
精神障碍诊断与统计手册

(第五版)

美国精神医学学会 编著

[美] 张道龙 等译

DSM-5[®]



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS



北京大学医学出版社

精神障碍诊断与统计手册

(第五版)

美国精神医学学会 编著
〔美〕 张道龙 等译

DSM-5[®]



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS



北京大学医学出版社

著作权合同登记号 图字：01-2014-0228

图书在版编目(CIP)数据

精神障碍诊断与统计手册：第5版/美国精神医学学会编著；（美）张道龙等译. —北京：北京大学出版社，2015.7

ISBN 978-7-301-25812-5

I. ①精… II. ①美… ②张… III. ①精神障碍—诊断—手册②精神障碍—疾病统计—手册 IV. ①R749-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 095267 号

本书采用出版物版权追溯防伪凭证，读者可通过手机下载 APP 扫描封底二维码，或者登录互联网查询产品信息。

书 名 精神障碍诊断与统计手册（第五版）
著作责任者 美国精神医学学会 编著 （美）张道龙 等译
策划编辑 姚成龙 陈斌惠
责任编辑 王莹 吴坤娟 孙亚唯
标准书号 ISBN 978-7-301-25812-5
出版发行 北京大学出版社
地 址 北京市海淀区成府路 205 号 100871
网 址 <http://www.pup.cn> 新浪微博：@北京大学出版社
电子信箱 zyjy@pup.cn
电 话 邮购部 62752015 发行部 62750672 编辑部 62765126
印 刷 者 北京中科印刷有限公司
经 销 者 新华书店
787 毫米×1092 毫米 16 开本 61.25 印张 1303 千字
2015 年 7 月第 1 版 2015 年 7 月第 1 次印刷
定 价 288.00 元

未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有，侵权必究

举报电话：010-62752024 电子信箱：fd@pup.pku.edu.cn

图书如有印装质量问题，请与出版部联系，电话：010-62756370

First Published in the United States by American Psychiatric Publishing, A division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2013. All rights reserved.

由美国精神医学出版社首次出版,位于美国弗吉尼亚州阿灵顿市的美国精神医学出版社为美国精神医学学会的分支机构,版权所有 © 2013。保留所有权利。

First published in China by Peking University Press in simplified character Chinese. Peking University Press is the exclusive publisher of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* in simplified character Chinese for distribution Worldwide.

由北京大学出版社在中国首次出版简体中文版。北京大学出版社是《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-5)简体中文版在全世界的独家出版社。

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Peking University Press.

使用本出版物中的任何材料,都必须得到北京大学出版社的书面授权。

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the simplified character Chinese language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

美国精神医学学会并未参与本出版物从英文到简体中文的翻译工作,不对翻译中的任何错误、遗漏或其他可能的翻译缺陷负责。

DSM-5 简体中文版工作委员会

主 席：张道龙(Daolong Zhang, M. D.)

副主席：刘春宇(Chunyu Liu, Ph. D)

DSM-5 简体中文版工作委员会翻译组

张道龙 (Daolong Zhang, M. D.): 美国芝加哥退伍军人医学中心精神医学系行为健康部主管医师(Jesse Brown VA Medical Center), 伊利诺伊大学芝加哥分校精神医学系临床助理教授(The University of Illinois at Chicago), 好人生国际健康产业集团医务总监。

刘春宇(Chunyu Liu, Ph. D): 美国伊利诺伊大学芝加哥分校精神医学系副教授(The University of Illinois at Chicago), 中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授。

童慧琦(Huiqi Tong, M. D., Ph. D): 美国旧金山退伍军人医学中心执业临床心理学家(San Francisco VA

Medical Center); 加利福尼亚大学旧金山分校国际精神卫生项目成员, 临床助理教授(University of California, San Francisco)。

