

◎ 全国高等医学院校配套教材

● 供高职高专护理、助产等专业类用

精神科护理学

要点提示与习题

主审 ● 毛富强

主编 ● 杜昭云

 人民军医 出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

全国高等医学院校配套教材

供高职高专护理、助产等专业类用

精神科护理学

要点提示与习题

JINGSHENKE HULIXUE
YAODIAN TISHI YU XITI

主 审 毛富强

主 编 杜昭云

副主编 侯安营 张 俐

编 者 (以姓氏笔画为序)

毛富强 天津医科大学

李 洁 天津医科大学

杜昭云 济宁医学院

张 俐 第三军医大学

张丽霞 包钢第三职工医院

侯安营 河北大学附属河北省第六人民医院

高 翔 西北民族大学医学院

高晓翠 济宁医学院附属第二医院

梁 菁 柳州医学高等专科学校

曾 毅 南方医科大学



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

精神科护理学要点提示与习题/杜昭云主编. —北京:人民军医出版社,2007.7

全国高等医学院校配套教材

ISBN 978-7-5091-0996-0

I. 精… II. 杜… III. 精神病学:护理学—医学院校—教学参考资料 IV. R473.74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 077318 号

策划编辑:徐卓立 文字编辑:谭百庆 责任审读:刘平

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:8.25 字数:193千字

版、印次:2007年7月第1版第1次印刷

印数:0001~4000

定价:16.00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

电话:(010)66882585、51927252

使用说明

本书是人民军医出版社出版的全国高等医学院校规划教材《精神科护理学》(供高职高专护理、助产等专业类用)的配套辅助教材。该系列配套教材共 28 种,根据高职高专护理、助产等专业的学生特点及知识结构编写,内容丰富、实用。正确使用本书有助于学生课后复习,加深理解,强化记忆,提高学习效率。

每本辅助教材基本按照以下四个层次编写。

【大纲要求】 根据国家教育部相关教学大纲,参考护士执业资格考试大纲,按掌握、熟悉、了解三级要求编写。

【重要知识点】 按照教材的章节结构,围绕需要掌握及熟悉的重要知识点进行简要概括,强调重要知识点的归纳总结,提炼教材要点;力求帮助学生抓住基本的学科框架,复习消化好课堂上学到的知识。部分分册在这一部分中根据学科自身学习需要做了一些调整或补充,如增加了“知识框架”、“知识拓展”等。

【练习题】 基本题型有选择题、名词解释和简答题,个别分册有填空题。其中选择题包括 A₁、A₂、A₃/A₄、B₁、X 型等多种题型。各种题型特点如下:

A₁ 型题: 单句型最佳选择题。每一道试题题干下有 A、B、C、D、E 五个备选答案。只选择一个最佳答案。

A₂ 型题: 病例摘要型最佳选择题。每道试题题干为一个小案例,其下有 A、B、C、D、E 五个备选答案,只选择一个最佳答案。

A₃/A₄ 型题: A₃ 型题为病例组型最佳选择题。先提供一个案例作为共用题干,以下设若干道试题,每一道试题下面有 A、B、C、D、E 五个备选答案,只选择一个最佳答案。A₄ 型题为病例串型最佳选择题。题型基本同前,但下设的若干道试题中有资料的补充或变化。

B₁ 型题: 标准配伍题。先提供 A、B、C、D、E 五个备选答案,以下设若干道试题,每一道试题只能在备选答案中选择一个最佳答案,备选答案可能被选择一次、多次或不被选择。

X 型题: 多项答案选择题。每一道试题题干下有 A、B、C、D、E 五个备选答案。正确答案 2 个或 2 个以上。

【参考答案】 给出试题中选择题的参考正确答案,名词解释和简答题的答题要点,供学生课后自学及复习巩固、强化重要知识点使用。

本系列书可以作为护理、助产类高职高专教材的教学辅助用书,其中部分基础医学相关分册还可作为临床医学、医学技术等专业的教学辅助用书;而且也非常适合护理人员作为自学考试、执业考试和继续教育的参考用书。

目 录

第 1 章	绪论	(1)
第 2 章	精神障碍基本知识	(7)
第 3 章	精神科护理基本技能	(23)
第 4 章	器质性精神障碍患者护理	(39)
第 5 章	精神活性物质所致精神障碍患者护理	(49)
第 6 章	精神分裂症患者护理	(54)
第 7 章	情感性精神障碍患者护理	(64)
第 8 章	神经症与癔症患者护理	(73)
第 9 章	应激相关障碍患者护理	(84)
第 10 章	心理因素相关生理障碍患者护理	(93)
第 11 章	儿童青少年期精神障碍患者护理	(101)
第 12 章	精神障碍治疗过程中护理	(106)
第 13 章	精神障碍患者家庭护理与社区防治	(116)



大纲要求

掌握:

1. 精神障碍、精神医学、精神科护理学等基本概念。

2. 护理人员的职业要求。

熟悉:

1. 精神科护理学的主要任务。

2. 精神科护理的工作内容。

了解:

1. 精神医学的发展史,以及各个发展阶段的重要代表人物和主要贡献。

2. 精神科护理学的发展史,以及各个发展阶段的重要代表人物和主要贡献。



重要知识点

1. 精神科护理相关概念

(1) 精神障碍既往被称为精神疾病,是指在理化、生物、心理、社会等各种因素作用下,导致大脑功能紊乱,出现知(认知)、情(情感)、意(意志行为)等方面的改变,伴有主观痛苦体验和(或)社会功能损害的一类具有诊断意义的精神方面的问题。

