

精神障碍的 诊断与治疗

JING SHEN ZHANG AI
DE ZHEN DUAN YU ZHI LIAO

窦建军 朱世辉 刘 涛 主编
吴亚卿 陈会然 苟汝红

中医古籍出版社

精神障碍的诊断与治疗

主 编 窦建军 朱世辉 刘 涛 吴亚卿

陈会然 苟汝红

副主编 刘炳书 陈宏美 邹永江 刘永桥

李 会 宗艳红 刘瑞安 李淑英

高淑会 赵常民 刘叶红 魏玉莲

李斗江 崔会欣 刘力军 王 莉

魏新贞 卢春爱

编 委 尹玉芳 史永双 高宏丽 李玉秋

黄家驹 韩艳光 刘洪珍 巢永波

马洪梅 高海江 高武林 杨金玲

(排名次序不分前后)

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神障碍的诊断与治疗/ 窦建军编. - 北京: 中医古籍出版社, 2009. 6

ISBN 978 - 7 - 80174 - 737 - 2

I. 精… II. 窦… III. 精神障碍 - 诊疗 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 073912 号

精神障碍的诊断与治疗

窦建军 主编

责任编辑 刘 婷

封面设计 韩博玥

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京义飞福利印刷厂

开 本 850mm × 1168mm 1/32

印 张 15

字 数 375 千字

版 次 2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 次印刷

印 数 0001 ~ 2000 册

ISBN 978 - 7 - 80174 - 737 - 2

定 价 26.00 元

内容提要

本书列举了精神科 CCMD - 2 - R、CCMD - 3、ICD - 10、DSM - IV 四种诊断标准，使四种诊断标准对同一疾病的诊断之异同点，变得更为直观，在精神科疾病的治疗方面，本书吸取和借鉴了相关治疗学方面的知识，并参考最新治疗动态，具有一定的实用价值，适合住院医师及基层精神科医师的继续医学教育，同时可作为精神卫生系学生的相关课外教材。

目 录

第一章 总论	(1)
第一节 精神障碍的概念及判断标准	(1)
第二节 精神障碍的分类和诊断标准	(3)
第三节 精神检查	(9)
第四节 精神药物治疗的一般原则	(15)
第五节 电抽搐治疗	(17)
第六节 生物反馈治疗	(28)
第七节 经颅磁刺激治疗	(31)
第二章 脑器质性精神障碍	(50)
第一节 阿尔采末氏病(Alzheimer 病)	(50)
第二节 脑血管病所致精神障碍	(58)
第三节 其他脑部疾病所致精神障碍	(64)
第四节 颅内感染所致精神障碍	(70)
第五节 颅脑创伤所致精神障碍	(77)
第六节 颅内肿瘤所致精神障碍	(81)
第七节 癫痫性精神障碍	(82)
第三章 躯体疾病所致精神障碍	(85)
第一节 躯体感染所致精神障碍	(87)
第二节 内脏器官疾病所致精神障碍	(88)
第三节 内分泌障碍所致精神障碍	(89)
第四节 营养代谢疾病所致精神障碍	(90)
第五节 染色体异常所致精神障碍	(91)

2 精神障碍的诊断与治疗

第六节 物理因素引起疾病所致精神障碍	(92)
第七节 其他躯体疾病所致精神障碍	(93)
第四章 精神活性物质与其他物质所致精神障碍	(95)
第一节 精神活性物质所致精神障碍	(110)
第二节 非依赖性物质所致精神障碍	(149)
第五章 精神分裂症及其它精神病性障碍	(155)
第一节 精神分裂症	(155)
第二节 偏执性精神障碍	(178)
第三节 分裂情感性精神病	(181)
第四节 感应性精神病	(186)
第五节 周期性精神障碍	(189)
第六节 急性短暂性精神病	(192)
第六章 情感性精神障碍(心境障碍)	(201)
第一节 躁狂发作	(201)
第二节 抑郁发作	(211)
第三节 双相情感性精神障碍	(221)
第四节 环性心境障碍	(228)
第五节 恶劣心境	(231)
第六节 其他或待分类的心境障碍	(235)
第七章 神经症与心理因素相关的精神障碍	(239)
第一节 恐怖性神经症(恐怖症)	(240)
第二节 焦虑性神经症(焦虑症)	(249)
第三节 强迫性神经症(强迫症)	(257)
第四节 躯体形式障碍	(262)
第五节 癔症	(275)
第六节 神经衰弱	(286)
第七节 其他待分类的神经症	(288)

