看见某某人站在窗外，即使那些都是不可能发生的事，甚至是非常荒谬的，但病人却坚决认为这是通过他自己的五官所获得的亲身感受，并且对他来说，这些形象又是如此地鲜明，生动和逼真，因而肯定是千真万确的，完全可能的而对此深信不疑。这些幻觉往往还严重地影响和支配他的思维、情感和行为，以致经常可以在有关方面引起相应的病态反应。

幻觉的内容有的接近现实，有的却荒诞无稽而不可理解，有的又非常恐怖（如看见凶猛的野兽、鬼怪、大火或杀人的场面等），在意识发生障碍时（如谵妄状态）尤其如此。在幻觉中有的内容很丰富复杂，有的却非常简单而单调。有的是一过性的，持续时间较短，比较片断，有的却存在于疾病的全过程，非常顽固，不易消逝。病人有时可以主动地把这些现象向医生诉说，但有时却不愿那么明显地暴露出来，甚至长期隐蔽不易觉察。

幻觉可以在所有的感官或躯体的内部出现。由于不同的感受器，幻觉可区分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触，或内感受器的幻觉等等。

(1) 幻听（听幻觉）

幻听在幻觉中最为常见，对病人的影响也最大，不仅影响病人的思维和情感，往往还可以支配病人的意志行为。幻听的内容其复杂性和清晰的程度往往很不一致，病人可以听到各种不同类别和不同性质的声音，如谈话、咒骂、呼喊、歌唱、无线电广播、射击、爆炸等等，其中以谈话声较多见，而且也比较清晰和生动，病人甚至可以明确指出是什么人以及声音的地点。谈话的方式也不一致，有的是单独的或少数个别人在对他说，有的可能是一大群人在开会批评他，一般多为直接对病人说话，有时却听到一些人间接地在讨论病人的问题。

談話的內容多半是使病人感到不愉快的批評、斥責、諷刺、嘲笑、威脅或侮辱他的言語，有時病人因不斷遭到這些辱罵以致難以忍受而哭泣、苦惱、憤怒，甚至引起興奮、激動或自傷、傷人的情況。有時所聽到的是一些為他辯護，對他表示同情，贊美，表揚的話，因此病人可以表現有獨自微笑洋洋自得的样子。有時言語中帶有命令的性質，指示病人拒絕服藥、進食、不和周圍人接觸或囑咐他去毆打別人，甚至命令他自殺或戕傷自己身體的某部分（命令性幻聽）。這些命令往往具有很大的力量，它迫使病人無法違抗而必須遵照幻聽所指示的去做，甚至可能因此而造成危害社會秩序的行動。

（2）幻視（視幻覺）

幻視也極為常見，內容亦較豐富多樣，形象常清晰、生動、鮮明和具體，與實際事物極為類似，但有時映象也較模糊就象一些圖片似的顯現在他的眼前。有的是些個別的人物，有的也可以成為整套的景物，如戰場的景象。比較常見的是現實性的形象，但有時尤其在意識障礙下（如譫妄狀態），常見到一些荒誕離奇（如鬼怪異獸等）的人物。病人對這些幻覺的態度也往往有所不同，有的好象自己只是一個旁觀者，有時卻正式參與其中，因而他們所表現的情感體驗和行為舉動也可以有顯著的差異。

一般來說，幻視較幻聽為少見，也不那樣持續存在，對病人影響也較輕，但它常與幻聽或其他幻覺連結在一起同時出現，以致大大加強了這些幻覺對病人的作用。

（3）幻嗅（嗅幻覺）

病人可聞到一些多半使他感到不愉快的气息如：腐爛的肉類、蔬菜、蛋品、屍體或燒焦的物品、糞便、血腥氣、化學藥品等等。這些幻嗅可單獨出現，但往往與其他的幻覺和妄想結合一起，例如：某病人看見一股黃烟自地而起，同時接着又聞到一陣臭鷄蛋的氣味，他認為這都是別人故意投放的毒氣要對他進行謀害，因而這些就成為別人要謀害他的有力佐證。