(2) 精神医学是研究精神障碍的病因、发病机制、临床表现、治疗、预防和康复的一门学科。精神医学包括精神病学与精神卫生学两个主要方向。

(3) 精神病学是医学门类中临床医学的一个分支学科,重点是研究已患病个体的诊断和治疗。

(4) 精神卫生学是医学门类中预防医学的一个分支学科,重点是研究精神障碍的病因和预防,以预防精神障碍的发生,进而维护和促进正常人群的心理健康水平。

(5) 精神科护理学是以精神医学理论为指导,以一般护理学方法为基础,研究对人类异常精神活动和行为的护理、保健和康复的一门学科。它是精神病学的一个重要组成部分,又是护理学的一个分支,是建立在护理学基础上的一门专科护理学。

2. 精神科护理学的任务

(1)研究和实施对精神障碍患者科学管理的方法和制度,确保患者安全,使其在舒适、愉快、安全的环境中生活。

(2)研究和实施接触、观察精神障碍患者的有效途径,通过各项护理工作及护理人员语言、行为与患者保持良好关系,开展有针对性的心理护理。

(3)研究和实施对各种精神障碍患者的护理。

(4)研究和实施对精神障碍患者各种治疗的护理,确保医疗任务的顺利实施。

(5)研究与实施维护患者的权利与尊严,使其得到应有的尊重与合适的治疗;培养和训练患者生活能力、社会交往能力,在疾病好转后能及时回归家庭与社会。

(6)研究与实施怎样在精神科治疗机构中密切观察病情变化,详细记录,协助诊断,防止意外事件的发生;并为医疗、教学、科研、法律和劳动鉴定等积累重要资料。

(7)研究与实施在患者及家庭。社区中开展精神卫生宣传教育工作,对精神病患者做到防治结合、医院与社区结合,为患者回归社会做出贡献。

3. 西方精神医学发展简史

(1)史前时期:人类相信神话,认为所有的事情(包括健康与疾病)都与超自然有关。

(2)希腊罗马时期:希波克拉底首创体液学说,他还将各种病态的精神兴奋归于一类称为躁狂症,而将相反的情况称为忧郁症,这是精神病理现象最早的概括和分类。希波克拉底在当时就认为精神现象是人脑的产物而非鬼神作祟,他被认为是把精神疾病的概念引进医学的第一人。柏拉图主张个人的心理发展与家庭和教育有关,精神病患者应该在家里受到亲属很好地照顾,他们应该受到法律保护,因此他被认为是法律精神医学的首倡者。

(3)中世纪时期:宗教神权是真正的统治者,无数精神病患者由于被认为“魔鬼附身”而受到火烧、拷打、头部钻洞等酷刑,很多人甚至被折磨至死。在欧洲各地设立大量的疯人院,将患者长期捆绑和监禁,过着不见天日、牛马不如的生活。这一阶段是精神医学的发展史上的倒退时期,也是最黑暗的时期。

(4)资产阶级革命时期:法国精神病学家比奈尔在1793年去掉了精神病患者身上的铁链,主张人道地对待患者,被认为是精神医学的第一次革命。英国医生杜克1796年设立了杜克收容所,为精神疾病患者提供人道主义服务,从此收容精神病患者的疗养院才有了医院的形式。

(5)现代医学时期:克雷丕林在1883年创立了“描述性精神医学”,明确地区分了两种精神病,一为躁狂忧郁性精神病(现称情感性障碍),一为早发性痴呆(现称精神分裂症),直到现在依然是精神病学分类的依据,因此他被认为是现代精神病学之父。诺格契1913年在进行性脑麻痹患者脑中发现梅毒螺旋体,而提出精神病的“器质性病因论”。犹太裔奥地利人弗洛伊德创立心理分析学派,他利用自由联想和梦的解析去了解人类的心理症结,并奠定动力精神医学的基础,弗洛伊德的成就不但突破了器质性病因论研究的瓶颈,将精神医学带入“心因性病因论”的研究范畴,同时也被认为是精神医学的第二次革命。恩格尔1977年提出生理—心理—社会的综合病因模式,主张各种疾病(含精神障碍)的发生是个体生物物质弱点,加上心理冲突和社会压力所共同造成的。不同的疾病,三个侧面的因素所占比重不同。这种病因学观点目前得到世人的普遍认同。焦瑞克于1917年创造高热疗法,打破了精神病不可治疗的观念。沙寇于1933年创造出胰岛素昏迷疗法。梅德纳于1935年采用药物引发痉挛,称为药物痉挛疗法。却雷提与比尼于1938年尝试用电流引发痉挛,也就是现在临床使用的电休克疗法。1952年发明的氯丙嗪,是第一个抗精神病药物。它能迅速改善精神病患者的症状,使许多被认为需

要终生隔离住院的患者,能完全康复而回到自己家中。抗精神病药物的问世是精神病学的一个新的里程碑,也使得以往监禁式的精神病院管理改为开放式的治疗变成可能。

4. 中国精神医学发展简史

(1)古代时期:在我国很早就有关于精神障碍现象的文字记载,如《尚书·微子》。《内经》把人的精神活动归之于“心神”的功能,还论述在剧烈的情感变化下,可引起精神异常,如“怒伤肝,喜伤心,虑伤脾,忧伤肺,惊伤肾”等。秦汉的医学著作中,对诸多精神症状作了比较详细的描述,归类为“狂”、“躁”、“谵妄”、“癫”等名称。至金元时代,临床观察进一步深入,精神障碍的分类更为细致,治疗方面也做了大量的尝试。

