




现代精神疾病 诊疗新进展(上)

刘晓军等◎编著

吉林科学技术出版社

现代精神疾病诊疗新进展

(上)

刘晓军等◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

现代精神疾病诊疗新进展 / 刘晓军等编著. — 长春:
吉林科学技术出版社, 2018. 4
ISBN 978-7-5578-4058-7

I. ①现… II. ①刘… III. ①精神病—诊疗 IV.
①R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第089776号

现代精神疾病诊疗新进展

编 著 刘晓军等
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 674千字
印 张 35
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4058-7
定 价 150.00元 (全二册)

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

P 前言

Preface

医学科技的迅速发展推动了精神医学的发展,精神医学的基础研究和临床研究都取得了显著进步。随着社会变革、城市化、老龄化进程的加快,家庭社会结构的不断变化以及社会竞争和公众心理压力的不断增加,精神卫生问题越来越突出。据统计,五种精神疾病,如抑郁症、情感障碍、酒精滥用、强迫症和精神分裂症的危害最大。精神疾病不仅影响个体健康,而且对他人安全和社会安定也有严重的影响。因此,为了提高精神疾病的知晓率和治疗率,改善广大民众的心理健康水平和生活质量,提高综合性医院和社区卫生服务中心精神科疾病的诊治水平,特编写本书。

本书介绍了精神科疾病的基础知识和基本理论,论述了不同时期的心理卫生、精神疾病的流行病学、分类学、病因学、症状与体征、诊断方法、治疗方法、护理以及常见的临床各类精神疾病。本书通俗易懂,简便实用。适合基层医学工作者、社区卫生服务中心、患者及家属阅读。

感谢各位编委参与本书的编写,在此,对在本书编写过程中提供过帮助的同志们致以诚挚的谢意。书中不妥或谬误之处,望各位专家、广大读者不吝指正。

《现代精神疾病诊疗新进展》编委会

2018年2月

C 目录

Contents

第一章 绪论	(1)
第一节 精神病学与其他学科的关系	(1)
第二节 精神疾病防治现状与发展趋势	(2)
第二章 不同时期的心理卫生	(5)
第一节 心理卫生的概念	(5)
第二节 青少年期的心理卫生	(8)
第三节 青年期的心理卫生	(16)
第四节 中年期的心理卫生	(20)
第三章 精神疾病的流行病学	(25)
第一节 流行病学概述	(25)
第二节 常用的研究方法	(25)
第三节 研究资料的来源与收集	(26)
第四节 常用的测量分析指标	(28)
第四章 精神疾病的分类学及病因学	(31)
第一节 精神疾病的分类学简史	(31)
第二节 国际精神疾病的分类概况	(33)
第三节 精神疾病的病因学	(41)
第五章 精神疾病的常见症状及综合征	(48)
第一节 精神疾病的常见症状	(48)
第二节 精神疾病的常见综合征	(64)
第六章 精神疾病的诊断方法	(67)
第一节 病史采集	(67)
第二节 精神检查	(68)
第三节 住院病历的格式与内容	(74)
第四节 病历分析	(76)
第五节 病历的书写	(78)

第七章 精神疾病的药物治疗	(80)
第一节 概 述	(80)
第二节 抗抑郁药	(81)
第三节 抗精神病药	(86)
第四节 抗焦虑药	(93)
第五节 抗狂躁药	(95)
第六节 心境稳定剂	(96)
第七节 中药治疗	(98)
第八章 精神疾病的心理治疗	(103)
第一节 概 述	(103)
第二节 精神分析	(106)
第三节 森田疗法	(109)
第四节 家庭治疗	(115)
第五节 团体治疗	(118)
第六节 行为治疗	(120)
第七节 认知行为治疗	(122)
第八节 人本主义治疗	(125)
第九节 心理治疗在临床中的应用	(127)
第九章 精神疾病的电抽搐治疗	(132)
第一节 电抽搐治疗的发展史	(132)
第二节 电抽搐治疗的作用机制	(133)
第三节 电抽搐治疗的适应证和禁忌证	(134)
第四节 电抽搐治疗的治疗方法	(137)
第十章 精神疾病的康复治疗	(142)
第一节 精神康复简史	(142)
第二节 精神康复的概念和原则	(143)
第三节 精神康复的程序和步骤	(145)
第十一章 精神疾病的护理	(150)
第一节 精神科护理工作的主要内容与特点	(150)
第二节 精神科疾病的基础护理	(151)
第三节 精神病患者危急状态的防范与护理	(160)
第十二章 失 眠	(171)
第十三章 攻击行为与自杀行为	(188)
第一节 攻击行为	(188)
第二节 自杀行为	(191)
第三节 自杀的有关理论	(195)

