

第 133 期

2021年1月1日出刊
年会特刊



精神医学和临床心理学 督导与研究

www.mhealthu.com





报名学习 督导会诊

4000-218-718

精神医学和临床心理学

督导与研究

美利华在线健康大学出品并版权所有

总 编 辑 王剑婷

副 总 编 肖 茜

顾 问 刘春宇

督 导 张道龙

协办单位

美中心理文化学会 北京大学出版社
四川省精神卫生中心 华佑医疗集团
哈尔滨医科大学精神卫生学院

教育服务项目

- ❖ 中美心理咨询师及精神科医生规范化培训项目
- ❖ 学生帮助计划 (SAP) ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 美国专家国内集中讲学 ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 美利华医疗之家 ❖ 《督导与研究》杂志

邮箱: meilihua@mhealthu.com

欢迎登录美利华在线健康大学网站免费查阅和下载

如需转载, 请注明“美利华在线健康大学”《督导与研究》





Editor's Letter 写在卷首

2020，不思量自难忘

2021年元旦，内卷写完，我在工作室里一人独坐，掌灯准备完成这个首语。

其实，不知道要写些什么。翻了翻其他公众号，不少人在“盘点”过去，还有些在立Flag，也有人托出新闻照片，还有的送上祝福。我的脑子却总也没有什么的，只有【疫情】这两个字硕大无比的横亘在中间.....2020地球上这些、那些的事，或因它起，或因它灭，也不知道能有几处、能有几人的生活不被它所影响？当日我们为地球村般的亲近雀跃时，疫情让我们感到息息相关这个词的另一种威力！呼吸之间，世界上原来是一场共同的命运，大约谁也不会忘记。

不论我们喜不喜欢，时间不会因为我们任何人驻足。在一刻不停的变化中，喜怒哀乐、得失成败、韶华青春都在流走、流走、流走.....当每个我们特定的时间节点到来时，那些仪式感才会让我们意识到，我们或许不能预见那些不确定的降临，但你可以做的，就是持续不断地，向前奔跑！节点可以是一日，一月或一年的开始或结束，还有一种就是立足在每一个当下，为所当为的决定。

美利华立志于教育，却并不在桃园乡。这一年里中美之间通航受阻，道龙老师的归国计划被打乱，远赴硅谷再起炉灶；美利华线下会诊、训练营等等被迫中止，星总拉起一票学员开展热线服务，开始了新模式下的技术大练兵；为相见，从春夏等到秋冬，疫情势头难遏，年会干脆从线下改为线上，隔山隔海也隔不断巨大的号召力.....

2020的美利华，千帆过尽，初心未改！

2021的美利华，心怀远大，吾道不孤！



||美利华大事纪|| 年会年会，年年相会

2020年12月5-6日，心理咨询师与精神科医生国际标准规范化培训暨美利华2020年会在北京召开。今年的大会在新冠疫情影响下几度推迟，经过不断努力终于以线上会议+线下交流相呼应的模式成功举办。

这是美利华一年一度的高规格学术年会。每年张道龙医生会邀请在美各界学者专家为国内学人带来精神医学的最新成果与思路，现场互动讨论精神医学领域的被大家所关注的问题。



高度重视 精心组织

美利华数年以来始终致力于推动国内精神医学和心理学的规范化培训工作。学术方面从2015年引进《精神障碍诊断与统计手册》（DSM-5）系列专注开始，坚持不断地在全国范围内开展系统性培训，全国加入的合作医院300余家，学员近万人。



学术年会作为每个专业学科最重要的展示平台也已经开办了四届。每年年会精选当前精神医学界以及周边学科最主流、最先进的内容，历年邀请国外精神医学界最具代表性的领军人物赴会宣讲，兼具学术及临床价值，广泛受到全国同行业人士的关注及好评。

美利华自身也已培养了四届出镜学员，本次会议，特别邀请了湘雅医院的肖茜博士（第二届班长）及无锡精卫中心的李洁医生（第三届班长）分别就各自的擅长领域进行了演讲。作为国内精神医学领域的新锐力量，她们勇于探索，敢想敢说敢做，讲题内容切合国内情况，赢得与会同仁们的一致好评。



专家：蒋蔚, M.D.
讲题：以精神压力诱发心肌缺血解析心理与躯体之间的关系

- 医学博士
- 社克大学终身教授
- 社克医学院神经心理心血管实验室主任；社克医学院心脏中心、心脑血管中心主任
- 临床医师
- 博士后导师和中国多家医学机构客座教授

美利华在线健康大学 www.mhhealthu.com



专家：Mantosh Dewan, M.D.
讲题：所有心理治疗方法的关键因素

- 75篇论文、35本著作和章节，以及数百篇演讲的主题涉及从脑成像和精神健康经济学到心理治疗和医学教育。
- 两本书的共同作者：《治疗精神病患者面临的困难》(2001)、《短期心理治疗的科学与艺术》(2004)。
- 入选美国最佳医生。
- 曾任临床精神病学和外科神经病学年鉴的编辑，以及爱尔兰心理医学杂志国际委员会委员。
- 自2013年起，他同时担任瑞典延雪平大学健康和福利学院质量改进和领导力方面的特聘教授。

美利华在线健康大学 www.mhhealthu.com




专家：Brian Palmer, M.D.
讲题：边缘型人格障碍的GPM模式

#明尼苏达州明尼阿波利斯市阿利纳健康中心所属的慈善医院精神健康和成瘾服务的医疗主任

美利华在线健康大学 www.mhhealthu.com

· 麦克莱恩学院和哈佛医学院教员中研究和治疗边缘型人格障碍(BPD)的专家
· 临床诊所，担任包括教育副主任等多种职务，领导部门对医科学生、住院医师、研究员和专业人士的教育工作。
· 超过35篇论文的作者或合著者，并发表10本著作。与布兰登·安格博士合著书籍《边缘型人格障碍：基于案例的方法》。
· 是一名官方培训师，负责对边缘型人格障碍患者进行GPM模式管理(Good Psychiatric Management)。



彰显人文精神 支援地方医生

美利华的开始，是由一群海外学人回报家国的拳拳之心而起，在张道龙医生的带领下砥砺前行，国内外团队成员团结一致，坚持“专业、感恩、爱人如己”的理念，影响力持续提升，不但受到国内同仁的认可与支持，更得到海外专家们的赞誉。

本次年会，纽约上州医科大学校长，Dr. Dewan感动于美利华团队多年来为中国同道及患者作为 的努力与贡献，愿意用美利华提供给自己的讲课费用 为美利华来北京参加年会的学员设立【Dewan奖学金】，作为对他们持续学习，坚持在专业上精进的嘉奖。





线上线下 其乐融融

虽然疫情阻隔了更多人线下参与年会，但美利华从创建之初就坚持以慕课形式进行教学，积累了大量的线上工作经验。

讲者们的精彩演讲吸引了与会者的目光与心灵，演讲完毕的提问环节，来自各地的学员及线上听众提出了不少话题相关讨论，深化了听众对内容的理解。年会首夜，线下线上欢聚一堂，互动提问，笑声不断。

来自延安大学附属医院心身科的张金冉医生还作为第三届学员分享了自己回到工作岗位后如何开展GPM模式的门诊工作以及利用美利华平台服务地方群众的经验。



专家：张道龙，M.D.

讲题：精神科医生与心理咨询师国际标准规范化培训

- 美中心理化学会 (CAAPC) 创始人
- 美利华在线健康大学校长
- 河北医科大学、齐齐哈尔医学院、哈尔滨医科大学大庆精神医学院等国内医学院客座教授。
- 精神科医生，现就职于美国帕洛阿托退伍军人医学中心 (Palo Alto VA Medical Center)。
- 《精神障碍诊断与统计手册 (第五版)》(DSM-5) 中文版主译
- 第一位将 EAP、SAP 的技术与服务引进中国的专家。



美利华在线健康大学 www.mhealthu.com

咬定青山不放松 百尺竿头更进步

张道龙医生创立美利华团队，一切从无到有，由小及大，数年来秉持着“学科学、讲科学”的精神，坚持不懈地带领国内精神医学及心理学同仁贯彻生物-心理-社会理念服务于大众。大力推广规范化的诊疗思路及方法，导入短程心理治疗、良好的精神医学管理 (GPM模式)、与国内医疗界多方合作，不遗余力的推动国内精神心理行业的发展。未来，美利华还将继续着眼行业、服务民众，为国人带来更多更精彩的医学盛宴。

2021年会，我们不见不散！！



\\ 本期导读 //

专 题:

- P08 以精神压力诱发心肌缺血解析心理与躯体之间的关系
- P11 精神科医生与心理咨询师国际标准规范化培训
- P13 边缘人格障碍的 GPM 模式
- P19 所有心理治疗方法的关键因素
- P24 边缘型人格障碍的诊疗分析
- P28 精神分裂症谱系、双相及相关障碍和抑郁障碍在 ICD-11 和 DSM-5 诊断标准的异同

本期内容主要来源:

美利华 2020 年北京年会各演讲专题 (2020. 12. 05-12. 06)



以精神压力诱发心肌缺血解析心理与躯体之间的关系

主讲者 | 蒋蔚教授 M.D.

