

## 身心症在家庭醫學：DSM-5的診斷與實務

楊秉鈞<sup>1</sup> 林益卿<sup>1</sup> 張庭綱<sup>2</sup>

身體型疾患(somatoform disorder)在門診中是經常被低估的問題，醫師在治療經驗上很少能察覺病因，在有限的門診時間內並不容易發現潛藏的問題。病人可能對於自己的身體不適感到焦慮而到處求醫，即使檢查沒有特殊發現，仍然擔心身體的問題。《精神疾病診斷與統計手冊》第5版(The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)將身體型疾患歸類為身體症狀及相關障礙症(somatic symptom and related disorders)，包含身體症狀障礙症、懼病焦慮症、功能性神經症狀障礙症、人為障礙症、受心理因素影響的其他身體病況、其他特定的身體症狀及相關障礙症，以及非特定的身體症狀及相關障礙症。其診斷需獲取詳細的病史詢問和盡可能的側面資訊，初次看診的病人可對身體症狀先予以處理，建立關係後，再針對病人的心理層面詳加探索。身體症狀及相關障礙症的治療方面包含抗憂鬱劑藥物和心理治療，可能有治療的效果。

(台灣家醫誌 2017; 27: 102-111) DOI: 10.3966/168232812017062702004

**關鍵詞：**身體症狀障礙症、懼病焦慮症、功能性神經症狀障礙症、人為障礙症、詐病

### 前 言

對許多臨床醫師或家庭醫師而言，遇到部分求診的病人根據不同的症狀來不同的科別，喘的病人至胸腔內科，腹部不適的至胃腸科，多重疼痛的病人至神經內科，無法清楚說明的不適會至家醫科求診，但經過一系列檢查並無特殊發現，或者雖有異常，然對於疾病的認知有過度的想法，有些醫師可能會向病人反應，「你是否有些情緒上的問題或壓力？」，但醫病關係尚未建立穩固之

下，往往造成病人的不悅，即使為精神科醫師，有時也難以在有限的時間內辨別心理層面的因素，更遑論有意識或無意識的佯裝成病人的角色。臨床醫師對於病人於門診求診，除了詐病，不應懷疑求診的正當性。精神疾病診斷及統計手冊第四版修訂版(DSM-IV-TR)和國際疾病分類第十版(the 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)對於精神疾病的定義沿用已久，然而以身心二元論和強調身心症需要臨

<sup>1</sup>彰化基督教醫院家庭醫學科、<sup>2</sup>精神科

受理日期：105年5月16日 修改日期：105年7月14日 同意刊登：105年7月20日

通訊作者：張庭綱 通訊地址：彰化市南校街135號 彰化基督教醫院精神科

床上排除無法以其他醫學解釋下的疾病診斷，在臨床上診斷有其難度，並且常導致診斷的模糊地帶。精神疾病診斷及統計手冊第五版(The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)的診斷重點包含取消先前所建立的五軸診斷，另外維持DSM-IV-TR的類別系統（定性系統），並建立層面系統(dimensional system)，包含連續性和序位性變項分析的定量系統；強調身心二元不可分割性，並評估是否影響功能性的殘疾和建立文化上的概念。然而診斷上是否能去除其模糊地帶，仍有待研究證明。身心症在DSM-IV-TR稱為身體型疾患(somatoform disorder)，DSM-5<sup>[1]</sup>診斷中，將身體型疾患的用語修正為身體症狀及相關障礙症(somatic symptom and related disorders)，其目的是更清楚定義疾病以符合臨床情境的狀況。以DSM-IV-TR身體型疾患中的身體化疾患(somatization disorder)為例，診斷概念包含四大項，如發生於30歲之前且持續數年、含有特定一群的身體症狀、強調這些症狀無法完全以醫療狀況(medical condition)解釋、以及不為蓄意性的症狀。而DSM-5將其修正為身體症狀障礙症，其定義中不列出產生的症狀為醫療狀況無法解釋，換言之，身體症狀障礙症的產生可能和其他醫療狀況相關，或者並無相關；只因醫學上無法找出病因，就將身體症狀歸咎於精神上的問題是不恰當的。

