

世界精神诊断经典 **DSM-5** 精彩应用范例

# 实用心理诊断 100例

心理医生临床诊断原理和技术

[美] 詹姆斯·莫里森 / 著 美同 王岑卉 / 译

**DIAGNOSIS**  
*Made Easier*

Principles and Techniques  
for Mental Health  
Clinicians

(英文原著第二版)

这样做,心理诊断更精准高效!

## 图书在版编目 ( CIP ) 数据

实用心理诊断 100 例 : 心理医生临床诊断原理和技术 /  
(美)詹姆斯·莫里森著;美同,王岑卉翻译. — 成都:  
四川科学技术出版社, 2019.9

书名原文: Diagnosis Made Easier: Principles  
and Techniques for Mental Health Clinicians, second  
Edition

ISBN 978-7-5364-9581-4

I. ①实… II. ①詹… ②美… ③王… III. ①心理诊  
断 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2019) 第 202594 号  
图进字 21-2019-392 号

Copyright © 2014 The Guilford Press  
A Division of Guilford Publications, Inc.  
Published by arrangement with The Guilford Press

## 实用心理诊断 100 例 : 心理医生临床诊断原理和技术

SHIYONG XINLI ZHENDUAN 100 LI XINLI YISHENG LINCHUANG ZHENDUAN YUANLI HE JISHU

出 品 人 钱丹凝  
著 者 [美]詹姆斯·莫里森  
译 者 美 同 王岑卉  
监 制 黄 利 万 夏  
责任编辑 陈 欢 李 珉  
特约编辑 徐玲玲 朱静敏  
营销支持 曹莉丽  
版权支持 王秀荣  
装帧设计 紫图装帧  
责任出版 欧晓春  
出版发行 四川科学技术出版社  
成都市槐树街 2 号 邮政编码 610031  
官方微博: <http://e.weibo.com/sckjcbbs>  
官方微信公众号: sckjcbbs  
传真: 028-87734035

成品尺寸 142mm × 210mm  
印 张 15.25  
字 数 320 千  
印 刷 天津联城印刷有限公司  
版次 / 印次 2019 年 10 月第 1 版 / 2019 年 10 月第 1 次印刷  
定 价 128.00 元  
ISBN 978-7-5364-9581-4

■ 版权所有 · 翻印必究 ■

■ 本书如有缺页、破损、装订错误, 请寄回印刷厂调换。010-64360026

## 推荐序

刘嘉

北京师范大学心理学部教授，  
北京师范大学考试与评价中心主任，  
教育部长江学者，国家杰出青年基金获得者，“万人计划”领军人才。

## 像一名合格的心理医生一样思考

### 每 10 人中约有 1 人存在精神卫生疾病

2000 年 6 月，一位名叫安德烈娅的 36 岁妇女把浴缸装满了水之后，把她的儿子保罗叫进浴室。与往常不同的是，她并没有给保罗洗澡，而是把他的头按进水里淹死了他。紧接着，她又把儿子卢克和马克叫进了浴室，同样淹死了他们。接下来，在她淹死了 6 个月大的女儿玛丽后，她把 9 岁的大儿子诺拉也叫进了浴室。当诺拉发现他的弟弟妹妹都死在浴缸里时，他尖叫着跑出了浴室。但是，安德烈娅并没有放过他，而是追上去，把他抓回浴室最终淹死了他。

在安德烈娅淹死她的 5 个孩子之后，她打电话给警察自首。看到惨烈的凶杀现场，警察不敢相信这一切都是他们（受害人）的母亲做出来的。安德烈娅告诉警察，有声音一直在告诉她：她是一个非常糟糕的母亲，需要受到严厉的惩罚。而最严厉的惩罚，就是让她的所有孩子都死掉。警察显然不相信有这个声音。安德烈娅接着说，如果警察不相信她的话，只要剃光她的头发，就可以在她的头皮上看见“恶魔”两个字。当然，她的头皮上什么也没有，她只是患上了精神分裂症。