英文中的Mental一词当中就包含了psychiatry和psychology两个概念。精神、心理在过去的历史发展长河中分分合合，Mental health和Body Health近些年来，更多的趋近于整合视角看待身心问题。放眼内外妇儿各类科室中的就诊人群，合并心身问题的大约超过70%。如何理解病理模式又如何做好服务一直是临床工作者的重要课题之一。

躯体，从头到脚紧密联结。以新冠为例感染病毒不但会带来机体上的影响，更会让人焦虑、紧张，产生各种恐惧，或者是病毒直接带来也有精神压力最后导致的结果。

什么是精神压力诱发的左心功能障碍

精神压力诱发左心功能障碍（MSILVD）源自于心肌缺血（MSIMI）

日本医生报告的Takatsubo Cardiology我们译为“破碎的心综合症”（注：也译为“应激性心肌病”）。1984年英国的研究者也已经发现了这样的特征并在《柳叶刀》杂志上发表了相关论文。在杜克大学进行的研究当中我们请患者带上24小时的动态心电图监测设备，同时进行日记书写记录，发现当他们有情绪发生时，在非运动状态下就会伴随ST段缺血表现。在实验室研究中也发现了在精神心理压力测试中，与休息状态相比较，左心室壁活动异常、左心室壁充盈障碍，左心射血指数降低至少5%并伴随有ST段的缺血表现。过去我们习惯性的把这种状况叫做精神压力状态下的心肌缺血，但事实上通过一系列的研究发现，这种问题被称为“精神压力诱发的左心功能障碍”更为恰当。那么这样的问题与运动产生的左心功能障碍哪种更为多发？有多少这样的患者存在？以及临床干预思路都成为我想要解决的课题。通过一系列的针对310名冠心病人的实验室测验我们发现：

- ❖精神压力诱发左心功能障碍在临床上稳定可见且超过运动压力诱发的左心功能障碍
- ❖精神压力诱发左心功能障碍大多不伴有胸痛症状，在压力只有3-5分钟的情况下甚至也不出现心电上的缺血性改变
- ❖精神压力诱发的左心功能障碍与大冠状动脉堵塞没有直接关系。



为什么精神压力诱发的左心功能障碍很重要

- ❖ 显示出明确的负面影响预后：过去30年的研究已经有大量数据证明，与没有精神压力诱发左心功能障碍的心脏患者相比，有这一功能障碍的人在发现后的3-5年里心血管大事件增高约2.5倍。
- ❖ 在同一人群当中，运动压力诱发的左心功能障碍对预后没有预示作用。
- ❖ 破碎的心综合症发作后患者的心血管预后不良于冠心病患者的预后。

精神压力诱发左心功能障碍的危险因素有哪些

- ❖ 统计发现，单身状态下的女性，检查过程中带有一定的抑郁倾向，而且在受试过程中容易产生沮丧感或失控感的人群，更容易被精神压力诱发出左心功能障碍；
- ❖ 2015年《新英格兰》杂志上刊登的一篇欧洲学者针对500个患者的研究也显示，有破碎的心综合症人群与患有急性冠状动脉阻塞的病人相比，急性/慢性的精神疾患罹患率都要更多。

精神压力诱发的左心功能障碍的发病机制

以下丘脑等七个系统在精神压力下都有改变，但研究者们发现

- ❖ 并发抑郁的心衰患者，相比没有抑郁的患者线粒体 β 氧化功能丧失，由 ω 氧化功能来取代，而且 ω 氧化功能不在线粒体内。
- ❖ 有精神压力诱发心功能障碍的患者，相比没有的人在测试过程中耗用脂肪酸和氨基酸增高，而提示糖代谢功能低下
- ❖ 有精神压力诱发心功能障碍的患者，相比没有的人精神压力测试导致糖皮质激素分泌降低，提示压力反应中皮质腺功能低下。

我们都了解线粒体 (mitochondrion) 是一种存在于大多数细胞中的由两层膜包被的细胞器，是细胞中制造能量的结构，是细胞进行有氧呼吸的主要场所，被称为"power house"。我们在大量的遗传代谢类疾病中都能够看到线粒体功用障碍有明显的关系。当左心功能障碍发生时，原先我们总从缺血的角度思考，可能认为是小血管堵塞所致的问题，但后来发现压力引起的左心功能障碍发生可以在30秒以内产生，这样的迅速的改变没有办法用血供应来解释。因此我们推测如果一个人的线粒体功能如果本来就出现某些问题的情况下，会不会有什么样的可能直接影响或作用于线粒体而导致供血障碍？而5-



羟色胺可能就有这样直接进入微血管。

实际上人体一直处于一种Allostatic Load（动态平衡）中，当这种动态平衡被打破时有可能就产生各种问题。我们的假设是细胞内的线粒体功能状况是否有可能就是心理压力导致健康障碍的限速核心步骤（Rate-limiting Step）？

循证医学对精神压力诱发左心功能障碍的干预是什么

目前蒋蔚教授在临床进行着以西酞普兰、需氧运动、正念减压等一系列干预手段为主的，针对左心功能障碍患者的干预。结果显示

- ❖ 选择性5-羟色胺受体阻断剂、减压干预以及需氧运动都可以改善精神压力诱发的左心功能障碍并影响预后。
- ❖ 临床医生和其他医疗保健人员需要对精神压力之下/之后的患者的症状高度敏感并及时提供有效干预。
- ❖ 假如临床有遇到破碎的心综合症患者也建议使用以上方法综合干预。

精神压力诱发左心功能障碍和其它心身病患的干预的前瞻方向

- ❖ 研究：应该关注没有冠心病的人；病理机制方面注重寻找限速核心
- ❖ 临床管理：选择性5-羟色胺受体阻断剂、减压干预以及需氧运动
- ❖ 改善提高线粒体功能：所有可以改善提高线粒体功能的药物和其它干预



精神科医生与心理咨询师国际标准规范化培训

主讲者 | 张道龙 教授 M.D.

走出国门三十年，我发现无论中西方，地域的发展总是不均衡的。这种不均衡带来经济、学术等各方面的差异。像美国过去有南北战争，统一之后也有东部和西部的差异，现在西海岸以旧金山为起点，加上硅谷的崛起，现在集中了 8800 家高科技公司，明显超越了东海岸的状况。从根本上说，与气候、硬件条件这些的关系并不大，最重要的差异是在于：思想。

国内的精神医学和心理学训练也是如此，我们并不是由于缺人、缺物，甚至在现有情况下更不是由于经济方面的问题带来滞后，同样也是思想观念导致规范化培训的落后。所以从搭建训练团队的我就已经构建了如右图这样的模式。四年以来在这样的团队模式下，我们初步实现了这样几个目标。



学会评估

医学中的诊断 diagnose 在心理学中被叫做评估 assessment，美国的说法也是我个人比较喜欢的是：Diagnostic Evaluation 也就是诊断性评估。因为不论在临床是何种职业身份——医生也好护士也好咨询师也好，没有评估就无法了解站在你面前的是一个怎样的人，同为“抑郁”背后存在太多的可能，缺乏评估，干预治疗根本无从谈起。

为了使评估有统一的参照标准，我们团队首先引进了《精神障碍诊断与评估手册》(第五版)也就是 DSM-5，填补国内几十年以来的空白。这部被称为“精神医学圣经”的书成为进行精神医学访谈的蓝本。也是我们培训的核心教材之一。

慕课体系。当年我们没有任何人能预想到 2020 年这场新冠疫情，但国内地域辽阔的事实是美利华在面向全国精神卫生领域职业人员开展培训中需要面对的课题之一。靠人力、靠行脚式的讲学即使我之前的数年已经走过 33 个城市或地区，也实在力所不能及。能有效解决这个困难的只有依靠网络，用科技的手段来解决。事实证明选择线上的慕课系统作为教学手段，不仅实现了对国内各地区的覆盖，在今年这样的特殊时期也可以便捷的把美国教授们直接接入美利华，持续给学员们提供原汁原味的知识大餐。不得不说，这也是选择与坚持的一项胜利。



鉴别诊断与个案概念化

理解一个人，如果仅从症状入手，那必然是远远不够的。美利华建立的临床医学访谈汇集了全国各地、因为各种困扰而来的患者及家属，每一次的访谈我们至少会了解二代人的遗传、个体的成长环境、当前的压力状况等多方面、系统性状况，就是已对设想到了只有这样才能避免陷入“学习就是背诊断条目，抠症状来看病”的弊端。因为实际在美国的临床经验已经使我们知道必然不能只靠一部诊断标准去看病，一个患者可能同时有各种各样的症状，需要鉴别分辨他们的核心问题究竟是什么，因此我们还引进了系列丛书《DSM-5 鉴别诊断手册》并细致讲授每个疾病之间的差异。在实际的访谈过程中通过问诊我们诱发出患者报告他的各种问题，展现给学员，评估个体从学习、工作、家庭方方面面的功能，以期有达到临床教学的目的。这种训练思路及模式恰恰是国内最为欠缺也最难实现的。

生物-心理-社会的干预思路

这个思路虽然由来已久，但如何真正在临床中实现让患者做到这几方面的调整，甚至哪怕先接受这三方面需要进行不同程度改善才能够缓解当前的问题也是个不小的课题。我在美利华的案例访谈中着力通过具体的、接地气的与患者及家属沟通，示范如何将对患者及病情的个案概念化“兜售”给他们，并确认他们能够及时的问诊过程中提问、及时解决心中疑惑，使未来治疗方案能够得以适度调整，对患者预后，甚至包括以家庭为单位的精神心理卫生教育实施到位都有立体的呈现。

面对学员，通过案例示范如何实现精神医学科普并建立好医患关系

通过每个案例示范如何与不同的病症患者沟通他们的病情，如何接受专业建议，更好的提高医疗依从性；从普通患者到牵涉司法精神病医学的个案，四年来对每个门诊病人、住院患者都实行细致、科学的干预，并把全过程呈现给学员，手把手的示范教学。

建立这个系统之初，鉴于行业的环境，难度阻力可谓不少，我甚至听到团队中有声音担心学员们假如知道了要学好几年才能掌握这些内容会不会被吓跑？！可事实证明，真诚的初心、正确的途径总是能打动人心的。四年来，我们培养了一大批热爱美利华，更热爱学习的精神心理卫生工作者，他们从四面汇聚而来，为了心中那个服务大众、钻研专业的热忱持续在美利华的训练中浸泡、感悟、成长。未来，相信我们必然还将继续一道为国人的健康事业贡献绵薄之力。



边缘人格障碍的 GPM 模式

主讲者 | Brain Palmer, M.D.