### 身體症狀及相關障礙症

根據DSM-5診斷準則<sup>[2]</sup>，身心症稱為身體症狀及相關障礙症，共分為七類，身體症狀障礙症取代DSM-IV-TR先

前的身體化疾患、未分化的身體型疾患(undifferentiated somatoform disorder)，疼痛疾病(pain disorder)，以及有症狀的慮病症(hypochondriasis)。以罹病焦慮症(illness anxiety disorder)取代DSM-IV-TR所稱未有症狀的慮病症，並特別註明是否為求醫型(care-seeking type)或迴避就醫型(care-avoidant type)。將DSM-IV-TR中的轉化症(conversion disorder)更名為功能性神經症狀障礙症(functional neurological disorder)，並新增受心理因素影響的其他身體病況(psychological factors affecting medical condition)及人為障礙症(factitious disorder)。人為障礙症再分為本身引起(imposed on self)或是他為(imposed on another)導致。DSM-IV-TR所描述身體化疾患中的身體臆型症則歸類為強迫症及相關障礙症。其餘兩項為其他特定的身體症狀及相關障礙症，以及非特定的身體症狀及相關障礙症。

### 篩檢與診斷實務

在第一線的門診中，身體症狀在概念上可分為兩大類，第一類常在基層或身心科診所遇到，為精神疾病診斷及統計手冊第五版(DSM-5)所描述的身體症狀及相關障礙症，附表列出此類疾病的各疾病次分類診斷準則<sup>[2]</sup>。而第二類為功能性身體症候群(functional somatic syndromes, FSS)，診斷上包含三種形式的身体症狀，第一為不同的疼痛部位（背部、頭部等），第二為不同器官系統的症狀所造成干擾（如心悸、頭暈、腹瀉等），第三為圍繞在疲憊和精疲力盡。疾病以纖維肌痛症(fibromyalgia)、慢性疲倦症候群(chronic fatigue syndrome)和腸躁症(irritable bowel

syndrome)最常見，然而上述的分類是人為分類而且此兩類的症狀常有重疊，功能性身體症候群無法獨立出一群疾病主要是因為臨床上很難將其與身體症狀及相關障礙症完整區分<sup>[3]</sup>。

基層醫療體系在面對身體症狀及相關障礙症的病人，可先利用簡易問卷篩檢的方式(Patient Health Questionnaire-15或Somatic Symptom Scale-8)，能有效用在懷疑有身體症狀障礙症的患者，偵測身體症狀的負擔<sup>[4]</sup>。以Somatic Symptom Scale-8的評估為例，包含8個問題，每個問題依照嚴重程度分為0到4分，題目分別為背痛、胸痛或喘、頭暈、感覺疲憊或低能量、頭痛、上臂或下肢或關節疼痛、胃或腸道問題、睡眠困難，加總後分數分為無或最低度(0到3分)、低度為(4到7分)、中度(8到11分)、高度(12到15分)，及極高度(16到32分)。在接觸此類病人上，Stuart等學者提出以CARE MD的方式進行，包括諮詢(consultation)、評估(assessment)、規律的回診(regular visits)、同理心(empathy)、醫療和精神層面的結合(medical-psychiatric interface)、不傷害原則(do no harm)。其中建議病人短期規律的回診中是避免不恰當地往急診求治並且使病人了解對壓力的應對而非立即治癒疾病，並且重視且保證後續的治療；另外強調心智和身體的結合，避免對病人下「無醫療問題」的用語<sup>[5]</sup>。

