

<<精神科临床诊断>>

图书基本信息

书名：<<精神科临床诊断>>

13位ISBN编号：9787501967261

10位ISBN编号：7501967261

出版时间：2009-2

出版时间：中国轻工业出版社

作者：莫瑞森

页数：277

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<精神科临床诊断>>

前言

诊断在精神科临床工作中的作用至关重要，对患者疾病诊断的正确与否，将直接决定患者的治疗进程和预后。

精神疾病与内外科疾病诊断的不同之处在于：大多数功能性精神疾病是依据症状学来进行诊断，并不具备体格检查和实验室检查的阳性结果。

这就要求精神科临床工作者在评估患者时，必须有效地利用信息进行逻辑思考以做出正确的诊断，而不是依赖客观检查。

现行的多个精神疾病诊断系统，包括DSM，ICD和CCMD，在主要精神疾病的诊断标准上趋于一致，将各种精神疾病的诊断从症状、严重程度、病程和排除四大标准上进行归纳，以方便诊断。

对于初学者和具有多年临床经验的精神科医师来说，这些诊断系统无疑对于诊断是很有帮助的。

但是，过度依赖这些诊断标准，会使得我们在评估过程中，只注重通过挖掘患者的症状来获得诊断，而忽视诊断原则和技术的运用，以及逻辑诊断思路的培养，尤其忽视获取新的信息以更新诊断。

在精神科工作多年，一直以来，我们都是诊断上抱着“存异求同”的态度，即对于疑难病例，患者最终的诊断是以年资最高的教授判断为准。

无论在医学院学习时或是在临床实践阶段，我们更注重的是如何有效地通过精神状况检查来挖掘症状以获得诊断，而不是系统地学习诊断的程序和原理。

因此，在很大程度上容易忽视诊断过程中有价值的信息。

然而，在面对患者时，如何结合患者既往史和现病史中有价值的信息，有效地运用诊断和鉴别诊断原则，培养逻辑诊断思路对精神科临床工作者有着非常重要的意义。

目前国内精神科临床诊断的专业书籍并不多，因此很有必要从国外引入一些相关专著。

James Morrison所著《精神科临床诊断》，由美国著名的Guilford出版社于2007年出第一版，国内尚未翻译过该书。

美国多所大学的学者对该书给予了很高的评价，认为该书对于提高精神科工作者的临床技能很有帮助。

《精神科临床诊断》从诊断路径、诊断方法和原理、整合诊断和全面了解患者信息等多个方面，系统地阐述了如何建立精神科疾病诊断。

<<精神科临床诊断>>

内容概要

精神科诊断犹如高手办案。

寻找证据不放过蛛丝马迹，分析证据又需要去伪存真。

当事人有时会过分渲染，令呈现的症状纷繁芜杂。

但有时又会刻意掩饰，使人无从着手。

以精神和行为异常为主要临床表现的精神障碍，既可能是大脑病变的结果，也可能是躯体疾病的表现，更有可能是重大生活事件、脑功能与脑结构损害与器官系统病变综合作用的产物。

如何在纵向上将幼年生活经历、个人成长经历、所处的地理与文化语境、疾病史，在横向上把临床发现、检查所见以及本次疾病的发作形态有机整合，形成最终的精神科诊断，既需要知识，也需要技巧，还应该遵循一定的临床诊断方法。

