

Making sense of clinical practice
in psychiatry

精神科住院医师 培训手册

——理念与思路

主 编 于 欣
副主编 唐宏宇 郭延庆



北京大学医学出版社

精神科住院医师培训手册

——理念与思路

主 编	于 欣		
副 主 编	唐宏宇	郭延庆	
学术秘书	郭延庆	(兼)	
编 者	(按章节排序)		
	于 欣	唐宏宇	胜 利
	郭延庆	丛 中	李晓白
	马 弘	闫 俊	姚贵忠
	刘 琦	原岩波	王华丽
	李 冰		

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神科住院医师培训手册：理念与思路 / 于欣主编.

—北京：北京大学医学出版社，2011.4

ISBN 978-7-5659-0141-6

I. ①精… II. ①于… III. ①精神病—诊疗—职业培训—手册 IV. ①R749-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 048609 号

精神科住院医师培训手册——理念与思路

主 编：于 欣

出版发行：北京大学医学出版社（电话：010-82802230）

地 址：(100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址：<http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：北京画中画印刷有限公司

经 销：新华书店

责任编辑：许 立 责任校对：金彤文 责任印制：张京生

开 本：850mm×1168mm 1/32 印张：13.75 字数：363 千字

版 次：2011 年 4 月第 1 版 2011 年 4 月第 1 次印刷 印数：1-5000 册

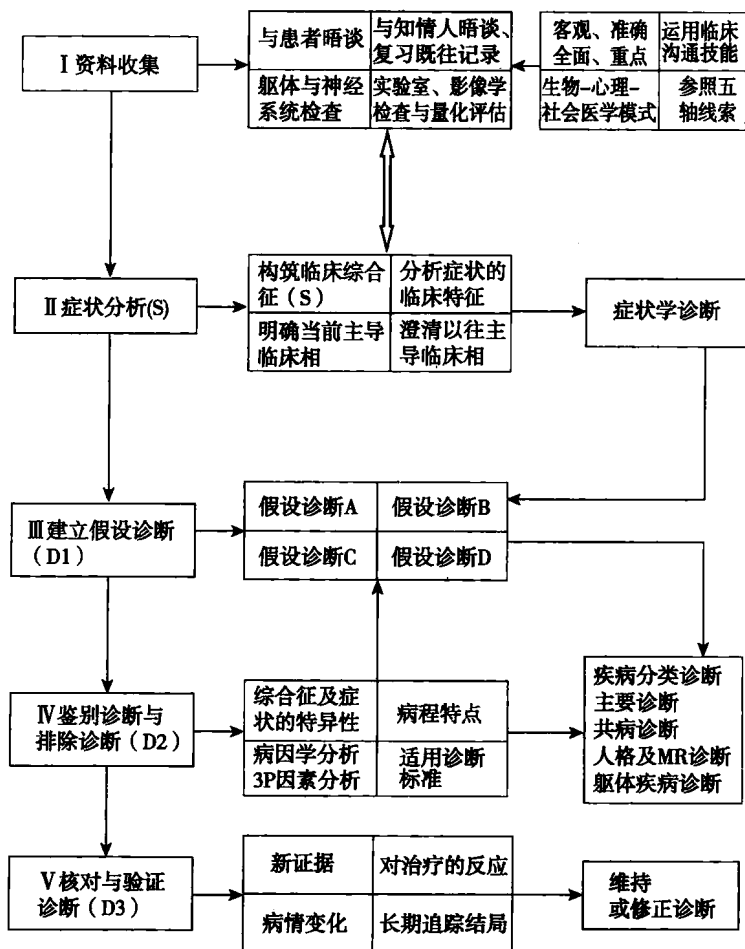
