

综合医院 心理联络会诊手册

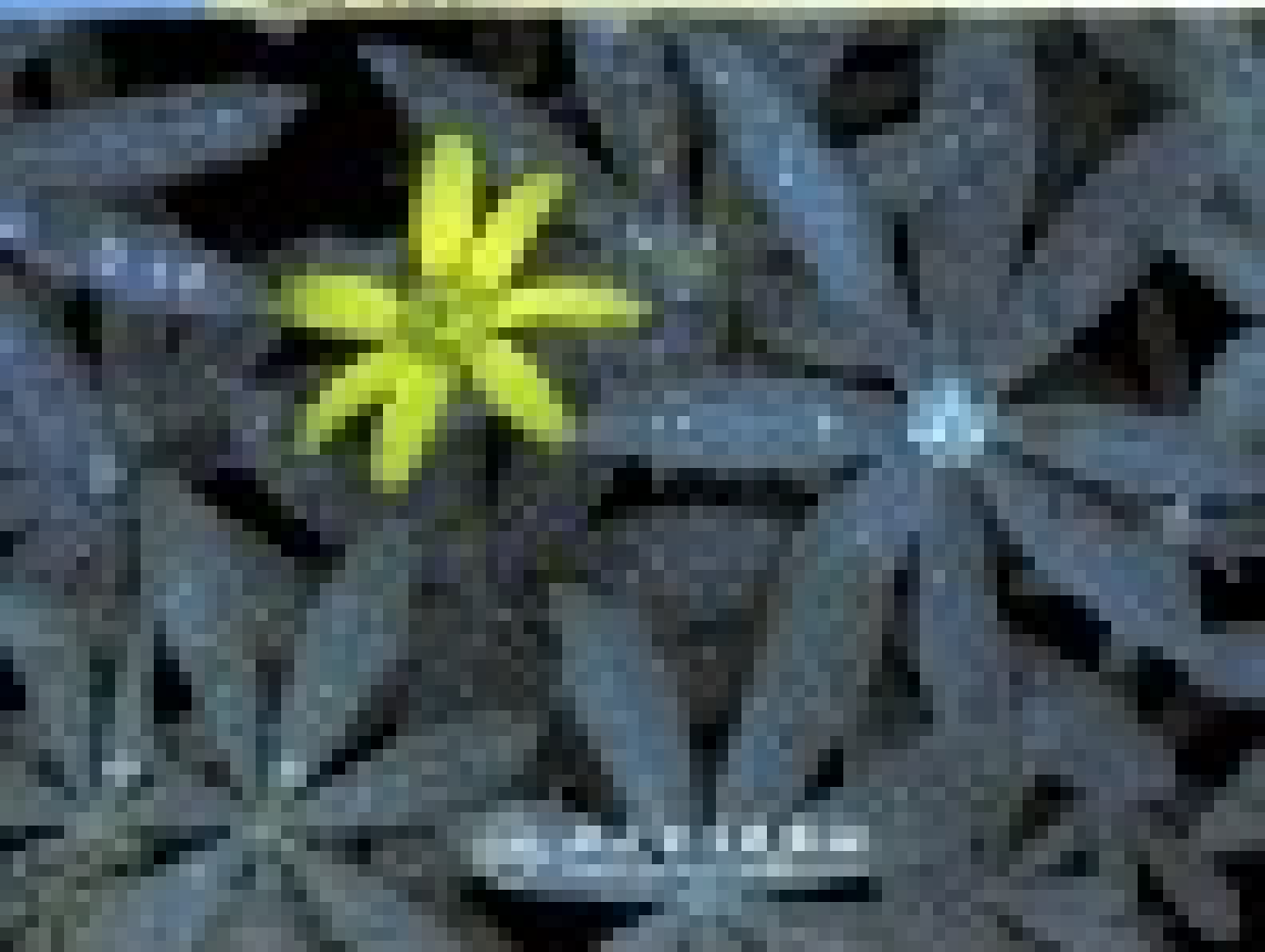
主编 吴大兴



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

综合医院 心理联络会诊手册

王德林 主编



综合医院心理联络 会诊手册

主 编 吴大兴

副主编 邹 涛 汤艳清 朱 焱 王志平

编 者 (以姓氏笔画为序)

孔令韬	中国医科大学附属第一医院精神科
王志平	湖南省人民医院临床心理科
冯 锐	浙江大学医学院附属邵逸夫医院精神卫生科
叶瑞繁	广东省人民医院东病区神经科
朱 焱	清华大学玉泉医院精神卫生研究中心
刘 鼎	湘潭市中心医院临床心理科
汤艳清	中国医科大学附属第一医院精神科
吴大兴	中南大学湘雅二医院医学心理学研究所
吴 枫	中国医科大学附属第一医院精神科
邹 涛	贵阳医学院附属医院心理科
张积标	中南大学湘雅二医院医学心理学研究所
胡长春	杭州市第一人民医院临床心理科
禹华良	浙江大学医学院附属第二医院精神科
赵 英	中南大学湘雅二医院医学心理学研究所
徐云轩	中南大学湘雅二医院医学心理学研究所
曹 辉	湘潭市中心医院临床心理科
崔明湖	滨州医学院精神病学教研室

