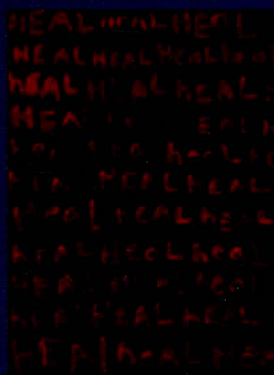


精神科临床评估技巧

Psychiatric Clinical Skills



主 编 David S. Goldbloom
主 译 王学义
副主译 王铭维 赵增仁 刘 涛
主 审 陆 林



北京大学医学出版社

精神科临床评估技巧

Psychiatric Clinical Skills

主 编 David S. Goldbloom

主 译 王学义

副主译 王铭维 赵增仁 刘 涛

主 审 陆 林

译者名单

译 者 (按姓氏笔画排序)

于鲁璐	马 雷	马文有	王 岚	王小敏	王永良
王学义	王育梅	王铭维	史少霞	叶 翠	乔 君
任会鹏	刘 涛	刘小玉	安翠霞	朱颀峰	许 隽
许顺江	余 明	吴振国	宋 美	张 顺	张 萍
张云淑	李 丹	李 凝	李艳祥	李幼东	沈振明
苏朝霞	陆 林	周小东	金圭星	姚绍敏	胡 蕊
赵增仁	贾 彬	贾海玲	顾 平	高明龙	温 雅

北京大学医学出版社

Psychiatric Clinical Skills

David S. Goldbloom

ISBN-13: 978-0-323-03123-3

ISBN-10: 0-323-03123-4

Copyright © 2006 by Mosby, Inc. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

978-981-272-062-7

981-272-062-6

Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

3 Killiney Road, #08-01 Winsland House I, Singapore 239519

Tel: (65)6349-0200, Fax: (65)6733-1817

First Published 2010

2010年初版

Simplified Chinese translation Copyright © 2010 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd and Peking University Medical Press. All rights reserved.

Published in China by Peking University Medical Press under special agreement with Elsevier (Singapore) Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由北京大学医学出版社与 Elsevier(Singapore)Pte Ltd. 在中国境内(不包括香港特别行政区及台湾)协议出版。本版仅限在中国境内(不包括香港特别行政区及台湾)出版及标价销售。未经许可之出口,是为违反著作权法,将受法律之制裁。

北京市版权局著作权合同登记号:图字:01-2009-5093

图书在版编目(CIP)数据

精神科临床评估技巧/(加)戈德布鲁姆(Goldbloom, D. S.)编著;王学义等译. —北京:北京大学医学出版社,2010.9

ISBN 978-7-81116-958-4

I. ①精… II. ①戈… ②王… III. ①精神病—诊疗 IV. ①R749

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第125569号

精神科临床评估技巧

主 译:王学义

出版发行:北京大学医学出版社(电话:010-82802230)

地 址:(100191)北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

网 址:<http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷:北京瑞达方舟印务有限公司

经 销:新华书店

责任编辑:曹霞 责任校对:金彤文 责任印制:张京生

开 本:889mm×1194mm 1/16 印张:21.5 字数:628千字

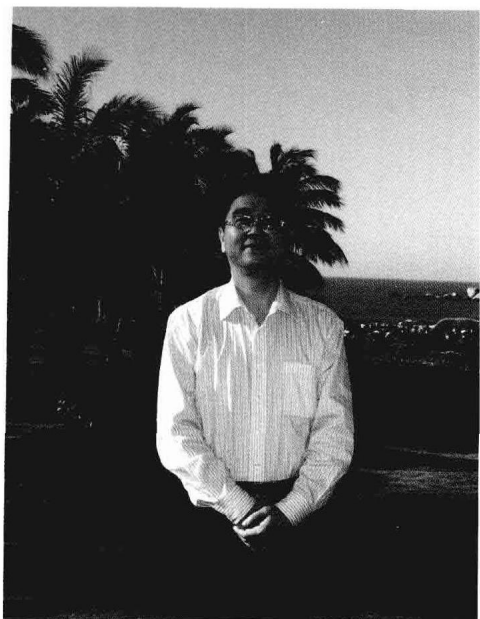
版 次:2010年9月第1版 2010年9月第1次印刷

书 号:ISBN 978-7-81116-958-4

定 价:99.80元

版权所有,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)



主译王学义，主任医师，教授，硕士研究生导师。河北医科大学精神卫生研究所副所长，河北医科大学第一医院精神卫生中心主任，河北省精神疾病司法鉴定中心主任，河北省脑老化与认知神经科学重点实验室副主任，河北省精神病学重点学科学术带头人。在国内外发表论文192篇；主编合编著作23部；获省市科技进步奖9项。中国心理卫生协会理事；中华医学会精神病学分会委员；中国心理卫生协会森田疗法专业委员会副主任委员；河北省精神科分会副主任委员；河北省心理学会常务副理事长；河北省中西医结合学会精神卫生分会主任委员；石家庄市精神心理专业委员会主任委员等。中华精神科杂志编委；中国健康心理学杂志编委；中国药物依赖性杂志编委等。

译者前言

访谈与评估是精神科、心理咨询与治疗或其他学科首先碰到的重要问题。访谈不仅有助于临床医生全面了解病情，也是建立友好医患关系的关键一步。精神科疾病的诊断与其他学科疾病有很大的不同，到目前为止，还没有可靠的实验室或影像学检查来确定精神科疾病的诊断。因此，对于精神科医生来说，临床访谈与评估最有临床实践意义。精神科医生本身就像一台精密的检测仪器，恰当而全面的临床访谈与评估，是目前确定精神科诊断与鉴别诊断的最佳方法。

