

岳文浩 编著

疑难心理障碍

102_例

诊治解析

第 102 例

疑難心理障礙

102

診治解析

疑难心理障碍 102例 诊治解析

岳文浩 编著



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

疑难心理障碍 102 例诊治解析/岳文浩编著. —北京:
人民卫生出版社, 2009. 12
ISBN 978-7-117-12085-2

I. 疑… II. 岳… III. 精神障碍-诊疗 IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 178248 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

疑难心理障碍 102 例诊治解析

编 著: 岳文浩

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 10

字 数: 186 千字

版 次: 2009 年 12 月第 1 版 2009 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12085-2/R · 12086

定 价: 19.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前言

心理障碍(psychological disorder)是指人的心理过程和人格的异常。心理过程有认知过程(感觉、知觉、学习、记忆、注意、思维、分析、判断等)、情绪过程(心境、抑郁、焦虑、恐惧、冷漠、躁狂、激动等)和意志过程(理想、计划、决心、判断、坚毅、困难克服等);人格则有人格倾向(动机、需要、兴趣、信念、价值感等)、人格特征(能力、性格、气质)和行为特征(饮食行为、性行为、人际交往行为、睡眠行为、防御行为等)。

中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)将精神障碍或心理障碍分成九类:即器质性心理障碍;精神活性物质或非成瘾物质所致的心理障碍;精神分裂症;心境障碍(情感性精神障碍);癔症、应激相关障碍、神经症;心理因素相关生理障碍;人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理障碍;精神发育迟滞、童年和少年期心理发育障碍;童年及少年期的多动障碍、品行障碍、情绪障碍等。近期欧洲提出《临床不能解释的症状(medically unexplained symptoms, MUS)》和《功能性症状群(躯体功能障碍而无器质病变可查出)》等医学诊断名词,实际也为心理障碍的别名。欧洲医学界认为 MUS 涵盖了一系列诊断,如躯体化障碍、疑病障碍、躯体形式自主神经功能失调、躯体形式疼痛障碍、分离转换障碍、神经衰弱等。本书各例的诊断标准都是依据 CCMD-3 进行的。

本书编写的目的是以病例报道的形式,将上述九类和 MUS 所涵盖的各种心理障碍结合实例,将诊断标准、治疗原则与方法、发病原理和预防方法介绍给读者,使临床实践与理论密切结合,以提高读者的兴趣与实际诊断、治疗水平。临床医学是经验科学,只有多接触心理障碍的各种病例,从诊断、治疗中积累丰富的经验,才能更好地为患者服务,更有效地解除患者的痛苦。

心理活动均产生于脑,即任一心理活动发生都在脑中有其生理、生化的物质基础。唯物论认为,物质变化是第一性的,精神(心理)、情绪、行为变化是第二性的。脑内的物质变化是原因,心理变化是结果,即物质本体决定心理现象,这叫决定论原则。决定论原则告诉我们对各种心理障碍的治疗都要用药物。药物可

