



第一章

绪论

第一节 概述

在 21 世纪,由于科学技术的飞速发展,加快了社会发展的速度,使人们的生活节奏不断加快,社会竞争愈加激烈,给人们的生活带来了冲击,造成了不同程度的心理压力,绝大部分人可以通过自我调节获得健康,而少数心理和人格不健康的人们,则难于应对这些心理压力,进而造成了人们生理、心理和社会功能的改变,所以精神健康日益受到人们的重视。在实现护理学总体目标过程中,精神科护理在预防和治疗精神疾病、预防心理和行为不良问题的发生上起着重要的作用,护理人员只有掌握了与精神疾病相关的理论、知识和技能,才会使患者得到最佳的治疗和护理,早日恢复健康。

一、精神病学的概念

精神病学(psychiatry)是研究精神障碍的病因、发病机制、临床表现、疾病发病规律以及治疗和预防的一门科学,是临床医学的重要组成部分。

二、精神障碍、精神健康的概念

精神障碍(mental disorders)是指人在各种致病性因素的影响下,大脑的功能活动异常,导致认知、情感、行为等精神活动偏离正常范围,而出现不同程度的心理与行为的异常改变。

精神健康(mental health)又称心理卫生、精神卫生,是指维护与促进人类心理健康,预防精神疾病的预防保健措施。

三、精神科护理学的概念

精神科护理学(mental disorder nursing)是以护理学理论、精神医学理论为基础,研究和处理人类现存和潜在的异常精神活动与行为问题,促进恢复健康或提高精神健康水平的一门科学,是精神医学的一个重要组成部分,也是护理学的范畴之一。



精神科疾病与其他科疾病不同,主要是以意识活动、思维活动异常、人格改变等为主要特征,在护理活动中有其特殊性。其次,精神障碍患者的症状表现复杂,目前对精神障碍的诊断缺乏实验室的客观指标,需要护理的临床观察为诊断提供依据。精神科疾病的病因与发病机制非常复杂,主要是心理、生理、社会等因素的综合作用。所以,在治疗和护理过程中必须是多种方法的有机结合,如药物治疗、心理治疗、行为治疗、环境治疗、社交技能训练、康复指导等综合运用,才会收到预期效果。精神科患者大多有不同程度的意识障碍、思维障碍、行为异常及生活不能自理,针对这样一个护理群体,应用护理程序对患者进行系统化的、全身心的整体护理是非常必要的。

第二节 精神医学与精神科护理学的发展简史

一、精神医学的发展简史

(一) 国外精神医学的发展简史

在国外远古时期,公元前4世纪,古希腊医学家希波克拉底(Hippocrates)提出了精神疾病是由于构成人体内红、黑、黄、白四种体液失衡而致。在宗教与封建统治的中世纪时期,欧洲一些国家的著名医学家在精神病的病因、分类、治疗方面作出了一定的贡献,但精神医学发展处于停滞不前的状态。这主要是由于在当时的欧洲宗教政权的统治下,受神学、迷信、巫术和占卜术等反科学势力的严重影响,精神病患者被视为“魔鬼附体”而被长期禁锢并受到严刑拷打,数以千计的精神病患者被折磨致死。

18世纪法国大革命之后,法国第一位精神病院的院长、精神病学家比奈尔(Pinel)首次提出了用人道主义的态度对待精神病患者,去除了精神病患者身上的铁链,这是精神医学的第一次革新运动。

1814年美国的希区(Hitch)开始将部分疗养院改为精神病院并聘用受过专门训练的、有素质的女性照顾精神病患者。

19世纪末到20世纪初,世界著名的德国精神病学家克雷丕林(Kraepelin)根据前人总结的经验,经过长期的临床实践,积累了大量的资料,分析了数千例的病案,将内科学、外科学对疾病的研究方法运用于精神疾病的分类,提出了两种精神病的分类,一种为早发性痴呆(现称精神分裂症),另一种为躁狂抑郁性精神病(现称情感性精神障碍),创立了“描述性精神医学”。因此,他被人们称为现代精神病学之父。

