

Diagnosis Made
Easier

精神科临床诊断

Principles and Techniques for
Mental Health Clinicians

【美】James Morrison 著

李欢欢 石川◎译

李欢欢◎审校



中国轻工业出版社

精神科临床诊断

Diagnosis Made Easier

Principles and Techniques for Mental Health Clinicians

【美】James Morrison 著

李欢欢 石川 译

李欢欢 审校



 中国轻工业出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神科临床诊断 / (美) 莫瑞森 (Morrison, J.) 著;
李欢欢, 石川译. —北京: 中国轻工业出版社, 2009.2
ISBN 978-7-5019-6726-1

I. 精… II. ①莫…②李…③石… III. 精神病—
诊断 IV. R749.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 193914 号

版权声明

Copyright © 2007 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

总策划: 石 铁
策划编辑: 戴 婕 责任终审: 杜文勇
责任编辑: 戴 婕 责任监印: 吴维斌

出版发行: 中国轻工业出版社 (北京东长安街 6 号, 邮编: 100740)

印 刷: 北京天竺颖华印刷厂

经 销: 各地新华书店

版 次: 2009 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

开 本: 740 × 1050 1/16 印张: 18.25

字 数: 198 千字

书 号: ISBN 978-7-5019-6726-1/B · 172 定价: 32.00 元

著作权合同登记 图字: 01-2008-1226

咨询电话: 010-65595090 65262933

读者服务部邮购热线电话: 010-65595091 65241695 传真: 85111730

发行电话: 010-65128898 传真: 85113293

网 址: <http://www.chlip.com.cn>

E-mail: club@chlip.com.cn

如发现图书残缺请直接与我社读者服务部 (邮购) 联系调换

80286J6X101ZYW

译者序

诊断在精神科临床工作中的作用至关重要,对患者疾病诊断的正确与否,将直接决定患者的治疗进程和预后。精神疾病与内外科疾病诊断的不同之处在于:大多数功能性精神疾病是依据症状学来进行诊断,并不具备体格检查和实验室检查的阳性结果。这就要求精神科临床工作者在评估患者时,必须有效地利用信息进行逻辑思维以做出正确的诊断,而不是依赖客观检查。现行的多个精神疾病诊断系统,包括DSM, ICD和CCMD,在主要精神疾病的诊断标准上趋于一致,将各种精神疾病的诊断从症状、严重程度、病程和排除四大标准上进行归纳,以方便诊断。对于初学者和具有多年临床经验的精神科医师来说,这些诊断系统无疑对于诊断是很有帮助的。但是,过度依赖这些诊断标准,会使得我们在评估过程中,只注重通过挖掘患者的症状来获得诊断,而忽视诊断原则和技术的运用,以及逻辑诊断思路的培养,尤其忽视获取新的信息以更新诊断。在精神科工作多年,一直以来,我们都是在诊断上抱着“存异求同”的态度,即对于疑难病例,患者最终的诊断是以年资最高的教授判断为准。无论在医学院学习时或是在临床实践阶段,我们更注重的是如何有效地通过精神状况检查来挖掘症状以获得诊断,而不是系统地学习诊断的程序和原理。因此,在很大程度上容易忽视诊断过程中有价值的信息。然而,在面对患者时,如何结合患者既往史和现病史中有价值的信息,有效地运用诊断和鉴别诊断原则,培养逻辑诊断思路对精神科临床工作者有着非常重要的意义。

目前国内精神科临床诊断的专业书籍并不多,因此很有必要从国外引入一些相关专著。James Morrison所著《精神科临床诊断》,由美国著名的Guilford出版社于2007年出第一版,国内尚未翻译过该书。美国多所大学的学者对该书给予了很高的评价,认为该书对于提高精神科工作者的临床技能很有帮助。《精神科临床诊断》从诊断路径、诊断方法和原理、整合诊断和全面了解患者信息等多个方面,系统地阐述了如何建立精神科疾病诊断。该书还囊括了100多个临床案例,对常见的精神障碍,包括抑郁和躁狂、焦虑和恐惧、精神病态、成瘾障碍和人格障碍等

