

精神医学新概念

主编 江开达

Jingshenyixue

Xingainian



上海医科大学出版社

精神医学新概念

主编 江开达

主审 徐韬园

上海医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

精神医学新概念/江开达主编. —上海: 上海医科大学出版社, 2000.5

ISBN 7-5627-0566-6

I. 精... II. 江... III. 精神病学-新概念
IV. R74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 17843 号

责任编辑 王珑玫

责任校对 袁庆 赵霞

精神医学新概念

主编 江开达

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

常熟市印刷八厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 15.5 字数 377 000

2000 年 5 月第 1 版 2000 年 5 月第 1 次印刷

印数 1—3 000 册

ISBN 7-5627-0566-6/R·535

定价: 32.00 元

如遇印装质量问题,请直接与印刷厂联系调换
(地址:常熟市梅李镇通江路 21 号 邮编: 215511)

序

科技创新的关键在人才,首先要增加知识储备,从根本上提高专业人员的创新能力,以适应跨世纪发展的需要。现代科学技术的发展,一个以生命科学为中心的新世纪即将到来,分子生物学的诞生,使人类进入一个从分子水平来研究和认识生命以及疾病现象的新时代。当然,临床医学中的精神医学也不例外。随着学科迅速发展、资料大量快速积累,为了便于专科人员更新知识,推广继续教育已刻不容缓,今后专科新知识和新技术的短期培训将是继续教育的一种主要方式。

这本《精神医学新概念》是在1997~1999年连续3年短期进修班讲义的基础上扩展编写出版的。其内容从原来仅涉及有关精神疾病的分类、常见的精神疾病和精神药物等方面的新进展,扩展到有关分子遗传学、脑影像学、脑诱发电位、社区精神医学和康复精神医学等有关专题的新资料。本书作者主要为上海医科大学、上海第二医科大学精神医学教研室和上海市精神卫生中心的资深教授以及博士生,他们密切关注着学科的前沿,具有丰富的理论思维和实践经验。他们以饱满的热情、全新的视角参与写作,倾注了大量的心血。因此,该书内容新颖详实,切合实际,既可作为短期培训教材,又可为广大专业人员知识更新、自学“充电”参考。殷切地希望作者们今后能及时定期更新内容,使它成为一本实用的精神医学自学课本,以培养更多高质量的创新型的专业人才。

夏镇夷 于上海

2000年1月

前 言

为了适应精神医学日新月异的发展形势,上海医科大学精神医学教研室和上海市精神卫生中心从1997年起连续举办了3期“精神医学新进展讲习班”,并印发了讲稿。许多同道认为讲稿内容很好,希望能正式出版,主持讲习班的江开达教授便请各位授课专家修订了讲稿,补充了若干章新的内容,征得上海医科大学出版社同意,决定正式出版此书。

在精神医学的发展史上,20世纪50年代是一个很重要的时期。这个时期由于发明了精神药物,突出地改变了精神病人的治疗面貌,改变了精神病院的管理,促进了精神疾病的生物学研究,出现了“生物精神病学”。又由于近二三十年来脑影像学 and 分子生物学的发展,对精神疾病的病因、发病机制和治疗提出了许多新知识,简直是目不暇接。这个讲习班把这些新材料中与临床关系比较密切的方面,由一些比较熟悉有关内容的专家写成讲稿进行讲解,使一般的精神科医生能在较短时间内,较全面地掌握精神医学的新进展,我认为是很 有意义的。我虽然从事本专业工作已四五十年,但读了全部书稿之后,也感到很有收获,所以愿意把这本书推荐给大家。

精神医学的临床内容比较稳定,而实验室研究内容则更新很快,我希望本书的作者们能继续努力,使本书能定期更新,以飨读者。

徐福园

2000年1月

目 录

序 前言

第一章 精神疾病分类进展	1
第一节 ICD 系统	1
第二节 DSM 系统	5
第二章 精神疾病的流行病学	10
第一节 概论	10
第二节 发展条件及方法学的若干概念	12
第三节 主要研究类型及适用范围	16
第四节 国际上几项精神疾病流行病学研究简介	17
第三章 精神疾病的分子遗传学研究	22
第一节 分子遗传学研究概述	22
第二节 阿茨海默病	25
第三节 精神分裂症	33
第四节 情感障碍	43
第五节 强迫症	47
第六节 惊恐障碍	49
第七节 儿童多动症及其相关疾病	51
第四章 脑影像学技术在精神科的临床应用	58
第一节 阿茨海默病	58
第二节 精神分裂症	62
第三节 情感障碍	64
第四节 儿童多动症	67
第五节 强迫症	68
第五章 精神疾病的脑诱发电位研究	71
第一节 机制及应用原理	71

