

JINGSHENKE

“十一五”规划教材

HULIXUE

丁波 主编

shiyiwu

guihua

jiaocai

新编中等卫生学校护理专业教材

精神科护理学



江西出版集团
江西科学技术出版社

新编中等卫生学校护理专业教材

精神科护理学

主 编: 丁 波

副主编: 赵 南 龚媿姝

编 者 (按姓氏笔画排序)

丁 波 (宜春职业技术学院)

孙肇琴 (赣州卫生学校)

吴 庆 (南昌大学第二附属医院)

姜智荣 (宜春职业技术学院)

赵 南 (新余高等专科学校医学系)

龚媿姝 (宜春职业技术学院)



江西出版集团
江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神科护理学/丁波主编. —南昌:江西科学技术出版社,2008.7
新编中等卫生学校护理专业教材

ISBN 978 - 7 - 5390 - 3360 - 0

I. 精… II. 丁… III. 精神病学:护理学—专业学校—教材 IV. R473.74
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 102963 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcbbs.com>

选题序号:KX2008018

图书代码:X08505 - 101

精神科护理学

丁波主编

出版	江西出版集团·江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市蓼洲街2号附1号
	邮编:330009 电话:(0791)6623341 6610326(传真)
印刷	南昌市红星印刷有限公司
经销	各地新华书店
开本	787mm×1092mm 1/16
字数	150千字
印张	6.5
印数	2000册
版次	2008年7月第1版 2008年7月第1次印刷
书号	ISBN 978 - 7 - 5390 - 3360 - 0
定价	12.00元

(赣科版图书凡属印装错误,可向出版社发行部或承印厂调换)

前 言

精神疾病是指大脑机能活动发生紊乱,导致认识、情感、行为和意志等精神活动不同程度障碍的疾病总称。致病因素复杂,包括先天遗传、个性特征及体质因素、器质因素、社会性环境因素等。

随着社会的进步,人们的工作、生活节奏加快,竞争加剧以及其他社会因素的影响,精神障碍的发病率随之增加。精神障碍患者由于思维、情感、精神行为出现障碍,导致行为失去控制,从而出现一系列症状,尤其有攻击行为的精神障碍患者,伤人、毁物、纵火,破坏性大,甚至影响到自身和别人的生命安全,对社会治安和社会稳定也有一定影响。为使患者得到及时、正确的治疗,抓住康复的机会,根据中专护理专业培养目标和临床护理的实际需要,我们编写了更加贴近当今时代发展的《精神科护理学》,这本书突出了精神科护理的特色,能适应新时期的教学工作要求,帮助学校培养出更多更高水平的精神科护理人员。

本书共八章。第一章介绍了精神医学和精神科护理学的基本概念、发展简史和导致异常精神活动的因素;第二章是精神疾病常见的精神症状与诊断;第三章讲述精神科的各种护理技术和危机干预技术;第四章介绍了精神障碍治疗的几种方法及相应的护理措施;第五章至第七章分别讲述了精神活性物质所致的精神障碍、心境障碍、精神分裂症这三类精神障碍的症状特点、病因、治疗和护理程序的应用,包括护理对象的评估方法、常见的护理诊断、护理目标、护理措施、护理评估等,其中特别突出护理措施的内容;第八章阐述了精神障碍患者的社区与家庭护理。

书中谈到了基本的精神疾病护理技能,专门介绍了几种常见的精神障碍护理方法,以适应精神科护理模式向生物—心理—社会医学模式发展需要。本书注意教学与实践相结合,强调以人为本,开展诊断科学、目标明确、措施有效、评价合理的整体护理。本书可作中专护理专业教科书,还可供临床医护人员学习参考。