张小梅: 临床精神医学博士, 北京大学精神卫生研究所。

夏雅俐: 管理学博士, 中科院心理所医学心理学硕士, 行政学院副教授, 高级经济师, 人力资源管理师。

朱 玛: 美国明尼苏达大学心理学硕士, 中国心理学会临床与咨询心理学注册系统注册心理师, EAP 顾问, 跨国公司人力资源管理者。

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。

DSM-5 简体中文版工作委员会译校组

李凌江: 中南大学湘雅二院精神卫生研究所教授, 前所长; 中国神经科学学会精神病学基础与临床分会主任委员; 本书译校组组长。

赵靖平: 中南大学湘雅二院精神卫生研究所教授, 所长; 前任中华医学学会精神病学分会主任委员。

郝 伟: 中南大学湘雅二院精神卫生研究所教授, 副所长; 前任中国医师协会精神科医师分会会长。

罗学荣: 中南大学湘雅二院精神

卫生研究所教授, 副所长; 中国心理卫生协会儿童心理卫生专业委员会副主任委员。

王小平: 中南大学湘雅二院精神卫生研究所教授, 副所长; 中国神经科学学会精神病学基础与临床分会秘书长。

刘铁桥: 中南大学湘雅二院精神卫生研究所教授, 中国医师协会精神科医师分会副会长。

陈晓岗: 中南大学湘雅二院精神

卫生研究所教授,《国际精神病学杂志》编辑部主任。

徐一峰:上海交通大学医学院教授,附属精神卫生中心院长;中国医师协会精神科医师分会主任委员;本书译校组副组长。

施慎逊:上海复旦大学附属华山医院教授,精神科主任;中华医学会精神病学分会候任主任委员。

于欣:北京大学精神卫生研究所教授,中华医学会精神病学分会主任委员,本书译校组副组长。

张小梅:临床精神医学博士,北京

大学精神卫生研究所。

钱铭怡:北京大学心理学系教授,中国心理学会临床与咨询心理学专业委员会主任委员,中国心理卫生协会心理治疗与咨询专业委员会副主任委员。

赵然:中央财经大学心理学系教授,系主任;中国心理学会EAP工作委员会委员,国际EAP协会中国分会(CEAPA)副主席。

祝卓宏:中国科学院心理研究所教授,国家公务员心理与行为研究中心副主任,中国心理卫生协会心理咨询与治疗专业委员会委员。

DSM-5 简体中文版工作委员会特别顾问组

张侃:发展中国家科学院院士;中科院心理所教授,原所长;中国心理学会原理事长;国际心理科学联合会原副主席。

埃利奥特·葛森(Elliot S. Gershon, M. D.):美国芝加哥大学精神医学系和人类遗传系教授,精神医学系原系主任。

DSM-5 简体中文版工作委员会编辑组

张燕:中南大学湘雅二院精神卫生研究所副教授,精神病学专业编辑。

唐劲松:中南大学湘雅二院精神卫生研究所博士,精神病学专业编辑。

刘毅君:湖南省脑科医院主治医师,中国精神科住院医师规范化培训项目成员。

许倩:心理学硕士,美中心理文化学会(CAAPC),专业中文编辑。

陈幼红:心理学硕士,美中心理文化学会(CAAPC),专业中文编辑。

刘金雨:心理学学士,美中心理文化学会(CAAPC),专业中文编辑。

姚立华:心理学学士,美中心理文化学会(CAAPC),专业中文编辑。

张婉:(Wan Zhang, M. A.):传播学硕士,美中心理文化学会(CAAPC),专业中英文编辑。

张博:(Connie B. Zhang, B. A., JD Candidate):心理学学士,法学博士候选人,美中心理文化学会(CAAPC),美国专业英文编辑。

DSM-5 Task Force*

DAVID J. KUPFER, M. D.

Task Force Chair

DARREL A. RÉGIER, M. D., M. P. H.