20世纪,精神医学得到了迅猛的发展,1913年诺格契(Noguchi)在进行性脑麻痹患者脑中发现了梅毒螺旋体,提出了精神病器质性病因理论。焦瑞克(Wagner-Jauregg)发现了高热疗法。1933年沙寇(Sakel)创立了胰岛素昏迷疗法。1935年平梅德纳(Von Meduna)提出了药物痉挛疗法。精神病学的第二次革新运动代表人物、奥地利的精神病学家弗洛伊德(S. Freud)创立了心理分析理论,从而产生自由联想和梦的解析精神分析疗法。将精神医学带入“心因性

病因论”的研究范畴。

美国的仲斯(Maxwell Zones)提出了治疗性社区的学术论点缩短了精神病患者和社区之间的距离,社区精神卫生运动的开展被称为精神医学的第三次革新。在西欧,一些国家先后出台了精神卫生法,维护精神病患者的权利。

精神医学的第四次革新是生物精神医学的发展,即精神药物的发现。人们对精神药物药效机制及神经介质与脑中各受体之间的关系,以及精神疾病的生物学机制的研究,使精神疾病得以用科学的方法进行诊断和治疗。

(二) 中国精神医学发展简史

祖国医学中早就有关于精神疾病方面的文学记载。公元前 11 世纪的《尚书·微子》记载着:“我其发出狂”。我国中医经典《内经》中就有关于“怒伤肝、喜伤心、思伤脾、忧伤肺、恐伤肾”等论点,对精神状况进行详细描述,并将其分别归类为“狂”、“燥”、“谵妄”、“癲”、“痫”等,并在《素问》、《灵枢》、《难经》、《伤寒论》和《金匱要略》等医学著作中概括地论述了疾病的病因、发病机制。如“邪入阳则狂”,“阳者狂,阴者癲”。此后一千多年我国的精神医学基本上沿用这条思路缓慢发展。但从秦汉时期到 18 世纪末期,我国的精神病学与同期国外发展缓慢的精神病学发展相比,在世界各国中仍是比较先进的。

19 世纪末期,国外精神病学发展速度加快并开始传入我国。国外一些教会相继在我国成立了精神病院和收容所,1897 年在广州成立了我国第一所精神病医院。随后,1906 年在北京、1932 年在大连、1934 年在长沙、1935 年在上海、1944 年在成都等地相继建立了精神病医疗和教学机构。

新中国成立之后,我国精神病医学进入了一个新的发展时期。建国初期,重点是把建立一批新的精神病院作为精神疾病防治工作的主要内容,收容和治疗无家可归的或影响治安的精神疾病患者,并开展精神病专科医生的培训工作。20 世纪 60~70 年代,精神疾病防治工作在全国城镇得到发展,从 20 世纪 80 年代开始,各高等医学院校的精神医学专业培养出了高层次的精神医学人才,在精神医学研究方面不断出现新的成果,国际间的精神医学学术交流也越来越频繁,我国的精神医学在临床、教学、研究等方面稳步向前发展。

二、精神科护理学发展简史

精神科护理学是在精神医学和护理学发展的基础上形成和发展起来的。19 世纪中叶近代护理学诞生,护理专业的创始人南丁格尔(Nightingale)于 1860 年在英国伦敦创办了世界上第一所护理学校,意味着护理已成为一门专业。在南丁格尔的著作中就有关于患者睡眠等方面的论述,阐述了防止精神障碍患者伤人伤己的看护方法。1873 年毕业于英国护理学校的美国护士琳达·理查兹(Liada Richarda)在美国一家精神病医院工作,她提出了护理精神病患者的系统护理方案。她强调护理精神科患者要像护理内科患者一样改善患者身体护理和生活护理的环境。由于她对精神科护理的贡献和影响,她被称为美国第一位精神科护理人员的先



