

第一章 绪论

考点一：概述

1. 精神卫生：mental health，也称心理卫生，指维护与促进人类心理健康、预防精神疾病的保健措施。
2. 社区精神卫生服务：是以居民健康为主的综合性服务，把预防、保健、诊疗、护理、康复、健康教育等融为一体，部分解决社区内居民的精神疾病防治。

考点二：社区精神卫生服务的对象、任务及模式

1. 社区精神卫生服务主要涉及的几类重点人群：

①儿童心理行为问题的预防和干预；	④灾后人群/救灾工作中的精神卫生救援；
②妇女心理行为问题和精神疾病的研究和干预；	⑤在职人群/身心残障人士的康复指导；
③老年人心理健康宣传和精神疾病干预；	⑥被监管人群/其他人群的健康普及教育。

2. 社区精神卫生服务的主要任务

①开展精神疾病的流行病学调查。	③培训基层精神卫生保健人员：基层卫生人员、基层精神卫生专职或兼职医生。
②开展多种形式的社区精神卫生服务:精神疾病的社区医疗、精神疾病的社区康复。	④精神卫生宣教。

3. 社区精神卫生的干预模式

<u>1. 个案管理</u>	美国发展的一种个案管理的组织形式，指定某一个或一组人为个案管理者，确保病人获得持续性及综合性服务。
<u>2. 主动式社区治疗程序 (PACT)</u>	为适应及功能较差的精神病人设计，利于预防复发、增强社会和职业功能。
<u>3. 过渡性康复站</u>	康复站与医院保持密切联系，强调病人的自理能力，并对其临床情况的微小进步进行鼓励。
<u>4. 自助团体</u>	(1) 治疗性自助团体； (2) 心里社会俱乐部
<u>5. 综合性康复措施</u>	旨在使慢性精神分裂症病人或精神残疾者通过药物维持治疗、家庭干预、环境支持、功能恢复、技能训练摆脱依赖性，提高生活质量和重返社会。

考点三：社区护士的心理素质与角色功能

1. 社区精神卫生护士的心理素质

- ①爱心与同情；②抗压与包容；③独立与协作；④敏锐与冷静；⑤严谨与灵活。

考点四：社区精神卫生的法律和伦理问题

1. 知情同意的基本要素

① <u>提供信息</u>	向患者提供各种信息，如状态的判断和预测、诊疗程序、预见风险等。
② <u>信息的理解</u>	是患者做诊疗决定的前提。
③ <u>做决定的能力</u>	患者是否做出接受或拒绝诊疗的正确决定的能力。
④ <u>自愿参加</u>	尊重患者对诊疗的自主性，无论接受与否，都不影响日后诊疗中的利益。

