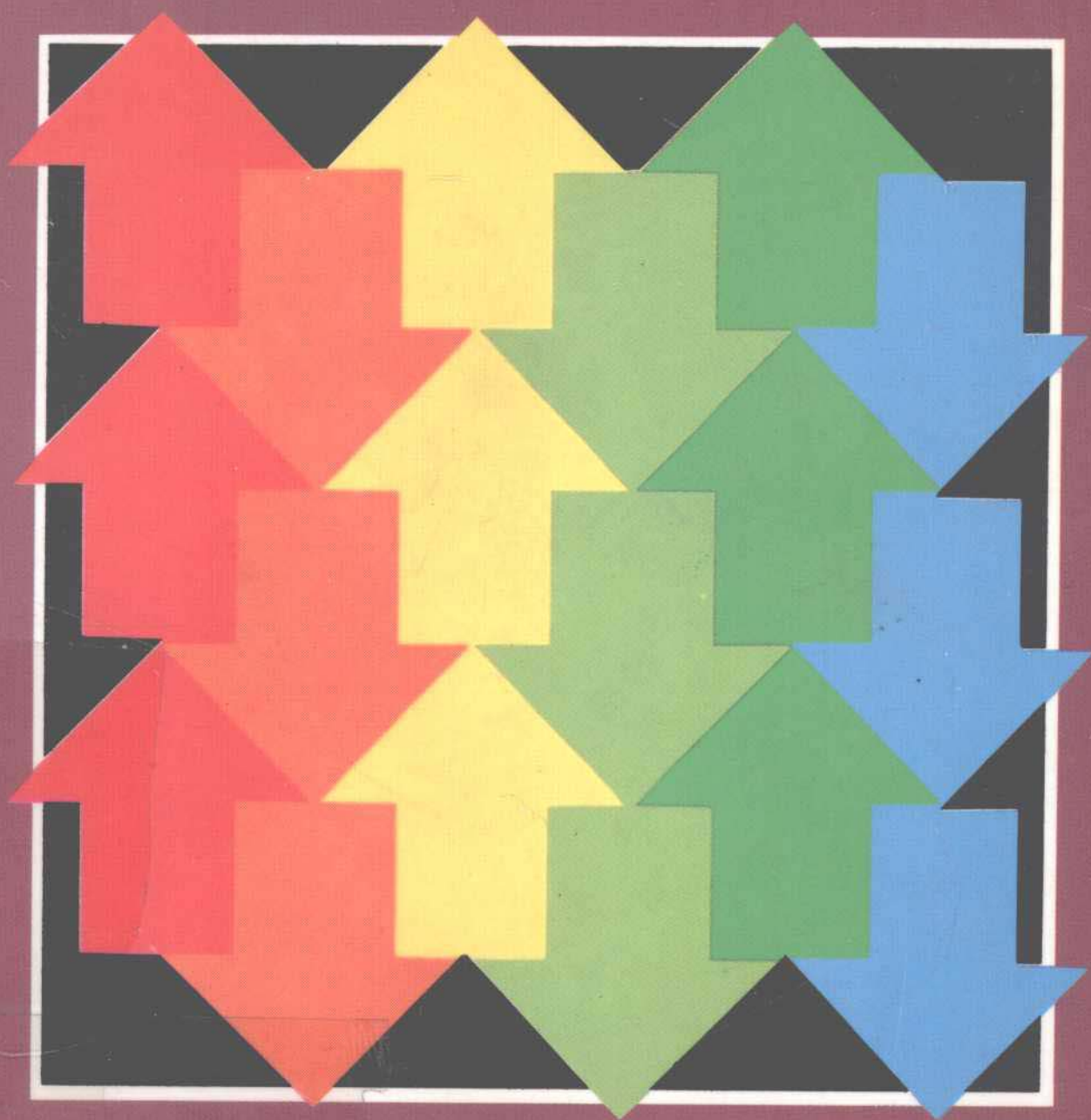


DSM-IV

精神疾病診斷準則手冊

Quick Reference to the Diagnostic Criteria

醫師 孔繁鐘 孔繁錦 編譯



American Psychiatry Association

合記圖書出版社

發行

第十三届全国书市样

DSM-IV

精神疾病診斷準則手冊

Quick Reference to the Diagnostic Criteria

醫師 孔繁鐘 孔繁錦 編譯



00199594

American Psychiatry Association

合記圖書出版社

發行

DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊 / 孔繁鐘, 孔繁錦編譯

譯. -- 初版, -- 臺北市 : 合記, 民 89 印刷

面 ; 公分

含索引

譯自 : Quick reference to the diagnostic
criteria from DSM-IV.

