

人人都需要的

精神测验

健康与疾病定量测试法 (RTHD) 及案例评定

(第一版)

陈彦方 陈 忠 主编

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精神测验：健康与疾病定量测试法 (RTHD) 及案例评定 / 陈彦方, 陈忠主编. —北京：中国协和医科大学出版社, 2007.4

ISBN 978 - 7 - 81072 - 908 - 6

I. 精… II. ①陈…②陈… III. 精神病 - 流行病学调查 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 050136 号

精神测验——健康与疾病定量测试法 (RTHD) 及案例评定

主 编：陈彦方 陈 忠

责任编辑：陈永生 左 谦

出版发行：中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址：www.pumcp.com

经 销：新华书店总店北京发行所

印 刷：北京丽源印刷厂

开 本：889×1194 毫米 1/16 开

印 张：63

字 数：1800 千字

版 次：2007 年 4 月第一版 2007 年 4 月第一次印刷

印 数：1—3000

定 价：369.00 元 (含光盘)

ISBN 978 - 7 - 81072 - 908 - 6/R·901

(凡购本书，如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题，由本社发行部调换)

精神测验

健康与疾病定量测试法 (RTHD) 及案例评定

(第一版)

陈彦方 陈 忠 主编

参编人员名单 (按姓名汉语拼音为序)

曹连元 北京回龙观医院 主任医师

陈彦方 北京回龙观医院, 山东省精神卫生中心 主任医师, 山东大学教授

陈 忠 山东省精神卫生中心 主治医师

宫玉柱 山东省烟台市精神卫生中心 主任医师

姜翕球 山东省烟台市精神卫生中心 主任医师

李德诚 香港中文大学精神医学系 教授

米国琳 山东省精神卫生中心 副主任医师

肖春玲 北京回龙观医院 副主任医师

禹海航 宁波市精神卫生中心 副主任医师

邹义壮 北京回龙观医院 主任医师, 教授

内 容 简 介

《精神测验——健康与疾病定量测试法 (RTHD) 及案例评定》既是精神卫生工作者进行精神疾病流行病学调查或心理卫生咨询的健康与疾病的调查工具,也是精神科医务人员对病人收集病史和检查,以及提供治疗建议的工具。RTHD 可以根据世界卫生组织 (WHO) 的国际疾病分类第 10 版 (ICD - 10)、美国精神病学会 (APA) 的诊断与统计手册 (DSM - IV), 和中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版 (CCMD - 3) 进行诊断。本书是继 2001 年试用版以后,经过进一步实际应用和完善后正式出版的第一版。本书作为《健康问题和疾病定量测试法 (RTHD) 及案例分析》软件的配套文本同时出版,内容包括 RTHD - 大众版、RTHD - 临床版、RTHD - 科研版。不同阶层的人们可以通过学习文本,运行软件,各有所获。普通大众对自己的躯体病症和心理问题可以通过软件进行自我评定和获得诊疗咨询建议。精神科专业工作者对服务对象的健康与疾病,可通过评定和运行 RTHD 软件提供的计算机逻辑判别系统,根据上述 3 个诊断系统的诊断标准分别获得计算机逻辑诊断,与自己的临床诊断进行对比,而且可以根据《中国精神障碍防治指南》要求,获得治疗建议。本软件和配套书籍是在广泛参阅国内外相关资料后,进行创造性制作的一次艰苦劳动。通过现场测试检验 2500 余例各种精神障碍患者,证明具有良好的效度和信度。RTHD 软件和文本,以及 200 余例案例评估,主要取自 DSM - IV 案例集 (Spitzer R.L., et al, 1994),加上有关病例演示的 DVD 光盘,同时出版中文版和英文版,目的在于更好进行国内外交流。现在奉献给广大读者和学界同道,希望对精神卫生事业有所贡献。本工作是一个在实践中不断完善不断取得进展的系统工程。整个编制工作和现场测试工作,从 1989 年算起已经历时 16 年,期间得到国家卫生部、中华医学会精神科分会、世界卫生组织、世界精神病学会、美国精神病学会的多方支持,也得到国内外广大精神卫生工作者和心理工作者的大力协助和支持。因此这不但是一项具有我国自主知识产权的原创作品,也是一个集体智慧和劳动的结晶。

序 1

陈彦方教授等编著的《健康与疾病定量测试法》(RTHD)正式出版了,这是件大好事。从1989年开始到现在,花了那么长时间,比“十年磨一剑”还要长。十分感谢陈彦方教授及其团队的辛勤劳动。

