

世界卫生组织

精神与行为障碍类别目录

(ICD-10)

ICD-10 "精神和行为障碍诊断标准"使用说明

ICD-10 "精神和行为障碍"这一章有几种不同用途的版本。此版本《临床描述与诊断要点》适用于一般临床、教学和服务事业。

学习总引言,并仔细阅读某些类别开头的附加介绍和解释,对使用者是十分重要的。这样做对于 F23. - (急性和短暂精神病性障碍)以及 F30-F39 节(心境〔情感性〕障碍)尤其重要。鉴于长期以来关于这些障碍的描述和分类存在一些著名的难题,我们对本分类的编制过程做了特别详细的解释。

本分类对每一障碍的主要临床特征,以及任何重要的、但持异性较差的有关特征均进行了描述。随后,为大多数障碍提供了"诊断要点",指明确立诊断所需症状的数量和比重。诊断要点的措词使临床工作中做出诊断决定时有一定程度的变通,尤其在临床表现不充分或资料不完整的情况下,医生不得不做出临时性诊断时。为避免重复,除那些仅与单一障碍有关的临床描述和诊断要点外,本文还为若干组障碍提供了临床描述和一般性诊断要点。

如疾病完全符合诊断要点的各项要求,诊断即可"确立"。如仅为部分符合,那么在多数情况下记录一种诊断也是有益的。诊断者和其他使用者应决定在这些情况下是否做出某种不甚确定的诊断(例如,当有可能获得更多的资料时,诊断是"临时性"的;或当无法获得更多的资料时,则是"试验性"的)。同样,关于症状持续时间的说明也应视为一般性要点,而非严格的标准;当某些特殊症状的持续时间较指定时间略长或略短时,临床医生应根据自己的判断选择适当的诊断。

诊断要点还应有助于促进临床教学,因为它们提示了临床实践的关键所在,而诊断的完整形式可见于大部分精神病学教科书。在研究的诊断标准并不需要更精确(因此也更严格)的情况下,诊断要点也适用于某些类型的科研项目。

这些描述和要点不具有理论意义,也不充当有关这些障碍目前的认识水平的综合说明。它们仅仅是一系列症状和评论,许多不同国家的众多顾问和专家业已同意将其作为精神障碍分类中划分各个类别界限的合理基础。

分类目录

F00 - F09 器质性, 包括症状性, 精神障碍
◆ 引言
◆ 阿尔采末氏病性痴呆
◆ 血管性痴呆
◆ 见于在它处归类的其它疾病的痴呆
◆ 未特定的痴呆
◆ 器质性遗忘综合征、非酒和其它精神活性物质所致
◆ 谵妄, 非酒和其它精神活性物质所致
◆ 脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其它精神障碍
◆ 脑疾病、损害和功能紊乱所致的人格和行为障碍
◆ 未特定的器质性或症状性精神障碍
F10 - F19 使用精神活性物质所致的精神和行为障碍
分类目录与诊断要点

F20 - F29 精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍
◆引言
◆精神分裂症
◆分裂型障碍
◆持久的妄想性障碍
◆急性而短暂的精神病性障碍
◆感应性妄想性障碍
◆分裂情感性障碍
◆其它非器质性精神病性障碍
◆未特定的非器质性精神病

F30 - F39 心境[情感]障碍
◆引言
◆躁狂发作
◆双相情感障碍
◆抑郁发作
◆复发性抑郁障碍
◆持续性心境[情感]障碍
◆其它心境[情感]障碍
◆未特定的心境[情感]障碍

F40 - F48 神经症性、应激相关的及躯体形式障碍
◆引言
◆恐怖性焦虑障碍
◆其它焦虑障碍
◆强迫性障碍
◆严重应激反应, 及适应障碍
◆分离(转换)性障碍
◆躯体形式障碍
◆其它神经症性障碍

F50 - F59 伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征
◆进食障碍
◆非器质性睡眠障碍
◆非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍
◆产褥期伴发的精神及行为障碍, 无法在它处归类
◆在它处分类的障碍及疾病伴有的心理及行为因素
◆非依赖性物质滥用
◆F59 伴有生理紊乱及躯体因素的未特定的行为综合征

F60 - F69 成人人格与行为障碍
◆引言
◆特异性人格障碍
◆混合型及其它人格障碍
◆持久的人格改变其它疾病所致

◆习惯与冲动障碍
◆性身份障碍
◆性偏好障碍
◆与性发育和性取向有关的心理及行为障碍
◆成人人格与行为的其它障碍
◆未特定的成人人格与行为障碍

F70 - F79 精神发育迟滞
◆引言
◆轻度精神发育迟滞
◆中度精神发育迟滞
◆重度精神发育迟滞
◆极重度精神发育迟滞
◆其它精神发育迟滞
◆未特定的精神发育迟滞

F80 - F89 心理发育障碍
◆引言
◆特定性言语和语言发育障碍
◆特定性学校技能发育障碍
◆特定性运动功能发育障碍
◆混合性特定发育障碍
◆弥漫性发育障碍
◆其它心理发育障碍
◆未特定性心理发育障碍

F90 - F98 通常起病于童年与少年期的行为与情绪
◆多动性障碍
◆品行障碍
◆品行与情绪混合性障碍
◆特发于童年的情绪障碍
◆特发于童年与少年期的社会功能障碍
◆抽动障碍
◆通常起病于童年和少年期其他障碍

F00 - F09 器质性，包括症状性，精神障碍

◆引言

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	引言	

本节所包括的各种精神障碍是基于共同的、可被证实的病因而被归入同一组的。其病因是大脑疾病、脑损伤或其它导致大脑功能紊乱的伤害。其功能紊乱可能是原发性的，如直接或主要影响脑的疾病、损伤和伤害；或继发性的，如某些全身性疾病和障碍，脑只是众多受侵害的器官或系统之一。因为将所有精神活性物质所致的障碍归为单独的一节有利于临床应用，所以酒和药物所致的脑功能障碍虽然按逻辑应属于

本组，却被分类在 F10 - F19 之下。

尽管本节所包括的各种精神障碍具有丰富的心理病理表现，但其基本特征不外乎两类。其一，一些综合征固定的和最主要的特征或者是认知功能障碍（如记忆、智能及学习功能障碍），或者是感觉中枢障碍（如意识和注意障碍）；其二，另一些综合征最突出的表现在知觉（幻觉）、思维内容（妄想）、心境和情绪（抑郁、高涨、焦虑）或人格和行为的总体形式方面，而认知或感觉异常却很轻或很难被发现。与前一种障碍相比，后者归类于本节的基础并不牢固，原因是它所包含的许多障碍与那些归类于其它节（F20 - F19、F30 - F39、F40 - F49、F60 - F60 中的状态在症状上相似，而且已知其发生不伴广泛的大脑病理改变或功能紊乱。但是越来越多的证据表明不少大脑和全身性疾病的病因与这类精神障碍有关，因此我们有充分的理由在这个临床取向的分类中如此安排这些障碍。

至少在理论上可以认为，本书中的大多数障碍可发生在任何年龄，需除外的大概只有儿童早期。而实际上，它们多数倾向于在成年或老年起病，其中某些障碍似乎是不可逆的和进行性的，另一些则是短暂时或对现有治疗有良好的反应。

采用“器质性”这一术语并不意味着在本分类方案中归类于它处的精神障碍是缺乏大脑病变的“非器质性”状态。“器质性”这一术语在本文中仅表示这些综合征可以归因于某种能被独立地诊断的大脑或全身性疾病或障碍，而“症状性”用于描述那些大脑损害继发于全身性大脑外疾病或障碍的器质性精神障碍。

如上所述，在记录本节任何一种精神障碍的诊断时，多数情况下需使用两个编码：

其一标明精神病理综合征，其二标明原发疾病。病因学编码应在整个 ICD - 10 分类的相应节中挑选。

痴 呆

为了说明诊断任何一型痴呆所需的最低标准，我们先对痴呆作一般性描述，然后提供特定类型的痴呆之诊断标准。

痴呆是由脑部疾病所致的综合征，它通常具有慢性或进行性的性质，出现多种高级皮层功能的紊乱，其中包括记忆、思维、定向、理解、计算、学习能力、语言和判断功能。意识是清晰的。常伴有认知功能的损害，偶尔以情绪控制和社会行为或动机的衰退为前驱症状。本综合征见于阿尔采末氏病、脑血管病以及原发地或继发地伤害大脑的其它情况。

判断是否存在痴呆时，应特别小心地避免假阳性：除动作缓慢和整个躯体的虚弱外，动机或情绪因素，尤其是抑郁也可解释病人的不佳表现，这些情况均不属于智能减退。

痴呆导致智能的明显减退，并常常影响病人的日常生活，如洗衣、衣着、进食、个人卫生、排泄及梳妆。这些功能减退的表现很大程度上取决于病人所生活的社会和文化处境。角色扮演不佳（如保持或寻找工作的能力下降）不应成为诊断痴呆的标准，因为角色的扮演是否恰当存在极大的跨文化差异。而且，在某一特定文化背景中能否获得工作常受外界变化的影响。

如果存在抑郁症状，但未满足抑郁发作的标准（F32. 0 - F32. 3）时，可以用第五位编码加以记录；对幻觉或妄想可做类似的处理。

- . X0 不伴其它症状
- . X1 伴其它症状，以妄想为主
- . X2 伴其它症状，以幻觉为主
- . X3 伴其它症状，以抑郁为主
- . X4 伴其它混合性症状

【诊断要点】

诊断痴呆的基本条件是存在如上所述的足以妨碍个人日常生活的记忆和思维减退。典型的记忆损害影响新信息的识记、贮存和再现，但以前学过的和熟悉的资料也可能会丢失，这种情况尤其见于痴呆晚期。痴呆不仅仅是记忆障碍：还有思维和推理能力损害以及观念的减少。信息摄入过程受损，使病人逐渐感到难以同时注意一个以上的刺激，例如参与几个人的交谈，以及将注意的焦点从一个话题转移到另一个话题。如果痴呆是唯一的诊断，则需提供意识清晰的证据。然而，谵妄附加于痴呆的双重诊断也很常见（F05. 1）。应证明上述症状和功能损害至少已存在 6 个月，方可确定痴呆的临床诊断。痴呆可继发于本节中任何一种器质性精神障碍或与其中的某些类型，尤其是谵妄共存（见 F05. 1）。

◆阿尔采末氏病性痴呆

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	阿尔采末氏病性痴呆诊断要点	
2	F00. 0 早发性阿尔采末氏病性痴呆	F00. 0
3	F00. 1 晚发性阿尔采末氏病性痴呆	F00. 1
4	F00. 2 非典型或混合型阿尔采末氏病性痴呆	F00. 2
5	F00. 9 未特定阿尔采末氏病性痴呆	F00. 9

阿尔采末氏病性痴呆诊断要点

阿尔采末氏病是一种病因未明的原发性退行性大脑疾病，具有特征性神经病理和神经化学改变，它常常潜隐起病，在几年的时间内缓慢而稳固地发展，这段时间可短至 2 年或 3 年，但偶尔也可持续得相当长。起病可在成年中期或更早（老年前期起病的阿尔采末氏病），但老年期的发病率更高（老年期起病的阿尔采末氏病）。在 65~70 岁之前起病的病例往往有类似痴呆的家族史、疾病的进展较快和明显额叶和顶叶损害的特征，包括失语和失用。起病较晚的病例疾病的进展较慢，以较广泛的高级皮层功能损害为特征。Down 氏综合征患者极易患阿尔采末氏病。

脑中有特征性变化：神经元的数量显著减少（尤其在海马、无名质、蓝斑、颞叶和前额叶）；神经原纤维缠结造成的成对螺旋丝；（嗜银性）神经炎斑（其成份大多为淀粉，进展显著，尽管也存在不含淀粉的斑块）；以及颗粒空泡体。人们还发现了神经化学改变，包括乙酸胆碱及其它神经递质和调质的胆碱乙酰基转移酶明显减少。

过去认为其临床表现伴随着上述脑改变，但现在发现两者并非总是平行地发展：当一种改变的依据还极少时，另一种改变的存在可能已不容置疑了。然而，仅根据阿尔采末氏病的临床特征往往即可作出诊断。

目前阿尔采末氏病性痴呆尚不能逆转。

【诊断要点】

下列特点是确诊的基本条件：

- (a) 存在如上所描述的痴呆；
- (b) 潜隐起病，缓慢退化，通常难以指明起病的时间，但他人会突然察觉到症状的存在。疾病进展过程中会出现明显的高台期；
- (c) 无临床依据或特殊检查的结果能够提示精神障碍是由其它可引起痴呆的全身性疾病或脑的疾病所致（例如，甲状腺功能低下、高血钙、维生素 B12 缺乏、烟酸缺乏、神经梅毒、正常压力脑积水或硬膜下血肿）；
- (d) 缺乏突然性、卒中样发作，在疾病早期无局灶性神经系统损害的体征，如轻瘫、感觉丧失、视野缺损及运动协调不良（但这些症状会在疾病晚期出现）。

在部分病例，阿尔采末氏病的特点和血管性痴呆的特点会同时出现，这些病例应作双重诊断（和双重编码）。如果血管性痴呆发生在阿尔采末氏病之前，则根据临床表现也许无法作出阿尔采末氏病的诊断。

阿尔采末氏病性痴呆可与血管性痴呆共存（编码为 F00. 2），例如脑血管病发作（多发性梗塞症状）附加于阿尔采末氏病的临床表现和病史之上，这样的发作会引起痴呆症状的突然变化。据尸体解剖发现：两型共存者占痴呆病例总体的 10~15% 之多。

F00. 0 早发性阿尔采末氏病性痴呆

起病于 65 岁之前的阿尔采末氏病性痴呆。退化速度相对较快，伴明显的多种高级皮层功能障碍，大多数病人较早地出现失误、失写、失读和失用。

【诊断要点】

发生于 65 岁之前的如上所述的痴呆，通常症状进展迅速。阿尔采末氏病家族史有助于诊断，但不是诊断的必要条件。Down 氏综合征或淋巴瘤家族史也具有同样意义。

包含：阿尔采末氏病，2 型

早老性痴呆，阿尔采末氏型

F00. 1 晚发性阿尔采末氏病性痴呆

临床可观察到的阿尔采末氏病性痴呆起病于 65 岁之后，往往在 75 岁以上或更晚，进展缓慢，通常记

忆损害为其主要特点。

【诊断要点】

如上所述的痴呆，注意是否存在与早发性亚型相鉴别的特征（F00. 0）

包含：阿尔采末氏病 1 型

老年性痴呆，阿尔采末型

F00. 2 非典型或混合型阿尔采末氏病性痴呆

既不符合 F00. 0 也不符合 F00. 1 的描述和诊断要点之痴呆应在此归类；混合性阿尔采末氏病性痴呆和血管性痴呆也包括在此。

F00. 9 未特定阿尔采末氏病性痴呆

◆血管性痴呆

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	血管性痴呆诊断要点	
2	F01. 0 急性发作的血管性痴呆	F01. 0
3	F01. 1 是多发脑梗塞性痴呆	F01. 1
4	F01. 2 皮层下血管性痴呆	F01. 2
5	F01. 3 混合型皮层和皮层下血管性痴呆	F01. 3
6	F01. 9 未特定血管性痴呆	F01. 9
7	F01. 8 其它血管性痴呆	F01. 8

血管性痴呆诊断要点

血管性（原名动脉硬化性）痴呆，包括多发脑梗塞性痴呆，在起病、临床特点和病程上均与阿尔采末氏病性痴呆不同。典型病例有短暂脑缺血发作的病史，并有短暂的意识损害、一过性轻瘫或视觉丧失，痴呆也可发生在一系列急性脑血管意外之后或继发于一次重度卒中，但这种情况较少见。此后，记忆和思维损害成为突出表现。起病通常在晚年，可在某次短暂脑缺血发作后突然起病或逐渐起病。痴呆往往由血管病，包括高血压性脑血管病引起的脑梗塞引起。梗塞往往较小，但它们的影响可以累加。

【诊断要点】

诊断的前提是存在如上所述的痴呆，认知功能的损害往往不平均，故可能有记忆丧失、智能损害及局灶性神经系统损害的体征。自知力和判断力可保持较好。突然起病或呈阶段性退化，以及局灶性神经科体征和症状使诊断成立的可能性加大。对于某些病例只有通过 CT 或最终实施神经病理学检查才能确诊。

【有关特征】 高血压、颈动脉杂音、伴短暂抑郁心境的情绪不稳、哭泣或爆发性大笑、短暂意识混浊或谵妄发作、常因进一步的梗塞而加剧。人格相对保持完整，但部分病人可出现明显的人格改变，如淡漠、缺乏控制力或原有人格特点更突出，如自我中心、偏执态度或易激惹。

【鉴别诊断】 应考虑谵妄（F05. —）；其它痴呆，尤其是阿尔采末氏病（F00. —）；心境 [情感] 障碍（F30—F39）；轻或中度精神发育迟滞（F70—F71）；硬膜下出血（创伤性（S06. 5）、非创伤性（162. 0））。血管性痴呆可与阿尔采末氏病性痴呆共存（编码为 F00. 2），当阿尔采末氏病的临床表现为病史中附加血管病发作时诊断即告成立。

F01. 0 急性发作的血管性痴呆

通常在一系列脑血管血栓、栓塞或出血引起的卒中后迅速得以发展。极少数病例可由一次大的梗塞引起。

F01. 1 是多发脑梗塞性痴呆

本型起病较急性型和缓，继发于一系列轻微脑缺血发作所导致的累积性脑实质梗塞。

包含：以皮层为主的痴呆

F01. 2 皮层下血管性痴呆

可有高血压病史，临床和 CT 检查可发现大脑半球白质深层的缺血性病灶。大脑皮层通常未受损害，与此相矛盾的是，其临床表现可与阿尔采末氏病性痴呆极其相似（如发现弥散性白质脱髓鞘变，可使用术语“Binswanger 氏脑病”）。

F01. 3 混合型皮层和皮层下血管性痴呆

根据临床特点，检查结果（包括尸体解剖）或两者的综合可查出血管性痴呆的皮层和皮层下混合性成分。

F01. 9 未特定血管性痴呆

未特定血管性痴呆

F01. 8 其它血管性痴呆

其它血管性痴呆

◆见于在它处归类的其它疾病的痴呆

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	见于在它处归类的其它疾病的痴呆诊断要点	
2	F02. 0 匹克氏病性痴呆	F02. 0
3	F02. 1 克一雅氏病性痴呆	F02. 1
4	F02. 2 亨廷顿氏病性痴呆	F02. 2
5	F02. 3 帕金森氏病性痴呆	F02. 3
6	F02. 4 人类免疫缺陷病毒病〔HIV〕性痴呆	F02. 4
7	F02. 8 见于在它处归类之其它疾病的痴呆	F02. 8

见于在它处归类的其它疾病的痴呆诊断要点

痴呆的原因是阿尔采末氏病或脑血管病以外的其它疾病，或推测其病因如此。可起病于一生中的任何时期，但极少在老年。

【诊断要点】

存在如上所述的痴呆；存在下列特定综合征之一的特征。

F02. 0 匹克氏病性痴呆

F02. 0 匹克氏病性痴呆

始于中年（通常在 50-60 岁之间）的进行性痴呆，特点是缓慢发展的性格改变及社会性衰退。随后出现智能、记忆和言语功能的损害，（偶然）伴有淡漠、欣快和锥体外系症状。神经病理学表现是选择性额叶或额叶萎缩，而神经炎斑及神经原纤维缠结的数量未超出正常的老龄化进程，社交及行为异常的表现出现在明显的记忆损害之前。

【诊断要点】

下列特点为确定诊断所必需：

- (a) 进行性痴呆；
- (b) 突出的额叶症状，伴欣快、情感迟钝、粗鲁的社交行为、脱抑制以及淡漠或不能静止；
- (c) 异常的行为表现常在明显的记忆损害之前出现。

与阿尔采末氏病不同，其额叶特征较颞叶和顶叶特征明显。

【鉴别诊断】 应考虑阿尔采末氏病性痴呆（F00）；血管性痴呆（F01）；继发于其它疾病如神经梅毒的痴呆（F02. 8）；正常压力脑积水（特点是精神运动极度迟缓、步态不稳及括约肌功能障碍）（G91. 2）；其它神经或代谢性障碍。

F02. 1 克一雅氏病性痴呆

具有广泛神经科体征的进行性痴呆，有特异性的神经病理改变（亚急性海绵状脑病），据推测是由某种传染性因子所致，常在中或老年起病，典型者为 40 多岁，但可见于成年的任何时期。病程为亚急性，在 1-2 年内导致死亡。

【诊断要点】

对所有数月或 1 或 2 年内病情进展极端迅速，伴随或继发多种神经病症状的痴呆病例均应怀疑为克一雅氏病。有某些病例如所谓肌萎缩型，神经病体征可出现于痴呆起病之前。

常有肢体的进行性痉挛性瘫，伴锥体外系体征、震颤、僵硬和舞蹈症性手足徐动样运动。其它表现包括共济失调、视觉丧失或肌纤维震颤及上神经元型萎缩。据认为包括：

- 快速进行性，毁灭性痴呆
- 锥体和锥体外系病伴肌阵挛，以及
- 特征性（三相）脑电图改变的三联征对该病的诊断极有价值。

【鉴别诊断】：应考虑阿尔采末氏病（F00. 一）或匹克氏病（F02. 0）；帕金森氏病（F02. 3）；脑炎后帕金森氏症（G21. 3）。

病情的快速进展及早期出现运动障碍应提示克一雅氏病。

F02. 2 亨廷顿氏病性痴呆

痴呆是本病广泛脑变性的一部分，亨廷顿氏病由单个常染色体显性基因所遗传。典型的症状出现于 20 多岁和 30 多岁，两性发病率大致相等。部分病例最早出现的症状可能是抑郁、焦虑或明显的偏执，伴人格改变。疾病进展缓慢，常在 10 至 15 年内导致死亡。

【诊断要点】

如同时存在舞蹈样运动障碍、痴呆和亨廷顿氏病家族史则基本上可确定诊断，但毫无疑问尚存在散发性病例。

早期表现为不自主的舞蹈样运动，多发生在脸、手和肩或表现在步态中。这些症状通常在痴呆之前出现，仅个别病例在痴呆十分明显后仍无舞蹈样运动障碍。其它突出的运动障碍见于起病极年轻的病人（如纹状体性僵硬）或老年病人（如意向性震颤）。

该型痴呆的特点是疾病早期即出现明显的额叶功能紊乱，而直到晚期记忆力仍相对保持完整。

包含：亨廷顿氏舞蹈病性痴呆

【鉴别诊断】：应考虑：其它舞蹈性运动障碍、阿尔采末氏病、匹克氏病或克一雅氏病（F00. - F02. 0, F02. 1）。

F02. 3 帕金森氏病性痴呆

在已确诊为帕金森氏病（尤其是严重形式的帕金森氏病）的疾病过程中所发生的痴呆。尚未发现其具有特殊的有鉴别意义的临床表现。该型痴呆可能与阿尔采末氏病性痴呆或血管性痴呆不同，但也有证据提示该型痴呆可能是上述两种类型痴呆之一与帕金森氏病同时存在的表现。因此，在解决这个问题之前，仍需研究如何辨明伴有痴呆之帕金森氏病。

【诊断要点】

已患有充分发展的通常为严重的帕金森氏病的患者所出现的痴呆。

包含：震颤麻痹性痴呆

帕金森氏症性痴呆

【鉴别诊断】：应考虑其它继发性痴呆（F02. 8）；伴高血压或糖尿病性血管病的多发脑梗塞性痴呆（F01. 1）；脑瘤（C70 - C72）；正常压力脑积水（G91. 2）；

F02. 4 人类免疫缺陷病毒病〔HIV〕性痴呆

特点是认知功能的损害符合痴呆的临床诊断标准，但除 HIV 感染外，未发现其它可导致痴呆之疾病或状态。

典型的 HIV 性痴呆具有健忘、迟缓、注意力不集中、解决问题困难以及阅读困难，淡漠、主动性减少、社会性退缩也很常见。极少数感染本病的患者出现不典型的情感性障碍、精神病或抽搐的表现。躯体检查常发现震颤、快速重复运动受损、失平衡、共济失调、肌张力增强、位反射普遍亢进、阳性额叶释放征，眼球追踪和扫描障碍。

儿童也可发生 HIV 伴发的神经发育障碍，特点是发育延迟、肌紧张、小头畸形以及基底神经节钙化。与成人不同，儿童往往在缺乏随机性感染和肿瘤的情况下其神经系统已受到侵犯。

HIV 性痴呆一般迅速（数周或数月）发展成严重的全面性痴呆、缄默进而死亡，但也有例外。

包含：艾滋病—痴呆综合征

HIV 性脑病或亚急性脑炎

F02. 8 见于在它处归类之其它疾病的痴呆

痴呆可以是许多脑及躯体疾病的表现或结果，为指明病因应加上有关状况的 ICD - 10 编码。

对帕金森氏症—Guam 痴呆综合征也应指定编码（如需要，以第五位编码表示）。这是一种迅速发展的

痴呆，继发锥体外系功能紊乱，有些病例还出肌萎缩脊髓侧索硬化。本病在 Guam 的土著居民中发病率很高，其中男性的感染率为女性的一倍。人们最先研究了发生在 Guam 岛的这种疾病，但现已搞清该病在巴布亚新几内亚及日本也有发生。

包含：见于以下疾病的痴呆

- 一氧化碳中毒 (T58)
- 大脑脂沉积症 (E75. 一)
- 癫痫
- 麻痹性痴呆 (A52. 1)
- 肝豆状核变性 (威尔森氏病) (E83. 0)
- 高血钙症 (E83. 5)
- 甲状腺功能低下症，获得性 (E00. 一、E02)
- 各种中毒 (T36 - T65)
- 多发性硬化 (G35)
- 神经梅毒 (A52. 1)
- 烟酸缺乏症 [糙皮病] (E52)
- 结节性多动脉炎 (M30. 0)
- 系统性红斑狼疮 (M32. 一)
- 锥虫病 (非洲型 B56. 一、美洲型 B57. 一一)
- 维生素 B12 缺乏症 (E53. 8)

◆未特定的痴呆

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	非特异性痴呆诊断要点	

非特异性痴呆诊断要点

当满足痴呆的一般性诊断标准，但无法确定为哪一型时 (F00. 0 - F02. 9)，使用本编码。

可采用第五编码对 F00 - F03 中的痴呆做如下描述：

- . X0 不伴其它症状
- . X1 伴其它症状，以妄想为主
- . X2 伴其它症状，以幻觉为主
- . X3 伴其它症状，以抑郁为主
- . X4 伴其它混合性症状

◆器质性遗忘综合征、非酒和其它精神活性物质所致

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	器质性遗忘综合征，非酒和其它精神活性物质所致诊断要点	

器质性遗忘综合征，非酒和其它精神活性物质所致诊断要点

这是一种以近记忆和远记忆损害为突出表现的综合征。虽然即刻回记忆得以保存，但学习新资料的能力明显下降，从而导致顺行性遗忘和时间定向障碍，也可出现不同程度的逆行性遗忘。如果作为基础的病灶或病理过程有恢复的趋势，则逆行性遗忘所涉及的时间范围可以缩短。虚构可以是本病的一个显著特点，但并非一定存在。知觉及其它认知功能，包括智能往往保持完整。在这种背景下，记忆功能的紊乱尤其令人触目。预后取决于病变 (典型者影响下丘脑-间脑系统或海马区) 的病程。原则上讲，本病有痊愈的可能。

【诊断要点】

确诊需满足：

(a) 存在记忆损害，表现为近记忆受损 (学习新资料的能力受损)；顺行性和逆行性遗忘、以由近及远回忆过去经历的能力下降；

- (b) 有脑外伤或疾病（尤其是双侧间脑和颞叶内侧结构受损）的病史或依据；
- (c) 即刻回忆未受损害（例如，用数字广度测验），无注意力、意识和全面智能损害；

其它有助于诊断的症状为虚构、自知力缺乏及情绪改变（淡漠、缺乏始动性），但这些症状并非诊断所必需的。

包含：柯萨可夫氏综合征或精神病，非酒中毒性

【鉴别诊断】本病应与其它以记忆损害为突出表现的器质性综合征（如痴呆或请安）、分离性遗忘症（F44 0）、记忆受损的抑郁性障碍（F30 - F39）及以记忆丧失为主诉的诈病（276 5）相鉴别。酒或药物引起的柯萨可夫氏综合征不应在此编码，而应在相应的节（FIX. 6）中编码。

◆ 谵妄，非酒和其它精神活性物质所致

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	谵妄，非酒和其它精神活性物质所致诊断要点	
2	F05. 0 谵妄，非附加于痴呆，被医生如此描述的	F05. 0
3	F05. 1 谵妄，附加于痴呆	F05. 1
4	F05. 8 其它谵妄	F05. 8
5	F05. 9 谵妄，未特定	F05. 9

谵妄，非酒和其它精神活性物质所致诊断要点

这是一种病因非特异的综合征，特点是同时有意识、注意、知觉、思维、记忆、精神运动行为、情绪和睡眠-觉醒周期的功能紊乱。可发生于任何年龄，但以 60 岁以上多见。谵妄状态是短暂的，严重程度有波动。多数病人在 4 周或更短的时间内恢复，但持续达六个月的波动性谵妄也不少见。特别是在慢性肝病，癌症或亚急性细菌性心内膜炎基础上所发生的谵妄。有时人们将谵妄区分为急性和亚急性，这种区分的临床意义很少。应将谵妄视为病程易变，从轻微到极重严重程度不一的单一性综合征。谵妄状态可继发于痴呆或演变成痴呆。

本类别不适用于在 F10 - F19 中所指明的与酒和精神药物应用有关的谵妄状态。药物治疗所致的谵妄（如抗抑郁药引起的老年病人急性精神错乱状态）应在此编码。对这种病例还应使用 ICD - 10 第十九章中的附加 T 编码记录有关药物。

【诊断要点】

为明确诊断，应或轻或重地存在下列每一方面的症状：

- (a) 意识和注意损害（从混浊到昏迷；注意的指向、集中、持续和转移能力均降低）；
- (b) 认知功能的全面紊乱（知觉歪曲、错觉和幻觉一多为幻视；抽象思维和理解能力损害，可伴有短暂的妄想；但典型者往往伴有某种程度的言语不连贯；即刻回忆和近记忆受损，但远记忆相对完好，时间定向障碍，较严重的病人还可出现地点和人物的定向障碍）；
- (c) 精神运动紊乱（活动减少或过多，并且不可预测地从一个极端转变成另一个极端；反应的时间增加；语流加速或减慢；惊跳反应增强）；
- (d) 睡眠-觉醒周期紊乱（失眠，严重者完全不眠，或睡眠-觉醒周期颠倒；昼间困倦；夜间症状加重；恶梦或梦魇、其内容可作为幻觉持续至觉醒后）；
- (e) 情绪紊乱、如抑郁、焦虑或恐惧、易激惹、欣快、淡漠或惊奇困惑。

往往迅速起病，病情每日波动，总病程不超过 6 个月。上述临床表现的特征十分明显以至于病因尚未完全搞清就能明确谵妄的诊断。如果诊断存在疑问，躯体或脑有关疾病的病史，大脑功能紊乱的依据（例如，脑电图常显示背景活动减慢，但并非所有病例均如此）可提供帮助。

包含；急性脑综合征

急性精神错乱状态（非酒中毒性）

急性感染性精神病

急性器质性反应

急性精神-器质性综合征

【鉴别诊断】指妄应与其它器质性综合征相鉴别，特别是痴呆（F00 - F03）；急性和短暂精神病性障碍

(F23. 一)、精神分裂症(F20. -)或心境(情感性)障碍(F30—F39)的急性状态均可出现精神错乱的特点,故应予以鉴别。酒和其它精神活性物质所致的指妄应在适当的节内(F1x. 4)进行编码。

F05. 0 谵妄,非附加于痴呆,被医生如此描述的

本编码适用于非附加于预先存在之痴呆的谵妄。

F05. 1 谵妄,附加于痴呆

本编码适用于符合上述标准但发生在痴呆(F00—F03)过程中的谵妄。

F05. 8 其它谵妄

包含:混合起源的谵妄
亚急性精神错乱状态或谵妄

F05. 9 谵妄,未特定

◆脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其它精神障碍

序号	题目(前面为CCMD-II-R编码)	ICD编码
1	F06 脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其它精神障碍诊断要点	F06
2	F06. 0 器质性幻觉症	F06. 0
3	F06. 1 器质性紧张性障碍	F06. 1
4	F06. 2 器质性妄想性(精神分裂症样)障碍	F06. 2
5	F06. 3 器质性心境〔情感〕障碍	F06. 3
6	F06. 4 器质性焦虑障碍	F06. 4
7	F06. 5 器质性分离性障碍	F06. 5
8	F06. 6 器质性情绪不稳定(衰弱)障碍	F06. 6
9	F06. 7 轻度认知障碍	F06. 7
10	F06. 8 脑损害和功能紊乱及躯体疾病所致的其它特定性精神障碍	F06. 8
11	F06. 9 脑损害和功能紊乱及躯体疾病所致的未特定的精神障碍	F06. 9

F06 脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其它精神障碍诊断要点

本类别包括许多由不同病因脑功能紊乱所致的精神障碍。这些病因有原发性大脑疾病、影响脑的全身性疾病、内分泌障碍如库兴氏综合征,或其它躯体疾病,以及某些外源性毒性物质(不含归类于F10—F19的酒和药物)或激素。这些状况有一个共同点,即根据临床特征无法将其诊断为器质性精神障碍,例如痴呆或谵妄。它们的临床表现反而与未包括在“器质性”一节中的那些障碍相似或相同。将它们归类于此的基础是推测其起病由大脑疾病或功能紊乱直接引起,而并非仅仅与这些疾病或障碍存在偶然的联系,也不是机体对这些疾病症状的心理反应,如长期癫痫所伴发的精神分裂症样障碍。

将某一临床综合征归类于此需存在以下依据:

- (a) 与下列综合征之一有关联的大脑疾病、损害或功能紊乱、或系统性躯体疾病存在的依据;
- (b) 精神综合征的起病与作为基础的疾病的进展有时间关系(几周或几个月);
- (c) 精神障碍随着所推测的作为基础的疾病的缓解或改善而恢复;
- (d) 无证据提示精神综合征有其它病因(例如家族史强阳性或诱发的应激);

根据(a)和(b)可作出临时性诊断;如四种情况均存在,则诊断的肯定性显著增加。

下面罗列了部分疾病,已知这些疾病的存在使本类精神综合征出现的风险相对增加:癫痫;边缘性脑炎;亨廷顿氏病;头部外伤;脑瘤;能远距离影响中枢神经系统的颅外肿瘤(特别是胰腺癌);脑血管病、损害或畸形;红斑狼疮及其它胶原病;内分泌疾病(特别是甲状腺功能低下和亢进、库兴氏病);代谢病(例如低血糖症、血卟啉症、低氧血症);热带感染性和寄生虫病(如锥虫病);非精神药物的毒性作用(心得安、左旋多巴、甲基多巴、类固醇、抗高血压药、抗疟药)。

不含:伴有谵妄的精神障碍(F05. 一)

归类于 F00—F03 之伴有痴呆的精神障碍

F06. 0 器质性幻觉症

发生在意识清晰状态下的持续或反复出现的幻觉，常为视幻觉或听幻觉，患者本人对此可能有认识，也可能没有认识。可出现对幻觉的妄想性解释。但自知力完整者亦非少见。

【诊断要点】

除在 F06 的引言中介绍的一般性标准外，尚需存在持续或反复出现的任何形式的幻觉；且无意识混浊、无明显的智能减退、无占优势的心境紊乱和占优势的妄想。

包含：皮肤有动物在活动的妄想（*Dermatozoenwahn*）

器质性幻觉状态（非酒中毒性）

不含：酒中毒性幻觉症（F10. 52）

精神分裂症（F20. -）

F06. 1 器质性紧张性障碍

伴有紧张性症状的精神运动减少（木僵）或增加（兴奋）。精神运动紊乱的两个极端可交替出现。尚未搞清在这种器质性状态中是否会出现精神分裂症紧张性障碍的全部表现，器质性紧张状态是否可发生在意识清晰时，它是否总是谵妄的症状；器质性紧张症状消失后，是否有部分或全部遗忘。因此做出诊断时应谨慎而仔细地将本状况与谵妄相鉴别。据认为脑炎和一氧化碳中毒与本症的关系明显地较其它器质性病因密切。

【诊断要点】

有关如何确定器质性病因的一般性标准参见 F06 的引言部分。除需符合一般性标准外至少应出现下列情况之一：

(a) 木僵（主动性运动过少或完全缺乏，伴部分或全部性缄默、违拗和刻板姿势）；

(b) 兴奋（普遍性活动过多，伴有或不伴有暴力倾向）；

(c) 两者均存在（迅速地非预期性地在活动过少与活动过多之间交替）；

其它有助于诊断的紧张性症状有：刻板言动、蜡样屈曲和冲动行为

不含：紧张型精神分裂症（F20. 2）

分离性木僵（F44. 2）

木僵 NOS（R40. 1）

F06. 2 器质性妄想性（精神分裂症样）障碍

主要临床相为持续或反复出现的妄想，可伴有幻觉，但妄想的内容不局限于幻觉的内容。提示精神分裂症的特征，如奇怪的空想、幻觉或思维障碍亦可存在。

【诊断要点】

器质性病因的一般性标准参见 F06 之引言，除符合该一般性标准外，尚应具有妄想（被害、身体变形、嫉妒、疑病、或认为自己或他人已死去）；还可出现幻觉、思维障碍或孤立的紧张症状。意识和记忆必须未受损害。如果推测器质性病因的证据特异性较差，或仅限于脑室扩大（CT 所见）或神经科软体征则不应做此诊断。

包含：偏执和偏执—幻觉性器质性状态

癫痫时的精神分裂症样精神病

不含：急性和短暂精神障碍（F23. -）

药物所致的精神障碍（FIX. 5）

持续性妄想性障碍（F22. -）

精神分裂症（F20. -）

F06. 3 器质性心境〔情感〕障碍

特征为心境或情感改变，常伴有总体活动水平的改变。这类障碍归入本节的唯一标准是假定其病因为某种大脑或躯体疾病，通过检查或者根据恰当的病史资料能推测出这些疾病的存在。情感性障碍必须出现于设想的器质性病因之后，此外尚需确定精神障碍不是病人对知道所患疾病或疾病的症状的情绪反应。

感染后抑郁（例如，流感后抑郁）是一个在此编码的常见例子。表现为持续轻度欣快但未达到轻躁狂

者（例如，有时可见于类固醇或抗抑郁药治疗）不应在此编码，而应在 F06. 8 处编码。

【诊断要点】

器质性病因的一般性标准见于 F06 之引言。除一般性标准外，还应符合 F30 - F33 所列出的各种障碍之一所需的条件。

不含：心境〔情感〕障碍，非器质性或未特定（F30—F39）

右半球情感障碍（F07. 8）

下列第五位编码可用于指明临床障碍：

F06. 30 器质性躁狂障碍

F06. 31 器质性双相障碍

F06. 32 器质性抑郁障碍

F06. 33 器质性混合性情感性障碍

F06. 4 器质性焦虑障碍

特点是广泛性焦虑症（F41. 1）、惊恐症（F41. 0）的主要的描述性特征或两者的结合，由某种可引起大脑功能紊乱的器质性障碍所致（例如颞叶癫痫、甲状腺毒症或嗜铬细胞瘤）。

不含：焦虑症，非器质性或未特定（F41. -）

F06. 5 器质性分离性障碍

符合 F44. -（分高性（转换性）障碍）之一的诊断标准，同时符合器质性病因的一般性标准（见本节引言）。

不含：分离性（转换性）障碍，非器质性或未特定（F44. -）

F06. 6 器质性情绪不稳定（衰弱）障碍

特征为明显和持续的情绪失禁或不稳定、易疲乏或一系列不愉快的躯体感受（如头晕）和疼痛，这些症状是由某种器质性障碍所致，据认为由脑血管病或高血压症所致的本症远较其它病因为多。

不含：躯体形式障碍，非器质性或未特定（F45. -）

F06. 7 轻度认知障碍

本障碍可与许多不同类型的大脑和全身性感染及躯体疾病（包括 HIV 感染）同时发生，也可发生在病前或病后，并不一定存在累及大脑的神经科依据，但可能有不适和日常活动的不便。本类别的边界尚未确定，如果轻度认知障碍和已缓解的躯体疾病有关，则其持续时间不应超过几个星期。如果精神状况明确地是由归类于本书其它节的精神或行为障碍所致，则不应做此诊断。

【诊断要点】

主要特征是认知功能下降，可包括记忆损害、学习或集中注意力困难。客观测验常可发现异常，但症状不足以诊断为痴呆（F00 - F30）、器质性遗忘综合征（F04）或谁妄（F05. -）。

鉴别诊断：根据病因、范围较局限的轻度症状和常常较短的病程可将本障碍与脑炎后综合征（F07. 1）及脑震荡后综合征（F07. 2）相鉴别。

F06. 8 脑损害和功能紊乱及躯体疾病所致的其它特定性精神障碍

例如类固醇或抗抑郁剂治疗时出现的异常心境状态

包含：癫痫性精神病 NOS

F06. 9 脑损害和功能紊乱及躯体疾病所致的未特定的精神障碍

◆脑疾病、损害和功能紊乱所致的人格和行为障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F07 脑疾病、损害和功能紊乱所致人格和行为障碍诊断要点	F07
2	F07. 0 器质性人格障碍	F07. 0
3	F07. 1 脑炎后综合征	F07. 1
4	F07. 2 脑震荡后综合征	F07. 2
5	F07. 8 脑疾病、损害和功能紊乱所致的其它器质性人格和行为障碍	F07. 8

6	F07. 9 脑疾病、损害和功能紊乱所致的未特定的器质性人格和行为障碍	F07. 9
---	-------------------------------------	--------

F07 脑疾病、损害和功能紊乱所致人格和行为障碍诊断要点

人格和行为改变可作为脑疾病、损害或功能紊乱的残留障碍或伴随障碍。有时根据这类残留或伴随的人格和行为综合征之不同表现可推测出脑内疾病的种类和/或定位，但不可过高估计这种诊断推论的可靠性。因此必须采用专门的手段寻找作为基础的病因，并加以记录。

F07. 0 器质性人格障碍

其特点是病前行为的习惯模式发生显著改变，尤其是情感，需要和冲动的表露受到影响。象所谓额叶综合征一样，在制订计划和预期可能的个人和社会后果方面的能力损害可能是主要或唯一的认知损害。然而，现已了解到这种症状不仅见于额叶损害，也可见于其它脑区的损害。

【诊断要点】

除具备脑疾病、损害或功能紊乱的病史或其它依据外，尚需两种或两种以上的下列特征方能明确诊断：

- (a) 坚持目标指向性活动的的能力持续地减退，特别是对待耗费时间较长且不能当时就获得满足的活动；
- (b) 情绪性行为的改变，特点是情绪不稳定、肤浅及无理由的高兴（欣快、不恰当的玩笑），且易转变成易激惹或短时间的爆发性愤怒和攻击行为，有些病例淡漠更为突出；
- (c) 不考虑后果或社会习俗地表露需要和冲动（病人可从事违反社会的行为，如偷窃、不恰当的性满足、狼吞虎咽式的进食或不顾个人卫生）；
- (d) 认知功能紊乱，表现为怀疑或偏执观念和/或过分沉溺于单一的且往往是抽象的问题（例如宗教问题、“对”与“错”的问题）；
- (e) 言语的速度和语流明显改变，特点为赘述、包含太多、粘滞和过分形象化；
- (f) 性行为改变（性欲减退或性偏好的改变）。

包含：额叶综合征

边缘性癫痫性人格综合征

脑叶切断综合征

器质性假性病态人格

器质性假性迟滞性人格

脑白质切断后综合征

不含：灾难性经验后的持久的人格改变（F62. 0）

精神疾病后持久的人格改变（F62. 1）

脑震荡后综合征（F07. 2）

脑炎后综合征（F07. 1）

特殊人格障碍（F60. -）

F07. 1 脑炎后综合征

包括病毒或细菌性脑炎恢复后残留的行为改变。症状无特异性，并且因个体、病原体和感染年龄的不同而表现出不同的症状；其中以感染年龄不同所致的症状不同最为常见。本症与器质性人格障碍的主要区别是前者常是可逆的。

【诊断要点】

表现为泛泛的不适，淡漠或易激惹、认知功能的部分降低（学习困难）、睡眠及饮食方式的改变、性活动及社会判断的改变，可存在许多不同的残留性神经系统功能障碍，例如瘫痪、耳聋、失语、结构性失用和计算不能。