（4）幻味（味幻覺）

幻味較為少見，病人可以從食物或飲料中嘗到某些特殊的、不愉快的、使人難堪的味道。它也常和其他幻覺和妄想共同出現。

（5）幻觸（觸幻覺）和內感受器的幻覺

在臨床上這兩類幻覺並不是非常罕見，它們也往往可以和其他精神障礙共同出現。病人訴說他感到有一股電流不斷在刺激他的皮膚、肢體或胃腸，認為這是一種別人利用遠距離操縱的某些機器對他進行暗害的手段。有的病人感到皮膚下面有一種蟲子在爬行似的感覺。有的感到腹部有一些到處串走的奇怪的疼痛，因而認為他已患了不治之症，正頻於死亡的邊緣。某女病人訴說她子宮里有一條蛇在爬動，堅持請求醫師給她施行手術將蛇取出。儘管這些對病人過去的文化水平來說是非常荒謬的，但他們卻對此堅信不疑。

從性質上說，凡是病人體會通過他本身眼耳鼻舌身等等具體感官而獲得的一類幻覺，概稱之為真性幻覺。這類幻覺形象不僅比較清晰，而且具有相當明確的客體性，就象一個完全和真實事物相同的感覺一樣。病人還能很清楚地指出它們所在的地点，換言之即具有一定的客觀空間（如院外、鄰室、大街上甚至半空中），這類幻覺比較多見。另一種情況是，病人說他不通過眼睛可以“看見”自己的頭腦里有一个人象，或不通過耳朵“聽到”在腦子裡有一種說話或其他的声音，但是它們並不十分清晰甚至可以相當模糊，形象往往也不是很完整的，例如所看到的只是一個半截身體的人象。這類形象或聲音根據病人的感覺不是直接通過具體感官而獲得的，而且又沒有一定的客觀空間而只是存在於他的主觀空間（如頭腦里）之內，因此不象上者那樣有較明確的具體性和真實感，而只是一種類似映象性的感覺。這類幻

觉一般称之为假性幻觉。在临床上它比较少见，但对疾病诊断却有较大的意义。

在临床工作中善于发现幻觉并证实它们的存在，对理解疾病的性质与进行诊断都有很重要的意义。除在较少的情况下病人能主动向医师诉说这些现象外，一般由于缺乏自知力或受幻觉和妄想的影响，往往不能自觉地反映出来，甚至常把它们加以隐瞒或掩盖。因此，医务工作者必须经常注意观察病人，加强从各方面的接触并通过他们所表现的姿态、表情、情感反应、言语内容、举动行为如向某一方向注视、侧耳倾听、窃窃私语、独自发笑、或兴奋、愤怒、大声咒骂、或用棉花堵塞耳鼻、或向空作对话状等等来发现和辨认。

此外，幻觉在出现的时间、频率、强度、规律性、持续性和顽固性以及病人对待幻觉的态度和自知力等方面的变化，对判断疾病的运动发展和病情的转变有很大意义。

在知觉障碍中，除幻觉外，还有一些其他症状，它们虽少见，但有较特殊的意义值得注意。现择要列举于下。

(一) 思维鸣响。这是一类特殊形式的幻听，它一般都是伴随着病人的思想活动而出现的。例如：当病人正想喝水或看书的时候，就听到“喝水、喝水”或“看书去、看书去”的声音。这些声音的内容和他所想的问题基本是一致的。病人对声音的体会就好像有人在把他的思想重复说了出来一样，有时病人认为自己的思想已被别人所测知，因而就在他所听到的言语中反映出来。

(二) 机能性幻听。这类幻听的特征是，当病人听到外界某些真实的声音的同时，又出现另一种与此无关的说话声(幻听)。换句话说，这种幻听是在病人听觉器官处在外界声音刺激之下而引起机能活动的状态时所出现的。它并不与外界真实的声音刺激融合在一起而是同时被感知的。当外界的声音消失时，也就是当他的听觉器官的机能活动中止时，这种幻听也随之而消失。例如：××在搭乘公共汽车去上班时，每当汽车开动后，在车轮辘辘的转动声中，同时又听到另外还有一声音说：“我同情你，我同情你。”当汽车靠站而停止前进时，这个说话声也就一并消失。

