

# 精神疾病診斷與統計手冊第五版的 關鍵改變及其意涵

## The Key Changes and Their Implications of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

朱春林<sup>1</sup>  
Chun-Lin Ju<sup>1</sup>

### 摘 要

精神疾病診斷與統計手冊的第五版於2013年五月問世，它的中譯本尚未出版，本研究的目的在提供五版關鍵改變的總整理，並呈現這些改變所引發的正反意見以及這些改變的可能意涵，以提供助人專業者在版本轉換過程中的協助與參考。五版取消五軸診斷改採無軸診斷、整併廣泛性發展疾患為自閉光譜障礙症，這些舉動顯示疾病的類別分類模式依然保留，不過光譜分類模式的比重逐漸增加。輕度神經認知障礙症的新診斷具體反應疾病的早期發現與早期治療。物質使用障礙症與身體症狀障礙症的診斷準則修訂則強調行為與心理症狀甚於生理症狀。精神疾病診斷與統計手冊第五版的諸多改變說明了精神疾病的診斷依然採用生理心理社會模式，不過三者間的比重更平均。為擺脫診斷缺乏堅實證據的窘境，五版開發與運用更多的心理衡鑑工具，還首次在診斷時納入生理證據。助人專業人員宜留意專業發展趨勢與新的診斷與衡鑑工具的更替，並善加運用證據基礎的相關研究。

**關鍵詞：**精神疾病診斷與統計手冊第五版、無軸診斷、自閉光譜疾患、物質使用障礙症、神經認知障礙症

### 壹、前言

美國精神醫學會（American Psychiatric Association，以下簡稱APA）於2013年五月十八日第139屆年會時發表第五版的精神疾病診斷與統計手冊（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition，以下簡稱

五版或DSM-5）。在此之前，DSM-5的前後三個草案版在2010至2012年間公開徵求大家意見，總共收集到超過13,000則評論（American Psychiatric Association, 2012）。雖然如此，在最後正式公告時仍有出乎意料卻比較符合眾人想法的結論。DSM-5的中譯本尚未問世（編註：診斷準則口袋版在八月出版），本研究比較DSM-5與其前身精神疾病診斷與統

<sup>1</sup>銘傳大學諮商與工商心理學系助理教授

通訊作者：朱春林，（333）桃園縣龜山鄉德明路五號BB310，Email：junojuj@yaho.com

計手冊第四版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition，以下簡稱四版或DSM-IV）的不同，除了從整體層面來說明DSM-5的改變（APA, 2013d）與所引發的批評，也探討這些改變所隱含的意義，希望有助於助人專業者掌握專業發展趨勢。

## 貳、整體層面的關鍵改變

### 一、去掉五軸診斷

DSM-IV下診斷時所必須使用的五軸診斷被取消，變成沒有軸向的衡鑑系統（nonaxial assessment system）。原先的一、二、三軸合併，下診斷時不再需要區別精神疾病、智能不足、人格障礙症或生理疾病；可以說明當事人症狀的比重依序排列診斷即可（American Psychiatric Association, 2013a），將最主要的診斷放最前面。此一改變的目的在去掉前一版中疾病與人格問題之間的分野，主要出發點是認為第三軸的生理疾病與第一、二軸的行為、心理或人格因素互相關連，同時也是強調生理、心理、社會的相互影響（APA, 2013a）。

DSM-IV的第四軸是影響當事人心理疾病的心理社會與環境因素（American Psychiatric Association, 2000），在五版中建議改用ICD-9-CM的V碼加上ICD-10-CM（2014年十月一日面市）的Z碼；不過同時又說DSM-5雖已列出Z碼，但是在ICD-10-CM還沒發表前無法使用（APA, 2013a）。此外，DSM-5的口袋版（desk reference）中並未提及此點，也沒有如何運用代碼的說明（American Psychiatric Association, 2013b）。

DSM-IV把心理、社會與環境因素分成九類，有主要支持團體問題、社會環

境問題、教育問題、職業問題、居住問題、經濟問題、使用健康照顧服務問題、司法問題與其他心理、社會與環境問題。DSM-5將此分類作為重整可能是臨床關注焦點的其他情況（Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention）那一章的概念架構，使該章的各個臨床狀況看來更條理分明。

DSM-IV中的第五軸整體功能評估（global assessment of functioning, GAF）被取消，理由是概念架構不清，在心理測量學上有問題。五版建議未來採用世界衛生組織（World Health Organization, WHO）發展的世界衛生組織身心障礙評估量表（WHO Disability Assessment Schedule, WHODOS），並將之納入DSM-5第三部分（section III）的衡鑑工具中。WHODOS是一個評估殘障（disability）的工具，與DSM-IV的GAF在概念上是不一樣的。

由以上所呈現的狀況來看，目前可以說DSM-IV所用的五軸診斷在DSM-5中變成沒有軸向的診斷方式，因為V碼、Z碼的使用最快要到2014年十月之後，而能把WHODOS正式引進DSM系統中可能要等到DSM的下一個版本。

除此之外，DSM-5把GAF的概念改變成在許多疾患（disorders，口袋中譯版改稱障礙症）中增加評估各個疾病的嚴重程度，而非如DSM-IV運用GAF評估一位當事人的整體功能。不過五版在評估各個疾病的量尺（scale）與評估的規準（rubrics）不統一，就以身體症狀及相關障礙症（Somatic Symptom and Related Disorders, SSRD）這一章為例，在身體症狀障礙症（Somatic Symptom Disorder, SSD）這個新診斷中要求依據診斷準則的數目客觀評定輕、中、重（mild, moderate, severe）三種嚴重程度；在受心理因素影響的其他身體病況（Psychological Factors