不含：器质性人格障碍（F07. 0）

F07. 2 脑震荡后综合征

继发于头部外伤（往往达到意识丧失的程度），包括许多不同性质的症状，如头疼、头晕（通常缺乏真正眩晕的性质）、疲乏、易激惹、集中注意力和进行心理操作有困难、记忆损害、失眠、对应激、情绪兴奋或酗酒的耐受性降低。这些症状可伴有抑郁或焦虑的感受，其原因是丧失自尊心以及惧怕有持久性脑损害。抑郁和焦虑会加重原有的症状并形成恶性循环。有些病人在寻求诊断和治疗的过程中产生疑病症，

并可能长期采取病人角色。这些症状的病因并非总是清楚的，可能与器质性因素和心理因素均有关。本状态的疾病分类学地位尚未确定。但毫无疑问，本综合征是一种常见且令病人深感痛苦的障碍。

【诊断要点】

至少存在三个如上所述的特点方可确诊，仔细评价实验室检查（脑电图、脑干诱发电位、脑影像、眼球震颤成像）有可能发现症状的客观依据，但往往为阴性结果。主诉并非一定与补偿动机有关。

包含：脑挫伤后综合征（脑病）

脑外伤后综合征，非精神病性

F07. 8 脑疾病、损害和功能紊乱所致的其它器质性人格和行为障碍

脑疾病、损害或功能紊乱可导致许多不同的认知、情绪、人格和行为的障碍。并非所有障碍均能归类在上述标题下。但由于这些暂定的综合征的疾病分类学尚未确定，故编码为“其它”。如有必要，可使用第五位编码指明症状的性质，例如右半球器质性情感性障碍（右半球障碍患者发生的表露或理解情绪能力的改变），病人的表情似抑郁，而实际上不存在抑郁：而是情绪的表露受到限制。

在此编码的还有：

(a) 由脑疾病、损害或功能紊乱所致的任何其它特定性和假设性人格或行为改变综合征，未罗列在 F07. 0 - F07. 2 中者，以及

(b) 尚未达到进行性精神障碍如阿尔采末氏病、帕金森氏病、匹克氏病等痴呆状态的轻度认知损害。当满足痴呆的标准时应更改诊断。

不含：谵妄（F05. -）

F07. 9 脑疾病、损害和功能紊乱所致的未特定的器质性人格和行为障碍

包含：器质性精神综合征

◆未特定的器质性或症状性精神障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	未特定的器质性或症状性精神障碍	

未特定的器质性或症状性精神障碍

包含：器质性精神病 NOS

症状性精神病 NOS

不含：精神病 NOS (F29)

F10 - F19 使用精神活性物质所致的精神和行为障碍

分类目录与诊断要点

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	诊断要点	

【诊断要点】

本节包括范围很广的一类障碍，其严重程度不同（从无并发症的中毒和有害使用到明显的精神病性障碍和痴呆），但均可归因于一种或多种精神活性物质的使用（无论是否曾有过医嘱）。

所涉及的活性物质以第二和第三位编码指明（即字母 F 之后的前两位数字），第四和第五位编码指明临床状态。为节省篇幅，首先列出所有的精神活性物质，继之以四位编码。如果需要，每一种所指明的活性物质均应使用编码，但请注意并非所有的四位编码均可使用于一切活性物质。

【诊断要点】

可在自我报告，尿样、血样等的客观分析或其它依据（病人的物品中混有药物样品、临床体征和症状以及知情第三者的报告）的基础上查明所使用的精神活性物质，最好从一种以上的来源去寻找使用活性物质的有关确证。

客观分析能提供当前或最近使用药物的最有力的依据，尽管这些资料对于查明既往的使用情况及当前的使用水平有局限性。

许多药物使用者服用一种以上的药物，但只要可能就应根据所使用的最重要的一种（或一类）活性物质对疾病的诊断进行归类，往往根据某种或某类引起当前障碍的特殊药物做出判断。如有疑问，将病人最常滥用的药物进行编码，尤其是连续使用或每日使用的药物。

只有当精神活性物质的使用方式十分混乱或各种不同药物的作用混合在一起无法区分时，方可采用编码 F19. -（多种药物使用引起的障碍）。

错用精神活性物质以外的药物，诸如轻泻药或阿斯匹林应采用编码 F55. -（非依赖性物质的滥用），并以第四位编码指明所涉及的物质类型）。精神活性物质所致精神障碍（尤其是发生在老年之谵妄），凡不伴本节中任何一种障碍（如有害使用或依赖综合症）者应在 F00 - F09 处编码，而谵妄附加于本节中某种障碍者应使用 FIX. 3 或 FIX. 4 进行编码。

嗜酒水平可采用 ICD-10 第二十章中的补充编码：Y90. -（经检测血中酒含量证明嗜酒）或 Y91. -（根据中毒水平证明嗜酒）。

F1x. 0 急性中毒

使用酒或其它精神活性物质后的短暂状况，导致意识水平、认知、知觉、情感或行为、或其它心理生理功能和反应的紊乱。

只有在出现中毒但不存在持续更久的酒或药物有关问题时才能以此为主要诊断。若出现这些问题，则应优先诊断为有害使用（F1x. 1）、依赖综合征（F1x. 2）或精神病性障碍（F1x. 5）。

【诊断要点】

急性中毒往往与剂量密切相关（见 ICD-10 第二十章）。伴有某种潜在器质状况考（例如肾或肝功能不全）可能例外，少量的活性物质即可使其产生与剂量不相称的严重中毒反应。社交场合出现的行为失控（例如在聚会或狂欢节时出现的行为失控）也应考虑在内。急性中毒是一种短暂现象，中毒的程度随着时间的推移而减轻，如果不继续使用活性物质，中毒效应最终将消失。因此，只要不出现组织损害或另一种并发症，本状况均可完全缓解。

中毒的症状不一定总是反映出该物质的原有作用：例如抑制性药物可导致激越或活动过多的症状，兴奋性药物可导致社会性退缩和内向化行为，而大麻和致幻剂类物质的效应尤其难以预料。而且许多精神活性物质在不同剂量水平时能产生不同类型的效应。例如，低剂量时酒对行为有明显的兴奋作用，随着剂量的增加可产生激越和侵犯性，达到极高剂量时则产生显著的镇静作用。

包含：急性醉酒

“不适感（ Bad trips）”（致幻剂所致）

醉酒 NOS

【鉴别诊断】 应考虑急性头部外伤和低血糖，还应考虑活性物质混合性使用所致中毒的可能性。

下列第五位编码可用于指明急性中毒是否伴有并发症：

F1x. 00 无并发症

不同严重程度的症状，往往为剂量依从性，尤其在高剂量时。

F1x. 01 伴有外伤或其它躯体损伤

F1x. 02 伴有其它内科合并症

如呕血，呕吐物吸入。

F1x. 03 伴有谵妄

F1x. 04 伴有知觉歪曲

F1x. 05 伴有昏迷

F1x. 06 伴有抽搐

F1x. 07 病理性中毒

仅适用于酒。病人饮酒后突然发生侵犯性、往往为暴力性行为，这种行为不是病人清醒时的典型行为，且病人所饮酒量在大多数人不会产生中毒。

F1x. 1 有害性使用

对健康引起损害的一种精神活性物质的使用类型，损害可能是躯体性的（如自我注射药物所致的肝炎）或精神性的（例如继发于大量饮酒的抑郁障碍发作）。

【诊断要点】

诊断要求急性损害已经影响到使用者的精神或躯体健康。

有害使用的方式经常受到他人的批评，并经常与各种类型的不良社会后果相关连；病人的某种使用方式或对某种特殊物质的使用遭到他人或文化处境的反对或导致负性社会后果，例如被捕或婚姻不和；以上事实本身不能作为有害使用的依据。

急性中毒（见 F1x. 0）或“遗留效应”本身不足以作为编码有害使用所要求的健康受到损害的依据。

如果存在依赖综合征（F1x. 2）、某种精神病性障碍、或另一种特殊的与药物或酒有关的障碍，则不应诊断为有害使用。

F1x. 2 依赖综合征

这是一组生理、行为和认知现象，使用某种或某类活性物质对特定的个人来说极大优先于其它曾经比较重要的行为。可将依赖综合征的特点概括描述为一种对使用精神活性药物（无论是否曾有过医嘱）、酒或烟的渴望（往往是强烈的，有时是无法克制的）。也可存在证据表明依赖者经过一段时间的禁用后重新使用该物质时较非依赖者更为迅速地再现本综合征的其它特征。

【诊断要点】

确诊依赖综合征通常需要在过去一年的某些时间内体验过或表现出下列至少三条：

(a) 对使用该物质的强烈渴望或冲动感；

(b) 对活性物质使用行为的开始、结束及剂量难以控制；

(c) 当活性物质的使用被终止或减少时出现生理戒断状态（见 F1x. 3 和 F1x. 4），其依据为：该物质的特征性戒断综合征；或为了减轻或避免戒断症状而使用同一种（或某种有密切关系的）物质的意向；

(d) 耐受的依据，例如必需使用较高剂量的精神活性物质才能获得过去较低剂量的效应（典型的例子可见于酒和鸦片依赖者，其日使用量足以导致非耐受者残疾或死亡）；

(e) 因使用精神活性物质而逐渐忽视其它的快乐或兴趣，在获取、使用该物质或从其作用中恢复过来所花费的时间逐渐增加；

(f) 固执地使用活性物质而不顾其明显的危害性后果，如过度饮酒对肝的损害、周期性大量服药导致的抑郁心境或与药物有关的认知功能损害；应着重调查使用者是否实际上已经了解或估计使用者已经了解损害的性质和严重程度。

个人对精神活性物质的使用方式逐渐局限也被描述为一种特征性表现（例如倾向于在周日和周末以同样的方式饮用酒精类饮料，而不顾饮酒行为是否恰当的社会制约）。

依赖综合征的一个基本特征是存在精神活性物质的使用或渴望使用；病人使用药物的冲动感在试图停止或控制药物的使用时最为常见。诊断需除外，为了缓解疼痛而应用鸦片类药物的外科病人，当不给药物时，病人会表现出鸦片戒断状态的体征，但病人无继续服药的渴望。

依赖综合征可针对一种特殊物质（如烟草或安定）、一类物质（如鸦片类）或范围较广的不同物质（某些人会规律性地出现服用可以得到的任何药物的冲动感，并在禁用时表现出不适、激越和/或戒断状态的躯体体征）。

包含：慢性酒中毒

发作性酒狂

药瘾

可用下列第五位编码进一步指明依赖综合征的诊断：

F1x. 20 目前禁用

F1x. 21 目前禁用，但处于被保护的环境中

（例如医院、社区治疗中心、监狱等）

F1x. 22 目前在临床监督下维持或替代性使用

[控制性依赖]

（例如用美散痛，烟硷胶或烟硷膏）

F1x. 23 目前禁用，但接受厌恶性或阻断性药物治疗

（例如纳屈酮或戒酒硫）

F1x. 24 目前使用活性物质 [活动性依赖]

F1x. 25 连续性使用

F1x. 26 发作性使用 [发作性酒狂]

F1x. 3 戒断状态

在反复地、往往长时间和 / 或高剂量地使用某种物质后绝对或相对戒断时出现的一组不同表现、不同程度的症状。其起病和病程均有时间限制并与禁用前夕所使用物质的种类和剂量有关。戒断状态可伴有抽搐。

【诊断要点】

戒断状态是依赖综合症的指征之一 (见 F1x. 2) , 而后一诊断也应予以考虑。

如果这些症状是就诊的原因或严重到足以引起医疗上的重视, 则戒断状态应作为主要诊断编码。

躯体症状依所用药物而异。心理障碍 (例如焦虑、抑郁和睡眠障碍) 也是戒断状态的常见特征。病人往往报告戒断症状因继续用药而得以缓解。

应注意当最近未使用药物时戒断症状可由条件性 / 习得性刺激所诱发, 对这类病例只有症状达到一定程度时才能诊断为戒断状态。

【鉴别诊断】 药物戒断状态时出现的许多症状也可由其它精神科情况 (例如焦虑状态和抑郁障碍) 引起。其它状况所致的单纯性“遗留效应”或震颤不应与戒断状态的症状相混淆。

可采用下列第五位编码进一步指明戒断状态的诊断:

F1x. 30 无并发症

F1x. 31 伴有抽搐

F1x. 4 伴有谵妄的戒断状态

这是一种戒断状态 (见 F1x. 3) 并发谵妄 (见 F05. 一的标准) 的精神状况。

酒引起的震颤谵妄应在此编码, 震颤谵妄是一种时间短但偶尔可致命的伴有躯体症状的中毒性意识模糊状态。它通常是有长期饮酒历史的严重依赖者绝对或相对戒断的结果, 往往在酒戒断后起病。有时可出现在某次暴饮过程中, 这种情况也应在此编码。

典型的前驱症状包括失眠、震颤和恐惧。起病也可以戒断性抽搐为先导。经典的三联征包括意识混浊和精神错乱、涉及任一感官的生动幻觉和错觉以及明显的震颤; 也常出现妄想、激越、失眠或睡眠周期颠倒以及自主神经功能亢进。

不含: 谵妄, 非药物和酒所致 (F05. 一)

可采用下列第五位编码进一步指明伴有谵妄的戒断状态之诊断:

F1x. 40 不伴抽搐

F1x. 41 伴有抽搐

F1x. 5 精神病性障碍

这是在使用精神活性物质期间或之后立即出现的一类精神现象。其特点为生动的幻觉 (典型者为听幻觉, 但常涉及一种以上的感官)、人物定向障碍、妄想和 / 或援引观念 (常具有偏执或被害色彩)、精神运动性障碍 (兴奋或木僵) 以及异常情感表现, 后者可从极度恐惧到销魂状态。感觉往往清晰, 有某种程度的意识混浊, 但不存在严重的意识障碍。典型病例在 1 个月内至少部分缓解, 而在 6 个月内痊愈。

【诊断要点】

用药期间或用药后立即 (往往在 48 小时内) 出现的精神病性障碍应在此编码, 除非属于伴谵妄之药物戒断状态 (见 F1x. 4) 的表现或者为迟发性起病。迟发起病的精神病性障碍 (用药两周以后起病) 也可出现, 但应编码为 F1x. 75。

精神活性物质所致的精神病性障碍可呈现不同形式的症状, 症状的变异受药物种类及使用者人格的影响。可卡因、安非他明这类兴奋性药物所致的精神病性障碍通常与高剂量和 / 或长时间用密切相关。

当病人使用了具有原发性致幻效应的物质 (例如麦角酸二乙酸胺 (LSD)、仙人球毒硷、高剂量的大麻) 时, 不应仅依据知觉歪曲或幻觉性体验而诊断为精神病性障碍。对这些情况以及意识模糊状态均应考虑诊断为急性中毒 (F1x. 0) 的可能性。

当适合于诊断为精神活性物质所致精神病时应特别注意避免误诊为更严重的状态 (例如精神分裂症)。

只要不再使用更多的药物，精神活性物质所致的精神病性状态多数持续较短（如安非他明和可卡因性精神病）。对这类病例的误诊会给病人及卫生机构带来痛苦和昂贵的代价。

包含：酒中毒性幻觉症
酒中毒性嫉妒症
酒中毒性偏执症
酒中毒性精神病 NOS

【鉴别诊断】：应考虑精神活性物质加重或诱发另一种精神障碍的可能性（例如精神分裂症（F20. -）；心境〔情感〕障碍（F30—F39）；偏执性或分裂性人格障碍（F60. 0, F60. 1）。如遇上述情况，精神活性物质所致精神病性状态这一诊断则可能不恰当。

可采用下列第五位编码进一步指明精神病性状态的诊断：

F1x. 50 精神分裂症样
F1x. 51 以妄想为主
F1x. 52 以幻觉为主
（包括酒中毒性幻觉症）
F1x. 53 以多形性为主
F1x. 54 以抑郁症状为主
F1x. 55 以躁狂症状为主
F1x. 56 混合型

F1x. 6 遗忘综合征

这是一种以慢性近记忆损害为主的综合征，远记忆有时也可受累，而即刻回忆保留。往往有明显的时间观念和事件发生顺序的障碍以及学习新资料困难。虚构可为明显的症状，但也可缺如。其它认知功能常常相对保持完好，遗忘的程度与其它功能的障碍不成比例。

【诊断要点】

在此处编码的酒或其它精神活性物质所致的遗忘综合征应满足器质性遗忘综合征的一般性标准（见F04），诊断的基本要求为：

(a) 表现为近记忆障碍（学习新材料）的记忆损害；时间感受障碍（对事件的发生时序进行重排、将重复出现的几件事压缩为一件等）；

(b) 无即刻回忆损害、意识损害及广泛的认知损害；

(c) 慢性（尤其是高剂量）使用酒精或药物的病史或客观依据。

伴有明显的淡漠、缺乏始动性和倾向于自我忽视的人格改变亦可存在，但不是诊断的必要条件。

尽管虚构可能十分明显，但不应作为诊断的必需条件。

包含：柯萨可夫氏精神病或综合征，酒或其它精神活性物质所致鉴别诊断；应考虑器质性遗忘综合征（非酒中毒性）（见F04）；有明显记忆损害的其它器质性综合征（例如痴呆或谵妄）（F00—F03；F05. -）；某种抑郁性障碍（F31—F33）。

F1x. 7 残留性或迟发性精神病性障碍

酒或精神活性物质所致的认知、情感、人格或行为改变，其持续时间超过了与精神活性物质有关的直接效应所能达到的合理期限。

【诊断要点】

起病与酒或某种精神活性物质有直接的联系。如初次起病晚于活性物质使用的发作，则需有清楚和有利的依据证明本状态为药物的残留影响所致，方可在此编码。本症应表现出原有正常机能的改变或对其特点的显著夸张。

本症的持续时间应超出精神活性物质的直接作用所能达到的期限（见F1x. 0急性中毒）。酒和精神活性物质所致的痴呆并非总是不可逆转的，经过长时间的完全禁用，智能和记忆有可能得到改善。

应仔细地将本症与戒断有关的状况（见F1x. 3和F1x. 4）相鉴别，应注意在某些情况下以及使用某些药物时，戒断状态的表现现在中断用药后许多天或许多星期依然存在。

精神活性药物所致的、停药后持续存在且符合精神病性障碍诊断标准的状况不应在此处归类（使用

F1x. 5, 精神病性障碍)。表现出慢性柯萨可夫综合征后期症状的病人应在 F1x. 6 处编码。

【鉴别诊断】: 应考虑被药物使用所遮盖, 药物作用消退后又重新显露的原本就存在的精神障碍(例如惊恐焦虑, 抑郁性障碍, 精神分裂症或分裂型障碍); 对闪回的病例应考虑急性和短暂精神病性障碍(F23. -); 还应考虑器质性损伤或轻、中度精神发育迟滞(F70-F71), 后者可与精神药物的滥用共存。

可采用下列第五位编码对本诊断进一步区分:

F1x. 70 闪回

可部分地根据发作性、通常为短暂的病程(数秒或数分)以及既往与药物有关的体验的再现(有时完全相同)与精神病性障碍相鉴别。

F1x. 71 人格或行为障碍

符合器质性人格障碍的标准(F07. 0)。

F1x. 72 残留性情感障碍

符合器质性心境[情感性]障碍的标准(F06. 3)。

F1x. 73 痴呆

符合在 F00-F09 之引言中所描述的痴呆之一般性标准。

F1x. 74 其它持久的认知损害

这是为不符合精神活性物质所致遗忘综合征(F1x. 6)或痴呆(F1x. 73)之标准而伴有持久性认知损害的障碍所保留的编码。

F1x. 75 迟发的精神病性障碍

F1x. 8 其它精神和行为障碍

能阐明药物的使用为其直接原因, 但未满足上述任何一种障碍之诊断标准的任何其它障碍在此处编码。

F1x. 9 未特定的精神和行为障碍

F20-F29 精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍

◆引言

序号	题目(前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	引言	

引言

精神分裂症是本组疾病中最常见和最重要的精神障碍。分裂型障碍虽具有精神分裂性障碍的许多典型特征, 并可能与后者存在遗传上的联系, 但因缺乏精神分裂症的幻觉、妄想和严重的行为紊乱, 故并非总是能够引起医疗上的注意。多数妄想性障碍(尤其在早期)虽然可在临床上很难与精神分裂症相鉴别, 但也许与精神分裂症并没有联系。妄想性障碍组成了病因异源性的、人们所知甚少的一个障碍群, 方便起见, 可根据典型病程将其分为一组持续妄想性障碍及另一组急性和短暂精神病性障碍, 后者较大, 在发展中国家尤其常见。这里罗列的亚型划分应视为临时性的。尽管关于分裂情感性障碍的性质存在争论, 但仍将其保留在本节之中。

◆精神分裂症

序号	题目(前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	精神分裂症诊断要点	
2	F20. 0 偏执型精神分裂症	F20. 0
3	F20. 1 青春型精神分裂症	F20. 1
4	F20. 2 紧张型精神分裂症	F20. 2
5	F20. 3 未分化型精神分裂症	F20. 3
6	F20. 4 精神分裂症后抑郁	F20. 4
7	F20. 5 残留型精神分裂症	F20. 5

8	F20. 6 单纯型精神分裂症	F20. 6
9	F20. 8 其它精神分裂症	F20. 8
10	F20. 9 精神分裂症, 未特定	F20. 9

精神分裂症诊断要点

精神分裂性障碍以基本的和特征性的思维和知觉歪曲、情感不恰当或迟钝为总体特点。通常意识清晰、智能完好，但在疾病过程中可出现某些认知损害。本症影响到使正常人保持个体性、唯一性和自我导向体验的最基本功能。病人常感到其最深层的思维、情感和行为被他人所洞悉或共享，由此可产生解释性妄想，认为自然或超自然的力量往往以奇怪的方式在影响自己的思维和行为。病人可视他（或她）自己为所发生一切事件的核心。幻觉，尤其是听幻觉很常见，并可评论病人的行为和思维。知觉障碍常为其它形式的：颜色或声音可过分鲜明或改变了性质，平常事物的无关特性显得比整个客体或处境还重要。疾病早期还常出现困惑感，往往使病人相信日常处境具有专门针对自己的特殊的，通常为凶险的意义。在典型的精神分裂症性思维障碍中，某一整体概念的外围和无关特性被放到了首要位置（它们在正常导向的精神活动中受到抑制），用于替代那些与处境相关的和恰当的特性。因此，思维变得模糊、省略及隐晦，其言语表达令人不可理解。思潮断裂和无关的插入语频繁出现，思想似乎被某些外部力量撤走。心境的特点是肤浅、反复无常或不协调。矛盾意向和意志障碍可表现为惰性、违拗或木僵。可存在紧张症。起病可为急性，伴严重的行为紊乱；亦可为潜隐性；伴逐渐发展的古怪观念和行为。本症的病程同样有很大的变异，慢性或衰退并非不可避免（采用第五位编码指明病程）。部分病例的转归是痊愈或近乎痊愈，在不同文化和人群中其比例可能不同。两性的患病率大致相等，但女性起病较晚。

虽然无法分辨出严格地标示病理性质的症状，但出于实践的目的，有必要将上述症状分成一些对诊断有特殊意义的、并常常同时出现的症状群，例如：

- (a) 思维鸣响，思维插入或思维被撤走以及思维广播；
- (b) 明确涉及躯体或四肢运动，或特殊思维、行动或感觉的被影响、被控制或被动妄想；妄想性知觉；
- (c) 对病人的行为进行跟踪性评论，或彼此对病人加以讨论的幻听，或来源于身体一部分的其它类型的听幻觉；
- (d) 与文化不相称且根本不可能的其它类型的持续性妄想，如具有某种宗教或政治身份，或超人的力量和能力（例如能控制天气，或与另一世界的外来者进行交流）；
- (e) 伴有转瞬即逝的或未充分形成的无明显情感内容的妄想、或伴有持久的超价观念、或连续数周或数月每日均出现的任何感官的幻觉；
- (f) 思潮断裂或无关的插入语，导致言语不连贯，或不中肯或词语新作；
- (g) 紧张性行为，如兴奋、摆姿势，或蜡样屈曲、违拗、缄默及木僵；
- (h) “阴性”症状，如显著的情感淡漠、言语贫乏、情感反应迟钝或不协调，常导致社会退缩及社会功能的下降，但必须澄清这些症状并非由抑郁症或神经阻滞剂治疗所致；
- (i) 个人行为的某些方面发生显著而持久的总体性质的改变，表现为丧失兴趣、缺乏目的、懒散、自我专注及社会退缩。

【诊断要点】

诊断精神分裂症通常要求在一个月或以上时期的大部分时间内确实存在属于上述（a）到（d）中至少一个（如不甚明确常需两个或多个症状）或（e）到（h）中来自至少两组症状群中的十分明确的症状。符合此症状要求但病程不足一个月的状况（无论是否经过治疗）应首先诊断为急性精神分裂症样精神病性障碍（F23. 2），如症状持续更长的时间再重新归类为精神分裂症。

回顾疾病过程可发现在精神病性症状出现之前数周或数月，有一明显的前驱期，表现为对工作、社会活动、个人仪容及卫生失去兴趣，并伴广泛的焦虑及轻度抑郁或先占观念。由于难以计算起病时间，一个月的病程标准仅适用于上述特征性症状，而不适用于任何前驱的非精神病期。

如存在严重的抑郁或躁狂症状则不应诊断为精神分裂症，除非已明确分裂性症状出现在情感障碍之前。如分裂性症状与情感性症状同时发生并且达到均衡，那么即使分裂性症状已符合精神分裂症的诊断标准，也应诊断为分裂情感性障碍（F25， -）。如存在明确的脑疾病或处于药物中毒或戒断期，则不应诊为

精神分裂症。在癫痫或其它脑病时所发生的类似障碍应在 F06. 2 处编码，而由药物所致者应编码于 FIX. 5。
〔病程的形式〕

可采用下列第五位编码对精神分裂性障碍的病程进行分类：

- F20. X0 持续性
- F20. X1 发作性，伴有进行性损害
- F20. X2 发作性，伴有稳定性损害
- F20. X3 弛张发作性
- F20. X4 不完全性缓解
- F20. X5 完全性缓解
- F20. x8 其它
- F20. X9 观察期尚不足一年

F20. 0 偏执型精神分裂症

为偏执性的妄想为主，往往伴有幻觉（尤其是听幻觉）和知觉障碍。情感、意志和言语障碍以及紧张症状不突出。

常见的偏执症状有：

- (a) 被害、关系、出身名门、特殊使命、身体变化或嫉妒妄想；
- (b) 威胁病人或发布命令的幻听或非言语性幻听，如哨声、嗡嗡声或笑声；
- (c) 幻嗅或幻味，或性幻觉及其它体感性幻觉；视幻觉亦可出现，但很少占优势。

急性期思维障碍可十分明显，但并不妨碍病人清晰地表现出其典型的妄想或幻觉。情感迟钝较精神分裂症的其它类型为轻，但轻度的不协调很常见。心境障碍（如易激惹、突然的发怒、恐惧和猜疑）也很常见。情感迟钝和意志损害等“阴性”症状虽常见但不构成主要临床相。

偏执型精神分裂症的病程可为发作性，伴部分或完全性缓解，或为慢性。在慢性病例鲜明的症状可持续几年，很难将每次发作相互区分开来。它的起病一般晚于青春型和紧张型。

【诊断要点】

必须满足精神分裂症的一般性标准（见 F20 之引言）。此外，幻觉和/或妄想必须突出，而情感、意志和言语障碍以及紧张性症状应相对不明显。幻觉常为上述（b）和（c）中所描述的类型。妄想几乎可以是任何类型，但最典型的是被控制、被影响或被动妄想以及各种形式的被害观念。

包含：妄想痴呆性精神分裂症

【鉴别诊断】重要的是除外癫痫性和药物诱发的精神病，应注意在某些国家或文化处境中被害妄想的诊断价值不大。

不含：更年期偏执状态（F22. 8）

偏执狂（F22. 0）

F20. 1 青春型精神分裂症

此型精神分裂症的情感改变突出。片断性转瞬即逝的妄想和幻觉，不负责任的和不可预测的行为及作态亦常见。情感肤浅、不协调，常伴傻笑或自我满足、自我陶醉式的微笑，或态度高傲、扮鬼脸、作态、恶作剧、疑病以及词语重复。思维瓦解，言语松散且不连贯。喜独处，行为缺乏目的和情感。本型精神分裂症多始发于 15 和 25 岁之间，预后一般不佳，原因是“阴性”症状（尤其是情感平淡或意志缺乏）发展迅速。

此外，情感和意志紊乱以及思维障碍往往很突出。幻觉和妄想亦可存在，但一般不明显。内驱力和决断力丧失、目标遭遗弃，以致于病人的行为典型地变为无目标和无意义。病人对宗教、哲学和其它抽象主题的肤浅和造作的专注使倾听者更难以跟上病人的思路。

【诊断要点】

必须满足精神分裂症的一般性诊断标准（见 F20 的引言）。通常首次诊断青春型应在青春期或成年早期。典型的病前性格为相当害羞和孤僻，但也有例外。往往需要连续观察 2 或 3 个月肯定上述特征性行为持续存在，方能确诊为青春型精神分裂症。

包含：瓦解性精神分裂症

青春痴呆

F20. 2 紧张型精神分裂症

以明显的精神运动紊乱为必要和占优势的表现，可在运动过度和木僵或自动性顺从和违拗两个极端之间交替。拘束性态度和姿势可维持很长时间，剧烈的兴奋发作也可为本状况的显著特征。

由于人们还不了解的原因，紧张型精神分裂症目前在工业化国家已经罕见，但在其它地区仍很常见。这些紧张现象可与伴有生动舞台性幻觉的梦样状态（oneiroid）合并出现。

【诊断要点】

必须符合诊断精神分裂症的一般性标准（见 F20 之引言）。短暂和孤立的紧张症状可见于精神分裂症的任何其它亚型。但若诊断为紧张型精神分裂症，下列一种或多种行为表现应成为主要的临床相：

- (a) 木僵（对环境的反应性显著降低，自发运动和活动明显减少）或缄默；
- (b) 兴奋（明显无目的的活动，不受外界刺激影响）；
- (c) 摆姿势（有意地采取或保持不舒适或古怪的姿势）；
- (d) 违拗（显然无动机地拒绝所有指令或被移动的企图或朝相反的方向运动）；
- (e) 僵化（对抗被移动的努力而维持刻板的姿势）；
- (f) 蜡样屈曲（四肢和躯体维持于被外力摆放的位置）；以及
- (g) 其它症状，如命令性自动症（自动顺从指令）和持续词语。

对于无法交谈的有紧张性障碍行为表现的患者，在取得其它症状的合适证据之前，精神分裂症只能是暂时性的诊断。紧张性症状并非精神分裂症的诊断症状，把握这一点也至关重要。一种或多种紧张症状亦可由脑部疾病、代谢障碍或酒和药物引起，并可见于心境障碍。

包含：紧张性木僵

精神分裂性倔强症

精神分裂性紧张症

精神分裂性蜡样屈曲

F20. 3 未分化型精神分裂症

本症满足精神分裂症的一般性诊断标准（见 F20 之引言），但不符合上述任何一种亚型（F20. 0F—20. 2）的标准，或表现出一种以上亚型的特点但没有一组明显占优势的诊断特征。本标题仅适用于精神病性状态（即除外残留性精神分裂症，F20. 5，和精神分裂症后抑郁，（F20. 4），且需首先尝试将其归入前面三种亚型之一。

【诊断要点】

本类别应为下列障碍保留：

- (a) 符合精神分裂症的诊断标准；
- (b) 未满足偏执型、青春型或紧张型的亚型标准；
- (c) 未满足残留性精神分裂症或精神分裂症后抑郁的标准。

包含：非典型精神分裂症

F20. 4 精神分裂症后抑郁

这是一种发生在精神分裂性疾病的余波之中的抑郁发作，病程可迁延。仍须存在某些精神分裂症的症状，但它们已不构成主要的临床相。这些持续存在的分裂性症状既可为“阳性”症状也可为“阴性”症状，但后者更常见。至于抑郁症状究竟是在原有的精神病性症状缓解后才显露出来（而不是新发生的抑郁），或是构成精神分裂症的内在组成部分（而非对精神分裂症的心理反应）尚不明确，对诊断也不重要。抑郁症状极少达到满足重度抑郁发作（F32. 2 和 F32. 3）的严重程度，而且很难决定哪些症状源于抑郁症，哪些症状源于神经阻滞剂治疗或源于精神分裂症自身的意志损害和情感平淡。这种抑郁障碍伴有自杀危险性的增加。

【诊断要点】

只有满足下列条件，方能作出诊断：

- (a) 过去 12 个月内病人曾患过符合精神分裂症一般性标准的分裂性疾病；
- (b) 某些精神分裂症症状依然存在；以及

(c) 抑郁症状明显并困扰病人，至少符合抑郁发作的标准 (F32. -)，并且已存在至少 2 周。

如病人已不存在任何精神分裂症的症状，应诊断为抑郁发作 (F32. -)。如果分裂性症状仍很鲜明和突出，应维持精神分裂症相应亚型 (F20. 0, F20. 1, F20. 2 或 F20. 3) 的诊断。

F20. 5 残留型精神分裂症

为精神分裂症的慢性期，疾病明显地从早期 (包含精神病性症状符合上述精神分裂症一般性标准的一次或多次发作) 进入晚期，以长期、但并非不可逆转的“阴性”症状为特征。

【诊断要点】

必须满足下列条件方能确诊：

(a) 突出的精神分裂症“阴性”症状，即精神运动迟滞、活动过少、情感迟钝、被动及缺乏始动性、言语的量和内容贫乏；面部表情、目光接触、声音的顿挫以及姿势等非言语性交流贫乏；生活自理差、社会表现不佳；

(b) 既往至少有一次明确符合精神分裂症诊断标准的精神病性发作；

(c) 至少已有一年那些鲜明症状的程度和出现频率减少至最低或明显减少，且呈现出“阴性”精神分裂症性综合征；

(d) 缺乏足以解释阴性症状的痴呆、或其它器质性脑疾病或障碍以及慢性抑郁症或长期住院。

如果得不到有关既往史的恰当资料，因而无法确定在过去某时病人是否曾经符合精神分裂症的标准时，有必要做出残留型精神分裂症的临时性诊断。

包含：慢性本分化型精神分裂症

“残留状态 (Restzustand)”

精神分裂症残留状态

F20. 6 单纯型精神分裂症

这是一种不常见的精神障碍，它表现为潜隐起病但逐渐发展的古怪行为、不能满足社会的要求以及总体表现变差。妄想和幻觉不明显。与精神分裂症的青春型、偏执型和紧张型相比较，本型的精神病表现不明显。在典型残留型精神分裂症的“阴性”症状 (即情感迟钝，意志丧失) 出现之前，无任何显著的精神病性症状。随着社交活动的日益贫乏，病人可表现流浪、自我专注、懒惰和毫无目的。

【诊断要点】

单纯型精神分裂症是一种很难确定的诊断，因为诊断的基础是以缺乏任何幻觉、妄想或其它既往精神病性发作的病史为前提，出现缓慢发展的残留型精神分裂症的特征性“阴性”症状，且伴有显著的个人行为改变 (表现为显著地丧失兴趣、懒散和社会退缩)。

包含：精神分裂症单纯型

F20. 8 其它精神分裂症

包含：体感异常性精神分裂症

精神分裂样障碍 NOS

不含：急性精神分裂症样障碍 (F23. 2)

环性精神分裂症 (F25. 2)

潜隐型精神分裂症 (F23. 2)

F20. 9 精神分裂症，未特定

◆分裂型障碍

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	分裂型障碍诊断要点	

分裂型障碍诊断要点

本症以类似于精神分裂症的古怪行为以及异常思维和情感为特征，但在疾病的任何时期均无明确和典型的精神分裂症性表现。无占优势的和典型的障碍，但可存在下列任何一种情况：

(a) 情感不恰当或受限制 (病人显得冷酷和淡漠)；

(b) 古怪、离奇或独特的行为或外表；

- (c) 人际关系差，倾向于社会退缩；
- (d) 古怪的信念或巫术性思维影响着病人的行为并与亚文化规范不符；
- (e) 猜疑或偏执观念；
- (f) 无内在阻力的强迫性穷思竭虑，常伴畸形恐怖的、性的或攻击性的内容；
- (g) 不寻常的知觉体验，包括躯体（身体）感觉异常或其它错觉，人格解体或现实解体；
- (h) 思维模糊、赘述、隐喻性的、过分琐碎或刻板，表现为离奇的言语或它种形式，无严重的言语不连贯；
- (i) 偶发的短暂性准精神病发作，伴严重的错觉、幻听或其它幻觉以及妄想样观念，起病往往没有外界诱因。

本症为慢性病程，病情波动，偶尔可发展成精神分裂症。无明确的起病，其演化和病程往往类似于人格障碍。本症在精神分裂症病人的亲属比中更为多见，据认为它是精神分裂症遗传“谱”的一部分。

【诊断要点】

不推荐普遍使用此诊断名称，因为本症与单纯型精神分裂症及分裂型或偏执型人格障碍均无明确的界限。如使用本术语，病人应至少二年持续性或发作性地存在上述三到四个典型特征。病症必须从未符合过精神分裂症的标准。一级亲属的精神分裂症病史支持此诊断，但并非诊断所必需。

包含：边缘状态精神分裂症

- 潜隐型精神分裂症
- 潜隐性精神分裂症反应
- 精神病前精神分裂症
- 前驱型精神分裂症
- 假性神经症型精神分裂症
- 假性病态人格型精神分裂症
- 分裂型人格障碍

不含：Asperger's 综合征 (F84. 5)

分裂样人格障碍 (60. 1)

◆持久的妄想性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	持久妄想性障碍诊断要点	
2	F22. 0 妄想性障碍	F22. 0
3	F22. 8 其它持久的妄想性障碍	F22. 8
4	F22. 9 持久的妄想性障碍，未特定	F22. 9

持久妄想性障碍诊断要点

本组包括不能归类为器质性障碍、精神分裂症或情感性障碍的以长期持续性妄想为唯一或最突出临床特征的各种障碍。它们可能是病因异质性的，与精神分裂症的关系尚不能确定。遗传、人格特点及生活环境在其起病中的相对作用也未能确定，估计各不相同。

F22. 0 妄想性障碍

本组障碍的特点是出现一种或一整套相互关联的妄想，妄想往往持久，有时持续终生。妄想的内容变异很大，常为被害、疑病或夸大性的，但也可与诉讼或嫉妒有关；或表现为坚信其身体畸形，或确信他人认为自己有异味或是同性恋者。典型病例缺乏其它精神病理改变，但可间断地出现抑郁症状，某些病人可出现幻嗅和幻味。清晰和持久的听幻觉（说话声）、精神分裂症性症状（如被控制妄想和明显的情感迟钝）以及脑疾病的确凿证据均与本诊断不相容。但只要不是典型的精神分裂症性幻听，且只占临床总体表现的一小部分，则偶尔和短暂的听幻觉（尤其在老年病人）并不排除本诊断。起病常在中年，但有时可在成年早期（尤其是确信身体畸形的病例）。妄想的内容及出现时常与病人的生活处境有关，如少数民族患者出现之被害妄想。除了与妄想或妄想系统直接相关的行为和态度外，情感、言语和行为均正常。

【诊断要点】

妄想是最突出的或唯一的临床特征，妄想必须存在至少三个月，必须明确地为病人的个人观念，而非亚文化观念。可间断性地出现抑郁症状甚至完全的抑郁发作（F32. 一，但没有心境障碍时妄想仍持续存在。不应存在脑疾病的证据；没有或偶然才有听幻觉；无精神分裂症性症状（被控制妄想、思维被广播等）的病史。

包含：偏执狂

偏执性精神病

偏执状态

妄想痴呆（晚发性）

关系妄想（sensitiver Beziehungswahn）

不含：偏执型人格障碍（F60. 0）

心因性偏执性精神病（F23. 3）

偏执反应（F23. 3）

偏执型精神分裂症（F20. 0）

F22. 8 其它持久的妄想性障碍

本类别是为持续妄想性障碍中不符合妄想性障碍（F22. 0）标准者所保留的编码。在此处编码之障碍其妄想应伴有持久的幻听或伴有不足以诊断为精神分裂症（F20. -）的分裂性症状。妄想性障碍持续尚不足三个月者应在 F23. 一处编码（至少为暂时性）。

包含：妄想性畸形恐怖

更年期偏执状态

好争辩的偏执狂

F22. 9 持久的妄想性障碍，未特定

◆急性而短暂的精神病性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	急性而短暂的精神病性障碍诊断要点	
2	F23. 0 不伴精神分裂症症状的急性多形性精神病性障碍	F23. 0
3	F23. 1 伴有精神分裂症症状的急性多形性精神病性障碍	F23. 1
4	F23. 2 急性精神分裂症样精神病性障碍	F23. 2
5	F23. 3 其它以妄想为主的急性精神病性障碍	F23. 3
6	F23. 8 其它急性而短暂的精神病性障碍	F23. 8
7	F23. 9 急性而短暂的精神病性障碍，未特定	F23. 9

急性而短暂的精神病性障碍诊断要点

能准确指导急性精神障碍分类的系统性临床资料尚不具备，我们不得已而使用的有限资料和临床惯例无法给出定义准确、并能彼此区分的概念。因缺乏经过试验和检测的多轴系统，为了避免混淆诊断，这里采用的方法是根据本症某些关键特征的优先顺序而排列诊断顺序。症状的优先顺序为：

- (a) 急性起病（2 周以内）为本组全部障碍的特征；
- (b) 存在典型综合征；
- (c) 存在相应的急性应激。

然而根据本分类的按排，不符合这一优先顺序者仍可被确定为具有上述特殊表现之一的急性精神病性障碍。

本文还推荐尽可能地对本组中所有障碍的起病进一步分类。急性起病的定义是：在 2 周或更短的时期内从缺乏精神病特征的状态转变为有明显异常的精神病性状态。有证据表明急性起病往往与预后良好有关，而且可能起病越急，预后越好。因此本文推荐只要情况适合就应指明暴发性起病（48 小时之内）。

典型综合征中首推迅速变化和起伏的状态，这里称之为“多形性”，有不少国家认为它对急性精神病状态的诊断十分重要；其次为存在典型的精神分裂症症状。

考虑到急性应激与急性精神病的传统联系，也可使用第五位编码指明相应的急性应激。然而，现有的

为数不多的证据表明相当一部分急性精神病性障碍的起病缺乏相应的应激，因此本文规定必须记录是否存在应激。在这里相应的急性应激意味着：当一件或多件在类似环境下对该文化处境中的大多数人构成应激的事件发生后，2周以内即出现第一个精神病性症状。典型的应激事件可为亲人亡故、非预期性地失去伴侣、工作或婚姻；或战争、恐怖主义和严刑所致心理创伤。长期存在的痛苦或烦恼不应包括在本类应激源内。

病人一般在二到三个月内（往往在几周甚至几天内）痊愈，仅有一小部分病人发展成持久的残疾。不幸的是凭现有知识尚无法预测究竟哪一个部分病人不会很快恢复。

编写这些临床描述和诊断要点时假定：当起病只有几天或几周而不知病情将持续多久时，临床工作者为了评定和治疗病人需使用这些资料以做出诊断。因此，它包括了许多有关时间限制以及从一种障碍过渡到另一种障碍的提示，以便及时更新诊断记录。

这些急性障碍的诊断用语与其分类学状态一样也未能确定，但本文尽量使用简单和熟悉的术语。将“精神病性障碍”作为本组所有障碍的简便术语（精神病的定义见总引言第3页），同时采用一附加的定性术语按上述顺序指明各不同类型的特征。

【诊断要点】

虽然病人可时常出现明显的情绪变化和情感性症状，但本组障碍中没有任何一种满足躁狂发作（F30. -）或抑郁发作（F32. -）的标准。

根据定义，这些障碍也不应具有器质性病因，例如脑震荡、据委或痴呆。病人常出现困惑、先占观念以及不注意当前的谈话，但如果这些症状十分明显或持久从而提示谵妄或痴呆等器质性病因时，应推迟诊断直到经过调查或观察而澄清这一问题。同样，如存在明显的药物或酒中毒，也不应诊断为F23中的障碍。如果近期酒或印度大麻的用量仅轻度增加，且没有严重中毒或定向障碍的证据，则不应排除诊断为上述某种急性精神病性障碍的可能性。

重要的是注意48小时和2周的标准并非指严重度和障碍达到顶峰的时间，而是指精神症状变得明显并至少妨碍了日常生活和工作的某些方面所需时间。急性和爆发性起病者此后均可达到障碍的顶峰；只要在指定时间内症状和障碍明显，通常导致病人寻求某种帮助或求助于医疗机构即可诊断。表现为焦虑、抑郁、社会退缩或轻度异常行为的前驱期不应包括在此时期。