精神科大部分疾病的病因不明，症状复杂多变，特点各异。我们翻译这本《精神科临床评估技巧》，涉及了整个精神病学及其相关学科领域，如双相障碍、焦虑障碍、抑郁症、躯体化障碍、神经疾病、智力残疾、司法精神病学等。本书还专门对儿童、青少年、老年患者以及内外科、急诊科患者施以笔墨，描述了对这些特殊群体的访谈特点与评估技巧。本书从不同的疾病、不同的人群入手，结合具体病例详细介绍了从患者走进诊室到临床医生明确诊断全过程中的问诊方法及评估技巧，具有较强的临床实用性。同时，本书还介绍了患者和家属以及大众对精神疾病的看法，并提出了人性化的治疗观点，从患者和家属的角度阐述了如何正确理解和对待精神疾病患者。我们深信，本书将对医学生、住院医师、进修医师以及所有的精神科医师和其他学科医师的临床问诊与评估带来有益的帮助。

本书的翻译得到了“十一五”国家科技支撑计划重点项目“精神创伤后应激障碍的识别技术与干预模式研究（2007BAI17B02）”和河北省科技支撑计划重大项目“河北省老年期痴呆的诊断及防治研究（09276103D）”的大力支持，特此致谢！

本书除了精神科专业知识以外，还涉及其他学科以及大量的社会文化背景知识，在翻译过程中难免有偏颇之处，希望得到广大同仁的斧正。

王学义

2010年6月

著者前言

“去和新来的病人谈一谈。”这可能是临床教师或导师对诊所、病房、急诊室或第一次出诊接待患者的初学者说的第一句话。对从事任何一种精神卫生专业的初学者，无论是精神病学、心理学、社会工作者、护理学还是心理咨询，他们都可能有一种担忧，不知道该问些什么，怎么去询问。此时，有关精神疾病的原因、诊断标准以及治疗原则的讲座或阅读材料并不能派上多大用场，因为它们对医患之间如何进行沟通没有什么帮助。

精神科的评估与处理是不可分割的两个概念。如果医生懂得以恰当的方式询问恰当的问题，那么患者就会相信医生，使医生了解他（她）存在的所有问题。专业知识与共情结合起来就会为患者的希望和信任做好准备，从而为实施治疗与处理奠定基础。

精神病学和其他学科的不同之处在于它缺少实验室和影像学检查，缺乏这些有效的客观指标，使患者和精神卫生工作者意识到，临床评估和处理技巧的重要性。了解一种疾病可以帮助我们对其做出合理的解释，而理解一名患者则有利于巩固治疗联盟，使患者产生治疗所需要的信任和希望。

精神病学研究人类个体独特经验的调和以及跨时间和跨文化的精神疾病。认知模式是所有医学诊断专业知识的基础，精神病学也不例外。如果把精神科评估弱化为逐项诊断可能会降低人性化访谈的丰富性，并且剥夺了患者的希望，而这种希望只要与善解人意的专业人员进行访谈即可获得。

在诸多经验丰富的临床学者的支持下，本书对一些临床疾病和环境的精神科评估和实施提出了指导性原则。虽然本书主要是针对精神疾病专业的初学者，但相信所有的人都能从这些临床经验中获益，因为其中体现着我们这些同事们的长期奉献和智慧的结晶。

David S. Goldbloom

致 谢

本书的完成，不无羞涩地说深受我父亲 Richard Goldbloom 的启示。他撰写的类似教材《儿科临床评估技巧》(Saunders 出版社，2003) 已经成功再版 3 次。他一直强调临床访谈作为一种深奥的诊断技术对他所研究领域的重要性。我的岳父 Nathan Epstein 对本书的完成也作出了贡献，他深深地影响了我本人对精神科领域临床评估技巧至高无上的观点。

我更要感谢荷兰爱思维尔出版社的编辑 Susan Pioli 和高级助理编辑 Joan Ryan，他们的大力支持及睿智的建议在本书的准备和出版过程中发挥了巨大作用。另外，还要感谢其他为本书做出积极贡献的人（主要来自多伦多大学），包括对我们初稿提供反馈建议的多伦多大学的学生们，是他们给了我们继续完成本书的勇气。最后，全体作者对患者、家属、学生、同事表示衷心的感谢，是他们的帮助使本书得以完成并与读者分享。

David S. Goldbloom

目 录

第 1 章 访谈的基本原则	(1)
第 2 章 标准化量表的临床应用	(10)
第 3 章 文件的书写	(16)
第 4 章 精神科文化能力的评估	(18)
第 5 章 精神疾病的评估	(26)
第 6 章 双相障碍的评估	(46)
第 7 章 焦虑障碍的评估	(62)
第 8 章 人格障碍的评估	(79)
第 9 章 进食障碍的评估	(94)
第 10 章 物质相关障碍的评估	(107)
第 11 章 自杀与自杀行为的评估	(126)
第 12 章 躯体化障碍的评估	(143)
第 13 章 司法精神病学的评估	(159)
第 14 章 精神科急诊的评估	(172)
第 15 章 内/外科患者的评估	(187)
第 16 章 神经系统疾病的评估	(197)
第 17 章 智力残疾的评估	(204)
第 18 章 保险和残疾的评估	(221)
第 19 章 儿童的评估	(235)
第 20 章 青少年的评估	(258)
第 21 章 老年人的评估	(271)
第 22 章 家庭的评估	(281)
第 23 章 抑郁症的评估	(292)
第 24 章 患者与家属的观点	(313)
索引	(328)