书 号：ISBN 978-7-5659-0141-6

定 价：43.00 元

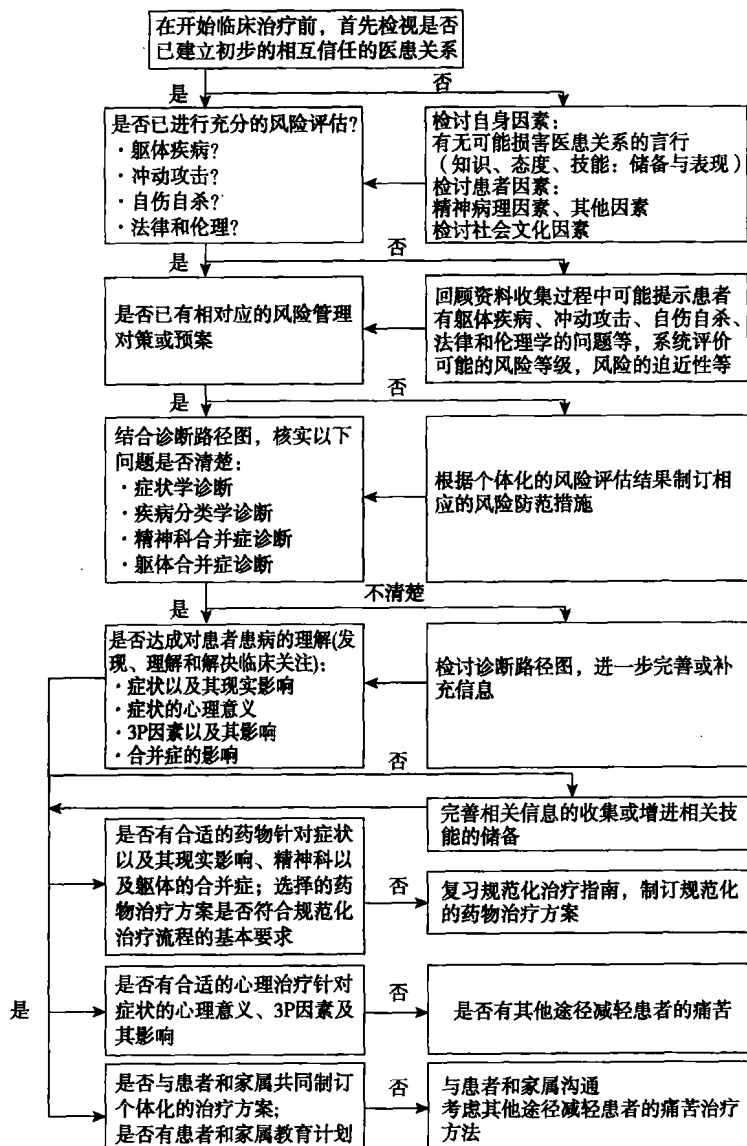
版权所有，违者必究

（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

精神障碍临床诊断分析路径图



临床治疗决策思路示意图



前 言

这是一本可以拿来读，更应该拿来用的书。通过对本书的学习和使用，精神科的受训者们应该在住院医师规范化培训大纲的框架下，有效地完成大纲要求的重要培训目标以及具体的临床指标：掌握精神科医师必须掌握的精神科及相关学科的基本知识，理解精神病学与精神卫生学的重要理论，掌握精神科临床实践所必需的基本技能。同时，本书力图在培养精神科医师的职业态度和临床思维方面有所侧重，希望达到开阔思路，引发思考的作用，而绝对不仅仅是用于简单地照搬一些规程或者规范。

本书并非精神医学研究理论的最新综述，因为不少知识点在本书出版之时，就是过时之日。本书首先花一些笔墨介绍精神医学中重要理论的起源和发展过程，以帮助受训者了解在追寻精神障碍发生发展机制过程中的思想脉络。作为比较晚近出现的一门临床学科，精神病学在其发展过程中不断受到其他学科和新兴理论的冲击。由于精神病学广泛地涉及人的外在行为和精神活动，哲学理论、政治运动、文化观念、艺术风潮都或多或少对精神病学的走向产出了一定影响。如果不能将精神病学放到整个社会发展的大环境中去看，在理解精神病学的演进过程时就会出现困难。本书也不是精神科临床知识的大成。近百年来神经科学、心理学、社会学的发展为精神医学累积了浩如烟海的研究文献，对每个单一精神障碍的论述都可以独立成书，其人群中的流行情况、疾病表现、诊断要点、治疗原则，均可以找到产生鸿篇巨制的素材。然而在某一临床个案中，在哪一时点上患者所呈现的哪些临床表现，提示我们应该联想到哪些知识点，在患者病情变化的过程当中，需要哪些知识点的串联来帮助我们理解疾病本质、制订治疗原则和评估预后，这些