使用第五位编码指明急性精神病性障碍是否伴急性应激：

F23. X0 不伴急性应激

F23. X1 伴有急性应激

F23. 0 不伴精神分裂症症状的急性多形性精神病性障碍

这是一种急性精神病性状态，其幻觉、妄想和知觉紊乱明显但变化显著，每天甚至每时均处于变化之中，伴短暂而强烈的幸福感和销魂状态，或焦虑及易激惹的情绪混乱也很常见。这种多形性、不稳定性、变化性的临床表现十分典型。尽管病人可时常出现情感性或精神病性症状，但不符合躁狂发作（F30. -）、抑郁发作（F32. -）或精神分裂症（F20. -）的标准。本症特别倾向于爆发性起病（48小时内），且症状迅速变形，大部分病例没有促发性应激。

如果症状持续3个月以上，应更改诊断（持续性妄想性障碍（F22. -）或其它非器质性精神病性障碍（F28）可能最为恰当）。

【诊断要点】

确诊应具备：

- (a) 起病必须为急性（在2周或更短的时间内从非精神病状态转变成明显的精神病状态）；
- (b) 必须具备多种类型的幻觉或妄想，其类型和程度每天或在同一天内不断变化；
- (c) 情绪状态也应有类似的变化，以及
- (d) 虽然症状多变，但没有任何一种症状持续到足以符合精神分裂症（F20. -）或躁狂或抑郁发作（F30. -或F32. -）的标准。

包含：不伴精神分裂症症状的或未特定的妄想阵发

不伴精神分裂症症状的或未特定的循环性精神病

F23. 1 伴有精神分裂症症状的急性多形性精神病性障碍

这是一种急性精神障碍，符合急性多形性精神病性障碍（F23.0）描述性标准，同时持续性存在典型的精神分裂症症状。

【诊断要点】

必须符合急性多形性精神病性障碍的标准（a），（b）和（c），此外，在明显精神病临床相出现后的大部分时间里必须存在符合精神分裂症（F20.1）诊断标准的症状。

如果精神分裂症的症状持续一个月以上，诊断应更改为精神分裂症（F20.1）。

包含：伴有精神分裂症症状的妄想阵发

伴有精神分裂症症状的循环性精神病

F23.2 急性精神分裂症样精神病性障碍

这是一种急性精神病性障碍，其精神病性症状相对稳定并符合精神分裂症（F20.1）的标准，但持续时间尚不足一个月。也可存在某种程度的情绪变化或情绪不稳定，但未达到急性多形性精神病性障碍（F23.0）的程度。

【诊断要点】

确诊应具备：

（a）精神病性症状的起病必须为急性（在2周或更短的时间内从非精神病状态变成明显的精神病性状态）；

（b）在明显的精神病临床相出现后的大部分时间里必须存在符合精神分裂症（F20.1）诊断标准的症状；

（c）不符合急性多形性精神病性障碍的标准。

如精神分裂症的症状持续1个月以上，诊断应更改为精神分裂症（F20.1）。

包含：急性（未分化型）精神分裂症

短暂精神分裂样障碍

短暂精神分裂样精神病

梦样精神病

精神分裂症性反应

不含：器质性妄想性（精神分裂症样）障碍（F06.2）

精神分裂样障碍 NOS（F20.8）

F23.3 其它以妄想为主的急性精神病性障碍

这是一种以相对稳定的妄想或幻觉为主要临床特征，但不符合精神分裂症（F20.1）诊断标准的急性精神病性障碍。常见被害或关系妄想，幻觉通常为听觉性（直接与病人交谈的声音）。

【诊断要点】

确诊应具备：

（a）精神病性症状的起病必须为急性（在2周或更短的时间内从非精神病状态变成明显的精神病性状态）；

（b）在明显精神病状态出现后的大部分时间里必须存在妄想或幻觉；

（c）既不符合精神分裂症（F20.1）也不符合多形性精神病性障碍（F23.0）的标准。

如果妄想持续3个月以上，诊断应更改为持久的妄想性障碍（F22.1）；如果仅幻觉持续3个月以上，则诊断应更改为其它非器质性精神病性障碍（F28）。

包含：偏执性反应

心因性偏执性精神病

F23.8 其它急性而短暂的精神病性障碍

无法归入F23中其它类别的任何其它急性精神病性障碍（例如出现明确的妄想或幻觉，但持续时间只有急性精神病性状态的一小部分）应在此编码。只要缺乏器质性病因的证据，当无法得到有关病人精神状态的更详细的资料时，未分化的兴奋状态也应在此处编码。

F23.9 急性而短暂的精神病性障碍，未特定

◆感应性妄想性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	感应性妄想性障碍诊断要点	

感应性妄想性障碍诊断要点

一种罕见的由情感关系密切的两人或（偶尔）多人所共有的妄想性障碍，其中仅有一人患真正的精神病性障碍，另一人的妄想因感应而产生，并且当他们彼此分开后妄想往往就消失。感应者所患精神疾病以精神分裂症最为常见，但并非一定如此，也可为其它类型的精神障碍。感应者原有的妄想以及被感应者的妄想通常均为慢性，内容可为被害性或夸大性。妄想性信念的这种传递仅限于不寻常的处境。所涉及的人物几乎无一例外地具有非常密切的关系，并且在语言、文化或地理上与他人隔离。被感应者通常依赖于或附属于真正的精神病患者。

【诊断要点】

只有满足下列情况才能诊断感应性精神病：

- (a) 两人或多人拥有共同的妄想或妄想系统，并且他们在信念上彼此支持；
- (b) 他们具有上述那种不寻常的密切关系；
- (c) 在时间或内容方面有证据表明这两人或一群体中人的波动者是通过与主动者的接触而感应妄想的。感应性幻觉虽然不常见，却不排除本诊断。然而，如有理由相信生活在一起的两人患有不同的精神病性障碍，那么尽管他们可有部分相同的妄想，也不应在此处编码。

包含：双人精神病

感应性偏执或精神病性障碍

共生性精神病

不含：同时发生的精神病

◆分裂情感性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	分裂情感性障碍诊断要点	
2	F25. 0 分裂情感性障碍，躁狂型	F25. 0
3	F25. 1 分裂情感性障碍，抑郁型	F25. 1
4	F25. 2 分裂情感性障碍，混合型	F25. 2
5	F25. 8 其他分裂性情感性障碍	F25. 8
6	F25. 9 分裂情感性障碍，未特定	F25. 9

分裂情感性障碍诊断要点

为一种发作性障碍。情感性症状与分裂性症状在疾病的同一次发作中都很明显，两种症状多为同时出现或至多只差几天。本类障碍与典型心境〔情感性〕障碍（F30-F39）及精神分裂症（F20-F24）的关系尚未确定，之所以给本症单独的目录是因为它十分常见，不容忽视。情感性症状附加干预先存在的精神分裂症性疾病或组成其一部分，或与精神分裂症或其它持续性妄想性障碍共存或交替出现时，在 F20-F29 的适当类别中归类。情感性障碍与心境不协调的妄想或幻觉（F30. 2, F31. 2, F31. 5, F32. 3 或 F33. 3）本身并不能诊断为分裂情感性障碍。

反复分裂情感性发作的患者（尤其是那些具有躁狂症状而非抑郁症状者）通常能完全缓解，仅极少数发展成缺损状态。

【诊断要点】

只有在疾病的同一次发作中，明显而确实的分裂性症状和情感性症状同时出现或只差几天，因而该发作既不符合精神分裂症亦不符合抑郁或躁狂发作的标准，此时方可作出分裂情感性障碍的诊断。本术语不适用于仅在疾病的不同发作中分别显露出精神分裂症及情感性症状之病人，例如，精神分裂症病人在精神病性发作的余波中往往出现抑郁症状（见精神分裂症后抑郁（F20. 4）。有些病人出现反复的分裂情感性发作，可为躁狂型或抑郁型，也可为两型之混合。另一些病人可在典型的躁狂或抑郁发作之间插入一到两次的分裂情感性发作，对于前一种情况，分裂情感性发作是恰当的诊断；而后者只要在其它方面临床相典

型，则偶然出现的分裂情感性发作并不能推翻双相情感性障碍或反复发作性抑郁障碍的诊断。

包含：(短暂)反应性精神病 NOS

F25. 0 分裂情感性障碍，躁狂型

在疾病的同一次发作中分裂性症状和躁狂症状均突出。心境异常的形式通常为高涨，伴自我评价增高和夸大观念，但有时兴奋或易激惹更明显，且伴攻击性行为和被害观念。上述两种情况均存在精力旺盛、活动过多、集中注意力受损，以及正常的社会约束力丧失。可存在关系、夸大或被害妄想，但需要其它更典型的精神分裂症症状方能确立诊断，例如，病人可能坚持认为他们的思维正被广播或正被干扰、异己的力量正试图控制自己，或诉说听到各种不同的说话声，或表露出不仅仅为夸大或被害内容的古怪妄想性观念。常需仔细询问病人是否真正体验到了这些病态现象，而非玩笑或隐喻之词。躁狂型分裂情感性障碍通常急性起病，症状鲜明，虽然常伴有广泛的行为紊乱，但一般在数周内即可完全缓解。

【诊断要点】

必须有显著的心境高涨，或不太明显的心境高涨伴有易激惹或兴奋。在同一次发作中，应明确地存在至少一个、最好两个典型的精神分裂症症状（见精神分裂症（F20. —），诊断要点（a）-（d））。

本类别适用于单次躁狂型分裂情感性发作以及大多数发作为躁狂型的反复分裂情感性发作。

包含：分裂情感性精神病，躁狂型

精神分裂样精神病，躁狂型

F25. 1 分裂情感性障碍，抑郁型

这是一种在疾病的同一次发作中分裂性症状和抑郁性症状都很突出的精神障碍。抑郁心境通常伴有若干特征性抑郁症状或行为异常，如迟滞、失眠、无精力、食欲或体重下降、正常兴趣减少、集中注意力受损、内疚、无望感及自杀观念。同时或在同一次发作中，存在其它更典型的精神分裂症症状：例如，病人坚持认为自己的思维正被广播或正被干扰，或异己的力量正试图控制自己。他们可能确信自己正被跟踪或陷入某种阴谋之中，但他们自己的行为不能说明这些确信是合理的。可听到不仅仅为贬低或责怪内容的声音，而且还听到要杀死病人或幻听在议论他们的行为。抑郁型分裂情感性发作表现往往不如自狂型鲜明和令人吃惊，但一般持续时间较长，而且预后较差。虽然大部分病人完全缓解，个别病人却逐渐演变成精神分裂症性缺损。

【诊断要点】

必须有明显的抑郁，至少伴两种典型的抑郁症状或属于抑郁发作（F32. —）的有关行为异常。在同一次发作期间明确存在至少有一种、最好两种典型的精神分裂症症状（见精神分裂症（F20. —），诊断要点（a）-（d））。

本类别适用于单决抑郁型分裂情感性发作以及大多数发作为抑郁型的反复发作性障碍。

包含：分裂情感性精神病，抑郁型

精神分裂样精神病，抑郁型

F25. 2 分裂情感性障碍，混合型

精神分裂症症状（20. —）与混合型双相情感性障碍同时存在（F31. 6）者在此处编码。

包含：循环性精神分裂症

混合型精神分裂症及情感性精神病

F25. 8 其他分裂性情感性障碍

F25. 9 分裂情感性障碍，未特定

包含：分裂情感性精神病 NOS

◆其它非器质性精神病性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	其它非器质性精神病性障碍诊断要点	

其它非器质性精神病性障碍诊断要点

不符合精神分裂症（F20. —）、精神病性心境〔情感性〕障碍（F30 - F39）的标准以及不符合持续性妄想性障碍（F22. —）症状学标准的精神病性障碍应在此处编码。

包含：幻常见性精神病 NOS

◆未特定的非器质性精神病

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	未特定的非器质性精神病	

未特定的非器质性精神病

包含：精神病 NOS

不含：精神障碍 NOS (F99)

器质性或症状性精神病 NOS (F09)

F30 - F39 心境 [情感] 障碍

◆引言

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	引言	

引言

对心境 [情感] 障碍与病因、症状、作为基础的生化过程、治疗效果以及转归之间关系的认识尚不足以建立普遍赞同的分类，然而，分类势在必行。希望本书提出的分类至少能为人接受，因为它是在广泛征求意见的基础上制订的。

这些障碍中，基本的紊乱是心境或情感的改变，通常表现为低落（可伴或不伴焦虑）或高涨。心境改变一般伴有整体活动水平的改变，大多数其他症状或继发于心境改变，或易于从心境改变的背景得到理解。这类障碍大多有复发倾向，每次的发病常与应激性事件或处境有关。本节讨论各年龄组的心境障碍，故而发生于童年和青少年时期的心境障碍也在这里编码。

对情感障碍分类的主要标准的取舍系基于实用的考虑，以便使常见的临床障碍易于确认。因相当一部分病人仅发病一次，故将单次发作与双相及其他多次发作的障碍作了区分。同时，严重程度关系到治疗以及提供哪种水平的服务，所以分类中对它亦予以突出。需说明的是，这里提到的“躯体的”症状，过去曾称之为“忧郁的”、“生命的”、“生物的”、“内脏源性的”。关于这一综合征的科学地位，目前仍有一定疑问，将其纳入分类，以期能对分开标明这一综合征的实用性进行广泛的临床评价。目前这样的分类安排，既可使有意记录躯体综合征的人如其所愿，而忽略它也不会损失任何其他信息。

不同等级严重程度的区分依旧是个问题，因为许多临床工作者有这个愿望，故划分出轻度、中度、重度三个等级。

本分类中，“躁狂”和“重度抑郁”表示情感谱对立的两个极端。“轻躁狂”表示不伴妄想、幻觉或正常活动完全解体的一种中间状态，通常（但不一定）见于处在躁狂发展或恢复阶段的病人。

◆躁狂发作

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	躁狂发作	
2	F30. 0 轻躁狂	F30. 0
3	F30. 1 躁狂，不伴精神病性症状	F30. 1
4	F30. 2 踢狂，伴精神病性症状	F30. 2
5	F30. 8 其它既往发作	F30. 8
6	F30. 9 躁狂发作，未特定	F30. 9

躁狂发作

这里划分出三种严重程度，其共有的基本特征是心境高涨，身体和精神活动的量和速度均增加。本类中所有亚型都仅用于单次躁狂发作，若发作前或之后有情感（抑郁、躁狂、轻躁狂）发作，则应归于双相情感障碍（F31. -）。

包含：双相障碍，单次躁狂发作

F30. 0 轻躁狂

轻躁狂是躁狂（F30. 1）的较轻表现形式；较之环性心境（F34. 0），心境和行为的异常又更为持续也更为明显，故不宜归于其下。轻躁狂不伴幻觉和妄想。存在持续的（至少连续几天）心境高涨、精力和活动增高，常有显著的感觉良好，并觉身体和精神活动富有效率。社交活动增多，说话滔滔不绝，与人过分熟悉，性欲望增强，睡眠需要减少等表现也常见，但其程度不致造成工作严重受损或引起社会拒绝。有时，易激惹、自负自傲、行为莽撞的表现替代了较多见的欣快的交往。

可有注意集中和注意的损害，从而降低从事工作、得到放松及进行闲暇活动的的能力，但这并不妨碍病人对全新的活动和冒险表现出兴趣或有轻度挥霍的表现。

【诊断要点】

与高涨或改变的心境相应的上述几项特征至少连续存在几天，其程度和持续性超出环性心境（F34. 0）的表现。轻躁狂诊断不排斥对工作和社会活动的相当妨碍，但若达到了严重损害和完全破坏的程度，就要诊断为躁狂（F30. 1 或 F30. 2）。

【鉴别诊断】轻躁狂在心境与活动水平方面的障碍介于环性心境（F34. 0）与躁狂（F30. 1 和 F30. 2）之间。活动增加和坐立不安的表现必须与甲亢和神经性厌食中所见同样症状相区别。“激越性抑郁”的早期表现可与轻躁狂易激惹的表现表面上相似，在中年晚期发生的“激越性抑郁”尤其如此。有严重强迫症状的病人，晚上可有部分时间十分活跃地完成室内清洗仪式，但患者的情感与此处描述的相反。

当轻躁狂发生于躁狂（F30. 1 和 F30. 2）之前或之后，一般不单独标明轻躁狂。

F30. 1 躁狂，不伴精神病性症状

心境的高涨与个体所处环境不协调，表现可从无忧无虑的高兴到几乎不可控制的兴奋。心境高涨同时伴有精力增加和随之而生的活动过多，言语迫促（Pressure of speech），以及睡眠需要减少。正常的社会抑制消失，注意不能持久，并常有显著的随境转移。自我评价膨胀，随意表露夸大或过分乐观的观念。

也可出现知觉障碍，如：觉得色彩特别生动（并且往往是美的）；专注于物体表面或质地的精微细节，主观感到听觉敏锐。病人可能着手过分和不切实际的计划，挥金如土，或变得攻击性强、好色，或在不当的场合开玩笑。某些躁狂发作中，不出现心境高涨，而代之以易激惹和多疑。首次发作还常见于 15 至 30 岁，但也可发生在从童年后期直至六、七十岁的任何年龄。

【诊断要点】

发作至少应持续一周，严重程度达到完全扰乱日常工作和社会活动。心境改变应伴有精力增加和上述几条症状（特别是言语迫促、睡眠需要减少、夸大、过分乐观）。

F30. 2 踢狂，伴精神病性症状

这是较 F30. 1 描述的躁狂更为严重的一种躁狂的临床表现形式，膨胀的自我评价和夸大观念可达到妄想程度，易激惹和多疑可发展成被害妄想。在严重病例中，有关身份或角色的夸大或宗教妄想可占优势。思想奔逸和言语迫促可能使病人无从被人理解。严重而持久的躯体活动与兴奋可致攻击或暴力。对饮食及个人卫生的忽视可造成脱水和自我忽视的危险状态。若有必要，可进一步标明妄想或幻觉与心境“协调”或“不协调”。“不协调”应包含不带情感色彩的妄想或幻觉。例如，没有自罪或被指控内容的关系妄想；向病人讲述没有特殊情感意义事件的声音。

【鉴别诊断】最常见的问题之一是本病与精神分裂症的鉴别。如果错过了轻躁狂这一发展时期，见到病人时疾病已达高峰期，病人表现为大量的妄想、不可理解的言语、暴力性兴奋，这些可能掩盖基本的情感紊乱，此时鉴别尤为困难。对于抗精神病药物治疗有效的病人，在躯体和活动水平已恢复正常而妄想或幻觉仍存在的阶段，也会给我们提出同样的难题。精神分裂症（F20. 一）特有的幻觉或妄想若只是偶见，可归为心境不协调的妄想或幻觉，但如果突出且持续，分裂情感性障碍（F25 一）的诊断可能更为适宜。

包含：躁狂性木僵

F30. 8 其它既往发作

F30. 9 躁狂发作，未特定

包含：躁狂 NOS

◆双相情感障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	双相情感障碍诊断要点	
2	F31. 0 双相情感障碍，目前为轻躁狂	F31. 0
3	F31. 1 双相情感障碍，目前为不伴有精神病性症状的躁狂发作	F31. 1
4	F31. 2 双相情感障碍，目前为伴有精神病性症状的躁狂发作	F31. 2
5	F31. 3 双相情感障碍，目前为轻度或中度抑郁	F31. 3
6	F31. 4 双相情感障碍，目前为不伴精神病性症状的重度抑郁发作	F31. 4
7	F31. 5 双相情感障碍，目前为伴精神病性症状的重度抑郁发作	F31. 5
8	F31. 6 双相情感障碍，目前为混合状态	F31. 6
9	F31. 7 双相情感障碍，目前为缓解状态	F31. 7
10	F31. 8 其它双相情感障碍	F31. 8
11	F31. 9 双相情感障碍，未特定	F31. 9

双相情感障碍诊断要点

本病的特点是反复（至少两次）出现心境和活动水平明显紊乱的发作，紊乱有时表现为心境高涨、精力和活动增加（躁狂或轻躁狂），有时表现为心境低落、精力降低和活动减少（抑郁）。发作间期通常以完全缓解为特征。与其他心境障碍相比，本病在两性的发病率更为接近。由于仅有躁狂的病人相对罕见，而且他们与至少偶有抑郁发作的病人有类似性（在家庭史、病前人格、起病年龄、长期预后等方面），故这类病人也归于双相（F31. 8）。

躁狂发作通常起病突然，持续时间二周至四、五个月不等（中数约四个月）；抑郁持续时间趋于长一些（中数约六个月）；但除在老年期外，很少超过 1 年。两类发作通常都继之于应激性生活事件或其他精神创伤，但应激的存在并非诊断必需。首次发病可见于从童年到老年的任何年龄。发作频率、复发与缓解的形式均有很大变异，但随着时间推移，缓解期有渐短的趋势。中年之后，抑郁变得更为常见，持续时间也更长。

原来的“躁狂—抑郁性精神病”也包括仅有抑郁发作的病人，但现在的“躁狂抑郁性障碍或精神病”主要用作双相障碍的同义词。

包含：躁狂—抑郁性障碍、精神病或反应

不含：双相，单次躁狂发作（F30. 一）环性心境（F34. 0）

F31. 0 双相情感障碍，目前为轻躁狂

【诊断要点】

确诊需要：

- (a) 目前发作符合轻躁狂的标准（F30. 0）；及
- (b) 过去必须至少有一次其它情感发作（轻躁狂、躁狂、抑郁或混合性）。

F31. 1 双相情感障碍，目前为不伴有精神病性症状的躁狂发作

【诊断要点】

确诊需要：

- (a) 目前发作必须符合不伴精神病性症状的躁狂发作（F30. 1）的标准；及
- (b) 过去必须至少有一次其它情感发作（轻躁狂、躁狂、抑郁或混合性）。

F31. 2 双相情感障碍，目前为伴有精神病性症状的躁狂发作

【诊断要点】

确诊需要：

- (a) 目前发作必须符合伴精神病性症状的躁狂发作（F30. 2）的标准；及
- (b) 过去必须至少有一次其它情感发作（轻躁狂、躁狂、抑郁或混合性）。

F31. 3 双相情感障碍，目前为轻度或中度抑郁

【诊断要点】

确诊需要：

- (a) 目前发作必须符合轻度抑郁发作（F32. 0）或中度抑郁发作（F32. 1）的标准；及
- (b) 过去必须至少有一次轻躁狂、躁狂或混合性的情感发作。

第五位数码用于标明在目前抑郁发作中是否存在躯体症状：

F31. 30 不伴躯体症状

F31. 31 伴躯体症状

F31. 4 双相情感障碍，目前为不伴精神病性症状的重度抑郁发作

【诊断要点】

确诊需要：

- (a) 目前发作必须符合不伴精神病性症状的重度抑郁发作（F32. 2）的标准；及
- (b) 过去必须至少有一次躁狂、轻躁狂或混合性的情感发作。

F31. 5 双相情感障碍，目前为伴精神病性症状的重度抑郁发作

【诊断要点】

确诊需要：

- (a) 目前发作必须符合伴精神病性症状的重度抑郁发作（F32. 3）的标准；及
- (b) 过去必须至少有一次躁狂、轻躁狂或混合性的情感发作。

如果需要，幻觉或妄想可标明为与心境协调或不协调（见 F30. 2）。

F31. 6 双相情感障碍，目前为混合状态

病人过去至少有过一次躁狂、轻躁狂或混合性情感发作，目前或表现为混合性状态，或表现为躁狂、轻躁狂及抑郁症状的快速转换。

【诊断要点】

虽然双相障碍最典型的形式是交替出现的躁狂和抑郁发作，其间为正常心境分隔；但是，抑郁心境伴以连续数日至数周的活动过度和言语迫促，以及躁狂心境和夸大状态下伴有激越、精力和本能驱力降低，都并不罕见。抑郁症状与轻躁狂或躁狂症状也可以快速转换，每天不同，甚至因时而异。如果在目前的疾病发作中，两套症状在大部分时间里都很突出且发作持续至少两周，则应作出混合性双相情感障碍的诊断。

不含：单次混合性情感发作（F38. 0）

F31. 7 双相情感障碍，目前为缓解状态

病人过去至少有过一次躁狂、轻躁狂或混合性情感发作，且至少另有一次轻躁狂、躁狂、抑郁或混合性情感发作，但病人目前无明显的心境紊乱，并已处于这种状态数月。然而，不排除病人为减少复发危险而正在继续治疗之中。

F31. 8 其它双相情感障碍

包含：双相障碍 II 型

复发性躁狂发作

F31. 9 双相情感障碍，未特定

◆抑郁发作

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	抑郁发作	
2	F32. 0 轻度抑郁发作	F32. 0
3	F32. 1 中度抑郁发作	F32. 1
4	F32. 2 重度抑郁发作，不伴精神病性症状	F32. 2
5	F32. 3 重度抑郁发作，伴精神病性症状	F32. 3
6	F32. 8 其它抑郁发作	F32. 8
7	F32. 9 抑郁发作，未特定	F32. 9

抑郁发作

以下描述了三种不同形式的抑郁发作〔轻度（F32. 0）、中度（F32. 1）、重度（F32. 2）和（F32. 3）〕。各种形式的典型发作中，病人通常有心境低落、兴趣和愉快感丧失，导致劳累感增加和活动减少的精力降低。也很常见的症状还有稍作事情即觉明显的倦怠。其他常见症状是：

- （a） 集中注意和注意的能力降低；
- （b） 自我评价和自信降低；
- （c） 自罪观念和无价值感（即使在轻度发作中也有）；
- （d） 认为前途暗淡悲观；
- （e） 自伤或自杀的观念或行为；
- （f） 睡眠障碍；
- （g） 食欲下降。

低落的心境几乎每天一样，且一般不随环境而改变，但在一天内可显示出特征性的昼夜差异。与躁狂一样，临床表现可有明显的个体差异；青少年病人中，非典型的表现尤为常见。某些病例中，焦虑、痛苦和运动性激越有时比抑郁更为突出。此外，心境分改变也可能被易激惹、过度饮酒、戏剧性行为、原有恐怖或强迫症状恶化等附加特征或疑病性先占观念所掩盖。对于三种不同严重程度抑郁的诊断均要求至少持续两周，但如果症状格外严重或起病急骤，时间标准适当缩短也是有道理的。

以上某些症状可以提出来构成被广泛认为具有特殊临床意义的特征性表现。这些“躯体”症状（见本节引言，112页）最典型的例子是：对通常能享受乐趣的活动丧失兴趣和愉快感；对通常令人愉快的环境缺乏情感反应；早上较平时早醒2小时或更多；早晨抑郁加重；客观证据表明肯定有精神运动性迟滞或激越（为他人提及或报告）；食欲明显下降；体重降低（通常定义为过去1个月里失去体重的5%或更多）；性欲明显降低。一般只有肯定存在4条上述症状时，才被视为有躯体综合征。下面还要详细描述轻度（F32. 0）、中度（F32. 1）、和重度（F32. 2和F32. 3）抑郁发作几个类别都仅用于单次（首次）抑郁发作，若再具有抑郁发作，则应归于复发性抑郁障碍（F33. -）的亚型中。

标出不同的严重程度旨在包括不同类型精神科实践中所遇到的各种临床状态。轻度抑郁发作患者多见于初级保健机构和普通医疗机构，而精神科住院部主要处理重度抑郁患者。

与心境〔情感〕障碍伴随的自杀行为最常见的是服用处方药自行导致中毒，对此应采用ICD-10第XX章（X60-X84）的补充编码加以记录。这些编码不涉及自杀未遂与“准自杀”的区别，因为以上两种情况都属于自伤这一总类。

轻度、中度、重度抑郁之间的区分有赖于复杂的临床判断，包括症状的数量、类型、以及严重程度。日常工作和社会活动的表现通常是帮助了解严重程度的有用指标；但是，个人的、社会的、文化的影响使症状的严重程度与社会功能之间并不呈现平行关系，这种影响很常见也很有力，因而将社会功能表现纳入严重程度的基本标准并非明智之举。

存在痴呆（F00-F03）或精神发育迟滞（F70-F79）并不排斥可治性抑郁发作的诊断。但由于交流的困难，诊断较平时在更大程度上依赖于

客观可观察到的躯体症状，如：精神运动性迟滞，食欲及体重下降、睡眠障碍。

包含：抑郁性反应的单次发作；重症抑郁（不伴精神病性症状）；心因性抑郁或反应性抑郁（F32. 0，F32. 1，或F32. 2）

F32. 0 轻度抑郁发作

【诊断要点】

心境低落、兴趣与愉快感丧失、易疲劳这几条通常视为最典型的抑郁症状。要作出确定的诊断，应至少存在上述症状中的两条，再加上至少两条97页所描述的症状。所有症状都不应达到重度。整个发作持续至少2周。

轻度抑郁发作的患者通常为症状困扰，继续进行日常的工作和社交活动有一定困难，但病人的社会功能大概不会不起作用。

第五位数码用以标明躯体症状的有无：

F32. 00 不伴躯体症状

符合轻度抑郁发作的标准，极少或不存在躯体症状。

F32. 01 伴躯体症状

符合轻度抑郁发作的标准，并伴四条或更多躯体症状（只存在两条或三条躯体症状，但极为严重，采用本类也是合理的）。

F32. 1 中度抑郁发作

【诊断要点】

应至少存在轻度抑郁发作中给出三条典型抑郁症状中的两条，再加上至少三条（最好四条）其它症状。其中某几条症状较为显著；但如果存在的症状特别广泛，这一点也不是必需的。整个发作至少持续2周。

通常，中度抑郁患者继续进行工作，社交或家务活动有相当困难。

第五位数码用以标明躯体症状的有无：

F32. 10 不伴躯体症状

符合中度抑郁发作的标准，不存在或极少存在躯体症状。

F32. 11 伴躯体症状

符合中度抑郁发作的标准，存在四条或更多躯体症状（若仅有两条或三条躯体症状，但极为严重，归于本类也是合理的）。

F32. 2 重度抑郁发作，不伴精神病性症状

重度的抑郁发作患者常表现出明显的痛苦或激越。如迟滞为突出特征时，上述表现可不明显。自尊丧失、无用感、自罪感可以很突出。在极严重的病例，自杀是显而易见的危险。这里假定重度抑郁发作中几乎总是存在躯体症状。

【诊断要点】

轻度和中度抑郁发作（F32. 0, F32. 1）中提出的所有三条典型症状都应存在，并加上至少四条其它症状，其中某些症状应达到严重的程度。但是，如激越和迟滞这类主要症状十分明显时，病人可能不愿或不能描述许多其它症状。在这种情况下，从总体上评定为重度发作也是适宜的。抑郁发作一般应持续两周，但在症状极为严重或起病非常急骤时，依据不足两周的病程作出这一诊断也是合理的。

重度抑郁的患者，除了在极有限的范围内，几乎不可能继续进行社交、工作或家务活动。

本类别仅用于不伴精神病性症状的单个重度抑郁发作；再有发作时，应采用复发性抑郁障碍（F33. 一）的亚类。

包含：单次发作的激越性抑郁

不伴精神病性症状的忧郁或生命性抑郁

F32. 2 重度抑郁发作，不伴精神病性症状

重度的抑郁发作患者常表现出明显的痛苦或激越。如迟滞为突出特征时，上述表现可不明显。自尊丧失、无用感、自罪感可以很突出。在极严重的病例，自杀是显而易见的危险。这里假定重度抑郁发作中几乎总是存在躯体症状。

【诊断要点】

轻度和中度抑郁发作（F32. 0, F32. 1）中提出的所有三条典型症状都应存在，并加上至少四条其它症状，其中某些症状应达到严重的程度。但是，如激越和迟滞这类主要症状十分明显时，病人可能不愿或不能描述许多其它症状。在这种情况下，从总体上评定为重度发作也是适宜的。抑郁发作一般应持续两周，但在症状极为严重或起病非常急骤时，依据不足两周的病程作出这一诊断也是合理的。

重度抑郁的患者，除了在极有限的范围内，几乎不可能继续进行社交、工作或家务活动。

本类别仅用于不伴精神病性症状的单个重度抑郁发作；再有发作时，应采用复发性抑郁障碍（F33. 一）的亚类。

包含：单次发作的激越性抑郁

不伴精神病性症状的忧郁或生命性抑郁

F32. 3 重度抑郁发作，伴精神病性症状

【诊断要点】

符合F32. 2中给出的重度抑郁发作的标准，并且存在妄想、幻觉或抑郁性木僵。妄想一般涉及自罪、

贫穷或灾难迫在眉睫的观念，病人自认对灾难降临负有责任。听幻觉常为低毁或指责性的声音；嗅幻觉多为污物腐肉的气味。严重的精神运动迟滞可发展为可木僵。若有必要，妄想或幻觉可进一步标明为与心境协调或与心境不协调（见 F30. 2）。

【鉴别诊断】：抑郁性木僵必须与紧张型精神分裂症（F20. 2）、分离性木僵（F44. 2），以及器质性木僵表现相鉴别。本类仅用于单次发作的伴精神病性症状的重度抑郁；再有发作，应采用复发性抑郁（F33. -）的亚类。

包含：伴精神病性症状的单次重症抑郁发作；精神病性抑郁；心因性抑郁性精神病；反应性抑郁性精神病。

F32. 8 其它抑郁发作

当总的诊断印象表明发作有抑郁性质，但并不符合 F32. 0—F32. 3 中给出的抑郁发作的描述时，归于本类。这类例子有：轻重时有变化的抑郁症状（特别是其躯体表现）与紧张、烦恼、痛苦等非诊断症状；躯体抑郁症状与非器质性原因所致的持续性疼痛或疲劳的混合形式（有时在综合医院可见）。

包含：非典型性抑郁

单次发作的“隐匿性”抑郁 NOS

F32. 9 抑郁发作，未特定

包含：抑郁 NOS

抑郁性障碍 NOS

◆复发性抑郁障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	复发性抑郁障碍	
2	F33. 0 复发性抑郁障碍，目前为轻度发作	F33. 0
3	F33. 1 复发性抑郁障碍，目前为中度发作	F33. 1
4	F33. 2 复发性抑郁障碍，目前为不伴精神病性定状的重度发作	F33. 2
5	F33. 3 复发性抑郁障碍，目前为伴精神病性症状的重度发作	F33. 3
6	F33. 4 复发性抑郁障碍，目前为缓解状态	F33. 4
7	F33. 8 其它复发性抑郁障碍	F33. 8
8	F33. 9 复发性抑郁障碍，未特定	F33. 9

复发性抑郁障碍

本障碍的特点是反复出现抑郁发作〔轻度（F32. 0）、中度（F32. 1）、重度（F32. 2 和 F32. 3）〕中所标明的抑郁发作历史，不存在符合躁狂（F30. 1 和 F30. 2 功标准的心境高涨和活动过度的独立发作。然而，如果紧接在抑郁之后出现短暂的符合轻躁狂标准（F30. 0）的轻度心境高涨和活动增加（有时显然是由抗抑郁剂治疗所诱发），仍应使用本类别。抑郁发作的起病年龄、严重程度、持续时间、发作频率等均无固定规律。一般而言，初次发作晚于双相障碍，平均起病年龄为 40~49 岁。每次发作同样持续 3—12 个月（中数约六个月），但复发频率低些。发作间期一般缓解完全，但少数病人可发展为持续性抑郁，主要见于老年（这种情况仍用本类别）。不同严重程度的一次发作一般都是由应激性生活事件诱发。在很多文化背景下，无论抑郁发作的次数还是持续性抑郁的发生，女性均为男性的两倍。

就复发性抑郁障碍的患者而言，无论已发生过多少次抑郁，出现躁狂发作的危险始终不能完全排除。一旦出现了躁狂发作，诊断就应改为双相情感障碍。

复发性抑郁发作还可细分如下：首先标明目前发作的类型，然后（如果有充分资料可供参考）标明多次发作中占优势的类型。

包含：复发性抑郁性反应的发作，心因性抑郁；反应性抑郁，季节性情感障碍（F33. 0 或 F33. 1）

复发性内源性抑郁的发作，重症抑郁，躁狂抑郁性精神病（抑郁型），心因性或反应性抑郁性精神病，精神病性抑郁，致命性抑郁（F33. 2 或 F33. 3）

不含：复发性短暂抑郁发作

F33. 0 复发性抑郁障碍，目前为轻度发作

【诊断要点】

确诊需要：

(a) 应符合复发性抑郁障碍 (F33. 一) 的标准，目前发作应符合轻度抑郁发作 (F32. 0) 的标准；及

(b) 应至少两次发作，每次持续时间至少两周，两次发作之间应有几个月无明显心境紊乱。否则，诊断应为其它复发性心境〔情感〕障碍 (F38. 1)。

第五位数码用以标明目前发作中是否存在躯体性症状：

F33. 00 不伴躯体症状

(见 F32. 00)

F33. 01 伴躯体症状

(见 F32. 01)

若需要，可标明既往发作中占优势的类型 (轻度或中度，重度，不确定)。

F33. 1 复发性抑郁障碍，目前为中度发作

【诊断要点】

确诊需要：

(a) 应符合复发性抑郁障碍 (F33. 一) 的标准，目前发作应符合中度抑郁发作 (F32. 1) 的标准；及

(b) 应至少两次发作，每次持续时间至少两周，两次发作之间应有几个月无明显心境紊乱。

否则，诊断应为其它复发性心境〔情感〕障碍 (F38. 1)。

第五位数码用以标明目前发作中是否存在躯体性症状：

F33. 10 不伴躯体症状

(见 F32. 10)

F33. 11 伴躯体症状

(见 F32. 11)

若需要，可标明既往发作中占优势的类型 (轻度或中度，重度，不确定)。

F33. 2 复发性抑郁障碍，目前为不伴精神病性定状的重度发作

【诊断要点】

确诊需要：

(a) 应符合复发性抑郁障碍 (F32. 一) 的标准，目前发作应符合不伴精神病性症状的重度抑郁发作 (F32. 2) 的标准；及

(b) 应至少两次发作，每次持续时间至少两周，两次发作之间应有几个月无明显心境紊乱。

否则，诊断应为其它复发性心境 (情感) 障碍 (F38. 1)。

若需要，可标明既往发作中占优势的类型 (轻度或中度，重度，不确定)。

F33. 3 复发性抑郁障碍，目前为伴精神病性症状的重度发作

【诊断要点】

确诊需要：

(a) 应符合复发性抑郁障碍 (F33. 一) 的标准，目前发作应符合伴精神病性症状的重度抑郁发作 (F32. 3) 的标准；及

(b) 应至少两次发作，每次持续时间至少两周，两次发作之间应有几个月无明显心境紊乱。

否则，诊断应为其它复发性心境〔情感〕障碍 (F38. 1)。

若需要，妄想或幻觉可标明为心境协调的或心境不协调的 (见 F30. 2)。

若需要，可标明既往发作中占优势的类型 (轻度或中度，重度，不确定)。

F33. 4 复发性抑郁障碍，目前为缓解状态

【诊断要点】

确诊需要：

(a) 既往应符合复发性抑郁障碍 (F33. -) 的标准, 目前不应符合任何严重程度抑郁发作或 F30 - F39 中任何其它障碍的标准; 及

(b) 应至少两次发作, 每次持续时间至少两周, 两次发作之间应有几个月无明显心境紊乱。

否则, 诊断应为其它复发性心境 [情感] 障碍 (F38. 1)。

如果病人为减少复发危险在继续接受治疗仍可采用本类别。

F33. 8 其它复发性抑郁障碍

F33. 9 复发性抑郁障碍, 未特定

包含: 单相抑郁 NOS

◆持续性心境 [情感] 障碍

◆其它心境 [情感] 障碍

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	F38. 0 其它单次发作的心境 [情感] 障碍	F38.
2	F38. 1 其它复发性心境 [情感] 障碍	F38.
3	F38. 8 其它特定的心境 (情感) 障碍	F38.