自从一百多年前现代精神病学奠基以来，学科发展可谓是突飞猛进。

这既得益于神经科学的巨大贡献，也受惠于众多临床精神病学家在临床方法学上的孜孜探索。

James Morrison是一位资深的临床精神病学教育家。

他结合DSM系统编辑的若干本有关精神科临床实践的参考书，已经被美国精神科住院医师奉为圭臬。

李欢欢、石川两位青年精神科医生利用业余时间，精心翻译了这部书。

译文准确流畅。

可读性强。

他们在翻译过程中不断感受到这本书强烈的实用性和启发性，相信本书的读者也一定会深有同感。

<<精神科临床诊断>>

作者简介

James Morrison，医学博士，于俄勒冈州波特兰市的里德学院获学士学位；之后，在圣路易斯华盛顿大学获医学博士学位，并接受精神科培训。

他曾长期在多个私立和公立医院从事临床工作，具有丰富的临床经验。

现为俄勒冈健康科学大学临床精神病学教授。

其他著作包括《初次访谈，让DSM- 更容易》《心理问题掩盖下的躯体障碍》《儿童与青少年的访谈技巧》等。

<<精神科临床诊断>>

书籍目录

第一部分 诊断学基础 第一章 诊断之路 诊断路径图 第二章 从诊断路径图开始 症状和体征 综合征的必要性 第三章 诊断方法 鉴别诊断 安全层次 关于Carson的更多信息 决策树 第四章 整合诊断 当信息来源相互冲突时 评估数据, 列出鉴别诊断 处理矛盾的信息 第五章 关于不确定情况的处理 为什么存在不确定性?
处理诊断的不确定性 术语“未确诊”的价值 为什么我们不能做出诊断?
第六章 多重诊断 什么是共病?
为什么要做出共病诊断?
识别共病 给共病诊断排序 共病诊断之间的联系 第七章 核对 讨论Vernica的案例 容易忽视的问题 过度使用的诊断 使用公式进行检验 案例追踪 改变诊断面临的挑战第二部分 建立诊断集
第八章 全面了解患者 童年期 成年生活和生存状况 家族史 第九章 躯体疾病和精神诊断 躯体疾病如何和精神障碍相联系 精神症状的生理原因 躯体化障碍: 一个特例 利用躯体症状进行诊断 物质滥用和精神障碍 第十章 诊断和精神状况检查 外表 心境/情感 言语的流畅性 思维内容 认知和智力资源 自知力和判断力第三部分 诊断技术的应用 第十一章 诊断抑郁和躁狂 抑郁综合征 躁狂及其变异形式 共病 界限 第十二章 诊断焦虑和恐惧 惊恐障碍和恐惧症 广泛性焦虑障碍、创伤后应激障碍、强迫冲动障碍以及共病 急性应激障碍 第十三章 诊断精神病态 精神分裂症: 亚型和变异形式 器质性精神病 物质使用相关性精神病 其他的精神障碍和共病 短暂性精神障碍 感应性精神障碍 第十四章 诊断记忆和思维障碍 谵妄和痴呆 其他的认知障碍和共病 未达到障碍的认知问题 遗忘和分离 第十五章 诊断物质滥用和其他成瘾障碍 物质滥用 与物质滥用相关的障碍 其他成瘾 第十六章 诊断人格障碍和关系问题 界定PD的诊断 诊断关系问题 从正常中区分出障碍
第十七章 临床诊断之外的问题: 依从性、自杀和暴力 依从性 自杀 第十八章 患者集锦附录 诊断原则 创建一个鉴别诊断 当信息来源相矛盾时 分析不确定性 多重诊断参考文献

<<精神科临床诊断>>

章节摘录

假如有位患者来就诊时，表现出躁狂发作的症状，并有双相I型障碍病史，那么，你的诊断会非常轻松。

如果对于第一章所提到的抑郁症患者Carson，当你获知他上次来接受评估时，正处在生活环境的变动之中，你的诊断就不会那么容易了。

Carson的案例表明，在理解患者的情感和行为时，来自环境和既往史的信息是非常重要的。

2005年美国精神病学杂志的一篇评论提到：优秀的临床诊断不止是建立在常规的症状诊断基础之上，还要包括患者所有的社会环境和既往精神疾病史信息，这为我的观点提出了有力的佐证。

深挖患者的各种信息的另一个原因是，再次确定某些实际上无精神疾病、但却担心自己存在问题的个体。

了解更多的信息有利于你做出更加准确的判断。

例如，Tom刚离婚，这时他的老板对Tom说，如果他再不多花些精力的话，他就职的公司就要面临着破产。

Tom所经历的这些压力和挫折让他开始担心自己是不是哪里出了问题——或许快要精神崩溃了。

对Tom的既往史进行详细了解后发现：Tom无精神障碍病史，但存在很多生活方面的问题。

与精神疾病的治疗相比，对类似Tom这样的患者的治疗特异性和迫切性都相对较低。

因此，我们需要确定，在排除其他导致情绪波动的特异性病因之后，我们是否有依据做出情境依赖性诊断，如工作压力或婚姻不和谐。

当然，即使是精神疾病患者，经常也会有其他不相关的问题需要我们去解决。

Dorothy，现年37岁，在过去的15年中一直因患精神分裂症而接受治疗。

尽管她是英语文学专业的大学毕业生，但目前收入微薄。

她的工作是在当地一家超市中兼职打包，回收手推车。

Dorothy住在一间救助公寓里，和别人合住一间房。

她自己购物，使用自己的支票账户。

通过服用抗精神病药治疗，她已有10年时间没有再住院，尽管有时还会受到一些症状困扰。

她的室友Janette既不工作也不打扫房间，只会花钱（有些是借Dorothy的）去打玩保龄球、玩电子游戏和订比萨饼。

<<精神科临床诊断>>

编辑推荐

《精神科临床诊断》为万千心理丛书之一。

<<精神科临床诊断>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>