

从 DSM-IV 躯体形式障碍到 DSM-5 躯体症状障碍*

陈子晨 汪新建

(南开大学社会心理学系, 天津 300071)

摘要 DSM-IV 是使用最广泛的精神障碍诊断标准之一, 但其中的躯体形式障碍诊断标准在临床实践中存在应用性低, 标准模糊, 分类重叠等问题。因此 DSM-5 针对这些问题将其修改为躯体症状障碍, 删去医学无法解释症状的要求, 增加心理标准, 合并和简化亚型, 以改善该诊断标准的临床应用。本文分析了 DSM-5 躯体症状障碍修订的主要内容和原因, 并讨论了新标准在未来面临的问题和可能的进展。

关键词 躯体形式障碍; 躯体症状障碍; DSM-IV; DSM-5; 精神障碍诊断

分类号 R395

1 引言

躯体形式障碍(somatoform disorder)是指以躯体症状为主要表现的一类精神疾患, 核心症状即躯体化(somatization)。学界对躯体化现象的成因和产生过程一直有所争议, 至今也没有完全弄清其病理原因。而具体如何分类和定义此类疾患, 医学和精神病学界也一直没有定论, 所以只能根据其症状表现将其归为一个类别。躯体化一开始并没有被当作独立的一种精神障碍。在医学中此类现象曾先后和疑病症(hypochondriasis)、医学无法解释的症状(medical unexplained symptoms, MUS)等名词相联系。直到 1980 年, 美国精神病学学会(American Psychiatric Association, APA)修订精神疾病诊断统计手册第三版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III)时, 将这一类症状归入精神疾病目录中, 正式统一称其为躯体化障碍, 并加入其它以躯体痛苦为主的精神障碍合并为一个类别, 即躯体形式障碍。此后, DSM 这一诊断分类也开始被各类其它疾病诊断手册所采用。DSM-IV 躯体形式障碍延续了 DSM-III 的标准, 而国际疾病分类标准(International

Classification of Diseases, ICD), 以及中国精神障碍与诊断标准(Chinese Classification of Mental Disorders, CCMD)也以“躯体形式”和“躯体化”为名称设立了相应的诊断标准。在 DSM-IV-TR (2000) 中, 躯体形式障碍包括躯体化障碍, 以及转换障碍(conversion disorders)、疑病症、躯体变形障碍(body dysmorphic disorder)等其它以躯体症状为主的精神障碍, 后者中的一些过去曾属于其它类别。由其发展历史可见, 正是从 DSM-III 开始, 由美国精神病学界推广, 才产生了以“躯体化”和“躯体症状”为核心的躯体形式障碍这一疾病分类。因此, DSM 诊断标准在此类疾患的命名和分类上起到主导作用。

DSM 诊断标准中的躯体形式障碍大体上说是两个基本的特征: 第一, 心理来源的躯体痛苦; 第二, 医学无法解释症状。但是以这两个特征为核心的诊断标准在临床中却遇到很多问题, 而不少争论也恰恰在于这两个核心特征。针对这些问题, DSM 的最新修订版本 DSM-5(曾用名 DSM-V)用大幅修改的躯体症状障碍(somatic symptom disorders)诊断替代了先前的躯体形式障碍诊断。

2 DSM-IV 躯体形式障碍诊断标准的问题及缺陷

虽然 DSM-IV 是使用最广泛的精神障碍诊断标准之一, 但从其发布至今, 其中的躯体形式障碍标准在临床实践中却遭遇很多问题, 使得

收稿日期: 2013-05-27

* 国家社会科学基金项目“从本土文化看中国人心理问题躯体化之成因”(项目号: 09BSH044)资助。

通讯作者: 汪新建, E-mail: wangxj@nankai.edu.cn

DSM-5 修订工作组认为躯体形式障碍并不是一个成功的诊断标准,因此要对其进行较大的修改 (APA, 2011)。

2.1 临床应用性较低

DSM-IV 躯体形式障碍的诊断在实践中很难完全按照标准使用,导致在各种统计调查中此类疾患表现出的流行率非常不一致。Creed 和 Barsky (2004)对 10 项躯体化障碍研究进行了系统回顾,发现符合 DSM-IV 标准的躯体化障碍流行率从 0.03%到 0.84%不等,中数则为 0.4%。根据 APA 的统计,DSM-IV 躯体形式障碍各个亚型的流行率都不高,其中地位最重要的躯体化障碍也相对少见。根据 APA 在 2000 年的统计,躯体化障碍流行率在美国女性中约为 0.2%至 2%,男性则约为 0.2% (Koopman, Gill, & Kazdin, 2000)。不仅躯体化障碍表现出如此低的流行率,几乎所有躯体形式障碍都不易于临床评估,这导致很多大样本精神卫生统计中极少涵盖此类障碍,甚至上述 APA 的统计也只包括躯体化障碍,而没有其它躯体形式障碍。

