

理

健

康

百

科

全

书

- 肥胖症
- 人格障碍
- 慢性病
- 艾滋病病毒和艾滋病
- 恐惧症
- 强迫症
- 分离性障碍
- 精神分裂症
- 痴呆症
- 精神病的流行病学

7

障碍疾病卷



ENCYCLOPEDIA OF MENTAL HEALTH

HOWARD S.
FRIEDMAN

中文版

心 理 健 康 百 科 全 书



障碍疾病卷

中 文 版

李 维 张诗忠 主编



上海教育出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

心理健康百科全书. 第7卷, 障碍疾病卷 / 李维主编.
上海: 上海教育出版社, 2004. 12
ISBN 7-5320-9102-3

I. 心... II. 李... III. ①心理卫生—百科全书
②精神障碍—诊疗 IV. R395.6-61

中国版本图书馆CIP数据核字 (2004) 第137862号

心理健康百科全书

障碍疾病卷

李 维 张诗忠 主编

上海世纪出版集团 出版发行
上海教育出版社

易文网: www.ewen.cc

(上海永福路 123 号 邮政编码: 200031)

各地新华书店经销

商务印书馆上海印刷股份有限公司印刷

开本 787 × 1000 1/16 印张 25 插页 5 字数 455,000

2004 年 12 月第 1 版 2004 年 12 月第 1 次印刷

印数 1 - 5,000 本

ISBN 7-5320-9102-3/Z·0035 定价: 40.00 元

前言

科学和代表人类理性的一些发展趋势已经集聚起来,正在深刻地改变着我们对心理健康的认识。我们关于心理健康和心理障碍的理解在不断开拓,从而能够从遗传、生物、个体发展、人际关系、社会和文化角度,总结有关人类生存的新知识。这套《心理健康百科全书》开创性地将上述正在形成中的趋势展现在世人的面前,它所描绘的心理健康图景确实有点让人感到激动和惊讶。

这种发展趋势具体表现在哪些地方呢?首先,我们的认识已经远远超出了原来人为的天性与教养的二元观。我们对心理状态和行为的生物学基础了解得较多,而且还较透彻地知道,上述这种生物学的认识态势是怎样在家庭、社会和文化环境中逐渐显露的。其次,我们的活动已经超出原来那种“精神”与“物质”(即“心理”与“躯体”)的二分法。我们的健康、反应敏捷,我们的认知、心境,以及精神快乐,彼此之间存在着密切的互动关系,这在以前是很难想象的。第三,专家们越来越意识到,预防和治疗这两者必须互为补充。治疗精神“疾病”的一个简单模式是,如果没有相关的预防与之相配合,那么治疗往往不会取得成效,同样如果忽视有效的治疗,那么预防也不能为人所察觉。第四,现在我们十分强调要推进一级精神卫生或心理健康的工作,也就是要重视与心理健康相关联的结构、环境、家庭以及与心理健康相关联的文化氛围。在健康的环境中,心理障碍的发生率和由此造成的消极后果会减少。第五,目前有一些目光远大的学者指出,人的年龄、性别、文化习俗、出生家庭和社会等方面的许多变量也对心理健康具有重要的意义。那就是说,为了深刻理解和促进个体的心理健康,我们必须知道一个人的生物结构和个体性格,还必须知道其年龄、家庭、工作和他或她在社会中所处的位置。

关于本书的内容

鉴于上述变化,《心理健康百科全书》进行了全方位多层面的剖析:从个体的分子和生物的水平,到人际关系和家庭,直至文化水平。因此,我们关注的视线

覆盖心理健康的主要领域,而不仅仅停留在传统的一些研究课题上。显而易见,我们在书中列入的课题既包括抑郁、精神分裂症、心境障碍、智力迟钝、痴呆、分裂症、强迫症、癫痫、阿尔茨海默氏症、恐惧症、生物反馈,以及有关治疗的课题,例如认知疗法、行为疗法、精神分析疗法和建构主义者的心理疗法等,同时还考察与之紧密相关的行为医学、健康心理学和有关身体健康的其他课题。让人感兴趣的是,我们增加了精神病诊断的效度问题(如《精神病统计与诊断手册》第四版),具体包括心理治疗的标准、正常状态模式和精神病的流行病学。

