



精神卫生社会福利机构 工作人员培训教程

JINGSHENWEISHENG
SHEHUIFULIJIGOU
GONGZUORENYUAN PEIXUNJIAOCHENG

主编 张晓斌 沙维伟



中国社会科学出版社
国家一级出版社·全国百佳图书出版单位



精神卫生社会福利机构 工作人员培训教程

JINGSHENWEISHENG

SHEHUIFULIJIGOU

GONGZUORENYUAN PEIXUNJIAOCHENG

主编 张晓斌 沙维伟

中国社会科学出版社

国家一级出版社·全国百佳图书出版单位

图书在版编目 (CIP) 数据

精神卫生社会福利机构工作人员培训教程 / 张晓斌,
沙维伟主编. —北京: 中国社会出版社, 2016. 2

ISBN 978 - 7 - 5087 - 5275 - 4

I. ①精… II. ①张… ②沙… III. ①精神卫生—
卫生服务—组织机构—职业培训—教材 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 027528 号

书 名: 精神卫生社会福利机构工作人员培训教程
主 编: 张晓斌 沙维伟

出 版 人: 浦善新

终 审 人: 李 浩

责任编辑: 朱赛亮

责任校对: 潘 瑜

出版发行: 中国社会出版社 邮政编码: 100032

通联方法: 北京市西城区二龙路甲 33 号

电 话: 编辑室: (010) 58124839

销售部: (010) 58124841

(010) 58124842

网 址: www.shcbs.com.cn

shcbs.mca.gov.cn

经 销: 各地新华书店

印刷装订: 中国电影出版社印刷厂

开 本: 170mm × 240mm 1/16

印 张: 29.75

字 数: 465 千字

版 次: 2016 年 4 月第 1 版

印 次: 2016 年 4 月第 1 次印刷

定 价: 58.00 元



中国社会出版社天猫旗舰店



中国社会出版社微信公众号

编 委 会

主 编 张晓斌 沙维伟
副主编 郭汲源 宋红梅 袁永贵 张向荣
编 者 (以姓氏笔画为序)

王 鑫 (江苏扬州五台山医院)

叶 飞 (江苏扬州五台山医院)

孙金荣 (江苏扬州五台山医院)

李 金 (江苏扬州五台山医院)

肖文焕 (江苏扬州五台山医院)

沙维伟 (江苏扬州五台山医院)

吴 静 (江苏扬州五台山医院)

宋红梅 (安徽省荣军医院)

张向荣 (南京医科大学附属脑科医院)

张晓斌 (江苏扬州五台山医院)

陈爱民 (江苏扬州五台山医院)

段维维 (徐州医学院)

姚 静 (江苏扬州五台山医院)

袁永贵 (东南大学附属中大医院)

高茂军 (江苏扬州五台山医院)

高学正 (徐州医学院)

郭汲源 (北京民康医院)

唐小伟 (江苏扬州五台山医院)

董 慧 (江苏扬州五台山医院)

董晓星 (江苏扬州五台山医院)

前 言

为提高我国基层精神卫生社会福利机构的服务水平，增强基层精神卫生社会福利机构从业人员的能力素质，努力培养造就一支专业化、职业化的精神卫生社会福利机构服务人才队伍。《民政部关于加快民政精神卫生福利服务发展的意见》中指出，要对精神卫生社会福利机构工作人员进行以胜任岗位要求为基础，以学习基本理论、基本技术和相关政策为主要内容，以不断更新知识，提高业务水平和职业道德素质为目的的各种教育培训活动。本书是为配合对精神卫生福利机构工作人员培训而编写的指导教材。

《精神卫生社会福利机构工作人员培训教程》包括医疗岗位、护理岗位、医技岗位和精神卫生社会福利机构相关的法律法规四大部分。分别介绍了一些常见精神疾病的基础理论知识和研究进展、精神科护理的护理规范和相关技能、医技岗位的管理制度以及精神卫生社会福利机构相关的法律法规等内容。

《教程》的出版得到了民政部 2014 年年度福利彩票公益金救助管理机构服务人才培训项目的经费支持，得到了民政部人事司、民政部优抚安置局、民政部社会福利和慈善事业促进司、民政部培训中心（北京社会管理职业学院）领导和相关部门的大力支持，在此表示感谢。参加本书编写的人员主要是工作在临床一线的中青年骨干和技术专家，具有丰富的理论教学和临床工作经