记得陈彦方教授的初衷是编制一套中国的精神障碍诊断工具。自20世纪80年代中期起,国外的精神科标准化诊断工具,陆续引进中国,主要是用于研究。在实际应用过程中,我们发现这些“舶来品”确实是有用的。它们规范了诊断程序,丰富了检查内容,可以和国外的诊断标准系统配套,有助于提高诊疗水平。然而,也发现了国外工具的若干不足。例如,欧式的句型,用起来很不舒服;按照国外服务人群比例设计的问卷,对我们来说,有的偏繁,有的过简;不能和国内应用的诊断标准系统如CCMD配套。简言之,不太适合国情。于是,编制中国的诊断工具,便提上了议事日程。陈彦方教授,勇挑重担,接下这一光荣而艰巨的任务。

编制诊断工具,说起来容易,做起来难。从初稿开始,反复测试,不断修改,迄今不知几易其稿。其中的辛苦,我们可以想象。“世上无难事,只要肯登攀”。RTHD终于正式出版了。编制工作组不但完成了当初的预定目标,而且还与时俱进,发展成更高级的系统工具:它不但适合于中国的诊断标准系统CCMD,而且也适用于国际通用的诊断标准系统,如DSM和ICD;有中文版,也有英文版,不但中国人能用,外国人也用;不但有专业人员应用的临床版,还有大众版和科研版;不但有纸质文本,还有电子版本。确实是一次创造性劳动。

“工欲善其事,必先利其器”,RTHD便是精神科诊断工具的一个杰出范例。“宝剑赠英雄”,陈彦方教授奉上这把千锤百炼的利剑给国内外同道,希望大家都能来应用,让大家可以披荆斩棘,诛妖除魔,共同开创精神卫生的新天地。

有感而发,信手写来,不当之处,祈指正。

上海市精神卫生中心

张明园 教授

2007年4月

序 2

《健康与疾病定量测试法》在陈彦方教授的努力下得以出版问世，此书代表了中国在精神病学学科所得的重大成就。陈教授是《中国精神障碍分类与诊断标准第3版》(CCMD-3)的主要制定人之一，他付出了艰辛努力，将过去25年来重大国际科技进步、标准化与量化方法，以及电子健康记录，融入全面的计算机逻辑临床评定和教学程序。这样的努力需要理解特定诊断标准的国际协议，而不是照本宣科地承袭各种精神病学派的传统，应用《精神障碍诊断和统计手册》(DSM-IV)和《世界卫生组织关于国际疾病分类第十版》。同样，将诊断评定的方法与这些标准配套，在流行病学中的《复合国际诊断方法》(CIDI)，《神经精神障碍临床评定量表》，以及《标准化临床DSM交谈》(SCID)，已经促进了ICD、DSM标准在国际科研的应用，获得蓬勃发展。中国的科技发展突飞猛进，中国与国际同行之间的合作增加，进一步推动了这些标准和方法在研究科学领域的应用。

为了整合这些研究方法以应用于临床教学和治疗，陈教授已开发了RTHD的计算机逻辑交谈系统。该程序统计患者的人数，记录临床病例的数据，包含了SCAN和CIDI的提问问题，并可根据ICD-10和DSM-IV，以及《中国精神障碍分类与诊断标准第3版》(CCMD-3)诊断疾病。该程序提供了一个结构化方法，以获取量化的精神症状及其严重程度的信息。此外，该程序作为一个电子健康记录，它的建立旨在获取精神状况和普通健康状况的社会史及现病史。自从建立以来，该程序以世界卫生组织的SCAN和CIDI运算法则为基准，使其可以将中国的精神障碍综合征与其他国家使用上述工具，并已量化的精神障碍综合征进行比较。

使用共同的国际科学语言使临床医生在跨国界的精神障碍评定方面，能进行更加清晰明确的沟通。跨文化研究的应用可以揭示现行诊断标准的优势和劣势。人们已经发现不同国家、文化导致的精神障碍症患病率差别悬殊。推动进一步的研究，旨在确定这些差别的产生是否源于同种精神障碍的文化表达不同，或是存在特定文化或其他环境保护因素或危险因素。这样的后续研究是测试诊断假设的基本手段，以支持未来对于ICD，DSM，CCMD的修改，并促进特定诊断、治疗指南的发展。

随着新技术的发展和经验的积累，我们的诊断标准和评定工具不可避免地要变化。同样，RTHD也将接受使用该程序的学生和临床医生的检测和调整。所有使用RTHD的人都会对该项目的博大学识和临床诊断敏感性印象深刻。有些人可能会惊讶不已，因为临床医学极为复杂，根据RTHD程序的运算法则，需要将整体医学和精神评定融为一体。遵照该程序的益处就是可获得可以作为证明文件的电子健康记录，它反映了患者个体的临床情况。如果应用到大范围的患者，同样可以发挥临床流行病学的研究潜能。

