

· 临床督导 ·

# ICD-11 与 DSM-5 关于强迫及相关障碍 诊断标准的异同

肖 茜<sup>1</sup>, 张道龙<sup>2\*</sup>

(1. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

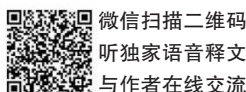
2. 北京华佑精神康复医院, 北京 102200

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

**【摘要】** 本文目的是对《国际疾病分类(第11版)》(ICD-11)和《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-5)这两套诊断系统中强迫及相关障碍诊断标准的异同进行比较。强迫及相关障碍以持续的强迫思维和/或反复的强迫行为为主要临床表现。本文通过对强迫及相关障碍在两套诊断系统中的诊断特征进行比较,以期增进广大精神医学及心理工作者对两套诊断系统相应内容的理解。

**【关键词】** ICD-11; DSM-5; 强迫及相关障碍; 诊断标准

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



中图分类号: R749.99

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20200427001

## Similarities and differences between the diagnostic criteria of ICD-11 and DSM-5 for obsessive-compulsive and related disorders

Xiao Qian<sup>1</sup>, Zhang Daolong<sup>2\*</sup>

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

2. Beijing Huayou Psychiatric Hospital, Beijing 102200, China

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

**【Abstract】** The purpose of this study is to compare the diagnostic criteria for obsessive-compulsive and related disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5). Obsessive-compulsive and related disorders are characterized by repeated obsessive thoughts and/or being with compulsive behavior. This article compared the diagnostic characteristics of the disease between two diagnostic systems, so as to provide a better understanding of the corresponding sections in two diagnostic manuals for psychiatric and psychological workers.

**【Keywords】** ICD-11; DSM-5; Obsessive-compulsive and related disorders; Diagnostic criteria

强迫及相关障碍是常见的精神疾病,以反复的强迫思维和/或强迫行为为典型特征。流行病学研究显示,强迫障碍的患病率达到1.2%<sup>[1]</sup>。目前,关于强迫及相关障碍的病因机制尚未完全阐明。随着研究的深入,研究表明,该疾病是由遗传及环境因素共同作用所致<sup>[2]</sup>。遗传学研究显示,强迫障碍与5-羟色胺、多巴胺及谷氨酸系统的基因位点异常相关;而影像学研究显示,强迫障碍存在皮质-纹状体-丘脑环路异常<sup>[3]</sup>。目前国内外对强迫障碍诊断的依据为《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)<sup>[4]</sup>和《国际疾病分类(第11版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)<sup>[5]</sup>。本文通过比较DSM-5和ICD-11中强迫及相关障碍诊断标准的异同,有助于同仁熟悉两大国际通用的诊断标准。

### 1 ICD-11 对强迫及相关障碍的定义和诊断

#### 1.1 ICD-11 对强迫及相关障碍的总体定义

强迫及相关障碍是一组反复出现强迫观念和强迫行为的精神障碍,包括强迫障碍、躯体变形障碍、疑病症、嗅觉牵涉障碍等,目前ICD-11专家组认为它们在病因及诊断方法上是共通的<sup>[6-7]</sup>。强迫观

基金项目:湖南省自然科学基金青年基金项目(项目名称:反刍思维中心认知行为治疗对青少年抑郁症患者的临床症状改善研究,项目编号:2018JJ3832)

念、侵入性思维及先占观念被认为是该组障碍的核心特征,同时伴反复的相关行为<sup>[4]</sup>。ICD-11 中,强迫相关障碍还包括囤积障碍,但该障碍并不与侵入性的、不必要的思维相关,而是表现出强迫行为性质的对累积物品的需求,并且存在丢弃物品的痛苦。此外,聚焦于躯体的重复行为障碍也归于本组障碍中,主要表现为反复的、习惯性的针对皮肤的行为(例如拔除毛发、搔抓皮肤),且缺乏明显强迫思维。上述症状会导致个体出现显著的痛苦或致使其社交、家庭、工作及学业等重要领域功能损害<sup>[4,8]</sup>。

### 1.2 ICD-11 对强迫障碍的诊断

强迫障碍在 ICD-11 中的编码为 6B20,表现为持续性的强迫观念和/或强迫行为。强迫思维或强迫观念定义为反复和持续的思想、表象、冲动或渴望。这些思维是侵入性的、不必要的,且通常与焦虑相关。强迫行为既包括反复的行为,也包括重复的精神运动。强迫行为是对强迫思维的中和反应,目的是遵守一种严苛的规则或获得一种完整感。而强迫思维或行为必须是耗时的(每天耗费时间>1 h),并且导致个体显著的痛苦或功能损害<sup>[4,8]</sup>。