Affecting Other Medical Conditions) 中要依診斷者的臨床判斷區分輕、中、重、極重 (mild, moderate, severe, extreme) 四種嚴重程度；然而在(心因性)暴食症(Bulimia Nervosa)中的輕、中、重、極重四等級則是以一段期間內發生次數的客觀指標來評定；在思覺失調光譜(或類群)及其他精神病症(Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders)這一章中則比較整齊，若需要評估嚴重程度則均依症狀的質性評估給予0-4的代碼。

由此看來，DSM-IV的GAF是評估病患在某個時間點的整體功能，DSM-5則偏重評估病患的各個精神疾病的嚴重程度。換言之，就此點改變而言，DSM-IV看的是整個人的功能程度，DSM-5在乎的是那個人身上各個疾病的嚴重程度。

## 二、增加向度 (dimension) 的比重

DSM-IV的疾病分類基本上採用類別(category)的方式，雖然依此方式來下診斷時清楚明瞭，但是有病或沒病的截切點或閾值有武斷設定之嫌(Dziewielewski, 2014)，例如症狀少於五個就不能給診斷，就要歸入其他未註明(not otherwise specified, NOS)，以至於NOS被譏評為垃圾桶。

在治療上用一個截切點來決定有病或沒病並據以提供治療或不治療並非務實之道，DSM-5為改善此缺失而將部分疾患改採向度(dimension)的分類方式，最為人所知的就是自閉光譜障礙症(或自閉症類群障礙症，Autism Spectrum Disorder, ASD)與思覺失調光譜及其他精神病症。

應用連續體(continuum)或向度概念的還有在神經認知障礙症(或稱認知

類障礙症，Neurocognitive Disorders)那一章(chapter)中，把失憶疾患(Amnestic Disorders)與失智疾患(Dementia)合併成為神經認知障礙症(neurocognitive disorder)，並依質性的診斷準則決定當事人的症狀應標記為嚴重(major)或輕度(mild)；診斷名稱後面則要標示病因，如阿茲海默症、路易氏體症(Lewy Bodies)等。

以物質使用(substance use)的概念取代物質濫用(substance abuse)以及物質依賴(substance dependence)是運用光譜模式的另一個例子，將在下面詳細說明。

## 三、更改章名

更改章名常常牽涉的是更改相關定義，也暗示著理論典範的移轉，例如通常初診斷於嬰幼兒青期疾患(Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence)改名為神經發展障礙症(Neurodevelopmental Disorders)，暗示著比較不從疾病發生階段來看，而從病因與發展的角度來標示這些疾患。

在神經發展障礙症中最引人矚目的更名就是把DSM-IV中的廣泛性發展疾患(Pervasive Developmental Disorders, PDD)改稱自閉光譜障礙症(ASD)，同時帶入連續體的分類概念。因為這樣的改變，自閉症和亞斯柏格症在五版就成為連續體上的兩個點，兩者難以區辨，而這個光譜包含社交溝通與社交互動(social communication and social interactions)以及侷限與重複的行為、興趣和活動模式(restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities)兩把「尺」。但若依四版的定義，自閉

症和亞斯柏格症是比較可以清楚區別的兩種疾患，前者在社交互動、溝通以及侷限與重複的行為、興趣和活動模式三方面都有缺陷，而後者在溝通及言語表達（屬於前兩方面）沒有問題。

同樣在神經發展障礙症中的智能遲緩（Mental Retardation）更名為智能不足（Intellectual Disabilities），以與ICD所使用的名稱一致（Stetka & Correll, 2013）。

譫妄、失智和失憶與其他認知疾患（Delirium, Dementia, and Amnestic and Other Cognitive Disorders）更名為神經認知障礙症，一方面是因為dementia這個字的本義有喪失心智的意涵，但是失智的患者並非喪失心智能力（mental faculty）。此外，五版更改了失智的定義。在四版時，失智是指失憶加上失語（aphasia）、失用（apraxia）、失認（agnosia）與執行功能（executive functioning）四者至少之一受損；但在五版中，失智的認知缺損由複雜的注意力、執行功能、學習與記憶、語言、知覺動作（perceptual-motor）以及社會認知來衡量，見表1，失智的操作性定義改變了。

另一個涉及定義改變的是物質關聯疾患（Substance-Related Disorders, SRD）更名為物質相關及成癮障礙症（Substance-Related and Addictive Disorders, SRAD）。在此同時，去掉了物質濫用與物質依賴的分別，改稱物質使用（substance use）。前後兩個版本的診斷準則與排序見表2，可以清楚看出又是一個修改操作性定義與理論典範移轉的例子。

這樣修改的理由之一是DSM-5強調物質使用對行為與心理造成的影響，而比較不強調對生理的影響，因此把想使用物質的強烈心理慾望（craving or strong

desire）新增入診斷準則中，以非用不可的強迫性使用（compulsive use）說明心理上的依賴。

更名並更改定義的第二個理由是其其他許多醫療用藥也會造成中樞神經系統的耐受（tolerance）與脫癮戒斷（withdrawal）等生理層面的依賴現象，但沒有表現物質使用的成癮（addiction）現象。況且大麻和安非他命都不太會有生理依賴或脫癮現象，但依然可能對吸食者的功能造成極大損害。第四個理由是物質使用更有光譜診斷的概念。

原屬性與性別身分疾患（Sexual and Gender Identity Disorders）章內的性別身分疾患（Gender Identity Disorders, GID）改稱性別不安（Gender Dysphoria, GD）並獨立成章。性偏好症由原來的Paraphilias更正為Paraphilic Disorder，paraphilia是名詞，指有特殊性偏好的人或特殊性偏好行為；paraphilic是形容詞，必也正名乎。