以很快地矫正脑内异常的生理生化变化,使心理障碍很快恢复到正常。生物心理学发现,脑内心理活动的物质变化由三级心理信使逐级传递。传递心理信息的第一信使是递质或受体,第二信使是脑细胞内 Ca^{2+} 、环磷腺苷(cAMP)、环鸟腺苷(cGMP)、甘油二酯(DAG)、N-脂酰鞘氨醇(Cer)、三磷酸肌醇(IP_3),第三信使使脑细胞核内脱氧核糖核酸(DNA)将心理信息复制,核糖核酸(RNA)将心理信息转录,蛋白质分子则将心理信息表达。如认知过程脑内第一信使主要是乙酰胆碱(ACh)递质/脑内 M 型受体。凡能阻断 ACh/M 生成、释放的物质均使认知过程如思维、注意力、记忆力下降,如三环类(TCA)抗抑郁药、阿托品、东莨菪碱等;而凡增强 ACh/M 神经系统的药物均可改善认知过程,如石杉碱甲、人参、桑葚、胞磷胆碱等。情绪过程脑内第一信使主要是单胺类递质——5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)和多巴胺(DA)及其相关受体(5-HTR、NER、DAR)。如抑郁症即是单胺递质减少所致,而增加 5-HT、NE、DA 递质的药物都可有效抗抑郁。如三环类(TCA)药:氯米帕明、丙米嗪、阿米替林和多塞平等;选择性 5-HT 再摄取阻断剂(SSRI)类:帕罗西汀(赛乐特)、氟西汀(百忧解)、舍曲林(左洛复)、西酞普兰(喜普妙)、氟伏草胺(氟伏沙明)等。人的意志过程涉及脑内第一信使主要是 DA。此外,心理活动是客观现实在脑内主观能动的反映,即人的心理活动和行为是有目的的,人有选择的自由或意志的自由,目的体现了人的自由意志或主观能动性。所以,人的心理活动有时可以歪曲反映现实,这叫自由论原则。自由论原则告诉我们对各种心理障碍的治疗都要用心理疗法,以便矫正对现实的歪曲反映。常用的心理疗法有弗洛伊德(Freud)的精神分析疗法,艾里斯(Ellis)和贝克(Beck)的合理情绪疗法或认知疗法,巴甫洛夫(Pavlov)、斯金纳(Skinner)、班杜拉(Bandura)的经典条件疗法、操作条件疗法和社会观察法等行为疗法,马斯洛(Maslow)、罗杰斯(Rogers)的人本主义疗法、李心天的悟践疗法、钟友彬的领悟疗法、杨德森的道家处世养生疗法等。因此,对各种心理障碍患者都应双管齐下进行治疗,即药物疗法和心理疗法同时应用,它们可以相辅相成,以迅速达到心理康复。药物疗法是依据决定论原则,矫正脑内异常的物质基础,使一、二、三信使逐步恢复到正常,物质化精神。心理疗法是依据自由论原则,矫正歪曲的反映,从而精神可以化为物质,脑内的递质或受体也恢复到正常。本书各案例的治疗都是双管齐下进行治疗的。目前对特殊的、久治不愈的心理障碍,如毒瘾、强迫症、精神分裂症等也有采取定位破坏手术治疗的。

心理障碍的名称在中外历史上均源远流长。早在两千年前,中国医学古籍书中,便报道治疗心理障碍的病例约有近 600 例。如《灵枢》、《素问》中报道的心理矫正方法有:①劝说开导,即“告之以其败”,指出疾病的危害性,重视及时治疗;“导之以其所便”,教会患者调养之法;“语之以其善”,医患密切配合,是可以恢复健康的,以增强战胜疾病的信心;“开之以其所苦”,即开导患者解除消极的心理包袱,克服

内心的焦虑和苦闷。②以情胜情,《素问》:“怒伤肝,悲胜怒;喜伤心,恐胜喜;思伤脾,怒胜思;忧伤肺,喜胜忧;恐伤肾,思胜恐”。即有意识地采用一种情志活动去战胜、控制因某种情志过度刺激而引起的心理障碍。③“清静养神”,即摒除杂念,淡泊虚无以调节心理;“节欲守神”,即节制酒、色、财、气、名以去妒忌;“怡情畅神”,即乐观,知足常乐;“适时调神”顺应自然以调心。心理障碍的疗法则用舒肝郁调脾的逍遥丸、治痰湿食郁的越鞠丸、治肾虚的六味地黄丸等,在临床上都有很好的疗效。国外对心理障碍治疗始于公元前377年前,西方医学之父希波克拉底便认识到先治人的心理,后治人的躯体,提出医生治病的三种方法:语言、手术刀和药物。他还认识到人的心理特征、气质特征与人的体液不同有关,如提出胆汁质、多血质、黏液质和抑郁质,首次明确人的心理特征有物质基础。其后在一百多年期间诞生了医学心理学的五大学派。弗洛伊德(1856~1939)所创立的心理动力学派或精神分析疗法,坎农(WB Cannon)1930年所创立的心理生理学派,华生(Watson)1913年所创立的行为学派,罗杰斯(1951)、马斯罗(1954)创立的人本主义学派,贝克(1976)、艾里斯所创立的认知学派。这些学派对心理障碍的产生机制、诊断方法、治疗方法、康复与预防复发方法都提出了各自的观点。如心理生理学派认为心理障碍的产生均基于脑内遗传基因异常,在压力刺激下发生脑内三级信使的异常,主要是一级信使递质或受体异常而产生,治疗则主张用不同药物作用于异常的递质或受体,使其恢复到正常即可治愈。心理动力学派认为心理障碍产生机制为童年潜意识冲突,治疗方法为通过催眠、精神分析将潜意识冲突挖出,并将其予以合理解释而化解。行为学派认为一切心理障碍产生的机制均源于错误条件反射的建立,可通过消除其错误建立的经典条件反射(Pavlov)、操作条件反射(Skinner)和社会观察学习(Bandura)而治愈。人本主义学派认为心理障碍产生的机制为患者在成长发展中自我实现或需要受环境制约而不能实现,治疗方法为适当调节期望值、增强自我实现潜能,改造环境、增强社会支持系统。认知学派认为心理障碍产生皆由于个人的不合理信念和不合理的思维方法,治疗方法为矫正其不合理信念和不合理思维方法,使其认知情绪障碍产生与生活事件无直接关系,而是自己对事件的不合理评价。目前心理治疗方法有数百种,抗心理障碍药物也近一百种,但万变不离其宗,还是五大学派的发展。

