

综合医院精神卫生 通用技能

主 编 魏 镜 史丽丽



中华医学电子音像出版社
CHINESE MEDICAL MULTIMEDIA PRESS



国家级继续医学教育项目教材

国家卫生健康委员会医疗质量与病人安全项目委托培训教材

综合医院精神卫生 通用技能

主 编 魏 镜 史丽丽

中华医学电子音像出版社
CHINESE MEDICAL MULTIMEDIA PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

综合医院精神卫生通用技能/魏镜, 史丽丽主编. —北京: 中华医学电子音像出版社, 2018. 3

ISBN 978-7-83005-145-7

I. ①综… II. ①魏… ②史… III. ①精神卫生-卫生工作 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 318827 号

网址: www.cma-cmc.com.cn (出版物查询、网上书店)

综合医院精神卫生通用技能

ZONGHE YIYUAN JINGSHEN WEISHENG TONGYONG JINENG

主 编: 魏 镜 史丽丽

策划编辑: 史仲静 冯晓冬

责任编辑: 史仲静 宋 玥

校 对: 马思志

责任印刷: 李振坤

出版发行: 中华医学电子音像出版社

通信地址: 北京市东城区东四西大街 42 号中华医学会 121 室

邮 编: 100710

E-mail: cma-cmc@cma.org.cn

购书热线: 010-85158550

经 销: 新华书店

印 刷: 北京顶佳世纪印刷有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

印 张: 19.25

字 数: 440 千字

版 次: 2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 次印刷

定 价: 98.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内 容 提 要

本书结合相关案例，系统阐述了综合医院中医务人员开展精神卫生工作的通用技能。全书分为两部分。第一部分介绍了各专业医务人员开展精神心理工作的基本技能，包括医患关系及医患沟通能力、综合医院开展精神心理工作的原则，以及各科室常见精神障碍的识别和处置。第二部分针对专业从事精神/心理医学领域工作的医务工作者，介绍了开展联络会诊精神医学工作的基本技能，包括联络会诊精神医学基本能力及培训、联络会诊精神医学的常见临床问题、特殊疾病人群的联络会诊和联络会诊中的其他常见问题。本书兼具实用性和指导性，可作为精神卫生专业及非精神卫生专业医务人员的实用参考书。

编委会

主 编：魏 镜 史丽丽

副主编：姜忆南 曹锦亚

编写指导专家组(以姓氏汉语拼音为序)

常 青	胡 建	贾福军	李宏军	李舜伟	李 涛
刘铁桥	刘忠纯	鲁重美	陆 峥	宁晓红	史丽丽
谭庆荣	唐宏宇	田欣伦	王高华	王小平	魏 镜
许秀峰	许 毅	曾学军	张秀华	赵维纲	赵旭东
周 炯	朱丽明	朱卫国	祝 扬		

前言

精神卫生是公共卫生中非常重要的一部分，世界卫生组织提出“没有精神健康就没有健康”。精神卫生工作越来越得到国家层面的法律、政策支持，让精神卫生工作者们有更高的职业自豪感的同时，也有了更强、更迫切的使命感和责任感。综合医院作为我国现有医疗模式的主体，将精神卫生临床技能在其中推广使用对我国的精神卫生服务意义深远，在实践中更是综合医院患者极为需要的：各种疾病及其给人带来的生理、心理、社会层面的影响使人更容易出现心理上的苦恼、症状，更需要得到包括精神卫生服务在内的整体医疗。

精神卫生工作远不止识别和治疗精神科疾病，它还意味着整体地理解一个人的处境、尊重一个人的个体尊严和独立性、认可一个人的体验合理性，继而从尊重地、共情地建立医患关系起，去了解患者的病史、患病体验，在整体了解这个人的基础上对其心理状况作出评估、识别、初步处理、与其他专业医生的合作与转诊。精神卫生专业如此，非精神卫生专业亦是如此。临床专业的医生都需要在各自的医疗实践中使用。本书第一部分内容为精神卫生工作的基本知识和技能，基本适合临床各专业医务人员掌握和使用。

