



中华医学会医师培训工程（高级系列）



国家级继续医学教育项目教材

精神病学

高级教程

主编 / 施慎逊

中华医学会组织编著



中华医学电子音像出版社
CHINESE MEDICAL MULTIMEDIA PRESS



中华医学会医师培训工程（高级系列）



国家级继续医学教育项目教材

精神病学 高级教程

主编 / 施慎逊

中华医学会组织编著

中华医学电子音像出版社

CHINESE MEDICAL MULTIMEDIA PRESS

北京

图书在版编目 (CIP) 数据

精神病学高级教程 / 施慎逊主编. —北京: 中华医学电子音像出版社, 2019.4
ISBN 978-7-83005-181-5

I. ①精… II. ①施… III. ①精神病学—教材 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 294824 号

精神病学高级教程

JINGSHENBINGXUE GAOJI JIAOCHENG

主 编: 施慎逊

策划编辑: 史仲静 孙葵葵 宫宇婷

责任编辑: 王翠棉 宫宇婷

校 对: 龚利霞

责任印刷: 李振坤

出版发行: 中华医学电子音像出版社

通信地址: 北京市西城区东河沿街 69 号中华医学会 629 室

邮 编: 100052

E - mail: cma-cmc@cma.org.cn

购书热线: 010-51322675

经 销: 新华书店

印 刷: 廊坊市佳艺印务有限公司

开 本: 889 mm × 1194 mm 1/16

印 张: 24.75

字 数: 810 千字

版 次: 2019 年 4 月第 1 版 2019 年 4 月第 1 次印刷

定 价: 220.00 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

内 容 提 要

本书为《中华医学会医师培训工程（高级系列）》丛书之一，由中华医学会精神医学分会组织国内权威专家编写。本书按照国家对高级卫生专业技术资格人员的专业素质要求，准确地介绍了精神病学的基本理论和基本技术，重点阐述了常见精神障碍防治的新技术和新方法、国内外发展现状和发展趋势，力求反映目前精神医学专业发展的国际规范和前沿动态，巩固和提高精神科医师诊治、会诊、综合分析疑难病例及开展医疗先进技术的能力，同时还增加了测试题，作为考查医师对精神医学专业知识掌握情况的依据。本书实用性、指导性强，既可作为精神科专科医师规范化培养的重要参考用书，也可作为拟晋升高级职称应试者的复习指导用书。

本书配有习题卡，题型分为单选题、多选题、共用题干单选题和病例分析题，可帮助读者深入理解相关理论，检测专业知识掌握程度，提高临床诊疗思维能力。试题全部由本书撰写专家亲自拟定。

标注释义：正高级职称知识掌握程度 ★★★★★（掌握） ★★（熟悉） ★（了解）

副高级职称知识掌握程度 △△△（掌握） △△（熟悉） △（了解）

《精神病学高级教程》

编委会

- 顾问 江开达
主编 施慎逊
副主编 方贻儒 陆林 李涛
编委 (以姓氏笔画为序)
于欣 王传跃 王高华 王继军 方贻儒
司天梅 刘铁榜 许秀峰 杜亚松 李涛
李占江 李晓驹 李凌江 杨甫德 肖世富
张宁 陆林 陆峥 陈珏 郑毅
赵靖平 郝伟 胡建 施慎逊 贾福军
徐一峰 彭代辉 谢斌 谭庆荣
秘书 陈俊 邵春红
参编人员 (以姓氏笔画为序)
于欣 王传跃 王怀志 王高华 王继军
王绪轶 方贻儒 司天梅 刘娜 刘铁榜
江开达 许秀峰 孙学礼 苏亮 杜亚松
李娜 李涛 李娟 李占江 李忻蓉
李晓白 李晓驹 李凌江 杨华 杨甫德
杨彦春 肖世富 张宁 张克让 张瑞国
陆林 陆峥 陈珏 陈俊 范滕滕
岳玲 周云飞 周东丰 郑毅 赵靖平
郝伟 胡建 胡莺燕 侯彩兰 施慎逊
贾福军 徐一峰 郭茜 郭万军 崔勇
彭代辉 谢斌 谭庆荣 薄奇静