以下將介紹DSM-5中身體症狀及相關障礙症的各分類及診斷上可能產生的問題及處理實務。

### 身體症狀障礙症

根據2013年DSM-5診斷準則，身體症狀障礙症的診斷準則為符合以下兩

項：有一個以上令人苦惱(distressing)或者會造成日常生活顯著困擾(disruption)的身體症狀；此身體症狀或伴隨的健康關注導致過度想法、感覺或行為，以下列至少一項表現：(1)病人持續且不成比例地擔心其症狀的嚴重性；(2)對於健康或症狀一直高度焦慮；(3)為了這些症狀或擔心健康問題而投入過多的時間和精力。在DSM-5的診斷中，強調對疾病的想法有認知上的困擾，無法將身心兩部分所分開，對於身體症狀和健康關注有過度且非妄想的想法、感覺、和行為，且症狀達6個月以上。在DSM-5的定義中，在美國的盛行率統計約5-7%，年齡從孩童、青少年至成年人皆有，女性和男性比約10比1。縱然DSM-5去除必為醫學上無法解釋的症狀及額外加入主觀上的困擾，診斷上的膨脹以及缺乏田野調查是此診斷目前遭受主要的批評因素<sup>[6]</sup>。根據Frances學者報導2012年美國精神科學會年會的資料顯示，癌症或心臟病人高達15%、以及腸躁症或纖維肌痛症的病人高達26%有資格診斷為身體症狀障礙症，造成過度診斷的問題，且在一般族群診斷下的偽陽性可能高達7%<sup>[7]</sup>。根據此問題，Frances曾提出上述定義三種表現應皆包含的準則，而非至少一項表現，以降低偽陽性的比例<sup>[7]</sup>。此疾病也常和焦慮和憂鬱共病，互相影響的結果也會惡化身體症狀障礙症。其中需注意焦慮常造成過度換氣症候群，臨床確定方式為藉由快速和深呼吸2-3分鐘可重複出現此症狀<sup>[8]</sup>。而功能性身體症候群(FSS)如纖維肌痛症和身體症狀障礙症在臨床上常無法區分，兩種病症可能的機轉為，身體症狀障礙症的疼痛是沒有明顯外在的生理性原因，由於精神症狀對疼痛的認知及解讀異常所引起，亦

可能為想像或非真實且誇大的疼痛；纖維肌痛症為生理性的疼痛，可能來自於中樞系統敏感化的因素。纖維肌痛症可能無法排除心理層面的主要爭論有二：臨床觀察顯示纖維肌痛症的病人其診斷的問題若為主觀性，也可落在身體症狀障礙症的診斷中，因此是否純粹為生理性引起則遭受質疑；病人可能較常受到家人或朋友的關心以致於有額外的獲益(secondary gain)。而憂鬱症也會惡化纖維肌痛症，憂鬱症和焦慮症患者亦常抱怨疼痛的問題<sup>[9]</sup>，所以在慢性病人中，身體症狀和心理狀態並不容易分割。身體症狀障礙症的治療方式，以DSM-IV-TR的身心症而言，治療藥物為抗憂鬱劑，在一份早期統合分析研究(meta-analysis)即顯示早期抗憂鬱劑對於身心症的疼痛能有效降低<sup>[8]</sup>，而2014年Cochrane的統合分析研究中<sup>[11]</sup>，在治療DSM-IV-TR定義中的身心症患者，發現新一代的抗憂鬱劑SSRI或是TCA治療效果有限，其中原因可能為分析誤差太大。以臨床實務而言，Stuart學者在2016年的美國家庭醫學會期刊提出可給予藥物治療包括抗憂鬱劑Fluoxetine或是Amitriptyline，而給予聖約翰草(St. John's wort)也是安全的療法<sup>[12]</sup>。認知心理治療或正念療法(mindfulness-based therapy)能緩解病人身體不適、憂鬱及焦慮的症狀<sup>[12]</sup>。若然不論何種治療，重點在於病人能否積極參與並有效地運用和學習能面對日常生活的技能<sup>[13]</sup>。另外針對功能性身體症候群，治療目的在改善整體的症狀而非特殊的症狀，要區分非複雜性和複雜性的功能性身體症候群，後者牽涉更多症狀和情緒，以及功能性喪失，可嘗試加上抗憂鬱劑治療；以生物醫療、器官導向，以及認知互動的全面性考量是功能

性身體症候群最合適的治療方式。藥物治療於針對不同的功能性身體症候群給予治療，作用於中樞神經系統的藥物比周邊系統有效，最顯著的效果是改善腸胃道的功能，然而其他的功能性身體症候群效果有限；在非藥物治療上，不論治療是否侵入性，病人積極合作的參與如主動從事運動和精神治療，比起被動接受手術和藥物注射，更能提升非藥物治療上的效果<sup>[3]</sup>。