医治心理障碍与医治躯体疾病不同,因心理障碍是患者的心理出现了问题,治疗的第一原则还是要在密切、信任的医患关系协助下靠患者本人自己解开心理症结,即“解铃还须系铃人”。总之,双管齐下使心理障碍患者走出怪圈并不难,如陆游诗中所言:“山重水复疑无路,柳暗花明又一村”。

任藏璟女士为本书录入了全部书稿,谨对她的辛勤劳动致以诚挚的谢意。
谨以此书总结我一辈子的临床经验,并献给我永世难忘的母亲!

目 录

第一章 心理障碍的诊断思维和诊断方法	1
第二章 器质性精神障碍	25
第一节 脑卒中 雪上加霜,不幸的人	25
第二节 脑炎 光屁股满病房乱跑的少女	26
第三节 脑外伤 撞车后忘记外伤前的事物和人	26
第四节 帕金森病 两手震颤、面具样脸表情、慌张步态的老人	27
第五节 阿尔茨海默病 出门不认识回家路、对亲戚朋友都不认识的 妇女	28
第三章 精神活性物质精神障碍	29
第一节 酒精 跪着求医生帮助解救其丈夫的妇女	29
第二节 烟草 对烟有生理依赖和心理依赖的人	30
第四章 心境障碍	31
第一节 抑郁障碍之一 腕上有5道刀疤的人	31
第二节 抑郁障碍之二 妈妈跪在女儿面前,求她接受输液	32
第三节 难治性抑郁障碍 抑郁症是否是不治之症?	34
第四节 抑郁症合并人格解体 视物不真实感的老年妇女	36
第五节 抑郁引发冲动出走 突然离家出走,跑到峨眉山要当和尚 的人	36
第六节 妊娠抑郁 好不容易怀孕,何以仍闷闷不乐?	37
第七节 产后抑郁 生了个胖男娃,还要自杀,为什么?	38
第八节 双胞胎同患双相障碍 姐姐高兴不起来、妹妹也高兴不起来的 双胞胎	39
第九节 伴有精神分裂症的双相障碍之一 一个怀疑一切的男生	40

