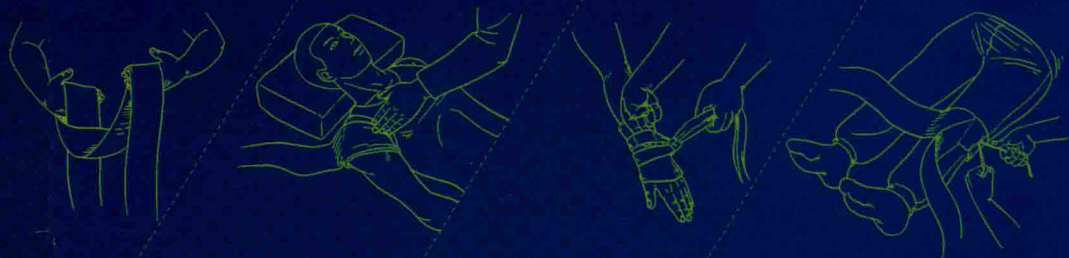




精神障碍 康复与护理

主编 崔勇 许冬梅



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社

委员名单

精神障碍康复与护理

崔勇 许冬梅 主编



中国健康传媒集团
中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是一本指导精神障碍康复与护理的图书，介绍了常见的精神康复护理技术，并对精神康复护理领域的最新观点及前景进行了阐述。本书的编者主要来自中华护理学会精神科专业委员会，均具有丰富的临床一线教学经验和较高的写作水平。该书内容详实、专业、实用，适合临床及社区临床精神科护士使用。

图书在版编目 (CIP) 数据

精神障碍康复与护理 / 崔勇, 许冬梅主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2018. 8

ISBN 978 - 7 - 5214 - 0376 - 3

I. ①精… II. ①崔… ②许… III. ①精神障碍 - 康复②精神障碍 - 护理 IV. ①R749.09②R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 186536 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国健康传媒集团 | 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cmstp.com

规格 710 × 1000mm $\frac{1}{16}$

印张 19 $\frac{1}{4}$

字数 282 千字

版次 2018 年 8 月第 1 版

印次 2018 年 8 月第 1 次印刷

印刷 三河市国英印务有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5214 - 0376 - 3

定价 69.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010 - 62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

编委会

主 编 崔勇 许冬梅

参编者 (按姓氏笔画排序)

万 婷 马继红 邓克琴 关艳华

严夏舒 李 萍 张倬秋 夏志春

钱瑞莲 曹新妹 裴建琴 潘桂平

秘 书 刘 晓

preface
前言

随着国家对心理卫生的重视，人们对心理健康的关注力度越来越大，越来越多精神疾病得到有效的治疗与护理。精神障碍与其他躯体疾病不同，通过药物治疗后患者仍存在认知和社会功能的障碍，所以精神障碍康复训练就至关重要，这关系到患者能否真正地回归社会和家庭，从事力所能及的工作，实现自身价值。

这就对精神康复临床护理工作提出了新的挑战。为更好地使精神科护理人员掌握规范的操作，中华护理学会精神科专业委员会在中国医药科技出版社的支持下，编写了本书。

本书编写的原则是集实用性、科学性、具体性为一体，通过中华护理学会精神科专业委员会征集对此书有意向的编者，通过严格筛选，选出广布全国范围的数位编者，针对编者的专长分配章节，然后由秘书统一整理，再由主编和副主编完成三轮审稿，最终完成了此书。

本书包括概述，康复与护理，精神康复护理技术流程介绍，精神康复的评估，常见的精神康复护理技术，严重持续性精神障碍患者的康复及居家与社区康复七大部分的内容。

作者在编写本书过程中，得到了中国护理学会精神科专业委员会和北京回龙观医院护理同仁们的大力支持，在此深表感谢。由于时间仓促和编者水平有限，本书中如有不足之处请各位同仁批评指正。

编者
2018年5月

第一章 概述	1
第一节 精神障碍的治疗历史	1
一、早期对精神错乱的处置	1
二、古希腊和古罗马的精神病学	1
三、中世纪的精神病学	2
四、道义性管理	3
五、胰岛素昏迷治疗、电休克治疗及药物治疗	3
六、非住院化运动	5
第二节 精神障碍的康复	5
一、康复医学形成及相关理论	5
二、开展精神康复的目的和意义	7
三、精神康复的基本任务	8
四、开展精神康复的原则	9
五、精神障碍治疗与康复的现状	10
六、精神康复开展的步骤	11
七、精神康复的实施	13
八、护士在康复中的角色及素质要求	16
第三节 精神康复医学的发展趋势	19
一、组建多学科康复团队	20
二、临床康复	20
三、个人康复	20
四、社会康复	21
五、心理社会康复模式	22
六、“医院-社区-家庭”一体化精神康复模式	24