### 罹病焦慮症

在DSM-IV-TR所述的慮病症中有一群病人缺乏或少有明顯的症狀，仍然過度的焦慮身體是否有病，症狀達6個月以上，這類病人會過度焦慮自己自身的疾病，可能隨著時間的演進，轉而對另一疾病的焦慮，即使一系列的檢查為陰性，或是醫師的再三保證，仍然堅信自己罹患某疾病，以致於影響到社交功能，有可能會到處求醫。身體症狀障礙症大多為30歲之前發生，但罹病焦慮症較少有特定的年齡。然而罹病焦慮症和身體症狀障礙症中的界線仍然不甚清楚，是否如自閉症為一連串的疾病光譜仍然有待考證。和適應障礙(adjustment disorder)相似處在於過度的想法，然而適應障礙有時間的限制，即面對外在的壓力於三個月內發生。罹病焦慮症的治療方式為衛教病人如何處理對於健康的恐懼而非刻意根除之，並且治療一般的生理症狀或疾病，若效果不佳，近來研究認為認知心理治療為首選的方式<sup>[13]</sup>，再者為抗憂鬱劑SSRI的治療；然而若合併焦慮症或憂鬱症，則使用SSRI藥物為首選治療。

### 受心理因素影響的其他身體病況

心身醫學在過去的世紀研究靈魂如何影響身體，然而心身二元論的方式曾在DSM-III提出，但逐漸被捨棄，目前心身醫學的概念包含兩個主軸假設：身心為同一個單位體，心理因子必須完整被考慮於所有疾病狀態。此疾病必須排除其他狀況，包含轉化症、身體化疾病、慮病症、輕鬱症和物質濫用。Cannon的壓力理論開啟心理因素影響疾病的生理性機轉，相關機轉包含神經傳遞物質、內分泌狀態，以及外因性的生活事件等影響<sup>[14]</sup>。此病的症狀為病人已經出現需醫療症狀或狀況（非精神疾病），並且該醫療症狀受到心理或行為的方式導致負面影響，例如不遵從醫囑（如減低胰島素劑量導致糖尿病惡化）。雖然和身體症狀障礙症都有症狀和想法上的問題，但前者強調行為影響到症狀的惡化。

### 功能性神經症狀障礙症

DSM-V的功能性神經症狀障礙症在DSM-IV-TR稱為轉化症，過去轉化症由佛洛伊德和布魯爾所提出反映一種非意識的衝突，在近期發現轉化症病人中常有解離性症狀，也認為解離性疾病和轉化症的不可分割性<sup>[15]</sup>。在DSM-5重新定義為症狀上的表現，包括一種以上自主運動或感覺的異常或缺損，無法以神經疾病或其它精神疾病解釋，而不以疾病的排除診斷或單靠精神社會因子來解釋，也不再強調非蓄意為必要條件。常見的症狀為下肢的感覺缺失或癱瘓、失語症、暈厥、失明、甚至較少見的解離性痙攣等症狀。病人有功能上的問題常遭受更多的困擾和可能導致殘疾，而有更多因殘疾而獲得經濟利益的可能

性。功能性神經症狀障礙症雖然可恢復，但預後常不佳。目前的功能性影像學研究也開啟對轉化症的進一步解讀。在DSM-5的解釋存在兩個特性，第一為此診斷可同時被疾病（如神經疾病）或非疾病解釋（如功能性），所以無法得知真正的診斷為何，第二為強調心理和行為上所呈現出疾病的狀態。所以此診斷用於過去曾被診斷為身心症的病人中，若臨床上需要立即性的診斷而身體呈現於自主性症狀下，有可能會陷入“垃圾桶”的陷阱中<sup>[16]</sup>。功能性神經症狀障礙症的首選治療並非藥物，是和病人說明此診斷的意涵，並說明這類疾病是有機會康復的，若病人在衛教後反應不佳，可給予認知行為治療，若有運動上的症狀，則再加上體能治療(physical therapy)。最後一線治療為抗憂鬱藥物SSRI或催眠等治療。

### 人為障礙症

人為障礙症最初由學者亞舍在1951年提出，孟喬森症候群(Munchausen syndrome)為作家孟喬森為獲取金錢，杜撰奇特經歷和遊記<sup>[17]</sup>。孟喬森症候群後來演變為佯裝生理或心理上的症狀以得取同情、注意或疾病的角色。人為障礙症的特色在於非意識上藉由人為障礙症症狀如佯裝身體或心理症狀，誘導受傷或生病，並證實為欺騙，以獲取疾病的角色，且無額外的獲益（例如金錢、逃離某義務）的證據。相對於人為障礙症，詐病並非精神疾病的一種，為有意識的獲取特定的利益而假裝身體的症狀，這兩者在門診常難以區分。但有趣的是，詐病可能因為額外的獲益消失而停止求醫的動作，然人為性疾患大多為獲取病人的角色，到處求醫以得取住院