第二节	分类及研究方法	73
第三节	特征及影响因素	76
第四节	精神疾病脑诱发电位的改变	77
第六章	阿尔茨海默病的病因研究	85
第一节	流行病学研究	85
第二节	分子遗传学	85
第三节	神经生化学	87
第四节	神经生理学	89
第五节	神经病理学	90
第六节	脑影像学	92
第七节	神经心理学	92
第七章	精神分裂症的生物学研究进展	95
第一节	概论	95
第二节	遗传学研究	95
第三节	脑结构和脑成像研究	97
第四节	生物学标志	98
第五节	研究中存在的问题	99
第八章	情感障碍病因学研究进展	101
第一节	遗传因素	101
第二节	心理社会因素	103
第三节	生化假说	103
第四节	第二信使平衡失调假说	105
第五节	神经内分泌功能失调	105
第六节	神经电生理研究	106
第七节	神经影像学	107
第九章	分裂情感性精神病	110
第一节	概论	110
第二节	流行病学	111
第三节	病因与发病机制	112
第四节	临床特征	113
第五节	诊断标准	114
第六节	预后	115
第七节	治疗	115

第十章 神经症性障碍	118
第一节 概论	118
第二节 恐怖性焦虑障碍	119
第三节 焦虑性神经症	121
第四节 强迫性障碍	124
第五节 抑郁性神经症	126
第六节 分离(转换)性障碍	128
第七节 躯体形式障碍	130
第八节 神经衰弱	134
第十一章 儿童情绪障碍	138
第一节 焦虑症	138
第二节 儿童分离性焦虑	141
第三节 学校恐怖症	144
第四节 儿童恐怖症	145
第五节 儿童忧郁症	147
第十二章 抗精神病药的新进展	149
第一节 概论	149
第二节 非典型抗精神病药	149
第三节 理想抗精神病药	151
第四节 抗精神病药物疗效研究	152
第五节 关于抗精神病药物的安全及不良反应问题	154
第六节 关于长期服药预防复发以及长效的问题	156
第七节 关于抗精神病药优质廉价的问题	156
第八节 关于一线药物和所谓的“治疗指南”	157
第十三章 抑郁症的治疗	158
第一节 概论	158
第二节 药物治疗	158
第三节 抑郁症的心理治疗	165
第四节 其他治疗	175
第十四章 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂的临床药理学	177
第一节 抗抑郁药物发展简介	177
第二节 SSRIs 与传统抗抑郁药的区别	178
第三节 SSRIs 的相同特征	180
第四节 各种 SSRIs 的药物动力学差异及其临床意义	182
第五节 药物相互作用	188

第十五章	益智药应用的发展	192
第一节	概论	192
第二节	益智药的治疗意义	192
第三节	益智药的疗效评定	193
第四节	益智药的分类	194
第五节	AD 药物治疗的今后动态	202
第六节	益智药的临床应用	203
第十六章	精神药物应用的规范性程序	205
第一节	概论	205
第二节	精神分裂症的规范性药物应用程序	206
第三节	抑郁障碍的规范性药物应用程序	213
第四节	躁狂症的规范性药物应用程序	217
第十七章	精神分裂症的复发和预防	218
第一节	概论	218
第二节	早期症状	218
第三节	相关因素	219
第四节	预防	223
第十八章	康复精神医学的现状和进展	227
第一节	概论	227
第二节	精神病的医院康复	228
第三节	精神病的社区康复	232
第四节	心理社会干预	232

第一章 精神疾病分类进展

在 20 世纪 60 年代以前,精神疾病并无国际公认的分类,因此,20 世纪 60 年代出现的《国际疾病分类》(ICD-8)是精神病学历史上的一大进展,而 ICD-10 及 DSM-IV 又是 90 年代分类方面的进展,本章将重点介绍这两方面的进展。

