



精神科 护理学

雷慧 张亚平 主编

3.74

中国医药科技出版社

精神科护理学

雷 慧 主编
张亚平

中国医药科技出版社

登记证号(京)075号

内 容 提 要

本书为适应我国开展精神护理的需要,在借鉴国外有关此方面理论和经验的基础上,组织编写了这本《精神科护理学》专著。全书分上、中、下三篇,共二十二章。上篇系统地介绍精神科护理学基础;中篇介绍精神科护理实践基础;下篇介绍不同人群组精神异常的护理。

读者对象:医学、护理院校学生及临床医务工作者。

精 神 科 护 理

雷 慧 张亚平 主编

中国医药科技出版社 出版

(北京海淀区文慧园甲22号)

(邮编100088)

河北省隆化县印刷厂印刷

全国各地新华书店 经销

开本787×1092mm1/16 15印张 插页

字数364千字 印数1—3000

1994年8月第1版 1994年8月第1次印刷

ISBN 7-5067-1229-6/R·1086

定价:12.50元

前 言

随着医学科学的发展,人们越来越认识到心理因素、精神因素以及社会因素直接影响着疾病的发生、发展和变化。现代医学模式已由单纯的生物医学模式转变为生物—心理—社会医学模式。随着医学模式的转变,精神医学的重要性日益受到全世界的关注,特别是西方发达国家,他们已在精神医学的理论研究和实践领域中取得了很大的成绩。

近年来,由于我国经济发展速度加快,人民生活水平不断提高,对健康的要求相应地不断地增长。但是,由于精神医学长期没有受到应有的重视,导致一些医务人员对此门知识知之甚少,实践应用更是微乎其微。这在一定程度上影响了疾病的转归和病人的康复。就是说,我国精神医学的现状远远不能满足人民的需要,精神疾病的防、治、护理等许多问题,特别是精神护理问题急待解决。

为了适应我国开展精神护理的需要,我们在借鉴国外有关理论和经验的基础上,组织编写了这本《精神科护理学》,介绍精神护理方面的内容,为医务工作者及医学院校的学生们提供学习和参考的教材。本书分为上、中、下三篇,共二十二章,分别介绍精神科护理理论基础;改变、压力、焦虑、危机、忧伤和抑郁、精神分裂症、多疑症、自杀、躁狂、器质性精神病、反社会倾向等精神科护理实践基础知识及住院病人护理、儿童及青少年护理、成人护理、老人护理、家庭护理以及长期无家可归病人的护理等特殊人群组精神科护理等内容。

由于精神科护理是精神医学的重要组成部分,它既有较深的理论知识,又有丰富的临床护理实践内容,加之我们水平所限,本书所及内容肯定会有疏漏和错误之处,我们竭诚希望广大读者的支持和专家们的指正,使之进一步科学、完善、合理。

编者

1994年5月20日

《精神科护理学》编写人员名单

主 编 雷 慧 张亚平

主 审 张瑞生

副主编 王志君 孙 荔 刘凤淑 任怀志

编 者 (按姓氏笔划)

于海红 于 辉 王志君 王冬梅 王晓锦 孔晓青 卢 安 史爱华 孙 荔
孙凤琴 许旭升 马春荣 任怀志 刘永泉 刘建东 刘 捷 刘书杰 刘凤淑
宋丽萍 张亚平 张秀凡 张秀娟 张秀珍 李兰英 李志敏 李显凤 沙 菁
陆翠华 陈 红 罗晓冰 冯宏伟 周晓慧 周意丹 卑占宇 段存信 姚彩云
赵东俭 康金凤 黄子辉 商迎辉 温恒彩 雷 慧 蒋鹤生 蒋春艳 鲁玉娜
谭淑娟