序

我国现有的医师培养过程分为医学院校教育、毕业后医学教育和继续医学教育三个阶段。专科医师规范化培训是毕业后医学教育的重要组成部分，是在住院医师规范化培训的基础上，继续培养能够独立、规范地从事专科疾病诊疗工作临床医师的必经途径。2017年7月，国务院办公厅印发《关于深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展的意见》（国办发〔2017〕63号），文件中提出把医学教育和人才培养摆在卫生与健康事业优先发展的战略地位，为建设健康中国提供坚实的人才保障……支持行业学会（协）会参与学科专业设置、人才培养规划、标准制（修）订和考核评估等工作，相关公共服务逐步交由社会组织承担。2015年发布的《关于开展专科医师规范化培训制度试点的指导意见》（国卫科教发〔2015〕97号）中明确提出：探索建立有关行业协（学）会协助政府部门做好专科医师规范化培训制度试点的业务指导、组织实施与日常管理监督的工作机制。根据需要，可组建由有关专家和医疗卫生机构、高等医学院校、相关事业单位、行业组织和政府相关部门等多方面代表组成的专科医师规范化培训专家委员会，协助开展有关工作。

中华医学会成立于1915年，经过百年的励精图治，已经成为党和政府联系医学科技工作者的桥梁和纽带、中国科协学会的翘楚、全国医学科技工作者的家园，其宗旨是团结医务工作者，传播医学科学知识，弘扬医学道德，崇尚社会正义。由中华医学会第二十五届理事会第四次会议审议通过的《中华医学会章程》中明确将“参与开展毕业后医学教育及专科医师培训、考核等工作”作为学会的业务范围之一。鉴于我国适用于专科医师规范化培训的教材存在系统性较差，内容、质量参差不齐，学科覆盖不全面等诸多不足，中华医学会所属中华医学电子音像出版社依托学会88个专科分会的千余名专家力量，配合出版社三十余年传统出版和数字出版相结合的出版经验，策划了《中华医学会医师培训工程（高级系列）》丛书，旨在通过本丛书引导医学教育

健康发展和卫生行业人才的规范化培养。本套丛书的内容不仅包括专科医师应该掌握的知识,更力求与时俱进,反映目前本学科发展的国际规范指南和前沿动态,巩固和提高专科医师的临床诊治、临床会诊、综合分析疑难病例及开展医疗先进技术的能力,同时还增加了测试题,作为考查专科医师对专业知识掌握情况的依据。除此之外,本丛书还充分利用新兴媒体技术,就部分内容配备了相应的多媒体视频,以加强医务人员对理论知识和实际操作技术的理解。

在2016年举办的“全国卫生与健康大会”上,习近平总书记发表重要讲话,强调“没有全民健康,就没有全面小康”;在第十八届中共中央政治局常委会同中外记者首次见面会上,习近平总书记表达出对人民健康福祉的密切关注:我们的人民热爱生活,期盼有更可靠的社会保障、更高水平的医疗卫生服务、更优美的环境……。实现全民健康离不开高水平医疗卫生服务的保障,开展高水平的医疗卫生服务离不开一支高素质、高水平的医疗队伍,这也是中华医学会组织国内各学科学术带头人、知名专家编写本丛书的目的所在。

本丛书在编写过程中多次召开组稿会和定稿会,各位参编的专家、教授群策群力,在繁忙的临床和教学工作之余高效率、高质量地完成了编写工作,在此,我表示衷心的感谢和敬佩!