#### 四、重新調整各章次序

DSM-5依據當今對致病因素或症狀特色（underlying vulnerabilities or symptom characteristics）的了解程度來決定章節架構（chapter structure），而各章的排序基本上是依據生命發展歷程來安排（Stetka & Correll, 2013）。因此第一章是神經發展障礙症（Neurodevelopmental Disorders），接下來是思覺失調光譜與其他精神病症等，最後幾章是神經認知障礙症、人格障礙症、性偏好症、其他精神疾病（Other Mental Disorders）、醫藥引發的動作障礙症及其他醫藥副作用（Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication）以及可能是臨床關注焦點的其他情況

(Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention)。

## 五、重組章別

基於對疾病的更多了解而將原屬同一章（或稱家族）的疾病重新調整，有分家獨立的，例如原屬焦慮疾患（Anxiety Disorders）章內的強迫疾患（或強迫症，Obsessive-Compulsive Disorder, OCD）與

創傷後壓力疾患（或創傷後壓力症，Posttraumatic Stress Disorder, PTSD）都獨立成章。原屬情感性疾患（Mood Disorders）章內的憂鬱性疾患（或憂鬱症，Depressive Disorders）和雙極性疾患（或雙相情緒障礙症，Bipolar Disorders）各自獨立成章。原屬性與性別身分疾患章內的三個部分分別獨立成性功能障礙（Sexual Dysfunctions）、性別不安（GD）與性偏好三章。

表1

DSM-IV與DSM-5神經認知疾患之認知的操作性定義比較

DSM-IV Cognitive Disturbances	DSM-5 Cognitive Domains
amnesia	learning & memory
aphasia	language
apraxia	perceptual-motor
agnosia	complex attention
disturbance in executive functioning	executive function social cognition

表2

DSM-IV與DSM-5對物質濫用、物質依賴、物質使用的操作性定義比較

DSM-IV 診斷準則與排序	DSM-5 診斷準則與排序
<i>Dependence: Three criteria + 12 months</i>	<i>Use: Two criteria + 12 months</i>
1 tolerance	10 same
2 withdrawal	11 same
3 large amount or long period	1 same
4 persistent desire or unsuccessful efforts	2 same
5 spent a lot of time	3 same
6 gave up activities	7 same
7 despite knowledge of problems	9 same
<i>Abuse: One criterion + 12 months</i>	
1 role impairment	4 same
2 hazardous use	8 same
3 legal problems	—
4 social problem	5 same
—	6 craving or strong desire

整併的狀況最多，如四版的身體型疾患（Somatoform Disorders）與人為疾患（Factitious Disorders）合併成身體症狀與相關障礙症（SSRD）。兒童青少年與成人共有的疾患在五版時被整併在一起，如DSM-IV的嬰幼兒期餵食疾患（Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood）與飲食疾患（Eating Disorders）這兩章合併成DSM-5的餵食及飲食障礙症（Feeding and Eating Disorders, FED）。

原先屬於嬰幼兒青之其他疾患（Other Disorders of Infancy, Childhood, or Adolescence）中的所有疾患被分別併入各自相關的家族，例如分離焦慮疾患（或分離焦慮症，Separation Anxiety Disorder）與選擇性緘默症（或選擇性不語症，Selective Mutism）被歸入焦慮疾患這一章，嬰兒期或兒童早期反應性依附疾患（或反應性依附障礙症，Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood）則納入PTSD那一章，刻板動作疾患（或重複動作障礙症，Stereotypic Movement Disorder）歸入五版的神經發展障礙症那一章的動作障礙症（Motor Disorders）中。

單純合併的還有原先獨立成章的適應疾患（或適應障礙症，Adjustment Disorders）被納入PTSD章而降了一階。原屬一種他處未分類之一般醫療狀況造成的精神疾患（Mental Disorders Due to A General Medical Condition Not Elsewhere Classified）那一章中的緊張性疾患（或僵直症，Catatonic Disorder）被放進思覺失調光譜與其他精神病症那一章中。原屬身體型疾患中的身體畸形疾患（或身體臆形症，Body Dysmorphic Disorder, BDD）被拉進OCD那一章。

原屬四版通常初診斷於嬰幼兒青疾患那一章的抽動疾患（Tic Disorders）併

入四版的動作技能疾患（Motor Skills Disorders）章，而動作技能疾患更名為動作障礙症（Motor Disorders），仍停留在從通常初診斷於嬰幼兒青疾患更名為神經發展障礙症這一章中。同樣的情形，注意力缺失與過動疾患（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD）從注意力缺失及決裂行為疾患（Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders, ADDBD）章中脫離而獨立，但仍留在更名後的神經發展障礙症中。

而少了ADHD的ADDBD中的各個外化行為疾病，合併原本屬於他處未分類之衝動控制疾患（Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified, ICDNEC）這一章中的陣發性暴怒疾患（或間歇暴怒障礙症，Intermittent Explosive Disorder, IEP）、竊盜癖（或病態偷竊症，Kleptomania）、縱火狂（或病態縱火症，Pyromania），成為侵擾行為、衝動控制及行為規範障礙症（Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders, DICCD）而獨立成章。

## 六、消失的章別

消失的四版疾患章別名稱有情感疾患、其他嬰幼兒青疾患、身體型疾患、人為疾患與他處未分類之衝動控制疾患（ICDNEC）。前面幾個都是因為名字更改，ICDNEC是因為旗下的疾患都被拉出去了，除上述的IEP、縱火狂與竊盜癖被併進DICCD，剩下的病態賭博（Pathological Gambling）更名為嗜賭症（Gambling Disorder）而歸入物質相關及成癮障礙症（SRAD）那一章中的非物質相關障礙症（Non-Substance Related Disorders）類目下；拔毛癖（或拔毛症，Trichotillomania）歸入五版的OCD章中。