(2)近代时期:19世纪末开始,国外精神病学发展加快并开始传入我国。国外一些教会在我国相继成立了精神病院与收容所,西方的现代精神病学理论也逐渐传入我国。

(3)现代时期:中华人民共和国成立后,我国精神病学进入了一个新的历史时期。特别是20世纪80年代改革开放以来,我国社会经济和医药卫生事业有较迅速的发展,精神病学的临床、教学、研究工作都开始繁荣起来,正在逐步走向世界。

5. 精神科护理发展简史

(1)萌芽期(1890年以前):英国医师希契1814年将疗养院改为医院体制,并聘任使用受过训练的女性担任护士照顾患者,可以成为精神科护理的先驱。美国人理查兹女士1873年从事精神病患者的照顾,然后在伊利诺伊州市立精神病医院制定出一整套精神科护理计划。她主张精神科患者的照顾质量应与内外科患者的相同,她奠定了精神科护理的基础模式。创设于1882年的马克林医院是美国最早专门为训练精神科护理人员而开办的护理学校。

(2)成长期(1890~1940年):由于医学理论和精神科治疗方法的快速发展,精神科护理的角色在19世纪末和20世纪上半叶逐渐有了改变。1883年克雷普林创立描述精神医学,精神科护士的角色与功能由照顾患者日常生活,扩展为协助观察和详细记录患者的症状,以便于医生诊断和治疗。各种躯体治疗方法被精神医学领域广泛接受,使得精神科护理工作必须运用内外科护理技术来照顾患者。各种心理治疗的提倡,也使得精神科护理工作不仅要给予患者身体上的照顾,也要运用心理学的理论和知识来指导患者。

(3)成熟期(1940年至今):1946年美国通过《国家精神卫生法案》,成立精神卫生研究机构,积极训练精神科专业护士。1952年佩普洛出版了《护理的人际关系》,是第一本系统的精神科护理专著。仲斯于1953年在英国推行了“治疗性社区”以缩短患者和社区之间的距离。1963年以后,在社区精神卫生运动的推动下,精神科护理的工作范围也逐渐扩展至精神障碍的预防性工作。1977以后,随着医学模式的转变,现代精神科护理的概念已从传统的生物医学模式中单纯护理患者的躯体问题扩展至应用生理—心理—社会医学模式来关心与护理患者。护理工作内容也大为扩展,涵盖了一至三级精神卫生预防的内容。精神科护理人员的责任也变得更为重大,需要掌握的专业知识也需要不断增加,这样才能更为有效地配合医生治疗,帮助患者能真正从医院重返社会。

新中国成立以后,中国的精神科护理事业开始逐步走上正轨,各级精神病院在全国各地先后建立,大量受过培训的护士加入到精神科护理专业队伍。1985年10月在济南召开了第1次全国精神科治疗护理学术交流会,1990年中华护理学会成立了精神科护理专业委员会。

6. 现代精神科护理的内容

(1)安全护理:精神障碍患者由于精神、行为异常,需要安全护理。尤其是对那些处于症状

活跃期及某些如自伤、自杀、攻击、出走等。具有危险性行为的患者,更要加强安全护理。对意向倒错捡食脏物的患者,还要严防患者吃入有害物品。

(2)卫生护理:有的患者生活不能自理,护理人员入院时要协助患者做好个人卫生;保证患者定时洗澡与更衣,定期理发,修剪指(趾)甲;洗澡时要有护理人员陪同,防止患者烫伤或摔伤;要做好晨晚间护理,对女患者要管理好经期卫生;对卧床患者及体弱者要重点护理。

(3)饮食护理:对吞咽困难和拒食的患者,护理人员要按时、按量、按病情需要给患者以适宜的饮食,保证患者营养物质和水分的摄入。必要时给予鼻饲或输液。此外,还应注意患者进食过程中的安全。对食欲亢进,不知饥饱或暴饮暴食者,要适当限制入量,必要时可单独进食。对一般集体进食的患者,也要有工作人员照顾,并预防个别患者利用餐具自伤或伤人。

(4)睡眠护理:护理人员要为患者入睡创造良好的条件。要动作轻,说话轻,保持环境安静。患者要遵守作息制度,白天卧床时间要短,以免引起睡眠时间倒置。夜间睡眠前要避免同患者进行有刺激性的谈话,若发现患者在床上辗转不安或经常去厕所,或蒙头大睡,更应经常观察,防止患者乘人不备自杀或逃离病房而发生意外。

(5)治疗护理:精神疾病的患者缺少对疾病的自知力,不认为自己有病,因此无求治要求,甚至强烈反对接受各种必要的治疗。在进行各项治疗之前,要耐心反复地向患者讲清治疗的目的和意义,以取得患者的合作。治疗前要充分做好准备工作,治疗时要严肃认真,治疗后要注意观察治疗反应,加强护理。服药是常用的治疗方法。必须保证患者按医嘱服药。发药时要先易后难,最后给拒绝服药者发药。发药时要精力集中,严格“三查八对”。要严防患者吐药或藏药,必要时检查口腔。对于拒不服药的患者,应及时向医师报告,改换给药途径或治疗方法。