Task Force Vice-Chair

William E. Narrow, M. D., M. P. H., *Research Director*

Susan K. Schultz, M. D., *Text Editor*

Emily A. Kuhl, Ph. D., *APA Text Editor*

Dan G. Blazer, M. D., Ph. D., M. P. H.

Jack D. Burke Jr., M. D., M. P. H.

William T. Carpenter Jr., M. D.

F. Xavier Castellanos, M. D.

Wilson M. Compton, M. D., M. P. E.

Joel E. Dimsdale, M. D.

Javier I. Escobar, M. D., M. Sc.

Jan A. Fawcett, M. D.

Bridget F. Grant, Ph. D., Ph. D. (2009—)

Steven E. Hyman, M. D. (2007—2012)

Dilip V. Jeste, M. D. (2007—2011)

Helena C. Kraemer, Ph. D.

Daniel T. Mamah, M. D., M. P. E.

James P. McNulty, A. B., Sc. B.

Howard B. Moss, M. D. (2007—2009)

Charles P. O'Brien, M. D., Ph. D.

Roger Peele, M. D.

Katharine A. Phillips, M. D.

Daniel S. Pine, M. D.

Charles F. Reynolds III, M. D.

Maritza Rubio-Stipec, Sc. D.

David Shaffer, M. D.

Andrew E. Skodol II, M. D.

Susan E. Swedo, M. D.

B. Timothy Walsh, M. D.

Philip Wang, M. D., Dr. P. H. (2007—2012)

William M. Womack, M. D.

Kimberly A. Yonkers, M. D.

Kenneth J. Zucker, Ph. D.

Norman Sartorius, M. D., Ph. D., *Consultant*

* DSM-5 顾问和其他参与者参见 www.dsm5.org 和 www.mhealthu.com。——译者注

前 言

美国精神病学会的《精神障碍诊断及统计手册》(DSM)是有关精神障碍的分类,并具有协助对这些障碍做出更为可靠的诊断的相关标准。随着 60 多年来几个连续版本的出现,该手册已经成为精神卫生领域临床实践的标准参考书。由于不可能对大多数精神障碍病理过程的基础做出全面描述,在此强调很重要的一点,目前的诊断标准是有关精神障碍的表现以及能被经过训练的临床工作者辨别的、可能得到的最佳描述。DSM 旨在作为一个具有实用性、功能性和灵活性的指南,对信息加以组织,以助于准确诊断和治疗。它是临床工作者的工具,是学生和临床工作者重要的教育资源,也是本领域中研究人员的参考书。

虽然该版 DSM 首先旨在作为临床实践的一个有用的指南,但作为一个专业命名系统,它需要适用于广泛而多样的背景。DSM 被不同取向的临床工作者和研究人员(生物的、心理动力学的、认知的、行为的、人际的、家庭/系统的)所使用,所有人都努力以一种共同的语言对他们的病人所呈现的精神障碍的基本特征进行沟通。该表述对精神卫生服务的不同方面的所有有关的专业人员,包括精神科医生、其他医生、心理学工作者、社会工作者、护士、咨询师、司法和法律专家,职业和康复治疗师以及其他健康专业人员等都具有价值。此标准简洁明了,旨在在不同临床场所中对症状进行评估,包括住院、门诊、日间医院、联合会诊、临床、私人开业和初级保健以及社区精神障碍的流行病学研究。

DSM-5 也是精神障碍发病率和死亡率的准确的公共卫生数据进行收集和交流的一个工具。最后,对于职业早期的学生需要一个结构式的方式来理解和诊断精神障碍,而有经验的专业人员在首次碰到罕见障碍的时候,该标准及其相应的文字描述可以作为教科书来使用。幸运的是,所有这些应用都是互相兼容的。

在 DSM-5 的策划中考虑了上述多样的需要和兴趣。精神障碍的分类与世界卫生组织的国际疾病分类(ICD, International Classification of Diseases)——美国使用的正式编码系统——是一致的。因此,DSM 所确定的障碍都具有 ICD 的名称和编码。在 DSM-5 的分类中,相关障碍都有 ICD-10-CM 编码。