第四节	自杀的影响因素	(202)
第五节	自杀的类型、心理过程及心理特征	(206)
第六节	危机干预	(213)
第十四章	精神分裂症	(217)
第一节	精神分裂症的诊断与治疗对策	(217)
第二节	精神分裂症超高危人群的早期干预	(227)
第三节	慢性精神分裂症患者的工娱疗法	(228)
第四节	慢性精神分裂症的精神康复策略	(230)
第十五章	神经症	(234)
第一节	概 述	(234)
第二节	神经衰弱	(238)
第三节	强迫症	(240)
第四节	癔 症	(247)
第五节	恐惧症	(250)
第六节	广泛性焦虑障碍	(252)
第七节	躯体形式障碍	(255)
第十六章	情感障碍	(258)
第一节	情绪与情感及有关概念	(258)
第二节	情绪的心理學基础	(264)
第三节	情感的神经解剖学基础	(266)
第四节	情感障碍的概述	(267)
第五节	情感障碍的分类	(268)
第六节	情感障碍的流行病学	(270)
第七节	情感障碍的病因学研究	(277)
第八节	情感障碍的临床表现	(285)
第九节	情感障碍的诊断方法	(288)
第十节	情感障碍的病程和预后	(293)
第十一节	情感障碍的药物治疗	(296)
第十七章	双相障碍	(311)
第一节	双相障碍的简史	(311)
第二节	双相障碍的流行病学	(312)
第三节	双相障碍的临床概述	(312)
第四节	双相障碍的治疗前评估	(316)
第五节	双相障碍的治疗	(317)
第六节	双相障碍的患者和家属教育	(323)

第十八章	人格障碍	(333)
第十九章	性心理障碍	(345)
第一节	性心理障碍概述	(345)
第二节	同性恋	(348)
第三节	性变态	(348)
第四节	治 疗	(352)
第二十章	癫痫性精神障碍	(354)
第一节	概 述	(354)
第二节	癫痫的分类	(354)
第三节	病因及发病机制	(356)
第四节	癫痫性精神障碍的临床表现	(358)
第五节	癫痫性精神障碍的诊断	(360)
第六节	癫痫性精神障碍的鉴别诊断	(361)
第七节	癫痫性精神障碍的治疗	(362)
第二十一章	应激相关障碍	(365)
第一节	创伤后应激障碍	(365)
第二节	急性应激障碍	(371)
第三节	适应障碍	(373)
第二十二章	精神活性物质所致精神障碍	(376)
第一节	阿片类物质	(376)
第二节	大麻类物质	(378)
第三节	镇静、催眠、抗焦虑药	(379)
第四节	中枢神经系统兴奋剂	(379)
第五节	酒 精	(382)
第六节	烟 草	(385)
第二十三章	脑器质性疾病所致精神障碍	(388)
第一节	临床表现	(388)
第二节	检查、诊断与处理	(391)
第三节	常见疾病	(394)
第二十四章	躯体疾病所致精神障碍	(404)
第一节	概 述	(404)
第二节	内脏器官疾病所致精神障碍	(406)
第三节	内分泌疾病所致精神障碍	(409)
第四节	风湿性疾病所致精神障碍	(424)
第五节	血液病所致精神障碍	(428)
第六节	维生素缺乏所致精神障碍	(430)

第七节	躯体恶性肿瘤所致精神障碍·····	(434)
第八节	躯体感染所致精神障碍·····	(436)
第九节	其他躯体疾病或损伤所致精神障碍·····	(439)
第二十五章	儿童精神障碍·····	(444)
第一节	0~3岁儿童心理发展特点·····	(444)
第二节	3~6岁儿童心理发展特点·····	(446)
第三节	小学生(6~12岁儿童)心理发展特点·····	(451)
第四节	青少年期(12~18岁)个性发展特点·····	(455)
第五节	药物治疗·····	(457)
第六节	心理咨询与心理治疗·····	(460)
第七节	预防、预防模式与理论研究·····	(467)
第八节	品行障碍·····	(471)
第九节	情绪障碍·····	(479)
第十节	抽动障碍·····	(485)
第十一节	注意缺陷多动障碍·····	(492)
第十二节	儿童孤独症·····	(503)
第二十六章	老年精神障碍·····	(514)
第一节	老年人的心理学特征·····	(514)
第二节	老年人常见心理与精神问题·····	(517)
第三节	促进与维护老年人的心理健康·····	(526)
第四节	老年期谵妄·····	(528)
第五节	老年期痴呆与相关行为心理症状·····	(531)
第六节	老年期情感障碍·····	(535)
第七节	老年期偏执障碍·····	(540)
第八节	老年期精神分裂症·····	(540)
第九节	空巢综合征·····	(546)
参考文献	·····	(549)