的機會。Bass等學者提出一些觀點質疑DSM-5診斷人為障礙症可能的不足處，第一，雖然和詐病在臨床上同等重要，但是欺騙是人類天性普遍的社會行為；第二，許多證據顯示病人和醫師在醫療症狀以外常處於欺騙行為；第三，DSM在診斷人為障礙症缺乏臨床上的準確性，因為如何精準得知心靈功能上的受損以合理化定義對於疾病症狀上的杜撰為精神疾病並不清楚；第四，人為障礙症常常為偶發性或特定狀態下，並且高度依賴醫療、社會或立法專家，暗示這過程並非臨床狀態，而是透過花費-利益分析的掌控行為；第五，從臨床和診斷的觀點，大多數臨床醫師不太可能可靠且穩定地經由問診提取欺騙中的真正核心狀況，因此也不太能分辨人為障礙症和詐病間的差異；第六，在診斷人為障礙症的作法常是以在無意識媒介的精神疾病和有意識的詐病中的橋樑；第七，許多存在不正常求醫行為的解釋低估非醫療欺騙的貢獻，而在無明確考量和探索意志選擇下參與的潛在部分，有意義的討論不正常的到處求醫行為可能是缺乏的；第八，全人模式(holistic approach)不應用來否定或減輕許多醫療上無法解釋的疾病所帶來的困擾或事實，而是應用來提供可替代性的解釋和治療<sup>[18]</sup>。然而要判定是否為詐病還需要考量病人的認知狀態和記憶等狀態是否有受到影響，如為思覺失調症患者或嚴重憂鬱症患者，其認知受損或扭曲，是否能夠懷疑詐病的行為值得商榷。在面對人為障礙症的病人處理須保存其顏面和減低其自我傷害，並再三保證治療會繼續。由

於這類病人希望獲得病人的角色，所以多方獲得整體資訊和運用生物心理社會模型(bio-psycho-social model)能較完整處理背後無意識下的動機。

## 結 論

身心症必須考慮是否有其他內科疾病，身體症狀障礙症需考量是否有伴隨焦慮症和過度換氣症候群，而相關症狀常和功能性身體症候群如纖維肌痛症重疊，臨床醫師在面對病人應避免過度檢查之行為並增強其求助行為，給予合宜的治療；在藥物上給予適度的治療，而病人積極合作的參與能提升非藥物治療上的效果。身心症患者特質在於過度關注自身健康以及過度焦慮與負向解釋症狀。醫護人員與病人本身對於身心症常有汙名化的傾向，因此病人常抗拒被轉介至心理衛生專業人員。不變的是建立治療關係為治療的第一步，透過同理其症狀，與心理衛生專業人員共同照護，方能提供最周全的治療模式。

由於醫療的發達，疾病治療的進展，使得許多疾病的盛行率不斷下降，但許多情況可發現，人們“不舒服”的狀況卻不斷在上昇。生理上不舒服的角色比精神上的問題更令社會所接受，也更容易得到額外的獲益，然而家族治療大師薩堤爾曾說過，如何應對問題才是問題，個人受到問題衝擊的大小，在於此人看待這個問題的認真程度。或許經過DSM-5一系列大幅度的診斷改變，我們該思考的為是否診斷對於病人最終的治療及生活品質和自尊能有所提升。