虽然 DSM-5 依旧是对不同障碍的类别性划分,但我们意识到精神障碍并不总能完全被某个单一的障碍所界定。某些症状范围,譬如抑郁和焦虑,涉及了多个诊断类别,可能反应了一组更大的障碍所具有的共同的脆弱性基础。认识到这个现实,DSM-5 中所包括的障碍被进行了结构式的重组,旨在启发新的临床视角。这些新的结构与计划与将在 2015 年出版的 ICD-11 中对精神障碍的结构安排相对应。以下是被引进的一些其他增补和强化,以提高在不同场所中使用的便利性:

- **与诊断相关的发育性问题的表述。**各章节组织上的改变更好地反映了生命的过程,手册开始处是通常在儿童期诊断的障碍(例如,神经发育性障碍),到手册结

尾处则是更多的适用于老年人的障碍(例如,神经认知性障碍)。在内容上,副标题是有关发育和病程的表述,描述了障碍的表现会如何随着生命长度而改变。诊断上与年龄相关的特定性因素(例如,在特定年龄组中症状的表现和发病率)也被纳入文中。在适用的地方,这些与年龄相关的因素被加入标准本身,以示强调(例如,在失眠障碍和创伤后应激障碍的标准中,特定的标准描述了症状在儿童中可能的表现)。同样,在适用的地方,性别和文化因素也被整合进障碍中。

- **整合遗传学和神经影像学最新研究的科学发现。**根据最新神经科学和对诊断组之间遗传连锁的信息而修订了章节结构。文中突出了遗传性和生理性风险因素、预后指标以及一些可能的诊断标记。这种新的结构应该可以提高临床人员对基于共同的神经通路,遗传脆弱性和环境风险的同一谱系障碍的鉴别诊断能力。
- **自闭症、艾斯伯格综合征及广泛性发育障碍综合进自闭症谱系障碍。**这些障碍的症状体现了在社会沟通和限制性重复行为/兴趣两个领域从轻度至重度损害的单一的连续性,而并非不同的障碍。这一变化旨在提高对自闭症谱系障碍诊断标准的敏感性和特异性,并为确定的特定损害制订更有针对性的治疗目标。
- **简化双相和抑郁障碍的分类。**双相和抑郁障碍是精神障碍中最常见的诊断情况。简化这些障碍的表现可以提高临床和教育用途,因而非常重要。与其如以前版本中那样,把躁狂、轻躁狂和典型抑郁发作与诊断双相 I 型障碍、双相 II 型障碍及典型抑郁障碍的定义区分开,我们在每种障碍各自的标准中包括了所有诊断成分。这种做法将有利于对这些重要障碍的病床旁诊断和治疗。同样,对鉴别居丧和典型抑郁症的解释性标注,比起以前简单的居丧的排除标准,将提供更大的临床指导。如今,新的焦虑痛苦和混合性特征的标注在伴随着这些障碍诊断标准不同标注的叙述中被做了全面的描述。
- **为一致性和清晰性对物质使用障碍进行了重组。**药物滥用和药物依赖类别已被淘汰,取而代之的是一个总体的物质使用障碍的新类别——使用的特定物质则用于定义特定的障碍。“依赖”容易与“成瘾”混淆,事实上,先前用以定义依赖的耐受和戒断是会影响中枢神经系统的处方药的很正常的反应,并不一定表明成瘾的存在。通过在 DSM-5 中对这些标准进行修改和澄清,我们希望能够减少对有关这些问题的普遍性的误解。
- **增强重度和轻度神经认知障碍的特异性。**由于在过去 20 年里神经科学、神经心理学和脑成像研究的激增,传达当前最先进的知识,在对先前称为“痴呆症”或脑器质性疾病的特定类型障碍的诊断中至关重要。对血管性和创伤性脑障碍的影像学生物标记、对阿尔茨海默症和亨廷顿病的罕见变型在分子遗传学上的发现极大地推进了临床诊断,这些及其他的障碍如今被分列入特定的亚型中。
- **人格障碍在概念化上的过渡。**虽然以前的版本已经确认了人格障碍维度化方法的益处,但从对单个障碍的类别型诊断系统过渡到一个基于人格特征相对分布性的诊断系统还尚未被广泛接受。在 DSM-5 中,人格障碍的类别性分类与先前的版本相比实际上未作改动。但在第 III 部分中,提出了一个“混合型”的模式,以