第一节 ICD 系统

一、概论

ICD 是世界卫生组织编的《疾病及有关保健问题的国际分类》一书英文书名的字头缩写,简称国际疾病分类。此书目前已出到第 10 版(1992 年),简称 ICD-10,包括各科疾病。精神科疾病是此书的第五章,在全书中,本章的内容最详细。在精神科文献中,所谓 ICD-10 通常是指其第五章。ICD 系统原来的精神疾病分类非常简单,一直到 ICD-8(1968 年)作了大量补充后才具有实际使用价值,被精神科医生所重视。ICD-8 一般只列出病名,ICD-9(1975 年)又对各个病名做了定义,但基本框架与 ICD-8 相似。这一版在世界精神科医生中受到了重视,得到了推广。我国在 1980 年前后引进了 ICD-9,并出版了中译本。

1992 年出版了 ICD-10,精神科问题仍为该书第五章。目前该书已有中译本(原本为英文),第五章另出了单行本,书名为《ICD-10 精神与行为障碍分类》(原本为 1992 年版,中译本,1993 年由人民卫生出版社出版)。

由于精神科医生不易见到 ICD-10 的全书,现将该书的目录列出,供参考。

ICD-10 全书包括 21 章(ICD-9 为 17 章),内容如下:

- I 确定的传染性与寄生虫性疾病(A00~B99)
- II 新生物(C00~D48)
- III 血液和造血器官疾病以及与免疫机制有关的确定障碍(D50~D89)
- IV 内分泌、营养及代谢性疾病(E00~E90)
- V 精神与行为障碍(F00~F99)
- VI 神经系统疾病(G00~G99)
- VII 眼及其附件的疾病(H00~H59)
- VIII 耳及乳突的疾病(H60~H95)
- IX 循环系统疾病(I00~I99)
- X 呼吸系统疾病(J00~J99)
- XI 消化系统疾病(K00~K99)
- XII 皮肤及皮下组织疾病(L00~L99)

- XIII 肌肉骨骼系统及结缔组织疾病(M00~M99)
 - XIV 生殖泌尿系统疾病(N00~N99)
 - XV 妊娠、生育及产褥期(C00~C99)
 - XVI 起源于围生期的状况(P00~P96)
 - XVII 先天性畸形及染色体异常(Q00~Q99)
 - XVIII 症状、体征及异常的临床与实验室检查结果,未在它处归类(R00~R99)
 - XIX 外伤、中毒及确定的其他外部原因的结局(S00~S99, T00~T99)
 - XX 外源性致病及致死原因(V 01~V 98)
 - XXI 影响健康状态及与健康服务机构接触的因素(Z00~Z99)
- ICD-10 各章都称为“疾病”,只有第五章称为“障碍”。

二、ICD-10 与前两版的不同

ICD-10 精神科部分与前两版相比,有较多的改动,现分述如下:

(一) 编码改动

为了输入电脑及便于检索,ICD 系对各个疾病都进行了编码,ICD-8 及 ICD-9 使用 3 位数字编码,即从 000~999,所有疾病都限在这 1 000 个编码里面,而精神科疾病只分到 30 个编码(从 290~319)。这显然是不够的,因此 ICD-10 采用了拉丁字母及数字混合编码制,大大扩增了编码容量。精神科疾病分配到字母 F,其编码从 F00~F99 共 100 个编码额,较 ICD-9 的 30 个额大大增加,但在电脑里占的位置仍然是 3 个格子,不过不是 3 位数字,而是一个字母加两个数字(“3 个符号”)而已。但因 ICD-9 的编码已使用多年,积累了许多资料,全部改过来需要时间,所以许多地方(包括美国)目前还在应用 ICD-9 的编码。

(二) 分类改动

ICD-9 把所有精神障碍按传统归纳分为 4 类,即:

1. 器质性精神病
2. 其他精神病(精神分裂症等)
3. 神经症性障碍、人格障碍及其他非精神病性障碍
4. 精神发育迟缓。

这一分类是按“重性精神病”及“轻性精神病”的传统概念分的。一个病当处于早期时常归入轻性,后期则归入重性,这是不太合理的,因此 ICD-10 主要按症状将精神障碍分为 10 类。10 类中除 F1 类按病因,F9 类按年龄,其他都是按症状分的。