由于时间仓促,编者水平有限,书中如有缺点和错误,真诚希望广大专家和读者不吝赐教,我们将衷心感谢。

编者

2008年5月

目 录

第一章 绪 论	第一节 精神医学发展简史	• 2
	第二节 精神科护理发展简史	• 3
	第三节 精神疾病的病因学	• 4
	第四节 精神科护士应具备的条件	• 6
第二章 精神障碍的常见 症状与诊断	第一节 精神障碍的症状学	• 8
	第二节 精神障碍的诊断与分类	• 23
第三章 精神科护理技术	第一节 精神科基础护理	• 25
	第二节 精神科整体护理	• 38
第四章 精神障碍的治疗 与护理	第一节 精神障碍的药物治疗与护理	• 51
	第二节 电休克治疗与护理	• 55
	第三节 心理治疗与护理	• 57
	第四节 其他治疗与护理	• 60
第五章 精神活性物质所 致精神障碍患者 的护理	第一节 概述	• 63
	第二节 精神活性物质所致精神障碍患者的护理	• 66

第六章	第一节	心境障碍概述	• 69
心境障碍患者的 护理	第二节	心境障碍患者的护理	• 73
第七章	第一节	精神分裂症概述	• 78
精神分裂症患者 的护理	第二节	精神分裂症患者的护理	• 84
第八章	第一节	社区精神卫生工作的范围和任务	• 89
精神障碍患者 的社区与家庭 护理	第二节	精神障碍患者的家庭治疗与护理	• 94
实践指导			• 97

第一章 绪 论

【学习目标】

- 了解精神医学和精神科护理学发展简史
- 了解精神科护理学的概念及内容
- 熟悉精神障碍的致病因素
- 掌握精神科护士应具备的条件

精神疾病是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下,大脑功能失调,导致认知、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的疾病。精神病学是以研究各种精神疾病的病因、发病机制、临床病相、疾病的发展规律,以及诊断、治疗、预防和康复为目的的一门学科,它是临床医学的一个分支。

精神科护理学是应用精神病学和护理学知识与技能,从生物、社会、心理三方面研究和帮助精神障碍患者恢复健康,及研究和帮助健康人保持健康和预防精神疾病的一门学科。它是以人类异常精神活动与行为的护理、保健、康复为研究对象,对精神障碍患者实施整体护理的一门独立学科,是精神病学的一个重要组成部分,也是护理学的一个分支。精神障碍患者在精神症状支配下生活不能自理,甚至出现危害自身、他人乃至集体和社会的行为,其本身缺乏对病态的判断和认识。精神科护理意在有效运用护理程序,帮助患者认识疾病,对待疾病,恢复并维持身心健康,保障患者自身及社会安全。

近年来随着医学模式的转变,精神科护理模式逐渐向生物—心理—社会医学模式发展。开展以患者为中心,全面了解患者的思维、情感和行为,正确地分析患者在正常和异常情况下对客观事物的反应,重视患者的心理和社会因素的整体护理,从而找出正确的护理方法,制定相应的护理措施,引导患者正确对待疾病,学习适应社会,帮助患者顺利回归社会,加强完善社区精神卫生保健,进一步体现精神科护理学的作用。精神科护理工作任务包括以下几个方面:

(1) 研究和实施为精神障碍患者提供科学管理方法和制度,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的行为与患者保持良好关系,开展心理护理。

(3) 研究和实施对各种精神障碍患者的具体护理方式。

(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完成。

(5) 研究与实施怎样维护患者的利益和尊严,使患者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和社会。

