

ICD-10

ICD-10

精神与行为
障碍分类

临床描述
与诊断要点



世界卫生组织



人民卫生出版社

国际疾病和相关健康问题分类第十版 (ICD - 10) 包含 300 余种精神与行为障碍的详细分类, 并为了不同用途准备了几种不同的版本。此版本提供了各种障碍的临床描述及综合性诊断要点, 是经过 40 多个国家和地区的 100 多个临床与研究中心的深入的现场测试后才出版的。

临床描述详细解释了各种障碍的主要体征与症状以及其它重要的但特异性不高的伴随表现。诊断要点涉及障碍的变异形式, 诊断上的权衡, 并在必要时给出确诊所必需的症状时间标准。许多障碍还有一段文字指导与其它相似且界限模糊的障碍进行鉴别诊断。明确列举了那些有必要标明包含或不包含某些障碍的类别。本书有一个全面的以字母为序的索引; 还有一个附录列举出 ICD - 10 所包含的常常与精神和行为障碍相联系的其它障碍。

出版前的大量研究和咨询确保了本书最大限度地代表了精神病学界所有主要的传统与学派。独一无二的国际性使得本书能适用于世界上许多不同的社会环境。

ICD-10

ICD-10

精神与行为 障碍分类

临床描述
与诊断要点

翻译：范肖冬 汪向东 于欣 刘平
校对：许又新



世界 卫生 组织



人民 卫生 出版 社

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部
由人民卫生出版社出版本书中文版

(京)新登字 081 号

©世界卫生组织 1990

根据《世界版权公约》第二号协议书规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利,应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书中所用的名称和资料,特别是涉及任何国家、领土、城市或地区或其当局的合法地位,或涉及国境线或边界线的划分的内容,均不代表世界卫生组织秘书处的任何观点。

文中如提到一些公司或一些工厂的产品,并不意味着比其他未提及的同类公司或产品优先得到世界卫生组织的承认或推荐。除了错误和遗漏外,所有专利产品名称的字头均大写,以示区别。

图书在版编目(CIP)数据

ICD-10 精神与行为障碍分类/范肖冬等译. -北京:人民卫生出版社,1993
ISBN 7-117-01957-3

I. I…

Ⅰ. 范…

Ⅱ. 精神病学-分类

Ⅳ. R749

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)
人民卫生出版社印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

1000×1400毫米 32开本 9 $\frac{1}{2}$ 印张 270千字

1993年9月第1版 1993年11月第1版第2次印刷

序

60年代初期，世界卫生组织（WHO）的精神卫生规划即已开始积极进行旨在提高精神障碍诊断与分类水平的工作。当时，WHO 召集了一系列会议，回顾了既有的知识，来自不同学科、精神病学不同学派的世界各地的代表们积极参加了这些会议。这对分类标准和诊断信度的研究起到了促进和引导作用，并使对检查录像进行联合评定等行之有效的研究方法应运而生且得以传播。在广泛的咨询过程中，得到了许多完善精神障碍分类的提案，并运用于国际疾病分类第八版（ICD-8）的起草中。此外，还产生了对 ICD-8 中每类精神障碍加以定义的词汇。这些规划活动也促成了一个由众多个人和中心组成的网络，不断进行着完善精神障碍分类及有关方面的工作^(1,2)。

70年代，对完善精神科分类的兴趣在世界范围内有进一步增长。国际间接触的扩大，若干国际协作的开展，以及新的治疗方法的应用，都促进了这种趋势的发展。为了提高诊断信度，几个国家级的精神病学组织倡导制定专门的分类标准。特别值得一提的是美国精神病学协会，在他们制定和推广的诊断统计手册第三版中将操作性标准纳入了分类系统。

1978年，WHO 参与美国酒精、药物滥用与精神卫生署（ADAMHA）所实施的一项长期协作研究，以提高精神障碍、酒精与药物滥用相关问题的诊断和分类水平⁽³⁾。来自许多不同精神病学派和不同文化的科学家们，在一系列研讨会上聚集一堂，对特定领域的知识加以回顾，就未来的研究提出建议。1982年，一次分类与诊断的大型国际会议在丹麦的哥本哈根召开，会上对以前研讨会中出现的建议进行了审议，并对未来的工作提出了计划大纲和指导意见⁽⁴⁾。