指导将来的研究、区分六个特定障碍在人际功能评估和病态人格特征上的表达。在此部分中,也提出了在人格特征表达上以更加维度化的描绘取代特定的人格特征方法。

- **第三部分:新障碍及特征。**增加的新部分(第Ⅲ部分),突出了那些需要进一步研究,但还不足以作为正式精神障碍分类的,可以供常规的临床使用的那部分障碍。也列入了对13个症状领域中症状严重程度的维度化的测量,得以在所有诊断组中对不同严重程度的症状水平进行测量。同时,适用于所有医学的国际功能,残疾和健康分类而制定的世界卫生组织残疾评估表(WHODAS),是对精神障碍的整体残疾水平的标准评估方法,该评估表取代了相对局限的功能大体评定量表。我们希望这些措施会随着时间的推移得以落实,它们将对个体的症状表现及诊断评估期间的伴随残疾状况的临床描述上提供更多的准确性和灵活性。
- **在线功能强化。**DSM-5拥有在线补充信息。可在网上获取其他有关交叉性及严重程度的诊断测量(www.psychiatry.org/dsm5),这些信息会链接到相关的障碍。另外,文化公式化访谈——信息提供者版本以及对核心文化公式化访谈的补充模块也被纳入进了www.psychiatry.org/dsm。

这些创新是由世界上精神障碍方面的领衔权威所制订,并在专家评审、公众评论及独立的同行评审基础上加以实施。在DSM-5工作组指导下的13个工作小组配合其他评审机构,最终,由APA董事会集体代表了该领域的全球性的专业权威。

该努力得到大量顾问及APA研究部专业工作人员的支持;参与者的名字虽不胜枚举,但都列在附录中。对于那些在改善精神障碍诊断的努力中,倾注了无数时间和宝贵专业知识的人们,我们想表达热烈的谢意。

我们要感谢特别列在本手册前面的各位主席、文字协调员和13个工作组的成员。在持续六年的时间中,他们在这个改善临床实践科学基础的义务性的努力中花费了大量时间。文字编辑Susan K. Schultz, M. D.,与资深科普作家及DSM-5文字编辑工作人员Emily A. Kuhl, Ph. D.,不知疲倦地并肩工作,协调各个工作组的努力使其成为一个具有凝聚力的整体。William E. Narrow, M. D., M. P. H.则带领研究小组为DSM-5制定了总体的包括现场试验在内的研究策略,极大地提高了该修改版的实证基础。另外,我们感谢那些为修改版建议付出许多时间来作独立评审的人们,包括科学评审委员会的联合主席:Kenneth S. Kendler, M. D.,和Robert Freedman, M. D.;临床和公共卫生委员会联合主席:John S. McIntyre, M. D.,和Joel Yager, M. D.;美国精神病学会大会评审程序主席:Glenn Martin, M. D.。特别感谢Helena C. Kraemer, Ph. D.,在统计学方面的专家咨询;感谢Michael B. First, M. D.,在编码和标准评审中的宝贵意见;Paul S. Appelbaum, M. D.,在司法问题上的反馈。Maria N. Ward, M. Ed., RHIT, CCS-P,也帮助确认所有的ICD编码。由Dilip V. Jeste, M. D.所带领的首脑小组,包括这些顾问、各个评审小组的主席、工作组主席;以及APA行政人员,在达成妥协和共识中提供了领导力和远见。我们认为,这种水准的承诺对平衡性和客观