第二章 精神科康复护理	26
第一节 康复与护理	26
第二节 精神障碍康复护理的目的及原则	27
一、精神康复的概念	27
二、精神康复的任务	28
三、精神科康复护理的目的	28
四、精神康复的原则	29
五、精神科康复护理的原则	30
第三节 精神科康复护理的特点	31
一、强调自我护理	31
二、“功能评估”和“功能训练”	31
三、注重团队协作和配合	32
四、高度重视心理护理	32
五、加强健康教育和指导	32
第四节 护士在精神康复中的角色及素质要求	32
一、精神科康复护理中护士长的角色与职能	33
二、护士在精神康复中的角色	35
三、护士在精神康复中的素质要求	37
第五节 精神科康复护理的组织与管理	39
一、精神科康复护理的内涵与外延	39
二、精神科康复护理信任关系的建立	43
三、建立精神科康复护理信任关系的技巧	47
四、精神科康复护理组织管理	52
第三章 精神康复护理技术流程介绍	61
第一节 设置	61
一、精神康复护理技术设置的目的及意义	61
二、精神康复护理技术设置的原则	61
三、精神康复护理措施和方法	61
四、精神康复护理技术的实施	65
第二节 操作流程	66

一、评估	66
二、诊断	68
三、计划	69
四、实施	71
五、评价	72
第三节 康复方法	72
一、团体治疗	73
二、个体化治疗	78
第四章 精神康复的评估	84
第一节 风险评估	84
一、自杀风险评估	84
二、暴力风险评估	87
三、出走风险评估	90
四、跌倒风险评估	91
五、压疮风险评估	92
六、评估注意事项	94
第二节 临床评估	95
一、症状的评估	95
二、躯体状况的评估	103
三、社会功能的评估	105
四、认知功能的评估	109
五、对疾病认知的评估	111
六、评估注意事项	113
第三节 生活质量评估	114
一、生活质量的构成	114
二、生活质量评估	114
三、操作方法与步骤	120
第四节 资源评估（家庭评估）	120
一、家庭类型和家庭周期	121
二、家庭结构和家庭功能	122
三、家庭评估	123

三、操作方法与步骤	125
第五章 常见的精神康复护理技术	126
第一节 自理能力训练	129
一、个人洗漱	130
二、修饰	133
三、合理着装	134
四、体重管理	137
第二节 独立生活技能训练	140
一、洗衣	140
二、烹饪	141
三、整理房间	142
四、现金的使用与保存	143
五、业余消遣	145
六、使用公共设施的训练	148
第三节 社交技能训练	150
一、基本的社交礼仪	152
二、基本的电话礼仪	155
三、自信的训练	156
四、交友的技能	158
五、维护健康的技能——看门诊	159
六、处理矛盾的技能	160
第四节 心理康复	163
一、认知训练	164
二、情绪管理	166
三、压力管理	170
第五节 疾病的自我管理	172
一、药物处置	173
技能部分	176
二、症状处置	178
技能部分	183
第六节 职业技能训练	186

一、职业评估	186
二、简单作业训练	187
三、工艺制作训练	189
四、工作训练	190
五、就业辅导	191
六、支持性就业	193
第六章 严重持续性精神障碍患者的康复	196
第一节 精神分裂症	196
一、临床特征	196
二、功能障碍	199
三、治疗	200
四、康复护理	200
五、康复评定	204
六、健康教育	204
第二节 躁狂症	205
一、临床特征	207
二、功能障碍	208
三、治疗	209
四、康复护理	209
五、康复评定	211
六、健康教育	212
第三节 抑郁症	213
一、临床特征	213
二、功能障碍	215
三、治疗	216
四、康复护理	217
五、康复评定	221
六、健康教育	225
第四节 酒精依赖	226
一、临床特征	227
二、功能障碍	228