验，在此，对所有专家、编写人员的辛勤工作表示感谢。感谢中国出版社给予的全力支持。

限于资料来源和编者经验有限，本书可能存在的问题和错误，需要在培训实际应用过程中进行检验和进一步的补充修订和完善，欢迎各位同人提出批评和建议，以使其不断改进和完善。

张晓斌
2015年9月

第一部分 医疗岗位

第一章 精神科常见综合征	3
第二章 精神疾病分类与诊断标准	21
第三章 精神分裂症	31
第四章 心境障碍	64
第五章 抑郁相关障碍	99
第一节 破坏性心境失调障碍	99
第二节 经前期烦躁障碍	104
第六章 强迫相关障碍	109
第一节 躯体变形障碍	109
第二节 囤积障碍	115
第三节 拔毛癖	119
第七章 神经发育和认知障碍	126
第一节 精神发育迟滞	126
第二节 孤独症谱系障碍	131
第三节 注意缺陷多动障碍	138
第四节 阿尔茨海默病	151
第八章 精神康复	165
第九章 心理治疗	213
第一节 总论	213
第二节 不同心理治疗学派	218

第二部分 护理岗位

第一章 精神科护理学概述	237
第一节 精神科护理学发展简史	237
第二节 精神科护理工作的范围与特点	238
第二章 良好护患关系的建立及治疗性沟通	241
第一节 良好护患关系的建立	241
第二节 治疗性沟通	245
第三章 精神障碍患者的病情观察与基础护理	249
第一节 精神障碍患者的病情观察	249
第二节 精神障碍患者的基础护理	253
第四章 精神障碍患者的组织与管理	259
第一节 精神科患者的组织管理	259
第二节 精神科护理常规	261
第三节 精神科分级护理	261
第五章 精神科护理风险管理	264
第一节 护理风险相关概念及分类	264
第二节 护理风险管理	265
第三节 精神科常见危机状态的防范与护理	273
第六章 常见精神疾病的护理	300
第一节 精神分裂症患者的护理	300
第二节 情感性精神障碍患者的护理	307
第三节 精神发育迟滞患者的护理	313
第四节 儿童孤独症患儿的护理	318
第五节 注意缺陷及多动障碍患者的护理	324
第六节 流浪精神病患者的流行病学研究与护理	328
第七章 护理岗位设置及岗位职责	339
第一节 护士岗位设置及原则	339
第二节 护士岗位职责	340

第三部分 医技岗位

第一章 放射科	359
第一节 放射科管理制度	359
第二节 功能性核磁共振在精神科的研究应用	362
第二章 检验科	376
第一节 检验科管理制度	376
第二节 精神分裂症与性激素的相关性	381
第三节 甲状腺激素与精神疾病的相关性	387
第三章 电生理科	391
第一节 电生理中心管理制度	391
第二节 脑电图检查在精神科的应用	393
第三节 事件相关电位在精神科的应用	400
第四节 经颅磁刺激在精神科的应用	405

第四部分 精神卫生社会福利机构相关的政策法规

第一章 精神卫生法	413
第一节 概述	413
第二节 内容介绍	417
第二章 精神卫生社会福利机构基本规范	429
第一节 概述	429
第二节 精神卫生社会福利机构基本规范的行业标准	432
第三章 加快民政精神卫生福利服务发展意见	440
第四章 社会工作者道德指引	444
第五章 社会救助暂行办法	457

第一部分

医疗岗位

第一章 精神科常见综合征

在精神科的日常临床工作中，我们常常发现精神疾病的症状并不是完全孤立的，其中有不少是由某些症状组成，以综合征的形式合并出现。综合征是同时出现的一群症状，代表一些相互关联的器官病变或功能紊乱，但还不是一种独立的疾病，常可由出现于几种不同原因的病所引起。精神科临床上存在许多不同的综合征，有的精神疾病可能有它特有的综合征，但是同一综合征也可能出现于不同的疾病。组成综合征的各种症状之间并不是偶然的、杂乱无章地拼凑在一起，往往具有一定的内部联系或某种意义上的关联性，它们还可以同时或先后地出现和消失。单独的一个症状所说明的问题很有限，对疾病诊断的价值相对较小，而综合征往往反映了疾病的本质，反映了机体的某些病理生理变化或病因，对临床诊断有重要的意义。综合征一般是以提出某一综合征的人名而命名的，但是精神科很多综合征的命名是来源于传说、文学作品中的有关内容，与社会文化密切相关。下面简要介绍一些精神科临床上常见的综合征。