良好的精神医学管理 (Good Psychiatric Management) 是以循证为基础的, 针对边缘型人格障碍 (BPD) 患者开展的临床管理方法。今天的演讲将从 BPD 的研究背景、人际间的敏感性及一般原则三个部分展开。

一、BPD 的研究背景

边缘型人格障碍患者的治疗并不容易持续, 许多临床工作者并不喜欢接诊 BPD 患者。而且针对这一群体所进行的训练也是不足的, 与之相反很多 BPD 患者却以为医生非常了解自己的状态。对标目前的临床心理干预方法, 我们可以知道这样的情况:

循证治疗		多样化管理
移情焦点治疗 (TFP)	≈	支持性疗法
行为分析疗法 (CAT)	≈	个案管理
心智化基础疗法 (MBT)	≈	结构化临床管理
辩证行为疗法	≈	良好的精神医学管理 (GPM)

曾有人做过对比实验发现, 分别用 DBT 和 GPM 的方法来治疗 BPD 患者, 无论是从减少自残、自杀行为还是控制抑郁情绪都收到近似的管理效果, 更令人欣喜的一项发现是针对一些合并有其他精神问题的 BPD 患者干预当中, GPM 的模式甚至可以取得更好的治疗效果。

GPM 的基本结构是以一周一次的临床诊疗辅以必要的团体咨询等综合性的进行。治疗的首要步骤是讨论诊断, 让患者明白自己的问题所在; 第二, 帮助她学会控制自己的人际敏感性, 向她解释自己的情绪及行为模式是怎么形成的; 第三, 要进行案例管理, 着眼于治疗外的生活当中如何更好的生活; 第四是提供相应的心理教育, 从基因、成因、社会功能损伤的部分帮助她更好的理解自己的状态; 第五, 评估患者的状态, 合理规划治疗过程; 第六, 从精神动力学的角度帮助来访者看到自己一些不明所以的动机、感受来源; 她是自己的行为责任人, 对可能发生的事也要做出预测及管理。



GPM 的临床工作者要向患者解释清楚她将在 GPM 模式当中得到哪些部分的支持，这些足以支持大多数的 BPD 患者，但也不乏例外。假如在这个过程中患者感觉自己需要更为个体化的治疗，她还可以选择包括 DBT、MBT 等其他的临床干预手段。

我们把 BPD 患者的核心问题分为这样一些核心特征：

(1) 人际模式超敏：总有一种被抛弃的感觉，关系处于理想化-诋毁的两极化状态当中，呈现空虚感；

(2) 情感和情绪的失调：表现为情感的不稳定

(3) 行为失控：自杀、自伤或某些冲动行为如危险驾驶或乱交

(4) 混乱的认知或身份认同：自我形象不稳定或人格解体

二、人际间的超敏性

我们要提示这样一种 BPD 患者的人际模式帮助大家更好的理解他们的行为模式。如果说今天演讲的核心，那么这个部分就是希望大家能够记住以下内容：

- ◇ 对于 BPT 群体而言当她感觉到与人联结——这个人可能是男友，也可能指治疗者，她就会呈现出两极化的反应：过度的理想化或者过度的愤怒，对拒绝非常敏感。
- ◇ 如果她感觉到自己被冷落了，其实这种冷落可能仅仅就是没有回电话给她或者正常的咨询结束，都可能引发她的情绪波动并发生自残自伤等行为。
- ◇ 如果在这样的情况下男友立刻道歉、向她示好并增加对她的支持，可能帮助她又回到前述的相对正常的稳定当；
- ◇ 如果因为那些过度的行为造成男友更加的疏远或嫌弃，她可能陷入非常痛苦的状态——分离而且偏执，制造更多危险行为试图引起关注或放弃生命。

假如你对以上所描述的 BPD 人群人际模式能够理解，你也就理解了什么是边缘人格患者。在临床工作中能够给予她充分的支持与关注，帮助她保持或者说能够回到安全稳定的状态当中，那治疗可能就会产生良好的效果，反之得不到支持与回应，她会认为印证了自己的推测，更走极端。

当然以上的示例并不是我们的治疗计划，并非是说我们要完全按着顺应她要求的模式去对待她，而是希望大家能充分理解 BPD 患者的人际模式，了解她在得到不同的回应时有可能继续恶化、增加危险行为；也同样可能因为得到回应、感受到支持而回归基线。



加深对患者行为模式的理解在临床有什么帮助呢？事实上患者的这些敏感可以解释为什么有时候她的行为会失控。如果患者来见你说她这周很抑郁，你不用去过多的担心她吃得好不好睡得好不好聚焦到症状本身去，而是和她讨论一下在这周当中人际关系是不是发生了什么变化？在这些变化当中她的情绪、行为以及感受如何？因为患者本身并不一定能意识到她自己是受到人际模式的影响，只是沉浸在自己的情绪里，治疗者通过和她一起回顾，看看发生了些什么，自己是如何变成这样的，她会感觉到治疗者“懂我”，“看到我”，这对治疗是非常有帮助的。

三、一般原则

作为治疗者有这样六个原则需要遵守：

- 1) 积极主动原则：你能挑战她的消极、回避，你可以控制这些过程
- 2) 支持原则：彻底的倾听、保持好奇心，去理解关心她的处境及感受
- 3) 关注生活实际原则：比起爱情，稳定的工作收入对她更为关键，更能提升她的自我感受。大多数的治疗都关注在症状减少层面，但实际我们发现症状减少并没有直接带来功能的恢复，比如能够学习、工作等。
- 4) 保持真实且专业的治疗关系：你可以表达“你那样想让我感到恐惧”、“你的行为让人害怕”这样真实的想法，我们与 BPD 患者要保持真实的人际关系模式，而不是保持所谓的中立。你可以选择如实的反应。
- 5) 期待改变原则：改变可以有失败，但我们是期待他在治疗过程中发生转变。
- 6) 责任原则：要和患者讨论由她自身为自己的行为、康复负责，而不是只由治疗者来承担推动、让改变发生的责任。

治疗时我们可以使用一些叙事性的手法，比如让患者写写自传或日记，让她自己来回顾自己是如何成长为今天的自己的。如果她并不愿意写点东西，那我们可以尝试在治疗时回顾上次治疗中的谈话或者发生的事，带动她去思考并叙述。有时可能她会拒绝甚至说“想不起来了”、“不想说”，你可以试着说：“那怎么可能呢，我都会想想呀”，这样说并不是你真的生气了，而是为了激励她思考并表达。我们反复这样的工作是帮助其建立“理解事物发生内部模式”的思维方式，而不只是一次次的陷入单独的事件当中。事实上我们发现，BPD 来访者受遗传的影响比重性抑郁障碍患者的还要高，仅次于精神分裂症和双相障碍。人际关系模式和情绪受遗传的影响更大。向 BPD 的来访者进行这样



精神卫生心理教育，让她们了解自己受基因遗传的预置性影响而容易产生波动，并非让她觉得自己天生如此就无药可救了，而是更好的理解自己受到的影响才更容易情绪失调。

通过对 300 名 BPD 患者 10 年的追踪研究。我们发现从第二年开始有 35% 左右的患者就不再达到诊断标准，而且这个比率逐年提高，第四年有 49%，第十年时有 82% 左右的患者不再达到诊断标准。同样从符合多少诊断条目的角度来研究的也显示了相近的结果。第一年平均 BPD 患者达到 9 条诊断标准中的 6.7 条，而到第二年时就只达到 3.8 条，也就是说不再满足 BPD 的诊断原则，到第十年，则只有 1.7 条符合。这些被调查者还都未接受治疗，属于自然状态下的自愈。而需要说明的是这种“好转”是指得症状的减少或消失，并非功能上的恢复。只有 1/3 的人能有稳定的工作或伴侣关系。所以这也是之前我们强调的，治疗者不仅仅是关注症状减少，而是要促进我们的患者更好的生活，恢复他们的社会功能，该上学能上学，该工作能工作，有稳定的收入维持自己必要的关系。

我们通过对患者正确的诊断、进行适当的心理教育，能够帮助他们产生更为合理的期待，家庭也会因此更为理解患者并调整与他们相处的模式。对于治疗者来说，理解患者出的愤怒情绪、不稳定的行为模式也能更加稳定我们面对 BPD 人群时的心态。

治疗开始的第 1 个月中我们要看看治疗关系建立的如何？她是否能主动投入治疗当中？症状有哪些改变？从我的临床经验看，在第一个月中不论你用什么药物（我是用的拉莫三嗪），用何种方法，患者的问题通常都会好转。

第 2-3 个月，自伤自残会变少，你对患者的理解会加深，共情变得容易起来，

第 3-6 个月，患者在治疗中进行的练习会使得她的人际关系改变，情绪也稳定下来，有可能还会找到工作或投入学习当中去，

GPM 模式之所以能够起效就是因为能够有效的帮助改善患者的一些症状问题，包括使用药物，通过心理教育使他们理解自身并重新进行一些规划，调整期待；持续的支持还有可能当一些突发问题发生时及时给予帮助。同时治疗者的存在当然不能是“永久的”，我们可以适时的提醒她，尝试自己去面对并解决问题，而不是要求治疗师随叫随到。两次治疗中间可以允许她写写自传、有问题通过写写 E-mail，这些都不需要治疗师立即回应，但同时也保持着一定的联结。