根据哥本哈根会议精神，开展了几项重大研究工作。其中之一是编制“复合性国际诊断交谈检查”，该工具适用于在不同国家的普通人群中进行精神障碍的流行病学研究，有17个国家的研究中心参与了此项工作⁽⁵⁾。另一项重大的工作是编制适于临床工作者使用的评定工具〔神经精神病学临床评定表〕⁽⁶⁾。此外，还发起了一项编制适用于不同国家的人格障碍评定工具〔国际人格障碍检查〕的研究⁽⁷⁾。

同时，为了对术语给出明确的定义，有几本词汇表已经编出或正在

编撰⁽⁸⁾。所有这些活动与国际疾病及有关健康问题的分类第十版 (ICD-10) 中的精神和行为障碍的定义两者之间形成了一种相互促进的关系⁽⁹⁾。将诊断标准转换成融合在评定工具中的诊断软件, 有助于揭示评定中的前后不一、含糊不清、及相互交叉, 并有助于消除这些问题。ICD-10 的修订工作也促进了评定工具的定形。这样, 最后获得一套明确的 ICD-10 标准以及评定工具, 而评定工具可以给 ICD-10 第五 (F) 章中根据标准所作的障碍的分类提供必要的资料。

哥本哈根会议还建议, 在介绍 ICD-10 分类起源的书中要体现不同精神科流派的观点。由此, 诞生了几部重要著作, 其中之一便是现代精神病学中分类各种源流的荟萃⁽¹⁰⁾。

《临床描述和诊断要点》这本书的准备和出版是许多人多年努力的结晶。本书几易其稿, 每次修订都广泛征询了专家组、国家级和国际性精神科学会以及许多顾问的意见。在约 40 个国家实施的现场测试是以 1987 年的草案为基础的, 它成为有史以来为完善精神科诊断所进行的规模最大的研究活动^(11,12)。测试的结果直接服务于诊断要点的最后定稿。

本书是 ICD-10 第五 (F) 章丛书的第一本, 其余还有: 《研究用诊断标准》、《一般保健者版本》、《多轴诊断的运用》, 此外, 为了 ICD-10、ICD-9、及 ICD-8 中的相应术语互为参照, 还有一本《交叉参考》。

本书使用方法在引言部分介绍, 紧接着的一节就分类中常遇到的一些难点予以注解。致谢一节具有特殊意义, 它是世界上许多个人和机构参与分类和诊断要点产生过程的见证。本书代表了所有重要的精神病学流派和学派。这一点赋予本书独特的国际性。分类和诊断要点出过多种语言的版本并作了测试, 为保证翻译过程中的等价性曾作了艰苦的努力, 希望这些努力对于英语版本及其它语种的版本在清晰性、简明性以及逻辑结构方面都有所提高。

分类是从某一时点观察世界。无疑, 随着科学进步以及运用诊断要点时经验的积累, 最终会要求对它加以修订和更新。我希望, 今后的修订过程仍象本书的产生一样, 是一次真诚的、创造性世界性科学协作。

世界卫生组织精神卫生处 主任

Norman Sartorius

参考文献

1. Kramer, M. et al. The ICD-9 classification of mental disorders; a review of its developments and contents. *Acta psychiatrica scandinavica*, 59: 241-262 (1979).

