

ICD-11 与 DSM-5 关于应激相关障碍 诊断标准的异同

肖 茜¹, 张道龙^{2*}

(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)这两套诊断系统中应激相关障碍的诊断标准异同进行比较。应激相关障碍与暴露于应激源或创伤事件直接相关,造成个体情绪、认知以及行为的一系列改变和功能损害。本文通过对两套诊断系统中应激相关障碍诊断特征的异同进行探讨,以期增进精神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; 应激相关障碍; 诊断标准

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫码二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20200624001

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

Xiao Qian¹, Zhang Daolong^{2*}

(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】 This study aims to compare the diagnostic criteria for stress-related disorders in the International Classification of Diseases, eleventh edition (ICD-11) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). Stress-related disorders are directly related to the exposure to stressors or traumatic events, resulting in a series of emotional, cognitive and behavioral changes and functional impairment. The similarities and differences of diagnostic criteria for stress-related disorders in the two systems are discussed, in order to assist psychiatric and psychological professionals to learn the corresponding contents thoroughly in the two diagnostic manuals.

【Keywords】 ICD-11; DSM-5; Stress-related disorders; Diagnostic criteria

应激相关障碍是一种在多元文化和社会背景下暴露于创伤或应激事件而引起的精神障碍^[1]。应激相关障碍的患病率为 2.0%~8.0%,对个体的心理和生理均产生不同程度的损害^[2-3]。目前关于该障碍病理生理机制的研究尚未得出一致结论,但已有研究表明,下丘脑-垂体-肾上腺轴活动的异常^[4]以及糖皮质激素和皮质醇受体的改变^[5]是应激相关障碍可能的病理生理学机制。也有研究表明,应激相关障碍中的情绪和认知变化与海马、杏仁核及前额叶皮层等皮质-边缘系统相关^[5-6]。《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)^[7]和《国际疾病分类(第 11 版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)^[8]是用于诊断应激相关障碍的两大诊断系统。本文通过讨论应激相关障碍的诊断标准在 DSM-5 和 ICD-11 中的异同点,帮助精神医学工作者熟悉应激相关障碍的诊断标准。

1 ICD-11 对应激相关障碍的定义和诊断

1.1 ICD-11 对应激相关障碍的总体定义

应激相关障碍与暴露于应激源或创伤事件直接相关。诊断这一系列障碍均需有可识别的应激

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)

源。尽管并不是所有暴露于可识别的应激源的个体都会出现应激相关障碍,但没有经历应激事件的个体一定不会出现本组障碍^[8]。本组中一些障碍的应激源为日常范围的应激事件,如离异、社会经济问题、居丧反应等,而另一些障碍所涉及的应激源的程度是极端威胁或恐怖性质的。区分应激相关障碍所包含的各障碍的依据是应激事件引起的症状性质、模式和持续时间以及相关的功能损害^[8-9]。

1.2 ICD-11 对创伤后应激障碍的诊断

创伤后应激障碍(Post-traumatic stress disorder, PTSD)是一种暴露于单个或多个极端威胁或恐怖的事件后发生的障碍^[8]。表现为以下特征:①创伤经历的再体验,即创伤事件以栩栩如生的侵入性记忆、闪回或梦魇等形式在当下再现,通常伴有强烈的、压倒性的恐惧情绪,并伴有强烈的躯体感觉;②回避行为,回避关于创伤事件的思维或记忆,或回避使人想起创伤事件的活动、情境或人物;③对目前威胁的持续性高水平警觉,如听到突发的响声时出现强烈的惊跳反应。这些症状持续至少几周,并导致个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域功能的显著损害^[8,10]。

1.3 ICD-11 对复杂性创伤后应激障碍的诊断

复杂性创伤后应激障碍是一种暴露于单个或多个极端威胁或恐怖的事件后可能发生的障碍。这些创伤性应激事件通常是长期的、反复的,且从这些情境中逃脱是极其困难或不可能的(如虐待、奴役、种族灭绝活动、长期的家庭暴力、儿童反复遭受的性虐待或躯体虐待)^[8-9]。这种障碍必须首先满足 PTSD 的所有诊断要求,同时存在以下特征:①情绪调节存在严重异常;②存在一些信念,认为自己是渺小的、失败的、无价值的,对创伤性事件有愧疚感、自责自罪或失败感;③难以与他人保持亲密的人际关系。这些症状导致个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域功能的显著损害^[8-9,11]。

