

DSM-5[®]鉴别诊断手册

〔美〕迈克尔·弗斯特 (Michael B. First) 著

张小梅 〔美〕张道龙 译

DSM-5[®]

Handbook of Differential Diagnosis

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION
PUBLISHING



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS



北京大学医学出版社

DSM-5[®] 鉴别诊断手册

〔美〕迈克尔·弗斯特 (Michael B. First) 著

张小梅 〔美〕张道龙 译

DSM-5[®]

Handbook of
Differential Diagnosis

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION
PUBLISHING



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS



北京大学医学出版社

著作权合同登记号 图字：01-2015-6080

图书在版编目(CIP)数据

DSM-5[®]鉴别诊断手册/(美)弗斯特(First,M.B.)著;张小梅,(美)张道龙译.—北京:北京大学出版社,2016.3

ISBN 978-7-301-26702-8

I. ①D… II. ①弗… ②张… ③张… III. ①精神障碍—诊断—教材 IV. ①R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第315214号

- | | |
|-------|---|
| 书 名 | DSM-5 [®] 鉴别诊断手册
DSM-5 [®] JIANBIE ZHENDUAN SHOUCE |
| 著作责任者 | (美)迈克尔·弗斯特(Michael B. First)著 张小梅 (美)张道龙 译 |
| 策划编辑 | 姚成龙 |
| 责任编辑 | 王 莹 孙亚维 |
| 标准书号 | ISBN 978-7-301-26702-8 |
| 出版发行 | 北京大学出版社 |
| 地 址 | 北京市海淀区成府路205号 100871 |
| 网 址 | http://www.pup.cn 新浪微博:@北京大学出版社 |
| 电子信箱 | zyjy@pup.cn |
| 电 话 | 邮购部62752015 发行部62750672 编辑部62765126 |
| 印 刷 者 | 北京溢漾印刷有限公司 |
| 经 销 者 | 新华书店 |
| | 787毫米×1092毫米 16开本 15.75印张 384千字 |
| | 2016年3月第1版 2016年3月第1次印刷 |
| 定 价 | 80.00元 |

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究

举报电话:010-62752024 电子信箱:fd@pup.pku.edu.cn

图书如有印装质量问题,请与出版部联系,电话:010-62756370

〔美〕Michael B. First, M. D. : 在哥伦比亚大学担任临床精神医学教授, 同时在纽约州立精神医学研究所临床现象学部担任研究型精神科医生。

〔美〕张道龙 (Daolong Zhang, M. D.): 美国芝加哥退伍军人医学中心 (Jesse Brown VA Medical Center) 精神医学系行为健康部主管精神科医师, 伊利诺伊大学芝加哥分校 (The University of Illinois at Chicago) 精神医学系临床助理教授, 好人生国际健康产业集团医务总监。

张小梅: 北京大学精神医学博士。

First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2014. All rights reserved.

由位于美国弗吉尼亚州阿灵顿市的美国精神医学出版社首次出版。版权所有© 2014。保留所有权利。

First published in the People's Republic of China by Peking University Press in simplified character Chinese. Peking University Press is the exclusive translation publisher of *DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis*, first edition (Copyright © 2014) authored by Michael B. First, M. D. in simplified character Chinese for distribution Worldwide.

由北京大学出版社在中国首次出版简体中文版。北京大学出版社是迈克尔·弗斯特的著作《DSM-5®鉴别诊断手册》第一版(版权所有© 2014)的简体中文版在全世界的独家翻译出版社。

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Peking University Press.

使用本出版物中的任何材料, 都必须得到北京大学出版社的书面授权。

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the simplified character Chinese language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

美国精神医学学会并未参与本出版物从英文到简体中文的翻译工作, 不对翻译中的任何错误、遗漏或其他可能的翻译缺陷负责。

前言

鉴别诊断是临床工作者最基本的任务。大多数患者不会来到诊室说“我得了重性抑郁障碍……请给我开抗抑郁药吧”（尽管某些患者是这样做的）。更常见的是，患者向我们咨询，寻求缓解特定的症状如抑郁心境和疲劳（医学术语为“主诉”），这些症状是引起有临床意义的痛苦或损害的根源。面对这些主诉症状，我们的工作是从 DSM-5 的各种疾病中筛选出那些可能解释症状的诊断 [如，对于抑郁心境和疲劳，可能的诊断包括重性抑郁障碍、持续性抑郁障碍（恶劣心境）、双相 I 型障碍、双相 II 型障碍、分裂情感性障碍、由于其他躯体疾病所致的抑郁障碍、物质/药物所致的抑郁障碍、适应障碍等]。一旦我们确定了候选诊断清单，下一步就要收集额外的信息——来自个人史、其他知情者、治疗记录、精神状态检查和实验室检查——这将有助于我们从鉴别诊断清单中筛选出单一的最可能的诊断，这个诊断就是能够指导初始治疗计划的初始诊断。但我们仍须保持一种开放的心态，因为在初始评估完成后获得的额外信息很可能会改变诊断或治疗计划。比如，患者过去的住院病历补充显示由患者报告的既往重性抑郁发作实际上是躁狂发作伴混合特征，那么复发性重性抑郁障碍的初始诊断可能要改为双相 I 型障碍。