对于专业从事综合医院精神/心理医学领域工作的医生而言，成为各个临床科室坚定、可靠的合作伙伴并将精神卫生知识和技能恰如其分地运用到日常会诊与联络工作中，为所有临床科室的患者提供符合患者个体化需求、按路径化管理、体现规范化综合治疗的本专业服务，则意义更为深远。要完成这样艰巨的临床医疗任务，同样需要专门的知识和技能培训。本书第二部分内容供综合医院精神/心理专业工作者掌握和使用。

本书作为《中华人民共和国精神卫生法》实施推广教材及国家卫生和计划生育委员会精神卫生服务能力建设试点项目培训教材（项目编号：IHECC2013MHCB），面向综合医院各专业医务人员系统介绍精神卫生基本技能，同时面向开展联络会诊精神医学工作的精神卫生专业人员，介绍联络会诊需要掌握的基本思路和临床技能，围绕重要的主题及真实案例以展示如何在临床医疗中使用这些模式和技能。

读者在阅读时需要知道，临床的联络会诊模式可以是多样的，因具体医院、科室、病种、专业人员配置甚至医生个人风格不同而可能有很多合适的具体服务模式，但生物-心理-社会的思维和实践是通用的。在综合医院精神卫生服务的探索和实践方面，欧美等外国专家们先于我们数十年而有很多的经验累积，国内很多同行也都在近10余年迎头赶上，结合各自医院的具体情况做了很多有益的尝试和工作，我们在持续相互学习中共同勉励、进步，在此向所有同行们致以真诚的感谢！在精神卫生服务工作中，我们一再被患者和家属们的真诚、信任、包容、积极、生命意志等最美好的力量所触

动，患者的反馈也告诉我们如何工作，在此向本书案例所代表的所有患者们致以真诚的感谢！

本书以北京协和医院心理医学科 10 余年来的临床实践为基础，将北京协和医院精神/心理医学专业的临床医、教、研和疾病诊疗常规做了文字化，确有敝帚自珍之嫌，但希望能有助于满足国内综合医院精神卫生服务基础和专业两个水平的需求。当然，囿于本书作者们的个人学识和眼界，本书内容难免会有疏漏与不足，欢迎广大读者批评指正！

魏 镜

2017 年 10 月

出版说明

医疗卫生事业发展是提高人民健康水平的必然要求，医药卫生人才建设是推进医疗卫生事业改革发展、维护人民健康的重要保障。国家卫生和计划生育委员会《医药卫生中长期人才发展规划（2011—2020 年）》要求全国卫生技术人员继续医学教育覆盖率达到 80%，因此，继续医学教育作为全国医药卫生人员毕业后业务再提高的重要方式任重道远。

《国家级继续医学教育项目教材》（以下简称《教材》）在 2005 年经国家卫生和计划生育委员会科教司、全国继续医学教育委员会批准，由全国继续医学教育委员会和中华医学会共同组织编写。该《教材》具有以下特点：一是权威性，由全国众多在本学科领域内知名的院士和专家撰写；二是具有很强的时效性，反映了经过实践验证的最新研究成果；三是强调实用性、指导性和可操作性，能够直接应用于临床；四是全面、系统，以综述为主，能代表相关学科的学术共识，而非某些专家的个人观点。

“十一五”期间，《教材》在最短的时间内启动了策划、编辑制作、学术推广等工作，自 2006 年以来已出版 60 余分册，涉及近 40 个学科，总发行量 80 余万册。纵观《教材》，每一册都是众多知名专家智慧的结晶，其科学、实用的内容得到了广大医务工作者的欢迎和肯定，被全国继续医学教育委员会和中华医学会共同列为国家继续医学教育唯一推荐教材，同时被国家新闻出版广电总局定为“十一五”“十二五”国家重点出版物。本套教材的编辑出版得到了国家卫生和计划生育委员会科教司、全国继续医学教育委员会和中华医学会各级领导以及众多专家的支持和关爱，在此一并表示感谢！

