

认知科学译丛

变态心理学

Understanding Abnormal Psychology



[英] Neil Frude 著
李虹 陈石 张宜彬 等译
李虹 审校

清华大学出版社

变态心理学

Understanding
Abnormal
Psychology

清华大学出版社

北京

Neil Frude

Understanding Abnormal Psychology

ISBN 0-631-16195-3

This edition is published by arrangement with Blackwell Publishing Ltd, Oxford. Translated by Tsinghua University Press from the original English language version. Responsibility of the accuracy of the translation rests solely with Tsinghua University Press and is not the responsibility of Blackwell Publishing Ltd.

北京市版权局著作权合同登记号 图字: 01-2007-5044 号

版权所有, 侵权必究。侵权举报电话: 010-62782989 13701121933

图书在版编目 (CIP) 数据

变态心理学/(英) 福鲁德 (Frude, N.) 著; 李虹等译. —北京: 清华大学出版社, 2008. 11
(认知科学译丛)

书名原文: Understanding Abnormal Psychology

ISBN 978-7-302-18129-3

I. 变… II. ①福…②李… III. 认知科学译丛 IV. B846

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 102970 号

责任编辑: 宋丹青

封面设计: HELLO

责任校对: 王荣静

责任印制: 何 芊

出版发行: 清华大学出版社

地 址: 北京清华大学学研大厦 A 座

<http://www.tup.com.cn>

邮 编: 100084

社 总 机: 010-62770175 邮 购: 010-62786544

投稿与读者服务: 010-62776969, c-service@tup.tsinghua.edu.cn

质 量 反 馈: 010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn

印 刷 者: 清华大学印刷厂

装 订 者: 三河市李旗庄少明装订厂

经 销: 全国新华书店

开 本: 170×230 印 张: 21.25 字 数: 350 千字

版 次: 2008 年 11 月第 1 版 印 次: 2008 年 11 月第 1 次印刷

印 数: 1~5000

定 价: 38.00 元

本书如存在文字不清、漏印、缺页、倒页、脱页等印装质量问题, 请与清华大学出版社出版部联系调换。联系电话: (010)62770177 转 3103 产品编号: 026056-01

译者的话

《变态心理学》(*Understanding Abnormal Psychology*)一书的作者 Neil Frude 是英国卡迪夫大学的临床心理学家。我最初知道这本书是因为清华大学蔡署山教授希望我们心理和认知研究中心能够出版一个译著系列,委托我负责翻译此书。

Neil Frude 所著的这本《变态心理学》与其他西方人所著的同类学术著作相比较,最主要的特点是其逻辑体系比较符合东方人的阅读和思维习惯,读起来条理清晰、亲切易懂。全书由九个部分组成。第一章引言中介绍了变态心理的分类和诊断标准,同时也介绍了有关心理障碍的不同理论模型,并在这些模型的基础上提出了不同模型走向综合的观点。第二、三、四章分别介绍了焦虑障碍、进食障碍和情绪障碍,每一种障碍都分别从其外在表现、病因学、影响因素及其诊断和治疗几个方面作了详尽的说明,这些说明深入浅出,无论对于初学者还是对于心理健康专业人士都有重要的帮助作用。第五章专门讨论精神分裂症,对于精神分裂症的主要症状、病程、病因及其诊断、治疗和护理提出了科学而又独到的见解。第六章到第九章分别是药物滥用、性功能障碍与性心理异常、器质性障碍、学习障碍。对于性功能障碍不仅从生物学角度,还从心理学和社会学角度进行了探讨;器质性障碍着重介绍了由脑损伤导致的一系列疾病,强调的是生物学和生理学基础对于心理和行为的重要影响作用;学习障碍中主要探讨了与智能障碍有关的各种影响因素及其干预和预防。这九章内容各自独立又相互关联,阅读此书能够使读者全面、系统而又具体地了解变态心理学。

此书的另一特色是用设计精巧、表现生动的研究阐述观点,并用诙谐幽默的语言加以表达,给读者留下深刻的印象。例如,作者为了说明“仅从行为表现上难以判断‘正常’抑或‘变态’”,引用了这样一个研究:设计者和包括他本人在内的八名心理健康人士假装成精神病人到精神病院去看病,他们分别向医生叙述——始终听见一个声音在头顶盘旋着,重复地说着“空的”、“迟钝的”和“抨击”等话语。除了这个症状,这些“假病人”没有显示出其他任何问题,但是,他们最终全部被医院接收,其中七人被诊断为精神分裂。在住院期间,他们表现得相当正常,开始记录他们每天观察到的内容。同病室的那些真病人倒是对他们作出了正确“诊断”,认为这些假病人是记者,他们正在精神病院作一项关于“人生”的研究课题;而临床医生则在他们的病案报告中将这些“持续记录”行