借此序言，我欣喜地表达对陈教授的祝贺，恭喜他在临床和学术方面取得的以RTHD为代表的重大成果。本书同样代表了中国在过去25年来精神病学领域取得的快速进展；同时，该书也将通过关注量化和系统记录患者的精神障碍的构成及成因引领科学大踏步前进。

Darrel A Regier 医学博士，M P H

于美国弗吉尼亚州阿林顿

2007年4月2日

致 谢

我们衷心感谢美国精神病学会教育与研究学院
D. Regier 教授给予英文编辑的帮助

前 言

为适应当前我国精神病学与精神卫生学的临床工作、科学研究和教学需要,我们编制了《精神测验健康与疾病定量测试法(RTHD)及案例评定》。RTHD既是精神卫生工作者进行精神疾病流行病学调查或心理卫生咨询的健康与疾病的调查工具,也是精神科医务人员对病人收集病史和检查的工具。RTHD可以根据世界卫生组织(WHO)的国际疾病分类第10版(ICD-10)、美国精神病学会(APA)的诊断与统计手册(DSM-IV),和中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)进行诊断。

本书是继2001年试用版以后,经过进一步实际应用和完善后正式出版的第一版。本书作为《健康问题和疾病定量测试法(RTHD)及案例分析》软件的配套文本同时出版。

本书的内容包括RTHD-大众版(RTHD-P)、RTHD-临床版(RTHD-C)、RTHD-科研版(RTHD-R),及案例评定。不同阶层的人们可以通过学习文本,运行软件,各有所获。普通大众对自己的躯体病症和心理问题可以通过软件进行自我评定和获得诊疗咨询建议。本版依然保留了原有的中英文电子版CCMD-3可供广大医务工作者参考。精神科专业工作者对服务对象的健康与疾病,可通过评定和运行RTHD软件提供的计算机逻辑判别系统,根据上述3个诊断系统的诊断标准分别获得计算机逻辑诊断,与自己的临床诊断进行对比,而且可以根据《中国精神障碍防治指南》要求,获得治疗建议。

本软件和配套书籍是在广泛参阅国内外相关资料后,进行创造性制作的一次艰苦劳动。通过现场测试检验2500余例各种精神障碍患者,证明具有良好的效度和信度。RTHD软件和文本,以及主要选自DSM-IV案例集(Spitzer R L等,1994)的200余例案例评估,加上有关病例演示的DVD光盘,同时出版中文版和英文版,目的在于更好进行国内外交流。现在奉献给广大读者和学界同道,希望对精神卫生事业有所贡献。本工作是一个在实践中不断完善不断取得进展的系统工程。整个编制工作和现场测试工作,从1989年算起已经历时16年,期间得到国家卫生部、中华医学会精神科分会、世界卫生组织、世界精神病学学会、美国精神病学会的多方支持,也得到国内外广大精神卫生工作者和心理工作者的大力协助和支持。因此这不但是一项具有我国自主知识产权的原创作品,也是一个集体智慧和劳动的结晶。谨此向作出相关贡献的人们,致以衷心感谢。

陈彦方 于北京

2007年3月26日

目 录

第 0 节 健康和疾病定量测试法 (RTHD) 指导语	(1)
§ 0.1 RTHD 历史简介	(1)
§ 0.2 RTHD 的三个版本	(1)
§ 0.3 RTHD 的基本特征	(3)
§ 0.4 RTHD 评定的时间框架	(5)
§ 0.5 RTHD 评定的信息来源	(7)
§ 0.6 RTHD - R 与 RTHD - C 的评分标准	(7)
§ 0.7 RTHD 的诊断框架	(10)
§ 0.8 RTHD - R 与 RTHD - C 的具体用法	(11)
第 1 节 一般资料	(15)
第 2 节 主诉	(20)
第 3 节 家庭史	(29)
第 4 节 个人史, 人格特征, 人格障碍和人格改变等	(32)
§ 4.1 个人史	(32)
§ 4.2 人格特征	(37)
§ 4.3 人格障碍和人格改变等	(38)
第 5 节 烟	(45)
第 6 节 酒	(65)
第 7 节 精神活性物质和非成瘾物质	(89)
第 8 节 躯体与躯体形式症状	(119)
§ 8.1 系统回顾和评定	(119)
§ 8.2 躯体症状与躯体形式症状及评定	(124)
§ 8.3 躯体与躯体形式症状特征	(146)
第 9 节 治疗	(155)
第 10 节 体格检查	(179)
第 11 节 实验室检查	(184)
第 12 节 精神检查	(185)
§ 12.1 外表与一般状态	(185)
§ 12.2 感知觉症状	(192)
§ 12.3 思维/思想症状	(204)
§ 12.4 情感症状	(243)
§ 12.5 行为症状	(260)
第 13 节 生物 - 心理 - 社会 (环境) 应激源	(268)

