心理诊断技能

心理学诊断过程

- 横向诊断
- 纵向诊断
- 诊断流程

鉴别诊断

- 神经症与精神病的鉴别
  - 自知力
  - 对客观现实歪曲的程度
  - 社会功能受损害的程度
  - 精神病性(psychotic)

学习目标

- 神经症与正常心理
- 器质性精神病
- 人格障碍

概述

- 神经症（neuroses），旧称神经官能症，是一组精神障碍的总称。其共同特征为：
  - 起病常与心理社会因素有关；
  - 病前多有一定的素质和人格基础；
  - 症状主要表现为脑功能失调症状、情绪症状、强迫症状、疑病症状、分离或转换症状、多种躯体不适感等，这些症状在不同类型的神经症患者身上常常混合存在，没有发现器质性病变。
  - 患者无精神病性症状，对疾病有相当的自知力，疾病痛苦感明显，有求治要求；
  - 社会功能相对完好，行为一般保持在社会规范允许的范围之内；
  - 病程大多持续迁延。
  - 正是这些共同的临床特征把这一组疾病放在同一个名称下沿用多年，至今尚无一个公认的更好的分类系统将其取代。

神经症的病因与发病机制

- 目前，比较一致的看法是，外在的精神应激因素与内在的素质因素是神经症发生的必不可少的原因，两者缺一不可。
- 长期以来，神经症被认为是一类主要与社会心理应激因素有关的精神障碍。许多研究表明，神经症患者较他人遭受更多的生活事件，主要以人际关系、婚姻与性关系、经济、家庭、工作等方面的问题多见。
- 一方面可能是遭受精神事件多的个体易患神经症；而另一方面则可能是神经症患者的个性特点更易于对生活感到“不满”，对生活事件更易感，或者是其个性特征易于损害人际交往过程，而导致生活中产生更多的冲突与应激。

精神应激事件

- **引起神经症的精神应激事件有以下几个特点：**
  ①应激事件的强度往往不十分强烈，而且往往是多个事件反复发生，持续时间很长，即虽然灾难性的强烈应激事件也可引起神经症，但更多的是那些使人牵肠挂肚的日常琐事。这点有别于反应性精神障碍的特点；
- ②应激事件往往对神经症患者具有某种独特的意义。这些事件在健康人看来也许微不足道，但对于某些神经症患者来说可能是特别敏感的。即更重要的不是事件本身的正负性、强弱，而是是否造成个体的内心冲突；

精神应激事件

- ③患者对应激事件引起的心理困境或冲突往往有一定的认识，也知道应该怎样去适应以消除这些事件对心理的影响，但往往不能将理念化解为行动，将自己从困境和矛盾的冲突中解脱出来，以致应激持续存在，最终超过个体的应付能力或社会支持能提供的保护水平而导致发病；
- ④神经症患者的精神应激事件不但来源于外界，更多地源于患者内在的心理欲求。因为神经症患者往往是理性的、道德的、传统的，常常忽略和压抑自己的需求以适应环境，但又总是对他人和自己的作为不满，**总是生活在遗憾和内心冲突之中**。因此，许多痛苦实质上来源于患者的个性，即所谓“天下本无事，庸人自扰之”。

素质因素

- 大多数研究者倾向认为，与精神应激事件相比，神经症患者个性特征或个体易感素质对于神经症的病因学意义可能更为重要，即使一些生物学病因如遗传学的研究，也认为亲代的遗传影响主要表现为易感个性。
- 一般认为，患者的个性特征首先决定着患神经症的难易程度。如巴甫洛夫认为，神经类型为弱型或强而不均衡型者易患神经症；Eysenck等认为，个性古板、严肃、多愁善感、焦虑、悲观、保守、敏感、孤僻的人易患神经症。其次，不同的个性特征决定着患某种特定的神经症亚型的倾向。如巴甫洛夫认为，在神经类型弱型者中间，属于艺术型（第一信号系统较第二信号系统占优势）者易患癔症；属于思维型（第二信号系统较第一信号系统占优势）者易患强迫症；而中间型（两信号系统比较均衡）者易患神经衰弱。甚至某些特殊的人格类型与某些神经症亚型的命名都一样，如表演型人格-癔症神经症、强迫人格-强迫性神经症。