据世界卫生组织统计，每 10 人中约有 1 人存在精神卫生疾病（或者说“精神障碍”），预计到 2020 年，抑郁症可能成为仅次于心脏病的第二大疾患。随着社会、经济的高速发展，我国出现心理行为异常和罹患常见精神障碍的人数逐年增多。目前，我国成年人精神障碍患病率达 17.5%，约有 1.73 亿人患有不同程度精神障碍；在未成年人中，约有 4 400 万名儿童、青少年患有不同程度的精神障碍。其中，罹患严重精神障碍（如精神分裂症、双相障碍等）的人数已超过 540 万，其中 460 万为被监护精神病病人。同时，我国心理健康问题也呈高发趋势，在 3.4 亿儿童和青少年中，有行为问题者高达 13%。特别是平均每六个大学生中就有一个患有情绪问题或心理障碍。此外，职场人群的高压力状况非常普遍，因此造成亚健康的人群占在职员工总数的 20% 以上。

## 完善以实务为导向的临床与咨询心理学 专业人才培养体系是重要且必要的

精神心理疾病给社会造成了沉重的负担，并衍生出了严重的社会问题。目前精神和心理疾病负担占疾病总负担的 20%，而仅精神分裂症和双相障碍就占用了 530 亿人民币 GDP（国内生产总值）。同时，在所有影响社会治安的案件中，精神疾病患者的肇事率约占 10%，其中不乏一些重大的恶性案件。

面对社会急剧增长的对心理健康服务的需求，心理健康服务工作得到了国家的高度重视。2016 年全国卫生与健康大会专门强调要加大心理健康问题的基础性研究，做好心理健康知识和心理疾病的科普工作，规范发展心理治疗、心理咨询等心理健康服务。《国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》明确提出要加强心理健康服务体系建设，健全社会心理疏导机制及危机干预。《“健康中国 2030”规划纲要》要求加强心理健康服务体系建设和规范化管理。国家卫生计生委、中宣部等 22 个部门联合印发《关于加强心理健康服务的指导意见》（以下简称《意见》）。该《意见》指出，要大力发展各类心理健康服务，加强心理健康人才队伍建设。

但是，我国现有的心理健康服务队伍远远无法满足如此迫切而又庞大的社会需求。我国目前平均每 10 万人中只有 1.53 名精神科医生，远少于美国（12.4 名）、日本（10.1 名）、韩国（5.12 名）等发达国家，也低于世界卫生组织（以下简称

WHO) 在 2003 年制订的精神卫生服务计划和预算要求: 每 10 万人至少配备 5 名精神科医生。同时, 我国专业的心理咨询与治疗师缺口更大。目前, 我国平均每 10 万人中最多只有 1.4 名专业心理咨询与治疗师, 这与美国每 10 万人中有 33.9 名、德国 51.5 名相距甚远, 与 WHO 预算的要求——每 10 万人中有 5 名——也有很大距离。

导致心理健康服务人群严重短缺的根本原因之一, 是我国在心理健康服务人才的培养上出现了重理论轻实务的问题。心理咨询与治疗 and 生理疾病的治疗一样, 是一项高度专业化、职业化的工作, 它需要的不仅仅是专业知识, 而且还需要专业技能和丰富的实务经验。但是在我国, 只要参加不到三个月的短期培训, 就可以报考人力资源与社会保障部的“心理咨询师职业资格证书”。这种重理论轻实务的职业资格认证已经凸显了它的弊端——目前, 已获得心理咨询师职业资格证书的人数量已经高达 90 万, 但是这些人中真正能够从事专业、有效的心理咨询与治疗的人不足两万。所以, 加强心理健康服务行业规范管理, 建立并完善国家心理师执照的考试制度, 加强心理健康服务法制化建设, 重建科学的心理咨询师职业认证, 就显得重要且必要。

此外, 还应当建立和完善以实务为导向的临床与咨询心理学专业人才培养体系。据调查, 在我国开设临床与咨询心理学硕士专业的学校中, 14.3% 的学校无明确的实习要求; 一些有实习要求的学校实习时间仅两周, 50% 的学校实习时间不超过