(三) 感觉综合障碍。此时在客观世界中确实存在某种事物，病人所感知的也正是该事物，但对其某些属性如：大小、长短、形状、轻重、颜色、位置、距离等等却产生一种与该事物的实际状况不相符合的歪曲的知觉。例如：病人看见他父亲的脸变得很长而又歪斜，非常丑怪(视物变形症)。把一头羊看得象马那么大(视物显大症)，或小得象老鼠一样(视物显小症)，把远物看得很近，近物看得很远。或感到自己的身体变得很轻，简直可以被风吹到天上去。有的病人感到自己的手臂变得很长，一伸手就可以伸到隔壁院子里去。在精神分裂症初期，有的病人不断地照镜子，因为他看到自己的脸变得非常难看，两只眼睛不一样大，鼻子和嘴都斜到一边去，两只耳朵大得象猪耳一样以致气得他一连砸破好几面镜子(窥镜症)。对此病人虽然感到奇怪，但仍不能意识到它们是不正常的现象，这些症状对早期诊断有很大意义。

2. 思维障碍：一

我们平时思考问题，就是所谓的思维活动的表现。思维还常常通过语言、文字而表达出来。当思维过程发生障碍时就必然在病人的言语和一般书写的作品或信件中反映出它的病态变化。因此，通过对所有这些方面的观察和分析，将有助于了解疾病的性质和它的意义。

一般常见的思维障碍可以从以下两个方面反映出来。

(一) 思潮的障碍一

所谓思潮是指思维在进行活动的过程中所反映在量、速度、主题、连贯性等方面的状

况而言。

(1) 思想奔逸—这是一种在兴奋状态下思维联想的障碍，主要是指在量方面的增多和转变的迅速而言。此时，思维活动显著增加，联想迅速，新的概念接二连三地涌现出来，内容十分丰富，病人变得非常健谈，语流增快，高谈阔论，出口成章，说起话来，口若悬河，滔滔不绝。在写作方面，过去无论在思考和写作都比较缓慢的人，此时却表现得大有“下笔千言，一挥而就”之势，可以不加思索，在很短的时间内就能写出很多诗词、快板、或文章书信，用一个病人的话来描述，那时他变得非常聪明，脑子好象加了润滑油一样，一滑就出来了。病人的这种表达方式经常都在改变，有时甚至以顺口溜或歌唱来代替一般的说话。但是，就质的方面来说，无论文字或言语都比较肤浅，概念与概念之间的联系也不够紧密，主题极易变动，因而常常一个问题未谈完，接着就转移到另一个话题上去，而主题的转换，既可以随着当时周围环境中所发生的变化或出现新的情况而把话题转移过去（随境转移），还往往根据病人言语中某些词句的意义相关（意联），或与某些词句同音押韵（音连）而联结起来。有时在高度兴奋的状态下，在病人的言语或文字中也可出现一些不很连贯或片断遗漏的现象。但尽管这样，在内容方面还是可以通过以上三种形式而得以理解的。由于经常转换主题，病人的言语不能充分指向一定的目的，因此，从客观效果来看，结果往往一无所成。

例如：医师问：“你叫什么名字”？答：“我叫××民，人民民主，老百姓翻身当主人，无产阶级专政，共产党领导，建设社会主义，到共产主义就按劳取酬，各取所需，这是我们大队长常说的”。说到这里，进来一位解放军，病人马上举手行礼，一面说：“向解放军学习，向解放军致敬，大队长是志愿军，抗美援朝”，接着就一面踏步走，一面唱着：“雄赳赳气昂昂，跨过鸭绿江……”。

这类症状常见于躁狂抑郁性精神病，为躁狂状态的典型表现之一。

(2) 病理性赘述—病人的言语在量方面也有明显地增多，在内容上虽然也包含有他所要叙述的主要问题，但在表达时却又不厌其详地，甚至非常噜嗦地夹杂许多其他附带的、次要的、或不必要的描述、解释或补充，以致这些琐碎而无特殊意义的繁文细节掩盖了它重要的基本内容，虽然最后他的意图和目的没有被忽略或遗漏，但却因此而大大地延长了表达的时间。以上的情况反映了这类症状的本质所在，病人对许多问题缺乏明确的概念，分析和理解都有困难，对于必要的和非必要的区分难以鉴别，以致不能就此作出正确的选择和判断，说明这类症状的产生，有着某些智能障碍的影响。因此，病理性赘述常多见于老年性痴呆，动脉硬化性精神病，麻痹性痴呆，癫痫等等大脑器官性损害所致的精神病。