我们所说的 BPD 患者的自杀自残一般都是由人际关系中处理压力的一种模式，
我们有 9 条原则帮助他们减少这些行为的产生：



1、表达关心：你不要觉得她就是要“引起你的注意”，因为这样的想法很可能激发她的愤怒并忽略可能存在的风险

2、评估风险：是真想自杀还是为了引起关注要仔细鉴别，增加风险的因素有失恋、出院、成瘾问题，反之能降低风险的有用药控制症状，人际关系改善等

3、询问患者需要什么样的帮助

4、住院：作为一种备选，还可以尝试和患者讨论

5、做链式分析澄清问题发生的模式

6、要清楚的知道治疗者的局限性

7、与患者讨论治疗的有效性

8、制订安全计划

9、寻求朋辈或督导支持

针对 BPD 患者的药物治疗至今为止还没有太好的循证疗效依据，甚至有时还可能增加一些用药的风险，比如过量服用等。治疗者在与患者建立治疗关系时就需要对患者说明药物的使用原则及功效，让 BPD 患者理解自己用药要解决什么样的具体的症状。常用的有抗精神病药、抗抑郁抗焦虑药等，苯二氮卓类药物由于易成瘾，使用的时候要注意。

前述我说过在治疗开始的第一个月中使用什么药都可能显示患者的状况好转，事实是在双盲实验中已经拉莫三嗪对 BPD 患者其实无效，所以，治疗中出现的好转往往与用什么药无关，而是更多综合因素促成的结果。

四、团体治疗

边缘人格障碍主要是人际关系困扰，因此包括 DBT 在内的治疗者们都发现团体治疗的效果要优于个体治疗，因为在团体当中患者有机会感知并发展自己的人际关系能力。

五、家庭治疗

我们在临床中发现边缘人格患者的家庭治疗也是必要且有效的。其中包括帮助养育者理解患者的情绪及行为模式；鼓励养育者主动改变——降低期待、帮助患者减压、提高关心度等；同时也可以鼓励患者加强与父母的互动，假如这种互动并不顺畅时还可以请专业人员介入来帮助他们提高沟通技能。



六、关于共病

临床中 BPD 共病其他一些精神障碍也非常常见,但并不是所有的治疗干预策略都一样,总体来说考虑原发继发关系以及对个体健康影响的严重程度不同,优先干预的顺序不尽相同。

与下列疾病共病时需优先治疗 BPD	与下列疾病共病时同时/优先治疗该病
抑郁问题	双相障碍(与边缘同时治疗)
GAD 或社交焦虑	早期的儿童期的 PTSD (优先治疗)
成人期的 PTSD	物质依赖障碍 (优先治疗)
反社会人格障碍	神经性厌食症 (优先治疗)
自恋人格障碍	
物质使用问题 (轻度时)	



所有心理治疗方法的关键因素

主讲者 | Mantosh Dewan, M.D.

今天我将围绕以下几个议题展开话题，包括我们为什么需要心理咨询？我们在什么时候需要心理咨询？需要哪种心理咨询？什么是心理咨询中的共同因素。然后我将根据两个个案讨论来引申对以上内容的思考。

个案一：

- 17岁的李伟是个开朗的男孩，他喜欢玩手机游戏而不想学习
- 他的父母与他谈判、尝试管教但都没用，他变得很对立。他们甚至尝试用钱去激励儿子上学但丝毫无用。
- 他的父母每天花大量的时间来工作用来攒钱买一个好的学区房
- 他们的理想是让儿子成为法官

我们为什么需要心理咨询？上面这样的问题出现的时候，说不得打不得管不得，父母就会需要寻求改变的方法，自然而然对心理咨询的需求就出现了。当然，假如吃片药这个问题就能解决当然看起来更简单，但现实是并不存在这样的选项。在这里我们要说的是，有在某些情况下，心理咨询与用药同样有效。通常情况下对轻度的焦虑、抑郁情绪我都首先推荐心理咨询，如果心理咨询无效的情况下再考虑用药处理。对一些问题稍微严重些的情况，比如来访者根本不愿意与咨询师交流，那么可以选择先用药，控制情绪问题之后开展心理咨询。

选择哪种心理咨询方法是个有争议的话题。目前来看，认知行为疗法（CBT）无疑是研究最为充分的一种心理咨询方法，但总体而言 CBT 也好，人际关系疗法（IPT）或者说动力学疗法都有其疗效。当然也有例外情况，比如对于强迫症的治疗，暴露与反应疗法还是最为有效的。回到“都有效”这个观点来，如果所有的心理咨询都有效果，那么什么是中间的共同因素呢？

我们需要来看看改变发生在什么样先决条件下：

- 1) 处于心理咨询中，
- 2) 来访者-治疗-咨询师。

在一项非常著名的研究结果当中提示这样的一组数，在咨询当中技术仅仅占治疗有效



性 15%，而咨询师与共同因素相加就达到了 45%的比重。患者因素所占的 40%当中，病情的严重程度、病情的复杂程度、人格因素、社会支持、依从性等诸方面都需要评估。

以李伟的个案来看，目前报告中看起来他的问题并不太严重，主要报告的是不愿上学似乎也不复杂；年纪还不大牵涉人格层面问题尚不可知，最显著的问题是日前他非常不配合，

第一个关键词：依从性、依从性、依从性

我们先要从建立关系，调动他的依从性开始。

假设与李伟进行咨询，我可能会从以下几个部分着手来讨论：

你的困扰是上述（基本资料中写的）那些吗？要知道尝试了解对方，中立的与对方沟通往往是建立关系阶段非常重要的起点，这个少年最需要的是找到改变的动机，所以通过动机面询的办法促进他也许会成为一个打开的窗口。

可以根据自己的临床判断告诉他干预的思路，比如你认为他需要先用药还是先接受心理咨询。清楚的告诉患者你的见解。

在这个案例当中，你可以问问他和父母的关系，看起来有可能因为目标的对立面影响他们之间的关系。他自己其实没有困扰——打游戏不上学挺快乐的，感到难受的是他的父母，所以我们要尝试找到“他愿意改变的动机”，比如他有什么不快乐的，想要改变的方面，问问他生活当中有什么他不满意的吗？这些都可以和他去讨论。有可能他会说：

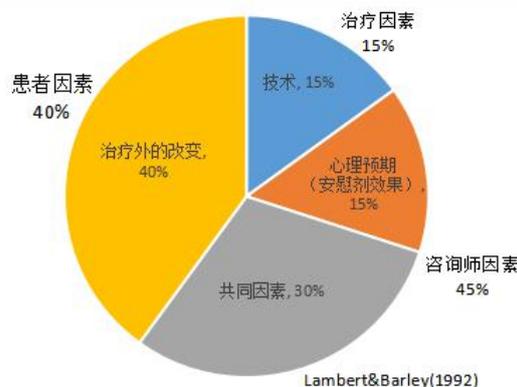
“我没有什么不快乐的，除了我父母总是逼我去学习！”这本身也可能成为切入口。我们可以这样来回应：

“好的，那这样吧，我来帮你看看咱们能一起做点什么让你爸妈开心一点，你也好过一点？”

也就是说先尝试与他建立联盟，发挥自己作为咨询师重要的“人”的因素。

第二个关键词：技术发挥效果是在规则之下才能发生。

我们要思考一下选用哪个技术来与这个少年工作了，有可能会有人说反正技术只占 15%，似乎没有那么重要。但不要忽略，每种技术背后都有其科学依据或本身的逻辑性，选用精神分析，你与少年讨论的可能就是梦；选择 CBT 你们的话题就不是梦，而有可能



是白天发生的具体的事或者情绪，这其中的差异还是很大的。所以选择一个技术，它需要既匹配来访者的理解力，也符合咨询师的工作思路。而且采用哪个技术一定要得到患者的同意，没有这个合意，咨询不会有效的。

第三个关键词：人的作用

心理预期或者安慰剂效果即有 15%，

接下来的 30%的部分，重要的就在于咨询师，你是谁，是的，就是你，你，你！

我们常常可以看到很多专业人士在办公室里把自己的文凭贴满墙壁，通过这种展示来说明自己具备这种专业能力。我们今天主要想讨论的也是关于这个部分。作为一名临床咨询工作者，你需要：

- ✓ 为来访者提供一个舒适的空间、
- ✓ 关注自己的反移情：比如你喜欢李伟吗？还是讨厌他如些不珍惜父母的期待？
- ✓ 有充分的共情能力，知道该做什么；
- ✓ 能够与来访者结成工作同盟：要知道你如果讨厌他开展工作自然是不容易的；
- ✓ 无条件的关注并给予反馈；
- ✓ 能期待失败并乐于挑战，
- ✓ 始终保持：我能如何帮到你呢？的自问。

带着这些思考我们再来看看李伟的个案。在李伟的视角：他并不想做什么改变！

- 生活太舒服。
- 他害怕失败也畏惧挑战，
- 对成为法官没有兴趣。

在以上的部分不知道你能不能尝试找出帮助他的切入点呢？从个案设定的角度上说，这不算个复杂安全——年轻人，性格开朗，有支持他的父母，看起来或许是太害怕失败所以自己不想去面对挑战，也有可能是父母强加给他的愿望本身不符合他自己的期待，如何从这两点上做好工作可能就是促成他改变的动机。

我们来讨论看看第二个案例。在这个个案中也存在三个关键部分：

第一：咨询师——关于你的因素

第二：患者依从性的问题，因为各种原因看起来他的依从性目前都不好

第三：技术——对精神分裂症的针对性的技术似乎不多



个案二：

- 俊杰是个19岁的男孩，在他首次发病之后被诊断为精神分裂症。
- 幻觉：有人在控制着他而且在追杀他
- 所以他因此在大街上袭击了路人，并跳车
- 妄想：因为自己知道“某个秘密”所以人家会追杀自己，自己“被选中”是因为名字俊美
- 他有过入院治疗史，氯氮平治疗有着不错的效果，但他本人也不愿住院了。