第1章 访谈的基本原则

DAVID S. GOLDBLOOM

引言

无论是简短的会面，还是在诊所里的持续性访谈，从一接触患者开始，就意味着你开始了解患者的问题，并开始建立医患治疗关系。这两个过程是同时发生、相互依存的而不是相继或独立的存在过程。

在本书后面的各章节中，我们会了解到一些诊断性访谈的具体背景，以及它们是如何影响我们所询问的各类问题以及吸引患者的多种方式。同时，它们也恰当地反映了目前在精神病学中的共性问题，即现有诊断方法很大程度上限于倾听、询问和交谈。

基本准备

环境与场所

我们应当提前考虑将要进行访谈的地点。我们有一间舒适、私密的访谈室吗？急诊室的候诊区和住院患者的病室不是一个好的访谈环境，但是初步的评定却经常要在这种环境下进行。附近是否有适合与患者进行私密谈话的房间？这值得我们花费一定时间去找出一间房子。患者会非常感激你这样的努力；换言之，就算我们还没有开始和患者交谈，做好访谈前的准备工作已经为良好的医患关系奠定了基础。

访谈的房间应当是医生和患者都感到安全（参见第14章，精神科急诊的评估）、舒适、远离噪音（如电话、传呼器或邻近房间装修的气锤声音）的地方。许多患者可能正处于某种痛苦和烦恼之中，所以在访谈开始之前，应为患者准备一盒面巾纸。当患者情绪波动，陷入紧张不安、哭泣时，免得病人用衣袖擦拭眼泪。

房间里椅子的高度是否大致相同？我们是否坐得高于患者？我们是否坐在桌子的后面？为什么？对某些患者而言，这张桌子象征着我们和患者之间的屏障。

就一般规则而言，我们和患者讲话时，无论患者坐着还是平卧在病床上，千万不要站着与病人谈话。会见患者时，眼睛应与患者保持在同一水平，以利于与病人进行眼神交流。在访谈卧床的患者时（除非他们过于虚弱或被约束时无法坐起）也应该保持这种交流方式。在条件允许的情况下可以抬高患者的床头，然后坐在病床附近，这将有助于访谈的和谐。如果协助患者下床坐在椅子上，这种肢体语言的帮助，将更有利于突出我们的角色效应。

提供咨询服务中的一项重要问题就是时间问题。我们所选择的访谈环境不需反复看表来确定访谈时间。许多精神科或心理医生把钟表有策略地放在访谈室的不同位置，以便能巧妙地知道确切的时间。钟表没有必要隐藏起来，其实患者也希望知道确切的访谈时间。

问 候

初次与患者会谈时，清楚和正式地自我介绍会帮助我们建立起一种良好的氛围。这种正式的介绍并不意味着不友好。当一个你不认识的人直呼你的名字时，你是否感觉很气愤？或感到不友好？在与患者首次接触的时候，我喜欢这么说：“某先生/女士，我是 Goldbloom 医生。”一些患者可能会说：“请叫我鲍勃”（尤其是他们第一个名）。因此对这些患者而言他们也许希望你也能以“名”而非“姓氏”的方式介绍自己。尽管一些精神卫生专业人员不赞同这种非正式的称呼，认为这可能会造成彼此虚伪的亲热和泄密。但事实上，我们所了解患者的生活状况远远多于患者了解我们的生活情况。

在许多文化背景中，握手被认为是一种身体表达和正规问候的方式，但并非在所有的文化背景下都是如此。许多患者曾经告诉过我，在第一次访谈握手的记忆中，当感到不知所措和孤独时，握手是一种有形的支持方式。如果在访谈开始时，我们没有与患者握手，患者会根据自己的经验认为我们对他的态度很勉强。据我的经验，只有极端偏执、愤怒或强迫的患者才会拒绝握手。在其他医学领域中所涉及的精神卫生服务，“提供双手”对患者也是一种重要的心理支持方式。

记录还是不记录？

我们经常看到医学生或精神科住院医师在访谈过程中忙于做一些记录，让我们考虑一下这样做的利弊。有益的方面是能快速地将访谈中所叙述的经历都记录下来。但不利的方面有以下几个方面：

1. 记录需要占用大量的思考时间：在与患者访谈时做大量的记录，同时加工整理患者所讲述的内容，并考虑将来如何去进一步运用这些信息，这是多项任务的挑战。

2. 记录时缺乏眼神交流：除非你具有不看记录的书写能力，否则做记录的时间，就是失去与患者眼神交流的时间。

3. 记录会让患者产生某些想像：你在书写的过程中，患者在注视着你的书写行为，他们可能担心你为什么只记录他们所讲述的某一部分，这意味着什么？他们还会担心可能会有其他人看这些记录，你做完这些记录后会出现什么结果等。当然患者这样想并不都是出于偏执病态的好奇心。

在访谈过程中，如果我们设置的定式越多，运用访谈验证关于这个人诊断的假设就越多，需要记录就越少。一些事件的发生日期或药物剂量可能需要记录下来，而瞬间记录的内容远远不能包含和完成综合和过滤信息的任务。

作为一种练习，我们可以去试着访谈这样的患者，某个医生已经接诊过这个患者，并记录了你并不知道的评定结果。当进行诊断性访谈时，请你不要做记录，检查结束后迅速把访谈情况写出来。你会惊奇地发现，如果采用半定式检查方法，你竟能回忆起许多相关细节。然后，与以前的检查记录进行比较，你可能知道遗漏了什么，为什么会发生这种情况。这样的练习会帮助你成

为一名更优秀的访谈者。

对访谈的解释

对访谈的解释有两种最终的处理方法；一种方式是假设访谈目的明确，我们毕竟是一名精神卫生专业人员，任何解释都是多余的。另一种方式是进行10分钟的解释说明，听起来类似于讲解人寿保险的条款。

