

精神医学新概念

(第二版)

主 编 江开达

主 审 徐韬园

编写人员(以章节先后为序)

徐韬园	朱紫青	汤国梅	李 飞	王 振
江三多	张 野	昂秋青	江开达	楼翡瓊
郭起浩	肖世富	张明园	方贻儒	徐俊冕
季建林	杜亚松	颜文伟	顾牛范	李华芳
沈一峰	高之旭	吴文源	李春波	王善澄

復旦大學 出版社

序 一

2000 年我曾为江开达教授主编的《精神医学新概念》首版作序,当时该书的主要内容是由 1997~1999 年连续 3 年短期精神医学进修班讲义的精华部分扩展而来的,其突出的时效性与内容上的先进性,使之有别于一般意义上的教材与学术专著,让人耳目一新。

进入 21 世纪,几乎每日都有新的事情、新的进展在身边发生,精神医学也毫不例外。特别是近 2 年来,各级政府及相关组织高度重视并积极推动精神卫生工作,使得该学科有了良好的发展机遇。在此基础上,新的理论模式、新的检查方法、新的诊断技能、新的治疗手段不断涌现,日趋丰富。借此复旦大学研究生院将该书推荐为研究生教学用书的机会,编者们对原稿认真进行了修改,并充实了与当前发展相随的新知识,使该书赋予了“新”内涵。我再次翻阅此书,同样爱不释手,感慨获益甚多!

该书作者主要是复旦大学上海医学院、上海第二医科大学、同济大学医学院及上海市精神卫生中心的资深教授以及在精神卫生专业学有所成的博士。多年来他们一直密切关注着本学科的前沿,具有扎实的理论功底和丰富的实践经验。透过此书可以感受到他们饱满的热情、全新的视角与投注的精力和心血。该书内容新颖、详细且切合实际,不仅是精神卫生专业研究生的全新教材,也为精神科专业人员提供了一本可供更新知识体系的专业书籍。殷切希望编者今后写出更多、更好的专业读物以飨读者,为培养出高层次人才提供高品质的教材。

夏镇夷

2003 年 11 月

序 二

我国在近 50 年来 ,一直非常重视精神科医师的培训和再培训工作 ,近 20 年来培训的内容又在不断提高 ,这当然是与精神医学近年来的迅速发展有关。这本书的内容充分反映了近年来的新进展 ,使读者可以在较短的时间内掌握这方面的新知识。

这本书的内容比较侧重生物精神病学 ,但并不提示可以忽略临床。临床不但是精神医学的基础 ,也是其他医学的基础。如果没有扎实的临床知识 ,就不能为科研提供诊断可靠的样本 ,因而就不能得出可信的研究数据。

在新的疾病模式 ,即“生物—心理—社会模式”中 ,生物虽放在第一位 ,但心理、社会因素也是很重要的内容 ,不但在精神疾病中是如此 ,在其他疾病中也是如此。这就是近 30 年来疾病的生物学模式被取代的原因。

以上观点 ,希望能引起大家的重视。

徐韬园

2003 年 11 月

前 言

《精神医学新概念》第二版不仅在内容上较前一版充实,在结构上也做了重新调整和安排,但内容和结构终归是思想的载体。本书的编者包括上海市精神卫生中心、复旦大学上海医学院、上海第二医科大学、同济大学医学院的专家教授及一些年轻的医学博士。随着编者们在临床和科研领域工作经验的积累,对目前精神医学的最新动态和进展,特别是对于国内精神医学界的强势、弱势、差距以及以后的学科走向和主流,有了更为清晰和清醒的认识。因此,本书的再版是对本学科新进展的呈现,也是对编者这两年来新思想和新视角的汇总。希望本书可以作为编者与精神医学界和其他医学界同道们的一个交流界面,而有志于精神医学的后来者们可以踩着前人的肩膀,看得更远,走得更好。这也是教育的宗旨和魅力。