第一章 绪 论

第一节 精神病学与其他学科的关系

一、精神病学与其他临床学科的关系

在现代医学中,精神病学与其他临床学科的关系十分密切。大脑作为中枢神经系统的高级部分,对来自体内外环境的各种刺激发挥着协调、筛选和整合的主导作用。大脑的功能活动与其他生理系统的功能活动彼此联系、相互制约、共组平衡,以维系人体功能的正常运转。临床上,各种躯体疾病如心血管疾病、各脏器疾病、内分泌功能紊乱、营养代谢性疾病均会影响脑功能而出现精神症状,即所谓躯体疾病所致的精神障碍。反之,脑功能紊乱同样会产生一系列内脏自主神经功能、代谢功能和内分泌功能失调,如抑郁症患者在发病期间会出现月经紊乱、食欲下降、体重减轻、乏力、便秘、失眠及植物功能紊乱等躯体症状;惊恐发作的患者常因心慌气短而首次在内科就诊。特别是神经系统疾病与精神疾病常互为因果,同一疾病过程中既可有神经系统的症状和体征,又可有精神症状,两者并存。可见,精神病学与其他临床学科特别是神经病学的关系何等密切。

二、精神病学与医学心理学的关系

医学心理学(medical psychology)研究心理因素在人体健康和在疾病发生发展过程中所起的作用。在传统医疗活动中,人们常常只看到服务对象的生理、病理活动及生物性的一面,而忽视了其心理活动和社会性的一面。而医学心理学强调整体医学模式,即生物-心理-社会医学模式(bio-psycho-social medical model),其主要任务是研究心理因素在各类疾病发生、发展和变化中的作用,研究心理因素对身体各器官生理功能影响及在康复中的地位。临床心理学探讨了心理因素特别是情绪因素在疾病发生中的作用,可提高对神经症、某些心因性和器质性精神病的认识。临床心理学的各种心理测验,通过对患者进行检查,可为临床诊断提供辅助性依据。心理治疗方法和技术的适用于许多精神疾病的治疗,显著提高了单纯药物治疗的效果,从而对精神疾病的治疗与预防起到了积极的推动作用。

三、精神病学与行为医学的关系

行为医学(behavior medicine)是行为科学与医学相结合而发展起来的一门新兴的医学学科,是将与健康 and 疾病有关的行为科学技术和生物医学技术整合起来应用于疾病的诊断、治疗、预防和康复的边缘学科。行为医学所整合的内容包括人类学、社会学、流行病学、心理学、临床医学、预防医学、健康教育、精神医学、神经生物学等学科的知识。

行为医学关注的重点是与人类健康和疾病有关的、外显的行为,研究对象首先是人。研究问题行为,主要是临床医疗过程中的各种行为问题,确定这些行为问题的原因、性质、程度等,研究改变问题行为的方法、措施,通过治疗手段来去除患者的问题行为,帮助患者培养健康行为,矫正问题行为,改变不合理的生活方式和不良习惯,促进疾病的痊愈和身体康复。

行为医学与自然科学、社会科学、行为科学三大科学体系交叉,它是以研究人类心理行为与健康、疾病的关系为目的,依赖上述三大科学体系,顺应生物—心理—社会医学模式发展的一门交叉而又相对独立的学科。

四、精神病学与基础医学的关系

绝大多数精神疾病的病因和发病机制至今尚未明了,围绕着精神疾病病因学问题,近30年来,世界范围内开展了众多的基础科学研究,如分子生物学、神经内分泌学、分子遗传学、神经生化学、精神药理学以及心理学的理论及相关的新技术,如影像技术、放射免疫技术、微量测定与微观技术等都纷纷应用于精神病的研究中,积累了大量与精神疾病病因及发病机制有关的研究资料,为最终揭示精神疾病病因及推动精神病学的发展奠定了广泛而深入的自然科学基础。

五、精神病学与社会学的关系

人类的思想、风俗习惯、行为举止以及人际交往等,都具有一定的社会根源和相关联的文化背景。这些因素均可影响到精神疾病的发生、发展和转归。因此,社会学知识有助于理解和认识这些因素在精神疾病的发生和转归中所起的作用,有助于人们从生物—心理—社会医学模式研究和探讨精神疾病的发生原因、治疗和预防干预措施。

(陈玉广)