访谈的目的不是期望患者知道你是谁，为什么进行这次访谈，花费多长时间，会产生什么样的结果。切记在患者感到焦虑的时候，他们通常很难去倾听你冗长和详细的解释。

你是否有过这样的经历：这种事情常常发生在聚会上，当一个人告诉你他的名字后，你即刻会忘记他叫什么？类似的现象也会在临床中遇到。通常，当我在公共场合遇到患者并进行自我介绍后，在坐下访谈时我会再重复一遍我的名字，并承认我的名字不太好记（而不是因忘记名字去责怪一名焦虑患者）。

解释访谈有三个目标：

1. 了解患者是什么样的人；
2. 查明患者存在哪类问题；
3. 我们如何能提供帮助。

这种坦诚的语言陈述反映了多项任务。第一，承认我们正在同一个几乎不了解的独立个体访谈，而且我们需要熟悉与学习；第二，针对患者目前的遭遇做出诊断；第三，清晰地表达我们是来提供帮助的。我们可以从开放性陈述和复述中提取有益的信息。

提供了这种整体的概况之后，我们会解释这个全过程，它可能包含以下内容：“接下来的时间我们将要询问你大量的问题，我可能需要不时地打断你，以便更多地了解一些情况，最后，我会告诉你有什么问题，以及我如何帮助你。同时，你也有机会询问我一些问题。”

主要事项

每一次访谈都有一个结构——甚至在表面上看起来是十分不连贯的访谈。我们头脑中有一个访谈模式将有助于访谈的顺利进行，但这并不是僵硬、刻板的访谈方式。然而，许多初学者在询问问题中表现的方式却很刻板，例如他们会说：

“现在我想询问你过去的个人情况和发育史。”实际上我们是想了解患者的成长经历。为什么不采用简单的语言去阐述这些内容，而是采用标题的形式进行询问呢？

作为一种练习，我们在介绍访谈的各个部分时应采用普通短语。试着想象他们是如何询问患者的。与一些同事进行交流，就这一任务比较一下记录内容。

身份资料

这部分访谈内容对于大多数患者而言，没有威胁性且比较容易回答。正如前面所描述过的它是访谈的第一项任务，即了解患者是什么样的人。然而，许多访谈者在进行这项内容询问时，匆忙得如同赛车一样，直奔诊断的终点线而忽视了这部分内容的询问。身份资料应包括以下内容：

- 年龄
- 职业
- 亲属关系状况
- 生活安排
- 民族文化和种族的传统

在询问职业时，对一个料理家务者（一般为女性）来说，直接询问“你是在工作还是在做家务？”往往不容易被接受。我们可以问“你是否外出工作？”这样能表达对她角色的赏识。如果一位患者正处于失业状态，我们应该询问他的经济来源状况，是否接受政府的资助？经费是多少？如何支付房租？生活所需要的花费是多少？上述这些问题有助于我们了解患者的相关情况：

1. 了解患者所面临的实际经济问题，并将患者的问题与这种现实情况结合起来进行评估。
2. 表达我们在关心患者每天所面临的现实问题。
3. 有助于我们解决患者实际困难的可行性。
4. 有助于我们估计患者的财务能力。

对于正处于失业状态的患者，我们还要了解患者最后一次的工作时间以及做什么工作。这有助于初步了解他的身份，而不是简单地把这个患者作为一个正在接受政府救助或流落街头的人。

询问患者的婚姻状况，包括是否“单身、已婚或有恋人”。如果患者现在是单身，那么可以问他“有关过去的一些情况”，以这种方式询问并不是推测患者的性取向问题，这种公开性询问可能

会使患者的性取向在访谈初期表达出来。

应切记单身者也会有孩子。初学者经常会忘记询问目前没有恋人或独居者这方面的问题。当然，单身者也可能与许多朋友和亲人们在一起生活。

在我们这个多文化、多民族的世界里，了解病人的一般背景是很重要的。姓名、外表或口音都可能引起你的好奇心，而且在对患者的初期访谈时会使你了解一些有关他本人及其社区的情况。

主诉

这节的内容在医学领域内显得有些老调重弹。谁会喜欢一个诉苦的人（a complainer）呢？而“抱怨”（complaint）一词有不同的含义，包括令人不满意、愤恨、躯体障碍或疾病以及一种疼痛的表达。后者的含义可能是我们所寻找的目标。什么问题在困扰着这个人？就诊者是因为什么问题来寻求帮助的？最普通的问题是“今天你是怎么来这里的？”普遍回答是“出租汽车”。进一步询问“你现在有什么问题或有什么困难”会使得这个问题更加清晰。

除非你的患者最近阅读了有关精神病学的教科书，否则他会采用他习惯的词汇、观察视角及喜好来回答问题。患者所提出的词汇可以作为病史的参考。例如患者主诉“我的脑子很乱”，这可能是我们所要了解有关发病的时间和其他症状的基点；我们还可以这样接着问：“自从你的脑子混乱后，你觉得睡眠有什么变化吗？”一些患者会说他们“崩溃”了。这时不能告诉患者这个术语不是诊断名称。相反，在他们使用这些词汇时，我们可能发现他们想要表达什么。

现病史

在我们开始提问之前，其实就已经开始对病史进行采集了。无论我们预先收到了有关患者的信息，以及患者在候诊室的表现，还是患者与我们交谈的方式或上述各个方面，我们已经开始对患者的问题有了大致的推测。

我让精神病医院的学生们做这样的练习，接触患者1分钟，与他们随便交谈任何事情，但不涉及他们精神障碍或治疗问题。然后这些学生必须告诉我患者可能患有哪种精神疾病。令学生感到非常惊奇的是，没有询问任何症状问题，他们