为解释为“症状”。可笑的是，这些“假病人”平均被关在精神病院 19 天，期间没有一个人被医院的专业人士发现是假冒的。在放他们出院时，大多数被描述为“精神分裂症、间歇期”。基于这个研究的结论是，一旦人们被关进了精神病院，他们的任何活动，甚至是正常的活动也会被认为是变态，他们不再会被当做正常人看待了。另一个研究则更进了一步。研究者先通知有关精神病院，近期会有一个或更多的“假病人”进入该院，要求医院的工作人员能够分辨哪些是“假病人”。结果被工作人员认为是“假病人”的患者，至少占全部病人的 1/5。在有些病案中，同一个“真病人”同时被好几名专业人员认为是“假病人”。而事实上，并未送任何“假病人”进入精神病院。换句话说，所有被专业人员认出的“假病人”其实都是以前被他们诊断过的“真病人”。这些研究设计不但思路巧妙，而且寓意非常深刻。我们对“正常人”的观察和判断又何尝不是如此呢？

此书在基本诊断和治疗的观点上主张整体化模式，不囿于某一学派观点而博采众家之长。这是一种客观的不带偏见的科学态度。在作者看来，任何一个模型都不可能独立地对所有心理障碍作出满意的解释。例如：生物学模型能够在很大程度上帮助我们理解某些症状（例如痴呆和精神分裂）的原因，但是这个模型对于恐惧和某种类型的抑郁（例如由丧失亲人导致的抑郁）就很难提供满意的解释。行为模型和认知模型也许能够更好地解释恐惧类的问题，而对于由丧失亲人导致的抑郁症状的解释，也许用那种着力于社会关系和心理动力过程的模型更为有力。总之，没有哪一个单独的模型能够全面解释各种心理症状，即使针对一种症状也如此。也许某种症状最开始出现的原因主要是生物学方面的，但是我们要想了解患者对症状的各种反应及其所受的煎熬，就必须同时考虑心理学的和社会学的因素。本书极力主张并努力整合各种不同观点和模型，使它们有机地联系在一起，从而对不同心理变态症状作出较为全面的解释。

本书各章的译者分别为：李虹，第一章；张宜彬，第二、八、九章；陈石，第三、六、七章；张会平，第四、五章；陈石翻译并整理了主题索引。

由于我们的翻译水平有限，书中如有疏漏之处，敬请读者指正。

李 虹

2008 年 5 月 14 日于清华园

目 录

第一章 引言	1
一、什么是变态心理	2
(一) 从行为和体验上难于判断的“正常”抑或“变态”	2
(二) 变态心理的特征	3
(三) 变态心理学与精神病学	4
二、分类及标准	4
(一) DSM-IV	4
(二) 对 DSM 的批评	8
三、诊断	9
(一) 信度	9
(二) 效度	10
(三) 鉴别性诊断和共病症	11
(四) 文化、性别和诊断	11
四、心理障碍的现时代模型	12
(一) 生物学模型	12
(二) 心理动力模型	14
(三) 其他精神分析学派的理论模型	16
(四) 行为模型	18
(五) 认知模型	18
(六) 人本—存在模型	20
(七) 家庭系统模型	21
(八) 社会文化模型	23
五、走向综合	23
(一) 综合的价值	23

(二) 素质—应激模型	24
(三) 因果链模型	26
六、本章小结	30
第二章 焦虑障碍	32
一、恐惧症	33
(一) 单纯恐惧症	34
(二) 社交恐惧症	38
(三) 旷野恐惧症	42
二、一般性焦虑障碍	47
三、恐慌障碍	51
四、执著—强迫障碍	55
五、创伤后应激障碍	63
六、本章小结	68
第三章 进食障碍	71
一、神经性厌食症	71
二、神经性贪食症	88
三、本章小结	103
第四章 情绪障碍	105
一、抑郁症状	106
(一) 单相抑郁	106
(二) 躁狂症	114
(三) 两极性情绪障碍	116
二、情绪障碍的病因	117
(一) 单相抑郁	117
(二) 双相抑郁	129
三、情绪障碍的影响	130
(一) 个人对抑郁的反应	130

