

· 临床督导 ·

# ICD-11 与 DSM-5 关于喂食及进食障碍 诊断标准的异同

肖 茜<sup>1</sup>, 张道龙<sup>2\*</sup>

(1. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

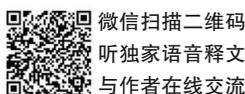
2. 北京华佑精神康复医院, 北京 102200

\*通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

**【摘要】** 本文目的是对喂食及进食障碍诊断标准在《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-5)和《国际疾病分类(第11版)》(ICD-11)的异同进行比较。喂食及进食障碍的临床特征是存在喂食或进食相关行为的持续性紊乱,导致食物消耗或吸收的改变,并显著损害躯体健康和社会功能。本文对喂食及进食障碍在两套诊断系统中的异同进行对比,以提高精神及心理工作者对相应内容的理解。

**【关键词】** ICD-11; DSM-5; 诊断标准; 喂食及进食障碍

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫码二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20200806002

## Similarities and differences between the diagnostic criteria of ICD-11 and DSM-5 for feeding and eating disorders

Xiao Qian<sup>1</sup>, Zhang Daolong<sup>2\*</sup>

(1. Mental Health Center of Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

2. Beijing Huayou Psychiatric Hospital, Beijing 102200, China

\*Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

**【Abstract】** The purpose of this paper is to discuss the similarities and differences between the diagnostic criteria of feeding and eating disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) and International Classification of Diseases, eleventh edition (ICD-11). Feeding and eating disorders are clinically characterized by persistent disturbances in feeding or food-related behaviors that result in altered food consumption or absorption and significant impairment in physical health or social function. This paper discusses the similarities and differences of feeding and eating disorders in the two diagnostic manuals, in order to improve psychiatric and psychological workers' understanding of the corresponding sections.

**【Keywords】** ICD-11; DSM-5; Diagnostic criteria; Feeding and eating disorders

喂食及进食障碍的特征是持续存在异常的进食相关行为,使得食物的吸收或消耗发生改变,并严重影响个体的社会功能和身体健康<sup>[1-2]</sup>。该障碍的患病率约为0.8%~1.6%<sup>[1,3]</sup>。儿童期有焦虑障碍或表现出强迫特征的个体发生神经性厌食的风险更高<sup>[1,4]</sup>。神经性厌食的发生与以瘦为美的文化环境相关。鼓励消瘦的职业,如芭蕾舞演员和模特发生神经性厌食的风险也较高<sup>[1,3]</sup>。在遗传方面,进食障碍患者的一级亲属患有神经性贪食和神经性厌食的风险更高<sup>[3]</sup>。一些进食障碍患者的进食相关症状与物质使用障碍相似,存在冲动性和渴求的模式。这一相似性可能反映了在两组疾病中均有自

我控制和犒赏调节的系统参与<sup>[5]</sup>。《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)<sup>[1]</sup>和《国际疾病分类(第11版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)<sup>[6-11]</sup>是诊断喂食及进食障碍的两大诊断手册。喂食及进食障碍的诊断标准在这两个诊断系统中内容基本一致,但在亚型的分类细节上存在少量差异。为了帮助精神医学工作者熟悉该疾病的诊断标准,本文对喂食及进食障碍诊断标准在两个诊断系统中的异同进行讨论。

### 1 DSM-5对喂食及进食障碍的诊断

喂食及进食障碍表现为个体持续存在异常的

进食相关行为,影响其社会功能和躯体健康,导致食物消耗或吸收改变。本章包括异食症、反刍障碍、回避性/限制性摄食障碍、神经性厌食、神经性贪食、暴食障碍及其他特定的/未特定的喂食及进食障碍<sup>[1-2,12]</sup>。