F38. 0 其它单次发作的心境 [情感] 障碍

F38. 00 混合性情感发作

持续至少两周的情感发作; 特征是, 或为轻躁狂、躁狂及抑郁症状的混合, 或为上述症状的快速交替 (通常在几小时内)。

F38. 1 其它复发性心境 [情感] 障碍

F38. 10 复发性短暂抑郁障碍

反复出现的短暂抑郁发作, 在既往一年中大约每月出现一次, 每次抑郁发作持续时间都不足两周 (典型的为 2 - 3 天, 缓解完全), 但能够符合轻度、中度、或重度抑郁发作 (F32. 0、F32. 1、F32. 3) 的症状学标准。

【鉴别诊断】与恶劣心境的病人相反, 这类患者在大多数时间不感到抑郁。如果抑郁发作仅与月经周期有关应归于 F38. 8, 并附上第二个编码 (N94. 8, 与女性生殖器官和月经周期有关的其它特定状况) 以说明潜在原因。

F38. 8 其它特定的心境 (情感) 障碍

此为残留类别, 用于不符合上述 F30 - F38. 1 标准的任何其它类别的情情感障碍。

◆未特定的心境 [情感] 障碍

F40 - F48 神经症性、应激相关的及躯体形式障碍

◆引言

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	引言	

引言

将神经症性、应激相关的及躯体形式的障碍放在同一个大类, 一是因为它们都与神经症的概念有历史的联系; 同时, 这些障碍的相当一部分 (虽然并不确定) 与心理因素有关。正如本书前言中提到的, 神经症的概念已不再是一个主要的分类组织原则; 但是, 有些使用者愿按自己的习惯运用术语仍将某些障碍视为神经症, 因此本分类尽量照顾到使这些障碍易于确认。

症状的混合很常见 (最常见的形式是抑郁和焦虑并存), 尤其是在基层保健机构诊治的不太严重的这类障碍。尽管应尽力确定究竟什么是占优势的综合征, 但要对某些混合性的抑郁和焦虑勉强作出决定, 会显得人为痕迹太重, 故而为这些混合性情况提供了一个类别。

◆恐怖性焦虑障碍

序	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
---	-----------------------	--------

号		
1	F40 恐怖性焦虑障碍总论	F40
2	F40. 0 广场恐怖	F40. 0
3	F40. 1 社交恐怖	F40. 1
4	F40. 2 特定的（孤立的）恐怖	F40. 2
5	F40. 8 其它恐怖性焦虑障碍	F40. 8
6	F40. 9 恐怖性焦虑障碍，未特定	F40. 9

F40 恐怖性焦虑障碍总论

在这组障碍中，诱发焦虑的仅是或主要是一定的容易识别的目前并无危险的情境或物体（存在于个体之外），结果造成对这些情境或物体的特征性回避，或是带着畏惧去忍受。从主观上、生理上、及行为方面，恐怖性焦虑均可与其他类型的焦虑区别开来，其严重程度可从轻度的不安直到恐惧。患者的担忧可能集中于个别症状，如心悸或感觉要晕倒；常伴有继发的恐惧，如害怕会死、失控、或发疯。知道他人在同样情境不感到有危险或威胁并不能减轻焦虑。单纯设想进入恐怖性处境通常便能产生预期性焦虑。

所采用的标准中提到了恐怖性物体或情境是存在于个体之外的，这意味着现在将有关害怕生病（疾病恐怖）及害怕变形（变形恐怖）的许多情况归类于 F45. 2（疑病障碍）。不过，如果对疾病的害怕主要且反复由可能接触到感染源或污染源引起，或单纯是害怕医疗操作（注射、手术等）或医疗机构（牙医诊所、医院等），则归类于从 F40. 一开始的类别是适宜的（多为 F40. 2，特定的恐怖）。

恐怖性焦虑障碍常与抑郁并存而既存的恐怖性焦虑几乎不可避免地会因抑郁发作的插入而恶化。某些抑郁障碍伴有暂时的恐怖性焦虑，某些恐怖特别是广场恐怖也伴有抑郁心境。究竟需作出两个诊断还是仅诊断其中之一，取决于诊断时是否有一个障碍明显占优势。若恐怖症状出现之前已经符合抑郁障碍的标准，抑郁障碍的诊断应优先考虑（见前言中的说明，第 6、7 页）

除社交恐怖外，多数恐怖在女性比男性多见。

本分类系统中，发生于确定的恐怖性情境的惊恐发作被视为恐怖严重程度的表现，恐怖的诊断应优先考虑。只有惊恐障碍发生于不存在 F40. 一中所列任何恐怖对象的情况，才作出相应诊断。

F40. 0 广场恐怖

此处所用“广场恐怖”的含义较之当初引进这一术语时及某些国家仍在使用的意义更宽一些。它不仅包括害怕开放的宇间，也包括害怕置身人群及难以逃回安全处所（多为家）的其它地方。因此，这一术语表示相互联系并常有交叉的包含害怕离开家的一组恐怖症：害怕进入商店、人群或公共场所；或事泊乘火车、汽车或飞机独自旅行。虽然焦虑和回避行为的程度可有变异，但广场恐怖是各种恐怖障碍中对患者功能影响最大的，有些患者因此而完全困于家中。许多人因为想到在公共场所会崩溃并处于无助之中就恐慌不已。广场恐怖性情境的关键特征之一是没有即刻能用的出口。大多数患者为女性，起病多在成年早期。也可存在抑郁、强迫症状和社交恐怖，但不应主导临床相。若不作有效治疗，广场恐怖的病情虽可有波动，但一般会转为慢性。

【诊断要点】

确诊需符合以下各条：

- (a) 心理症状或植物神经症状必须是焦虑的原表现，而不是继发于其它症状，如妄想或强迫思维；
- (b) 焦虑必须局限于（或主要发生在）至少以下情境中的两种：人群、公共场所、离家旅行、独自独行；
- (c) 对恐怖情境的回避必须是或曾经是突出特点。

【鉴别诊断】必须记住，有些广场恐怖患者因为总是能够回避所恐怖的情境而很少焦虑。存在抑郁、人格解体、强迫症状、社交恐怖等其它症状，只要它们不主导临床相，并不妨碍广场恐怖的诊断。但是，若在恐怖症状刚刚出现时病人就已有明显的抑郁，抑郁可能更直作为主要诊断。这种情况多见于晚发病例。

可用第五位数码记录在广场恐怖性情境中多数时候是否伴有惊恐障碍（F41. 0）。

F40. 00 不伴惊恐障碍

F40. 01 伴惊恐障碍

包含：惊恐障碍伴广场恐怖

F40. 1 社交恐怖

社交恐怖常始于少年期，中心症状围绕着害怕在小团体（与人群相对）中被人审视，导致对社交情境的回避。不同于其它恐怖症，社交恐怖在男女两性发病率几乎相同。可表现为孤立的（即限于在公共场合进食、公开讲话、或遇到异性），也可以是泛化的，涉及家庭因子以外的几乎所有情境。害怕在公共场合呕吐可为重要症状。在某些文化中，目光直接对视可能特别令人紧张。社交恐怖通常伴有自我评价低和害怕批评。可有脸红、手抖、恶心或尿急的主诉。患者有时确信这些焦虑的继发性表现之一是首要问题。症状可发展到惊恐发作。回避往往十分明显，在极端的情况下，可引起完全的社会隔离。

【诊断要点】

确诊需符合以下各条标准：

- (a) 心理、行为或植物神经症状必须是焦虑的原发发现，而不是继发于妄想或强迫症状等其它症状；
- (b) 焦虑必须局限于或主要发生在特定的社交情境；
- (c) 对恐怖情境的回避必须是突出特征。

包含：恐人症

社交神经症

【鉴别诊断】

常可有突出的广场恐怖与抑郁障碍，且两种障碍均可致使患者“困于家中”。如果社交恐怖与广场恐怖的区分十分困难，广场恐怖应予以优先考虑。除非能清楚地确定有充分的抑郁综合征，不应作抑郁的诊断。

F40. 2 特定的（孤立的）恐怖

这类恐怖局限于高度特定的情境，如：害怕接近特定的动物，害怕高处、雷鸣、黑暗、飞行、封闭空间、在公厕大小便、进食某些东西、牙科、目睹流血或创伤，以及害怕接触特定的疾病。虽然促发的情境很具体，与之接触也能象广场恐怖和社交恐怖一样诱发惊恐。特定的恐怖一般在童年或成年早期就出现，如果不加以治疗，可以持续数十年。导致功能残缺的程度取决于患者回避恐怖情境的难易程度。与广场恐怖相反，对恐怖情境的害怕一般没有波动。放射性疾病、性病感染，以及新近出现的艾滋病是疾病恐怖的常见对象。

【诊断要点】

确诊必须符合以下各点：

- (a) 心理或植物神经症状必须是焦虑的原表现，而不是继发于妄想或强迫思维等其它症状；
- (b) 焦虑必须局限于面对特定的恐怖物体或情境时；
- (c) 尽一切可能对恐怖情境加以回避。

包含：高空恐怖

动物恐怖

幽闭恐怖

考试恐怖

单纯恐怖

【鉴别诊断】：

特定的恐怖不同于广场恐怖和社交恐怖，通常不伴有其它精神科症状。其中的血液-创伤恐怖与同类别的其它恐怖不同，它导致心跳缓慢，有时出现晕厥，而不是心跳过速。害怕特定的疾病，如癌症、心脏病或性病感染，应归于疑病障碍（F45. 2），除非对这些疾病的恐怖与有可能染上这些疾病的特定情境有关。如果有关疾病的信念达到妄想的程度，诊断应为妄想障碍（F22. 0）。如果患者认为身体的特定部位（常为面部）有异常或畸形，而客观上并不能为他人所观察到（有时被称为变形恐怖），则应视其坚信程度和持续性归于疑病障碍（F45. 2）或妄想障碍（F22. 0）

F40. 8 其它恐怖性焦虑障碍

其它恐怖性焦虑障碍

F40. 9 恐怖性焦虑障碍，未特定

恐怖性焦虑障碍，未特定

包含：恐怖症 NOS
恐怖状态 NOS

◆其它焦虑障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F41 其它焦虑障碍总论	F41
2	F41. 0 惊恐障碍（间歇发作性焦虑）	F41. 0
3	F41. 1 广泛性焦虑障碍	F41. 1
4	F41. 2 混合性焦虑和抑郁障碍	F41. 2
5	F41. 3 其它混合性焦虑障碍	F41. 3
6	F41. 8 其它特定的焦虑障碍	F41. 8
7	F41. 9 焦虑障碍，未特定	F41. 9

F41 其它焦虑障碍总论

焦虑的表现是本类障碍的主要症状，且并不局限于任何特定的外部情境，可同时存在抑郁和强迫症状，甚至存在某些恐怖性焦虑的要素，但这些症状必须显然是继发的或不太严重。

F41. 0 惊恐障碍（间歇发作性焦虑）

基本特征是严重焦虑（惊恐）的反复发作，焦虑不局限于任何特定的情境或某一类环境，因而具有不可预测性。如同其它焦虑障碍，占优势的症状因人而异，但突然发生的心悸、脚痛、哽咽感、头昏、非真实感（人格解体或现实解体）是常见的。同时，几乎不可避免地继发有害怕会死，失去控制或发疯。一次发作一般仅持续数分钟，但有时长些，发作频率和病程都有相当大的变异性。处于惊恐发作中的患者常体验到害怕和植物神经症状的不断加重，这致使患者十分急切地离开他或她所在的场所。如果这种情况发生在特定情境，如在公共汽车上或置身人群中，患者以后可能回避这些情境。同样，频繁的、不可预测的惊恐发作可导致害怕独处或害怕进入公共场所。一次惊恐发作常继之以持续性地害怕再次发作。

【诊断要点】

在本分类系统中，发生在确定情境的惊恐发作被视为恐怖严重度的表现，因此优先考虑恐怖的诊断。仅当不存在 F40.-列出的任何恐怖时，才把惊恐障碍作为主要诊断。

要确诊应在大约 1 个月之内存在几次严重的植物性焦虑；

- (a) 发作出现在没有客观危险的环境；
- (b) 不局限于已知的或可预测的情境；
- (c) 发作间期基本没有焦虑症状（尽管预期性焦虑常见）。

包含：惊恐发作

 惊恐状态

【鉴别诊断】

前面已说明，惊恐障碍必须与作为确定的恐怖障碍一部分出现的惊恐发作相区分。惊恐障碍可继发于抑郁障碍，尤其是在男性。如果同时能符合抑郁障碍的标准，不应把惊恐障碍作为主要诊断。

F41. 1 广泛性焦虑障碍

基本特征为泛化且持续的焦虑，不局限于甚至不是主要见于任何特定的外部环境（即“自由浮动”）。如同其它焦虑障碍，占优势的症状高度变异，但以下主诉常见：总感到神经紧张、发抖、肌肉紧张、出汗、头重脚轻、心悸、头晕、上腹不适。病人常诉及自己或亲人很快会有疾病或灾祸临头。这一障碍在女性更为多见，并常与应激有关。病程不定，但趋于波动并成为慢性。

【诊断要点】

一次发作中，患者必须在至少数周（通常为数月）内的大多数时间存在焦虑的原发症状，这些症状通常应包含以下要素：

- (a) 恐慌（为将来的不幸烦恼，感到“忐忑不安”，注意困难等）；
- (b) 运动性紧张（坐卧不宁、紧张性头痛、颤抖、无法放松）；
- (c) 植物神经活动亢进（头重脚轻、出汗、心动过速或呼吸急促、上腹不适、头晕、口干等）。

儿童突出的表现可能是经常需要抚慰和一再出现躯体主诉。

出现短暂的（一次几天）其它症状，特别是抑郁，并不排斥广泛性焦虑作为主要诊断，但患者不得完全符合抑郁障碍（F32. -）、恐怖性焦虑障碍（F40. -）、惊恐障碍（F41. 0）、强迫障碍（F42. -）的标准。

包含：焦虑神经症
焦虑反应
焦虑状态

不含：神经衰弱（F48. 0）

F41. 2 混合性焦虑和抑郁障碍

如果同时存在焦虑和抑郁障碍，但两组症状分别考虑时均不足以符合相应的诊断，此时应采用这一混合性类别。若是严重的焦虑伴以程度较轻的抑郁，则应采用焦虑或恐怖障碍的其它类别。若抑郁和焦虑综合征均存在，且各自足以符合相应的诊断，不应采用这一类别，而应记录两个障碍的诊断。从实用的原因出发，若只能作一个诊断，抑郁则应予以优先考虑。若只是存在烦恼或过度担心，而没有植物神经症状，不应用本类别。必须存在一些植物神经症状（颤抖、心悸、口干、胃部搅动感），哪怕间歇存在也可。如果符合本障碍标准症状的出现与明显的生活改变和应激性生活事件密切相关，则应采用 F43. 2 适应障碍的类别。

有这类相对较轻的混合症状的病人多见于初级保健机构，而更多的病例则存在于一般人群中，大部分人终生都不会就诊于医院或精神科。

包含：焦虑抑郁（轻度或非持续性的）

不含：持续性焦虑抑郁（恶劣心境）（F34. 1）

F41. 3 其它混合性焦虑障碍

本类别适用于以下障碍：符合广泛性焦虑障碍（F41. 1）的标准且同时具有（虽通常持续时间不长）F40 - F49 中其它障碍的突出特征，但又不完全符合这些障碍的标准。最常见的有：强迫性障碍（F42. -）、分离性障碍（F44. -）、躯体化障碍（F45. 0）、未分化的躯体形式障碍（F45. 1）、疑病性障碍（F45. 2）。如符合本障碍标准症状的发生与明显的生活改变或应激性生活事件密切相关，应采用（F43. 2）适应障碍的类别。

F41. 8 其它特定的焦虑障碍

其它特定的焦虑障碍

包含：焦虑癔症

F41. 9 焦虑障碍，未特定

焦虑障碍，未特定

包含：焦虑 NOS

◆强迫性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F42 强迫性障碍总论 诊断要点	F42
2	F42. 0 以强迫思维或穷思竭虑为主	F42. 0
3	F42. 1 以强迫动作（强迫仪式）为主	F42. 1
4	F42. 2 混合性强迫思维和动作	F42. 2
5	F42. 8 其它强迫障碍	F42. 8
6	F42. 9 强迫障碍，未特定	F42. 9

F42 强迫性障碍总论 诊断要点

本障碍的基本特征是反复出现的强迫思维或强迫动作〔为简单起见，提到症状时用强迫（Obsessional）代替强迫—强制（Obsessive - compulsive）〕。强迫思维是以刻板形式反复进入患者头脑中的观念、表象、或冲动，它们几乎总是令人痛苦的（因为内容为暴力、猖獗、淫秽方面的或仅仅因为患者认为其内容毫无意义）。患者往往试图抵制，但不成功。然而，虽然这些思维并非自愿且令人反感，患者认为它是属于自

己的。强迫动作或仪式是一再出现的刻板行为。从根本上讲，这些行为既不能给人以愉快，也无助于完成有意义的任务。患者常将其视为能防范某些客观上不大可能的事件，且他们认为事件对患者有害或者是患者造成的危害事件。这种行为通常（但并非总是如此）被患者认为是无意义的或无效的，且反复企图加以抵抗。在病程漫长的病例，抵制可能十分微弱。往往存在植物性焦虑症状；不过，不伴明显植物神经兴奋的内在紧张或心理紧张的痛苦感也很常见。强迫症状，特别是强迫思维，与抑郁有密切关系。有强迫障碍的人常存在抑郁症状，患复发性抑郁障碍（F33.1）的人在抑郁发作时也可有强迫思维。无论在何种情况下，抑郁症状的加重或减轻一般会伴有强迫症状严重度的平行变化。

强迫障碍在两性发生率相同，患者的人格常带有突出强迫反应性特征。发病多在童年或成年早期；病程多变。若不存在明显的抑郁症状，转成慢性的可能性更大。

【诊断要点】:

要作出肯定诊断，必须在连续两周中的大多数日子里存在强迫症状或强迫动作，或两者并存。这些症状引起痛苦或妨碍活动。

强迫症状应具备以下特点：

- (a) 必须被看作是患者自己的思维或冲动；
- (b) 必须至少有一种思想或动作仍在被患者徒劳地加以抵制，即使患者不再对其他症状加以抵制；
- (c) 实施动作的想法本身应该是令人不愉快的（单纯为缓解紧张或焦虑不视为这种意义上的愉快）；
- (d) 想法、表象、或冲动必须是令人不快地一再出现。

包含：强迫症（anankastic）神经症

强迫神经症

强迫—强制神经症

【鉴别诊断】:

由于抑郁障碍与强迫障碍经常同时存在，两者的鉴别可能很困难。对于急性发作的障碍，优先考虑首先出现的症状；如果两组症状都存在且都不占优势，一般最好将抑郁视为原发。对于慢性障碍，单独存在的那组症状中出现最频繁的应优先考虑诊断。

偶尔的惊恐发作或轻微的恐怖症状无碍于诊断。但是，见之于精神分裂症、Tourette氏综合征、器质性精神障碍的强迫症状应视为这些障碍的一部分。

虽然强迫思维与强迫动作经常并存，在某些个体辨认出究竟哪一组症状占优势是有用的，因为二者对不同的治疗方法反应不同。

F42.0 以强迫思维或穷思竭虑为主

可表现为观念、心理表象或行为的冲动。内容可有很大变异，但几乎总是个患者痛苦。例如，一位妇女害怕自己最终会无法抵制要杀死自己所爱孩子的冲动，因而痛苦不堪；又如，受到反复出现的很衰的或衰滨的自我的不相容的心理表象的折磨。有时，涉及的观念完全没有意义，如没完没了地对不可能有定论的选择进行近乎哲学层次的思考。这种对选择考虑的决断不能，也是许多其它强迫仪式的一个重要特点，并往往伴有对日常生活中的细节无法作出必要的决定。

强迫性穷思竭虑与抑郁的关系尤为密切，仅当不存在抑郁障碍时出现或继续存在穷思竭虑，才倾向于作强迫障碍的诊断。

F42.1 以强迫动作（强迫仪式）为主

大多数强迫动作涉及清洗（特别是洗手），反复检查以防范潜在的危险情境、保持有序和整洁。外在行为所隐含的是害怕，或害怕自己遇到危险，或害怕由自己引起危险。强迫仪式动作可占去一天中的数小时，有时还伴有明显的犹豫不决和行事迟缓。总的说来，两性发生率相等，但洗手仪式更多见于女性，而没有重复的行事迟缓在男性更常见。

与强迫思维相比，强迫仪式动作与抑郁的关系不那么密切，行为治疗更易于使之改善。

F42.2 混合性强迫思维和动作

多数强迫障碍患者同时有强迫思维及强迫行为的表现，如果两组表现突出程度等同，则应采用这一亚类，这是一般的情形。但是，由于强迫思维和强迫动作适宜用不同的治疗方法，如果有明显占优势的一组症状，单独予以标明是有益的。

F42. 8 其它强迫障碍

其它强迫障碍

F42. 9 强迫障碍, 未特定

强迫障碍, 未特定

◆严重应激反应, 及适应障碍

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	F43 严重应激反应, 及适应障碍	F43
2	F43. 0 急性应激反应	F43. 0
3	F43. 1 创伤后应激障碍	F43. 1
4	F43. 2 适应障碍	F43. 2
5	F43. 8 其它严重应激反应	F43. 8
6	F43. 9 严重应激反应, 未特定	F43. 9

F43 严重应激反应, 及适应障碍

本类障碍与其他类别有所不同, 诊断时不仅要依据症状和病程, 而且要考虑构成起病原因的下述两种影响因素之一——异乎寻常的应激性生活事件, 或引起持续性不愉快环境的明显生活改变; 前者可产生急性应激反应, 后者可导致适应障碍。不太严重的心理应激 (“生活事件” 可诱发或影响本分类系统中其他类别下的许多障碍的发生, 但是, 这种应激在病因学中的作用并不明确, 且在各个病例中, 通常取决于独特的个体易感性。换言之, 用应激对障碍的发生或表现形式加以解释既非必要也不充分。相反, 包括在本类别下的障碍的出现, 被视为急性应激或持续性创伤的直接后果。应激性事件或持续的不愉快环境是基本的和居压倒地位的原因。没有它们的影响, 障碍就不会发生。在各年龄组 (包括童年和老年) 发生的严重应激反应和适应障碍都归于本类别。

虽然构成急性应激反应和适应障碍的每一个别症状也可见于其他妨碍, 但它们在症状表现形式上具有某些特征, 从而使这些状态合在一起组成一个临床实体。本节的第三种状况——创伤后应激障碍, 具有相对特异的特征性临床相。

因此, 这些障碍可视为对严重或持续应激的适应不良性反应, 因为它们障碍成功的应付机制, 造成社会功能方面的问题。

对于在时间上与应激障碍和适应障碍有密切关系的自伤行为 (最常见的为服用处方药物自行导致中毒), 应该在 ICD-10 第二十章中用另外的 X 代码加以记录。这些代码对于自杀未遂和 “准自杀” 不作区分, 因为两者都包括在自伤这一总类别下。

F43. 0 急性应激反应

此为一过性障碍, 作为对严重躯体或精神应激的反应发生于无其它明显精神障碍的个体, 常在几小时或几天内消退。应激源可以是势不可挡的创伤体验, 包括对个体本人或其所爱之人安全或躯体完整性的严重威胁 (如自然灾害、事故、战争、受罪犯的侵犯、被强奸); 也可以是个体社会地位或社会关系网络发生急骤的威胁性改变, 如同时丧失多位亲友或家中失火。如同时存在躯体状况衰竭或器质性因素 (如老年人), 发生本障碍的危险性随之增加。

并非所有面临异乎寻常应激的人都出现障碍, 这就表明个体易感性和应付能力在急性应激反应的发生及表现的严重程度方面有一定作用。症状有很大变异性, 但典型表现是最初出现 “茫然” 状态, 表现为意识范围局限、注意狭窄、不能领会外在刺激、定向错误。紧接着这种状态, 是对周围环境进一步退缩 (可达到分离性木僵的程度——见 F44. 2), 或者是激越性活动过多 (逃跑反应或神游)。常存在惊恐性焦虑的植物神经症状 (心动过速、出汗、面赤)。症状一般在受到应激性刺激或事件的影响后几分钟内出现, 并在 2—3 天内消失 (常在几小时内) 对于发作可有部分或完全的遗忘 (见 F44. 0)。

【诊断要点】

异乎寻常的应激源的影响与症状的出现之间必须有明确的时间上的联系。症状即使没有立刻出现, 一般也在几分钟之内。此外, 症状还应:

(a) 表现为混合性且常常是有变化的临床相, 除了初始阶段的 “茫然” 状态外, 还可有抑郁、焦虑、

愤怒、绝望、活动过度、退缩，且没有任何一类症状持续占优势；

(b) 如果应激性环境消除，症状迅速缓解；如果应激持续存在或具有不可逆性，症状一般在 24 - 48 小时开始减轻，并且大约在 3 天后往往变得十分轻微。

本诊断不包括那些已符合其它精神科障碍（例外的是 F60. 一，人格障碍）标准的患者所出现的症状突然恶化。但是，既往有精神科障碍的病史不影响这一诊断的使用。

包含：急性危机反应

战场疲劳

危机状态

精神休克

F43. 1 创伤后应激障碍

这是对异乎寻常的威胁性或灾难性应激事件或情境的延迟的和/或延长的反应，这类事件几乎能使每个人产生弥漫的痛苦（如天灾人祸，战争，严重事故，目睹他人惨死，身受酷刑，成为恐怖活动、强奸、或其它犯罪活动的受害者）。人格特质（如强迫、衰弱）或既往有神经症性疾病的历史等易感因素可降低出现这类综合症的阈值或使其病情更重，但用这些易感因素解释症状的发生既非必要也不充分。

典型的症状包括：在“麻木”感和情绪迟钝的持续背景下，不断地在闯入的回忆（“闪回”）或梦中反复再现创伤，与他人疏远，对周围环境漠无反应，快感缺乏，回避易使人联想到创伤的活动和情境。一般而言，有可能使患者想到原来创伤的线索都是害怕和回避的对象。偶尔可见戏剧性的急性暴发恐惧、惊恐或攻击，这些由一些突然唤起对创伤或原来反应的回忆和/或重演的刺激起扳机作用而促发的。

通常存在植物神经过度兴奋状态，表现为过度警觉、惊跳反应增强、失眠。焦虑和抑郁常与上述症状和体征并存。自杀观念也非罕见。另一个使情况复杂化的因素是过度饮酒和服用药物。

创伤后，发病的潜伏期从几周到数月不等（但很少超过 6 个月）。病程有波动，大多数病人可望恢复。少数病例表现为多年不愈的慢性病程，或转变为持久的人格改变（见 F62. 0）。

【诊断要点】

本障碍的诊断不宜过宽。必须有证据表明它发生在极其严重的创伤性事件后的 6 个月内。但是，如果临床表现典型，又无其它适宜诊断（如焦虑或强迫障碍，或抑郁）可供选择，即使事件与起病的间隔超过 6 个月，给予“可能”诊断也是可行的。除了有创伤的依据外，还必须有在白天的想象里或睡梦中存在反复的、闯入性的回忆或重演。常有明显的情感疏远、麻木感，以及回避可能唤起创伤回忆的刺激。但这些都非诊断所必需。植物神经紊乱、心境障碍、行为异常均有助于诊断，但亦非要素。

迟发的灾难性应激的慢性后遗效应，即应激性事件过后几十年才表现出来，应归于 F62. 0。

包含：创伤性神经症

F43. 2 适应障碍

一种主观痛苦和情绪紊乱的状态，通常妨碍社会功能和操作，出现于对明显的生活改变或应激性事件（包括患有或可能患严重躯体疾病）的后果进行适应的期间。应激源可能是影响了个体社会网络的完整性（经由居丧或分离体验），或影响到较广泛的社会支持系统及价值系统（移民或难民状态）。应激源可仅涉及个体本人，也可以是影响其所属团体或社区。

与 F33. 一中的其它障碍相比，个体的易感性在适应障碍的发生与表现形式上起更大的作用。但是，我们仍就假定，如果没有应激源，也就不会发生这种情况。临床表现各式各样，包括抑郁、焦虑、烦恼（或上述各症状的混合），感到对目前处境不能应付，无从计划，难以继续，此外，还有一定程度的日常事务中的功能缺损。患者可能感到易于做出人意料的举动或突发暴力行为，但这种情况极少真正发生。不过，品行障碍（如攻击或非社会行为）可为伴随特征，尤其是在青少年。任何症状本身在严重程度和突出程度上都不足以满足更为特定的诊断。在儿童，可重新出现尿床、稚气地说话、吸吮手指等，这些退行性现象通常是整个症状的一部分。如果这些特征占优势，应采用 F43. 23。

起病通常在应激性事件或生活改变发生后 1 个月之内，除长期的抑郁性反应（F43. 21）外，症状持续时间一般不超过 6 个月。若症状持续时间超出这一阶段，诊断则应根据表现的临床相作相应改动，任何持续的应激可采用 ICD - 10 第二十一章中 Z 编码记录。

如果因正常居丧反应就诊于医疗或精神科机构，而出现的反应在个体所在文化中是恰当的，且持续时

间不超过 6 个月，则不采用这些编码，在 ICD-10 中第 H 十一章中编码，如 263. 4（家庭成员失踪或死亡）再加上 271. 9（咨询）或 273. 3（未在它处归类的应激）。任何视为异常的悲哀反应，无论其长短，均应编码为 F43. 22、F43. 23、F43. 24 或 F43. 25。更为强烈且持续超过 6 个月的悲哀反应归于 F43. 21（长期的抑郁性反应）。

【诊断要点】

诊断有赖于认真评价以下关系；

- (a) 症状的形式、内容、严重度；
- (b) 既往病史和人格；
- (c) 应激性事件、处境或生活危机。

必须清楚确定上述第三个因素的存在，并应有强有力的证据（尽管可能带有推测性）表明，如果没有应做就不会出现障碍。如果应激源较弱，或者不能证实时间上的联系（不到 2 个月），则应根据呈现的特征在它处归类。

包含：文化休克
悲哀反应
儿童住院症

不含：儿童分离焦虑障碍（F93. 0）

如果满足适应障碍的标准，还可用第 5 位数码标明临床形式或突出特征。

F43. 20 短暂抑郁性反应

持续不超过 1 个月的短暂的轻度抑郁状态。

F43. 21 长期的抑郁性反应

轻度抑郁状态，发生于处在长期的应激性情境中，但持续时间不超过 2 年。

F43. 22 混合性焦虑和抑郁性反应

焦虑和抑郁明显，但未达到混合性焦虑抑郁障碍（F41. 2）或混合性焦虑障碍（F41. 3）中所标明的程度。

F43. 23 以其它情绪紊为主

症状表现涉及几种类型的情绪，如焦虑、抑郁、烦恼、紧张、愤怒。焦虑和抑郁症状可符合混合性焦虑抑郁障碍（F41. 2）或其它混合性焦虑障碍（F41. 3）的标准，但它们的突出程度还不足以诊断为更为特异的抑郁或焦虑障碍。在儿童，同时存在尿床、吸吮手指等退行性行为的反应，也采用这一类别。

F43. 24 以品行障碍为主

主要紊乱表现在品行方面，如：少年的悲哀反应引起攻击性或非社会化行为。

F43. 25 混合性情绪和品行障碍

情绪方面的症状与品行障碍同样突出。

F43. 28 以其它特定症状为主

F43. 8 其它严重应激反应

其它严重应激反应

F43. 9 严重应激反应，未特定

严重应激反应，未特定

◆分离(转换)性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F44 分离(转换)性障碍总论 诊断要点	F44.
2	F44. 0 分离性遗忘	F44. 0
3	F44. 1 分离性漫游	F44. 1
4	F44. 2 分离性木僵	F44. 2
5	F44. 3 出神（trance）与附体障碍	F44. 3

6	F44. 4 - F44. 7 分离性运动和感觉障碍	F44. 4-7
7	F44. 4 分离性运动障碍	F44. 4
8	F44. 5 分离性抽搐	F44. 5
9	F44. 6 分离性感觉麻木和感觉丧失	F44. 6
10	F44. 7 混合性分离（转换）性障碍	F44. 7
11	F44. 8 其它分离（转换）性障碍	F44. 8
12	F44. 9 分离（转换）性障碍，未特定	F44. 9

F44 分离(转换)性障碍总论 诊断要点

分离〔转换〕性障碍的共同特点是丧失了对过去的记忆、身份意识，即刻感觉以及身体运动控制四个方面的正常整合。正常情况下，一个人对于选择什么记忆和感觉加以即刻注意在相当程度上是有意识的控制的，对于将要进行的运动也能控制。而在分离性障碍中，这种实施有意识的和选择和控制的能力被认为受了损害，受损的程度每天甚至每个小时都可以不同。但是，要评定所丧失的某些功能在多大程度上是处于自主控制之下，通常非常困难。

过去将这些障碍划归“转换性癔症”的不同类型，但现在看来，最好尽量避免“癔症”一词，因为它的含义太多且不确定。这里描述的分离性障碍，假定它在起源上是心因性的，与创伤性事件、不可解决和难以忍受的问题及紊乱的关系在时间上有密切联系。因而，一般有可能对个体应付难以忍受问题的方式作出解释与假设。但是，在诊断标准或要点中并不包括任何特定理论的概念，比如，“无意识动机”、“继发获益”等等。

“转换”一词广泛用于本类中某些障碍，它意味着个人无法解决的问题和冲突所引起的不愉快情感，以某种方式变形为症状。

据报道，分离性障碍的开始和终止都是突然性的，但它们很少能被观察到，除非是在特意设计的催眠或发泄的相互作用和操作过程中。分离症状的改变或消失也许只限于这类操作时期内。各类分离性状态在几周或几月后都趋向缓解，若其起病与创伤性生活事件有关则更是如此。但是，若这些障碍与不可解决的问题或人际困难相联系，则有可能发展为慢性状态，特别是瘫痪和感觉麻木。在到精神科就诊前症状已持续1—2年以上的病人通常很难治疗。

分离性障碍患者常对旁人看来十分明显的问题或困难表现出惊人的否认，他们将所能承认的一切问题都归因于分离性症状。

本类别不包括人格解体和现实解体，因为在这两种综合征中，通常仅个体身份的有限方面受到影响，且不伴有感觉、记忆或运动方面功能的丧失。

【诊断要点】

确诊必须存在以下各点

- (a) 在 F44. 一中分别标明的各种障碍的临床特征；
- (b) 不存在可以解释症状的躯体障碍的证据；
- (c) 有心理致病的证据，表现在时间上与应激性事件、问题或紊乱

的关系有明确的联系（即使患者否认这一点）。

有时虽高度怀疑，却难以找到心理致病的有力证据。若存在已知的中枢或外周神经系统的障碍，作分离性障碍的诊断时应格外慎重。如果没有心理致病的证据，诊断应为暂时诊断，而且应继续从生理和心理两方面进行探究。

包含：转换性癔症

转换性反应

癔症

癔症性精神病

不含：诈病（蓄意装病）(Z76. 5)

F44. 0 分离性遗忘

主要特点是记忆丧失，通常为重要的近期事件，不是由器质性精神障碍所致，遗忘范围之广也不能用一般的健忘或疲劳加以解释。遗忘通常为部分性和选择性的，且一般都围绕着创伤性事件，如意外事故或

意外的亲人死亡。遗忘的程度和完全性每天有所不同，不同检查者所见也不一样，但总有一个固定的核心内容在醒觉状态下始终不能忆及，完全的广泛遗忘多为神游（F44. 1）的一部分，相当罕见，如果出现，应归于神游。

与遗忘相伴随的情感状态变异极大，但严重抑郁罕见。困惑、痛苦、以及不同程度的寻求注意行为可能很突出，但有时也会表现为明显的平静地接受。患者以年轻人最为多见，是极端的例子可见于对战场应激敏感的男性。非器质性分离状态在老年罕见。可在当地无目的的漫游，常伴有自我忽视，持续时间极少超过1、2天。

【诊断要点】

确诊需要：

(a) 对于具有创伤或应激性质的近期事件存在部分或完全遗忘（也许只有找到其他知情人时才能掌握这方面的情况）；

(b) 不存在脑器质性障碍、中毒或过度疲劳。

【鉴别诊断】

器质性精神障碍中，通常有神经系统紊乱的其它体征，还有意识混浊的持续征象、定向障碍、以及意识状态的波动。对当前事件丧失记忆是器质性状态的典型特征，与任何可能的创伤性事件或问题无关。由于酒或药物滥用所致的“黑蒙”（“Blackout5”）与滥用时间密切相关，且丧失的记忆永远不能重新获得。遗忘状态（Kor5akov 综合征）的短期记忆丧失表现为即刻回忆正常，但2~3分钟后即丧失，这种情况在分离性遗忘中不存在。

脑震荡或严重头部外伤后的遗忘通常是逆行性的，在严重病例也可见逆行性遗忘。分离性遗忘也常为逆行性的，唯一不同在于，分离性遗忘可经催眠或发泄加以改变。

癫痫发作后的遗忘，偶见于精神分裂症或抑郁障碍的木僵或缄默状态的发作后遗忘，均可根据原病有疾病的其它特点加以鉴别。

最困难的是与蓄意模仿遗忘（诈病）相鉴别。此时需对病前人格和动机进行反复详尽的评定。蓄意模仿遗忘常与一些明显问题有关，如：金钱、战场死亡危险、可能服刑或死刑判决等。

不含：酒精或其它精神活性物质所致的遗忘障碍（F10-F19，第四位数码相同，均为. 6）

遗忘 NOS（R41. 3）

顺行性遗忘（R41. 1）

非酒精性器质性遗忘综合征（F04）

癫痫发作后遗忘（G40 -）

逆行性遗忘（R41. 2）

F44. 1 分离性漫游

分离性漫游具有分离性遗忘的所有特征，同时还有离家或离开工作单位表面上有目的的游历，游历期间保留自我照顾能力。在有些病例，可采取一种新的身份，一般只持续几天，偶尔持续更长时间，且新的身份达到令人惊异的程度。安排的旅行可能是前往已知的并有情绪意义的地方。虽然对神游期存在遗忘，但在不知情的旁观者看来，患者在这段时间里的行为可显得完全正常。

【诊断要点】

要确诊，必须存在：

(a) 分离性遗忘的特征（F44. 0）；

(b) 超出日常范围的有目的的旅行（必须由具备本地知识的人就漫游和旅游作出鉴别）；

(c) 保持基本的自我照顾（如进食、洗漱等），并能与陌生人进行简单的社会交往（如买票或加油、问路、点菜）。

【鉴别诊断】

与颞叶癫痫发作后漫游的鉴别一般较容易，鉴别可根据癫痫病史，不存在应激性事件或问题，癫痫患者的旅行较少目的性、活动更为片断。

与分离性遗忘一样，本病与蓄意模仿漫游的鉴别可能十分困难。

F44. 2 分离性木僵

患者的行为符合木僵的标准，但检查和询问找不到躯体原因的证据。此外，如同其它分离性障碍一样，有证据支持心理原因的存在，近期或是有应激性事件，或是有突出的人际或社会问题。

木僵诊断的依据是自发运动以及对声、光、触等外界刺激的反应消失或极度减少，患者在长时间里几乎一动不动地坐着或躺着。完全或几乎没有言语及自发的有目的运动。虽可存在一定程度的意识紊乱，但肌张力、姿势、呼吸、有时睁眼、协调的眼部运动均表明患者既非处于熟睡之中，也不是无意识状态。

【诊断要点】

确诊应存在：

- (a) 如上所述的木僵；
- (b) 不存在可对木僵作出解释的躯体障碍或其它精神科障碍；
- (c) 有近期发生过应激性事件或目前存在问题的证据。

【鉴别诊断】：

分离性木僵必须与紧张性、抑郁性或躁狂性木僵相鉴别。在紧张型精神分裂症的木僵之前通常有提示精神分裂症的症状和行为，抑郁性和躁狂性木僵的形成一般相对缓慢，因而从其它知情者那里获取的病史起决定作用。随着情感性疾患早期治疗的推广，抑郁性和躁狂性木僵在许多国家都已日益罕见。

F44. 3 出神 (trance) 与附体障碍

本障碍表现为暂时性地同时丧失个人身份感和对周围环境的完全意识。在某些病例，患者的举动就象是被另一种人格、精灵、神、或“力量”所代替。注意和意识仅局限于或集中在密切接触的环境的一二个侧面，常有局限且重复的一系列运动、姿势、发音。本处包含的出神状态是指不由自主、非人所愿的，以及发生于宗教或其它文化上认可的外在处境下（或这类处境的延续）的妨碍日常活动者。

发生于精神分裂症或伴幻觉、妄想或多重人格的急性精神病病程中的出神状态不应归类于此。若认为出神状态与躯体障碍（如颞叶癫痫或头部外伤）或精神活性物质中毒有密切关系，也不归类于此。

F44. 4 - F44. 7 分离性运动和感觉障碍

在这些障碍中存在着运动丧失或运动功能受妨碍，或感觉丧失（常为皮肤感觉）。虽然找不到可解释症状的躯体疾患，但病人的表现犹如确患躯体疾病。所见症状常反映出病人关于躯体障碍的概念，与生理和解剖学原理并不相符。此外，通过对病人精神状态和社会处境的评定，通常可以发现，功能丧失所致的残疾有助于病人逃避不愉快的冲突，或是间接反映出病人的依赖或怨恨。虽然他人能很清楚地看到所存在的问题和冲突，病人对此一概否认，他们把所有痛苦都归咎于症状或症状引起的残疾。

各类症状所致残疾的程度因人而异，取决于在场人数的多少和类型，以及病人的情绪状态。换言之，除了保持不变的运动或感觉丧失这一不能随意控制的核心表现，还有数量不等的寻求注意行为。

在有些病人，症状的产生与心理应激关系密切，而在有的病人却找不到这种联系。有时病人可突出表现为对严重的残疾冷静的接受（“漠然置之”），但这种情况不普遍，有些适应良好的个体在面临十分严重的躯体疾病时也可表现为冷静的接受。

常可发现病前人际关系和人格的异常。病人表现出来的症状可能与其关系密切的亲友所患躯体疾病相象。这些障碍中程度较轻和短暂的形式常见于少年，尤其是少女，而慢性表现形式多见于年轻成人。少数人形成反复再现的模式，总是以出现这些障碍作为对应激的反应，这类人到了中、老年时期仍可有这种表现。

单纯涉及感觉丧失的障碍都包括在此，涉及疼痛或以植物神经系统为中介的其它复杂感觉的障碍，归于躯体形式障碍（F45. -）。

【诊断要点】

对于神经系统疾病患者，或家庭和社会关系正常及既往适应良好的个体，作这一诊断时，应极为慎重。

确诊需要：

- (a) 不存在躯体障碍的证据；
- (b) 对病人的心理社会背景及人际关系应有充分了解，从而有可能对障碍形成原因作出有说服力的推断。

如果对存在或可能存在躯体障碍有任何疑问，或无从理解障碍为什么会发生，诊断应保留为可能诊断或暂时诊断。只要有疑问或不是十分确定，就要时刻记住其后发生严重躯

体或精神障碍的可能。

【鉴别诊断】

一些进行性神经科疾病，特别是多发性硬化和系统性红斑狼疮，在早期可与分离性运动和感觉障碍混淆。在多发性硬化症的早期，有些病人表现出痛苦和寻求注意的行为反应，这些使鉴别非常困难。为了澄清诊断，需要相对较长时间的观察和评定。

多种及含糊不清的躯体主诉应在它处归类，如。躯体形式障碍（F45. -），或神经衰弱（F48. 0）。

在精神分裂症或重度抑郁等重性精神障碍中也可见孤立的分离性症状，但上述重性精神障碍通常很突出，在诊断上应优先于分离性症状。

蓄意模仿的运动和感觉丧失一般很难与分离性障碍鉴别。决断有赖于细致的观察及对病人的全面了解，包括人格、发病所在环境、康复或持续残疾各是什么后果。

F44. 4 分离性运动障碍

分离性运动障碍是常见的形式表现为一个或几个肢体的全部或部分丧失运动能力。瘫痪可为部分性的，即运动减弱或运动缓慢；也可为完全性的。可有突出的各种形式和程度不等的共济失调，尤以双腿多见，引起离奇的姿势或不借扶助站立不能。也可有一个或多个肢端或全身的夸张震颤。表现为近似于以下疾病的任何形式：共济失调症、失用症、运动不能症、构音困难、异常运动、瘫痪。

包含：心因性失音症

心因性发音困难

F44. 5 分离性抽搐

分离性抽搐（假性抽搐）在运动方面可与癫痫的抽搐十分近似，但咬舌、严重摔伤、小便失禁等表现在分离性抽搐中很罕见。不存在意识丧失，而代之以木僵或出神状态（trance）。

F44. 6 分离性感觉麻木和感觉丧失

皮肤麻木区域的边界表明，它更接近病人关于躯体功能的概念，而与医学知识不符。也可有不能用神经系统病灶解释的在不同感觉形式上有的丧失有的不丧失。感觉丧失可伴感觉异常的主诉。

视觉丧失在分离性障碍中很少是完全的，视觉障碍多表现为丧失视觉敏锐性、整个视野模糊，或“管状视野”。病人虽有视觉丧失的主诉，却惊人地保留着完好的整个活动能力与运动表现。

分离性耳聋和嗅觉丧失比视觉丧失少见得多。

包含：心因性耳聋

F44. 7 混合性分离（转换）性障碍

上述障碍（F44. 0 - F44. 6）的混合形式在此编码。

F44. 8 其它分离（转换）性障碍

F44. 80 Ganser 氏综合征

此处编码的由 Ganser 首先描述的一种复杂障碍，特征是“近似回答”，常伴有其它几种分离性症状，其发生背景提示有心理原因存在。

F44. 81 多重人格障碍

本障碍罕见，关于是否是医源性问题还是文化特有的问题也有争议。基本特征是，同一个体具有两种或更多完全不同的人格，但在某一时间，只有其中之一明显。每种人格都是完整的，有自己的记忆、行为、偏好，可以与单一的病前人格完全对立。

相对常见的形式是双重人格，通常其中一种占优势，但两种人格都不进入另一方的记忆，几乎意识不到另一方的存在。从一种人格向另一种的转变，开始时通常很突然，与创伤性事件密切相关；其后，一般仅在遇到巨大的或应激性事件、或接受放松、催眠或发泄等治疗时，才发生转换。

F44. 82 见于童年和青少年的短暂的分离〔转换〕性障碍

F44. 88 其它特定的分离〔转换〕性障碍

包含：心因性混浊

朦胧状态

F44. 9 分离（转换）性障碍，未特定

分离（转换）性障碍，未特定

◆躯体形式障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F45. 0 躯体化障碍	F45. 0
2	F45. 1 未分化的躯体形式障碍	F45. 1
3	F45. 2 疑病障碍	F45. 2
4	F45. 3 躯体形式的植物功能紊乱	F45. 3
5	F45. 4 持续的躯体形式的疼痛障碍	F45. 4
6	F45. 8 其它躯体形式障碍	F45. 8
7	F45. 9 躯体形式障碍，未特定	F45. 9

F45. 0 躯体化障碍

主要特征为多种多样、反复出现、时常变化的躯体症状。在转诊到精神科之前，症状往往已存在数年。大多数病人已有过与基层和专门医疗保健机构长期接触的复杂经历，其间曾进行过许多没有阳性发现的检查或一无所获的手术。症状可涉及身体的任何系统或任一部位，但最常见的是：胃肠道感觉（疼痛、打嗝、反酸、呕吐、恶心等），异常的皮肤感觉（痒、烧灼感、刺痛、麻木感、酸痛等），皮肤斑点。性及月经方面的主诉也很常见。

通常存在明显的抑郁和焦虑，并可能需予特殊治疗。

本障碍为慢性波动性病程，常伴有社会、人际及家庭行为方面长期存在的严重障碍。女性远多于男性，常在成年早期发病。

因经常接受治疗可致药物依赖或滥用（多为镇静剂和镇痛剂）。

【诊断要点】

确诊需具备以下各条：

- (a) 存在各式各样，变化多端的躯体症状至少两年，且未发现任何恰当的躯体解释；
- (b) 不断拒绝多名医生关于其症状没有躯体解释的忠告与保证；
- (c) 症状及其所致行为造成一定程度的社会和家庭功能损害。

包含：多种主诉综合征

多种心身障碍

【鉴别诊断】：诊断时，有必要与以下障碍鉴别：

躯体障碍：长期患躯体化障碍的患者与其同龄人一样有同等机会发生其它独立的躯体障碍，如果病人躯体主诉的重点和稳定性发生转化，这提示可能的躯体疾病，应考虑进一步检查和会诊。

情感（抑郁）障碍：躯体化障碍通常伴以程度不等的抑郁和焦虑，如果抑郁和焦虑本身在严重度和持续时间上不足以诊断，则不需分开诊断。40岁以后发病的多种躯体症状可能是原发抑郁障碍的早期表现。

疑病障碍：躯体化障碍病人关注的重点是症状本身及症状的个别影响；而在疑病性障碍，注意更多地指向潜在进行性的严重疾病过程及其致残后果。疑病障碍患者倾向于要求进行检查以确定或证实潜在疾病的性质，而躯体化障碍病人要求治疗以消除症状。在躯体化障碍中，常有药物过度使用，同时也存在长期不遵医嘱的情况；而疑病障碍患者害怕药物及其副作用，常频繁更换医生寻求保证。

妄想障碍（如：精神分裂症的躯体妄想，抑郁障碍中的疑病妄想）：妄想障碍最典型的表现是信念具有怪异性质，躯体症状较少，较为恒定。

短期存在的（如不足2年）和不太显著的症状模式最好归于未分化的躯体形式障碍（F45. 1）。

F45. 1 未分化的躯体形式障碍

如果躯体主诉具有多样性、变异性和持续性，但又不足以构成躯体化障碍的典型临床相，则应考虑本诊断。例如，不存在戏剧性的有力的主诉形式，主诉的症状相对较少，或完全不伴发社会和家庭功能损害。假定的心理原因的根据可有可无，坦籍以作出精神科诊断的症状必须没有躯体基础。