本手册通过从不同的角度来呈现问题，将帮助临床工作者提高全面制定鉴别诊断的技能。第一章“分步骤的鉴别诊断”，探讨了对于每个由六步诊断框架评估的患者必须要考虑的鉴别诊断问题。在第二章“用树形图做鉴别诊断”中，自下而上地进行鉴别诊断，即以患者的主诉症状如抑郁心境、妄想和失眠作为鉴别诊断的起点。29 个决策树形图逐一显示了对特定症状的鉴别诊断中必须考虑何种 DSM-5 的诊断，同时提供了决策点，反映出从候选诊断中进行抉择的思考过程。在第三章“用表格做鉴别诊断”中，从诊断评估过程的后期进行鉴别诊断，即在完成暂时的诊断之后想要保证已经充分考虑了所有合理的替代选择。这部分包括 66 个鉴别诊断表格，每个表格对应一种 DSM-5 中最重要的障碍。为了促进第二章中的决策树形图和第三章中的鉴别诊断表格之间的关联，每一种包含在决策树形图终末分支里的障碍均标有与之对应的鉴别诊断表格的编码。此外，本手册的附录包括“DSM-5 分类”，既便于编码诊断又提供了所有 DSM-5 诊断的概要，这些诊断在制定鉴别诊断时都必须考虑，同时还包括决策树形图和鉴别诊断表格的字母顺序索引，为读者提供了定位某个感兴趣的决策树形图或鉴别诊断表格的替代方式。

决策树形图和鉴别诊断表格提供的信息难免有些重复，但依据情境，每种形式都有自身的优势，而且都有用武之地。决策树形图强调统领某个特定症状分类的总体逻辑规则。鉴别诊断表格可用于 DSM-5 中的大多数障碍，且指出了那些有共同重要特征并因此需要考虑和排除的障碍。表格的优点是提供了每种障碍的直接比较，既强调了相似点也强调了鉴别点。广大读者使用本手册的目的和方法一定因人而异。一些读者对全面地回顾做出 DSM-5 诊断的过程饶有兴趣，并发现通读全书将受益匪浅；而另一些读者将倾向于把本

手册视作参考指南，用来辅助对某个特定患者的鉴别诊断。

精神疾病诊断的艺术与科学是一把双刃剑，事实上，个体比任何决策树形图或表格中展现的诊断规则都要复杂得多。临床工作者必须始终摆脱用死记硬背或菜谱的方式来应用 DSM-5 诊断标准或决策树形图和鉴别诊断表格。本手册概括的方法意在强化而非替代临床判断的核心作用和丰富经验中的智慧。另一方面，有些临床工作者没有意识到包含在 DSM-5 中的鉴别诊断的指导原则，他们可能在个人的诊断习惯上变得标新立异，这就削弱了 DSM-5 的一项核心功能，即促进诊断信息在临床工作者之间和临床工作者与患者及家属之间进行交流。我们要了解和利用因遵循 DSM-5 的规则所带来的精确性，但不要被它们束缚。

致 谢

我要感谢艾伦·弗朗西丝 (Allen Frances, M.D.) 和哈罗德·艾伦·平卡斯 (Harold Alan Pincus, M.D.)，他们与我合著了《鉴别诊断手册》的 DSM-IV 和 DSM-IV-TR 版本，由此为本手册提供了坚实的基础。我还要感谢我的妻子莱斯里·辛德 (Leslee Snyder)，她对手稿进行了仔细的校对。最后，我要感谢美国精神医学出版社里协助本手册问世的工作人员：制作经理里克·普拉瑟 (Rick Prather)，他负责重新绘制决策树形图；德勃雷·J. 伯尔曼 (Debra J. Berman)，她做了初始的文字编辑；特别感谢资深策划编辑安·M. 英格 (Ann M. Eng)，她一丝不苟地编辑决策树形图和鉴别诊断表格，帮助我确保所有的细节准确无误。

目 录

第一章 分步骤的鉴别诊断.....	1
第二章 用树形图做鉴别诊断	12
2.1 用于不良学校表现的决策树形图.....	16
2.2 用于儿童或青少年中的行为问题的决策树形图.....	19
2.3 用于言语紊乱的决策树形图.....	23
2.4 用于随境转移的决策树形图.....	26
2.5 用于妄想的决策树形图.....	29
2.6 用于幻觉的决策树形图.....	34
2.7 用于紧张症状的决策树形图.....	38
2.8 用于高涨或膨胀的心境的决策树形图.....	41
2.9 用于易激惹心境的决策树形图.....	44
2.10 用于抑郁心境的决策树形图	48
2.11 用于自杀观念或行为的决策树形图	52
2.12 用于精神运动性迟滞的决策树形图	55
2.13 用于焦虑的决策树形图	57
2.14 用于惊恐发作的决策树形图	61
2.15 用于回避行为的决策树形图	64
2.16 用于病因涉及创伤或心理社会应激源的决策树形图	67
2.17 用于躯体主诉或疾病/外貌焦虑的决策树形图.....	70
2.18 用于食欲改变或异常的进食行为的决策树形图	73
2.19 用于失眠的决策树形图	77
2.20 用于嗜睡的决策树形图	80
2.21 用于女性性功能失调的决策树形图	83
2.22 用于男性性功能失调的决策树形图	86
2.23 用于攻击行为的决策树形图	89
2.24 用于冲动性或冲动控制问题的决策树形图	93
2.25 用于自伤或自残的决策树形图	96
2.26 用于过度物质使用的决策树形图	99
2.27 用于记忆丧失的决策树形图.....	103
2.28 用于认知损害的决策树形图.....	106
2.29 用于躯体疾病作为病因的决策树形图.....	113