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

综合医院心理联络会诊手册/吴大兴主编. —北京:
人民卫生出版社, 2011. 3

ISBN 978-7-117-13981-6

I. ①综… II. ①吴… III. ①心理卫生-咨询服务-
中国-手册 IV. ①R395.6-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 023963 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中 医、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

综合医院心理联络会诊手册

主 编: 吴大兴

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: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 15

字 数: 373 千字

版 次: 2011 年 3 月第 1 版 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13981-6/R·13982

定 价: 32.00 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销售中心联系退换)

前言

卫生部在《精神卫生发展纲要 2002—2010》中明确提出到 2010 年全国 50% 的县级以上综合医院需开展精神卫生或医学心理服务咨询。但就目前而言,只有少部分大城市三甲医院设置了心理咨询专科,而且大多数从事综合医院心理联合会诊的人员多从综合科转行过来,生物医学思维浓厚,缺乏相应的医学心理继续教育训练,缺乏相应的培训教材,工作成效不明显,单位领导不重视,开展工作异常困难。

根据我们的心理联合会诊临床经验,表现为心理生理障碍的患者对医疗服务期望高,经常要求医师给予更多的关注,而现有临床治疗模式无法满足这部分患者的需求。因此,急需大批医学心理取向的临床心理联合会诊专业人员服务于医学临床,提高服务质量,促进心理社会生物医学模式的发展。

但在临床工作中,缺乏临床心理联合会诊有关书籍阅读,更谈不上可操作性。因此,临床上急需一本科学性、操作性良好、指导性明确的、可及时查询的心理联合会诊专著指导临床实践,以便尽快提高综合医院临床一线人员的专业水平。

我们邀请了一批在综合医院从事临床心理联合会诊的中青年骨干,根据各自的临床经验,结合相关文献、书籍,撰写了综合医院临床心理问题的表现及其处理原则有关章节。因此,本手册根据从临床实用的角度出发,采用医学心理取向,即从医学心理的角度探讨临床一线中如何识别与处理各科患者所表现的各种心理问题。某些章节涉及临床症状的识别与处理时附上一些案例分析。适合于综合医院临床一线的心理联合会诊各级医师、正在或计划从事心理联合会诊的硕士博士研究生、对医学心理感兴趣的综合各科医护人员、医学心理学专职教师和精神卫生专业人员阅读参考,对非医学背景的心理咨询人员也有参考价值。

由于编写任务重,时间仓促,水平有限,风格不一,书中难免有不当甚至错误之处,望读者批评指正,使之再版时得以修正。

吴大兴

2010 年 11 月 20 日

目 录

第一章 绪论.....	1
第一节 概论.....	1
一、心理联络会诊概念	1
二、心理联络会诊对临床工作的重要意义	1
第二节 临床心理联络会诊现状及思考.....	2
第二章 临床心理联络会诊的工作模式.....	4
第一节 会诊思路.....	4
一、会诊的医学心理学思路	4
二、会诊的医学心理综合处理策略	5
第二节 会诊诊断步骤.....	6
一、心理联络会诊的内容	6
二、综合医院心理会诊的诊断步骤	9
第三节 心理会诊晤谈技巧	10
一、病史问诊技巧.....	10
二、建立治疗性关系.....	11
三、倾听.....	11
四、尊重.....	12
五、承认和确认患者痛苦.....	12
六、感谢患者的信任.....	13
七、追踪患者康复情况.....	13
第四节 心理评估常用工具	13
一、心理卫生评定量表的概念.....	13
二、常用心理评定量表.....	15
第三章 心理咨询与治疗的基本技术	53
第一节 基本原则及技巧	53
一、心理治疗的原则.....	53
二、心理治疗的参与性技术.....	54
三、心理治疗的影响性技术.....	55
第二节 常用方法	57