第八节 人格解体神经症	(291)
第八节 应激相关障碍	(292)
第九节 与文化相关的精神障碍	(305)
第八章 心理因素相关生理障碍	(310)
第一节 进食障碍	(310)
第二节 睡眠障碍	(319)
第三节 性功能障碍	(330)
第九章 人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍 ...	(344)
第一节 人格障碍	(344)
第二节 习惯与冲动控制障碍	(373)
第三节 性心理障碍	(382)
第十章 精神发育迟滞	(397)
第十一章 儿童少年期精神障碍	(404)
第一节 特殊发育障碍	(404)
第二节 广泛发育障碍(弥漫性发育障碍)	(415)
第三节 儿童多动症(注意缺陷障碍)	(429)
第四节 品行障碍	(436)
第五节 儿童情绪障碍	(445)
第六节 抽动障碍	(456)
第七节 儿童行为障碍	(462)

第一章 总 论

第一节 精神障碍的概念及判断标准

精神障碍是指在各种致病因素（包括物理、化学、生物、心理、社会等）影响下所导致的精神活动的失调或异常情况的总称。人的精神活动主要是指整个心理现象，包括两个方面，一方面是包括三个心理过程，即认识过程、情感过程和意志过程。其中，认识过程又包括感性认识过程（即感知觉）和理性认识过程（即思维）以及保证认识过程得以顺利进行的注意、记忆等方面内容。另一方面就是人格。当然也包括上述各方面，特别是以认识过程各方面组合所体现出的智能。精神障碍就是指以上任意一方面或多方面异常的总称。

在精神病学临床工作中，判断正常与否的标准有三个方面，即统计学标准、社会标准和个人标准。

（一）关于判断精神障碍的统计学标准

统计学标准的含义是指以概率来划分正常与异常的标准，通俗地讲就是以群体大多数人的指标作为正常指标的标准。医学上多数判断正常与否的标准采用的是统计学标准，例如血压、心率、呼吸、肝功能、肾功能等。以心率为例，群体中大多数人的窦性心率为 60~100 次/分，因而当某个个体的心率高于 100 次/分时便称之为“窦性心动过速”，而低于 60 次/分则称之为“窦性心动过缓”。判断精神障碍的指标是同样的道理，如果某个体的思维方式、情感反应或行为模式等明显不同于群体所表现出的模式则应被视为异常。统计学标准中的正常概率一般定在 95%，

2 精神障碍的诊断与治疗

有的指标定在 99%。

(二) 关于判断精神障碍的社会标准

由于心理活动受到社会文化因素的影响,不同文化背景的群体对于同一事件可以产生出不同的认知、情感和行为的反应。社会标准具体至少包括习惯性的标准、文化标准和伦理道德的标准等方面的内容。如某个个体总是爱在群体中突出自己,或总是爱穿非常奇异的服饰,或总是有“标新立异”的想法等,在西方社会可能认为是可以理解的现象,而在东方社会可能会将其作为值得关注的异常情况的开始,这就是文化标准;又如,在子女已经成年,父母仍然将其作为未成年子女对待,在生活中关怀备至,在东方文化群体,特别是在中国社会被视之为可以理解,但在西方社会则可能被视为异常。这既受文化标准的影响,也受习惯性标准的影响;此外,对于独立性行为、同性恋问题的正常与否的判断都涉及到不同的伦理道德标准问题。