三、治疗	229
四、康复护理	230
五、康复评定	232
六、健康教育	232
第五节 儿童孤独症	233
一、临床特征	234
二、功能障碍	235
三、治疗	238
四、康复护理	240
五、康复评定	243
六、健康教育	244
第六节 阿尔茨海默病	245
一、临床特征	246
二、功能障碍	248
三、治疗	249
四、康复护理	250
五、康复评定	253
六、健康教育	254
第七节 器质性精神障碍	255
一、临床特征	255
二、功能障碍	255
三、治疗	259
四、康复护理	260
五、康复转级通知单	262
六、康复评定	263
七、健康教育	263
第七章 居家与社区康复	266
第一节 家庭康复（危机干预）	266
第二节 社区康复	270
第三节 个案管理	272
一、服务理念、功能和内容	273

二、个案管理员的角色及工作范畴·····	275
第四节 主动式社区治疗·····	276
一、服务团队成员的角色和职责·····	279
二、精神科护士的服务范畴·····	281
第五节 社区精神康复团体活动策划与组织·····	282
一、团体活动治疗因素·····	282
二、团体活动的步骤·····	283
参考文献 ·····	290

第 1 章 概 述

第一节 精神障碍的治疗历史

一、早期对精神错乱的处置

考古学家在欧洲和南非考古时发现，早在公元前 8000 年的新石器时代就有了凿开洞的颅骨。一些历史学家推测，这可能是当时社会中拥有“法术”的人以石头为工具对那些出现异常行为的人施行了“钻颅术”，以便让“邪恶的精灵”离开其躯壳，从而达到治疗精神错乱的目的。

二、古希腊和古罗马的精神病学

早期埃及、印度、希腊和罗马著作中提到的精神障碍表明，考虑到人类行为问题的医生和哲学家将精神障碍视为对神不满的反应。古希腊人一般相信精神障碍来自超自然的原因，认为患者是受了魔鬼的把持，如被女神“Mania”“Lyssa”所挟持。古希腊没有为精神障碍患者安排特殊的治疗；只有少数人意识到，患有精神障碍的人应该受到人道待遇，而不是被驱逐、惩罚或放逐。

希波克拉底（Hippocrates，公元前 460 ~ 355）在他的著作中对疯癫的医学概念进行了阐述。他认为，四种体液——血液、黑胆汁、黄胆汁和黏液相互作用而产生寒、热、燥、湿。人则被划分为四种与之相应的气质，即多血质、胆汁质、忧郁质和黏液质，其有自己不同的情绪。当主客观力量的相互作用达到理想平衡时，人格的活动也就臻于最适宜的水平。这些力量之间如有矛盾，就表示有的体液过多，需要用泻剂排除。他否定了当时流行的“癫癇是一种圣神的疾病”的观点，认为这个病与其他疾病一样有其自然的原因，并断言癫癇的病理变化在大脑，病原为遗传所致。希波克拉底将各种病态的精神兴奋归为一类，称为躁狂症；将相反的情况归为忧郁症。

与希波克拉底同时代的著名哲学家柏拉图对精神障碍曾有重要见解。他认为在“理想国”中，精神障碍患者应该在家中受到亲属很好的照顾，而不应该让他们在外游荡，如果家属不这样做，就必须处以罚金。如果父亲患有精神病，国家就应该为他的孩子指定保护人；精神病患者除了赔偿由他造成的物质损失意外，不应该受到其他惩罚；他还认为脑是心理活动的场所。

希波克拉底之后，医学中心由希腊转移到罗马，Asclepiades 是继希波克拉底之后的著名医学家，大约在公元前 1 世纪。Asclepiades 将古希腊的所谓“幻想”区分为：一种是患者能够看清楚事物但对它理解错误；另一种是实际上并没有任何事物而患者却感知到了。他极力倡导以音乐作为治疗手段，指导精神病患者从事各种作业，如聚精会神地计算、朗诵和记忆等。他认为通过这些方法能够将精神病治疗好，反对拘禁和放血治疗。

Aulus Corenlius Celscus（公元前 25 ~ 公元 50 年）所著《De Re media》第八章专门讨论了精神疾病。他对精神疾病早期征象有所认识，如他描述：“如果忧愁和惶恐伴随着失眠并且一直持续下去，忧郁症很可能会出现”。他主张采用各种办法干预疾病过程，如按摩、水疗、音乐、放血、催吐、峻泻、运动、旅行、延长睡眠时间等，甚至认为对兴奋患者进行恫吓、责骂甚至鞭打是必要和有效的。