(6)密切观察病情变化,详细记录。以协助诊断,防止意外事件的发生,并为医疗、科研、教学、法律和劳动鉴定等积累重要资料。

(7)探索和理解每个精神障碍患者的内心病态体验和正常的心理需求,找出正确的护理方法,实施有效的护理措施,给予准确的护理评价,使整体护理在精神科护理中发挥作用。

(8)对患者、亲友及公众开展精神卫生宣传教育工作。积极开展社会精神卫生保健事业,对精神障碍患者做到防与治相结合,认真贯彻执行,以预防为主的方针。

第一节 精神医学发展简史

精神医学是作为医学的一部分发展起来的。祖国医学对精神疾病的记载有 2000 多年的历史。最早有关精神疾病现象的文字记载见于《尚书·微子》:“我其发出狂”,表明在公元前 11 世纪已有“狂”这一病名。到春秋战国时期,中医逐渐形成了较有系统的理论,在我国最古老的医典《黄帝内经》一书中,把人体正常精神活动归之于心,说:“心者,君主之官,神明出焉。”心不仅主持人的精神活动,而且统管人的五脏六腑,说:“心者,五脏六腑之大主也,精神之所舍也。”还论述在剧烈的情感变化下,能引起精神异常,如“怒伤肝,喜伤心,虑伤脾,忧伤肺,惊伤肾”等。到了秦汉,几部古典医学名著对诸多精神症状作了详细地描述,归类为“狂”、“躁”、“谵妄”、“癫”、“痫”等名称。如《素问·阳明脉解》论阳明发狂的症状:“病甚则弃衣而走,登高而歌,或至不食数日,弃垣上屋,所上之处,皆非其素所能也,……妄言骂詈,不避亲疏而歌,……”与《素问·厥论》所论:“阳明之厥,则癫疾欲走呼,腹满不得卧,面赤而热,妄见而妄言。”均是古人对感染中毒性精神障碍患者的观察记录。在这些著作中,概括地论述了这类疾病的病因、发病原理与症状。如“邪入于阳则狂”,其发病机制是阴阳不平衡所致;“重阳者狂,重阴者颠”,二者的鉴别在于表现症状的不一。在当时,我国的精神病学研究处于国际领先地位。

19 世纪国外精神病学发展加快,并开始传入我国,1898 年在广州成立了我国第一个精神病院,随后相继在北京、大连、长沙、上海、成都、南京等地建立了精神病医疗或教学机构,西方的精神病学理论也逐渐传入我国。新中国成立后,我国精神病学步入了一个崭新的发展阶段,各大、中城市均建有精神病院,举办精神病专科医师培训班,先后在全国各地开展了城乡精神病防治工作。随着我国社会经济和医疗卫生事业的迅速发展,精神病学的临床、教学、科研也得到了相应的发展。

在国外,古代精神病学也是作为医学的一部分发展起来的。古希腊最伟大的医学家希波克拉底在公元前 400 余年就提出了精神病的体液学说,他认为人体内存在四种体液:血液、黏液、胆汁、黑胆汁,而这四种体液是由自然界的四种基本元素冷、热、干、湿所组成。他将人分成相应的四种类型:多血质、胆汁质、黏液质和抑郁质。四种体液的正常混合是健康的基础。当某种体液过多或过少时就产生疾病。他认为精神

现象是人脑的产物,强烈反对精神疾病是由于神灵或魔鬼缠身所致的观点。

在中世纪的欧洲,由于宗教和神学统治了医学和其他一切社会领域,迷信、巫术横行,科学被扼杀、被排斥。精神病患者被认为是“魔鬼附身”,因此,将他们送进寺院囚禁起来,使用驱鬼、祷告的方法来“治疗”,或使用各种残酷的方法严刑拷打,甚至被活活烧死等。从19世纪开始,国外精神病学得到迅速发展。法国精神病学家比奈大胆去掉精神病患者身上的枷锁,主张以人道的理念对待患者,使精神病患者从监狱般的囚禁生活中解脱出来,将疯人院变成了真正的医院,开辟了精神病学史上的新纪元。

19世纪末与20世纪初,大批卓越的精神病学家脱颖而出,如国际著名的神经精神病学家克雷丕林,创立了“描述性精神医学”,对精神病学各方面都有详尽的描述,尤其是他明确地区分了两类精神病,一种是躁狂忧郁性疾病(情感性精神障碍);一种是早发性痴呆(精神分裂症),因此他被认为是现代精神病学之父。犹太裔奥地利人弗洛伊德创立的精神分析学派,利用自由联想和梦的解析去了解人类的心理症结,奠定了动力精神医学的基础,将精神医学带入“心因性病因论”的研究范畴。1953年精神药物的发现,使精神疾病能够以科学及客观的方法诊断和治疗,使生物精神医学得到飞跃的发展。

链接

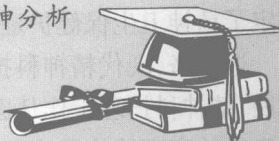
精神医学发展的四次革新

第一次革新:法国精神病学家比奈主张人道地对待精神疾病患者。

第二次革新:犹太裔奥地利人弗洛伊德创立的精神分析学派,将精神医学带入“心因性病因论”。

第三次革新:社区精神卫生运动的开展。

第四次革新:生物精神医学的发展。



目前,现代精神医学在西方已发展成专门的知识领域。而我国精神医学的发展,虽然许多精神疾病很早在医书中就详尽描述,但精神医学始终没有独树一帜,以致精神医学的发展潮流仍以西方为主。今后,中国精神医学如何结合中国文化的特点造福社会,是未来发展的方向。

