



JINGSHENKE SHOUCE

精神科手册

王善澄主编

夏镇夷审阅

上海科学技术出版社

9013

精神科手册

王善澄 主编

夏镇夷 审阅

上海科学技术出版社

编 写 者

王善澄 高哲石 翁毅夫 费 明
傅钟骏 颜文伟 薛纪才 张璐珊

精 神 科 手 册

王善澄 主编 夏镇夷 审阅

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 7.125 字数 219,000

1981年6月第1版 1981年6月第1次印刷

印数 1—18,000

统一书号: 14119·1494 定价: (科四)0.68元

前 言

《精神科手册》的出版，对于从事精神科防治工作的同志来说，是一个好消息。因为，这是一本从临床实际出发的简明参考用书。

近几年，我国精神科的群防群治工作发展很快。单以上海为例，就有上千名医务人员成为精神病防治战线上的新兵；他们有的是精神科医师，有的是专职的专科工作者，有的则是兼职的基层医务人员。另外，还有许多从事“社区精神病学”工作的，他们都有一个共同的愿望——希望有一本适合于他们阅读的专科参考书。

过去，由于种种原因，精神科的书出版得极少。这几年中，各地编写了一些，但多数是供专科医生及研究人员提高用的大型参考书。这本手册，着眼于实践和临床检索方便、解决问题，应该更适合于一般专科工作者的实际需要。

上海市精神病防治分院的同志，从1975年开始编写这本《手册》，化了二年时间，写成初稿。以后，分发各省市及基层单位，广泛征求意见。大家都认为，这本《手册》简便实用，希望修改补充，公开出版。1978年下半年起，又化了将近二年的时间，精心加工，反复琢磨，希望既保持《手册》的特色，又能反映当代精神科的临床水平。我个人认为，他们的尝试在一定程度上是成功的。

审阅本书的过程，对个人来说，也是一个学习的过程。尽本人的水平，对原稿作了一些必要的修改。本书的实用价值，将在实践中作出进一步的检验。

夏镇夷 1980年8月

目 录

第一章 精神病学症状学纲要··· 1

注意障碍····· 1

感知障碍····· 2

记忆障碍····· 8

思维障碍····· 9

情感障碍····· 16

意志、动作障碍····· 18

意识障碍····· 20

智能障碍····· 23

第二章 精神病的病史和 检查记录····· 25

入院病史····· 25

精神检查····· 29

病程记录····· 34

出院记录····· 35

〔附〕住院病史记录的排列
格式····· 36

第三章 神经系统检查····· 37

一般检查要点····· 37

意识丧失程度的确定····· 37

脑神经检查····· 38

运动系统····· 41

感觉系统····· 43

反射····· 43

其他病理反射和脑膜刺
激征等····· 44

失语、失认、失用的检查····· 45

〔附〕神经系统常规检查

记录格式····· 46

脑脊液检查····· 48

颅脑X线检查····· 50

脑电图检查····· 52

颅脑超声波检查····· 55

放射性同位素检查····· 55

电子计算X线体层扫描····· 56

第四章 精神科常见疾病 的诊断要点····· 57

精神分裂症····· 57

忧郁症····· 58

躁狂症····· 59

分裂情感性精神病····· 60

偏执性精神病····· 60

反应性精神病····· 61

急性器质性精神病····· 61

慢性器质性精神病····· 62

精神发育不全(或称精神
发育迟滞)····· 63

神经衰弱····· 64

焦虑症····· 64

疑病症····· 65

强迫症····· 65

癔症····· 66

脑功能轻微失调 (注意减退障碍)	66
第五章 精神病理状态的鉴别诊断	68
神经衰弱状态	68
焦虑状态	70
疑病状态	71
强迫状态	72
忧郁状态	73
兴奋状态	74
偏执状态	75
幻觉状态	77
木僵状态	78
痴呆状态	79
遗忘状态	80
意识模糊状态	82
神游状态	83
反社会性行为	84
第六章 精神药物的临床应用	85
抗精神病药物	85
抗忧郁药物	102
抗躁狂药物	108
抗焦虑药物	108
附: 抗震颤麻痹药物——锥体外系副反应解除药物	117
第七章 休克治疗	120
胰岛素低血糖及休克治疗	120
电休克治疗	126
第八章 中医药治疗	132