2. 失职行为：指医护人员因主观不良行为或明显的疏忽大意，给患者造成严重后果的行为。

- ①延误救治的行为；②未尽职守的行为；③查对失当的行为
④忽略规则的行为；⑤草率文书的行为；⑥违反道德的行为。

3. 侵权行为：指医护人员侵害精神病患者的权利而导致患者利益受损的行为。（承担民事责任）

- ①剥夺患者权利的行为；②泄露患者隐私的行为；③侵犯患者身体的非职业行为；④有辱患者尊严的行为。

4. 精神卫生的伦理道德

- ①尊重患者的人格与权力；②保护患者的个人隐私；
③掌握与患者沟通的分寸；④贯穿慎独精神于工作全程。

第二章 常见的精神障碍

考点一：精神障碍概述

1. 精神障碍的诊断标准

①医学标准；②个人经验标准；③社会适应标准；④心理测验标准。

2. 常用的精神障碍分类系统

①《疾病及有关健康问题的国际分类》：ICD-10 中的第 5 章对精神障碍做了分类。

②美国精神障碍分类系统：简称 DSM-IV，将精神障碍分为 17 大类。

③中国精神疾病分类及诊断标准（CCMD），目前 CCMD-3 将精神障碍分为 10 大类。

考点二：精神分裂症

1. 概念：精神分裂症，是一组常见而病因未明的重性精神障碍，以基本个性改变、思维障碍、行为的分裂，精神活动与环境的不协调为主要特征。

2. 临床表现

早期症状	类神经衰弱状态：表现为不明原因的头痛、失眠、多梦易醒等，单无痛苦体验，且不主动就医			
	性格改变：一向温和的人变得蛮不讲理，容易发脾气或疑心重重等。			
	情绪反常：如无故发笑，对亲人和朋友变得淡漠、疏远等			
	意志减退：如一反之前的积极上进的状态，变得工作马虎、学习懒散或生活不修边幅等。			
	零星出现难以理解的行为：如对空叫骂，喃喃自语或做些莫名其妙、令人费解的动作。			
核心症状	阳性症状	知觉障碍	幻觉	最常出现的幻觉是幻听； 幻听包括言语性（评价、命令、议论等）和非言语性（虫鸣鸟叫）； 少数还会出现幻视、幻嗅、幻触、幻味等。
			错觉	临床多见错视和错听。
			感知综合障碍	常见的有视物变形、空间知觉障碍、时间感知综合障碍和非真实感。
		思维障碍	思维联想障碍	思维散漫、思维破裂、异己体验（思维云集、思维插入等）。
			思维逻辑障碍	象征性思维（反穿衣、表示自己“表里合一、心地坦白”）、词语新作。
			思维内容障碍	表现为各种妄想，是在病理基础上产生的歪曲信念，最常见为被害妄想。
		情感障碍	急性期的情感障碍主要是患者情感的不协调； 具体表现为情感倒错（内心体验与外界不相符），表情倒错（内心体验与外在表情不协调），矛盾情感（内心同时体验到两种矛盾甚至相反的情感）等。	

		意志行为障碍	可表现为无故发笑、独处发呆、冲动行为、紧张性木僵、蜡样屈曲、违拗、刻板语言或行为等； 需高度注意患者有无自杀行为，约 50%患者存在自杀观念，15%出现自杀行为，最主要原因是抑郁情绪。
	阴性症状	思维贫乏	患者言语减少、谈话内容空洞、应答时间延长等；
		情感平淡或淡漠	患者对周围事物的情感反应变得迟钝或平淡，表情变化减少； 随病情发展，情感日益贫乏，面部完全无表情，对任何事物漠不关心。
		意志活动减弱	表现在多方面，如不修边幅、不注意个人卫生、不坚持工作或学习； 严重者社交活动完全停止，与家人或朋友联系终止。
	认知功能障碍	85%左右的精神分裂症患者有认知功能障碍的表现； 具体表现为：注意警觉障碍、记忆障碍、抽象思维障碍、信息整合障碍、运动协调障碍。	

3. 临床类型

①偏执型	◇ 最常见的类型，其临床表现突出一个“<u>疑</u>”字。 ◇ 以<u>相对稳定的妄想为主（关系妄想、被害妄想最多见）</u>，往往伴有幻觉（特别是言语性幻听），情感、意志、行为障碍不突出。 ◇ 发病较晚，多在 30 岁以后。
②紧张型	◇ 以明显的<u>精神运动紊乱</u>为主要表现，突出一个“<u>僵</u>”字； ◇ 紧张性木僵与紧张性兴奋，主动性顺从与违拗可交替出现； ◇ 典型表现是病人出现<u>紧张综合征</u>。
③青春型	◇ 多在青春期发病，起病较急，常在 2 周内达到高峰，预后欠佳； ◇ 以<u>情感改变为突出表现</u>，情感肤浅、不协调、喜怒无常、表情做作、行为幼稚等，常有冲动行为，由其是性欲亢进而格外引人注目。其临床表现突出一个“<u>乱</u>”字。 ◇ 也可出现幻觉、妄想，但零星散乱，内容荒谬与其幼稚行为相一致。
④单纯型	◇ <u>起病缓慢，持续发展</u>，临床表现突出一个“<u>懒</u>”字； ◇ 早期出现类似“神经衰弱”的症状，逐渐出现<u>日益加重的孤僻、被动、活动减少、生活懒散、行为退缩</u>，对学习生活的兴趣越来越少，对亲人冷淡，日益脱离现实生活； ◇ 疾病初期往往不引起重视，甚至误认为患者“不求上进、性格不够开朗等”，<u>病程多年后才就诊，治疗效果差</u>。

3. 转归——当病程 10 年时：

25%患者完全康复；25%患者症状大大缓解并能相对独立；

25%患者症状改善但仍需要多方面深入的帮助；15%患者仍在住院没有好转；

10%患者以自杀方式死亡。

4. 抗精神病药物维持治疗——初发病人经 1 年维持治疗，可尝试停药；多次反复发作者，维持治疗至少 5 年甚至终生。

5. 主要护理诊断

1. 潜在或现存的自杀自伤行为	8. 不合作
2. 潜在或现存的冲动行为	9. 怪异行为
3. 潜在或现存的外走行为	10. 木僵
4. 营养不足	11. 意志减退或意志缺乏
5. 失眠	12. 日常生活自理障碍
6. 幻觉妄想	13. 社会功能障碍
7. 自知力不全或缺乏	14. 应对功能障碍

6. 安全和生活护理措施

(1) 提供良好病房环境，严格执行病区安全管理与检查制度。

①冲动或易激惹的病人分开活动居住；

②自杀自伤病人避免单独居住；

③有出走危险的病人注意热情接待、做好入院指导，并注意门窗、钥匙的安全管理。

- (2) 注意服务态度，建立良好护患关系，适当满足其合理要求。
- (3) 减少外界刺激，做好生活护理，了解其兴趣爱好，鼓励参加各项活动、宣泄 恶劣情绪，争取家庭及社会支持。