## 七、消失的診斷與診斷準則的取消

有一些疾病消失了，比較關鍵的是原屬PDD的雷氏疾患（Rett's Disorder）與解離性漫遊症（Dissociative Fugue），理由都是案例極少（Stetka & Correll, 2013）。

此外，四版的重鬱病（或鬱症，Major Depressive Disorder）診斷準則之一的傷慟排除條款（bereavement exclusion）被取消，理由是傷慟可以是非常嚴重的心理壓力源，足以引發嚴重憂鬱。此舉使DSM-IV改版任務小組總召集人Frances醫師的不滿，批評將正常的哀悼反應病態化，同時有圖利藥廠之嫌（Frances, 2013）。

在DSM-IV中，第一型雙極疾患（Bipolar I Disorder）因著新近發作的情感症狀是鬱、躁或躁鬱而分成好幾個診斷，在五版則全部合併成第一型雙極疾患，改以註腳（specifier）來做區別。

四版身體型疾患中的身體化疾患（Somatization Disorder）、未分化身體型疾患（Undifferentiated Somatoform Disorder）、疼痛疾患（Pain Disorder）與慮病症（Hypochondriasis）都被取消了，在下面的新增疾患中會說明。

## 八、晉升成為正式診斷

暴食疾患（或嗜食症，Binge Eating Disorder）在四版時是列在飲食疾患NOS中，在五版中成為餵食及飲食障礙症（FED）中的正式診斷。相同情形的還有月經前心情惡劣疾患（或經期前情緒低落症，Premenstrual Dysphoric Disorder），原先在憂鬱疾患NOS中，五版時被提升為憂鬱疾患中的正式診斷；原屬ICDNE NOS中的摳皮（膚）症

（Excoriation (skin-picking) Disorder）也成為OCD中的一個正式診斷。

## 九、新增疾患

新增設的疾患有儲物症（Hoarding Disorder），歸於OCD之內。疾病主要特色是不論所有物的價值，因為覺得需要保有而無法割捨丟棄所有物，以致起居生活空間嚴重受限並破壞重要生活功能。

社交（語用）溝通障礙症（Social (Pragmatic) Communication Disorder）在神經發展障礙症那一章的溝通疾患（或溝通障礙症，Communication Disorders）中，主要特徵是在早期發展階段就可見沒有生理缺陷卻無法在社交互動時運用口語或非口語的溝通，並因此嚴重影響人際互動。

侵擾性情緒失調症（Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD）放在憂鬱疾患（或憂鬱症）中，適用於六至十八歲的小孩。症狀是表現一週三次以上嚴重的情緒爆發，為期一年以上，不發脾氣時基本情緒是愠怒的，這些症狀早在十歲前就發生。新設此診斷的主要用意在意圖扭轉常被過度診斷為躁鬱症（Bipolar Disorder）的現象（Stetka & Correll, 2013）。所招致的批評是此診斷的閾值低，恐怕會有更多小孩符合該診斷而提早暴露於藥物使用（Frances, 2012c）；同時其與對立反抗疾患（或對立反抗症，Oppositional Defiant Disorder）不易區辨。

身體症狀障礙症（SSD）新診斷位在更名為身體症狀及相關障礙症（SSRD）那一章中，原則是融合了DSM-IV的身體化疾患、未分化身體型疾患與疼痛疾患。希望可以弭平彼此間的重疊，同時取

消原先要求身體症狀必須是醫學無法解釋的此一排除條款（American Psychiatric Association, 2013c）。在此的診斷理念是DSM-IV要求醫學無法解釋的症狀才能歸入身體型疾患，DSM-5則著重當事人對他的症狀表現出不合比例的想法、感覺和行為，企圖消除四版診斷準則所隱含的心身分離（mind-body separation）的意識型態（APA, 2013c）。只需有一個身體症狀，加上為此困擾六個月以上並干擾日常生活功能就可成立SSD的診斷，診斷閾值極低（Brauser, 2013b）。

在SSRD章中還有一個新診斷為罹病焦慮症（Illness Anxiety Disorder），近似四版的慮病症。疾病特色是在沒有身體症狀的前提下，一心認為自己罹患嚴重疾病至少六個月，並伴隨高度焦慮而有過多與健康相關的行為（如一天到晚量血壓）或不適應的逃避行為（如不願看醫師以證實顧慮）。診斷準則不考慮重要功能是否受損（American Psychiatric Association, 2013d）。

迴避／節制型攝食症（Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder）是餵食及飲食障礙症中的新診斷。它的特色是因為食物的色香味或顧慮進食後果而對進食或食物沒有興趣，導致嚴重體重下降、營養不良，干擾心理社會功能或必須藉由鼻胃管或其他方式額外提供營養補充。此疾患通常見於嬰幼兒，但會伴隨成長進入成年期。

## 十、註腳更名或新增註腳

產後初發（With Postpartum Onset）是四版情感疾患中會用到的註腳，被更名為孕期初發（或分娩前後發作，With peripartum onset），因為不少婦女在懷孕期就發展憂鬱或躁鬱症狀，不必然等到

生產過後情緒症狀才發生。

另一個註腳是雙極疾患中的混合發作（Mixed），五版改成混合特色（With mixed features），而可以擴及運用在憂鬱與雙極疾患中。主要為反映臨床常見現象，即症狀滿足輕躁、躁、鬱三極相之一，但在另二極相上卻未達診斷閾值的狀況（American Psychiatric Association, n.d.）。