(6)心理护理:心理护理的重点是启发和帮助患者以正确的态度面对疾病,从而认识到治疗的重要性和必要性,打消各种不必要的顾虑,积极主动配合治疗。要调动患者主观能动性,鼓励患者以坚强意志和乐观精神去战胜疾病过程中出现的各种困难。心理护理的成败,取决于护理人员专业知识的程度,优良的服务态度和工作的技巧与方法。

7. 精神科护理人员的职业道德要求

(1)责任感和事业心:精神科护理的人员应充分认识到护理工作对社会、对患者的价值,能面对患者的异常行为,能不厌其烦耐心细致为患者提供护理,能充分理解患者的痛苦,能严格履行职责,避免工作中出现任何疏忽。

(2)奉献精神:由于精神疾病的特点,精神科专业的护理人员要有全心全意为患者服务的精神,有献身专业、患者、全心全意为患者服务的精神和意愿,坦然接纳患者的不当言行。

(3)尊重与关怀:在执行护理活动中,须主动接触患者,关心患者的感受,照顾患者生活和尊重其个人价值。

(4)友善与宽容:精神患者可能因精神症状的影响而表现出某些不恰当的言行,护士应对患者持友善、宽容、诚恳、希望、接纳的态度,使患者感受护士所传达的信息具有积极的意义。

(5)客观公正的态度:护理人员是患者行为的直接观察者,有效的护理应从密切观察患者生活开始,包括其生理、情绪、精神、人际和社会经济状况等多方面的影响因素。

(6)维护患者权利:护理人员须维护患者的利益和权利,保护患者隐私,使之不受伤害。

8. 精神科护理人员的专业知识和技能要求

(1)了解精神医学基本知识:精神障碍是一种临床疾病,因此精神科护理人员首先要掌握

精神病学、精神卫生学等基础知识。对于了解基本的发生、治疗和康复过程,患者提供安全的治疗环境、生活照顾,躯体治疗等具有重要意义。

(2)掌握护理学知识与技术:作为精神科护理人员除了要认真学习和掌握内外科护理学、护理学基础知识和技术以外,还要重点掌握精神科护理学的知识和技术,更好地为患者服务。尤其是在患者有自伤、伤人或暴力、侵犯等行为时,更需具备立即处理并制止其行为扩大的能力。

(3)学习心理学知识与技术:精神障碍的许多治疗与护理过程都需要心理社会学的知识与技巧。因此,精神科护理人员除了掌握医学知识,还要努力学习心理学知识和技术。

9. 精神科护理人员的心理素质要求

(1)健康人格:在与患者的互动关系中,精神科护理人员的人格与行为对患者起着很大的影响。护理人员须注意培养自己健全成熟的人格。

(2)自我认知:护理人员须培养自我认知及了解他人的能力。在护理过程中,护士需要及时、准确地了解患者行为及情绪需要,使用恰当适宜的方法与患者接触,从而帮助患者康复。

(3)情绪稳定:精神科护理人员需要培养控制把握情绪的能力,有的人接触精神病人后,对自己的精神健康状态感到忧虑,容易对患者产生认同,甚至将患者的问题带入自己的感情世界,影响自己的情绪和生活。精神科护理工作常会使人紧张、焦虑,护理人员需保持乐观、幽默,学会适当放松自己,必要时寻求支持帮助,增加自我安全感和自信心,以稳定工作情绪。

(4)同理心:设身处地的去了解患者言行的意义和需要,是护理工作者应具备的一种心理素质,真诚付出爱心与耐性,关心、照顾患者,并给予适宜的护理处置。

(5)耐心与毅力:由于精神疾病的特点、患者的进步有可能不明显或经常反复。护士需有时间和毅力,对患者保持一致性的态度,将所有可以帮助、支持、鼓励患者迈向健康的专业知识和技巧等都应用到治疗过程中,以促进患者的健康。



练习题

(一) 选择题

A₁ 型题

- 精神病学属于那个学科的分支()
 - 心理学
 - 生物医学
 - 行为医学
 - 临床医学
 - 预防医学
- 关于精神病学与临床其他学科的关系,下列说法错误的是()
 - 躯体疾病的症状可以作为心理应激导致焦虑、抑郁等情绪反应
 - 各种躯体疾病均可影响大脑功能而出现精神症状
 - 临床上某些药物可导致精神异常
 - 精神疾病可以伴随一系列的内脏和代谢功能紊乱
 - 精神异常可以使某些药物的疗效下降
- 不属于精神障碍范畴的是()
 - 阿尔茨海默病
 - 酒依赖
 - 人格障碍
 - 攻击行为
 - 抑郁症
- 当前广泛提倡的新的医学模式是()
 - 生物医学模式
 - 整体平衡模式