目 录

上篇 精神科护理理论基础

第一章 绪论	(1)
第一节 精神健康发展史	(1)
第二节 精神健康和精神疾病的概念	(5)
第三节 精神科疾病的诊断	(6)
第四节 精神科护理的主要问题及发展趋势	(雷 慧 刘凤淑) (7)
第二章 个人的基本概念	(9)
第一节 一个完整的人	(9)
第二节 一个人在成长过程中所受的影响	(9)
第三节 影响人的行为和精神健康的因素	(刘凤淑 李志敏 孔晓青) (17)
第三章 精神科护士的角色和作用	(21)
第一节 精神病护理发展史	(21)
第二节 精神科护士角色的出现	(22)
第三节 现代精神科护士的角色、作用和实践标准	(陆翠华 蒋贺生 李志敏) (23)
第四章 病护治疗关系与沟通	(26)
第一节 帮助关系	(26)
第二节 病护关系的目标及其阶段	(29)
第三节 沟通的概念	(31)
第四节 语言和非语言的沟通	(32)
第五节 促进沟通的技巧	(34)
第六节 治疗性沟通	(于海红 罗晓冰 任怀志) (37)
第五章 精神病护理程序	(39)
第一节 护理程序概述	(39)
第二节 评估	(39)
第三节 护理诊断	(44)
第四节 制定护理计划	(46)
第五节 实施护理计划	(48)
第六节 评价	(王志君 黄子辉) (49)

中篇 精神科护理实践基础

第六章 改变	(50)
第一节 改变过程的典型模式	(50)

第二节	改变过程	(50)
第三节	改变的类型和动力	(53)
第四节	改变过程中的风险	(55)
第五节	改变的阻力	(56)
第六节	在护理过程中护士的作用	(卑占宇 史爱华 罗晓冰) (57)
第七章	压力	(59)
第一节	压力、压力因素和压力反应	(59)
第二节	压力与心身性疾病	(62)
第三节	对遇到压力的病人的护理程序	(张秀娟 周晓慧 张秀凡) (66)
第八章	焦虑	(73)
第一节	焦虑的性质	(73)
第二节	焦虑的成因	(73)
第三节	焦虑的临床表现	(74)
第四节	收集资料	(75)
第五节	护理诊断	(77)
第六节	护理措施的制定和实施	(78)
第七节	评价	(陆翠华 谭淑娟 蒋鹤生 刘建东) (81)
第九章	危机状态	(83)
第一节	危机状态的理论基础	(83)
第二节	收集病史资料	(85)
第三节	护理诊断	(86)
第四节	护理计划	(86)
第五节	处理措施	(88)
第六节	评价	(卢安 任怀志 蒋春艳) (89)
第十章	忧伤和抑郁	(91)
第一节	忧伤	(91)
第二节	抑郁	(宋丽萍 刘永泉 于海红) (94)
第十一章	精神分裂症	(104)
第一节	概述	(104)
第二节	收集资料	(104)
第三节	护理诊断	(107)
第四节	护理计划	(108)
第五节	治疗措施的实施	(109)
第六节	评价	(周晓慧 张秀娟 刘永泉) (113)
第十二章	多疑症	(118)
第一节	概述	(118)
第二节	偏执症类型及其表现	(120)
第三节	资料的收集	(123)

第四节	护理诊断及目标措施·····	(124)
第五节	评价·····	(孙 荔 陈 红 李兰英)(127)
第十三章	自杀·····	(128)
第一节	概述·····	(128)
第二节	导致自杀的因素及理论基础·····	(128)
第三节	资料收集与评估·····	(129)
第四节	护理诊断·····	(131)
第五节	护理计划·····	(132)
第六节	护理措施·····	(133)
第七节	评价·····	(赵东俭 孙凤琴)(136)
第十四章	躁狂抑郁症·····	(137)
第一节	概述·····	(137)
第二节	躁狂抑郁症的诊断标准·····	(137)
第三节	病因及发病机理·····	(139)
第四节	临床特点及资料收集·····	(140)
第五节	护理诊断及护理计划·····	(141)
第六节	护理措施·····	(温恒彩 鲁玉娜 张亚平)(145)
第十五章	器质性精神综合征·····	(150)
第一节	概述·····	(150)
第二节	谵妄·····	(152)
第三节	痴呆·····	(张秀珍 康金凤)(156)
第十六章	反社会倾向·····	(163)
第一节	人格障碍的基本概念和特征·····	(163)
第二节	发病原因·····	(164)
第三节	分类·····	(商迎辉 王冬梅 刘书杰)(164)