限于编写时间紧迫、经验不足，本套系列教材存在很多不足之处，真诚希望广大读者谅解并提出宝贵意见，我们将在再版时加以改正。

目 录

第一部分 各专业医务人员开展精神心理工作的基本技能

第1章 医患关系及医患沟通能力	(3)
第一节 医患关系模式及变迁	(3)
第二节 医患晤谈与临床沟通	(7)
第三节 人文及心理医学能力	(27)
第四节 医患的情绪管理能力	(33)
第2章 综合医院开展精神心理工作的原则	(42)
第一节 开展精神心理工作需要接受的基本培训	(42)
第二节 心理医学工作临床思路	(43)
第三节 心理医学实践技能	(45)
第四节 精神卫生法律法规	(47)
第3章 各科室常见精神障碍的识别和处置	(51)
第一节 抑郁及相关障碍	(51)
第二节 焦虑及相关障碍	(68)
第三节 躯体症状及相关障碍	(93)
第四节 常见精神症状及处置	(103)
第五节 记忆和认知问题及相关障碍	(117)
第六节 失眠及相关障碍	(134)

第二部分 开展联络会诊精神医学工作的基本技能

第4章 联络会诊精神医学基本能力及培训	(145)
第一节 联络会诊的诊断思路和评估方法	(145)
第二节 联络会诊的临床思路和决策过程	(155)
第三节 联络会诊精神医学治疗学	(166)
第四节 联络会诊的常用工作及培训方法	(176)
第5章 联络会诊精神医学的常见临床问题	(187)
第一节 适应障碍的识别、评估和处理	(187)
第二节 困难的患者的识别、评估和干预	(195)
第三节 风险行为的识别、评估和处理	(202)
第6章 特殊疾病人群的联络会诊	(214)
第一节 神经系统疾病患者常见精神障碍	(214)

第二节	心血管疾病患者常见精神障碍	(227)
第三节	消化系统疾病患者常见精神障碍	(244)
第四节	内分泌代谢疾病患者常见精神障碍	(258)
第五节	结缔组织病患者常见精神障碍	(264)
第六节	老年患者常见精神障碍	(268)
第七节	围术期常见精神障碍	(283)
第7章	联络会诊中的其他常见问题	(291)
第一节	患者家庭成员的纳入	(291)
第二节	对相关医务人员的协助	(294)
第三节	联络会诊医生的督导	(296)

第一部分

各专业医务人员开展精神 心理工作的基本技能

第 1 章

第一节 医患关系模式及变迁

一、医患关系的概念

在当前的医疗环境中，“医患关系”一词往往让大家联系到医患矛盾、医患纠纷。“建立和谐的医患关系”常常被等同于“防范医患矛盾”。实际上，医患关系的广度和深度远远超过这一理解。

医患关系包含两个层次的关系：一是两个社会人之间的人与人的关系；二是行医职业中的求助者与被求助者、服务者与被服务者、专业人员与非专业人员之间的职业关系。这两层关系在医患互动中都非常重要，好的医患关系离不开医生的专业能力和服务态度，更离不开与一个社会人建立良好关系的人际交往能力。著名的医患关系研究者 Michael Balint 在著作中写道：“处于医学核心地位的是医生与患者之间人的关系”，“临床医疗中使用最频繁的药物是医生本身”。

二、医患关系模式的历史变迁

从系统论的角度看，医患关系作为一种社会关系存在于一定的社会背景之下，必然受到相应的社会背景下人与人之间一般交往模式的影响。中国的悠久历史文化使得中国的医患关系模式更为复杂多元，值得我们认真关注。

