

ICD-11 与 DSM-5 关于双相障碍诊断标准的异同

肖 茜¹, 张道龙^{2,3*}

(1. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

2. 美中心理文化学会, 伊利诺伊州 芝加哥 60608;

3. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 伊利诺伊州 芝加哥 60612

*通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【摘要】 本文目的是对 ICD-11、DSM-5 这两套诊断系统关于双相障碍的诊断异同进行比较。双相及相关障碍是发作性的心境障碍, 由反复躁狂发作、轻躁狂发作以及抑郁发作为临床表现。本文将通过对双相障碍在两个诊断系统中的诊断要点进行讨论, 以期增进临床工作者对两套诊断系统相应内容的理解。

【关键词】 ICD-11; DSM-5; 双相障碍; 诊断标准

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10. 11886/j. issn. 1007-3256. 2019. 05. 016

Similarities and differences between the diagnostic criteria of ICD-11 and DSM-5 for bipolar disorder

Xiao Qian¹, Zhang Daolong^{2,3*}

(1. Mental Health Center of Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

2. Chinese American Association for Psychology and Culture, Chicago 60608, USA;

3. Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago, Chicago 60612, USA

*Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【Abstract】 The purpose of this study was to compare the differences and similarities between the ICD-11 and the DSM-5 diagnosis for bipolar disorder. Bipolar disorder and related disorders are episodic mood disorders defined by recurrent manic, hypomanic, and depressive episodes. Different mood symptoms alternated throughout the course of bipolar disorder. This article discussed the key criteria in the bipolar disorder diagnosis, so as to improve clinical workers' understanding of the corresponding sections in the two diagnostic manuals.

【Keywords】 ICD-11; DSM-5; Bipolar disorder; Diagnostic criteria

经过 15 年的探索和发展,精神和行为障碍的诊断分类发生了重大改变。《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)已出版发行^[1]。《国际疾病分类(第 11 版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)预计将于 2022 年在全世界推行和应用^[2]。双相及相关障碍是发作性的心境障碍,以反复躁狂发作、抑郁发作及轻躁狂发作为临床表现。在疾病病程中,不同类型的心境发作交替出现,甚至可出现精神病性症状^[3-4]。近年来,双相障碍患病率呈上升趋势。Merikangas 等^[5]的一项样本量超过 6 万人、包含 11 个国家的居民的流行病学调查显示,双相谱系障碍总患病率为 2.4%,

超过了精神分裂症 1% 的患病率;美国关于双相障碍总患病率的调查结果 3.7%^[6];我国 2019 年双相障碍的终身患病率为 0.6%^[7]。双相障碍病程长,患者自杀的风险较高,影响患者工作、学业及家庭生活等^[8]。双相障碍通常起病于抑郁发作,因此,常被误诊为抑郁障碍,延误治疗。本文重点讨论双相障碍在 DSM-5 和 ICD-11 这两套诊断标准中诊断要点的异同,为广大精神科及心理科医务工作者熟悉双相障碍在这两套诊断系统中的诊断特征提供参考。

1 ICD-11 对双相障碍的定义和诊断

ICD-11 心境障碍这一章节包括抑郁障碍和双相障碍。不同的心境障碍是根据心境发作的特定类型及随时间变化的模式进行定义,如抑郁发作、躁狂发作、混合发作以及轻躁狂发作^[2]。心境发作

项目基金:湖南省自然科学基金青年基金项目(2018JJ3832)

不是独立的诊断,在 ICD-11 中没有诊断编码,而是作为抑郁障碍和双相障碍的组成部分存在。

1.1 ICD-11 对双相障碍的诊断

双相及相关障碍是发作性的心境障碍,由躁狂发作、混合发作及轻躁狂发作以及相关症状所定义。在双相及相关障碍的病程中,躁狂、混合、轻躁狂发作通常与抑郁发作交替出现^[2]。

1.1.1 ICD-11 中的双相 I 型障碍

双相 I 型障碍的编码为 6A60,是一类发作性的心境障碍,定义为出现至少 1 次躁狂发作或混合发作。虽然仅需躁狂或混合发作即可诊断为双相 I 型障碍,但大部分的情况是抑郁发作与躁狂或混合发作在病程中交替出现^[2]。

