

根据国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、
财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合发布的
《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》编写

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

精神病学

Psychiatry

主编 | 唐宏宇 方贻儒



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

精神病学

Psychiatry

主 编 唐宏宇 方贻儒

副主编 李占江 刘铁桥 胡 建 贾福军

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神病学 / 唐宏宇, 方贻儒主编. —北京: 人民卫生出版社, 2014

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

ISBN 978-7-117-19827-1

I. ①精… II. ①唐… ②方… III. ①精神病学 - 医师 - 职业培训 - 教材 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 232711 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

精 神 病 学

主 编: 唐宏宇 方贻儒

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 19

字 数: 523 千字

版 次: 2014 年 11 月第 1 版 2014 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-19827-1/R · 19828

定 价: 45.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编者 (以姓氏笔画为序)

- 王 雪 四川大学华西医院
王高华 武汉大学人民医院
方贻儒 上海交通大学医学院附属精神卫生中心
吕路线 新乡医学院第二附属医院
刘铁桥 中南大学湘雅二医院
刘铁榜 深圳市康宁医院
许秀峰 昆明医科大学第一附属医院
李占江 首都医科大学附属北京安定医院
李晓驷 安徽省精神卫生中心
张 宁 南京医科大学附属脑科医院
陆 峥 同济大学附属同济医院
胡 建 哈尔滨医科大学附属第一医院
贾福军 南方医科大学
郭延庆 北京大学第六医院
唐宏宇 北京大学第六医院
谭庆荣 第四军医大学第一附属医院
魏 镜 北京协和医院

编写秘书 郭延庆 北京大学第六医院

出版说明

为深入贯彻国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合发布的《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》文件精神,满足全国各地住院医师规范化培训的要求,在国家卫生和计划生育委员会科教司领导和支持下,全国高等医药教材建设研究会、全国住院医师规范化培养教材评审委员会组织编写了《住院医师规范化培训规划教材》,人民卫生出版社正式出版。

本套教材的编写原则是:①坚持“三个对接”:与5年制的院校教育对接,与执业医师考试对接,与专科医师的准入和培训对接;②强调“三个转化”:在院校教育强调“三基”的基础上,本阶段强调把基本理论转化为临床实践、基本知识转化为临床思维、基本技能转化为临床能力;③强化“三个临床”:早临床、多临床、反复临床;④提高“四种能力”:职业道德、专业能力、人际沟通与团队合作能力、教学与科研的能力;⑤培养“三种素质”:职业素质、人文素质、综合素质;⑥实现“三医目标”:医病、医身、医心。不仅要诊治单个疾病,而且要关注患者整体,更要关爱患者心理。

本套教材强调“规范化”和“普适性”,实现培训过程与内容的统一标准和规范化。其中临床流程、思维与诊治均按照各学科临床诊疗指南、临床路径、专家共识及编写专家组一致认可的诊疗规范进行编写。在编写过程中不断地征集带教老师和学员意见并不断完善,实现“从临床中来,到临床中去”。本套教材的编写模式不同于本科院校教材的传统模式,注重体现PBL和CBL的教学方法,符合毕业后教育特点,并为下一阶段专科医师培训打下坚实的基础。

本套教材共47种。根据新近印发的《住院医师规范化培训内容与标准(试行)》的文件要求,分为临床学科(42种)、医学人文(5种)两类。本套教材充分考虑各学科内亚专科的培训特点,能够满足不同地区、不同层次的培训要求。

本套教材是在全面实施以“5+3”为主体的临床医学人才培养体系,深化医学教育改革,建设和一支适应人民群众健康保障需要的临床医师队伍的背景下组织编写的,希望全国广大住院医师培训基地在使用过程中提供宝贵意见。