11周，实习时间在1个学期以上的学校占35.7%，仅7.1%的学校实习时间达到了1年。而美国等国家要求硕士阶段在督导下的实习时间为1000小时以上，博士阶段的实习时间在1500小时以上。

## 临床心理医生是科学社会中当之无愧的“驱魔人”

由此可见，心理健康服务的人才短缺，本质上并不是数量的问题，而是质量的问题——众多提供心理健康服务的人并不具有合格的专业技能和丰富的实务经验。因此，只有提高我国临床与咨询心理学学生和从业人员的实务水平，才能有效地应对社会急剧增长的对心理健康服务的需求。

具体而言，在**初级阶段**（对应临床与咨询心理学专业本科毕业生水平），从业人员应对心理咨询与治疗有一定的专业基础与实践应用能力，能针对常见正常人群心理发展过程中遇到的困惑，进行专业的心理辅导和心理健康教育，能够胜任中小学心理辅导老师及社区工作人员的工作。在**中级阶段**（对应临床与咨询心理学专业硕士毕业生水平），从业人员应具备一定的心理评估能力和专业的心理咨询理论与实践能力，能针对大众遇到的一般性心理问题进行咨询与疏导，能够胜任专业的心理咨询与治疗从业者的工作。在**高级阶段**（对应临床与咨询心理学专业博士毕业生水平），从业人员能针对心理咨询与治疗中的常见心理障碍或者咨询的理论技术进行深入研究，能够进行专业

治疗、人才培养与督导等，能够胜任心理治疗专家、学校心理学家及高校实务教学专业教师的工作。

美国詹姆斯·莫里森教授撰写的《实用心理诊断 100 例：心理医生临床诊断原理和技术》正是培养临床与咨询心理学专业人士专业技能的实务手册。莫里森教授通过对大量真实的临床病例的分析，展现了如何在真实场景下诊断各类心理与精神疾病，从而训练初学者像一名合格的心理医生一样思考。该书不仅适用于课堂的实务教学，同时也可以为自学者提供实务指导。

1486 年，一对僧侣完成了对精神疾病的第一次完整描述。他们撰写了一篇题为《女巫之锤》的文章，描述了精神疾病各式各样的异常行为。该文作者认为所有的这些古怪行为都是由巫术和恶魔附身造成的。于是，正确的治疗方法首先是悔改，然后是驱魔。现在我们已经知道，所有的精神疾病本质上也都是身体疾病，而不像开篇所提到的惨案中安德烈娅宣称的那样是恶魔附身。

所以，治疗精神和心理疾病，也如治疗身体疾病一样，是一门高度专业化、职业化的实践科学。因此，实践，实践，再实践，最终把抑郁症、焦虑症、精神分裂症等“恶魔”从我们健康愉快的生活中驱赶出去。

## 序 言

开始写这本关于诊断过程的书的时候，我希望它既能作为课堂教学的补充，又能为自学者提供指导。后来，我面向执业医师做了一项非学术性的调查，目的是了解他们学习精神疾病诊断的方式。调查的结果让我目瞪口呆。

对参与我的调查的大多数执业医师来说，他们在诊断这门精细技艺的培训方面竟然是一片空白！被调查者所在的专业学院<sup>[1]</sup>大多没有正式的诊断课教材，而且也没有改变这一现状的意思。即使在医学院<sup>[2]</sup>，医学生本应了解当前的诊断标准——然而他们几乎没有，或者很少有机会接触某一种具体的诊断方法。他们几乎都不约而同地选择了“我是在工作中学会诊断的”这一项。类似的情形还有，那些旨在教育临床医生做出高质量临床评估的图书或其他资料大多侧重于诊断结果，而在很大程度上忽视了诊断的过程。

---

[1] 在美国，专业学院是研究生教育层次的教学机构，例如法学院、医学院和商学院。

[2] 在美国，医学院的内涵较小，它与护理学院、公共卫生学院等其他医学专业学院是平行的关系。

诊断的过程既不简单，也不能凭直觉猜测，当然，我也永远不会把诊断说成是一件容易的事。但是，经过几十年的实践和长达数月的思考，我现在认为，我们可以用一种直截了当的方式来阐释诊断——简而言之，就是让诊断变得更容易。

