

第3版

精神分裂症评定量表指南

Guide to Assessment Scales in Schizophrenia

主 编 Richard Keefe

主 译 张云淑

主 审 栗克清



人民卫生出版社

第3版

精神分裂症评定量表指南

Guide to Assessment Scales in Schizophrenia

主 编 Richard Keefe

主 译 张云淑

主 审 栗克清

译校者 (以姓氏汉语拼音为序)

范晓倩 郭俐利 李 冰 栗克清

石贺敏 王 健 吴宇飞 徐保彦

严保平 张 娟 张丽丽 张 萍

张云淑

人民卫生出版社

Translation from the English language edition:
Guide to Assessment Scales in Schizophrenia, 3rd edition
Copyright © 2012 Springer Healthcare
Springer Healthcare is a part of Springer Science+Business Media
All Rights Reserved

图书在版编目 (CIP) 数据

精神分裂症评定量表指南 / (美) 基夫 (Keefe, R.) 主编;
张云淑译. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-21532-9

I. ①精… II. ①基…②张… III. ①精神分裂症 - 评定
量表 - 指南 IV. ①R749.3-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 242236 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

精神分裂症评定量表指南

主 译: 张云淑

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/32 印张: 4

字 数: 100 千字

版 次: 2015 年 12 月第 1 版 2015 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21532-9/R · 21533

定 价: 24.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

作者简介

主 编

Richard Keefe, 博士, 北卡罗来纳达勒姆市杜克大学医学中心精神病学和行为医学教授, 他取得了普林斯顿大学的学士学位和纽约大学的临床心理学博士学位。主要致力于精神分裂症、应激相关障碍患者, 包括精神分裂症高危人群在内的认知功能障碍及治疗方面的研究。Keefe 博士是 CATIE、MATRICS、TURN、TENETS 这些大型的国立精神卫生研究项目的主要负责人。发表了 160 多篇科技论文, 并撰写了 2 本书籍。担任《精神分裂症研究》、《精神分裂症通报》、《临床神经病学新进展》期刊的编委, 并且是《心理医学》的副主编。当选为 2012—2014 年度国际中枢神经系统临床试验和方法学研究协会的主席。是 NeuroCog 试验公司的创始人兼首席执行官, 也是新加坡精神卫生研究所转化神经科学工程中神经认知核心项目的副主席和主要负责人。

参编者

Jean Addington, 博士, 卡尔加里大学精神病学教授, 担任亚伯达心理健康研究百年纪念大会和诺华公司精神分裂症研究中心的主席。Jean Addington 教授毕业于加拿大阿尔伯塔省卡尔加里大学。她参与撰写过大量精神分裂症和其他精神疾病方面的国际刊物和书籍, 而且是卡尔加里精神分裂症抑郁量表的研发者之一。Jean Addington 教授的研究方向是精神疾病的早期发现和干预, 主要是精神疾病中预警因子的检测, 以及对精神疾

病临床高危人群的早期心理干预。

George Awad, 博士, 是皇家内科医师学会成员(C), 目前是多伦多大学精神病学的名誉教授, 并任职于研究生学院医学研究所, 同时是多伦多亨伯河地区医院精神科的主任。George Awad 博士是精神分裂症研究方向塔嫩鲍姆杰出科学家奖的获得者。他是加拿大神经精神药理学院的前任校长。最近, 由于其在精神药理学研究、教学及公共服务机构做出的巨大贡献, 被授予了学院勋章。Awad 博士作为国际中枢神经系统临床试验和方法学研究协会的创始人, 3 年来连任该协会主席。Awad 博士在专业培训、科研、国内国际讲座方面的贡献也是极大的。Awad 博士出版了大量书籍, 最近撰写的刊物内容涉及精神分裂症、心境障碍和焦虑障碍患者中生活质量下降的问题。

Anthony S David, 医学博士、理科硕士, 皇家内科医师学会、皇家精神科医师, 目前是莫斯里医院的一名精神科医师, 同时是伦敦国王学院精神病学研究所的一名教授。他毕业于格拉斯哥大学医学系, 在进入精神病学领域之前主修过神经病学。自 1996 年起, 他成为一名认知神经精神病学领域的教授, 目前是《认知神经精神病学》杂志的编辑, 撰写并协助完成了 400 多篇科研论文的发表, 涉及精神分裂症、神经精神病学、神经心理学、脑影像学多个领域, 并出版了一些专著, 包括: 对精神分裂症和应激相关障碍的认识。而他对精神分裂症以及神经心理学和脑影像学的兴趣由来已久。