驱者。

1882年,在美国马塞诸塞州马克林医院开办了最早专门为训练精神科护理人员的护理学校。主要培养具有保护及管理技能的精神科护士。当时护理工作主要是以身体护理和生活护理为主。

20世纪30~40年代,随着精神医学研究的飞速发展,许多精神科的治疗方法如胰岛素休克治疗、睡眠治疗、电痉挛治疗、药物治疗等先后被精神医学界广泛应用。精神科护理的职能越来越大,护士角色也得到了肯定。

20世纪80年代,美国乔治梅森大学袁剑云博士提出了中国的护理模式,使中国的护理事业不断发展,对外交流越来越多,从而也推动了精神科护理的发展。精神科护理涉及医院住院的精神病患者,社区、家庭的现存和潜在的精神、心理障碍的人群,所以其发挥着预防疾病、减轻痛苦、恢复健康的巨大作用。

第三节 精神科护理工作的范围与任务

一、精神科护理工作的范围

1. 基础护理 主要是为精神障碍患者提供生活护理、饮食护理、环境护理、睡眠护理、药物应用与护理等。精神科患者由于疾病的影响,一般生活自理能力下降或缺损,护理人员要协助患者做好个人卫生,确保患者每周洗澡或擦澡,做到及时更换衣服和床单,定期修剪指(趾)甲,定期理发,要认真做好晨晚间护理。对于经期的女患者更要照顾好。加强卧床患者的护理,防止发生褥疮和其他并发症。在临床护理工作中,有的患者出现幻觉和妄想的症状,害怕食物中有毒物而拒绝进食;有的患者由于疾病而影响吞咽功能,造成进食困难。所以,护理人员要加强饮食护理,根据不同的需要,分别向患者提供不同的帮助,如对长期住院的年老体弱患者应给予营养丰富、宜消化的软质饮食,吞咽困难的患者,应提供容易吞咽、营养丰富的饮食,偏瘫的患者要帮助进食等,以充分保证营养物质和水分的摄入。对于睡眠形态紊乱的患者,应仔细评估患者睡眠的形态,如睡眠方式、时间、睡眠量、睡眠深度等。提供安静、舒适的睡眠环境,帮助患者维持习惯的睡眠方式,教育患者睡眠时需注意的问题,指导患者学会使用放松技术。

护理人员通过为精神科患者提供全面优质的基础护理工作,创造良好的适合治疗和护理的住院环境,促进患者早日康复。

2. 临床护理 精神障碍患者在住院期间由于疾病的影响,往往合并多种并发症,如肺结核、高血压、心脏病等,所以护理人员应掌握全面的各科临床护理理论和技术为精神病患者服务。

3. 精神科特殊治疗护理 精神疾病的治疗方法不同于其他学科,有着独特的治疗方法,如电痉挛治疗,精神外科治疗等,护理工作的主要职责是通过专科护理的实施,减轻患者痛苦。应用最适合于患者治疗、护理的临床途径帮助患者早日康复。

4. 精神科专科护理 精神障碍患者由于认知、情感、行为异常,特别是在发病时期,往往

某些行为具有危险性,如发生自伤、自杀、伤人、出走等危机行为,精神科专科护理包括危机行为的防范与护理,关注安全护理和异常精神、行为的护理等。

5. 心理护理 精神障碍患者由于各方面出现异常,很难得到人们的理解和同情,甚至遭到不同程度的歧视、非议、嫌弃、指责等,这些给精神障碍患者带来很大压力,造成患者和家属不承认患有精神障碍,不利于治疗和康复。护理人员对患者和家属进行心理护理是非常重要的,护理人员要掌握丰富的心理护理知识和技巧,与患者建立良好的人际关系,对患者要热情、耐心、温柔,有同情心、爱心和责任心,取得患者的信任。心理护理工作中与精神障碍患者的沟通很重要,充分应用沟通技巧与患者沟通,掌握第一手资料,保证护理程序的顺利完成。心理护理的重点是让学生能正确地认识和对疾病,积极主动地参与治疗活动,帮助患者消除心理障碍和改变不良行为。做好心理护理是精神疾病患者康复的基础。