(二) 抑郁症患者如何影响他人	132
四、情绪障碍的治疗	133
(一) 单相抑郁治疗	133
(二) 双向抑郁治疗	136
(三) 情绪障碍病例管理注意事项	136
(四) 哪一种治疗形式最有效	137
五、本章小结	137
第五章 精神分裂症	140
一、精神分裂症的表现	140
(一) 精神分裂症的类别、病程和分布	140
(二) 主要症状：精神分裂症的心理错乱	145
二、精神分裂症的致病因素	152
(一) 初步描述	152
(二) 精神分裂症的初级原因	154
(三) 中介机制	161
(四) 病源小结	165
三、治疗和管理	166
(一) 治疗	166
(二) 社会看护（社区长期照料）	168
(三) 复发预防	169
四、本章小结	171
第六章 药物滥用	174
一、精神活性物质作用的条件	174
(一) 心理配置	174
(二) 物理环境和社会环境的影响	175
(三) 抗药性、依赖性和成瘾	175
(四) 使用、误用和滥用	176

二、精神活性物质的种类	176
(一) 大麻	177
(二) 安非他明	178
(三) 可卡因	179
(四) 酒精	180
(五) 鸦片制剂 (海洛因与美散痛)	182
(六) 迷幻剂	183
(七) 巴比妥类药物	185
(八) 苯二氮草类 (用于制造各种镇静剂)	187
(九) 挥发性吸入剂	188
三、精神活性物质的使用情况	188
(一) 流行性调查	188
(二) 药物使用的心理状态	190
(三) 改变	193
四、治疗	196
(一) 治疗情境和过程	196
(二) 具体治疗方法的应用及其条件	198
(三) 初级目标和长期目标	200
(四) 复发	201
五、预防	207
(一) 预防措施	207
(二) 面向儿童和青少年进行宣传	209
六、本章小结	209
第七章 性功能障碍与性心理异常	212
一、人类的性特征	212
(一) 对性特征的生物学、心理学和社会学研究	212
(二) 性反应周期	214
二、性功能障碍	216
(一) 男性性功能障碍	216

(二) 女性性功能障碍	217
(三) 性功能障碍的病因分析	218
(四) 性功能障碍的治疗	221
三、性心理异常	232
(一) 同性恋性取向	232
(二) 性别认同障碍 (易性癖)	236
(三) 性心理变态	242
四、本章小结	251
第八章 器质性障碍	254
一、神经障碍的种类	254
(一) 解剖学模式	254
(二) 功能模式	257
(三) 病源学模式	264
二、脑损伤后的恢复	277
(一) 恢复的含义	277
(二) 恢复的方法	279
三、本章小结	280
第九章 学习障碍	283
一、定义和分类	283
(一) 定义	283
(二) 分类	284
二、诊断和致病因素	286
(一) 检查和临床评估	286
(二) 智能障碍的原因	289
(三) 心理缺陷的实质	293
三、临床表现和死亡率	295
(一) 主要症状	295
(二) 存活率	298

四、干预	299
(一) 治疗、训练和教育	299
(二) 终生管理和护理	301
五、智能障碍与家庭、社会	304
(一) 父母的态度	304
(二) 智障者对家庭的影响	306
(三) 社会对有智障成员家庭的帮助	307
六、预防	310
(一) 家族性智能障碍的预防	311
(二) 病理性智能障碍的预防	313
七、本章小结	315
主题索引	318

第一章 引言

在心理学产生和发展的历史上，人们对待心理疾病的看法不同，导致其行为表现也不同。当面对心理疾病患者时，有的人躲避，有的人嘲笑，有的人害怕，也有的人同情。

最初对心理疾病进行探索的学者们，试图用各式各样的理论甚至是神话去解释与心理疾病有关的现象。他们的看法大体可以分为三种观点：第一，超自然观点；第二，躯体源观点；第三，心理源观点。

在超自然观点中，有人认为与心理疾病有关的某些现象是超自然力所致，有人认为是上帝迁怒于人，有人认为是月食产生的影响，还有些人则强调变态心理是由于灵魂被恶魔所摄。这种观点几千年来一直在中国、埃及、希腊和希伯来文化中广为流传。例如在《圣经》中，有许多关于治疗人的不洁灵魂的描述。