ICD-10 是按十进位编码,但疾病并不是按十进位分类的,所以将各种精神障碍按编码分为 10 类并不很合理,但目前只好如此。

(三) 分类具体内容

兹将 ICD-10 关于“精神与行为障碍分类”的主要项目摘录如下:

F00~F09 器质性(包括症状性)精神障碍

F00 阿茨海默病性痴呆

F01 血管性痴呆

F02 在他处分类的疾病所致痴呆

F03 未指明的痴呆

F04 器质性遗忘综合征,不包括酒精及其他精神活性物质所致者

- F05 谵妄,不包括酒精及其他精神活性物质所致者
- F06 由脑损害及功能失调,以及躯体疾病所致的其他精神障碍
- F07 由脑疾病、脑损害及脑功能失调所致的人格及行为障碍
- F09 未标明的器质性或症状性精神障碍
- F10~F19 使用精神活性物质所致的精神及行为障碍
 - F10 使用酒精所致的精神及行为障碍
 - F11 使用鸦片类所致的精神及行为障碍
 - F12 使用大麻类所致的精神及行为障碍
 - F13 使用镇静剂或催眠剂所致的精神及行为障碍
 - F14 使用可卡因所致的精神及行为障碍
 - F15 使用其他刺激剂(包括咖啡因)所致的精神及行为障碍
 - F16 使用致幻剂所致的精神及行为障碍
 - F17 使用烟草所致的精神及行为障碍
 - F18 使用挥发性溶剂所致的精神及行为障碍
 - F19 使用多种药物或其他精神活性物质所致的精神及行为障碍
- F20~F29 精神分裂症、分裂型及妄想性障碍
 - F20 精神分裂症
 - F21 分裂型(schizotypal)障碍
 - F22 持续性妄想性障碍
 - F23 急性及一过性精神病性障碍
 - F24 感应性妄想性障碍
 - F25 分裂情感性障碍
 - F26 其他非器质性精神病性障碍
 - F29 未标明的非器质性精神病
- F30~F39 心境(情感性)障碍
 - F30 躁狂发作
 - F31 双相情感性障碍
 - F32 抑郁发作
 - F33 复发性抑郁障碍
 - F34 持续性心境(情感性)障碍
 - F38 其他心境(情感性)障碍
 - F39 未标明的心境(情感性)障碍
- F40~F49 神经症性、应激性及躯体形式障碍
 - F40 恐怖性焦虑障碍
 - F41 其他焦虑障碍
 - F42 强迫性(obsessive-compulsive)障碍
 - F43 对严重应激的反应及适应障碍
 - F44 分离性(转换性)障碍
 - F45 躯体形式障碍
 - F48 其他神经症性障碍
- F50~F59 伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征
 - F50 进食障碍
 - F51 非器质性睡眠障碍

- F52 不是由器质性障碍或疾病引起的性功能障碍
- F53 伴发于产褥期而未在其他处归类的精神或行为障碍
- F54 伴发于其他处归类的障碍或疾病的心理或行为问题
- F55 不产生依赖性物质的滥用
- F59 未标明的伴有生理障碍及躯体因素的行为综合征
- F60~F69 成人的人格与行为障碍
 - F60 特殊型人格障碍
 - F61 混合型及其他人格障碍
 - F62 不是由于脑损害或疾病引起的持久性人格改变
 - F63 习惯和冲动障碍
 - F64 性身份障碍
 - F65 性偏爱障碍
 - F66 与性发育及指向(orientation)有关的心理及行为障碍
 - F68 成人的人格及行为的其他障碍
 - F69 未标明的成人的人格及行为障碍
- F70~F79 精神发育迟缓
 - F70 轻度精神发育迟缓
 - F71 中度精神发育迟缓
 - F72 重度精神发育迟缓
 - F73 极重度精神发育迟缓
 - F78 其他精神发育迟缓
 - F79 未标明的精神发育迟缓
- F80~F89 心理发育障碍
 - F80 言语及语言的特殊发育障碍
 - F81 学校技巧的特殊发育障碍
 - F82 运动功能的特殊发育障碍
 - F83 混合性特殊发育障碍
 - F84 广泛发育障碍
 - F88 心理发育的其他障碍
 - F89 未标明的心理发育障碍
- F90~F98 通常发生于儿童及少年期的行为及精神障碍
 - F90 多动障碍
 - F91 品行障碍
 - F92 品行及情绪混合障碍
 - F93 特别发生于儿童期的情绪障碍
 - F94 特别发生于儿童及少年期的社交功能障碍
 - F95 抽动障碍
 - F98 通常发生于儿童及少年期的其他行为及情绪障碍
 - F99 未标明的精神障碍