第二节 精神科护理发展简史

精神科护理是随着精神医学的发展而发展起来的。它的发展无论在国内还是国外都经历了艰难而漫长的道路。

1860年以前,西方国家将严重的精神疾病患者收容在门禁森严的机构里,由男性助理员看守。这些助理员未受过任何训练,其主要任务是持续地控制及制服患者,无

法谈及照顾患者。

1873年美国的琳达·理查女士在照顾精神疾病患者的过程中,主张照顾精神疾病患者的质量至少应相等于躯体疾病患者的照顾质量,制定了精神科护理基础模式。因此她被称为精神科护理的先驱者。1882年,美国最早创立了专门训练精神科护理人员的学校,护理教学主要内容是保护及管理的技巧,护理人员的教学内容限制于将内、外科护理沿用于精神科医院的环境中,精神科护理人员主要工作是照顾躯体各项功能,如给药、供应营养、提供个人卫生及参与病房活动。精神方面的内容很少,心理护理在当时的课程中只是提到有耐心及亲切地照顾精神上有障碍的患者。这个倾向一直持续到19世纪末。

由于精神科护理起步晚、发展慢,与基础护理及其他护理学的发展相差近半个世纪,直到1954年前苏联医生普普金写了《精神科护理》一书,该书详细地阐述了精神医院的组织管理,对医护人员的要求及对精神障碍患者的基础护理、症状护理,强调对患者要关心、尊重、爱护,提倡恢复患者的权利,开始废除对精神病人的约束,详细记录患者的症状特点,开始了对症护理。

在我国解放前虽有少数精神病院,但设备简陋,专业人员极少,技术力量薄弱,只有护理员,没有受过训练的护士,采用的是看护式的护理。新中国成立后,精神科护理事业才逐步受到重视,全国各地相继成立了精神病院。1961年在北京、上海等地的精神病院精心培养了我国第一批精神科专科护士,毕业生奔赴全国各地的精神病院工作,加速了精神科护理学的发展。特别是上世纪80年代后,国家卫生部、各级政府、中华护理学会都非常重视精神科护理队伍的建设及精神科护理的科研工作,曾多次组织专家到国外观摩学习、进行学术交流。1990年成立了全国精神科护理专业委员会,并制定了精神卫生保健护理等各项管理制度,使精神科护理工作得到健康有序的发展。

近年来,现代精神科护理学发生了巨大的变化,精神科护理的范畴和内容正逐渐扩展,精神科护理工作从医院护理扩展到社区精神卫生护理、延伸到对社区内精神障碍患者的家庭治疗及康复护理的指导上。精神科护理模式已从传统的生物医学模式中单纯护理患者的躯体问题,扩展至应用生物—心理—社会医学模式来关心与处理患者的躯体、心理、社会功能问题,使患者重返社会。精神科护理正在向开放性、综合性的临床护理方向发展。

第三节 精神疾病的病因学

引起精神疾病的原因有很多,但除器质性精神障碍、心因性精神障碍、少数遗传性疾病(如Down综合征)等精神障碍病因较为确定外,绝大多数精神障碍,包括常见的精神分裂症、情感性精神障碍等疾病的病因至今仍不明了,现在比较一致的观点认为生物学因素(内在因素)是基础,心理、社会因素(外在因素)则是致病的条件,它们在精神障碍的发生、发展过程中起着重要作用。在不同的精神疾病中,不同的致病因素起的作用大小不同。而且,许多精神疾病的发生是多种因素共同作用的结果。

一、生物学因素

(一) 遗传因素

精神障碍与遗传因素之间的关系成为当今精神科学研究的前沿课题和焦点。已有资料显示,许多精神障碍患者家族中精神障碍的患病率较一般人要高,且与患者的血缘关系愈近,发病率愈高。国外报道(1946年)精神分裂症患者的一级亲属精神障碍的患病率比一般人高10~15倍。当父母双方均为精神障碍时,其子女的预期发病率为38.7%~68.1%,比一般人高80~100倍。另外,许多报道均提示单卵孪生的同患率远较双卵孪生子女更高。