已经产生了有价值的假设，这是基于患者的外表、情感、思维形式以及相互交谈的结果。

概括病史的方法需考虑两段模式；这可能有助于我们记录发现的问题。在这种模式下，第一阶段基于患者的主诉，让患者详述他的思维出了什么问题。如果我们能克制不中断患者的陈述（患者在讲述问题时，专业人员有15~20秒的时间去考虑打断他），本阶段可实现多种功能：

1. 体现患者的优先权。
2. 体现患者对问题的理解程度，通常会包括某些患者认为是病因学的问题。
3. 传达医生对患者看待事物的态度非常感兴趣的明确信息。

对某些患者而言，第一阶段可能非常简单，但却能提供很多有效的信息：

- 如果患者存在明显问题，他会说“没有什么问题。”这个回答可能有助于我们了解该患者部分觉察能力。
- “你是医生，为什么欺骗我？”这种回答可能是愤怒和怨恨的预兆，通过反复访谈你将体验到这种情绪，且患者在访谈前也会常常反复表达这样的情绪。
- “我该从哪里开始说呢？1957年2月，那是一个寒冷的星期二，当我第一次感觉到……”这种回答可能有一种失落感，在我们明确诊断之前，和患者在一起会感觉变得衰老了。这也是一种信号，要求我们在访谈中扮演一个积极和指导性的角色。

第二阶段是对我们而言的：它允许我们随访迄今所获得的所有线索，去探究症状、应激源、结局以及与特定诊断相关的风险因素。在本书后面许多章节中都会强调我们需要询问的具体症状以及如何去询问。我们应当遵守下列这些规则：

1. 不要立刻询问一组症状群，例如：“你有没有注意到睡觉、精力、食欲、注意力的集中程度、记忆力、性欲或兴趣问题？”传达这些信息可能得到否定性回答。因为回忆起这一连串的问题不是一件很容易的事情，而且会使患者感到尴尬，患者可能选择简单的回答“没有”。
2. 不要为了得到期望的答案来询问某一具体症状，如“你现在有自杀的想法吗？”
3. 遇到一些慢性症状时，一定要询问病情是

否有变化或逐渐恶化。我们询问的问题一定要清晰。病人有时很敏感，且能很快察觉到我们的不安。最容易引起访谈者不安的两个领域的话题是性和死亡问题。探讨这些敏感话题有很多方法。

访谈者经常会“忘记”询问性问题，尽管这是人类行为中的一个基本问题。第一个规则要记住无论是单身还是独居的人，比我们的年龄小还是大，甚至像我们外祖母年龄的人都会有性生活。在一幅漫画上，一个局促不安的卫生保健人员，不情愿地询问：“那么……情况怎么样……下面？”由于这种询问反映了一种常见的不安现象，通常引人大笑。我们可以就事论事直接询问患者的性欲和性活动情况。精神疾病和精神科治疗可能会影响使人类快乐的这些核心特征，我们可以询问患者由于性困扰而未表现出来的问题。

关于自杀问题，我喜欢直截了当的询问方式。例如：“你一直想着自杀吗？”其他访谈者可能喜欢逐步深入的询问方式，但是这样的方式也存在风险，即表达出了我们直接询问这一问题的不安。我从来不认为直接询问的方式会使患者生气（一些学生害怕）或由此而激愤，例如，当问到患者这类问题时，患者回答：“我不会生气，这确实说出了我的心理问题。”更确切地说，一些曾经自杀过的人感到非常宽慰，因访谈者采用一种坦率、大胆、非评判性的方式提出了这一问题，并显示出对他们痛苦严重程度的理解。有时访谈者会问“你是否愿意自我伤害？”作为一种练习，应该询问曾经自杀过的患者，这种转折性询问是否抓住了他们在最糟糕时刻的主观感受。

关于应激源和潜在的突发事件，切忌总是试图通过归因的方式将无意义的体验作出合理化的解释，去寻找一些该受到责备的人或事件。这些事件可能与现在遭受的痛苦相关，也可能没有关系——对其他应激源完全无意识。如果经历过爱情、工作和娱乐的三个基本层面，我们应当把最近记录的事件进行一次检查，这不是为了解决事件本身的问题。重要的是了解这些事件对个体的影响和意义。创伤性反应最主要的是迅速恢复心态，而不是改变灾难性事件。

与此相关的是寻找类应激源的风险因素，目的是解释这个人患病的认知模式。这些风险因素可能包括既往类似的发作或与精神疾病家族史相关的疾病、气质特征（如倾向于内向或完美）或

经历（如屡次遭受虐待或被剥夺自由）。

在第二段结束时，我们应该了解患者存在什么症状；这不是单纯为了满足 DSM-IV-TR 的诊断需要，而是把疾病与一个人的生活方式结合起来，并评估其疾病的严重程度。

既往精神病史

既往精神病史的部分有可能融合于我们所记载病史的第二阶段。重要的是必须记住患者的这部分经历存在非正式和正式两部分。如果询问“你第一次看精神科医生是什么时候？”就错过了潜在的重要信息。许多精神疾病发作未经专业人员的干预也会自然缓解，即使他们想去就诊，也常常得不到帮助。

精神疾病许多类型的复发与人际关系问题有关。“你认为第一次发作是什么时候？”这可能提示既往的疾病发作；“你认为加重的时间是在什么时候？”有助于我们判断病情的相对严重程度，并使既往疾病的诊断更加明朗化。