中医方剂的辨证施治	132
洋金花治疗与穴位埋线治疗	143
针灸治疗	148
第九章 精神科的防治工作	150
农村精神病的防治	150
工矿、城市精神病的防治	153
第十章 精神科门诊的检查和治疗	157
门诊注意事项	157
门诊病史及检查	158
精神科的门诊处理	159
神经衰弱	159
癫痫	159
强迫症	160
精神分裂症	160
情感性精神病	161
脑功能轻微失调	161
精神发育不全	161
癫痫	162
失眠	163
急性安眠药中毒	164
氯丙嗪类药物中毒	164
三环抗忧郁药物中毒	164
第十一章 精神病人的护理	165
精神科护理工作的要求和重要性	165
对病人的观察、接触和护理记录	165
三级护理制	166

病房组织管理	167	一氧化碳中毒	186
病房常规护理工作	169	有机磷中毒	188
出入院护理	175	颞叶癫痫	189
精神科护理工作的注意		播散性红斑狼疮	191
事项	176	舞蹈病	192
门诊护理工作	178	垂体前叶功能减退症	193
〔附〕约束保护制度	179	急性间发性血紫质病	194
第十二章 内科、神经科有关		肝豆状核变性	195
疾病	181	多发性硬化	197
散发性脑炎	181	皮质-纹状体-脊髓变性	197
脑肿瘤	182	正常压性脑积水	198
肝脑综合征	184	附录 精神病的分类	200
肺脑综合征	185		

第一章 精神病症状学纲要

精神病的症状是形形色色病态的精神活动，也是目前精神科临床诊断的重要依据。为了取得对疾病的正确认识，精神科医生必须熟悉症状学，对各种精神症状尽可能掌握精确的识别能力。

每个精神症状都不是孤立现象，必然与其他精神症状一起组成整体性的异常精神状态。但为了便于叙述以及临床检查上的需要，一般按照精神活动的过程，从注意、感觉、知觉、记忆、思维、情感、意志、动作等方面分别加以说明。另外，在病理情况下，患者的意识、智能都可发生明显改变，因此这些现象也构成精神病症状学的重要内容之一。

注意障碍

一般概念

以清醒意识集中于客观对象的活动称为注意，故注意活动的基本前提为醒觉及意识清晰。注意指向那里，主要取决于生活经验，也取决于智能及当时的心境，尤其心境在较大程度上决定了我们的注意指向。注意活动可从强度、范围、持久性、可变性及顺应性等方面加以描述。正常注意一般分为两种：

1. 主动注意(随意注意)：指自主地、主动地去注意某一事物。
2. 被动注意(不随意注意)：指不由自主地转向某客观对象，如尖锐的哨声将人们的注意力吸引过去。

病态表现

由于注意属整个精神活动中的首先表现，故各类精神病均可能出现注意障碍，通常为一般的注意增强或减弱而从略。现列举几种特殊形式如下。

1. 注意狭隘：注意的范围可从周围许多事物到少数事物，通常较为宽广。注意狭隘系主动注意狭隘地集中于个别情况，注意野明显缩小；如固定集中于幻觉，集中于强烈的妄想体验，或处在强烈的情绪活动(忧郁、悲痛、

不安、惊恐、焦虑)时。可见于偏执性精神病、精神分裂症、忧郁症及强迫症等多种精神疾患。

2. 注意涣散: 乃集中于客观对象的能力显著减退或丧失, 也不能固定保持指向性, 以致注意涣散殆尽。多见于意识模糊及重度痴呆患者。

3. 随境转移: 即被动注意容易随着周围环境的变化而较快转移, 对客观影响有明显的顺应性; 故对事物的注意飘忽不定, 短促而不能持久, 但往往对事物尚有敏锐的认识。主要见于躁狂症及脑功能轻微失调。

4. 注意运用不当: 患者对重大事件和切身问题不加关注, 而对琐碎细节和无关小事却颇为关注。这主要在于注意运用不当, 可见于精神分裂症。

感 知 障 碍

一般概念

精神病症状中的感知障碍基本上涉及感觉、知觉及表象三种形式, 但有时相互联系, 不能截然分割。现将三者的概念分述如下:

1. 感觉: 直接反映客观事物的个别属性(如颜色、声音、冷热、软硬等)。

2. 知觉: 直接反映客观事物的整体, 即对感觉到的属性加以综合的认识。

3. 表象: 主动反映过去所感知事物的痕迹而产生的主观形象。

正常感知的解剖生理基础必需具备感觉器官、传导神经及一定的大脑投射区(功能定位区), 这些大脑投射区的兴奋能从诱发电位加证实。按一般心理过程的体验, 可将感知的主要特性区分为:(1)是否客观实体;(2)是否真实存在;(3)具备何种意义(完备的形象都有某些有关处境及生活经历的意义, 也结合一定的情感共鸣)。

病态表现

一、异常的感知: 指感知客观事物时有异常的个别性状变化或伴同异常的体验, 而事物的原形基本保持。

1. 强度异常: 一种为感知增强, 对一般强度的光、声、躯体轻微不适感或皮肤的轻触等都感到异常强烈, 难于忍受, 常见于神经衰弱、癔症、更年期综合征等; 也有感知体验为异常的鲜艳、生动和丰富多彩, 可见于躁狂症、使

用拟精神病药(LSD、南美仙人掌毒碱和印度大麻)及罕见的销魂性例外状态。另一为感知减弱,即对强烈刺激只能轻微感到或极为迟钝,或将客观事物视为单调、暗淡、不生动、缺乏光彩等;前者见于癔症、忧郁症及某些意识障碍病例,后者主要见于各类忧郁症。

2. 形态异常:这是有关事物及自身的大小和形状的感知变化,总称为视物变形症(*metamorphopsia*),可分为涉及外界事物与涉及自身二种。

(1) 涉及外界事物:这种空间性质的感知变化,大多短暂呈现。如外形不规则,可称为视物畸变症(*dysmorphopsia*),而有不相称的大小变化者属于视物不称症(*dysmegalopsia*),又可分为视物显小症(*micropsia*)和视物显大症(*macropsia*)。可见于颞叶癫痫、早期精神分裂症及症状性精神病等。

(2) 涉及自身:即感到自身的脸面、躯干或某肢体的形态有了改变。如患者感到其下肢长达数十米,足部也特别巨大。较常出现于LSD、南美仙人掌毒碱等拟精神病药中毒,有时见于颞叶癫痫。

3. 性质异常:由于伴发某些特殊体验,感知过程可具有不寻常的性质。

(1) 非现实感:在感知环境事物时,呈现一种似乎通过一层屏障或好象有一道鸿沟而变得遥远的疏隔感觉,又可感到事物变得不真实、不可信赖及陌生新奇(有的像浮雕一样)。可见于精神分裂症或忧郁症。

(2) 人物异样感:患者在接触人物时出现一种异常的心境体验,如有的感到其他人都像死尸一样,有的觉察周围人都对他有威胁性等等。

(3) 异常熟悉感:系一种伴同识记体验的感知障碍。患者对首次看到或听到的事物、情境,似乎感到有一种早已见过的熟悉感,一般尚能自知错误,称为似曾相识症。也有相反的情况,即对原先熟悉的事物、情境,当再次接触时却感到陌生,称为旧事如新症。主要见于颞叶癫痫。

(4) 异常时间体验:时间体验往往受到情绪变化的影响,也可由于患者的时间连续性障碍,以致感到时间疾逝而过、悠慢冗长或停滞不前。多见于情感性精神病,少数出现在精神分裂症及颞叶病损者。

(5) 联觉(*synaesthesia*):对于同一客观事物产生两种相关联的感觉,如看到某物的颜色时又听到它所发出音乐声,此谓视听性联觉。见于实验性精神病。各类幻觉也可呈现联觉形式。

(6) 感知分裂:这是较罕见的症状。患者对来源于同一客观事物的两

种感知,认为是互不相关的现象,不能认识为一个整体。如将“一只鸟在叫”看作鸟是鸟、叫声是叫声,或把树干和树叶看成是不能结合的二回事。见于精神分裂症。

二、虚幻的感知:指感知原形改变的事物或实际不存在的事物。可分为错觉、幻觉及假性幻觉。

1. 错觉:是对客观事物整体的错误感知而形成一种被歪曲的知觉,这是由于正常感知过程受到其他伴发因素的影响所引起的现实“变形”。下面按伴发因素的性质分为三种。

(1) 注意不足性错觉:因对事物接触时间短促而缺乏充分注意,以致错误。正常情况下可不自觉地补充客观事物的欠缺,如阅读书籍时往往忽略其中的排印错误等。意识障碍时也常因注意不足而错认事物。