但有研究发现,此类障碍其实可能在临床中并不少见。有研究者认为躯体形式障碍可能是普通人群中第三常见的精神障碍 (Baumeister & Härter, 2007),仅次于心境障碍和焦虑障碍。进一步的临床调查显示,躯体化障碍在某些调查中表现出流行率低,其主要原因之一是因为调查依据 DSM-IV 标准。而按照其它诊断标准,如 ICD-10,则可能得到不同的调查结果 (Simon & Gureje, 1999)。严格符合 DSM-IV 诊断标准的躯体形式障碍在精神病学临床实践中其实很难遇到,因此在诊断中占最多数的是原本作为一种补充的“未分化躯体形式障碍” (undifferentiated somatoform disorder)或“非特定躯体形式障碍” (somatoform disorder NOS)这类“剩余诊断” (Kuwabara et al., 2007)。比如,对 119 名基础临床患者进行的调查发现,符合 DSM-IV 躯体化障碍的患者小于 1%,而符合 DSM-IV 未分化躯体形式障碍的则高达 79% (Lynch, McGrady, Nagel, & Zsembik, 1999)。这不得不让研究者怀疑躯体化障碍等主要的躯体形式障碍在 DSM-IV 中的标准过于严格,导致了其流行率低的假象。特别是对于儿童和青少年来讲,躯体形式障碍标准中的很多条件都不符合临床实际情况 (Schulte & Petermann, 2011)。还有研

究者对其它诊断标准与 DSM 进行了比较研究,发现使用其它诊断标准对 DSM 进行补充能有助于识别出更多患者 (Mangelli et al., 2009; Fink & Schröder, 2010)。

因此,不少精神科医生和健康机构可能由于统计原因忽视了造成患者极大痛苦的精神障碍 (Saxena, 2005; Creed, 2006)。DSM-IV 标准的躯体化障碍缺少流行病学资料,使研究者难以找到标准统一的数据来分析此类障碍的人口学特征及相关因素,而依据各异的不同研究也难以合并分析 (Dimsdale, Patel, Xin, & Kleinman, 2007)。

DSM-IV 躯体形式障碍临床应用性低,很大程度上是由于不少医生和患者都不喜欢其诊断名称和标准。首先,由于诊断中一些具体标准过于严格,导致很多未达严重程度患者被诊断为“未分化”或“非特定”躯体形式障碍中。患者厌恶此类模糊不清的文字,他们会感觉医生也不知道他们患了什么病,由此对医生的能力产生怀疑。一项调查显示,有 45%的患者认为非特定躯体形式障碍概念不清,51%的患者不愿意使用它,只有 6%的患者认为它是有用的诊断 (Dimsdale, Sharma, & Sharpe, 2011)。与此类似,躯体形式诊断标准中的“医学无法解释症状”也会让患者产生不信任。其次,很多患者不喜欢“躯体化”或“躯体形式”,还因为它们似乎具有歧视性。因为这些名称暗示着患者具有心理问题,而躯体症状的患者一般更愿意以医学(生理病症)而非精神病学原因解释自己的症状。由于污名会发生在大部分精神障碍上,这些患者可能就更愿意选择用医学状况而不是心理问题来对自己的症状进行归因 (Rief & Isaac, 2007)。

2.2 定义和标准过于模糊

DSM-IV 躯体形式障碍的诊断标准在临床实践中遇到的诸多问题在很大程度上直接关系到定义躯体形式障碍的核心特征。躯体化的病理成因一直不明确,而且存在较大的争议。尽管身心间具有互应关系从古代起就为医生们所知,但是今天的精神病学和医学仍未能阐明所谓躯体形式症状的病原学原理。躯体化类障碍长久以来一直面临一个核心争论:它到底是心理障碍还是生理问题 (Creed & Gureje, 2012)。

心理动力学和神经生理学是当前对躯体形式障碍中所谓的“医学无法解释症状”的两种主要解

释模型, 分别代表了主观和客观两种互补的观点。源自心理动力学的解释认为躯体化现象是出于自我防御机制, 当社会和情感压力达到一定程度时, 精神就无法承受, 转而呈现出躯体反应。另外, 在压力之下, 个体对内部身体变化的敏感性也可能会提高, 将轻微的身体不适放大为痛苦。虽然上述理论缺乏足够直接的病理学证据加以证实, 有些学者仍然认为在躯体形式障碍这个领域, 精神分析理论是迄今为止最好的解释(Kandel, 1999)。而神经生理学则着重强调引起躯体形式障碍的生理性身心交互作用, 不过相关研究也仍然没有得到一个公认的解释(Browning, Fletcher, & Sharpe, 2011)。但是, 患者不可能等着医生研究出一个可信的结论再来看病, 因此目前临床上也只有采用一些暂时的解释策略。