(三) 关于判断精神障碍的个人标准

个人标准主要是强调个体的体验、个体的过去或者是一贯的思维、情感、行为模式、价值取向等情况与目前状况的比较。前者指的是尽管在一切检查都正常的情况下,如果个体体验到明显的不适或者痛苦,应视之为异常。后者主要是指同样的情况,如果成为一个个体一贯的表现则可能被视为正常,而对另一个体来说,如果是近期内从另一种状态逐步或突然变为目前的状态则很可能被视为异常。如某个体一贯少言寡语、不合群、对于亲人的情感反应较为平淡、对于工作缺少热情或不够尽心只能说明该个体的个性特征就是如此,而另一个体在 1 年或 2 年内逐步出现上述情况则有可能被视为精神分裂症的早期症状。

另一个应该注意的问题是,异常情况的出现频度是十分重要

的，偶然的精神异常可以出现在几乎所有人身上，而频繁出现的异常情况则具有较为重要的意义。此外，单一出现的精神异常并不能够明确地提示某种精神疾病或精神障碍的存在，而与单一的精神异常情况相比，一组精神症状的出现对于提示某种精神疾病或精神障碍更具有临床意义。

还应该注意的问题是，不是所有的精神症状或精神方面的异常都一定必须进行医疗干预，只有在精神方面的异常明显影响到了个体的社会功能或（和）给个体本人带来明显痛苦的时候，医疗或心理学的干预才成为必要或者必然，也只有在这种情况下，该个体才能够被称为“患者”。社会功能包括：工作（学习）能力、社交能力、生活自理的能力以及个体遵守道德、法规、法律的能力。也就是说前述任何一种能力受到明显损害，就使医疗干预成为必要或者必需。社会功能不仅仅是作为判断精神症状严重程度以及是否进行医疗干预的重要指标，同时也是治疗所有精神障碍的最终目的。

第二节 精神障碍的分类和诊断标准

所谓“分类”，是指将研究对象以相互关系为基础进行排序、编组或成套的过程。实施这一过程的一套规律原则就称为一个“分类系统”。而组成分类系统的诊断标准具有两个基本功能，一是定义精神障碍，二是对具体疾病进行诊断。一套好的诊断分类系统应具备一些要素，如良好的信度、内在稳定性、特异性、校度及实用性等。对精神障碍进行分类是一种理想的、可以减少对重复和大致相似病例的认识负担的方法，利用分类标准将精神疾病进行鉴别诊断有利于临床医师施行最有效的治疗，分类和诊断标准在职业医师和健康工作者之间提供可以交流的统一语言。分类的过程需要创造、定义、界定概念的边界并在此过程中

4 精神障碍的诊断与治疗

进行提炼,使对疾病的分类更趋完善。目前精神障碍的分类除了对于概念的界定外,更重要的内容是结合对于精神疾病的生物学研究结果、疾病对于精神药物的反应结果来对于精神疾病进行分类及分型,从而使“分类”更具有临床治疗及指导研究的意义。标准化诊断的工具一定式临床检查确定了要问哪些问题,问题的顺序,甚至在一些时候规定了使用哪些词汇提问。大多数定式临床检查通常配有一套相应现象学的定义,于是检查者只需确定患者所描述的症状是否适于手册中的定义,这有助于消除观察者偏倚。训练程序也可以确保检查按照设计意愿使用。

作为中国精神科医师需要了解的重要诊断分类系统包括国际疾病分类(International Classification of Diseases, ICD)、中国精神疾病分类方案与诊断标准(Chinese Classification of and Diagnostic Criteria of Mental Disease, CCMD)以及美国精神障碍诊断和统计手册(diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)。

(一) ICD-10

1853年在巴黎国际统计年会上,两位统计学家展示了一个死亡原因列表,被称为Bertillon的死亡原因分类。国际统计学组织每五年对这个列表进行一次修改,1899年法国政府接管了这项任务,出版了国际死亡原因列表(International List of the Cause of Death),这便是ICD的前身。1948年世界卫生组织(WHO)在巴黎举行的第6届国际疾病和死亡原因分类会议,将其更名为《国际疾病分类》第六版,简称ICD-6,成为第一个全面的疾病分类,首次将精神病列入第五章“精神,心理神经和人格障碍”。但当时它对精神病的分类比较简单,许多精神病种类未能包括在内,所以很少采用。之后大约每十年ICD就被修订一次,最近的版本ICD-10于1992年出版。ICD-10中涉及精神障碍