人们已日益认识到,应激是个体、周围环境、社会支持结构和文化之间的一种复杂互动。因而书中的不少主题谈到与应激有关的心理健康问题,比如:应对、创伤后应激、心血管反应、上下班、不育、强奸、癌症、心力疲惫、支持团体、垂死、悲痛、丧亲、宗教影响、社会支持和社会网络。与应激相关联,神经病学位于身体健康和心理健康的交汇处,因而下面的一些题目正好匹配这些方面,它们包括孤独、头痛、疼痛、注意缺陷、失语症和失读症、大脑可塑性、生物节律与生物钟、身体意象,以及心理健康的进化基础等。

除了在遗传和分子水平上有着突破性进展外,或许当前最感兴趣的是在家庭和个体发展的背景下考察心理健康和心理障碍。我们异乎寻常和全面地汇集了各类相关的问题,具体包括专家论述的心理社会发展、童年期的应激、儿童性虐待、认知的发展、儿童康乐、为人父母、婚姻健康、离婚、夫妻疗法、父亲、儿童照料、日托、扩展的大家庭、家庭疗法、合作和竞争、依恋、收看电视,以及人一生中如何促进心理健康的内容。这些主题对父母、教师、律师、儿科医生、社会工作者,以及涉及儿童和家庭心理健康的各界人士,毋庸置疑是很有参考价值的。当然,它们对于跨入中年和老年的人们来说,也很值得关注。

我们倾注了较大的注意力讨论人的正常动机和异常动机,讨论了习惯和情绪(愤怒),讨论了内部驱动力、情绪调节、耐性、赌博、吸烟、酗酒、物品滥用、冲动控制、犯罪行为、依赖、冲突的解决、主观幸福,以及自尊等问题。

在现代工业化国家,人们需要记忆大量的信息和竭尽全力地工作,这就势必要牵涉身体意象、锻炼、饮食,所以我们就须拓展开去讨论体力活动、锻炼、厌食症和贪食症、食物和营养、肥胖症、摄食的生理调节等。关于激素变化与社会文化方面之间影响的关系,本书也作了深入浅出的描述,它具体反映在心理健康的性别差异、妊娠、经前期综合征和绝经期等主题中。

随着人们对心理健康之理论、结构、文化和社会基础及其影响的认识越来越透彻,专家们相应撰写出具有借鉴意义的文章,比如精神病院和病人出院运动、精神病患者住院的法律问题、无家可归、社会经济地位、失业、城市生活与心理健

康、健康的环境、人际影响(社会原因)、种族主义与心理健康、种族地位与心理健康、同性恋、保健管理、心理健康服务研究、伦理与心理健康研究。需要指出的是,诸如此类的因素对于人们深刻理解心理健康具有特殊的作用,可常常被人们所忽略。

最后,我们不能无视下面一些格外吸引人的现象,这些现象一般不认为是精神病态,似乎更多地被理解为心理健康问题,比如内疚、欺骗、创造力、游戏、孤独、自我实现预言、心理调节、积极的错觉、拖延、乐观主义、非语言交流、人机互动、个人魅力、幽默和智慧。正如所介绍的那样,我们还可读一下催眠与心理健康。要真正认识什么是心理健康,就必须熟悉和了解这些引人注目的现代观点。

总之,《心理健康百科全书》特别与众不同的一个地方是,它已超出了一般病态的范畴,而是特别致力于强调构成心理健康的方方面面。我们格外重视“心理健康”的“健康”部分。只要有可能,字里行间就会明确表达要促进心理健康的意图。当然,我们也知道,用现代的观点综合地概述心理健康也不是处处可以奏效的。

关于本书的作者

在编委会出色的协助下,本书的撰写得到了为数众多著名学者和杰出心理健康实践者的大力支持。本书的作者有不少是这个领域的开拓者和奠基者,可谓享有盛名。而且,许多撰稿者代表了心理健康学者中才华横溢的新生一代。尤其要指出的是,我勉励这些作者撰写的正是他们较为熟悉和较为重要的内容。因而,我们在书中提及的研究工作,立足于现在和面向未来,而不是纯粹拘泥于概念和题目的词语。

关于读者

《心理健康百科全书》旨在面向广大的社会各界读者,具体包括:大学生,研读健康专业的学生,从事普及工作的作家和记者,全体专业人士如律师、社会工作者和全体研究人员,以简要形式围绕自己感兴趣的有关专题进行攻读的教育工作者。本书的重点是强调简明、易读和可接受性。