二〇一九年一月

前 言

为了适应我国继续医学教育发展的需要，较好地体现精神病与精神卫生学专业高级技术人员应达到的专业技术水平，我们编写了本教材。本教材聚焦于临床实践，兼顾最新基础研究发展成就，注重科学性、先进性、实用性和指导性。本教材中的疾病诊断和鉴别诊断按照 ICD-10 标准撰写，同时兼顾 DSM-5 的内容，并参考最新发布的指南和学科进展，内容主要包括精神病学的基本理论和基本技术、常见疾病防治的新技术和新方法、国内外发展现状和发展趋势等。其中，对于常见病和近年重视的疾病进行了重点编写，如精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍、焦虑障碍、强迫障碍、创伤后应激障碍、痴呆、物质滥用所致精神障碍、孤独症等。病种范围适当放宽，发病率低的病种适当调整。

本教材有很高的学术价值，不仅是《中华医学会医师培训工程（高级系列）》套系用书，也可以作为拟晋升高级职称应试者的复习指导用书，以及临床医师的工具书和参考书，有助于各级医师在临床会诊、综合分析疑难病例时把握诊断要点及诊断思路，对于提高临床教学水平将发挥重要作用。

本书编者团队均为行业内知名专家。由于参加编写的人员较多，各章体例不一定完全一致，某些观点也不免有见仁见智之处，希望使用本教材的各级医师能够理解。在编写过程中难免有疏漏之处，望各位读者不吝赐教，提出宝贵意见。

最后，感谢各位编者在百忙之中参与撰写，感谢陈俊和邵春红两位秘书协助完成了大量资料整理工作，感谢中华医学电子音像出版社给予的大力支持，以及编辑老师付出的心血。

施慎逊

2018年3月22日于上海

出版说明

为引导我国医学教育的健康发展，加强卫生人才培养工作，助力健康中国战略的实施，在中华医学会及所属 88 个专科分会的支持下，我们精心策划出版了《中华医学会医师培训工程（高级系列）丛书》暨《国家级继续医学教育项目教材》。

本套丛书的内容不仅包括医学各专业高年资从业者应该掌握的基本知识，更力求与时俱进，反映本学科发展的前沿动态，侧重医务人员临床诊治技能、疑难病例处理以及开展医疗先进技术能力的培养，具有专业性、权威性和实用性，因此既可作为正在试点推动的专科医师规范化培训的工具用书，又可作为医务人员或医疗行政管理部门开展继续医学教育的必备教材。同时，本套丛书在系统梳理专业知识的基础上均配备练习题库和模拟考试情境，有助于检验专业知识的掌握情况，亦可作为拟晋升高级职称应试者的考前复习参考用书。

限于编写时间紧迫、经验不足，本套教材会有很多不足之处，真诚希望广大读者谅解并提出宝贵意见，我们将于再版时加以改正。

目 录

| | |
|---------------------------------|---------|
| 第 1 章 绪论 | (001) |
| 第 1 节 精神病学的概念及发展 | (001) |
| 第 2 节 精神病学的展望 | (006) |
| 第 2 章 症状学 | (012) |
| 第 1 节 常见精神症状 | (012) |
| 第 2 节 常见综合征 | (024) |
| 第 3 章 精神障碍的分类与诊断系统 | (027) |
| 第 1 节 概述 | (027) |
| 第 2 节 国际疾病分类与诊断系统 | (029) |
| 第 3 节 美国诊断分类 DSM 系统 | (030) |
| 第 4 节 中国诊断分类 CCMD 系统 | (033) |
| 第 4 章 精神障碍的检查与诊断 | (036) |
| 第 1 节 临床晤谈的步骤 | (036) |
| 第 2 节 临床沟通技巧 | (037) |
| 第 3 节 病史采集 | (039) |
| 第 4 节 精神检查 | (041) |
| 第 5 节 体格检查与辅助检查 | (043) |
| 第 6 节 精神障碍的诊断原则 | (047) |
| 第 7 节 精神障碍的诊断思路 | (048) |
| 第 5 章 脑器质性精神障碍 | (050) |
| 第 1 节 概述 | (050) |

| | | |
|-----|------------------|-------|
| 第2节 | 阿尔茨海默病及其他神经退行性痴呆 | (051) |
| 第3节 | 血管性痴呆 | (057) |
| 第4节 | 痴呆的精神行为症状 | (058) |
| 第5节 | 脑外伤所致精神障碍 | (060) |
| 第6节 | 其他脑器质性疾病所致精神障碍 | (061) |