如果诊断编码时精神科评定尚未完成，或仍明显存在潜在躯体疾病的可能，应采用 ICD-10 有关章节中的其它类别。

包含：未分化的心身障碍

【鉴别诊断】:

与躯体化障碍（F45. 0）的充分发展形式相同。

F45. 2 疑病障碍

基本特征是持续存在的先占观念，认为可能患有一种或多种严重进行性的躯体障碍。

病人有持续的躯体主诉或有关躯体外观的先占观念。正常或普通的感觉与外观常被病人视为异常和令人苦恼的。病人的注意通常仅集中在身体的一或两个器官或系统。病人可能对所担忧的躯体障碍或形象改变自行命名，但即使如此，病人对患病的坚信程度以及对症状的侧重，在每次就诊时通常有所不同。除了病人认为突出的障碍以外，他们还时常考虑存在其它障碍的可能。

常存在明显的抑郁和焦虑，并可能足以作出附加诊断。本障碍很少在 50 岁以后才首次发病。症状和残疾常为慢性波动性病程。必须不存在有关躯体功能或形状的固定妄想。害怕患有一种或多种疾病（疾病恐怖）应归类于此。

本综合征男女均有，无明显家庭特点（与躯体化障碍不同）。

很多患者，特别是轻症患者，仅在基层保健机构或非精神科的专门医疗机构就诊，转诊精神科常招致病人不满，除非在障碍发展早期就通过内科和精神科医生的默契合作来加以实现。伴发残疾的程度变异甚大。某些病人用症状左右或操纵着家庭及社会关系；相反，少数病人的社会功能几乎正常。

【诊断要点】

确诊需存在以下两条：

(a) 长期相信表现的症状隐含着至少一种严重躯体疾病，尽管反复的检查不能找到充分的躯体解释；或存在持续性的先占观念，认为有畸形或变形。

(b) 总是拒绝接受多位不同医生关于其症状并不意味着躯体疾病或异常的忠告和保证。

包含：身体变形障碍

变形恐怖（非空想性）

疑病神经症

疑病症

疾病恐怖

【鉴别诊断】：有必要与以下障碍鉴别：

躯体化障碍：病人注意的重点是障碍本身及其将来的后果；在躯体化障碍中，重点放在个别的症状上。此外，疑病障碍的先占观念仅涉及一种或两种躯体疾病，病人诉及的病名前后一致，而在躯体化障碍，诉及的疾病数量较多，且经常变化。疑病障碍在两性的发病率没有差异，也没有特殊的家庭特点。

抑郁障碍：如果抑郁症状特别突出并先于疑病观念出现，抑郁障碍可能为原发。

妄想障碍：疑病障碍患者的信念与精神分裂症和抑郁障碍的躯体妄想固定程度不同，如果病人坚信他或她外观令人不快或躯体形状发生了改变，应归于妄想障碍（F22. -）。

焦虑和惊恐障碍：焦虑时的躯体症状有时被病人解释为严重躯体疾病的征象，但在这些障碍，病人通常能因给出生理学解释而放心，不发生认为患有躯体疾病的确信。

F45. 3 躯体形式的植物功能紊乱

病人表现的症状似乎是由于主要或完全受植物神经支配与控制的器官或系统的躯体障碍所致，即：心血管系统、胃肠道系统、呼吸系统（泌尿生殖系统的某些方面也包括在内）。最常见最突出的情况是累及心血管系统（“心脏神经症。”）、呼吸系统（心因性过度换气和把逆则和胃肠系统（“胃神经症”和“神经性腹泻”）。症状通常为两种类型，但任何一种都不能证明有关器官和系统存在躯体障碍。作为主要诊断依据的第一种类型症状的特点是，其主诉以植物神经兴奋的客观体征为基础，如心悸、出汗、脸红、震颤；第二种类型症状的特点是更具个体特异性和主观性，而症状本身是非特异的，如部位不定的疼痛、烧灼感、沉重感、紧束感、肿胀感。病人把这些症状归于特定的器官或系统（与植物神经症状相同的系统）。本病的特征性临床相就在于，明确的植物神经受累、非特异性的附加主观主诉，以及坚持将障碍归咎于某一特定的器官或系统这三者的结合。

有证据表明，许多这类障碍患者存在的心理应激或当前的困难和问题与本障碍有关，但在相当一部分病人并非如此，他们自始至终不能符合这一条件。

在本类障碍中，有时可有生理功能的轻度紊乱，如呃逆、胃肠胀气、过度换气，但这些紊乱本身并不扰乱有关器官或系统的基本生理功能。

【诊断要点】

确诊需以下各点：

(a) 持续存在植物神经兴奋症状，如心悸、出汗、颤抖、脸红，这些症状令人烦恼；

(b) 涉及特定器官或系统的主观主诉；

(c) 存在上述器官可能患严重（但常为非特异的）障碍的先占观念和由此而生的痛苦，医生的反复保证和解释无济于事；

(d) 所述器官的结构和功能并无明显紊乱的证据。

【鉴别诊断】：

广泛性焦虑障碍中，害怕和焦虑性预期等心理要素在植物神经兴奋中起主导作用，同时，其它症状存在前后一致的躯体定位，可据此鉴别。躯体形式障碍中可有植物神经症状，但与许多其它感觉和感受相比，既不突出也不持续，且症状并不总是归于某个特定器官或系统。

第 5 位数码标明病人视为症状起源的器官或系统，用以划分本组中的个别障碍。

F45. 30 心血管系统

包含：心脏神经症

DaCosta 综合征

神经循环衰弱

F45. 31 高位胃肠道

包含：胃神经症

心因性吞气症、呃逆、消化不良、幽门痉挛

F45. 32 低位胃肠道

包含：心因性肠胃胀气、肠激惹综合征、腹泻综合征

F45. 33 呼吸系统

包含：心因性咳嗽和过度换气的各种形式

F45. 34 泌尿生殖系统

包含：心因性尿频和排尿困难

F45. 38 其它器官或系统

F45. 4 持续的躯体形式的疼痛障碍

突出的主诉是持续、严重、令人痛苦的疼痛，不能用生理过程或躯体障碍完全加以解释。情绪冲突或心理社会问题与疼痛的发生有关，且足以得出它们是主要致病原因的结论。结果通常是对病人人际或医疗方面注意和支持明显增加。

见于抑郁障碍或精神分裂症病程中被假定为心因性的疼痛不归于此类。由已知的或推断的心理生理机制引起的疼痛，例如肌肉紧张性疼痛或偏头痛，同时又认为有心理原因，应采用 F54 的编码（与它处分类的障碍或疾病相关的心理和行为因素），另外再加上 ICD-10 中的其它编码（如：偏头痛，G43. -）。

包含：精神性疼痛

心因性背痛或头痛

躯体形式疼痛障碍

【鉴别诊断】：

最常见的是与器质性原因疼痛的戏剧性加互相鉴别。器质性疼痛的病人在未确诊时容易感到恐慌和不满，从而引起寻求注意行为。躯体化障碍中常也可见各种疼痛，但与其它主诉相比，并非特别突出和持久。

不含：背痛 NOS (M54. 9)

疼痛 NOS (急性/慢性) (R52. -)

紧张性头痛 (G44. 2)

F45. 8 其它躯体形式障碍

本障碍中，病人主诉的症状不是通过植物神经系统中介，且局限于身体的特定系统或部位，这与躯体

化障碍（F45.0）和未分化的躯体形式障碍（F45.1）不同，后两类障碍中，病人关于症状起源和痛苦的主诉多种多样，且经常变化。不存在组织损伤。

任何其它不是由躯体障碍引起、在时间上与应激性事件或问题密切相关或能引起对病人注意的明显增加（人际或医疗方面）的疼痛，也应划归于此。肿胀感、皮肤蚁行感以及感觉异常（脸刺感和/或麻木感）是常见的例子。以下障碍也属本类：

- (a) “癔症球”（咽喉部哽咽感引起吞咽困难）以及其它形式的吞咽困难；
- (b) 心因性斜颈及其它痉挛性障碍（不包括 Tourette 综合征）；
- (c) 心因性搔痒症（不包括特殊皮肤损害，如：斑秃、皮炎、湿疹、或心因性等麻疹）；
- (d) 心因性痛经〔不包括性交疼痛（F52.6）和性冷淡（F52.0）〕；
- (e) 磨牙。

F45.9 躯体形式障碍，未特定

躯体形式障碍，未特定

◆其它神经症性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F48.0 神经衰弱	F48.0
2	F48.1 人格解体-现实解体综合征	F48.1
3	F48.8 其它特定的神经症性障碍	F48.8
4	F48.9 神经症性障碍，未特定	F48.9

F48.0 神经衰弱

本障碍的表现形式有很大的文化差异，其两种主要类型彼此有相当的重叠。一种类型的特点是主诉用脑后倍感疲倦，常伴有职业成就或应付日常事务效率一定程度的下降。关于精神疲惫典型的描述是：使人分心的联想或回忆令人不快地闯入脑中，注意集中困难，整个思维活动没有效率。另一类型的特点是：在轻微的体力劳动后即感虚弱和极为疲乏，伴以肌肉疼痛和不能放松。两型中都有各种不快的躯体感觉，常见的如：头昏、紧张性头痛、普遍的不安定感。此外还有一些常见表现：为脑力和躯体状况的下降而烦恼、易激惹、快感缺失、各种轻度的抑郁和焦虑。常有入睡和中段睡眠紊乱，但也可能表现为睡眠过度。

【诊断要点】

确诊需以下各条：

(a) 或为用脑后倍感疲倦的持续而痛苦的主诉；或为轻度用力后身体虚弱与极度疲倦的持续而痛苦的主诉；

(b) 至少存在以下两条：

- 一肌肉疼痛感
- 一头昏
- 一紧张性头痛
- 一睡眠紊乱
- 一不能放松
- 一易激惹
- 一消化不良

(c) 任何并存的植物神经症状或抑郁症状在严重度和持续时间方面不足以符本分类系统中更为特定障碍的标准。

包含：疲劳综合征

【鉴别诊断】：

在许多国家，神经衰弱一般不用作诊断类别。许多过去诊断为神经衰弱的病例，符合现在抑郁障碍或焦虑障碍的标准。但对有些病例，采用神经衰弱的描述比任何其它的神经症性综合征都更为合适，这种情况在某些文化中更为常见。在采用神经衰弱的诊断类别时，首先应排除抑郁性疾病和焦虑障碍。本综合征的突出特征是病人强调疲劳感和虚弱，为脑力活动和体力活动效率下降而担忧（躯体形式障碍不同，病人

有关躯体疾病的主诉和先占观念主宰临床相)。如果神经衰弱综合征发生于躯体疾病之后(特别是流感、病毒性肝炎、传染性单核细胞增多症),躯体疾病的诊断也应记录。

不含:虚弱 NOS (R53)

黑晕 (Z73.0)

不适和疲劳 (R53)

病毒感染后疲劳综合征 (G93.3)

精神衰弱 (F48.8)

F48.1 人格解体-现实解体综合征

本障碍中,患者诉说其精神活动,身体和/或周围环境的性质发生了改变,因而显得不真实、遥远或自动化。患者可能感到不再是在进行自己的思维、想象、记忆;运动和行为也似乎不属于自己;自己的身体仿佛失去了生命、疏远,或出现其它异常;周围的世界看上去缺乏色彩和生气,仿佛是人造的,好像成为人们按规定角色表演的舞台。在某些病例,病人感到象是在从远处观望自己或是自己已象死去一样。在这各种各样的现象中,丧失情绪的主诉是最为常见的。

体验这种障碍的纯粹而孤立形式的病人为数不多。更常见的情况是,在抑郁性疾病、恐怖障碍、强迫障碍的病程中出现人格解体-现实解体的现象。精神健康的人,在疲劳、感觉剥夺、致幻剂中毒等状态下,或是作为入睡前/清醒前的现象,也可出现这一综合征的一些要素。人格解体-现实解体现象与生命危在旦夕对所出现的所谓“濒死体验”有类似之处。

【诊断要点】

要确诊,需具(a)或(b)二者之一,或两者皆备,再加上(c)和(d):

(a)人格解体症状,即:病人感到其感觉和/或体验分离(detached)、遥远、不属于自己、丧失等等;

(b)现实解体症状,即:物、人和/或周围环境显得不真实、遥远、人工化、没有色彩、没有生气等等;

(c)承认这是主观自发的改变,不是外力或他人所强加的(即自知力);

(d)感知觉清晰,不存在中毒性混浊或癫痫。

【鉴别诊断】:

本障碍必须与其它存在“人格变化”体验或主诉的障碍相鉴别,如精神分裂症(转化妄想或被动和控制检验)、分离性障碍(此时不能意识到发生的改变)、早期痴呆的某些情况。在额叶癫痫的发作前先兆和某些发作后状态中,也可存有人格解体和现实解体的综合征作为继发现象。

如果人格解体-现实解体综合征见于可诊断的抑郁性、恐怖性、强迫性或精神分裂性障碍中,这些障碍应优先作为主要诊断。

F48.8 其它特定的神经症性障碍

本类别包括行为、信念和情绪的混合性障碍,这些障碍的病因学和疾病学地位不确定,在某些特定文化中发病率特别高,例如,Dhat综合征(过度担心泄精会引起虚弱),Koro(害怕阴茎缩回腹部导致死亡,因此焦虑),Latah(模仿的不由自主性反应行为)。这些障碍与当地文化认可的信念和行为模式有密切关系,这提示不把它看作妄想可能最好。

包含: Briquet 障碍

Dhat 综合征

koro

latah

职业神经症,包括书写痉挛

精神衰弱

精神衰弱性神经症

心因性晕厥

F48.9 神经症性障碍,未特定

神经症性障碍,未特定

包含：神经症 NOS

F50 - F59 伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征

◆ 进食障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F50 进食障碍总论	F50
2	F50. 0 神经性厌食	F50. 0
3	F50. 1 非典型神经性厌食	F50. 1
4	F50. 2 神经性贪食	F50. 2
5	F50. 3 非典型神经性贪食	F50. 3
6	F50. 4 伴有其它心理紊乱的暴食	F50. 4
7	F50. 5 伴有其它心理紊乱的呕吐	F50. 5
8	F50. 8 其它进食障碍	F50. 8
9	F50. 9 进食障碍，未特定	F50. 9

F50 进食障碍总论

在进食障碍的标题下，描述了两个重要而又明确的综合征：神经性厌食及神经性贪食。特异性较少的贪食性障碍当然也应涉及，如伴有心理紊乱的暴食。伴有心理紊乱的呕吐亦有简短说明。

不含：厌食或无食欲 NOS (R63. 0)

喂养困难及照管不当 (R63. 3)

婴儿及儿童期喂养障碍 (F98. 2)

儿童异食症 (F98. 3)

F50. 0 神经性厌食

神经性厌食是一种病人自己造成和/或维持的，以有意的体重减轻为特征的障碍。这一障碍最常见于青少年女性，男性青少年患此病者极少，临近青春期的儿童和将到绝经期的妇女也偶可罹及。在下述意义上，神经性厌食构成了一个独立的综合征：

(a) 该综合征的临床特征容易识别，医师间诊断的一致性很高；

(b) 随访研究显示，在未恢复的病人中，有相当数目的患者继续以一种慢性形式表现出同样的神经性厌食的主要特征。

尽管我们仍不清楚神经性厌食的根本原因，但越来越多的证据显示，社会文化及生物学因素间的相互作用对其发病有影响，特异性较低的心理机制与人格的易感性的作用也应考虑。该障碍伴随有不同程度的营养不足，引起继发性内分泌及代谢的改变，及躯体功能的紊乱。至于这种特征性的内分泌障碍是完全起因于营养不足，和引起营养不足的种种行为（如挑食、运动量过度、体内成份改变、引吐、导泻及其所导致的电解质紊乱）的直接后果，还是有其它未知因素的参与，目前尚无定论。

【诊断要点】

为了确诊，下列条目是必备的：

(a) 体重保持在至少低于期望值 15% 以上的水平（或是体重下降或是从未达到预期值），或 Quetelet's 体重指数为 17.5 或低于此值。青春期前的病人可以表现为在生长发育期内体重增长达不到预期标准。

(b) 体重减轻是自己造成的，包括拒食“发胖食物”，及下列一种或多种手段：自我引吐；自行导致的通便；运动过度；服用食欲抑制剂和/或利尿剂。

(c) 有特异的精神病理形式的体象扭曲，表现为持续存在一种害怕发胖的无法抗拒的超价观念，病人强加给她/他自己一个较低的体重限度。

(d) 包括下丘脑-垂体-性腺轴的广泛的内分泌障碍：在妇女表现为闭经；在男性表现为性欲减退及阳痿。（一个明显的例外是厌食症妇女接受激素替代治疗，最常见的是口服避孕药时，出现持续性的阴道流血）。下述情况也可以发生：生长激素及可的松水平升高，甲状腺素外周代谢变化及胰岛素分泌异常。

(e) 如果在青春期前发病，青春期发育会放慢甚至停滞（生长停止，女孩乳房不发育并出现原发性

闭经；男孩生殖器会呈幼稚状态)。随着病情恢复，青春期多可正常度过，但月经初潮延迟。

【鉴别诊断】

如果伴有抑郁或强迫症状，或人格障碍的特点，会使鉴别有一定难度，也许需要一个以上的诊断编码。青年人躯体因素所致的体重下降必须加以区分，包括慢性消耗性疾病，脑肿瘤，肠道疾患如克隆氏病或吸收不良综合征。

不含：无食欲（R63. 0）

心因性无食欲（F50. 8）

F50. 1 非典型神经性厌食

该术语应用于描述那些缺乏神经性厌食（F50. 0）的一个或多个关键特征如闭经或显著的体重下降，但除此之外却表现出相当典型的临床相的患者。可在综合医院的精神科会诊或基层卫生保健中见到这类人。那些存在全部特征症状但程度较轻的患者最好也使用这一术语描述。这一术语不能用于类似神经性厌食却是已知的躯体疾病所致的进食障碍。

F50. 2 神经性贪食

神经性贪食是一种以反复发作性暴食及强烈的控制体重的先占观念为特征的综合征，导致病人采取极端措施以削弱所吃食物的“发胖”效应。这一术语应限定在与神经性厌食相关的一类障碍内，因为二者精神病理相同。年龄及性别分布类似于神经性厌食，但发病年龄稍晚一些。这一障碍可被视为持续的神经性厌食的延续（尽管相反的次序也可能出现）。当以往患厌食症的病人开始出现体重增加，月经也可能恢复，显示病情改善，然而随后便出现一种恶性形式的暴食及呕吐。反复呕吐会导致机体电解质紊乱和躯体并发症（手足搐搦、癫痫发作、心律失常、肌无力），及随后体重的严重下降。

【诊断要点】

为了确诊，下列条目是必备的：

（a）持续存在进食的先占观念，对食物有种不可抗拒的欲望；难以克制的发作性暴食，病人在短时间内吃进大量食物。

（b）病人试图以下列一种或多种手段抵消食物的“发胖”作用：自我引吐；滥用泻药；间断禁食；使用某些药物如食欲抑制剂，甲状腺素制剂或利尿药。当糖尿病患者出现贪食症时，他们可能会无视自己的胰岛素治疗。

（c）精神病理包括对肥胖的病态恐惧，病人为她/他自己制定了严格的体重限度，它远低于病前合宜的或医师认可的健康的体重标准。病人多有（但并非总有）神经性厌食发作的既往史，两者间隔从数月甚至数年不等。既往厌食症可能表现得很充分，也可能以轻微潜隐的形式表现，如中度体重下降和/或短暂停经史。

包含：贪食症 NOS

神经性食欲亢进

【鉴别诊断】：神经性贪食必须与下列情况鉴别：

（a）导致反复呕吐的上消化道障碍（无特征性精神病理）；

（b）人格的普遍异常（进食障碍可能与酒精依赖及轻微违法行为如扒窃并存）；

（c）抑郁障碍（贪食病人常常体验到抑郁症状）。

F50. 3 非典型神经性贪食

该术语应用于描述那些缺乏神经性贪食（F50. 2）的一个或多个关键特征，但除此之外却表现出相当典型的临床相的患者。它最常用于描述那些体重正常甚至超重，却伴有暴食后呕吐或导泻的典型周期的一类人。与抑郁症状并存的部分综合征并非少见，然而如果抑郁症状已单独满足了抑郁障碍的诊断，那么两个诊断分别成立。

包含：正常体重贪食症

F50. 4 伴有其它心理紊乱的暴食

作为对苦恼事件的反应，并导致肥胖的暴食应在此编码。丧亲、意外事故、外科手术及引起情绪苦恼的事件后，都可能伴有“反应性肥胖”，在具有发胖倾向的人身上尤其如此。

如果肥胖是心理紊乱的原因，不应在此编码。肥胖可引起个体对他/她的外表的敏感，并使其在人际

交往中缺乏自信,对体型的主观评价可能有夸大。作为心理紊乱原因的肥胖应在诸如 F38. - (其它心境(情感)障碍), F41. 2 (混合型焦虑和抑郁障碍), 或 F48. 9 (非特定的神经症性障碍) 等处编码, 再加上 ICD-10 中 E66. 一中的一个编码, 以指明肥胖的类型。

如果肥胖是由于长期服用抗精神病药或抗抑郁剂或其它种类的药物治疗的副作用所引起的, 也不应在此编码。但在 E66. 1 (药物所致肥胖) 及 ICD-10 第二十章 (外在原因) 的附加编码中, 可标明这种药物。

肥胖可能是节食的动机, 而节食又可造成轻度情感症状 (焦虑、不安、乏力及易激惹), 或者更为罕见的会导致重性抑郁症状 (“节食性抑郁”)。F30-F39 或 F40-49 中的适宜编码可以用来覆盖上述症状, 以 F50. 8 (其它进食障碍) 指明节食, 加上 E66. 一的编码, 指明肥胖的类型。

包含: 心因性暴食

不含: 肥胖 (E66. -)

多食 NOS (R63. 2)

F50. 5 伴有其它心理紊乱的呕吐

除了神经性贪食症自我诱发的呕吐以外, 反复呕吐可见于分离性障碍 (F44. 一疑病性障碍 (F45. 2)), 呕吐是其躯体症状之一。怀孕期情绪因素也可导致反复恶心与呕吐。

包含: 心因性妊娠期剧吐

心因性呕吐

不含: 恶心及呕吐 NOS (R11)

F50. 8 其它进食障碍

其它进食障碍

包含: 成年人非器质性原因的异食症

心因性无食欲

F50. 9 进食障碍, 未特定

进食障碍, 未特定

◆非器质性睡眠障碍

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	F51 非器质性睡眠障碍	F51
2	F51. 0 非器质性失眠症	F51. 0
3	F51. 1 非器质性嗜睡症	F51. 1
4	F51. 2 非器质性睡眠-觉醒节律障碍	F51. 2
5	F51. 3 睡行症 (夜游症)	F51. 3
6	F51. 4 睡惊症 (夜惊症)	F51. 4
7	F51. 5 梦魇	F51. 5
8	F51. 8 其它非器质性睡眠障碍	F51. 8
9	F51. 9 非器质性睡眠障碍, 未特定	F51. 9

F51 非器质性睡眠障碍

这一组障碍包括:

(a) 睡眠失调: 原发性心因性状态, 其中主要紊乱是由于情绪原因导致了睡眠的量、质、时序的变化, 即失眠、嗜睡及睡眠-觉醒节律障碍。

(b) 睡眠失常: 在睡眠中出现异常的发作性事件; 在儿童期主要与儿童的生长发育有关, 在成人主要是心因性的, 即睡行症, 睡惊及梦魇。

本段仅包括情绪因素是原发病因的睡眠障碍。器质性睡眠障碍如 Kleine-Levin 综合征 (G47. 8) 在 ICD-10 的第六章 (G47. -) 中编码。非心因性障碍包括发作性睡病及摔倒 (G47. 4) 与睡眠-觉醒节律障碍 (G47. 2) 也列于第六章, 睡眠呼吸暂停 (G47. 3) 及包括夜间肌阵挛 (G25. 3) 在内的发作性运动障碍也见于第六章。最后, 将遗尿症 (F98. 0) 与儿童及少年期特发的情绪和行为障碍排列在一起, 原发性夜间遗尿 (R33. 8) 被认为是睡眠中膀胱控制能力的发育上的延迟, 被列入 ICD-10 第十八章涉及泌尿

系统的症状中。

在许多情况下，睡眠紊乱是另一种精神或躯体障碍的症状之一。即使某一特殊的睡眠障碍在临床表现上似乎是独立的，仍有许多精神和/或躯体因素可能与其发生有关。一种睡眠障碍在某一特定的个体身上的表现究竟是一种独立的情况，还是仅仅作为其它障碍的一种特征（在 ICD-10 的第五章或其它章中归类），应根据其临床相、病程、治疗理由及求医时的主次而定。无论如何，只要病人的主诉中有睡眠紊乱，睡眠障碍的诊断便可成立。不过，一般来说，最好将特异的睡眠障碍的诊断与尽可能多的其它相关诊断并列在一起，以便充分地描述该病例的精神病理和/或病理生理状况。

不含：器质性睡眠障碍

F51.0 非器质性失眠症

失眠症是一种持续相当长时间的睡眠的质和/或量令人不满意的状态。在诊断失眠症时，不能把一般认为正常的睡眠时间作为判断偏离程度的标准，因为有些人（即所谓短睡者）只需要很短时间的睡眠，却并不认为自己是失眠患者。相反，有些人对其睡眠质量之差痛苦不堪，但他们的睡眠时间从主观上和/或客观上看都在正常范围。

在失眠者中，难以入睡是最常见的主诉，其次是维持睡眠困难和早醒。然而，病人主诉中通常以上情况并存。典型情况是，失眠发生于生活应激增加的时候，并多见于妇女、老年人及心理功能紊乱和社会经济状况差的人群中。如果一个人反复失眠，他就会对失眠越来越恐惧并过分关注其后果。这就形成了一个恶性循环，使得这个问题持续存在。

就寝时，失眠的人会描述自己感到紧张、焦虑、担心或抑郁，思想象在赛跑。他们常常过多地考虑如何得到充足的睡眠、个人问题、健康状况，甚至死亡。他们常常试图以眼药或饮酒来对付自己的紧张情绪。清晨，他们常诉感到心身交瘁；白天的特征是感到抑郁、担心、紧张、易激惹和对自身过于专注。

当在生活中哄孩子上床睡觉有困难时，我们也常会说儿童有睡眠困难（并非睡眠本身）；照料孩子入睡困难不应在此编码，但在 ICD-10 第二十一章中有此分类（Z62.0，父母照看不周）。

【诊断要点】

为了确诊，下列临床特征是必需的：

- (a) 主诉或是入睡困难，或是难以维持睡眠，或是睡眠质量差；
- (b) 这种睡眠紊乱每周至少发生三次并持续一月以上；
- (c) 日夜专注于失眠，过分担心失眠的后果；
- (d) 睡眠量和/或质的不满意引起了明显的苦恼或影响了社会及职业功能。

只要是睡眠的质和/或量的不满意是病人唯一的主诉，就应在此编码。如果失眠是基本症状或失眠的长期性及严重性使得病人把它看作是基本症状时，即使存在其它精神症状如抑郁、焦虑或强迫等，并不能否定失眠症的诊断。其它共存的障碍，如果症状显著、持续存在，必须采取相应的治疗时，也应予以编码。应当指出，大多数失眠者通常过分关注自己的睡眠紊乱，而否认存在有情绪问题。因此，必须进行仔细的临床评定，然后才能排除失眠这一主诉的心理基础。

失眠是其它精神障碍中常见的症状，如情感性、神经症性、器质性及进食障碍，精神活性物质所致精神障碍。精神分裂症及其它睡眠障碍如梦魇。失眠也可伴发于躯体障碍，如疼痛、不适或服用某些药物时。如果失眠仅仅是某一精神障碍或躯体状况的多种症状中的一种，即它在临床相中并不占主要地位，那么诊断就应限于主要的精神或躯体障碍。此外，另外一些睡眠障碍如梦魇、睡眠-觉醒节律障碍、睡眠呼吸暂停及夜间肌阵挛，只有当它们导致了睡眠的量或质的下降时，才能确立诊断。然而，在上述各种情况中，如果失眠是主诉之一且失眠本身被看作是一种状况，那么在主要诊断之后应附加本编码。

本编码并不适用于所谓“一过性失眠”。一过性睡眠紊乱是日常生活中的正常现象。因而，由于某些心理社会应激，有几夜没睡好，不应在此编码，但如果合并其它有临床意义的征象时，可以考虑为急性应激障碍（F43.0）或适应性障碍（F43.2）的一部分。

F51.1 非器质性嗜睡症

嗜睡症被定义为白昼睡眠过度及睡眠发作（并非由于睡眠量由不足）或醒来时达到完全觉醒状态的过渡时间延长的一种状况。如果没有好肯定的证据表明存在器质性病因，这一状况通常与精神障碍有关。它通常是双相情感障碍，目前抑郁（F31.3，F31.4，F31.5），反复发作性抑郁障碍（F33.0）及抑郁发作

(F32.1的一个症状。然而,有些情况下,尽管嗜睡这一主诉背后常有一些精神病理的依据,但是并不符合诊断为另一种精神障碍的标准。

有些病人自己将他们在不恰当的时刻入睡的倾向与白天特定的不愉快经历联系起来。而另一些人即使当有经验的医师证实这些经历的存在,依然否认这一联系。在另外一些情况下,情绪或其它心理因素难以确认,但缺乏器质性因素的假设提示嗜睡很可能是心因性的。

【诊断要点】

为了确诊,下列临床特征是必需的:

(a) 白天睡眠过多或睡眠发作,无法以睡眠时间不足来解释;和/或清醒时达到完全觉醒状态的过渡时间延长(睡眠酩酊状态);

(b) 每日出现睡眠紊乱,超过一月,或反复的短暂发作,引起明显的苦恼或影响了社会或职业功能;

(c) 缺乏发作性睡病的附加症状(摔倒,睡眠麻痹,入睡前幻觉)或睡眠呼吸暂停的临床证据(夜间呼吸暂停,典型的间歇性鼾音等等);

(d) 没有可表现出日间嗜睡症状的任何神经科及内科情况。如果嗜睡症仅仅是某种精神障碍(如情感性精神障碍)的一个症状的话,诊所只应是该精神障碍。然而,如果嗜睡症状在患有其它精神疾患的病病人的主诉中占主要地位,那么就应加上心因性嗜睡症的诊断。如果其它诊断不成立,本编码应单独使用。

【鉴别诊断】:

嗜睡症与发作性睡病的鉴别至关重要。在发作性睡病(G47.4)中,通常伴有一种或多种附加症状如摔倒、睡眠麻痹及入睡前幻觉,睡眠发作是无法抗拒的,使人精神较振奋;夜间睡眠是片断的、缩短的。与之相反,嗜睡症在白天发作次数较少,但持续时间较长;病人常能阻止其发生;夜间睡眠通常是延长的,在醒转时,要想达到完全的觉醒状态相当困难(睡眠酩酊状态)

将非器质性嗜睡症同与睡眠呼吸暂停相关的嗜睡症及其它器质性嗜睡症相鉴别是很重要的。多数睡眠呼吸暂停病人除了有日间睡眠过多的症状外,还有夜间呼吸暂停、典型的间歇性鼾音、肥胖、高血压、阳痿、认知缺损、夜间多动及多汗、晨起头痛与共济运动不良的病史。当高度怀疑有睡眠呼吸暂停时,要确定诊断并对呼吸暂停发作定量,就应借助于睡眠实验室的记录。

由明确的器质性原因(脑炎、脑膜炎、脑震荡及其它脑损伤、脑肿瘤、脑血管病变、变性及其它神经疾病、代谢障碍、中毒、内分泌异常、放射后综合征)引起的嗜睡症,可通过病人的临床表现及相应的实验室检查,找到肯定的器质性致病因素,从而同非器质性嗜睡症相鉴别。

F51.2 非器质性睡眠-觉醒节律障碍

睡眠-觉醒节律障碍可定义为:人体睡眠-觉醒节律与环境所允许的睡眠-觉醒节律之间不同步,从而导致病人主诉失眠或嗜睡。这一障碍究竟是心因性的还是假定为器质性的,取决于心理或器质性因素影响的大小。起居无常或多变的人多数有明显的心理紊乱,通常与各种精神科状态有关如人格障碍及情感障碍。在那些频繁调换工作班次或跨时区旅行的人中,许多人都很苦恼,尽管我们由此可以推断有强烈的情绪成份也在其中起作用,但他们的生理节律失调本质上还是生物性的。最后,在某些比理想的睡眠-觉醒节律提前一个时相的人中,或许是因为其生理节奏振荡器(生物钟)出现内部故障,或许是因为驱动生物钟的时间线索的信息处理过程异常(后者实际上可能与情绪和/或认知障碍有关)。

本编码适用于心理因素起主要作用的那些睡眠-觉醒节律障碍,假定有器质性因素参与的病例应在(G47.2)即非心因性睡眠-觉醒节律障碍下分类。在每一个病例中,心理因素是否是原发性要素,以及是否使用本编码还是(G47.2),需要从临床上判断。

【诊断要点】

为了确诊,下列临床特征是必要的;

(a) 个体的睡眠-觉醒形式与特定社会中的正常情况及同一文化环境中为大多数人所认可的睡眠-觉醒节律不同步;

(b) 在主要的睡眠相时失眠,在应该清醒时嗜睡,这种情况几乎天天发生并持续1个月以上,或在短时间内反复出现;

(c) 睡眠量、质及时序的不满意状态使病人深感苦恼,或影响了社会或职业功能。

只有当这一障碍确实没有精神科或躯体性原因时,本编码才可单独使用。如果这一障碍在病人的临床

相中占主要地位，即使存在焦虑、抑郁或轻躁狂症状也不影响非器质性睡眠-觉醒节律障碍这一诊断的有效性。当其它精神科症状非常显著并持续存在时，这些特异的精神障碍就应另行诊断。

包含：心因性生理节律、昼夜或睡眠节律倒错

F51.3 睡行症（夜游症）

睡行症或夜游症是睡眠和觉醒现象同时存在的一种意识改变状态。睡行症发作时，个体通常在夜间睡眠的前三分之一段起床，走动，呈现出低水平的注意力、反应性及运动技能。一个睡行症患者有时会离开卧室，偶尔还会走出家门，这样一来，处于发作期的患者就会面临着受伤的危险。然而，在大多数情况下，他或/她会自行或在他人轻柔地引导下安静地回到床上。无论是在睡行症的发作中还是在次日清晨醒来，病人通常都无法回忆事情经过。

睡行症与睡惊症（F51.4）关系极为密切。两者都被看作是唤起的障碍，特别是在最深的睡眠时相（第3和第4期）的唤起。许多个体都有此两种状况之一的阳性家族史及两种状况发作的既往史。而且，这两种状况最多发于儿童期，提示发有因素在发病中有一定作用。此外，在有些病例中，两种状况与发热性疾病并存。当儿童期后这两种状况仍持续存在或首发于成年期时，很可能与明显的心理紊乱有关；这两种状况也可能首发于老年人或见于痴呆的早期。基于睡行症与睡惊症在临床及病因上的相似性，以及对此二者的鉴别诊断通常只不过是判断何者为主，因而近来这两种障碍已被看作是同一疾病分类连续谱中的一部分。然而，为了与传统保持一致，而且为了强调临床表现中强度上的差别，本分类中仍使用了不同的编码。

【诊断要点】

为了确诊，下列临床特征是必需的：

- (a) 突出症状是一次或多次下述发作：起床，通常发生于夜间睡眠的前三分之一阶段，走来走去；
- (b) 发作中，个体表情茫然，目光凝滞，他人试图加以干涉或同其交谈，则相对无反应，并且难以被唤醒；
- (c) 在清醒后（无论是在发作中还是在次日清晨），个体对发作不能回忆；
- (d) 尽管在最初从发作中醒来的几分钟之内，会有一段短时间的茫然及走向力障碍，但并无精神活动及行为的任何损害；
- (e) 没有器质性精神障碍如痴呆或躯体障碍如癫痫的证据。

【鉴别诊断】

睡行症应与精神运动性癫痫发作相鉴别。精神运动性癫痫绝少只在晚上发作。在癫痫发作时，个体对环境刺激完全无反应，而且常见吞咽、搓手等持续动作。脑电图中有癫痫性放电可证实此诊断。然而并不除外癫痫与睡行症共存的可能。

分离性漫游（见F44.1）也应与睡行症鉴别。在分离性障碍中，发作持续时间要长得多，病人警觉程度更高并能完成复杂的、有目的的行为。此外，分离性障碍在儿童中罕见，而且典型发作是开始于清醒状态。

F51.4 睡惊症（夜惊症）

睡惊症或夜惊症是出现于夜间的极度恐惧和惊恐的发作，伴有强烈的语言、运动形式及植物神经系统的高度兴奋。个体通常在睡眠的前三分之一阶段惊叫着坐起或下床，常常冲向门口似乎要夺路而逃，但很少会离开房间。如果有人想平息夜间惊恐发作，可能会导致更强烈的恐惧，因为个体不仅对他人的努力相对无反应，而且有几分钟会丧失定向。醒后对发作通常不能回忆。由于这些临床特点，个体在睡惊发作期间极有可能受伤。

睡惊症与睡行症（F51.3）关系密切；遗传的、发育的、器质性的及心理性因素都在它们的发病中起一定作用，而且二者拥有同样的临床及病理生理特点。基于其众多的相似之处，近来这两种状况已被视为是同一疾病分类连续谱中的一部分。

诊断要点：

为了确诊，下列临床特征是必需的：

- (a) 突出症状是一次或多次如下发作：惊叫一声从睡眠中醒来，以强烈的焦虑、躯体运动及自主神经系统的亢进如心动过速、呼吸急促、瞳孔扩大及出汗等为特点；
- (b) 这些反复发作的典型情况是持续1-10分钟，通常在夜间睡眠的前三分之一阶段发生；

(c) 对他人试图平息睡惊进行的努力相对无反应, 而且这种努力几乎总会伴有至少数分钟的定向障碍和持续动作的出现;

(d) 对发作即使能够回忆, 也是十分有限的(通常只局限于一到两个片断的表象);

(e) 没有躯体障碍如脑肿瘤或癫痫的证据。

【鉴别诊断】

睡惊症应与梦魇鉴别。后者仅是普通的“恶梦”, 如果有的话, 也只是很有限的言语及躯体运动。与睡惊相反, 梦回可发生于夜间的任一时刻, 个体很容易被唤醒, 而且对梦的经过能详细、生动地回忆。

为了鉴别睡惊症与癫痫发作, 医师应牢记癫痫绝少只在夜间发作, 而脑电图的异常, 更倾向于癫痫的诊断。

F51. 5 梦魇

梦魇是为焦虑或恐惧所占据的梦境体验, 事后个体能够详细地回忆。梦魇体验十分生动, 通常包括那些涉及到对生存, 安全或自尊造成威胁的主题。相同或相似的令人恐惧的梦魇主题反复重视是十分常见的。在典型的发作中, 可有某种程度的植物神经兴奋, 但没有明显的言语及躯体运动。一旦醒来, 个体的警觉性及定自力迅速恢复。他人的可与他人充分交流, 通常马上或在次晨都能详述梦境体验。

由于儿童期梦魇通常都与其情绪发展的特殊阶段有关, 因此并非所有的儿童都伴有心理紊乱, 相反, 有梦魇的成年人常常伴有明显的心理紊乱, 通常表现为人格障碍。服用某些精神药物如利血平、甲硫哒嗪、三环类抗抑郁剂及苯二氮杂草类也对梦魇产生有一定作用。另外, 一些抑制 REM 睡眠(此期睡眠与作梦有关)的非苯二氮杂草类安眠药突然戒断时, 由于 REM 反跳, 导致作梦增多和梦魇的发生。

【诊断要点】

为了确诊, 下列临床特征是必需的:

(a) 从夜间睡眠或午睡中醒来, 能清晰、详尽地回忆强烈恐怖性的梦境, 通常涉及到对生存、安全、或自尊的威胁; 惊醒可发生于睡眠期的任一时刻, 但典型情况是发生在后半段;

(b) 从恐怖性梦境中惊醒时, 个体很快恢复定向及警觉;

(c) 梦境体验本身, 以及随之造成的睡眠紊乱, 都会使个体十分苦恼。

包含: 梦境焦虑障碍

【鉴别诊断】

将梦魇与睡惊症相鉴别十分重要。后者在睡眠期的前三分之一出现, 以强烈的焦虑、惊叫、过多的躯体运动及自主神经高度兴奋为显著特征。而且, 在夜惊症中, 无论是刚发作后还是早晨醒后, 病人都不能详尽地回忆梦境内容。

F51. 8 其它非器质性睡眠障碍

其它非器质性睡眠障碍

F51. 9 非器质性睡眠障碍, 未特定

非器质性睡眠障碍, 未特定

包含: 情绪性睡眠障碍 NOS

◆非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍

序号	题目(前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	F52 非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍	F52
2	F52. 0 性欲减退或缺失	F52. 0
3	F52. 1 性厌恶及性乐缺乏	F52. 1
4	F52. 2 生殖器反应丧失	F52. 2
5	F52. 3 性高潮功能障碍	F52. 3
6	F52. 4 早泄	F52. 4
7	F52. 5 非器质性阴道痉挛	F52. 5
8	F52. 6 非器质性性交疼痛	F52. 6
9	F52. 7 性欲亢进	F52. 7

10	F52. 8 其它性功能障碍，非器质性障碍或疾病所致	F52. 8
11	F52. 9 未特定的性功能障碍，非器质性障碍或疾病所致	F52. 9

F52 非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍

性功能障碍有各种表现形式，即个体不能参与他/她所期望的性关系。包括兴趣缺乏，快感缺乏，不能产生为有效的性行为所必需的生理反应（如勃起），或不能控制或体验到高潮。

性反应是一种心身过程，心理及躯体过程通常都在性功能障碍的发病中起作用。尽管辨认出毫无疑问的心因性或器质性病因或许可以做到，但是更为常见的，尤其是那些诸如勃起不能或性交疼痛等问题，就很难确定心理性和/或器质性因素何者为重。类似这样的病例中，将这种状况分类为混合性或病因不明较为恰当。

有些类型的功能障碍（如性欲缺乏）男女都可发生。不过，女性主诉性的主观体验不满意的较多见（如快感或兴趣缺乏），而缺乏特异性反应的较少见。主诉高潮功能障碍的并非罕见。但是一旦女性的性反应的一个方面受到了影响，其它方面也很可能会受损。例如，如果一位妇女不能体验到性高潮，那么她也常会觉得无法享受调情的其它乐趣，并因此丧失大部分性欲。而男性尽管主诉无法产生特异性反应如勃起或射精，却常报告仍有性欲存在。因此，为了做出最恰当的诊断分类，就不能仅局限于所提供的主诉。

不含：Dhat 综合征（F48. 8）

恐缩症（F48. 8）

F52. 0 性欲减退或缺失

性欲缺失是本障碍的首要问题，它并不是继发于其它性问题如勃起不能或性交疼痛。性欲缺失并不排斥性的快感或唤起，只是使性活动不易起动。

包含：阴冷

性欲低下障碍

F52. 1 性厌恶及性乐缺乏

F52. 10 性厌恶

想到会与伴侣发往性关系，就产生强烈的负性情绪，由于极度的恐惧或焦虑，个体会回避性活动。

F52. 11 性乐缺乏

性反应正常，也能体验到性高潮，但却缺乏相应的快感。这种情况在女性比男性多见。

包含：快感缺失（性的）

F52. 2 生殖器反应丧失

男性的主要问题是勃起障碍，即难以产生或维持进行满意的性交所需要的勃起。如果在某些特定的场合如手淫时或睡眠中或与另一个伴侣在一起时，可正常勃起，那么其原因便可能是心因性的。否则，为使非器质性勃起功能障碍的诊断成立，就需要依靠特殊的检查（如测量夜间阴茎膨胀度）或心理治疗的效果来定。

女性的主要问题是阴道干燥，或缺乏滑润。其原因可能是心因性的也可能是病理性的（如感染）或雌激素缺乏（如绝经后）。女性以阴道干燥为主诉就医的情况是不多见的，除非是绝经后雌激素缺乏所致。

包含：女性性唤起障碍

男性勃起障碍

心因性阳痿

F52. 3 性高潮功能障碍

性高潮不出现或明显延迟。这可能是境通性的（如只见于某些特定环境），其中病因有可能是心因性的或恒定的，除非个体对心理治疗反应良好，否则不应轻易排除躯体或体质因素。性高潮障碍女性比男性多见。

包含：性高潮受抑（男性）（女性）

心因性性高潮缺失

F52. 4 早泄

无法控制射精，以使性交双方都能享受性快感。在严重的病例中，未进入阴道或还未动起时就出现射精。早泄多不是器质性的，但可作为器质性损害（如勃起不能或疼痛）的一种心理反应而出现。如果勃起