### 1.3 ICD-11 对躯体变形障碍的诊断

躯体变形障碍在 ICD-11 中的编码为 6B21,表现为持续的先占观念,个体认为外表存在一处或多处缺陷、瑕疵或者整体外貌丑陋,而这些在他人看来都是不被注意的或者微不足道的。有过度的自我关注体验,通常存在牵涉观念,坚信他人注意得到并评论、议论这些个体觉察到的缺陷或瑕疵。作为对先占观念的反应,个体陷入反复而过度的行为,试图遮盖、改变这些缺陷,或明显回避那些缺陷可能被察觉的情境。且上述症状会导致个体显著的痛苦或功能损害<sup>[4,6,8]</sup>。

### 1.4 ICD-11 对嗅觉牵涉障碍的诊断

嗅觉牵涉障碍在 ICD-11 中的编码为 6B22,表现为持续的先占观念,个体认为自己发出他人觉察得到的臭味、侵袭性的体臭或难闻的口臭,而这些在他人看来是不被注意的或微不足道的。通常存在牵涉观念,即坚信他人注意得到并评论、议论这些个体感知到的气味。作为对先占观念的反应,个体陷入反复而过度的行为,例如反复检查体臭、寻找觉察到的臭味的来源或反复向他人寻求保证与

安慰、过度的尝试去遮盖或预防这种觉察到的体臭、明显回避社交情境以及体臭可能被察觉的情境。症状会导致个体显著的痛苦或重要领域的功能损害<sup>[4,7]</sup>。

### 1.5 ICD-11 对疑病症的诊断

疑病症在 ICD-11 中的编码为 6B23,表现为持续的先占观念或恐惧,个体认为自己可能罹患一种或多种严重的、进行性的或威胁生命的疾病。先占观念与个体对症状或体征的灾难性错误解读有关,包括将正常或普通的感觉解读为异常的,并且出现反复而过度的寻求诊疗或回避的行为。先占观念或恐惧超出了个体对自身既有病情的合理担忧。尽管已完善适当的医疗检查并反复获得了安慰和保证,个体仍持续或反复出现先占观念或恐惧。上述症状导致个体显著的痛苦或重要领域的功能损害<sup>[4,7-8]</sup>。

### 1.6 ICD-11 对囤积障碍的诊断

囤积障碍在 ICD-11 中的编码为 6B24,表现为因过度获取或难以丢弃而积攒物品,无论其实际价值如何。过度积攒表现为反复的、与积聚或购买物品有关的渴望和行为。难以丢弃物品表现为自认为有保存物品的需要以及与丢弃物品相关的痛苦。积攒物品导致生活场所堆满杂物,以致于安全性受到影响。这些症状导致个体显著的痛苦或重要领域的功能损害<sup>[4,8]</sup>。

### 1.7 ICD-11 对聚焦于躯体的重复性行为障碍的诊断

聚焦于躯体的重复性行为障碍在 ICD-11 中的编码为 6B25,表现为针对皮肤的反复的、习惯性的行为,例如拔除毛发、搔抓皮肤、咬嘴唇。个体通常伴有试图减少或阻止此类行为的徒劳尝试。习惯性的行为导致皮肤的症状,如脱发、皮损、唇擦伤。这些行为出现频率高但每次持续较短时间,或出现频率相对低但每次持续较长时间。这些症状导致个体显著的痛苦或重要领域的功能损害<sup>[4,8]</sup>。

### 1.8 ICD-11 对其他特定的和未特定的强迫及相关障碍的诊断

其他特定的强迫及相关障碍在 ICD-11 中的编码为 6B2Y,指由于未达到任何一种强迫及相关障碍的诊断标准,但具有明显强迫相关障碍的典型症状。未特定的强迫及相关障碍在 ICD-11 中的编码为 6B0Z,具有强迫相关障碍的核心特征,但由于在

急诊室环境等信息不充足的情况而无法明确患者符合何种强迫及相关障碍的诊断标准,可予以此诊断<sup>[4,8]</sup>。

### 1.9 关于 ICD-11 强迫及相关障碍的标注

ICD-11 中关于强迫及相关障碍的自知力缺乏分为两个亚型,即“伴一般或良好自知力”和“伴较差自知力或缺乏自知力”<sup>[4]</sup>。部分个体有良好的自知力,认为强迫思维的内容是不可能发生的;部分个体的自知力较差,认为强迫思维的内容可能真会发生;甚至有少部分个体对强迫思维的信念达到了妄想的程度。较差的自知力与个体的预后不良相关<sup>[4]</sup>。