本书在结构上分为5个部分。第一章是相对独立的第一部分,主要介绍精神疾病的几个分类系统,包括世界卫生组织的国际疾病分类系统,美国精神病学会的精神疾病诊断系统,以及我国的精神疾病诊断系统。诊断和分类系统是对临床现象进行汇总和分类,以便将无序的临床现象变成有序的规律和理论,同时为临床研究提供可进行分析的数据。从这个意义上讲,诊断和分类系统是构架临床和研究的桥梁,熟练掌握和运用这一工具,无疑将有助于临床和研究工作的展开。

第二至六章为第二部分,主要是方法学方面的介绍,包括流行病学、分子遗传学、脑影像学、神经电生理学和神经心理学。上述方法是医学界进行病因学研究的主要方法,而且已经被逐步引进我国精神科研究领域。过去的10年是中国精神科成长和发展的10年,重要的标志之一就是许多生物技术的引进和运用。虽然精神卫生经费和资源长期匮乏,但与国际同类技术运用方面的差距却正在不断缩小。这有助于国内同道能与国外学者进行平等交流,从而保持更为冷静的心态审视自己的差距和机会。本书在这一部分的内容中,将对国内外研究近况的分析和评估穿插其中,以便读者分享编者的体会。

第七至十二章是第三部分,介绍了精神科几个主要病种的病因学研究进展,其实是第二部分中的各类方法在具体疾病中的运用和研究结果的总结。与首版不同的是,这部分的内容不再侧重研究结果的汇报,而是同时介绍实验和技术方法上的改进、突破和不足。因为研究结果固然重要,但结果从产生的那一刻起就已经成为过去,方法与技术的改进却永无止境,而不断创新、进步和超越过去应该是科学研究的精神。

从第十三章以后是治疗康复学方面的内容,包括第十三至十六章的药物治疗(第四部分)和第十七至十八章(第五部分)的其他治疗及康复。新药的不断研制、开发和进入临床使用是近10年精神科发展的又一个重要标志,本书在这一部分中将抗精神病药物、抗抑郁药、心境稳定剂和益智药的研究进展逐一进行了介绍。第五部分中加进了首版中没有的会诊—联络精神医学,原因是会诊—联络精神医学已经并将继续在精神卫生服务领域占据一席之地,代表了精神卫生服务的发展趋势。

这是本书的新版本,也是编者们的思想的新版本。思想的交流和互动总是令人愉快和激

动的,这是我们在编写本书时的感受,也希望能将这个感受通过本书传递给读者。

本书能顺利出版,要感谢恩师夏镇夷教授的鼓励,同时感谢徐韬园、张明园、顾牛范教授等在成书过程中的积极参与和扶持。

江开达

2003 年 10 月 28 日

目 录

第一章 精神障碍分类的进展.....	1
第一节 国际分类.....	1
第二节 美国分类.....	6
第三节 中国分类	10
第二章 精神疾病的流行病学	13
第一节 概述	13
第二节 发展条件及方法学的若干概念	14
第三节 主要研究类型及适用范围	19
第四节 国际上几项精神疾病流行病学研究简介	20
第五节 常见和重点精神疾病流行病学研究的国内外动态	23
第三章 精神疾病的分子遗传学研究	29
第一节 疾病分子遗传学的理论基础及相关技术	29
第二节 精神疾病分子遗传学研究的特征和策略	37
第三节 阿尔茨海默病的分子遗传学研究进展	38
第四节 精神分裂症的分子遗传学研究	48
第五节 心境障碍的分子遗传学研究	56
第六节 强迫症的遗传学研究	62
第七节 注意缺陷障碍的分子遗传学研究	66
第八节 儿童孤独症的分子遗传学研究	68
第四章 脑影像学技术在精神科的应用	73
第一节 健康老人的脑影像学研究	73
第二节 阿尔茨海默病	75
第三节 精神分裂症	78
第四节 心境障碍	81
第五节 注意缺陷障碍	83
第六节 强迫性神经症	84
第五章 精神疾病的脑诱发电位研究	87
第一节 机制及应用原理	87
第二节 分类及研究方法	89
第三节 特征及影响因素	93
第四节 精神疾病脑诱发电位的改变	94
第六章 脑器质性精神障碍的神经心理学研究.....	102
第一节 遗忘综合征的神经心理学研究.....	102
第二节 智能障碍的神经心理学研究.....	109