第三章 用表格做鉴别诊断	119
神经发育障碍	123
3.1.1 智力障碍(智力发育障碍)的鉴别诊断	123
3.1.2 交流障碍的鉴别诊断	124
3.1.3 自闭症谱系障碍的鉴别诊断	125
3.1.4 注意缺陷/多动障碍的鉴别诊断	126
3.1.5 特定学习障碍的鉴别诊断	128
3.1.6 抽动障碍的鉴别诊断	129
精神分裂症谱系及其他精神病性障碍	130
3.2.1 精神分裂症或精神分裂症样障碍的鉴别诊断	130
3.2.2 分裂情感性障碍的鉴别诊断	132
3.2.3 妄想障碍的鉴别诊断	133
3.2.4 短暂精神病性障碍的鉴别诊断	134
3.2.5 未特定的紧张症的鉴别诊断	135
双相及相关障碍	136
3.3.1 双相Ⅰ型障碍的鉴别诊断	136
3.3.2 双相Ⅱ型障碍的鉴别诊断	138
3.3.3 环性心境障碍的鉴别诊断	140
抑郁障碍	141
3.4.1 重性抑郁障碍的鉴别诊断	141
3.4.2 持续性抑郁障碍(恶劣心境)的鉴别诊断	143
3.4.3 经前期烦躁障碍的鉴别诊断	144
3.4.4 破坏性心境失调障碍的鉴别诊断	145
焦虑障碍	147
3.5.1 分离焦虑障碍的鉴别诊断	147
3.5.2 选择性缄默症的鉴别诊断	149
3.5.3 特定恐怖症的鉴别诊断	150
3.5.4 社交焦虑障碍(社交恐怖症)的鉴别诊断	151
3.5.5 惊恐障碍的鉴别诊断	153
3.5.6 场所恐怖症的鉴别诊断	154
3.5.7 广泛性焦虑障碍的鉴别诊断	155
强迫及相关障碍	157
3.6.1 强迫症的鉴别诊断	157
3.6.2 躯体变形障碍的鉴别诊断	159
3.6.3 囤积障碍的鉴别诊断	161
3.6.4 拔毛癖(拔毛障碍)的鉴别诊断	162
3.6.5 抓痕(皮肤搔抓)障碍的鉴别诊断	163
创伤及应激相关障碍	164
3.7.1 创伤后应激障碍或急性应激障碍的鉴别诊断	164

3.7.2 适应障碍的鉴别诊断	166
分离障碍	167
3.8.1 分离性遗忘症的鉴别诊断	167
3.8.2 人格解体/现实解体障碍的鉴别诊断	168
躯体症状及相关障碍	170
3.9.1 躯体症状障碍的鉴别诊断	170
3.9.2 疾病焦虑障碍的鉴别诊断	172
3.9.3 转换障碍(功能性神经症状障碍)的鉴别诊断	174
3.9.4 影响其他躯体疾病的心理因素的鉴别诊断	175
3.9.5 做作性障碍的鉴别诊断	176
喂食和进食障碍	177
3.10.1 回避性/限制性摄食障碍的鉴别诊断	177
3.10.2 神经性厌食的鉴别诊断	179
3.10.3 神经性贪食的鉴别诊断	181
3.10.4 暴食障碍的鉴别诊断	182
睡眠-觉醒障碍	183
3.11.1 失眠障碍的鉴别诊断	183
3.11.2 嗜睡障碍的鉴别诊断	185
性功能失调	187
3.12.1 性功能失调的鉴别诊断	187
性别烦躁	188
3.13.1 性别烦躁的鉴别诊断	188
破坏性、冲动控制及品行障碍	189
3.14.1 对立违抗障碍的鉴别诊断	189
3.14.2 间歇性暴怒障碍的鉴别诊断	191
3.14.3 品行障碍的鉴别诊断	193
物质相关及成瘾障碍	194
3.15.1 物质使用障碍的鉴别诊断	194
3.15.2 赌博障碍的鉴别诊断	195
神经认知障碍	196
3.16.1 谵妄的鉴别诊断	196
3.16.2 重度或轻度神经认知障碍的鉴别诊断	197
人格障碍	199
3.17.1 偏执型人格障碍的鉴别诊断	199
3.17.2 分裂样人格障碍的鉴别诊断	200
3.17.3 分裂型人格障碍的鉴别诊断	201
3.17.4 反社会型人格障碍的鉴别诊断	202
3.17.5 边缘型人格障碍的鉴别诊断	203
3.17.6 表演型人格障碍的鉴别诊断	204