## 2 DSM-5 对强迫及相关障碍的定义和诊断

### 2.1 DSM-5 对强迫及相关障碍的总体定义

DSM-5 认为强迫及相关障碍这一谱系在病因上是彼此相关的,将这些障碍归于同一章以便于临床应用。临床工作者应该筛查在同一谱系之中是否有共病的情况(例如强迫症可与囤积障碍共病),并且应该知道这些疾病中有重叠的部分。此外,焦虑障碍与某些强迫及相关障碍(例如强迫障碍)之间存在密切关联,反映在 DSM-5 的章节排序中,强迫及相关障碍紧随焦虑障碍之后<sup>[4,9]</sup>。

### 2.2 DSM-5 对强迫障碍的诊断

强迫障碍存在强迫思维和/或强迫行为。强迫思维是重复的、侵入性的想法和冲动,而强迫行为是重复的行为或精神活动,是为了中和强迫思维而作出的反应。在不同的个体中,强迫思维和行为的特定内容不同,但某些症状维度存在共性,包括清洁、对称性、被禁止或忌讳的想法以及伤害自己或他人的想法<sup>[4,9]</sup>。

### 2.3 DSM-5 对躯体变形障碍的诊断

躯体变形障碍的特点是有感受到的躯体外貌的缺点或瑕疵的先占观念,这些缺点不能被他人观察到。由于对外貌过分关注,个体会产生重复性的行为或精神活动。值得注意的是,躯体变形障碍关注外貌的先占观念不能更好地用进食障碍来解释。进食障碍的个体虽也在意外表,但先占观念是注重体重和体形。另外,肌肉变形障碍是躯体变形障碍的一种类型,这种障碍以男性患者居多,其特点是觉得自己体格太小或肌肉不够发达<sup>[4,9]</sup>。

### 2.4 DSM-5 对囤积障碍的诊断

囤积障碍的特点是持续地难以丢弃物品或与所有物分离,而不管它们的实际价值,这一行为的原因是个体感受到强烈的积攒物品的需求以及与丢弃它们有关的痛苦。囤积障碍不同于正常的收藏。囤积障碍的症状会导致大量物品的集聚,塞满正在使用的居住区域,使居住区域的原有用途遭到破坏。过度获取是绝大多数囤积障碍个体的特点,表现为过度地收集、购买或偷窃那些并不需要或无处安置的物品<sup>[4,9]</sup>。

### 2.5 DSM-5 对拔毛癖和抓痕障碍的诊断

拔毛癖(拔毛障碍)的特点是反复拔掉自己的毛发导致毛发缺失以及反复企图减少或停止拔毛的行为。抓痕(皮肤搔抓)障碍的特点是反复搔抓皮肤导致皮肤的损害以及反复企图减少或停止搔抓皮肤的行为。聚焦于躯体的重复性行为是拔毛癖和抓痕障碍的特征,并非被强迫思维或先占观念所激发,但可伴有焦虑或厌烦的情绪。该行为发生前个体焦虑增加,或在毛发被拔出、皮肤被搔抓后带来满足、快乐和放松的感受。个体可以不同程度地觉察到自己的行为,一些个体表现出对该行为更多的关注,而另一些个体的行为则更为自动化,未有意识到该行为的发生<sup>[4,9]</sup>。

### 2.6 DSM-5 对物质/药物所致的强迫及相关障碍的诊断

物质/药物所致的强迫及相关障碍的基本特征是强迫及相关障碍的主要症状被判断可归因于某种物质(例如滥用的毒品、药品)的效应<sup>[4]</sup>。强迫及相关症状必须在接触药物、物质中毒或戒断的过程中或不久后出现,而且该物质/药物的毒理或药理效应必须能够产生这些强迫相关症状<sup>[9]</sup>。

### 2.7 DSM-5 对由于其他躯体疾病所致的强迫及相关障碍的诊断

由于其他躯体疾病所致的强迫及相关障碍所涉及的特征性症状,是某种躯体疾病直接的病理生理后果<sup>[4]</sup>。强迫症状能够被有关躯体疾病更好地解释,必须基于病史、体格检查或实验室检查结果<sup>[9]</sup>。