性的贡献,正是 DSM-5 的特点。

我们想特别感谢 APA 研究部门的杰出研究人员——列于本手册前面的工作委员会和工作组——他们不知疲倦地与工作委员会、工作组、顾问以及评审人员沟通,作为各个工作组之间的联络,指导和管理学术上的以及常规的临床现场试验,并在这重要过程中记录各种决定。我们特别感谢 APA 医务总监兼行政总裁 James H. Scully Jr., M. D. 在这些年来艰辛的制订过程中所提供的支持和指导。最后,我们感谢美国精神病学会出版社具体的编辑和制作人员——出版人: Rebecca Rinehart; 编辑部主任: John McDuffie; 资深编辑: Ann Eng; 责任编辑: Greg Kuny; 平面设计经理: Tammy Cordova——感谢他们在把一切整合起来、创造出最终产品的过程中所给予的指导。正是众多有才华的、奉献了时间、专业知识和热情的人们的最大努力,才使 DSM-5 得以成为可能。

David J. Kupfer, M. D.

DSM-5 Task Force Chair 工作委员会主席

Darrel A. Regier, M. D., M. P. H.

DSM-5 Task Force Vice-Chair 工作委员会副主席

December 19, 2012

DSM-5 分类

每一种障碍的名称前为 ICD-10-CM 的编码。空白线表示 ICD-10-CM 编码不适用。对于某些障碍而言,只能根据亚型或标注来编码。

以下为各章节的标题和疾病名称,括号中是与内容或诊断标准对应的页码。

注意所有由其他躯体疾病所致的精神障碍:在由(躯体疾病)所致的精神障碍的名称中,要注明其他躯体疾病的名称。其他躯体疾病的编码和名称应列在由躯体疾病所致的精神障碍之前。

神经发育障碍(29)

智力障碍(31)

- ___ . ___ 智力障碍(智力发育障碍)(31)
标注目前的严重程度:
- F70** 轻度
F71 中度
F72 重度
F73 极重度
F88 全面发育迟缓(37)
F79 未特定的智力障碍(智力发育障碍)(38)

交流障碍(38)

- F80.2** 语言障碍(38)
F80.0 语音障碍(40)
F80.81 童年发生的言语流畅障碍(口吃)(42)
注:晚期发生的案例被诊断为 F98.5 成人发生的言语流畅障碍
F80.89 社交(语用)交流障碍(44)
F80.9 未特定的交流障碍(46)

孤独症(自闭症)谱系障碍(46)

- F84.0** 孤独症(自闭症)谱系障碍(46)
标注如果是:与已知的躯体疾病或遗传疾病或环境因素有关;与其他神经发育的、精神的或行为障碍有关
标注:诊断标准 A 和 B 目前的严重程度:需要非常多的支持,需要多的支持,需要支持

标注如果是：是否伴智力受损，是否伴语言受损，伴紧张症(使用额外的编码 F06.1)

注意缺陷/多动障碍(55)

- ___ . ___ 注意缺陷/多动障碍(55)
标注是否是：
- F90.2** 组合表现
F90.0 主要表现为注意缺陷
F90.1 主要表现为多动/冲动
- 标注如果是：部分缓解
标注目前的严重程度：轻度、中度、重度
- F90.8** 其他特定的注意缺陷/多动障碍(62)
F90.9 未特定的注意缺陷/多动障碍(62)

特定学习障碍(63)

- ___ . ___ 特定学习障碍(63)
标注如果是：
- F81.0** 伴阅读受损(标注如果是伴阅读的准确性,阅读速度和流畅性,阅读理解力)
F81.81 伴书写表达受损(标注如果是伴拼写准确性,语法和标点准确性,写作表达清晰度和条理性)
F81.2 伴数学受损(标注如果是伴数字感,算术事实的记忆力,计算能力的准确性或流畅性,数学推理能力的准确性)
- 标注目前的严重程度：轻度、中度、重度