所需的刺激时间较长，射精也会显得过早，这是由于充分的动起与射精之间的间隔被缩短了。这种情况下的根本问题是射带延迟。

F52. 5 非器质性阴道痉挛

阴道周围的肌肉挛缩，导致阴道人口的封闭。使阴茎不能插入或引起疼痛。阴道痉挛可能是局部疼痛所致的继发性反应，在这种情况下，不应使用本类别。

包含：心因性阴道痉挛

F52. 6 非器质性性交疼痛

性交疼痛（性交时的疼痛感）在男性和女性都可见到。它常与局部的病理状况有关，因此应归入适当类别。然而在有些病例中，并无明显原因可见，而情绪因素显得重要。只有当不存在其它原发的性功能障碍（如阴道痉挛或阴道干燥）时，本类别才适用。

包含：心因性性交疼痛

F52. 7 性欲亢进

男性和女性都会偶尔将性欲过分强烈作为一个存在问题就医，这多半发生于青春期末或成年期初。如果性欲过分强烈是继发于情感性障碍（F30F39）或发生于痴呆早期（F00 - F03），那么就应记录原有的障碍编码。

包含：女性色情狂

男性色情狂

F52. 8 其它性功能障碍，非器质性障碍或疾病所致

其它性功能障碍，非器质性障碍或疾病所致

F52. 9 未特定的性功能障碍，非器质性障碍或疾病所致

未特定的性功能障碍，非器质性障碍或疾病所致

◆产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F53 产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类	F53
2	F53. 0 轻度的产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类	F53. 0
3	F53. 1 重度产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类	F53. 1
4	F53. 8 其它产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类	F53. 8
5	F53. 9 产褥期精神障碍，未特定	F53. 9

F53 产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

本分类只适用于那些伴发于产褥期（分娩后六周内），不符合本书中它处诊断标准的精神障碍，及那些或是因为无法获得充足的资料，或是因为存在其它特殊的临床特征，因而使其无论在何处分类都不恰当的精神障碍。通常产褥期伴发的精神障碍也可使用其它两个编码：第一个编码分布在第五章（F），标出了精神障碍的特殊类型（F30-F39），第二编码是 ICD-10 的 099. 3（伴发于产褥期的精神疾病及神经系统疾病）。

F53. 0 轻度的产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

轻度的产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

包含：产褥期抑郁 NOS

产后抑郁 NOS

F53. 1 重度产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

重度产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

包含：产褥期精神病 NOS

F53. 8 其它产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

其它产褥期伴发的精神及行为障碍，无法在它处归类

F53. 9 产褥期精神障碍，未特定

产褥期精神障碍，未特定

◆在它处分类的障碍及疾病伴有的心理及行为因素

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F54在它处分类的障碍及疾病伴有的心理及行为因素	

F54 在它处分类的障碍及疾病伴有的心理及行为因素

本类别用于记录在 ICD-10 中其它章中分类的躯体障碍中所存在的心理或行为的影响，这种影响被认为在躯体发病中起主要作用。所导致的任何精神紊乱通常较轻，常迁延较久（如担忧、情绪冲突、疑惧），而且本身不符合本书中所描述的任何类别的诊断标准。应附加一个编码用来指明所存在的躯体障碍。（在少见的情况下，如果明显的精神障碍引起了躯体障碍，应使用第二个附加编码来记录精神障碍）。

使用本类别的例子如：哮喘（F51 加 L45.-）；皮炎和湿疹 F54 加 L23-L25）；胃溃疡（F54 加 K25.-）；粘液性结肠炎（F54 加 K58.-）溃疡性结肠炎（F54 加 K51.-）；及荨麻疹 F54 加 L50.-）。

包含：影响躯体状况的心理因素

不含：紧张型头痛（G44. 2）

◆非依赖性物质滥用

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F55 非依赖性物质滥用	F55
2	F55. 0 抗抑郁剂	F55. 0
3	F55. 1 缓泻剂	F55. 1
4	F55. 2 镇痛剂	F55. 2
5	F55. 3 解酸药	F55. 3
6	F55. 4 维生素	F55. 4
7	F55. 5 类固醇或激素	F55. 5
8	F55. 6 特殊的草药或民间验方	F55. 6
9	F55. 8 不产生依赖的其它物质	F55. 8
10	F55. 9 未特定的	F55. 9

F55 非依赖性物质滥用

包括种类繁多的药剂，成药和民间验方，但其中有三类药尤其重要：不产生依赖的精神药物，如抗抑郁剂；缓泻剂；及不需医生处方即可买到的镇痛剂如阿斯匹林和扑热息痛。尽管最初这些药物是由医生开处方或推荐的，然而由于这类物质不用医生处方也可得到，药量会渐渐加大，服药时间延长，甚至在不必要时也用药。

持续地，不恰当地使用这类物质通常会导致不必要的花费，包括常常不必要地去求医或求助于保健人员，有时也以这类物质的有害的躯体影响为突出表现。劝阻或制止使用这类物质常会遇到阻力；尽管已先警告过（甚至已经出现）会出现躯体问题如肾功能障碍或电解质紊乱，可患者仍使用缓泻剂和镇痛剂。尽管我们清楚病人有强烈的动机服用这类物质，但他们却不会象在 F10-F19 中所标明的滥用精神活性物质的病例那样，产生依赖性（F1X. 2），或戒断症状（F1X. 3）。

第四位编码用来指明涉及的这类物质的类型。

F55. 0 抗抑郁剂

（如三环类，四环类抗抑郁剂及单胺氧化酶抑制剂）

F55. 1 缓泻剂

缓泻剂

F55. 2 镇痛剂

（如阿斯匹林，扑热息痛，非那西丁，及不在 F10-F19 中标明为精神活性物质的药物）。

F55. 3 解酸药

解酸药

F55. 4 维生素

维生素

F55. 5 类固醇或激素

类固醇或激素

F55. 6 特殊的草药或民间验方

特殊的草药或民间验方

F55. 8 不产生依赖的其它物质

(如利尿药)

F55. 9 未特定的

未特定的

不含: (致依赖的) 精神活性物质滥用 (F10 - F19)

◆F59 伴有生理紊乱及躯体因素的未特定的行为综合征

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	F59 伴有生理紊乱及躯体因素的未特定的行为综合征	F59

F59 伴有生理紊乱及躯体因素的未特定的行为综合征

伴有生理紊乱及躯体因素的未特定的行为综合征

包含: 心因性生理功能障碍 NOS

F60 - F69 成人人格与行为障碍

◆引言

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	引言	

引言

本节包括各种有临床意义的状况与行为模式。它们一般是持续性的,是个人特征性的生活风格的表现,也是对待自己及他人的一种模式。这些行为状况及模式有的在个体发育的早期阶段,作为体质因素和社会经历的双重结果而出现,其它一些则在生活后期获得。

F60 - F62 特异性人格障碍,温和型及其它人格障碍及持久的人格改变这几类状况由根深蒂固的和持久的行为模式所组成,表现为对广泛的人际和社会处境产生固定的反应。他们与在特定的文化背景中一股个人的感知、思维、情感,特别是待人方式上有极为突出或明显的偏离。这些行为模式相对稳定,对行为及心理功能的多个重要环节均有影响。他们常常,但并非总是,伴有不同程度的主观的苦恼及社会功能与行为方面的问题。

人格障碍与人格改变在二者出现的时间及方式上有所不同,人格障碍是发育过程中的状况,在儿童期或青春期出现,延续到成年。尽管它可以先行或与其它障碍并存,但并不是继发于其它精神障碍或脑部疾病。相反,人格改变是获得的,通常出现在成年期,在严重的或持久的应激,极度的环境剥夺,严重的精神科障碍或脑部疾病或损伤之后发生。(见 F07. -)

本组中每种状况都可依据其主要行为表现予以分类。然而,在这一领域中的分类到目前为止仍限于对一系列类型及亚型的描述,这些类型及亚型并不相互排斥,在某些特征上有所重叠。

根据人格障碍所表现出的最常见、最突出的特点群,可进一步分类。由此所描述的亚型是为人们普遍承认的人格偏离的主要形式。在诊断人格障碍时,医师应该考虑到人格功能的所有侧面。尽管诊断依据简短有效,但只有当人格的偏向或特征已达到严重界限时,才可作出诊断。

应根据尽可能多的资料来源进行评定。尽管有时可以通过与患者的一次面谈即可对人格状况进行评价,但通常需要一次以上的面谈,而且还应从知情者处采集病史资料。

环性心境与分裂型障碍过去在人格障碍处归类,但如今已列在它处(环性心境在 F30 - F39,分裂型障碍在 F20 - F29),这是由于它们与其它节中的那些障碍有诸多共同之处(如现象、家族史)。

对人格改变的进一步划分是基于这一改变的原因或先行事件，如：灾难性经历，迁延性应激或紧张及精神科疾患（不包括在 F20. 5 中分类的残留型精神分裂症）。

重要的是将人格状况与本书中列在其它分类中的障碍区分开。如果一种人格状况发生在短期或慢性精神障碍之前或之后，两者都应诊断。采用精神障碍与心理社会因素核心分类相联合的多轴诊断系统，有助于记录这类状况与障碍。

人格状况的表现中文化或地域上的差异很重要，但对这方面的专门知识甚少。在世界某一地区常见的人格状况，却不符合本书任一亚型的诊断标准，这时，就可以在“其它”人格障碍下归类，并用 5 位编码来指明与这一特殊的国家或地区相适应的分类。人格状况表现中的地区性差异在这类状况的诊断要点的说明中亦有所反映。

◆特异性人格障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	特异性人格障碍 诊断要点	
2	F60. 0 偏执型人格障碍	F60. 0
3	F60. 1 分裂样人格障碍	F60. 1
4	F60. 2 社交紊乱型人格障碍	F60. 2
5	F60. 3 情绪不稳型人格障碍	F60. 3
6	F60. 4 表演型人格障碍	F60. 4
7	F60. 5 强迫型人格障碍	F60. 5
8	F60. 6 焦虑（回避）型人格障碍	F60. 6
9	F60. 7 依赖型人格障碍	F60. 7
10	F60. 8 其它特异人格障碍	F60. 8
11	F60. 9 人格障碍，未特定	F60. 9

特异性人格障碍 诊断要点

特异性人格障碍是个体性格学体质与行为倾向上的严重紊乱，通常涉及人格的几个侧面，几乎总是伴有个人与社会间显著的割裂。人格障碍多在儿童后期或青春期出现，持续到成年并渐渐显著。因此，在 16 岁或 17 岁前诊断人格障碍就不很合适了。适用于所有人格障碍的一般性诊断要点如下，而在每一亚型中都有补充描述。

【诊断要点】：

不是由广泛性大脑损伤或病变以及其它精神科障碍所直接引起的状况，符合下述标准：

(a) 明显不协调的态度和行为，通常涉及到几方面的功能，如情感，唤起，冲动控制，知觉与思维方式及与他人交往的方式；

(b) 这一异常行为模式是持久的，固定的，并不局限于精神疾患的发作期；

(c) 异常行为模式是泛化的，与个人及社会的多种场合不相适应；

(d) 上述表现均于童年或青春期出现，延续至成年。

(e) 这一障碍会给个人带来相当大的苦恼，但仅在病程后期才明显。

(f) 这一障碍通常会伴有职业及社交的严重问题，但并非绝对如此。

在不同的文化中，需要建立一套独特的标准以适应其社会常模，规则与义务。对于下列大多数亚型，通常要求存在至少三条临床描述的特点或行为的确切证据，才能诊断。

F60. 0 偏执型人格障碍

这种人格障碍的特征为：

(a) 对挫折与拒绝过分敏感；

(b) 容易长久地记仇，即不肯原谅侮辱，伤害或轻视。

(c) 猜疑，以及将体验歪曲的一种普遍倾向，及把他人无意的或友好的行为误解为敌意或轻蔑；

(d) 与现实环境不相称的好斗及顽固地维护个人的权利；

(e) 极易猜疑，毫无根据地怀疑配偶或性伴侣的忠诚。

- (f) 将自己看得过分重要的倾向，表现为持续的自我援引态度
- (g) 将病人直接有关的事件以及世间的形形色色都解释为“阴谋”的无根据的先占观念。

包含：夸大性偏执，狂信性，好诉讼性及敏感性偏执型人格障碍

不含：妄想性障碍（F22.-）

精神分裂症（F20.-）

F60. 1 分裂样人格障碍

人格障碍符合下述描述：

- (a) 几乎没有可体验到愉快的活动；
- (b) 情绪冷淡，隔膜或平淡的情感；
- (c) 对他人表达温情，体贴或愤怒情绪的能力有限；
- (d) 无论对批评或表扬都无动于衷；
- (e) 对与他人发生性接触毫无兴趣（要考虑年龄）；
- (f) 几乎总是偏爱单独行动；
- (g) 过分沉湎于幻想和内省；
- (h) 没有亲密朋友，与人不建立相互信任的关系（或者只有一位），也不想建立这种关系；
- (i) 明显地无视公认的社会常规及习俗。

不含：Asperger 氏综合征（F84. 5）

妄想性障碍（F22. 0）

儿童期分裂样障碍（F84. 5）

精神分裂症（F20.-）

分裂型障碍（F21）

F60. 2 社交紊乱型人格障碍

常因其行为与公认的社会规范有显著差异而引人注目的一种人格障碍，其特征为。

- (a) 对他人感受漠不关心；
- (b) 全面、持久的缺乏责任感，无视社会规范，规范与义务；
- (c) 尽管建立人际关系并无困难，却不能长久地保持；
- (d) 对挫折的耐受性极低，微小刺激便可引起攻击，甚至暴力行为；
- (e) 无内疚感，不能从经历中特别是从惩罚中吸取教训；
- (f) 很容易责怪他人，或者，当他们与社会相冲突时对行为作似是而非的合理化解释。

伴随的特征中还有持续的易激惹。儿童期及青春期品行障碍，尽管并非总是存在，如果有则更进一步支持本诊断。

包含：悖德型、反社会型、非社交型、精神病态与社会病态型人格障碍

不含：品行障碍（F91.-）

情绪不稳型人格障碍（F60. 3）

F60. 3 情绪不稳型人格障碍

此类人格障碍有一个突出的倾向，即行为冲动，不计后果，伴有情感不稳定。事先进行计划的能力很差，强烈的愤怒暴发常导致暴力或“行为爆炸”；当冲动行为被人批评或阻止时，极易会诱发上述表现。本类人格障碍有两个特定的亚型，二者都以冲动性及缺乏自我控制为突出表现。

F60. 30 冲动型

其主要特征为情绪不稳定及缺乏冲动控制。暴力或威胁性行为的暴发但常见，在其他他人加以批评时尤为如此。

包含：爆发型和攻击型人格障碍

不含：社交紊乱型人格障碍（F60. 2）

F60. 31 边缘型

存在一些情感不稳的特征，除此之外，病人自己的自我形象，目的及内心的偏好（包括性偏好）常常是模糊不清的或扭曲的。他们通常有持续的空虚感。病人由于易于卷入强烈及不稳定的人际关系，可能会

导致连续的情感危机，也可能会竭力避免被人遗弃，并可能伴有一连串自杀威胁或自伤行为（这些情况也可能在没有任何明显促发因素的情况下发生）。

包含：边缘型人格障碍

F60. 4 表演型人格障碍

这种人格障碍的特征为：

- (a) 自我戏剧化，做戏性，夸张的情绪表达；
- (b) 暗示性，易受他人或环境影响；
- (c) 肤浅和易变的情感；
- (d) 不停地追求刺激、为他人赞赏及以自己为注意中心的活动；
- (e) 外表及行为显出不恰当的挑逗性；
- (f) 对自己外观容貌过分计较。

其它特征还包括：自我中心，自我放任，不断渴望受到赞赏，感情易受伤害，为满足自己的需要总是不择手段。

包含：癡症到及心理幼稚型人格障碍

F60. 5 强迫型人格障碍

这种人格障碍的特征为：

- (a) 过分疑虑及谨慎；
- (b) 对细节、规则、条目、秩序、组织或表格过分关注；
- (c) 完美主义，以至影响了工作的完成；
- (d) 道德感过强，谨小慎微，过分看重工作成效而不顾乐趣和人际关系；
- (e) 过分迂腐，拘泥于社会习俗；
- (f) 刻板 and 固执；
- (g) 病人不合情理地坚持他人必须严格按自己的方式行事，或即使允许他人行事也极不情愿；
- (h) 有强加的，令人讨厌的思想或冲动闯入。

包含：强迫行为与强迫观念型人格障碍

强迫观念-强迫行为型人格障碍

不含：强迫观念-强迫行为障碍（F42.-）

F60. 6 焦虑（回避）型人格障碍

这种人格障碍的特征为：

- (a) 持续和泛化的紧张感与忧虑；
- (b) 相信自己在社交上笨拙，没有吸引力或不如别人；
- (c) 在社交场合总过分担心会被他人指责或拒绝；
- (d) 除非肯定受人欢迎，否则不肯与他人打交道；
- (e) 出于维护躯体安全感的需要，在生活风格上有许多限制；
- (f) 由于担心批评，指责或拒绝，回避那些与人密切交往的社交或职业活动。

其它特征包括对拒绝与批评过分敏感。

F60. 7 依赖型人格障碍

这种人格障碍的特征为：

- (a) 请求或同意他人为自己生活中大多数重要事情做决定；
- (b) 将自己的需求附属于所依赖的人，过分顺从他人的意志；
- (c) 不愿意对所依赖的人提出即使是合理的要求；
- (d) 由于过分害怕不能照顾自己，在独处时总感到不舒服或无助；
- (e) 沉陷于被关系亲密的人所抛弃的恐惧之中，害怕只剩下他一人来照顾自己；
- (f) 没有别人过分的建设和保证时做出日常决定的能力很有限。

其它特征包括：总把自己看作无依无靠、无能的、缺乏精力的。

包含：衰弱型、不当型、被动型及自我挫败型人格障碍

F60. 8 其它特异人格障碍

不符合上述特异性情况 (F60. 0 -F60. 7) 的一种人格障碍。

包含: 古怪型、变化无常 (haltlose) 型、不成熟型、自恋型、被动攻击型及精神神经症型人格障碍。

F60. 9 人格障碍, 未特定

人格障碍, 未特定

包含: 性格神经症 N0s

病理性人格 N0s

◆混合型及其它人格障碍

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	混合型及其它人格障碍诊断要点	
2	F61. 0 混合型人格障碍	F61. 0
3	F61. 1 烦恼型人格改变	F61. 1

混合型及其它人格障碍诊断要点

这一类别旨在归纳那些症状表现无特异性, 无法满足 F60 中所描述的障碍的各项特征的一类人格障碍及异常, 它们常常令人烦恼。结果这类障碍常比 F60. 一中的情况更难诊断。有两类在此以四位编码标明, 任何其它不同类型应用 F60. 8 中编码。

F61. 0 混合型人格障碍

存在 F60. 一中所列障碍的几项特征, 却不具备任何一组突出症状, 无法做出更为特异性的诊断。

F61. 1 烦恼型人格改变

在 F60. -或 F62-中无法归类, 被看作是继发于同时存在的情感或焦虑障碍等主要诊断的一类状况。

不含: 人格特征突出 (Z73. 1)

◆持久的人格改变其它疾病所致

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	持久的人格改变, 不是由于脑损害及疾病所致总论诊断要点	

持久的人格改变, 不是由于脑损害及疾病所致总论诊断要点

这组诊断包括成人人格和行为障碍, 它们是灾难或长期的严重应激后, 或严重的精神科疾患后, 发生在那些既往无人格障碍史的个体上。只有当我们有证据, 表明个体对环境和对自身的感知、思维和交往方式上发生了确定而持久改变时, 才能作出这一诊断。人格改变应当十分显著, 伴有固定的适应不良的行为, 而这种行为在致病性经历出现前并不存在。这一改变并非其它精神障碍的表现, 也不是其它先行精神障碍的残留症状。这种持久的人格最常见于严重的创伤性经历之后, 但也可在严重, 反复发作或持续的精神障碍之后形成。这种获得性人格障碍与由于应激、紧张或精神病后使原有的人格障碍暴露或加重的鉴别很困难。只有人格改变表现为一种恒定的和不同的生活方式, 在病因上可追溯到存在有广泛的、极为严重的创伤性经历时, 才能作出人格改变的诊断。如果人格障碍继发于脑损害或脑部疾病, 则不应做出此诊断。(应代之以类别 F07. 0 代替)。

◆习惯与冲动障碍

序号	题目 (前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	习惯与冲动障碍总论诊断要点	
2	F63. 0 病理性赌博	F63. 0
3	F63. 1 病理性纵火 (纵火狂)	F63. 1
4	F63. 2 病理性输态 (依恋过)	F63. 2
5	F63. 3 拔发狂	F63. 3
6	F63. 8 其它习惯与冲动障碍	F63. 8

7	F63. 9 习惯与冲动障碍，未特定	F63. 9
---	--------------------	--------

习惯与冲动障碍总论诊断要点

这一类别包括那些未在其他条目下归类的特定的行为障碍。其特征为无清楚的合理的动机而反复出现的行为，对他人及自己的利益都有损害。病人自称这种行为带有冲动性，无法控制。导致这种状况的原因还不清楚。这类障碍被划分在一起，并非因为它们具有其它重要特征，而是由于许多描述都很相似。按照常规，习惯性过度饮酒或服药（F10 - F19）及与性和进食有关的冲动和习惯障碍（F65. -）（F52. 一）并不包括在此。

F63. 0 病理性赌博

这一障碍表现在个人生活中占据统治地位的、频繁反复发作的赌博行为，且行为对社会、职业、财产及家庭价值观念与义务都造成损害。

这一障碍的受害者会置工作于不顾，债台高筑，为得到金钱而撒谎、违法，或躲避偿还债务。他们自称对赌博有一种难以控制的强烈的渴望，脑子总不断浮现赌博的想法、赌博的行为以及赌博的场面。在生活处于应激状态时，这种向往和专注往往会加剧。

这种障碍也被称之为“强迫性赌博”，但是这一术语并不太合适，因为这一行为从专业角度来说并不是强迫性的，这一障碍与强迫性神经症也并无联系。

【诊断要点】

这一障碍的关键特征为：持续反复的赌博，尽管已造成了消极的社会后果如贫困、家庭关系恶化、个人生活被打乱等，赌博行为仍持续而且常常会加重。

包含：强迫性赌博

鉴别诊断病理性赌博应与下列情况相鉴别。

(a) 赌博与打赌（Z72. 6）（频繁的打赌是为了寻求刺激，或是企图获得金钱；属于打赌这一类别的人一旦面临重大损失或其他不利影响时，较容易中断这种习惯）；

(b) 躁狂病人的过度赌博（F30. -）

(c) 社会病态人格者的赌博（F60. 2）（存在社会行为的广泛持续的紊乱，表现在行为上为攻击性或显示出对他人的幸福或感情显著缺乏关心）。

F63. 1 病理性纵火（纵火狂）

这一障碍的特征为无明显动机多次地实施、或企图纵火烧毁财物或其它物品，对与火和燃烧有关的事物存在持续的关注。这种人对灭火器及其它灭火设备、与着火有关的事物以及召唤消防队有异常的兴趣。

【诊断要点】

关键特征为：

(a) 反复纵火，没有任何明显的动机，如得到金钱、报复或政治极端主义。

(b) 对观看着火有强烈的兴趣。

(c) 在采取行动之前有不断增加的紧张感，在付诸实施后马上有强烈的兴奋。

鉴别诊断病理性纵火应与下列情况相鉴别：

(a) 无精神科障碍表现的故意纵火（这种情况下都有明显的动机）（Z03. 2 需观察的可疑精神障碍）

(b) 有品行障碍的青少年纵火（F91. 1），同时还有其它行为障碍的证据如偷窃、攻击或逃学。

(c) 有社会病态人格的成年人纵火（F60. 2）伴有其它持续的社会行为紊乱的证据，如攻击、或其它表现如对他人的利益和感情缺乏关心。

(d) 精神分裂症患者纵火（F20. -）典型的纵火是对妄想观念或命令性幻听的反应。

(e) 器质性精神障碍患者纵火（F00-09），失火是由于意识模糊、记忆力减退、或对行为后果缺乏认识，或以上各种因素的综合影响而意外发生。

痴呆或急性器质性状态也可导致非故意的纵火，急性醉酒、慢性酒瘾或其它药物中毒（F10 - 19）也是可能的原因。

F63. 2 病理性输态（依恋过）

这一障碍的特征为：反复的无法克制的偷窃冲动，并不是为了本人使用或获取钱财。取而代之的是患者将这些物品丢弃、送人或收获。

【诊断要点】

在行动前有一种不断增长的紧张感，在偷窃中和紧接于偷窃后有一种满足感。尽管患者也通常试图隐瞒偷窃行为，却并不抓住一切机会。偷窃是单独进行的，没有同伙。在商店行窃（或其它地点）的间歇期可能会表现出焦虑、沮丧及内疚，但这并不会阻止他重复这类行为。只符合这些描述，而不是继发于下列障碍之一的病例，并不很常见。

鉴别诊断：病理性偷窃应与下列情况相鉴别：

- (a) 无精神障碍表现的反复在商店行窃，行窃时计划周密，且有明显的个人获利的动机（Z03. 2，需观察的可疑精神障碍）；
- (b) 器质性精神障碍（F00F09），由于记忆减退和其它种类的智能损害使病人反复不为商品付款。
- (c) 抑郁性障碍伴有偷窃（F30 - F33）；有些抑郁病人偷东西，在抑郁障碍持续时会反复出现这种行为。

F63. 3 拔发狂

这一障碍的特征是，由于反复的无法克制的拔掉毛发的冲动，导致引人注目的头发缺失。拔发前通常有不断增长的紧张感，事后会有轻松感或满足感。如果拔头发是由于事先有皮肤炎症，或作为妄想或幻觉的一种反应，那么此诊断不成立。

不含：伴有拔发的刻板性运动障碍（F98. 4）

F63. 8 其它习惯与冲动障碍

这一类别用于其它持续的反复出现的适应不良性行为，它并非继发于已知的精神科综合征，表现为反复不能克制做出这种行为的冲动，在前驱期有一段紧张感，在实施这种行为时有轻松感。

包含：间歇性暴发性（行为）障碍

F63. 9 习惯与冲动障碍，未特定

◆性身份障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F64. 0 性别改变症	F64. 0
2	F64. 1 双重异装症	F64. 1
3	F64. 2 童年性身份障碍	F64. 2
4	F64. 8 其它性身份障碍	F64. 8
5	F64. 9 性身份障碍，未特定	F64. 9

F64. 0 性别改变症

渴望象异性一样生活，被异性接受为其中一员，通常伴有对自己的解剖性别的苦恼感及不相称感，希望通过激素治疗和外科手术以使自己的身体尽可能的与所偏爱的性别一致。

【诊断要点】

转换性别身份至少应持续存在 2 年以上，才能确立诊断，且不应是其它精神障碍如精神分裂症的症状，也不伴有雌雄同体、遗传或性染色体异常等情况。

F64. 1 双重异装症

个体生活中某时刻穿着异性服装，以暂时享受作为异性成员的体验，但并无永久改变性别的愿望，也不打算以外科手术改变性别。在穿着异性服装时并不伴有性兴奋，这一点可与恋物性异装症相鉴别（F65. 1）。

包含：青春期或成年期性身份障碍，非易性型

不含：恋物性异装症（F65. 1）

F64. 2 童年性身份障碍

这一障碍通常最早发生于童年早期（一般在青春期前已充分表现），其特征为对本身性别有持续的、强烈的痛苦感，同时渴望成为异性（或坚持本人就是异性）。持续地专注于异性的服装和 / 或活动，而对病人本人的性别予以否认。通常认为这类障碍相对少见，较常见的是与程式化性角色行为不一致的状况，二者不应混淆。只有正常意义上的男性或女性概念出现了全面紊乱时，才可考虑童年性身份障碍的诊断。

仅有女孩子象“假小子”、男孩子“女孩子气”是不够的。若已进入青春期，此诊断便不能成立。

因童年性身份障碍与本章中其它身份障碍有许多共同特征，所以将它归入 F64 一中归类，而不在 F90 - F98 中归类。

【诊断要点】

必要的诊断特征为：儿童出现根深蒂固的、持续的成为异性的渴望，伴有对自身性别的行为、特性和/或衣着强烈的排斥。典型情况下，在入学前就首次出现；要想确立诊断，这一障碍必须在青春期前就已十分显著。在男女两性中，都可能会出现对本身性别的解剖结构的否认，然而上述表现较少见，也许很罕见。患有性身份障碍的儿童有一个特点，即尽管他们因与家庭、好友的期望相冲突而苦恼，也因所受到的嘲笑和/或排斥所痛苦，但他们却否认因性身份障碍而苦恼。

对这种障碍的知识，男孩多于女孩。典型情况是，从上学前数年，男孩就开始沉湎于那些通常属于女性的游戏和活动，而且常常偏爱穿女孩的服装或妇女的衣着。然而，这种换穿异性服装的举动并不会引起性兴奋（并不象成年人恋物性异装症 [F65. 1]）。他们会有极强的欲望，想参加女孩子的游戏和消遣，洋娃娃常是他们钟爱的玩具，而女孩一般是他们偏爱的玩伴。上学的头几年，这些孩子会越来越被人孤立，这一切情况在童年中期达到顶峰，其它男孩会羞辱、嘲笑他们。明显的女性化举止在青春期早期会有所减轻，但随访研究显示，患有童年性身份障碍的男孩中，有三分之一到三分之二在青春期及青春期后显露出同性恋倾向。然而，在成年后表现为易性症的却极少（尽管有报告说大多数成年易性症者在童年都有性身份问题）。

临床工作中所碰到的性身份障碍女孩少于男孩，但这一性别比率在总人口中是否适用尚不得而知。象男孩一样，女孩也通常较早表现出热衷于一般属于异性的一些行为。典型情况下，患有此障碍的女孩结交男伙伴，对体育运动和激烈争斗的游戏极为喜爱。她们对洋娃娃没兴趣，对在假装的游戏如“爸爸和妈妈”或“过家家”中扮演女性角色也不屑一顾。患有性身份障碍的女孩在学校中并不象男孩患者那样受到同等程度的孤立，然而她们在童年后期或青春期也会遭到嘲笑。大多数女孩在接近青春期时，会放弃对男性活动和服装过分张扬的追求，但是一些人会保留男性性别认同，并逐渐显露出同性恋的倾向。

性身份障碍伴有对本身性别的解剖结构的持续排斥的情况是罕见的。在女孩，会表现为反复声称她们有或将要长出阴茎来，拒绝以蹲位姿势排尿，或声称她们不愿乳房发育或来月经。在男孩，会表现为反复声称他们的身体将发育成为女人，阴茎和睾丸令人讨厌或将消失，最好没有阴茎或睾丸。

不含：自我不和谐的性取向（F66. 1）

性成熟障碍（F66. 0）

F64. 8 其它性身份障碍

F64. 9 性身份障碍，未特定

包含：性角色障碍 NOS

◆性偏好障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F65. 0 恋物症	F65. 0
2	F65. 1 恋物性异装症	F65. 1

F65. 0 恋物症

以某些非生命物体作为性唤起及性满足的刺激物。恋物对象多为人体的延伸物，如衣物或鞋袜。其它常见的对象是具有某类特殊质地的物品如橡胶、塑料或皮革。迷恋物的重要性因人而异：在某些病例中仅作为提高以正常方式获得的性兴奋的一种手段（如要伴侣穿上特殊的衣服）。

【诊断要点】

只有当迷恋物是性刺激的最重要的来源或达到满意的性反应的必备条件时，才能诊断为恋物症。

恋物性的幻想很常见，但除非它们引起了显著强制性、无法接受的仪式动作，以至干扰了性交，造成了个体的痛苦，否则不足以诊断为此种障碍。

恋物症几乎仅见于男性。

F65. 1 恋物性异装症

穿着异性服装主要是为了获得性兴奋。

【诊断要点】

这一障碍与单纯的恋物症不同：他们所迷恋的衣物不仅是穿戴，而是打扮成异性的整个外表。通常不止穿戴一种物品，常为全套装备，包括假发和化妆品等。恋物性异装症与异性装扮症不同，前者清楚地伴有性唤起，一旦达到性高潮，性唤起开始消退时，便强烈希望脱去异性服装。在易性症者中，早期阶段常有恋物性异装症的历史，这种病例可能为易性症的一个发展阶段。

包含：异装性恋物症

◆与性发育和性取向有关的心理及行为障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F66 与性发育和性取向有关的心理及行为障碍	F66
2	F66. 0 性成熟障碍	F66. 0
3	F66. 1 自我不和谐的性取向	F66. 1
4	F66. 2 性关系障碍	F66. 2
5	F66. 8 其它性心理发育障碍	F66. 8
6	F66. 9 心理发育障碍，未特定	F66. 9

F66 与性发育和性取向有关的心理及行为障碍

注意：单纯的性取向问题不能被视为一种障碍。

下列五位编码用来指明在个体可能已成为问题的各种性发育或取向类型：

F66. X0 异性恋

F66. X1 同性恋

F66. X2 双性恋只有当存在确凿证据表明对两性成员都有迷恋时才可使用。

F66. X8 其它，包括青春期前

F66. 0 性成熟障碍

个体为不能确定他/她的性身份或性取向而苦恼，从而产生焦虑或抑郁。最多见于少年，他们无法确定自己是同性恋、异性恋还是双性恋。有些个体常常已经有固定的性关系，却在一段时间的确定稳固的性取向之后，发现他们的性取向发生了改变。

F66. 1 自我不和谐的性取向

性身份或性偏好是确定无疑的，但由于伴随有心理和行为障碍，个体希望它们并非如此，并可能寻求治疗试图加以改变。

F66. 2 性关系障碍

由于性身份或性偏好的异常，导致与性伴侣建立或维持关系的困难。

F66. 8 其它性心理发育障碍

F66. 9 心理发育障碍，未特定

第 5 位编码用来指明下列伴随情况

. X0 异性恋

. X1 同性恋

. X2 双性恋

. X8 其它，包括青春期前

◆成人人格与行为的其它障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F68 成人人格与行为的其他障碍	
2	F68. 0 出于心理原因喧渲染躯体症状	F68. 0
3	F68. 1 有意制造或伪装躯体或心理症状或残疾（做作性障碍）	F68. 1
4	F68. 8 其它特定的成人人格与行为障碍	F68. 8

F68 成人人格与行为的其他障碍

F68. 0 出于心理原因喧渲染躯体症状

由确定的躯体障碍、疾病或残疾所引起的相应的躯体症状，在病人心理状态的影响下，变得夸张或持久。寻求注意（表演性）的行为综合征逐渐形成，其中也会附加一些（通常是非特异性的）与躯体疾病无关的主诉。病人多为疼痛或残疾所困扰，由于确实存在残疾或疼痛症状迁延或进展的可能，病人常对此忧心忡忡。对治疗或检查结果不满意，对病房和诊所中医务人员的关注程度失望，也可以是促发因素。在一些继发于事故或受伤的病例中，清楚地显示出经济赔偿可能性的促发作用，然而即使法律上的纠纷已圆满解决，这类综合征却不一定很快消失。

包含：赔偿神经症

F68. 1 有意制造或伪装躯体或心理症状或残疾（做作性障碍）

不存在肯定的躯体或精神障碍、疾病或残疾，而个体反复地（伪装同样的症状。躯体症状甚至可发展到如下地步：割伤自己以致流血或自行注射有毒物质。病人模仿疼痛、坚称自己出血不止，竭力使人相信自己有病，以至在数家医院或诊所反复接受检查及手术，尽管屡次检查的结果都无异常发现。

这类行为的动机几乎总是模糊不清的，推测其原因可能是内在的，最好将这种状况理解为患病行为与病人角色的障碍。存在这一行为模式的个体通常表现出人格和人际关系显著的异常。

诈病，其含义是故意制造或伪装躯体或心理的症状或残疾，是由外部的应激或诱因所促发的，它应在 ICD-10 中 276.5 中编码，而不列入本书。诈病最常见的外部动机包括逃避犯罪指控、获取违禁药品、逃避服兵役或危险的军队职责，试图从生病中获得好处或在居住环境如住房上有所改善。诈病在司法和军事部门相对多见，而在平民日常生活中则相对少见。

包含：医院游击者综合征

夸大综合征（Munchausen 综合征）

巡游型病人

不含：婴儿或儿童挨打综合征 NOS (T74.1)

人为性皮炎 (L98.1)

诈病（伪装患病）(z76.5)

代理人的夸大（虐待儿童）(T74.8)

F68. 8 其它特定的成人人格与行为障碍

这一类别用来记录那些无法在前述条目中任一项内归类的特定的成人人格与行为障碍。

包含：性格障碍 NOS

关系障碍 NOS

◆未特定的成人人格与行为障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F69 未特定的成人人格与行为障碍	F69

F69 未特定的成人人格与行为障碍

如果能够推断存在成人人格和行为障碍，但现有资料又不足以确立诊断并将其划分到特异的类别中，不得已时可使用本编码作为最后手段。

F70 - F79 精神发育迟滞

◆引言

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	引言	

引言

精神发育迟滞是指精神发育不全或受阻，以在发育阶段所表现的技能损害为主要特征，这些技能如认知、语言、运动和社会能力，构成了智能的总体水平。精神发育迟滞可单独出现，也可与其它精神或躯体

障碍并存。然而，精神发育迟滞者有可能罹患所有的精神障碍，在这一群体中，其它精神障碍的患病率要比一般人群高出至少三至四倍。

此外，精神发育迟滞者还很有可能成为剥削及肉体/性虐待的受害者。适应性行为总是受到损害，但在受保护的社会环境中容易得到支持，那些轻度精神发育迟滞患者的适应性行为缺损也许就不明显。

如果不是相关障碍所致，第四位编码用来标明行为缺陷的程度。

- F7X. 0 无，或轻微的行为缺陷
- F7X. 1 显著的行为缺陷，需要加以关注或治疗
- F7X. 8 其它行为缺陷
- F7X. 9 未提及行为缺陷

如果已知精神发育迟滞的原因，应使用 ICD-10 的附加编码（如 F72 重度精神发育迟滞，加 E00-〔先天性碘缺乏综合征〕）。

存在精神发育迟滞并不排除附加本书中其它编码的诊断。然而，由于交流困难，诊断时可能比通常更需要依靠客观观察到的症状。如在抑郁发作的病例中，诊断更多地依靠精神运动性迟滞、无食欲、体重减轻及睡眠紊乱。

【诊断要点】:

智能并不是一种单一的属性，而是对许多不同的、或多或少特异的技能的整体评定。尽管普遍趋势是所有这些能力的发育在每一个人都达到相似的水平，但仍存在很大分歧，在精神发育迟滞者中尤为如此。这类人可能在某个特殊方面（如语言）存在严重缺损，而与严重的精神发育迟滞的背景相对立，在另一特殊方面表现出很高的能力（如简单的视觉空间作业）。这就使精神发育迟滞者划归哪一诊断类别出现了问题。智力水平的评定应基于所有可利用的资料，包括临床发现、适应性行为（参照个体的文化背景进行判断）及心理测验的结果。

为了确诊，应存在智力功能水平的减低，并由此导致了在正常社会环境中对日常生活要求的适应能力的下降。伴随的精神或躯体障碍对临床相及各项能力的运用有着很大影响。所选择的诊断类别应基于对能力的整体评估，而不应仅局限于有特异性损害的某一方面或单一技能的评定。所测得的 IQ 值，只提供了一个参考，应考虑跨文化效度的问题，而不应僵化地应用。下面所列的分类只是对一个复杂的连续谱的武断的划分，不可能在定义上做到绝对的精确。IQ 测定应标准化，对每个人进行智力测验应参照当地的文化常模，所选的测验种类应当与个体的功能水平相适应，还应考虑一些额外的残疾状况如：语言表达问题、听力缺陷及躯体疾病等因素的影响。同样经过地区标准化的社会成熟与适应量表，应在尽可能地同熟悉个体在日常生活中的各项技能的双亲或照顾者交谈后，完成评定。如果不使用标准化的手段，诊断只能被视为一种临时性的估计。

◆轻度精神发育迟滞

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F70 轻度精神发育迟滞 诊断要点	F70

F70 轻度精神发育迟滞 诊断要点

轻度精神发育迟滞者在语言学习上有些延迟，但大多数人的言语能力足以应付一般日常生活，如交谈，配合临床检查。尽管大多数患者的发育速度要比正常人慢很多，但在生活自理（进食、洗漱、穿衣、大小便控制）及实用技术和家务劳动上可达到完全的独立。主要困难通常见于专科学校的学业中，许多人在读与写上有特殊的问题。然而，轻度精神发育迟滞者可通过专门的教育发展其技能、弥补其缺陷，获得极大改善。大多数处于上限的轻度精神发育迟滞者可完全胜任需要实际能力而不是专业能力的工作，如非技术性或非技术性体力劳动。在不需要专业成就的社会文化环境中，某种程度的轻度精神发育迟滞本身并不成其为问题。但是，如果患者伴有情绪及社交能力的成熟，那么这一残疾的后果，例如不能满足结婚或养育孩子的要求，或难于适应文化传统与期望等表现就显而易见了。

总的来说，轻度精神发育迟滞者在行为、情绪、社交方面的困难，以及他们所需要的治疗与支持，比起中度及重度精神发育迟滞者中的特异性问题来，更接近于正常智力群体中所碰到的类似情况。在越来越多的这类病人中，发现了器质性病因，然而大多数患者仍是病因不明。

【诊断要点】

如果使用适当的标准化智商测验，智商在 50-69 之间提示为轻度精神发育迟滞。语言的理解和使用能力有不同程度的延迟，影响独立性发展的执行性语言功能问题可延续至成年。器质性病因仅在很少一部分病人中可辨认出来。其它伴发状况如孤独症、其它发育障碍、癫痫、品行障碍或躯体残疾也多少可以见到。如果存在伴发的这类障碍，应独立编码。

- 包含：心智虚弱
- 轻度智力低下
- 轻度精神发育不全
- 愚鲁

◆中度精神发育迟滞

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F71 中度精神发育迟滞 诊断要点	F71

F71 中度精神发育迟滞 诊断要点

这类患者的语言理解及使用能力发育迟缓，而且在这一方面最终所达到的水平也很有限。在生活自理和运动技能的发展上也出现阻滞，一些人终生需要监护。在学业上的进展有限，但一部分人可学会读、写、计算的基本技能。教育规划可使这些人有机会发展其有限的的能力，掌握一些基本技能。这类规划适合于让那些学习缓慢的人达到低指标的成绩。如果是成年患者，只要加以精心地组织和技术监督，中度精神发育迟滞者通常能够完成简单的实际操作。在成人期做到生活上完全独立是很罕见的。然而一般说来，这类人很好动且体力充沛，大多数人在其能力范围内都在社会交往上有所进展，能与他人建立联系，进行交流，并参与简单的社会活动。

【诊断要点】

IQ 值通常在 35-49 之间。在这组病人中，能力表现的差异很常见，某些人的视觉空间技能比语言技能水平要高，其他人动作很笨拙，却乐于社会交往和简单交谈。语言发展水平各异：有些患者能进行简单的会话，而另一些人的语言水平仅够表达他们的基本需求。一些患者始终不会使用语言，然而却能理解简单的指令，而且会利用手势多少补偿其言语缺陷。在中度精神发育迟滞的患者中大多可发现器质性病因。在少数病人中存在儿童孤独症或其它广泛发育障碍，它们对临床相及所需的处理有很大影响。尽管多数中度精神发育迟滞患者可独自行走，但癫痫、神经系统和躯体障碍仍很常见。有时也可见到其它精神障碍，但因语言发育水平有限使诊断困难，此时就应向其他熟悉患者的人了解情况。这类伴发障碍都应单独编码。

- 包含：痴愚
- 中度智力低下
- 中度精神发育不全

◆重度精神发育迟滞

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F72 重度精神发育迟滞 诊断要点	

F72 重度精神发育迟滞 诊断要点

这组患者与中度精神发育迟滞患者在临床相、存在器质性病因及伴发疾病方面有相似之处。在 F71 中所提到的能力水平很低，在本组患者 中最为常见。本类别中大多数人都表现出显著的运动损害或其它相关的 缺陷，这提示存在有中枢神经系统的明显的临床损害体征或发育的异常。

【诊断要点】

- IQ 值通常在 20-34 之间。
- 包含：重度智力低下
- 重度精神发育不全

◆极重度精神发育迟滞

序	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
---	----------------------	--------

号		
1	F73 极重度精神发育迟滞	

F73 极重度精神发育迟滞

本分类中的患者，IQ 值估计在 20 以下，表现为这些患者在理解或遵从要求或指令的能力上受到严重限制。大多数患者无法活动或活动严重受限，大小便失禁，最多只能以很简单的非言语方式交流。他们没有或几乎没有能力照管自己的基本需求，必须有人长期帮助和监护他们。