(注: F99 所指的是上述 F00~F98 均未能包括的精神障碍,不仅仅限于儿童的精神障碍)

在 F0 中,主要以综合征(例如痴呆)为分类依据,不再使用“老年性痴呆”的名称,而代之以“阿茨海默痴呆”的晚发型及早发型。另外,还使用了包括范围更广的“血管性痴呆”的名称。

在 F1 中,还列出通常未予重视的“使用烟草所致的精神及行为障碍”。

在 F2 中,仍保留精神分裂症的传统分型(包括单纯型精神分裂症),把“感应性精神病”局限为“感应性妄想障碍”。

在 F3 中,仍保留单纯的“躁狂发作”,而没有把它全部包括在“双相情感障碍”内。

F4 大致相当于过去的“心因性”精神障碍。ICD-10 取消了 ICD-9 中的“神经症”的名称,仅采用“神经症性”这一形容词,还暂时保留“神经衰弱”的诊断。对惊恐发作,ICD-10 倾向于认为是广场恐怖的继发反应。认为癔病(hysteria)一词有贬义,故不再使用,而将这一类障碍归入 F44 和 F45 中。不再区分“分离障碍”和“转换障碍”,以使用“分离障碍”一词为主。多重人格亦被纳入分离障碍之中,ICD-10 并未把“与文化有关的综合征”作为独立病种列出来,认为它们大多可纳入“其他神经症性障碍 F48.8”之中。

F5 主要包括饮食、睡眠和性障碍(主要是性生理障碍),平时不大重视的“非依赖物质滥用”也归入此类中。

F6 为人格障碍,这里特别加上了“成人”一词,儿童一般仅称为行为障碍,而不称为人格障碍。性心理障碍归入此类。

F7 和 F8 都是发育障碍,其实可归为一类。F84 的“广泛发育障碍”一词是吸收 DSM-III 的。其实精神发育迟缓也是广泛性的,因此把孤独症改为这个名称并不理想。

F9 是儿童期精神障碍,但 F99 又包括了从 F00~F98 中未包括的项目,这说明 ICD-10 在起草中起先未考虑到这一点,到最后定稿时才想到,只好从 F9 中抽出 F99 作为此用。我国分类吸取了这个教训,把 10 类中的最后一类留作机动。

三、ICD-10 第五章的几种版本

ICD-10 的精神障碍这一部分(即第五章)根据不同的对象需要,有几种版本。

1. 临床诊断用版 对各种疾病都作了简单的描述,并提出了诊断要点(诊断指南),适合精神科临床医生使用。

2. 研究用诊断标准 供精神科医生做临床研究用,每种病都有较细微的诊断标准,就像 DSM-IV 那样(已有中译本,人民卫生出版社 1994 年出版)。

3. 基层医生用版本 不是按疾病分类,而是列出一些症状或综合征,供基层通科医生使用。较粗的有 6 项综合征,较细的有 24 项综合征,每样综合征都包括症状、诊断、治疗等内容,相当实用。24 项症状或综合征是:痴呆、谵妄、饮酒引起的障碍、药物滥用、抽烟、慢性精神病性障碍、急性精神病性痴呆、双相障碍、抑郁症、恐怖障碍、惊恐障碍、广泛焦虑、焦虑抑郁混合症、适应障碍、分离障碍、不明原因的体诉、神经衰弱、进食障碍、睡眠问题、性障碍、精神发育迟缓、多动障碍、品行障碍、遗尿症。

第二节 DSM 系统

一、概述

美国也早已有为统计服务的精神障碍分类,但正式的官方疾病分类是美国精神病学会 1952 年出版的《精神疾病诊断和统计手册》(以后被追称为 DSM-I),这是因 ICD-6 太简单而编写的。1968 年出版了 DSM-II(有中文译本,内部发行)与 ICD-8 基本一致,编码也一致,只是根据“美国国情”作了少量修订。