ISBN 957-666-429-2 (平裝)

1. 精神病 - 分類 2. 精神病 - 診斷

415.95

89002902

書名	DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊
編譯	孔繁鐘 孔繁錦
發行人	吳富章
發行所	合記圖書出版社
登記證	局版臺業字第 0698 號
社址	台北市內湖區(114)安康路 322-2 號
電話	(02)27940168
傳真	(02)27924702

總經銷	合記書局
北醫店	台北市信義區(110)吳興街 249 號
電話	(02)27239404
台大店	台北市中正區(100)羅斯福路四段 12 巷 7 號
電話	(02)23651544 (02)23671444
榮總店	台北市北投區(112)石牌路二段 120 號
電話	(02)28265375
台中店	台中市北區(404)育德路 24 號
電話	(04)22030795 (04)22032317
高雄店	高雄市三民區(807)北平一街 1 號
電話	(07)3226177

郵政劃撥 帳號 19197512 戶名 合記書局有限公司

譯 序

譯者六年前翻譯的DSM-III-R手冊中譯本，承蒙許多臨床工作者參考使用，促使譯者不辭艱辛再度投入DSM-IV的中譯工作。這本診斷手冊先行問世，DSM-IV原書的中文翻譯工作也在進行中。目的在提供讀者臨床、教學、研究工作上更容易利用DSM-IV診斷系統。

國內醫學界充斥如下現象：醫學生背誦著外文醫學名詞，晨會時報告：『一個HIVD的case，昨晚因back pain來到ER求診』等混血語言，醫院病歷則從頭到尾只有簽名是中文，巡房時病患及家屬則困窘地聽著工作人員完全英文的臨床討論，這些都讓非醫學圈子的人像文盲般被阻隔在這無形牆外，醫療界也許能藉此以專業自居而自保（或奇貨可居），卻造成大眾對這種醫療心懷疑懼。不平等的隔閡造成醫病關係日益緊張，在健保實施後終於爆發，醫學界大嘆醫療環境一天不如一天之時，可曾反省過「民可使由之，不可使知之」的對待患者方式，才是今日醫療困境的重要因素之一。

現代醫學在國內一直被當成是「西醫」（意味是一種外來物），無法真正融入大眾的生活及文化中。其實理想的醫療過程應由醫病雙方互相合作才能收效，許多因素造成醫病間一面倒地不平衡，影響最大的，應該是醫學知識不能中文化、普及化。而各個醫學分枝中，精神醫學受到種族文化社會心理因素的影響最大，因此精神醫學的知識也最迫切需要本土化，這也是這本中文手

冊的期望。使用中譯本的好處不僅是吸收知識的更快，更重要的是隨著專有名詞的中文化，臨床思考時也更能本土取向，至少臨床上對個案解釋病情時能減少彼此的隔閡及緊張關係。此外需牢記DSM-Ⅱ是美國精神醫學會的精心製作，從田野調查到準則效度信度分析絕大部份都是美國學者群以美國個案作研究的成果，臨床工作者將其應用於本國個案時仍不宜照單全收，應參照本國研究及自身臨床經驗有所調整。我們衷心希望適合本國個案的診斷分類系統能早日問世。

這本診斷準則的小冊子內容精簡，希望能協助讀者的臨床工作，各診斷的詳細內容仍請參考DSM-Ⅱ原書。對於醫學、護理與其他醫療科系的學生、及其他分科對精神醫學有興趣的醫療人員，若沒有太多時間精讀DSM-Ⅱ原書，本手冊不失為簡便參考的好幫手。但所有從事精神醫療的臨床工作者，為能完整的學習DSM-Ⅱ診斷系統仍應熟讀DSM-Ⅱ原書，本手冊只能作為手邊提綱挈領之用。