国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

教材目录

序号	教材名称	主编	副主编
1	内科学 心血管内科分册	张 澍 霍 勇	陈 红 高海青 何 奔 周玉杰
2	内科学 呼吸与危重症医学科分册	王 辰 高占成	康 健 王 虹 李海潮 代华平
3	内科学 消化内科分册	唐承薇 张澍田	陈旻湖 房静远 陈卫昌 王蔚虹
4	内科学 血液内科分册	黄晓军 吴德沛	王健民 邵宗鸿 侯 明 卢振霞
5	内科学 肾脏内科分册	梅长林 余学清	陈江华 陈 楠 付 平 倪兆慧
6	内科学 内分泌科分册	童南伟 邢小平	郭晓蕙 肖海鹏 余学锋 陈 兵
7	内科学 风湿免疫科分册	张奉春 栗占国	鲍春德 刘 毅 毕黎琦 杨念生
8	内科学 感染科分册	魏 来 李太生	范学工 张文宏 党双锁 赵龙凤
9	儿科学	申昆玲 黄国英	母得志 薛辛东 罗小平 黄松明
10	急诊医学	于学忠 黄子通	陆一鸣 陈玉国 陈旭岩 张连阳
11	皮肤性病学	张学军 涂 平	徐金华 高兴华 陆前进 晋红中
12	精神病学	唐宏宇 方贻儒	李占江 刘铁桥 胡 建 贾福军
13	神经病学	贾建平 陈生弟	黄一宁 洪 震 周 东 唐北沙
14	全科医学	于晓松 季国忠	霍洪军 赵 钢 李双庆 王 敏
15	康复医学	励建安 黄晓琳	燕铁斌 何成奇 岳寿伟 吴 毅
16	外科学 普通外科分册	刘玉村 朱正纲	王 杉 胡三元 刘青光 程南生
17	外科学 神经外科分册	李新钢 王任直	赵世光 游 潮 刘建民 康德智
18	外科学 胸心外科分册	胡盛寿 王 俊	孙立忠 高长青 庄 建 肖颖彬
19	外科学 泌尿外科分册	叶章群 周利群	黄翼然 张小东 吴 斌 黄 翔



序号	教材名称	主编	副主编
20	外科学 整形外科分册	祁佐良 李青峰	郭树忠 王晓军 郭 澍 江 华
21	骨科学	裴福兴 陈安民	翁习生 阎作勤 林建华 贺西京
22	小儿外科学	孙 宁 郑 珊	冯杰雄 刘文英 高 亚 董 蒨
23	妇产科学	杨慧霞 狄 文	王建六 赵 霞 薛凤霞 漆洪波
24	眼科学	黎晓新 王宁利	许 迅 刘奕志 刘 平 沈 晔
25	耳鼻咽喉头颈外科学	韩东一 肖水芳	许 庚 唐安洲 张 榕 潘新良
26	麻醉学	刘 进 于布为	王国林 李文志 赵国庆 任家顺
27	临床病理学	陈 杰 步 宏	王连唐 李 挺 吴 强 戚基萍
28	临床检验医学	王 前 王建中	府伟灵 李 莉 续 薇 欧启水
29	放射影像学	郭启勇 王振常	胡道予 龚启勇 滕皋军 刘士远
30	超声医学	姜玉新 张 运	王金锐 田家玮 唐 杰 李建初
31	核医学	黄 钢 李亚明	李 方 王全师 石洪成 王 铁
32	肿瘤放射治疗学	王绿化 朱广迎	郎锦义 郭小毛 马 骏 刘晓冬
33	医学遗传学	郭玲仟 张 学	赵彦艳 张咸宁 余细勇 刘睿智
34	预防医学	朱启星 傅 华	张正东 王 彤 宿 庄
35	口腔医学 口腔全科分册	周学东 白玉兴	宋宇锋 刘洪臣 章锦才 徐 欣
36	口腔医学 口腔内科分册	凌均荣 陈 智	孙 正 牛玉梅 俞立英 潘亚萍
37	口腔医学 口腔颌面外科分册	俞光岩 王慧明	王佐林 周 诺 胡勤刚 董福生
38	口腔医学 口腔修复科分册	周延民 陈吉华	高 平 陈 江 余占海 麻健丰
39	口腔医学 口腔正畸科分册	王 林 沈 刚	周 洪 邓 锋 毛 靖 王建国
40	口腔医学 口腔病理科分册	钟 鸣 王 洁	李铁军 陈 宇 周 峻 肖 晶
41	口腔医学 口腔颌面影像科分册	王铁梅 余 强	郑广宁 傅开元 程 勇 曾东林
42	重症医学	于凯江 杜 斌	管向东 王祥瑞 马晓春 康 焰
43	循证医学	王吉耀 何 耀	徐佩茹 祁艳波 王聪霞 王小钦
44	医学科研方法	陈世耀 刘晓清	张宏家 吕 明 肖志波
45	医学伦理学实践	邹和建 陈晓阳	纪宗正 张 欣 杨 薇 王兆良
46	医患沟通技能训练	李惠君 郭 媛	王 颖 刘惠军 韩新生 曹素艳
47	住院医师英语手册	唐熠达 冉志华	蔡世荣 潘 慧 金泽宁 李 刚

