



社区

精神卫生与康复

主编 许亮 张维熙 王松林

09



人民卫生出版社

社区精神卫生与康复

主 编 许 亮 张维熙 王松林

编 委 (按文章顺序排序)

张维熙 韩永华 陈爱琴 于 欣
王希林 刘 靖 任桂英 周 沫
贾美香 王述彭 邵 钧 姚贵忠
舒 良 李 硕

编写秘书 何佩芳

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

社区精神卫生与康复/许亮等主编. —北京:

人民卫生出版社, 2001

ISBN 7-117-04596-5

I. 社… II. 许… III. ①精神病—治疗②精神病—护理③精神病—康复 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 076052 号

社区精神卫生与康复

主 编: 许 亮 张维熙 王松林

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京市卫顺印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 **印张:** 8

字 数: 198 千字

版 次: 2001 年 12 月第 1 版 2001 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—3 000

标准书号: ISBN 7-117-04596-5/R·4597

定 价: 14.50 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

当前,精神障碍已经成为全球性重大公共卫生问题和较为突出的社会问题,在我国亦同样如此。按照衡量健康状况的伤残调整生命年指标(DALY)评价各类疾病总体负担,精神障碍在我国各种疾病总负担的排名中居首位,已超过了心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等疾患(WHO,1996年资料)。根据全国精神疾病流行病学调查资料推算,目前我国精神病患者已达1600万人,其中半数左右为重症患者,至少百分之九十八的病人生活在社区家庭。

随着社会经济的发展,体制的变革,社会竞争的加剧,人口及家庭结构的变化,人们受到的各种心理应激急剧增加,精神卫生问题将会成为每个人面临的问题。人们不要害怕精神疾病,更不能歧视精神病患者,我们要提倡消除偏见,勇于关爱。

随着我国医疗体制的改革和医学模式的转变,从单纯医疗服务向预防、治疗、保健、康复整体服务转化;从传统生物医学服务模式向生物、心理和社会的综合性卫生服务转化。精神病专科同其他专科一样,都要贯彻预防为主,以提高社区人群自我保健意识为目的,开展综合性、社会化防治康复工作。

本书介绍了成年、老年、儿童各类常见精神疾病的治疗、护理与社区家庭康复知识,正是适应当前在社区、家庭开展精神卫生工作的需要,可以做为基层精神疾病专科医生、全科医生的工

作手册,也可供精神疾病患者和家属参考。希望本书的出版,有助于指导基层开展社区精神病防治与康复工作。我们期待更多的专家、医务人员和社会工作者为精神疾病康复这一艰巨的系统工程创造出更好的经验,为开拓我国精神疾病社区康复事业做出更大的贡献。

由于编者水平有限,书中难免有缺点及不足之处,请读者批评指正。

许 亮

目 录

第一章 精神卫生与康复	(1)
第一节 概述—与精神卫生有关的几个概念	(1)
第二节 精神疾病的分类	(3)
第三节 我国精神卫生工作的现状与今后的任务	(8)
第二章 常见精神疾病介绍	(11)
第一节 精神分裂症	(11)
第二节 情感性精神障碍	(20)
第三节 老年抑郁症	(27)
第四节 老年期痴呆	(32)
第五节 老年期谵妄	(39)
第六节 酒与药物依赖	(43)
第七节 神经症	(59)
第八节 儿童孤独症	(68)
第九节 儿童多动症	(77)
第十节 精神发育迟滞	(82)
第十一节 感觉统合与感觉统合失调	(87)
第十二节 精神残疾	(91)
第三章 精神科常用的临床评定量表	(96)

第一节	临床总体印象量表	(98)
第二节	简明精神病量表	(101)
第三节	汉密顿抑郁量表	(104)
第四节	抑郁自评量表	(110)
第五节	焦虑自评量表	(112)
第六节	老年抑郁量表	(116)
第七节	Hachinski 缺血指数量表	(118)
第八节	饮酒障碍筛查量表	(121)
第九节	孤独症儿童评估量表	(125)
第十节	精神残疾分级评定表	(129)
第四章	精神病人家庭护理	(133)
第一节	家庭护理的意义和任务	(133)
第二节	家庭护理的注意事项	(134)
第三节	急症精神病人的护理	(135)
第四节	慢性及康复期精神病人的护理	(143)
第五章	精神药物治疗	(147)
第一节	精神药物分类及常用药物介绍	(147)
第二节	精神药物过量、中毒抢救	(165)
第六章	精神残疾与康复	(168)
第一节	精神残疾概述	(168)
第二节	精神残疾的评定	(170)
第三节	精神康复	(173)
第四节	精神康复的设施与方法	(175)
第五节	如何促进病人自知力的康复	(180)
第六节	恢复期病人的日常生活与康复	(181)
第七节	家庭教育	(184)