下篇 特殊人群组精神科护理

第十七章	住院病人的护理·····	(176)
第一节	护士角色·····	(176)
第二节	对住院患者评估的要点·····	(176)
第三节	特殊住院病人的心理护理·····	(周意丹 冯宏伟 刘 捷)(179)
第十八章	对儿童及青少年的护理·····	(192)
第一节	护士角色·····	(192)
第二节	儿童的精神健康问题·····	(192)
第三节	青少年的精神健康问题·····	(周意丹 姚彩云 沙 菁 李显凤)(199)
第十九章	成年人异常性心理护理·····	(205)
第一节	影响某些成年人精神健康的问题·····	(205)
第二节	护士的角色与作用·····	(209)

第三节	护士检查评估的方法·····	(210)
第四节	护士咨询干预的形式分级·····	(王志君 王晓锦 段存信)(211)
第二十章	老人护理·····	(212)
第一节	护士的角色·····	(212)
第二节	普通护理与老年护理·····	(215)
第三节	独特的估计方法·····	(217)
第四节	死亡与临终关怀·····	(康金凤 张秀珍)(218)
第二十一章	家庭护理·····	(220)
第一节	基本家庭问题概述·····	(220)
第二节	评估家庭问题·····	(223)
第三节	处理措施·····	(蒋春艳 卢 安 于 辉)(224)
第二十二章	长期无家可归患者的护理·····	(226)
第一节	概述·····	(226)
第二节	护士的作用·····	(227)
第三节	介绍一美国无家可归者的病历·····	(孙凤琴 赵东俭)(228)

第一章 绪 论

精神疾病是以精神活动失调或紊乱为主要表现的一类疾病。其发病因素极其复杂，除与遗传、神经生物化学因素有关外，心理和社会因素与患病也有着密不可分的关系。精神疾病发病前多有过精神上的创伤或持久而又不易解决的心理矛盾，如升学落榜；人际关系紧张；意外事故等。精神病人临床上突出的表现是心理活动失常，症状极其错综复杂，如病人不能正确地反映客观事物，出现心理活动障碍等。但其恢复期和缓解时又可表现为忧伤、羞愧、思念等心理活动。由于病人的正常心理和病理心理同时并存，交织在一起，使心理护理上比其他科病人护理更为困难。因此护士不仅要有丰富的精神科医学知识，还要具备一定的心理学知识。

第一节 精神健康发展史

精神病学（Psychiatry）源于对精神病的研究、诊断以及防治的医学专业，是研究和治疗精神紊乱的科学。它的起源可以一直追溯到人类历史的初期。最早在原始人有关疾病及其治疗的观念中，我们可以寻摸到精神病学的根系。但是，正是随着古希腊时代科学医术的发展，精神病学才走出了迷信的雾谷，开始走上真正科学的道路。与原始人不同，古希腊人视疾病为一种自然滋生之物，精神病则被看作疾病现象来加以观察和研究。正是古希腊伟大的思想家和学者（希波克拉底、柏拉图、亚里士多德）极大地影响了从古至今的精神病学的发展。临床观察的意义、个性理论的创立、精神健康与精神疾病的关系、以及人道治疗精神患者的初步尝试——这些无不是古希腊伟大的思想家和学者做出的贡献。

一、原始文化

精神病学这一学科是由原始人类为认识和治疗疾病及异常行为所做的尝试中发展而来的。当时，任何一种肉体的或精神的失调都曾有其迷信的或超自然的解释法。无论病人患的是头痛发烧，还是表现出怪诞反常的思想和行为，原始人都认为是超自然势力，如妖怪、女巫、术士或神仙搞的名堂；或是因违反群体法规和禁忌所遭受的报应。在原始人看来，当人被术士摆布、幽灵偷魂、妖怪附体、魔鬼缠身时，便会生病或者表现异常。发作之时，患者会突然失去自我，一下子换上假定的附体者的性情、长相、甚至声音，从而完全变了样儿。总之，原始医术之治疗方法和技术均超不出巫术的范围。治疗程序是巫师和巫医精心筹划和仔细准备安排的，治疗活动需当着男女老少的面进行。巫师按着严格的仪式，呼风唤雨地向病人靠近，大有戏剧表演的气势和色彩。