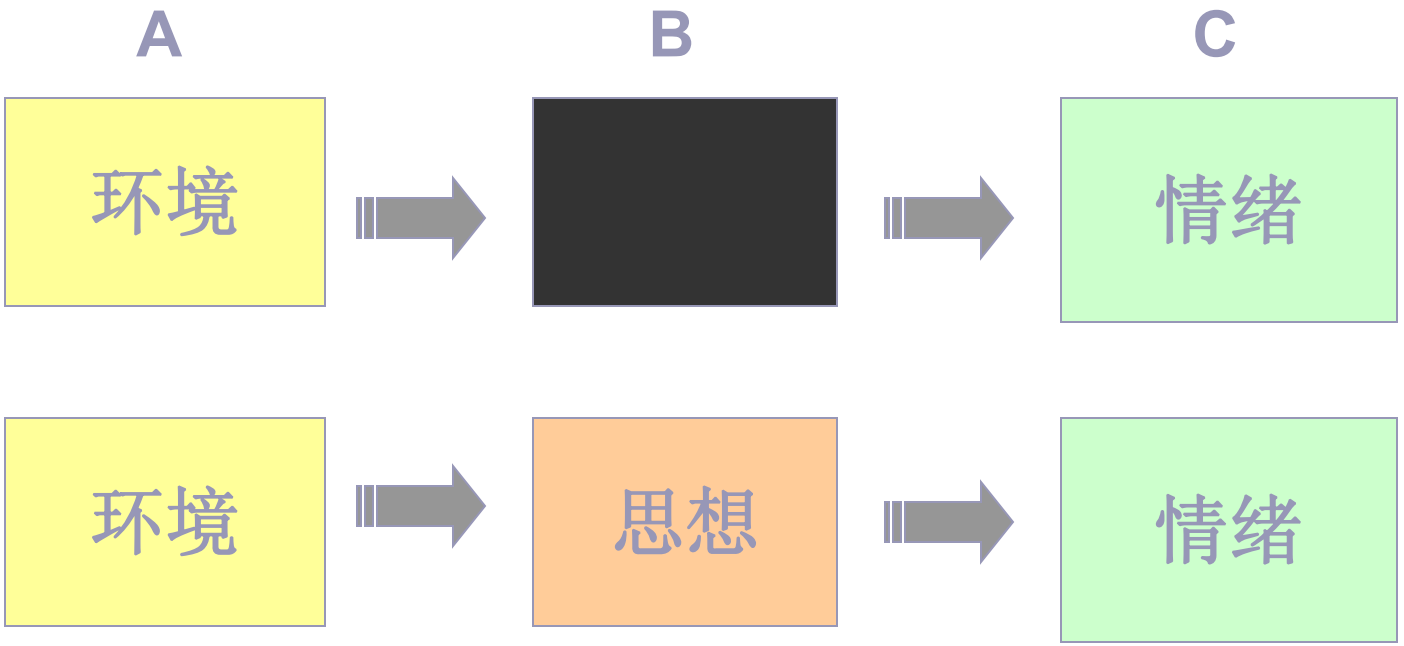
精神分析的神经症理论

- 精神分析学说由奥地利精神病学家弗洛伊德（S. Freud, 1856~1939）创立。他的基本理论有两个重要部分。其一是把心理活动分为意识(consciousness)、前意识(preconsciousness)、潜意识(unconsciousness)三个层次。
- 意识即我们平时可以感觉到的心理活动内容，但这只是心理活动极小的一部分，犹如“浮在海面上的冰山一角”；我们的心理活动更大的部分属于潜意识区域，充满了整个心理发育过程，尤其是幼儿期没有得到满足的、因违反社会道德而受到压抑的经历、欲望与动机。
- 它们不能直接地或原封不动地进入意识，因为会违背社会规范、良心道德等而使个体感到痛苦；潜意识与意识之间为前意识，是控制潜意识内容进入意识的守门员。潜意识的内容只有经过改头换面，在前意识防御机能减弱的情况下宣泄出来。如表现为一些千奇百怪的梦、莫明其妙的口误笔误或者一些神经精神症状。