才是本书知识部分写作的关注所在。

本书与一般意义上的精神科常见疾病诊疗规范或者精神科诊疗技术操作手册不同。它虽然强调精神科培训应当规范化，但是绝非仅仅要求受训者被动执行菜单式的规程，如步骤 1、步骤 2、步骤 3……从而把医生培养成流水线上的工匠。它的重要宗旨之一是培养受训者的临床思维方法和思考能力，尤其是批判性的思维。它希望受训者在学习精神科的基本技能时，不仅要掌握其方法，而且要了解其依据，更要领会将基本原则和方法落实到具体患者时，应该进行的个体化改变，并对不同来源的资料和不同的临床处理方案进行评价和选择。

类似的书籍国内鲜见，这无疑增加了本书编著的难度。但是如果本书的编写真正能达到以上目的，应该是一本新颖而且实用的好书。本书在结构上分为上、下两篇。上篇主要述及做一名合格的精神科医生需要具备的基本素质和能力；下篇以解决问题（Problem-solving）的思路为纲，突出临床诊断与治疗方案的决策过程，希望通过结合具体的临床案例，在运用上篇述及的能力和知识去解决实际问题的过程中提高基本素质，掌握基本能力。

不敢说本书“填补了”我国精神科住院医师培训的空白，因为类似的“指导手册”、“培训指南”也时有所见。但是这部写出来而不是“拷贝”出来的书，相信读者只要花些时间去细读，去思考，更重要的是去做，就会发现编者的用心和它的价值。

中国医师协会精神科医师分会首任会长 于欣

写作及出版说明

——培养真正会看病的精神科医生

2003年我国启动专科医师培训体系的研究和制度建设以来，精神科医师培训的目标就定位于培养“会看病的精神科医生”，但是，缺乏针对这一目标的培训教材成为制约培训质量的瓶颈。我国的精神病学教材不少，着力于培养临床能力的不多，这是我们写作这本书的动力。

对精神科医生临床能力的传统理解就是诊断和治疗能力。令人遗憾的是，这些年来，年轻医生的诊治能力既不能和前辈们的同年资时期比，和国际上同年资的医生相差更远，同时也不适应我国精神卫生事业发展的实际需要。这促使我们在写作这本书时，时刻在问自己：我们究竟需要什么样的临床能力？

2007年4月欧洲精神病学委员会与欧洲精神科受训者联盟联合成立了一个工作小组，起草精神科医生能力培训框架，该框架基于“一名精神科医生所应具备的综合素质”，主要目的是为国家级的行业协会以及欧洲其他精神科培训协调者提供一个培训过程和培训科目的清单，供开展毕业后培训以及职业化继续教育课程时参考。该框架提出，作为一名精神科医生所应具备的综合素质，概括为七种角色，即精神病学专家/临床决策者、沟通者、合作者、管理者、健康促进者、学者和专业人才（professional）。具体如下：

1. 作为精神科专家/临床决策者，应该能够：①形成概念、理解和运用诊断技术去研究、发现、描述和定义精神病理学及其他的临床结果；②应用治疗技术有效地、符合伦理地处理已诊断的患者；③根据实际情况应用精神科专业技能而不只是直接对患者的关心；④认识到个人专业技术的局限性；⑤有效地咨询。