全国住院医师规范化培养教材

评审委员会名单

总 顾 问 赵玉沛 沈晓明 王德炳 刘德培 吴孟超
刘允怡 陈灏珠 钟南山 杨宝峰

顾 问 (按姓氏笔画排序)

冯友梅 武汉大学
吕兆丰 首都医科大学
闫剑群 西安交通大学
步 宏 四川大学
张英泽 河北医科大学
张学军 安徽医科大学
汪建平 中山大学
郑树森 浙江大学医学院

赵 群 中国医科大学
柯 杨 北京大学
桂永浩 复旦大学
陶立坚 中南大学
黄 钢 上海交通大学医学院
雷 寒 重庆医科大学
腾皋军 东南大学医学院
瞿 佳 温州医科大学

主 任 委 员 王 辰 陈贤义

副主任委员 (按姓氏笔画排序)

于晓松 中国医科大学第一附属医院
万学红 四川大学华西临床医学院 / 华西医院
王 虹 南京医科大学第一附属医院
刘继红 华中科技大学同济医学院附属同济医院
李 青 国家卫生和计划生育委员会医药卫生科技发展研究中心
杜 贤 人民卫生出版社
邵 洁 上海交通大学医学院附属瑞金医院

陈 红 北京大学人民医院
陈旻湖 中山大学附属第一医院
林建华 福建医科大学附属第一医院
唐安洲 广西医科大学附属一院
郭启勇 中国医科大学附属盛京医院
高海青 山东大学齐鲁医院
阎作勤 复旦大学附属中山医院



委 员 (按姓氏笔画排序)

于凯江 哈尔滨医科大学附属第二医院
毛 颖 复旦大学附属华山医院
王 前 南方医科大学南方医院
王以朋 北京协和医院
王共先 南昌大学第一附属医院
占伊扬 江苏省人民医院
申昆玲 首都医科大学附属北京儿童医院
伍伟锋 广西医科大学第一附属医院
刘 彬 吉林大学第一医院
刘建国 天津医科大学总医院
刘青光 西安交通大学医学院第一附属医院
朱晒红 中南大学湘雅三医院
汤宝鹏 新疆医科大学第一附属医院
许 迅 上海市第一人民医院
吴一龙 广东省人民医院
张东华 哈尔滨医科大学附属第一医院
张成普 中国医科大学附属盛京医院
张学文 吉林大学中日联谊医院
李占江 首都医科大学附属北京安定医院
李海潮 北京大学第一医院
沈 晔 浙江大学医学院附属第一医院
狄 文 上海交通大学医学院附属仁济医院
邱海波 东南大学附属中大医院