我们首先要从**科学的角度**去理解精神分裂症患者。从生物学角度他们受遗传、大脑功能，包括神经递质等等都可能不正常。这些理解在我们面对病人工作的时候实际用处不大。像这个病人，明明有过不错的药物治疗效果却停用了，要思考这其中的原因。很多时候我们都以为患者是出去对副作用的顾虑而不吃药，实际上即使没有副作用，一些患者也是不愿意用药的。我们知道精神分裂症的发病一般在成人的早期阶段，针对这个时候我们要尝试去理解他为什么现在发病？他的心理机制是什么？我们看到一些病人即使没有幻听或妄想，看起来也异于常人，似乎有些什么部分缺失了，他们的功能还是受到了损害。

从**心理学的角度**如何理解精神分裂症患者呢？通常我们普通人看到他人，内心会描绘一个虽然有些差异，但大体一致的形象。就像我们面对一个雕像每个人举着相机但会拍摄出不同的照片一样，精神分裂症患者透过滤镜看到的世界与一般人是不同的。我们在成长的过程中透过自己的“滤镜”，心里也会装进很多其他的人，你见过得人越多，内化的东西越多，内心也会更加丰富。面对关系也是一样的道理，你看到他人互动，比如爸爸妈妈是怎样交流的，这些经验也会内化进你的心里。我们常常看到社会上有多交流沟通的模式，有人打，有人吵，有人彬彬有礼，随着自我的成长，最终我们也会选择自己较为习惯或喜欢的方式来面对世界。所以一个年青人，许多事并不真的都亲身经历了，但在成长的过程中自己体验+看到他人学习、内化，就会学着去适应并适度的处理各种上问题，上学工作交友甚至发展亲密关系。

相对于正常人，精神分裂症的人所持有的“**滤镜**”就与普通人不一样，所以他看到的人也就“变得”不同起来；一些分裂样人格的患者他们本身与人互动就少，导致他们对人际关系的模式内化也非常少。带着这样不同的、稀少的内化经验，他们也同样要面临上学工作这些现实性问题，所以即使是看似同样的社会生活对他们也非常具有挑战性。同时这里还有差异在于我们习惯了自己的视角之后，总认为“精分患者”他们少了些什么或者多了什么反应因此与我们不一样，他们是“疯了，但作为精分患者来说，他们感知到的才是自己的“真实”，并不觉得有什么不对或异样。获得过诺贝尔数学奖的纳什就曾经说过，



“有时候不正常才让人觉得安心一些”，所以像案例 2 中我们看到俊杰不愿意服药就医改变现状，其实不能只说他们的依从性不好去对抗性的看待，很重要是要能从心理角度知道精神分裂症患者本身的心理状态出发去理解他们——作为一个治疗师，你能不能成为患者眼中稳定的、持续的、慷慨、理性、温和的人，当他特别不解、愤怒于他人不理解自己的时候一直很好的在他身边，帮助他去内化新的经验。

面对一个不用药，有攻击他人危险且不愿用药的个体，咨询师其实也很可能感觉恐惧，这些时候我们不要试图去讨论改变或移除他的妄想，那往往是困难且不现实的。我们可以尝试和患者去讨论他们的感受和应对办法。试想总被一群看不见摸不着的人“追杀”是种什么滋味？！所以你可以问问患者，他自己是在一种什么情绪中的，你与他沟通的时候可能并不是能非常了解被追杀的感受与苦恼，但是，如果他感受到的也是恐惧或者害怕，你可以和他沟通这个“共通的”情绪。

过去用药的信息也可以在与他交流时作为一种“提示”，温和温柔的提醒式的问问他：“你上次住院的时候是不是用了什么样的方法，用了一种什么药，自己就可以不这样担心恐惧了？”假如你是一个认知行为疗法背景的咨询师，你可能是把妄想归类于一种扭曲的信念，那还可以通过沟通认知的角度对这个患者说：“有时候我们的大脑并不总是正确的，它也会产生一些小小的失误或偏差，有这种可能吗？”

上面这些对话中，你会发现我一个专业术语都没有用，比如，

“因为你得了精神分裂症所以得吃药”，

“觉得有人追杀是一种妄想症状，所以你要吃药”等等，

而是用一种平等的，一个人对待另一个的态度，从情绪情感的角度来沟通。就像前面讲的一样，与这样的患者沟通时，我们本身也在提供一种对于他来说新的内化经验，毕竟在精分患者当中有妄想存在的患者中 15%的人是最后自杀身亡的。

一个病，既不好治，还容易复发，现在不服药，后面还有 15%的可能会自杀，这听起来是有些可怕的，但另一方面，作为咨询师这一件事你就有 45%的机率能够帮助到他，这，能不能算一个好消息呢？

最后，我想说，去考一个学位或者拿到一个头衔挂在墙上——最好再染个灰白的头发，看起来老成持重些，你就有了安慰剂/心理预期的那 15%；

学种什么技术/拿个证书——你又有了技术的 15%

做好一个“人”的角色（做一个好人）——共同因素的 30%你也终将 GET！



边缘型人格障碍的诊疗分析

主讲者 | 李洁 医生

极力避免真正的或想象出来的被遗弃（注：不包括诊断标准第 5 项中的自杀或自残行为）。

2. 一种不稳定的紧张的人际关系模式，以极边缘型人格障碍（Borderline Personality Disorder, BPD）在 DSM-5 中诊断标准包含以下 9 个方面：

1. 端理想化和极端贬低之间交替变动为特征。
 3. 身份紊乱：显著的持续而不稳定的自我形象或自我感觉。
 4. 至少在 2 个方面有潜在的自我损伤的冲动性（例如，消费、性行为、物质滥用、鲁莽驾驶、暴食）（注：不包括诊断标准第 5 项中的自杀或自残行为）。
 5. 反复发生自杀行为、自杀姿态或威胁或自残行为。
 6. 由于显著的心境反应所致的情感不稳定（例如，强烈的发作性的烦躁，易激惹或是焦虑，通常持续几个小时，很少超过几天）。
 7. 慢性的空虚感。
 8. 不恰当的强烈愤怒或难以控制发怒（例如，经常发脾气，持续发怒，重复性斗殴）。
 9. 短暂的与应激有关的偏执观念或严重的分离症状。
- 符合以上 5 项（及以上）症状可诊断。

流行病学统计

2011 年发表在《柳叶刀》杂志上的文献显示一般人口中 BPD 的患病率在 0.5%-5.9%之间，中位患病率 1.35%。在临床人口中，BPD 是最常见的人格障碍，占到所有精神科门诊的 10%，住院患者当中占比约为 5%。在一项非临床样本的研究中，报告了高比率的边缘型人格障碍 5.9%，表明许多患有这种障碍的个体并不寻求精神科治疗。在初级保健中，边缘型人格障碍的患病率比普通人群高 4 倍，这表明患有 BPD 的个体经常使用普通医疗。

国内《精神病学》第六版中提示的一般人群及精神科就诊率数据同前，而 BPD 患者在中国大陆大学生中的比率为 0.96%，在缓刑及假释犯中的占比为 19.5%，另外 BPD 与复杂性 PTSD 的共病率为 55%，与重度解离共病率为 44%，BPD 人群中的最终自杀率为 10%。



病理学机制

- 行为遗传学研究中，遗传因素能够说明情感不稳定和冲动行为等具有遗传性，在同卵双生子的研究中同患 BPD 的概率是 35%，异卵双生子中的同患比率是 7%。
- 在针对神经递质的诸多研究中也提示了 5-羟色胺对冲动性攻击性的影响可能，具体如下图示。

	行为	神经递质因素
BPD	冲动性、攻击性、自伤特征	5-HT基因、DA基因、单胺氧化酶基因
	情绪不稳定	乙酰胆碱、HPA轴

- 中枢神经系统结构相关的风险因素中提示了前额边缘环路密切的相关性，其中涉及眶额叶皮层、前额叶腹外侧皮层，杏仁核、海马、基底节、丘脑、梭状回、前扣带皮层等多位点。
- BPD 的自主神经系统有关的风险因素显示，与情绪不稳定性的发展有关主要是副交感神经系统功能，副交感神经系统的活动以呼吸性窦性心率不齐为指标，是迷走神经在呼吸周期上对心率变化影响的结果。这个结果可能说明他们会有神经症性的表现。
- 心理社会因素。我们在临床中发现除了遗传以及生物性因素以外，童年经历及成长环境都有着重要的影响。通常说来父母本身患有人格障碍问题或物质使用障碍会带来亲子关系的不稳定，或者总是被父母挑剔批评、目击暴力行或直接遭受虐待，都有可能增加致病的风险。

临床表现

- 极度害怕被抛弃上述各种不稳定的根源，是边缘型人格的人对于被抛弃的强烈恐惧。被他人抛弃，对于边缘性人格的人来说，可能是世界上最可怕的事情，也是最无法接受的。他们可能会努力逃避真实或者想象中的被抛弃，「你只要不离开我，要我怎么做都行」是典型的边缘型人格特征。青少年甚至会发生类似遗尿等退行性行为。用自残的方式来吸引关注。