2. Sartorius, N. Classification; an international perspective. *Psychiatric annals*, 6; 22-35 (1976).
3. Jablensky, A. et al. Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol-and drug-related problems; a research agenda for the 1980s. *Psychological medicine*, 13; 907-921 (1983).
4. *Mental disorders, alcohol-and drug-related problems; international perspectives on their diagnosis and classification*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1985 (International Congress Series, No. 669).
5. Robins, L. et al. The composite international diagnostic interview. *Archives of general psychiatry*, 45; 1069-1077 (1989).
6. Wing, JK. et al. SCAN; schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, 47; 589-593 (1990).
7. Loranger, A. W. et al. The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders; background and purpose. *Journal of personality disorders*, 5 (3) 296-306 (1991).
8. *Lexicon of psychiatric and mental health terms. Vol. 1*. Geneva, World Health Organization, 1989.
9. *International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Vol. 1. Tabular list. Vol. 2; Instruction Manual. Vol. 3; Index*. Geneva, World Health Organization, 1992.
10. Sartorius, N. et al. (ed.) *Sources and traditions in classification in psychiatry*. Toronto, Hogrefe and Huber, 1990.
11. Sartorius, N. et al. (ed.) *Psychiatric classification in an international perspective*. *British journal of psychiatry*, 152 (Suppl. 1) (1988).
12. Sartorius, N. et al. Progress towards achieving a common language in psychiatry; results from the field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioural Disorders in ICD-10. *Archives of general psychiatry* (in press).

致谢

在 ICD-10 精神和行为障碍分类的形成及有关书籍的编著过程中，许多个人和组织倾力相助。以 ICD-10 草案的现场测试为例，约 40 个国家的研究人员和临床工作者投身其中。显然，不可能一一列出对这项工作有过贡献的人。下面只能提到一些对 ICD-10 分类和诊断要点系列文件的诞生有突出贡献的个人和机构。

在 244-256 页主要研究者名单中，名字旁有星号的是参加分类和诊断要点初稿起草的个人。后来成为 WHO 精神卫生处高级医务官员的 A. Jablensky 博士负责协调这部分规划工作，他对草案的出台作出了重大贡献。草案成文并分送 WHO 专家组和许多其它个人（包括下面所列）征求意见后，产生了用于分类现场测试的修订本。现场测试工作的实施以 WHO 工作人员在 J. Burke 博士、J. E. Cooper 博士、J. Mezzich 博士等人协助下提出的计划为依据。许许多多的中心参加了测试工作，由各现场测试协调中心（FTCCs）组织协调。FICCs（列于 X i - X ii）同时负责将 ICD 翻译成所在国家语言的相应版本。

N. Sartorius 博士全面负责 ICD-10 精神和行为障碍分类及有关文件起草工作。

在现场测试的全过程及其后的工作中，J. E. Cooper 担任项目的首席顾问，给 WHO 协调组提供了不可估量的帮助和指导。WHO 协调组中要提到以下成员：J. van Drimmelen 博士，他从 ICD-10 初稿起草时就与 WHO 共同工作；J. Wilson 夫人，她极富耐心而又有效地处理了现场测试及与本项目有关的难以尽举的行政事物。A. L'Hours 先生的大力支持，保证了本分类与整个 ICD-10 的一致。G. Gemert 先生编写了索引。

在众多的顾问中，要特别提到 A. Bertelsen 博士、H. Dilling 博士、J. López-Ibor 博士、C. Pull 博士、D. Regier 博士、M. Rutter 博士以及 N. Wig 博士，他们都积极参与这项工作，在担任各现场测试协调中心主任的同时，还在各自专长的领域及最熟知的国家和地区的精神科流派方面提出指导性的意见与建议。

一些机构起着至关重要的作用，它们是：美国酒精、药物滥用与精神卫生署，它对 ICD-10 起草的准备给予大力帮助，并保证了 ICD-10 及美国精神病学协会的统计与诊断手册第四版（DSM-IV）两个分类系统工作组之间有效的磋商；由 E. Strömberg 担任主席的 WHO 的 ICD-10 顾

问委员会；世界精神病学协会，该会主席 C. Stefanis 及其分类专业委员会收集了下属协会无数精神病学家的意见和建议，这对现场测试和草案定稿都有极大价值。世界精神卫生联合会、世界心理社会康复协会、世界社会精神病学学会、世界神经病学联合会、国际心理学学会联盟等其它与 WHO 有正式关系和工作关系的非政府机构，也以各种方式提供了帮助。分布在约 40 个国家的 WHO 精神卫生研究与培训合作中心也同样如此。