而病原学的模糊性表现在 DSM-IV 躯体形式障碍的一个最具争议性的问题上, 即过于倚重所谓的“医学无法解释症状”。正是由于对此类障碍的本质没有一个确切的解释, 精神病学界不得不按照一种相对表面化的标准对其进行分类, 也就是用症状的相似性和“医学无法解释”作为标准。从理论上说, 此标准看起来不想强调或依赖任何一种理论解释, 但它实际上隐含地表达出心理和躯体的二元论, 将医学能够解释的状况和其它“非医学”的状况对立起来(APA, 2011)。“医学无法解释症状”不是基于疾病的确诊, 而是基于一个负面条件——临床证据的缺少。这条标准似乎将躯体形式障碍本身都划为了一种“剩余诊断”: 当现有的医学检查不能发现器质性病变, 就将其抛到这种以“无法解释”作标准的疾病范畴中。无论对于研究者、医生还是患者, 这种诊断标准作为一种疾病的解释都确实有些值得怀疑。

“医学无法解释症状”这一准则会由于社会经济状况和医疗检查条件的不同而产生很大的地区或阶层差异。当一个医生不能使用较贵的医疗诊断仪器或检查手段, 他可能就不容易发现症状的潜在源头, 轻易地做出躯体形式类障碍的诊断(Rief & Rojas, 2007)。而在很多发展中国家, “医学无法解释”的模糊性还会因为医疗水平有限而进一步扩大, 因为医生可能更多地依赖经验的判断而不是医疗仪器和检验, 很容易导致误诊(Kroenke, 2007)。医学状况或神经学疾病被误诊为躯体症状类障碍(包括各类躯体形式障碍或者过

往诊断标准常用的癔症、歇斯底里等)的情况并不少见(Ghanizadeh, & Firoozabadi, 2012), 特别是在一些医疗条件相对比较落后的地区或具有特定疾病和医疗文化的国家。更容易引起问题的是, 很多此类患者其实确实有真正的医学并发症。“医学无法解释症状”在患有医学疾病(如癌症、心血管和呼吸道疾病)的患者中的常见程度是正常人群体的 3 倍(Härter et al., 2007)。可见, “无法解释”是一种有赖于医疗条件和技术发展的说法, 而不是一种界线固定的标准。

2.3 诊断分类重叠

由于性质和定义模糊、依赖“医学无法解释症状”等原因, 躯体形式障碍的诊断和其它类型的精神障碍有着相当大的重叠和冲突。例如, 躯体形式障碍和抑郁及焦虑障碍具有较高的共病性(Hanel et al., 2009)。同时, 在很多其它更“典型”的精神类障碍中(比如精神分裂症), 也经常会出现躯体病诉(Rief & Isaac, 2007)。而在这种状况下, 医生的诊断就面临一个躯体形式障碍和其它重叠障碍的选择。由于躯体形式障碍诊断的不流行, 它在这种选择中一般不占优势。也就是说, 如果一个患者在躯体症状之外显示出了某种特征明确的心理症状, 比如抑郁症或者焦虑症, 医生一般都更倾向于做出后者的诊断。

躯体形式障碍的诊断重叠问题也体现在其内部亚型的分类上, 这些亚型之间存在着很大的概念混淆。在一项针对精神科和非精神科医生的访谈调查中, 52% 的被调查者指出不同的躯体形式障碍诊断标准存在“很大的重叠”, 比如疼痛障碍和非特定躯体形式障碍, 38% 的人认为这些诊断标准存在“部分重叠”, 只有 2% 的医生感觉它们是明显不同的障碍; 而总共有超过三分之一的医生认为这些标准“没用”(Dimsdale et al., 2011)。

诊断上的重叠特别体现在疑病症上。一项基础护理研究发现, 20% 的躯体化障碍患者同时具有疑病症(Escobar et al., 1998)。反过来, 躯体化障碍在疑病患者中的常见度是没有疑病患者的 5 倍(Fink et al., 2004)。同时, 疑病症本身又和其它精神障碍存在各种重叠。疑病症的患者可能有两种不同的表现: 一种以躯体症状和身体痛苦占主导地位, 非常接近躯体形式障碍中的其它亚型; 而另一种实际上很少感觉到躯体痛苦, 只是错误地认为自己生病了并因此而焦虑。这种差异走到极

端似乎可以被分成两种不同的障碍,而如果按照现行的定义,即躯体形式障碍是以躯体症状为主要特征之一,那么后者似乎不能归入此类障碍,而是更接近于强迫症或焦虑症。但在临床中,大部分患者却是处在两个极端的中间,而且具有高度疾病焦虑而较少躯体病诉的患者也并不算少见。