1.4 ICD-11 对延长哀伤障碍的诊断

延长哀伤障碍是一种在至亲之人辞世后,个体出现持续而广泛的哀伤反应,表现为对辞世之人的极度想念、或与之有关的持续性先占观念,并伴有强烈的情感痛苦(如悲伤、自罪内疚、愤怒、否认),难以接受其死亡、感到失去了自己的一部分、不能体验正性情绪,情感麻木、难以参与社交活动等^[12]。

悲伤反应的持续时间大于6个月,超出了个体的文化及宗教背景。这种紊乱导致个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域功能的显著损害^[8,12]。

1.5 ICD-11 对适应障碍的诊断

适应障碍是一种对可识别的一个或多个心理社会应激源(如离异、患病、残疾、经济问题、在家庭或工作中发生冲突)的适应不良性反应,通常在应激源发生后的1个月内出现^[8,13]。适应障碍表现为对应激源及其后果的先占观念,包括过度的担忧、反复而痛苦地想有关应激源的事情、或不断地对它们的“含义”思维反刍,也表现为难以适应应激源,导致个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域功能的显著损害。这些症状的特异性或严重程度必须未达到其他精神障碍的诊断标准,且通常在应激源出现后6个月内消失(除非应激源持续了较长时间)^[8,13]。

1.6 ICD-11 对反应性依恋障碍的诊断

反应性依恋障碍表现为童年早期特别异常的依恋性行为,发生于对儿童的照顾方式严重不当的背景下(如严重的忽视、虐待、养育人员比例不足的孤儿院)。尽管目前已有新的主要照顾者,但儿童仍难以向照顾者寻求安慰和帮助,对照顾者给予的安慰没有回应^[8]。反应性依恋障碍的诊断只适用于儿童,且要求儿童在5岁前就已表现出相关特征。此外,实际年龄1岁以下或发育年龄小于9个月的婴儿不适用于该诊断,应考虑这些婴儿的选择性依恋功能仍在发育,或有孤独症谱系障碍的可能^[8]。

1.7 ICD-11 对脱抑制性社会参与障碍的诊断

脱抑制性社会参与障碍表现为特别异常的社交行为,发生于儿童的照顾方式严重不当的背景下(如严重的忽视、虐待、养育人员比例不足的孤儿院)。儿童不加选择地接近成年人,对接近成年人缺乏拘谨与矜持,和不熟悉的成人外出以及对陌生人表现出过度熟悉的行为^[8]。脱抑制性社交参与障碍的诊断只适用于儿童,且要求儿童在5岁前就已表现出相关特征。此外,实际年龄1岁以下或发育年龄小于9个月的婴儿不适用于该诊断,应考虑这些婴儿的选择性依恋功能仍在发育,或有孤独症谱系障碍的可能^[8]。

1.8 ICD-11 对其他特定的和未特定的应激及相关障碍的诊断

其他特定的应激及相关障碍是指由于未达到

任何一种应激及相关障碍的诊断标准,但具有明显的应激相关障碍的典型症状的情况^[8]。未特定的应激及相关障碍是具有应激相关特征,但由于在急诊室的环境等信息不充足的情况下而无法明确患者符合何种应激及相关障碍的标准,可予以此诊断^[8]。

2 DSM-5 对应激相关障碍的定义和诊断

2.1 DSM-5 对应激相关障碍的总体定义

DSM-5 认为应激相关障碍这章的疾病在病因上与接触创伤性或应激性事件密切相关。这些患者的症状具有较大变异性,一些个体是以焦虑或恐惧的情绪为主,另一些个体突出的临床特征是快感缺失、烦躁、愤怒、攻击性症状及分离性症状^[7,14]。