第6章 躯体疾病所致精神障碍 (064)

| | | |
|-----|---------------------|-------|
| 第1节 | 概述 | (064) |
| 第2节 | 躯体感染所致精神障碍 | (066) |
| 第3节 | 重要内脏器官及相关系统疾病所致精神障碍 | (068) |
| 第4节 | 内分泌疾病和代谢性疾病所致精神障碍 | (072) |
| 第5节 | 系统性红斑狼疮所致精神障碍 | (076) |

第7章 精神活性物质所致精神障碍 (078)

| | | |
|-----|------------------|-------|
| 第1节 | 概述 | (078) |
| 第2节 | 阿片类药物依赖 | (082) |
| 第3节 | 酒精所致精神障碍 | (087) |
| 第4节 | 苯丙胺类药物所致精神障碍 | (093) |
| 第5节 | 镇静催眠药、抗焦虑药所致精神障碍 | (096) |
| 第6节 | 烟草依赖与滥用 | (097) |
| 第7节 | 其他物质所致精神障碍 | (098) |

第8章 精神分裂症 (101)

| | | |
|-----|---------|-------|
| 第1节 | 概述 | (101) |
| 第2节 | 病因与发病机制 | (102) |
| 第3节 | 临床表现 | (106) |
| 第4节 | 诊断与鉴别诊断 | (108) |
| 第5节 | 治疗 | (110) |

第9章 其他精神病性障碍 (119)

| | | |
|-----|-------------|-------|
| 第1节 | 分裂型障碍 | (119) |
| 第2节 | 妄想性障碍 | (119) |
| 第3节 | 急性短暂性精神病性障碍 | (120) |
| 第4节 | 分裂情感性障碍 | (121) |
| 第5节 | 感应性精神病 | (123) |
| 第6节 | 紧张症 | (124) |

第 10 章 双相障碍 (125)

- 第 1 节 概述 (125)
- 第 2 节 临床表现与分类 (128)
- 第 3 节 诊断与鉴别诊断 (132)
- 第 4 节 治疗与预防 (135)

第 11 章 抑郁障碍 (139)

- 第 1 节 概述 (139)
- 第 2 节 病因与发病机制 (140)
- 第 3 节 临床表现 (141)
- 第 4 节 评估、诊断与鉴别诊断 (143)
- 第 5 节 治疗 (145)

第 12 章 焦虑障碍 (151)

- 第 1 节 概述 (151)
- 第 2 节 恐惧性焦虑障碍 (152)
- 第 3 节 惊恐障碍 (156)
- 第 4 节 广泛性焦虑障碍 (159)

第 13 章 强迫障碍 (164)

- 第 1 节 概述 (164)
- 第 2 节 病因与发病机制 (164)
- 第 3 节 临床表现 (166)
- 第 4 节 诊断与鉴别诊断 (168)
- 第 5 节 治疗与预后 (170)

第 14 章 应激相关障碍 (172)

- 第 1 节 概述 (172)
- 第 2 节 急性应激障碍 (175)
- 第 3 节 创伤后应激障碍 (177)
- 第 4 节 适应障碍 (182)

第 15 章 分离障碍 (184)

- 第 1 节 概述 (184)
- 第 2 节 分离性遗忘 (186)

- 第3节 分离性漫游 (187)
- 第4节 分离性木僵 (188)
- 第5节 出神与附体障碍 (188)
- 第6节 分离性运动和感觉障碍 (188)
- 第7节 分离障碍的其他形式 (190)

第16章 躯体症状及相关障碍 (192)

- 第1节 概述 (192)
- 第2节 躯体症状障碍 (193)
- 第3节 疾病焦虑障碍 (196)

第17章 进食障碍 (199)

- 第1节 概述 (199)
- 第2节 神经性厌食 (201)
- 第3节 神经性贪食 (206)
- 第4节 暴食障碍 (209)

第18章 睡眠障碍 (212)

- 第1节 失眠 (212)
- 第2节 嗜睡 (215)
- 第3节 非器质性睡眠-觉醒节律障碍 (217)
- 第4节 睡行症 (217)
- 第5节 夜惊症 (218)
- 第6节 梦魇 (219)