运动障碍(70)

- F82** 发育性协调障碍(70)
F98.4 刻板运动障碍(74)
- 标注如果是：伴自我伤害行为,无自我伤害行为
标注如果是：与已知的躯体或遗传疾病,神经发育障碍或环境因素有关
标注目前的严重程度：轻度、中度、重度

抽动障碍(77)

- F95.2** 抽动秽语综合征(77)
F95.1 持续性(慢性)运动或发声抽动障碍
标注如果是：仅仅有运动抽动,仅仅有发声抽动
- F95.0** 暂时性抽动障碍(78)
F95.8 其他特定的抽动障碍(81)
F95.9 未特定的抽动障碍(82)

其他神经发育障碍(82)

- F88** 其他特定的神经发育障碍(82)
F89 未特定的神经发育障碍(82)

精神分裂症谱系及其他精神病性障碍(83)

以下标注适用于精神分裂症谱系及其他精神病性障碍：

^a 标注如果是：以下病程标注仅适用于障碍持续时间超过 1 年：初次发作，目前处于急性发作期；初次发作，目前处于部分缓解期；初次发作，目前处于完全缓解期；多次发作，目前处于急性发作期；多次发作，目前处于部分缓解期；多次发作，目前处于完全缓解期；持续性的；未特定的

^b 标注如果是：伴紧张症(使用额外的编码 F06.1)

^c 标注：目前妄想、幻觉、言语紊乱、异常的精神运动行为、阴性症状、认知障碍、抑郁和躁狂症状的严重程度

- F21** 分裂型(人格)障碍(86)
- F22** 妄想障碍^{a,c}(86)
 标注是否是：钟情型、夸大型、嫉妒型、被害型、躯体型、混合型、未特定型
 标注如果是：伴离奇的内容
- F23** 短暂精神病性障碍^{b,c}(89)
 标注如果是：伴明显的应激源,无明显的应激源,于产后发生
- F20.81** 精神分裂症样障碍^{b,c}(92)
 标注如果是：伴良好的预后特征,无良好的预后特征
- F20.9** 精神分裂症^{a,b,c}(94)
- _____. _____. 分裂情感性障碍^{a,b,c}(101)
 标注是否是：
- F25.0** 双相型
- F25.1** 抑郁型
- _____. _____. 物质/药物所致的精神病性障碍^c(106)
 注：参见特定物质编码的记录程序和诊断标准系列,以及 ICD-10-CM 的编码
 标注如果是：于中毒期间发生,于戒断期间发生
- _____. _____. 由于其他躯体疾病所致的精神病性障碍^c(110)
 标注是否是：
- F06.2** 伴妄想
- F06.0** 伴幻觉
- F06.1** 与其他精神障碍相关的紧张症(紧张症的标注)(114)

- F06.1** 由于其他躯体疾病所致的紧张症(115)
F06.1 未特定的紧张症(116)
 注:其他症状涉及神经和肌肉骨骼系统时,首先编码 R29.818
F28 其他特定的精神分裂症谱系及其他精神病性障碍(117)
F29 未特定的精神分裂症谱系及其他精神病性障碍(117)

双相及相关障碍(119)

以下标注适用于双相及相关障碍:

^a标注:伴焦虑痛苦(标注目前的严重程度:轻度、中度、中重度、重度);伴混合特征;伴快速循环;伴忧郁特征;伴非典型特征;伴心境一致性精神病性特征;伴心境不一致性精神病性特征;伴紧张症(使用额外的编码 F06.1);伴围产期发生;伴季节性模式