我们需要了解患者曾经就诊过的精神科医生，他是谁，什么时间就诊，在什么地方，为什么就诊，做了哪些检查和治疗以及结局如何，具体的治疗以及有效性和毒副作用，既往住院治疗的次数和病程等都是非常重要的资料。不过对于某些患者而言，他们患病已经几年甚至几十年，也治疗了很长时间，所以收集这些资料非常困难。在整合信息方面，我们可能需要患者的帮助，例如，可以向患者询问以下问题：

- 你入院治疗通常是什么原因？
- 你曾服用的所有抗抑郁药中，你认为哪种药物最好，哪种药物最糟糕，为什么？
- 你看过很多医生，总体来说，是什么原因使你结束某种治疗？你认为目前的治疗对你有哪些帮助？

在这部分我们需要了解一些细节，也就是那些可靠的信息，主要来源于过去的记录而不是患者异想天开的回忆。

由于精神症状和物质使用之间经常相互影响，如果在病史的第二阶段没有正规记录药物的使用情况，在访谈时则需要记录物质使用和滥用情况，在本书第 10 章中可能获得有关这方面信息的一些方法。

精神病家族史

对个体而言，过去的精神疾病发作可能会预测目前的发作情况，即使该患者所患疾病并不完全与家族成员相同，精神病家族史也有一定的预测作用，但影响程度较弱。精神疾病是常见的，就像被审判时的恐惧不安那样常见。有时可见这样的问题，“你家族中是否还有其他成员患有精神疾病或情绪问题？”患者可能无反应，而随意地问“你家庭中还有谁……”可能获得更多的信息。这种正式与非正式的病史了解规则同样适用于许多家庭成员。

通常人们谈到“家庭”马上会了解核心家庭。值得询问的是，“你的叔叔、舅舅、姑姑、姨妈、表兄弟、祖父母的情况怎样？”这样的问题涵盖了所有血缘关系的亲属，这可能会使人们回忆起一个酗酒的叔叔或自杀的表兄弟。

躯体病史

这部分内容主要集中在目前的躯体疾病是否对诊断或治疗产生影响。切记下列要点：

1. 像创伤事件一样，通过了解躯体疾病对患者的影响和意义也会影响医生的评估，包括从体像障碍到功能性缺陷问题。例如，伴有糖尿病的青少年的体像障碍可能会影响其情绪和行为。你的患者有哪些躯体疾病并发症或损伤呢？
2. 对于女性而言，她们曾经怀过孕吗？虽然怀孕不是一种疾病状态，但它是一种重要的医学身体变化，可能与各种结局有关。没有孩子的女性可能暴露一个自然或人工流产的信息，我们需要了解这方面的经历。

服药史

“我早上吃一粒蓝色长椭圆形药片，晚上吃一个绿色胶囊。”访谈者经常听到这种回答。有时药房的名称和电话号码会提供更可靠的药物治疗过程——但是有些人特别谨慎他们的药物治疗（或许比你知道的药物副作用更多，这要感谢互联网）。

1. 对某些妇女来说，口服避孕药不被视为药物治疗，而且首次访谈可能不会提到这个问题。对于任何一个处于生育年龄的女孩或妇女，一定要询问她在采取哪一种避孕措施。同时需进一步

询问她的生育情况。

2. 对许多人来说,非处方药物和替代/补充药物在传统意义上不被认为是“药物治疗”。我们需要单独询问这些问题。

个人史/发育史

对于许多访谈者来说,个人史和发育史可能是整个访谈中最令人头痛的问题。因受时间的限制,这部分最有可能被缩短,从而产生仅5~7分钟就能够追溯某个人整个生命历程的观念。这就不可避免地会忽略一些可能与精神障碍有关的成长发展中的一些问题,如缺少父爱、拒绝上学和亲人的死亡等。我们应尽最大努力回顾过去发育过程中的问题来解释目前存在的问题。

你觉得在10~15分钟,或1小时就能够全面了解人的一生吗?包括其丰富的生活和人生的意义,这似乎不可能,所以你要明确一个人的成长历程中要实现的现实目标。就我个人而言,我认为应该关注以下两个问题:

1. 在人际关系和职业等方面反复出现的行为模式和经历。

2. 经历人类行为的非发育性领域——即爱情、工作和文娱活动。

以这些作为基础性问题,询问一个人的成长史可能会变得更有针对性。

访谈从了解患者的家庭出身入手是一个良好的开始。我们应该找到谁是过去和现在的重要角色?父母多大年龄?如果已经去世,去世的原因是什么,何时去世?对患者有何影响?他们现在/过去靠什么生活?他们是什么样子?后者往往引发一个简单的回答,比如“很好”之类。有效的询问方法是:“你从来没有见过你的父亲,你会如何描述他的情况?”这样的询问会激发患者的能动性、思考和综合能力。有兄弟姐妹吗?是否跟某个同胞保持亲密关系?为什么?