本手冊的譯名及翻譯原則多沿用DSM-Ⅲ-R中譯本，以求連貫。診斷準則部份由孔繁鐘擔綱，前言說明及附錄則由孔繁錦負責。譯者雖已盡心，唯恐才疏學淺，本書如有疏漏之處，請惠予指正及見諒。

孔繁鐘&孔繁錦

序言

提供診斷準則以改善診斷判斷的可靠性，是DSM-Ⅳ最重要的特點之一。為了迅速得到參考，臨床工作者可能希望有個方便實用的小冊子，內容僅包含DSM-Ⅳ的分類系統及診斷準則。這本「迷你診斷手冊（Mini-D）」原定位為配合DSM-Ⅳ教科書共同使用。使用者要能適當的利用本手冊，必須對DSM-Ⅳ原書中每一種疾患診斷準則的相關正文描述都很熟悉。

Allen Frances, M.D.

DSM-Ⅳ 制訂工作小組主席

Harold Alan Pincus, M.D.

DSM-Ⅳ 制訂工作小組副主席

Michael B. First, M.D.

DSM-Ⅳ 內文及準則編輯

Thomas A. Widiger, Ph.D.

研究協調者

警示說明 Cautionary Statement

每種精神疾患的特殊診斷準則，可做診斷指引之用，因已證實使用這類診斷準則能促進臨床工作者及研究人員之間的一致性。要能適當使用這些診斷準則需要特殊的臨床訓練，訓練內容包括提供全套的知識及臨床技術。

這些診斷準則及DSM-Ⅱ分類系統，反映目前對於精神醫學最新知識綜合陳述的一致意見，但不表示已包括所有可能被治療的狀況或被研究的題材。

DSM-Ⅱ的目的在於為診斷分類項目提供明確描述，以便臨床工作者與研究人員能對各種精神疾患作診斷、彼此溝通、研究、及治療。必須了解為了臨床及研究的目的，此處涵蓋了諸如病態性賭博或戀童癖等診斷分類項目在內，但並不意指這些狀況合於法律或其他非醫學領域中構成精神疾病(mental disease)、精神疾患(mental disorder)、或心智無能力(mental disability)的判定準則。臨床及科學上的考量，將這些狀況歸類為精神疾患，可能與法律上的判斷〔如個人行為責任(individual responsibility)、裁定無能力(disability determination)、及資格認定(competency)等事項〕不完全相關。

目 錄

譯序	i
序言	iii
警示說明	V
如何使用本手冊	1
DSM—IV 分類表	9
多軸向評估	47
通常初診斷於嬰兒期、兒童期、 或青春期的疾患	57
譫妄、痴呆、失憶性疾患、及其他認知疾患	87
一種一般性醫學狀況造成的精神疾患	103
物質關聯疾患	109
精神分裂病及其他精神病性疾患	149
情感性疾患	163

焦慮性疾患	201
身體型疾患	221
人爲疾患	229
解離性疾患	231
性疾患及性別認同疾患	235
飲食性疾患	251
睡眠性疾患	255
他處未分類之衝動控制疾患	267
適應性疾患	271
人格疾患	273
可能爲臨床關注焦點的其他狀況	285
附加之數碼	301
DSM-IV 原書附錄表	303
附錄G 常見一般性醫學狀況及臨床藥物	
誘發疾患之ICD-9-CM數碼	307
索引	345

如何使用本手冊

注意：讀者請參考DSM-Ⅱ原書的「如何使用本書」一章，以求進一步的了解。

診斷數碼(*Diagnostic Codes*)

在美國現行官方正式的數碼系統，是經臨床修正的第九版國際疾病診斷分類(ICD-9-CM)。多數的DSM-Ⅱ診斷都有一個相對應的ICD-9-CM數碼，分別標示在分類系統內疾患名稱之前及各疾患診斷準則之前。有些診斷數碼因為需要進一步細分而標示在診斷準則之後，例如智能不足、物質誘發之情感性疾患。有些疾患的名稱之後，會跟著一個加上括號的別名，通常這即是它曾在DSM-Ⅲ-R使用過的名稱。