我要感谢学术出版社不可多得的编辑尼基·利维(Nikki Levy)先生和提供热情帮助的巴尔巴·梅金特(Barb Makinster)女士,他们的出色工作使本书的出版成为现实。自然,我还得感谢许许多多才华出众的科学家和临床医生,他们献出

自己宝贵的时间竭尽全力为本书撰稿。

我感到非常自豪和高兴，在大家的辛勤劳动下，堪称标志性工程的《心理健康百科全书》终于面世。我自信，《心理健康百科全书》的出版，在心理健康和行为科学领域，将为我们所有的人——学者、从业人员、学生和非专业的普通大众——提供有价值的心理健康的信息资源。

霍华德·弗里德曼
(Howard S. Friedman)

目录

1	前言
1	《精神疾病诊断与统计手册》第四版
21	肥胖症
41	人格障碍
59	自恋型人格障碍
67	反社会型人格障碍
85	边缘型人格障碍
101	慢性病
119	癌症
131	艾滋病病毒和艾滋病
161	惊恐发作
177	恐惧症
197	广场恐怖症
217	妄想狂症
233	强迫症
253	癫痫
275	分离性障碍
309	精神分裂症
325	痴呆症
355	阿尔茨海默氏症
381	精神病的流行病学

约翰·艾伦

(John J.B. Allen)

亚利桑那大学

(University of Arizona)

《精神疾病 诊断与统计 手册》第四版

DSM-IV

- 一、诊断的目的
- 二、《精神疾病诊断与统计手册》第四版的发展简史及其前言
- 三、《精神疾病诊断与统计手册》第四版的结构体系和内容
- 四、诊断体系的评估：信度和效度
- 五、对效度的挑战和诊断的未来走向

同时病态 同一个个体身上同时发生两种或两种以上的心理障碍。

诊断 确定疾病的性质。虽然在大多数医学分支领域, 诊断意味着障碍的原因已经查明, 但是对于《精神疾病诊断与统计手册》第四版的精神疾病而言, 诊断常常并非指这种情况, 它只是指在观察到的或病人自述行为和症状的基础上赋予其一种诊断性名称。

病因学 指引发障碍的原因。

异质性 指诊断为某种特定障碍的个体并不共同具有所有相关的症状。异质性障碍意指障碍者可能表现各种不同的症状。

精神疾病 《精神疾病诊断与统计手册》把精神疾病界定为一种行为模式或心理特征, 它发生于通常携带下列任何一种现象的个体身上: 主观上感到痛苦, 重要功能领域(诸如工作、学业、人际关系等方面)受损, 给个人或他人造成危险的风险明显增加, 或者丧失许多自由的风险明显增加。

预后 为那些精神疾病患者估计病情的可能发展过程和结果。

信度 诊断的一致性。如果诊断达到可信的程度, 则不同的诊断者对一个体作出的诊断应该相同。

效度 一种诊断具有意义的程度。有效的诊断能使得得到该诊断的个体与其他诊断过的个体区别开来, 并与没有作过任何诊断的个体区别开来。有效的诊断还应当提供有关精神疾病的病因、治疗或预后的有用信息。

《精神疾病诊断与统计手册》第四版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) 的英文缩写是 DSM-IV。DSM-IV 详细描述了将近 300 种精神疾病的诊断标准, 以及将近 100 种可能成为专业人员关注对象的其他心理问题, 从而提供了一种标准化的分类系统, 以便达到国际通用水平。DSM-IV 还就医疗条件、应激原(它们可能与心理问题有关), 以及个体功能如何受到影响(如影响工作表现或照顾自己的能力)等问题提供了一些看法。

一、诊断的目的

运用DSM-IV对心理症状进行诊断,需要对可观察的症状或者这类症状的报告进行分类,藉此划分为各种精神疾病。一种精神疾病(根据上述界定)代表了一种行为模式或心理特征,它以某种方式引起个人的苦恼或受损。此外,在DSM-IV中,精神疾病被概括成一种问题或机能失调,它发生于个体内部,而不是由个体与社会之间的冲突造成的。这种说明是重要的,因为它防止了出于社会控制的目的而将诊断标签误用于那些其价值观念或信念不同于大多数人的个体。