7. 心理护理措施

- (1) 配合医生做好支持性心理治疗和领悟治疗，鼓励病人说出对疾病及相关症状的认识和感受；
- (2) 倾听时应对每一个诉说做适当限制，不要与病人辩论；
- (3) 在适当的时机，如幻觉减少或妄想动摇时，才对其病态体验提出合理解释，并注意其反应。

8. 冲动患者的护理

- ①酌情隔离或保护约束病人，执行保护约束护理常规并及时报告医生；
- ②做好冲动后心理疏导，让患者讲述冲动原因及经过，进一步防范，向其讲解冲动的危害及约束的必要；
- ③立即妥善处理遭受冲动损害者。

9. 木僵病人的护理

- ①生活护理；
- ②维持营养，必要时给予鼻饲；
- ③预防并发症，如口腔护理，防止压疮，关节位于功能位等；
- ④必要时配合医生做 ECT。

考点三：心境障碍

1. 概述

- ✧ 心境障碍，又称情感性精神障碍，是一组以明显而持久的心境高涨或低落为主的精神障碍。
- ✧ 首次发病年龄多在 16-30 岁之间。
- ✧ 女性抑郁症患病率高于男性，但男性抑郁症自杀率较高；
- ✧ 低社会阶层比高社会阶层患重症抑郁症的危险高 2 倍；
- ✧ 生活事件在抑郁症发病中起“扳机作用”，其中丧偶是发病最密切的应激源，经历危及生命的生活事件后的 6 个月内，抑郁症发病危险系数增加 6 倍。

2. 临床表现

抑郁 发作	①情感低落、沮丧忧虑	✓ 表现为愁眉不展、忧心忡忡，对前途悲观，甚至有强烈的自杀欲望； ✓ 患者自觉疲乏无力、精力不足、不思饮食，有晨重夜轻的特点。
	②思维缓慢	✓ 患者对话反应迟钝，注意力难以集中，自觉脑子迟钝，联想困难； ✓ 随症状的加重，病人自责、内疚观念加重，可发展为妄想，自罪妄想最为常见。
	③兴趣缺乏、乐趣丧失	✓ 病人活动减少，不与人交往，逐渐发展至无法工作与社交，之前的爱好、生活乐趣全部丧失； ✓ 严重者出现自杀行为，死亡率达 15%—25%，有的患者不吃、不喝、不动，发展为抑郁性木僵； ✓ 睡眠障碍明显，主要表现为早醒。
	④躯体症状	✓ 如口干、恶心、呕吐、便秘、心悸、胸闷、出汗、性功能障碍等，约 70%病人食欲减退。
躁狂 发作	①情感高涨、易激惹	✓ 表现为乐观、洋洋得意、兴高采烈，情感反应与内心体验及周围环境相一致； ✓ 有的患者易激惹，会为些小事大怒，甚至伤人毁物。
	②思维奔逸	✓ 患者联想加快，觉得自己的说话跟不上思维速度，口若悬河，滔滔不绝； ✓ 注意力不集中，容易发生转移，自我感觉良好，可出现夸大妄想、关系妄想或被害妄想。
	③活动增多、兴趣广泛	✓ 病人活动增多，忙碌不停，爱管闲事，兴趣广泛但无定性，乐于助人但有始无终； ✓ 行为轻率不顾后果，处事欠深思熟虑。
	④其他表现	✓ 睡眠需要量减少，体力消耗过多导致饮食增加，往往喜欢浓妆艳抹，性欲增强，自知力多丧失。

3. 病程及预后

躁狂发作	➤ 好发季节为<u>春末夏初</u>； ➤ 90%以上病例起病于 50 岁以前； ➤ 病程一般持续数周到 6 个月，<u>平均 3 个月左右</u>。
抑郁发作	➤ 好发季节为<u>秋冬季</u>； ➤ 平均病程约 <u>6—8 个月</u>； ➤ 一次抑郁发作的患者中 50%会复发； ➤ 两次抑郁发作的患者，复发可能性为 70%； ➤ 三次抑郁发作的患者，几乎 100%会复发。

4. 影响抑郁复发的因素

- ①维持治疗的时间或药物剂量不足；②生活时间和应激；③社会适应不良；
④慢性躯体疾病；⑤缺乏社会和家庭支持；⑥心境障碍家族史；⑦遗有残留症状者。
5. 治疗目标：降低发病的频率、严重性及心理社会性不良后果，并增强发作间歇期的心理社会功能。