陈 椿 福建医科大学附属协和医院
陈卫昌 苏州大学附属第一医院
陈昕煜 国家卫生和计划生育委员会科技教育司
周玉杰 首都医科大学附属北京安贞医院
罗天友 重庆医科大学附属第一医院
胡娅莉 南京大学医学院附属鼓楼医院
费广鹤 安徽医科大学第一附属医院
赵龙凤 山西医科大学第一临床医院
赵增仁 河北医科大学第一医院
唐北沙 中南大学湘雅医院
徐剑铖 第三军医大学第二附属医院
(新桥医院)
贾建国 首都医科大学宣武医院
贾明艳 北京医学教育协会
高 亚 西安交通大学医学院第二附属医院
(西北医院)
高 炜 北京大学第三医院
高长青 中国人民解放军总医院
诸葛启钊 温州医科大学附属第一医院
龚启勇 四川大学华西临床医学院 / 华西医院
董 蒨 青岛大学医学院附属医院
谢苗荣 首都医科大学附属北京友谊医院

主 编 简 介



唐宏宇

医学硕士,主任医师。现任中国医师协会精神科医师分会会长,北京大学第六医院伦理委员会主任委员。

1987年毕业于湖南医学院医疗系,1992年获得北京医科大学硕士学位。2003年和2012年分别在澳大利亚墨尔本大学和美国哈佛大学进修和访问。1987年开始从事精神科临床及科研、教学工作,在精神障碍的临床诊治、精神疾病司法鉴定、精神医学伦理与法律咨询、精神病学教学与培训方面具有丰富经验。以第一作者和通讯作者发表论文30余篇,主编(译)精神病学教材和专著5本,参编30余本。

2003年开始参与精神科住院医师规范化培训体系建设,2010年起主持制(修)订精神科住院医师规范化培训细则和基地标准。



方贻儒

医学博士,精神科主任医师、教授、博士生导师。现任上海交通大学医学院附属精神卫生中心副主任、精神病学教研室主任。

1984年毕业于湖南医学院医疗系,后在上海第二医科大学攻读精神病学与精神卫生学硕士及博士学位。曾分别在日本北海道大学医学部和美国麻省总医院精神科学习和交流。

从事精神病学与精神卫生学科临床、科研及教学工作30年,在临床精神病学的心境障碍诊治、生物精神病学等领域有深入研究和多项成果。目前是中国“双相障碍协作组”组长,同时担任精神医学领域多家杂志的副主编、编委。获上海市科学技术进步三等奖1项,国家发明专利1项。发表学术论文200余篇(SCI收录论文50余篇),主编《精神病学》、《抑郁障碍》等教材与专著20余部。

副主编简介



李占江

主任医师、教授、博士生导师。现任北京安定医院副院长,北京地区住院医师规范化培训精神科专家委员会主任委员,中国心理卫生协会心理治疗与咨询专业委员会委员。

1985年毕业于河北医学院医疗系。1998年获得中国科学院心理研究所博士学位。主要研究领域为焦虑抑郁障碍与认知行为理论及治疗。以第一作者或通讯作者发表论文60篇,主编(译)和参编书籍20部,获北京市科技进步三等奖2项。近年主持完成国家/部市级科研课题6项,目前承担国家自然科学基金、教育部及北京市科技项目4项。



刘铁桥

医学博士,主任医师、教授、博士生导师。现任中南大学湘雅二医院精神卫生中心科主任,中国医师协会精神科医师分会副会长。

曾在香港大学和墨尔本大学学习,主攻临床精神病学。湖南省高层次卫生人才“225”工程首批培养对象,精神病学学科带头人。发表科研论文130余篇,主编著作17部。主持NIH、WHO、国家自然科学基金等课题15项,获科技成果奖6项。



胡建

医学博士,主任医师、教授、博士生导师。现任哈尔滨医科大学精神卫生研究所所长,中国药物滥用防治协会酒精滥用与酒精依赖防治研究专业委员会主任委员,黑龙江省医师协会精神科专业委员会第一届委员会主任委员。

1982年毕业于哈尔滨医科大学医疗系,1998年获得湖南医科大学精神病学博士学位。先后在芬兰赫尔辛基大学和澳大利亚新南威尔士大学研修。主编/副主编专业教材11本,参编专业教材20本。