此外,DSM-IV躯体形式障碍还有其它一些问题。比如,躯体形式障碍中所包含的二元论也因为较难被其它文化(如中国)所接受,而丧失了作为诊断的普适性。在医学领域之外,诊断标准的模糊性和误诊会连带影响某些依赖严格疾病诊断和鉴定的法律状况,造成更重大的损害(Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke, & Sharpe, 2005)。

3 DSM-5 躯体症状障碍诊断标准的修订

正因为 DSM-IV躯体形式障碍的诊断标准在临床治疗和科学应用上具有诸多问题,所以 DSM 的最新版本 DSM-5 的修订中对其进行了较大的修改。于 2013 年 5 月出版发行的 DSM-5 将躯体形式障碍改称为“躯体症状障碍”。这个新诊断标准旨在明确此类障碍的定义,去除原来躯体形式障碍中的二元论暗示,同时减少诊断重叠。而在临床上则要提高诊断的敏感度和特异性,尽量不遗漏患者。

3.1 不再依赖医学无法解释症状

DSM-5 对此类以躯体症状为主要表现的心理障碍的定义做出了调整,将 DSM-IV 中的躯体形式障碍等几个相关障碍合并为“躯体症状障碍”。其特征是具有非常痛苦或导致重大功能损伤的躯体症状,同时具有关于这些症状过度和不恰当的思维、感觉和行为。从这个新的定义上能够看出,躯体症状障碍最引人注目的修改在于:第一,诊断不再需要“医学无法解释症状”;第二,在躯体症状之外,加入一系列心理和行为特征的阳性标准。

删去“医学无法解释症状”是一项重大修订,因为它本来是躯体形式障碍中一条核心的排除条件,这项改变可以看作是对 DSM-IV 诊断标准的二元论观点的修正。新的疾病名称和标准都比过去更加“中立”,并不特别偏向医学或者精神病学领域。这些举措都显示出,新诊断标准更强调此类障碍在症状表现上的特征,而回避在诊断中对病原学或致病机理的假设,即不再试图对病因做

出任何明确或暗示性的解释。新标准认为躯体症状障碍和医学状况并不矛盾,它也可能出现在患有心脏病、癌症等医学疾病的人身上,就像抑郁症会出现在很多严重疾病患者身上一样。在这种情况下,是否做出躯体症状障碍的诊断取决于患者身体的症状多大程度上是“真实的”,又有多大程度上是“过度的”,而这就要将对患者心理和行为的评估与其医学状况进行共同判断。

从临床上说,去除医学无法解释症状还暗含着对整体性医疗护理的提倡。不依赖医学无法解释症状似乎会让本来就比较模糊的躯体形式诊断标准变得更“单薄”,因为此类患者大部分都是首先出现在普通医疗系统中,而不是精神病科,普通医护人员应该怎样识别躯体症状障碍呢?这就要求医生更关注躯体症状造成的主观痛苦、心理困扰、生活质量下降等心理和行为表现,对患者的状况做出整体性判断,而不是依靠单一的医学检验结果。

3.2 相关的心理症状标准

新诊断标准更强调这类障碍的共同特征是在临床中表现躯体症状或者对躯体疾病的担忧,因此增加具有诊断效度和临床应用性的心理标准具有非常重要的作用(Martin, 2011; Jensen, Haahr, Frost, & Andersen, 2012)。标准 B 就描述了躯体症状障碍的心理社会(psychosocial)症状,这些症状主要表现在对医学状况的过度焦虑,以及在求医问药上消耗过多的时间或精力,包括对躯体症状严重度的不恰当且持续的思维,对健康状况或躯体症状持续高水平的焦虑,在症状或健康担忧上消耗过度和能量。也就是说,躯体症状障碍的诊断标准除了和过去一样,都强调患者要具有躯体症状之外,还要求患者存在认知扭曲。后者可以通过临床观察或直接询问患者进行评估。可以说,新诊断标准用患者自己的心理状态代替了原本看似客观的“医学无法解释症状”。着重这类障碍的患者在认知方面的表现是一个重要的改变,这一标准从本质上反映出患者在长期躯体痛苦的同时,思维、感受以及行为方面受到的困扰。从临床上看这本身就应该是诊断和治疗应该关注的症状。