3.17.7 自恋型人格障碍的鉴别诊断.....	205
3.17.8 回避型人格障碍的鉴别诊断.....	206
3.17.9 依赖型人格障碍的鉴别诊断.....	207
3.17.10 强迫型人格障碍的鉴别诊断	208
3.17.11 由于其他躯体疾病所致的人格改变的鉴别诊断	209
性欲倒错障碍.....	210
3.18.1 性欲倒错障碍的鉴别诊断.....	210
附录 DSM-5 分类	211
决策树形图的英文字母顺序索引.....	239
鉴别诊断表格的英文字母顺序索引.....	240

第一章 分步骤的鉴别诊断

DSM-5 鉴别诊断的过程可以分解为 6 个基本步骤：(1) 排除诈病和做作性障碍，(2) 排除物质作为病因，(3) 排除由于一般躯体疾病所致的障碍，(4) 确定特定的原发性障碍，(5) 区分适应障碍与剩余的其他特定的和未特定的障碍，(6) 确立与无精神障碍的边界。本章的全面回顾为理解和应用下一章的决策树形图提供了一个有用的框架。

步骤 1 排除诈病和做作性障碍

第一步要排除诈病和做作性障碍，因为如果患者对其症状的性质或严重程度不诚实，那么临床工作者准确做出精神疾病诊断的能力再强，恐怕也是徒劳。精神科的大多数工作要基于临床工作者和患者之间的真诚合作才能揭示主诉症状的本质和病因。但有时，一切并非看起来的那样。一些患者可能通过制造或伪装主诉症状，故意欺骗临床工作者。在 DSM-5 中有两种状况以伪装为特征：诈病和做作性障碍。这两种状况可依据欺骗的动机来鉴别。当动机是获得可明确识别的目标时（如，保险赔偿，回避法律的或军人的职责，获得药品），患者被认为是诈病。当没有明显的外部奖赏但仍存在欺骗行为时，诊断为做作性障碍。尽管对于许多有做作性障碍的个体，他们的动机是想成为病人的角色，但这条标准在 DSM-5 中被去除了，因为原本就难以确定个体外在行为背后的动机。

这个目的当然不是提倡把每位患者都当作敌对的证人来对待，也不是主张每位临床工作者都要成为持怀疑态度的地区检察官。然而，以下 5 种情况应该引起临床工作者的警觉：(1) 当患者有明显的需要被诊断为精神疾病的外在激励时（如，确定残障，刑事或民事案件中的司法评估，监狱环境），(2) 当患者表现出的一组精神症状更符合大众对精神疾病的认识而非医学上公认的临床实体时，(3) 当症状的性质从一次就诊到另一次之间出现显著的变化时，(4) 当患者的表现模仿某个榜样时（如，病房里的另一位患者，一位有精神疾病的亲密家庭成员），(5) 当患者特征性地善于操纵他人或易受他人影响时。最后，临床工作者要留意自己对患者过分怀疑或过分轻信的习惯。

步骤 2 排除物质作为病因（包括滥用的毒品、药物）

在鉴别诊断中，始终应该首先考虑的问题是主诉症状是否起因于某种对中枢神经系统（CNS）产生直接效应的物质。事实上，精神卫生场所中遇到的任何表现都可能由物质使用所致。遗漏物质作为病因可能是临床实践中唯一最常见的诊断错误。这个错误尤其令人遗憾，因为做出正确的诊断具有立即的治疗意义。例如，如果临床工作者确定精神病性症状由可卡因中毒所致，除非精神病性症状将患者本人（或他人）置于即刻的危险当中，那

么让患者马上开始服用抗精神病药物通常是不合理的。往往很难确定精神病理表现是否由物质使用所致，因为虽然物质使用非常普遍而且物质能够引起各种不同的症状，但物质使用和精神病理并存的事实并不一定意味着它们之间的因果关系。

很显然，第一个任务是确定个体是否一直在使用某种物质。这势必需要仔细的病史采集和针对物质中毒或物质戒断体征的躯体检查。众所周知，物质滥用的个体惯于低报他们的摄入量，所以通常明智的做法是向家庭成员核实并获得实验室的体液分析结果，以确定特定物质的近期使用情况。应该记住，使用或接触过任何种类物质（不仅仅是滥用的毒品）的患者都能够并且确实经常表现出精神症状。药物所致的精神病理表现越来越普遍，而且经常被遗漏掉，尤其是随着人口的老龄化并且有许多个体服用多种药物。虽然接触毒素的情况较为少见，但仍要考虑，特别对于那些在工作中可能接触到毒素的人们。

一旦确立了患者存在物质使用，下一步的任务就是确定物质使用和精神症状学之间是否存在病因上的关系。这需要区分物质使用和精神病理之间三种可能的关系：（1）精神症状产生于物质对中枢神经系统的直接效应（因此诊断为 DSM-5 中的物质所致的障碍；如，可卡因所致的精神病性障碍，利血平所致的抑郁障碍）；（2）物质使用是患有某种原发性精神障碍的后果（或伴随特征）（如，自我用药）；（3）精神症状和物质使用相互独立。以下将依次讨论这些关系。

1. 在诊断物质所致的障碍时，要想确定物质使用和精神症状学之间是否为因果关系，需要考虑以下三点。首先，必须确定物质或药物使用与精神症状之间有无密切的时间关系。然后，必须考虑特定的物质/药物使用模式是否可能导致观察到的精神症状。最后，应该考虑针对此临床表现，是否还有更好的替代解释（即非物质/药物所致的病因）。