- C. 心理社会模式 D. 生物—心理—社会医学模式
E. 社会文化模式
5. 根据世界卫生组织(WHO)1999年的统计,精神障碍分别占中低收入国家和高收入国家疾病的总负担比重分别是()
A. 11%;24% B. 8%;15% C. 6%;10% D. 15%;30% E. 5%;15%
6. 在全球疾病负担中排首位的精神障碍是()
A. 酒依赖 B. 双相障碍
C. 药物依赖 D. 精神分裂症及相关障碍
E. 抑郁障碍
7. 在1793年去掉精神病患者身上的铁链,主张人道地对待患者,被认为是精神医学的第一次革命的法国精神病学家是()
A. 杜克 B. 比奈尔 C. 克雷丕林 D. 诺格契 E. 仲斯
8. 精神医学的第二次革命是指()
A. 比奈尔的“去除精神患者枷锁”
B. 诺格契的“器质性病因论”
C. 弗洛伊德的“心因性病因论”
D. 克雷丕林的“描述性精神医学”
E. 恩格斯的“综合病因模式”
9. 电休克疗法发明者是()
A. 焦瑞克 B. 梅德纳 C. 却雷提 D. 比尼 E. C和D
10. 第一个抗精神病药物氯丙嗪发明于()
A. 1917 B. 1933 C. 1935 D. 1938 E. 1952
11. 主张精神科患者的照顾质量应与内外科患者的相同,奠定了精神科护理的基础模式的是()
A. 希契 B. 佩普洛 C. 仲斯 D. 理查兹 E. 马克林

(二)简答题

1. 精神科护理学的主要任务。
2. 精神科护理学的主要内容。
3. 精神科护理的职业道德要求。
4. 精神科护理的专业知识和技能要求。
5. 精神科护理的心理素质要求。

 参考答案

(一)选择题

1. D 2. E 3. D 4. D 5. A 6. E
7. B 8. C 9. E 10. E 11. D

(二)简答题

1~5 题答案参见第1章重要知识点部分。
(毛富强 赵世朋)



大纲要求

掌握:

1. 常见的精神症状。
2. 中国精神障碍分类。

熟悉:

1. 精神障碍的心理、社会学因素。
2. 精神障碍的诊断标准。
3. 精神症状的特点。

了解:

1. 精神障碍的生物学病因。
2. 国际精神障碍分类。
3. 美国精神障碍分类。



重要知识点

1. 精神障碍的生物学因素

(1) 遗传: 目前的研究认为, 所谓的“功能性精神病”都具有遗传性。精神障碍属于一种多基因遗传方式, 多种致病基因没有哪一个起决定性作用, 都只起微弱的致病作用。这种多基因遗传所致的患病倾向(又称遗传度)越高, 受环境因素影响就越小, 就越易患病。

(2) 躯体因素: 脑器质性疾病可导致精神障碍。此外, 感染或者一些内脏系统等疾病, 如果引起水电解质平衡失调、衰竭、缺氧、毒性中间代谢产物等均会影响脑功能而产生精神症状。

(3) 理化因素: 颅脑的外伤可以引起脑组织损伤, 也可导致短暂的或迟发而持久的精神障碍。精神活性物质或有毒物质, 均可影响中枢神经系统功能导致意识障碍和精神障碍。

(4) 其他因素: 一些精神障碍的性别比例有明显差异。不同的年龄可发生不同的精神障碍, 有些精神障碍在不同年龄发病率也不同。

2. 精神障碍的心理社会学因素 精神障碍和其他躯体疾病一样是生物、心理、社会(文化)因素相互作用的结果, 心理社会因素在精神障碍的发生和发展过程中所起的作用更大一

些。心理、社会学因素既可作为原因因素在精神障碍的发病中起重要作用,也可以作为相关因素影响精神障碍的发生、发展,还可以在躯体疾病的发生、发展中起重要作用。

(1)精神应激因素:精神应激与精神障碍的关系可看成一个致病谱,一端是直接的致病作用,某些强烈的精神应激可能引起精神障碍;另一端则精神应激在疾病的发生中所起的作用很小,至多是诱发因素,疾病的发生主要以生物学因素为主;两端之间疾病的发生与精神应激、行为方式有密切关系,但又与个体的性格与素质密切相关。

(2)社会环境因素:自然环境、社会环境、移民等,均可能增加精神压力,诱发精神疾病。不同的文化环境,亚文化群体的风俗、信仰、习惯也都可能影响人的精神活动而诱发疾病或使发生的精神障碍打上文化的烙印。

(3)人格特征因素:人格特征是先天禀赋和后天环境因素共同作用下形成的,是个体在日常生活所表现出来的具有稳定性的情绪和行为特征。现代研究认为,病前的性格特征与精神疾病的发生密切相关,不同的性格特征的个体所患的精神疾病类型亦不同。

3. 精神障碍的中国和美国诊断标准

(1)中国诊断标准:诊断标准包括内涵标准和排除标准两个部分。内涵标准又包括症状学、病情严重程度、功能损害、病期、特定亚型、病因学等指标,其中症状学指标是最基本的,又分为必备症状(典型症状)和伴随症状(非典型症状)。

(2)美国多轴诊断:所谓多轴诊断是指采用不同层面或维度来进行疾病诊断的一种诊断方式。目前使用的 DSM-IV 共有 5 个轴。①临床障碍。轴 I 用于记录除人格障碍和精神发育迟滞以外的各种障碍,也包括可能成为临床注意焦点的其他情况。②个性障碍。轴 II 除记录报告人格障碍和精神发育迟滞以外,也记录突出的适应不良的人格特征和防御机制。③躯体情况。轴 III 用于记录目前的躯体情况,它与认识和处理患者的精神障碍可能有关。④社会心理和环境问题。轴 IV 用于报告心理社会和环境问题。⑤全面功能评估。轴 V 用于医师对患者的整个功能水平的判断。