6. 康复护理 目前,精神障碍的康复护理主要在医院、社区、家庭中进行,主要是指导和帮助精神障碍患者训练和恢复生活能力、社交能力和生活学习能力,通过康复的训练,如生活行为的康复训练、学习行为的康复训练、就业行为的康复训练等,将精神障碍患者的精神残疾程度降到最低,最大限度发挥现有的社会功能,通过康复护理可以使患者因病而造成的离异或家庭丧失的状态得以改变,使患者早日重返病前的社会角色。

7. 健康教育 健康教育是一项增进健康的有计划、有组织、有评价的教育活动过程,核心是改变行为和生活方式。在精神科护理工作中开展健康教育,是将健康教育贯穿于患者从入院到出院及家庭、社区的各个环节,使健康教育与系统的治疗、护理及康复活动有机结合,为患者健康提供服务,教育患者和家属有关疾病的知识和治疗护理知识、疾病的预防知识和技能,使其能正确对待疾病,从而自觉地配合治疗和护理,消除或减轻影响健康的危险因素,预防疾病复发、促进康复、提高生活质量。健康教育方法有两大类:包括健康教育调查研究方法和健康教育干预方法。

二、精神科护理工作的任务

精神科护理工作主要是研究和实施对精神障碍患者的护理,为其提供安全、舒适、安静、愉悦的生活和治疗环境;研究和实施对精神障碍患者进行有效沟通的技巧、途径和方法,探讨和实施观察精神患者的有效方法和途径,建立良好的护患关系技巧,开展有效的心理护理;研究和实施对各种精神疾病患者的最佳护理措施,包括各种治疗的护理、生活护理、康复护理、健康教育等,确保护理目标的完成;实施对精神科护理人员的培养和继续教育、进行对本学科的科学的研究,促进精神科护理人员整体素质的提高和专业的全面发展;研究和实施培养、训练精神病患者恢复生活功能和社会交往能力,帮助患者早日回归家庭和社会;研究和实施与精神科护理学相关的道德、伦理和法规,维护患者的权利和尊严,满足患者对健康和治疗的需要;研究和实施如何准确地收集精神疾病患者的有关资料,详细记录,为治疗、护理、教学、科研、法律及医疗鉴定提供重要资料;研究和实施如何针对患者、家庭和社区,开展精神卫生宣传教育工作,做到预防疾病、促进健康、恢复健康、减少痛苦。



第四节 精神科护理人员的角色功能与素质要求

一、精神科护理人员的角色功能

精神科护理人员在护理工作中承担着多种角色功能,包括护理者角色、治疗者角色、活动执行者角色、管理者角色、教育者角色、健康协调者角色、咨询者角色、患者亲人替代者角色。

1. 护理计划者角色 精神科护理人员在对患者实施护理工作中,承担着护理计划者的角色。精神疾病患者由于其特殊性,所以,在完成护理程序的过程中,应详细、准确地收集资料,准确地提出护理诊断/问题,制定合理的护理计划,确保患者早日康复。

2. 治疗者角色 精神科的治疗方法具有多样性和与医护人员共同协作完成治疗的特点,如药物治疗、行为治疗、工娱治疗、心理治疗、放松治疗、家庭治疗、康复治疗等,在治疗过程中护理人员既是执行者、协作者,又是治疗者。精神科的护理人员应掌握相关的理论、知识和技能,与医生共同完成治疗任务。

3. 护理计划执行者角色 护理人员应满足患者生理和心理、治疗和护理的需要,根据护理计划,具体实施各项护理活动,如生活护理、临床护理、安全护理等。

4. 管理者角色 包括护理人员对患者的管理、环境的管理、护理程序的管理等。调动护理工作的一切潜能,创造最大效益和提供优质的护理服务。

5. 教育者角色 由于精神疾病患者的认知、情感、行为发生改变,在治疗和护理中,对患者异常行为的矫正是非常重要的,要按照计划教育、培养和训练患者,使之具有自理生活的能力、适应医院的住院环境、参加活动的能力和社交能力,以早日回归社会。