(3) 思维迟缓（抑制性思维）—这与思想奔逸恰恰相反，此时思维活动显著缓慢，概念的产生异常迟缓，联想困难，思路阻滞。因此，病人的言语明显减少，反应迟钝，对于一些简单的询问，也往往需要再三重复和催促才能回答。在回答时不仅吞吞吐吐，语流缓慢，而且词句也极简短。病人常诉说自己的脑子变得笨拙、迟钝，思考问题非常吃力，即使一封很简单的字条或普通的书信，也感到很困难，往往很久都写不出来。有的病人描述他的脑子好象被一团浆糊粘住似的，什么事都想不了，也不能顺利地表达出来。

这类症状常见于躁狂抑郁性精神病，为抑郁状态的典型表现之一。

(4) 思维贫乏—这类症状与思维迟缓在表面上颇有类似之处，但本质则有所不同，其主要区别在于概念的产生显著减少，以致思维活动内容空洞，概念和词汇贫乏，反应迟缓，言语简短，常答以“没什么”，“不知道”，平时不主动讲话，觉得脑子空虚，没有想

什么事，也没有什么可说的。

这类症状经常与情感淡漠，意向缺乏伴同出现，构成为精神分裂症单纯型或精神分裂症晚期阶段的主要表现之一。也可见于器质性精神病痴呆状态。

(5) 缄默症— 病人表现沉默不语，对任何人的询问概不答复，即使再三追问亦毫无反应。常见于精神分裂症紧张型。

(6) 破裂性思维— 这是在没有意识障碍情况下所产生的思维紊乱状态。此时，联想破裂，思维内容缺乏内在联系和应有的逻辑规律。虽然在单独语句上语法和结构一般还是正确的，意义也是可以理解的，但是，主题之间、语句之间或词与词之间的连贯性遭到破坏，以致丧失了它在意义上的联系，使病人的整个言语仅仅成为语句的堆集而已，因而人们无法理解其用意所在。例如：问：“你叫什么名字”？答：“你上课，水流嘩啦啦的响，人民都兴高采烈，我的眼睛不好，可能是感染的，有两个问题不懂，我想参加运动会，但手指甲不好，右手较强，左手较弱，主要是集体主义问题”。这些话虽然语法没有错误，但语句之间毫无意义上和逻辑上的联系，也没有一个明确的主题，使人听了不懂他说的是什么意思，但病人对此却丝毫也不能觉察它的异常，甚或给以更荒谬的解释。

这类症状主要见于精神分裂症，并构成为本病的一种特征性的表现，对诊断很有意义。

(7) 思维不连贯— 这是在严重意识障碍情况下产生的一种状态，而这一点也正是和上者区别的主要所在。病人的言语既缺乏任何主题，而句与句、甚至单独的词与词之间又无任何词义上的联系，整个语言零星片断杂乱无章。例如：“那个，多吃点，怎么办，好家伙，乱、乱、乱、那不行……”。

这类症状多见于传染性或中毒性精神病、癫痫性精神病、或外伤性谵妄时。

(二) 思维内容的障碍

(1) 妄想— 这是一种在病理基础上所产生的歪曲的信念、错误的判断和推理。病人往往在他的病态思维的指引下，从一定的角度上去观察和分析其周围事物，并由此作出错误的评价和结论。所有这些判断和推理既缺乏任何客观的事实根据，也不符合思维逻辑的规律。对于客观事物来说，它是完全不真实的，与现实情况绝不相符，也是根本不可能实现的，甚至它的内容可以非常荒谬无稽，但病人却坚决认为它们不仅客观存在，十分确凿，也是完全可能的，甚至其内容还是非常合情合理。病人对此缺乏正确的认识和批判的能力，因而认为它是绝对可以信赖的，即使它与病人的政治水平、教育程度、专业知识以及当时的社会背景均不协调，但病人既不能接受过去的经验和教训，也不能以摆事实讲道理以及多方面的引据与说理来加以纠正，尽管这些论据是十分确切和无可反驳的，但在病理变化基础还非常坚固的状态下，一时尚无法动摇、改变或推翻他的这种信念。