一、幻觉症

在意识清晰时出现的大量幻觉，主要是言语性幻听、幻视，但其他感官的幻觉则较为少见。言语性幻听常可伴发与其关联的妄想以及恐惧或焦虑的情绪反应，在慢性酒精中毒性幻觉症的多数病例中，其特点只有幻听而无妄想。这类病人一般并无个性特征改变，并且常可保持其原有的劳动能力。幻觉症（hallucinosis）可分为急性（一般持续数日）以及慢性（往往持续时间较长，可数月或更长时间）两种。幻觉症最多见于酒精中毒（慢性）性精神病，也可见于感染和中毒性精神病、反应性精神病及精神分裂症等。

在幻觉机制研究方面，有学者认为精神分裂症幻觉的产生可能在大脑皮质和边缘系统中出现局部的脑功能亢进，使皮质功能发生紊乱而引起信息传递机能障碍而出现幻觉；也有学者认为幻听与默读（inner speech）机制有关，但这种推论未能得到实验支持。Asaad 的“鉴别机制转换机能异常”学说认为，脑干网络结构中可能存在某种鉴别机制中枢，该中枢能调节外部或脑本身的刺激输入。这个鉴别机制中可能有多种神经递质参与，当在觉醒状态或慢波睡眠时，这一机制处于正常工作状态，而在快动眼睡眠时则处于休息状态。在休息状态时各种病理反应或某种生理性变化可使其中的转换机能发生紊乱，其结果不仅是引起脑对外部刺激输入产生障碍，更重要的是对脑本身刺激（记忆）作为错误性知觉被加以感觉，于是形成幻觉。目前的研究成果还不能够充分解释幻觉机制，而幻觉作为精神疾病的象征仍与妄想一道作为精神医学研究的重点。

二、幻觉 - 妄想综合征

以幻觉和妄想相伴随而构成疾病的主要临床表现。其特点是以幻觉为主（多为幻听、幻嗅等），在幻觉的基础上又产生被害、影响等内容的妄想，妄想一般无系统化倾向。这类综合征的主要特征在于幻觉和妄想彼此之间既密切结合而又相互依存，相互影响。这一综合征较多见于精神分裂症，但也见于器质性精神病等其他精神障碍。

三、精神错乱状态

这类患者意识障碍较谵妄状态重，周围环境意识与自我意识障碍均极明显，患者难以掌握外界事物，思维很不连贯，常伴有片段的幻觉和严重而不协调的运动性兴奋，躯体呈现显著的衰弱状态，病程持续较长，恢复后对病中体验常常全部遗忘，多见于严重感染，如败血症及某些传染病的高热期如斑疹伤寒。

四、紧张综合征

由 Stauder（1934）首先报道。患者表现为严重的紧张性兴奋状态，常伴发热、意识不清、大量幻觉、错觉、奇怪动作和危险行为，虽经治疗，往往于数日或 1~2 周内衰竭死亡，称之为急性致死性紧张症。一般认为这

与精神病患者过度兴奋以致水电解质紊乱有关，亦有认为是所用的镇静药物影响下丘脑体温调节中枢之故。它常见于精神分裂症紧张型的一组症状，最突出的症状是病人全身肌紧张力增高，因而得名。它包括紧张性木僵和紧张性兴奋两种状态。

紧张性兴奋的临床特点是情感激昂、热情奔放的兴奋，行为带有冲动性，此种类型的兴奋又称为冲动性兴奋状态，严重病例有极度兴奋，可产生狂暴性的攻击行为，如无目的的乱跑，捣毁身边的东西，攻击所有企图接近他的人，对所有的人都表现暴怒和对立。

紧张性木僵往往发生于上述兴奋状态之后，也可单独地产生。常有违拗症、刻板言语和刻板动作以及模仿言语、模仿动作和蜡样屈曲等症状。紧张性木僵可持续数月或数年，可无任何原因地转入紧张性兴奋状态，兴奋状态持续时间短暂，往往表现为突然爆发的兴奋激动和暴烈行为，然后进入木僵状态或缓解。多数发生于意识清晰状态，少数在梦样意识障碍的背景上产生。可伴有周围环境的感知障碍以及幻想性形象。木僵状态可根据病因区分为：（1）功能性木僵状态：包括心因性木僵和抑郁性木僵。起病急骤，由强烈而沉重的精神刺激或创伤所引起，病人虽不活动，不言语，但仍与周围环境保持一定联系。（2）器质性木僵：指中枢神经系统器质性病变所导致的木僵状态，例如大脑基底动脉或大脑前动脉血栓、脑干损伤、煤气中毒等。