6. 健康协调者角色 精神疾病的预防和治疗需要不同专业人员的共同配合与协作,在工作中,精神科护理人员发挥着协调者的功能,起着桥梁和纽带的作用,使医生、心理治疗师、护士、社会工作者和家属为了患者康复的目标相互配合,达到最佳的预防和治疗效果。

7. 咨询者角色 精神科护理人员应掌握沟通技巧,掌握与精神疾病相关的医学、护理学、心理学、社会学、伦理学等理论和知识,掌握精神疾病的预防和康复训练的知识和技能,有利于解答精神障碍患者和家属的问题,提供相关信息,使他们获得健康指导和心理支持。

8. 患者亲人替代者 由于部分精神疾病患者受疾病的影响,不但认知、情感和行为发生异常,甚至在发病期间生活自理能力丧失,自身安全得不到保障,家属又不在患者身边,这就需要护理人员如同亲人一样的照顾患者,无微不至地关心患者,尤其是生活护理、安全护理、心理护理方面更加重要。在护理过程中,如果患者产生正移情,把护理人员看作是自己的姐妹或母亲对康复是非常有利的。

二、精神科护理人员的素质要求

精神科护理人员除了应具备护士素质的基本要求,即良好的思想道德素质、文化素质、专业素质、身体素质和心理素质外,还应具备精神科护理人员特有的素质。

1. 职业道德素质 面对精神病患者,护理人员应具有高尚的职业道德,富有爱心和同情心,具有救死扶伤和全心全意为患者服务的理念,工作中要尊重和维护患者的尊严,维护患者的权利,严格保守患者的秘密。

2. 专业素质 应具备扎实的医学理论、护理理论、精神科专业理论知识和高水平的护理技术操作技能,要不断掌握新的理论知识和技术,以适应护理工作的发展需求,作为高级护理人员还需要具有开展护理科研和护理教育的能力以及不断创新的能力。

3. 文化素质 护理学是一门综合性应用科学,精神科护理学是护理学的一个重要组成部分。为了提高护理服务质量,精神科护理人员应该具有较高的文化修养,知识结构应该合理,要掌握自然科学、社会科学和人文科学等多学科的知识,才能适合整体护理工作的开展,适应护理学科发展的需要。

4. 心理素质 精神科护理人员面对的是精神障碍的患者,意识、思维和行为异常是精神科疾病患者的主要表现特征,如有的患者出现幻视、幻听、妄想等;有的患者出现自伤和伤害他人的现象;有的患者会出现大喊大叫、谩骂等不良行为。因此,护理人员应具有较高的心理素质,保持心理健康、性格开朗和情绪稳定,要有宽容豁达的胸怀,对待工作要细心、精心,要有责任心和同情心,应该有一定的忍耐力,自我控制力要强,正确对待患者的异常行为表现,做好心理疏导。同时,护理人员要热爱生活,有较强的事业心和进取心,要有创新精神。

5. 身体素质 护理工作具有连续性的特点,所以护理人员应具有健康的身体,当工作压力大或感觉身体不适,处于亚健康状态时,应及时调整,合理膳食、适量运动,积极参加医院组织的各项活动,精力要经常保持充沛的状态。

(杨立群)



第二章

识

精神障碍的基础知识

.....