(2) 情感性错觉:由于强烈的情感因素使真实的知觉歪曲变形,伴有丰富的情感色彩,如所谓“杯弓蛇影”“草木皆兵”。多见于紧张、恐惧及迫切期待等情况。

(3) 拟形性错觉(pareidolia):或称幻想性错觉。即以不完整的形象为基础,通过幻想,产生拟形生动的错觉。如面对斑片剥落的破墙或层叠堆砌的云彩,可以幻化出种种怪物、人像或戏剧场面等丰富形象。这种错觉一般比较短暂,可见于谵妄状态或精神分裂症。

2. 幻觉:或称真性幻觉。此乃缺乏相应的现实刺激作用于感官而产生的病态知觉。幻觉是临床上最常见的精神症状之一,在形式上很类似正常的感知,但其特性往往波动多变。现列举幻觉特性的变动范围如下:(1)从色彩鲜明到印象暗淡;(2)从轮廓清晰到结构模糊;(3)从“实体感”到“非实体感”;(4)从判断为“真实存在”到“真实性可疑”再到“不真实存在”;(5)从定位于“体外”到定位于“体内”。

(1) 幻觉分类:

一般根据感官的不同而区分为幻听、幻视、幻味、幻触及本体幻觉(又名内脏幻觉或体感幻觉)等。

① 幻听:属最常见的一种幻觉。根据它的结构性质,大体上可分为原始性幻听和语言性幻听,前者为单纯的声响,如噪音、鸣叫、射击声及爆炸声等,后者则组成语言,而以后者尤为多见。按照幻听的形形色色表现,可从幻听的内容、清晰度、频度、所用人称、支配作用以及方位来源等进行分析。

幻听的内容或谩骂讽刺或安抚颂扬或芜杂零乱而不易理解,甚至还有语词新作等。清晰程度很不一致,可以非常清晰,也可以模糊难辨。出现的频度也差异较大,有的接连发生以致持续不消,有的偶而呈现;或干涉患者的所有活动,或在从事某项工作时中断。幻听声音所用的人称也有各种表现,较多的为第二人称,即直接对患者讲述;还有二个或二个以上声音在争论(争论性幻听),对患者用第三人称;又有对患者的行为进行评注(评注性幻听)。更值得注意者,患者受幻听支配,接受幻听的命令指使(命令性幻听),可能作出自杀、伤人等行动而造成危险后果。至于方位来源问题,有的可以辨别距离远近和传来方向,有的还可以讲出由何地某种尖端仪器所发出等,不少患者不明语声之远近,也不知来自何方。少数患者则称声音来自体内,如胸部、四肢或喉部(与自己思想无关)等。临床上又往往看到患者对辨别幻听的方位来源等问题一概漠不关心,这点显然不同于正常听觉体验。

② 幻视:一般分为原始性和形象性两种,前者是单纯的光亮、色彩或闪电等,有的可组成花式图案;后者可呈清晰或不太清晰的形象、人物、风景,有静止的或运动的,有色的或无色的。幻视以具体形象较为常见,通常比较短暂,多数为症状中唯一的幻觉形式,少数也可与幻听合并发生。急性器质性精神障碍伴有意识模糊者出现幻视远较其他精神病为多,可见到各种形式的幻视;较特殊的形式如看到各种小动物或缩小体形的动物,也有看见很矮小的人物形象(所谓的“小人国”样幻觉),患者往往伴随喜悦心情。还有一种比较罕见的全景性幻视,显现复杂生动的全套景象或场面,可见于癫痫性精神障碍。精神分裂症时形象丰富的幻视并不常见。

③ 幻嗅:这种幻觉可发生于多种情况,但往往不太容易辨别究竟是幻觉、错觉抑或妄想。患者可闻到一些多半使他感到不愉快的气味,如腐烂的臭鱼、臭鸡蛋、煤气、血腥气、化学药品等等;有的诉述气味来自外界,有的感到来自身体内部。幻嗅可单独出现,但往往与其他的幻觉尤其是幻味和妄想结合在一起,常见于精神分裂症。嗅脑病变及颞叶癫痫先兆常显示一种难闻的腐尸臭味等。