### 2.8 DSM-5 对其他特定的和未特定的强迫及相关障碍的诊断

其他特定的强迫及相关障碍和未特定的强迫及相关障碍是由那些不符合任一种特定的强迫及

相关障碍的诊断标准的症状组成,因为非典型的临床表现或非特定的病因而属于该诊断。例如,聚焦于身体的重复性行为障碍和强迫性嫉妒,均属于其他特定的强迫及相关障碍<sup>[4]</sup>。

## 2.9 关于 DSM-5 强迫及相关障碍的标注

在每种强迫及相关障碍中,与障碍相关的自知力包括“良好或一般的自知力”到“差的自知力”和“缺乏自知力/妄想信念”。对于那些使用强迫及相关障碍的“缺乏自知力/妄想信念”标注的个体,不应诊断为精神病性障碍<sup>[4]</sup>。

## 3 两套诊断系统对强迫及相关障碍诊断的相同点

### 3.1 对强迫及相关障碍的诊断定义一致

DSM-5 和 ICD-11 在强迫及相关障碍中包含的疾病类别及诊断定义均高度一致,其中相同的疾病类别有强迫障碍、躯体变形障碍、囤积障碍以及其他特定和未特定的强迫及相关障碍。DSM-5 和 ICD-11 均指出,强迫及相关障碍谱系的各个疾病具有类似的病因学基础<sup>[4-5,10]</sup>。

### 3.2 对强迫及相关障碍的谱系概念相同

DSM-5 和 ICD-11 均设置了其他特定的和未特定的强迫及相关障碍。这种设置将一些核心特征属于强迫障碍症状、但尚未完全满足任何强迫及相关障碍的诊断标准或暂时无法明确诊断的强迫及相关障碍纳入其中,形成强迫及相关障碍谱系的概念<sup>[4-5,10]</sup>。

## 4 两套诊断系统对强迫及相关障碍诊断的区别

### 4.1 疑病症的归属

ICD-11 将疑病症归类为强迫及相关障碍。疑病症以患有某种严重疾病的先占观念为核心特征,先占观念对于已经存在的躯体疾病或风险是过度 and 不成比例的。该疾病因有明显健康方面的先占观念在 ICD-11 中被认为更接近于强迫谱系障碍<sup>[5]</sup>。而 DSM-5 将疑病症(疾病焦虑障碍)归类为躯体症状及相关障碍。DSM-5 认为该类患者有躯体症状并对健康状况过度焦虑,既可放在躯体症状及相关障碍中,又可作为一种焦虑障碍。因为这些个体通常首先就诊于基本医疗场所,较少到精神医疗机构

就诊,为了便于使用,将它划分至躯体症状及相关障碍这一章节<sup>[10-11]</sup>。

### 4.2 强迫及相关障碍谱系中个别疾病的诊断分类有细微差异

ICD-11 将聚焦于躯体的重复性行为障碍作为一个独立的诊断,包括拔毛癖和抓痕障碍这两个子诊断<sup>[5,12]</sup>。而 DSM-5 将拔毛癖和抓痕障碍作为两个独立的诊断<sup>[4,12]</sup>。另外,ICD-11 将嗅觉牵涉障碍作为一个独立的诊断,而 DSM-5 中嗅觉牵涉障碍被归类于其他特定的强迫及相关障碍中<sup>[10-11]</sup>。

### 4.3 在标注方面的差异

在 ICD-11 中,关于强迫及相关障碍的自知力缺乏包括两个亚型,即“伴一般或良好自知力”和“伴较差自知力或缺乏自知力”<sup>[5]</sup>。而 DSM-5 中则包括三个亚型,即“伴良好或一般的自知力”“伴差的自知力”和“缺乏自知力/妄想信念”。另外,DSM-5 特别强调,若既往存在抽动症病史需要标注,因为约 30% 的强迫障碍的个体患有抽动症。与没有抽动症病史的强迫障碍相比,这些患者在疾病特征和家族遗传方面具有独特性<sup>[4,10]</sup>。

### 4.4 物质/药物所致和其他躯体疾病所致的强迫及相关障碍的章节归属

ICD-11 将物质/药物所致和由于其他躯体疾病所致的强迫及相关障碍分别归类于“物质使用所致障碍”和“与分类于他处的障碍或疾病相关的继发性精神或行为综合征”这两章。而 DSM-5 将这两个诊断共同归类于强迫及相关障碍这一章节<sup>[4-5,11]</sup>。

## 5 总 结

本文重点讨论了 DSM-5 和 ICD-11 在诊断强迫及相关障碍方面的异同。这两套国际通用的诊断系统在强迫及相关障碍谱系的总体定义和诊断分类上基本一致,但在疑病症的诊断章节归属问题上存在明显差别。将两套诊断系统互相参照学习,有助于整体理解强迫及相关障碍谱系的核心特征。

## 6 问 答

Q1: 如何将强迫思维与反刍思维进行区分?