【诊断要点】

IQ 值低于 20。语言的理解和使用能力有限，最多只能理解最基本的吩咐，提最简单的要求。可以掌握最基本和最简单的视觉空间技能如将实物分类与配对。在适当的监督和指导下，患者可参加一小部分家务和简单操作。大多数病例都可找到明确的器质性病因。常有严重的神经系统和其它躯体残疾影响其运动能力，如癫痫和视力、听力缺陷。广泛性发育障碍的最严重形式，特别是非典型的孤独症，尤为常见，在那些可活动的患者中更是如此。

包含：白痴

重度智力低下

重度精神发育不全

◆其它精神发育迟滞

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F78 其它精神发育迟滞	

F78 其它精神发育迟滞

当因伴有躯体缺陷如失明、聋哑、行为严重紊乱或躯体残废，造成使用通常的手段来评定智能迟滞水平极为困难或根本不可能时，本类别才可使用。

◆未特定的精神发育迟滞

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F79 未特定的精神发育迟滞	

F79 未特定的精神发育迟滞

存在精神发育迟滞的表现，却因手头资料不足，以至无法将病人划到上述任何类别中。

包含；智力缺陷 NOS

智力低下 NOS

精神发育不全 NOS

F80 - F89 心理发育障碍

◆引言

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	引言	

引言

F80 - F89 所包含的各种障碍具有以下共同点：

- (a) 一律起病于婴幼儿期或童年期；
- (b) 具有功能发育的损害或延迟，且与中枢神经系统的生物学成熟过程密切相关；
- (c) 病程恒定，不象许多其他精神障碍那样具有缓解与复发的特点。

多数患儿的功能受损涉及语言、视觉-空间技能和 / 或运动共济。损害随年龄的增长逐渐减轻是其特点（尽管到成年期仍常遗留较轻的缺陷）。病史通常是一种发育的延迟或损害，从刚刚能够可靠地测出之时业已存在，不存在发育正常期。大多数此类状况见之于男孩者可数倍于女孩。

发育障碍的一个特征是家庭中常有类似或相关障碍患者，而且有证据假定，遗传因素在许多病例（不

是全部)的病因学中起重要作用。环境因素也常常影响到受累的发​​育功能,但在多数病例中不起主要作用。尽管对本节诸障碍的总概念的认识有很高的一致性,但大多数病例的病因不明,也无法确定各发育障碍间的界限及其精确的亚型。此外,本书中有两类状况不完全符合上述总概念的定义。第一,有些障碍具有肯定的病前正常发育期,如童年瓦解性障碍、Laudau-Kleffner 综合征和某些孤独症病例。这些状况之所以放入本节是因为尽管起病方式不同,但其特征和病程与此组发言障碍有许多相似之处。同时,尚不知道它们在病因学上是否彼此有别。第二,有些障碍最初定义为偏离而不是功能发育延迟。这一情况特别适用于孤独症。孤独性障碍尽管被定义为偏离,但几乎总有某种程度的发育延迟,所以也被纳入本节。再者,孤独性障碍与其他发育障碍在单个病例的特点和家族谱系上亦有重叠。

◆特定性言语和语言发育障碍

序号	题目(前面为 CCMD-II-R 编码)	ICD 编码
1	F80 特定性言语和语言发育障碍总论	
2	F80. 0 特定性言语构音障碍	
3	80. 1 表述性语言障碍	
4	F80. 2 感受性语言障碍	
5	F80. 3 伴发癫痫的获得性失语(Landau-Kleffner 综合征)	
6	F80. 8 其它言语和语言发育障碍	
7	F80. 9 言语和语言发育障碍,未特定	

F80 特定性言语和语言发育障碍总论

这类障碍在发育的早期就有正常语言获得方式的紊乱。此状况不能直接归咎于神经或言语机制的异常、感觉缺损、精神发育迟滞或环境因素。患儿在某些非常熟悉的场合能较好地交流或理解,但在无论在何种场合,其语言能力都有损害。

【鉴别诊断】:

与其他发育障碍一样,作出诊断的第一个困难是与发育的正常变异相鉴别。正常儿童开始学会说话的年龄和达到牢固掌握语言技能的进展速度差异很大。这种正常变异很少或没有临床意义,因为绝大多数“语迟者”后来发育完全正常。相反,尽管多数存在特定性言语和语言发育障碍的儿童最终言语达到正常水平,但仍有许多相关的问题。语言发育延迟常续发阅读和拼写困难、人际关系异常以及情绪与行为障碍。因此,特定性言语和语言发育障碍的早期确诊很重要。本节障碍与正常变异的极端形式没有清晰的界限,但有四条主要标准提示其障碍具有临床意义:严重程度、病程、形式和伴发的问题。

按一般原则,语言发育延迟严重到超出两个标准差以外时,可被视为异常。达到此种程度的大多数病例伴发相关的问题。但统计学意义上的严重程度在年长儿童诊断意义较小,因为此类障碍具有自发缓解倾向。此时,病程是很有用的指标。如果当前损害轻,但以前却有严重损害的病史,那么当前的功能状态就有可能是某种明显障碍的后遗症而不仅仅是正常变异。应当注意到言语和语言功能运用方式。如果运用方式异常(是偏离而不只是一种发育早期的正常功能),或患儿的言语或语言性质异常,则其障碍很可能具有临床意义。另外,如果某种特殊方面的言语或语言延迟还伴有学校技能缺陷(如特定阅读或拼写发育迟滞)、人际关系的异常和/或情绪或行为紊乱,那么,这种发育延迟不太可能只是正常变异。

诊断的第二个困难是与精神发育迟滞或弥漫性发育延迟相鉴别。用于智力包括语言技能,所以智商低于均值的儿童语言技能发育也低。诊断特定性发育障碍意味着这种延迟的功能显著跟不上认知的总体水平。因此,当语言发育延迟只是更广泛的精神发育迟滞或弥漫性发育延迟的一部分时,应编码精神发育迟滞(F70—F79)而不是(F80. -)。但是,精神发育迟滞常伴有智能活动的不平衡发展,尤其是语言技能的损害可甚于非语言技能。当这种不均衡很显著以致在日常生活中亦很突出时,应在精神发育迟滞(F70-79)的编码之后再加上特定性言语和语言发育障碍的编码。

第三个困难是同严重耳聋或某些特殊神经系统或其他结构性异常的继发障碍相鉴别。童年早期的严重耳聋几乎肯定会导致显著的语言发育延迟和扭曲;此类情况不应分类于此,因为这是听力损害的直接后果。然而,较重的感受性语言发育障碍伴发部分选择性听觉障碍(尤其是高频区)的并不少见。诊断原则是,如果听觉丧失的严重程度足以解释语言发育延迟,应排除在 F80-F89 之外;但如部分听觉丧失是一种并

发因素，不足以作为直接原因，则应包含在此。但不可能作出界线分明的区分。类似的原则同样适用于神经系统异常和结构性缺陷。比方说，直接由于腭裂或大脑性麻痹所致的构音不良引起的发音异常应排除在本节之外。相反，如有轻微神经系统异常，但不足以导致言语或语言发育延迟，则不能构成排除本节诊断的理由。

F80.0 特定性言语构音障碍

一种情定性发育障碍，患儿运用语音的能力低于其智龄的应有水平，但语言技能正常。

【诊断要点】

获得语音的年龄以及不同语音的获得顺序存在明显的个体差异。正常发育儿童在4岁时常有发音错误，但易被陌生人听懂。到6-7岁时能学会大多数语音，尽管可能仍存在某些复合音的发音困难，但不应妨碍交流。到11-12岁，应能掌握几乎全部发音。

异常发育发生于儿童对发音的学习延迟和/或偏常时，导致：讲话时发音错误，致使他人很难听懂；语音的省略、歪曲或替代；同一语音发音不一致（即在某些词中发音正确而在别处则否）。

确诊本障碍需具备以下条件：发音障碍的严重程度超出了患儿智龄的正常变异的限度；非语言智能在正常范围；语言表达和感受技能在正常范围；发音异常不能直接归因于感觉、结构或神经系统异常；在患儿所处的亚文化环境所用的口语中，这种错误的发育显然是异常的。

包含：发育性发音障碍

发育性语音学障碍

构音困难（dyslalia）

功能性发音障碍

“r”“l”不分（Lalling）

不含：发音障碍源于；

失语症 NOS（R47.0）

失用症（R48.2）

发音损害伴表达成感受性语言发育障碍（F80.1，F80.2）

腭裂或其它与说话有关的口腔结构异常（Q35-Q38）

耳聋（H90-H91）

精神发育迟滞（F70-F79）

F80.1 表述性语言障碍

一种特定发育障碍，患儿表达性口语应用能力显著低于其智龄的应有水平，但语言理解力在正常范围内。发音异常可有可无。

【诊断要点】

尽管正常语言发育的个体差异相当大，但2岁时不会说单词（或单词同类物），3岁时不会讲两个单词的短语，应被看作延迟的重要标志。此后的困难有：词汇量扩展受限，过多地使用少量常用词，难以选用适当的词与词的替换；讲话过短；句子结构幼稚；句法错误，尤其是省略单词的前后缀，错用或不会应用语法结构词诸如介词、代词、冠词和动词及名词的屈折。亦可过于简单地概括出错误的规则，句子可能不通顺，对于按时间顺序记叙往事。

口语缺陷常伴有词音形成延迟或异常。

只有当表达性语言发育有延迟的严重程度超出了患儿智龄的正常变异范围，而感受性语言技能仍在正常范围以内（尽管可略低于平均值）才可作出这一诊断。非语言性表达（如笑容和手势）以及反映在幻想。装扮游戏中的“内部”语言应用相对完整，不讲话的社交能力也相对无损。患儿会不顾自己的语言损害而寻求与人交流，用示范、姿式、模拟或非语言性发声代偿其语言缺陷。然而，患儿伴发的与同伴关系不好、情绪失调、行为紊乱和/或多动和注意不集中并不少见，在学龄儿童中尤为突出。少数患儿可能伴有部分（常常是选择性）耳聋，但其严重程度可足以作为语言发育延迟的原因。交谈中卷入过少，甚至与周围环境割裂，在表达性语言发育损害中可作为主要或强化因素。如存在这种情况，应采用ICD-10第二十一章中恰当的Z编码注明环境致病因素。口语损害应该在婴儿期已经显现，不存在较长的语言正常期。但是，先能正常使用少数单词，继而退步或停滞不前的病例亦非少见。

包含：发育性语言困难或失语，表达型

不含：伴发癫痫的获得性失语〔Landau-Kleffner 综合征〕(F80. 3)

发育性失语或语言困难，感受型 (F80. 2)

语言困难和失语， NOS (R47. 0)

选择性缄默症 (F94. 0)。

精神发育迟滞 (F70 - F79)

弥漫性发育障碍 (F84. -)

F80. 2 感受性语言障碍

一种特定发育障碍，患儿对语言的理解低于其智龄所应有的水平，几乎所有患儿的语言表达都显著受损，也常见语音发育异常。

【诊断要点】

到一周岁时对熟悉的名称无反应（在没有非语言线索的情况下），到 18 个月时不能识别至少几种常见物品，或到两岁时不能听从简单的日常指令，这些可被视为发育延迟的明显指征。以后可出现不能理解语法结构（否定句、疑问句、比较句等），无法理解语言中更微妙的表达方式（语调、手势等）。

只有当语言感受的延迟严重到超出了患儿智龄的正常变异范围，但又不符合弥漫性发育障碍标准时，才能作出这一诊断。几乎所有患儿都有严重的表达性语言发育延迟，也常见有发育失常。在所有的特定性言语和语言发育障碍中，本障碍伴发社交-情绪-行为紊乱者最多。此种紊乱并无任何特定的形式，但多动和注意不集中、社交不良和与同伴隔绝以及焦虑、敏感或过分羞怯相对都很常见。感受性语言障碍严重者社交发育可能有所延迟，可重复他们听不懂的话，也表现出兴趣类型受限。与孤独症患儿不同，他们有正常的社交往来，扮演游戏活动正常，也可正常地利用父母以得到安适，接近正常地运用手势，非言语性交流也只轻度受损。某种程度的高频听力丧失并不少见，但失聪程度不足以引起语言受损。

包含：先天性听知觉缺失

发育性失语或语言困难，感受型

发育性 Wernicke 氏失语

语词性耳聋

不含：伴发癫痫的获得性失语 (Landau-Kleffner 综合征) (F80. 3)

孤独症 (F84. 0, F84. 1)

语言困难与失语， NOS (R47. 0) 或感受型 (F80. 1)

选择性缄默症 (F94. 0)

耳聋所致的语言发育延迟 (H90 - H91)

精神发育迟滞 (F70 - F79)

F80. 3 伴发癫痫的获得性失语 (Landau-Kleffner 综合征)

病前语言发育正常的儿童在病后丧失了感受性和表达性语言功能，但仍保持一般智能。起病时伴有阵发性脑电图异常（几乎总是源于额叶，通常为双侧性，但常伴有更广泛的紊乱），多数患儿有癫痫发作。典型病树起病于 3-7 岁，但也可起病更早或更晚。1/4 的病人在数月内逐渐丧失语言能力。突发起病更常见，其语言技能在数日或数周内即告丧失。抽搐与语言丧失在发生时间顺序上变异很大，其中之一可先于另一个数月或两年。最具特征性的是感受性语言严重受损，听觉性理解困难常为首发症状。有些患儿变得缄默不语，有些则只能发出无法理解的声音，也有一些表现为较轻的讲话不流利和表达不清并伴有发音障碍。少数病儿的言语质量受累，丧失了正常的屈折。有时，本障碍早期的语言功能时好时坏。在语言开始丧失后的数月内，行为和情绪紊乱报常见；但当患儿能运用某种交流方式以后，这种情况会趋于改善。

本病的病因学不明，但临床特征提示脑炎的可能性。病程变异大：大约 2/3 的患者遗留有轻重不等的感受性语言缺陷，大约 1/3 完全恢复。

不含：脑外伤、肿瘤或其它已知疾病过程所致的获得性失语

孤独症 (F84. 0, F84. 1)

童年期其它瓦解性障碍 (F84. 3)

F80. 8 其它言语和语言发育障碍

包含：齿音发音不清 ((S)(z) 与 (Ø)(Θ) 不分)

F80. 9 言语和语言发育障碍，未特定

尽可能避免使用本类编码，只限于具有显著的言语和语言发育损害的未特定性障碍，不能归因于精神发育迟滞或神经系统、感官或直接影响言语或语言发育的躯体损害。

包含：语言障碍 NOS

◆特定性学校技能发育障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F81 特定性学校技能发育障碍总论 诊断要点	
2	F81. 0 特定性阅读障碍	
3	F81. 1 特定性拼写障碍	
4	F81. 2 特定性计算技能障碍	
5	F81. 3 混合性学校技能障碍	
6	F81. 8 其它学校技能发育障碍	
7	F81. 9 学校技能发育障碍，未特定	

F81 特定性学校技能发育障碍总论 诊断要点

特定性学校技能发育障碍的概念与特定性言语和语言发育障碍很相似（见 F80. -），定义和测查方法基本一致。这些障碍在发育早期就出现正常技能获得方式的紊乱。试种紊乱不是简单的缺乏学习机会的后果，也不是后天性脑外伤或脑疾病所致。而某种类型的生物学功能失调引起的认知加工过程的紊乱被看作是这类障碍的原因。与多数其他发育障碍相同，此类状况多发于男孩。

诊断存在五类困难。第一，需要将本类障碍与学业成绩的正常差异相鉴别。鉴别的思路与语言障碍的鉴别诊断类似，在评价异常时可采用同样的标准（只不过评价学业成绩而不是语言）。第二，必须考虑到发育过程。理由有二：

(a) 严重性：同样是阅读能力落后一年，在七岁时和在十四岁时有截然不同的意义。

(b) 形式的变化：语言发育延迟中的口语延迟常在学龄前好转，但接踵而来的是特定性阅读障碍，它又可在青春期缓解；而严重的拼写障碍则一直延续到成年早期。病情始终恒定，但形式则承受年龄增长而改变；诊断标准中需注意到这种随着发育过程的变化。

第三个难题是，学校技能需经过教与学才能得到，它们不单单是生物学成熟的函数。于是，学校技能的高低将取决于家庭环境和学校教育，也取决于自身的特性。遗憾的是，没有什么直截了当和确定无疑的方法来区分缺乏适当的经历所致的学习困难和某种障碍所致的学习困难。有理由假定这种区分是现实的，在临床上也是恰如其分的，但个别病例的诊断则又是困难的。第四，尽管研究所见支持具有认知加工过程的异常是此类障碍的基础的假设，但就某个儿童来说，要想鉴别导致阅读障碍的原因和阅读技能低下所伴发和所引起的后果并不那么容易。况且，不止一种认知异常可导致阅读障碍，这就使问题更复杂了。第五，对特定性学校技能发育障碍的再分型什么是最好的方案，一直是不确定的。

在学校与在家里，儿童经引导去学习阅读、写作、拼写和计算。不同国家的入学年龄、学校教学大纲以及据此制订的儿童在不同年龄所要掌握的技能都有很大差别。这种对儿童要求的差别在小学期间（直到十一岁）尤为突出，使得给学校技能障碍制订具有跨国效度的操作性定义更为复杂棘手。

然而，在所有教育机构中，每一年龄组的在校生学习成绩差别都很大，有些儿童在特定方面的成绩低于其综合智力水平。

特定性学校技能发育障碍（SDDSS）所包含的一组障碍表现为在校学习技能的显著损害。这种学习受损不是他种障碍的直接后果（如精神发育迟滞、明显的神经系统缺陷、未矫正的视听问题或情绪紊乱），但可伴有这些障碍。SDDSS 常伴发其他临床综合征（如注意缺陷障碍或品行障碍）或其他发育障碍（如特定性运动功能发育障碍或特定性言语和语言障碍）。

SDDSS 病因不明，生物学因素被假定处于首位，它与非生物学因素（如学习机会和教育质量）相互作用而产生各种表现。尽管这类障碍与生物学成熟有关，但并不意味着有此障碍的儿童只是处于正常发育的连续分布曲线的低端，因而他们日后会“赶上来”。许多情况下，这类障碍的痕迹会延续到青少年乃至成

年。但一个必需的诊断指征是该障碍在入学的最初几年就以某种方式表现出来了。在受教育的后期，儿童可有学业落后（这是由于缺乏兴趣、教学质量差、情绪紊乱、对功课的要求提高或方式改变等等），但 SDDSS 的概念中不包括这类问题。

【诊断要点】

诊断任何一种特定性学校技能发育障碍都需以下几个基本条件：第一，特定的学校技能损害必须达到临床显著的程度。可以通过以下几方面的严重程度作出判断：学校成绩（即只有不到 3% 的小学生成绩会这样糟）；发育上的先兆（在出现学习困难之前，即上学前，就出现发育延迟或偏离—最常见的是言语和语言发育延迟或偏离）；伴随的问题（如注意不集中、多动、情绪紊乱或品行问题）；异常的形式（即存在性质异常，通常不属于正常发育的一部分）；对帮助的反应（即在家和 / 或在校加强帮助并不能很快缓和患儿的学习困难）。

第二，这种损害必须具有特定性，即不能完全用精神发育迟滞或综合智力的轻度受损解释。由于智商和学业成绩并不完全平行，所以只能基于单独的标准化学业成绩测查和适用于相应文化和教育体系的智商测查才能做出这种鉴别。这种测查应与一种统计表联用，它能提供某一时序年龄某一智商水平所预期的平均学业成绩资料。加上时序年龄是必要的，它对统计回归计算具有重要价值，因为基于智龄减去学业成绩年龄作出诊断会导致严重的失误。但在日常临床工作中，多数病例不大可能都符合这些条件。据此，临床指征可以简化为患儿取得的成绩明显低于相应智商的儿童。

第三，损害必须是发育性的，即须在上学最初几年就已存在，而不是在受教育过程中出现的。患儿在校成绩的发展史可以说明这一点。

第四，没有任何外在因素可充分说明其学习困难。如上所述，应有证据说明具有临床意义的学业成绩障碍与儿童发育的内在因素有关，才能诊断 SDDSS。但为了更有效的学习，必须具备合适的学习机会。据此，如果学习成绩不好显然可直接归咎于长期缺课，家里也无人补课，或明显的教育不当，其障碍不应在此编码。经常缺课或由于转学致使课程不衔接所引起的学业退步通常不会严重到足以诊断 SDDSS 的程度，但学校质量低劣会使问题复杂化。此时，学校因素应在 ICD-10 第二十一章的 Z 码处编码。

第五，SDDSS 不是未矫正的视听损害的直接后果。

【鉴别诊断】区别无神经系统障碍的 SDDSS 和继发于某种神经科状态诸如大脑性瘫痪的 SDDSS 具有重要的临床意义。在临床实践中，这种鉴别常常很困难（因为不少神经系统“软”体征意义不确定），研究结果未能根据显著的神经系统功能失调的存在与否，对 SDDSS 的类型和病程作出明确的区分。据此，尽管诊断标准中不包括这部分内容，但有必要将任何伴发的障碍在本分类中相应的神经系统章节中单独编码。

F81.0 特定性阅读障碍

本障碍的主要特征是特定性阅读技能发育显著损害，并且不能完全归因于智龄、视力问题或教育不当。阅读理解技能、阅读中单词的辨认、朗读技能以及完成需有阅读参与的作业的能力都可受累。拼写困难常伴随特定阅读困难发生，此时拼写困难可持续到青少年期，即使阅读有些改善之后也会如此。患有特定性阅读障碍的儿童常有特定性言语和语言障碍的病史。综合评定当前的言语功能常可揭示出细微的并存困难。除有学业上的失败外，还常合并缺课和社会适应问题，在小学高年级和中学阶段尤甚。在所有的已知语言中均发现有此种状况，尚不知道语言的性质和书写方式是否会影响到其发生率。

【诊断要点】

患儿的阅读能力显著低于他所处的年龄、综合智力和所在年级的应有水平。这种能力最好能用阅读准确性和理解力的标准化个别测试来评价。判定阅读问题的确切性质取决于对阅读的期望值，也取决于语言及其书写上的特点。在学习书写字母的早期可能会有背诵字母表、读出字母名称、简单词句的节律和语音的分析归类上的困难（尽管听力正常）。以后可能会有朗读的错误，表现为：

- (a) 省略、替代、歪曲或添加单词或单词成份；
- (b) 阅读速度慢；
- (c) 始诵错误，长时停顿或“不知读到哪儿”，短语划分不准确；
- (d) 颠倒句中的词序或词中的字母顺序。

亦可有阅读理解缺陷，表现为：

- (e) 不能回忆阅读的内容；

(f) 不能从阅读的材料中得出结论和推论;

(g) 用常识作为背景材料而不是用从所读的故事中得到的信息来回答与故事有关的问题。

在童年后期和成年期; 拼写困难比阅读缺陷更为严重。其特点是描写困难常包含了发音错误, 而阅读和拼写问题似乎都部分地由于语音分析缺陷所致。使用非拼音文字的儿童发生拼写错误的性质和频度还不清楚, 也不知道用非字母文字的书写错误类型。

特定性阅读发育障碍出现前常有言语和语言发育障碍的病史。另一些病例中, 患儿可在正常年龄通过了语言关, 但仍有听觉加工的障碍, 表现为声音分类和节律上有问题, 还可能有语音分辨、听觉顺序记忆和听觉联想诸方面的缺陷。某些病人视觉加工也有问题(如字母辨认); 但这在刚开始学读的儿童很常见, 因而与阅读困难可能没有直接的因果关系。也常见有注意困难, 并可伴有多动和冲动性。学龄前期发育困难的确切形式和严重程度明显地因人而异; 然而这类困难是常见的(但也并非必然现象)。

在学龄期常伴有情绪和/或行为紊乱。在学龄早期情绪问题更常见, 但童年后期和青少年期则更常出现品行障碍和多动综合征。缺少自尊、学校适应问题和与同伴关系上的问题亦不少见。

包含: “反向阅读”

发育性阅读困难

特定性阅读迟滞

拼写困难伴发阅读障碍

不含: 获得性阅读和诵读困难(R48. 0)

继发于情绪紊乱的获得性阅读困难(F93, -)

不伴发阅读困难的拼写障碍(F81. 1)

F81. 1 特定性拼写障碍

本障碍的主要特征是特定的拼写技能显著受损, 但没有特定阅读障碍的病史, 不能完全归因于智龄低、视力问题或教育不当。口头与笔头正确拼写单词的能力都受损。只有书写问题的儿童不应包括在内, 但某些拼写困难病例可伴有书写问题。与特定阅读障碍的通常形式不同, 拼写错误主要涉及语音的准确性。

【诊断要点】

患儿的拼写能力显著低于他的年龄、综合智力和所在年级的应有水平, 最好能用标准化拼写个别测试来评价。患儿的阅读技能(在准确性和理解力两方面)应在正常范围以内, 没有显著阅读困难的既往史。拼写困难主要地不是由于明显的教育不当, 或直接由于视觉、听觉或神经系统功能缺陷所致, 亦不是任何神经科、精神科或其它障碍的后果。

尽管已知“纯粹”拼写障碍与阅读障碍伴发拼写障碍不同, 但对拼写障碍的病因、病程、相关情况或结局都知之甚少。

包含: 特定拼写迟滞(不伴阅读障碍)

不含: 获得性拼写障碍(R48. 8)

拼写困难伴发阅读障碍(F81. 0)

主要归因于教育不当的拼写困难(Z55. 8)

F81. 2 特定性计算技能障碍

本障碍涉及特定性计算技能损害, 不能完全用弥漫性精神发育迟滞或明显的教育不当来解释。其缺陷涉及到对基本计算技巧即加减乘除的掌握(不涉及更抽象的数学技能如代数、三角、几何或微积分)。

【诊断要点】

患儿的计算能力应显著低于其年龄、综合智力和所在年级的应有水平, 最好能用标准化计算个别测试来评价。阅读和拼写技能应在其智龄所应有的正常范围以内, 最好也采用恰当的标准化个别测试来评价。计算困难不应主要归咎于明显的教育不当, 也不是视觉、听觉或神经功能缺陷的直接后果, 亦不应是神经科、精神科或其它障碍的继发现象。

对计算障碍的研究不如阅读障碍多, 对其病因、病程、相关情况和结局都不甚了解。然而, 存在本障碍的儿童听知觉和语言技能似乎正常, 但立体视觉和视知觉技能受损; 这与许多阅读障碍的儿童恰好相反。某些患儿伴有社会一情绪一行为问题, 但对其特点和频度知之甚少。有人提出社交困难可能特别常见。

所出现的计算困难多种多样，但可包括；不能理解某种特殊运算的基本概念；不能理解数学术语或符号；不能辨认数字符号；难以进行标准数学运算；难以理解哪些数字与所要解决的数学问题有关；难于将数字正确排序或在运算中插入小数点或符号；难于将数学运算做空间组合；不能熟练掌握乘法四块表。

包含：发育性计算不能

发育性计算障碍

发育性 Getstmann 综合征

不含：获得性计算障碍（计算不能）（R48. 8）

计算困难伴发阅读或拼写障碍（F81. 1）

主要归因于教育不当的计算困难（Z55. 8）

F81. 3 混合性学校技能障碍

这是一残余障碍类别，其定义不确，概念不当（但又属必需），表现为计算和阅读或拼写技能皆明显受损，但又不能完全用弥漫性精神发育迟滞或教育不当解释。适用于同时符合（F81. 2）和（F81. 0）或（F81. 1）两者之一的标准的障碍。

不含：特定性计算技能障碍（F81. 2）

特定性阅读障碍（F81. 0）

特定性拼写障碍（F81. 1）

F81. 8 其它学校技能发育障碍

包含：发育性表达性书写障碍

F81. 9 学校技能发育障碍，未特定

应尽量避免使用这一类别，只用于存在显著的学习不能，又无法完全归因于精神发育迟滞、视力问题或教育不当的非特定性障碍。

包含：知识获得不能 NOS

学习不能 NOS

学习障碍 NOS

◆特定性运动功能发育障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F82 特定性运动功能发育障碍总论 诊断要点	

F82 特定性运动功能发育障碍总论 诊断要点

本障碍的主要特征是运动共济发育严重损害，不能单纯归因于弥漫性智力发育迟滞或任何特定的先天和后天神科障碍（除非隐含着共济失调障碍）。运动笨拙常伴有某种程度的立体视觉认知作业的操作困难。

【诊断要点】

患儿的精细或粗大运动作业中的运动共济能力显著低于其年龄和综合智力所应有的水平。最好能用标准化精细和粗大运动共济个别测试来评价。应从发育早期开始就已存在共济失调（即不应是后天缺陷的组成部分），也不应是任何视听觉缺陷或任何具有诊断意义的神经系统障碍的直接后果。

本障碍累及精细或粗大运动共济的程度，以及运动不能的特殊形式因年龄而异。运动发育的重要指征延迟出现，并可伴有某种言语困难（特别影响到发音）。幼儿步态笨拙。学路，学跳和学上下楼都很慢。可能难以学会系鞋带、系扣子解扣子和投接球。患儿的精细和 / 或粗大运动一般较笨拙：爱掉东西、好摔跤、易撞到障碍物上，字写得也不很好。图画能力常较差，不能走纵横交错的迷宫，搭积木、搭建筑模型、玩球和描画和认识地图能力也很差。

在多数病例，仔细的临床检查可发现显著的神经发育不成熟的迹象，如悬空肢体的舞蹈样运动，或镜像动作和其他伴随的运动特征，以及精细和粗大运动共济不良的各种体征（一般描述为神经系统“软”体征，因为可见之于正常幼儿并缺乏定位价值）。可出现双侧腱反射亢进或减弱，但无不对称现象。

一些患儿可有学业困难，偶尔会很严重；某些病例还伴有社会—情绪—行为问题，但对其频度或特征知之甚少。

不存在具有诊断价值的神经科障碍（如大脑性瘫痪或肌营养不良）。但有些病例有围产期并发症史，如出生体重过轻或明显早产。笨拙儿童综合征常被诊为“轻微脑功能失调”。这里不推荐使用该术语，因为它具有多种不同的、相互矛盾的含义。

包含：笨拙儿童综合征
发育性共济障碍
发育性运动不良

不含：行走与运动异常（R26.-）
继发于精神发育迟滞（F70-F79）
或某种特定性有诊断意义的神经系统障碍（G00-G99）的共济失调（R27.-）

◆混合性特定发育障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F83 混合性特定发育障碍	

F83 混合性特定发育障碍

这是一残余障碍类别，其定义不确，概念不当（但又属必需），它是特定性言语和语言发育障碍、学校技能发育障碍和/或运动功能发育障碍的混合物，其中没有一种处于主导地位，也不能据此确定基本诊断。这些特定性发育障碍的每一种都可伴有某种程度的一般认知功能损害，所以只能在重叠很显著时才能使用这一混合类别。因此，只有当功能障碍符合 F80.-，F81.- 和 F82.- 中两个或两个以上标准时，才适用于本类别。

◆弥漫性发育障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F84 弥漫性发育障碍总论	
2	F84.0 童年孤独症	
3	F84.1 不典型孤独症	
4	F84.2 Rett 氏综合征	
5	F84.3 其它童年瓦解性障碍	
6	F84.4 多动障碍伴发精神发育迟滞与刻板动作	
7	F84.5 Asperger 氏综合征	
8	F84.8 其它弥漫性发育障碍	
9	F84.9 弥漫性发育障碍，未特定	

F84 弥漫性发育障碍总论

本组障碍的特点是社会人际交往和沟通模式的性质异常，兴趣与活动内容局限、刻板和重复。个体在各种场合的各种功能活动都具有这种弥漫性质异常的特征，但它们在程度上有所不同。多数病例的发育异常始于婴幼儿期，除少数例外，均在五岁以内就已明显。常见（但并不总有）某种程度的一般认知损害，但本障碍只以行为相对于智龄（无论有无发育迟滞）的偏离来定义。对本组弥漫性发育障碍的再分类存在某些意见分歧。

本障碍的有些病例可伴有、也许可归因于某些内科情况，其中以婴儿痉挛、先天性风疹、结节性硬化、脑内脂肪沉积病和脆性 X 染色体异常最为常见。但本障碍的诊断应以行为特征为依据，不管是否伴发内科情况；不过，任何伴发情况都必须单独编码。如存在精神发育迟滞，亦应在 F70-F79 单独编码。这很重要，因为并非所有的弥漫性发育障碍都表现出精神发育迟滞。

F84.0 童年孤独症

一种弥漫性发育障碍，在 3 岁以前出现发育异常和/或受损。特异性的功能失常可见于所有以下三方面：社会交往、沟通和局限的重复行为。男孩发病比女孩高 3-4 倍。

【诊断要点】

病前常没有毫无疑问的正常发育期，即使有，3 岁以前也已出现明显异常相互讲社交总是有性质损害。

其表现方式为对社交情绪线索估价不当，对他人的情绪也就缺乏反应，不能根据社交场合调整自身的行为；不能利用社交信号，对社会、情绪和交流行为的整合能力弱；尤其缺乏社交-情绪的相互性应答。交流的性质损害同样普遍存在。表现为不能应用任何已掌握的语言技能；不能在扮演和模仿游戏中正确地充当角色；在交谈中跟不上趟，缺少应对；言语表达缺乏灵活性，思维相对缺乏创造性和幻想性；对他人的语言或非语言性启示缺乏情绪反应；不能运用语调和语气的变化来适应交谈的气氛；在口语交谈中同样缺乏手势以强化或加重语气。

本状况还以行为、兴趣和活动的局限、重复与刻板为特征。倾向于采用僵化刻板、墨守成规的方式应付五花八门的日常活动；在新添活动、旧有习惯和游戏中都是如此。可依恋某种少见的，通常是不柔软的物体，在童年早期尤其如是。患儿可能坚持履行无意义的特殊常规作为仪式；可能会刻板地专注于日期、路径或时间表；常有刻板动作；常对物品的无

功能成份（如气味和质感）发生特殊兴趣；拒绝改变日常生活规律或个人环境的细微末节（如移动居室内的装饰品或家具）。

除这些特殊诊断指征外，孤独症患儿还常出现其他一些非特异性问题，如害怕/恐怖，睡眠和进食紊乱，发怒和攻击。自伤（如咬手腕）较常见，伴有严重精神发育迟滞时尤其如此。大多数孤独症患儿对闲暇的安排缺乏自发性、主动性和创造性，在工作中也难于运用概念作出决定（即使这些任务是他们力所能及的）。孤独症的特征性缺陷的特殊表现形式随患儿年龄增长而有所改变，但这种缺陷一直延续到成年，类似的问题可表现在更广的范围内，如社会化、沟通和兴趣类型。只在3岁以前就已出现发育异常的患儿才可确诊该综合征，但在各年龄段都可作出诊断。

孤独症患儿的智商可高可低，但约3/4的病例有显著的精神发育迟滞。

包含：孤独性障碍

婴幼儿孤独症

婴幼儿精神病

Kanner氏综合征

【鉴别诊断】

除了在不同类型的弥漫性发育障碍之间相互鉴别外，还应注意：特定感受性语言发育障碍（F80.2）继发社交-情绪问题；反应性依恋障碍（F94.1）或脱抑制性依恋障碍（F94.2）；伴有某些情绪/行为障碍的精神发育迟滞（F70-F79）；发病极早的精神分裂症（F20.-）；Rett氏综合征（F84.2）。

不含：孤独性精神病态（F84.5）

F84.1 不典型孤独症

一种弥漫性发育障碍，与孤独症的区别在于起病的年龄，或不能满足孤独症的全部三条诊断标准。发育损害只在3岁以后才表现出来；和/或诊断孤独症所需的三方面精神病理中有一或两项没有明显的异常（这三个方面为相互性社会交往、沟通和局限、刻板与重复行为），但在其它方面有特征性异常表现。不典型孤独症多发生于精神发育迟滞严重的儿童，由于功能极度低下，致使诊断孤独症所需的特定性行为偏离无法表现出来；也可发生于患有严重特定感受性语言发育障碍的儿童。不典型孤独症因此构成有别于孤独症的一种有意义的状况。

包含：不典型儿童精神病

精神发育迟滞伴有孤独症特征

F84.2 Rett氏综合征

一种病因不明的状况，迄今只见于女孩，可根据特定的起病、病程和症状学类型将之区分出来。典型表现为，早期发育正常，随后出现手的技巧和言语的部分或完全丧失，同时有头颅增长变慢、通常起病于7-24个月。手的刻板性扭动、过度换气和目的性手动丧失尤其具有特征性。社交和游戏发育在起初23年里受到阻碍，但社会兴趣仍可保存。童年中期可出现躯干共济失调和失用症，伴有脊柱侧凸或后凸，有时出现舞蹈样手足徐动症性运动。总是导致严重的精神残疾。童年早、中期经常出现晕厥发作。

【诊断要点】

多数病例起病于7-24个月。最具特征性的表现是丧失目的性手动和获得性精细运动操作技能。伴有语言发育丧失、部分丧失或缺陷；特有的刻板性扭动或“洗手”样动作，上肢弯曲放到胸前或下额前；刻

板地用唾液把手弄湿；不能正常咀嚼食物；常有过度换气发作；几乎总有大小便失禁；常常过度流涎和伸舌；缺乏社会参与。典型病例中，患儿保持一种“社交性微笑”，注视或凝视他人，但在童年早期不与他人交往（尽管以后会有社会交往）。站立和行走时所占地基很宽，肌张力低，躯干活动常有共济失调，常见脊柱侧凸或后凸。约半数病例到青少年或成年出现脊髓萎缩并伴有严重运动不能。后来可出现强直状态，下肢常较上肢更严重。多数病例出现癫痫发作，常有某种类型的较轻发作，一般始于8岁前。与孤独症不同，故意自伤、复杂刻板的专注或常规动作罕见。

【鉴别诊断】

Rett 氏综合征在发病早期的鉴别诊断主要基于无目的的手动、头颅发育变慢、共济失调、刻板的“洗衣”样手动以及咀嚼运动缺乏。本障碍的病程，即渐进性运动功能恶化，更可资确诊。

F84. 3 其它童年瓦解性障碍

一种弥漫性发育障碍（不是 Rett 氏综合征），定义为病前有一段正常发育期，病后几个月内，发育过程中所获得的技能在至少几个方面有肯定的丧失，同时出现社会交往、沟通和行为功能诸方面的特征性异常。常有模糊的前驱症状期，患儿变得浮躁、易激惹、焦虑和多动。接踵而来的是言语和语言贫乏与丧失，伴有行为瓦解。有些患儿技能的丧失是持续进行性的（通常在本障碍伴有具诊断意义的进行性神经系统病态时），但更常见的是在持续数月的技能减退后出现平台期，然后稍有改善。预后常常很差，多数患儿遗留严重的精神发育迟滞。本症在多大程度上有别于孤独症还不清楚。有些病例可因伴发的脑病导致本症，但诊断应根据行为特点作出。伴发的任何神经科情况都应单独编码。

【诊断要点】

诊断依据有：至少在2岁前，有一明确的正常发育期；接着是既往获得的技能的确定的丧失；伴有社交功能的性质异常。常有语言的严重退化或丧失；还可能有游戏、社交技能和适应行为的退化；也常见大小便失禁，有时出现运动控制能力衰退。典型病例可伴有对环境普遍丧失兴趣，刻板的、重复的运动性作态，以及类似孤独症的社交和沟通障碍。此综合征在某些方面类似于成年人的痴呆，但在三个关键的方面有别；通常没有任何可以辨认的器质性疾病或外伤的证据（尽管常疑有某种类型的器质性脑功能失调）；技能丧失后可再出现某种程度的恢复；社会化和语言交流的损害具有典型的孤独症样偏离的性质而不是智力减退的性质。鉴于以上种种理由，此综合征归类于此而不是在 F00~F09 项下。

包含：婴儿痴呆

瓦解性精神病

Heller 氏综合征

共生性精神病

不含：伴发癫痫的获得性失语（F80. 3）

选择性缄默症（F94. 0）

Rett 氏综合征（F84. 2）

精神分裂症（F20.-）

F84. 4 多动障碍伴发精神发育迟滞与刻板动作

本障碍定义不明确，分类学上的地位也不确定。其所以分类于此是因为有严重精神发育迟滞（智商低于50）并以多动和注意不集中为主要问题的儿童，常表现有刻板行为；这些患儿用兴奋剂治疗无效（不同于智商正常者），给药后可能产生情绪恶劣反应（有时伴有精神运动性迟滞）；到青少年期倾向于以少动取代多动（这在智力正常的多动儿童中少见）。本综合征还常伴有各种特定性或广泛性发育延迟。尚不知道行为模式与低智商或器质性脑损伤的函数关系究竟有多大，也不清楚本障碍患儿如伴有轻度精神发育迟滞并表现出多动综合征时，究竟在此处分类还是置于 F90. 一项下更恰当；目前将它归入 F90.-项下。

【诊断要点】

诊断根据为以下三项联合出现：与发育过程不相适应的严重多动，刻板动作，严重精神发育迟滞；三项缺一不可。如果符合 F84. 0、F84. 1 或 F84. 2 的标准，则应诊断于彼。

F84. 5 Asperger 氏综合征

本障碍分类学地位未定，其特征为典型的孤独症样相互性社交活动性质异常，同时伴有兴趣与活动内容局限、刻板 and 重复。与孤独症的根本区别在于没有语言和认知的一般性发育延迟。多数患儿智力正常，

但常有显著的行为笨拙；多见于男孩（男女之比为 8: 1）。至少某些病例极有可能是轻度孤独症表现形式的变异，但不清楚究否所有患儿都是如此。本症的异常有强烈的延续到青少年和成年期的倾向，而且这种异常似乎是个人特性的表现，不受环境因素的显著影响。成年早期偶尔出现精神病发作。

【诊断要点】

诊断依据是，不存在任何具有临床意义的语言和认知的一般发育异常，与孤独症相同，同时存在相互性社会交往的质的缺陷和行为、兴趣与活动方式的局限、重复和刻板。孤独症伴有的那种言语交流问题可有可无，但如有显著的语言发育迟滞即可排除本诊断。

包含：孤独症性精神病态

童年分裂样障碍

不含：强迫性人格障碍（F60. 5）

童年依恋障碍（F94. 1, F94 2）

强迫障碍（F42. -）

分裂型障碍（F21）

单纯精神分裂症（F20. 6）

F84. 8 其它弥漫性发育障碍

其它弥漫性发育障碍

F84. 9 弥漫性发育障碍，未特定

这是一残余诊断分类，用于符合弥漫性发育障碍的一般描述，但缺少合适的资料，或有矛盾的发现，不符合 F84 中任何其它编码的障碍。

◆其它心理发育障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F88 其它心理发育障碍	

F88 其它心理发育障碍

其它心理发育障碍

包含：发育性失认症

◆未特定性心理发育障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F89 未特定性心理发育障碍	

F89 未特定性心理发育障碍

未特定性心理发育障碍

包含：发育障碍 NOS

F90 - F98 通常起病于童年与少年期的行为与情绪

◆多动性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F90 多动性障碍总论 诊断要点	
2	F90. 0 活动与注意失调	
3	F90. 1 多动性品行障碍	
4	F90. 8 其它主动性障碍	
5	F90. 9 多动性障碍，未特定	

F90 多动性障碍总论 诊断要点

本组障碍的特征是：发病早；多动与行为调节不良伴随注意不集中和无法长时间埋头做事；这些行为特征长期存在，在各种场合都存在。

普遍认为体质异常在本障碍的发病中起关键性作用，但迄今仍缺乏对本障碍特殊病因的认识。近年来，人们提倡对这类综合征采用“注意缺陷障碍”这一诊断术语。此处不用这一术语是因为它隐含着有关某些心理过程的知识，而实际上现在还缺乏这种知识。它还暗示着将焦虑而过份专注的或“梦样”情感淡漠的儿童包容进来，而这些很可能属于不同性质的问题。不过，从行为的角度看，注意不集中显然构成了这类多动性综合征的核心症状。

多动性障碍总是在发育早期起病（通常为五岁以前）。其主要特征是在需要认知参与的活动中，缺乏持久性，倾向于经常变换活动内容，但任何一项活动都不能进行到底，同时伴有、组织不好的、调节不良的和过度、的活动。这些问题通常持续到学龄期，甚至延续到成年期，但许多患儿的活动和注意力会逐渐好转。

本类障碍可伴发几种其他异常。多动儿童常常粗心大意并具有冲动性，易出事故，并因不动脑筋而违犯纪律（不是故意的）。他们与成年人的关系常常是不受管教与约束，缺乏正常的谨慎和克制；常常得不到其他孩子的欢迎进而变得孤单。常有认知损害，特殊的运动和语言发育延迟也不成比例地多见。