第七章 阿尔茨海默病的病因学研究进展	116
第一节 流行病学	116
第二节 神经病理学	119
第三节 神经生化与分子遗传	122
第四节 神经生理	129
第五节 脑影像学	131
第六节 神经心理	136
第七节 老年轻度认知功能损害	137
第八章 精神分裂症的病因学研究进展	144
第一节 概述	144
第二节 遗传学研究	145
第三节 神经化学理论	147
第四节 脑影像学研究	151
第五节 神经发育研究	154
第六节 心理社会因素	156
第九章 精神分裂症的复发及其预防	159
第一节 精神分裂症复发的概念	159
第二节 精神分裂症复发的早期症状	159
第三节 精神分裂症复发的相关影响因素	160
第四节 精神分裂症复发对家庭和社会的影响	164
第五节 精神分裂症复发的预防	164
第十章 心境障碍的病因学研究进展	168
第一节 遗传因素	168
第二节 心理社会因素	169
第三节 生化假说	170
第四节 第二信使平衡失调假说	172
第五节 神经内分泌功能失调	172
第六节 神经电生理研究	173
第七节 神经影像学	174
第十一章 分离(转换)性障碍、神经症	178
第一节 分离(转换)性障碍	179
第二节 恐惧症	181
第三节 广泛性焦虑障碍	186
第四节 惊恐障碍	190
第五节 强迫症	194
第六节 躯体形式障碍	196
第七节 神经衰弱	200
第十二章 儿童行为和情绪障碍	202
第一节 儿童行为障碍	202

第二节 儿童情绪障碍.....	212
第十三章 抗精神病药的新进展.....	222
第一节 概述.....	222
第二节 新一代抗精神病药.....	222
第三节 理想抗精神病药.....	224
第四节 抗精神病药物的疗效.....	224
第五节 抗精神病药物的安全及不良反应问题.....	228
第六节 长期服药预防复发的问题.....	232
第七节 抗精神病药质优价廉的问题.....	233
第十四章 抗抑郁药临床应用的进展.....	234
第一节 抗抑郁药发展简介.....	234
第二节 抗抑郁药作用机制的探讨.....	234
第三节 抗抑郁药的疗效.....	236
第四节 抗抑郁药.....	236
第十五章 心境稳定剂研究进展.....	248
第一节 分类.....	248
第二节 作用机制.....	249
第三节 临床应用.....	256
第四节 临床应用的相关问题.....	259
第十六章 益智药临床应用的进展.....	265
第十七章 会诊—联络精神医学的进展.....	279
第一节 历史概况.....	280
第二节 国内发展史.....	281
第三节 CLP 的组织形式	283
第四节 相关的专业技能要求.....	283
第五节 CLP 的治疗设置	284
第六节 我国 CLP 存在的主要问题及对策	284
第七节 CLP 的一些文献资源	285
第十八章 康复精神医学的进展.....	288
第一节 概述.....	288
第二节 精神病的医院康复.....	290
第三节 精神病的社区康复.....	294

第一章 精神障碍分类的进展

精神障碍的分类在 20 世纪 60 年代以来获得了很大的进展,其特征就是分类的统一化、国际化。

这一特征是在下述背景下出现的:第二次世界大战(1939~1945)以后,由于交通的发达和信息交流技术的发展,在学术方面,各国各地各自为政的局面已不适应学术的发展,交流方面的“共同语言”已成为日益迫切的需要。在此情况下,世界卫生组织重新编印了《国际疾病和相关健康问题分类》(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD),为许多国家采用。此书的第 9、第 10 版(ICD-9, 1975; ICD-10, 1992)也为我国采用。1980 年美国出版了《精神障碍诊断统计手册》第Ⅲ版(DSM-Ⅲ),内容虽与 ICD 颇有不同,但因对每种精神障碍都定出了诊断标准,所以在全球精神医学界也产生了巨大影响,在美国被定为官方诊断标准。我国自 20 世纪 80 年代以来,多次修订了《中国精神障碍的分类和诊断标准》,内容基本参照国际分类,根据我国国情进行了部分修订,作为中国的统一标准。