Donald Goff, 博士, 麻省综合医院精神分裂症研究项目主管, 波士顿哈佛医学院精神病学教授。他取得了位于加利福尼亚的加州大学洛杉矶分校的医学学位, 在洛杉矶的香柏 - 西奈医疗中心完成了内科实习, 并在美国波士顿麻省综合医院完成

了精神卫生专业住院医师的培训。他获得了波士顿塔夫茨大学新英格兰医学中心精神药理专业的研究学者奖。Donald Goff 博士发表过 200 多篇关于精神分裂症及相关主题的文章。他是一项临床研究项目的负责人,该团队有 12 位研究学者,致力于综合药理学、认知行为疗法、神经影像学和有助于揭示精神分裂症发病机制及开发新疗法的遗传学方面的研究。Donald Goff 博士是美国精神病学协会生物精神病学 Kempf 导师奖、Wayne Fenton 博士高级护理奖项、美国精神病学者学会精神分裂症研究 Stanley Dean 奖项的获得者。

Philip D Harvey, 博士,迈阿密大学米勒医学院的精神病学教授,撰写了 800 多篇科学论文和摘要,写的书超过 50 本。在过去的十年中,他的研究成果每年至少被引用 500 次,2010 年,他的学术成果被引用超过 1500 次。在科学会议和医学教育活动中作了 1800 多次演讲。编辑了 5 本并亲自撰写了 4 本以心理评估、精神分裂症和老龄化为主题的专著。他获得过很多奖项,任职于美国心理协会、美国精神药理学会(研究者)、国际精神药理学会(研究者)、神经心理学会(创立者)、生物精神学会、国际神经心理学会、国际精神分裂症学会(创会理事)、国际临床研究和方法学会(创立者)。他的研究领域主要是认知和社会功能,撰写了大量文章,内容涉及精神分裂症的衰退现象、重性精神疾病中的功能损害问题、典型和非典型抗精神病药物治疗认知功能的效果,以及研发改善精神分裂症、痴呆、情感障碍、脑外伤患者认知功能的增效药物。

Michael S Kraus, 文学硕士,是北卡罗来纳州达勒姆杜克大学医学中心精神病学和行为科学研究中心的合作者,毕业于爱荷华州格林奈尔大学,之后参与了康涅狄格州纽黑文耶鲁大学神经生物学的研究项目。Michael Kraus 参与撰写了部分国际刊

物。他的主要研究方向为精神分裂症认知障碍以及听觉和情感障碍。

Julie Kreyenbuhl, 药学博士, 哲学博士, 是美国退伍军人事务部国会医疗保健部网络精神疾病研究、宣教、临床中心的研究员, 以及马里兰大学医学院精神科卫生服务研究机构的一员。1993 年, 在乔治亚州亚特兰大世大学药学院, 完成了临床药学培训课程, 并在 1999 年获得了马里兰州巴尔的摩马里兰大学医药卫生服务研究博士学位。2000 年, 在马里兰州巴尔的摩的马里兰精神病研究中心完成了他的博士后课题项目。Kreyenbuhl 撰写或参与撰写 50 多篇期刊论文, 并为精神分裂症循证治疗指南的发展做出了巨大的贡献。她目前的研究主要是通过电脑技术干预某些区域来增强重性精神疾病个体的依从性, 进而评估干预措施的有效性, 并对抗精神病药物副作用的问题进行指导。

Jonathan C Lee, 医学博士, 弗吉尼亚州威廉斯堡地方医疗法利中心副主任, 毕业于麻省理工学院和弗吉尼亚大学医学院。从 2009 年到 2010 年, 在北卡罗来纳州达勒姆市杜克大学医学中心担任医学和精神病学总住院医师, 2010 年, 他相继完成了内科医学和精神病学的住院医师培训, 他是具有美国内科医学学会认证资格的专科医师, 并得到美国精神神经病学以及美国药物成瘾医学学会的认可。Lee 博士是精神医学协会、美国医师学会、美国精神医学会、美国成瘾精神病学学会以及美国成瘾药物学会的成员。他参与撰写了心身医学和成瘾医学方面的文章, 并与北卡罗来纳州杜克大学合作进行物质成瘾项目的研究。