二、古希腊和古罗马的观念

精神病学的真正历史和科学医术是由古希腊人开创的。古希腊人最早提出了关于精神紊乱的科学观点，也正是古希腊的医术为精神疾病的研究和治疗带来了科学的前景。

希波克拉底（约前460—377 B.C.）被誉为医学的鼻祖。这位古希腊医生代表着将对精

神疾病的解释从迷信推向自然的整个运动，堪称这一运动的缩影。他强烈地反对以宗教迷信和巫术来解释疾病，并积极倡导要把医学与哲学和神学区别开来，分别对待。在他的影响下，尽管当时的人们仍然把神灵当作统管人生大事的万物之主来崇拜，但是医学领域却越来越认识到自然因素才是疾病的根源。柏拉图（427—347B.C.）认为一个人的整个一生都值得观察和研究——从“心灵易被塑造”的幼年时期到与家庭其他成员的关系乃至受教育的历程，即生命的各个阶段对其心灵的发展都有不可忽视的特定意义。因而，我们可以给一个人从始至终写一部心理发展的传记。柏拉图还把人的心灵分为三个组成部分——理性部分、本能部分（欲望存身之处）和“精神”部分。这种观点与弗洛伊德把人的心灵分为本我、自我和超我三个部分的见解非常相似。亚里士多德（384—322B.C.）是柏拉图的门生。他对临床观察的运用做出过卓越的贡献。所以，亚里士多德不仅仅是一位驰名千古、享誉世界的大哲学家，他还是一位医生。他认为心理反应是一个人整体的表现而非某一特定的患病部位的表现。亚里士多德发现了从正常行为到病态行为的心理反应中的连续统一性。阿斯科里皮亚迪斯（约100B.C.）是倡导以人道的方式对待精神病人的先驱，他进一步强调和发展了临床观察。因而，有人把他尊为精神病学之父。阿斯科里皮亚迪斯反对对精神病人的残酷迫害、强硬监禁和机械抑制，主张在治疗过程中要讲究人道。这一观点对后来的精神病治疗始终有重大影响。为了研究和推进人道的治疗方法，阿斯科里皮亚迪斯做了多种多样的摸索和尝试。他用职业疗法来延长患者注意力的持续和增强记忆力。他还采取音乐疗法来安抚那些激动不安的精神患者。

三、中古时期

中古时期指约公元1100年至1500年之间的一段历史。在这期间，尽管人们试图保持古希腊的精神病学传统，但是，精神病学却几乎没有得到积极的发展。当时，社会崩溃，战乱成灾，瘟疫流行，百姓流离失所，生活朝不保夕，是实足的忧患遍地的“黑暗时代”。精神病领域也像其他领域一样被愚昧和野蛮所控制——理发师及其助手成了外科医生；愚昧的婆姨当上了助产士；治疗精神病的任务落到了施展巫术的牧师和迫害成性的教士手里。这些教士们逐渐在医学著作及实践中担任了越来越重要的角色，而对精神病的科学研究和临床观察却越来越少，因而影响了科学和医学的发展。

正如原始时期，中世纪的精神病患者给社会造成极大的恐怖和不安，精神病也被认为是妖魔鬼怪缠身所致。所以，为了驱妖除魔，治服患者，人们便用尽残酷的肉体折磨和无情的人身惩罚，如严重的精神病人常常被赶出家园，独立为生。在中美洲，精神病人被放到船上（称为“愚人船”），随波逐流，无家可归。这种船已成为神志不清或精神错乱而又无人引导的心灵之象征物。

但是还应指出，在十四世纪出现了综合性医院。有几家医院还专门为精神患者设立了隔离病区。据考证，一所专门为精神患者创办的医院于公元490年在耶路撒冷落成。

四、文艺复兴时期

这是一个充满深刻矛盾的时代。一方面，精神病患者被当作巫婆或巫士而遭受无情的迫害。凡是表现出哪怕是最轻微的心理反常的人都被怀疑为女巫或男巫。不用说精神病，就连

某些机体的异常（如阳痿、不育、畸形、夭折、或残疾等），以及生活中所有的天灾人祸（像年景不佳、气候突变、婚姻破裂、洪水旱灾、生老病死等），都被看作是魔鬼在耍把戏，搞名堂。两位德国神学家于1489年出版了一本名曰《除巫》的课本。书中狂热地鼓吹要彻底消灭男巫女巫，以便给社会带来安宁。于是在社会各阶层的支持下，他们开始了大规模的捕巫活动。成千上万的精神病人被处以死刑。同时，在政治上或宗教上持异议者也被当作巫士而遭此难。