精神分析的神经症理论

- 弗洛伊德第二个基本理论是把人格分为本我(id)、自我(ego)、超我(superego)三个部分。
- 本我是人格的基础，是各种本能的活动中心，包括各种欲望与冲动，不受理性的约束，按唯乐原则行事；
- 自我是人格的执行者，是人和客观现实相互作用的产物，其作用是控制精神能量适度地消耗与释放，直到外界现实具备满足本我的条件为止，因此自我是按现实原则行事；
- 超我是人格的监督者，由自我理想与良心两部分组成，它代表的是道义而不是现实，追求的是完美而不是快乐。所以超我按道德原则行事。一般情况下，本我为心理活动提供必要的精神动力；超我则对个体的行为进行监控，使之不违反社会规范；自我则在超我与本我之间协调，使个体本我的冲动能在符合超我的规范下尽可能得到实现与满足。
- 当自我力量不足以抵御或缓解这些焦虑时，就会产生神经症性的冲突。由于本我要寻求表现的本能冲动处于潜意识领域，自我就很难意识到其冲突的真正对象，因此就体验到莫名的恐惧、焦虑。当焦虑转换为躯体症状时，则表现为癔病的转换性症状；焦虑被分离出意识时，则表现为癔症的分离性症状；被转向外部世界的对象时，则表现为恐惧症。

ABC Model of Emotion



A = Activating Events
B = Beliefs
C = Emotional Consequences

分界线是什么？

- 对自己满意吗？
- 能接受自己吗？
- 道家？儒家？佛家？

- 时间？
- 痛苦程度：自杀？焦虑？抑郁？
- 社会功能

神经症与器质性病的鉴别

- 常规的体格检查和神经系统检查？？？
- 两个诊断？？？
  - 化验结果多！！
  - 持续时间长！！
  - 内科常规治疗无效！！
  - 四处求医！！！！！！
  - 一个消化内科女患者！！！！！！
  - 痛！！！！！！

神经症与人格障碍

- 人格障碍开始于童年、青少年，并一直持续到成年乃至终生。没有明确的起病时间。
- 人格显著偏离正常，如情绪不稳、易激惹、情感肤浅或冷酷无情等。行为常常受本能欲望、偶然动机的驱使，缺乏目的性、计划性和完整性，自制力差。
- 人格障碍主要表现为情感和行为的异常，但其意识状态、智力均无明显缺陷。一般没有幻觉和妄想。
- 多数人格障碍者无自知之明，以致害人害己。
- 人格障碍者一般能应付日常工作和生活，主观上往往感到痛苦。
- 人格障碍对各种治疗手段效果欠佳，医疗措施难以奏效，再教育效果亦有限。

临床表现

- 情绪症状:
- **焦虑**(anxiety)是正常人在对未来事件无法预测结局时产生的一种情绪，如面临重大的抉择或考试。作为一个症状，则是指在缺乏充足的客观原因时，患者产生紧张、不安或恐惧的内心体验并表现相应的自主神经功能失调。
- 此时患者警醒水平增高，严重者有大祸临头、惶惶不可终日之感；有运动性不安、坐卧不宁，好比热锅上的蚂蚁；伴心悸、出汗、尿频、震颤、眩晕、恶心等自主神经功能紊乱的症状。
- 焦虑在临床上常表现为两种形式，一是持续性的，二是发作性的。后者又称为惊恐发作(panic attack)，表现为一种极端的焦虑状态，伴窒息感、濒死感和自我失控感，它可在慢性焦虑的背景上发作，有不少患者在发作间隙并无情绪异常，而有些患者则在间歇期因担心下次发作而持续存在期待性焦虑。焦虑情绪是焦虑症(anxiety disorders)的主要症状，也常见于其他神经症。