1980年出版的DSM-III,其分类框架与前两版有较大的修订,并对每个诊断都定出了一个明确的诊断标准,这可以说是在精神疾病诊断史上的一个革命;另外还提出了多轴诊断的概念(但仍以临床轴为主)。1987年出了修订版(DSM-III-R),1994年出了第4版(DSM-IV)。这几个版本的《诊断和统计手册》,内容十分丰富,篇幅也比较大。为了便于使用,美国精神病学会还出了袖珍本,以便人手一册,放在白大衣口袋中随时查阅。袖珍本只包括各个疾病的“诊断标准”条文,篇幅不超过全书的1/10。DSM-III及IV袖珍本的内容,国内都已翻译出版。

DSM系统的分类,虽然主要通行于美国(美国的精神医学教材也按此体系撰写),但因其有详细的诊断标准,所以具有巨大的国际影响。ICD-10也参照它对每种病增加了诊断标准(临床版称为“诊断要点”)。

二、DSM-IV分类的主要内容

DSM系统因目前尚未采用十进位分类编码,所以将所有精神障碍分为十多大类,每大类又分一些小类。现将各大类及主要小类列举如下(DSM-IV的大、小类并未加数码,仅以字体大小来区分。为了眉目清楚,下文1~19的数码是译者加的。又,美国疾病编码可能全面采用ICD-9-CM的编码,因数据庞大,涉及到医疗保险等问题,故DSM-IV仍采用ICD-9-CM的编码,但列出了与ICD-10编码的对照表,下文在括弧内列出ICD-10的相应编码)。

1. 通常在儿童少年期首次诊断的障碍
 - 精神发育迟缓(F7)
 - 学习障碍(F8)
 - 运动技巧障碍(F8)
 - 交流障碍(F8)
 - 广泛发育障碍(F8)
 - 注意缺损及破坏性行为障碍(F9)
 - 婴幼儿期喂食和进食障碍(F9)
 - 抽动障碍(F9)
 - 排泄障碍(F9)
 - 儿童少年期的其他障碍(F9)
2. 谵妄、痴呆、遗忘及其他认知障碍
 - 谵妄(F05)
 - 痴呆(F00~F03)
 - 遗忘障碍(F04)
 - 其他认知障碍(F06)
3. 由躯体情况引起,未在他处提及的精神障碍(F06, F07, F09)
4. 与物质有关的障碍
 - 与酒精有关的障碍(F10)
 - 与苯丙胺类有关的障碍(F15)
 - 与咖啡因有关的障碍(F15)
 - 与大麻有关的障碍(F12)
 - 与可卡因有关的障碍(F14)

- 与致幻剂有关的障碍(F16)
- 与吸入剂有关的障碍(F18)
- 与尼古丁有关的障碍(F17)
- 与阿片类有关的障碍(F11)
- 与酚环啉类有关的障碍(F19)
- 与镇静、催眠或抗焦虑药有关的障碍(F13)
- 与多种物质有关的障碍(F19)
- 与其他(或未知)物质有关的障碍(F19)
- 5. 精神分裂症及其他精神病性障碍(F20~F29)
- 6. 心境障碍
 - 抑郁障碍(F32, F34)
 - 双相障碍(F30, F31, F34, F39)
- 7. 焦虑障碍(F40~F43)(应激障碍也归在本类)
- 8. 躯体形式障碍(F44, F45)
- 9. 人为障碍(factitious disorder)(F68.1)
- 10. 分离障碍(dissociative disorder)(F44, F48)
- 11. 性及性身份障碍
 - 性功能障碍(F52, N48, N50, N52, N94)
 - 性欲倒错(F65)
 - 性身份障碍(F52, F64)
- 12. 进食障碍(F50)
- 13. 睡眠障碍
 - 原发睡眠障碍(F51, G47)
 - 与其他精神障碍有关的睡眠障碍(F51)
 - 其他睡眠障碍(G47)
- 14. 未在他处分类的冲动控制障碍(F63)
- 15. 适应障碍(F43)
- 16. 人格障碍(F60)
- 17. 可能成为临床注意焦点的其他情况
 - 影响医学情况的心理因素(F54)
 - 药物引起的运动障碍(G21, G24, G25)
 - 药物引起的其他障碍(T88.7)
 - 亲友关系问题(F93, Z63)
 - 与虐待或忽视有关的问题(T74)
 - 可能成为临床注意焦点的补充情况
- 18. 补充编码
- 19. 多轴系统