另一方面，与这场惨无人道的迫害相反，文艺复兴后期重新萌生了对精神病人的人道态度。对于不幸的患者之深切的同情正在愈来愈深入人心。对此做出最突出贡献的是约翰·魏阿（1515——1588）。他是文艺复兴时期推行人道对待精神病人的主要人物，并被誉为当代精神病学之父。魏阿认为那些所谓的男巫女巫和着魔中邪者实际上是患了精神疾病。所以他要求由医生来治疗这些病人而不要让教士们肆意迫害他们。除此之外，帕拉赛尔苏斯（1493——1541）也曾为文艺复兴时期的人道对待精神病人运动做出过重大贡献。据说，他是第一个提及精神病中的无意识动机的人。瑞士著名心理分析学家卡尔·荣格和其他一些同仁都认为帕拉赛尔苏斯是无意识心理学的先驱者。

综上所述，就对待精神病人而言，文艺复兴时期出现了三大相互对立的趋势：（1）捕巫活动的加剧。（2）人道对待精神病人的复兴。（3）科学理解精神病人的更大进步。

五、十七、十八世纪

十七、十八世纪通常被称作“理性时代”。这一时期，理性的思潮盛行于科学、宗教和哲学等各个领域——理性取代了上帝。然而，当时的精神病领域却与理性的概念格格不入。可以说，十七、十八世纪人们对待精神病人的态度和做法简直令人痛心。尽管精神病人已不像从前那样被视为巫士和魔鬼，但是他们却越来越被看作社会的负担，正如穷人被视为社会的疾患一样。政府为了解决这一社会负担便将他们投入监牢。在许多国家都有专门为这种监狱所取的专有名词，如法国称之为“总医院”；英国称之为“监犯工所”或“贫民习艺所”等等。虽然精神病人以前很少被关在牢狱里，但在十七、十八世纪的统治者，把精神病患者当作犯人来关押却变成了一条规则。结果，准许关禁精神病人之事不是医生的职责，而成了外行人的职权。法国的“总医院”仅在成立四年后便已禁闭了六千人，其中包括乞丐、流浪者妓女、罪犯、残疾人、老人、孤儿、性病患者、同性恋者、异教徒和精神病人。在这种机构里，精神病人带着手铐脚镣，几乎得不到医生的诊治和护理。这一时期盛行休克疗法。有一种叫作“猛然入水”的方法是将患者的头一次又一次地按入水中，以便使病人受惊而恢复常态。另一种是使用旋转的板凳将病人置于昏迷的状态以达到治疗目的。当时人们以为受惊或休克能导致精神病的重新调整，从而恢复正常。

六、十八世纪中叶到十九世纪初期

在这段时期，有两位重要的精神病领域的改革家——菲力普·皮耐尔和本杰明·拉什。

菲力普·皮耐尔（1745—1826）既是位改革家和人道主义者，又是著名的人道对待精神病人运动的先驱。他反对以酷刑折磨和惩罚对待精神病人的传统观点以及放血、殴打和不分青红皂白的用药等丑恶手段。他把“猛然入水”休克法称作“比病人的疯狂更为严重的医

学疯狂。”他提出要清除禁制，砸碎锁链。

皮耐尔分别于1793年和1795年在巴黎接管了两所大型精神病人收容所。他是位天才的精神科治疗家。他想尽办法与病人取得联系并力求了解他们的内心世界，处处关心患者，并强调应与他们建立互相信赖的关系。因此，有些历史学家认为皮耐尔是一位用心理疗法治疗严重精神病人的先驱者。此外，由于皮耐尔每天都去巡察患者，观察他们的行为，检查他们的病情和记录他们的谈话。所以，历史学家认为精神病学的病例报告和病史记录的发展来源于皮耐尔的观察方法。

在皮耐尔的影响和领导下，医院变成了治疗精神病人的主要场所，心理疗法必须严格地以医生的权威和专业知识的依据。于是，更为人道的疗法得以采纳。而且，医院还将精神病患者进行适当的分类隔离，对他们实行职业疗法和娱乐疗法。这不能不说是精神病护理历史中的一个重大突破。