贾福军

医学博士,主任医师、教授、博士生导师。现任广东省精神卫生中心主任,广东省医学会精神病学分会主任委员,广东省心理健康协会会长,广东省预防医学会副会长。《中国心理卫生杂志》常务编委,《Asia Pacific Psychiatry》、《中华精神科杂志》、《中华行为医学与脑科学杂志》、《中华实用儿科临床杂志》、《上海精神医学》、《临床精神医学杂志》等编委。中央保健会诊专家。

前 言

2013年12月31日发布的国卫科教发[2013]56号文件《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》中明确要求“适当加大全科以及儿科、精神科等紧缺专业的招收规模”,为精神科住院医师规范化培训提供了政策保障。根据国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材主编人会议精神和《住院医师规范化培训内容与标准(试行)——精神科培训细则》的要求,我们组织全国的专家编写了此教材。

本书内容和写作方式均紧扣精神科住院医师规范化培训的基本目标:培养会看病的精神科医生。经过3年的规范化培训,精神科住院医师应具备进行常见精神障碍临床诊治所必须的资料收集和分析、治疗方案制订、临床沟通、风险评估与处理的能力,还要具备心理治疗的最基本技术。本书写作方式借鉴“以问题为基础的学习(PBL)”和“以案例为基础的学习(CBL)”的要点,选取精神科临床工作中常见的病种,依据临床诊治的实际流程和疾病的具体特点进行写作,尽量展现临床工作的实际过程,力图为用户提供最实际的帮助。

在强调基本技能和基础内容的同时,本书针对我国精神科培训中的薄弱环节进行了重点弥补,如心理治疗的操作实录与讨论、法律和伦理的相关内容、精神科急诊和联络会诊的案例等。全书疾病分类与诊断要点以ICD-10为基准,同时也注意介绍国际诊断分类的最新进展(如DSM-5)。

全书共13章,力图精练实用。凡是精神病学本科教材以及其他专业参考书中已经详细介绍的内容,本书主要作为知识点进行引用。也就是说,本书主要作为住院医师的培训教材使用,重在培养临床思路和实际操作技能,以知识的运用为主,学习新知识为辅。因此,本书的知识点仅作为基本参考资料,需要更深、更广的相关知识的读者,建议参阅其他教材、参考书和文献。

本书编者都是具有丰富临床和教学经验的一线专家,还有一些专家如孙静、易正辉、唐毅、潘苗、刘忠纯等,对本书也做出了重要贡献,在此一并致谢。

面对全新的写作方式,各位编委虽竭尽全力,不断交流与沟通,但仍难免有疏漏和遗憾。希望读者积极反馈,提出宝贵意见,以期不断修正和完善。

唐宏宇 方贻儒

2014年11月

目 录

第一章 基本技能与临床思维·····	1
第二章 精神分裂症·····	34
第三章 双相障碍·····	61
第一节 双相Ⅰ型障碍与躁狂发作·····	62
第二节 双相Ⅱ型障碍与抑郁发作·····	72
第三节 双相障碍混合发作与快速循环发作·····	80
第四章 抑郁障碍·····	89
第五章 神经症性障碍·····	107
第一节 广泛性焦虑障碍·····	107
第二节 强迫障碍·····	120
第六章 分离(转换)性障碍与躯体形式障碍·····	131
第一节 分离(转换)性障碍·····	131
第二节 躯体形式障碍·····	148
第七章 器质性精神障碍·····	161
第一节 谵妄·····	161
第二节 痴呆·····	172
第八章 躯体疾病所致精神障碍·····	185
第一节 急性躯体疾病与精神障碍·····	185
第二节 内分泌代谢疾病与精神障碍·····	197
第三节 风湿免疫性疾病与精神障碍·····	202
第九章 精神活性物质所致精神障碍·····	205
第一节 苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍·····	206
第二节 阿片类物质所致精神障碍·····	211
第三节 酒精所致精神障碍·····	215
第十章 应激相关障碍·····	225
第一节 急性应激障碍·····	225
第二节 创伤后应激障碍·····	232
第十一章 儿童期特发的精神障碍·····	243
第十二章 精神科急诊·····	259
第十三章 精神康复与社区管理·····	272
中英文名词对照索引·····	279