### 1.1 DSM-5 对异食症的诊断

患者持续进食非食用性的物质至少 1 个月,与患者应有的发育程度不相符。这种进食行为不符合所处文化环境的要求。如果进食行为出现在其他精神障碍(如智力障碍、孤独谱系障碍、精神分裂症)或躯体疾病患者中,则该行为的严重程度应达到需要额外的临床关注,才做出异食症的诊断<sup>[1,13]</sup>。

### 1.2 DSM-5 对反刍障碍的诊断

反复的反流食物至少 1 个月。反流的食物可能会被再吐出、咀嚼和吞咽。反复的反流不是由于胃食管反流、幽门狭窄等躯体疾病所致。此障碍不是神经性厌食、神经性贪食、暴食障碍或回避性/限制性摄食障碍病程的一部分。如果症状出现在其他精神障碍患者中,则其严重程度应达到需要额外的临床关注,才做出反刍障碍的诊断<sup>[1,14]</sup>。

### 1.3 DSM-5 对回避性/限制性摄食障碍的诊断

该障碍表现为明显缺乏对食物的兴趣,基于食物的特征来回避食物,或者担心进食的不良后果。该障碍可引起营养缺乏,与下列至少一项有关:①体重明显减轻(或未能达到预期的体重增加或儿童期体重增长缓慢);②明显的营养缺乏;③依赖胃肠道喂养或口服营养补充剂;④明显影响正常的心理状态和社交功能。该障碍不能用缺乏食物或文化认可的行为来解释。这种进食障碍并非仅出现在神经性厌食和神经性贪食的病程中,个体没有明显的体重或体型的体验障碍。该障碍并非由其他精神障碍或躯体疾病所引起,若出现在其他疾病患者中,则其严重程度应超过有关疾病的常规进食表现或需要引起额外的临床关注,才能做出回避性/限制性摄食障碍的诊断<sup>[1,14]</sup>。

### 1.4 DSM-5 对神经性厌食的诊断

患者出现因限制能量的摄取而导致显著的低体重。显著的低体重被定义为低于正常体重的最低值或低于儿童和青少年体重的最低预期值。虽然个体已经是显著的低体重,但仍非常害怕增重或有持续试图减重的行为。患者存在对自己的体重或体型的体验障碍,或持续缺乏对目前低体重的严

重性的认识<sup>[1,15]</sup>。在 DSM-5 中,该障碍标注为限制型和暴食/清除型两个亚型。按照病情严重程度,可根据体重指数(BMI)标注为轻度、中度、重度和极重度;根据缓解程度,可标注为部分缓解和完全缓解<sup>[1,15]</sup>。

### 1.5 DSM-5 对神经性贪食的诊断

患者在一段固定的时间内大量进食,进食量超过了大部分人的平均水平,发作时感到无法控制进食。反复出现不恰当的代偿行为以预防体重增加,如自我引吐、滥用泻药和利尿剂、禁食以及过度锻炼。暴食和不恰当的代偿行为同时出现,且出现频率维持在 3 个月内平均每周至少 1 次,患者对体型和体重存在过度的负性自我评价。该障碍不能用神经性厌食来更好地解释。对该障碍严重程度的标注是基于不恰当代偿行为的发生频率<sup>[1,14]</sup>。

### 1.6 DSM-5 对暴食障碍的诊断

患者存在反复的暴食发作,且发作时感到无法控制进食,在任何 2 小时内,进食量超过大多数人的进食量。暴食发作与下列至少三项有关:①进食速度比正常情况快;②一直进食直到胃部不适才停止;③即使不感到饥饿,仍然大量进食;④躲避人群进食,因为进食过多感到羞愧;⑤进食之后感到愧疚和讨厌自己。此障碍可引起患者明显痛苦。暴食频率在 3 个月内至少每周 1 次。与神经性贪食不同,该障碍不会出现持续的不恰当的代偿行为,也不是神经性贪食或神经性厌食病程的一部分。对该障碍严重程度的标注是基于暴食障碍的发作频率<sup>[1,13-14]</sup>。