Stephen R Marder, 医学博士, 是加州大学洛杉矶分校塞梅尔神经科学研究所精神病学部门的主任, 退伍军人事务部精神

疾病临床研究中心和教育署的 22 家网络服务机构的主管。他毕业于宾夕法尼亚大学并获得布法罗纽约州立大学医学学位。在丹佛综合医院完成实习生任务后,在南加州大学进行住院医师培训。1975 年至 1977 年,他在美国精神卫生研究所生物精神病学分会任副职,1977 年,任职于 Brentwood VA 医学中心,并在加州大学洛杉矶分校任教。Marder 博士的研究方向主要是精神分裂症的药物治疗和神经药理学。他撰写或参与撰写了 200 多篇科研论文,荣获第三届国际精神疾病联盟“精神病学模范奖”,美国精神卫生学院 Stanley Dean 研究奖,美国精神病协会 Alexander Gralnick 奖,南加州大学精神病学会杰出成就奖,美国精神病学会 Kempf 奖。名列美国最佳医师和美国顶尖医生行列。

Joseph P McEvoy, 博士,目前是北卡罗来纳州达勒姆杜克大学的精神病学和行为科学教授,1973 年毕业于范德比尔特医学院,利用两年的时间在犹他医学院完成住院医师的培训,然后回到范德堡大学完成精神科住院医师的培训。他曾任职于范德堡大学和匹兹堡大学,也是精神分裂症中抗精神病药物临床干预研究项目和精神分裂症网络研究项目的主要研究者和项目负责人,并针对这些研究项目组建了代谢研究组。他写过 150 多篇相关刊物,出了两本书,并参与了多个书籍章节的撰写。他是一名杰出的美国精神病学专家。

Ashwin A Patkar, 博士,任职于英国皇家精神科医学院,在印度孟买 G S 医科大学完成了医学专业课程,他得到英国皇家精神科医学院认证资格,并在英国诺丁汉大学取得了神经药理学学位。1995—1997 年,作为一名精神科住院医师在费城托马斯杰斐逊大学实习,成为托马斯杰斐逊大学生物精神病学和临床研究所的主任。2004 年起,Patkar 博士晋升为精神科副

教授,并成为北卡罗来纳州达勒姆杜克大学医学中心杜克成瘾研究项目组的医学顾问。他不但是精神病学专家,还是具有精神活性物质成瘾、药物成瘾及疼痛学委员会认证资格的专家。Patkar 博士撰写或参与撰写了至少 175 篇论文,在应邀参加的国内国际会议上做了 200 多次演讲。他是两家同行评审期刊的编委会委员,同时是几个国内和国际医学协会的主要成员之一。他的研究方向主要是物质成瘾。

Mark Taylor,理学学士(荣誉),临床医学学士,英国皇家精神科医师,是一名全科医生也是一名成人精神病学咨询专家,2008 年授命为爱丁堡建立一个家庭治疗服务机构,2010 年,荣获皇家学院年度最佳精神科医疗团队奖。2011 年,他的团队还在家庭护理领域荣获苏格兰医疗卫生奖,并入围精神卫生保健健康卫生周刊创新奖决赛。泰勒博士毕业于伦敦大学医学专业,在伦敦爱丁堡大学和莫兹利医院精神科进行精神卫生专业培训之前,曾在伦敦人民医院内科学和神经病学专业科室进修。他曾在苏格兰格拉斯哥和澳大利亚墨尔本担任过精神病学咨询师。目前是爱丁堡大学和格拉斯哥大学的名誉临床高级讲师,授课对象为医学本科生和研究生。Taylor 博士发表了多篇学术专业论文,2010 年荣获精神卫生研究网络奖,苏格兰心理健康研究网络奖。他会应邀定期参加国内国际会议。