④ 幻味:常与幻嗅共存,性质亦类似。患者尝出特殊的滋味如毒药味、腥臭味等等。常见于精神分裂症。

⑤ 幻触:通常涉及皮肤感觉。患者体验到接触感、抓握感、捆扎感、锯割感等等,可伴有或不伴疼痛。其次,还有接触到热或冷的感觉(温度幻

觉)及湿润的感觉(湿润幻觉)。主要出现于某些器质性精神病,较特殊的如可卡因中毒时的蚁行感,也可见于精神分裂症。

⑥ 本体幻觉(体感幻觉):其形式异常复杂。内容也颇荒谬。可表现为内脏的石化感、干枯感、皱缩感、空虚感或阻塞感等;也可有躯体的腾空感、升降感、浮荡感(前庭幻觉)或四肢运动感(运动幻觉);还有体验到躯体毁形,如身体部分变厚、变重、变轻或扭曲变形等。又如感到身体被电流或射线等通过,性器官的接触感觉(性幻觉),也归属于本体幻觉。这类幻觉往往伴有虚无妄想或疑病妄想,多见于忧郁症、更年期精神病及精神分裂症;而出现于精神分裂症时,多半具有“被强加”的特点。

(2) 幻觉的特殊类型:除上述各种幻觉外,临床上还有一些不寻常的幻觉,往往具有一定的诊断意义。

① 思维化声(思维鸣响):患者能听到自己刚产生的思想被大声地讲出来,或听到声音与他的思想同时出现,且与当时的思想完全一致。这种讲述他们思想的声音可以来自头脑的内部或外部。

② 思维显形:患者在思考时能看到与思考相应的景象出现在眼前。

③ 精神性幻觉:指患者体验到脑内有一种无声的语言(具有语言表达的能力而没有语言的声音);其内容不为他所预料,其出现与消失亦不为他的意志所控制。

④ 机能性幻觉:指在听到外界真实声音(如流水声、汽车喇叭声、脚步声等)的同时从中出现一种语言性幻听。两种声音并不融合在一起而是同时被感知,当外界声音消失时这种幻听亦随之消失。

⑤ 反射性幻觉:乃某一种感官受现实刺激时,立即产生另一种事物范围的幻觉,而且二者并非同一来源。例如患者看到医生用钥匙开门时,即感到心前区疼痛。

⑥ 精神运动性幻觉:系患者感到自己的唇、舌、咽喉不由自主地在运动和讲话。这种现象往往属于精神自动症的一部分。

⑦ 理解性幻觉:凡幻觉能当时被患者自己确实理解为异常的知觉或病理现象者,可称为理解性幻觉。

⑧ 超界性幻觉:即一种超出知觉界限的幻觉,如患者在他头顶上看到一个幻觉形象,或身在某地而听到数千里外对他的讲话声,当时却完全明确自己所在的地点方位。

⑨ 自窥症：这是一种型式奇特的幻视，其时患者像通过一面镜子那样看到自己的形象或自身内部的器官。如患者能看到自己的眼底，并认为这是他的一部分。

(3) 在各类疾患中的幻觉：幻觉可发生于各类精神病，也可出现在某些生理状态、特殊处境或躯体疾病等。

① 局部躯体疾病：多半出现原始性幻觉。眼球及视路的外伤或其他疾病时可见幻视。耳部疾病时偶然有幻听，但较多为单纯的耳内杂音。幻嗅可发生于颞叶底部肿瘤。

② “生理性”幻觉：即入睡前及苏醒后幻觉。在入睡期与苏醒期可能发生各种不同的感知障碍，大多是视觉与听觉。它们没有意识清醒状态时幻觉的活跃性和清晰性。这些幻觉的内容大多有强烈的情感色彩：例如儿子看到他已故的母亲，或教徒看到圣母出现等等。上述幻觉并非病态。它们往往具有假性幻觉的特性。人们在这方面的体验能力有很大的个体差异，其中一部分与文化教养有关。