妄想常见于精神分裂症，心因性妄想症，更年期妄想症，躁狂抑郁性精神病，以及器质性精神病等等。

由于致病因素和性质的不同，在各个不同疾病中，妄想的内容和本质也可以有很大的差异。有的十分荒谬，离奇古怪，不可理解，系统性也比较差。有的则比较接近现实，系统性较强。有的结构较为杂乱，有的比较松弛，有的则结构严谨，系统，顽固，较难变更。有的比较片断短暂，有的却不断泛化，持续发展，并贯穿于疾病的全过程。一般说来，病人对其妄想观念不能正确批判，但对其他与此无关的问题，却仍能做出合理的分析和判断。

妄想是一类最常见的症状，在思维障碍中反应尤为鲜明突出，它不仅在整個精神障碍中

占最主导地位，严重地影响精神活动的其他方面，并且往往还决定病人对其周围人们和事物的态度，并使他的整个行为服从其妄想的支配。

在临床上，严密注意观察、发现和辨认这类症状有极大的意义。有的病人虽然可以毫不踌躇也毫无掩饰地向别人谈论他的想法，但是有很多的病人却往往将他的妄想观念加以隐蔽或伪装，使其不致被人觉察。隐蔽愈深则危险性就愈大，因为它可能突然产生一些攻击、报复、或自伤伤人的粗暴行为，必须提高警惕。

妄想的表现形式不一，根据其内容的不同，可区分为很多种类的妄想，最常见的有以下几种形式。

一) 关系妄想— 病人将其周围环境中的一些与他无关的人物、现象或其他变动，错误地认为都是针对着他并且和他有着密切的关系。例如：病人坚信别人咳嗽、吐痰、关门、谈笑、议论、一言一语、一举一动，甚至收音机广播、报纸登载的新闻，都是别有用心地、指桑骂槐地冲着他做的，或在含沙射影地针对着他，因而把它们都和自己牵连起来，并且坚信所有这一切都和他密切有关。

二) 被害妄想— 病人无中生有地坚信在他的周围有某些人甚至他的家属或某个集团对他进行打击、陷害或者以某种方式和手段如饭里放毒，跟踪监视，并策划种种阴谋诡计来加害于他。这是一类最常见的妄想，它往往从怀疑开始，进而形成关系妄想，以后又逐渐发展为被害妄想，它们之间反映了一定的内在联系和发展规律。对这种规律性的掌握，在了解病人的思维活动以及调动其主观能动作用去向疾病作斗争，或在防止复发等方面都有极为重要的意义。

三) 自罪妄想— 病人毫无根据地或由于一些微不足道的琐事，认为他自己犯了严重的错误或罪行，甚至使人民、国家遭受了不可弥补的损失，或者由于本人品质恶劣，罪大恶极，不可饶恕，应受到最严厉的惩罚。有的病人整日衣不解带，等待公安机关处以极刑，有的因此坚决拒食，或服毒自杀，认为罪孽深重，死有余辜，以致视死如归。有的则要求给予艰苦的劳动甚或采取自戕以贖取罪过。

四) 夸大妄想— 在这类病态思维中，病人总认为他自己才华盖世，聪明绝顶，为当今最伟大的科学家、政治家、发明很多东西，有很高的职位和权力，也可以有很多的财富，全世界甚至其他星球都受他的管辖和指挥，因此得意洋洋，自命不凡，举止傲慢，盛气凌人，经常以命令口吻对待他人。

五) 疑病妄想— 病人坚信他已患了某种严重的躯体疾病，或体内某些器官发生了癌症病变，并且已达到不可救药的地步，当这类妄想发展到较晚的阶段，病人还可以出现另一种信念，认为他的某些内脏已坏死枯萎或脱落而不复存在(虚无妄想)。即使通过一系列必要的严格的甚至多次反复的医学检验也不能纠正他的这种病态信念。这类妄想还往往由于合并发生的其他幻觉(如幻触或内感受器的幻觉和错觉)或躯体变化(如植物神经功能紊乱所引起的症状)或某些情感障碍的影响(如焦虑)等以致彼此相互作用而不断加强和巩固。