的疾病本质进行深入剖析,结合实际案例,对诊断原则的运用进行深入浅出的分析,可读性强。丰富的案例以及作者在分析案例时缜密的思路,一方面加深了读者对相关内容的理解,另一方面也有助于精神科临床工作者的实践运用。总的说来,该书是一本优秀的有关精神科常见疾病临床诊断的著作,对于初学者或有多年临床经验的精神科医师而言,都值得一读。译者在通览原著后受益匪浅,于是决定将之译成中文,以供同行参考。

经过近一年的努力,本书终于翻译完成,其中我承担了本书前十四章的翻译工作,北京大学精神卫生研究所石川医师承担后四章的翻译工作。另外还要感谢中山大学心理学系研究生杨雪岭和廖小兰参与部分书稿的初译工作,感谢中国轻工业出版社“万千心理”为本书的翻译出版所付出的努力。

由于时间仓促,译稿中难免出现疏漏和错误,还请读者们予以指正,不吝赐教!

李欢欢

中山大学心理学系

2008年12月底

前 言

本书的主要内容是关于精神疾病的诊断过程。我写本书的初衷是想使它既能为课堂教学所用，又能为临床研究提供指导。在此之前，我曾对健康服务领域从业人员进行过一次非科学性的调查，目的是了解他们对精神卫生诊断的了解程度。调查结果出乎我的意料。

对于我调查的大多数从业人员而言，他们所接受过的诊断知识培训只是经过提炼的艺术品，并不全面。受访者所在的大多数专业学校并没有设置关于诊断的正式课程，现在仍是如此。即使是医学院校，学生也只是了解当前的诊断标准，而对于如何进行诊断的方法和技术知之甚少。几乎每一位受访者都对“我是通过实际工作训练来了解诊断”这一点表示认同。同样，现有的教科书主要是通过教授临床工作者如何进行一个充分的临床评估以获得诊断，而在很大程度上忽视了诊断过程中的信息。

我可以肯定的说，诊断过程既不简单，也不依赖于直觉，它是一项相当有难度的工作。但依据我多年的临床经验和数月以来的缜密思考，我相信它可以通过直接和易于理解的方式阐述出来，简而言之，就是让诊断更容易。

在本书中，我详述了关于诊断过程中面临的种种问题的思考途径。这些内容并不是依赖于最新的诊断标准或编码系统做出的。与此相反，我是集中于精神障碍的本质特征进行剖析，而这些疾病特征多年来已为我们所熟知。我们专业人员目前急需的是学习评估患者并达到与事实相符的逻辑诊断结果的科学方法和诊断艺术。

本书的第一部分主要是讨论诊断过程。学习如何做出诊断，包括系统地应用逻辑和简洁的诊断原理来分析多个不同的信息，以及对来源信息进行整合。尽管在实际工作中我们可能会一次面临多个诊断问题，但是为方便起见，我将不同的诊断任务划分章节进行论述。在第一部分末，你还会了解到经验丰富的临床医师如何将经验与新信息整合来做出诊断。

第二部分的三个章节主要是考察患者的社会背景和其他背景数据，这些数据对

于你领会每位患者的精神卫生诊断是必需的。当然,这些数据你应该首先获得,之后你才能进行诊断。但是,一旦你获得新的资料,你将不得不再次寻找一个诊断的切入点。我断定本书的许多(也许是大多数)读者已经对访谈和信息获取过程比较熟悉,这就是本书中我为何先讨论诊断方法的原因。

最后,在第三部分的章节中,我们通过大量临床案例来了解如何将第一部分介绍的方法和第二部分阐述的信息应用到多种临床障碍的诊断过程中。我们并没有囊括每种精神障碍,或者甚至是某一种障碍的所有变异形式;其他的参考书籍对此进行了补充(包括我自己撰写的另一本书《让DSM-IV更容易》)。相反,我们将集中讨论精神卫生临床工作者每天主要面对的问题和疾病。

为了阐明诊断方法,我列举了100多名患者的病史信息。在你阅读我对每一位临床案例进行的分析之前,我建议你自己先尝试采用决策树进行诊断,并列出你所使用的诊断原理,而不仅仅是被动地阅读书上的内容。这样可以充分证明我们既往所学的知识与更为有效和活跃的解决问题的思维方式之间的差距有多大。通过训练自己思考病史信息,并判断它们所提供的线索如何引导你做出诊断,我相信你会从中获益。