直到15世纪，古希腊医生希波克拉底对超自然观点提出强烈反对。他认为心理变态源于躯体病变。他的躯体源观点可以区分几种心理疾病，包括妄想性精神病和抑郁症等。希波克拉底认为，这些心理疾病都是由不同类型的脑病变引起的。并且，他进一步提出大脑的正常功能有赖于体内四种重要液体之间的互补平衡，这四种液体分别是：血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁。其中任何一种液体的过量或不足都会引起心理病变。随着时间的推移，到了18世纪，超自然观点几乎完全被躯体源观点所取代。

19世纪末，心理源观点得到较大的发展。人们由躯体源观点逐渐向心理源观点倾斜，最主要的原因是精神分析心理学的出现。精神分析心理学理论的创始人、心理学大师弗洛伊德（1856—1939）认为，心理疾病的产生是与下意识冲动所引发的情绪压抑密切相关的，下意识焦虑以及下意识抵御焦虑的意义都非常重要。他认为婴儿早期经验在其整体人格塑造中发挥着非常重要的作用。他还强调人格与心理疾病之间必然存在着息息相关的联系。弗洛伊德的学说风靡全球长达半个世纪之久。需要说明的是，弗洛伊德的理论是构建在生物驱力假设基础上的。他经常表达这样的观点，人类下意识等心理活动机制的基础，是神经生物学。作为精神科医生的弗洛伊德，从未放弃研究躯体因素在心理疾病中所起的作用。

虽然心理学早已毫无疑问地发展为一个独立学科，但是关于心理疾病的理

论,还不可避免地受到其他学科思想的影响。例如,俄国生理学家巴甫洛夫(1849—1936)提出了条件反射学说,证明动物在一定条件下可以对以往本是中性的刺激的事物产生惧怕反应,学习是由于条件反射及其暂时神经联系的接通而发生的。这个理论对心理学的影响是巨大的。另一方面,在心理学内部也有许多不同见解。比如,在关于心理疾病的认识上,精神分析的观点受到行为主义强有力的挑战甚至排斥。行为主义理论主张客观观察和测量,行为主义的后期研究重心主要在学习方面,他们主张,学习是个体通过练习或经验而导致行为有较持久改变的过程或结果,不仅心理适应而且心理问题,都是通过学习获得的。其中华生(1878—1958)和斯金纳(1904—1990)的研究工作对后世影响尤为深远。他们的最大贡献是使行为主义成为心理学领域占统治地位的学说。行为主义的统治地位不可避免地直接影响了人们对于心理疾病的看法。在过去的二十多年中,基础心理学和变态心理学对认知过程(如记忆、推理、人们作为主动决策者的应对活动等)给予了很多关注。同时也更加关注应激性经验和社会关系。

关于变态心理现象的研究越来越深入。现代变态心理学理论,主要依据的是心理源观点,认为心理疾病主要源于曾承受创伤或挫折的经历。同时,关于变态心理现象的研究也都承认躯体源因素的重要意义。

一、什么是变态心理

(一) 从行为和体验上难于判断的“正常”抑或“变态”

虽然大多数人在不同的场景下都曾有过对心理问题的体验,但是,只有很少的人被诊断为心理疾病。这是因为人们平常感到“失落”和“忧愁”的体验,通常不会发展到需要看心理医生的严重程度。我们平常说的“正常”心理的表现,通常被描述为对生活事件的“恰当”反应;而能够称得上心理疾病的表现,通常是指行为和情绪反应与所面对的环境大相径庭或至少是“不恰当”的。

尽管我们可以区分“正常”和“变态”的行为,却很难基于经验判断一个人是否变态。Rosenhan(1973)在其研究中尖锐地指出,即使是心理健康专业工作者,也很难基于一般观察和交往去鉴别精神病人和其他人。

在Rosenhan的经典研究中,有包括他本人在内的8名被试者参加,结果显示,他们心理全都很健康。将他们带到不同的精神病院,让他们向医生叙述:始终听见一个声音在头顶盘旋着、重复地说着“空的”、“迟钝的”和“抨击”等。