一、精神分析	57
二、行为疗法	60
三、认知疗法	61
四、以人为中心疗法	63
五、森田疗法	65
六、支持疗法	67
七、放松疗法	69
八、生物反馈疗法	70
九、暗示疗法	71
十、集体心理疗法	72
第四章 常用精神药物使用原则	78
第一节 抗抑郁药物	79
一、基本概念	79
二、抗抑郁药物的分类和作用机制	79
三、常用抗抑郁药物的特点和临床使用	81
第二节 抗焦虑药物	87
一、基本概念	87
二、抗焦虑药物的分类和作用机制	87
三、常用抗焦虑药物的特点和临床使用	89
第三节 常用抗精神病药物	90
一、基本概念	90
二、抗精神病药物的分类和作用机制	91
三、常用抗精神病药物的特点和临床使用	96
第四节 综合医院常见精神症状的药物治疗	100
第五章 综合医院常见心理障碍的识别与处理	103
第一节 急性短暂性精神病性障碍	103
第二节 急性应激障碍	105
第三节 抑郁障碍的识别和处理	107
一、抑郁症	108
二、恶劣心境	111
第四节 焦虑障碍的识别与处理	114
一、广泛性焦虑障碍	114
二、惊恐发作障碍	116
第五节 心理因素相关生理障碍的识别与处理	119
第六节 躯体形式障碍的识别与处理	123
第七节 分离转换性障碍的识别与处理	127

第六章 临床各科心理联络会诊	131
第一节 心血管内科会诊要点.....	131
第二节 消化内科会诊要点.....	138
第三节 内分泌科会诊要点.....	141
第四节 肾内科会诊要点.....	146
第五节 妇产科会诊要点.....	149
第六节 儿科会诊要点.....	155
第七节 神经内科会诊要点.....	158
一、卒中后抑郁	158
二、癫痫性精神障碍	159
三、颅内感染所致精神障碍	161
第八节 老年科心理会诊要点.....	162
一、老年性谵妄	162
二、老年性痴呆患者精神行为症状的诊治	164
第九节 皮肤科会诊要点.....	166
第十节 肿瘤科会诊要点.....	170
第十一节 外科会诊要点.....	173
第十二节 口腔科会诊要点.....	180
一、灼口综合征	180
二、颞下颌关节紊乱病	181
三、复发性口腔溃疡	182
四、口腔焦虑症	183
五、牙周病与其他口腔心身障碍	185
第十三节 眼科会诊要点.....	185
一、癔症性失明	185
二、精神分裂症的视物变形症	187
三、焦虑症的视物模糊感	188
四、视疲劳	189
五、原发性青光眼	190
六、眼部异物感	190
七、飞蚊症	190
八、眼科应用糖皮质激素诱发严重精神失常	191
九、眼科手术患者精神问题	191
第十四节 耳鼻喉科会诊要点.....	191
一、癔症性失声	191
二、咽喉异感症	193
三、耳鸣	194
四、心因性耳聋	195
第十五节 康复科会诊要点.....	196
一、脑卒中后抑郁	196

二、骨折后心理障碍	198
第十六节 感染科会诊要点	199
一、细菌性痢疾	199
二、慢性乙型肝炎	201
三、散发性病毒性脑炎伴发的精神障碍	204
四、乙脑伴发的精神障碍	205
五、结核性脑膜炎伴发的精神障碍	206
六、麻痹性痴呆(脑梅毒)	206
七、艾滋病伴发的精神障碍	208
八、急性感染伴发的精神障碍	209
第十七节 急诊科会诊要点	212
一、急诊室患者的一般心理表现	212
二、急诊患者的心理联络会诊	214
第十八节 ICU 会诊要点	223
一、ICU 常见心理特征	224
二、谵妄状态	227
三、焦虑状态	228
四、抑郁状态	229
参考文献	231

第一章

绪 论

第一节 概 论

一、心理联络会诊概念

“心理联络会诊”(psychological consultation-liaison service)是指采用医学心理学的方法,对临床医学综合科室患者所产生的各种心理问题和精神问题进行预防、发现和处理的一种工作模式。需要各科医生随时发现临床各科患者出现的各种心理问题和精神问题,及时与医学心理学专业人员协同会诊处理。它采用的是心理-社会-生物学医学模式,强调培养整体临床思维,而不是单一使用生物医学方法。实际上心理联络会诊也是一个筛查和处理综合医院门诊或住院患者的心理行为问题,缓解其躯体和心理痛苦,促进其及早心身康复的重要措施。

由于患者常常表现为躯体疾病与心理问题、精神障碍同时存在,因此,需要同时处理躯体疾病与心理问题、精神障碍的“共患”或“共病”(comorbidity)问题。心理联络会诊的内容常常涉及到精神医学有关知识和技能,这与会诊联络精神病学(consultation liaison psychiatry)中的工作任务也有交叉、重叠之处,它们都是综合医院精神卫生服务的内容,只是工作的角度不同,理论取向不同而已。由于目前尚未形成统一的心理联络会诊工作内容、培训规范,建议从事或打算从事心理联络会诊工作的有关人员应进修学习精神医学、神经病学、心身医学、心理咨询与治疗等相关知识,以便更好的开展这项工作。