第19章 性功能障碍和性心理障碍 (221)

- 第1节 性功能障碍 (221)
- 第2节 性心理障碍 (226)

第20章 人格障碍 (231)

- 第1节 概述 (231)
- 第2节 病因与发病机制 (232)
- 第3节 临床表现 (233)
- 第4节 诊断与鉴别诊断 (234)
- 第5节 治疗与预防 (238)

第 21 章 儿童青少年期精神障碍 (240)

- 第 1 节 概述 (240)
- 第 2 节 孤独症谱系障碍 (240)
- 第 3 节 注意缺陷多动障碍 (243)
- 第 4 节 行为障碍 (245)
- 第 5 节 抽动障碍 (247)
- 第 6 节 儿童期情绪障碍 (250)

第 22 章 精神发育迟缓 (255)

- 第 1 节 概述 (255)
- 第 2 节 病因与发病机制 (256)
- 第 3 节 临床表现及分型 (258)
- 第 4 节 诊断与鉴别诊断 (259)
- 第 5 节 治疗及康复 (261)
- 第 6 节 预后与预防 (261)

第 23 章 精神药物治疗 (263)

- 第 1 节 概述 (263)
- 第 2 节 抗精神病药 (265)
- 第 3 节 抗抑郁药 (279)
- 第 4 节 心境稳定药 (292)
- 第 5 节 抗焦虑药 (294)
- 第 6 节 认知改善药 (295)

第 24 章 心理治疗 (299)

- 第 1 节 概述 (299)
- 第 2 节 心理动力学治疗 (302)
- 第 3 节 行为治疗 (306)
- 第 4 节 认知治疗 (308)
- 第 5 节 来访者中心治疗 (312)

第 25 章 电休克治疗 (314)

- 第 1 节 发展与沿革 (314)
- 第 2 节 作用机制 (314)
- 第 3 节 适应证 (315)
- 第 4 节 禁忌证 (316)

| | | |
|-----|---------|-------|
| 第5节 | 治疗方法 | (317) |
| 第6节 | 不良反应及处置 | (319) |
| 第7节 | 合并用药问题 | (320) |

第26章 重复经颅磁刺激治疗及其他非药物治疗 (322)

| | | |
|-----|-----------|-------|
| 第1节 | 重复经颅磁刺激治疗 | (322) |
| 第2节 | 深部脑刺激 | (326) |

第27章 精神障碍的康复治疗 (328)

| | | |
|-----|------------------|-------|
| 第1节 | 康复医学的基本概念 | (328) |
| 第2节 | 《国际功能、残疾和健康分类》简介 | (329) |
| 第3节 | 精神康复的基本理论 | (330) |
| 第4节 | 精神康复的评估 | (333) |
| 第5节 | 精神残疾的评定 | (335) |
| 第6节 | 精神康复措施与服务形式 | (338) |

第28章 精神科急诊和处理 (345)

| | | |
|-----|----------|-------|
| 第1节 | 自杀或自伤 | (345) |
| 第2节 | 拒食 | (347) |
| 第3节 | 冲动和暴力行为 | (348) |
| 第4节 | 兴奋躁动状态 | (350) |
| 第5节 | 缄默和木僵状态 | (351) |
| 第6节 | 幻觉妄想急性发作 | (352) |
| 第7节 | 惊恐发作 | (354) |
| 第8节 | 戒断综合征 | (354) |
| 第9节 | 精神药物中毒 | (355) |

第29章 精神障碍的预防 (358)

| | | |
|-----|------|-------|
| 第1节 | 一级预防 | (358) |
| 第2节 | 二级预防 | (362) |
| 第3节 | 三级预防 | (364) |

第30章 精神卫生与法律 (367)

| | | |
|-----|-------------|-------|
| 第1节 | 概述 | (367) |
| 第2节 | 精神障碍相关的法律能力 | (369) |
| 第3节 | 患者权益的保护 | (373) |