- 人际关系的不稳定。边缘型人格的人，情绪在一天中（甚至一个小时中）可能会有多次的剧烈起伏。与双相情感障碍不同的是：双相患者抑郁和躁狂更替周期较长，而边缘型人格的人，情绪转变快，一天之内跌宕起伏。
- 在人际互动以及亲密关系中，边缘型人格的人往往无法，或很困难与他人形成稳定且持续的关系。可能对人忽冷忽热，前一秒还恩爱有加，后一秒冷淡至极极具戏剧化。
- 身份紊乱带来的自我形象的不稳定。边缘型人格的自尊水平和对自我的认知，完全取决于与他人的亲密关系，且经常会陷入理想化和自我贬低的极端。与伴侣在一起时，对自我的评价很正常，甚至过于正性：“我是世界上最幸福的人。”一旦与亲密的人分离，就会陷入极度的自我厌恶，觉得自己根本没有什么留在这世上的必要。
- 自我伤害的冲动。冲动行为往往发生在被抛弃感发生之后，比如疯狂购物，暴饮暴食，严重者可能会有伤害自己，割手划伤等，或者故意参与危险的事情中去：例如飙车、药物滥用。如果再严重点，也可能用自杀来威胁或表达情绪。
- 冲动易怒以及情感的不稳定。边缘型人格的人就像活火山一样，可能完全没有预兆地爆发出情绪，而且情绪爆发的后果很严重。当他们因为被抛弃而感到生气、委屈、惊恐和愤怒时，他们会被这些压迫性情绪所淹没，从而失去自我控制。有些时候这些情绪完全是不合时宜的，也许一个微小的批评就可能招来愤怒的爆发。
- 自我毁坏的模式。比如不参加重要考试，放弃马上可能得到的成功。
- 精神病性症状
- 对宠物更容易建立安全感
- 共病

鉴别诊断

- 抑郁障碍
- 双相障碍
- 与其他各种人格障碍



病程与结局

- BPD 的损害和自杀的风险在青年时期最大，随着年龄的增长逐渐减弱
- 有关研究经过 10 年的追踪发现，有一半的患者不再满足诊断标准

药物治疗

- SSRI 类或 SNRI 类：针对情绪起效
- 苯二氮卓类：避免长期使用致依赖，及时减停
- 单胺氧化酶抑制剂或锂盐：对情绪稳定有收效
- 卡马西平、丙戊酸盐：降低冲动暴发，与 SSRI 联用，用于解决成瘾问题
- 抗精神病药物

当前主要的一些针对性心理治疗

- 辩证行为治疗 (DBT)
- 心智化基础疗法 (MBT)
- 移情焦点疗法 (TFP)
- 图式疗法 (ST)
- 预测情绪和解决问题的系统训练 (STEPPS)
- 人际关系疗法 (IPT)

社会性治疗

- 根据不同患者的情况资源取向的去支持他们以消除他们的不良压力。
- 作为临床工作者可以从疾病知识的心理教育，行动决心的支持以及社会环境支持三个方面来实现。



精神分裂症谱系、双相及相关障碍 和抑郁障碍 ICD-11 和 DSM-5 诊断标准的异同

主讲者 | 肖茜 M.D.

我国从临床到科研领域越来越多的导入了标准化规范化的诊断要求。特别是心理咨询工作者未来与精神科医生合作时，需要就疾病的评估诊断有相应的了解，否则无法顺利开展。因此今天就精神分裂症、双相以及抑郁障碍这三个精神科的临床常见疾病进行讲授。

与 DSM-IV 以及 ICD-10 时代主要基于症状学分类不同，DSM-5/ICD-11 时代尽可能按照病因学分组，例如过去强迫症被归类于焦虑障碍，但是由于近年脑科学的研究发现，两组疾病的神经环路还是有所差异，因此基于潜在的神经生物学因素现在已经将强迫及相关问题抽离出来，单独成章。

世界卫生组织（WHO）美国精神医学协会（APA）的协调委员会基于方便国际交流和科研合作的目的希望两个诊断系统能保持一致性，因此许多 DSM 的工作组成员也在 ICD 工作组工作，ICD-11 工作组被要求参照 DSM-5 的诊断体系，并且要对差异提供解释。

因此从结果上来说**疾病谱系大致相同**，绝大多数疾病与 DSM-5 相一致。相较而言 ICD-11 中的临床描述有很大的灵活性，是基于历史传统而有意造成的区别，例如精神分裂症病程 1 个月和 6 个月。

ICD-11 诊断指南和 DSM-5 诊断标准的区别在于 ICD 的诊断弹性增大，在症状数目或精确持续时间上弹性大，允许医生灵活地进行临床判断。

一、精神分裂症

1 ICD-11 对精神分裂症的定义和诊断

1.1 ICD-11 对精神分裂症的诊断

ICD-11 中精神分裂症的编码为 6A20。ICD-11 中精神分裂症的特征在于现实感受损和行为紊乱，核心症状包括妄想、思维形式的混乱、幻觉、被控制感、意志减退、情感平



淡和行为紊乱、精神运动性激越。症状持续至少一个月。需要排除由于躯体疾病及物质所导致的疾病，且不能被当地的文化、宗教所理解。

1.2 ICD-11 中不同类型的精神分裂症

ICD-11 中不同类型的精神分裂症是根据不同的病程特点而作出区分。为了描述病程的特点，病程限定是根据两种维度。

1.2.1 维度之一为纵向病程，即关注疾病的阵发性，用以区分首发、多次发作和持续病程的情况。具体而言，“首次发作”是患者症状符合精神分裂症的诊断要求，之前从未经历过符合诊断标准的发作。“多次发作”是之前经历过满足精神分裂症诊断要求的多次发作，并且在发作间期症状得到显著缓解。在缓解期间，一些残留症状可能仍然存在，药物治疗或其他治疗可能会缓解症状。“持续病程”是在至少一年的时间内，在几乎全部病程中，症状均满足精神分裂症的所有诊断标准，其中阈下症状的时期相对于整个疗程非常短暂。

1.2.2 维度之二为横向状况，即关注疾病当前的症状表现，被描述为当前症状显著、部分缓解或完全缓解等。具体而言，“当前症状显著”为在过去一个月内症状完全达到诊断标准。“部分缓解”为目前症状有所改善，至少一个月没有达到对该疾病的诊断要求，但仍然一些临床明显的症状存在，这些症状可能与功能损害有关，也可能与功能损害无关。部分缓解可能是药物治疗或其他治疗的结果。“完全缓解”为目前症状已经全部缓解，没有任何明显症状，缓解可能是药物治疗或其他治疗所致的结果。

若患者具备精神分裂症的典型症状，且引起有临床意义的痛苦，或导致社会功能损害，但未达到上述任何一种精神分裂症疾病的诊断标准的情况，则诊断为其他指定的精神分裂症。若因信息不足而无法作出更特定的诊断，则诊断为未特指的精神分裂症。

1.3 ICD-11 中精神分裂症或其他原发性精神病性障碍的症状限定分类

对于精神分裂症所有亚型的取消可能是 ICD-11 在精神分裂谱系障碍中作出的最大改变。ICD-11 工作组建议取消亚型的原因在于症状经常变化而且不利于做出诊断。但精神分裂症是一类异质性很强的疾病，每位患者的症状差异很大，对于患者特定症状的描述很重要。ICD-11 采用了一系列的症状限定分类来取代亚型。症状限定分类从以下 6 个维度描述患者当前的症状：**阳性症状、阴性症状、抑郁症状、躁狂症状、精神运动性症状和认知症状**。除了分裂型人格障碍，所有的精神分裂症和其他原发性精神障碍诊断都使用这 6 个维度来描述当前症状的模式。



2 DSM-5 对精神分裂症的诊断标准

2.1 DSM-5 中精神分裂症的诊断标准是：当个体有如下至少 2 种症状时，且这些症状持续 1 个月以上，就可以诊断为精神分裂症。症状包括有妄想、幻觉、言语紊乱、明显紊乱的行为或紧张症的行为以及阴性症状。个体必须有前三种症状中的一种。症状开始后，个体会在工作、人际关系、自理生活方面功能逐渐恶化。个体问题行为的特征会总体上持续至少 6 个月，它们不是暂时性的。应该排除其他障碍，比如分裂情感性障碍和抑郁或双相障碍伴精神病性特征。这种障碍不能归因于其他躯体疾病或滥用的毒品、药物的生理效应。

2.2 诊断中的注意事项：DSM-5 中精神分裂症的诊断是先用一个总体的疾病诊断框架来定义，然后用不同标注的形式来区分不同类型。如果有孤独症谱系障碍或儿童期发生的交流障碍的病史，除了精神分裂症的其他症状外，还需有显著的妄想或幻觉，才能作出精神分裂症的额外诊断。神经发育障碍这类疾病本身经常会存在一些妄想等精神病性症状，如果需要额外下精神分裂症的诊断，症状一定是非常明显的。如果有紧张症，需要额外标注并编码，表明存在合并的紧张症。

2.3 严重程度的量化评估方法：DSM-5 取消了精神分裂症的各种亚型（偏执型、紊乱型、紧张型、未分化型和残留型），取而代之的是基于症状的量化评估方法。严重程度的标注是用精神症状来评估，包括妄想、幻觉、言语紊乱、异常的精神运动行为和阴性症状。每一种症状都可以用 5 分制测量来评估它过去 7 天内的严重程度，具体参见 DSM-5 第三部分“评估量表”一章中的精神病症状严重程度临床工作者评定量表。

3 ICD-11 与 DSM-5 对精神分裂症诊断的主要相同点

ICD-11 与 DSM-5 对精神分裂症的诊断描述基本相同，具有高度一致性。诊断定义均为妄想、幻觉、言语紊乱、明显紊乱的行为或紧张症的症状以及阴性症状。两套诊断系统均认为精神分裂症是一个综合征，不同类型的分类思路基本一致。两套诊断系统均取消了精神分裂症的各种亚型（偏执型、紊乱型、紧张型、未分化型和残留型）。

4. ICD-11 与 DSM-5 对精神分裂症诊断的主要区别点

两个诊断系统在诊断细节方面存在差异，如病程及其他精神分裂症谱系障碍的定义方面。具体区别如下：



4.1 关于精神分裂症的病程区别

DSM-5 要求精神分裂症活性期的症状至少 1 个月，总病程是 6 个月以上。此处 DSM-5 关于精神分裂症病程的定义和 ICD-11 存在较大区别。ICD-11 对精神分裂症的诊断标准是低于 DSM-5 的，总病程 1 个月以上就可予以诊断。另外，DSM-5 中明确指出要诊断精神分裂症，症状之一必须是前三项阳性症状之一，这是 ICD-11 中并未重点强调的。DSM-5 作为诊断条目较清晰的诊断标准，较 ICD-11 更为具体和明确，可操作性更强。