精神障碍是指在各种致病因素(生物学因素和心理社会因素)的作用下,使大脑功能紊乱,导致认知、情感和意志行为等精神活动不同程度障碍的一类疾病。多表现为精神活动显著偏离正常,出现精神症状,使本人感到精神痛苦或伴有功能损害。由于人类的精神活动受自然环境、社会环境及个体本身状态的影响,所以出现精神障碍时表现出的精神症状千差万别、错综复杂。

第一节 精神障碍的病因及分类

由于人类的大脑功能和精神活动极其复杂,精神障碍的病因和分类目前尚处在不断探索和逐步完善之中。

一、精神障碍的病因

精神障碍的病因学是一个复杂而又十分重要的课题,是目前精神医学基本理论中急需研究和解决的主要内容之一。尽管当今科学技术飞速发展,但绝大多数精神障碍诸如临床常见的精神分裂症、心境障碍、阿尔茨海默病和儿童注意缺陷与多动障碍等的病因及发病机制尚未完全阐明。

在生物—心理—社会医学模式的指导下,精神病学家应用先进的科学方法经过近半个多世纪的大量探索研究,发现精神障碍和许多躯体疾病一样,是生物、心理和社会环境等因素相互作用的结果。

(一) 生物学因素

1. 遗传因素 大量的科学研究已经证明,遗传因素在许多精神障碍的发病中起着重要的作用,如精神分裂症、心境障碍、人格障碍和某些精神发育迟滞等常有显著的遗传倾向。遗传学的基础研究方法如家系调查结果表明患者的亲属中患同类疾病的发病率比正常人群明显增高,且血缘关系愈近,发病率愈高,发病率在一级亲属和二级、三级亲属中有明显差别;在对双生子同病率的调查研究中,结果表明同卵双生子的同病率显著高于异卵双生子的同病率,如同

卵双生子精神分裂症的同病率是异卵双生子的4~6倍；对寄养子的研究亦发现父母患上述疾病的寄养子的发病率明显高于无家族史的寄养子。

细胞遗传学研究发现染色体的畸变如某个染色体的缺失、重复、倒置或易位都可引起精神障碍。生化遗传研究表明，基因突变影响蛋白质的合成，造成体内某些酶的缺乏或功能异常，这些代谢的异常可能与某些精神障碍有关。

目前绝大多数的精神障碍都不能用单基因遗传来解释，而是多个基因的相互作用，加上环境因素的参与，产生了疾病。即认为多数精神障碍为多基因遗传病，是遗传和环境因素共同作用的结果。

2. 器质性因素 精神障碍的器质性因素包括颅内病变、躯体疾病、各种中毒等。

(1) 颅内病变：如脑变性疾病、脑血管病、脑肿瘤、颅内感染、脑外伤及癫痫等均可导致精神障碍。

(2) 躯体疾病：各种躯体疾病包括躯体感染、内脏器官疾病、内分泌疾病及营养代谢性疾病均可导致精神障碍。常见可导致精神障碍的疾病有肺炎、肝性脑病、肾性脑病、白血病、甲状腺功能亢进、系统性红斑狼疮等。

(3) 中毒：包括精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍。如精神活性物质——酒精、阿片类、兴奋剂、致幻剂及烟草等均可导致中毒和依赖；非成瘾物质一氧化碳、有机化合物、重金属及某些食物等也可因中毒而出现精神障碍。

3. 其他因素 有些精神障碍因性别或年龄的不同而存在明显的差异。如酒精依赖、多数类型的人格障碍，男性的患病率明显高于女性；而癔症、进食障碍及抑郁症等女性患病率高；孤独症、多动症起病于儿童期，精神分裂症多起病于青春早期，而脑动脉硬化性精神障碍、阿尔茨海默病则多发于中老年期。

(二) 社会心理因素

社会心理因素与某些精神障碍的发生密切相关，如应激性精神障碍、癔症、神经症、心身疾病和与文化相关的精神障碍等。社会心理因素可概括为应激因素、种族与文化因素和人格因素。

1. 应激因素 主要包括自然和社会灾难、生活事件及环境因素等。

(1) 自然和社会灾难：遭受自然灾害，如洪水、地震、火灾、风暴袭击，造成大量的人口死亡，幸存的亲属在灾后易出现急性应激反应；遭遇危及生命安全的战争、空难、海难、被关进集中营等，受难者因严重的精神威胁、肉体摧残，可出现短暂或持久的精神障碍。