③ 特殊的感受处境：处于感觉隔离状态(实验性或自然条件下的感觉被剥夺)以及在感觉刺激过强时可出现幻视及幻听。

④ 特殊的生活处境：例如在拘禁隔离时常具有深刻的情感体验，往往伴发被害性质的幻觉和妄想。

⑤ 急性躯体疾患所致精神病：通常在谵妄状态时可见各种幻觉。有时幻觉充分显露而无明显意识障碍，即所谓的幻觉症；由药物、致幻剂等所致的中毒性幻觉，也归属于这类幻觉。在各种不同的幻觉症和谵妄状态(包括酒精中毒性与动脉硬化性谵妄)时大多体验到幻视，也有不少前庭及运动幻觉。它们大多伴随其他感知异常(如空间知觉变化、色彩强度变化、联觉等)。

⑥ 慢性器质性精神病：也可出现幻觉，例如老年性痴呆时的皮肤或体内虫兽寄生感。幻视可呈现于老年性、动脉硬化性及其他慢性脑损害。

⑦ 癫痫：可有幻觉体验(如视觉性销魂状态、本体幻觉及幻嗅)，不仅见于精神运动性发作而且见于慢性妄想幻觉性精神分裂症样精神病。

⑧ 精神分裂症：主要是某些语言性幻听与各种本体幻觉，而其他幻觉体验较少，幻视是不典型的。一般认为儿童精神分裂症时可呈现较多幻视。精神分裂症的幻觉往往与妄想结构相联系。

⑨ 内因性忧郁症：少见幻觉。对具有明显消极情绪的患者深入追询时，幻嗅并非很罕见，如尸臭、腐烂气，偶而也有嗅到从殡仪馆、公墓吹来的气味等等。忧郁症患者有时看到幽灵形象、骷髅、恶魔、墙上死尸。这些幻觉像忧郁症的妄想那样，与患者的心境完全协调。

⑩ 强迫性幻觉：强迫性神经症、内因性忧郁症、精神分裂症、器质性精神病等所呈现的强迫症状群，可偶然以幻觉的形式表现出来。

3. 假性幻觉：从这类幻觉的特性来看，大体上介乎知觉与表象之间，有的将它看作为知觉向表象过渡的一种形式，也有认为是特殊型式的病态表象。一般而言，假性幻觉缺乏客观实体性，通常出现于“主观空间”，但形象仍鲜明清晰，比较固定，不能随意产生而是被动地感知。假性幻觉的变异型式颇多，而且往往是个别特性的变异；有的可形象不鲜明，有的具备随意产生的能力，还有虽缺乏客观实体性但坚信来自外界环境或无法对它作出空间定位等等情况。假性幻觉最常见于视觉领域，其次为听觉，患者诉述可以不通过眼睛“看见”自己头脑里映现出的图像，或不通过耳朵“听到”说话或其他声音，而且大多能判断为“不真实”。在假性幻觉与幻觉之间可有逐渐过渡的现象。假性幻觉可见于精神分裂症等。

记 忆 障 碍

一般概念

记忆是指保持、积累实践经验而可以再度呈现的过程，良好记忆的基本条件是意识清晰、注意力集中和领悟充分。记忆的整个过程包括：(1)铭记：使新的经验材料保持下来的能力；(2)保存：将经验材料固定地贮存下来，预备复呈；(3)复呈：在必要的条件下，将某些保存下来的东西提出来而重新复呈的能力；(4)追认：识别复呈材料的从属性、时间性的能力。记忆障碍一般提示脑器质性损害，但也有心理因素或病态精神活动干扰了记忆过程，造成某些记忆障碍。

病态表现

一、异常意识状态所致的记忆障碍：即通常所谓的遗忘，一般指全部或大量丧失了对某一时期内所经历的体验的回忆。可分如下三种表现。

1. 顺行性遗忘：紧接在起病后一段时期所发生事件的遗忘，这是由于意识模糊而不能领悟或虽有短暂领悟而无法铭记、保存。多见于症状性精

神病及颅脑外伤等。

2. 逆行性遗忘：对前一段时间所发生事件的遗忘，一般能部份地铭记，但记忆保存受到器质性病变的损害。特别多见于严重的颅脑外伤及动脉硬化性卒中后。

3. 界限性遗忘：指对生活经历中某一阶段事物的遗忘，此时实际上并未丧失记忆保存而主要是不能复呈，在内容和时间上往往与强烈的情感体验有联系，故又可称心因性遗忘。主要见于癔症。