根据DSM-IV作出的诊断不一定意味着症状的病因已被破解,它只不过是指出一个人的症状符合某种精神疾病的标准而已。例如,有两个人可能都符合“严重抑郁症”的诊断标准,但他们实际上是在迥然不同的环境中发展出这些相关症状来的:一个人可能是在经历了一系列挫折(例如金融、司法和人际关系等方面的挫折)之后才表现这些症状的,而另一个人则可能是在经历了并不紧张的一段时间后才出现这些症状的。尽管人们可以想象抑郁症的病因对这两个人来说是不同的,但是根据DSM-IV,这两人所给予的诊断却是相同的。

对于接受某种诊断的人来说,作出一项诊断可能具有深远的意义。一方面,诊断的结果能使个体接受他们正在寻觅的治疗。另一方面,同样的诊断结果对被诊断的人来说则可能有污蔑的效应。譬如,可考虑一下,假定人们知道你已被诊断出得了一种严重的精神病(精神分裂症),那么,你对自己会怎么想,别人又会怎么想你,以及如何对待你。诊断的标签传递着丰富的信息,其中有些是预料之中的,有些则不是。由于诊断标签对于人们如何看待那个得到该诊断的人具有深远的影响,因此精神疾病的诊断应当谨慎从事,而且应对那些接受诊断的人有益无害。

那么,诊断精神疾病的目的是什么呢?首先,诊断应当有助于我们鉴定一组同质的个体。例如,许多不同的障碍可能都具有妄想(它是一些基于个人文化世界的错误信念,例如认为一个人能够完全读解另一个人的思想),然而,尽管这种具体症状有其相似性,但是具有妄想的个体仍有可能在其许多方面存在差异。在有些病例中,妄想与摄入精神兴奋性物质(例如苯丙胺)有关;在有些病例中,妄想是情绪紊乱(例如躁狂症或抑郁症)的结果;而在另外一些病例中,妄想则牵涉到幻觉和思维的瓦解(例如精神分裂症)。这些不同的诊断,尽管可以察见共同的症状,但是形形色色的病例在其他许多方面的表现是不同的。通过对趋于同时发生的症状模式进行鉴别,我们便可确定具有共同症状的个体之间的许多差异,

例如涉及：引起障碍的原因，如何有效地治疗，以及未来的预后等。

其次，诊断应当有助于治疗方案的制订。例如，在躁狂症和精神分裂症中见到的妄想行为应该用不同的药物予以治疗。与此相似的是，一旦我们了解到妄想行为是由于服用了那些精神兴奋性药物引起的，同时也就暗示了可采取不同的干预方式，包括停药引发症状的药物。

再次，诊断应当有助于促进专业人员之间的交流。一种诊断结果为信息传递提供了简明的手段。例如，经过评估性的访谈后，如果一名心理健康专业人员发现应该将患者委托给另一名心理健康专业人员或机构治疗，那么诊断的结果便能概述许多信息。当然，一次诊断并不涵盖所有的有关信息，但却节省了描述评估所需的时间。另外一个关于诊断结果促进交流的例子是，心理健康专业人员与保险公司推销员之间的交流。保险推销员在获得具体的诊断结果以后，他或她便能具体的治疗理赔作出决定，毋须再对整个疾病评估进行访谈性回顾。

二、《精神疾病诊断与统计手册》

第四版的发展简史及其前言

在过去数千年里，人们为了诊断精神疾病已经创设了许多方法。《精神疾病诊断与统计手册》系列相对来说是比较新的，它的第一版（现在称之为DSM-I）问世于1952年。从那时起，该手册已经修订过多次，其中DSM-II刊布于1968年，DSM-III刊布于1979年，DSM-III的修订本（DSM-III-R）刊布于1987年，而目前的这个版本（DSM-IV）则刊布于1994年。它与DSM系列形成对照的是，早期问世的版本只是详述了一小部分诊断类目。

在美国，《精神疾病诊断与统计手册》问世之前尚存在几种精神疾病分类系统。它们包括：以19世纪收集到的有关精神病人口普查数据为基础的一些简单系统，它由1~7个诊断类目组成；20世纪初根据精神病院关于病人信息的统计记录系统；美国军队制订开发，后由退伍军人协会予以修订，供军人使用的系统；以及世界卫生组织（World Health Organization，简称WHO）制订开发的一个系统和它的若干版本。自19世纪下半叶以来，世界卫生组织已经出版了《国际疾病分类》（International Classification of Disease，简称ICD），全面列举了各种医疗问题。在《国际疾病分类》第六版中，精神疾病被第一次纳入该书之中。在《精神疾病诊断与统计手册》系列的每一次再版中，都试图将精神疾病系统与《国际疾病分类》的对应版本相协调。DSM-IV中列举的每一种障碍在《国际疾病分类》的最新版本（也就是ICD-9-CM和ICD-10）中都有对应的代码。