对比之下不难发现：我们以往的培训，无论是以疾病为核心的临床路径还是以师傅带徒弟为模板的传统教学路径，均以诊断能力的培养为主，在治疗上却难以做到“符合伦理”地处理。这是本书将伦理和法律提前到第三章进行讨论的原因之一。

2. 作为沟通者，应该能够：①与患者建立治疗关系；②从患者、照护患者的人以及其他相关资源处引出并综合分析信息的能力；③与患者、照护患者的人以及健康专业人员讨论适当的信息以达到最佳照护，这意味着沟通者要以一种体贴和尊重的态度来告知和劝解患者，同时促使患者积极参与决定。

对比之下倍感惭愧。我们的医生在专注于临床诊治时，很少认同自己是沟通者的身份，因此也很少主动地与患者进行沟通。仅仅着眼于诊治的精神检查和病史采集过程，经常以生搬硬套地“挖症状”为目标，以索然无味地追问症状为过程，以单打一地对症治疗方案为结束，较少考虑患者的心理社会因素，也不注意与患者及其家属进行沟通。生物医学模式的影响根深蒂固，其结果不仅是诊治本身局限于生物医学的考虑，而且严重不适当当前的医患关系形势。

3. 作为合作者，应该能够：①向其他内科医生和健康从业人员有效咨询；②为其他跨学科的团队活动做有效的贡献；③主动地与患者及其照护者一起参与决策的过程；④与患者以及相关护理机构有效合作。

最新制定的《中国精神科住院医师培训细则》明确指出了精神科与其他临床学科的关系，并要求住院医师建立起心身统一的理念，能够处理精神科常见的躯体疾病和相关问题。联络会诊精神病学是住院医师培养过程中不可或缺的重要内容，即便在头几年的培训中没有放在中心位置，但第一年的通科轮转打下的基础不应荒废，应有与综合科合作的意识和技能，在跟进的培训中进一步提高。

4. 作为管理者，应该能够：①分配有限的健康保健资源；

②管理个人资源；③在一个健康保健机构工作；④利用信息技术优化患者照料、不断自我学习。

我们作为管理者角色的意识还相当差。不仅仅是受训的住院医师，甚至包括我们的主治医师和更资深的医师。当然，这里面可能有文化或者环境的因素，使得我们在理解管理者这个角色概念的时候存在东西方的差异。

5. 作为健康促进者，应该能够：①识别精神障碍的患病因素以及可能有助于精神健康的因素，以预防精神障碍，促进精神健康；②在有必要代表患者、专业人员或者学会宣传呼吁时，能够发现问题所在并结合具体情况陈述重点问题。

健康促进者这个角色概念非常重要。我们现在感觉医患关系不好，医患矛盾突出，很多时候是把医患双方对立化地去看的结果，也是把医患关系利益化、表面化的结果。与媒体缺乏沟通更恶化了这个结果。培训医生作为健康促进者角色的意识是解决医患关系问题的途径之一。

6. 作为学者，应该能够：①开展、执行和记录个人继续教育策略；②应用批判性评价医学信息资源的原则；③促进患者、学生、受训者和健康从业人员的学习；④通过适当的评估、评价和反馈来促进同事、受训者和学生的学习；⑤为科研和新知识的发展做贡献。

毋庸置疑，这样的能力要求对于我们这些从小接受应试教育的人来说，的确有点高，但这不是拒绝这种能力培养的理由。医学是一个需要不断自主学习和经验总结的职业，我们的住院医师培训应该在这方面有所作为。

7. 作为专业人才，应该能够：①提供高品质的专业照护；②以专业态度和共事者交流；③以尊重医疗、法律以及专业原则的符合伦理的负责态度从事医疗实践。

伦理和法律的培训是我国精神科培训中非常迫切的重要任务。目前绝大多数教材都没有专门章节论述这一问题，临床工作中经常

出现因违背伦理和法律的做法而导致的医疗纠纷和法律诉讼，并成为社会和媒体诟病与责难精神病学的焦点。

综上所述：知道差距在哪里就明确了努力的方向。本书的写作宗旨就是为“培养真正会看病的精神科医生”提供一个可供参考的思路和操作框架，在思想观念层面上全面理解精神科临床能力的内涵，坚持生物-心理-社会医学模式，摒弃纯生物医学模式，强调个体化地对待患者；在操作层面上强调诊治过程中以伦理和法律的要求为前提，注意临床沟通和风险评估，注重诊断治疗操作的规范化，加强独立的批判性思考和学习，提倡以问题为中心的分析 and 解决问题的学习方式。