WHO 各成员国的政府，特别是比利时、德国、荷兰、西班牙、美国等国的政府，通过对 WHO 的常规支持及对参加工作各中心的资助与支持，为精神和行为障碍分类的形成做出了直接贡献。

由此可见，ICD-10 草案是众多国家及无数个人和机构真正意义上世界性合作的产物，希望它的出现能为全世界所有关心精神病人及其家属的保健工作的人们提供一个有力的工具。

任何分类都不可能完美无缺，随着知识的增长以及分类方面经验的积累，有可能对现行分类进一步完善和简化。协助 WHO 发展这一分类系统的各中心还将继续担负收集和吸收分类使用过程中的意见与建议的任务。这些中心的地址列在下面，希望在今后分类和有关文献的完善过程中，他们仍将继续参与，一如既往地大力协助 WHO。

各现场测试中心在 ICD-10 的有关研究过程中，撰写了大量的报告，欲获取这些文章的完整目录或文章复印件，可按以下地址联系：

Division of Mental Health
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

现场测试协调中心及其主任

Dr A. Bertelsen, Institute of Psychiatric Demography, Psychiatric Hospital, University of Aarhus, Risskov, Denmark

Dr D. Caetano, Department of Psychiatry, State University of Campinas, Campinas, Brazil

Dr S. Channabasavanna, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

Dr H. Dilling, Psychiatric Clinic of the Medical School, Lubeck, Germany

Dr Gelder, Department of Psychiatry, Oxford University Hospital
W. rneford Hospital, Headington, England

Dr D. Kemali, University of Naples, First Faculty of Medicine and

Surgery, Institute of Medical Psychology and Psychiatry, Naples, Italy
Dr J. J. López-Ibor Jr, López-Ibor Clinic, Pierto de Hierro, Madrid, Spain

Dr G. Mellsop, The Wellington Clinical School, Wellington Hospital, Wellington, New Zealand

Dr Y. Nakane, Department Neuropsychiatry, Nagasaki University, School of Medicine, Nagasaki, Japan

Dr A. Okasha, Department of Psychiatry, Ain-Shams University, Cairo Egypt

Dr C. Pull, Department of Neuropsychiatry, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg, Luxembourg

Dr D. Regier, Director, Division of Clinical Research, National Institute of Mental Health, Rockville, MD, USA

Dr S. Tzirkin, All Union Research Centre of Mental Health, Institute of Psychiatry, Academy of Medical Sciences, Moscow, Russian Federation

Dr Xu Tao-Yuan, Department of Psychiatry, Shanghai Psychiatric Hospital, Shanghai, China

前任现场测试中心主任

Dr J. E. Cooper, Department of Psychiatry, Queen's Medical Centre, Nottingham, England

Dr R. Takahashi, Department of Psychiatry, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan

Dr N. Wig, Regional Adviser for Mental Health, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, Alexandria, Egypt

Dr Yang De-sen, Hunan Medical College, Changsha, Hunan, China

目录

序	(Ⅱ)
致谢	(Ⅶ)
引言	(1)
对 ICD-10 精神与行为障碍分类中某些大类的说明	(6)
类别目录	(16)
临床描述与诊断要点	(37)
附录：ICD-10 中与精神及行为障碍相关的其它状况	(226)
主要研究者名录	(243)
索引	(257)

引言

ICD-10 第五章“精神和行为障碍”将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。面向研究的版本《研究用诊断标准》已经编辑完毕，根据设计它应与本书结合起来使用。ICD-10 第五 (F) 章本身附带的简明词汇表适合于编码员和书记员使用，并可作为与其它分类相比较的参照物，但不推荐精神卫生工作者使用之。供基层卫生保健人员使用的较简短的版本目前正在编辑之中，它是一种多轴系统。《临床描述和诊断要点》是编制不同版本的起点，我们已采取了十分谨慎的措施以避免各版本间的不一致。

梗概

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. 一（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、但特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。