下文将对国际分类、美国分类和我国分类作较详细介绍。

第一节 国际分类

一、概述

ICD 目前已出到第 10 版(1992),简称 ICD-10,包括各科疾病。精神科疾病是此书的第 5 章,在全书中,此章的内容最详细。在精神科文献中,所谓 ICD-10 通常是指其第 5 章。ICD 系统原来的精神疾病分类非常简单,一直到 ICD-8(1968)作了大量补充后才具有实际使用价值。ICD-8 一般只列出病名,ICD-9(1975)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 5 章。目前该书已有中译本(原本为英文)。第 5 章另出了单行本,书名为《ICD-10 精神与行为障碍分类》(原著为 1992 年英文版,中译本于 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(O00~O99)
- XVI 起源于围生期(围产期)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、中毒及确定其他外部原因的结局(S00~S99, T00~T99)
- XX 外源性致病及致死原因(V01~V98)
- XXI 影响健康状态及与健康服务机构接触的因素(Z00~Z99)

注:ICD-10 各章都称为“疾病”,只有第五章称为“障碍”。

二、ICD-10 与 ICD-9 的不同

ICD-10 精神科部分与 ICD-9 相比,有较多的改动。

(一) 编码改动

为了输入电脑及便于检索,ICD 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(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,大大增扩了编码容量。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 1 个字母加 2 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:

- (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。一种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成 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 阿尔茨海默病性痴呆
- F01 血管性痴呆
- F02 在它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 使用阿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 心境(情感性)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 伴发于在它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“阿尔兹海默痴呆”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 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”作为独立的病种列出来 ,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,每种病都有较细致的诊断标准,就像 DSM-IV 那样(也有中译本,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,每一综合征都包括症状、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、不明原因的躯体不适主诉、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、遗传症。

第二节 美国分类

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《精神疾病诊断统计手册》(diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM, 用罗马数字表明版次),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 DSM-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大大类,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、小类并未加序码,仅以字体大小来区分。为了眉目清楚,下文 1~19 的序码是译者加的。美国疾病编码可能因全面采用 ICD-9-CM 的编码,数据庞大,涉及医疗保险等问题,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)
 - 与酚环胺类有关的障碍(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(即上述分类中第 17 类的最后一条)。

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 $> 5 \text{ min}$, 记忆丧失应 $> 12 \text{ h}$ 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、已对日常活动产生影响的障碍。

3. 咖啡戒断症状 略。

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)缓解后出现典型的重性抑郁症状。

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

7. 经前期情绪不良障碍 经前期情绪不良(dysphoric)的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. 轻度抑郁障碍 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。

16. 被动攻击型人格障碍(违拗性人格障碍) DSM-III 有此诊断,DSM-IV 把它移入附录中。

17. 药物所致运动障碍 包括帕金森症、恶性综合征等 7 组症状。

以上 17 项在 DSM-IV (P. 703~751)中都列有一般描述及研究用诊断标准。

DSM-IV 的附录 C 是术语解释,主要是 DSM-IV 中所使用症状学名词的解释,因为有些名词各人定义不一致,也影响诊断标准的统一。例如“精神病性”(psychotic)一词,其解释如下:“此词有多种定义,但没有一个定义被公认。狭义的定义是有妄想及突出的幻觉,对幻觉无内省力。稍广义一点的定义也包括突出的幻觉,但患者可以认为这是虚幻的。再广义一点的定义还包括精神分裂症的其他阳性症状(例如言语散漫、行为紊乱、紧张症行为等)。以