Joseph Ventura,任职于加州大学洛杉矶分校,是精神分裂症认知、情感障碍,预后和症状评估中心的主任,也是大学康复研究项目中认知功能恢复课题组的主要负责人。他已经成功获得美国精神卫生研究所、美国精神分裂症研究盟会及药物研究机构的专项科研经费。Ventura 博士发表了 100 多篇专业论文,参与撰写了多本书籍章节和科技摘要。他主要研究精神分裂症早期的危险因素和社会功能的改变,包括负性生活事件、阳性和阴

性症状、现实解体、自知力、神经认知和社会认知功能。目前主要领域为精神分裂症预后的影响因素和访谈式认知功能评估方法的研究。Joseph Ventura 在标准化诊疗、精神症状评估培训以及质量控制方案的研究方面发挥着重要作用,为了防止“评估不一致”的现象,他制订了一套标准来保证评估结果的一致性。他做了大量的工作,并在国内国际会议上进行了多次演讲,工作内容涉及神经认知、社会认知、诊断、症状学、结构化评估、预后等多个领域。

前 言

本指南的目的是为临床医生在对精神分裂症患者进行综合性评估时,提供一定的帮助。这对低年资临床医生来说是很 有意义的,可以帮助我们在评估疾病多方面因素时,学习如何使用最佳量表。该书中涵盖了多种评估工具,对于有经验的临床医生而言,可作为一种可靠的资源库,帮助他们直接找到合适的评估工具。

过去,精神分裂症患者评估量表一直被视为研究学者和临床实验员所专用,主要是为了收集标准化数据,却忽略了患者本身。然而,由于临床精神病护理监管部门的重大改革(强调病人为主体),使本书中的工具使用频率大大提高。整合护理途径的实行,对按成果付酬的日益重视,以及循证医学原则的推崇使标准化的评估工具在精神卫生保健中的使用逐渐增多。许多临床医生发现用结构化的方法来评估病人病情,不仅有助于系统地把握病人的整体情况,而且可随时记录病情的变化,尤其是有助于疗效的判断。其次,帮助我们了解,如果一个患者和其他病人有相似诊断,治疗可能对他产生何种影响。最后,评估工具可以帮助临床医生从多方面考虑患者的病情,而这些方面常得不到系统的评估,尤其是医生涉及不到的专业领域,如认知功能。

书中涵盖了评估精神分裂症所有关键内容的量表:阳性症状和阴性症状;抑郁和自杀倾向;认知,包括访谈式和自评式评估量表;预后如工作能力、社会功能和自理能力;生活质量;抗精神病治疗的副作用;自知力;治疗依从性;药物滥用;并发症。

每位作者撰写的章节都是以他们享誉国际的高水准研究和专业领域的临床工作成果为基础。值得高兴的是,由于这项工

作的重要性和资源的必要性,多项精神分裂症科研项目和临床研究项目的领头人都加入了该项工作。

一般情况下,这些特定的评估工具都可以在该指南中找到。但由于一些评估工具存在版权限制的问题,我们无权将全部的评估量表纳入该指南中。然而,在这种情况下,我们列出了这部分量表的具体出处,可根据相关信息找到相应的量表。

我们希望该指南有利于临床医生的工作,同时指南中的评估工具有助于更好地把握患者的病情。

Richard Keefe

(张云淑 译 张丽丽 校)

目 录

第一章 精神分裂症症状评定量表·····	1
一、阳性症状量表·····	2
二、阴性症状量表·····	9
参考文献·····	11
第二章 抑郁和自杀·····	12
一、抑郁·····	12
二、自杀·····	16
参考文献·····	18
第三章 认知·····	20
一、纸笔测试·····	21
二、计算机成套测验·····	24
三、访谈式评估·····	25
参考文献·····	46
第四章 功能结局评估量表·····	48
一、功能评定量表·····	50
二、日常功能量表·····	52
三、功能水平测量·····	53
四、结论·····	53
参考文献·····	54