在蒙昧时代，人类的自然科学知识是非常原始的，对超自然力量的崇拜和恐惧是各个文化中普遍存在的现象。面对各种病痛，超自然迷信可能占据着的很大部分，人类对疾病的理解也很可能是诸如鬼神不洁等，因而巫师和巫术在这里扮演着医生的角色。这样的巫师祝祷在中国实际一直存在着，在中医药作为正统医疗和主要医疗手段

存在的封建时代，鬼神之说作为补充医疗也是深入人心的。实际上哪怕在今天，在中国的很多地区仍可以找到这些迷信。很多人对于长寿乡、抗癌秘方的趋之若鹜也还有着这种迷信的影子。在这样的医患关系格局里，医学中很多是迷信，执行医学的“医生”们便是操着各种神秘力量的人，代表着神权，只能服从、不能窥视的神权。

随着人类生产生活经验的不断积累，人类文明进步。关于医学的发展和进步，我们中华民族的传说有很好的暗喻。《史记补三皇本纪》记神农氏尝百草，“始有医药”；《黄帝内经》归于黄帝名下。当然，我们知道，医学不可能是两个人创造出来的，而是千千万万人在与疾病斗争的实践中逐渐积累起来的。但是中华民族的先民们在有文字记载之初，文明之初，将医学这个功绩归于炎黄二帝，可见医生在先民心中之崇高、伟大。在封建士人的眼中，医学也是一门悬壶济世的学问。据传为范仲淹所云“不为良相，便为良医”大概反映了医生的地位。

在这里，医学是高高在上者的大学问，是映在高大的皇权、父权之下的。

在神权、皇权、父权中，医生在绝大部分的医患关系中占据着权力、物质资源和知识的主导地位。

近代，在西医传入中国后，早已成为我国的主要医学手段。现代西方医学高速发展出现于自然科学研究兴盛的背景下，是在破除了西方教会神权对自然科学的禁锢后才实现的。在这一文化背景下，医学的执行者们与患者有对等的权力背景，都是普通市民；虽然因其为人民解除疾苦的工作性质、医生的教育、收入及相对的社会地位，医生们仍拥有普通民众的尊敬。

医患关系模式是个连续的谱。一个极端是，医生享受高高在上的权威感，要求患者言听计从，但这是错觉，医生不代表神权或者皇权或者父权；相反，医生在给了患者这样的不合理期待后如果没有达到患者心理预期，患者会愤怒，医患之间会发生冲突。另一个极端是，有些患者或家属将医务人员视为商品提供者，认为花钱看病就是买消费的，对医学和医生都缺乏尊重，甚至不近情理、伤害医务人员，这显然也是我们对大众的医学教育中应该纠正的。这两个极端就是绝对以医生为主导的家长制医患关系模式和绝对以患者为主导的消费主义医患关系模式，介于两者之间的有平等、伙伴式的医患关系模式，有共同决策、协商的专业咨询式医患关系模式等。

总的趋势是，医学、医生的神秘、高大逐渐被揭去，从神权、皇权、父权逐级走下神坛。在工业消费的文化影响下，医生和患者之间可能就成了服务提供者-消费者的消费模式关系，而在邻人相爱的理念下，期待医生和患者之间结成伙伴式模式关系。适应不同的医生和不同的患者，医患关系模式有很多可能性，没有绝对正确的医患关系模式。不同患者可能因其自身成长、教育、社会经济水平等背景差异而对医生和医患关系模式有着不同的期待。在我们的临床上很常见这几种关系当中两个甚至多个并存的，患者可能同时期待医生是有强势的和平等的。医患关系模式在不同条件下可能会有变化。在临床工作中，了解患者对自己的期待并采用相应适当的沟通方式是很重要的。

（一）家长式模式

医生凭借其（家长式的）权威，为（那些被认为没有能力的）患者做决定，为了

患者的益处着想，并据此行动。在这种模式下，医生被当作医疗专家，知道什么对患者是最好的。医生不考虑患者的自主性，相信自己的选择和做法对患者有益。

在家长式的医生患者对话中，医生决定将要谈论的话题。访谈用于询问那些不能通过检查直接观察到的诊断标准，集中于躯体上的异常发现。通常，主诉是通过封闭式或标准式问题来记录的。在这种模式里，医生在治疗患者时可能得到最优科学标准的最佳指导。医生贡献自己的专业知识，并在此基础上提供治疗建议。患者只是被告知对所发现异常的治疗方案。默认患者都是会遵从医嘱的。