4.2 关于其他精神分裂症谱系障碍的显著定义区别

在其他精神分裂症谱系疾病方面，有 3 个疾病在两个诊断系统之间存在明显区别，分别如下。

DSM-5 中的短暂精神病性障碍：DSM-5 将精神分裂症谱系障碍中发作持续至少 1 天、但少于 1 个月的患者诊断为短暂精神病性障碍。具有 1 个及以上的核心症状，包括妄想、幻觉、言语紊乱、明显紊乱的或紧张症的行为。至少有一个症状是前三项之一。大部分患者最终能完全恢复到发病前的功能水平^[2,3,8]。

DSM-5 中的精神分裂症样障碍：DSM-5 中精神分裂症样障碍与精神分裂症的区别就在于病程。其余诊断标准与精神分裂症相同。精神分裂症要求总病程 6 个月以上；精神分裂症样障碍病程的要求是发作持续至少 1 个月，但少于 6 个月。ICD-11 中没有该诊断。

ICD-11 中急性短暂性精神病性障碍 (6A23)：此疾病名称上与 DSM-5 中的短暂精神病性障碍类似，但定义和内涵不同。ICD-11 中的急性短暂性精神障碍以一种突然起病、性质和强度波动剧烈的精神病性症状为特点，没有前驱症状，并在两周内达到最严重程度。症状包括妄想、幻觉、思维过程紊乱，以及情绪的紊乱。症状通常变化迅速，每天或甚至在一天内迅速改变。病程不超过 3 个月，最常见的病程为数天至 1 个月。与 DSM-5 中短暂精神病性障碍不同，ICD-11 的急性短暂性精神障碍强调症状具有快速变化性。

5.小结

精神分裂症是较严重的精神疾病，随着对该疾病科学研究的不断进展，精神分裂症的诊断标准也在变化过程中。两套诊断系统对精神分裂症的诊断定义及分类基本相同。需要引起临床关注的是，诊断精神分裂症的总病程要求在两个诊断体系中存在差异，ICD-11 对精神分裂症的病程要求较 DSM-5 低，病程仅 1 个月就可以诊断。精神分裂症的发病机制和临床特征还在探索过程中，其诊断标准的适用性和准确性还需临床工作者继续研究。



二、双相及相关障碍

1 ICD-11 对双相障碍的定义和诊断

ICD-11 心境障碍这一章节包括抑郁障碍和双相障碍。不同的心境障碍，是根据心境发作的特定类型及随时间变化的模式进行定义，如抑郁发作、躁狂发作、混合发作以及轻躁狂发作。心境发作不是独立的诊断，在 ICD-11 中没有诊断编码，而是作为抑郁障碍和双相障碍的组成部分存在。

1.1 ICD-11 对双相障碍的诊断

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

1.1.1 ICD-11 中的双相 I 型障碍

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

1.1.2 ICD-11 中的双相 II 型障碍

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

1.1.3 ICD-11 中的环性心境障碍

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

1.2 ICD-11 中不同亚诊断的双相障碍

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

维度之一为当前心境症状，包括抑郁发作、躁狂发作、轻躁狂发作以及混合发作。

维度之二为严重程度。①轻度发作：这些症状不严重，职业、日常社交活动或人际关



系功能没有明显的损害，没有住院治疗的必要性，未伴有幻觉或妄想；②中度发作：个体通常在进行日常工作、社交或家务活动中有相当程度的困难，但在一些领域仍保有功能。中度以上可以伴精神病性症状；③重度发作：较多或大多数的症状表现突出，或一些症状表现尤为强烈。在个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域中无法保有功能，或功能严重受限。

维度之三为是否伴有精神病性症状，依据发作中是否存在妄想或幻觉。

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

2 DSM-5 对双相障碍的定义和诊断

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

2.1 DSM-5 中的双相 I 型障碍

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

2.2 DSM-5 中的双相 II 型障碍

双相 II 型障碍要求个体一生至少经历一次重性抑郁发作和一次轻躁狂发作，它不再被认为比双相 I 型障碍“更轻”，这主要基于患双相 II 型障碍的个体处于抑郁的时间，同时由于心境的不稳定通常伴有职业或社会功能的严重损害。

2.3 DSM-5 中的环性心境障碍

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



2.4 DSM-5 中的其他特定的/未特定的双相及相关障碍

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

3 两套诊断系统的相同点

3.1 躁狂/轻躁狂发作诊断标准的调整

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

3.2 双相障碍的定义更明确

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

3.3 双相谱系障碍的定义类似

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

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

4 两套诊断系统的区别

4.1 心境障碍的章节划分

在最初的草案中,DSM-5 和 ICD-11 均将抑郁症和双相情感障碍分为两章。在正式



出版的ICD-11中，“心境障碍”作为一个总体章节，其中包括双相障碍和抑郁障碍。DSM-5则创建了“双相障碍及相关障碍”和“抑郁障碍”两个章节。

4.2 诊断标准所规定时间及条目数目的清晰度不同

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

4.3 诊断的标注

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

4.4 关于混合发作

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

三、抑郁障碍

1 ICD-11对抑郁障碍的总体定义和诊断

抑郁障碍表现为抑郁心境或愉悦感的丧失，伴有认知、行为或植物神经性的症状，并对个体功能水平产生影响。抑郁障碍的诊断不适用于既往经历过躁狂、混合性或轻躁狂发作的个体，这些发作提示存在双相障碍。

1.1 ICD-11对单次发作抑郁障碍的诊断

单次发作抑郁障碍的编码为6A70。表现为1次抑郁发作，且既往无抑郁发作史。抑



郁发作表现为一段时间内几乎每天的抑郁心境或对活动的兴趣减少，持续至少 2 周，并伴有其他症状，如注意力集中困难、无价值感、过度而不适当的内疚自罪、无望感、反复的死亡或自杀的想法、睡眠或食欲变化、精神运动性的激越或迟滞、精力减退或乏力。

1.2 ICD-11 对复发性抑郁障碍的诊断

复发性抑郁障碍的编码为 6A71。表现为至少出现 2 次以上的抑郁发作，2 次发作间隔的至少数月内没有显著的心境紊乱。

1.3 ICD-11 对恶劣心境障碍的诊断

恶劣心境障碍的编码为 6A72。表现为持续至少 2 年的抑郁心境。这种抑郁心境在病程中的大多数日子存在，且在一天中的大部分时间内存在。儿童和青少年的抑郁心境可表现为普遍的情绪易激惹。在 2 年的病程中，从未出现过症状持续 2 周以上、症状条目数量满足抑郁发作诊断的情况。

1.4 ICD-11 对混合性抑郁焦虑障碍的诊断

混合性抑郁和焦虑障碍的编码为 6A73。表现为在至少 2 周的大多数日子里同时存在抑郁和焦虑症状。若将抑郁和焦虑两组症状分别考虑，则任何一组症状的严重程度、数量或持续时间均不构成抑郁发作、恶劣心境或某种焦虑及恐惧相关障碍的诊断。

1.5 ICD-11 对心境障碍发作的症状和病程表现的定义

心境障碍中，心境障碍发作的症状和病程表现的编码为 6A80。包括突出的焦虑症状、惊恐发作、目前持续抑郁发作、目前抑郁发作伴忧郁特征、季节特征、快速循环。这些类别用于描述心境发作的表现与特点。这些类别并不互相排斥，只要有需要，在使用时就可尽量标注适用的类别。需要注意的是，这些类别不应作为首要诊断编码，仅在需要补充编码或额外编码以描述心境障碍中心境发作的特别的、重要的临床特征时使用。

1.6 其他特定的抑郁障碍和未特定的抑郁障碍。

其他特定的抑郁障碍的编码为 6A7Y，是指由于未达到任何一种抑郁障碍的诊断标准，但具有明显抑郁典型症状的情况。未特定的抑郁障碍的编码为 6A7Z，是指是由于信息不足而无法明确是何种抑郁障碍的情况。

1.7 ICD-11 中不同亚诊断的抑郁障碍

在 ICD-11 中，根据不同的心境发作特点，对抑郁障碍作出了更细致的亚诊断分类。具体据以下三个维度进行分类。

维度之一为严重程度。①轻度发作：轻度抑郁发作的任何症状都不应达到强烈的水平，



个体通常在进行日常工作、社交或家务活动中有一些困难，但不严重，发作中没有幻觉或妄想；②中度发作：中度抑郁发作可有少许症状表现突出，或整体症状略微突出，个体通常在进行日常工作、社交或家务活动中有相当程度的困难，但在一些领域仍保有功能，中度以上的严重程度，可伴/不伴精神病性症状；③重度发作：重度抑郁发作中，较多或大多数的症状表现突出，或一些症状表现尤为强烈，的个体在个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域中无法保有功能或功能严重受限，重度的严重程度，可伴/不伴精神病性症状；④未特定严重程度的发作：由于信息不足，难以确定抑郁发作的严重程度。

维度之二为是否伴有精神病性症状，依据是发作中是否存在妄想或幻觉。

维度之三为被描述为当前处于发作期、部分缓解或完全缓解等。①目前处于抑郁发作期：指目前的症状达到抑郁发作的诊断标准；②目前为部分缓解：目前已不符合抑郁发作的定义性需求，但仍可能残留一些显著的情感症状；③目前为完全缓解：目前已无任何显著的情感症状。