《精神疾病诊断与统计手册》第一版是美国精神病协会关于术语和统计的产物，其中收集了对临床有益的106种精神障碍。《精神疾病诊断与统计手册》第二版增加了76种新的精神障碍，处理方法跟以前的版本有所不同，它鼓励对每位病人进行多种诊断。第一版和第二版在样式上是相似的，都对精神障碍作了描述，但是缺乏赖以诊断该障碍的详尽标准。《精神疾病诊断与统计手册》第三版有了重大的修改，对每种障碍都有明确可操作的标准。这种修改是研究的产物，表明以前运用《精神疾病诊断与统计手册》版本的临床医师对许多病人的诊断未能取得一致意见。尽管病人所提供的信息不一致，以及医生收集到的信息类型也不尽一致，能够用来解释某些不一致的现象，但是大多数问题仍然出在诊断标准本身。描述过于宽泛，常常界限模糊，有些描述甚至包括那些无法观察的过程，而且与其他诊断类目的描述相重叠。《精神疾病诊断与统计手册》第三版供操作的标准涉及可观察或可报告的症状，再加上症状发生频率和持续时间的具体数字标准。第三版还首次编入了诊断的多轴系统（见后面描述），这一编排特征在后来的修改版本中都保留下来了。

早期的诊断系统只包含少数分类宽泛和病情严重的诊断类目，这可能与政府和机构的兴趣有关，而《精神疾病诊断与统计手册》系列则是专为临床精神病医师编撰的，因此，该手册系列把重点放在范围更为广泛的症状上面，包括失调程度并不严重且可以在精神病院外进行治疗的障碍类型。这一思路起源于《精神疾病诊断与统计手册》第一版出版前十年，那时军事部门和退伍军人协会的精神病学家发现需要补充一些诊断类目，以便将战时紧张引起的精神障碍也包括在内。这些精神障碍程度较轻严重，比起第二次世界大战之前发生的少数病情严重的类目，也算不上慢性疾病。此外，这些精神障碍患者不一定住院，可在院外环境得到治疗。

当一种诊断体系发展到描述那些广泛而不严重的诊断类目时，若要明确地将每种诊断类目与特定的病因联系起来便变得不可能了。因此，《精神疾病诊断与统计手册》系列便以症状模式及其在一段时期的表现为基础来建构诊断类目，而对有关病因的描述却比较单薄（当然也有一些例外）。这种“描述性分类方法”主要以可观察的症状为依据，分别对精神疾病的一些类目作出界定。在以病因为基础的分类系统中，每一种诊断类目都涉及病因，因为这些病因已被科学所证实；与此分类系统相对照的是，《精神疾病诊断与统计手册》若要将诊断类目纳入描述系统中，那它就必须以专家作出的判断为基础，也就是有关症状是否以这样一种方式伴随发生，从而通过界定将那些症状归入某个类目。尽管这种判断理论上受制于科学研究，但仍无法避免某种程度的主观性。

DSM-IV是由多位专家合作制定的,他们的专长涉及各个领域。一个由27位专家组成的DSM-IV特别工作小组与13个工作组(每组由12位专家组成)一起工作。此外,特别工作小组听取了多达100人组成的委员会的建议。这些委员会的成员代表许多不同的专业领域,其中医师所占比例最大。他们花了6年时间,依照三个步骤来制定DSM-IV,与以前版本不同的变化是尽可能地以科学研究为基础,而非依靠委员们的一时兴致。这三个步骤包括:文献回顾;对业已收集到的数据重新进行分析;实地试验,借以评估各个小组所提供若干别的标准的确度。当特别工作小组认为有足够的证据可以表明新增加的诊断类目有道理时,新的诊断类目也就随之而被确立了。这一确立过程根据历史指标(例如家族史或突发病情),同时发生的指标(例如同时发生的生理症状和心理症状),以及预测指标(例如对治疗的反应、预后等)进行。相反,在少数场合,如果没有充分的证据表明原有的这个诊断类目值得保留,那么《精神疾病诊断与统计手册》第三版修订本中它就会被删除。