我们知道自己发育过程的重大事件吗?我所教过的学生绝大多数不知道自己开始走路和说话的时间,但他们却会无情地询问患者这些问题。切记以下几个问题:

1. 关于重大事件有一个“正常”意义的范围。

2. 没有一个人会记住自己的重大事件,除非有其他人告诉他。

3. 这些重大事件的相关性仅在它们被明显地

延期时才显现出来。

如果这么问:“从别人告诉你的情况来看,你是在适龄期间学会走路和说话的吗?”患者通常会回答“我认为是这样”或者“我不知道。”如果患者说“我直到5岁才会说话”,这是一个不好的延期,需要进一步证实。

对于大多数人来说,最初的亲密交往是自己的家庭成员。尽管这些不会对将来所有的人际关系产生一个不变的模式,但了解他们想要做什么对于了解一个人的成长历程是有益的。在第22章“家庭的评估”中,提供了在目前人际紧张的情况下,如何评估人际沟通和家庭功能的技巧。要求一个人在30岁之后重构人际关系,不可避免地会受到事件的干预、觉察和不准确记忆修饰的影响。

关于人格的研究显示,人格50%由先天特质所决定,50%来源于环境因素。然而,后者的决定因素几乎全部是“非分享”的环境。换句话说,不是影响了整个家庭的一般环境,而是人与环境之间的独特个体关系。

了解孩子的意识是一个很大的挑战。人们不可能很详细和确切地回忆起早期的童年经历——但他们经常会表达自己是什么样子。如果问“有人曾经告诉你童年是什么样子吗?”可能会引出更多的信息以及家庭轶事和期望。他容易交朋友吗?他有最好的朋友吗?他是开朗还是害羞?这些都是建立人际关系过程中的早期标志。儿童的主要任务是上学。他离家上学的初期遇到麻烦了吗?如果有烦恼,为什么?原因可能是多种多样的,从学校受到欺辱到担心患病的父母都有可能。不要把拒绝上学的原因都推测为儿童精神疾病。他在学校是怎样做的?擅长什么?他与什么作斗争?如果访谈者关注分离问题,可能有助于识别其长处和能力。关于生活中的第三大任务娱乐,你还要了解他在校外的乐趣是什么?许多兴趣爱好,像体育运动或音乐,都扎根于这一年龄的早期阶段。

在青少年期,同这些生活相关的生命历程有了明显的不同,询问的问题也应有相应的变化。首先,青少年身体的青春期变化带来新的心理上的挑战和奖赏。他与同龄伙伴在同一时间经历过这些变化吗?对他有什么影响?对有些青少年来说,可能会出现显著的体像先占观念,比如过分

关注体重和进食障碍。

一般情况下，青少年首次体验亲密关系（性或无性）可能是短暂也可能是持久的。我们需要知道具体情况。可以这样询问：“在你十几岁的时候同男孩或女孩有过某种亲密关系吗？”这是一种可以接受的开放方式来讨论异性恋或同性恋的经历。我们需要确定亲密性的含义，切记某些性经历可能缺乏理性上的亲密。

如果在青春期始终存在亲密关系，有过多少人？与他们持续多长时间？是什么原因中断的？是谁提出结束的？一般来说，我从来不接受“我们同意分手”的回答。我相信如果深究的话，总会有一个“抛弃者”和一个“被抛弃者”。在存在多个亲密关系的案例中，我们需要一个人帮助综合分析他们的情况，而不是费力地去回顾评价每一个人。可以这样询问：“对你来说，你们关系中中断的主要原因是什么？”或“在交往过程中，引起你对一个人的注意通常是什么？”人们很善于协助我们完成这一任务。

关于青少年的学习和娱乐问题，学校仍然是评估学习的主要场所；逐渐发展的和持续性的业余兴趣爱好则表现于娱乐。人们通常在青少年期开始考虑他们希望承担的成人角色，这可能从他们所选择的良师益友或他们崇拜的人物上反映出来。

青少年期的持续时间有两个边界，即不成熟的青春前期和20多岁早期。人们结婚和参加工作的年龄比前几代年龄偏大。因此，职业意识和个人身份要到30多岁才能固定下来。然而，在此之前，在人际关系、工作和消遣娱乐方面已具备了行为模式特征。

大多数初学者结束关于个人成长史的访谈时，还不能完全了解一个人的能力、长处和兴趣爱好。这就反映了只关注当前诊断，仅围绕病理症状进行访谈的弊端。在你寻找往事和前辈的情况时，你还要尽可能全面地了解这个人。在访谈结束时，应当明确“这个人擅长什么？”如果你不能回答这个问题，那么想象一下患者对关于这次个人史的访谈有何感受。

精神状况检查

有时候，初学者用道歉的方式作为精神检查的开头：“现在我不得不问你一些问题，这是我要

询问每一个人的问题，这些问题听起来可能有些乏味或无聊，对不起，可我还是需要你……”如果事先一定要道歉的话，那你为什么还要问呢？在使用冰凉的听诊器或测血压袖带充气前，心脏病医生对患者道歉了吗？解释与道歉是不同的。

接下来的每一章节都会强调，精神状况检查在你第一次与来访者接触时就已经开始了，远远早于按部就班的初次精神检查。患者的外表、动作、言语、情感和思维过程以及互动都可作为所有早期访谈的依据。

作为一种练习，如果我们观察其他人正在进行的访谈，在访谈开始后5分钟，试着预测并记录精神状况检查。你可能会对自己预测的准确性以及早期接触获得非正式的大量证据感到惊奇。

在全面采集病史期间，大多相关的精神状况检查就已经开始了。如果一个人情绪抑郁了，在询问完病史后需要了解他的心境特征、自杀的程度或任何精神运动性问题。他的记忆和注意困难会自我暴露出来。同样，对于有精神病症状的人来说，在早些时候，需要询问有关幻觉和妄想的症状。

也有一些捉摸不定的问题，常见于认知能力，最初表现并不明显，需要经过正式测验才会被发现。如果患者按照约定的时间和地点独自来诊，我们有必要评估他的时间、地点、人物定向吗？如果患者是在陪同下就诊，由于严重的抑郁以至不能自我表达或表现为模糊状态，就需要仔细地评估其定向能力。介绍认知测验可以用简单和实在的语言表述“现在我需要问你一些问题，这些问题将有助于检查你的记忆力和注意力”。不需表达歉意。