2.2 DSM-5 对反应性依恋障碍的诊断

反应性依恋障碍特征性的表现为:儿童极少向一个依恋对象以寻求安慰、支持、保护和抚育^[7]。有反应性依恋障碍的儿童被认为具有形成依恋的能力。然而,由于早年发育时期机会有限,他们未能表现出选择性依恋的行为。即当感觉痛苦时,他们不从照料者那里获取安慰或保护。有该障碍的儿童对照料者的安慰无法做出正常反应。此外,他们的情感调节能力也出现损害,表现出难以解释的恐惧、悲伤或易激惹等。反应性依恋障碍不应在发育上还不能形成选择性依恋的儿童中诊断,因此,儿童的发育年龄应至少为 9 个月才能做出此诊断^[7,14]。

2.3 DSM-5 对脱抑制性社会参与障碍的诊断

脱抑制性社会参与障碍的基本特征是一种涉及文化上不恰当的、与陌生人过度熟悉的行为模式。该障碍不应在发育上还不能形成选择性依恋的儿童中诊断,因此,儿童的发育年龄必须至少为 9 个月,才能做出该诊断^[7]。该障碍的病因与社会忽视、关爱剥夺或严重异常的抚养环境相关,且与认知和语言延迟、刻板动作、营养不良或照料欠佳等因素并存^[7,14]。

2.4 DSM-5 对 PTSD 的诊断

PTSD 是指在接触单个或多个严重的创伤性事件后出现的一系列特征性症状。诊断标准中要求直接经历危及生命的或严重的创伤性事件,如战争、性暴力、酷刑、自然或人为灾难以及严重的交通事故等^[7]。创伤性事件常被患者重新经历,例如侵入性的、反复的对应激事件的记忆。个体可能经历

一种持续数秒到数小时甚至数天的分离状态。个体经常回避关于创伤性事件的想法、记忆或感觉,并回避创伤提示物^[15]。患者在经历应激事件后,可产生与应激事件有关的负性认知或心境改变,常表现为易激惹,出现对他人的躯体攻击和口头攻击^[15]。危险驾驶、物质滥用、自残自杀等不考虑后果或自我毁灭的行为也常出现于此类患者中。有 PTSD 的个体可能对未预期的刺激反应强烈,表现出强烈的惊跳反应^[7,14]。

2.5 DSM-5 对急性应激障碍的诊断

急性应激障碍是指在经历单个或多个严重创伤性事件后,在 3 天到一个月之间出现的一系列特征性的症状,包括侵入性、负性心境、分离、回避和高唤起等症状。创伤性事件包括战争、暴力攻击、自然或人为灾难以及严重事故等^[7,14]。

2.6 DSM-5 对适应障碍的诊断

适应障碍的基本特征是针对可确定的应激源出现的情绪或行为上的症状,临床表现包括情绪低落、焦虑或行为紊乱。这些症状能引起患者显著的痛苦和功能损害,且痛苦的程度与应激源的程度不成比例。这些与应激相关的症状不符合其他精神障碍的诊断标准,且不是先前存在的某种精神障碍的加重。一旦应激源终止,这些症状不会持续超过 6 个月^[7,13]。

2.7 DSM-5 对其他特定的和未特定的创伤及应激相关障碍的诊断

其他特定的创伤及应激相关障碍是指核心特征属于这一谱系,但尚不能满足任一种特定的创伤及应激相关障碍诊断标准的精神障碍。持续性复杂丧痛障碍以严重的和持续性的悲痛和哀伤反应为特征,被归类为其他特定的创伤及应激相关障碍。持续性复杂丧痛障碍的诊断标准在 DSM-5 第三部分有阐释^[7,14]。未特定的创伤及应激相关障碍是由于信息不足而临床工作者无法做出更特定的诊断^[7]。

3 DSM-5 和 ICD-11 对应激相关障碍诊断的相同点

3.1 两套诊断系统对应激相关障碍的定义一致

DSM-5 和 ICD-11 中,应激相关障碍包含的疾病类型和诊断特征基本相同,均包括反应性依恋障

碍、脱抑制性社会参与障碍、PTSD、适应障碍及其他特定的和未特定的创伤及应激相关障碍^[7-8]。DSM-5 和 ICD-11 一致性地认为诊断这些疾病必须要接触创伤性或应激性事件,同时有不同程度的负性情绪、负性认知、躯体化症状及行为改变和功能受损^[15]。