在这个意义上说,DSM-IV代表了许多专家在心理健康领域所作的科学判断。当然,这些判断不可避免地受制于当前的科学知识基础,受制于作为该科学研究基础的先前诊断体系,受制于特别工作小组等有关成员的组成,以及受制于该委员会成员的特殊偏爱。因此,对于DSM-IV,最佳的办法是另外用整整一节的篇幅来加以观察和论述。

三、《精神疾病诊断与统计手册》 第四版的结构体系和内容

DSM-IV详尽阐释了一种诊断的多轴体系,它意味着对一个人的评估可从多个领域或者沿着多种维度(轴)考虑。轴I包含15种主要的精神障碍,轴II包括人格和智力发展障碍,轴III包括一般医学问题,轴IV提供可能影响诊断的心理、社会和各种应激原注释,轴V提供工作、社会活动和自我照料等领域中个人功能的测量。设计该多轴体系的目的是为了对一个人所表现的症状及其有关的生物、社会和心理方面因素进行全面的评估。多轴体系也为我们详尽阐述这些因素,并且揭示诊断之间的差异提供了一些手段。关于本文开头提出的例子(两个同样患有抑郁症的人所经历的生活事件不同),轴IV将会提供一种方法,概述一个人是在经历了一系列麻烦的挫折以后才产生抑郁症的,而另一个人则是在并不经历这些事件的情况下产生抑郁症的。

(一) 轴 I: 临床障碍和其他症状可能成为临床关注的焦点

凡有可能成为临床关注焦点的一切精神障碍差不多都出现在轴 I 之中, 其中只有少数例外, 可见于轴 II。轴 I 将精神障碍分成 15 组主要的障碍类别, 如表 1 所示。表 1 中的大多数障碍是根据该类别内精神障碍症状的相似性而确立的, 尽管在有些情况下障碍是由于其症状首次出现的特征年龄(障碍通常首先在婴儿期、童年期, 或青春期被得到诊断)而被放在一个类别中, 或者是由于有共同的病因(精神障碍是由于医学问题, 由于物品滥用, 或者由于适应性异常而引发)而被放在一个类别中的。在许多情况下, 一个人得到多项轴 I 的诊断, 尽管有些已经确定的诊断将排除另外的诊断。

轴 I 中的每一种障碍包括一组诊断标准, 它们是典型的单一标准(即必须符合标准的所有条件)和多重标准(即在标准的许多条件中只要符合其中的某些条件便可)的结合。例如, 为了诊断注意缺陷型多动症, 一个人必须符合以下标准: (1) 在注意缺陷的 9 个症状中具有 6 个或 6 个以上的症状, 在多动—冲动的 9 个症状中具有 6 个或 6 个以上的症状(本标准属于多重标准); (2) 有些症状早已存在, 而且在 7 岁之前引起损害(本标准属于单一标准); (3) 至少在两种情境(例如学校和家庭)里出现这种损害(本标准属于单一标准); (4) 这些症状显然对功能活动造成损害(本标准属于单一标准); (5) 该些症状不能由另一种精神疾病或身体疾病予以解释(本标准属于单一标准)。多重标准有优点也有缺点。多重标准的主要优点是, 它减少了需要诊断的类目数量, 因为那些患有症状非常相似但又不完全一致的人可能得到同样的诊断。与之相对照, 如果每一种标准一样也不能少的话, 那么这些所患症状非常相似的人就需要予以不同的诊断。多重标准的主要缺点是, 由于症状的异质性, 得到同一诊断的人在症状表现方面可能有相当的差异。实际上, 在这类病例中, 很可能两个人虽然给予同样的诊断, 但彼此之间通常并不共有单个症状。[参见《注意缺陷与多动症》(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)]

表 1. DSM-IV 轴 I 所列举的 15 组主要障碍类别中每一种精神疾病实例

障碍类别	精神障碍的例子
首先在婴儿期、童年期或青春 期得到诊断的障碍	注意缺陷型多动症、自闭症
谵妄、痴呆、记忆缺失和其他 认知障碍	老年性痴呆、血管性痴呆

(续表)