唐宏宇

目 录

上篇 理念与思路

第一章 精神卫生学科的发展：时代精神与契机	2
第一节 “自然论”中的人类精神和行为异常	2
第二节 被打上“邪恶”烙印的精神障碍：正邪两立	5
第三节 道德观下的精神疾病患者：法律的保护与歧视	6
第四节 现代医学的发端与对精神障碍的再认识	9
第五节 现代精神医学的发展：偶然事件后面的必然规律 ..	12
第二章 精神科医师的态度、心理品质和人文知识	20
第一节 精神科医师应该具备的态度和心理品质	22
第二节 精神科医生应该具备的人文知识	27
第三章 精神科伦理与法律问题	33
第一节 基本伦理准则	33
第二节 老年和儿童患者的伦理问题	37
第三节 相关法律法规	40
第四章 资料收集能力	46
第一节 概述	46
第二节 临床沟通能力	55
第三节 资料收集的内容	65
第五章 资料分析能力	89
第一节 概述	89
第二节 病因学分析	97
第三节 诊断分析	98
第四节 精神障碍临床诊断分析路径图（附病例分析）	104

第六章 如何制订治疗方案	110
第一节 引言	110
第二节 精神病理学是制订精神科治疗方案的理论基础	111
第三节 精神科治疗方案制订中的知性考虑	116
第四节 精神科治疗方案制订中的感性把握	120
第五节 理顺两个重要关系	127
第六节 落到实处——案例示范	130
第七节 治疗决策思路示意图	141
第七章 精神科临床风险评估与防范	144
第一节 概述	144
第二节 暴力风险的评估与防范	145
第三节 自杀风险的评估与防范	147
第四节 躯体疾病风险的评估与防范	149
第五节 其他风险的评估与防范	151
第八章 心理治疗的会谈技能	154
第一节 概述	154
第二节 心理治疗会谈技术与操作技能	158
第九章 与精神科实践相关的神经科学基础与进展	203
第十章 精神科医师的公共卫生与社会学视角	240
第一节 公共卫生视角下的精神卫生	240
第二节 社会框架下的精神卫生服务实例分析	248

下篇 在实践中体会

第十一章 焦虑性障碍的临床处理	258
第一节 基本原则与注意事项	258
第二节 广泛性焦虑与惊恐发作临床处理实例	262
第三节 社交焦虑障碍 (Social Anxiety Disorder, SAD)	
临床处理实例	282

第四节	强迫障碍 (Obsessive Compulsive Disorder, OCD)	
	临床处理实例·····	289
第十二章	精神病性障碍的临床处理·····	303
第一节	基本原则和注意事项·····	303
第二节	精神病性障碍临床处理案例分析·····	312
第十三章	心境障碍的临床处理·····	325
第一节	基础知识·····	325
第二节	抑郁症临床处理实例·····	326
第三节	双相障碍临床处理实例·····	332
第十四章	谵妄和痴呆的临床处理·····	357
第一节	老年患者临床处置的通用原则·····	357
第二节	谵妄的临床识别与管理案例分析·····	360
第三节	痴呆的临床诊治与处理·····	365
第十五章	物质依赖的临床处理·····	385
第十六章	应激相关障碍的临床处理·····	399
第一节	基本原则与注意事项·····	399
第二节	典型案例分析·····	402
第十七章	躯体形式障碍的临床处理·····	410
第一节	基本原则与注意事项·····	410
第二节	典型案例分析·····	411
索引词·····		423