本书是从临床实用的角度介绍综合医院临床各科所表现的各种心理问题或精神障碍的特征及处理原则,帮助读者在综合医院初步开展心理联络会诊工作。

二、心理联络会诊对临床工作的重要意义

随着社会经济的快速发展,生活节奏的加快,心理压力日益加大,心身健康问题逐步成为核心的问题。因此,这个问题已经表现在综合医院临床日常工作中,因而心理问题、精神障碍与躯体疾病常常混合(共病)在一起,使综合各科的一线医务工作者处理起来非常困难和棘手。

由于患者常常就诊于综合科室,比如内外科等,而不是首诊于心理咨询门诊或精神科门诊,因此易被临床医师所忽视,常常直接或间接地导致医学、法律、经济和伦理问题。比如,心理问题导致患者诉求过多,临床信息杂乱,明确诊断的难度加大,因此导致过度检查、过度治疗,出现非预期的治疗后果,使就诊费用增加,或住院时间延长,容易出现医患间交流、沟

通困难,影响治疗关系和依从性,严重者导致医疗纠纷。

在临床实践中,我们发现表现有心身障碍的患者,就诊次数和花费的医疗费用远远高于没有合并心身障碍的患者。最近,美国智库兰德公司发表研究报告称,许多美国人不管大病还是小病,都喜欢一窝蜂地涌向大医院看急诊,这种“小病大医”现象给美国造成的损失每年高达 44 亿美元。分析显示,各大医院急诊室收治了许多本应在诊所或社区医疗中心治疗的小病,如轻微感染、肌肉扭伤等。在大医院急诊室救治的疾病中,这类小病占 27.1%。实际上这种涌向大医院就诊,造成“小病大医”现象的主要原因是患者不恰当的对疾病过于恐慌的心理压力所造成的。可见,在综合医院非精神科的临床领域开展心理联络会诊工作具有重要的意义。

第二节 临床心理联络会诊现状及思考

国内越来越多的综合医院开始重视联络会诊服务工作,其中,有些医院在改善医患关系、预防或消解医患冲突、保障患者安全、预防患者自杀、缩短住院周期、降低医疗成本、提高医务人员心理素质与能力等等方面,都取得非常好的成绩。

但就目前而言,只有少部分大城市三甲医院设置了临床心理专科,而且大多数从事综合医院心理联络会诊的人员多从综合内外科转行过来,生物医学思维浓厚,缺乏相应的医学心理继续教育训练,缺乏相应的培训教材,工作成效不明显,如果单位领导不重视,开展工作异常困难。因此,卫生部在《精神卫生发展纲要 2002—2010》中明确提出到 2010 年全国 50% 的县级以上综合医院需开展精神卫生或医学心理服务咨询。但从目前所了解的情况来看不容乐观,原因有多方面。

如何开展临床心理联络会诊,如何更好的服务于广大患者是一个重要的课题,需要不断地去探索适合中国国情的心理联络会诊工作模式。

根据我们的心理联络会诊临床经验,一是表现为心理生理障碍的患者对医疗服务期望高,经常要求医师给予更多的关注,而现有临床治疗模式无法满足这部分患者的需求。因此,急需大批医学心理方向的临床心理联络会诊专业人员服务于医学临床,提高服务质量,促进生物-社会-心理医学模式的发展。二是广大的一线临床工作者缺乏有关心理问题、精神障碍与躯体疾病共病的知识和意识,更不用说如何去处理这些问题。

加强临床心理联络会诊工作,应从三个方面做起。首先,增强广大一线临床工作者的意识,帮助他们提高识别躯体疾病患者心理问题的技能,及时处理心理问题,或及时转诊给临床心理联络会诊专业人员处理。实际上,医者也需要职业支持,一线临床工作者的心理压力问题也需要关注和处理,反过来讲处理好一线临床工作者的心身健康问题,也会促进临床心理联络会诊的开展。巴林特小组模式具有较好的效果(见专栏 1-1)。其次,加强对就诊综合医院各科患者的知识宣传,使他们认识到心理行为问题对躯体疾病的重要影响。最后,医院各级领导对开展临床心理联络会诊工作的支持是非常重要的。临床心理联络会诊专业人员也要通过各种途径去争取支持领导的支持,使他们看到这项工作给医院带来的巨大成效。

(吴大兴)

专栏 1-1 巴林特小组

巴林特是一位精神病学家和心理分析师,他将一些精神分析的技巧运用到如何督导医

生与患者的关系上,无须采用精神分析的方法,却能够使医生获得对患者和医生之间关系的无意识互动的理解,让医师在短时间内理解患者,理解自己的行为会对患者造成的影响,并理解患者的行为将对医师心理造成的影响。巴林特常与一组全科医生、一些“家庭医生”开展工作。巴林特小组模式在国外广为运用,可帮助医师处理医患关系,在心身技能培训中也被用于解决医师临床困惑。