(2) 生活事件：应激性生活事件，如亲人死亡、离婚、夫妻分居、家庭暴力、被遗弃、被拘禁、被强暴、患重病、破产、失业、退休、工作及学习压力大、人际关系紧张，以及搬迁、移民等，这些常见因素作为持续存在的心理应激，与某些精神障碍和身心疾病的发生有关。

(3) 环境因素：指社会上和环境中的应激事件的影响，如大气污染、噪音、交通杂乱、环境卫生不良、居住拥挤，以及社会动荡等因素，可增加心理和躯体应激。环境因素可通过直接作用或间接作用促发精神障碍。



2. 文化因素 民族文化、社会风俗、宗教信仰、生活习惯等与精神障碍的发生也有关系,在不同的文化和环境背景下所产生精神障碍的病种、症状表现亦多不相同。所谓“与文化相关的精神障碍”只见于某些特定的民族、文化或地域之中,如“恐缩症”多见于东南亚国家,在我国海南省和雷州半岛也曾有大面积流行;气功偏差所致精神障碍与气功文化相关。再以精神分裂症为例,文化程度偏低的农村及来自偏远落后地区的患者出现的幻觉、妄想的内容多比较简单、贫乏,常与迷信及落后的封建思想等内容有关;而来自城市的患者,幻觉、妄想的内容常以电波、卫星及物理仪器遥控、监视等现代生活的内容居多。

3. 人格因素 人格也称为个性,是一个人固定的行为模式及在日常活动中待人处事的习惯方式,是全部心理特征的总和。人格的形成与先天的生物学基础及后天的生活环境均有密切的关系。如果在一个人的人格特征中,有一种或一种以上的表现强度明显地超过了正常范围时,这就是异常人格,也称人格偏离,如果这种人格的偏离对自身或社会造成危害时,就被视为人格障碍。研究认为,病前人格特征的偏离或障碍与精神障碍的发生密切相关,并且不同人格特征的人可能罹患不同的精神障碍。如具有分裂样人格障碍的人(表现为孤僻、被动、退缩、冷漠、不修边幅、行为怪异、白日梦及好猜疑等)容易罹患精神分裂症;具有强迫型人格障碍的人(表现为过分的谨小慎微、犹豫不决、完美主义、主观、固执及不安全感等)容易罹患强迫症;而癔症患者病前的人格特征多具有表演性人格倾向或障碍,表现为过分的感情用事或夸张言行吸引他人的注意,具体如情感体验肤浅、反应强烈易变、喜怒形于色、张扬造作、自我为中心及暗示性强等。

纵观上述对精神障碍病因学的探讨,生物学因素(内在因素)和社会心理因素(外在因素)在精神障碍的发生、发展过程中均起着重要作用。实际上,生物学因素与环境因素是不能截然分开的,它们相互作用、相互影响,共同影响疾病的产生、发展及转归。但应注意到两者的作用并非均等,在不同的精神障碍中,两者所起作用的大小是不同的,目前认为如精神分裂症、心境障碍等的病因以生物学因素为主,而应激性精神障碍、神经症及心身疾病等的发病主要与社会心理因素有关。

二、精神障碍的分类

精神病学所涉及的绝大多数精神障碍的病因还不明确,因此精神障碍的诊断和分类的原则包括病因学和症状学两个方面。有的人按是否有病理形态学变化分为器质性和非器质性或功能性精神病,这种分类概念目前还在使用;有的人完全根据症状学分类称为现象学或描述性分类。但这两种分类都不完善,因而目前国际和国内精神障碍分类均将这两种分类方法结合使用。

我国精神障碍的分类与诊断标准的制订起步较晚,这与国情有关,但近十多年来有了明显的规范和发展。目前使用的是2001年制订的中国精神疾病分类与诊断标准(Chinese classification and diagnostic criteria of mental disorders, CCMD)第三版(CCMD-3),它是在1994年推出中国精神疾病分类方案与诊断标准第二版的修订版(CCMD-2-R)的基础上,进一