在每一个决策树中你都会读到“考虑……”一词,你也许会对此产生疑问:为什么在决策树的每一个分支中不是直接命名某种障碍而继续前进呢?我在创建这些图示法之前曾反复考虑,最终决定使用这一更具假设性的词汇,这对于诊断而言更为安全。我希望这能帮助你避免掉入一个任何临床医师都可能掉入的陷阱:即在获得所有必要的病史资料之前就匆忙做出诊断,并因此而故步自封。

本书中的图1-1提供了显示诊断过程的路径图。附录列出了应用于精神卫生诊断中我认为比较重要的诊断原理。出于节省空间和经济上的考虑,在第三章和第六章中,我将与当前已识别的主要诊断相关的大量信息以表格的形式呈现。表3-2提供了对于每种主要疾病的鉴别诊断。图6-1列出了常见的共病障碍。

如果本书中我没有涉及你所遇到的诊断和诊断方法的每一个问题,你可以通过网址(<http://mysite.verizon.net/res7oqx1>)与我进行讨论。多年来,我通过这一网址获得了很多有价值的问题。作为一个小小的报答,或是出于对我的专业领域所负的责任,我会继续采用这一方式来回答读者和相关领域人员提出的问题。

最后,我想对每一位为本书的写作提供灵感、指导和鼓励的人致以诚挚的谢意。我想要特别感谢我的妻子Mary。我所写的每一本书都离不开她的帮助,本书在完成前,她对原稿进行了认真的审校。我还要感谢吉尔福特出版社的编辑,我

的老朋友 Kitty Moore, 在本书的编撰过程中与我的亲密合作。Marie Sprayberry 出色的文字编辑工作使本书的可读性大大增加。Anna Brackeet 在书稿完成的最后阶段始终与我携手并进。他们都是非常优秀的人。此外, 本书还得益于 George Staley 扎实的写作功底和教导, 以及无数临床工作者和患者提供的宝贵资料, 在此不能一一列举。他们的帮助将为我今后的工作指明道路。

James Morrison

目 录

第一部分 诊断学基础 / 1

第一章	诊断之路	3
	诊断路径图	4
第二章	从诊断路径图开始	7
	症状和体征	8
	综合征的必要性	10
第三章	诊断方法	13
	鉴别诊断	13
	安全层次	14
	关于 Carson 的更多信息	15
	决策树	17
第四章	整合诊断	23
	当信息来源相互冲突时	24
	评估数据, 列出鉴别诊断	31
	处理矛盾的信息	34
第五章	关于不确定情况的处理	40
	为什么存在不确定性?	40
	处理诊断的不确定性	43
	术语“未确诊”的价值	45
	为什么我们不能做出诊断?	47
第六章	多重诊断	52
	什么是共病?	52
	为什么要做出共病诊断?	53
	识别共病	54
	给共病诊断排序	57

VIII 精神科临床诊断

	共病诊断之间的联系	59
第七章	核对	64
	讨论 Veronica 的案例	66
	容易忽视的问题	70
	过度使用的诊断	72
	使用公式进行检验	73
	案例追踪	75
	改变诊断面临的挑战	76
	第二部分 建立诊断集 / 79	
第八章	全面了解患者	81
	童年期	83
	成年生活和生存状况	85
	家族史	88
第九章	躯体疾病和精神诊断	91
	躯体疾病如何和精神障碍相联系	92
	精神症状的生理原因	102
	躯体化障碍：一个特例	103
	利用躯体症状进行诊断	104
	物质滥用和精神障碍	105
第十章	诊断和精神状况检查	109
	外表	110
	心境 / 情感	111
	言语的流畅性	112
	思维内容	113
	认知和智力资源	114
	自知力和判断力	114
	第三部分 诊断技术的应用 / 117	
第十一章	诊断抑郁和躁狂	119
	抑郁综合征	119

躁狂及其变异形式	134
共病	141
界限	148
第十二章 诊断焦虑和恐惧	152
惊恐障碍和恐惧症	152
广泛性焦虑障碍、创伤后应激障碍、强迫冲动障碍以及共病	160
急性应激障碍	167
第十三章 诊断精神病态	168
精神分裂症：亚型和变异形式	172
器质性精神病	178
物质使用相关性精神病	182
其他的精神障碍和共病	185
短暂性精神障碍	193
感应性精神障碍	194
第十四章 诊断记忆和思维障碍	195
谵妄和痴呆	196
其他的认知障碍和共病	203
未达到障碍的认知问题	208
遗忘和分离	212
第十五章 诊断物质滥用和其他成瘾障碍	214
物质滥用	214
与物质滥用相关的障碍	220
其他成瘾	222
第十六章 诊断人格障碍和关系问题	225
界定PD的诊断	225
诊断关系问题	236
从正常中区分出障碍	239
第十七章 临床诊断之外的问题：依从性、自杀和暴力	241
依从性	241
自杀	244