• 应该考虑物质/药物使用和精神病理的出现或持续之间有无时间关系。确定是否在没有物质/药物使用的情境下精神症状仍持续存在，可能是评估物质/药物使用与精神症状之间病因关系的最佳方法（尽管仍然可能出错）。在极端情况下，这种方法相对直截了当。如果精神病理表现明确发生在物质/药物使用之前，那么可能非物质/药物所致的精神疾病是原发的，而物质/药物使用是继发的（如，作为一种自我用药的形式）或彼此不相关。反之，如果物质/药物使用明确并紧密地发生在精神病理表现之前，则更可能是物质所致的障碍。不幸的是，在实践中要做出这个看似简单的决定可能相当困难，因为物质/药物使用和精神病理表现可能几乎同时出现或根本不可能回溯性地重建这个过程。在这种情况下，只能更多依靠个体不再使用物质或药物时的精神症状的变化来加以判断。出现在物质中毒、物质戒断和药物使用情境下的精神症状均由物质或药物对神经递质系统的影响所致。一旦去除这些影响（通过戒断后的禁戒期），症状应自行消失。如果精神症状持续相当长的时间，超出中毒、戒断或药物使用的期限，则提示精神病理表现是原发的且并非物质/药物使用所致。其中的例外情况是物质/药物所致的重度或轻度神经认知障碍，根据定义认知症状必须在急性中毒、戒断或药物使用停止后仍然持续存在；还有致幻剂持续知觉障碍，要求在停用致幻剂后，个体再次体验到致幻剂中毒时经历的一种或多种知觉症状（如，几何幻觉、颜色闪烁、移动物体的表象痕迹、物体周围的光晕）。用于物质/药物所致症状表现的 DSM-5 诊断标准显示，如果在急性中毒、戒断或药物使用停止后 1 个月内精神症状缓解，可归因于物质使用。但应注意，等待 1 个月才能诊断原发性精神障碍的要求只是一个指导原则，应用时必须结合临床判断；依据不同的场合，为了避免对物质/药

物所致障碍的诊断出现假阳性或假阴性，可以酌情使用更长或更短的等待时间。一些临床工作者，尤其是那些在物质使用治疗场所工作的人们，最担心可能将物质/药物所致的表现误诊为非物质使用所致的原发性精神障碍，因而在考虑诊断原发性精神障碍之前，更希望患者禁戒6~8周。另一方面，主要在精神专科工作的临床工作者可能更加担心的是，由于临床患者广泛存在物质使用的情况，如此漫长的等待周期脱离实际并可能导致对物质所致障碍的过度诊断以及对原发性精神障碍的诊断不足。此外，必须认识到通用的1个月时限应用于不同的药代学特征并可导致不同的精神病理结果的各种物质和药物。因此，考虑到物质/药物使用的程度、持续时间和性质，必须要对此时限加以灵活应用。

有时，根本不可能确定在物质/药物使用周期以外是否出现过精神症状。这可能经常出现在患者不是一位很好的回忆者的情况下，以致无法确定既往的时间关系。此外，物质使用和精神症状可以几乎同时出现（经常在青少年中），而且两者差不多都是慢性和持续性的。在这些情况下，有必要在物质使用的禁戒期或停用可能引起精神症状的药物时对患者进行评估。如果没有物质/药物使用，精神症状仍持续存在，则可以考虑精神障碍为原发性的。如果在禁戒期间精神症状缓解，则物质使用很可能为原发性的。重要的是，只有等待足够长的时间以确保精神症状不是物质戒断的结果，才能做出以上的判断。理想情况下，做此判断的最佳场所是在既能控制患者对物质的获取，又能连续评估患者精神症状的场所。当然，通常不可能在严格控制的环境里观察患者达4周之久。因此，这些判断必须基于较弱控制力度下的观察，同时临床工作者对诊断的准确性应该更加审慎。

- 在确定物质/药物使用模式能够解释症状的可能性时，必须还要考虑到物质/药物使用的性质、数量和持续时间是否与观察到的精神症状的发展相一致。目前已知仅有某些物质和药物能够引起特定的精神症状。而且，摄入的物质或药物的数量及使用的持续时间必须超过一定的阈值，才可考虑为精神症状的病因。例如，在偶尔使用少量的可卡因后出现严重且持续的抑郁心境，则可能不应归因于可卡因的使用，尽管抑郁心境有时与可卡因戒断有关。类似地，通常适度地吸食大麻很少会引起显著的精神病性症状。对于经常使用物质的个体，用量的显著改变（或大幅增加，或足以引起戒断症状的总量的减少）可能在某些情况下导致精神症状的发展。

- 还应该考虑那些提示症状表现不是由某种物质或药物引起的其他因素。这些因素包括与物质/药物使用无关的许多类似发作的病史，特定原发性障碍的强阳性家族史，或者可能存在躯体检查或实验室发现提示有某种相关的躯体疾病。考虑除物质/药物使用之外引起精神症状表现的因素时，需要精准的临床判断（而且经常需要等待和观望），进而衡量这些情况下的相对可能性。例如，个体有很强的**焦虑障碍**的遗传负荷同时还有一次可卡因所致的惊恐发作，那么这次惊恐发作未必预示着个体会发展为原发性**惊恐障碍**。