在 DSM-5 的修订过程中,对于哪些心理社会症状能够作为躯体症状障碍的诊断指标,研究者曾提出了各种不同的修改意见。有学者提出并加

以研究过的一些指标包括, 器质性疾病归因, 健康焦虑, 患者对医疗护理的使用, 灾难化恐惧, 或者衰弱的自我概念 (Rief, Mewes, Martin, Glaesmer, & Braehler, 2010; Martin & Rief, 2011)。其中, 对躯体形式障碍患者进行的心理研究已经证实, 对症状的器质性归因在临床过程和结果中都具有预测价值, 将其加入诊断标准据推测应该能够增加诊断的预测效度和临床功效 (Martin, 2011)。虽然新的躯体症状障碍诊断不再和病原学挂钩, 但从标准 B 的措辞中还是可以看出对疾病原因认知的评价。按照此标准诊断出的患者, 认知上普遍具有将躯体症状归因于器质性原因的特征, 并且有一定的灾难化倾向, 后者似乎是对诊断为躯体症状障碍特别具有预测性。因此, 增加这个标准也许会扩大诊断的预测效度 (Martin & Rief, 2011)。

当然, DSM-5 大部分修改的预测效度还未经大面积临床检验, 现在仍不清楚这些改变将如何影响“躯体形式”或“躯体症状”这类障碍的基本发病率。由于某些原本是躯体形式障碍的患者现在可能会被诊断成其它心理障碍 (比如适应障碍), DSM-5 中的躯体症状障碍的诊断比例比起组成此障碍的 DSM-IV 中相应的几类障碍可能会有所下降。但另一方面, 由于前文所述 DSM-IV 诊断标准模糊不清和不受欢迎等问题, 过去很多医生有意不去使用那些诊断。所以, 新诊断标准的澄清也有可能使诊断率上升。目前已有的一些针对新标准的临床研究发现, DSM-5 对诊断标准的修订, 特别是加入标准 B 以及相关的心理社会等多维度的症状描述能显著提升诊断的效度 (Voigt et al., 2012; Wollburg, Voigt, Braukhaus, Herzog, & Löwe, 2013)。不过, 这些修订在更大范围的医学和精神病学实践中效果如何还有待未来较长时间的临床检验。

3.3 亚型分类的合并和简化

现在的躯体症状障碍包括 DSM-IV 中的躯体化障碍、疑病症、疼痛障碍和未分化的躯体形式障碍。之所以将这些过去分开的障碍合并到一起, 正是因为它们的核心症状具有很大的相关性, 而互相之间又存在不少重叠。有研究显示躯体形式障碍标准中将症状分成多组在临床中实际没有必要 (Rosmalen, Tak, & de Jonge, 2011)。而躯体类精神障碍主要出现在一般医学护理系统中, 过于复

杂的类别和用语不利于非精神科的普通医护人员使用, 因此尽量进行合理的简化在 DSM-5 的修订中是始终不变的方向。

前几版修订草稿 (APA, 2011) 曾经将躯体症状障碍分成两个亚型——复杂躯体症状障碍 (complex somatic symptom disorder) 和简单躯体症状障碍 (simple somatic symptom disorder)。前者包括 DSM-IV 中的躯体化障碍、疑病症、未分化的躯体形式障碍和疼痛障碍, 后者则是达不到前者严重程度度的躯体症状障碍。简单和复杂躯体症状障碍诊断标准除了在病程上具有差异, 在新添加心理和行为表现的评估上也具有明确不同。复杂躯体症状障碍至少需要两项反映变态思维、感觉和行为的症状, 简单躯体症状障碍只需要一项。总体而言, 简单躯体症状障碍可以被解释为比复杂躯体症状障碍的表现更微小, 而后的症状可能会比较偏向慢性, 比如各类疼痛症状。但最终这两个亚型也被取消, 只留下一种躯体症状障碍 (APA, 2012)。

现在的躯体症状障碍严格程度介于简单和复杂躯体症状障碍之间, 但总体来说, 合并之后的标准越来越宽松。在 DSM-IV 中要求最严格的躯体化障碍需要起病于 30 岁前, 具有持续多年的多项躯体症状, 并且要导致不断求医和心理社会损伤。确诊躯体化障碍一共需要四个特定症状群中的八项或更多医学无法解释症状, 其中包括至少四种疼痛和两种胃肠症状 (APA, 2000)。而新的诊断标准只需要持续至少 6 个月的身体症状, 并没有对症状或症状群的数量做出要求 (APA, 2012)。

对于前文所提到的疑病症中具有高度疾病担忧但是较少躯体症状的一类则被分为疾病焦虑障碍 (illness anxiety disorder), 它同时属于躯体症状障碍和强迫症谱系 (Obsessive-compulsive disorder Spectrum)。在诊断中仍将其归于躯体症状障碍并不是因为病原学或疾病解释, 而是为了方便诊断上的区别。因为此类障碍和其它躯体症状障碍在临床表现上具有密切的关系, 在认知、情感、行为上也具有相似性。也就是说, 躯体症状仍是其诊断和治疗的焦点。躯体症状障碍也可以与其他精神诊断或医学诊断共存。而且躯体症状障碍应该和共病的其它疾患得到同等重视, 因为它会使其它疾患变得更加复杂。