(二) 器质性因素

器质性因素包括大脑及躯体发生的各种感染、中毒、颅脑损伤、内分泌紊乱、代谢及营养障碍、脑肿瘤、退行性疾病等因素,直接或间接使大脑的功能紊乱而引发各种精神障碍。如肝性脑病,肺性脑病,肾性脑病等均可导致精神障碍。

(三) 体质因素与个性心理特征

体质包括体型、体力、营养状况、健康水平、对疾病的抵抗力、损伤后的恢复力、精力、耐力等,是在遗传的基础上,在发育过程中内外环境相互结合形成的整个机体机能状态。体质因素与个性心理特征与精神障碍之间的关系一直受到重视,认为不同的体质和个性心理特征的人易患某一类型的精神障碍。

(1) 体型学说认为:躁郁症多见于矮胖型,精神分裂症多见于瘦长型,癫痫多见于正力型。

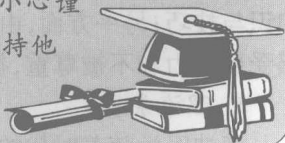
(2) 病前个性心理特征学说则认为:内向性格的人易患精神分裂症,外向性格的人则易患躁狂抑郁症。

链接

性格特征与精神障碍

(1) 34%的精神分裂症患者病前具有分裂性性格:敏感、多疑、孤僻、不善交往、好幻想、做白日梦、情感冷漠,对于他人的表扬和批评无动于衷等。

(2) 强迫症的患者病前具有典型的强迫性格:过分小心谨慎、追求完美、刻板固执、过分迂腐、经常不合情理地坚持他人必须严格执照自己的意愿和方式办事、过分整洁等。



(四) 其他生物学因素

有些精神疾病与性别、年龄有密切关系。如躁狂抑郁症、恐惧症、酒瘾等多见于男性;抑郁症、焦虑症等多见于女性。不同的年龄可发生不同的精神障碍,如儿童期易出

现孤独症、多动症等;青春期易出现神经衰弱、强迫症、癔症、躁狂抑郁症、精神分裂症等;中年期容易出现抑郁、焦虑、妄想等;老年期易出现脑动脉硬化性精神障碍、阿尔茨海默病、帕金森病等。此外,应用某些精神活性物质,如吗啡、海洛因等,以及接触有毒物质如一氧化碳、农药等,均可影响中枢神经系统导致意识和精神障碍。

二、心理学因素

心理学家认为,未能解决的心理冲突,可引起不正当的心理防卫机制,使情绪等心理活动异常,进而影响躯体的健康。一些引起情感波动和紧张焦虑的生活事件(如中大奖、失恋、失业、被盗、丧偶等)和自然灾害(如火灾、车祸、地震、水灾、战争等)均容易引起短暂或持久的精神障碍。

三、社会因素

可影响异常精神活动的产生和发展的社会因素,包括环境因素:如大气污染、噪音、社会巨大变动、紧张的人际关系等;文化因素:如民族文化、宗教信仰、社会风俗等;社会各阶层特征:如社会地位、经济地位、家庭结构等。

第四节 精神科护士应具备的条件

为适应医学模式向生物—心理—社会模式发展,医务人员必须以现代治疗护理理论为指导,以治疗护理程序为框架,针对患者的不同躯体、心理、社会特点提供最佳的治疗护理。结合精神疾病的临床特点,精神科护士应具备以下条件:

1. 职业道德素质

护理人员必须具有高度的责任心、同情心、耐心和爱心,充分认识到精神科护理工作对患者、对社会的价值,提高自身职业的自尊心。具有全心全意为患者服务的精神,充分理解与关心精神障碍患者的痛苦,正确认识精神疾病所造成的异常行为的病态性,尊重患者,维护患者的尊严,保护患者的利益,保守患者的秘密。给予患者人道主义的待遇,帮助患者获得与正常人一样的生活待遇权利和受到尊重的权利。