2. 在某些情况下，物质使用可以是精神症状的后果或有关特征（而不是病因）。使用物质的行为经常被认为是一种应对精神疾病的自我用药的形式。例如，原发性**焦虑障碍**的患者可能为了追求镇静和抗焦虑作用而过度使用酒精。使用物质进行自我治疗的一个有趣的现象是有特定精神障碍的个体通常优先选择某种类别的物质。例如，有**精神分裂症**阴性症状的患者通常偏好兴奋剂，而**焦虑障碍**的患者则偏好中枢神经系统抑制剂。原发性精神障碍伴有继发性物质使用的标志是原发性精神障碍首先出现，并且/或者在个体一生中不使用任何物质时仍然存在。在最典型的情况下，在精神症状和物质使用发生共病之前，存

在一段个体仅有精神症状但未使用任何物质的时期。例如，最近 5 个月有重度酒精使用和抑郁症状的个体可能报告酒精使用作为一种对抗失眠的方式，开始于重性抑郁发作期间。显然，这种判断的有效性依赖于患者回顾性报告的准确程度。此类信息有时是可疑的，因此与其他知情者（如家庭成员）的访谈或回顾那些证明在没有物质使用时存在精神症状的既往病程记录，都是有帮助的。

3. 在其他案例中，精神障碍和物质使用初始可能无关且彼此相对独立。精神障碍和物质使用障碍两者的高患病率意味着单凭偶然，一些患者就可能患有两种看似独立的疾病（尽管可能有一些促使物质使用障碍和精神障碍发生的共同的基础因素）。当然，即便这两种障碍初始独立，它们也可能相互作用，进而彼此加重并使治疗复杂化。这种独立关系在本质上是一种通过排除做出的诊断。当面对一位患者既有精神症状又有物质使用时，首先应该排除一种状况引起另一种的可能性。如果没有物质使用而有精神症状，同时如果物质使用出现在与精神症状无关的时期内，那么两者更可能在任一方向上均无因果关系。

在断定症状表现是由某种物质或药物的直接效应所致后，必须接着确定何种 DSM-5 物质所致的障碍最符合该临床表现。除物质中毒和物质戒断以外，DSM-5 还包括许多特定的物质/药物所致的精神障碍。请参见第二章“用树形图做鉴别诊断”中的 2.26 “用于过度物质使用的决策树形图”，它展示了做此决定所涉及的步骤。

步骤 3 排除由于一般躯体疾病所致的障碍

排除物质/药物所致的病因后，下一步就要确定精神症状是否由某种一般躯体疾病的直接效应所致。此项和上一项鉴别诊断步骤组成了传统上所认为的精神医学中要“排除器质性因素”，其中要求临床工作者首先考虑并排除精神症状的“躯体”病因。虽然 DSM 不再使用器质性、躯体性和功能性等词语，以此来避免这类术语所暗含的过时的精神-躯体二元论，但是首先排除物质和一般躯体疾病作为精神症状的特定病因仍然至关重要。出于类似的原因，在 DSM 中回避使用“由于躯体疾病”这一短语，因为它潜在暗指精神症状和精神障碍独立于且不同于“躯体疾病”。事实上，从疾病分类的角度，与传染性疾病、神经系统疾病等一样，精神障碍只是国际疾病分类（ICD）中的一章。当使用短语“由于躯体疾病所致”时，意味着其症状是由 ICD 精神障碍章节以外的躯体疾病所致，即非精神性躯体疾病。因此，在 DSM-5 和本手册中，使用形容词如另一种、其他或一般来修饰短语“躯体疾病”，这是为了澄清作为精神障碍病因的躯体疾病，与精神障碍一样，同属于躯体疾病，但由于它的非精神性而不同于精神性的躯体疾病。

从鉴别诊断的视角来看，排除一般的躯体病因是精神疾病诊断中最为重要和困难的要点之一。之所以重要，一是因为许多患有一般躯体疾病的个体存在继发的精神症状，这些症状作为一般躯体疾病的并发症出现，还因为许多有精神症状的个体存在基础的一般躯体疾病。这一鉴别诊断步骤的治疗意义也非常重大。恰当地识别和治疗基础的一般躯体疾病，对避免躯体并发症和减少精神症状都极为重要。

此项鉴别诊断步骤可能十分困难，原因有四点：（1）一些精神障碍和许多一般躯体疾病的症状可能相同（如，体重减轻和疲劳的症状可以归因于抑郁/焦虑障碍或一般躯体疾病）；（2）有时，一般躯体疾病的首发症状是精神性的（如，在胰腺癌或脑肿瘤中，抑郁

出现于其他症状之前)；(3) 一般躯体疾病和精神症状之间的关系可能十分复杂（如，抑郁或焦虑作为对罹患一般躯体疾病的心理反应，同时躯体疾病亦可以通过对中枢神经系统的直接生理效应成为抑郁或焦虑的病因）；(4) 患者常就诊于主要识别和诊断精神障碍的场所，在那里对躯体疾病诊断的预期和熟悉程度都较低。