- ___ . ___ 双相 I 型障碍^a(119)
 ___ . ___ 目前或最近一次为躁狂发作
 轻度
 中度
F31.13 重度
F31.2 伴精神病性特征
F31.71 部分缓解
F31.72 完全缓解
F31.9 未特定的
F31.0 目前或最近一次为轻躁狂发作
F31.71 部分缓解
F31.72 完全缓解
F31.9 未特定的
 ___ . ___ 目前或最近一次为抑郁发作
F31.31 轻度
F31.32 中度
F31.4 重度
F31.5 伴精神病性特征
F31.75 部分缓解
F31.76 完全缓解
F31.9 未特定的
F31.9 目前或最近一次为未特定的发作
F31.81 双相 II 型障碍^a(128)
 标注目前或最近一次发作:轻躁狂、抑郁

标注其病程,如果目前不符合心境发作的全部诊断标准:部分缓解、完全缓解

标注其严重程度,如果目前不符合心境发作的全部诊断标准:轻度、中度、重度

F34.0 环性心境障碍(135)

标注如果是:伴焦虑痛苦

___ . ___ 物质/药物所致的双相及相关障碍(137)

注:参见特定物质编码的记录程序和诊断标准系列,以及 ICD-10-CM 的编码

___ . ___ 标注如果是:于中毒期间发生,于戒断期间发生

由于其他躯体疾病所致的双相及相关障碍(140)

标注如果是:

F06.33 伴躁狂特征

F06.33 伴躁狂或轻躁狂样发作

F06.34 伴混合特征

F31.89 其他特定的双相及相关障碍(142)

F31.9 未特定的双相及相关障碍(143)

抑郁障碍(149)

以下标注适用于抑郁障碍:

^a标注:伴焦虑痛苦(标注目前的严重程度:轻度、中度、中重度、重度);伴混合特征;伴忧郁特征;伴非典型特征;伴心境一致性精神病性特征;伴心境不一致性精神病性特征;伴紧张症(使用额外的编码 F06.1);伴围产期发生;伴季节性模式

F34.8 破坏性心境失调障碍(149)

___ . ___ 重性抑郁障碍^a(154)

___ . ___ 单次发作

F32.0 轻度

F32.1 中度

F32.2 重度

F32.3 伴精神病性特征

F32.4 部分缓解

F32.5 完全缓解

F32.9 未特定的

___ . ___ 反复发作

F33.0 轻度

- F33.1** 中度
- F33.2** 重度
- F33.3** 伴精神病性特征
- F33.41** 部分缓解
- F33.42** 完全缓解
- F33.9** 未特定的
- F34.1** 持续性抑郁障碍(恶劣心境)^a(161)
 标注如果是: 部分缓解、全部缓解
 标注如果是: 早期发生、晚期发生
 标注如果是: 伴纯粹的心境恶劣综合征;伴持续性重性抑郁发作;
 伴间歇性重性抑郁发作,目前为发作状态;伴间歇性重性抑郁
 发作,目前为未发作状态
 标注目前的严重程度: 轻度、中度、重度
- N94.3** 经前期烦躁障碍(165)
- . — 物质/药物所致的抑郁障碍(168)
 注: 参见特定物质编码的记录程序和诊断标准系列,以及 ICD-10-
 CM 的编码
 标注如果是: 于中毒期间发生,于戒断期间发生
 —. — 由于其他躯体疾病所致的抑郁障碍(173)
 标注如果是:
- F06.31** 伴抑郁特征
- F06.32** 伴重性抑郁样发作
- F06.34** 伴混合特征
- F32.8** 其他特定的抑郁障碍(176)
- F32.9** 未特定的抑郁障碍(176)

焦虑障碍(181)

- F93.0** 分离焦虑障碍(182)
- F94.0** 选择性缄默症(187)
- . — 特定恐怖症(189)
 标注如果是:
- F40.218** 动物
- F40.228** 自然环境
- . — 血液—注射—损伤
- F40.230** 害怕血液
- F40.231** 害怕注射和输液