1.1.2 ICD-11 中的双相 II 型障碍

双相 II 型障碍的编码为 6A61,是一类发作性的心境障碍,定义为至少出现 1 次轻躁狂发作,同时至少出现 1 次抑郁发作。不能仅有一次轻躁狂发作就予以诊断,一定要求曾出现重性抑郁发作。既往从未出现过躁狂或混合发作,若有此类发作应诊断为双相 I 型障碍^[2-3]。

1.1.3 ICD-11 中的环性心境障碍

环性心境障碍的编码为 6A62,是一类表现为持续性的(至少 2 年)心境不稳定,并且在多数时间有轻躁狂症状及抑郁症状。轻躁狂症状群可满足或不满足轻躁狂发作的定义性需求(见双相 II 型障碍),但既往无躁狂或混合发作(见双相 I 型障碍)。抑郁症状群的严重程度和持续时间不足以满足抑郁发作的诊断需求^[2]。

1.2 ICD-11 中不同亚诊断的双相障碍

在 ICD-11 中,根据不同的心境发作特点,对双相障碍作出了更细致的亚诊断分类。具体根据以下 4 个维度进行分类^[2-3]。

维度之一为当前心境症状,包括抑郁发作、躁狂发作、轻躁狂发作以及混合发作^[2]。

维度之二为严重程度。①轻度发作:这些症状不严重,个体的职业、日常社交活动或人际关系功能没有明显的损害,没有住院治疗的必要性,未伴有幻觉或妄想;②中度发作:个体通常在进行日常工作、社交或家务活动中有相当程度的困难,但在一些领域仍保有功能,中度以上可以伴精神病性症

状;③重度发作:较多或大多数的症状表现突出,或一些症状表现尤为强烈。在个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域中无法保有功能,或功能严重受限^[2]。

维度之三为是否伴有精神病性症状,依据发作中是否存在妄想或幻觉^[2]。

维度之四为被描述为当前处于发作期、部分缓解或完全缓解等^[2]。①目前处于心境症状发作期,症状达到某种心境发作的诊断标准;②目前为部分缓解,曾满足双相障碍的定义性需求,目前已不符合任何心境发作(躁狂、轻躁狂、混合及抑郁发作)的定义性需求,但仍可能残留一些显著的情感症状;③完全缓解,曾满足双相障碍的定义性需求,同时目前已无任何显著的情感症状^[2]。

2 DSM-5 对双相障碍的定义和诊断

DSM-5 中双相障碍的定义是发作性的心境障碍,表现为交替的躁狂发作、轻躁狂发作以及抑郁发作。这一章诊断包括双相 I 型障碍、双相 II 型障碍、环性心境障碍、物质/药物所致的双相及相关障碍、由于其他躯体疾病所致的双相及相关障碍、其他特定的双相及相关障碍和未特定的双相及相关障碍^[1]。

2.1 DSM-5 中的双相 I 型障碍

双相 I 型障碍要求个体必须符合躁狂发作的诊断标准,在躁狂发作之前或之后可能有轻躁狂或重性抑郁发作。双相 I 型障碍不要求个体一生必须经历一次重性抑郁发作。然而,绝大多数症状完全符合躁狂发作诊断标准的个体在生命历程中也经历了重性抑郁发作^[1,4]。

2.2 DSM-5 中的双相 II 型障碍

双相 II 型障碍要求个体一生至少经历一次重性抑郁发作和一次轻躁狂发作,它不再被认为比双相 I 型障碍“更轻”,这主要基于双相 II 型障碍患者处于抑郁状态时,由于心境的不稳定通常伴有职业或社会功能的严重损害^[1]。

2.3 DSM-5 中的环性心境障碍

环性心境障碍要求在至少 2 年(儿童和青少年至少 1 年)的时间内有多次轻躁狂症状及抑郁症状,但均未符合轻躁狂及抑郁发作的标准。DSM-5 中强调在病程中轻躁狂和抑郁期至少有一半的时间,且个体无症状的时间每次从未超过 2 个月^[1]。