為了使診斷更加明確專一，我們提供了亞型(subtype)及特性說明(specifier)以供選擇。亞型是指一個診斷之內彼此互相排斥、相加則完全等於原診斷的一組亞群，使用於診斷準則後面出現「註明亞型」的指令之時。例如妄想性疾患依其妄想內容而分成七種亞型：色情狂型、自大型、嫉妒型、被迫害型、身體型、混合型、及未註明型。與此不同的是，特性說明(specifier)彼此並不互斥，相加也不一定完全等於原診斷，使用於診斷準則後面出現「註明(specify)」或「註明若屬(specify if)」等指令之時。例如在社會畏懼症「註明若

屬：廣泛型」的附加指示。特性說明的功能在於使同一診斷中具有相似特徵的一群個案，有機會能定義出一個更具同質性的亞群，例如「重鬱病，伴隨憂鬱病性特質」。雖然第五數碼有時代表一種亞型或特性說明(如290.12代表Alzheimer型痴呆，早發型，伴隨妄想)或嚴重度(如296.21重鬱病，單次發作，輕度)，然而多數DSM-Ⅱ的亞型及特性說明無法在ICD-9-CM找到對應的數碼，因此只能在原診斷之後直接加上亞型及特性說明的名稱(如社會畏懼症，廣泛型)。

關於嚴重度及病程的特性說明

DSM-Ⅱ的診斷通常適用於病人目前的整體表現，而一般不用來標示此人曾經有過但現已康復的舊診斷。下列指出嚴重度及病程的特性說明，可標示於診斷之後：輕度(mild)、中度(moderate)、重度(severe)、部份緩解中(in partial remission)、完全緩解中(in full remission)、或過去病史(Prior History)。

輕度、中度、及重度三種特性說明，只在目前完全符合此疾患診斷準則的狀況下才能使用。為決定目前的臨床表現應以輕度、中度、或重度來描述，臨床工作者應考慮症狀及病徵的數目、強度、及所造成職業與社會功能的損害程度。多數疾患都可使用下述指導原則：

輕度(Mild)：除構成診斷所需症狀外，少有其他症狀，且症狀僅造成社會或職業功能的輕微損害。

中度 (Moderate): 症狀或功能損害介於「輕度」及「重度」之間。

重度 (Severe): 症狀數目遠超過構成診斷所需，或有些症狀特別嚴重，或症狀造成社會或職業功能的顯著損害。

部份緩解中 (In Partial Remission): 過去曾符合此疾患的完全診斷準則，但現在僅剩一些疾患的症狀或病徵。

完全緩解中 (In Full Remission): 已不再有任何疾患的症狀或病徵，但臨床上仍有必要注意與此疾患相關的狀況；例如曾有過雙極性疾患發作的個案，近三年在鋰鹽治療下已無任何症狀。經過一段完全緩解的時期後，臨床工作者或許可以判定個案已康復 (recovered)，而不再將此疾患記錄為目前的診斷。要分辨「完全緩解中」及「康復」，需要考慮許多因素，包含：此疾患的特徵性病程、上次障礙至今的時間長度、障礙的總時期、及繼續評估或預防治療的必要性。

過去病史 (Prior History): 爲了某些目的而記錄個案曾經符合準則要求的疾患，即使可認定現在已康復，這作法有時仍很有用。這類過去符合的精神疾患診斷，必須以過去病史的特性說明來註記 (如：「分離焦慮疾患，過去病史」，用於一位從前曾有分離焦慮疾患，但現在已無任何診斷，或目前符合恐慌性疾患診斷準則的個案)。

下列疾患各有其特殊準則來定義其輕度、中度、及重度的嚴重度：智能不足、品行疾患、躁狂發

作、及重鬱發作。下列疾患各有其特殊準則來定義其部份緩解中及完全緩解中：躁狂發作、重鬱發作、及物質依賴。

重複發生(Recurrence)