第十节 伴有精神分裂症的双相障碍之二 心上、胃上、脑上钉了 3 个 针形监视仪的人	41
第十一节 伴有精神分裂症的双相障碍之三 天天自言自语、自笑的 法律工作者	42
第十二节 双相障碍躁狂期 和爸爸对着吵、对着打的“疯女孩”	43
第五章 精神分裂症	44
第一节 紧张型精神分裂症 全身木僵、不言不语、不吃不喝的人	44
第二节 偏执型精神分裂症之一——被害妄想 一个两次被强暴而 处女膜仍完整的女孩	45
第三节 偏执型精神分裂症之二——关系妄想 老妇坚信,其丈夫与 儿媳有不正当关系!	46
第四节 偏执型精神分裂症之三——钟情妄想 一个单相思的 男大学生	47
第五节 偏执型精神分裂症之四——夸大妄想 一位高考期间不学 应试课程而专学毛选的学生	48
第六节 单纯型精神分裂症 一个言语、行为、情绪疯癫的大男孩	48
第七节 青春型精神分裂症 一个没有欲望、情志冷漠、反应 迟钝的人	49
第六章 癔症、应激相关障碍、神经症	52
第一节 强迫症之一 她为什么冲动性拿刀要杀亲哥哥?	52
第二节 强迫症之二 她为何见了异性便不由自主地专注他们的 阴部?	55
第三节 强迫症之三 认为全家人都患上传染性肝炎,自己咋办?	56
第四节 强迫症之四 算命先生算他只能活到 70 岁,由此产生死亡 恐惧的人	57
第五节 强迫症之五 一天用几盒火柴、一个打火机的妇女	57
第六节 场所恐惧症 她为何听说参加宴会便恐惧、憋气、心慌、 哆嗦	58
第七节 社交恐惧症之一 一个与牛性交的人	60
第八节 社交恐惧症之二 因不敢见人而休学的女学生	61
第九节 动物恐惧症 一个夜夜啼哭的女孩	62
第十节 高考恐惧症 考场拿笔哆嗦的青年人	62
第十一节 焦虑症之一 一个两手不自主哆嗦、天天为此紧张、恐惧的	

妇女	64
第十二节 焦虑症之二 双肩痛 2 年的农民	64
第十三节 焦虑症之三 离不开妈妈的儿童	65
第十四节 焦虑症之四 一个久治不愈偏侧发麻的人	66
第十五节 惊恐发作之一 打了 12 次 120 的人	69
第十六节 惊恐发作之二 黄昏时见一白裙飘动的女人	70
第十七节 惊恐发作之三 一听说上学,便惊恐发作的少年	71
第十八节 惊恐发作之四 癫痫发作 7 年,怎样治也治不好, 咋办?	72
第十九节 惊恐发作之五 是癫痫发作,还是别的病?	73
第二十节 神经衰弱 睡不着、吃不香、记不住、易激惹、脑子易 疲劳	74
第二十一节 人格解体之一 她吓坏了,突然觉得丈夫又像是自己的丈夫, 又不像是自己的丈夫	75
第二十二节 人格解体之二 自觉灵魂与别人置换的人	77
第二十三节 创伤后应激障碍之一 整夜无眠持续半个月,睡不着觉 咋办?	77
第二十四节 创伤后应激障碍之二 内心深处的痛苦记忆如何被 清除?	83
第二十五节 创伤后应激障碍之三 不敢坐公共汽车的人	84
第二十六节 疑病症 担心自己患食管癌已 3 年的女子	84
第二十七节 躯体形式疼痛障碍 一个风吹入腹中,腹中气蛋来回滚动伴 腹痛的妇女	85
第二十八节 躯体形式自主神经障碍之一 结肠神经症导致晚婚 的人	86
第二十九节 躯体形式自主神经障碍之二 争吵后自觉一股气在全身 流动受阻的妇女	87
第三十节 躯体形式自主神经障碍之三 腹部有气包来回滚动 20 多年 未治愈的妇女	88
第三十一节 躯体化障碍 跑了 3 个科都治不好的女患者	89
第三十二节 流行性缩阴症 根没有了,怎么办?	90
第三十三节 缩阴症 一年多来阴茎缩小得像个子弹头大小,何以久治 不愈?	91
第三十四节 癔症性失音 一个突然失音的人	92
第三十五节 癔症性瘫痪 一个突然偏瘫的人	94