在疾病排除方面, DSM-5 的诊断还特别强调

要通过适当的神经学评估和检测获得诊断的确定证据。在 DSM-IV 中, 诊断标准也要求排除其它疾病, 但是却没有提及必要的体检程序(Stone et al., 2005)。在这一点上, 新的要求预计能使误诊变少。

3.4 新修订引发的争议

虽然 DSM-5 刚刚出版, 但是自从 APA 公布修改草稿开始, 对 DSM-5 躯体症状障碍的意见和批评就一直持续着。而对于目前定稿的这一版本, 仍有学者持反对意见(Frances, 2013)。其中比较典型的论点是 DSM-5 躯体症状障碍标准过于宽松, 可能导致较高的假阳性等诸多问题。

躯体症状障碍的确可能会比过去的诊断标准包括更多患者, 实际上这也符合修订工作的目标之一, 即尽量不遗漏病人。如前文所述, 去除“医学无法解释症状”这个条件, 模糊和医学状况之间的明确界限, 就可能扩大“精神障碍”的范围, 将患有医学疾病的人群包括进来。躯体症状障碍可能将包括 15% 左右的癌症或心脏病患者, 26% 左右的肠易激综合征或纤维肌痛患者, 甚至在普通健康人群中也有大约 7% 的假阳性率(Frances, 2013)。虽然精神障碍在一般医学患者中的比例没有明确的数据统计, 但是这些比例看起来有些过高了。

DSM-5 对诊断标准核心的躯体症状的要求也降低了, 合并与简化使躯体症状障碍在核心症状标准上更接近于非特定躯体形式障碍, 而不像躯体化障碍那样具有很明确的症状描述和严格的数量要求。新诊断标准用以作为补充的症状, 即对痛苦和长期躯体症状的“过度”反应及相关的心理行为表现, 目前则相对模糊: 如何测量和评估这些心理症状, 以及如何确定其在诊断上的意义还有待研究。

在新版本的修订过程中, 编者就曾担心过这种宽泛的标准可能被错误地使用, 特别是在比较匆忙的基础临床护理中, 而这将导致精神障碍的误诊, 及随后使用不适当的医学处理和治疗程序(Dimsdale, 2011)。可能会有大量人群被错误诊断为躯体症状障碍, 而它又属于容易引起污名的精神障碍。假阳性的精神障碍诊断会伤害患者, 还可能导致潜在的医学状况被忽视, 并会影响他们的自我感知和家庭、社会关系。如何在临床实践中避免这些错误是 DSM-5 使用者必须考虑的问题。

4 展望

由 DSM-IV 躯体形式障碍诊断标准的问题和争论, 以及 DSM-5 的相应修正可以看到, 所谓“躯体形式”或“躯体症状”的障碍分类基本上是一种对表面症状表现的描述。那么在严谨的医学定义中, 这些躯体类型的精神障碍究竟能不能归为一类疾患就成为一个问题。原本 DSM-IV 标准在一些细节上似乎显示其承认此类疾病在机理上的一致性, 比如“医学无法解释症状”等术语中隐含的二元论等。但是, 临床中由于误诊等问题, DSM-IV 对此类疾病的定义和诊断标准被认为具有很多失败之处。而 DSM-5 修订的一个重点就在于不再试图解释患病原因, 而是承认诊断就是通过表面症状来进行分类。研究者认为关注治疗方法等因素比单纯地纠缠于疾病分类等问题对患者而言更有意义(Dohrenwend & Skillings, 2009)。临床发现, 对此类障碍的干预基本相似, 认知行为疗法(cognitive-behavioral therapy, CBT)和抗抑郁药物是应对此类障碍最有希望的治疗方法(Kroenke, 2007; Sumathipala, 2007)。另外, 所有此类障碍也都受益于某些针对患者行为的非精神科干预措施, 比如安排常规就诊时间而不是随到随看, 尽量不做过多的检查等(Allen, Escobar, Lehrer, Gara, & Woolfolk, 2002)。

不过从根本上说, 对于这种以躯体症状为特征的精神障碍, 精神病学和心理学始终没能完全明确应该根据什么条件将它们归为一类疾病。此类障碍的病原学机制至今仍不明了, 而所谓的“医学不能解释症状”的表达, 如前所述既不实用也不够合理。目前在临床实践中此类障碍能够依赖的确定标准基本只有躯体症状这一疾病表现上的相似性, 这似乎也是目前最稳妥的分类依据。但问题在于, 其它很多精神障碍也会表现出躯体症状, 比如较常见的抑郁症, 焦虑症等。而将躯体类障碍和其它障碍区分开的重点就在于躯体类的障碍是以躯体症状为主导, 即它在躯体症状之外, 相对缺乏其它精神障碍中典型的心理症状。从这个角度上说, 躯体类障碍本身就是一种“剩余诊断”, 它的特征似乎不能很好地契合到 DSM 明确的分类体系中。虽然已有一些研究者通过脑成像等医学或神经科学方法对躯体化现象的病原学进行了研究, 但目前仍不能对这个问题做出很明确