6. 急性期治疗原则

- (1) 尽力减轻急性症状，恢复社会功能；
- (2) 尽早开展药物治疗，注意监测药物副反应；
- (3) 一种药物疗效不明显时可合并用药；
- (4) 药物无效或有禁忌症时，ECT 作为后备手段；
- (5) 心理治疗和社会干预的目标是减少应激性生活事件；
- (6) 用适合病人的方式开展健康教育。

7. 抑郁发作主要护理诊断

1. 有自杀自伤的危险	6. 幻觉妄想
2. 营养不足	7. 自知力不全或缺乏
3. 睡眠障碍	8. 不合作
4. 焦虑	9. 日常生活功能或社会功能障碍
5. 绝望	10. 应对功能障碍

8. 抑郁发作护理目标

- (1) 住院期间不伤害自己
- (2) 恢复生活自理；
- (3) 恰当表达个人需要，恢复正常的人际关系和行为方式改善；
- (4) 对疾病有所认识，并有适宜的应对方法。

9. 抑郁发作护理措施

- (1) 安全与生活护理；
- (2) 心理护理；
- (3) 特殊护理；
- (4) 健康教育。

考点四：人格障碍

1. 分类及临床表现

偏执性人格障碍	特点：猜疑和偏执，始于成年早期，男>女
	①对周围的人或事敏感、多疑、不信任，易把别人的好意当恶意；
	②经常无端怀疑别人伤害、欺骗自己，或认为有针对自己的阴谋，过分警惕和抱有敌意；
	③遇挫折或失败时，埋怨怪罪他人，夸大对方缺点，强调自己有理，易与人争辩、对抗；
	④常有病理性嫉妒观念，怀疑伴侣不忠；
	⑤易记恨，认为自己受到轻视、不公平待遇并且耿耿于怀，常有报复之心；
分裂样人格障碍	⑥易感委屈，过高评价自己，自命不凡。
	特点：奇特的观念或行为或装饰、情感冷漠、人际关系明显缺陷，男稍多于女
	①性格明显内向或孤独、被动、退缩，独来独往，与家庭和社会疏远；
	②面部表情呆板，对人冷漠，对批评和表扬无动于衷，缺乏情感体验；
	③常不修边幅，服饰奇特、行为古怪，不顺应世俗；
	④言语结构松散、离题，用词不妥，非智能障碍、文化程度所致；
反社会性人格障碍	⑤爱幻想、独出心裁、脱离实际，有奇异念头（如相信特异功能、第六感等）；
	⑥可有牵连、猜疑、偏执观念及奇异感知体验，常被称为怪人。
	特点：行为不符合社会规范、经常违法乱纪、对人冷酷无情，男性>女性，少儿期即出现品行问题
	①经常旷课、旷工，不能维持持久工作或学习、频繁变换工作；
	②对亲属缺乏爱和责任心，不抚养子女或不赡养父母，待人冷酷；
	③经常撒谎、欺骗，以获私利或取乐；
表演性人格障碍	④缺乏自我控制，易激惹、冲动，并有攻击行为，如斗殴；
	⑤对善恶是非缺乏正确判断，且不吸取教训，无内疚感；
	⑥极端自私与自我中心，往往损人不利己，以恶作剧为乐，无羞耻感。
	又称癡症性人格障碍，特点：用过份感情用事或夸张言行吸引他人注意
	①常感情用事，按自己喜好判断事物好坏；
	②爱表现自己，行为夸张、做作，犹如演戏，常需别人关注；
强迫性人格障碍	③常渴望表扬和同情，经不起批评，任性，急躁，胸襟较狭窄；
	④自我中心，主观性强，强求别人符合自我意愿，不如意时强烈不满；
	⑤暗示性强，意志较薄弱，易受他人影响或诱惑；
	⑥爱幻想，不切合实际，夸大其词，可掺杂幻想情节，难以令人相信；
	⑦喜欢寻求刺激而过度参加各种社交活动。
	特征：过分要求严格与完美无缺，男性多于女性2倍
强迫性人格障碍	①对任何事物均要求过严、过高、按部就班，不容改变，否则焦虑不安，并影响工作效率；
	②拘泥细节，对生活小节也要程序化；
	③常缺乏安全感，反复考虑，反复检查，惟恐有疏忽或差错；
	④主观、固执、比较专制，往往不放心他人做事，要求别人按其方式办事；

	⑤需解决问题时犹豫不决，推迟或避免做出决定；
	⑥常过分节俭，甚至吝啬；
	⑦过分沉溺于职责义务和规范，缺少社交往来，工作后缺乏满足，常有悔恨。

2. 心理治疗：包括认知治疗、行为治疗、内观治疗、森田治疗、集体心理治疗、个别心理治疗（如心理疏导）等，根据疾病类型选择适宜的方式。

获取完整资料 请下载 APP 或关注公众号



扫码下载 app



扫码关注公众号