第一章 基本技能与临床思维

【学习要求】

1. 重点掌握精神状态检查和病史采集的内容、步骤、方法。
2. 掌握资料分析的逻辑思维方法、临床诊断原则和思路。
3. 掌握制订治疗方案的原则和思路。
4. 熟悉临床诊治程序相关的法律规定和执行程序。
5. 熟悉临床风险评估的基本内容和方法。
6. 熟悉临床常见的沟通问题的处理原则和方法。

【核心知识】

1. 资料收集的主要内容包括精神状态检查(mental state examination, MSE)、病史采集、躯体和神经系统检查、辅助检查等。检查次序依临床实际情况而定,但对患者本人的检查(重点是精神状态检查)是法律规定的必要内容,无论是检查的次序还是对检查结果的采信,都应当放在优先位置。对自愿就诊且能够自主讲述病史的患者,应当首先和患者本人晤谈,精神状态检查和病史采集同时进行。资料收集也是医患沟通过程,建立在良好医患关系基础上的资料收集才能保证客观、准确、全面、重点突出的基本要求。“人”的信息和“病”的信息同等重要。

2. 资料分析遵循从症状学诊断到疾病分类学诊断的基本思路。在诊断分析中要注意贯彻症状学诊断原则和等级诊断原则,首先确认症状并构筑临床综合征(即确定症状学诊断),然后考虑所有可能的假设诊断;在对假设诊断进行分析甄别的过程中,首先考虑等级较高的精神障碍。在适用诊断标准之后还需要验证诊断,反向检视当前诊断能否解释所有临床资料。资料分析还应包括临床风险评估和预后估计,为临床决策提供全面的依据。资料收集和资料分析是紧密关联、交互融合的过程,应努力培养“边收集、边分析”的临床思维方法。

3. 治疗方案的制订和实施应符合法律和伦理的要求。治疗方案应当是建立在循证医学证据和规范化治疗指南基础之上的个体化方案,并获得患者或家属的知情同意。药物选择除了考虑对症,还要充分考虑药物的不良反应和相互作用、治疗依从性、治疗可及性和可持续性、功能恢复等多方面的因素。除了药物治疗,心理治疗和康复治疗也是治疗方案的重要内容。

4. 对患者的理解和人文关怀是从事精神科诊疗工作的基本素质要求。临床沟通应作为精神科住院医师的基本能力进行培训,并作为临床诊疗的常规内容而贯穿始终。

【临床病例】

病例一

病历摘要(一)

男,22岁,已婚,汉族,中专文化,技术工人,信奉佛教。由母亲陪伴来诊。

〔问题〕如何理解和分析上述信息?

思路1:具有临床意义的资料绝对不只是现病史,一些最基本的个人资料往往也是临床问题



的重要线索,对这些信息进行认真分析,有助于引导收集资料的正确方向,锻炼逻辑思维和临床思路。本例是一位结婚较早的青年男性,中等文化程度的技术工人,应注意收集学业和婚恋方面的资料。陪伴者是母亲而不是妻子,应考虑家庭关系方面的因素,还要明确是否自愿就诊,因为可能涉及法律和伦理问题。

知识点

“病人”与“病”的信息

全面了解并理解信息是精神科资料收集和分析的重要目标。面对来诊者,医生除了要搞清“他/她得了什么病?”,还要知道“这是什么人?”“是如何来诊的?”也就是说,了解患者是什么人 and 了解患有什病同样重要。从临床风险管理和法律、伦理方面考虑,有时了解患者是什么人更重要。

“病”的信息主要是为了确立诊断和制订治疗方案;“人”的信息对于建立医患关系、制订和实施治疗方案、预后估计、维持治疗与社会康复等,都有重要的临床意义。对“病”和“人”的同等关注是“生物-心理-社会医学模式”的要求。

思路 2: 男性 22 岁即已婚,在农村并非少见,在城市则不多见,提示可能有婚恋方面的特殊情况。与常识和常态不符合的任何信息都可能是需要关注的问题线索,在临床工作中应注意培养对这些信息的敏感性。