本杰明·拉什同样是位类似的先驱者，是美国精神病学之父。他于1812年创著了美国第一部精神病学教科书。

七、机能精神病学的出现

到此为止，精神病学比起原始医术已向前迈进了几大步。但是，人的头脑的功能及其工作方式仍是一个未知的谜。这个谜随着机能精神病学的出现得到了初步的解释。

梅斯美尔（1734——1815）是位激进的奥地利医生。声称他能够通过调动自己的所谓动物磁性的神秘力量来治愈一系列肉体的和精神的紊乱。通过站在病人面前或对他们做手势可诱发其疾病症状的出现。梅斯美尔称自己为磁化者或催眠者。催眠者须首先与患者建立联系和协调关系，然后坐在患者面前直视其双眼。通过与患者对视，催眠者就会将自己的动物磁性传送到对方的体内，从而引起其疾病的转折。梅斯美尔称这个转折点为“危机”。总之，梅斯美尔的成绩在于，他的有关精神活动的理论虽然有缺陷但却引导了人们开始了解和研究人脑的功能及其运转规律。

梅斯美尔的门徒波伊赛格（1751——1825）曾做过一个实验——他曾“磁化”（即催眠）过一位名叫维克多·雷斯的青年农民。在波伊赛格的催眠下，雷斯陷入了一种奇特的睡眠状态：睡着时他比平时醒着时更清醒、更明白。可是催眠活动一结束，雷斯再也记不起这种情形。正是波伊赛格的这一发现为机能精神病学的发展提供了原动力。这一发现为人的神秘莫测的精神带来了新的解释。精神生活开始被看作动力机能系统。一个世纪以后，运用患者与磁化师（后来称催眠师，更后来则叫心理疗法医生）之间的心理纽带治疗精神病患者的方法，在沙考（1835——1873）及其同时代人的研究中注入了精神病学的主流。沙考这位最主要的神经学家于1882年在巴黎的科学院宣读了他的有关催眠术的著名学术论文，从而为催眠术赢得了科学的尊严。

对机能精神病学做出过卓越贡献的还有皮埃尔·珍尼特（1859——1947）。他进一步推动了对人的心理活动的认识，并大大开辟了有关机能精神病学的思路。在催眠术的帮助下，珍尼特成了第一位论证癔病和其它精神病的诸多症状都是出于他谓之为“下意识的固定观念”的人。

机能精神病学的发展从沙考和珍尼特到弗洛伊德，这是一条崎岖坎坷的路。

第二节 精神健康和精神疾病的概念

精神健康和精神疾病这一领域遭受过许多荒诞之说及错误观念的困扰。例如，一种说法是患精神病就是与众不同和行为怪异；另一种观点认为，精神健康之人一定富有逻辑性和理性。然而，很多精神病患者并不与众不同和行为怪异，而精神健康者也没有一个是完全有逻辑性和完全理性化的。有些人因表现不正常而被视为精神病。但是，实际上他们和其他人并没有太大的区别。看起来，在精神健康与精神疾病之间并无明显的、始终如一的界线。其实，任何人类行为都处于精神疾病和精神健康之连续统一体中。

由于上述原因，精神健康专家们一直面临着如何给精神健康和精神疾病下定义、划界线的难题。已有的定义一直是含糊其词，莫衷一是，或偏狭不全。过去的精神健康及精神疾病的定义采用的是统计方法。精神疾病指那些所谓奇怪的、不同的和偏离现存模式的行为。但是，这样的标准是不完善的，它可能令人误认为精神健康是以顺从的行为为基础的。如果按这一定义来衡量，那么异教徒和具有独立思考而不循规蹈矩的人（如许多历史名人），都应算作精神病患者。

有一种方法是通过衡量两个范围内的个人行为来为精神健康和精神疾病下定义的。这两个范围或方面是“从适应到不适应的连续统一体”和“从建设性到破坏性的统一体”。“适应到不适应连续统一体”用于判断行为对于心理健康是有利还是有害。例如，某种行为是扩大了还是限制了对某一人生问题的反应的范围？它是提高了还是降低了个人的自尊！它能否创造使个人或他人更可能感到轻松、愉快的情境！“不适应行为”使一个问题持续并常常生发出新的问题，从而往往长时间地严重影响个人在生活各个方面的能力，如健康、工作、爱情和人际关系等等。“适应行为”则能够解决生活中的问题和提高、改进个人生活。