的回答(Browning et al., 2011)。躯体类型障碍或躯体症状障碍也许只是连接身心疾病的一种过程。它可能会发展成为真正的躯体疾病,也可能“退回”心理障碍的范围。必须通过医学随诊来监控其发展,防止其转变为功能性疾病,甚至器质性疾病。

目前 DSM-5 躯体症状障碍诊断标准的修订也只是一种尝试。对于“模糊”的躯体类障碍,很多问题还在探索中。而除了 DSM,另一应用广泛的精神障碍诊断手册 ICD 目前也在进行新版本的修订。诊断标准的修订对精神科医生、心理卫生专家、基础护理人员等专业人士具有重大意义,确定疾病的名称和分类能够指导治疗和研究,促进行业沟通。而除了专业人士,诊断标准对患者也至关重要。患者并不是诊断的被动接受者,而精神和心理诊断更关系到患者的社会责任等问题。疾病诊断必须正确地反映患者的感受,对他们的问题给出合理的解释,并指向有效的治疗,才能被患者所接受。(Mayou et al., 2005)。

此类修订工作对我国发展适应本国国情的心理和精神障碍诊断也有所启示。虽然 CCMD 可能不会在近期进行和 DSM、ICD 类似的新版本修订工作(王祖承, 廉彤, 2011),但在临床中更好的处理和运用一种诊断体系对医生和患者都是非常重要的,因此我国很多研究者已对躯体化现象相关的国外诊断标准在本土的临床应用进行了研究和探讨(李凌江, 周建松, 2009; 许又新, 2011; 甄龙, 徐改玲, 2012)。从 DSM-5 躯体症状障碍的修订过程可以看出,衡量一种诊断标准合适与否首先应以临床实用为依据。既然诊断标准的修订和评价都要立足临床实践,那么在本土临床中使用来源于其它文化背景的诊断标准就更加需要实践检验。而躯体化问题又和文化有着千丝万缕的关系。总而言之,对于躯体化问题,我国可以吸取外国的先进经验,立足本土临床实践,创制或改制出适应本土文化背景的诊断标准。

参考文献

- 李凌江, 周建松. (2009). ICD-10 神经症、应激相关障碍及躯体形式障碍诊断标准在中国的应用情况与修改建议. *中国心理卫生杂志*, 23(7), 509-512.
- 王祖承, 廉彤. (2011). DSM-5 的诊断改变是否合理? *上海精神医学*, 23(2), 128.
- 许又新. (2011). 躯体化障碍的诊断和性质. *中国心理卫生杂志*, 25(7), 494-495.
- 甄龙, 徐改玲. (2012). 躯体形式障碍就诊、识别的现状和思考. *国际精神病学杂志*, (3), 182-185.
- Allen, L. A., Escobar, J. I., Lehrer, P. M., Gara, M. A., & Woolfolk, R. L. (2002). Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: A review of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 64, 939-950.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision: DSM-IV-TR* (4th ed., pp. 486-490). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2011). Justification of criteria-somatic symptoms. Retrieved April 28, 2011, from <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic/Somatic%20Symptom%20Disorders%20description%20April%2018,%202011.pdf>
- American Psychiatric Association. (2012). DSM-5 Draft criteria: J00 somatic symptom disorder. Retrieved April 28, 2012, from <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=368>
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 537-546.
- Browning, M., Fletcher, P., & Sharpe, M. (2011). Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosomatic Medicine*, 73(2), 173-184.
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391-408.
- Creed, F. (2006). Should general psychiatry ignore somatization and hypochondriasis? *World Psychiatry*, 5(3), 146-150.
- Creed, F., & Gureje, O. (2012). Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 556-567.
- Dimsdale, J. E., Patel, V., Xin, Y., & Kleinman, A. (2007). Somatic presentations-A challenge for DSM-5. *Psychosomatic Medicine*, 69, 829.
- Dimsdale, J. E. (2011). Medically unexplained symptoms: A treacherous foundation for somatoform disorders? *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 511-513.
- Dimsdale, J., Sharma, N., & Sharpe, M. (2011). What do physicians think of somatoform disorders? *Psychosomatics*, 52, 154-159.
- Dohrenwend, A., & Skillings, J. L. (2009). Diagnosis-specific management of somatoform disorders: Moving beyond “vague complaints of pain”. *The Journal of Pain*, 10(11), 1128-1137.
- Escobar, J. I., Gara, M., Silver, R. C., Waitzkin, H., Holman,