值得特別說明的新增註腳在性別不安中，性別不安的前身是四版的性別身分疾患（GID），是一個讓人有許多誤解的疾病。GID不宜翻譯為性別認同疾患，就如解離身分疾患（Dissociative Identity Disorder）不會是解離認同疾患。此外，GID或性別不安（GD）適用於跨性別者（transgenders），是俗稱靈魂裝錯身體的一群人，他們對自己的性別通常從年紀很小時就很篤定，對他們的性別認定有問題的是外人而非當事人。

人類性別的發育過程在胚胎第六週前的內性生殖器官（internal sex organs）具有兩性型（sexual dimorphism），男女無別，既可發展成男性也可發展成女性。在約第七、八週時Y染色體上的假性體染色體區——SRY基因（sex determining region Y）活化一連串複雜的調控機制，繆勒氏管抑制因子（Mullerian duct inhibiting factor, MIF）分泌，使中腎管外側形成的副中腎管（又稱繆勒氏管，Mullerian duct）退化萎縮，此為去雌化作用（defeminizing effect）。同時間雄激素（androgens）分泌，進行雄性化作用（masculinizing effect），刺激沃爾夫氏管（Wolffian Duct，即中腎管）發育成為具有睪丸的男性。如果沒有Y染色體與其上的SRY基因，胚胎第七、八週時波瀾不驚，沃爾夫氏管萎縮，繆勒氏管發展成為女性內生殖器官。這個在胚胎期進行的內生殖器官發育稱為性荷爾蒙的組織學效應（organizational effects），可謂

人類的第一次性成熟。第二次性成熟則是青春期中發生的性荷爾蒙激活效應（activation effects）的表現，使外生殖器官發育成熟（Carlson, 2013）。

可是如此精密複雜的性別生成過程有許多機會與原因可能造成差錯，例如不具有Y染色體的胎兒有著發展不全男性性徵（如睪丸發育不良）的Klinefelter's syndrome，具有Y染色體的胎兒有著發展不全女性性徵（如無月經）的斯威爾症候群（Swyer syndrome）或SRY基因突變的男胎或女胎發展成具備兩性性徵的陰陽人。若有這些狀況，就適用五版的新增註腳——伴隨性別發展疾病（With a disorder of sex development）。

胎兒出生前的性別是生理性別（sex）的討論範疇，胎兒出生後通常人們以外生殖器來決定胎兒的性別，社會性別（gender）開始介入並發生作用。GID牽涉的是跨性（transsexualism）與變性，與指涉性取向的同性戀（homosexuality）無關，因此五版去掉了原先四版的性取向註腳。

跨性別者常希望內外一致，即他所認定的生理性別與身體特徵、外在裝扮或社會性別一致。如果在這樣的過程中他能安然處理自己的性別身分與外在壓力，就不須給與性別不安的診斷。如果當事人以其所認定的性別生活，並進行了變性程序如荷爾蒙治療或變性手術（reassignment）之後而有性別不安的症狀，則可以給與性別不安的診斷，並加註變性後（posttransition）的註腳。

## 十一、新增待研究的疾病診斷

在第三部分（section III）需要進一步研究的診斷比較引人注意的有未成型精神病症候群（Attenuated Psychosis

Syndrome, APS）。診斷特徵是未達思覺失調症診斷閾值的前驅或殘餘症狀。這個新診斷在草稿版公告期間引發極大爭議，雖然主張成立此診斷的理由是為了早期發現以早期治療，不過不少人認為預防精神醫學尚未建立有信效度的衡鑑工具來篩檢此診斷的症狀；同時，早期治療還不知道是否能發揮早期預防的效果，況且沒有明確的治療藥物（Morrison, et al., 2012）。

網路遊戲障礙症（Internet Gaming Disorder）是另一個需要進一步研究的疾病，症狀表現包含非網路的電動遊戲，但不包含社交網站使用、網路成癮或賭博。

非自殺的自我傷害（Nonsuicidal Self-Injury）與自殺行為障礙症（Suicidal Behavioral Disorder）都曾經在草稿版中出現，最後都決定需要更多的研究而移入第三部分。

至於網路成癮雖然在媒體討論蔚成風氣，但是DSM四版與五版的改版任務小組都不認為應該把網路成癮精神病化。理由是雖然有少數人因為使用網路而損壞重要生活功能，但是有另外更大一部分人離不開電子網路產品，其已成為人們工作或生活中難以避免的部分。雖然後者表現出與前者一樣的行為，但不能視之有精神疾病，就像不能說對自己的愛車成癮。也因為這樣，四版中並沒有咖啡因依賴、咖啡因濫用或咖啡因戒斷疾患，不然在咖啡店排隊等著買咖啡的人都有精神疾病了（Frances, 2012b）。同樣的解釋適用何以性成癮也不在DSM-5正式診斷中。

喧騰一時的人格疾患（或人格障礙症）向度類別混合診斷模式（hybrid dimensional-categorical model）最後在眾多質疑聲中放入第三部分需要更多研究。五版提出的人格障礙症操作性定義是表現出一個以上缺乏彈性、普遍見於

生活各層面，且造成中度以上重要生活功能受損的病態人格功能（personality functioning）或特質（personality trait）。而四版對人格疾患的定義是表現在認知、情感、人際功能或衝動控制兩個以上領域的缺乏彈性、普遍見於當事人生活各層面，且有悖文化期待的內在經驗和持久行為模式，此持久模式始見於青春期中或成年早期，並造成當事人的重要功能受損。

待研究的人格障礙症診斷流程是先由0至4的Likert五點量尺針對自我（self）層面的自我身分（self identity）與自我引導（self-direction），以及人際（interpersonal）層面的同理（empathy）與親密（intimacy）來評估病患的人格功能損害程度。