“建设性到破坏性的连续统一体”中的行为常常程度不同地影响个人或他人。破坏性行为不仅导致处理问题的失败从而成为“不适应行为”，而且还会破坏个人和他人的心理及生理健康，严重危及正常生活。与此相反，“建设性行为”则有利于心理和生理的发展和健康。它能够改善健康状况，积极影响个人和他人的心理功能和作用。

精神健康连续统一体中的极端性表现在如下两个方面：

1. 精神健康的标志

(1) 有幸福感：感到生活愉快。在人、物、活动中均能看到能够满足自己需要的可能性。

(2) 对行为能自我控制：能认识现有的限制和是非界线并能适应，能对自己生活中的规则、常规及习俗做出反应。

(3) 能正确评价现实：对周围发生之事有准确印象，对行为后果好与坏能做出恰当的估计，能够将貌似真实的情况与真实情况区分开来。

(4) 工作效率高：在能力限度内能做好要做的事，遇到小的失败、挫折时能够坚持下去，直到做出自己是否能完成此项工作的结论。

(5)有良好的自我概念：认为自己正在实现理想，并且有能力满足自己的要求，明白自信能够帮助自己克服困难的道理。

2. 精神疾病的极端表现

(1)抑郁表现：对所有或几乎所有的活动或消遣失去兴趣，出现消沉、悲哀、失望、沮丧等情绪。

(2)自控紊乱，不合群，爱寻衅：长时期反复出现侵犯他人基本权益的挑衅行为。

(3)出现精神分裂症性质的紊乱：出现稀奇古怪的妄想，或有幻听，或有以迫害、嫉妒为内容的幻想。

(4)不能适应工作，出现抑制行为：对原来曾经大显身手的工作或学术研究工作产生抑制现象。

(5)依赖性个性失调：由于不能独立发挥作用而消极，被动地依赖他人处理生活等各个方面的问题，缺乏自信，如认为自己无能、愚笨等。

第三节 精神科疾病的诊断

为了更好地履行职责，准确地判断和诊断精神疾病并给予正确的分类，医生和科研工作者都需要有明确的方针和准则作为指导。这样的方针有助于医生进行计划和衡量其治疗的成败。要正确判断精神病以及为精神病分类需考虑诸多因素。比如，什么样的行为构成精神病，对此必须有一致的判别原则。美国心理学协会于1952年曾为异常行为进行了分类，并在此基础上提供了一份包括诊断目录的正式精神病手册。这份手册就是《精神病诊断和统计手册》(DSM—Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)。该手册基本上与世界卫生组织(WHO)和国际疾病分类法(ICD)相一致，是目前美国得到最广泛承认的异常行为分类法。因而，美国的大多数医院及其医疗机构的专业人员均使用这个分类法。此《手册》经多次修订，充分、详尽地规定了精神病分类的标准，以适应临床、教学和科研之需要。并且，考虑到个人生活的复杂性，还采用了一套全方位的纵横交织的分类体系，即全方面分类体系(五中心线分类法)。

第一中心线(即临床综合病症)指构成一种特定疾病的综合迹象和病症。第二中心线(即个性紊乱和发展紊乱)指行为和处理问题的长期形式。第三中心线(即机体疾病及状况)记录任何当前出现的机体疾病或者与理解和帮助病人有潜在联系的任何状态。第四中心线(即心理压力的严重性)指造成心理压力的事件，如所爱之人的死、离异或失去一份工作等等。第五中心线(即适应能力的最高水平)标志一个人的心理、社会及工作能力在过去一年里的最高发挥水平。

在对精神疾病患者进行医疗诊断或护理诊断时必须谨慎行事。这是因为心理诊断可能会给个体或其家庭造成不良后果，尤其是当做出的诊断论证不足而且证明有误时，此种不良后果更易出现。所以，在诊断中，一定要记住一个前提，即每个社会都有其自己的有关健康和疾病的观念以及对疾病的分类法。要尽可能避免文化和社会的偏见。一项对精神疾病诊断的跨国界的调查表明，在英国精神病学家和美国精神病学家之间存在着惊人的差异。伦敦精神