4. 精神障碍常用分类体系

(1)国际精神障碍分类。世界卫生组织 1992 年公布《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第 10 版(ICD-10),其中第 5 章是关于精神障碍的分类:①器质性(包括症状性)精神障碍;②精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍;③精神分裂症和其他精神病性障碍;④心境(情感性)障碍;⑤神经症性、应激性及躯体形式障碍;⑥心理生理障碍;⑦人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍;⑧精神发育迟滞与儿童少年期心理发育障碍;⑨儿童少年期行为与情绪障碍;⑩待分类的其他精神障碍。

(2)美国精神障碍分类。美国精神病学会目前采用的是 1994 年的第 4 版(DSM-IV)。DSM-IV 将精神障碍分为 17 类:①儿童少年期精神障碍;②脑器质疾病所致精神障碍;③躯体疾病所致精神障碍;④与成瘾物质使用有关精神障碍;⑤精神分裂症及其他精神病性障碍;⑥情感性精神障碍;⑦焦虑障碍;⑧躯体形式障碍;⑨做作性障碍;⑩分离性障碍;⑪性及性身份障碍;⑫进食障碍;⑬睡眠障碍;⑭未在他处分类的冲动控制障碍;⑮适应障碍;⑯人格障碍;⑰未分类的其他精神障碍。

(3)中国精神障碍分类。2001 年开始至今应用的是中国精神疾病分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3),共分 10 类(表 2-1)。CCMD-3 的特点是兼用症状分类和病因病理分类,如器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍、应激相关障碍中的某些精神障碍是按病

因病理分类,而精神分裂症、情感性精神障碍、神经症等“功能性精神障碍”则采用症状学分类。

表 2-1 中国精神障碍分类(CCMD-3)

0	器质性精神障碍
1	精神活性物质与非成瘾性物质所致精神障碍
2	精神分裂症和其他精神病性障碍
3	情感性精神障碍(心境障碍)
4	癔症、严重应激障碍和适应障碍、神经症
5	心理因素相关生理障碍
6	人格障碍、习惯与冲动控制障碍和性心理障碍
7	精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍
8	童年和少年期的多动障碍、品行障碍和情绪障碍
9	其他精神障碍和精神卫生情况

5. 精神障碍症状学的概念和特点

(1)异常的精神活动通过人的外显行为(如言语、书写、表情、动作)等表现出来,称为精神症状。精神症状是大脑功能紊乱的表现,是精神障碍临床表现的基本组成部分,也是精神疾病临床诊断的主要依据。研究精神症状及其产生机制的学科称为精神障碍的症状学,又称为临床精神病理学。

(2)精神症状一般具有以下特点:①症状的表现形式和内容明显与周围客观环境不相符;②症状的出现与消失不能自控;③症状给患者带来痛苦或不同程度地损害社会功能。为了判定某一种精神活动是属于病态或属正常,一般应从三个方面进行对比分析:纵向比较,即与患者过去一贯表现相比较,精神状态的改变是否明显;横向比较,即与有着相同文化背景的同群体中的大多数正常人的精神状态相比较,差别是否明显,持续时间是否超出了一般限度;最后应注意结合当事人的心理背景和当时的处境进行具体分析和判断。

6. 精神障碍患者常见感知觉障碍

(1)感觉障碍:主要包括①感觉过敏。是对外界一般强度的刺激感受性增高,如感到阳光特别刺眼、声音特别刺耳、轻微的皮肤触摸感到疼痛难忍等。多见于神经衰弱、癔症等。②感觉减退。是对外界一般刺激的感受性降低,患者对强烈的刺激感觉轻微,甚至完全不能感知。多见于抑郁状态、木僵状态和意识障碍的患者。感觉缺失见于癔症,如失明、失聪等。③内感性不适。又称体感异常,是躯体内部产生的各种不舒适或难以忍受的异常感觉,如牵拉、挤压、游走、蚁爬感等。多见于神经症、精神分裂症、抑郁状态和躯体化障碍。

(2)知觉障碍:①错觉。病理性错觉多见于感染、中毒等因素导致意识障碍如谵妄时多见。但也见于功能性精神病如精神分裂症,后者出现错觉时多与幻觉同时存在。②幻觉。病理性幻觉多见于脑器质性精神病如颞叶病变,谵妄状态、也常见于精神分裂症。幻觉是临床上最常见和最重要的精神病性症状,常与妄想合并存在。根据其所涉及的感官,幻觉分为幻听、幻视、幻嗅、幻味、幻触和内脏性幻觉。按幻觉体验的来源,幻觉还可分为真性幻觉和假性幻觉。真性幻觉体验到的幻觉形象鲜明,存在于患者的外部客观空间,是通过感觉器官而获得的。假性幻觉形象不够鲜明生动,产生与患者的主观空间如脑内、体内。幻觉不是通过感觉器官而获得。按幻觉产生的条件可分为功能性幻觉、反射性幻觉、入睡前幻觉和心因性幻觉。

(3)感知综合障碍:是指对客观事物能感知,但对事物某些个别属性产生错误的感知。感知觉综合障碍多见于器质性精神障碍如中毒、颅内感染、癫痫等,也见于精神分裂症等。①视物变形症。是指患者感到周围的人或物体在大小、形状、体积等方面发生了变化。看到物体的形象比实际增大称作视物显大症;比实际缩小称为视物显小症。②空间知觉障碍。患者感到周围事物的距离发生改变。③时间感知综合障碍。患者对时间的快慢出现不正确的知觉体验。如感到时光飞逝,或者感到时间凝固了。④非真实感。是指患者感到周围事物和环境发生了变化,变得不真实,视物如隔一层幔帐,或像一个舞台布景。对此患者具有自知力,多见于神经症、抑郁症,也可见于精神分裂症。