若達中度以上損害，就接著運用DSM-5人格量表（The Personality Inventory for DSM-5, PID-5）以由0至3的Likert四點量尺評估25個人格特質面向（personality trait facet）。PID-5量表有成人版與青少年版，同時分220題長版與25題短版兩種版式（Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012, 2013）。此25個人格特質面向可以形成五個人格特質領域（personality trait domain），最後形成人格障礙症的診斷。此舉頗有結構式臨床面談診斷的架式，企圖增加診斷信效度，不過這也是引起眾多診斷人員反彈的原因之一，因為診斷將過於費時耗力。

五版界定人格特質的定義改變了，從四版傾向使用的五大人格理論的神經質、內外向、嚴謹、親和與開放，改變成五大人格病理理論（personality psychopathology five, PSY-5, Harkness & McNulty, 1994）的負向情感（negative affectivity，相對於情緒穩定emotional stability）、疏離（detachment，相對於外

向extroversion）、不壓抑（disinhibition，相對於嚴謹conscientiousness）、敵對（antagonism，相對於親和agreeableness）與精神病性（psychoticism，相對於清明lucidity）五個人格特質領域。PSY-5是一個人格與其疾病的向度（或層面）描述系統（Harkness & McNulty, 1994），這樣的改變不僅是診斷流程的改變，同時也是理論典範的改變。待研究的人格障礙症向度類別混合診斷模式提議將十個人格障礙症縮減成六個，保留的有強迫、自戀、精神病性（schizotypal）、畏避、反社會及邊緣。

## 十二、增加客觀評量要求

除了前述在一些疾病中新增評定疾病嚴重度之外，在第三部分增加了衡鑑工具（assessment measures）一節，在APA的網站上同時提供許多評量工具，期待藉此能與當事人對症狀的看法及文化差異有更好的整合。

此外，精神疾病的診斷首度納入生理指標（biomarkers）作為診斷準則之一。在醒睡障礙症（或睡醒障礙症，Sleep-Wake Disorders, SWD）這章中，在診斷與呼吸相關的睡眠障礙症（Breathing-Related Sleep Disorders）類別中的阻塞性睡眠呼吸中止呼吸不足（Obstructive Sleep Apnea Hypopnea）、中樞性睡眠呼吸中止（Central Sleep Apnea），以及與睡眠相關的肺泡通氣低下（Sleep-Related Hypoventilation）類別中的疾病時都必須有多重睡眠電圖（polysomnography, PSG）的檢查資料，多重睡眠電圖包含有腦波圖、眼電圖、心電圖和肌電圖的資料。而診斷SWD中的猝睡症（Narcolepsy）類別除了要有PSG資料，還要測量腦脊液中hypocretin-1的含

量，一旦hypocretin-1的濃度低於110 pg/mL即可診斷為猝睡症。

## 參、討論

整體說來DSM-5給人比較輕鬆與廣泛的感覺，而DSM-IV則有嚴謹、吹毛求疵之感。細究這種不同感覺的來源可以溯自DSM-5在診斷閾值的設定比較寬鬆、帶入了光譜的概念、診斷的名稱改得比較口語，納入早期發現早期治療的觀念，更看重當事人的看法，以及某些診斷標準（如嚴重程度）的不統一，不過這些不同都引發了相對的批評，以下分別說明。

### 一、診斷閾值的設定比較寬鬆

新成立的物質使用障礙症合併物質依賴與物質濫用，只需要十二個月之內符合兩個診斷準則並造成功能損壞即可成立診斷。雖然DSM-5改版小組宣稱這已經比四版的物質濫用只需要十二個月之內符合一個診斷準則並造成功能損壞要嚴格些，但是先前的物質依賴需要三個診斷準則。這樣的改變可能會因此使更多人符合診斷要求，但政府在戒斷治療的預算難以增加，如美沙冬的資源，這將造成僧多粥少的現象（Brauser, 2013a）。

四版的身體化疾患診斷門檻非常嚴苛，當事人必須在三十歲之前就抱怨許多身體症狀，至少包含四種疼痛、兩種胃腸症狀、一個性問題再加上一個假神經（pseudoneuro）的症狀，並且必須醫學檢查結果無法合理解釋這些抱怨。相形之下SSD新疾病的診斷門檻就非常寬鬆了。

再者，批評者認為依據五版的輕度神經認知障礙症的診斷標準，正常的老化過程（如健忘）可能會被納入此診

斷。此外，DSM-5的ADHD把成人含括進去。如此種種都反應了寬鬆的診斷閾值，可能將不少正常人納入精神疾病的診斷中（Frances, 2012a; 2012d）。

### 二、加強光譜的疾病分類概念

自閉光譜障礙症（ASD）、思覺失調光譜與其他精神病症、神經認知障礙症、物質使用障礙症等都改成或引入光譜概念，在此之中ASD引發許多正反意見。反對者認為此舉把異質的病症組合全部混為一談，因為若依DSM-IV的觀點，自閉患者在社交互動、溝通、僵化行為三方面都有問題，而亞斯柏格患者沒有語言、認知、自我照顧上的遲緩；若依DSM-5的光譜概念，就無法圓滿整合此三個診斷群（diagnostic clusters）的概念架構。除此之外，亞斯柏格症家長團體偏愛亞斯柏格症的診斷，並不想被標示為自閉症（Harrison, 2012b）。

若要能夠接受DSM-5的診斷標準就必須從它的改變理由來思考。DSM-5改版任務小組認為至今無法找到大腦層次的證據支持自閉症與亞斯柏格症不同（Via, Radua, Cardoner, Happé, & Mataix-Cols, 2011）。此外，在臨床上經常看到的現象是診斷隨病患的發展階段而異（Guthrie, Swineford, Nottke, & Wetherby, 2013）。