X 精神科临床诊断

第十八章 患者集锦	250
附录 诊断原则	271
创建一个鉴别诊断	271
当信息来源相矛盾时	271
分析不确定性	272
多重诊断	272
参考文献	273

第一部分

诊断学基础

第一章 诊断之路

第二章 从诊断路径图开始

第三章 诊断方法

第四章 整合诊断

第五章 关于不确定情况的处理

第六章 多重诊断

第七章 核对

第一章

诊断之路

Carson

多年以前，我曾评估过病人Carson。他是一位29岁的大学毕业生，主修心理学专业。他自小一直生活在他出生的小城镇中，有许多亲戚和朋友。Carson饱受复发性抑郁症的困扰长达10年，间断地接受抗抑郁剂治疗。他常抱怨自己在学习上无法集中注意力，担心自己将来找不到工作或是发展成为慢性抑郁症。

Carson的抑郁症状波动与季节存在明显的关系。通常在深秋季节，Carson的抑郁情绪最为明显，常表现出睡眠和饮食障碍，伴有体重的明显下降。而每到春季，他的心境开始逐渐回复。夏季和初秋季节是他感觉最好的时候。他自嘲自己变得“善于感受生活中的细微改变”。言下之意就是，当事情并不顺利时，他的心情也会随之低落，反之亦然。

与大多数年轻人一样，Carson曾有过饮酒和物质滥用行为。一旦戒断安非他命3天以上，他的抑郁症状就会迅速出现，之后又在短期内迅速消失。当年他的女友曾提出他必须规范自己的这些不良行为，才同意与他结婚。目前，他声称已经彻底戒酒和戒药4年，并已与女友结婚。既往病史中Carson从未出现过躁狂发作，躯体健康状况良好。

在接受药物治疗后，Carson顺利完成了大学学业，并花了整个暑期去申请毕业生奖学金。最后，他在一所大学的社会科学系申请到了职位，尽管薪酬不高，但很稳定。然而，这次成功并没有让他感到高兴，因为新的学校离家有4000公里远，这意味着他要离开家到他从未去过的城市生活。

6月下旬的一天，Carson在定期接受临床访谈时，表现出明显的症状。他沮丧地坐在椅子上，双眼低垂，双腿不停地变换姿势。他自诉现在对很多事情感到非常焦虑，包括他的妻子怀孕了，他们即将搬到一个十分陌生的城市去工作和生活等等。在前天下午，学校通知他需要在学生贷款延期申请书上签字时，他几乎出现惊恐发作。

当Carson谈到自己对未来的恐惧时，眼睛发红，不停地擦拭眼泪。尽管他并不认为自己处于抑郁状态，但他坦言“自己感到被家人抛弃，非常孤独，而且这种感受非常强烈，不能自制”。他抽泣着说“我已经快崩溃了”。

诊断路径图

对Carson的评估需要依赖于大量的信息。假设你是Carson的临床医师，“他这次症状发作的原因是什么？”“这次症状表现与他以往的抑郁发作相似吗？”“他是否需要治疗？”“如果需要治疗，最有效的方法是什么？”“是多种药物合并使用，还是更换一种不同的抗抑郁剂，或是心理治疗呢？”“是否应该通知Carson和他的妻子，推迟他们搬家的日期？”“Carson应该如何向他新单位的上司解释？”等等，都是你需要回答的问题。而这些重要问题的答案源自你對他目前临床症状的评估。这些信息会帮助你找到一条途径，而这条途径的终点，我们称之为诊断。如何建立诊断就是全书的要旨所在。

古希腊语中“诊断”的含义是“区分”或“辨别”。疾病的鉴别诊断对于医患双方都非常重要。正如20世纪英国精神病学家R.E.Kendell所说，如果没有诊断，那么我们的学术期刊上只会充斥着个案报道和专家建议。