ICD-10 第五 (F) 章与 ICD-9

第五章的主要区别

ICD-10 的一般原则

ICD-10 比 ICD-9 大得多。ICD-9 采用数字编码 (001-999)，而 ICD-10 采用了一种字母数字型编码系统，其基础是在三位字符水平上以一位字母和随后的两位数字进行编码 (A00-Z99)。这就显著地扩大了本分类所能利用的类别数。小数点后的数字系用来在四位字符水平进一步提供亚型的细节。

ICD-9 中涉及精神障碍的那一章仅有 30 个三位字符的类别 (290-319)；而 ICD-10 第五 (F) 章有 100 个这样的类别。其中一部分眼下尚未启用，从而允许在今后不必重新设计整个系统即可对本分类进行更改。

ICD-10 的总体设计是适合疾病有关问题和健康有关问题的分类家族的一种中心（“核心”）分类。分类家族的某些成员是通过第五位、甚至第六位字符进一步指明了细节后所衍生的。在另一些情况下，某些类别被压缩成大组以适合应用（例如用于基层卫生保健或一般临床服务）。ICD-10 第五 (F) 章有一个多轴系统以及一个供儿童精神科临床和研究工作用的版本。这个“家族”还包括一些分类，其内容含有超出 ICD 的、但对医疗或健康有意义的信息。例如，关于损害、功能缺陷和残疾的分类，关于医疗过程的分类以及导致病人与医务工作者相遇之原因的分类。

神经症和精神病

ICD-10 未采用 ICD-9 中显而易见的神经症与精神病的传统区分(虽

然由于慎重起见 ICD-9 没有为这些概念提供定义), 然而, “神经症”一词仍被保留并偶尔使用, 例如, 作为一组 (或节) 重要障碍 F40—F48 中的标题。除抑郁性神经症以外, 使用这一概念者认为是神经症的大多数障碍均可见于该节, 余者见随后的几节。ICD-10 没有遵循神经症-精神病的二分法, 而是根据主要的共同特征或相似的描述性特征将这些障碍安排成组, 这样更便于使用。例如循环性气质 (F34. 0) 在 F30-F39 心境 [情感性] 障碍内, 而不在 F60-F69 成人人格和行为障碍内; 同样, 使用精神活性物质有关的所有障碍无论轻重均归类于 F10-F19。

“精神病性”作为一种简略的描述性术语被保留下来, 特别是在 F23 急性和短暂精神病性障碍中。其使用并不涉及心理动力机制的假设, 仅表示存在幻觉、妄想或为数不多的几种异常行为 (例如广泛的兴奋和活动过多, 显著的精神运动性迟滞以及紧张症性行为)。

ICD-9 与 ICD-10 的其它区别

归因于器质性病因的所有障碍均被分组在 F00-F09 一节, 这样安排使得本分类的这一部分比 ICD-9 中的安排更易于使用。

对 F10-F19 中精神活性物质使用所致的精神和行为障碍的重新安排也被证明比以往的分类系统好用。第三位字符指明所用活性物质, 第四位和第五位字符指明精神病理综合征, 例如急性中毒和残留状态。这就允许即使仅用三位字符的类别也能描绘出与一种活性物质有关的所有障碍。

由于引进了诸如未分化型精神分裂症、精神分裂症后抑郁和分裂型障碍等新类别, 使包括精神分裂症、分裂型状态和妄想性障碍在内的一节 (F20-F29) 得到扩充。常见于发展中国家的急性短暂精神病的分类与 ICD-9 相比也扩大了很多。

由于采纳了将具有共同特征的障碍归入同一组的原则, 使情感性障碍的分类受到了特别大的影响。“神经症性抑郁”和“内源性抑郁”这样的术语已不再使用, 但在目前所指明的不同类型和不同程度的抑郁症 (包括心境恶劣 (F34. 1)) 中可见到与它们十分近似的术语。

与生理紊乱和激素水平改变有关的行为综合征以及精神障碍, 例如进食障碍、非器质性睡眠障碍和性功能障碍被共同归类于 F50-F59, 且对其描述远较 ICD-9 详细得多, 原因是联络精神病学越来越需要这样一种分类。