家长式模式的优势和劣势见表 1-1-1。

表 1-1-1 家长式模式的优势和劣势

优势	劣势
通过封闭性问题，诊断是简单而可靠的	只关注躯体疾病，而忽略额外的诊断或其他重要的信息
通过明确诊断，患者很快得到最佳治疗	患者缺乏依从性。有的患者只有在感觉自己
适合那些期待家长式医生，而且来的时候就对医生很有信心的患者	被当作人而不只是一个生病的身体来看时，才能建立起信任

但在现实操作里，患者可能期待的并不是权威式医患关系，这样去与患者接触，必然会给患者或家属带来不快，引起对方情绪或行为上的反弹。或者即便患者或家属出于诊治的需要而隐忍了不快，可以设想如果医疗结局不满意，患者或家属的失落、气愤会更强，因为家长式或者权威就暗示着医生是强有力的、能控制医疗结局。

(二) 消费式模式

医疗卫生变成了一种服务。根据这种说法，医生被看作服务提供者，而患者是消费者。

理想状态下，在这一模式里，医生是专家，而患者持有决定权。医生的作用被限于提供给患者必要的信息，并执行患者所做出的决定。由于医生对治疗负有责任，仍然需要注意医学科学的原则。医生并非必须执行“患者作为消费者”可能做出的所有决定。

消费式模式的优势和劣势见表 1-1-2。

表 1-1-2 消费式模式的优势和劣势

优势	劣势
患者满意；患者可以谈论与疾病无关的事情	有执行不符合适应证的治疗的风险
医生在更大程度上满足了社会需求	医生常需要对抗患者的意愿，做出不愉快却必要的决定。患者可能转往另一位能满足其愿望的医生
很少有依从性不好的问题	很多患者期待情感投入
对自主性有强烈需求的患者对这种类型的关系感到满意	

但是现实操作里，容易出现医生在面对强势的患者时，可能由于与患者互动中在一般人际交往层面及医学专业诊疗层面不断受挫，而出现被动医疗，不愿坚持医学专家的科学原则，而有临床上保护性医疗：开很多排除性的检查，请很多分担责任的会诊。患者或家属虽然自觉将医疗安全牢牢握在手中了，事实上却是将医生的手脚都束缚住了。

(三) 伙伴式模式

基于平等双方的合作努力。只有两方一起合作、互为补充，治疗才能取得成功。患者作为能自主做决策的成熟的人而受到尊重（自主性原则）；医生是专家，任务是告知患者，使其能做出合理的决策。在这种模式里，患者可以、可能、也应该在与医生的谈话中提出自己的问题和立场。他们一起工作，找到最佳解决方法（共同决策）。患者在完全意识到后果的情况下，有权利拒绝任何治疗。医生必须接受这一点。在协商过程中，医生和患者对所有的决策是共同负责的。即使某一方或双方有一些不同的愿望，或认为某种方式更可取，他们对决策也是共同负责的。

伙伴式模式的优势和劣势见表 1-1-3。

表 1-1-3 伙伴式模式的优势和劣势

优势	劣势
患者负责任；避免了依从性差的问题	如何告知才能使患者承担责任是有困难的任务
医生的压力得到释放，因为医生不必对困难的伦理问题做决定	获取病史需要很长时间；得不到报酬的额外工作需要医生的理想精神
建立信任之后，随后的医疗沟通更有效	
在长期随访的患者中尤其有用	