五版的診斷評估採用無軸診斷，捨棄四版第四軸的社會環境因素與第五軸的整體功能評估（GAF）。社會環境因素的評估是臨床現場可以很快做到的動作，也有助於醫事人員在下診斷時加入環境因素的考量，而符合以生理心理社會模式（biopsychosocial model）看待精神疾病。GAF則提供了一個對當事人整體功能的臨床判斷，可以輔助五版新增

的對個別疾病嚴重度的評估。DSM-5所建議的第四、五軸的替代方案一時之間還無法順利上路，DSM-IV的第四、五軸看來可以繼續沿用。

### 三、更靠攏ICD

DSM-IV-TR在六年內就取代了DSM-IV，其中一個很重要的理由就是更改疾病代碼以與ICD系統一致（American Psychiatric Association, 2000）。這種情形到了DSM-5益形明顯，除了上述的四、五軸的例子，自閉光譜障礙症的建立與智能不足的更名也都有同樣的影子。除此之外，每個疾病診斷碼後面還加註了ICD-10的診斷碼。只是在這樣靠攏的同時也顯現了進退失據，就如四、五診斷軸的空窗期，空有想法卻不能實踐。

### 四、更重視精神疾病對行為與心理的影響

此舉可以反映在身體症狀及相關障礙症（SSRD）中，五版改版小組的總召集人David Kupfer醫師強調在診斷身體症狀時不再要求症狀是醫學上無法解釋的，而關注當事人如何看待和感覺他的症狀以及其所表現出來的行為（Kupfer, 2013）。同樣的精神反應在PTSD聚攏相關負向認知症狀準則成為一個診斷群，用以強調當事人的感受。不過如此一來可能導致診斷閾值的下降，畢竟主觀感受是一個模糊的指標。

### 五、更納入當事人的看法

五版主張只要不妨害他人或違反法律，性偏好的診斷與治療會尊重當事人的偏好（Addis, 2014）。負責性與性別相

關部分改版的Jack Drescher醫師說明之所以把性別身分疾患（GID）改名為性別不安（GD）就是不再把性別身分的困擾視為疾患。那麼為什麼不乾脆像DSM-III把同性戀排除於DSM呢？APA的說法是因為想變性的人需要荷爾蒙或手術治療，如果保留疾病診斷就可以讓這些人享有保險給付，減輕他們的經濟負擔（Moran, 2013）。

### 六、納入早期發現以早期治療的觀念

最明顯的例子就是未成型精神病（APS）以及將輕度神經認知障礙症區分出來，主要用意在於及早治療，後者更是因為美國食品衛生管理局已經通過三種藥品可以上市了（Stetka & Correll, 2013）。早期診斷以便早期治療並不是一個沒有爭議的問題，在「看到一個影子就說那是個什麼」之時是很有辯論空間的，就如知名女星Angelina Jolie切除雙乳以企圖避免罹患乳癌是非常激進的（radical）早期預防與介入的例子。若不以極端例子來看，建議新增APS也引發使人提早用藥的顧慮（Harrison, 2012b）與圖利藥廠的「非非」之想（Frances, 2013）。

### 七、使用淺顯易懂的字眼

醫學字眼承襲許多早期的希臘或拉丁字眼，五版把不常見的字改得比較與現代英文用語一致，例如低落情感疾患（Dysthymic Disorder）更名為持續性憂鬱症（Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)），拗口的Trichotillomania（拔毛症）後面以圓括號加註說明為Hair-Pulling Disorder，慮病

(Hypochondriasis) 改成癡病焦慮症 (IAD)。這些舉動使得DSM-5看來比較可親與平民。

## 肆、建議

### 一、神經科學成為顯學

精神醫學一直被其他科別的醫學批評為不夠科學，此次的改版遭逢相同的情形，美國國家衛生研究院 (National Institute of Mental Health, NIMH) 主任 Thomas Insel 醫師就批評DSM-5的改版不是基於客觀實驗室的證據，而是一群對臨床症狀的共識，因此新版只有信度而無效度 (Insel, 2013)。五版改版任務小組的召集人 David Kupfer 醫師辯稱精神醫學一直在往尋求客觀生理指標證據的方向邁進，但是不得不承認目前離所期待的目標仍有一段距離 (Brauser, 2013a)。話雖如此，五版把神經的觀點帶入嬰幼兒青發展與失智症，這已經可以看到神經科學的證據佔有重要的位置。

隨著大腦影像技術與神經科學的研究愈趨成熟，精神，或說心智功能 (mental functioning) 很大部分是大腦生理功能的表現，精神疾病有很大原因是大腦出了問題，這樣的說法已經被多半人接受了，因此精神與心理工作人員的養成教育有必要關注與培養神經科學方面的知能，如此才能對精神疾病有清楚與全面的了解及掌握。

### 二、客觀證據與實證研究愈發重要

隨著睡眠疾患把生理證據列入診斷準則，主流精神醫學擺脫「偽科學」之「指控」的企圖益發明顯。除了生理證

據，客觀衡鑑測驗工具的使用與倚重比起在先前版本中有過之而無不及，這與臨床心理工作者尤其息息相關。美國精神醫學會網站免費提供許多隨DSM-5出版而試用的衡鑑工具，相關醫事人員與學生可以善加運用，同時準備淘汰不符合DSM-5診斷準則的衡鑑工具，留意新工具的問世。

每次DSM的改版總是引發許多不同的意見，不論在精神疾病的診斷或治療上，以證據為基礎的 (evidence-based) 研究是立論的重要依據，因此精神與心理從業人員需要建立相同的態度，運用有實證基礎的診斷與治療工具或方法，累積實證研究成果。在第三部分待研究的疾病也需要更多的研究證實其信效度與實用性，這些都是實證研究可以進行的方向。