第 14 节 社会功能与躯体功能	(281)
§ 14.1 修订的日常生活能力量表 (M - ADL)	(281)
§ 14.2 修订的社会功能缺陷筛选量表 (M - SDSS)	(281)
§ 14.3 住院期间日常生活和社会功能	(282)
第 15 节 交谈检查质量	(284)
第 16 节 RTHD - R 或 RTHD - C 的七轴诊断	(287)
附 录	
附录 A 健康和疾病定量测试法科研版 (RTHD - R) 记录单	(291)
附录 B 健康问题和疾病定量测试法临床版 (RTHD - C) 记录单	(314)
附录 C RTHD - P 全文和记录单	(330)
附录 C1 健康和疾病定量测定法大众版 (RTHD - P 受检者用) 记录单	(330)
附录 C2 健康和疾病定量测定法大众版 (RTHD - PB, 受检者的 知情人用) 记录单	(343)
附录 C3 健康和疾病定量测定法大众版 (RTHD - PC, 检查者用) 记录单	(357)
附录 D RTHD 训练材料	(371)
附录 D1 DSM - IV 病例 41 处于监视下	(371)
附录 D2 DSM - IV 病例 13 生活水平低下	(378)
附录 D3 DSM - IV 病例 7 是忧郁还是蠢话	(385)
附录 D4 DSM - IV 病例 114 雷雨	(391)
附录 D5 CCMD - 3 的病例示教之一	(398)
附录 D6 CCMD - 3 的病例示教之二	(408)
附录 E ICD - 10 躯体疾病及编码	(415)
附录 F 使用 RTHD 的几篇论文	(418)
附录 F1 中国农村应用心理社会教育和抗精神病药物治疗的精神分裂症患者评定 (略)	(418)
附录 F2 酒精所致精神障碍七轴诊断分析	(418)
附录 F3 中国农村精神障碍的流行病学研究	(424)
附录 F4 法律滞后状态下的精神科电子病历矛盾处境及其解决方法	(427)
附录 G RTHD 的使用帮助	(434)

第0节 健康和疾病定量测试法 (RTHD) 指导语

§0.1 RTHD 历史简介

从1989年起,正值CIDI,SCAN和SCID出版前后,我有机会在中国和英国接受相关培训。我像许多使用者一样,对SCAN,SCID太长、难以记忆和难以操作感到遗憾。因此,我对这三个量表进行重组,编制了《用于精神障碍的诊断量表(DSMD)》。它是目前的《健康与疾病定量测试法(RTHD)》的前身。自1990年起,我们就开始进行全国范围的RTHD-LVS的前身精神障碍诊断量表(DSMD)前瞻性现场测试研究,测试了各种病例726例(1994)。

1995年,以DSMD现场测试为基础,成套的RTHD包括RTHD-大众自我评定版(RTHD-P),RTHD-科研版(RTHD-R)和RTHD-临床版(RTHD-C)具备了以前诊断工具所没有的特点,这不但有利于精神病学科研,而且有利于日常临床工作,因为RTHD是一套诊断系统目的在于评估,测定和区分与精神障碍和躯体疾病相关的精神症状和躯体症状。

在1996~2000年期间,CCMD-3工作组一直努力从事完善中国精神障碍分类与诊断标准的工作。在这期间我们得到了国家卫生部科研基金的资助,全国41个单位的114位主要研究人员用RTHD完成了17病种的现场测试工作,共计测试病例1538例,4331次。随后出版了CCMD-3(中华医学会精神科分会,2001)、CCMD-3相关精神障碍的治疗和护理,以及与其配套的RTHD软件和相关书籍(陈彦方主编2001)

RTHD注意收集了SCAN,SCID,CIDI和其他量表的条目,扩展了内容。因此,RTHD的使用者可以用其评定数据所产生的结果与既往的研究数据和结果相互比较。近年来,成套的RTHD逐渐被用于评定较广泛的精神障碍,并用于临床病例研究和保持临床的基本特征。RTHD最中心的原则是交谈和检查并重。RTHD所列条目使临床工作者能够发现和评定在测试时间范围内出现的症状及其严重程度、病程、频度,以及功能损害。因此,交谈/检查是与受检者对主观体验的叙述和医学检查匹配的。这意味着由丰富的临床症状导出的数据构成了RTHD的核心。RTHD的另一个基本部分是RTHD逻辑判别系统,包括了一套能运算数据和产生七轴诊断的计算机程序,并且可以分别做出ICD-10,DSM-IV,或CCMD-3诊断。