一个巴林特小组有 8 到 12 个成员。组长是心理治疗师,有小组治疗经验并能胜任巴林特小组的督导工作。巴林特小组会定期碰头。一次持续约 90 分钟。一开始组长会问谁愿意讲述一段医患关系,然后就这个案例报告进行精神分析式的讨论。

处理医患关系的技术对任何治疗来说都是至关重要的。巴林特小组特别关注医患关系,把关注点放在理解医患关系上,而不是提出解决方案。小组从不同角度再扮演医患关系,使医生有机会对患者产生新的理解和发展新的良好关系。使医生意识到,对患者的感受和反应是更好的理解患者的线索,而不是给患者带来压力和表达出无效的帮助。医生应对患者进行躯体、心理和社会的整体视角的理解与治疗。巴林特小组不仅仅讨论心理学方面的问题,还可以包括医生所遇到的各种患者类型。通过具体讨论患者的特点和该医师在诊治过程中观察到的事实及内心感受,借助提问、讨论、建议等方式来共同地处理这些难题。

巴林特小组成员通过小组活动,使他们感到工作更刺激和有趣,减轻了医生工作中的压力。通过职业互动,发展和改善医师的人格。

巴林特小组的意义在于提升临床医疗的质量,而且对一线医疗工作者提供职业支持的机会,使他们在实际临床工作中不自觉的提供心理卫生方面的服务。通过小组活动,增强医务人员心理健康水平和提高职业满意度,而且也为他们提供了一个积极的心理教育与学习过程。

(吴大兴)

临床心理联络会诊的工作模式

第一节 会诊思路

在临床心理联络会诊中,应该坚持整体论的医学观,要求临床医师在观察、诊断和治疗疾病时将患者的具体躯体症状与其表现的心理问题、社会因素建立一种联系,并验证它们之间的纵向与横向的逻辑关系。常常需考虑心理与生理,心理与社会,过去-现在,将来-现在,个体-环境等之间的互相关系。

一、会诊的医学心理学思路

医学心理学认为人类的任何疾病都受到生物因素和心理社会因素的影响。首先,临床心理联络会诊思路应该是心理-社会-生理的临床心身多维思路,都应该兼顾个体的心理、生理和社会三方面。

(一) 个体心理特征与行为对患者的临床表现的影响

患者不同的人格特点会表现出不同的心理诉求,比如,有控制欲人格特点的患者对医生提出过多的要求,甚至是无理的要求。患者的情绪状态影响与医生的沟通,比如焦虑状态的患者有许多躯体主诉,诱导医生给予更多的躯体检查。患者的负性认知特点容易导致认识的偏激,固执地坚持自己的感受,否定医生的解释。处于应激性事件的患者,常常引起免疫力下降的临床表现。缺少社会支持资源的患者常常感到失望、无助等,常常隐瞒自己的症状。采用消极的应对方式的患者常常病情康复延缓。而采用否认心理防卫机制的患者常常不相信医生的诊断。

因此,在各科临床工作及联络心理会诊服务中,通过观察、交谈来了解患者心理问题的,必要时进行全面的精神状态检查,或者使用心理评估工具进行量化测评。

(二) 社会文化背景对患者的临床表现的影响

社会文化背景因素对某些疾病有重要的影响。如汽车文化与交通事故的频发;酒文化与急慢性酒中毒发生率的剧增;饮食文化与心血管疾病的关系;新的食物品种与不明疾病的关系,比如小龙虾与哈夫病;全球化与新型传染病的传播,比如甲型流感等,都存在较直接的因果联系。所以,应该注意患者的社会经济地位、性别及家庭角色、自身习惯、习俗对临床表现的影响,也要考虑当前的政策、法律、传媒等因素对患者当前临床情况的影响。也要考虑人际系统,包括家庭、社区、工作单位、亲属网络、朋友与伙伴圈子及各种社团组织,对患者的影响。通常许多对于疾病过程有影响的积极或消极因素皆是起源于此,如应激性处境或事件。与吸毒的心理社会行为及其躯体症状有关的人际系统也是临床心理联络会诊中干预处

理的问题。

（三）生理状况对患者的心理状态和社会功能的影响

有些患者的心理问题是在躯体疾病之前,有些与躯体疾病同步产生,有些产生于躯体疾病之后。因此,常规的生理生化医学检查、诊断必不可少,其中尤为重要的是神经系统的检查,包括头部CT、MRI等,以鉴别诊断。