2.4 DSM-5 中的其他特定的/未特定的双相及相关障碍

其他特定的双相及相关障碍是指具备双相及相关障碍的典型症状,并引起临床意义的痛苦或社会功能损害,但未能完全符合双相及相关障碍任一种疾病的诊断标准。未特定的双相及相关障碍是指因信息不足而无法做出更特定的诊断^[1]。

3 两套诊断系统的相同点

3.1 躁狂/轻躁狂发作诊断标准的调整

对于躁狂或轻躁狂的诊断,DSM-5 中增加了“活动增多或主观感受的精力充沛”这一条标准。但是这一条标准不是独立的诊断标准,需要伴随情绪高涨而存在。因此诊断的阈值增高了,可能提高了诊断的特异度,但降低了灵敏度。ICD-11 亦进行了类似调整^[3]。

3.2 双相障碍的定义更明确

与 ICD-10 相比,DSM-5 和 ICD-11 对双相 II 型障碍的定义更明确:需要至少一次抑郁发作和一次轻躁狂发作;DSM-5 和 ICD-11 均认为仅达到一次躁狂发作就可诊断为双相 I 型障碍;对于没有双相障碍病史的患者,在使用抗抑郁药物、电休克治疗的情况下,如果出现足够强度和持续时间的躁狂发作(需达到诊断标准),就可以诊断为双相障碍^[1,3]。

3.3 双相谱系障碍的定义类似

DSM-5 中存在其他特定的双相及相关障碍,此类型适用于那些临床表现具备双相及相关障碍的典型症状,且引起有临床意义的痛苦,或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害,但未能符合双相及相关障碍任一种疾病的诊断标准的情况^[1]。

ICD-11 也有其他特定双相及相关障碍这一诊断,编码为 6A6Y,但没有对其具体内容进行详细说明。在 ICD-11 的制定过程中,曾有专家对双相谱系障碍概念的科学基础存在质疑和争议^[3],但最终两套诊断标准中均保留了其他特定的双相及相关障碍这一诊断。如此制定诊断标准的目的是将那些属于双相谱系障碍但尚未完全满足双相障碍诊断标准的疾病纳入其中^[9]。

4 两套诊断系统的区别

4.1 心境障碍的章节划分

在最初的草案中,DSM-5 和 ICD-11 均将抑郁

症和双相情感障碍分为两章。在正式出版的 ICD-11 中,“心境障碍”作为一个总体章节,其中包括双相障碍和抑郁障碍^[2]。DSM-5 则创建了“双相障碍及相关障碍”和“抑郁障碍”两个章节^[10-11]。

4.2 诊断标准规定的时间及条目数的清晰度不同

DSM-5 对于诊断条目和时间的划分规定比较精确。比如躁狂发作的诊断条目 A 在时间上规定要求达到 1 周以上,几乎每天大部分时间都存在症状;条目 B 也清晰地指出在 7 项症状标准中,若存在心境高涨,需要达到 3 项以上,若仅仅是易激惹,则需要达到 4 项以上^[1]。ICD-11 在诊断时间要求上是用“数日”来表达^[2]。两个诊断系统可用于相互参照阅读,有助于诊断操作。

4.3 诊断的标注

ICD-11 通过亚诊断来区分不同类型的双相障碍,从目前发作的症状、严重程度、是否伴有精神病性症状以及是否缓解等 4 个维度来划分^[2]。DSM-5 是用标注的形式来表达不同类型的双相障碍,并按照一定的编码顺序来标注,如:双相 I 型障碍,目前或最近的发作类型,严重程度/精神病性/缓解标注,接着记录没有编码的其他标注。其他无编码的标注包括:伴焦虑痛苦、伴混合特征、伴快速循环、伴忧郁特征、伴非典型特征、伴心境协调的精神病性特征、伴心境不协调的精神病性特征、伴紧张症、伴围产期发生和伴季节性模式^[1]。