### 1.7 DSM-5 对其他特定的/未特定的喂食及进食障碍的诊断

其他特定的喂食及进食障碍是指具备本章节的典型症状,使个体感到痛苦并引起个体功能损害,但未能符合前述任何一种诊断标准的情况,包括非典型神经性厌食、神经性贪食(低频率和/或有限的病程)、暴食障碍(低频率和/或有限的病程)、清除障碍和夜间进食综合征等<sup>[1,16]</sup>。未特定的喂食及进食障碍是指具备本章的典型症状,但由于信息不全而暂时未能作出特定诊断的情况<sup>[1,16]</sup>。

## 2 ICD-11 对喂食及进食障碍的诊断

喂食及进食障碍是一系列异常的进食或喂养行为,不能由其他健康情况来解释,也不是生长发育过程中适当的行为,或文化所认可的行为。喂食障碍包括与对体重和体型的担忧不相关的紊乱行

为,例如进食不能食用的物质,或自发地反刍食物。进食障碍包括异常的进食行为和/或对食物的先占观念,以及对体重和体型的显著担忧<sup>[6-11]</sup>。

### 2.1 ICD-11 对神经性厌食的诊断

神经性厌食表现为相对于个体生长发育阶段的显著低体重。成人 BMI 低于 18.5,儿童和青少年的体重低于相应年龄 BMI 的第 5 个百分点。低体重不是由无法获得食物和其他健康问题所致。患者伴有持续性的、防止体重回升的行为模式,包括限制性摄食、清除行为(如自我催吐、滥用泻药)和以增加能量消耗为目的的行为(如过度运动锻炼),通常伴有对体重增加的恐惧。低体重或体型是个体自我评价的中心<sup>[6,15]</sup>。

ICD-11 对神经性厌食的亚诊断如下。①神经性厌食伴显著低体重,限制性模式:成人 BMI 为 18.5~14.0;对于儿童或青少年,体重在相应年龄 BMI 的第 5 百分位~第 0.3 百分位之间。个体通过限制性摄食和禁食维持低体重,没有暴食或清除行为。②神经性厌食伴显著低体重,暴食-清除模式:与前一种的差别是存在暴食发作或清除行为,此模式也适用于仅有暴食发作但无清除行为的个体。③神经性厌食伴显著低体重,未特定。④神经性厌食伴危险低体重,限制性模式:成人 BMI<14.0,对于儿童或青少年,体重在相应年龄 BMI 的第 0.3 个百分点以下,同时具有限制性模式。在神经性厌食中,危险低体重是重要的预后因子,它与躯体并发症、显著升高的病死率高度相关。⑤神经性厌食伴危险低体重,暴食-清除模式。⑥神经性厌食伴危险低体重,未特定。⑦神经性厌食恢复期,正常体重。⑧其他特定的神经性厌食。⑨未特定的神经性厌食<sup>[6,15]</sup>。

### 2.2 ICD-11 对神经性贪食的诊断

神经性贪食表现为频繁而持续的暴食发作。患者体验到对进食行为失去控制,无法对进食类型或数量进行控制。暴食障碍伴有反复的、不适当的代偿行为,以预防体重增加。个体存在与体重或体型相关的先占观念,这种先占观念对自我评价有强烈的影响。个体无显著的低体重,不满足神经性厌食的诊断<sup>[3,7]</sup>。

### 2.3 ICD-11 对暴食障碍的诊断

暴食障碍表现为频繁、反复出现暴食发作(例如每周 1 次或更多,并持续至少 1 个月)。患者体验到对进食行为失去控制,无法对进食类型或数量进

行控制。暴食发作的个体常感到痛苦,并伴有自罪、内疚或恶心。与神经性厌食不同,暴食障碍的患者不会出现催吐、导泻等阻止体重增加的行为<sup>[8,13]</sup>。