F60-F69 包含了许多新纳入的成人行为障碍, 例如病理性赌博、纵火和偷窃, 同时也包括一些更传统的人格障碍。性功能障碍被明确地与性

身分障碍区分开来，而同性恋本身不再成为一个类别。

在本文的 13~15 页对有关特发于儿童期的障碍与精神发育迟滞之间编码规定的变化做了进一步的评论。

术语方面的问题

障碍

“障碍”这个术语的使用贯穿本分类的始终，其目的是避免使用象“疾病”和“病患”这样的术语所带来的更大的问题。“障碍”不是一个精确的术语，但在这里意味着存在一系列临床上可辨认的症状或行为，这些症状或行为在大多数情况下伴有痛苦和个人功能受干扰。根据此定义，社会偏离或冲突本身如果不伴有个人功能紊乱则不应包括在精神障碍之内。

心因性和心身性

考虑到“心因性”一词在不同语言和不同的精神科传统中有不同的含义，本分类未在类别标题中使用这个术语。但它在正文中仍偶尔出现，此时它表明诊断者认为明显的生活事件或困难在该障碍的病因中起了重要的作用。基于同样的理由本文也未使用“心身性”这个术语，另一理由是它可能会使人认为在没有被如此描述的疾病之起病、病程和转归中心理因素不起任何作用。在其它分类系统中被描述为心身疾病者可见于本分类的 F45. - (躯体形式障碍)、F50. - (进食障碍)、F52. - (性功能障碍) 以及 F54. - (在它处归类的障碍或疾病有关的心理或行为因素)。应特别注意 F54. - 节 (ICD-9 之 316 节)，不要忘记用它来指明在 ICD-10 它处编码的躯体障碍与情感原因的联系。一个常见的例子是同时使用第五 (F) 章中的 F54 和 ICD-10 其它章中的恰当的躯体状况编码来记载心因性哮喘或心因性湿疹。

损害、功能缺陷、残疾和有关术语

术语“损害”、“功能缺陷”和“残疾”是根据 WHO 所采纳之系统¹ 的推荐而使用的^①。因临床习惯的影响这些术语偶尔可有更宽的含义。可

^① 国际损害、功能缺陷和残疾分类。日内瓦，世界卫生组织，1980。

参见第 6 页有关痴呆及其与损害、功能缺陷和残疾关系的内容。

使用者应特别注意的一些问题

儿童和少年

F80-F89 (心理发育障碍) 和 F90-F98 (通常起病于童年和少年的行为和情感障碍) 仅包括那些特发于童年和少年的障碍。其它类别中的许多障碍可发生在任何年龄, 需要时这些障碍的诊断应使用于儿童和少年。例如进食障碍 (F50. -)、睡眠障碍 (F51. -) 和性身分障碍 (F64. -)。发生在童年的某些类型的恐怖症给分类造成了特殊的困难, 关于这一点可参看 F93. 1 (童年的恐怖性焦虑障碍) 中的描述。

记录一个以上的诊断

我们建议临床医生应遵循一个总的原则, 即概括临床表现时需要多少诊断就记录多少诊断。当记录一个以上的诊断时, 最好将一个诊断放在其它诊断之前以表明其为主要诊断, 同时注明其它任何辅助诊断或附加诊断。与诊断目的关系最密切者优先; 在临床工作中它常是导致咨询或与健康机构进行联系的障碍。在多数病例是住院病人、门诊病人或日间医疗病人所需治疗的障碍。在另一些情况下, 例如当回顾病人的整个病程时, 最重要的诊断最好是“终生”诊断, 而这个诊断可能不同于与当前的就诊最相关的诊断 (如一个慢性精神分裂症患者因为急性焦虑的症状而需要一段时期的治疗)。如果在记录几个诊断时对其顺序存在疑问, 或诊断者不明确应当怎样利用资料, 一个有用的规则是根据诊断在本分类中的数字顺序予以记录。

记录 ICD-10 其它章中的诊断

除了第五 (F) 章以外, 本文极力推荐使用 ICD-10 系统的其它章。与精神卫生服务关系最密切的类别被罗列在本书的附录中。