除了这个症状，这些“假病人”没有显示出其他任何问题。但是，他们最终全部被医院接收，其中7人被诊断为精神分裂。住院期间，他们表现得相当正常，同时开始记录他们每天观察到的内容。那些真病人认为这些假病人是记者，他们正在精神病院作一项关于“人生”的研究课题；而那些心理健康专业人士则在他们的病案报告中将这些“持续记录”行为解释为“症状”。可笑的是，这些假病人平均被关在精神病院19天，期间没有一个人被医院的专业人士发现是假冒的。在放他们出院的时候，大多数被描述为“精神分裂症、间歇期”。

Rosenhan 基于这个研究的结论是，一旦人们被关进了精神病院，他们的任何活动，甚至是正常的活动也会被认为是变态，他们不再会被当做正常人看待了。Rosenhan (1975) 作了进一步的研究。他先通知有关精神病院，近期会有一个或更多的“假病人”进入该院，要求医院的工作人员能够分辨哪些是“假病人”。结果被工作人员认为是“假病人”的患者，至少占全部病人的1/5。在有些病案中，同一个“真病人”同时被好几名专业人员认为是“假病人”。而事实上，Rosenhan 并未送任何“假病人”进入精神病院。换句话说，所有被专业人员认出的“假病人”其实都是以前被他们诊断过的“真病人”。

(二) 变态心理的特征

如果心理学被定义为“关于行为和经验的研究”，变态心理学可以被简单定义为关于“变态行为和经验的研究”。这个领域的研究主要聚焦于那些“非正常”、“偏态”和“反常”心理现象。

那么，有哪些特征可以用来区分变态和非变态行为呢？

1. 抑郁

变态心理学研究者用聚焦于抑郁、焦虑和厌食等障碍的事实指出，如果笼统地概括变态心理的特征，可以首先用“忧伤”来表达。

变态心理学所研究的大多数状态确实都与忧伤有关（当然也有例外），例如痴呆患者虽然早期常常表现出异样自足等不适当的快乐，但是最终他们表现出来的是抑郁。再进一步，像极端暴力、自我损毁或者慢性疼痛等问题，行为表现为常常伴有忧伤或焦虑等方面的心理变态症状。

2. 功能损伤

变态心理的另一个重要特征是“功能损伤”。因为许多心理障碍的人同时伴

有处理日常生活困难的问题。

但是这个鉴别处理日常生活功能的标准,也引出了另外一些问题。功能障碍与所处的环境条件有关,例如恐惧性功能障碍也许在某一情境下会表现出来,而在其他情境下则不会轻易显露。一个严重对蛇恐惧的人,如果生活在平原城区就可能永远不会表现出他的功能障碍。但如果生活在热带雨林就会严重影响其正常生活,表现出功能障碍;同样,一个恐惧高空飞行的人如果不需要高空飞行就不会表现出任何功能障碍,但如果他面临高空飞行,就会表现出严重的功能障碍。

3. 生物学方面的损伤

变态心理学研究还涉及器官病理学方面的特征。变态心理学研究范畴内的障碍,或多或少都与生物学的某些损伤相关联。

但是,这些特征并不是重要的标准。因为到目前为止,变态心理学研究中,可识别为与生物病变有关的情况并不多。

4. 社会学特征

有一些临床心理医生和精神科医生在他们的临床实践中提出,变态心理属于社会化建构。

这种提法历史悠久。但是许多研究者在进一步确定标准定义,去描述这个建构的过程中遇到了困难。

(三) 变态心理学与精神病学

变态心理学探讨的问题,与更偏重临床的精神病学的探讨是不同的。变态心理学研究范围更为广泛,在某种意义上涵盖了精神病学。

另一方面,确定是否属于变态心理的一个简单方法,是看它是否符合正统精神病学的诊断分类。这样,变态心理学可以被定义为对精神性障碍的心理学研究。因此,要确定变态心理学的研究领域,我们还需要考虑精神病学的研究领域。

二、分类及标准

(一) DSM-IV

美国精神病联合会制定了《心理障碍诊断和统计手册》(DSM)。1952年首次

出版, 1968 年出版了修订版 DSM-II。接下来 DSM-III 和 DSM-III-R 分别于 1980 年和 1987 年出版。最近的版本是 DSM-IV, 出版的时间是 1994 年。现在常用的还有另外一种诊断体系 ICD——《国际疾病分类标准》, 由世界健康组织出版。最近的版本 ICD-10 于 1992 年出版。虽然我们主要讨论 DSM 系统, 但是我们也注意到这两套诊断系统的最近版本很相似。