这本书体现了我在诊断方面的一种思维方式。我并没有重点讨论不断修改的最新诊断标准和诊断编码。相反，我关注的是精神障碍的各种基本特征。几十年来，人类对这些特征的认识已经非常清晰。我们必须掌握科学的方法来评估患者，做出与事实相一致的、逻辑自洽的诊断——是的，我们还必须掌握这样做的艺术。

第1篇着重介绍诊断过程。要想做出正确的诊断，你就要系统地运用逻辑清晰且简单明了的原则去分析来自不同渠道的各类信息。虽然诊疗实践要求我们同时面对很多诊断问题，但是为了方便起见，我们还是分章讨论。在第1篇的末尾，你将会看到，经验丰富的临床医生是如何把他们的经验与新的信息相结合，最终形成正确诊断的。

第2篇的3章内容探讨了你需要了解的患者的社会背景和其他信息，这样你才能理解，一位患者为什么会得到这样或那样的诊断。当然，你得先掌握信息，然后才能做出诊断。而要了解新信息，你就得有实际的手段。不过我发现，我的很多（很可能是大多数）读者对临床访谈和信息收集已经有所了解，这就是我首先介绍诊断方法的原因。

最后，在第3篇的章节里，我们将接触大量临床病例，以此来了解第1篇的诊断方法和第2篇的信息收集如何应用于各种

**临床疾病。**我们的讨论不会覆盖所有的疾病，甚至不会覆盖所有主要的疾病类别。想了解这方面内容的读者可以阅读其他的书〔包括我写的《实用DSM-5》(*DSM-5 Made Easy*)〕。实际上，我们所关注的是精神科医生每天都要面对的问题和疾病。

为了说明各种诊断方法，我在书里加入了100余份病例。在阅读我对每份临床病例的分析之前，我建议你先试着按照决策树形图认真思考，并且详细列出你自己的相关诊断原则。事实已经充分证明，与被动阅读文字相比，主动思考问题的答案能够让学习效率大幅提高。钻研病例，从中找出诊断依据，这么做大有裨益。

你可能会问，为什么决策树形图总是以“考虑……”的表述方式作结，而不是直接给出诊断？对这些树形图深入思考之后，我发现采用试探性的措辞是更为安全的做法。我不把话说得太绝对，目的是想让你们规避一个所有临床医生都会踩到的陷阱——**尚未充分了解情况就草率得出诊断结论。**

我在图1.1中概括了诊断的过程，同时也在附录中列出了我认为非常重要的精神疾病诊断原则。为了节约篇幅，我将目前公认的主要诊断方法的大量相关信息放在了第3章和第6章的表格里。表3.3显示了各种主要诊断的鉴别诊断，表6.1列出了常见的共病诊断。

读完这本书后，如果你仍然对精神疾病的诊断存有疑问，那么不妨发电子邮件到 [morrjame@ohsu.edu](mailto:morrjame@ohsu.edu)。我会尽力回复每一封邮件。

## 关于术语

在这一版里，我主要使用 DSM-5<sup>[1]</sup> 术语，不过，你会发现，我有时并没有这样做，这是因为：① 一些新术语用起来很不方便。比如，我会继续沿用“恶劣心境”和“恶劣心境障碍”的说法，而非官方的“持续性抑郁障碍”（事实上，DSM-5 也把前两种说法用作新的官方说法的同义词）。② 我也继续沿用“心境障碍”来统称双相障碍和抑郁障碍相关章节中的各种病症，这么做只是为了节省篇幅。我想，对于“双相抑郁”这样的简称，读者理解起来应该不会有任何问题。③ 我有时会用常用的简短术语“痴呆”来代替新的、说起来有点啰嗦的“重度神经认知障碍”。此外，我也尽量不在 DSM-IV 的意义上使用“物质依赖”和“物质滥用”等术语。如果你看到了这样的词，那么我就是在更普及的意义上使用它们。