第二节 精神疾病防治现状与发展趋势

一、精神疾病患病现状

随着社会的发展,与人们身心健康息息相关的疾病谱随之变迁。世界卫生组织(world health organization, WHO)在1990年的《全球疾病负担》中报道,传染性疾病等生物因素所造成的疾病负担(burden of disease, BD)已明显下降,非传染性疾病所致的疾病负担正逐渐上升。而后者中尤以精神疾病给人类社会带来的疾病负担为重,在中低收入国家占其总疾病负担的10.5%,高收入国家则达23.5%,2003年卫生部宣布在我国约占总疾病负担的20%。在高收入国家和我国,精神疾病所致的疾病负担已居首位,超过了肿瘤、心脑血管病等所致的疾病负担。因此,精神疾病已成为严重危害人类健康的疾病。

精神疾病的种类很多,国际疾病分类第10版将其分为10大类约100余种精神疾病。现今本领域存在的主要问题在以下几个方面:首先是一些常见精神疾病的患病率呈升高趋势,1993年我国19种精神疾病(神经症除外)的时点患病率(11.18%)和终生患病率(13.47%)均高于1982年(分别为9.11%和11.30%)。其次为一些常见精神疾病的病程迁延,易反复发作而预后差,如单纯药物治疗精神分裂症患者的1年复发率为40%~75%,1年再住院率达39%~56%,其预后中精神残疾率为59.5%。第1次、第2次和第3次发作的抑郁症患者,其复发率分别为50%、70%和90%,其预后与焦虑障碍、酒/药依赖所致精神障碍和冲动控制障碍等精神障碍患者类似,预后中约50%有中重度残疾。第三为人群中精神疾病的知晓率、识别率、就诊率和治疗率皆较低,2002年全国10个卫生监控点知晓率调查,67%的调查对象缺乏精神卫生知识,约90%的抑郁症患者不知自己患病而未及时就医。最后尤为重要,精神疾病患者常严重影响社会安宁,在我国的自杀相关人群中,抑郁症患者约占50%~70%;从1980年至2005年,北京地区精神分裂症患者肇事肇祸约246起,已成为社区较大的安全隐患之一。

二、精神疾病预防及临床诊疗现状

国内外在精神分裂症和抑郁症的一级预防(病因预防)和二级预防方面主要集中在精神分裂症和抑郁

症病因学假说的探索过程和早期诊断方法的研究上,目前尚无一致性结论。精神分裂症和抑郁症的三级预防(预防复发和康复)是目前研究的重点。国内大部分省、市普遍地建立了初级精神卫生社区三级防治网络,但是社区精神卫生服务网络就其形式和内容而言,主要是针对精神分裂症,对抑郁症及其他心理障碍的社区服务尚需进一步完善和加强。

精神疾病临床诊断采用《中国精神障碍分类方案与诊断标准(第3版)》与国际通用的精神疾病诊断标准接轨。在治疗方面现今主要以药物治疗为主,通过国际合作交流,陆续引进了一些非药物治疗方法,如将心理治疗、电痉挛治疗、重复经颅磁刺激、迷走神经刺激等治疗方法应用到精神分裂症和抑郁症的治疗中,提高精神分裂症和抑郁症的治疗率。在疾病的急性期、巩固期和维持期等不同阶段给予相应的生物心理社会干预治疗方法,即采用全病程治疗的方法,提高患者的疗效和减少疾病复发。

三、现阶段精神疾病防治的主要需求

以精神分裂症和抑郁症为例,疾病的预防和诊治需求如下。

(一) 预防需求

一级预防需求:由于精神分裂症和抑郁症的病因和发病机制不清,开展一级预防工作全世界皆在探索过程中。因此,需要开展两类疾病神经发育假说等病因学方面的基础研究。

二级预防需求:有研究提示67%调查对象缺乏精神卫生知识,90%左右的抑郁症患者未及时就医。约40%抑郁症患者第一次看病去的是综合医院,而综合医院医务人员精神卫生知识平均正确率只有58.33%,对抑郁症的识别率不足20%。精神分裂症患者就诊率仅为30%,住院治疗者不足1%;抑郁症治疗比例仅为10%。因此,在精神分裂症和抑郁症的二级预防上,提高其知晓率、就诊率、识别率和治疗率,是今后的重点探讨方向。

三级预防(预防复发和康复服务)需求:目前精神分裂症和抑郁症的康复工作多集中在精神分裂症的初级康复上,尚未开展有效的抑郁症社区康复工作。如何预防两类疾病复发和再住院、防治和康复精神残疾以及防止两类疾病所致不良社会事件发生的研究是今后防治的重点。故需要开发和引进国外先进的精神分裂症和抑郁症的康复技术,建立适合于中国特色的精神分裂症和抑郁症社区康复模式。