2. 心理素质

精神疾病的许多病理现象常涉及社会心理因素,心理护理是精神科护理的重要内容之一。护理人员必须具备心理学方面的知识,一方面在其护理过程中使用心理学的知识与技巧;另一方面,由于社会对精神疾病的认识不足和偏见,精神科护理人员往往感受到压力和不被尊重,护理人员要有承受压力及自我调整压力的心理素质。

3. 理论素质

精神医学随着时代的发展,知识在不断更新,精神科护理人员要跟上时代的发展,刻苦钻研,不断丰富、更新自己的专业知识及心理学、社会学等方面的知识,并不断在工作中总结经验,更好地为患者服务。

4. 专业素质

(1)在工作中严格执行各项规章制度,加强病房管理,逐步实施开放管理制度,这

是精神病医院管理的发展方向。

(2) 确保患者在安全、舒适、愉快的环境中生活。保证患者的正常生活待遇。防止一切不良因素给患者带来的躯体和精神痛苦。具体应做到:

①要以端庄的仪表、温和的态度,诚恳的语言对待患者,关心和体贴患者,通过各项治疗护理工作和言行与患者保持良好关系。

②要正确地探索精神障碍患者的正常和异常内心体验,及时发现病情变化,据此作出护理诊断,制定治疗护理目标,实施治疗护理措施。要针对患者开展综合性(包括躯体、心理、康复)护理和包括疾病早期、发展期、恢复期和康复期的全程护理。

③注意患者清洁卫生,入院时要做好日常生活护理,尤其是年老、体弱、卧床患者的重点护理,细心照料患者饮食,并要注意患者睡眠。

④对可能发生意外的患者,要严密观察,掌握病情和活动规律,经常进行劝慰,并按时巡视。对有暴力行为的患者不能放任不管或畏惧躲避,而应机智及时地采取必要措施,予以制止,防止其伤人、毁物。

⑤为患者治疗和护理时,一定要解释清楚目的和注意事项,以取得患者的合作。操作时要态度稳重、技术熟练、动作轻巧。开展心理治疗和心理护理,使患者主动配合治疗护理。

(3) 对恢复期患者应开展工娱活动、康复护理及针对性健康教育。改善患者精神症状,提高社会交往的能力,掌握生活的技能,改变退缩和孤独的心态。

(4) 积极开展精神卫生保健工作。面向社会,贯彻预防为主、防治结合原则。

(5) 团结协作的精神。工作中,护理人员应处理好同事之间、医院各部门之间、患者家属之间的人际关系,与各方面相关工作人员团结协作,提高工作质量与效率。

习 题

1. 什么是精神科护理学?
2. 精神疾病的病因涉及哪些方面?
3. 精神科护士应具备什么条件?

第二章 精神障碍的常见症状与诊断

【学习目标】

- 熟悉常见精神障碍的症状及精神障碍的分类、诊断原则
- 掌握精神障碍症状的特点

第一节 精神障碍的症状学

精神障碍是以精神活动异常为主要临床表现的一类常见疾病,其异常的精神活动可通过各种外显行为如交谈、书写、表情、动作、行为表现出来,称为精神障碍症状。研究精神障碍症状及其发生机制的科学称为精神障碍的症状学。

一、精神障碍症状的特点

由于目前对精神障碍病因与发病机制的认识尚不够明确,也没有可靠的实验室指标帮助作出临床诊断,精神障碍主要是根据临床症状的特点进行诊断与分类的。因此,学习正确辨别精神障碍的症状,是做好精神科护理工作的必要条件。一般可通过交谈、观察两种方法来检查和确定一个人是否存在精神症状,并根据其出现的频率、持续的时间和严重程度判断是否属于精神障碍。

某一种精神活动是否属于病态,一般应从三个方面进行对比分析:①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;②横向比较,即与有着相同文化背景同一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;③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。

精神障碍症状不同于躯体症状和体征,一般具有以下特点:

- (1)症状不受患者意识的控制。
- (2)症状一旦出现,难以通过思想转移使其消失。
- (3)症状的表现形式与内容明显与周围客观环境不相符。
- (4)症状的出现多伴随痛苦体验。
- (5)症状给患者带来不同程度的损害社会的功能。