第五章 精神分裂症患者生活质量评估	55
一、精神分裂症患者生活质量评估量表	55
二、特定疾病生活质量量表	56
三、一般生活质量量表	59
四、特定目标的生活质量量表	60
五、使用量表时的重点注意事项	61
参考文献	62
第六章 抗精神病药物的副作用评估量表	63
一、抗精神病药物的副作用	63
二、抗精神分裂症药物副作用或不良反应评估量表	64
三、格拉斯哥抗精神病药物副作用量表	71
参考文献	73
第七章 自知力评估量表	75
一、阳性和阴性症状量表	75
二、自知力与治疗态度问卷	75
三、自知力评定量表——扩展版	77
四、自知力量表	86
五、精神障碍自知力评估量表	87
参考文献	88
第八章 抗精神病药物依从性评估	89
一、药物态度问卷	90
二、药物依从性评定量表	91
三、简明药物影响与信念量表	92
四、简明依从性评定量表	95
参考文献	96

第九章 物质使用障碍临床评估量表·····	98
一、诊断工具·····	98
二、筛查工具·····	99
三、戒断状态评估量表·····	103
四、自评量表的效度和信度·····	104
参考文献·····	105
第十章 合并疾病·····	107
一、基线的设定·····	108
二、开始使用新的抗精神病药物·····	108
三、女性健康问题·····	109
四、男性健康问题·····	112
参考文献·····	113

第一章 精神分裂症症状评定量表

Joseph Ventura and Stephen Marder

标准化的精神病症状评定量表最初是出于科学研究目的而开发的,如药物临床试验等。但是,也可以用于准确的记录临床症状。量表可以用来评估临床症状的初始水平和干预的效果。在长达 20~30 分钟的半结构式访谈中,评估者常常通过最有效的症状评定量表来提出临床访谈问题以及随后的细节追问,以对患者进行精神病理学评估。临床医生应该利用所有的信息来源,包括直接观察病人行为、患者的诉说、护士观察以及患者家属的报告。各个精神病症状量表在评估症状类型广度方面不尽相同,但通常使用相同的格式。每个量表都包含症状定义的指导指南、对等级划分界值的定义、一套标准化访谈问题以及推荐的随后细节追问。量表中等级划分的界值是为了描述一个特定症状的严重程度,例如,在一个 1~7 级评分的量表中,1 代表“无”即没有精神症状,2 或 3 等级是轻度的、低于临床阈值或一般在正常范围内,4 或 5 等级是中等水平且具有临床意义,6 或 7 等级认为存在严重的精神症状。

进行症状评估时,合适的参照组必须未患过任何精神障碍,他们在社区生活和工作,没有过接受精神科药物治疗,相对来说没有任何精神症状。当临床医生评估患者时,应将匹配的正常对照人群(职业或学习功能良好,在职或家庭主妇,年龄和社会经济状况与患者匹配)作为参照。临床医生进行症状评定时不应将之前访谈的其他精神病人作为参照,尤其不能将那些有严重症状的人作为参考标准,因为这一方法将会产生系统偏

倚(使评估的分数较低)。如果用症状评定量表监测随时间推移患者症状变化情况,选择一个适当的时间或者时间间隔是非常重要的,例如,住院前的评估以及在一个合理的疗程之后进行评估。

良好的访谈技巧、适时的人际互动、对患者精神状态的敏感度以及共情对于获得有效的症状评定是至关重要的。使用共情可以帮助患者表达出困难或可能难堪的经历。临床评估过程中一个十分普遍的现象是患者否认或故意弱化自己的精神病性症状。例如,患者可能否认听到声音,但可以观察到他们低声地自言自语好像是在回应某种声音。患者否认症状的原因可能有多种,包括被关进精神病院的恐惧,不得不住院,或是增加自己服用的药物剂量。应简单记录患者对症状量表条目的消极反应,如果访谈中出现否认或失真,将会得到无效或不可靠的数据。有时,虽然访谈时患者会否认存在症状,但访谈者会得到患者可能存在这些症状的信息。允许适当地使用面质技术,以鼓励患者透露准确的症状信息。在评估精神症状时,若访谈者怀疑患者可能否认症状时,收集和利用其他来源的信息是非常必要的。

一、阳性症状量表

精神分裂症阳性症状包括:

- 五种感官(听觉、视觉、触觉、嗅觉、味觉)中的一种存在幻觉(知觉异常)
- 妄想(错误的信念),最常见的被害妄想、关系妄想、夸大妄想、躯体妄想
- 思维障碍(言语异常),表现为言语离题、病理性赘述、思维出轨或者思维不连贯

这些症状主要出现在阳性和阴性症状量表(PANSS)^[1]、简