临床疾病的心身作用类型有5个方面:①心理因素直接引起躯体变化,两者有因果关系;②心理因素影响躯体,行为危险因素造成疾病,比如A型行为;③心理与躯体变化相伴出现,比如溃疡病与抑郁同时存在;④躯体疾病伴随心理症状,比如对癌症的恐惧、心肌梗死后伴发抑郁;⑤躯体疾病过程结束后遗留的心理问题,比如截肢后的幻肢痛等。因此,临床心理联络会诊中广泛采集病史,结合临床表现、生理生化医学检查,区分患者属于哪类心身表现的类型,以便提出下一步的处理方案。临床躯体疾病导致的心理行为问题也是心理联络会诊的主要内容,它包括躯体疾病对患者感知的影响,比如度日如年;躯体疾病引起患者的心理反应,比如50%住院和30%门诊脑卒中患者出现抑郁;不同的躯体疾病可以通过对神经系统的直接或间接作用影响心理活动,比如脑缺氧;躯体疾病对患者生活质量的影响,比如糖尿病、心脑血管病等。

可见,临床各科患者表现的心身问题或心身障碍或心身疾病,是由于在心理、社会和生物学因素共同作用下,具备易感素质基础的个体产生应激反应,形成有规律性和特异性的心身反应模式,并通过神经-内分泌-免疫中介机制产生躯体应激结果,导致心身障碍或心身疾病的发生,从而影响个体的整体心身健康状况。因此,临床心理联络会诊的专业人员与临床医生探讨时,不可只从其狭隘的躯体问题角度出发,而是要综合考虑患者的社会、心理、生理功能状况,对此时此地的心身问题做出综合的判断、解释,进而制定全面的治疗方案。

二、会诊的医学心理综合处理策略

临床心理联络会诊应以多维的临床诊断为基础,即多元性思维,这里虽然强调的是对患者的心理、生理、社会兼顾的综合性治疗,但前提是先躯体,后心理的处理策略。

（一）躯体治疗合并精神类药物的策略

积极治疗原发性躯体疾病是解决心理障碍的前提。如果心理障碍或精神障碍是由于躯体疾病引起的,或伴随产生,在处理躯体疾病的同时,对合并有精神病性症状(谵妄、幻觉、妄想、抑郁、焦虑等)的患者应该合理使用抗精神病药物、抗抑郁药物、抗焦虑药物等。在这里要非常注意的是,合并躯体疾病的患者对精神类药物的敏感性提高,所以精神药物容易引起不良反应,而且需要注意与其他药物相互作用的问题。由于各科医师不熟悉精神类药物,有时不敢使用精神类药物,耽误治疗,有时又会使用过量,导致副作用增加。所以,临床心理联络会诊医师应与主管医师协商、交流,指导合理使用精神类药物,并动态追踪观察治疗效果,及时调整药量和疗程,使心理联络会诊的效果达到最佳。

（二）心理治疗的策略

心理治疗既容易,又复杂,关键在于会诊医生与患者的良好互动,通过言语和非言语的技巧影响患者及其家属,促进患者心理、行为和躯体功能的积极变化,提高家属的认识和护理水平,从而达到治疗疾病、促进康复的目的。

（三）社会工作的重要性

目前我国综合性医院缺乏社会工作者,所以有时临床医师常常兼顾这些社会帮助的角

色,当然也容易被忽视。心理会诊医生应与临床一线医生一起,不仅需要针对患者与临床紧密相关的社会问题加以干预,提供健康教育,而且尽可能地改善患者的社会处境,提供有利的咨询和帮助,使他们获得更多的社会支持。

(吴大兴)

第二节 会诊诊断步骤

一、心理联络会诊的内容

就诊综合医院的患者心理(或精神)行为问题表现多样化,从一般的医患冲突,到心理困扰,乃至心理问题,从焦虑抑郁,到幻觉妄想,致最严重的谵妄状态,均可遇到。这些需要处理的问题,从轻到重,大致可分为四类。

(一) 与患病治病过程相关的心理反应

这部分会诊的内容多与生病、求医环境及诊疗流程相关的心理反应有关。就诊患者对于急性患病有强烈的焦虑、恐慌心理反应,慢性疾病常导致虚弱感、依恋、悲观、绝望等心理反应。因而等待诊疗过程中,常常心理反应逐渐加重,反过来导致部分患者不配合治疗,严重者对医务人员不信任,甚至发生冲突。此时常常是患者家属提出心理医生会诊。

(二) 心身障碍或心身疾病

心身疾病或称心理生理疾病指心理社会因素在疾病的发生、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和躯体功能性障碍。狭义的心身疾病是指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病,如冠心病、原发性高血压和肠易激综合征等。广义的心身疾病范围要广些,指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和功能性障碍。可将心身关系分为三类:①心身反应是指心理刺激引起的生理反应,当刺激除去,反应也就恢复;②心身障碍是指心理刺激引起的功能障碍,但没有器质性变化;③心身疾病是指心理刺激引起的器质性病变。