六) 嫉妒妄想— 病人始终认为他(她)自己的妻子或丈夫对他(她)不忠实，另有外遇，行为不端。

七) 钟情妄想— 病人坚信已为某异性所眷恋，即使遭到对方严词斥责或殴打，亦认为情有所钟，毫不置疑，甚至终日追求，纠缠不已。

八) 影响妄想，物理影响妄想— 病人认为他的思想，所有其他精神活动以至个人行动都已受到某些人或外界某种力量的影响、干扰、控制、操纵或支配，而自己则完全不能自主

(影响妄想)，有时甚至被某种特殊的仪器或电子装置或离奇古怪的设施如原子侦察器、电脑、太空仪等等所操纵、遥控或刺激来对他进行打击使他不能按自己的意志从事活动而遭受很大的痛苦(物理影响妄想)。

所有以上的妄想，不仅可以单独存在，往往还和其他不同的妄想共同出现，同时也可以合并各种幻觉，以致彼此间不断互相影响，因而更助长和强化了这些病态现象的作用。

(2) 象征性思维——在这类现象中，病人以某种形象性的事物、信号或标记作为一种象征来代替某些特殊的、抽象的概念。但是这种病理性的象征如果不经病人自己的解释是无法理解的。例如：某病人在入院时穿着红色衣裤，拒不更换病房服装，晚间睡眠前将病房暖气管木架拆除，用一股红毛线把自己和暖气管连系起来并抱着暖气管睡觉。她解释为自己坚决拥护共产党所以不穿病房里的兰色衣服，由于工人阶级是没有架子的，因此必须将木架拆去，而暖气管是用钢铁做的，钢铁代表工人阶级，把自己用红毛线连系起来并抱着它睡就是为了和工人阶级接近更好地改造自己的世界观。

(3) 读心症(内心被揭露感)——病人坚信他自己内心所想的事已经被别人知道或揭露了出来，尽管他也说不出是怎样被人探查到的，但根据他的推论确实已经尽人皆知，甚至闹得满城风雨，所有的人都在议论他所想的问题。有时别人的一些动作或言语，无线电广播或报纸上所登载的新闻，对病人来说，都被认为是一些已经知道了他在想些什么问题的表示，因而他就以此作为一种事实根据而被肯定了下来。

以上二种症状均多见于精神分裂症妄想型。

(4) 强迫性思维(强迫观念)——病人对他的某些思想活动或观念，即使能清楚地意识到是不必要的，不合理的，也是毫无实际意义的，但它们却不受自己主观意愿的控制，依然反复出现，无法摆脱，纵然竭尽全力加以抵制，或不断对它进行斗争，仍以失败告终，因此使他感到非常痛苦。这类观念表现形式不一，其中以强迫性怀疑、强迫性穷思竭虑较为多见。

3. 记忆障碍

记忆是一种在感知觉和思维基础上建立起来的精神活动。记忆在认识过程和人们一般生活中具有非常重要的作用，一切复杂的高级心理活动的发展，都必须有记忆作为基础。我们平时想事和思考问题都是与记忆活动分不开的。日常所说的回忆对比，“回忆”就是记忆中的一个重要环节。

记忆一般通过四个主要环节构成如：识记、保存、认知和再生。换句话说就是：记住、不忘；认得和想起来，四者既相互关联而又密切组合。我们对于事物的识记和保存，形成了人类关于事物的经验，而认知和再生则不但可以证明过去的经验是否已保存下来，而且还能使过去所保存的经验更为巩固。这种表现在认知和再生过程中的过去经验的反映，就叫做记忆。记忆的作用主要在于保证人们掌握过去的丰富经验，以及利用它们的可能，所以，记忆就成为了精神发展的重要基石。