病学家倾向于把病人诊断为躁狂者或患有性情紊乱；而纽约精神病学家则诊断为精神分裂症。

文化和社会偏见影响精神病诊断的另一例证是关于同性恋问题。在某些国家，同性恋者曾被列为一种精神病患者。但是所有的调查研究都没有能够证明同性恋者比异性恋者更不正常。尽管如此，一直到同性恋权利活动家们呼吁停止歧视同性恋者的时候，医学界才发生了转变。现在，同性恋行为再也不被看作精神病了。

也就是说，一个社会体制中对精神疾病的诊断会涉及许多少数人的群体。如黑人、老弱儿童、妇女、同性恋者等。这些偏见常常反映在当时的权力机构及政治体制中。同样，一种综合病症在不同文化环境内会有不同的表现形式。而且，少数民族和移民通常有充分理由不相信人。我们不能断言他们患有妄想狂或精神分裂症。

目前的精神病分类主要以临床观察为基础，在某种程度上以理论观点为依据，而最少凭介绍经验主义。注意文化和社会的偏见以及诊断中存在的危险对于护理实践，尤其是精神病的护理有着重大意义。医生诊断“疾病”，而护士则要诊断“察觉到的困难或需要”。所以，作为护士，我们越是能够客观地观察、评估和诊断我们护理的个体，就越能够有效地应用我们的技术。

第四节 精神科护理的主要问题及发展趋势

提高人类生活水平一直是精神健康倡导者及有关人士奋斗的目标。近年来他们努力的重点在于群体精神健康方案。这一方案是为帮助困难中的人们更好地处理问题和获得更好的生活质量而设计的。

当今，群体精神健康方案有以下几种趋势：

1. 辅助专职医师人员已经进入被称作“新的”专职医师阶层，并且已经接管了精神疾病护理和治疗的越来越多方面的工作。

精神健康服务领域受过非传统方式训练（有时没有受过任何训练）的人员数目大幅度增长。同时，拥有博士水平的心理学家和精神病学家占群体精神健康工作者的比例则越来越小，他们与治疗 and 护理严重精神病患者也越来越不相干。有些观察者指出，这种现象是精神科护理中的一个危机。

2. 更加注重将健康服务和精神健康服务合为一体。

将精神健康服务寓于健康服务之中被认为会更有效，并且与对健康的全盘考虑更协调一致。

3. 既包括政策也包括活动在内的精神病防治事业是个遭受忽视和未得到发展的领域。

尽管已有过某些孤立的尝试，如纽约和密执安精神健康部成立的防治组织，但是，精神病的防治仍然很少得到实施。

4. 美国举国兴起的自助组织是二十世纪八十年代精神健康领域中的一项重要 的 群体性发展。

据说，1981年美国拥有五十万个自助组织，成员多达二千三百万，并且还在继续增加。这些组织由有过相类似的与精神健康相关的经历和不幸的人们组成，如嗜酒者互诫协会、反

对酒后开车的母亲协会、离异的父母亲协会、赌友互诚协会等。自助组织的创建者和成员们认为现存的社会机构不能够满足他们的需要。而自助组织则既提供信息也提供心理援助。

二十世纪八十年代的一个引起争议的社会及精神健康的问题便是将精神病患者释放出院的活动。尽管成千上万的患者被放出精神病院，然而在许多情况下却使他们面临更大的困境——敌视的环境，缺少护理以及生活条件的恶化。把精神病患者送回到社会大家庭突出了社会援助制度和家庭参与的重要性，也强调了为把长期患病者保留在群体内，为他们提供适当的生活条件的必要性。当今精神健康护理中需要确定的关键问题是，被放出精神病院的患者的生活及健康是否真正得到了改善。

二十世纪九十年代的精神健康护理所面临的问题是对有些人没有能够受到健康服务或所受服务不足的问题的重视。这些人包括妇女、儿童、老人和农村居民等。据统计，任何时候都有百分之十的人口需要精神健康服务。然而，这些人中只有三分之一受到某种精神健康机构的关注。妇女仍旧没有享受到充分的服务，尤其是当她们的问题与社会模式相悖时（比如女性的酗酒行为）。美国有三分之二严重受惊的儿童没有得到他们所需的精神健康服务。一般说来，农村地区很少有精神健康服务项目。到2000年，六分之一的美国人将超过65岁，对于精神健康服务的需求也将会更大。的确，目前对于精神健康界提出的挑战便是能否在本世纪末满足广大未受到精神健康服务及享受服务不足人们的需求。

（雷慧 刘凤淑）