7. 精神障碍患者常见思维形式障碍 思维形式障碍包括联想障碍和思维逻辑障碍。

(1)思维奔逸:又称意念飘忽,指联想速度加快数量增多、内容丰富生动。患者除表现健谈、滔滔不绝之外,言语联想增快,并因谐音、谐意而转换话题,出现音联和意联,或者因周围环境的改变而改变言谈内容(也称随境转移)。多见于躁狂状态。

(2)思维迟缓和思维贫乏:思维迟缓即联想抑制,联想速度缓慢,患者表现为言语缓慢,语量减少,语调低沉,反应迟钝。常见于抑郁状态。思维贫乏指联想数量进一步减少,概念与词汇贫乏。多见于精神分裂症及精神发育迟滞。

(3)思维散漫:指思维的目的性、连贯性和逻辑性障碍。患者说话东荡西游,对问话的回答不切题,检查者感到交谈对不上焦点。

(4)思维破裂:指概念之间联想的断裂,建立联想的各种概念内容之间缺乏内在联系。表现为患者的言语或书写内容有结构完整的句子,但是各句含义互不相关,变为语句的堆积。多见与精神分裂症。

(5)病理性赘述:患者讲话啰嗦,抓不住重点,不必要的细节和无关的枝节太多,以致掩盖了主要的内容。多见于痴呆、癫痫和其他脑器质性精神障碍。

(6)思维中断:又称思维阻塞,患者无意识障碍,又无外界干扰,思维过程突然中断,是诊断精神分裂症的重要症状。

(7)思维插入:指患者感到有某种思想不是属于自己的,不受他的意志所支配,是别人强行塞入脑中。见于精神分裂症。

(8)思维化声:患者思考时体验到自己的思想同时变成了言语声,自己和其他人均能听到,多见于精神分裂症。

(9)思维扩散和思维广播:患者体验到自己的思想一出现,即尽人皆知,感到自己的思想毫无隐私而言,为思维扩散。如果患者认为自己的思想是通过广播而扩散出去,为思维广播。见于精神分裂症。

(10)病理性象征性思维:为概念的转换,以具体事物来代替某一抽象概念。这一转换是患者所独有的、不经解释旁人无法理解。多见于精神分裂症。

(11)语词新作:患者自创文字、图形、符号,并赋予只有患者本人才能理解的内容。或将不同意思的字融合、浓缩、拼凑在一起。多见于精神分裂症青春型。

(12)逻辑倒错性思维:主要特点是推理完全不合逻辑,既无前提也无根据,或因果倒置,推理离奇古怪,不可理解。一般见于精神分裂症。

(13)强迫观念:又称强迫性思维,指患者脑中反复出现的某一概念或相同内容的思维,明知没有必要,但又无法摆脱。强迫性思维可以表现为强迫性回忆、强迫性穷思竭虑、强迫性对

立思维、强迫性怀疑。强迫思维常伴有强迫动作,见于强迫症。

8. 精神障碍患者常见思维内容障碍 患者表达的思维内容明显违反客观现实。妄想是最常见的思维内容障碍。

(1)被害妄想:患者坚信他被跟踪、被监视、被诽谤、被隔离等。主要见于精神分裂症和偏执性精神病。

(2)关系妄想:患者将环境中与他无关的事物认为与自己有关,常与被害妄想伴随出现,主要见于精神分裂症。

(3)物理影响妄想:又称被控制妄想。患者体验到自己的意志、思想、言语、情感和和行为被某种外力所控制,丧失自主支配的能力。

(4)夸大妄想:患者病态地夸大自我的重要性。坚信自己有非凡的才智、地位、权势、财富和足以改变人类命运的发明创造。不持久、不荒谬的夸大妄想可见于躁狂发作,持久而荒谬的夸大妄想多见于精神分裂症。

(5)罪恶妄想:又称自罪妄想,是患者毫无根据地坚信自己犯了严重的错误甚至罪孽,罪大恶极死有余辜。见于抑郁症,老年期精神障碍,也可见于精神分裂症。

(6)疑病妄想:患者毫无根据地认为自己患了不治之症,因而到处求医,虽经反复、详细的医学检查排除了疾病也不能纠正其想法。多见于精神分裂症,更年期、老年期精神障碍。

(7)钟情妄想:患者坚信自己被异性钟情,即使遭到对方严词拒绝,仍毫不置疑,反复纠缠不休。多见于精神分裂症。

(8)嫉妒妄想:患者无中生有地认为配偶对自己不忠实,另有外遇,因此采取种种手段搜集所谓证据。可见于精神分裂症、更年期精神障碍。

9. 精神障碍患者常见记忆障碍

(1)记忆增强:病态的记忆增强,对病前不能够且不重要的事情都能回忆。可见于躁狂症和偏执状态。

(2)记忆减退:指记忆的四个过程普遍减退,主要表现为再认知的障碍,最突出的是人物认知障碍。可见于神经衰弱、痴呆患者。

(3)遗忘:即回忆的丧失,全部或部分地不能回忆以往的经验。根据遗忘所涉及的时间阶段,一般可分为顺行性与逆行性遗忘。

(4)错构:是记忆的错误,对过去曾经历过的事件,在发生地点、情节,尤其是时间上出现错误回忆,并坚信不疑。往往将日常生活经历中的远事近移,多见于酒精中毒精神障碍和老年痴呆。