障碍类别	精神障碍的例子
由一般医学问题引发的精神障碍	由一般医学问题引发的心境障碍 (例如中风, 甲状腺机能减退)
与物品滥用有关的障碍	酗酒、尼古丁依赖、咖啡因中毒、 可卡因脱瘾
精神分裂症和其他精神障碍	精神分裂症、妄想症、情感分裂性精神障碍
心境障碍	严重抑郁症、甲型双相性精神障碍、 精神抑郁症
焦虑障碍	广场恐怖症、社交恐惧症、惊恐症、 强迫症、创伤后应激障碍
躯体病样精神障碍	躯体病样精神障碍、疑病症
假精神病	造作性精神障碍
分离性障碍	分离性同一性障碍 (以前称为多重人格 障碍)、分离性记忆缺失
性和性别认同障碍	性功能失调 (例如男性勃起障碍)、 异常癖好 (例如裸阴癖、嗜土癖)、 性别认同障碍
饮食障碍	神经性厌食症、神经性贪食症
睡眠障碍	初级失眠、昏迷、睡眠恐惧症
尚未归入其他类别的冲动 控制障碍	盗窃癖、纵火狂、病理性赌博癖

但是, 仍有一些障碍在轴 I 中未被清晰地界定。有 40 多种障碍在其名称下标有“NOS”字样, 这是“尚缺其他详细说明”的英文缩写。如果有些障碍的症状与其他障碍诊断的症状相似, 但却未能完全符合诊断所需的标准, 那么这些障碍就给以“NOS”的诊断。例如, 焦虑障碍标有“NOS”则是对下列情况的诊断: 患者“有明显的焦虑性或恐惧性回避, 但这些症状并不符合任何一种焦虑障碍的诊断标准”(P.444), 或者符合调适性障碍的标准。[参见《焦虑》(Anxiety)]

除了标以“NOS”的障碍以外, 我们还可在轴 I 上发现, 它所列出的每一种障碍的其他部分能为临床医师提供更加详尽的信息。“诊断的特征”部分提供了对这些障碍基本特征的总的看法, 此外还附有标准和术语的例子与定义, 它们是这些障碍的诊断标准的组成部分。“亚类和说明”部分则描述了障碍的亚类(例如精神分裂症的紧张症亚类)和障碍的说明(例如产后突发严重抑郁症)。“记录过程”部分包括给障碍确定正确名称的信息, 以及同障碍相对应的五位数代码。这些五位数代码与《国际疾病分类》(第九版)中列举的代码相一致, 后者是世界卫生组织的诊断系统, 其中既包括内科疾病又包括精神疾病。

“伴发性特征和障碍”部分所描述的一些症状, 虽然没有必要为障碍作出诊断, 但是它们在一些患有该障碍的人群中常可见到。这个部分既包括一组与该障碍同时发作的其他一些精神障碍, 也包括一组实验室研究结果、以检测为依据的临床发现, 以及可能与该障碍有关的医学问题。“具体的年龄、文化或性别特征”部分详尽阐述如下有关信息, 即涉及一种障碍的症状如何随人口统计学变量而变化, 具体包括这些症状如何在儿童和老人中以不同的形式出现, 该障碍的具体症状在不同的文化中如何表现, 以及该障碍在女性和男性中所占的比例等。“流行率”部分提供的信息主要是估计一种障碍被人认为普遍的程度。这些估计若可能的话, 一般取自大规模的流行病学研究, 既包括特定时段的流行率(在任何一个特定的时间内流行的情况), 也包括终生流行率(终生经历这种障碍的人的比例)。“病程”部分详述了症状产生和发展的信息, 以及症状消退和复发的预后情况。这一部分既包括症状产生的典型年龄(人们可以借此预示一个人产生这种障碍的时段), 哪些因素容易使人易患这种障碍, 也包括有关症状是否会随年龄的增长而恶化或痊愈。此外, 它还包括对一种障碍的评估分析, 即它可能牵涉一个事件或者多个事件(事件之间具有无症状时期), 或者可能牵涉慢性的不消退症状。“家庭模式”部分概述的证据涉及一种障碍与相关障碍的发生在直系亲属中是否比一般人群成员更加普遍。这一部分还概述了孪生儿或领养儿关于这方面的研究结果。最后, “鉴别性诊断”部分提供的信息可帮助诊断者将某种障碍从其他一些表现相