### 2.4 ICD-11 对回避性-限制性摄食障碍的诊断

回避性-限制性摄食障碍表现为异常的进食或喂养行为,导致摄入食物的量或种类不足,无法满足个体充分的营养需要。限制性的进食模式导致患者体重明显减轻、在童年期或孕期不能达到预期体重、临床上特定营养素显著缺乏,需依赖口服营养补充剂或导管喂养,进而影响功能和健康。这种异常的进食行为模式并未反映出个体对体重和身材的担忧。此障碍不是由食物不足、物质或躯体疾病所致<sup>[9,17]</sup>。

### 2.5 ICD-11 对异食癖的诊断

异食癖表现为反复进食无营养的物质,例如非食用的物体或材料以及未加工的食物原料,症状持续或严重到需要临床关注。个体的生长发育水平已达到能区分可食用与不可食用物质的年龄(正常发育水平在 2 岁左右)。该行为导致个体健康和功能受损,或存在显著的危险性<sup>[10,17]</sup>。

### 2.6 ICD-11 对反刍-返流障碍的诊断

反刍-返流障碍表现为反复把之前咽下的食物返回到口腔,这些食物可以被再咀嚼和再吞咽,或者可以故意吐出来。返流行为至少每周数次,且这种情况已持续至少数周。返流行为不是由直接引起返流或呕吐的疾病所致(例如食管狭窄和幽门狭窄)。该诊断只适用于发育年龄 2 岁以上的个体<sup>[11,17]</sup>。

### 2.7 ICD-11 对其他特定/未特定的喂食及进食障碍的诊断

其他特定的喂食及进食障碍是指具备本章节的典型症状,引起功能损害或痛苦,但未能符合前述任何一种诊断标准的情况。未特定的喂食及进食障碍是指具备本章的典型症状,但由于信息不全而暂时未能作出特定诊断的情况<sup>[12]</sup>。

## 3 两套诊断系统对喂食及进食障碍诊断的相同点

### 3.1 两套诊断系统对喂食及进食障碍的总体定义一致

DSM-5 和 ICD-11 对喂养或进食障碍的总体定义相同<sup>[1,6]</sup>。DSM-5 和 ICD-11 一致性地认为喂养和

进食障碍表现为持续紊乱的进食相关行为,包括异常的进食或喂养行为。这些行为不能由其他健康情况来解释,也不是生长发育过程中适当的行为或文化所认可的行为<sup>[1,6]</sup>。

### 3.2 两套诊断系统在本谱系包含的疾病种类完全相同

在喂食及进食障碍这一谱系中,DSM-5和ICD-11包含的疾病种类完全一致:异食症、反刍障碍、回避性/限制性摄食障碍、神经性厌食、神经性贪食、暴食障碍及其他特定/未特定的喂食及进食障碍<sup>[1,6,16]</sup>。

### 3.3 两套诊断系统对本谱系各个疾病的诊断描述基本相同

在喂养或进食障碍这一谱系中,DSM-5和ICD-11不但疾病名称一致,而且对每个疾病诊断要点的描述基本一致<sup>[1,6-11]</sup>。例如,两套诊断系统对神经性厌食都强调了相对于发育年龄阶段显著的低体重,同时伴有防止体重回升的持续行为模式以及对体重过重的先占观念。在排除标准中均规定低体重不是无法获得食物和其他健康问题所致的<sup>[1,6]</sup>。

## 4 两套诊断系统对喂食及进食障碍诊断的区别

### 4.1 两套诊断系统对喂食及进食障碍谱系的疾病排列顺序不同

在DSM-5中,先排列的是异食症、反刍障碍和回避性/限制性摄食障碍,这三个疾病在儿童中的发病率较高;接着再排列神经性厌食、神经性贪食、暴食障碍及其他特定/未特定的喂食及进食障碍,这些疾病在成人中发病率较高<sup>[1-2,16]</sup>。而在ICD-11中,先排列的是最重要和最具有代表性的疾病,再排列临床较少见的疾病:首先是神经性厌食,然后是神经性贪食、暴食障碍、回避性-限制性摄食障碍、异食癖、反刍-返流障碍及其他特定/未特定的喂食及进食障碍<sup>[6-11]</sup>。