继发的并发症包括社交紊乱性行为和自我评价低下。这样，多动症和其他破坏性行为模式如“未社会化的品行障碍”就有了相当程度的重叠。不过现有的证据支持将以多动作为主要问题的一组障碍单独列出。

多动性障碍的男孩数倍于女孩。常伴发阅读障碍（和/或其他学校问题）。

【诊断要点】

主要特征是注意损害和多动：两个表现对于诊断都属必需，而且必须在一个以上场合（诸如居家、教室、诊所）中表现突出。

注意损害表现为一件事没做完注意就提前离开。患儿频繁地从一种活动转向另一种活动，好象是因为注意到另一件事而对正在干的事失去了兴趣（尽管实验室研究一般并不显示出异乎寻常的感觉或知觉的随境转移）。只有当这种注意保持的缺陷超出了患儿的年龄和智商的应有水平，才能做出诊断。

多动意味着过度的不安稳，尤其是在需要相对安静的环境中。根据周围环境的不同，可以表现为来回跑跳，从该坐着的地方站起来，过于多嘴和喧闹或坐立不安、辗转反侧。评价的标准是，根据所处的场合，并与其他年龄和智商相当的儿童相比，活动比预期的显然过多。这种行为在秩序井然的场合表现最为突出，因为此时需要高度的行为自我约束。

伴发的其他表现不足以作为诊断依据，甚至并非必需，但对诊断有所助益。患有本障碍的儿童有以下特点：在社会交往中缺乏控制力，在危险场合行事鲁莽，冲动性地违犯社会规范（表现为强行加入或打断他人的活动，抢先回答别人尚未说完的问题，或难以按顺序等候）。

学习障碍和动作笨拙非常多见。如果存在，应另外列出（在 F80—F89 项下）；而不应作为多动之正式诊断的组成成份。

品行障碍的症状既不能肯定也不能否定将本障碍作为首要诊断，但它们的存在与否可作为本障碍划分亚型的主要依据（见下面）。

特征性行为问题应该早发（六岁以前），并且长期存在。但在学龄前，多动的辨认很困难，因为正常变异很宽：在学龄前儿童中只有对极端的病例才能下诊断。

在成年期仍可诊断多动障碍。其依据相同，但对注意和活动的评价应参照发育上适当的常模。当童年存在多动症，但现已消失并代之以另一种病态诸如社交紊乱性人格障碍或物质滥用，应对现有的而不是原有的病态编码。

【鉴别诊断】混合性障碍很常见。如存在某种弥漫性发育障碍，在诊断上需优先考虑。诊断的主要难题是与品行障碍鉴别：只要符合多动性障碍的标准，在诊断上就应优先于品行障碍考虑。但品行障碍中也常出现较轻微的多动和注意不集中。如同时存在多动和品行障碍的特征，且多动广泛而严重，则应诊为“多动性品行障碍”（F90. 1）。

另一个难题来自这样一个事实，即多动和注意不集中可作为焦虑或抑郁障碍的症状出现，但与多动性障碍时的特异性表现性质不同。作为激越性抑郁障碍典型症状的坐立不安不应成为多动性障碍的诊断依据。同样，常常作为严重焦虑症症状的坐立不安亦不构成多动性障碍的诊断依据。如果符合焦虑障碍（F40. -，F41. -，F43. 一或 F93. 一）的标准。在诊断上应先于多动性障碍考虑，除非既有焦虑伴发的坐立不安，还有并存多动性障碍的证据。同样，如果符合心境障碍（F30 - F39）的标准，那就不能单单

因为注意不集中和精神运动性激越而添加多动性障碍的诊断。只有当患儿具有与心境紊乱无关的症状，这些症状又能明确显示出独立的多动性障碍的存在时，方可使用双重诊断。

学龄期急性发生的多动行为更可能源于某种反应性障碍（心因性或器质性）、躁狂状态、精神分裂症或神经系统疾病（如风湿热）。

- 不含：焦虑障碍（F41.-或 F93. 0）
- 心境[情感]障碍（F30 - F39）
- 弥漫性发育障碍（F84.-）
- 精神分裂症（F20.-）

F90. 0 活动与注意失调

长期以来一直无法满意地确立多动性障碍的亚型。但随访研究显示，本障碍到少年和成年期的结局与患儿是否伴有攻击、违法或社交紊乱性行为关系密切。因此主要的亚型根据这些伴随特点的存在与否划分。当符合多动性障碍（F90.-）的全部标准但不符合（F91.-）（品行障碍）时，应编码 F90. 0。

- 包含：伴有多动的注意缺陷障碍或综合征
- 注意缺陷多动障碍
- 不含：多动性障碍伴发品行障碍（F90. 1）

F90. 1 多动性品行障碍

当患儿符合多动性障碍（F90.-）的全部诊断标准和品行障碍（F91.-）的全部诊断标准时，用此编码。

F90. 8 其它主动性障碍

其它主动性障碍

F90. 9 多动性障碍，未特定

不提倡使用这一残余类别，只在符合 F90.-的全部诊断标准，但又无法确定究竟是 F90. 0 还是 F90. 1 时才用这一编码。

- 包含：童年或少年期多动性反应或综合征 NOS

◆品行障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F91 品行障碍总论 诊断要点	
2	F91. 0 局限于家庭的品行障碍	
3	F91. 1 未社会化的品行障碍	
4	F91. 2 社会化的品行障碍	
5	F91. 3 对立违抗性障碍	
6	F91. 8 其它品行障碍	
7	F91. 9 品行障碍，未特定	

F91 品行障碍总论 诊断要点

品行障碍的特征是反复而持久的社交紊乱性、攻击性或对立性品行模式。当发展到极端时，这种行为可严重违反相应年龄的社会规范，较之儿童普通的调皮捣蛋或少年的逆反行为也更为严重。孤立的社交紊乱性或犯罪行为本身不能作为诊断依据。因为本诊断意味着某种持久的行为模式。

品行障碍的表现亦可以是其他精神科障碍的症状，此时应编码那种基本诊断。

具有品行障碍的某些病例可以发展为社交紊乱性人格障碍（F60. 2）。品行障碍常与不良的心理社会环境有关，包括家庭关系不当和学业不佳，尤其常见于男孩。它与情绪障碍的区分已被充分证实；与多动症的界线则不那么清晰，常有重叠。

【诊断要点】

确定品行障碍的存在应考虑到儿童的发育水平。例如，暴怒在三岁儿童最发育过程中的正常表现之一，单单存在这一项不能下诊断。同样，大多数七岁儿童不具备侵犯他人权利（如暴力犯罪）的能力，在此年龄组中，这一表现也就不能作为诊断的必需标准。作为诊断依据的症状举例如下：过份好斗或霸道；残忍地对待动物或他人；严重破坏财物；放火；偷窃；反复出现的谎话；逃学或离家出走；过分频繁地大发雷

震；反抗性挑衅行为；长期严重的不服从。明确存在上述任何一项表现，均可作出诊断，但孤立的社交紊乱性行为还不够。

不含：品行障碍伴发情绪障碍（F92.-）或多动性障碍（F90.-）

心境〔情绪〕障碍（F30-F39）

弥漫性发育障碍（F84.-）

精神分裂症（F20.-）

F91.0 局限于家庭的品行障碍

本类品行障碍具有社交紊乱性或攻击行为（不仅仅是对立、违抗、破坏行为），这种异常行为完全或几乎完全局限于家庭和/或与核心家庭成员或最亲近的家人的关系以内。需符合F91的全部标准；只存在亲子关系紊乱，即使很严重也不足以诊断。可表现为从家里偷东西，常常是单偷家里一、两个人的钱财。可伴有故意破坏行为，如打破玩具或饰物，撕毁衣物，往家具上刻画，或毁坏珍贵的东西，这些同样集中在特定的家人身上。针对家庭成员的暴力（不针对别的人）以及故意在家里纵火都可作为诊断依据。

【诊断要点】

本诊断要求患儿在家庭环境以外没有显著的品行紊乱，家庭以外新社会交往也在正常范围以内。

大多数病例的这种特别指向家庭的品行障碍由患儿与某一位或几位核心家庭成员的关系恶化引发。例如，一些病例的障碍可能由于同新来的继父母发生冲突引发。本类别的分类学效度仍不明确，这种具有很强的场合特定性的品行障碍可能不会导致广泛品行障碍所致的那种不良预后。

F91.1 未社会化的品行障碍

本类品行障碍的特征是同时具有长久的社交紊乱性或攻击性行为（符合F91的全部标准而不单单是对立、违抗和破坏行为），与其他儿童的个别交往也有显著的全面性异常。

【诊断要点】

与同伴玩不到一块是本障碍与“社会化的”品行障碍的关键区别，这个区别比所有其它区别都更重要。与同伴关系不良主要表现为被其它儿童孤立和排斥，或不受欢迎；在同龄人中缺乏亲密朋友，也不能与同龄人保持持久、交心和相互的关系。与成人的关系倾向于不和谐、敌意和怨恨。与成人或可有良好的关系（只是通常达不到亲密和相互信赖），即使有，也不足以排除该诊断。常常（但不总是）伴有情绪紊乱（如果够得上混合性障碍的标准，应编码F92.-）。

违法的特点是单独行动（但并非必要条件）。典型行为有：霸道、过多打架斗殴以及（在较大的儿童）敲诈和暴力攻击；过分不服从，粗野，不合作以及对抗权威；大发雷霆和无法克制的暴怒；破坏财物，纵火，虐待动物和别的儿童。某些单独惹事的患儿可涉足于团伙违法活动。所以对诊断来说违法的性质不如人际关系的质量来得重要。

这种障碍通常见于各种场合，但在学校里可能更突出；指向家庭以外的其它特殊场合者亦属此类。

包含：品行障碍，孤独攻击型

本社会化攻击性障碍

F91.2 社会化的品行障碍

本类别的品行障碍是指一般说来能够与同伴玩到一块的儿童。具有持久的社交紊乱性或攻击性行为（符合F91的全部标准而不单是具有对立、违抗和破坏行为）。

【诊断要点】

鉴别本障碍的关键特征是患儿与其它同龄人有着持久良好的友谊。同伴中常（但不总是）有其他人有过违法或社交紊乱性活动（此时患儿不见容于社会的品行会得到同伴的赞扬，并受所属的亚文化的调节）。但这对于诊断并非必需，患儿也可参与不违法的同伴之中，其社交紊乱性行为在此范围以外发生。如果社交紊乱性行为以霸道最为突出，他（她）与被欺侮的孩子或某些其它孩子的关系可能不好。同样，只要患儿参与某种同伴组织并忠于这一组织，与同伴友谊持久，上述情况就不足以推翻该诊断。

与有权威的成人关系常常不好，但与其它人却可有良好的关系。情绪紊乱通常很轻。品行障碍可以也可不涉及家庭环境，但如局限于家庭，本诊断应该除外。本障碍常常在家庭以外，尤其在学校里（或其它家庭以外的场合）更为突出，这与本诊断相符。

包含：品行障碍，集体型

集体违法犯罪
 结帮违法
 与他人结伙偷窃
 逃学

不含：没有明显精神科障碍的结帮活动（Z03. 2）

F91. 3 对立违抗性障碍

本型品行障碍特别见于九或十岁以下的儿童。定义为具有显著的违抗、不服从和挑衅行为而且没有更严重的、冒犯法律或他人权利的社交紊乱性或攻击性活动。需符合 F91 的全部标准，只有严重的调皮捣蛋或淘气不足以下诊断。许多权威人士认为，对立违抗型行为是一种较轻型的品行障碍，而不是性质不同的另一类型。尚缺乏研究证据说明这种区别是性质上的还是数量上的。但研究发现提示，如果说本障碍是可以区分的，也主要是（或只有）在童年早期才有可能。采用这一类别应当谨慎，尤其对于年长儿童。尽管具有临床意义的品行障碍的年长儿童早年常有对立违抗性障碍，但通常还伴有社交紊乱性或攻击性行为，这早已超出了违抗、不服从或破坏行为的界限。加上这个类别是为了反映日常诊断工作的实际，并促进对发病于年幼儿童的障碍的分类研究。

【诊断要点】

本障碍的基本特征是一类持久性的违抗、敌意、对立、挑衅和破坏行为，这些行为明显超出了同龄儿童在相同社会文化背景中的行为的正常范围，但不包括更严重的侵犯他人权利的行为，诸如 F91. 0 和 F91. 2 类别中所特定的攻击性和社交紊乱性行为。有此障碍的儿童倾向于频繁主动地蔑视成人或规定，故意招惹别人。患儿易怒，常怨恨别人，别人也易把患儿生气，患儿会因自身的错误或困难而责备这些人。患儿对挫折的耐受力一般都很差，好发脾气。典型病例中，患儿的违抗带有挑衅性质，由此引发对立，并常显示出过分粗野、不合作和抵抗权威。

这种行为常常在与熟知的成人或同伴的交往中表现得最突出，而本障碍的征象在临床检查中可能并不明显。

与其它类型品行障碍鉴别的关键是缺乏冒犯法律和他人基本权利的行为，如偷窃、施虐、霸道、攻击和破坏性。肯定存在上述任何一项即可排除本诊断。但正如上节中提到的，对立违抗性障碍常可见于其它类型的品行障碍之中。如果存在其它类型（F91. 0-F91. 2），应优先于对立违抗性障碍编码。

不含：具有明显社交紊乱性或攻击性行为的品行障碍（F91. 0-F91. 2）

F91. 8 其它品行障碍

其它品行障碍

F91. 9 品行障碍，未特定

不提倡使用这一残余类别，应当只用于符合 F91 的一般标准但又不能定为特定的亚型或不满足任何特定亚型的标准的那些障碍。

包含：童年行为障碍 NOS
 童年品行障碍 NOS

◆品行与情绪混合性障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F92 品行与情绪混合性障碍总论	
2	F92. 0 抑郁性品行障碍	
3	F92. 8 其它品行与情绪混合性障碍	
4	F92. 9 品行与情绪混合性障碍，未特定	

F92 品行与情绪混合性障碍总论

本组障碍的特征是持久的攻击性、社交紊乱性或违抗行为与明确鲜明的抑郁、焦虑或其他情绪不良共存。

【诊断要点】

应足够严重，同时符合童年品行障碍（F91. -）以及下述障碍之一的标准：儿童情绪障碍（93. -），

成年型神经症性障碍（F40-F49）或心境障碍（F30-F39）。

没有足够的研究资料确证本类别是否独立于童年品行障碍。此处包含这个类别，是因为它具有病因学和治疗上潜在的重要性，同时也有助于提高分类的信度。

F92. 0 抑郁性品行障碍

本类别需同时具有童年品行障碍（F91.-）和持久而显著的抑郁心境，表现为以下症状如过分忧伤，对日常活动丧失兴趣和乐趣，自责和无望。亦可存在睡眠或食欲不振。

包含：品行障碍（F91.-）伴发抑郁障碍（F30-F39）

F92. 8 其它品行与情绪混合性障碍

本类别需同时具有童年品行障碍（F91.-）和持久而显著的情绪症状如焦虑、害怕、强迫症、人格解体或现实解体、恐怖症或疑病症。愤怒与怨恨是品行障碍的而不是情绪障碍的特征；它们既不支持也不排斥本诊断。

包含：品行障碍（F91.-）伴发情绪障碍（F93.-）或神经症性障碍（F40-F48）

F92. 9 品行与情绪混合性障碍，未特定

品行与情绪混合性障碍，未特定

◆特发于童年的情绪障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F93 特发于童年的情绪障碍总论	
2	F93. 0 童年离别焦虑障碍	
3	F93. 1 童年恐怖性焦虑障碍	
4	F93. 2 童年社交性焦虑障碍	
5	F93. 3 同胞竞争障碍	
6	F93. 8 其它童年情绪障碍	
7	F93. 9 童年情绪障碍，未特定	

F93 特发于童年的情绪障碍总论

儿童精神病学中传统地将特发于童年和少年的情绪障碍与成年型神经症性障碍区分开来。此种区分有四大理由。第一，研究发现一致显示，有情绪障碍的大多数儿童成年期表现正常，只有少数到成年期出现神经症性障碍。反之，许多成年神经症性障碍患者起病于成年，没有明显的童年精神病理作为先导。因此，发生于这两个年龄阶段的情绪障碍具有不连续性。第二，许多童年情绪障碍似乎是正常发育趋向的突出化而不是本身性质异常的现象。第三，与上项说明有关，常有这样一种理论假设，即童年情绪障碍的心理机制与成年神经症可能不一样。第四，童年情绪障碍不能明确地划归诸如恐怖性障碍或强迫性障碍等设想为特定的分类实体之中。

上述第三点缺乏经验验证，流行病学资料提示，假如第四点是正确的，那也只是在程度上不同（童年与成年都常见有难以分辨和归类的情绪障碍）。据此，上述第二点（即发育的恰当性）实为区分特发于童年的情绪障碍（F93.-）与神经症性障碍（F40-F49）的关键性诊断特征。此种区分的效度不确定，但有些经验性证据提示，童年发育恰当的情感障碍预后较好。

F93. 0 童年离别焦虑障碍

学步期和学龄前期儿童当实际或可能与他们所依恋的人离别时出现某种程度的焦虑是正常的。只有当对离别的恐惧构成焦虑的中心，并且这种焦虑发生于童年早期时，才应诊为离别焦虑障碍。与正常离别焦虑的鉴别点在于其严重程度在统计学上属于少见（包括持续时间超长，超出了通常的特定年龄段），并且社会功能也伴有明显的问题。另外，诊断还需不存在功能之人格发育的普遍紊乱；如果存在这种紊乱，就应考虑编码 F40-F49。发生于发育过程中不恰当年龄段（如少年期）的离别焦虑不应在此编码，除非它是恰当年龄段的离别障碍的异常延续。

【诊断要点】

关键性诊断指征是：针对与所依恋的人（通常是父母或其它家庭成员）离别而产生的过度焦虑，不单单是针对许多场合的广泛性焦虑的一部分。焦虑可表现为以下形式：

- (a) 不现实地、先占性地忧虑他的主要依恋之人可能遇到伤害，或害怕他们会一去不回；
- (b) 不现实地、先占性地忧虑某种不幸事件，如儿童走失、被绑架、住院或被杀，会使得他（她）与主要依恋之八分离；
- (c) 因害怕分离而总是不愿或拒不上学（不是由于其它原因如害怕学校里的事）；
- (d) 没有主要依恋之人在侧总是不愿或拒不就寝；
- (e) 持久而不恰当地害怕独处，或白天没有主要依恋之人陪同就害怕呆在家里；
- (f) 反复出现与离别有关的恶梦；
- (g) 当与主要依恋之八分手，如离家去上学时，反复出现躯体症状（恶心、胃痛、头痛、呕吐等等）；
- (h) 在与主要依恋之人分离前、分离中或分离后马上出现过度的、反复发作的苦恼（表现为焦虑、哭喊、发脾气、痛苦、淡漠或社会性退缩）。

许多涉及分离的情景也涉及其它潜在的应激原或焦虑原。诊断有赖于能否证实，在各种场合下，引起焦虑的共同因素是与主要依恋之人的分离这一情景。它在发生可能常常与拒绝上学（或“恐怖症”）有关。拒绝上学常是离别焦虑的表现，但有时（尤其在少年）并非如此。首发于少年的拒绝上学不应在此编码，除非它根本就是离别焦虑的表现，而且这种焦虑在学龄前就曾出现并达到异常的程度。如不符合这些标准，应编码于 F40-F48 或 F93 的其它类别中。

不含：心境（情感）障碍（F30-F39）

神经症性障碍（F40-F48）

童年恐怖性焦虑障碍（F93.1）‘

童年社交焦虑障碍（F93.2）

F93.1 童年恐怖性焦虑障碍

与成人一样，儿童也可产生对各式各样的对象或处境的恐惧。这类恐惧（或恐怖）中有些（如广场恐怖症）不见于正常心理社会发育过程之中。如在童年产生这类恐惧，应在 F40-F48 的适当的项下编码。然而，某些恐惧具有显著的发育阶段特定性并且（程度不等地）发生于大多数儿童，例如学龄前期害怕动物就可能属于这种情况。

【诊断要点】

这一类别只能用于具有发育阶段特定性且符合以下附加标准的恐惧，这些附加标准同样适用于 F93 项下所有的障碍。

- (a) 发病于特殊的发青年龄阶段；
- (b) 焦虑达到临床异常的程度；
- (c) 焦虑不是更广泛的障碍的一部分。

不含：广泛性焦虑障碍（F41.1）

F93.2 童年社交性焦虑障碍

对陌生人的警惕在半岁到一岁是正常现象。在童年早期，当儿童遇到崭新的、陌生的或具有社会性威胁的情景时出现一定程度的担心或焦虑也是正常的。因此，本类别只可用于不满 6 岁的儿童的障碍，其表现应达到异常程度并伴有社会功能失调，而且不是某种更广泛的情绪紊乱的一部分。

【诊断要点】

患此障碍的儿童表现出对陌生人的持久或反复的害怕和/或回避，这种害怕可主要针对成人或小伙伴，或两者兼有。同时伴有正常的选择性依恋父母或其它熟知的人。害怕或回避见人在程度上超出了患儿的年龄所应有的正常界限，并伴有具临床意义的社会功能失常。

包含：童年或少年回避性障碍

F93.3 同胞竞争障碍

随着（通常是挨肩儿的）弟弟或妹妹的出生，很高比例乃至大多数儿童表现出某种程度的情绪紊乱。多数情况下，这种情绪紊乱很轻，但此时发生的竞争或嫉妒可能会持续很久。

【诊断要点】

本障碍的特点是同时具有：

- (a) 同胞竞争和/或嫉妒的表现；

- (b) 起病于（通常是挨肩地的）弟弟或妹妹出生后几个月内；
- (c) 情绪紊乱程度异常和/或持久并伴有心理社会问题。

同胞竞争/嫉妒可表现为显著地与同胞竞相争取父母的重视和疼爱；只在伴有程度不寻常的负性体验时，才可被视为异常。严重时可伴有对同胞的明显敌意，躯体残害和/或恶意的预谋和暗中作梗。少数病例可表现为明显地不愿共享，缺乏积极的关心，很少友好往来。情绪紊乱可取几种形式的任何一种，常有某种程度的退化，丧失前已学到的技能（如控制大小便）并有行为幼稚化倾向。患儿也时常模仿婴儿的举动以引起父母的注意，如让人喂食。常有与父母的对立与冲突行为的增加，发脾气，以及表现为焦虑、痛苦或社会性退缩的心情恶劣。可有睡眠障碍，常迫切要求父母关注，如在睡眠时。

包含：同胞嫉妒

不含：同伴竞争（非同胞）（F93.8）

F93.8 其它童年情绪障碍

其它童年情绪障碍

包含：身份障碍

过度焦虑障碍

同伴竞争（非同胞）

不含：童年期性身份障碍（F64.2）

F93.9 童年情绪障碍，未特定

童年情绪障碍，未特定

包含：童年情绪障碍 NOS

◆特发于童年与少年期的社会功能障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F94 特发于童年与少年期的社会功能障碍总论	
2	F94.0 选择性缄默症	
3	F94.1 童年反应性依恋障碍	
4	F94.2 童年脱抑制性依恋障碍	
5	F94.8 童年其它社会功能障碍	
6	F94.9 童年社会功能障碍，未特定	

F94 特发于童年与少年期的社会功能障碍总论

这是一组稍具异源性的障碍，它们都具有始于发育过程中的社会功能异常，但（不同于弥漫性发育障碍）没有明显的、侵害所有领域的功能的体质性社交无能或缺陷作为原发性特征。生活环境常严重扭曲或闭塞，并被认为在许多病例的发病中起关键性作用。没有明显的性别差异。此组社会功能障碍的存在已获公认，但还没有确切的诊断标准，如何恰当地分类和划分亚型也众说纷纭。

F94.0 选择性缄默症

本状况的特征是讲话有明显的选择性，且受情绪制约，患儿在一些场合表现出充分的语言才能，但在另一些（特殊的）场合却不能讲话。本障碍最常在童年早期即表现出来；男女发病频度几乎相同，缄默症通常伴有显著的人格特点如社交焦虑、退缩、敏感或抗拒。典型表现是患儿在家里或与好朋友在一块时讲话，但在学校或见到生人则缄口不言，但也可有其它（包括与此典型表现相反的）形式。

【诊断要点】

诊断的先决条件有：

- (a) 语言理解力正常或接近正常；
- (b) 有足以应付社会交往的语言表达能力；
- (c) 有确凿证据表明，患儿在某些场合可正常或几乎正常地讲话。

然而，确有少数选择性缄默症患儿有某种说话延迟或发育缺陷的历史。如果患儿具备足以进行有效交流的语言能力，但在不同社交场合语言运用相差悬殊，以致在某些场合说话流利而在另一些场合则缄默或几乎缄默不语，那么说话延迟或发音缺陷的存在并不妨碍诊断的确立。患儿也应存在在一些社交场合不能

而在另一些场合则能讲话的充分证据。不能讲话的表现应持续一段时期，而且患儿在哪些场合能讲话，哪些场合不能讲话是固定的和可以预测的，此时方可作出诊断。

绝大多数患儿具有其它社交—情绪紊乱，但不构成诊断的必要特征这类紊乱没有固定的形式，但通常有气质上的异常特征（特别是社交敏感、社交焦虑与社会性退缩），也常有对立行为。

包含：选择缄默症（Selective mutism）

不含：弥漫性发育障碍（F84.-）

精神分裂症（F20.-）

特定性言语和语言发育障碍（F80.-）

童年早期离别焦虑所表现的一过性缄默（93.0）

F94.1 童年反应性依恋障碍

本障碍发生于婴幼儿和童年早期，其特征为儿童社交关系模式的长期异常，伴有情绪紊乱并与对周围环境改变的反应有关。安慰无效的恐惧和高度警惕是其特征；与同伴交往差是其典型表现；自伤伤人很常见；通常愁苦；有些病例停止生长发育。本综合征大概是被父母严重忽视、打骂或虐待的直接后果。此种行为模式的存在早有定论，且已被公认，但诊断标准、作为综合征的界线以及这一综合征是否构成一个真实的疾病分类实体，则一直是不确定的。该类别归于此处是因为这一综合征具有公共卫生上的重要性，也因为它的存在确定无疑，而且这一行为模式显然不符合其它任何诊断类别的标准。

【诊断要点】

关键特征是五岁前产生的与抚养老关系异常，包括在正常儿童中少见的适应不良，这种异常持续存在，然而却是抚养方式的明显变化的反应。

有这种综合征的年幼儿童社交反应具有强烈的矛盾性，在离别与重逢时更为明显。幼儿可能会在向人走来时回避目光接触，在被抱着时极力注视别处，对抚养者可以有亲近、回避和拒绝爱抚的混杂反应。情绪紊乱可以表现为明显的苦恼，缺乏情绪反应，退缩反应（如在地上缩成一团）和/或对自身或他人的痛苦出现攻击性反应。一些患儿出现爱抚不起作用的恐惧和过分警觉（有时表述为“凝固的警觉”）。多数患儿对同伴间的交往有兴趣，但负性情绪反应妨碍了其社会活动。依恋障碍也可伴有身体成长受阻和损害（这在适当的生理障碍类别〔R62〕项下编码）。

许多正常儿童有不安全感，表现为选择性依恋双亲的一方，但不应与反应性依恋障碍混淆，它们之间在几个关键地方有区别。本障碍的特征是超乎寻常的不安全感，表现为正常儿童一般不会出现明显矛盾性社会反应。异常反应扩展到各种不同的社会处境中，并不单单局限于患儿与抚养人之间，对安慰爱抚不起反应；伴有淡漠、痛苦或恐惧等情感紊乱。

有五个主要特征将之与弥漫性发育障碍区分开来。第一，反应性依恋障碍患儿具有正常的社会交往和反应能力，而弥漫性发育障碍患儿则无。第二，尽管在反应性依恋障碍一开始，社会反应方式异常就是患儿在各种场合的一般行为特征，但如果将患儿放到另一个可以给予持续负责的照顾的正常看护环境之中，就会有重大改善。这一点在弥漫性发育障碍患儿中不会产生。第三，尽管反应性依恋障碍患儿可有语言发育损害（如 F80.4 所描述的类型），但不出现特别见于孤独症的交往性质异常。第四，与孤独症不同，反应性依恋障碍患儿不存在不随环境改变而改善的持续而严重的认知缺陷。第五，行为、兴趣与活动方式的持久性狭窄、重复和刻板不是反应性依恋障碍的特点。

反应性依恋障碍的发生几乎总是与严重的儿童教养不良有关。这种教养不良可以是心理虐待或忽视（如刻薄地惩罚、对孩子的意见总不理睬或父母明显思笨）或者身体虐待或忽视（如长期不注意孩子的基本生理需要、反复故意的伤害或不提供足够的营养）。由于没有充分理由证明儿童教养不良与本症的必然关系，所以不一定要有环境接触的剥夺与扭曲才能作出诊断。但在没有对患儿的虐待与忽视的证据时，作出诊断应当慎重。反之，诊断也不能只建筑在虐待与忽视的基础之上，因为并非所有被虐待或被忽视的儿童都出现这种障碍。

不含：Asperger 氏综合征（F84.5）

童年脱抑制性依恋障碍（F94.2）

受虐待综合征，导致躯体问题（T74）

选择性依恋模式的正常变异

童年期性虐待或躯体虐待，导致心理社会问题（Z61. 4-Z61. 6）

F94. 2 童年脱抑制性依恋障碍

产生于5岁以前的一种特殊形式的社会功能异常，一旦发病，即使环境出现巨变也不佳影响其持续存在的倾向。2岁时通常表现出依赖他人，并有泛化、无选择的依恋行为。4岁时泛化依恋现象仍然继续，但对他人的依恋趋于改为寻求注意和无区别的友好行为。童年中晚期可能形成也可不形成选择性依恋，但仍常有寻求注意行为，常有与同伴交往失调；可在环境影响下伴发情绪或行为紊乱；从婴幼儿期就一直在保育院看护的孩子出现此综合征也已十分肯定，但亦可发生于其它情况下。部分原因被认为是，由于极频繁地更换抚养者，致使患儿没有机会与人建立起选择性依恋。本综合征的完整概念建立在以下基础上：早年发生的泛化性依恋，持久的社会交往不良并且不限于特定的场合。

【诊断要点】

诊断应有以下证据：患儿在5岁前表现出选择性依恋异乎寻常的泛化，伴有婴幼儿期一般依赖行为和/或童年早、中期无选择的友好的寻求注意行为。通常难以与同伴建立亲密和信任的关系。情绪或行为紊乱可有可无（部分取决于患儿的当前处境）。多数病例出生头几年曾经常更换抚育者或多次变动家庭安置（如多次更换寄养家庭）。

包含：无情性精神病态

孤儿院综合征

不含：ASperger氏综合征（F84. 5）

儿童住院症（F43. 2）

多动或注意缺陷障碍（F90.-）

童年反应性依恋障碍（F94. 1）

F94. 8 童年其它社会功能障碍

童年其它社会功能障碍

包含：社会能力缺陷所致的社会功能障碍伴退缩与羞怯

F94. 9 童年社会功能障碍，未特定

童年社会功能障碍，未特定

◆抽动障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F95 抽动障碍总论 诊断要点	
2	F95. 0 一过性抽动障碍	
3	F95. 1 慢性运动或发声抽动障碍	
4	F95. 2 发声与多种运动联合抽动障碍 [de la Tourette 氏综合征]	
5	F95. 8 其它抽动障碍	
6	F95. 9 抽动障碍，未特定	

F95 抽动障碍总论 诊断要点

这些综合征的首要表现是某种形式的抽动。抽动是一种不随意、快速、反复的非节律性运动（通常限于某些肌群）或发声，突然发生，无明显目的。抽动常被体验为不可克制的，但通常可被忍住一段时间。运动和发声抽动都可分为简单的或复杂的两类，但它们的界限不清。常见简单运动性抽动包括眨眼、颈痉挛、耸肩和扮鬼脸。常见简单发声抽动包括清嗓子、学吼叫、抽鼻子和嘶嘶声。常见复杂的抽动包括打自己、跳跃和单脚蹦。常见复杂的发声抽动包括重复特别的词句、有时用社会不能接受的（常是猥亵淫秽的）词句（秽语症）以及重复自己的发声或词句（重复言语）。

抽动的严重程度变异巨大。最轻的可以是接近正常的现象，或许每5—10个孩子就有一个出现过短暂的抽动。最重的 Tourette 氏综合征是一种罕见的慢性致残性障碍。尚不清楚这两种极端究竟代表了不同的状况，亦或只是同一状况的连续统一体的两极；许多学者认为后者可能性更大。抽动障碍多见于男孩，常有抽动家庭史。

【诊断标准】

区别抽动与其他运动障碍的主要特征是：突发、迅速、短暂而局限性的运动形式，又不具有作为基础的神经系统障碍的证据；反复发作；（通常）睡眠时消失；可随意地再现或克制而没有痛苦感。缺乏节律性可将它与某些孤独症或精神发育迟滞患儿的刻板性重复运动区别开来。见于孤独症或精神发育迟滞的作态动作较之抽动更为复杂多变。强迫动作有时类似复杂的抽动，但其形式由目的所制约（如触摸某种物体或旋转一定圈数）而不受所涉及的肌群的限制；但有时也很难区别。

抽动常常单独出现，但伴有各种情绪紊乱者亦不少见，尤其是强迫和疑病现象。但抽动亦常伴有特定性发育迟缓。

在伴有某种情绪紊乱的抽动障碍与伴有抽动的情绪障碍之间没有截然的界线。但诊断应表明哪一种为主。

F95. 0 一过性抽动障碍

符合抽动障碍的一般标准，但抽动持续时间不超过 12 个月。这是抽动的最常见类型，在 45 岁的儿童最常见；抽动方式通常是眨眼、扮鬼脸或头部抽动。某些病例的抽动只有单次发作，但其它病例的缓解与复发可在数月内交替出现。

F95. 1 慢性运动或发声抽动障碍

符合抽动障碍的一般标准，具有运动或发声抽动（但两者不并存）；抽动可以是单一的也可是多种的（通常是多种的），持续一年以上。

F95. 2 发声与多种运动联合抽动障碍 [de la Tourette 氏综合征]

一种抽动障碍，具有或已有过多种运动性抽动和一种或数种发声抽动，但不一定同时存在。几乎总是发病于童年或少年。在发声抽动出现前常有运动性抽动；病状常在少年期加重，并且常延续到成年。

发声抽动常有多种，具有爆发性反复发声、清嗓子和呼噜声，也可发出污秽下流的词句。有时伴有手势的模仿动作。亦可有很亵性质的行为（秽亵行为）。与运动性抽动一样，发声抽动亦可在短时间内受意志控制，在应激下加剧，睡眠时消失。

F95. 8 其它抽动障碍

其它抽动障碍

F95. 9 抽动障碍，未特定

不提倡使用这一残余类别，指那些符合抽动障碍的一般标准但不能确定特定的亚类，或其表现不能满足 F95. 0、F95. 1 或 F95. 2 标准的障碍。

◆通常起病于童年和少年期其他障碍

序号	题目（前面为 CCMD-II-R 编码）	ICD 编码
1	F98通常起病于童年和少年期的其他行为与情绪障碍总论	
2	F98. 0 非器质性遗尿症	
3	F98. 1 非器质性遗粪症	
4	F98. 2 婴幼儿和童年喂食障碍	
5	F98. 3 婴幼儿和童年异食癖	
6	F98. 4 刻板性运动障碍	
7	F98. 5 口吃[结巴]	
8	F98. 6 言语急促杂乱	
9	F98. 8 通常起病于童年和少年期的其它特定性行为与情绪障碍	
10	F98. 9 通常起病于童年与少年期的未持定性行为与情绪障碍	

F98 通常起病于童年和少年期的其他行为与情绪障碍总论

本标题下包容了一组异源性障碍，共同特点是起病于童年，但在其他许多方面都不一致。某些状况代表了界限明确的综合征，但另外一些则只是不同的症状集合体，缺乏疾病分类学数度，包含于此是因为它们比较常见，伴有心理社会问题，而且不能归到其他综合征里。

- 不含：屏气发作（R06.8）
- 童年期性身份障碍（F64.2）
- 嗜睡与贪食症（Klein-Levin 综合征）（G47.8）
- 强迫性障碍（F42.-）
- 睡眠障碍（F51.-）

F98.0 非器质性遗尿症

本障碍的特点是不自主的排尿，可发生于白天和/或夜里，就患儿的智龄而言属于异常现象，不是产生于神经系统障碍、癫痫发作或尿路结构异常所致的膀胱失控。遗尿可与生俱来（作为正常婴儿尿失禁的异常伸延），也可在学会控制小便之后才发生。晚发（或继发）性遗尿通常始于5-7岁。遗尿可以作为单一症状存在，也可伴有更广泛的情绪或行为障碍，但其间的联结机制不清。情绪问题可以作为遗尿症所带来的痛苦或受歧视的后果，而遗尿也可作为某些其它精神科障碍的一部分，或者，遗尿症和情绪/行为紊乱两者有可能在相关的病因作用下发生。就个别病例而言，没有一种直截了当而又确定无疑的方法来确定上述情况中哪一种属实，作出诊断需根据哪种紊乱（遗尿症或情绪/行为障碍）是构成患儿的主要问题。

【诊断要点】

在遗尿症障碍与学会控制排尿的年龄的正常变异之间没有截然的分界。但年龄小于五岁或智龄低于四岁的儿童通常不作遗尿症的诊断。如果遗尿症伴有某种（其它）情绪或行为障碍，那么只在不随意排尿至少每周数次，而且其它症状在时间上随遗尿而消长时，遗尿症才构成原发诊断。遗尿症有时与遗粪症共存；此时应诊断为遗粪症。

儿童偶尔可因膀胱炎或多尿症（如因糖尿病）而出现一过性遗尿。但它不足以解释在感染被治愈或多尿症被控制后依然存在的遗尿。膀胱炎常可继发于由于遗尿，被子裤子经常潮湿（尤其是女孩）而导致的泌尿道上行性感染。

包含：非器质性起源的遗尿症（原发性）（继发性）

功能性或心因性遗尿症

非器质性起源的尿失禁

不含：遗尿症 NOS（R32）

F98.1 非器质性遗粪症

反复随意或不随意地在社会文化背景不能认可的地方大便，大便的物理性质通常正常或接近正常。可以是正常的婴儿大便失控的异常伸延，也可在学会控制大便之后又丧失，还可以是在大便控制正常的情况下故意在不适当的地方大便。本状况可以只是单症状性障碍，也可以是更广泛的障碍的一部分，尤其是情绪障碍（F93.-）或品行障碍（F91.-）

【诊断要点】

关键性诊断特征是在不适当的地方排大便。有几种不同的发生方式。第一，可以是缺乏适当的入厕训练或训练无效的表现，既往也从不曾学会过控制大便。第二，可以是一种取决于心理因素的障碍的反映；患儿能够控制大便，但由于某种原因而不愿意、拒绝或不能遵守社会规范、在不适当的地方大便。第三，可因生理性便秘和淤塞，继而出现大便溢出和在不适当的地方排泄。这种便秘可能因由父母与孩子之间对排便训练的争执，或因排便痛苦（如肛裂）而不敢大便，或由于其它原因。

某些遗粪症患儿可将大便涂在身上或别的物品上，偶见手指摆弄肛门或手淫。通常伴有某种程度的情绪/行为紊乱。在遗粪症伴发情绪/行为紊乱和以遗粪症作为附加症状的其它精神科障碍之间没有明确的界限。这里推荐的鉴别指征是，如果遗粪症是主导现象，编码于此；反之（或遗粪少于每月一次）则诊为其它障碍。遗粪症与遗尿症伴发者并不少见，此时遗粪症的诊断优先。遗粪症有时也可在器质性病如肛裂或胃肠道感染之后出现；如器质性状况足以解释大便失禁。应将之作为唯一的诊断；如果只作为诱因而不是充分原因，则应（在躯体病之外）编码遗粪症。

【鉴别诊断】应慎重考虑以下情况：

(a) 器质性疾病如无神经节性巨结肠（Q43.1）或脊柱裂（Q05.-）所致的遗粪症（注：但遗粪症可与肛裂或胃肠道感染等情况并存或随后出现）；

(b) 便秘。大便梗阻导致液状或半液状粪便“溢出”（K59.0）；在某些病例中，遗粪症与便秘并存，

此时应编码遗粪症（需要时亦应附加编码说明便秘的原因）。

F98. 2 婴幼儿和童年喂食障碍

一种具有多种表现形式的喂食障碍，通常特发于婴幼儿和童年早期。在食物充足、养育者也相当不错，又没有器质性疾病的情况下，常有拒食和极端追求新奇。反刍（无恶心或胃肠病但总反胃）现象可有可无。

【诊断要点】

轻微的进食困难在婴幼儿和童年期很常见（其方式为追求新奇、被认为少食或多食）。单单这些不能认为有病。只在下述情况下才能做诊断：进食困难显然超出正常范围；进食问题具有病态的性质；或体重不增或下降至少一个月。

包含：婴幼儿反刍障碍

【鉴别诊断】：应慎重与以下情况鉴别：

- (a) 孩子愿意从非抚养者那儿取得食物；
- (b) 足以解释拒食现象的器质性疾病；
- (c) 神经性厌食症或其它进食障碍（F50.-）；
- (d) 更广泛的精神科障碍；
- (e) 异食癖（F98. 3）
- (f) 喂食困难与养育不当（R63. 3）

F98. 3 婴幼儿和童年异食癖

长期进食无营养的物质（泥土、颜料碎屑等）。异食癖可以是更广泛的精神科障碍（如孤独症）的症状，也可作为相对独立的精神病理行为；只对后一种情况用此编码。此现象最常见于精神发育迟滞儿童；如果还存在精神发育迟滞，应在 F70-F79 编码。然而，异食癖亦可发生于智力正常的儿童（通常是年幼儿童）。

F98. 4 刻板性运动障碍

一种随意的、反复的、刻板的无意义的（常为节律性）运动，它不属于任何已知的精神或神经科病态。如果这种运动只作为他种障碍的症状，则只编码那种弥漫性障碍（即不用 F98. 4 的编码）。非伤害性动作包括：摇摆躯体、摇摆头颅、拔毛、捻发、作态地弹指和拍手（咬指甲、吮拇指和挖鼻孔不含在此，因为它们不是精神病的良好指征，也没有足够的公共卫生价值去作出分类）。刻板性自伤行为包括：反复撞头、打耳光、戳眼睛、咬手、咬唇或咬身体其它部位。所有的刻板性运动障碍都极常与精神发育迟滞伴发；此时两种障碍都需编码。

有视力损害的儿童尤其常见戳眼睛。但视力缺陷并不能成为戳眼睛的充分理由，当戳眼睛和失明（或部分失明）并存时，两个都应编码：戳眼睛编码为 F98. 4，视力缺陷在适当的躯体障碍项下编码。

不含：异常不随意运动（R25.-）

器质性起源的运动障碍（G20-G26）

咬指甲、挖鼻孔、吮拇指（F98. 8）

强迫性障碍（F42.-）

更广泛的精神科病态（如弥漫性发育障碍）所表现的刻板动作

抽动障碍（F95.-）

拔毛狂（F63. 3）

F98. 5 口吃[结巴]

讲话的特征为频繁地重复或延长声音、音节或单词，或频繁出现踌躇或停顿以致破坏讲话的节律。一过性轻微讲话节律障碍在童年早期很常见，在童年晚期乃至成人也可长期存在，但很轻。只有当严重程度足以妨碍讲话的流畅时，才能定为一种障碍。当讲话中出现此类重复、延长或停顿时，可同时伴有面部和/或身体其它部位的运动。口吃应与言语急促（见下面）和抽动相鉴别。某些病例可伴有言语或语言发育障碍，此时亦应单独在 F80.-项下编码。

不含：言语急促杂乱（F98. 6）

神经系统障碍致使讲话节律失调（ICD- 10 中第六章）

强迫性障碍（F42.-）

抽动障碍 (F95. -)

F98. 6 言语急促杂乱

讲话急促而且不流畅，但没有重复或踌躇，严重到足以降低言语的清晰度。讲话不规则，没有节律性，常急促地迸发出一些错误的短语（如讲话交替他停顿与迸发，形成一些不合句法结构的单词组合）。

不含：神经系统障碍致使讲话节律失调（ICD-10 中第六章）

强迫性障碍 (F42. -)

口吃 (F98. 5)

抽动障碍 (F95. -)

F98. 8 通常起病于童年和少年期的其它特定性行为与情绪障碍

通常起病于童年和少年期的其它特定性行为与情绪障碍

包含：不伴多动的注意缺陷障碍

（过度）手淫

咬指甲

挖鼻孔

吮拇指

F98. 9 通常起病于童年与少年期的未持定性行为与情绪障碍

通常起病于童年与少年期的未持定性行为与情绪障碍