(二) 临床诊治需求

由于在精神科疾病诊断主要是依赖于临床表现和病程特点的现象学描述,缺乏客观的评估指标和综合评估体系,致使大量已经具备生物学和心理学改变的患者因尚未满足症状标准而不能得到及时诊断。而精神科临床治疗往往是凭医生的个人经验,医生之间、地区之间在治疗方案上往往差异很大,缺乏对不同精神疾病、不同治疗阶段标准化综合治疗的可操作性模式和适用于精神专科、综合医院及社区等各类医疗机构的标准化干预模式的研究。如何提高专科和非专科医院精神疾病的诊断率和规范性治疗率是将来精神疾病临床诊疗中的研究重点,也是降低精神疾病复发率的技术基础。因此需要开展精神疾病客观诊断方法、规范化诊断程序以及新治疗技术的研究;建立不同疾病、不同治疗阶段、不同医疗机构早期诊断和标准化综合干预模式的研究。

(三) 国外精神疾病的控制可借鉴的经验、模式

国外欧美发达国家、中国香港和台湾地区等对精神分裂症的预防控制模式,目前主要是以社区为基础,急性期给予短期住院治疗的精神疾病防治康复工作,即急性期给予短期住院治疗,一般不超过14日;经过急性期治疗后,通过转介机制,将患者转介到日间医院、中途宿舍或社区等机构给予继续治疗和康复训练。在社区主要由社区精神康复队伍(由精神科医生、社康护士、心理咨询师、职业康复师和社会工作者组成)对患者提供治疗和康复服务,根据患者的病情变化随时转介回医院或康复机构,精神疾病的治疗和康复形成了以社区康复服务为主,精神专科医院提供诊断治疗工作的精神病防治网络,为精神疾病患者提供综合性、便利性、连续性和协调性的治疗康复服务模式,有效地预防了精神分裂症的复发和再住院,降低了精神残疾的发生,促进了精神分裂症患者早日回归社会。

国外针对高危人群开展干预性研究,可以使抑郁症的发病率下降,减少精神障碍的发生。如美国亚利

桑那州开展的离婚者子女精神障碍预防项目,结果提示6年后随访干预组的精神障碍患病率(11.0%)明显低于对照组(23.5%)。

国外在精神分裂症和抑郁症的治疗中除了给予单纯的药物治疗之外,还开展了非药物治疗方法以及社会心理治疗相结合的方法,可以有效地提高疗效,减少复发的可能。如有学者的研究表明在接受同等心境稳定剂治疗的前提下,接受50次家庭治疗的患者与只接受2次常规家庭教育的患者相比,抑郁症状的缓解更明显,缓解期也更长。

四、精神疾病的发展趋势

英国 Nottingham 地区 1978—1980 年和 1992—1994 年两个队列研究中的精神分裂症发病率,从 0.249% 略微提高到 0.287%,经过十余年的变迁,精神分裂症的发病情况基本趋于稳定。美国分别于 20 世纪 80 年代和 90 年代开展的两项调查显示抑郁症的患病率较 10 年前数倍上升。

根据国内的研究也证实精神分裂症的患病水平并未随着时间的推移发生巨大变化,然而抑郁症的患病情况具有增高的趋势。最近 10 年地方区域性精神疾病流行病学调查显示精神分裂症总患病率为 4.84%~7.56%,与 1982 年(5.69%)和 1993 年(6.55%)两次全国性的精神疾病流行病学调查结果相似;而心境障碍(抑郁症、双相障碍)的患病率为 1.38%~8.6%,其患病率高于 1993 年调查结果(0.68%)。北京市三次精神疾病流行病学结果显示精神分裂症患病情况基本趋于稳定,1982 年、1991 年和 1993 年精神分裂症的终生患病率分别为 5.71%、7.17% 和 5.91%。而 2003 年北京市抑郁症流行病学调查显示抑郁症的时点患病率为 3.31%,终生患病率为 6.87%,明显高于全国 1982 年和 1993 年两次流行病学调查结果。随着社会变革和人们生活压力增大,抑郁症患病率和发病率可能进一步增加。

此外,国内外调查显示儿童行为问题、酒与药物滥用、海洛因等毒品成瘾等相关的精神障碍及自杀发生率呈上升趋势,老年精神障碍患者在人群中的比例逐年增高,大、中学生心理卫生问题的发生率也有上升趋势。

精神疾病防治技术的发展趋势主要集中在精神分裂症和抑郁症的研究。目前由于精神分裂症和抑郁症的病因未明,其一级预防即病因预防,全世界尚在继续探索之中,一级预防不仅限于针对疾病危险因素的健康宣教,而且国内外陆续从不同的发病机制假说开展相应的病因学研究。二级预防即“三早预防”,今后的研究重点将主要集中在精神分裂症和抑郁症相关知识的科普宣传和高危人群的研究,通过开展早期预警机制、早期诊断方法的研究,以对精神患者做到早发现、早诊断和早治疗。