A1: 反刍思维在重性抑郁障碍中较为常见,通常与心境一致,且不一定体验为侵入性或痛苦感。而且思维反刍不会与强迫行为有关<sup>[4,13]</sup>。

Q2: 焦虑障碍中也有反复的想法和担忧,如何

与强迫障碍中的强迫思维进行区分?

A2: 广泛性焦虑障碍中反复的想法通常是与现实生活有关的担心, 而强迫障碍的强迫思维通常不涉及对现实生活的担心, 而是包括古怪的、非理性的或看似神奇的内容, 且经常伴随强迫行为<sup>[14]</sup>。

Q3: 一些强迫障碍患者具有妄想性的强迫信念, 如何与精神病性障碍区分?

A3: 某些强迫障碍患者的自知力很差, 强迫信念甚至达到了妄想性的程度。然而他们有强迫思维和强迫行为, 使其区别于妄想障碍。而精神分裂症的患者往往具有幻觉或思维障碍等这些特征性的表现<sup>[13]</sup>。

Q4: 强迫障碍如何与强迫型人格障碍进行区分?

A4: 强迫型人格障碍的特点不是侵入性的想法、表象、冲动或对这些侵入性想法的重复行为, 而是涉及一种持久而广泛的过度追求完美和机械地控制的适应不良模式。这两种疾病也可能共病<sup>[15]</sup>。

Q5: 老年人的囤积行为需要警惕哪些疾病?

A5: 老年人可能存在囤积障碍, 但在诊断前需要特别排除神经认知障碍。如果收集物品是某种退化障碍的直接后果, 例如, 与额颞叶变性或阿尔兹海默病有关的神经认知障碍, 则不能诊断为囤积障碍。神经认知障碍可能伴有自我忽视和家庭极度肮脏, 并发其他神经精神病性症状, 例如脱抑制、赌博、仪式化/刻板运动、抽动和自我伤害行为<sup>[16]</sup>。

## 参考文献

- [1] Osland S, Arnold PD, Pringsheim T. The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: a population-based Canadian study [J]. *Psychiatry Res*, 2018, 268: 137-142.
- [2] 施慎逊, 黄悦勤, 陈致宇, 等. 抑郁症、强迫障碍及进食障碍研究新进展[J]. *中国心理卫生杂志*, 2017, 31(S2): 4-6.
- [3] Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, et al. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective[J]. *Nat Rev Neurosci*, 2014, 15(6): 410-424.
- [4] 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: 227-255.
- [5] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/obsessive-compulsive or related disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1321276661>, 2019-04-01.
- [6] Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11[J]. *J Affect Disord*, 2016, 190: 663-674.
- [7] Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al. Obsessive-compulsive disorder[J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2019, 5(1): 52.
- [8] Simpson HB, Reddy YC. Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers[J]. *Braz J Psychiatry*, 2014, 36 (Suppl 1): 3-13.
- [9] 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: 83-96.
- [10] Marras A, Fineberg N, Pallanti S. Obsessive-compulsive or related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11 [J]. *CNS Spectr*, 2016, 21(4): 324-333.
- [11] Fontenelle LF, Yücel M. A clinical staging model for obsessive-compulsive disorder: is it ready for prime time? [J]. *EClinicalMedicine*, 2019, 7: 65-72.
- [12] Grant JE. Trichotillomania (hair pulling disorder) [J]. *Indian J Psychiatry*, 2019, 61(Suppl 1): S136-S139.
- [13] 迈克尔·弗斯特. DSM-5 鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 157-163.
- [14] Citkowska-Kisielewska A, Rutkowski K, Mielimaka M, et al. Obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder and in generalized anxiety disorder: occurrence and correlations[J]. *J Psychiatr Pract*, 2020, 26(2): 101-119.
- [15] Thamby A, Khanna S. The role of personality disorders in obsessive-compulsive disorder[J]. *Indian J Psychiatry*, 2019, 61 (Suppl 1): S114-S118.
- [16] Suñol M, Martínez-Zalacaín I, Picó-Pérez M, et al. Differential patterns of brain activation between hoarding disorder and obsessive-compulsive disorder during executive performance[J]. *Psychol Med*, 2020, 50(4): 666-673.

(收稿日期: 2020-04-27)

(本文编辑: 戴浩然)