DSM 最早的版本深受精神分析思想的影响。例如在这个分类体系中, 将神经症列为一个重要分类, 这种分类思路在很大程度上反映了心理动力学有关精神性障碍的概念。在 DSM 的早期版本中, 许多诊断分类不仅仅按照描述性特征进行定义, 同时也按照可能的原因进行定义。在 DSM 的近期版本中, 基本上摒弃了病因学定义, 而是按照可观察到的信号和症状进行判断。

DSM 体系是多维度的, 至少可以从五个不同的维度评价人们的心理状况。大多数临床症状被划分为维度 I; 人格问题和心理迟滞等慢性状况被划分为维度 II。这两个维度为临床医生提供了诊断的具体临床信息。另外三个维度用来对附加信息进行编码。维度 III 主要关注与生理健康有关的方面; 维度 IV 关注心理、社会和环境问题; 维度 V 提供对个体整体功能水平的评价 (100-point scale)。这个评价从 1 分 (持续的暴力、自杀行为) 到 100 分 (没有症状, 在各种活动中都有上好发挥)。这样, 某人也许会同时被诊断为抑郁症 (参照维度 I) 和反社会型人格 (参照维度 II); 也许还会被诊断为没有生理性障碍 (参照维度 III), 但同时可能被认为有住房和就业方面的问题 (参照维度 IV), 这个人的整体功能水平就是 30 分 (参照维度 V)。

DSM-IV 包括的具体标准, 大约可以诊断出 300 多种不同的障碍状况, 每一种症状都被按照具体的临床特征分门别类进行了精确定义。这些障碍症状又被按照症状间的相似性进一步分组, 例如: 焦虑性障碍, 与物质滥用有关的障碍 (Box 1.1) 等。这个系统提供了清晰的标准 (例如在有了某种症状多久以后会表现特征), DSM-IV 所提供的这些信息较之先前版本中的信息更详细也更精确 (Box 1.2 提供了一个 DSM-IV 所定义的诊断重度抑郁性障碍的标准)。

与其早期版本不同的是, 除调节性障碍和创伤后应激性障碍的情况外, DSM-IV 对于其假定的影响症状发展的因素, 没有给出参考性说明。而在这两种情况下, 参考性症状则是症状出现之前的应激性事件本身。

Box 1.1

DSM-IV：主要分类（轴 I 和轴 II）

类型 I 障碍

首次诊断为障碍的时间，通常是在婴儿期、儿童期或青少年期。这类障碍主要包括：情绪、智力和行为方面的障碍。虽然它们发生在成年之前，但许多症状是持续终生的。另外，虽然“心理迟滞”被包括在类型 I 中，它也同样被用来在类型 II 中作进一步阐述。

认知损伤性障碍：这类障碍主要由脑损伤或退化所致。包括急性症状（例如精神狂乱）和慢性症状（例如痴呆，记忆、学习和推理能力的广泛性破坏）。

物质滥用性障碍：这类障碍主要是酗酒和药物滥用引发的实质性生理损害及其心理症状。

精神分裂和其他精神性障碍：这类障碍的主要表现是脱离现实，有明显的情绪障碍和社会功能障碍。患者也许会出现幻觉和错觉。

情绪障碍：这类障碍可以分为抑郁性障碍和两极性障碍。抑郁性障碍的主要表现是：深切的悲哀、低自尊和行为改变。两极性障碍的主要表现是：抑郁和躁狂（超出正常范围的过度活动和过度热情）交替出现。

焦虑性障碍：这类障碍包括恐惧（持续且没有理由地惧怕某种情境或某个东西）、恐慌（反复出现的没有理由的恐慌反应）、一般性焦虑（持续并广泛的担忧）、创伤后应激性障碍（生活事件引发的心理障碍）和偏执—强迫障碍（持续的强迫性思维和强迫性行为）。

躯体化障碍：这类障碍主要表现为生理性症状或由心理问题导致的身体性症状。例如无生理性病变的偏瘫。躯体化障碍的患者坚持不懈地要求治疗想象中的疾病。

分离障碍：这类症状包括意识混乱、健忘和认同混乱。分离性认同障碍患者的惯常认同，往往被非正常发展认同和非正常知觉认同所替代。

性及性别认同障碍：性障碍包括性功能障碍（例如性唤起障碍）和性偏离障碍（例如窥阴癖）。性别认同障碍主要指易性癖。

进食障碍：这类障碍主要指神经性厌食症。神经性厌食是过度节食导致