三、DSM-IV 的多轴诊断原则

多轴诊断在 20 世纪初已有人提出,20 世纪 70 年代世界卫生组织(WHO)曾组织一些专家对儿童精神障碍做过多轴诊断的探索。1980 年美国精神病学会正式将多轴诊断原则列入 DSM-III 中,列出了 5 个轴,但响应使用者不多。经有关人员研究,认为未能推广的原

因是：① 太复杂，不易掌握；② 缺乏具体的操作格式；③ 对促进全面评估用处不大。针对上述原因，DSM-IV作了适当的改进。

DSM-IV列出的5个轴：

轴Ⅰ：临床障碍(包括上述分类中的1~15类，但精神发育迟缓除外)。

可能成为临床注意焦点的其他情况(即上述分类中的第17类)。

轴Ⅱ：人格障碍(上述分类中的第16类)。

精神发育迟缓(上述分类第1类中的一项)。

轴Ⅲ：一般医学情况(指精神科以外的各科疾病)。

轴Ⅳ：心理社会问题及环境问题(这些问题可归纳为9点，即：① 基本支持集体(家庭)问题；② 与社会环境有关的问题；③ 教育问题；④ 职业问题；⑤ 住房问题；⑥ 经济问题；⑦ 求医问题；⑧ 与司法单位有关的问题；⑨ 其他问题)。

轴Ⅴ：功能的全面评定(GAF)，有一个GAF量表，以百分制评分，最好为100分。

四、DSM-IV的附录

DSM-IV全书有10种附录，均有参考价值。其中附录B里提出一些值得进一步研究项目的诊断标准，这都是一些概念或诊断标准不明确的项目，需引起重视。现列举要点如下：

1. 脑震荡后障碍 提出外伤后意识丧失应大于5min，记忆丧失应大于12h方可诊断，脑震荡后可出现癫痫或使原有癫痫加重。

2. 轻度神经性认知障碍 不是主观的，也不是与老年有关的认知障碍，而是与躯体疾病有关的、用神经心理学方法查出的、已对日常活动产生影响的障碍。

3. 咖啡戒断症状

4. 精神分裂症的另一描述方式 按精神病性症状、紊乱言行及阴性症状(缺陷症状)3个方面(dimension)来描述，描述其程度轻重，并将过去发作(全病程)及本次发作的区别进行描述。

例：某偏执型精神分裂症，持续性。本次发作：有重度精神病性症状，没有紊乱言行，有中度阴性症状。全病程：有轻度精神病性症状，没有紊乱言行，有轻度阴性症状。

5. 精神分裂症的精神病后抑郁障碍 指精神分裂症急性症状(阳性症状)缓解后出现的典型重性抑郁症状。

6. 单纯衰退障碍(单纯型精神分裂症) 以阴性症状为主，明显影响社会，没有阳性症状。

7. 经前期情绪不良(dysphoric)障碍 情绪障碍要达到一定严重程度。

8. 心境恶劣障碍研究用标准B的另一描述方式 诊断标准B原有6条症状，诊断时需要2条或以上，现修订为9条，诊断时需要3条或以上。

9. 轻度(minor)抑郁障碍 病程和症状与重度相似，但症状较轻[DSM-IV正文只有重度(major)抑郁症，而无轻度]。

10. 复发性短暂抑郁障碍 ICD-10有“复发性抑郁障碍”，但DSM-IV正文中无此诊断。此处是指症状与重度抑郁同，但病程短(少于2周)。

11. 焦虑抑郁混合障碍 ICD-10有此诊断(F41.2)，但DSM-IV正文中无。

12. 被照顾者的人为障碍 例如儿童(被照顾者)被其母亲(照顾者)有意地弄出点症状或疾病来。

13. 分离性失神障碍 这是指有临床意义的症状，而不是为当地文化所允许的失神表现，也不是附体表现。

14. 暴食障碍 本人觉得无法控制，相当苦恼。

15. 抑郁性人格障碍 ICD-10及DSM-IV正文中均未列入此障碍，这恐怕主要是认知问题。