心身疾病一般具有以下几个特点:以躯体症状为主,有明确的病理生理过程。某种个性特征是疾病发生的易患素质。疾病的发生和发展与心理社会应激(如生活事件等)和情绪反应有关。生物或躯体因素是某些心身疾病的发病基础,心理社会因素往往起“扳机”作用。心身疾病通常发生在自主神经支配的系统或器官。单纯的生物学治疗效果不好,需要结合心理治疗。

心身疾病可按器官系统分类如下:

1. 心血管系统的心身疾病 冠状动脉粥样硬化性心脏病、阵发性心动过速、心律不齐、原发性高血压、偏头痛、原发性低血压、雷诺病(Raynaud disease)等。
2. 呼吸系统的心身疾病 支气管哮喘、过度换气综合征、神经性咳嗽等。
3. 消化系统的心身疾病 胃、十二指肠溃疡、神经性厌食、神经性贪食、神经性呕吐、溃疡性结肠炎、肠易激综合征等。
4. 皮肤系统的心身疾病 神经性皮炎、瘙痒症、斑秃、银屑病、多汗症、慢性荨麻疹、湿疹、痤疮等。
5. 肌肉骨骼系统的心身疾病 类风湿性关节炎、腰背疼、肌肉疼痛、痉挛性斜颈、书写痉挛、原发性纤维肌痛综合征等。

6. 泌尿生殖系统的心身疾病 过敏性膀胱炎、勃起功能障碍、早泄、性欲低下、慢性前列腺炎、性欲减退等。

7. 内分泌系统的心身疾病 糖尿病、肥胖症、甲状腺功能亢进、低血糖、艾迪生病(Addison disease)等(也有认为神经性厌食、神经性贪食属于内分泌系统方面的心身疾病)。

8. 神经系统的心身疾病 不明原因所致慢性疼痛、头痛、偏头痛、血管性头痛、慢性腰背痛、紧张性头痛、睡眠障碍等。

9. 妇科的心身疾病 痛经、月经紊乱、经前期紧张征、功能性子宫出血、性功能障碍、功能性不孕症等。

10. 外科的心身疾病 脑外伤后神经症样综合征、器官移植后综合征、整形术后综合征、肠粘连症等。

11. 儿科的心身疾病 遗尿症、夜惊、口吃、梦游等。

12. 眼科的心身疾病 原发性青光眼、眼睑痉挛、弱视等。

13. 耳鼻喉科的心身疾病 耳鸣、梅尼埃病、咽部异物感等。

14. 口腔科的心身疾病 特发性舌痛症、口腔溃疡、颞下颌关节紊乱综合征等。

(三) 神经症、应激相关障碍、癔症以及心理因素相关生理障碍等非精神病性障碍

神经症是一组主要表现为焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病症状或神经衰弱症状的精神障碍。本障碍有一定人格基础,起病常受心理社会(环境)因素影响。症状没有可证实的器质性病变作基础,与患者的现实处境不相称,但患者对存在的症状感到痛苦和无能为力,自知力完整或基本完整,病程多迁延。各种神经症性症状或其组合可见于感染、中毒、内分泌或代谢和脑器质性疾病,称神经症样综合征。包括焦虑症(惊恐障碍、广泛性焦虑)、强迫症、恐惧症、疑病症、躯体形式障碍、神经衰弱等。

应激相关障碍指一组主要由心理、社会(环境)因素引起异常心理反应,导致的精神障碍。它包括急性应激障碍、创伤后应激障碍、适应障碍等。

癔症包括分离症状(部分或完全丧失对自我身份识别和对过去的记忆)和转换症状(在遭遇无法解决的问题和冲突时产生的不快心情,以转化成躯体症状的方式出现)。这些症状没有可证实的器质性病变基础。比如癔症性失明、癔症性抽搐、癔症性肌肉无力等。本障碍有癔症性人格基础,起病常受心理社会(环境)因素影响。除癔症性精神病或癔症性意识障碍有自知力障碍外,自知力基本完整。大部分患者自发或经过一定的治疗可完全恢复,少数留下持久的功能损害症状。常见于青春期和更年期,女性较多。

心理因素相关生理障碍指一组与心理社会因素有关的以进食、睡眠及性行为异常为主的精神障碍。进食障碍是一组以进食行为异常为主的精神障碍,主要包括神经性厌食、神经性贪食及神经性呕吐。非器质性睡眠障碍指各种心理社会因素引起的非器质性睡眠与觉醒障碍,它包括失眠症、嗜睡症和某些发作性睡眠异常情况(如睡行症、夜惊、梦魇等)。非器质性性功能障碍指一组与心理社会因素密切相关的性功能障碍,常见为性欲减退、阳痿、早泄、性乐高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛等。