第1章 绪论

第1节 精神病学的概念及发展

一、精神病学相关概念

★★★△△△

(一) 精神病学

精神病学 (psychiatry) 是研究精神障碍的病因、发病机制、临床特征、病程转归、防治措施及康复的二级学科。精神活动或称心理活动,是人脑在反映客观事物时所进行的一系列复杂的功能活动,主要包括认知、情感、意识等过程。精神病学的生理基础是神经科学,心理基础是心理学、社会学、人类学等。精神病学最初与神经病学合在一起,20世纪中期随着学科发展与医学需求变化,精神病学逐渐与神经病学分离。精神病学在学科发展过程中又分出许多分支,如老年精神病学、儿童精神病学、妇女精神病学、司法精神病学、跨文化精神病学、生物精神病学、社会精神病学等。

(二) 精神医学

随着社会的发展,现代精神病学的概念已远远超出传统精神病学的范畴,其服务及研究对象大大拓宽,不仅包括传统重性精神障碍(如精神分裂症),还包括神经症性障碍、适应不良等轻性精神障碍。现代精神病学服务模式也从封闭式管理,转为开放或半开放式管理。随着新型精神药物的出现,以及人们对精神障碍的康复和预防的重视,精神障碍患者的预后已大为改观。我国学者认为应该将“精神病学”改为“精神医学”,更贴近现状。精神医学 (psychological medicine) 的任务有2个方面:一是研究各类精神障碍的病因、发病机制、临床表现、治疗和预防;二是研究心理社会因素对人体健康的影响和罹患疾病的作用。

(三) 精神障碍

精神障碍 (mental disorder) 可理解为精神障碍的同义词。不同的教科书和诊断标准中精神障碍的定义描述基本相同。2013年颁布的《中华人民共和国精神卫生法》中的定义:“精神障碍指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常,导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。”美国2013年发布的《精神障碍分类与诊断标准》(第5版)中的定义为“精神障碍是以临床显著的个体认知、情感调节或行为紊乱为特征的一种综合征,它反映了个体心理、生理、发育过程中相关的精神功能障碍。精神障碍与社会、工作或其他重要活动中的心理痛苦或功能损害相关”。《国际疾病及有关健康问题的分类》(第10版)中的定义:“精神障碍是一种有临床意义的行为、综合征或类型,其发生与当事人目前的痛苦、烦恼(如令人痛苦的症状或功能不良,有一个或多个主要领域的功能损害)相关;或明显增加病死、引起痛苦、功能不良和丧失自由的风险。同时,这种综合征或类型必须不仅仅是对于某一特殊事件的可预期反应(如心爱的人的死亡等)。”

精神障碍 (mental illness) 是指在各种生物学、心理学及社会环境因素影响下,大脑功能失调或紊乱,导致认知、情感、意志和行为等活动出现不同程度障碍为临床表现的一组疾病。由于社会对精神障碍的偏见,有学者提出以精神障碍或心理障碍取代精神障碍。但在临床实践中,常使用精神障碍这一概念。

精神病 (psychosis) 是一组由不同原因引起的大脑功能的严重紊乱,患者的认知、情感、意志和行为等方面出现持久的、显著的异常,有幻觉、妄想、思维障碍等精神病性症状,现实生活中检验能力丧失,学习、工作及社会适应能力严重受损。严重者出现危害自身

或他人的行为,对疾病缺乏认识,拒绝就医。通常把严重影响患者功能的一组精神障碍称为严重精神障碍,指疾病症状严重,导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或客观现实不能完整认识,或不能处理自身事务的精神障碍。严重的精神病包括精神分裂症、偏执性精神障碍、双相障碍、痴呆、精神发育迟缓等。根据我国以往流行病学调查资料估算,全国约有1600万例严重精神病患者。

(四) 精神卫生

精神卫生(mental health),又称心理卫生。有学者称之为心理健康、精神健康,分别用于不同的场合。精神卫生有狭义和广义2个层面,狭义的精神卫生主要是预防和治疗精神障碍,提高对精神障碍患者的服务质量,减少复发,营造有利于患者康复的环境,促进患者康复。这是世界各国目前精神卫生工作主要服务的范畴。近来,早期发现、早期治疗和促使慢性精神病患者康复、重归社会受到重视。广义的精神卫生主要研究心理和社会因素对健康和疾病的影响,以期预防和减少精神障碍(疾病)的发生,保持并提高人民心理健康水平,更好地生活和适应社会。