事实上，任何精神疾病的表现都可以由一般躯体疾病的直接生理效应导致，这些表现在 DSM-5 中被诊断为由于其他躯体疾病所致 **的精神障碍中的一种**（如，由于甲状腺功能低下所致的抑郁障碍）。如果患者就诊于综合性医院或基础保健门诊，临床工作者自然会考虑到病因可能为一般躯体疾病。对诊断真正有挑战的地方是精神卫生场所，在那里一般躯体疾病的基础比率要低得多，但漏诊的后果却很严重。让每位患者都去做所有想到的筛查实验并不可行（性价比也很低）。临床工作者应该将病史、躯体检查和实验室检查指向那些最常见且最有可能解释主诉精神症状的一般躯体疾病（如，针对抑郁的甲状腺功能检查，针对晚发精神病性症状的脑影像检查）。

一旦确立了患者存在某种一般躯体疾病，下一步的任务就是确定它与精神症状在病因上的关系。存在以下五种可能的关系：(1) 一般躯体疾病通过对大脑的直接生理效应引起精神症状；(2) 一般躯体疾病通过心理机制引起精神症状（如，抑郁症状是对被诊断为癌症的反应——诊断为**重性抑郁障碍或适应障碍**）；(3) 服用治疗一般躯体疾病的药物引起精神症状，此时诊断为**药物所致的精神障碍**（参见本章的“步骤 2 排除物质作为病因”）；(4) 精神症状引起或负面影响一般躯体疾病（如，此种情况下可能存在**影响其他躯体疾病的心理因素**）；(5) 精神症状和一般躯体疾病的共存是巧合（如，高血压和**精神分裂症**）。然而在真实的临床环境中，某些上述关系可能由于多因素病因而同时出现（如，一位服用抗高血压药物的卒中患者出现抑郁，可能由于卒中对大脑的直接效应、患者对瘫痪的心理反应和抗高血压药物的副作用三者联合所致）。

有两条线索可以提示精神病理是由一般躯体疾病的直接生理效应引起。遗憾的是，这些线索都不是绝对可靠的，必须始终结合临床的判断。

- 第一条线索涉及时间关系的特征，需要考虑精神症状是否在一般躯体疾病起病后出现，是否随着一般躯体疾病严重程度的变化而变化，并且是否随着一般躯体疾病的改善而消失。当所有这些时间关系都能被证实，就可以得出一个令人信服的结论，即一般躯体疾病引起了精神症状；然而，这样的线索还不能确定它们之间的关系是生理性的（时间上的协变还可能由于对一般躯体疾病的心理反应所致）。有时，时间关系并不是确定基础病因的良好指征。例如，精神症状可能是一般躯体疾病的最初预兆，可能先于其他任何表现数月或数年出现。相反，精神症状也可以在一般躯体疾病确诊后的数月或数年出现（如，**帕金森病中的抑郁**）。

- 第二条线索是如果精神症状表现在症状模式、起病年龄或病程上不典型，在鉴别诊断中就应该考虑患者是否存在一般躯体疾病。例如，当严重的记忆减退或体重减轻伴随相对轻度的抑郁时，或者当严重的定向障碍伴随精神病性症状时，患者的表现就迫切需要躯体检查。类似地，老年患者的首次躁狂发作可能提示病因涉及一般躯体疾病。然而，症状的非典型性本身不能表明存在一般躯体的病因，因为原发性精神障碍的异质性也可导致众多“非典型”的表现。

然而，对于鉴别诊断中的这项任务，最重要的底线是不要遗漏任何可能重要的基础性

一般躯体疾病。因果关系的确立通常需要仔细的评估、纵向的随访和试验性的治疗。

最终，如果确定了是由一般躯体疾病引起精神症状，还必须要确定何种 DSM-5 由于其他躯体疾病所致的精神障碍最符合该临床表现。DSM-5 包括很多此类障碍，每种障碍都可依据主要的症状表现来加以区分。请参见第二章“用树形图做鉴别诊断”中的 2.29 用于躯体疾病作为病因的决策树形图，它展示了做此决定所涉及的步骤。

步骤 4 确定特定的原发性障碍

一旦排除了物质使用和一般躯体疾病作为病因，下一步要确定何种原发性的 DSM-5 精神障碍能够最好地解释主诉症状。为了便于鉴别诊断，在 DSM-5 中许多诊断分组（如，精神分裂症谱系及其他精神病性障碍，焦虑障碍，分离障碍）都是精确围绕共同的主诉症状来归类的。第二章中的决策树形图提供了从可以解释每个主诉症状的原发性精神障碍中进行选择所需要的决策点。一旦选择了那个看似最可能的障碍，临床工作者们也许希望回顾第三章“用表格做鉴别诊断”中的相关鉴别诊断表格，以确保在鉴别诊断中所有其他可能的候选诊断均已考虑并排除。