(5)虚构:患者以一段虚构的故事来填补他所遗忘的某一片断的经历。所谈内容大部为患者既往记忆的残余。多见于各种原因引起的痴呆。当虚构与近事遗忘、定向障碍同时出现时称作柯萨可夫综合征,多见于慢性酒精中毒精神障碍,也可见于多种脑器质性疾病。

10. 精神障碍患者常见智能障碍

(1)精神发育迟滞:精神发育迟滞是指发生在18岁以前,由于各种原因引起的大脑发育不良,以智力低下和社会适应困难为主要表现。精神发育迟滞可以划分为极重度、重度、中度与轻度精神发育不全四种程度。

(2)痴呆:痴呆有脑器质性病变为基础,后天获得性的智能、记忆和人格的全面受损,但没有意识障碍。根据大脑病理变化性质和所涉及的范围,可分为全面性痴呆和部分性痴呆,前者

可见于阿尔茨海默病,后者可见于血管性痴呆。器质性痴呆根据严重程度可以划分为轻、中、重三度。还有一类患者属于假性痴呆,这是一种功能性的,可逆的,暂时的类痴呆状态,是大脑功能普遍处于抑制状态的表现,可见于催眠状态、木僵状态、反应状态与癔症分离性障碍之中。其中最具特色的有:①童样痴呆,全部模拟幼儿行为。咿呀学语,吸吮手指,见人都叫叔叔、阿姨,进食、大小便要人照料。②刚塞尔综合征,以近似回答为核心症状,可伴有定向障碍,意识朦胧与幻觉。

11. 精神障碍患者常见情感障碍

(1)情感性质的改变:①情感高涨。情感活动明显增加,表现为与环境不相符的过分愉快。情绪在1周以上甚至更长时间内持续增高,增高的程度从轻度愉快、高兴到最高程度的极乐、狂喜或销魂状态。往往同时伴有联想奔逸,言行增多。多见于情感性精神病躁狂症患者。②情感低落。以持续的与所处境遇不相称的情绪低落,历时数周、数月甚至更长时间为特征,感到自己一无是处,毫无生趣,如兴趣、欲望、自信心、前途、体重均有不同程度的下降或丧失,其中最为重要的特点是患者有丧失感,严重者悲观绝望甚至出现自杀观念和企图,常伴有思维迟缓、动作减少和食欲减退等。一般见于抑郁症。③焦虑。病理性的焦虑是指缺乏相应的客观因素情况下,患者表现为惶恐不安,伴有心悸、出汗、手抖、尿频等自主神经功能紊乱症状。严重的急性焦虑发作称之为惊恐发作,常体验到濒死感、失控感、伴有呼吸困难、心率加快等自主神经紊乱症状,一般持续数分钟到数十分钟。多见于焦虑症、恐惧症、更年期精神障碍。④恐惧。表现为紧张、害怕,但一般针对特定的对象、场景或人,并有回避行为,多见于恐惧性神经症。

(2)情感波动性的改变:①情感不稳。主要是情感的变化大,与周围环境不协调,表现为喜怒无常,情感反应极端变化,常夹杂一些古怪动作。多见于精神分裂症青春型,可见与人格障碍,脑器质性精神障碍。②情感淡漠。是情绪反应的降低,对周围事物不关心,失去兴趣,对亲人的情感冷淡,即使目睹惊险、悲惨、欢乐事件亦无动于衷。对自己的精神病症也无所谓。情感淡漠最常见于精神分裂症衰退期患者。③易激惹。是一个相当常见的情绪症状,患者因小事而引起较强烈的情感反应,耐受性降低,持续时间较短暂,表现为情绪反应过于强烈,主要为易怒,也包括易悲、易喜等。

(3)情感协调性的改变:①情感倒错。是指情感表现与其内心体验或处境不相协调,该高兴时反而悲伤。多见于精神分裂症。②情感幼稚。指成人的情感反应如同小孩,反应迅速而强烈,幼稚而缺乏理性,没有节制和遮掩。见于癔症和精神分裂症。

12. 精神障碍患者常见动作行为障碍

(1)精神运动性兴奋:是指整个精神活动的增强,言语动作增多,表现终日忙碌不停,有时出现突然的冲动伤人行为。主要分为两类:①协调性精神运动性兴奋。患者的言语动作增多,与其思维、情感活动的增多相一致,并和环境密切配合。多见于轻躁狂状态。②不协调性精神运动兴奋。患者的言语动作增多,与思维情感活动不相配合,动作单调杂乱,既无动机也无目的,与外界环境也不相协调。可见于精神分裂症青春型。

(2)精神运动性抑制:是整个精神活动的降低,言语动作迟缓减少。患者言语,动作减少,思维迟钝,精神活动感困难,举步艰难、提笔如山,感到力不从心,应做的事完成不了,对于自己的病态与过去正常情况对比,有一定的自知力。①木僵。一种以缄默、随意运动减少或缺失以及无精神运动反应为特征的状态。严重时患者保持一个固定姿势,不语不动,不进饮食,不自