精神分裂症和抑郁症的诊断仍以症状学描述性诊断为主,实验室和影像学等诊断检查中尚无客观异常指标发现,今后本病的诊断标准将在症状学诊断、病理学诊断和病因学诊断方面进一步研究。

近十多年来,精神科在治疗上的发展突飞猛进。主要体现在以下方面:精神药物的开发从不良反应较重的传统抗精神病药物向疗效好、不良反应少、依从性高和改善认知功能等方面的新型抗精神病药物研究发展;治疗手段从过去的单纯药物治疗发展到以生物、心理和社会综合干预的治疗模式;精神科的临床治疗从长期住院向缩短患者住院疗程,促进早日回归社会方向发展。

在精神分裂症、抑郁症的康复方面,进一步探索出高效的精神康复技术,改善和恢复其认知功能和社会功能损害,降低精神分裂症和抑郁症的复发率、再住院率和病残率,提高其生活质量而早日回归社会。

(李勇)

第二章 不同时期的心理卫生

第一节 心理卫生的概念

心理卫生的思想起源最早可以追溯到古希腊时代。但是现代心理卫生运动却兴起于 20 世纪初,其发起人是曾患精神病的美国人比尔斯。1908 年,比尔斯根据自己得病前后的经历和体验,写了一本书,名为《一颗找回自我的心》。此书引起了心理学家和社会大众的大力支持和强烈反响,由此开始了一场由美国发起,最后遍及世界各国的心理卫生运动。1908 年,世界第一个心理卫生组织——康涅狄格州心理卫生协会成立,1930 年国际心理卫生委员会成立,1948 年,在联合国教科文组织主持下,成立了世界心理健康联合会(WFMH)。中国的心理卫生运动在 20 世纪 30 年代也开始起步,1936 年,成立了“中国心理卫生协会”,但因抗日战争暴发,实际未开展工作而名存实亡。1985 年,一个真正意义上的中国心理卫生协会终于成立了,该学会的成立对我国心理卫生事业的发展起到了非常重要的推动作用。

那么到底什么是心理卫生?心理卫生的目标又是什么?我们一起来看一下。

一、心理卫生的定义

到底什么是心理卫生,目前尚没有一个统一的定义。从字面意思上来看,心理卫生等同于心理健康或精神卫生,一般认为心理卫生就是指心理健康。一种观点认为心理是研究如何保持心理健康,防止精神病、神经症和其他心理异常的一门学科,是探讨人类用以维护和保持心理健康的原则和措施的一门学问。

另一种观点认为心理卫生指的是一种心理上的健康状态。心理健康是健康的一个组成部分,1946 年,世界卫生组织提出:“健康是一种在躯体上、心理上和社会等各个方面都能保持完全和谐的状态,而不仅仅是没有疾病或病症”。

身体健康很容易理解,至于心理状态满足什么样的标准才算健康,也就是说心理健康的标准,目前尚无一个公认的结论。

常见的心理健康的标准如下。

(一)美国人本主义心理学家马斯洛和米特尔曼的 10 项标准

- (1)有充分的安全感。
- (2)充分了解自己,并能对自己的能力做恰当的估计。
- (3)生活目标、理想切合实际。
- (4)与现实环境保持接触。
- (5)能保持个性的完整与和谐。
- (6)具有从经验中学习的能力。
- (7)能保持良好的人际关系。
- (8)适度的情绪发泄与控制。
- (9)在不违背集体意志的前提下有限度地发挥个性。
- (10)在不违背社会道德规范的情况下能适当满足个人基本需要。

(二)我国心理学家郭念锋先生提出了心理健康的10条标准

1. 周期节律性

人的心理活动在形式和效率上都有着自己内在的节律性,比如白天思维清晰,注意力高,适于工作;晚上能进入睡眠,以便养精蓄锐,第二天工作。如果一个人每到了晚上就睡不着觉,那表明他的心理活动的固有节律处在紊乱状态。

2. 意识水平

意识水平的高低,往往以注意力水平为客观指标。如果一个人不能专注于某种工作,不能专注于思考问题,思想经常开小差或者因注意力分散而出现工作上的差错,就有可能存在心理健康方面的问题了。

3. 暗示性

易受暗示性的人,往往容易被周围环境引起情绪的波动和思维的动摇,有时表现为意志力薄弱。他们的情绪和思维很容易随环境变化,给精神活动带来不太稳定的特点。

4. 心理活动强度

这是指对于精神刺激的抵抗能力。一种强烈的精神打击出现在面前,抵抗力低的人往往容易遗留下后患,可能因为一次精神刺激而导致反应性精神病或癔症,而抵抗力强的人虽有反应但不致病。