### 4.2 两套诊断系统对神经性厌食的亚型表达方式不同

对于神经性厌食,DSM-5将疾病亚型用多种标注来表达,依据患者不同的特征可下多个标注<sup>[1,15]</sup>。而ICD-11是直接多个次级诊断的形式来表达亚型<sup>[6]</sup>。

神经性厌食的严重性在DSM-5中用BMI来标注,分为轻、中、重、极重四个程度。极重度的标准是

BMI<15.0<sup>[1]</sup>。而ICD-11仅分为显著低体重和危险低体重两个程度,危险低体重的定义是BMI<14.0<sup>[6]</sup>。导致这种差异的原因可能是ICD-11运用全世界人口学数据的平均标准,与美国人口学数据不完全一致<sup>[3,15]</sup>。对于神经性厌食的缓解程度,DSM-5的标注有完全缓解和部分缓解,而ICD-11仅有恢复期这一种次级诊断<sup>[1,6]</sup>。

### 4.3 DSM-5对神经性贪食和暴食障碍的亚型有标注,而ICD-11中无亚型划分

在DSM-5中,神经性贪食是根据清除行为的次数被划分为轻、中、重和极重度(轻度:每周平均有1~3次不恰当的代偿行为发作;中度:每周平均有4~7次不恰当的代偿行为发作;重度:每周平均有8~13次不恰当的代偿行为发作;极重度:每周平均有14次或更多不恰当的代偿行为发作)<sup>[7]</sup>。而暴食障碍是依据暴食发生的次数被划分为轻、中、重和极重度(轻度:每周有1~3次暴食发作;中度:每周有4~7次暴食发作;重度:每周有8~13次暴食发作;极重度:每周有14次或更多暴食发作)<sup>[8]</sup>。而ICD-11未对这两种障碍的亚型作进一步细分<sup>[7-8]</sup>。

### 4.4 两套诊断系统对进食障碍病程的标准不同

在DSM-5中,对神经性贪食和暴食障碍病程都要求至少3个月<sup>[1]</sup>,而ICD-11对这些疾病的病程要求1个月以上<sup>[7-8]</sup>。异食症和反刍障碍在DSM-5中病程要求1个月以上<sup>[1-2]</sup>;而ICD-11中对应的病程要求比较模糊,数周以上即可,给临床医师更灵活的操作空间<sup>[10-11]</sup>。

## 5 总 结

DSM-5和ICD-11这两套国际通用的诊断系统在喂食及进食障碍谱系上是几乎一致的。本章均包含了异食症、反刍障碍、回避性/限制性摄食障碍、神经性厌食、神经性贪食、暴食障碍及其他特定/未特定的喂食及进食障碍。细微的差异体现在对亚型的表达和划分细节以及对病程的规定方面。将两套诊断系统互相参照学习,更有助于精神心理工作者全面熟悉喂食及进食障碍的诊断标准。

## 6 问 答

Q1:神经性厌食与回避性/限制性摄食障碍均有限制能量摄取和体重下降的类似表现,二者如何鉴别?

A1:虽然这两种疾病均有限制能量摄取而导致

体重下降的表现,但神经性厌食可导致体重显著下降(BMI<18.5),还表现出害怕体重增加的行为以及对自身体重的体验存在紊乱。这些特征不会出现在回避性/限制性摄食障碍中,所以这两种障碍不应同时诊断。回避性/限制性摄食障碍起病可能早于神经性厌食。对于部分神经性厌食患者,虽然他们否认害怕肥胖,但仍有持续的预防体重增加的行为并且不承认低体重的医学严重性,该表现有时被称为“非肥胖恐惧的神经性厌食”,其鉴别诊断上需要特别注意<sup>[1,18]</sup>。

Q2:神经性贪食患者有暴食和清除行为,但神经性厌食患者也有暴食/清除型,两者如何区别?