自杀也是一个比较突出的心理卫生问题,它包括自杀死亡、自杀未遂、准自杀、自杀观念等。自我伤害行为是指个体自我伤害的后果可以导致残疾,但无意造成死亡。自杀自伤可能受幻觉妄想或抑郁情绪影响所致,或处于意识障碍之中,也可能是受宗教苦行习俗的影响。自杀自伤也可能受到生活事件等影响,加上个性冲动、疾病影响等而发生。自杀自伤在综合医院比较常见,需要小心处理,严重者需要转诊精神科(或精神病院)住院进行专科

处理。

以上非精神病性症状大量见于各临床科室。他们可能因为非精神病性障碍的躯体症状,也可能因其他躯体疾病而求医,但常常不会就诊于心理咨询门诊或精神专科,常表现与一般躯体疾病患者不同,有较多的额外主诉、需求。对典型的神经症,目前心理治疗是首要的疗法,药物为辅;对于躯体疾病伴有神经症症状,药物治疗与心理治疗并重。

(四) 早期的各类精神病性障碍

精神分裂症是一组病因未明的精神病,多起病于青壮年,常缓慢起病,具有思维、情感、行为等多方面障碍,精神活动不协调。通常意识清晰,智能尚好,有的患者在疾病过程中可出现认知功能损害。自然病程多迁延,呈反复加重或恶化,但部分患者可保持痊愈或基本痊愈状态。早期表现不典型,尤其表现为一些神经症性样症状、睡眠障碍的患者多就诊于综合医院的神经内科和心理咨询专科。

心境障碍(情感性精神障碍)以明显而持久的心境高涨或低落为主的一组精神障碍,并有相应的思维和行为改变。可伴有精神病性症状,如幻觉妄想。大多数患者有反复发作的倾向,每次发作多可缓解,部分可有残留症状或转为慢性。包括双相情感障碍、抑郁障碍、持续性心境障碍等。典型的躁狂发作在综合医院少见。近年来研究发现,抑郁障碍在综合医院比较常见,常与焦虑合并在一起,而且常伴有较多的躯体症状(全身不适、慢性疼痛等),所以多辗转就诊于综合医院的各个科室,常导致临床医师束手无策。

精神活性物质是指来自体外,可影响精神活动,并可导致成瘾的物质。常见的精神活性物质有酒类、阿片类、大麻、催眠药、抗焦虑药、麻醉药、兴奋剂、致幻剂和烟草等。精神活性物质可由医生处方不当或个人擅自反复使用导致依赖综合征和其他精神障碍,如中毒、戒断综合征、精神病性症状、情感症状,及残留性或迟发性精神障碍等。以前主要是急性酒中毒比较常见,现在其他类型精神活性物质所致的精神障碍已不少见,应引起足够的重视。

非成瘾物质所致精神障碍指来自体外的某些物质,虽不产生心理或躯体性成瘾,但可影响个人精神状态,如产生摄入过量所致的中毒症状(过去称为中毒性精神障碍)或突然停用所致的停药综合征(如反跳现象)。有包括非成瘾药物、一氧化碳、有机化合物、重金属、食物(如蕈类)等非成瘾物质进入体内的证据,并有理由推断精神障碍系该物质所致,由此引发心理或躯体症状,如中毒、智能障碍、精神病性症状、情感症状、神经症样症状,或人格改变等。

器质性精神障碍是一组由脑部疾病或躯体疾病导致的精神障碍。由脑部疾病导致的精神障碍,包括脑变性疾病、脑血管病、颅内感染、脑外伤、脑瘤等所致精神障碍。躯体疾病导致的精神障碍只是原发躯体疾病症状的组成部分,也可与感染、中毒性精神障碍统称为症状性精神障碍。有躯体、神经系统及实验室检查证据证明有脑病、脑损伤,或可引起脑功能障碍的躯体疾病,表现有智能损害综合征、遗忘综合征、人格改变、意识障碍、精神病性症状(如幻觉、妄想、紧张综合征等)、情感障碍综合征(如躁狂综合征、抑郁综合征等)、分离(转换)综合征、神经症样综合征(如焦虑综合征、情感脆弱综合征等)等。其中谵妄状态是最严重的症状,需要急诊处理。这些症状在综合各科比较常见,过去常常是各科自行处理,现在也邀请心理或精神联络会诊,一起协作处理。

以上各类精神病性障碍可以因躯体疾病而诱发、与躯体疾病并发,也可以因精神症状的躯体性内容而求助于各专科。早期表现不典型,重点是及时发现程度上超出一般心理问题的精神症状,按精神科诊疗常规处理,严重者转诊精神专科(或精神病院)住院治疗。