### 三、中文譯名的恰當與統一

目前只有DSM-5口袋版的中文譯本出版，它對病名的中譯與DSM-IV-TR中譯本有許多不同，可以預見精神疾病名稱的中譯很難統一。本文的寫就早在該中譯本出版前，不過為方便讀者，作者與編輯盡量將中譯病名與之一致，不過在少數部分仍保留作者的原譯，例如嚴重與輕度神經認知障礙症 (或認知障礙症及輕型認知障礙症, Major and Mild Neurocognitive Disorders)。口袋中譯版未翻譯「嚴重」一詞，這將會在他處與 Neurocognitive Disorders 混淆不清。該版在神經發展障礙症中把「神經」翻譯出來，卻在此省略「神經」一詞，譯名不統一。再說，DSM-5既然企圖引進神經科學以協助精神醫學的發展，「嚴重與輕度神經認知障礙症」的中文譯名還是比「認知障礙症及輕型認知障礙症」更

忠於信達雅的原則，更不消說神經認知比認知涵蓋更廣的議題與內容了。

由此延伸出另一個議題，影響重大的執照考試的出題、審題委員應該在每個疾病名稱之後附上原文，以利大家的理解是一致的。

本研究介紹DSM-5的重要改變同時剖析這些改變的理由，其與前一版本的比較和值得關注的未來方向，以協助專業人員更順利度過版本轉換期。

## 參考文獻

- Addis, J. W. (2014, January 21). A mental health primer on paraphilias in DSM-5. *The National Psychologist*. Retrieved from <http://nationalpsychologist.com/2014/01/a-mental-health-primer-on-paraphilias-in-dsm-5/102417.html>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Fourth edition, Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2012, December 1). American Psychiatric Association board of trustees approves DSM-5. *DSM-5 facts*. Arlington, VA: Author. Retrieved from <http://dsmfacts.org/materials/american-psychiatric-association-board-of-trustees-approves-dsm-5/>
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association (2013b). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington, VA: Author. 台灣精神醫學會（譯）（2014）。**DSM-5 精神疾病診斷準則手冊**。台北：合記。
- American Psychiatric Association (2013c). *Somatic symptom disorder*. Arlington, VA: Author. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic%20Symptom%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychiatric Association (2013d). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Arlington, VA: Author. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- American Psychiatric Association (n.d.). *Mixed features specifier*. Arlington, VA: Author. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Brauser, D. (2013a, May 7). NIMH, APA clash over upcoming DSM-5. *Medscape Medical News*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/803752>
- Brauser, D. (2013b, Mar 21). DSM-5 somatic symptom disorder debate rages on. *Medscape Medical News*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/804410>
- Carlson, N. R. (2013). *Foundations of behavioral neuroscience* (9th ed.). Pearson.
- Dziegielewska, S. F. (2014). *DSM-IV-TR in action: Includes DSM-5 update chapter* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Frances, A. (2012a, July). DSM in distress: The DSM's impact on mental health practice and research. *Psychological Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201207/two-who-resigned-dsm-5-explain-why>
- Frances, A. (2012b, August). DSM in distress: Internet addiction - The next new fad diagnosis. *Psychological Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201208/internet-addiction-the-next-new-fad-diagnosis>
- Frances, A. (2012c, December). DSM in distress: DSM 5 is guide not bible-Ignore its ten worst changes. *Psychological Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>
- Frances, A. (2012d, December). DSM in distress: Mislabeling medical illness as mental disorder. *Psychological Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>

- psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/mislabeling-medical-illness-mental-disorder
- Frances, A. (2013, January). DSM in distress: Last plea to DSM-5: Save grief from the drug companies. *Psychological Today*. Retrieved from <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201301/last-plea-dsm-5-save-grief-the-drug-companies>
- Guthrie, W., Swineford, L. B., Nottke, C., & Wetherby, A. M. (2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: Stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(5), 582-590.
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (1994). The personality psychopathology five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality*. New York: Springer.
- Harrison, P. (2012a, Oct 05). New autism criteria will not exclude affected kids. *Medscape Medical News*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/772154>
- Harrison, P. (2012b, Oct 17). Controversial new diagnosis in DSM-5 may be faulty. *Medscape Medical News*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/772757>
- Insel, T. (2013, April 29). Transforming diagnosis. *Director's Blog, National Institute of Mental Health*. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*, 1879-1890.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF)*. Manuscript in preparation. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures>
- Kupfer, D. J. (2013, February 8). Somatic symptoms criteria in dsm-5 improve diagnosis, care. *The Huffington Post*. Retrieved from [http://www.huffingtonpost.com/david-j-kupfer-md/dsm-5\\_b\\_2648990.html](http://www.huffingtonpost.com/david-j-kupfer-md/dsm-5_b_2648990.html)
- Moran, M. (2013, April 5). New gender dysphoria criteria replace GID. *Psychiatric News*. Retrieved from <http://psychnews.psychiatryonline.org/newsArticle.aspx?articleid=1676226>
- Morrison, A. P. et al. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: Multisite randomized controlled trial. *BMJ, 344*, 1-14. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2233.pdf%2Bhtml>
- Stetka, B. S., & Correll, C. U. (2013, May 21). A guide to DSM-5. *Medscape Psychiatry*. Retrieved from <http://www.medscape.com/viewarticle/803884>
- Via, E., Radua, J., Cardoner, N., Happé, F., & Mataix-Cols, D. (2011). Meta-analysis of gray matter abnormalities in autism spectrum disorder: Should Asperger disorder be subsumed under a broader umbrella of autistic spectrum disorder? *Archives of General Psychiatry, 68*(4), 409-418.
- 註：疾病的英文診斷名稱依據DSM的慣例均採用首字母大寫的方式。