二、正常意识状态时的记忆障碍：即记忆过程各阶段的障碍。

1. 铭记障碍：患者不能铭记，但能充分利用已经获得的记忆保存，可见于一氧化碳中毒。

2. 保存障碍：最常见的形式是近事记忆减退。由于老年及脑器质性病变而记忆保存进行性受损，从新近事件的记忆减退缓慢地逆行发展，越是早年的记忆则保留越久。

3. 复呈障碍：属于假性记忆障碍，常是短暂的，过后又恢复正常。如见于青春型精神分裂症的语言杂乱与思维阻隔，忧郁症的高度悲痛压抑，躁狂症的意念飘忽或癔症性假性痴呆时。

4. 追认障碍：患者回忆往事时，对该事物的从属性、时间性及因果关系有明显错误，即临床所谓的错构和虚构。错构是指患者在部分真实回忆的基础上添加一些不真实的情节，往往是所述事件在时间上的错误；虚构是患者用某些前所保存的见闻或幻想情景填补记忆所缺失的部分。此二者均可见于器质性精神病。

思维障碍

一般概念

临床上所谓的正常思维是指有目的地进行思索推敲的认识过程。其基本特征为始终贯串目的观念(联想线索)，内容含有实际意义，合乎逻辑的判断推理，以及观念组合具有条理、次序和选择性。思维过程也可意味为一种整理过程，即对我们本身与外在世界的各种事件(物质的与非物质的)进行加工整理的过程。从发生的阶段来看，思维是从较多不定形、较少结构、不遵循或较少遵循逻辑规律、较多取决于心境以及往往也是直觉性的思维方式起始，直至较多非直觉性、抽象性及概念性的思维。人类的思维通过语言

来表达及沟通,思维即是“内部语言”,故研究思维障碍必须分析患者的语言以及文字资料。在精神科术语中,联想即指思维表达的形式,但临床上联想常与思维、思想和意念等名词通用。现将常见的思维障碍分为思维的表达形式障碍、思维的推理逻辑障碍、思维的从属性障碍及思维的内容障碍,而上述几种类型常可相互交叉组合,故这种区分仅为便于临床探讨而已。

病态表现

一、思维的表达形式障碍:指在联想过程中思维活动的速度、数量、目的性及连贯性等方面的障碍。

1. 意念飘忽(思维奔逸): 其时联想加速,思潮涌现,飘忽浮动,不能恒定指向一定的目的,通常随着周围环境的变化而转移(随境转移);但思维的每一片断紧密联系客观现实;同时在上下句(或段落)之间可由一些随意的关系或音韵、词义等联系(音联、意联)所连接。患者往往能自感思潮急迫涌现。常见于躁狂症及分裂情感性精神病。

2. 联想散漫: 在临床上可有不同程度的表现,都缺乏始终贯穿的目的性。轻者常呈现思维结构松弛,形式比较零乱,内容虽有部分联系但缺乏必要的逻辑性,常结合概念置换等某些奇特联想,故通篇不能充分理解,亦称为思维松弛。重者表现为破裂散漫,观念之间毫无联系线索,以致看来支离破碎、杂乱无章、唐突怪异,使人无法领会,可名为思维破裂。主要见于精神分裂症。

3. 思维迟缓: 思维进程变慢,语言滞涩不畅,反应延迟不敏。可见于意识混浊,迟钝性忧郁症,器质性痴呆及精神分裂症的阻抑表现之一。

4. 思维抑制: 思维过程几乎全部制动,进展艰难费力,似受很大阻力;患者虽竭尽其力而不能达到其思维应有的速度、内容和目标,临床上表现为语言表达困难或停滞,系由于思维迟缓的进一步加重。

5. 思维阻隔(思维中断): 通常表现为语言突然不能顺利贯通,也可反复中断停顿;片刻后又能继续谈话,有的接连原来的话题,也有另换了内容。当时并无意识障碍(有别于失神发作)。思维阻隔也可由于突然插入深度的迷乱、惊恐或内在空虚感等所造成。多见于精神分裂症,部分患者也可由“主动”违拗而中断。

6. 持续语言: 即顽固地粘滞于某些语句而不能摆脱,或刚才听到的,或自己所叙述的,作机械式持续重复,往往局限于语句之末端部分。故在交