一般常见的记忆障碍有以下几种：一

(一) 记忆减退——这类障碍主要表现为病人对上述四个环节的保持能力较其本人病前或一般的正常人有不同程度的减退，就象我们平时所谓的“记性不好”，“记不住事”或“现在想不起来了”那样，包括从一些无关紧要的事件的回忆困难，直到对一些新的印象，或刚发生的事件在很短时间内就被忘掉。有的表现为近记忆减退，有的为远记忆减退。有的可以从近记忆减退开始，逐渐发展到远记忆的减退。这类症状常见于神经衰弱，也可在大脑器质性损害的情况下产生。

(二) 遗忘症— 这是一种再生能力的障碍。它主要是指病人对局限于某一件事或某一时期内的经过的遗忘而言。遗忘可与躯体某些疾病(如顱脑外伤)同时发生,病人对疾病发生后的某一阶段时间内所发生的事件不能回忆(順行性遗忘);有的则对疾病发生以前某一阶段中的事件出现遗忘(逆行性遗忘)。

遗忘症常见于顱脑外伤性精神病,老年性精神病,一氧化碳中毒等,亦可见于癔病。

(三) 錯构— 这是一类表现为记忆錯誤的障碍。病人将过去可能在生活中经历过但在他所指的那段时间内并未发生过的事件被錯誤地作为当时的一件真实事情来談论。病人坚信他所报导的事实真实性,并予以相应的情感反应,这类症状可见于老年性精神病,脑血管硬化性精神病等。

(四) 虛构— 这是指病人对过去事实上从未发生,有时可能是幻想性的事实,说成是确有其事,例如病人从未去过上海,但他却坚决地说他在二周前曾去那里住过三天,而且还看见一位老同学,还到南京路去購買东西。病人就以这样一段虛构的事实来充填他所遗忘的那一片段的经过。虛构可见于顱脑外伤性精神病或中毒性精神病,麻痺性痴呆等,亦可见于精神分裂症。

4. 智能障碍

智能是指人们应用他既往在学习、工作、劳动和生活等实践过程中所获得的知识、技能和经验,以解决目前在各个方面所产生的新问题的能力。智能不仅与感知(实践)、思维(理论)有极为密切的关系,而且与知识经验的儲存和累积紧密相关,相互促进,共同发展。因此,在智能的范畴中就包括了人们的一般常识、记忆、计算、分析綜合、批判理解、抽象概括、判断推理以及进而从事創造活动等等的能力。

当智能发生障碍时,临床上主要表现为不同程度和不同性质的痴呆状态。

所謂痴呆是指一种在疾病基础上所产生的綜合性的智能障碍。此时病人的意识一般是清晰的,但其思维活动却变得很不完善,既往知识的儲存以及记忆力和计算力有所削弱,理解能力减退,对周围的事物不能正确地进行分析和綜合,对主要的、次要的、本质的、非本质的不能明确区别,不能以批判的态度来对待自己和他周围环境所发生的问题,对一些复杂的现象的观察和认识,由于抽象概括能力的减弱或缺乏而发生很大的困难,因而容易做出錯誤的判断和推理,以致不能很好地进行相应的学习和工作,更不能从事創造性的劳动。

由于痴呆的致病因素不同,痴呆的本质亦因之而异。主要有两类不同的痴呆:一

(一) 真性痴呆— 这类痴呆主要由于大脑的器质性病变所引起,因而它不仅表现在学习、工作、生活能力的降低,而且在其他情感和意向活动等方面,也往往伴有轻重不等的失调。一般来说,这类痴呆多不易恢复或不能完全恢复,并且其病变往往还可以是进行性的。由于病变的性质和其損害的范围与程度不一,临床上这类痴呆状态也可有不同的表现。一般可区分为以下几种现象。

(1)) 因病变的性质不同可归納为两类不同的痴呆:

一) 先天性痴呆— 这是指大脑在发育未成熟之前(包括在胎儿或出生时或1—2岁以内),由于各种有害因素(如中毒、感染、外伤等)损伤大脑,使大脑发育受阻,以致智能的发展停留或被限制在某种低级的阶段。病人不能进行与其年令相适应的学习和工作,因而随着年令的增长,痴呆现象也逐渐更为明显。但一般在长期和耐心细致的教育和培养下,通过实践的鍛炼,还是有可能获得一定的技能和知识。在这类痴呆中根据损伤的严重程度不同,又可区分为白痴、痴愚、和愚笨(低能)。