§0.2 RTHD 的三个版本

健康与疾病定量测试法(RTHD)是一套半结构式的诊断工具,其最初设计是为了满足精神科临床工作和科学研究的需要。这就要求RTHD足够详尽,以满足这一需要。但是,许多临床医生感到RTHD过于详尽和过于复杂。因此,我们将RTHD分为3个版本,包括普通大众自我评定的RTHD-大众版(RTHD-P)及必要时使用的RTHD-大众版供知情人用(RTHD-PB)和RTHD-大众版-供临床工作者用(RTHD-PC);以及由精神科专业人员使用的RTHD-科研版(RTHD-R),以及由RTHD-R简化形成的RTHD-临床版以及(RTHD-C)。RTHD-R与RTHD-C的编排符合精神科临床日常工作习惯,即其临床表述部分与精神科临床病历相似,因此便于记忆、背诵和便于操作。RTHD-R与RTHD-C使用时,将其与ICD-10,DSM-IV或CCMD-3配套,可以诊断各种精神障碍。

0.2.1 RTHD - 科研版 (RTHD - R)

RTHD - R 有两个基本构成, 即 RTHD 的临床病历 (RTHD - CPR) 和 RTHD 量表 (RTHD - RS)。RTHD - CPR 就是住院或者是住院精神病人的大病历。RTHD - RS 就是对该病历进行量化的量表, 因此易于临床医师记忆和背诵。所以在现场检查/交谈时不应反复查阅文本和记录单, 只在检查/交谈结束时才从头至尾查阅记录单以防遗漏数据。RTHD - R 纳入的各种症状和相关条目, 以及由此开发形成的计算机逻辑判别系统 (RTHD - LVS) 可以提供七轴诊断。RTHD 系统提供的一套临床共同语言, 可以比较患者的精神症状和躯体症状, 使得相关流行病学资料和公共卫生资料更数据更为精确, 使多中心的科研数据更实用。

RTHD - R 具有很多系统回顾条目和检查条目 [即躯体检查, 精神检查和实验室检查]。因此, 这一设计包含了科研工作者和临床工作者进行诊断所需的庞大信息。

研究者对 RTHD - R 的使用有 4 种典型方式。首先, 最常用的是筛选研究对象人群。例如, 在对几种精神分裂症治疗方法的有效性研究中, 使用 RTHD 可以确保所有研究对象的症状符合 ICD - 10, DSM - IV, 或 CCMD - 3 精神分裂症的标准。其次, RTHD - R 也可用来排除患有某种疾病的受检者。例如, 在上面提到的研究中, 研究者可用 RTHD 来排除所有有物质使用历史的患者。其三, RTHD 可用来确定现在或曾经有过精神疾病诊断的研究人群的特征。最后, RTHD - R 可为低年资临床工作者提供恰当的精神科提问的问题, 以便从病人那里获得相关信息, 作为判断是否符合诊断标准的基础。通过反复使用 RTHD - R, 他们会逐渐熟悉 ICD - 10, DSM - IV, 和 CCMD - 3 诊断标准, 同时学会把有用的提问与临床交谈和检查相结合。

0.2.2 RTHD - 临床版 (RTHD - C)

RTHD - C 是 RTHD - R 的简化版本, 是专门为精神科门诊工作设计的标准评定工具。它包含了临床实践中最常见的 ICD - 10, DSM - IV, CCMD - 3 诊断的评定。RTHD - C 的使用至少有两种方式。首先, 临床工作者按照自己的方式对患者进行检查后, 可用 RTHD - C 的有关部分加以证实, 以确定 RTHD 的诊断。例如, 当临床医师听到患者叙述有惊恐发作的表现时, 就可使用 RTHD - C 中有关焦虑障碍的章节搜寻符合 ICD - 10, DSM - IV, CCMD - 3 惊恐障碍标准的特殊症状。其次, RTHD - C 同时也为临床医师通过系统的提问, 提供必要的资料, 以保证符合诊断标准。RTHD - C 就是以这种方式用于精神科门诊。

0.2.3 RTHD - 大众版 (包括: 受检者用, RTHD - P; 受检者的知情人用, RTHD - PB; 检查者用, RTHD - PC)

RTHD - P 是受检者在精神卫生专业人员指导下的自评量表。RTHD - PB 是知情人评定受检者的辅助评定量表, RTHD - PC 是检查者评定受检者的 RTHD - P 基础上的辅助量表。两者均用于那些尚未确定研究对象是否患有精神病的研究设计的 (例如, 社区调查, 家庭研究, 初级卫生保健研究)。RTHD - P 与 RTHD - PB 一般在精神卫生专业人员指导下, 由受检者本人或其知情人在家中或在门诊进行评定。