步骤 5 区分适应障碍与剩余的其他特定的和未特定的障碍

许多临床表现（尤其在门诊和基础保健场所中）并不遵循特定的症状模式，或它们尚未达到用于某个确定 DSM-5 诊断所公认的严重程度或病程阈值。在这种情况下，如果症状表现严重到引起了有临床意义的损害或痛苦，并代表了个体在生物学上或心理上的功能失调，那么仍有必要做出精神障碍的诊断，此时需要鉴别的就是**适应障碍**和某个**其他特定的或未特定的**诊断类别。如果临床上判断患者的症状是对心理社会应激源适应不良的反应，则诊断为**适应障碍**。如果判断有临床意义的症状并非应激源所致，则可诊断为相关的**其他特定的或未特定的**诊断类别，同时基于何种 DSM-5 诊断分类最能涵盖症状表现来选择恰当的剩余类别。例如，如果患者的表现以抑郁症状为特征，但这些症状又不符合 DSM-5 “**抑郁障碍**”章节中任何障碍的诊断标准，则可诊断为**其他特定的抑郁障碍或未特定的抑郁障碍**（至于使用这两种类别中的哪一种，将在下一段落提供规则）。因为应激情况是大多数人生活的日常特征，所以这一步侧重于判断应激源是否作为病因，而非是否存在应激源。

DSM-5 提供了两种剩余类别：**其他特定的障碍**和**未特定的障碍**。顾名思义，对这两种类别的区分要基于是否临床工作者选择标注为何症状表现不符合诊断分组中任何特定类别的诊断标准。如果临床工作者想要指出特定的原因，就在障碍的名称（“**其他特定的障碍**”）后注明表现不符合任何特定障碍定义的原因。例如，如果患者存在有临床意义的症状表现，以 4 周几乎每天大部分时间的抑郁心境为特征，但仅伴随两种额外的抑郁症状（如，失眠和疲劳），那么临床工作者可以记录为**其他特定的抑郁障碍，抑郁发作伴症状不足**。如果临床工作者选择不指出症状不符合任何特定障碍定义的具体原因，则使用**未特定的障碍**来命名。例如，如果临床工作者不想指出抑郁表现不适合任何特定类别的原因，则诊断为**未特定的抑郁障碍**。如果信息不足以做出更特定的诊断，同时临床工作者预期可

以得到额外的信息，或者如果临床工作者决定为了患者的最佳利益而不去明确原因（如，为了避免提供可能引起病耻感的患者信息），那么临床工作者可以选择未特定的诊断。

步骤6 确立与无精神障碍的边界

一般来说，每个决策树形图的最后一步都是确立某种障碍与无精神障碍之间的边界。这个决定绝非无足轻重或最容易做出。从单个症状来看，DSM-5 中的许多症状都相当常见，而且症状本身并不能表明精神障碍的存在。可以预料到大多数人在一生中都会经历焦虑、抑郁、失眠或性功能失调等问题。临床工作者要明确并非每个有症状的个体都符合精神障碍的诊断，DSM-5 在大部分障碍的诊断标准中都包含一个条目，通常措辞如下：“这种紊乱在社交、职业或其他重要功能领域中引起有临床意义的痛苦或损害。”该诊断标准要求任何精神病理表现必须导致有临床意义的问题才能诊断精神障碍。例如，诊断**男性性欲低下障碍**要求性欲低下引起个体有临床意义的痛苦，但对于一位性欲低下的男性，如果目前无性伴侣同时未因性欲低下而特别烦恼，则不能给予该诊断。

遗憾而又必然的是，DSM-5 没有试图去定义术语有“临床意义的”。障碍和正常状态之间的边界只能由临床判断来设定，而不能依靠任何一成不变的规则。有临床意义的表现必然受到文化背景，个体就诊的场所，临床工作者的偏见，患者的偏见和可获得的资源的影响。“轻度”抑郁似乎在基础保健场所中更有临床意义，相比之下，精神科急诊室或州立医院的重心则放在识别和诊断那些损害性更大的障碍上。

在临床精神卫生场所中，要判断患者的表现是否有临床意义通常不成问题；个体寻求帮助的事实就自动成为“有临床意义的”。更具挑战性的情境是，在治疗其他精神障碍或躯体疾病的过程中另外发现精神症状的表现，鉴于精神障碍之间以及精神障碍和躯体疾病之间的高度共病，这种情况并不少见。一般来说，作为原则，如果共病的精神症状需要临床关注和治疗，则认为是有临床意义的。

最后，某些可以损害功能的状况如**无合并症的丧痛**，可能仍不足以诊断为**其他特定的或未特定的障碍**，因为正如 DSM-5 对精神障碍定义的要求，这些状况不能代表个体内在的心理或生物学上的功能失调。这种“正常”但有损害性的功能表现可能值得临床关注，但它们算不上精神障碍，应该被诊断为 DSM-5 第二部分“可能成为临床关注焦点的其他状况”中的某个类别（通常是 ICD-10-CM 中的 Z 编码），这一章节位于精神障碍各章节之后。

鉴别诊断与共病

鉴别诊断一般基于的理念是临床工作者从一组有竞争性的、相互排他的诊断中选定一个能最好地解释特定症状表现的诊断。例如，对于一位有妄想、幻觉和躁狂症状的患者，问题是最佳诊断究竟为**精神分裂症**、**分裂情感性障碍**，还是**双相障碍伴精神病性特征**；只能用其中一种诊断来描述当前的表现。然而，很常见的是，DSM-5 的诊断并非相互排他，为了充分描述主诉症状，对某个特定患者做出一种以上的 DSM-5 诊断既被允许也是必要的。因此，可能需要查阅多个决策树形图才能充分涵盖患者所有重要的有临床意义的表