第八节	精神康复的发展方向·····	(186)
第七章	精神病人的家庭教育 ·····	(188)
第一节	什么是精神疾病·····	(188)
第二节	精神疾病的主要症状及相应处理·····	(191)
第三节	精神疾病的特点和病程·····	(196)
第四节	药物治疗·····	(199)
第五节	复发及其预防·····	(203)
第六节	如何帮助患者康复—预防精神残疾·····	(207)
第八章	社区康复管理 ·····	(209)
第一节	社区康复的概念和意义·····	(209)
第二节	社区康复管理体系·····	(213)
第三节	社区康复管理的制度与职责·····	(219)
附录 I	1995 年“世界精神卫生日宣言”·····	(232)
附录 II	世界卫生组织对中国各类精神疾病负担的 估计值和预测值·····	(233)
	(1) 中国六类主要疾病和受伤占总疾病负担的比例 ·····	(233)
	(2) 中国精神疾病与自杀的流行性和疾病负担 (1990)·····	(234)
	(3) 中国疾病负担的变化形式,1990 年估计值与 2020 年预测值·····	(234)
	(4) 中国男女两性疾病负担的变化形式,1990 年 估计值·····	(236)
	(5) 中国男女两性疾病负担的变化形式,2020 年 预测值·····	(237)
附录 III	常用临床血液检验项目及参考值·····	(239)
附录 IV	精神疾病疗效判断标准·····	(248)

第一章 精神卫生与康复

精神疾患是一类严重威胁人们健康的疾病。提高人们承受应激的能力,预防和减少各类不良心理与行为问题的发生,提高人们的心理健康水平,乃是精神卫生工作的主要内容。

我国从 20 世纪 80 年代以来,随着工业化和科学技术现代化的发展,劳动力的重新组合,价值观念的改变,家庭结构与人口结构的变化,社会竞争不断加剧,导致生活中的心理应激因素增加,带来新的心理和行为问题,使精神疾病的患病率有逐年上升的趋势。

为了做好精神卫生工作,联合国世界卫生组织特别强调将精神卫生整合在初级卫生保健之中,以及发展以社区为基础的精神卫生保健和康复。这也正是我国 21 世纪精神卫生工作的方向。

第一节 概述—与精神卫生有关的几个概念

一、精神疾病

是指在各种生物、心理、社会环境等不良因素影响下,大脑功能失调,导致人的认知、情感和意志行为等精神活动出现不同程度的障碍为临床表现的疾病。

二、精神病学

是临床医学的一个分支,是一门研究各种精神疾病的病因、发病机制、临床表现、疾病的发展规律,以及治疗、康复、预防为目的的科学。

三、精神卫生

是20世纪70年代以来,国际、国内开始广泛应用的术语。主要含义是不仅包括各类精神疾病的防治,同时探讨保障和促进人群心理健康,提高个体承受各种心理应激与适应社会的能力,从而预防和减少各类心理与行为问题的发生。

四、心理社会因素对个体健康的影响

生物—心理—社会医学模式认为疾病的发生、发展与转归都与生物学因素、心理与社会环境因素相关,但三者在不同疾病中所起的作用大小不尽相同。心理社会因素主要通过心理感受而不是躯体感受对人起到作用。一方面可以激发机体功能,使人的体力、智力得到锻炼与提高,另一方面也可以成为致病因素,这要取决于不良因素的强度、作用持续时间,同时也取决于人们当时的心理、生理状态,社会支持和其它因素,重要的在于人们对心理社会因素的主观评价以及由此产生的情绪反应。心理社会因素一般来自生活、工作与学习中的生活事件,也可由社会环境变化引起。

五、精神康复

又称心理康复。其主要内容是对精神疾病的患者进行训练和再训练。尽量采用各种措施改善其精神功能,重点在于心理与社会功能的训练。可归纳为以下五个要点:

(一)在药物治疗的同时,认真训练生活、学习、工作等方面

的行为技能,使之尽可能恢复参与社会生活的功能,最大限度重建独立生活的能力。

(二)调整病人(残疾者)的周围环境和社会条件,包括病人家庭内的环境与人际关系,使之得到社会同情和支持。

(三)心理康复包括心理支持与心理教育。在实施各种康复措施同时,结合有效的心理治疗(心理教育与心理干预),从情绪上和理智上支持残疾者的心理处境。

(四)积极采取对家庭的教育和干预措施,发挥社区防治康复网络和初级保健组织作用,做到家庭社会康复。

(五)力争早日重返社会,尽量争取社会支持,落实就业问题。

以上五个要点实际上体现了医疗康复、教育康复、职业康复和社会康复四大康复领域的全部内容。

第二节 精神疾病的分类

一、国际疾病分类

按照国际疾病诊断分类第十版(ICD-10)中精神与行为障碍分类,把精神疾病与行为障碍分为10个大类、78个小类。其中精神分裂症、抑郁症、酒依赖、老年期痴呆以及青少年行为问题是我国当今患病率较高和危害最大的精神疾病与行为障碍(本书将分节介绍)具体分类如下:

(一)器质性,包括症状性精神障碍

包括老年性痴呆、脑外伤、脑炎、癫痫病、内脏疾病、内分泌疾病等所引起的精神障碍。

(二)使用精神活性物质所致的精神和行为障碍

包括酒精和鸦片、大麻等毒品成瘾,镇静安眠药成瘾以及其引起的精神障碍。

(三)精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍

包括分裂情感性精神病。

(四)心境(情感)障碍

包括躁狂发作、双相情感障碍、抑郁发作等。

(五)神经症性障碍

包括与应激相关的精神障碍,躯体形式障碍。

(六)伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征

包括进食障碍、睡眠障碍、性功能障碍、非依赖性物质滥用。

(七)成人人格与行为障碍

包括各种类型的人格障碍和性心理障碍。

(八)精神发育迟滞

按照智商测定分为轻度(IQ50~69)、中度(IQ35~49)、重度(IQ20~34)、和极重度(IQ20以下)。

(九)心理发育障碍

包括语言发育障碍、学校技能发育障碍、运动功能发育障碍等。

(十)通常起病于童年与少年期的行为与情绪障碍

包括多动性障碍、品行障碍、情绪障碍、抽动障碍等。

二、中国精神障碍的分类

1958年我国首次提出精神疾病分类草案,到1979年正式公布我国精神疾病分类方案(CCMD)的试行草案。1989年经中华精神科学会通过我国精神疾病分类方案与诊断标准第二版(CCMD-2)。1994年经过补充,形成修订本CCMD-2-R。2001年4月正式出版发行经中华精神科学会常委会讨论通过的中国精神障碍分类与诊断标准第三版(CCMD-3)。以下介绍CCMD-3的主要条目。

0 器质性精神障碍

00 阿尔茨海默病

包括老年前期型,老年型,混合型。

01 脑血管病所致精神障碍

包括急性、皮层性、皮层下血管病所致精神障碍。

02 其他脑部疾病所致精神障碍

包括脑变性病、匹克病、亨廷顿病、帕金森病、肝豆状核变性、颅内感染、脑炎、克-雅病、脱髓鞘脑病、脑脊髓炎、多发性硬化、脑外伤、脑震荡、脑挫裂伤、脑瘤、癫痫等疾病所致的精神障碍。

03 躯体疾病所致精神障碍

包括躯体感染、人类免疫缺陷病毒(HIV)、内脏器官疾病、内分泌疾病、营养代谢疾病、结缔组织疾病、系统性红斑狼疮、染色体异常、物理因素等所致的精神障碍。还包括围生期精神障碍。

1 精神活性物质所致精神障碍或非成瘾物质所致精神障碍

10 精神活性物质所致精神障碍

包括酒精、阿片、大麻、镇静催眠药或抗焦虑药、兴奋剂、致幻剂、烟草、挥发性溶剂等所致精神障碍。

11 非成瘾物质所致精神障碍

包括非成瘾药物、一氧化碳、有机化合物、重金属、食物(如蕈类)等所致精神障碍。

2 精神分裂症和其他精神病性障碍

20 精神分裂症

包括偏执型、青春型(瓦解型)、紧张型、单纯型、未定型等。

21 偏执性精神障碍

22 急性短暂性精神病

包括分裂样精神病、旅途精神病、妄想阵发等。

23 感应性精神病

24 分裂情感性精神病

29 其他或待分类的精神病性障碍,如周期性精神病

3 心境障碍

30 躁狂发作

31 双相障碍

32 抑郁发作

33 持续性心境障碍

包括环性心境障碍、恶劣心境等。

4 癔症、应激相关障碍、与文化相关的精神障碍、神经症

40 癔症

包括癔症性精神障碍：癔症性遗忘、癔症性漫游、癔症性身份识别障碍、癔症性精神病、癔症性附体障碍、癔症性木僵。癔症性躯体障碍：癔症性运动障碍、抽搐发作、感觉障碍、Ganser综合征等。

41 应激相关障碍

包括急性应激障碍、急性应激性(反应性)精神病、创伤后应激障碍和适应障碍。

42 与文化相关的精神障碍

包括气功、巫术所致精神障碍、恐缩症以及其他与文化相关的精神障碍。

43 神经症

包括恐惧症(恐怖症)、焦虑症、强迫症、躯体形式障碍(包括疑病症)、神经衰弱等。

5 心理因素相关生理障碍

包括进食障碍、神经性厌食、神经性贪食、神经性呕吐、非器质性睡眠障碍、非器质性性功能障碍。

6 人格障碍、习惯和冲动控制障碍、性心理障碍

60 人格障碍

包括偏执性、分裂样、反社会性、冲动性、表演性(癔症性)、强迫性、焦虑性、依赖性等人格障碍

61 习惯与冲动控制障碍

包括病理性赌博、病理性纵火、病理性偷窃、拔毛症等。

62 性心理障碍(性变态)