RTHD - P 与 RTHD - PB 仅仅纳入 76 个筛选性问题, 以获取受检者的精神症状和躯体症状的信息, 删节了旨在诊断一个具体精神障碍所需的诊断树内容, 因此其数据输入 RTHD 软件后, 只能得出 ICD - 10PHC 的综合征诊断而不是一个具体的精神障碍诊断。通过 RTHD - LVS 的运作, RTHD - P, RTHD - C 与 RTHD - R 的数据可以共享, 因此可以节省受检者、知情人和医务人员的精力和时间。

RTHD 适用的年龄范围为 14 岁以上的青少年或成年人。任何具有初中一年级文化程度的人, 在医务人员

的指导下,应当能够理解 RTHD - P 的语言。

某些受检者因为认知损害,激越或严重的精神病性症状,不能进行交谈。这应该在最初的 5 分钟评定时判断出来,对于这样的受检者没有必要继续进行 RTHD - P 评定。但是 RTHD - C 或 RTHD - R 评定可以进行,因为可以通过其他信息来源和临床检查(如躯体检查,精神检查的观察条目和实验室检查)获得有关信息。也可以由受检者的知情人完成 RTHD 的 B 表 [RTHD - PB] 或者由现场督导的医务人员完成 RTHD 的 C 表 [RTHD - PC],临床工作者使用表。

§ 0.3 RTHD 的基本特征

0.3.1 RTHD 的覆盖面

RTHD - R 与 RTHD - C 的第 3 ~ 15 节包括了 ICD - 10 的 F0 ~ F9 的几乎全部的精神障碍的症状、体征,同时也包括了 DSM - IV 与 CCMD - 3 相应精神障碍的精神症状。某些精神障碍与特定的时间段相关,如应激相关障碍与心理创伤(应激源)相关。RTHD 的另一些节段提供了更多的评定条目,如第 8 节躯体症状与躯体形式症状,第 10 节体格检查包括了查体所见的体征。广泛的经验已经表明,为临床工作者提供一套操作性定义是可行的,这并不意味着要强求统一临床工作思维,而是希望为临床、教学与科研提供一套可以相互比较的参照系统。

为了使 RTHD 国际化,几乎所有的 RTHD 临床条目的定义,首先拷贝自 SCAN,其次是 SCID。为了获得受检者的相关信息,用于精神科交谈的问题首先取自 CIDI,其次也是 SCID,再次是 SCAN。用于症状评定的 0 ~ 7 级评分标准基本与 PANSS 相同,0 ~ 3 级评分标准基本与 SCID 相同。所有 RTHD 的检查者应熟悉这些定义和问题。RTHD 所含的技术性条目,如确定各种相关日期,致病因素(应激原),某些突出症状的影响,或者与病程类型相关的特殊日期等,也有解释。所有使用 RTHD 的检查者也应熟悉和运用 ICD - 10, DSM - IV, 和 CCMD - 3 的信息,这些均已纳入 RTHD 软件的 RTHD - LVS 中。在应用 RTHD 过程中如有不能回答的问题,请随时查询 RTHD 指导语和软件。

0.3.2 RTHD - R 与 RTHD - C 的条目构成

1) 条目构成:在 RTHD 中几乎每一条目都有统一使用的标准格式。每一项均有各自的内容。由条目编号、名称、操作性定义、接着是交谈提问、评分与评分标准、有关类型、说明等部分组成。整个条目构成再作进一步解释如下:

- (1) 条目的第 1 组成:有条目编号、名称,如果编号有括号,例如 H (10),提示这是必询条目;
- (2) 条目的第 2 组成:是操作性定义;
- (3) 条目的第 3 组成:是交谈提问,包括关键问题与需要进一步澄清的问题。
- (4) 条目的第 4 组成:是条目评分,主要有【评定】0 ____ 7,或【评定】0 ____ 3,以及评定某些症状或情况的类型时,使用的 7 其他 0 ____ 7,或 7 其他 0 ____ 14 的形式。这一惯例适用于全部 RTHD 的相关条目,但不一定要满足上述全部 4 条。

RTHD 构成的条目都有各自的编码、名称和精神症状和躯体症状定义。所有条目包括受检者讲述的主观精神症状与躯体症状,也包括精神检查和躯体检查所见的客观精神症状和躯体症状。RTHD 有一条中心原则就是所有症状只根据自身的特征予以评定,并不涉及关于病因的生物、心理、社会因素的理论。因为只有通过这一途径才能获得综合性临床相。RTHD 设有涉及病因、病理或症状之间相互关系的条目,但是关于这些条目所作的判断不仅要靠 RTHD 系统本身,而且要靠诊断系统,如 ICD - 10, DSM - IV, 与 CCMD -