三、中世纪的精神病学

中世纪的欧洲进入了宗教和封建统治的时代，宗教神权是真正的统治者，在整个文化领域中，神学、迷信、巫术和占星术等反科学势力占压倒性优势，医学几乎完全由教会及巫师把持，特别是中世纪后期，精神病患者受到残酷的迫害。当时流行的观点认为：躯体疾病可能是自然因素引起的，而灵魂疾病则必定是罪恶和魔鬼附身所致，无数精神病患者被认为是“魔鬼附身”而受到拷打，甚至被活活烧死。医师用祈祷和符咒治疗精神疾病是很常见的事。

公元 8 世纪时，阿拉伯人建立了地跨亚欧非的大帝国，作为医学之一的精神病学也有了较大的发展，正式为精神病患者建立了医院。Rhazes（860 ~ 930）是阿拉伯医学的卓越代表，他尝试应用矿物药的方法，还建议用下棋治疗忧郁症患者。

在英国，只有 1247 年建立的 Bethlem 医院为这些患者服务，大多数欧洲大陆国家也同样缺乏这类医院设施。只有西班牙是个例外，在中世纪就

有了一些为精神疾病患者提供服务的医院（Chamberlain, 1966年）。

Johann Weyer（1515~1588）极力反对神鬼和巫术，力图使精神病学摆脱神学和巫术的桎梏。他对巫术进行了仔细考察，发现当时被迫承认自己是“女巫”而备受折磨的人实际上都是精神病患者。

四、道义性管理

18世纪末，在许多国家出现的私人 and 公立机构标准过低的公众舆论，使得精神疾病患者的保健得以改善。1793年 Pinel 在巴黎领导了将患者从拘禁的枷锁中解放出来的重要活动。之后，他又引入了对患者照管更为人道其他变革。在英国，公益会慈善家 William Tuke 提出类似的改革设想。1792年他在约克郡建立了精神病患者疗养院，为患者提供了愉快的环境和适当的职业训练与娱乐设施，治疗建立在“道义的”（即心理学的）管理和对患者意愿的尊重上，这与躯体治疗（通常是放血和导泻）和当时大多数医生专制的处理方式形成了鲜明的对比。

五、胰岛素昏迷治疗、电休克治疗及药物治疗

1. 胰岛素昏迷及低血糖治疗

自20世纪20年代初，胰岛素被发现并提纯以来，迅即被引进精神科治疗领域。当时主要用以改善患者的食欲、增加体重以及扭转每况愈下的健康情况。与此同时，胰岛素治疗被发现具有良好的镇静作用，但所用剂量很小，只要求达到轻度低血糖反应的程度。

Sakel（1933）在治疗中发现个别对胰岛素较敏感的病例，即使注射量较小，亦可达到昏迷反应。当时曾认为这是一种并发症，应设法避免。但 Sakel 观察到，有些精神分裂症患者从昏迷中醒转后，其精神症状有明显改善。因此，他便有意识地将治疗深度推进到昏迷反应阶段，用以治疗精神分裂症。

1933年，Sakel 发表了他所观察到的大组精神分裂症获益于本疗法的临床资料，并命名为胰岛素休克治疗，开创了精神病积极治疗的新篇章。这种疗法很快为世界各国精神病治疗机构相继采用。

20世纪30年代和40年代，各国学者对本疗法做了大量的临床和实验研究，为开展本疗法打下了良好的基础。

20世纪30年代和40年代，我国有些地区也开展了这项治疗，并取得

一定疗效。解放后，随着我国精神病防治事业的迅速发展，胰岛素治疗也广泛开展起来了，并积累了较丰富的临床经验，治愈率提高了，死亡率不断下降。在胰岛素治疗的科研工作方面，也提供了一些有益的资料。

自 20 世纪 50 年代精神药物问世以来，胰岛素治疗确有逐步退居次要地位之趋势。特别是 20 世纪 70 年代以后，许多国家的精神病院已予舍弃，或只在少数地区保留这种治疗机构，继续小规模地开展这项治疗。目前，英、美等国精神病学者认为胰岛素治疗的疗效，并不比精神药物治疗为好，这种疗法既费人力物力，又有旷日耗资之嫌，且所担风险较大，故不予采用。苏联和我国仍在继续应用，但治疗规模较 20 世纪 60 年代以前已缩小许多。