3.2 两套诊断系统中应激相关障碍的谱系概念相同

DSM-5 和 ICD-11 均包括其他特定的和未特定的应激相关障碍的诊断标准,将一些核心特征属于应激相关障碍、但尚未完全满足任何应激相关障碍诊断标准的疾病纳入这一疾病谱系之中^[15]。这种分类使得临床工作中一些临床表现上不完全满足诊断标准、但明显属于这个谱系的疾病有了可归类的诊断^[7]。

4 DSM-5 和 ICD-11 对应激相关障碍诊断的区别

4.1 急性应激障碍的诊断仅在 DSM-5 中存在

DSM-5 中存在急性应激障碍的诊断,定义是 3 天至 1 个月之内发生的侵入性、负性心境、分离、回避和高唤起等症状。除了病程较短之外,急性应激障碍的核心症状与 DSM-5 中 PTSD 的核心症状基本一致^[16]。而 ICD-11 中并没有急性应激障碍这一诊断,而将 PTSD 的病程定义为几周(而非 DSM-5 中明确要求 PTSD 的病程是 1 个月以上),其实是把急性应激障碍合并于 PTSD 的诊断中^[9]。

4.2 与丧痛相关的应激障碍在两套诊断系统中的诊断名称及病程要求有差异

持续性复杂丧痛障碍在 DSM-5 中被归类为其他特定的应激及相关障碍。详细的诊断标准内容在 DSM-5 第三部分“需要进一步研究的状况”^[7]。DSM-5 认为,持续性复杂丧痛障碍只有在与丧痛者存在密切关系的人死亡 12 个月(或儿童为 6 个月)以上才能诊断。该状况通常包括对死者的持续性思念,可能伴有强烈的悲伤和频繁的哭泣或沉湎于死者。个体可能有自杀风险,因为他们希望与死者在一起,相信如果没有死者,生活就没有意义。持续性复杂丧痛障碍需要有临床意义的痛苦或社会功能的损害,且悲痛的性质和严重程度必须超出相关的文化、宗教背景或发育阶段的预期常模^[7,17]。在 ICD-11 中,类似的诊断被称为延长哀伤障碍,作

为一种正式的独立诊断而存在。两者诊断定义基本一致,但病程的要求有差别,延长哀伤障碍要求达到 6 个月以上即可诊断^[17]。

4.3 复杂性创伤后应激障碍的诊断仅在 ICD-11 中存在

复杂性创伤后应激障碍是 ICD-11 中独有的诊断,该障碍的患者所遭受的创伤性应激事件是长期的、反复的和难以逃脱的,包括虐待、奴役、种族灭绝活动、长期的家庭暴力、儿童反复遭受的性虐待或躯体虐待等情况。这种障碍满足 PTSD 的核心诊断条目,但情绪和人际关系受损更广泛,对自我存在明显的负性认知^[9,11]。在 DSM-5 中,这种类型属于 PTSD 的诊断^[7]。

5 总 结

DSM-5 和 ICD-11 这两套国际通用的诊断系统在应激相关障碍谱系的总体定义和诊断分类上基本一致,但急性应激障碍仅存在于 DSM-5 中,而复杂性创伤后应激障碍的诊断仅存在于 ICD-11 中。DSM-5 中的持续性复杂丧痛障碍和 ICD-11 中延长哀伤障碍是类似的诊断,但在病程规定和诊断类型归属上有所差异。两套诊断系统互相参考,有助于整体理解应激相关障碍的核心诊断特征。

6 问 答

Q1:有的患者可能直接经历了创伤性事件,但并未出现 PTSD 的核心症状,如侵入性症状、回避症状、认知和心境的负性改变以及警觉性增高,而是仅仅出现焦虑或抑郁情绪,这种情况该如何诊断?