4.4 关于混合发作

ICD-11 中对混合发作的定义为:在至少 1 周的大多数时间内,明显的躁狂症状和抑郁症状混合、或快速交替出现。两个诊断系统关于“混合发作”的区别是:ICD-11 保留了诊断双相障碍混合发作的可能性^[10-11],而 DSM-5 取消了双相障碍混合性发作这一类别,以“伴混合特征”标注的形式来表达^[1,3]。

5 总 结

本文以双相障碍为例,讨论 DSM-5 和 ICD-11 在该疾病诊断方面的异同。两套诊断标准的内容基本相同,但在章节划分和亚诊断表达方式上存在差别。混合发作在 DSM-5 中不再作为一个单独诊断,而作为标注存在,这是两个诊断系统区别较大之处。

6 问 答

Q1:轻躁狂发作在 DSM-5 中的诊断标准是至少持续 4 天,有可能持续数周以上的轻躁狂状态吗?

A1:有可能存在。病程小于 4 天的称之为其他特定的双相障碍^[1]。连续 4 天以上是轻躁狂诊断的最低标准,症状也可能持续数周以上。但是对于大部分的情况,若轻躁狂超过 7 天,可能会变成躁狂或抑郁状态,轻躁狂不是稳定的状态,一般较少出现数周以上保持轻躁狂状态的情况^[1,4]。

Q2:DSM-5 中物质/药物所致的双相及相关障碍与真正的双相障碍之间有差别吗?

A2:物质/药物所致的双相及相关障碍的诊断特征与躁狂、轻躁狂或抑郁的诊断特征基本相同。应注意,物质/药物所致的双相障碍是在使用了物质或药物后产生的症状,随着药物的生理效应消退,这些症状也会消退。对于真正的双相障碍,也可能出现在使用了物质或药物之后,但轻躁狂或躁狂症状的持续时间超出了物质/药物的生理效应,此时应诊断为双相障碍,而非物质/药物所致的双相及相关障碍^[1,3]。

Q3:在 DSM-5 中物质/药物所致的双相及相关障碍,通过表格列出了常见的诱发物质^[1],为何没有列出抗抑郁药?

A3:此表格中所列都是容易滥用的物质。并非抗抑郁药不能引起双相障碍,而是药物的种类太多,难以全部记录下来。但常见的滥用物质大约有十类,所以 DSM-5 中只列出物质滥用的类别。

参考文献

[1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5 版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015:

119-137.

- [2] WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics/Bipolar or related disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/dev11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentent%2f613065957,2019-04-01>.
- [3] de Dios C, Goikolea JM, Colom F, et al. Bipolar disorders in the new DSM-5 and ICD-11 classifications[J]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2014, 7(4): 179-185.
- [4] 美国精神医学学会. 理解 DSM-5 精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 40-49.
- [5] Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative[J]. *Arch Gen Psychiat*, 2011, 68(3): 241-251.
- [6] Rush AJ. Toward an understanding of bipolar disorder and origin [J]. *J Clin Psychiatry*, 2003, 64(Suppl 6): 4-8.
- [7] Huang YQ, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224.
- [8] Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [J]. *Lancet*, 2012, 380 (9859): 2163-2169.
- [9] Koukopoulos A, Sani G, Ghaemi SN. Mixed features of depression: why DSM-5 is wrong (and so was DSM-IV) [J]. *Br J Psychiatry*, 2013, 203(1): 3-5.
- [10] Ketter TA, Citrome L. Addressing challenges in bipolar diagnosis: what do good clinicians already do? An editorial comment to Phelps J, Ghaemi SN 'The mistaken claim of bipolar 'overdiagnosis': solving the false positives problem for DSM-5/ICD-11' [J]. *Acta Psychiatr Scand*. 2012, 126(6): 393-394.
- [11] Phelps J, Ghaemi SN. The mistaken claim of bipolar 'overdiagnosis': solving the false positives problem for DSM-5/ICD-11 [J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2012, 126(6): 395-401.

(收稿日期:2019-09-07)

(本文编辑:陈霞)