的内容是第五章“精神和行为障碍”，编码为“F”。它汇聚了52个国家700多名精神病专家的努力。ICD-10为目前一项官方的全面的精神障碍分类系统，并在世界范围内得到广泛应用。

ICD的编制过程与美国精神疾病协会进行了合作，许多出现于DSM-III、DSM-III-R和DSM-IV的概念均可在ICD-10中找到。与ICD9相比，ICD-10的编码大得多，ICD-9中涉及精神障碍的内容仅有30个字符的类别（290~319），而ICD-10第五章（F章）中从F00~F99有100个字符的相应类别，其中有些字符目前尚未使用。小数点后的数字进一步提供亚型的细节。ICD-10未再采用ICD以前的版本中对神经症和精神病的严格划分，而是根据主要的临床特征或相似的描述性特征将这些障碍安排成组，便于使用。例如，循环性气质（F34.0）不再置于成人人格障碍内，而是放在F30~F39的心境（情感）障碍内。同理，所有与使用精神活性物质有关的精神和行为障碍无论轻重均归类于F10~F19。在F60~F69中新纳入了一些成人行为障碍，例如，病理性赌博（pathological gambling）、纵火（pathological fire-setting）和盗窃，同时也包括了其他传统的人格障碍。性功能障碍（sexual disturbance）被明确地与性身份障碍区分开来，而“同性恋”本身不再构成一个类别。在术语方面，“障碍（disorder）”一词贯穿于ICD-10始终，而尽量避免使用“疾病（disease）”或“患病（illness）”这样的术语所带来的更大问题。在ICD-10中同时避免使用“心因性”和“心身性”这样的术语，因为使用了这样术语会表示生活事件或困难在这种障碍中起了重要作用，而未使用这类术语的情况会使人误以为心理因素不起任何作用。ICD-10的另一大特点是对每种障碍除给予临床描述外，还有独立的诊断要点。而这些临床描述和诊断要点并不代表某一障碍的现代知识理论，而是很多国家的专家顾问对某一组症状达成的共识。ICD-10建议医师遵循一个总的原则

6 精神障碍的诊断与治疗

进行诊断，可以下多个诊断，即概括临床表现时需要多少诊断就记录多少诊断，最好根据诊断目的区分主要、辅助或附加诊断。如果诊断与诊断要点完全符合，则认为诊断是“确信”（confident）的；如果现有资料不足，更多资料将来才能得到，则认为诊断是“局限性”（provincial）的若不可能再有资料补充，则认为诊断是“尝试性”（tentative）的。

一个与 ICD - 10 相伴而生的版本，研究用诊断标准（diagnostic criteria for research, DeR - 10）于 1993 年出版。由于与美国精神病学会密切的合作，其中许多定义与 DSM - III - R 和 DSM - IV 中的非常相似。它给予 ICD - 10 中各种情况的操作性标准，使用了便于科研使用的方法来撰写，适应于多种研究的目的。

（二）CCMD - 2 - R 和 CCMD - 3

我国最早制定的精神疾病分类草案是于 1958 年的南京会议提出的。这一草案将精神疾病分为 14 类，包括了精神病学所研究的主要病种。基本符合我国当时精神科临床工作的需要。1978 年对 1958 年的方案进行了修订。1981 年苏州会议上对以前的方案进行了较大的修订，将精神疾病分为 13 类，并命名为“中华医学会精神疾病分类 - 1981”。1989 年西安会议将 1981 ~ 1985 年先后颁布的诊断标准确认为中国精神疾病诊断标准的第一版（CC - MD - 1），同时正式颁布了中国精神疾病分类方案与诊断标准第二版（CCMD - 2）。在这一方案中将精神疾病分为 10 个大类。该方案公布之后曾在临床和科研工作中得到广泛使用。在使用的过程中也发现了一些问题和不足。