3等。由此可见, RTHD系统的构成是由下而上的, 主要根据每一条目的定义汇聚数据, 这些数据是独立于根据自上而下的需要而得到的疾病分类。这一点显然与SCAN和SCID明显不同。

2) 带有括号的条目(必询条目): 如果条目的编号带有括号, 例如G(21)病程, H(10)幻觉, 表示这些条目在检查中必须询问。

3) 不带括号的条目(非必询条目): 不带括号的条目是非必询条目, 在必要时用于澄清受检者原先的应答。假如已经评定E(8)抑郁心境为3分或更高, 当然关于G(21)病程的询问: “是否长达两周?”是必需的, 但是E8a感到丧失情感体验能力, E9愉悦反应差等这些不带括号的条目也需要询问, 以满足抑郁发作的诊断标准。此外, 也应鼓励检查者询问额外的问题, 如果这些问题被认为能增加评定效度。

4) 用受检者(自己的话)问答: 为了使说英语的人易于使用RTHD, 所有RTHD的提问用的问题都是从CIDI, SCID, SCAN的提问的有关问题问拷贝的。许多问题中都含有(自己的话)这样一种提问方式。这指的是检查者要根据受检者叙述的症状, 对所提问题做适当调整。例如, 一位受检者描述自己的躁狂发作说: “当我有劲的时候, ……”, 然后检查者再问: “什么时候您是最(情感高涨/易激惹/自己的话)?”应该适当调整为: “什么时候您最有劲?”一定要保证受检者理解检查者的提问。有时主要重复或换句意思相同的话提问, 以便确认受检者已经明白有关提问。不要使用受检者不懂的语词。

0.3.3 RTHD-R与RTHD-C的节段

RTHD-R与RTHD-C均可用来识别正常人和精神疾病患者, 它们均包括以下节段:

- § 0 健康和疾病定量测试法(RTHD)指导语
- § 1 一般资料
- § 2 主诉
- § 3 家庭史
- § 4 个人史, 人格特征与人格障碍和人格改变等
- § 5 烟
- § 6 酒
- § 7 精神活性物质和非成瘾物质
- § 8 躯体与躯体形式症状
- § 9 治疗
- § 10 体格检查
- § 11 实验室检查
- § 12 精神检查
- § 13 生物-心理-社会(环境)应激源
- § 14 社会功能量表(SFRS)
- § 15 交谈检查质量
- § 16 RTHD-R或RTHD-C的七轴诊断

这些节段包括了精神症状和躯体症状, 并且按照交谈/检查的需要, 根据次序和内容进行编排。这样从第1节~第16节, §1用G作为一般资料的代表字母, 依次F代表§3 家庭史, §13 生物-心理-社会(环境)应激源, §14 社会功能量表, P代表§4 个人史, 人格特征与人格障碍/人格改变等, S代表§5 烟, I代表§6 酒, C代表§8 躯体与躯体形式症状, §9 治疗, §10 体格检查, L代表§11

实验室检查, A 代表 § 12 精神检查的外表与一般状态, H 代表 § 12 精神检查的感知症状, T 代表 § 12 精神检查的思维/思想症状, M 代表 § 12 精神检查的记忆/智能损害, E 代表 § 12 精神检查的情感症状, B 代表 § 12 精神检查的行为症状, Q 代表 § 15 检查质量, X 代表 § 16 七轴诊断。RTHD - R 是一份量化的精神科大病历, RTHD - C 是其简缩版。

0.3.4 RTHD 的略语

CCMD - 3: 中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版

DSM - IV: 诊断与统计手册第 4 版

ICD - 10: 国际疾病分类第 10 版

LB: 前终身发作期

MSE: 最重发作

Ms: 月数

PE: 过去发作

PS: 现症或现状

PY: 过去 1 年 (检查前的 365 天)

R: 受检者

RE: 过去的典型发作

RS: 量表

RTHD: 健康与疾病定量测试法

RTHD - C: RTHD - 临床版

RTHD - CPR: RTHD - 临床病历记录

RTHD - P: RTHD - 大众版 (受检者用)

RTHD - PB: RTHD - 大众版 B (受检者的知情人用)

RTHD - PC: RTHD - 大众版 C (检查者用)