过度呼吸
过快、过深
胸腹并用

吸入的氧份多于身体所需

血液内氧份提升　O2⇑
二氧化碳下降　CO2⇓
(Alkanosis)

红血球氧份的分解度降低
血管收缩

引起头晕、呼吸困难
、
窒息感、手脚麻软
、
心跳加快、吞咽困难

临床症状

- 情绪症状:
- **恐惧**（fear）是一种正常的保护性情绪反应，当面临危险时，恐惧可以提醒个体尽快做出逃跑/战斗的决定。恐惧症状则特指病人对某种客观刺激产生的一种不合理的恐惧，而且患者明知这种情绪的出现是荒唐的、不必要的，却不能摆脱，是恐惧症(phobia)的主要临床表现。
- 像惊恐发作一样，患者同时伴有一系列自主神经症状如面红或苍白、呼吸心率加快、恶心、出汗、血压波动等。恐惧症状与惊恐发作不同的是，恐惧必定产生于某一客观刺激（尽管这种客观刺激在通常情况下不应引起恐惧），因而有明确的恐惧对象和相应的回避行为，天长日久便导致了社会功能的受损。而惊恐发作却往往是一种突发的、不明原因的焦虑恐惧发作。

临床症状

- 情绪症状:
- **易激惹**(irritability)是一类负性情绪，它不仅仅指易发怒，还包括易伤感、易烦恼、易委屈、易愤慨等。这种情绪易启动状态是情绪启动阈值和情绪自控能力双重降低的结果。极小的刺激便可触动情绪的扳机，一触即跳、大发雷霆最为常见。神经症的易激惹皆事出有因，有其方向性和目的性，只是情绪反应过度，因而患者常常后悔，有些患者在发作时仍在极力自控，只是力不从心。

临床症状

- 情绪症状:
- **抑郁**(depression)是一种不愉快的情绪体验，可以表现为从轻度的缺少愉快感到严重的绝望自杀，核心症状是丧失感，如兴趣、动机、生活的期望、自我价值、自信心、欲望（如食欲、性欲）等，均可不同程度地下降或丧失。患者常常这样描述自己的体验：“高兴不起来”，“对什么都不感兴趣”，“展望未来，前途渺茫；回首往事，一无是处”，“事事不如别人，活着还有什么意思”，常伴有厌食、体重减轻、睡眠障碍、性欲减退、疲倦无力及慢性疼痛等症状。有时躯体方面的症状是患者就诊的唯一主诉，而无自觉的抑郁情绪体验，应特别注意鉴别。
- 神经症患者中，抑郁程度多不严重，但持久难消，药物治疗不理想。多见于恶劣心境障碍、焦虑症、强迫症等。

临床症状

- 强迫症状:
  - 强迫观念:反复联想，患者明知多余，但欲罢不能。
  - 强迫性对立思维，即感知到某一概念时便同时产生一个与之对立的概念，如看见“和平”二字，马上想起“战争”二字；一见“安全”，便想到“危险”，造成内心紧张。
  - 强迫意向(obsessive intention)，即一种尚未付诸行动的强迫性冲动，使病人感到一种强有力的内在驱使。如患者见到墙壁上的电插座，就产生“触摸”的冲动。
  - 强迫行为：

临床症状

- 疑病症状：
- 疑病症状(hypochondriacal symptom)是指对自身的健康状况或身体的某些功能过分关注，以致怀疑患了某种躯体疾病或精神疾病，而与实际健康状况并不相符；且医生的解释或客观医疗检查的正常结果不足以消除患者疑病观念，因而到处反复求医。
- 患者往往感觉增敏，对一般强度的外来刺激感到不堪忍受，对体腔内脏的正常活动，也能“清晰”地感知并过分关注，如感到体内膨胀、跳动、堵塞、牵扯、扭转、缠绕、流窜、热气上冲等。这些内感性不适便成为疑病观念的始因和基础，加上多疑固执的个性素质，便发展成为疑病观念。如果个别医务人员不注意患者的疑病个性特征，随意议论判断，则可能引起或加固患者的疑病观念，这种“医源性”疑病症的患者往往有较高的暗示性。
- 典型疑病观念常见于疑病症(hypochondriasis)。严格说，各种神经症都有不同程度的疑病色彩。