测验记忆力和注意力时（有时通常很难将两者区分开）常使用几个常规测验。一个是瞬时记忆测验，重复一系列数字的正序或倒序回忆。第一个挑战首先是我们要记住这些数字。某些医生曾有过告诉患者一些数字后自己却不能尽快回忆的尴尬经历。一般情况下，我们提供给患者的正序数字不能超过七位。如果给出的数字位数恰巧与电话号码一致，要避免使用与读电话号码同样的声音韵律和语调。作为一种练习，试着大声说出电话号码，我们会听到不规则的韵律，说完前三位数字后我们会停顿一下，说到末尾数字时通常会用降调来表示这一序列的结束。但在作记忆

力检测时，我们应当试着用均匀的韵律和语调说出这些数字，以便使患者不会想到是电话号码。

在近记忆力测验时，我们经常会让患者记住三样东西的名称，并让他 5 分钟后回忆这三样东西是什么。当访谈结束患者离开之前，有时我还让患者说一遍，“顺便问一下，先生，我打算再让你说一遍这三样东西是……”换言之，如果测验记忆在临床上并不重要，我常常忘记完成这项评估！我们在测验记忆时，尽量选用不相关的三个词，如长、书、章！有时我使用桌子、紫色、纽约来反映一个物体（一种视觉感受）和一个地方。更详细的认知评估可见老年人的评估一章（第 21 章）以及神经系统疾病的评估（第 16 章）。

自知力和判断力是精神状况检查的重要组成部分，也是初次访谈结束的极好转折点。两个最简单的问题是“你认为现在应该做些什么？”和“你认为哪些是有益的？”在整个访谈过程中，我们一直在自我询问同样的问题。因为自知力和判断力无法进行血液检测，所以我们的评估在某种程度上是对患者观点和我们观点之间一致性的测验。

自知力的评价需要考虑个体差异与文化的不同 [见智力残疾的评估（第 17 章）和精神科文化能力的评估（第 4 章）]。烦恼的词汇及来源不需要与 DSM-IV-TR 中的语言相匹配。你需要去寻找一条大家都能理解的方式，这样你的治疗才能继续。“我的神经出毛病了……这是导致我这么做的原因”这种表达更常见，而不是“我怀疑背侧缝核投射 5-羟色胺能活性下降，这导致了多种自主神经紊乱！”访谈结束时展现的观察力将很有可能反映你在第一阶段病史询问中展现的观察力。

关于判断力问题，我从来不询问患者在街上看到一封盖有邮戳的信时，他应该怎样去做。即使拒绝救助和治疗的严重精神疾病患者也知道把信放到邮筒里，这样的问题同他们正在寻求或需要帮助完全无关。无论何时，患者与我们所要求的不一致时，不要考虑其判断力受损。重要的是在评估判断力时，设置的问题应尽可能有针对性，并以患者的具体情况而定，而且通常与有关治疗的决定有关。在治疗背景下询问判断力，重要的是要询问接受治疗和不接受治疗二者后果的预测。我们的治疗热情会使我们推荐各种各样的治疗方法，而患者拒绝治疗

可能基于多种原因，包括既往的经历、个人和文化价值观以及自我的信息资源，如互联网的信息。拒绝治疗并不意味着判断力的损害，还需要了解其背景和决定的因素。

访谈结束

在初学者访谈的情况中，我观察到许多访谈常常会突然宣布结束：“时间到了，非常感谢你与我的交谈。”

我们应该留有两三分钟的时间结束访谈。这是扭转访谈过程的良机并能提供两三个关键信息。

1. 给出解释。
2. 提出希望。

我们应当把所听到的内容综合分析后用简明扼要的语言向患者复述一遍。这样证明我们一直在倾听和思考患者讲述的内容。这会展现我们已经把信息整合成一个连贯的认知模式，可以通过专业技能给予希望。在听取病史过程中可能会给患者纠正许多错误。这将为下一步作出印象诊断和推荐治疗奠定基础。

应当感谢患者与我们的交谈，与初次见面的人谈论个人隐私确实是一件不容易的事。我们可能还要询问是否有重要的事件，因时间限制还可能有未全面了解的情况。这可能会使患者开始感到不安，担心遗漏了重要细节。或者患者可能没有什么可叙述的，并对我们如此全面概括解释表示惊讶。

精神疾病患者的痛苦常常使其感到孤独、长期的恐惧以及无望感。在访谈结束时，我们的解释应该传递如下信息：

1. 他为什么会存在这种问题。
2. 这个问题很普遍。
3. 人们怎样变得更健康。
4. 治疗会产生不同的结果。

如果我们完成上述这些问题，就相当于做了一次诊疗性访谈。以上访谈程序仅代表多种访谈技巧之一。如何找到适合自己的最佳访谈方法，可参考以下这些建议：

1. 尽可能观察许多不同的访谈者。我们的访谈风格最终将反映多种综合性模式。
2. 尽可能地多次访谈。每次访谈之后，花一点时间记录访谈的成功部分和你所遇到的

困难。

3. 把自我访谈过程录制下来，与一位老师观看录像。这样会意识到，自己想说的话和想做的事与实际所做的可能不一致。

访谈既是一门技艺，也是精神卫生专业的基本工具，需要花时间和经历去磨炼它，并且每次访谈都会教你在下一次访谈中做得更好。

参考文献

- Carlat D: *The psychiatric interview*, ed 2, Philadelphia, 2005, Lippincott Williams & Wilkins.
- Cruz M, Pincus HA: Research on the influence that communication in psychiatric encounters has on treatment, *Psychiatr Serv* 53:1253-1265, 2002.
- Shea S: *Psychiatric interviewing: the art of understanding*, ed 2, Philadelphia, 1998, Saunders.