除精神分裂症外，躯体疾病所致精神障碍、应激相关障碍、抑郁症和脑器质性精神障碍等疾病也可见到此类综合征，但症状往往表现为不典型和不完全。近年来，紧张综合征在临床上已经相当罕见。

五、遗忘综合征

Kopchakob 在 1889 年提出了遗忘综合征（amnesic syndrome），后被定名为科萨科夫综合征。它的临床特点是：识记障碍，时间定向力障碍，虚构症和顺行性或逆行性遗忘症，尤以近事遗忘为突出。病人开始时是对其发病后的事件或刚做过的事情不能回忆。如饭后不久患者就记不得吃了些什么。遗忘综合征常可和记忆错误结合在一起，例如病人的典型表现是以虚构症或虚构症的方式来填补既往经历中记忆脱失的空白部分。遗忘综合征常见于慢性酒精中毒性精神障碍、颅脑损伤、脑挫伤、脑动脉硬化所致

精神障碍、脑肿瘤、各种传染病、中毒、内分泌疾病和老年性精神病等疾病。

六、精神自动综合征

俄国精神科医生康金斯基在 1886 年论述过假性幻觉，巴西学者 Clerambault 在 1920 年通过系统研究提出了精神自动综合征这一术语。精神自动综合征是在意识清晰状态下产生的一组症状，以幻觉和异己体验为主，表现为假性幻觉、强制性思维、思维鸣响、附体感、被揭露感和被控制感，也被称为 Clerambault 综合征或康金斯基综合征。此综合征有如下特点：（1）脱离了自己意识与意识控制的精神现象与行为；（2）患者认为这些精神现象与行为的出现是外界强加的，是与他自己的人格不相符的，丧失属于自己的特性，感到是外力作用影响所致；（3）开始仅有思维云集、强制性回忆、思维中断等，后来才有所谓异己的言语幻听的出现。

此综合征多见于精神分裂症偏执型，也可见于感染性和中毒性精神障碍及酒精、药物依赖、低血糖、癫痫发作、脑震荡等。治疗可参照精神分裂症，如精神自动征占主要地位且比较固定时，则预后常较差。而器质性疾病的自动征呈阵发性，易于缓解，往往随原有疾病的好转而消退。

七、Capgras 综合征

法国精神病学家卡普格瑞斯（Jean Marie Joseph Capgras）（1873 ~ 1950）在 1923 年第一个描述了 Capgras 综合征，又名易人综合征。其特征是：通常在意识清晰情况下，患者认为他周围的某个非常熟悉的人是其他人的化身，或物品、地点、时间被替代了。多数是中年妇女，认为她的丈夫是他人冒充的。源出于希腊神话宙斯神（God Zeus）欲诱奸 Amphitryon 之妻 Alcmene 乃使自己化身为 Amphitryon，使其仆人化身为 Amphitryon 之仆 Sosia。当患者认为其配偶为他人化身时，称为“Amphitryon”错觉，认为周围其他人也是亲人改扮时，称为“Sosia”错觉。其实替身错觉一词并不恰当，在 Capgras 综合征中的人物外表并没有改变，感知也没有出现失误。患者承认替身妄想与原型并无区别，因此，准确地说替身妄想，而非替身错觉。精神病人中此综合征患病率为 4%，而在阿尔茨海默病中为 10% ~ 30%。常见于精神分裂症、情感性精神病、器质性精神病（痴呆、

脑外伤、帕金森氏病、癫痫、脑血管病和多发性硬化等），一些药物（如：锂盐、地西泮、吗啡等）也可引起该综合征。

神经影像研究发现 Capgras 综合征与右半球，尤其是右顶叶、右颞叶、右侧或双侧额叶功能异常相关联。有研究者认为，右颞叶下部的面部加工区（负责有意识地识别面孔和回忆相关传记信息）与右杏仁核（调解识别时的情感反应和熟悉感）联系中断，导致 Capgras 综合征。此综合征需与 Fregoli 综合征相鉴别。