还有一个术语需要解释一下。尽管 DSM-5 中用“躯体症状障碍”一词代替了“躯体化障碍”，但我个人仍旧在使用后者的诊断标准。我已经在适当的地方解释了我对新、旧两种诊断标准的体会。在这里，我只是想提醒读者注意，名字虽然有两个，但是对我来说，诊断标准只有一套。不过，为了避免混淆，我还是会以新的 DSM-5 术语为主，“躯体化障碍”这样的词只是偶尔出现。

---

[1] 即 DSM 第 5 版，DSM 全称为“*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”，汉语译名为《精神障碍诊断与统计手册》。

## 致谢

最后，每一本书的背后都有很多人在提供无价的灵感、建议和鼓励。对于我最近的这本书，我要特别感谢我的妻子玛丽。虽然在我每本书的诞生过程中，她都充当了助产士的角色，但是对于这一本，她还额外给它做了细致的产前检查——审阅手稿。除此之外，我也要向我在吉尔福德出版社的合作者们表示敬意，特别是我的老朋友——编辑姬蒂·穆尔，我们经过了很多次的讨论才形成了这本书的创作理念。还有玛丽·斯普雷伯里，经过她的精心编辑，这本书的准确性和可读性得到了显著的提升。我还要感谢编辑项目经理安娜·布拉克特，她耐心地引导我走过了最后的路程，这本书才得以面世。她们都是业内的好手。我还要感谢无数的临床医生和患者，他们在不经意间给了我大量的启示，并为我指明了未来的方向。

# 目 录

## 第 1 篇 诊断的基础知识

### 第1章 诊断步骤

- 病例 01** 卡森：对生活里的小变故非常敏感 \_ 002  
诊断路径图 \_ 004

### 第2章 从诊断路径图开始

- 症状与体征 \_ 009  
综合症的由来 \_ 011

### 第3章 诊断方法

鉴别诊断 \_ 018

- 病例 02** 阿尔文：记忆力越来越差，行走时呈现独特步态，  
膀胱控制能力丧失 \_ 018

- 安全等级 \_ 020  
再谈卡森 \_ 023  
决策树形图 \_ 025

### 第4章 整合诊断

- 病例 03** 尼德拉：记忆力衰退，时常忧愁、恼怒，  
有精神障碍家族史 \_ 031
- 病例 04** 拉斯蒂：前两次发病主诉早醒，第三次发病却感到  
“终日疲惫”，睡不醒 \_ 032

## 信息冲突 \_ 033

- 病例 05** 迪克：认为自己有治病的特异功能，终日在街上游荡 \_ 033
- 病例 06** 南希：8年后食欲再次出现问题，性欲降到冰点 \_ 035
- 病例 07** 杰克：因为父亲曾罹患精神分裂症  
而担心自己也得这种病 \_ 037
- 病例 08** 伊莫金：自述腰部以下“完全瘫痪”，却表现得若无其事 \_ 039
- 病例 09** 吉尔：认为自己是世界上最不幸的人 \_ 040
- 病例 10** 亨利：姐姐说，他越来越担心自己的性取向 \_ 041
- 病例 11** 格兰特：原本文静、懂事的男孩，突然变得非常好斗 \_ 042
- 病例 12** 雅各布：总能听到奇怪的声音，觉得自己“快崩溃了” \_ 043
- 病例 13** 欧文：遭受抑郁困扰近6个月，却坚决否认有自杀念头 \_ 047

## 评估某一鉴别诊断的相关证据 \_ 048

- 病例 14** 埃德娜：感到非常害怕，可是不知道自己在怕什么 \_ 048

## 处理矛盾信息 \_ 053

- 病例 15** 托尼：多次轻生，有幻听、幻视，  
能清楚记得自己婴儿时期的事 \_ 053
- 病例 16** 比安奇：最臭名昭著的诈病者之一 \_ 058