临床症状

- 躯体不适症状：
  - **慢性疼痛(chronic pain)**是临床常见症状，在神经症患者中更为普遍。慢性疼痛与急性疼痛的临床意义和处理方法不尽相同，它可能表示某种潜在的器质性损害，也可以表示一种紧张的精神状态，甚至可能仅仅是一种争取他人注意的习得行为或联络感情、维持人际关系的应付方式。
  - 神经症性的疼痛，以头颈部为最多见，其次是腰背、四肢，呈持续性或波动性。疼痛发生的频率与患者的心理压力及其他神经症症状有关。

临床症状

- 躯体不适症状
- **头昏（dizziness）**是神经症常见的主诉之一，是一个较为模糊的概念，至今尚无统一的定义。患者将体验描述为“头昏脑胀”、“头昏眼花”、“脑子不清晰”。头昏常与头痛、头胀相伴出现，患者自觉感知不甚清晰，注意集中困难，记忆模糊，分析、综合能力降低，烦恼、焦躁，并可伴有一些自主神经症状。
- 头昏实际上是多种症状的综合性描述，它是神经症的常见症状，但并不是神经症的特征症状，如高血压、贫血等躯体疾病也常有头昏。

临床症状

- 躯体不适症状：
  - 自主神经的功能主要是调节内脏器官活动，使其能够适应机体及环境变化的需要。大脑皮层、自主神经系统及内分泌均可能出现功能障碍，表现出许多躯体症状。
  - 焦虑性障碍患者的自主神经症状以交感神经功能亢进为主要特点，且主要表现在心血管方面如心悸、气促，也可同时出现副交感神经功能亢进的一些症状如尿频、多汗等。
  - 自主神经症状是焦虑症的必备症状之一；癔症的自主神经症状多表现为自主神经的功能紊乱，如可表现为心动过速或心动过缓、食欲亢进或食欲低下等。

临床症状

- 睡眠障碍：
- 睡眠障碍在神经症患者中极为普遍，其中失眠是睡眠障碍中最常见的形式，
- 失眠一般分为三种形式，即入睡困难、易惊醒、早醒。神经症患者以入睡困难为主诉最为多见，其次是易惊醒和早醒。
- 有些服用地西泮等药物的患者，由于对久服安眠药后果的恐惧以及耐药性的缘故，时间一长也往往事倍功半。由于患者入睡前思绪繁杂、情绪焦虑、肌肉紧张，因而入睡的潜伏期延长，即使勉强入睡，睡眠也不深，极易为轻微刺激所惊醒，因而主诉“易醒”或“未睡着”，周围环境的声音、活动一概知晓，早晨醒来觉得不解乏，没有睡好，于是不想起床。
- 早醒是由于患者的警醒水平过高，一旦醒后便难以重新入睡，辗转反侧或起床走动，嗟叹夜长。多见于恶劣心境障碍。

神经症的诊断

- 1. 症状标准：至少有下列1项：①恐惧；②强迫症状；③惊恐发作；④焦虑；⑤躯体形式症状；⑥躯体化症状；⑦疑病症状；⑧神经衰弱症状。
- 2. 严重标准：社会功能受损或无法摆脱的精神痛苦，促使其主动求医。
- 3. 病程标准：符合症状标准至少3个月，惊恐障碍另有规定。
- 4. 排除标准：排除器质性精神障碍、精神活性物质与非成瘾物质所致精神障碍、各种精神病性障碍如精神分裂症与偏执性精神障碍、心境障碍等。

识别重性精神病

- 掌握重性精神病的核心症状并能识别。
- 学习症状学