链接

精神障碍症状的本质

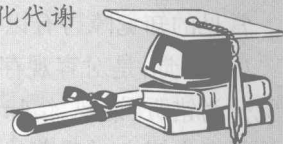
精神障碍症状是大脑功能障碍时表现出的异常的精神活动,其发生有赖于中枢神经系统不同程度与不同性质的病理改变,大致包括四种情况:

一是大脑结构的病变所致:如脑血管病变导致的多发梗死性痴呆症。

二是大脑功能障碍导致精神异常:如癫痫发作,可以有明显的脑电波改变。

三是大脑代谢或生化病变所致:如生化代谢病变(为缺少某种酶)所致:如精神发育不全。

四是很多病因或发病机制未明的所谓功能性精神病的症状。



二、常见精神障碍症状

(一) 感、知觉障碍

1. 感觉障碍

感觉是大脑对外界客观事物个别属性的反映,如物体的颜色、大小、重量和躯体的冷热感、麻木感、针刺感等。常见的感觉障碍有以下几种:

(1) 感觉过敏:指患者的感觉阈值下降,对一般刺激强度的感受性增高,难以忍受。如耳边轻语便觉得震耳欲聋,在日常灯光下感觉特别刺眼,轻触皮肤便感到疼痛难忍等,感觉过敏多见于神经症、癔症、更年期综合征及器质性精神障碍等。

(2) 感觉减退:指患者一般强度的刺激感降低,感觉阈值增高。例如对强烈的声音、疼痛或难以忍受的气味,患者只有轻微的感觉;严重时对外界刺激不产生任何感觉,称感觉消失。多见于抑郁状态、木僵状态、癔症、某些意识障碍及催眠状态等。感觉减退亦见于紧张或激情状态,如夜间在荒原行走时因过于紧张而不知自己脚被划破。

(3) 感觉倒错:是患者对外界刺激可产生与正常人不同性质或相反的异常感觉。例如,某患者在冬天感到冰凉的自来水烫的厉害,用棉球轻触皮肤时患者产生麻木或疼痛感受,多见于癔症。

(4) 内感性不适:是躯体内部产生的各种不适或难以忍受的异常感觉,如麻木、蚁爬感等。性质难以描述,部位难以定位,可继发疑病观念。多见于神经症、精神分裂症等。

2. 知觉障碍

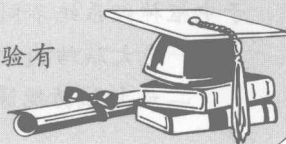
知觉是客观事物的各种属性作为一个整体的综合印象在头脑中的反映,此时感知到的不只是单一的某方面,而是整体的印象或其他更复杂的情景。

链接

知觉的两个特性

(1)整体性:即客观事物的某些个别属性发生变化,不影响对整体的认知,很容易识别出来。

(2)恒常性:即个体对客观事物的知觉与过去的经验有关。



常见的知觉障碍有以下几种:

(1)错觉:是对客观存在的事物其整体属性的错误感知。按感觉器官的不同可将错觉分为错听、错视、错味、错触及内感觉性错误。正常人在光线暗淡、恐惧、紧张等心态下可产生错觉,如“草木皆兵”、“杯弓蛇影”,但经验证后可纠正和清除。病理性错觉多见于感染、中毒等因素导致意识障碍,也见于功能性精神病。如某酒精中毒者,出现谵妄时,把护士推进病房的治疗车看成是一辆坦克向他压过来,为此对护士产生敌意并对护士进行攻击。

(2)幻觉:是指在没有客观事物作用于感觉器官的情况下出现的虚幻知觉体验。是知觉障碍中一个重要且常见的精神症状。临床上一般按感觉器官不同将幻觉划分为:幻视、幻听、幻嗅、幻味、幻触、内脏幻觉等。生理情况下如半睡半醒状态,以及长期感觉剥夺或过分期期待某种现象时可以出现幻觉。病理性幻觉多见于脑器质性精神病、精神分裂症、情感性精神病等。

①幻听:在幻觉中最常见。患者可比较清晰听见实际不存在的各种不同性质的声音,如讲话声、物体的响声、鸟鸣等。例如:某精神分裂症患者,吃饭时突然大叫:“我听见屋顶上有人在说话,说在我的饭里面加了毒药进去,要把我毒死,我不吃饭了。”