CCMD - 2 修订版（CCMD - 2 - R）于 1994 年泉州会议通过并公布执行。它进一步向国际分类靠拢，对多数疾病的命名、分类、描述、诊断标准都尽量与 ICD - 10 保持一致，同时注意借

鉴 DSM - IV 的优点。保留了器质性精神障碍的病因学分类,而不采取认知障碍、意识障碍等症状名称。为适应国内习惯,增加了某些器质性精神障碍、感染中毒性精神障碍、躯体疾患所致精神障碍的分类内容。在精神分裂症与偏执性精神病之后,增加了其他精神病性障碍的内容,以适应我国及发展中国家的临床需要。增加了一些司法精神病学的诊断内容,继续保留了与文化密切相关的精神障碍、恐缩症(koro)、气功与迷信巫术所致精神障碍的独立位置,未按国外标准将其列入分离性障碍。根据临床观察,增加了“反复发作躁狂症”的诊断。除人格障碍外,不增加“人格突出”的诊断。仍将同性恋列入人性变态,对适应障碍(adJustment disorder)不作进一步分型。继续保留神经衰弱在神经症中的位置。

为了解决在应用 CCMD - 2 - R 过程中出现的一些争议,1996 年,中华精神科学会成立中国精神障碍分类与诊断标准第三版工作组(CCMD - 3 工作组),在国家卫生部科学研究基金资助下,于 1996 年至 1998 年期间,组织全国 41 个单位的 114 名医师,对 17 种成人精神障碍和 7 种儿童和青少年期精神障碍进行现场测试,共测试满足 CCMD - 2 - R 诊断的患者 2311 例,为编写 CCMD - 3 提供了数据基础。

CCMD - 3 于 2001 年出版,根据测试结果并结合国际上对精神障碍的研究进展对原诊断标准进行修订。如,对阿尔茨海默病制定 6 个月的病程标准,而精神分裂症的病程标准改为 1 个月(单纯型除外),CCMD - 3 保留复发性躁狂的诊断,将抑郁性神经症归于心境障碍,癔症(hysteria)从神经症中分离出来,单独分为一类,强迫症(obsession)的病程标准规定为 3 个月,保留气功所致精神障碍的诊断,对同性恋的处理接近 ICD - 10。儿童精神障碍的分类也根据心理发展的本质重新进行调整。

(三) DSM - IV

DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorders), 即: 精神障碍诊断和统计手册, 是世界上另一颇具影响的精神障碍分类系统。美国精神病学会最早于 1952 年颁布了 DSM - I, 与 ICD - 6 相适应。之后对该分类系统不断修订, 分别于 1968 年、1980 年和 1987 年颁布了 DSM - II、DSM - III 和 DSM - III - R。最近的版本 DSM - III 是 1994 年颁布的。DSM - IV 分类系统对各类精神障碍的命名是美国官方以及医疗保健、保险赔偿等过程中规定使用的标准术语。DSM - IV 试图探讨非理论性的病因, 即试图解释障碍是如何产生的, 所以许多定义中包括与该障碍有关的临床特征的描述, 如年龄、文化背景及性别相关的流行病学特征, 以及病程、合并症、个性倾向等。DSM - IV 在内容的编排顺序上不同于前面提及的两个分类系统, 它首先是: “通常在婴儿、儿童或少年期首次诊断的障碍”, 接下来的三部分分别为: “谵妄、痴呆 (dementia)、遗忘和其他认知障碍”、“由于躯体情况引起的精神障碍”以及“与物质有关的精神障碍”。将这三部分放在其他障碍之前的目的在于鉴别诊断, 例如下重性抑郁障碍诊断时必须排除物质所致抑郁心境。其余部分的编排原则是将具有相似表现的障碍分为一组, 以便鉴别诊断。DSM - IV 对每一种精神障碍均提供了特异的诊断标准。每一标准包括了一系列确定某一诊断所需的特征, 从而提高了临床医师诊断疾病的信度; 在诊断处理方面, 对于确定诊断证据尚不充足或患者目前及既往的临床表现不能完全符合诊断标准者, DSM - IV 也分别作了明确规定, 即“推迟诊断”或作“临时诊断”, 或者下非典型、残留型或一般分类中的非特异型的诊断, 对于既往符合某个诊断标准而目前已经恢复的情况可以下“既往诊断”。如果患者同时具备多于一个的轴 I 诊断的障碍, 则按照主次——列出, 一般以最值得