考虑到医患权力关系的历史趋势，医生的主导被不断削弱，平等医患关系模式将是越来越被患者所期待和要求的。从减少误解和利益冲突的角度看，医生应该对主导的权力进行让渡，将医疗回到平等的、伙伴式的医疗服务。在这样的医患关系中，医生以患者为中心，了解患者的需求，成为医疗信息的提供者，帮助患者决定，但不替患者决定，将医疗的决策交给患者，提供患者所需的医疗服务，在疾病的过程中陪伴患者、减轻患者的病痛、治疗患者，不扮演高高在上的自然使者，更不扮演拙劣的医疗商品叫卖者。患者则需要承担更多的自主性，包括对疾病知识的了解，自我健康保护，疾病预防，规范治疗，以及对某些疾病状况的合理期待，而不是蔑视医学、忽视自我健康，或者神化医学、将健康责任全都抛给医院，将医生看作合作伙伴，值得尊重和信赖的健康卫士，不是遥不可及的专家，更不是提供商品的医疗服务员。

如此，将医疗回归到其医疗照料本质，医生使用专业医学知识、医者爱人的人道主义精神为患者服务，尊重患者个人能力，在平等、伙伴式的关系中影响患者，帮助并逐渐要求患者了解医学，尊重科学，自身参与医疗决策，为自身健康及安全负责。

第二节 医患晤谈与临床沟通

一、沟通交流的形成模式

晤谈与沟通是一个多元素同时复杂交替作用进行和完成的过程，这些元素主要包含背景信息、感觉知觉、思维解释、情感感觉、动机意图、言语行动等（图 1-2-1）。

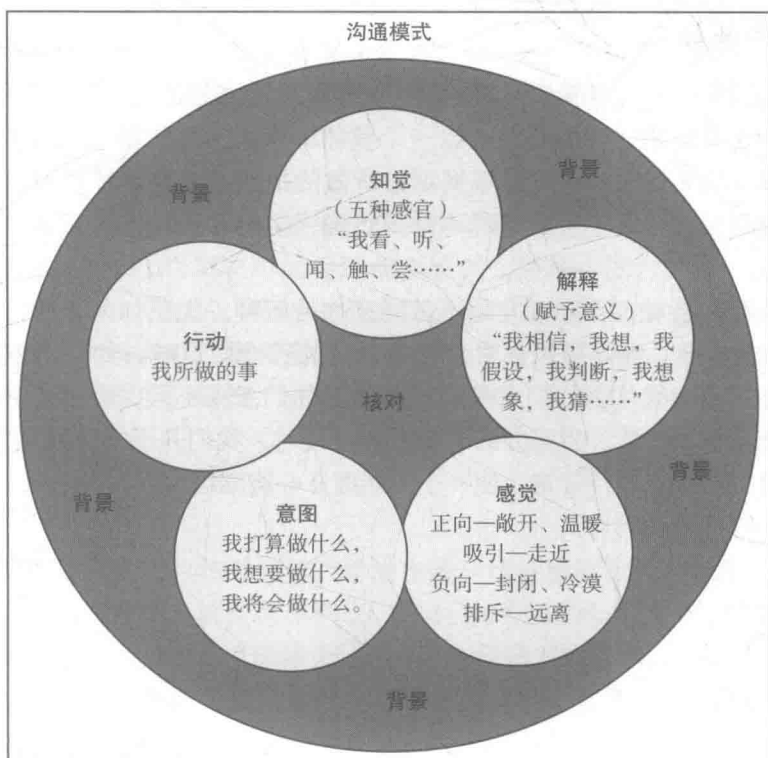


图 1-2-1 晤谈与沟通的模式示意图

（一）背景信息

每进入一个新的晤谈与沟通情境，我们都会带着过去经验建立的背景，包括最近的经验，也包括生命早期的经历，这会让新的晤谈与沟通情境受到过去的影响。例如：一个人今天诸事不顺、心情烦躁，当遇到一个陌生人时，他会以烦躁的心理背景与对方互动；相反，如果一个人心情愉快，他会以积极的心态与对方互动。背景信息还包括对晤谈对象的既有认识和了解。