八、Fregoli 综合征

Fregoli 综合征是以意大利演员 Fregoli 的名字命名的综合征。患者认为，在其所遇到的人群中有他熟悉的人（往往是他所认为的迫害者），虽然两者之间的外貌并不相像，但确实就是同一人，如周围的医务人员、亲戚朋友，可能就是某一迫害者的化身，随时改变相貌，企图达到迫害他的目的。因此，患者常有攻击行为，妄想充分发展期比未充分发展期的攻击行为多。与 Fregoli 综合征相关联的疾病包括精神分裂症、双相情感障碍、脑外伤、癫痫发作间歇期精神病、脑卒中和阿尔茨海默病，其中以精神分裂症为常见。

Joseph 认为右额、顶区损害时，空间知觉和视觉记忆损害可引起 Fregoli 综合征，当右梭状回前部损害和海马旁回萎缩时，亦可引起 Fregoli 综合征。也有研究认为 Fregoli 综合征与右前额皮质受损有关。神经通路的异常也可导致此综合征，从右顶、颞腹内侧（右梭状回和海马旁回）的面部加工区经海马回钩束和边缘丘脑束投射至前额皮质腹内侧部，其内侧部涉及情感，腹侧部涉及面部敏感神经元，当该通路的任何一处受损时，都可引起 Fregoli 综合征。

Fregoli 综合征比 Capgras 综合征少见。Capgras 综合征与 Fregoli 综合征的患者均认为站在面前的这个人是另一个人所化妆。但 Capgras 综合征患者是妄想性面孔识别能力低下，而 Fregoli 综合征患者是妄想性面孔识别能力亢进；Capgras 综合征患者把面前这个熟人错认为冒名顶替的生人，而 Fregoli 综合征患者把面前的这个生人错认为是迫害他的熟人。如果错认者和假冒者都是患者的熟人，假冒者比被错认者与病人的熟悉性或关系减退，则为 Capgras 综合征；熟悉性或关系增强则为 Fregoli 综合征。例如，

患者把自己的父母当成自家亲戚的父母，则为 Capgras 综合征。又如患者认为妹妹是母亲的替身，则为 Fregoli 综合征。如果熟悉性或关系之间发生矛盾，则以熟悉性为准。例如，患者生下一个孩子，误认为这孩子是死去的妹夫。论熟悉性，死去的妹夫比刚生下的孩子熟悉；论关系，自己的孩子比妹夫亲，以熟悉性为准，故定为 Fregoli 综合征。

此综合征还需要跟一般的身份识别障碍综合征（misidentification syndrome）相区别，如相貌识别不能，该病有明确的器质性因素，属神经科范畴，患者有自知力，不会认为有冒充者。对于该综合征，诊断明确后，应先处理原发疾病。对精神分裂症的 Fregoli 综合征可予抗精神病药物治疗，但替身妄想较难与其他症状同步缓解。抑郁症患者伴发的 Fregoli 综合征用抗抑郁剂治疗效果较好。

九、病理性嫉妒综合征

对病理性嫉妒曾提出过许多术语，如奥赛罗综合征、性嫉妒综合征、嫉妒性偏执狂性综合征。嫉妒是日常生活中常见的现象，它的精神病理学变异形式统称病理性嫉妒。这一术语包括关于嫉妒的超价观念和不忠实妄想（delusion of infidelity），后者即嫉妒妄想。

病理性嫉妒综合征（morbid jealousy syndrome）以男性病人占多数，通常以 40 岁者较多见。此综合征多见的是具有偏执型人格障碍性格特征突出的人，或自我中心倾向强、自尊心强的人。患者平时往往对性对象的忠实存在顾虑、担心或担心失去性对象，或者患者存在不适宜感、自劣感、不安全感。患者往往以一些“线索”来证实他的信念，并回顾性地错误地解释某些既往经历中的某些事件借以集中证明妻子“不忠实”，甚至不惜跟踪、监视、盯梢或采用各种办法，如将家中的物品以某种方式放置等以有利于揭发或追查出妻子的问题，患者所提出的证据往往是没有根据的或缺乏意义和价值的，甚至是自相矛盾的，但患者确信所谓“证据”是真实可靠的，而拒绝任何真正客观的深入调查，患者花费很多时间在质问、测查妻子问题上。患者还多见性欲亢进，往往是易激惹和紧张，如上所述他们的性格特征是对外界刺激具有敏感性和易损伤性。

这一综合征常见于偏执性精神病、老年性痴呆、颅脑损伤、脑梅毒、多发性硬化、Huntington 氏舞蹈症等疾病。精神分裂症伴发病理性嫉妒的