注意和治疗的障碍为主要诊断。DSM - IV 允许下多个诊断，但在诊断标准中列出的排除标准有助于形成等级诊断原则和鉴别诊断的思想。DSM - IV 中尚包括严重程度的划分，即轻度、中度、重度、部分缓解和完全缓解。本分类系统还包含一个用于鉴别诊断的“判断树”（decision tree），医师可根据各类症状和标准达到的是与否最终进行判断。多轴评估是 DSM - IV 的另一重要特点，即 DSM - IV 具有五个轴，每个病例均在几个轴上逐个评估。

第三节 精神检查

精神检查是检查者通过与患者的交谈与观察来全面了解患者的精神领域各个方面情况的检查方法。精神检查是一项技术性较强的工作，成功与否对于诊断极为重要。方式可采用自由交谈法和询问法。检查者必须在检查前对于将要了解的内容和需要采用的方法了然于心。检查中善于倾听和观察，及时捕捉和适度引导。交谈应在自由畅谈的气氛中进行，避免审问式。谈话内容由浅入深，从日常生活等逐渐过渡到与疾病有关症状，可从姓名、年龄、工作单位、家庭住址、何人陪伴来院等问题谈起，逐步深入。若谈不下去时，也可根据病史中资料作提问。由于病情不同，交谈方式应随机应变。有的患者一见如故，滔滔不绝，此时应注意观察患者表情、动作、言语表达方式、语句的连贯性，以及与环境的关系，必要时插话以转移话题获得所需资料；有的患者说话虽多，但自言自语，连贯性差，结构松散，与环境缺乏联系，虽对提问有短暂的切题应答，但易迅速转移话题，或答不切题，此时除观察外，还要耐心提问，不能急躁；对有敏感、猜疑、敌对情绪的患者，可于开始交谈时作一些适当解析，以消除其疑虑，谈话时不作记录，对所谈内容不要轻率评论，不表示赞同或否定，当谈及关键问题又有怀疑警惕态度时，要鼓励其谈下

去，保证不泄露秘密等。

一、合作患者的精神检查

(一) 一般情况

精神检查的一般情况包括患者的年龄与外貌是否相符，衣着是否适时（衣着的季节特点、性别特点，有无着奇装异服的情况），入院形式（自动入院、被骗入院、强行入院），患者是否神清，对医务人员及周围人群的态度（友好、主动接触，或置之不理、接触被动，或怀有敌意），生活能否自理以及对自己的精神症状有无自知力等。

(二) 认知活动方面

1) 感知觉 检查患者有无错觉、幻觉及感知觉综合障碍。

2) 思维活动 观察患者谈话速度的快慢、谈话内容的多少、言语的条理性、逻辑性等情况，以了解有无思维联想、思维内容及思维逻辑方面的问题。

3) 智能检查 应通过正式的智能测验后得出智商（IQ）的值。而临床上的粗测可以作为初步了解患者智能水平的手段，其内容包括以下几个方面：

(1) 常识检查 主要了解患者对一般社会、自然及日常生活中的知识。举例如下说出国家领导人或其他主要国家的领导人；说出重大节日（如春节、端午口、国庆节等）的具体日期；阴历和阳历有何区别；井水冬暖夏凉的原因；美国地处哪一洲；一年中有几个季节；列出 10 种水果、10 种动物的名称；