(五) 健康与精神健康

1948年,世界卫生组织(World Health Organization, WHO)在其《宪章》中提出的健康定义:“健康不仅是没有疾病和衰弱,而是保持体格方面、精神方面和社会方面的完美状态。”1978年,国际初级卫生保健大会在《阿拉木图宣言》中又重申“健康不仅是疾病与体弱的匿迹,而且是身心健康和社会幸福的完美状态”。这个概念不仅阐明了生物学因素与健康的关系,还强调了心理、社会因素对健康的影响。生理完美状态是指身体各系统无疾病;心理社会的完美状态是指一种持续的、积极的内心体验,良好的社会适应能力,能有效地发挥个人的身心潜能和社会功能。1990年,WHO把道德修养纳入了健康的范畴。健康不仅涉及体能方面,也涉及精神方面。道德修养作为精神健康的内涵,其内容为健康者不以损害他人的利益来满足自己的需要,具有辨别真与伪、善与恶、美与丑、荣与辱等是非观念,能按照社会行为的规范、准则来约束自己的思想和行为。新的健康概念告诉人们,这是一个整体的、积极向上的健康观。健康的概念包括躯体、心理、社会及道德4个方面。精神健康不仅仅是指无精神障碍,还指一种健康状态,在这种状态中,每个人能够认识到自己的潜力,能够应付正常的生活压力,能够有成效地从事工作,并能够对其社区做贡献。

精神卫生自20世纪70年代以来在国际和国内广泛开展,包括精神障碍的治疗、预防和精神卫生的知识普及。2006年,我国卫生部疾病控制局成立精神卫生管理处,主要负责对精神卫生的管理和对精神障碍的预防与控制。

二、精神病学发展概况★★△△

精神病学的发展过程反映了人们对精神障碍及其规律的认识过程,反映了人们对精神活动现象的认识影响及其对精神障碍的态度与处理方法。

不同民族、不同时代对精神障碍的临床表现及诊治方法均有记载。在文化较落后的时代和地区,精神障碍被视为古怪现象,精神病患者被视为魔鬼缠身,受到虐待或残害。随着文明与科技的发展,人们对精神障碍的认识发生改变。

公元前5至前4世纪,古希腊医学家Hippocrates(公元前460至前377年)认为脑是思维器官,提出了精神病的体液病理学说。

18世纪法国大革命后,Pinel(1754—1826年)提出解除精神病患者的枷锁和以人道主义态度对待患者,从而改善了对精神病患者的管理。19世纪精神病学进入大发展。19世纪中叶,现代精神病学的创始人德国的Griesinger(1817—1868年)提出精神障碍的病理在神经系统,人们开始关注精神症状与脑的关系。19世纪末,德国精神病学家Kraepelin(1856—1926年)总结了前人观察研究的成果,提出了早发性痴呆及躁狂抑郁症与脑器质性痴呆的区别,从临床和病理解剖的观点对精神障碍进行分类,为今天的生物精神病学奠定了基础。同期,Freud(1856—1939年)创立了精神分析理论,拓展了从病理心理领域探讨精神障碍的病因,寻求新的治疗途径。此后,美国的Adolf Meyer(1866—1950年)提出精神生物学学说。

20世纪,精神病学的重大进步是治疗学,1950年Charpentier合成了氯丙嗪,1959年Kline报道了异丙胍治疗抑郁症的效果,推动了精神药物的发展,精神药理学成为精神病学发展中的一个重要方面。1938年Cerletti和Bini报道了电休克治疗。20世纪,精神病学的另一个重大进步是精神障碍的神经生化和神经生物学研究。科学家对DNA、5-羟色胺、肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、 γ -氨基丁酸等神经递质的研究,使精神病学的研究进入分子病理学时代。

随着科学技术和方法的进步,今天精神病院的封闭式看守管理变成开放式管理,解除了对患者人身的约束,有利于患者的康复。