上 篇

理念与思路

第一章 精神卫生学科的发展： 时代精神与契机

第一节 “自然论”中的人类精神 和行为异常

精神障碍的历史与人类存在的历史一样长。由于精神障碍主要以精神活动和行为的异常为表现，因此精神障碍不仅引起人们的恐惧，也强烈激起我们的好奇心，令我们对精神世界的奥秘充满了猜想。而精神障碍患者既普遍引发民众的排斥，也会触动我们的心灵，让我们产生深深的同情。对于精神障碍本质的不断探索，常常让我们痛苦地意识到所谓“神志清醒”是一件多么脆弱的事。由于精神障碍触及了人类本性的每一要素，也由于精神卫生问题与我们的生活始终如一的贴近，了解并处置精神障碍的任一企图都涉及了我们文明的广阔层面。精神病学的进化也是我们文明本身进化的核心部分。精神卫生学作为医学的一个分支，虽然在晚近才确立它的学科地位，但其发展过程却十分漫长。人类对精神障碍的认识所取得的每一点进步，都与当时社会文化的大环境、人类文明所取得的成就密不可分。而有时进步的发生也得益于某种机缘巧合，只是往往由于这些“契机”出现的过于戏剧性，以至于人们忽视了其产生的背景中的“时代精神”。

在试图解释精神障碍的病因时，一直都有“可知”与“不可知”之分。“不可知论”者往往从魔鬼巫术一路“进化”到神佛诅咒，而“可知论”者的鼻祖就该算是被称为“自然派哲学家”的希腊哲学家了。因为他们关切的主题是大自然和它的循环变化。希腊

人认定有“一种东西”是一直都存在的。恩培塞可里斯认为大自然是由四种元素所组成的，是土、气、火与水。大自然所有的变化都是因为这四种元素相互结合或分离的缘故。最伟大的自然派哲学家德谟克里特斯认为自然界的转变不是因为任何事物真的有所“改变”。他相信每一种事物都是由“原子”组成。原子的意思是不可分割的，永恒不变的。当一个物体——如一棵树或者一只动物死亡并分解时，原子就分散各处并可用来组成新的物体。这些原子在空间中到处移动，通过连接组合成新的物体。原子可以一再重复使用。大自然的确是由聚散不定的、不同的“原子”所组成。

希腊自然派哲学家的观点很“自然”地影响了当时医学家对精神障碍的解释。古希腊最伟大的医学家希波克拉底认为身体由四种体液所组成：痰、黄胆汁、黑胆汁、血液。痰过多就会造成痴呆，黄胆汁造成癫狂，黑胆汁造成忧郁。他还创造了“瘰症”一词，意为“游走的子宫”。他认为沐浴、膳食调养、改善卫生条件是保持良好健康的要素。他开给精神障碍患者的药方通常是放血和通便。“生命是短暂的，科学是长久的；机会是难以把握的，试验是危险的，决断是困难的。医生仅仅做必须做的是不够的，患者和其看护者也必须起到他们的作用，同时应该最大可能地配合环境”。希波克拉底特别强调了临床医学的重要性，他与同时代医生不同，他毫不犹豫地报告治疗失败的病例。他认为一个临床医生最重要的知识来源是他的患者。希氏第一个认识到脑是人体最重要的器官，他说“脑是人类喜悦、欢乐、欢笑和热情的发源地，也是痛苦、忧伤、悲痛和眼泪的起源，脑也是意识的载体”。希波克拉底建立了第一个精神障碍的分类：癫痫、躁狂、忧郁、偏执，并试图描述各类人格的特点。

在“自然派”哲学家之后，希腊的其他哲学家如柏拉图认为疯癫是欲望灵魂失去了理智灵魂的控制所致。他特别强调对话的重要性。患者通过与哲学家或医生的一问一答（柏拉图称之为辩证法），在学习哲学知识的过程中舒缓了疾病。看看柏拉图的著作，我们有