对于大多数因躯体不适而就医的患者，临床医师给出的诊断包含三方面的信息：躯体问题的性质（症状、体征和病史）、病因以及相应的生理指标改变。符合上述三项标准的任何一种障碍就可以称之为“疾病”。例如肺炎，这一诊断提供的信息包括：患者自觉疲乏无力，伴有呼吸急促、发热、咳嗽和咳痰等表现；痰液培养和其他生化检查结果显示，肺炎的病因是肺组织感染细菌，使肺泡内充满液体和炎性细胞，导致患者出现呼吸急促的症状。在获得这些信息之后，我们就可以得出结论：该患者所患疾病是肺炎双球菌感染所致肺炎。

患者的临床症状和一系列信息构成诊断路径图的重要部分，临床医师可根据这些信息来确定治疗方案和估计预后。正如在旅途中，向导的言语指导或是图示指导可以帮助我们确保自己处在正确的位置上，诊断路径图的功能也是如此。下面我们将简要地概括精神卫生诊断路径图（见图1-1）中的一些重要步骤。

● 水平1：收集完整的数据库信息，包括现病史、精神疾病史、个人史和社会背景资料、家族史、既往躯体疾病史和精神状况检查（Mental Status Examination, MSE）。你必须尽可能地全面了解你的病人。大

部分的数据库信息可通过访谈患者或其家人来获得。

- 水平Ⅱ：识别临床综合征。综合征是指可用于形成疾病诊断的一组临床症状集。例如，重症抑郁和酒精中毒都属于综合征。
- 水平Ⅲ：建立鉴别诊断。鉴别诊断是指你认为患者所有可能存在的障碍。鉴别诊断应尽可能地缩小范围，而不是将所有可能的疾病诊断都考虑进来。
- 水平Ⅳ：利用决策树，选择一个最可能的临时诊断进行进一步的评估和治疗。
- 水平Ⅴ：识别共病诊断。并且根据需要进行治疗的紧急程度来对多重诊断进行排序。
- 水平Ⅵ：建立用于核对评估的病案记录。这一记录包括患者主要症状的简要描述、你的发现和结论。
- 水平Ⅶ：当数据库中补充新的重要信息后，需对原诊断进行重新评估。

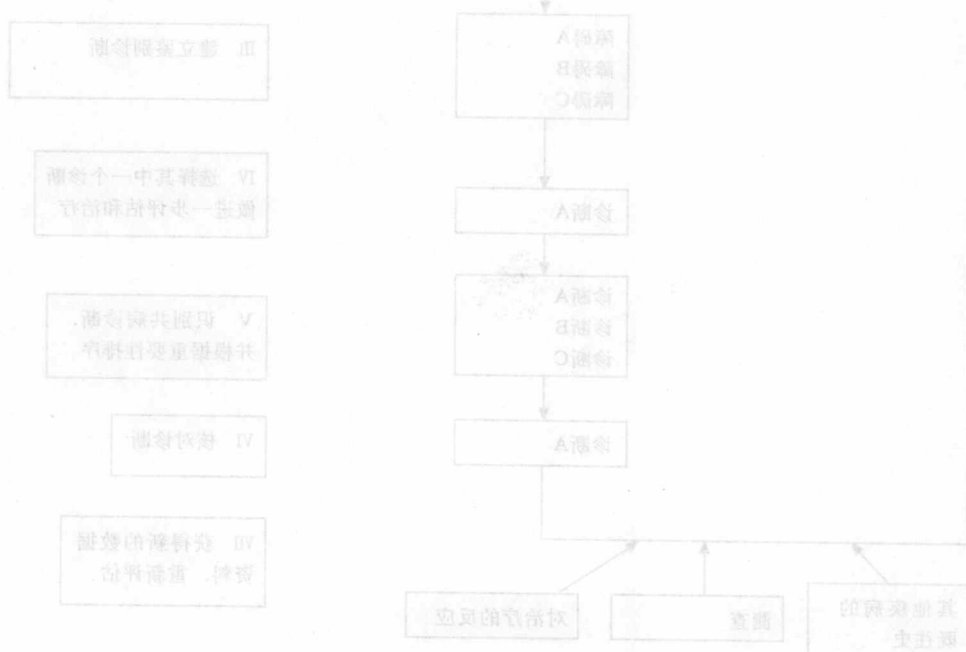


图 1-1 诊断过程