5. 心理活动耐受力

这是指人的心理对于现实生活中长期反复地出现的精神刺激的抵抗能力。这种慢性刺激虽不是一次性的强大剧烈,但却久久不能消失,几乎每日每时都要缠绕着人的心灵。

6. 心理康复能力

由于人们各自的认识能力不同,人们各自的经验不同,从一次打击中恢复过来所需要的时间也会有所不同,恢复的程度也有差别。这种从创伤刺激中恢复到往常水平的能力,称为心理康复能力。

7. 心理自控力

情绪的强度、情感的表达、思维的方向和过程都是在人的自觉控制下实现的。当一个人身心十分健康时,他的心理活动会十分自如,情感的表达恰如其分,词令通畅、仪态大方,既不拘谨也不放肆。

8. 自信心

一个人是否有恰当的自信心是精神健康的一种标准。自信心实质上是一种自我认知和思维的分析综合能力,这种能力可以在生活实践中逐步提高。

9. 社会交往

一个人与社会中其他人的交往,也往往标志着一个人的精神健康水平。当一个人严重地、毫无理由地与亲友断绝来往,或者变得十分冷漠时,这就构成了精神病症状,叫做接触不良。如果过分地进行社会交往,也可能处于一种躁狂状态。

10. 环境适应能力

环境就是人的生存环境,包括工作环境、生活环境、工作性质、人际关系等。人不仅能适应环境,而且可以通过实践和认识去改造环境。

(三)许又新先生提出衡量心理健康可以用3个标准

即:体验标准、操作标准和发展标准。这3个标准,也要联系起来综合地加以考察和衡量。

1. 体验标准

是指以个人的主观体验和内心世界为准,主要包括良好的心情和恰当的自我评价。

2. 操作标准

是指通过观察、实验和测验等方法考察心理活动的过程和效应,其核心是效率,主要包括个人心理活动的效率和个人的社会效率或社会功能,如工作及学习效率,人际关系和谐等。

3. 发展标准

着重对人的心理状况进行时间纵向(过去、现在与未来)的考察分析(而前2个标准主要着眼于横向,考虑一个人的精神现状)。发展标准指有向较高水平发展的可能性,并且有使可能性变成现实的行动措施。

(四) 心理学者马建青提出了心理健康的 7 条标准

- (1) 智力正常。
- (2) 情绪协调, 心境良好。
- (3) 具备一定的意志品质。
- (4) 人际关系和谐。
- (5) 能动地适应环境。
- (6) 保持人格完整。
- (7) 符合年龄特征。

(五) 第三届国际心理卫生大会认为的心理健康标志

- (1) 身体、情绪十分协调。
- (2) 适应环境, 人际关系中彼此能谦让。
- (3) 有幸福感。
- (4) 在职业工作中, 能充分发挥自己的能力, 过着有效率的生活。

不同的心理治疗流派关于心理卫生的观点也各有不同: 精神分析理论认为有能力去爱和建设性地开展工作就是心理卫生的体现; 认知理论认为, 适应良好的个体是思想合乎逻辑、理性、具有科学验证精神、不受非理性想法困扰的人; 人本主义认为达到心理卫生状态的人能够自我实现, 即: 具有清晰地洞察力, 具有区别他人虚假不真的能力; 能够接纳自己和别人, 也能够享受独处; 对生命保持不断更新和投入的态度, 可以达到较高层次的适应水平。

笔者认为, 上述各心理健康的标准虽然看起来有些不同, 但是总的来说, 要达到一个心理健康的状态, 至少要满足三个方面, 就是自我和谐、与社会和谐、与自然环境和谐。

其中自我的和谐包括认知能力、情感状态、行为活动三方面的协调和统一, 在此前提下能够经常感受到幸福。

与社会的和谐, 包括有良好的遵守社会规范的能力、良好的人际交往的能力, 能够适应社会环境。

与自然环境的和谐, 我国文化中素来讲究“天人合一”, 人是自然界的一部分, 离开了人类的自然属性去谈论心理卫生是不合理的, 也是不可能达到心理健康的水平。重视人类的自然性包括要有规律的生活, 保持身体健康, 尊重人的生命周期中生理变化的特点, 这一点对于保持心理健康尤为重要。反过来, 心理健康状态又会影响生理健康, 高血压、冠心病、甲状腺功能亢进等心身疾病的发生、发展及转归均与心理健康状态有关系。

上述文中提到的“和谐”, 主要指的是一种主观的感受, 个体如果经常能够感受到这种和谐, 必然会产生一种幸福感。有学者认为: 心理健康是个体的一种主观体验, 是身心和谐的结果。主观幸福感是心理健康的最终表现, 也是个体良好的生理状态以及个体内部和外部和谐的结果。