包括易性症、恋物症、异装症、露阴症、窥阴症、摩擦症、性施虐与性受虐症、同性恋、双性恋等。

7 精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍

70 精神发育迟滞

包括轻度、中度、重度、极重度以及其他或待分类的精神发育迟滞。

71 言语和语言发育障碍

72 特定学校技能发育障碍

73 特定运动技能发育障碍

74 混合性特定发育障碍

75 广泛发育障碍

包括儿童孤独症、不典型孤独症、Rett 综合征、Heller 综合征、Asperger 综合征等。

8 童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍

80 多动障碍

包括注意缺陷与多动障碍(儿童多动症)、多动症合并品行障碍。

81 品行障碍

包括反社会性品行障碍、对立违抗性障碍。

82 品行与情绪混合障碍

83 特发于童年的情绪障碍

包括儿童分离性焦虑症,儿童恐惧症、儿童社交恐惧症、儿童广泛焦虑症等。

84 儿童社会功能障碍

包括选择性缄默症、儿童反应性依恋障碍。

85 抽动障碍

包括短暂性抽动障碍(抽动症)、慢性运动或发声抽动障碍、

发声与多种运动联合抽动障碍(Tourette 综合征)等。

86 其他童年和少年期行为障碍

包括非器质性遗尿症、非器质性遗粪症,婴幼儿和童年喂食障碍、异食癖、刻板性运动障碍、口吃、其他等。

9 其他精神障碍和心理卫生情况

90 待分类的精神病性障碍

91 待分类的非精神病性精神障碍

92 其他心理卫生情况

包括无精神病、诈病、自杀、自伤、病理性激情、病理性半醒状态、其他等。

99 待分类的其他精神障碍。

第三节 我国精神卫生工作的 现状与今后的任务

一、各类精神疾病的患病率情况

我国自从 20 世纪 80 年代以来精神疾病流行病学调查资料说明几种主要的精神疾病患病率有上升的趋势。

根据 1993 年 7 个地区抽样调查结果,各种精神病患者率为 13.47‰(不包括神经症),由此推算全国将有病人总数达到 1600 万人。其中患病率最高的是精神分裂症(6.55‰),全国约有 780 多万人。另外,精神发育迟滞(中度与重度)为 2.7‰。情感性精神障碍(主要是严重的抑郁症和双相障碍)0.83‰,酒精依赖 0.68‰,药物依赖 0.52‰。北京地区神经症的患病率是 35.18‰(1991)。

随着社会经济的发展,各种精神卫生问题仍将继续增多,其中包括儿童行为问题,大、中学生的心理卫生问题,老年期痴呆及抑郁症等,以及酒、药物依赖、吸毒等问题均将不断增加。

1993年调查,我国的自杀死亡率为22.2/10万,比1982年调查(死亡率8.5/10万)有明显上升,各种精神病是引起自杀的主要原因之一。

二、精神卫生“总体负担”情况

精神障碍当前已经成为我国全部疾病中较为严重的一类疾病。按照国际上衡量健康状况的“伤残调整生命年(DALY)”评价各类疾病的总体负担,精神疾病在我国全部疾病当中总体负担占到第一位,1990年的估计值是18%,预计2020年将达到20%。也就是说全部疾病和外伤致残丧失劳动力的总体负担中,精神疾病占到18%~20%,居全部疾病的首位。已经超过了心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等疾患。在上述统计中,中国最重要的精神卫生问题是抑郁症、双相情感障碍、精神分裂症、强迫性障碍、酒精滥用和痴呆。(具体数据请参见附录)

三、精神卫生医疗保健体系状况

建国五十多年以来,国家对发展精神卫生事业非常重视,投入了相当大的人力、物力及财力,与建国初期相比,我国的精神卫生事业已经从几乎是零的基础上发展成为初具规模的精神卫生医疗保健体系。

目前,我国精神病的各类型防治机构、康复机构和收容机构约有600个左右,卫生系统的精神病床11万张,卫生技术人员7.7万人,其中专科医师约1.3万人。大部分地区在政府统筹规划下建立了多部门协作的精神卫生领导小组,积极开展社区精神卫生服务,建立防治网络,开展随访、家庭病床及工疗康复站等工作。1991年以来,在卫生、民政、公安、中残联组织下,在全国试点城乡社区对重性精神病患者实施大规模的社会化、开放式、综合性的康复措施。近10年来,完成了“八五”和“九五”精神病防治康复实施方案,在覆盖全国1/6的县市人口中取得