第三十六节	癔症性不全瘫痪 坐下起不来,蹲下站不起来 已 2 年	95
第三十七节	癔症性转换障碍 随情绪变化,一会能走,一会一点也不能 走的妇女	96
第三十八节	癔症集体性发作 一个瘫痪的小学	96
第三十九节	气功致精神障碍 练气功走火入魔的人	97
第四十节	巫术致精神障碍 身上附有十几个鬼魂的妇女	97
第七章	心理因素相关生理障碍	99
第一节	勃起功能障碍——阳痿 35 岁还不结婚的高龄企业主	99
第二节	性高潮障碍 从来不知性乐为何物的妇女	100
第三节	阴道痉挛 3 次结婚,处女膜仍完整的妇女	101
第四节	性交疼痛 性交疼痛、尖叫的妇女	102
第五节	神经性厌食症 “五一”节前,体重不减少到 85 斤就自杀的 女学生	102
第六节	神经性贪食症 又贪吃、又怕胖的女大学生	104
第七节	神经性呕吐 一个特别怕胖、天天呕吐的女孩	104
第八节	睡行症 一个梦游症的小孩	105
第九节	嗜睡障碍 上课时趴在书桌上酣睡的大学生	106
第十节	尿床 我家有个尿床郎	106
第八章	冲动控制障碍、性心理障碍	108
第一节	拔毛症 拔光自己眉毛的女孩	108
第二节	焦虑性偷窃 到百货公司偷了东西当场被抓的护士,该不该 开除?	109
第三节	恋物癖之一 穿自己妈妈内裤、丝袜的人	110
第四节	恋物癖之二 从小光屁股 14 年的后果	111
第五节	易性癖 这个男理发师非要做易性手术不行?	111
第六节	露阴癖 在公园僻静无人处拿出自己阴茎向人展示的人	113
第七节	性身份障碍 一个特别不愿做男性的男人	114
第八节	异装癖 穿着花哨的男青年	115
第九节	窥阴癖 专门偷看女性裸体和性活动的人	116
第十节	摩擦癖 公共汽车上偷拿出阴茎去摩擦女性臀部的人	117
第十一节	性施虐与性受虐 一个愿打、一个愿挨的奇怪夫妇	117
第十二节	同性恋 一个贾宝玉、一个秦钟,两相依恋	118

第十三节 双性恋 既得陇,复望蜀耶?	119
第九章 精神发育迟滞与童年和少年期心理发育障碍	120
第一节 精神发育迟滞 走路、行动、反应总比别人慢半步的 大学生	120
第二节 孤独症 一个缺乏感情反应、刻板行为的儿童	121
第三节 自闭症 一个自闭症的儿童	121
第十章 童年和少年期的多动障碍、品行障碍、情绪障碍	123
第一节 多动障碍 是淘气包,还是有病?	123
第二节 抽动障碍之一 老不自主地挤眉弄眼、不自主清嗓、手足 抽动的人	125
第三节 抽动障碍之二 不自主摆头 10 年的少年	125
第四节 抽动障碍之三 高泌乳素切除乳房的男子,为何肌抽动?	126
第五节 反社会品行障碍 反社会性品行障碍的男孩	127
第六节 儿童情绪障碍 把指甲全咬坏的儿童	128
第七节 对立违抗障碍 对立性违抗性障碍的小男孩	128
第十一章 其他精神障碍和心理卫生情况	130
第一节 淑女修养 怎样培养自己成为淑女?	130
第二节 自杀 别人炒股全赢,唯有我炒股全赔	130
第三节 网瘾 在网吧吃、睡不愿回家的人	131
附一 厌恶疗法治疗恋物癖	132
附二 催眠疗法治疗强迫症	137

第一章

心理障碍的诊断思维和诊断方法

心理障碍的诊断思维和躯体疾病一样采取排除诊断(演绎法)和肯定诊断(归纳法)思维相结合的方法。演绎思维即从一般原理来解决具体问题,从一般到具体。譬如患者主诉心境抑郁,而现有研究发现一般心境抑郁有十一种心理障碍的可能(一般原理),则以每种障碍的诊断标准一一加以排除,最后排除了十种,剩下的一种如只有广泛性焦虑症的可能,则再用归纳法加以证实。归纳思维即从具体根据归纳为一般原理,即将广泛性焦虑症的症状标准、病程标准、严重度标准和排除标准等具体根据,一一加以验证,如皆符合,则可确诊为焦虑症(一般原理)。这两种诊断思维相结合可避免误诊。心理障碍的诊断和躯体疾病一样也是三定诊断,即定病变部位或障碍的部位、定病变或障碍的性质、定病变或障碍后的功能损伤程度。躯体疾病如肝炎,定位在肝、性质定位为炎症(外伤、炎症、遗传或畸形、肿瘤等)、功能损伤根据肝功能和全身检查来定。焦虑症定位在情绪过程障碍;定性在内因是情绪调节的边缘系统、前额叶、中缝核(5-HT)、蓝斑核(NE)、黑质(DA)部位递质或受体异常,如 $NE \uparrow$ 、 $DA \uparrow$ 、 $5-HT \downarrow$ 、外因是生活事件或压力;功能损伤则根据焦虑量表分值高低、全身器官功能检查、社会功能情况和心理痛苦程度来综合判断。