②幻视:患者可看见一些不存在的景象或事物,如人、动物、鲜花等,内容丰富多彩,形象清晰,常有恐怖性质。例如:一位患者每天在傍晚时,都能看到病房窗外站着一位小仙女,仙女的衣裙、花样皆清晰可见。

③幻嗅:患者可嗅到一些难闻的气味,如血腥味、臭味或化学药品味,往往伴有其他幻觉和妄想,尤其是被害妄想。患者会有掩鼻动作或者拒食。例如:某精神分裂症患者,整天躲在门后并用毛巾捂住鼻子,问其原因,患者神情紧张地说:“空气中有毒气,房间里也有。”说完又捂住鼻子。

④幻味:患者可尝到食物中有某种特殊的或奇怪的味道,如苦味、药味等,因而拒绝进食,常继发被害妄想。例如:某精神分裂症患者,入院三天,吃饭时总是只吃几口,就将饭菜倒掉,呆坐一旁,经医师反复询问,回答说:“每天我吃饭时,吃了几口,就感到饭中有农药味,不敢吃了。”医师即陪同患者吃同一碗饭,但患者仍吃出了农药味道。

⑤幻触:患者感到皮肤表面有特殊的感受,如蚁走、针刺、触电、麻木等,也可有性接触感。例如:某精神分裂症患者,近四个月来总是戴着塑料安全帽,且近一个多月吃

饭、睡觉时都不肯取下,又在自己的睡房和床旁拉上了几根铁丝网。来医院检查时,患者解释说总是感受到有一束很强的“电磁流”在照射他的头部和下身,使他头部麻木,下身刺痛,非常难受,这束电磁流是他家对门楼上的天线发射过来的,他戴安全帽,拉上铁丝网就是为了绝缘保护。

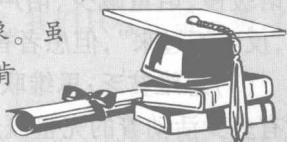
⑥内脏性幻觉:患者感觉内脏器官的明显异常,且能清晰描述其性质和部位。如感到某种牵拉、撕扯、虫爬等特殊感觉。例如:某精神分裂症患者,多次告诉护士“我的肺正在一块一块的烂掉,我现在不敢咳嗽,怕把肺咳出来,请你立即帮我肺修理好”。

链接

真性幻觉和假性幻觉的区别

真性幻觉:患者体验到的幻觉形象鲜明,如同外界客观事物形象一样,存在于外部客观空间,是通过感觉器官而获得的。患者常叙述这是他亲眼看到或亲耳听到的。因而患者常常坚信不疑,并对幻觉作出相应的情感与行为反应。

假性幻觉:幻觉形象不够鲜明生动,产生于患者的主观空间,如脑内、体内。幻觉不是通过感觉器官而获得的,如听到肚子里有说话的声音,可以不用自己的眼睛就能看见头脑里有一个人像。虽然幻觉的形象与一般知觉不同,但是患者却往往非常肯定地认为他的确是听到或看到了,因而对此坚信不疑。



(3)感知综合障碍:是指对客观事物的整体属性的感知并无障碍,但对事物的个别属性出现错误的感知。常见的感知综合障碍有:①空间感知综合征;②时间感知综合征;③运动感知综合征;④自身体型感知综合征。如患者感到自己的个别器官发生了明显改变——感到自己鼻子变得又长又大,就属于自身体型感知综合征。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。

(二)思维障碍

思维是人脑对客观事物间接概括的反映,是人类认知活动的最高形式。由感觉和知觉所获得的材料,经大脑的分析、比较、综合、抽象和概括而形成概念,在概念的基础上进行判断、推理,这个过程称为思维。思维是通过言语和文字表达的,没有语言这个工具,思维是不可能发生与存在的。

思维障碍的临床表现多种多样,一般可分为思维形式障碍、逻辑结构障碍与思维内容障碍。

1. 思维形式障碍

(1)思维奔逸:思维联想的速度加快,数量增多,内容丰富生动,与周围现实相关而不荒谬,但内容肤浅,给人以信口开河之感。患者表现为健谈,语量增多,语流变快,内