2. 电休克治疗

1938 年，意大利的 Cerietti 和 Bini 根据抽搐发作对精神病有一定的疗效，发明了用电流刺激产生抽搐的方法代替药物抽搐法，称之为电休克治疗（electro-shock therapy, EST）。因“休克”一词不够恰当，故现已统称为电抽搐治疗（ECT）。此法简单易行，很快在各国推广。随后，为减少其合并症，从 20 世纪 40 年代起很多学者开始在操作技术、机型设计等方面不断进行了改进，并提出了很多改良方法。

1940 年，Bennett 首先在 ECT 前使用箭毒，企图使肌肉松弛以减少骨折发生；以后又改用合成箭毒衍生物氯化筒箭毒。尽管有良好的解毒剂——新斯的明，但由于用药后易发生心律失常、呼吸骤停等，仍因死亡率增高而被废弃。

Impastato 使用静脉注射 Sodium Amytal，降低抽搐发作强度以减少骨折发生。但 Kalinoyvsky 等认为单用 Sodium Amytal 时，需用很大的量，否则难以达到预期效果。Planner 在整个疗程中曾用美沙酮等抗痉药，虽可使抽搐强度减弱，却仍不能防止骨折的发生。Brody（1954）在治疗中将箭毒与硫喷妥钠合并应用，预防骨折效果很好，但危险性也随之增加。

20 世纪 50 年代后，澳大利亚医师 Arnold 与 Roeck - GPreissau（1951）和瑞典医师 Holmberg 与 Thesloff（1952）先后报道了治疗前使用肌松剂——氯化琥珀酰胆碱的方法，但因注射后全身骨骼肌包括呼吸肌完全松弛，患者产生一种窒息感而未能推广。Impastato 为消除其窒息感，在注射琥珀酰胆碱后，立即给予一个亚抽搐电刺激，待肌肉完全松弛时，再给予全抽搐性电刺激。此法之缺点是亚抽搐刺激的电量太小，患者就会有电流

通过大脑的刺激感，而增加其对治疗的恐惧。反之，如电量太大，则在肌肉完全松弛前即产生完全性抽搐发作。1955年，Saltzman等报告了在ECT前使用硫喷妥钠和琥珀酰胆碱的改良法，此法既消除了单用肌松剂而产生的窒息感，又能减少因肌肉突然强烈收缩而产生的一些合并症，且能减轻患者对电疗的恐惧心理。1969年Kalinowsky等开始将硫喷妥钠改为0.5% Methohexital (Brevital) 40~50mg 静脉滴注，患者入睡后继之滴以0.20%琥珀酰胆碱，待肌肉完全松弛时即行电疗。目前此法在国外已普遍应用。国内谢子康等于1959年首先报道了使用硫喷妥钠和琥珀酰胆碱的改良法，进行了1629人次治疗。以后各地虽有散在应用，但直至1979年后，国内才逐渐普遍开展。

3. 药物治疗

进入20世纪后，精神医学开始蓬勃发展。美国人比尔斯曾目睹自己有癫痫病的哥哥终日因为发作而惶恐不安导致精神失常。哥哥三年的住院经历使他体验到精神病患者的苦闷和所受的虐待，于1908年发表了《一颗失而复得的心》，受到社会舆论的重视；在众多学者的支持下，在美国成立了世界上第一个精神卫生组织，以捍卫精神病患者的合法权益。随着对精神药理学研究的深入，锂盐 (Cade, 1950年)、盐酸氯丙嗪 (Delay 和 Deniker, 1952年)、苯二氮草类 (Sternbach, 1954年) 和丙咪嗪 (Kuhn, 1957年) 相继问世，大大地提高了治疗效果，改善了精神病院的管理，更让众多的患者、家属乃至精神卫生工作者们看到了曙光，为精神障碍的社区治疗和康复创造了条件。

六、非住院化运动

20世纪60年代开展的“非住院化运动”还使众多患者从幽闭的精神病院返回社区和家中；精神医学的发展开始进入“加速期”，精神病患者的生存状况得到了前所未有的改善。这也是精神科康复的起源。

第二节 精神障碍的康复

一、康复医学形成及相关理论

康复医学作为一门新兴医学学科，形成于1910—1940年，确立于