2 DSM-5 对抑郁障碍的定义和诊断

DSM-5 中抑郁障碍包括破坏性心境失调障碍、重性抑郁障碍、持续性抑郁障碍、经前期烦躁障碍、物质/药物所致的抑郁障碍、由于其他躯体疾病所致的抑郁障碍、其他特定和未特定的抑郁障碍。与 DSM-IV 不同，DSM-5 将本章的抑郁障碍与前一章的双相及相关障碍分开。本章所有障碍的共同特点是抑郁或易激惹，并伴随认知改变和躯体不适，显著影响社会功能；这些障碍之间的差异是病程和病因。

2.1 破坏性心境失调障碍

破坏性心境失调障碍的核心特征是慢性的、严重而持续性的易激惹。这种严重的易激惹有两个显著的临床表现：一是频繁地发脾气，通常是对挫折的反应，可能是言语的或行为的，这些情况的发生必须是频繁的，一般每周三次或以上，至少持续一年，至少在两个不同的情境，而且必须与发展阶段不适应；其次表现为在重度发脾气的期间，存在慢性、持续性的易激惹或发怒的心境，儿童所特有的易激惹或发怒的心境则必须存在于一天中大部分时间，几乎每一天，而且能被处境中的其他人观察到。

2.2 重性抑郁障碍

重性抑郁障碍的基本特征是抑郁典型症状持续至少 2 周，在此期间，个体存在抑郁心境或对几乎所有的活动丧失兴趣或愉悦感，在儿童和青少年身上，心境可能体现出易激



惹，而不是悲伤。个体还必须经历清单中的至少 4 种额外症状：食欲和体重改变、睡眠紊乱和精神运动性激越或迟滞；精力不足；无价值感或内疚感；思考、集中注意力或做决定困难；反复思考死亡，存在自杀观念或自杀企图。这些症状必须存在于几乎每一天中的大部分时间里并至少连续 2 周持续存在，发作必须伴随临床显著的痛苦，或社交、职业或其他重要功能领域的损害。

2.3 持续性抑郁障碍

持续性抑郁障碍的基本特征是一种抑郁心境，发生于一天中大部分时间，至少 2 年中的大部分日子均存在，儿童和青少年至少 1 年，没有任何症状的间歇期不长于 2 个月。持续性抑郁障碍就是 DSM-IV 定义的慢性重性抑郁障碍和恶劣心境障碍的综合。重性抑郁障碍可能发生在持续性抑郁障碍之前，也可能发生在持续性抑郁障碍期间。症状符合重性抑郁障碍诊断标准 2 年的个体，应既被诊断为持续性抑郁障碍，又被诊断为重性抑郁障碍。

2.4 经前期烦躁障碍

经前期烦躁障碍的基本特征是心境不稳定、易激惹、烦躁不安和焦虑，在经前期发作，来潮之后减轻。症状必须发生在过去一年的绝大多数的月经周期中，并对个体的社会功能产生不良影响。

2.5 物质/药物所致的抑郁障碍

很多滥用的毒品、毒素、精神活性物质及其他药物可能引起抑郁障碍的症状。这些情况被诊断为物质/药物所致的抑郁障碍。抑郁症状是与物质的摄取、注射或吸入有关，抑郁症状的持续时间超出了物质的生理影响、中毒或戒断预期的时间长度。有临床病史、体格检查或实验室发现的证据表明，相关抑郁障碍应该在那些能够产生抑郁障碍的物质使用一个月内发生。此外该诊断不能更好地用独立的抑郁障碍来解释。

2.6 由于其他躯体疾病所致的抑郁障碍

由于其他躯体疾病所致的抑郁障碍的基本特征是，临床表现为显著的抑郁心境，而且被认为与其他躯体疾病的生理效应相关。判断抑郁心境是否是一种躯体疾病所致，临床工作者首选必须确认个体存在该躯体疾病。临床工作中需要确认，在病因上抑郁心境是通过一种生理机制与该躯体疾病相关。

2.7 其他特定和未特定的抑郁障碍

其他特定的抑郁障碍指的是由于未达到任何一种抑郁障碍的诊断标准，但具有明显抑



郁典型症状的情况。未特定的抑郁障碍指的是由于信息不足而无法明确是何种抑郁障碍的情况。

3 两套诊断系统对抑郁障碍诊断的相同点

3.1 对抑郁发作的定义基本一致

ICD-11 和 DSM-5 对抑郁发作的诊断描述基本一致。包括抑郁心境、或兴趣丧失，伴有其他认知、行为或植物神经性的症状，对个体社会功能水平有显著影响。两个系统均规定：上述抑郁症状的持续时间需达到 2 周以上，且几乎存在于每天的大部分时间。

3.2 抑郁谱系障碍的定义类似

DSM-5 和 ICD-11 中均包含其他特定及未特定的抑郁障碍，如此制定诊断类别的目的是将那些属于抑郁障碍但尚未完全满足抑郁障碍诊断标准或因信息不足而无法明确诊断的疾病纳入其中，形成抑郁谱系障碍的概念。

4 两套诊断系统对抑郁障碍诊断的区别

4.1 心境障碍的章节划分

ICD-11 中，“心境障碍”这一总体章节包括“双相障碍”和“抑郁障碍”。DSM-5 将“双相障碍及相关障碍”和“抑郁障碍”划分为两个章节，是因为双相障碍和抑郁障碍无论从遗传上还是神经影像学标记物上都具有明显差异，若从病因上理解，将其划分为不同的章节较合适。

4.2 DSM-5 中纳入数种 ICD-11 中未包含的抑郁类型

DSM-5 中的破坏性心境失调障碍、经前期烦躁障碍是 ICD-11 中并未包含的诊断。这两个疾病经过专家组讨论后被新纳入 DSM-5 的疾病类型，是与女性月经周期高度相关的抑郁障碍类型。破坏性心境失调障碍是一种属于儿童期的以易激惹为突出表现的抑郁障碍类型。经过近二十年的研究及回顾相关证据后，DSM-5 工作组确定了这两种疾病均属于特异的抑郁障碍。

4.3 ICD-11 中纳入的 DSM-5 未包含的抑郁类型

ICD-11 中也存在 DSM-5 中未包含的抑郁类型。混合性抑郁和焦虑障碍是一种同时具备焦虑和抑郁情绪、但均未达到焦虑相关障碍及抑郁发作诊断标准的疾病，仅被纳入 ICD-11，DSM-5 中则未包含此诊断类型。



4.4 部分诊断名称类似但含义不相同

ICD-11 和 DSM-5 中均包含了“恶劣心境”类似的概念。ICD-11 中该类疾病的名称为恶劣心境，定义中规定需要从未出现达到抑郁发作的诊断。DSM-5 中类似的疾病称为持续性抑郁障碍，这种障碍不仅仅包含恶劣心境，实际上是慢性重性抑郁障碍和恶劣心境障碍的综合。所以，ICD-11 与 DSM-5 在此类诊断的定义上大致类似，但含义上存在区别。

4.5 物质/药物所致及由于其他躯体疾病所致的抑郁障碍在两个诊断系统的定义

DSM-5 中包含物质/药物所致及由于其他躯体疾病所致的抑郁障碍，ICD-11 中也包含了这些疾病的诊断，但是分别被包含在物质/药物所致的精神障碍（编码 L2-6C4）及由于其他躯体疾病所致的精神障碍（编码 L1-6E6）等章节中。

4.6 诊断的标注

ICD-11 通过亚诊断来区分不同类型的抑郁障碍，首先分为单次发作的抑郁障碍、复发性抑郁障碍、恶劣心境障碍、混合性抑郁焦虑障碍、其他特指/未特指的抑郁障碍，然后从严重程度、是否伴有精神病性症状以及是否缓解等维度划分为更次级诊断。ICD-11 中设置了用于描述心境障碍发作的症状和病程表现的次级诊断编码 6A80。DSM-5 则是在总体诊断定义之下，以各种标注的形式来表达不同的特征。

5 总结

以抑郁障碍为例，讨论 DSM-5 和 ICD-11 在该疾病诊断方面的异同。两套诊断标准的内容基本相同，但在章节划分和亚诊断表达方式上存在差别。在抑郁障碍这一章节具有明显差异的是：ICD-11 和 DSM-5 均包含了彼此未包含的诊断类别。两个诊断系统互相参照学习，有助于整体理解抑郁障碍及相关疾病。





报名学习 督导会诊

4000-218-718

主创团队



主编 | 王剑婷, Ph.D
日本中央大学心理学科临床心理方向
中国心理学会心理测量专业委员会主试



副主编 | 肖茜, MD,
中南大学湘雅医学院
附属湘雅医院心理卫生中心 主治医师



顾问 | 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D
美国纽约上州医科大学精神医学系教授
中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授河
北医科大学客座教授
美中心理文化学会联合创始人



督导 | 张道龙 Daolong Zhang, MD
毕业于美国芝加哥大学精神医学系
美国伊利诺伊州芝加哥退伍军人医学中心精神医学系主
管精神科医师
美国伊利诺伊大学精神医学系临床助理教授河
北医科大学客座教授
北京美利华医学应用技术研究院院长美
中心理文化学会创始人、主席
《DSM-5》中文版工作委员会主席、主译

- 夏雅俐** • 副教授，管理学博士，心理学硕士，心理咨询师，美中心理文化学会成员
- 许思诺** • 留美电气工程及生物医药信息硕士，美利华网络运营总监
- 黄菁** • 留美电气工程硕士，美利华在线健康大学电子工程师
- 许倩** • 心理学硕士 美中心理文化学会成员
- 张道野** • 黑龙江省伊春市第一医院主任医师，心内科主任
黑龙江省医学教育专业委员会委员
- 刘卫星** • 北京美利华医学应用技术研究院CEO
美中心理文化学会（美国）中国区总经理



北大出版社官方微店
购书请扫码

美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com

公众号：美利华在线心理健康