## 第5章 如何应对诊断的不确定性

### 为什么存在不确定性? \_ 062

- 病例 17** 奈杰尔：对导致自己焦虑和抑郁的原因感到非常尴尬 \_ 063
- 病例 18** 特雷弗：自称在作案中“失去了意识” \_ 064
- 病例 19** 杰夫：自称没有酗酒习惯，前妻却说其经常喝得不省人事 \_ 065
- 病例 20** 柯琳：每天喝1.5L红酒，并且从没因此出现过问题 \_ 067
- 病例 21** 艾文：抑郁发作非常短暂，同时有半数概率伴有躁狂发作 \_ 068

### 应对诊断的不确定性 \_ 073

- 病例 22** 内德：头戴铝箔帽，语速很快，内容夸张 \_ 074

### 术语“未确诊”的价值 \_ 076

### 为何无法做出诊断? \_ 078

- 病例 23** 薇琪：只有20岁，却说自己“抑郁了一辈子” \_ 081

## 第6章 多重诊断

什么是共病？ \_ 085

为何要寻求共病诊断？ \_ 087

识别共病 \_ 088

- 病例 24** 艾伦：总是担心“政府”在监视他 \_ 089

共病诊断的排序 \_ 093

- 病例 25** 安妮：经常哭泣，对未来感到绝望，但没想过自杀 \_ 095

共病障碍之间的关联 \_ 096

## 第7章 核对

- 病例 26** 维罗妮卡：但她从没真正去做这些美食，  
只是喜欢想象它们 \_ 100

关于维罗妮卡的讨论 \_ 105

容易忽视的问题 \_ 110

过度使用的诊断 \_ 114

使用公式检验 \_ 115

病例追踪 \_ 117

改变诊断要考虑什么 \_ 119

- 病例 27** 坎迪：接受治疗后，精神病性症状却越来越多 \_ 120

## 第2篇 诊断的准备工作

### 第8章 全面了解患者

- 病例 28** 多萝西：尽管感到被指使和控制，但对此无能为力 \_ 125  
儿童期 \_ 127

- 病例 29** 罗兰：一直因脾气不好无法与他人结成亲密关系 \_ 127
- 病例 30** 若利：说服丈夫领养小孩，一次就多达7个 \_ 128
- 病例 31** 奥德利：一遍接一遍地给恋人打电话，一共打了11次 \_ 129
- 病例 32** 泰勒：对父亲一直抱有深深的怨恨，  
“这是我开始吸毒的重要原因” \_ 130

**病例 33** 达德利：过去的好学生，最近却因酗酒和盗窃被捕 \_ 131

**病例 34** 约瑟芬：心智发育大大落后于身体发育 \_ 132

### 成年期 \_ 133

**病例 35** 尼克：经常因为过量饮啤酒而被短暂禁止驾车，  
直至被吊销驾照 \_ 136

### 家族史 \_ 137

**病例 36** 马克：认为自己就是基督再临，生来就要拯救世界 \_ 138

**病例 37** 朱丽娅：祖父每次精神分裂症发作后  
都会逐渐恢复正常 \_ 140

## 第9章 躯体疾病与精神障碍诊断

**病例 38** 詹姆斯：吞下盐片几分钟后，惊恐感得到了缓解 \_ 142

### 躯体疾病与精神障碍的关系 \_ 144

**病例 39** 巴克斯特：时而暴怒，时而抑郁，时而愉快 \_ 144

**病例 40** 格洛丽亚：一旦治好了内分泌系统的病，  
情绪就会好很多 \_ 146

**病例 41** 西尔维娅：红斑狼疮病情恶化引发抑郁症状 \_ 148

### 寻找精神症状的生理起因 \_ 155

### 躯体化障碍中的躯体症状 \_ 157

### 借助躯体症状进行诊断 \_ 159

**病例 42** 玛乔丽：接受了几个月的夫妻治疗后，  
脾气越来越差，手也抖得厉害 \_ 159

### 物质使用与精神障碍 \_ 160

**病例 43** 马雷罗：停止注射合成类固醇后，迅速陷入严重抑郁 \_ 161