为了诊断可靠、全面,建议用 MINI 结构化诊断会谈问卷,用不到 20 分钟的时间全面可靠地排除错误诊断。

指 导 语

MINI(multiplicity international neuropsychiatric interview)是一个简短而结构化的诊断会谈问卷,用来进行 DSM-IV 和 ICD-10 中主要的第一轴精神科疾病的诊断工作。MINI 的信度和效度研究中,目前已经完成了和 DSM-III-R、

SCID-P 以及 CIDI 的比较(CIDI 是世界卫生组织所发展出来的一种 ICD-10 结构化晤谈工具)。结果显示,MINI 具有极高的信、效度,但和上述两种工具相比,可在相对较短时间内完成(平均 18.7 分钟±11.6 分钟,中位数为 15 分钟)。经过简短的训练之后,临床工作者就能够使用它,但非临床工作者则需要进一步的训练,才能掌握。

晤谈

为了使晤谈尽可能地简短,在进行正式会谈之前,请先告诉患者你将会进行一个比较结构化的晤谈,会问一些有关心理问题的问句,而这些问句非常精简而具体,请患者用「是」或「否」来回答。

一般格式

MINI 依字母划分成几个题组,每一个题组相对应一种诊断类别。

1. 每个题组一开始列于灰色方块内的问题(精神病部分除外),是每一相关精神疾患诊断准则的筛检问题。
2. 在每一题组结尾,治疗者可以在诊断方块内标出患者是否符合该项诊断准则。

规定

1. “**正常字体**”的句子必须精确如实地念给患者听,使诊断准则的评估能够标准化。
2. “(……)”括号内的句子不需要念给患者听,它们是帮助晤谈者进行诊断计分的指导语。
3. “**黑体字**”的句子指出调查的参照时间,只要有需要晤谈者必须经常地向患者提示,只有在参照时间内发生的症状,才能考虑计分。
4. 上面有一个箭号(→)的回答表示:诊断所需的必要准则中有一项不吻合。在这种情况下,晤谈者必须直接跳到该题组结尾方块,将「否」圈选起来,然后进行下一个题组。
5. 遇到被斜线(/)分开的语词,晤谈者必须只念那些患者呈现的已知症状(如问题 A5b)。
6. 底下画线的句子是临床症状的例子。需要时可以念给患者听,以协助理清问题。

评分指导

1. 所有的问题都必须记分,在每个问题的右边圈选「是」或「否」来完成

记分。

2. 治疗者必须确定问题的每个向度都被患者考虑在内(例如,参考时间、频率、严重程度和(或)其他选择)。

3. 比较是因为器质性因素、酒精或药物引起的症状,在 MINI 中不应该被记录为「是」。 MINI 的增订版将增列这些项目的问题。

A. 重型抑郁症发作 (Major Depressive Episode)

(→表示:进行到诊断方块中,圈选「否」,然后跳到下一题组)

A1	最近两星期以来,你是否差不多每天的大部分时间都觉得忧郁或情绪低落?	否	是	1
A2	最近两星期以来,你是否对大多数的事物感受不到兴趣,或是对于过去大部分时间应会觉得愉快的事情,不能感受到乐趣? (A1 或 A2 答「是」?)	否	是	2
		否	是	