思路 3: 许多精神障碍患者就诊时有陪伴者。与其他躯体疾病的陪伴者相比,精神障碍的陪伴者经常涉及家庭关系和监护人相关的法律事宜,而且与治疗方案的制订、住院治疗方式(自愿或非自愿)、治疗依从性等问题都有密切关系。有些陪伴者的心理问题比就诊者更为突出,甚至本人就是精神障碍患者。本例的陪伴者是母亲而不是妻子,医生应敏感地考虑是否存在家庭矛盾,或者家属意见不一致等问题。为了避免主观臆断,应在随后的晤谈中选择合适的时机进行询问。

对于陪伴者,精神状态检查之前应明确其身份。已婚者由父母或者其他亲属陪伴时,要注意自愿就诊、监护人、信息保密等涉及法律和伦理的问题。

思路 4: 宗教信仰可能成为影响沟通的因素,也可能与精神症状有密切联系。22 岁的男性技术工人信奉佛教,在当前中国文化背景下不是常见现象,应考虑这个信息的背后可能存在需要关注的问题。另外,中国的迷信观念和佛教、道教信念等交织、融合,有鲜明的文化特点。近几十年中国社会处于历史上非常独特的发展和转型期,西方文化和宗教的影响日益明显,在某些患者的精神症状中也时有体现,精神科医生应当对此保持关注。

知识点

精神症状与文化

精神症状与文化有密切关系。某种文化中视为正常的现象在另一种文化中可能被认为是异常。临床上应注意鉴别宗教信念和宗教妄想、宗教体验和幻觉;在中国应注意迷信观念、佛教和道教信念、邪教信念等与妄想(delusion)的鉴别。

1. 典型的妄想有三个核心特征:病态的坚信、自我卷入、个人独有,与文化相关的信念则不完全符合这些特征。

2. 文化对妄想有“塑型作用”。妄想的内容和表现形式或多或少受到个人经历和所处环境的影响,但同样文化背景中的其他人都不能理解的异常观念,要考虑是精神症状的可能性,比如“走火入魔”的某些表现不被佛教徒认为是正常现象。

3. 某些与文化相关的异常表现,如附体、恐缩症、气功走火入魔等,尽管有群体性的发作,但目前仍被视为精神症状。



思路5:患者有陪伴者并不一定意味着是非自愿送诊,在正式交谈前应当询问患者是否愿意就诊。本例即可演变为以下三种情况:

(1) 完全自愿就诊

医:“您自己愿意来的,还是别人让您来的?”

患:“我自己愿意来的”。

医:“您和我谈话时,允许他们在场吗?”

患:“没关系,可以。”(如患者不允许,则其他人不应在场)

医:“您结婚了吗?妻子没有陪您来?”

患:……(解释)

医:(结束时)“有些问题我还没有完全理解,问一下陪您来的人可以吗?”

患:“可以。”(如患者不允许,则应尊重其意愿)

(2) 知情同意后的自愿就诊

医:“您自己愿意来的,还是别人让您来的?”

患:“他们让我来的,我自己不愿意来。”

医:“既然来了,愿意和我谈谈吗?”

患:“愿意。”(仍属于自愿就诊,即可按第一种情况继续进行)

以上两种情况都应当注意:如果陪伴者不是近亲属而是同学、同事、老师、朋友、恋人等,即使患者同意他们在场,医生也应主动提醒患者及陪诊者考虑个人隐私保密问题,直至得到患者的明确答复。

(3) 非自愿就诊

医:“您自己愿意来的,还是别人让您来的?”

患:“他们让我来的,我不愿意来。”

医:“既然来了,愿意和我谈谈吗?”

患:“不愿意。”

医:(沟通后患者仍不愿意,则问家属)“您为什么送他来看病?”