二、心理卫生的目标

从学科的角度来看, 心理卫生属于医学心理学在预防医学中的分支。因此, 心理卫生的目标应该是致力于预防和矫治各种心理障碍和心理疾病, 进而达到维护和促进心理健康的目的。

心理卫生主要借助于三级预防来达到上述目的。

初级预防: 向人们提供心理卫生知识, 以防止和减少心理疾病的发生。

二级预防: 提供早期诊断和早期干预, 即尽早发现心理疾患, 并及时提供心理与医学的干预。

三级预防: 采取措施减轻精神障碍患者的残疾程度, 提高其社会适应能力。

三、保持心理卫生的条件

(一) 保持心理卫生的生理条件——良好的生理状态

前文提到过良好的生理状态是保持心理健康的一个很重要的影响因素。这一状态至少受到先天因素

和后天的环境因素的影响。

先天因素：包括遗传病、先天畸形、母孕期感染等。

环境因素：包括远离对人体不利的环境因素、规律作息、尽量保持躯体上的舒适。前者相对容易做到。可是在生活节奏日益加快的现代社会，这一点满足起来似乎比较困难。夜生活、加班熬夜、快餐似乎渐渐为人们所接受，也可以说是被接受。然而研究表明，在生理需要不被满足的情况下，人类会出现各种各样的精神问题。比如，睡眠剥夺实验表明，人类在睡眠被剥夺的情况下，可以出现易激惹、幻觉。长期处于疲劳状态下的人在积劳成疾的同时，也会出现各种各样的情绪、行为以及认知方面的问题，包括没有斗志、情绪比较低沉、行为上没有动机，什么都不想做，伴有注意力的问题、记忆力的问题等。

(二)保持心理卫生的心理条件——认识到心理不健康存在的必然性

根据前文提到的心理健康的标准，读者可以很清楚地发现完全满足上述任一学者提到的关于心理健康的标准都是很难的，实际上，心理上完全健康的人是不存在的。因此，从心理的角度来看，保持心理卫生的一个重要前提恰恰是要认识到完全的健康是不存在的，正因为如此，才需要经常调适自己的状态，以达到尽量健康的水平。

作为在心理治疗领域颇有影响力的心理治疗流派，精神分析心理治疗认为，心理治疗的目的是要让来访者能够面对并接受残酷的现实。只有这样才能够最大限度地调整自己去适应外部的现实环境和内部的主观的环境，达到自我的和谐以及与环境的和谐。做到这一点对于每一个人来说都不是很容易，因为人的天性是趋利避害的，有时候所趋的“利”和所避的“害”并不是真实的，而是想象中的，因为人总是很善于歪曲现实，在无意识中欺瞒自己的眼睛和心灵。

下面几节中，笔者要和大家一起来看一下人生各个阶段的生理特点和心理特点，让我们根据目前的研究结果来尽量客观地面对我们自己——人类，这个现实。

(徐凯华)

第二节 青少年期的心理卫生

青少年期是指12~18岁，从儿童过渡到成年，未成熟走向成熟的一个重要阶段。从生理学角度看，青少年时期是生理各方面快速发育，即将具有生育能力的时期；从心理学的角度看青少年是心智达到一定成熟状态，具有抽象与逻辑思考的能力，且情绪较稳定者。这个时期无论生理和心理均发生着巨大的变化，使得青春期的少男少女们感到“成长的烦恼”，也给家长和学校带来许多必须面对的问题。了解与掌握青春期生理和心理发展的特点，可以帮助孩子们顺利度过这一阶段。

一、青少年期主要的生理特点

在生理上，身高和体重的迅猛增长是青少年早期明显的生理特征，随后以肌肉快速增长为主要变化。虽然在10岁以前，儿童脑的重量已成长为成人的95%，但在13岁左右仍出现了大脑发育的第二个加速期，主要表现为大脑沟回的增多和加深，皮质功能趋于平稳，兴奋和抑制功能逐渐平衡，控制和调节能力明显加强，脑和神经系统发育基本完成。同时循环、呼吸、肌肉等各个组织系统的功能也明显增强。

在这个时期，尤为特殊的变化是在内分泌激素的作用下，男女少年第一性征发生了急骤的变化，性器官基本发育至成人水平。同时第二性征也相继出现，如声音，体形的改变和毛发的变化。伴随着性功能发育的成熟，男性出现遗精，女性出现月经来潮。到青少年后期，女生已处于性成熟的阶段，男生则处于性萌动到性成熟阶段。

二、青少年期的心理特点

与生理功能的变化相对应，青少年的心理世界也产生着巨大的变化，这段时期心理的基本特征是充满