A3 最近两星期以来,当你觉得忧郁或是缺乏乐趣时:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| a. 你的食欲是否差不多每天都是下降或是增加? 你的体重是否在不刻意增减的情况下有所改变? <u>如果增减超过 5% 的体重,换言之,对一个 70 公斤或 160 磅重的人,一个月内增减超过 3.5 公斤或 8 磅。</u>
(假如有任一问题回答「是」,记录为「是」。) | 否 | 是 | 3 |
| b. 你是否差不多每个晚上都有睡眠的问题
<u>入睡困难,半夜醒来,过早醒来,或是睡眠过多?</u> | 否 | 是 | 4 |
| c. 你是否几乎每天说话或是行动比平常迟缓? 或是觉得烦躁,无法平静,或是坐立不安呢? | 否 | 是 | 5 |
| d. 你是否几乎每天都觉得疲倦,缺乏精力? | 否 | 是 | 6 |
| e. 你是否几乎每天都觉得自己没有价值,或是有罪恶感? | 否 | 是 | 7 |
| f. 你是否几乎每天都觉得难以专心或下决定? | 否 | 是 | 8 |
| g. 你是否曾经一再地想要伤害自己,有自杀的念头,或是希望自己已经死去? | 否 | 是 | 9 |

(A1~A3 的题目中,是否有 5 项或以上答「是」?)

否 是

目前是重型抑郁症发作

(患者符合目前重型抑郁症的标准,问 A4,否则跳到 B 题组)

- A4** a. 你一生中,是否还有过另一段至少有两个星期以上的时间感到忧郁或是对大部分的事物提不起兴趣,同时还有大部分刚才所提到的其他问题?
- b. 忧郁发作与上次抑郁发作之间,是否有超过两个月以上的时间没有忧郁或缺乏兴趣的情形?

否 是 10

否 是 11

重型抑郁症
反复发作

重型抑郁症

(Major Depressive Episode with Melancholic Features)

(选择性)

(→表示:进到诊断方块中,圈选「否」,然后跳到下一题组)

[若患者现在正处于重型抑郁症期间(A4 答「是」),请继续问下列问题]

A5 a. A2 答「是」吗?

否 是

- b. 这次忧郁发作最严重的时候,你是否无法对从前给你乐趣、令你快乐的事物有所反应?

否 是 12

(A5b 答「否」:当好事发生时,仍无法使你觉得好过些,即便是短暂地觉得好一点?)

→
否 是

(A5a 或 A5b 中是否有一项答「是」?)

A6 最近两个星期以来,当你觉得忧郁或是缺乏乐趣时:

- a. 是否有过亲人、好友去世的经验?(若答「是」再问下句)你这样的忧郁是否和你亲人好友去世时所经历过的经验有所不同?
- b. 你是否几乎天天都觉得早上情况更糟糕?
- c. 你是否每天比平时提早两小时以上醒来,而无法再入睡?

否 是 13

否 是 14

否 是 15

- d. A3c 答案为「是」(迟滞或是躁动吗?) 否 是
- e. A3a 答案为「是」,问厌食或体重减轻吗? 否 是
- f. 你是否会有过度的罪恶感(自责),或是有比实际情况强烈的罪恶感(自责)? 否 是 16

(在 A6 的题目中,是否有 3 题或以上答「是」?)

否 是

目前为重型抑郁
症发作伴随
Melancholic 特征

B. 轻型抑郁症 (Dysthymia)

(→表示:进到诊断方块中,圈选「否」,然后跳到下一题组)

(若病患目前的症状符合重型抑郁症发作的诊断准则,则略过此题组。但若想了解患者过去两年到此次发作之前是否有轻型抑郁症,则可继续)

- B1** 最近两年来,你是否大部分时间都觉得悲伤、情绪低落或心情忧郁? → 否 是 17

- B2** 在这段期间中,你是否曾经出现过有两个月或两个月以上感到心情不错? → 否 是 18

- B3** 在这一段你觉得忧郁的大部分时间:
- a. 你的食欲是否有显著的变化? 否 是 19
- b. 你是否有睡眠困难或睡眠时间过长? 否 是 20
- c. 你是否会觉得疲惫或缺乏精力? 否 是 21
- d. 你是否会觉得失去对自己的自信? 否 是 22
- e. 你是否会难以集中注意力或下决定? 否 是 23
- f. 你是否会觉得人生没有希望? 否 是 24

(在 B3 的题目中,是否有 2 题或以上答「是」?) 否 是

- B4** 这些忧郁症状是否让你觉得相当苦恼,或是妨害了你的工作效率、社交能力或其他重要方面的表现? → 否 是 25