- A., & Compton, W. (1998). Somatization disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 173, 262–266.
- Fink, P., Ørnbøl, E., Toft, T., Sparle, K. C., Frostholm, L., & Olesen, F. (2004). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1680–1691.
- Fink, P., & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426.
- Frances, A. (2013). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *BMJ: British Medical Journal*, 346, f1580.
- Ghanizadeh, A., & Firoozabadi, A. (2012). A review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V. *Psychiatria Danubina*, 24(4), 353–358.
- Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J., & Löwe, B. (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3), 189–197.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H.-U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 354–360.
- Jensen, J. C., Haahr, J. P., Frost, P., & Andersen, J. H. (2012). The significance of health anxiety and somatization in care-seeking for back and upper extremity pain. *Family Practice*, 29, 86–95.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505–524.
- Koopman, C., Gill, M., & Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology* (Vol. 7, 392–396). Washington, DC, US: American Psychological Association; New York, NY, US: Oxford University Press.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69, 881–888.
- Kuwabara, H., Otsuka, M., Shindo, M., Ono, S., Shioiri, T., & Someya, T. (2007). Diagnostic classification and demographic features in 283 patients with somatoform disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(3), 283–289.
- Lynch, D. J., McGrady, A., Nagel, R. M. A., & Zsembik, R. R. N. (1999). Somatization in family practice: Comparing 5 methods of classification. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 1, 85–89.
- Mangelli, L., Bravi, A., Fava, G. A., Ottolini, F., Porcelli, P., Rafanelli, C., & Sonino, N. (2009). Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 50(1), 38–41.
- Martin, A. (2011). Does a somatic causal attribution style qualify for a diagnostic criterion in somatoform disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 239–240.
- Martin, A., & Rief, W. (2011). Relevance of cognitive and behavioral factors in medically unexplained syndromes and somatoform disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34, 565–578.
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162, 847–855.
- Rief, W., & Isaac, M. (2007). Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 143–146.
- Rief, W., & Rojas, G. (2007). Stability of somatoform symptoms—implications for classification. *Psychosomatic Medicine*, 69, 864–869.
- Rief, W., Mewes, R., Martin, A., Glaesmer, H., & Braehler, E. (2010). Are psychological features useful in classifying patients with somatic symptoms? *Psychosomatic Medicine*, 72, 648–655.
- Rosmalen, J. G. M., Tak, L. M., & de Jonge, P. (2011). Empirical foundations for the diagnosis of somatization: Implications for DSM-5. *Psychological Medicine*, 41(6), 1133–1142.
- Saxena, S. (2005). Somatization and conversion disorders: A forgotten public health agenda? In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezrich, & A. Okasha (Eds.), *Somatoform disorders* (Vol. 9, pp. 42–44). Chichester: Wiley.
- Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!: What about children and adolescents? *Journal of Psychosomatic Research*, 70(3), 218–228.
- Simon, G. E., & Gureje, O. (1999). Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 90–95.
- Stone, J., Smyth, R., Carson, A., Lewis, S., Prescott, R., Warlow, C., & Sharpe, M. (2005). Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ: British Medical Journal*, 331, 989.
- Sumathipala, A. (2007). What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine*, 69, 889–900.
- Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G., & Löwe, B. (2012). Predictive validity and

clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder-Comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(5), 345–350.

Wollburg, E., Voigt, K., Braukhaus, C., Herzog, A., & Löwe, B. (2013). Construct validity and descriptive validity of somatoform disorders in light of proposed changes for the DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 18–24.

From DSM-IV Somatoform Disorder to DSM-5 Somatic Symptom Disorder

CHEN Zichen; WANG Xinjian

(Department of Social Psychology, Nankai University, Tianjin 300071, China)

Abstract: DSM-IV is one of the most widely used diagnostic criteria for the assessment of mental illness. However, in clinical practice, the DSM-IV criteria of somatoform disorders have several problems, which include poor applicability, imprecise standard, and overlapping classification. These aspects have been improved in the newer version of DSM, the DSM-5. The equivalent subcategory has been renamed as somatic symptom disorders in the DSM-5 criteria, with the language concerning “medically unexplained symptoms” removed, psychological criteria included, and subtypes combined or simplified. In this article, we analyze the major changes of DSM-5 somatic symptom disorders criteria. We also discussed a few potential problems with the new criteria and the possibilities to further develop the diagnosis criteria.

Key words: somatoform disorder; somatic symptom disorders; DSM-IV; DSM-5; diagnosis of mental disorders