某些個案已有一段時期不再符合疾患的完全準則(即屬於部份緩解中、完全緩解中、或已康復)，之後又發展出一些症狀讓人推想是原先疾患的復發，但尚未達到此疾患診斷準則的完全標準，這種狀況在臨床執業時並不罕見。如何最適當的標示這些症狀的存在，完全在於臨床判斷。下述各方式可供選用：

- (1)若可判斷這些症狀是重複發生狀態下的全新發作，則縱使尚未符合完全的準則要求(例如：符合重鬱發作準則的時期只有十天，而非通常需要的十四天)，仍可標示此疾患為目前(current)或臨時(provisional)的診斷。
- (2)若可判斷這些症狀具有臨床重要性，但尚不確定是否為原先疾患的重複發生，此時其他未註明的診斷分項是適當選擇。
- (3)若可判斷這些症狀不具臨床重要性，則不額外給予目前或臨時的診斷，但可註明其「過去病史」的特性說明(參見第3頁)。

主要診斷／來診原因

當一位住院個案有不只一個診斷，我們在探討後確立主要使其住院的狀況即其主要診斷

(principal diagnosis)。當一位門診個案有不只一個診斷，我們以此次門診主要使其接受醫療服務的狀況為其來診原因(reason for visit)。多數個案的主要診斷或來診原因也就是關注或治療的焦點。要決定何者為主要診斷或來診原因時常很困難而略帶武斷，尤其是在雙重診斷(dual diagnosis)的狀況下(如安非他命依賴等物質關聯的診斷與精神分裂病等非物質關聯的診斷同時存在)。例如，某住院個案同時有精神分裂病及安非他命中毒，此時由於兩個診斷在使此個案住院及治療扮演的角色可能份量相同，而很難決定何者才算其主要診斷。

多重診斷在多軸向或非軸向的診斷形式都可能出現。當主要診斷是第一軸向的疾患，應該將它列於第一軸向的第一位，其餘疾患則依關注及治療的重要性依次排列。當個案在第一軸向及第二軸向都有診斷時，主要診斷或來診原因將被認定是位於第一軸向，除非第二軸向診斷之後括弧內附加有「(主要診斷)」或「(來診原因)」的說明。

臨時診斷(Provisional Diagnosis)

當強烈預測個案終將符合某疾患的完全診斷準則，但現有資訊尚不足以確立此診斷，此時可使用「臨時診斷」的特性說明。臨床工作者可藉由在診斷之後標示「暫定(Provisional)」來指明其不確定性。例如，某個案看來像是有重鬱病，但無法取得足夠病史以確定符合重鬱病的完全準則。完全依照疾患持續時間長短來作鑑別診斷之時

，則是另一種使用「臨時診斷」的狀況。例如，類精神分裂性疾患的診斷必須持續時間少於六個月，因此若在病情緩解之前即須先作此診斷，也只能暫時給予。

「其他未註明」分類項目的使用

(Use of Not Otherwise Specified Categories)

由於臨床表現千變萬化，不可能用單一診斷命名系統來涵蓋所有的狀況。因此每一種診斷類別都有至少一個「其他未註明」的分類項目，有些類別甚至有好幾個。其他未註明(NOS)的診斷適用於下列四種狀況：

- (1)臨床表現合乎該精神疾患診斷類別的一般指導原則，但症狀表現卻不符合任一特定疾患的診斷準則。這類情形可能發生於症狀表現未達準則的最低要求，或有著非典型或混合型的臨床表現。
- (2)臨床表現合乎某種未包括於DSM-Ⅱ分類系統的症狀模式，但造成临床上重大痛苦或功能損害。這種症狀模式在DSM-Ⅱ原書附錄B(為進一步研究所設的準則及軸向)包含了一些。
- (3)對病因不確定(意即不確定疾患是一般性醫學狀況所造成，或物質使用所誘發，或屬於原發性)。
- (4)無法完成資料收集(如緊急狀況下)或資訊內容不一致或互相矛盾，但已有足夠資訊將其置於某一特定診斷類別之下(如臨床工作者

判定個案有精神病性症狀，但無足夠資訊作特定精神病性疾患的診斷)。

8 如何使用本手册