A2:神经性贪食的核心特征是同时出现暴食和清除行为,体重一般是正常水平或偏重。而神经性厌食-暴食/清除型的定义是体重明显低于正常值。这两个诊断之间是相互排斥的,因此,在单次发作期间,只能确定为其中一个诊断。对于初始诊断神经性厌食的个体,当临床表现不再符合神经性厌食的诊断标准(例如体重恢复正常),又符合神经性贪食的全部诊断标准至少三个月,此时可更改为神经性贪食的诊断<sup>[1,19]</sup>。

Q3:暴食障碍与肥胖是不是同一种概念?

A3:暴食障碍与超重和肥胖有关,但又不同于普通肥胖,其关键特征在于患者在2小时内快速大量进食,并伴有自罪内疚。与没有暴食障碍的个体相比,患有该障碍的肥胖者对体重和体型的负性评价水平更高。与没有该障碍的个体相比,患有该障碍的肥胖者共病精神疾病的比例更高<sup>[1,19]</sup>。

Q4:神经性厌食和神经性贪食容易与哪些精神障碍共病?

A4:进食障碍个体在起病前可存在焦虑障碍和强迫症。酒精使用障碍和其他物质使用障碍也可能与神经性厌食、神经性贪食和暴食障碍共病。兴奋剂的使用通常始于尝试控制食欲和体重。进食障碍患者也常共病双相及抑郁障碍。另外,相当比例的进食障碍患者还会达到人格障碍的诊断标准,最常见的是边缘型人格障碍<sup>[18-19]</sup>。

## 参考文献

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 319-343.
- [2] 美国精神医学学会. 理解DSM-5精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 130-141.
- [3] Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders[J]. *Lancet*, 2020, 395(10227): 899-911.
- [4] Bryant-Waugh R. Feeding and eating disorders in children[J]. *Psychiatr Clin North Am*, 2019, 42(1): 157-167.
- [5] Frank GK, Shott ME, DeGuzman MC, et al. The neurobiology of eating disorders [J]. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2019, 28(4): 629-640.
- [6] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/6B80 anorexia nervosa[EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f263852475,2020-09-01>.
- [7] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/6B81 bulimia nervosa[EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f509381842,2020-09-01>.
- [8] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/6B82 binge eating disorder[EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1673294767,2020-09-01>.
- [9] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/6B83 avoidant-restrictive food intake disorder[EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1242188600,2020-09-01>.
- [10] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/6B84 pica[EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f833390860,2020-09-01>.
- [11] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/6B85 rumination-regurgitation disorder[EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1205760590,2020-09-01>.
- [12] Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update [J]. *Intern Med J*, 2020, 50(1): 24-29.
- [13] Hauck C, Cook B, Ellrott T, et al. Food addiction, eating addiction and eating disorders[J]. *Proc Nutr Soc*, 2020, 79(1): 103-112.
- [14] Górski M, Całyniuk B, Garbicz J, et al. Eating disorders - diagnosis and characteristics[J]. *Pol Merkur Lekarski*, 2020, 48(284):133-138.
- [15] Kalra S, Kapoor N, Jacob J. Orthorexia nervosa[J]. *J Pak Med Assoc*, 2020, 70(7): 1282-1284.
- [16] Mitchison D, Mond J, Bussey K, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance [J]. *Psychol Med*, 2020, 50(6): 981-990.
- [17] Hilbert A. Childhood eating and feeding disturbances [J]. *Nutrients*, 2020, 12(4): 972.
- [18] Milano W, Ambrosio P, Carizzone F, et al. Gender dysphoria, eating disorders and body image: an overview[J]. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*, 2020, 20(4): 518-524.
- [19] 迈克尔·弗斯特. DSM-5鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 177-182.

(收稿日期:2021-06-23)

(本文编辑:陈霞)