家属:“他表现不正常,砸东西,打父母,用刀架在自己脖子上威胁家人。”

医:(对患者)“您这属于法律规定的需要接受医生检查的范畴。”(继续沟通)

对于没有危害他人或伤害自身的明确行为,但精神症状明显严重的患者,应仔细、审慎地进行风险评估;具有明显“危险的”患者同样符合法律规定的可以非自愿医疗的标准。对于不符合非自愿医疗标准的,如患者不同意接受检查,陪伴者也无权要求医生采取强迫措施对患者进行精神状态检查。

知识点

《中华人民共和国精神卫生法》关于就诊与诊断的自愿原则

第二十七条 精神障碍的诊断应当以精神健康状况为依据。除法律另有规定外,不得违背本人意志进行确定其是否患有精神障碍的医学检查。

解读:《精神卫生法》(mental health law)确立的自愿原则适用于所有精神障碍患者(包括重性精神病),除非患者存在法律另有规定的情形,即非自愿住院(involuntary admission)的标准。

第二十八条 除个人自行到医疗机构进行精神障碍诊断外,疑似精神障碍患者的近亲属可以将其送往医疗机构进行精神障碍诊断。对查找不到近亲属的流浪乞讨疑似精神障碍患者,由当地民政等有关部门按照职责分工,帮助送往医疗机构进行精神障碍诊断。



解读:①即使以前曾被诊断为某种精神障碍,本次未经医生的检查也视为法律所指的“疑似患者”。②个人自行来诊属于完全自愿。由近亲属、民政部门送诊者,仍需要询问来诊者本人的意愿(是否愿意接受医生的检查),如果愿意则仍属于自愿就诊。③符合法律规定的非自愿医疗的标准又拒绝就诊者,按照非自愿医疗程序进行处理。

病历摘要(二)

患者表示是在家人劝说下来诊的,自己愿意和医生交谈,也不反对母亲在场。自诉1年来心情差、悲观厌世,经常失眠,白天工作效率差,经常走神,对事情不感兴趣。

[问题] 对于以上资料,你有哪些思考和判断?

思路1:此例仍属于自愿就诊,精神状态检查和病史采集可以同时进行。

知识点

精神状态检查和病史采集的关系

依照《精神卫生法》和《执业医师法》规定,诊断必须以对患者的检查结果为依据,因此,无论以前是否明确诊断,本次精神状态检查都是必须要做的。遵照自愿原则,对于能够自主讲述病史的自愿就诊者,病史提供者是患者本人,精神状态检查和病史采集可以融合(在病历格式中分开书写)。医生认为需要向家属补充询问病史时,应征求患者同意。对于非自愿送诊的患者,则主要向家属采集病史。

精神状态检查和病史采集的先后次序,在自愿就诊者是融合的,非自愿送诊者则应根据临床实际情况而定。低年资住院医师在接受基础培训后,应逐渐增加先做精神状态检查的方式,这有利于锻炼临床沟通能力和独立思考、发现、检查、确认精神症状的能力。

思路2:应考虑心境低落、兴趣丧失、睡眠障碍、自杀观念和行為等心境障碍症状以及是否构成抑郁状态的症状学诊断。首先重点澄清最重要的抑郁症状。

知识点

澄清典型抑郁症状

ICD-10 将心境低落、兴趣丧失、导致劳累感增加和活动减少的“精力下降”作为抑郁发作的三个典型症状,应从主观体验和客观表现两个方面进行检查和记录。

1. 心境低落:最近你的心情怎样?是否每天大部分时间都这样?有什么方法(如改变环境、自我调整、别人安慰等)能让自己高兴起来吗?心情不好最严重到什么程度?有过自杀想法或者行为吗?

2. 兴趣丧失:你是否对所有事情都不感兴趣或觉得没意思?以前喜欢做的事情现在是否也没兴趣?做的时候能感到快乐吗?

3. “精力下降”:觉得累或身上没劲吗?休息后能好些吗?感到不想活动或者感到变懒了?日常工作的精力如何?家务活能做吗?日常生活呢?

最后要问清楚:以上情况有多长时间了?

思路3:澄清其他抑郁症状,判断全部症状是否满足抑郁状态的标准。