A1:这种情况应诊断为适应障碍。在适应障碍中,应激源的强烈程度存在差异。当应激源的强烈程度满足 PTSD 的诊断标准,但患者的特征性症状(侵入性、负性心境、分离、回避和高唤起等症状)不符合 PTSD 的诊断标准时,应诊断为适应障碍^[7,14]。

Q2:如何区分急性应激障碍和 PTSD?

A2:急性应激障碍与 PTSD 的不同之处在于,急性应激障碍的病程是在遭受创伤性事件后的 3 天到 1 个月之内,而 PTSD 的病程要求 1 个月以上^[18]。

Q3:PTSD 中的“闪回”是一种精神病性症状吗?

A3:这不属于精神病性症状,而是一种分离性反应。PTSD 中的“闪回”需要与幻觉等精神病性症状相鉴别,“闪回”具有较好的现实检验能力^[14,18]。

Q4:许多患者在创伤事件中也遭受了颅脑损伤,

PTSD 中的症状如何与创伤后脑损伤的症状相鉴别?

A4: 在创伤性事件中, 患者可在出现脑损伤的同时出现 PTSD 症状^[7]。创伤性脑损伤引起的神经认知症状与心理创伤之间并不排斥。掌握两者的核心特征可帮助鉴别, PTSD 的核心特征是再体验和回避, 创伤性脑损伤中个体的意识状态改变和定向力障碍是特异性的临床表现^[7,18]。

Q5: 适应障碍如何与重性抑郁障碍相鉴别?

A5: 如果个体对应激源的情绪症状符合重性抑郁障碍的诊断标准, 那么适应障碍的诊断就不再适用。重性抑郁障碍的症状谱可以将其与适应障碍相鉴别^[7]。

参考文献

- [1] Herringa RJ. Trauma, PTSD, and the developing Brain[J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2017, 19(10): 69.
- [2] Auxéméry Y. Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis[J]. *Presse Med*, 2018, 47(5): 423-430.
- [3] Reynolds K, Pietrzak RH, Mackenzie CS, et al. Post-traumatic stress disorder across the adult lifespan: findings from a nationally representative survey [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2016, 24(1): 81-93.
- [4] Dunlop BW, Wong A. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in PTSD: Pathophysiology and treatment interventions [J]. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2019, 89: 361-379.
- [5] Szeszko PR, Lehrner A, Yehuda R. Glucocorticoids and hippocampal structure and function in PTSD [J]. *Harv Rev Psychiatry*, 2018, 6(3): 142-157.
- [6] Bromis K, Calem M, Reinders AATS, et al. Meta-analysis of 89 structural MRI studies in posttraumatic stress disorder and comparison with major depressive disorder[J]. *Am J Psychiatry*, 2018, 175(10): 989-998.
- [7] 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: 257-281.
- [8] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/disorders specifically associated with stress [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentify%2f991786158>, 2019-04-01.
- [9] Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD[J]. *Clin Psychol Rev*, 2017, 58: 1-15.
- [10] Barbano AC, van der Mei WF, Bryant RA, et al. Clinical implications of the proposed ICD-11 PTSD diagnostic criteria [J]. *Psychol Med*, 2019, 49(3): 483-490.
- [11] Vallières F, Ceannt R, Daccache F, et al. ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire [J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2018, 138 (6) : 547-557.
- [12] Mauro C, Reynolds CF, Maercker A, et al. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines [J]. *Psychol Med*, 2019, 49(5): 861-867.
- [13] Bachem R, Casey P. Adjustment disorder: a diagnosis whose time has come[J]. *J Affect Disord*, 2018, 227: 243-253.
- [14] 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: 97-114.
- [15] Shevlin M, Hyland P, Vallières F, et al. A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: an analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey [J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2018, 137 (2) : 138-147.
- [16] Pagan BT, Wyant K, Chien J, et al. Prevalence rates of acute stress disorder symptomatology and association to juvenile crime involvement [J]. *J Am Acad Psychiatry Law*, 2019, 47 (1) : 53-60.
- [17] Boelen PA, Spuij M, Lenferink LIM. Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children[J]. *J Affect Disord*, 2019, 250: 71-78.
- [18] 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: 164-166.

(收稿日期: 2020-06-24)

(本文编辑: 陈霞)