RTHD - R: RTHD - 科研版

RTHD - RS: RTHD - 量表

Ys: 年数

§ 0.4 RTHD - R 与 RTHD - C 评定的时间框架

0.4.1 关于发作与评定时期的规定

RTHD 的评定期应能体现在疾病过程中最有临床特征的症状时期。一次发作的时期是指在发病之前必须有 2 个月或更久的无症状时期作为间隔, 症状的持续时间可以长达数天至数年。有 2 个症状时间可供评估: 从本次发病到目前检查的期间 (本次病程) 或过去 1 年 (指本次检查前的 365 天期间, PY), 或者前终身发作期 (LB), 是指包含 1 次以上发作的时期。在 RTHD 中, 精神症状和躯体症状都是评定其在上述 3 个时期的现症或现状 (PS)。

在 RTHD 中, 应当特别指出以下的精神障碍, 它们只有本次发作, 即恶劣心境障碍, 广泛性焦虑, 所有的躯体形式障碍及适应障碍。如果在本次检查的最近 1 年中 1 个精神障碍已经满足诊断标准, RTHD 推荐应当考虑为现患。尽管上述精神障碍从少年开始持续了整个疾病过程, 是终身的。但无需再进行设计, 因为现症或现状 (PS) 能够代表这一过程。这一时间框架已经适用于大多数情况, 但是仍然会有一些研究者会制定其他的评定时期, 例如 1 个月。

在做整体回顾时, 应该注意确定健康问题最早发生的日期。对于一些习性问题、认知问题和第 10 节体格检查不会进行特别的提问。但是在交谈与检查过程中, 会自然地涉及这些问题。一旦发现了任何具有临床意义的症状, 有关的交谈与检查应在征得受检者同意后, 集中于讨论这一时期的症状。

0.4.2 现症与现状

现症或现状 (PS) 代表在本次发作中的症状。要靠检查者的临床判断确定评定检查的时期。PS 的发病时间可以是数年前, 换句话说, 构成本次发作的 PS 既可以落在过去的 1 年中, 也可以是在 1 年前。

1) 评定 PS 的标准:

(1) 在本次病程之前, 有清晰的 2 个月或更长时间没有发生有临床意义的症状, 因此在本次发作中不可能有这样的间隔期。

(2) 在本次交谈检查之前, 一定存在具有临床意义的症状。这一标准更为重要, 因为要确定具有特征性临床意义的临床相, 必须有足够的具有临床意义的症状。关于 PS 的病程 (月数或天数), 其精神障碍性发作应记录在 G21, 躯体疾病性发作应记录在 G31, 及其相应子条目中。

当 RTHD 用于没有临床症状的受检者时, RTHD 的评定适用期是最近 1 年。这种情况多数发生在: ①在普通人群中的一般性调查中, 许多受检者并不存在疾病发作; ②在诊所, 长期住院病房中, 或日托站的受检者; ③当躯体疾病和精神障碍很轻或以轻微的阴性症状方式出现时, 或长期和最有临床特征的临床相已经过去; ④受检者或许多年有临床意义的健康问题, 并且病情波动不明显, 不能区分出一次次的发作。例如, 病程很长, 症状轻微的恶劣心境障碍或躯体形式障碍, 或人格障碍等。这些受检者的整个病程只由 1 次发作构成。此时, 在 RTHD 评定的 PS 最近 1 年期间, 即他们的本次发作之前或病程中, 不存在 2 个月或更长时间的无明显症状时期。如果受检者的临床病程从少年儿童时期开始持续至今, 这是一种终身持续病程, 这也不需要作特别区分, 用 PS 代表整个病程即可。

如果受检者在本次 PS 之前, 已经有过 1 次发作, 该发作可以是单独的或是与 PS 有联系的。为了诊断需要, 应将最严重的精神性发作评定在 G27, 将最严重的躯体性发作评定在 G37 中, 并将既往的精神性发作评定在 G29, 躯体性发作评定在 G39 中。

2) MSE 的常用情况:

(1) 如果受检者处于 PS 发作期间, MSE 症状又最具特征性, 评定的时期应包括 PS + MSE;

(2) 如果 PS 与 MSE 包括了两个不同的临床相 (例如躁狂症状与抑郁症状), 这两组症状应分别评定在相应节段中, 并在 G21B 本次精神性发作类型中予以评定;

(3) 如果受检者在本次评定时并未处于 PS 发作期, 对 MSE 和 PE 的评定可以提供过去发作的主要信息。

0.4.3 过去发作 (PE)

一次过去发作 (PE) 是指在本次发作之前有另 1 次发作, 两者之间间隔清晰的 2 个月和更长时间的无症状期。

0.4.4 前终身发作期 (LB)

前终身发作期 (LB) 是指发作的最初发病到本次发作开始以前的所有发作时期, 因此终身期就是 PS + LB。LB 用于过去已经有过多次相似或不同的发作, 在评定时将其视作一次迁徙性发作过程中的数次发作, 分