## 附表 身體症狀及相關障礙症(Somatic Symptom and Related Disorders)的分類與診斷準則

DSM-5診斷名稱	DSM-5診斷準則
身體症狀障礙症 (somatic symptom disorder)	<p>A.有一個以上令人苦惱(distressing)或者會造成日常生活顯著困擾(disruption)的身體症狀。</p> <p>B.此身體症狀或伴隨的健康關注導致過度想法、感覺或行為，以下列至少一項表現：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.病人持續且不成比例地擔心其症狀的嚴重性。</li> <li>2.對於健康或症狀一直高度焦慮。</li> <li>3.為了這些症狀或擔心健康問題而投入過多的時間和精力。</li> </ol> <p>C.雖然任何一個身體症狀不見得都持續存在，但有症狀的狀態通常是持續的（一般超過六個月）。</p>
懼病焦慮症 (illness anxiety disorder)	<p>A.先入為主地認為自己得了或即將得嚴重的疾病。</p> <p>B.並未出現一些身體症狀，即使有也屬輕微。如果已經患有另一個疾病、或有發展成其他疾病的高風險（如：高家族病史），此先入為主想法明顯是過度或不成比例的。</p> <p>C.極為擔心健康，容易覺得自己健康狀況不對勁。</p> <p>D.過度從事確認自己是否健康的行為（如：反覆檢查其身體是否有生病的跡象）或是出現不適應的逃避行為（例如：不去看醫生和去醫院）。</p> <p>E.擔心罹患疾病的狀況已經有至少6個月，但所擔心的特定疾病，可能在那段時間有所改變。</p> <p>F.此種擔心無法以另一精神疾病做更好的解釋，如：身體症狀障礙症、恐慌症、廣泛性焦慮症、身體臆形症(body dysmorphic disorder)、強迫症、妄想症—身體型(somatic type)。</p>
功能性神經症狀障礙症 (functional neurological disorder)	<p>A.出現一個或多個自主運動或感覺功能的改變。</p> <p>B.臨床上的證據顯示此症狀與認定的神經或身體疾病不符。</p> <p>C.此症狀無法以另一種身體或精神疾病作更好的解釋。</p> <p>D.此症狀引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損或需要醫療評估。</p>
受心理因素影響的其他身體病況 (psychological factors affecting medical condition)	<p>A.病人已出現需醫療症狀(medical symptom)或狀況（除精神疾病外）。</p> <p>B.該醫療症狀受到心理或行為因素，以下列方式之一的負面影響：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.此因素影響醫療狀況病程，表現在影響其病程進展、加重病情或延宕恢復。</li> <li>2.此因素干擾醫療狀況的治療（例如：不遵醫囑）。</li> <li>3.此因素已被證實造成個人更大的健康風險。</li> <li>4.此因素會影響醫療狀況之病生理，進而促發症狀、加重狀況或需要就醫。</li> </ol> <p>C.在準則B中的心理和行為因素無法以另一精神疾病做更好的解釋（例如：恐慌症、鬱症、創傷後壓力症）。</p>

附表 身體症狀及相關障礙症(Somatic Symptom and Related Disorders)的分類與診斷準則(續)

DSM-5診斷名稱	DSM-5診斷準則
人為障礙症 (factitious disorder)	A.偽造身體或心理症狀，誘導受傷或疾病，並經證實為欺騙。 B.向別人顯示自己生病、有障礙或受傷。 C.即使沒有明顯的外在獎酬(external reward)，仍有欺騙行為。 D.此行為無法以其他精神疾病做更好的解釋(如：妄想症或其他精神病(another psychotic disorder))。
其他特定的身體症狀 及相關障礙症 (other specified somatic symptom and related disorder)	適用於那些不完全符合「身體症狀及相關障礙症」但已造成臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損的情況。可以使用「其他特定」的情況包括以下例子： 1.短暫身體症狀障礙症(brief somatic symptom disorder)：症狀持續時間少於6個月。 2.短暫罹病焦慮症(brief illness anxiety disorder)：症狀持續時間少於6個月。 3.無過多健康相關行為的罹病焦慮症(illness anxiety disorder without health-related behaviors)：不符合準則D的罹病焦慮症。 4.假孕症(pseudocyesis)：誤信自己已有身孕且伴隨懷孕相關的主客觀症狀。
非特定的身體症狀 及相關障礙症 (unspecified somatic symptom and related disorder)	適用於那些不完全符合「身體症狀及相關障礙症」成臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損的情況。此診斷用於臨床資料尚不足夠的特殊情況下使用。

參考文獻2，DSM-5精神疾病診斷準則手冊(Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5<sup>®</sup>)，2014：161-7。

### 參考文獻

- 1.Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. Schizophr Res 2013; 150: 11-4.
- 2.台灣精神醫學會：DSM-5精神疾病診斷準則手冊(Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5<sup>®</sup>)。初版。新北市：合記出版社，2014：161-7。
- 3.Henningsen P, Zipfel S, Herzog W: Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007; 369: 946-55.
- 4.Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al: The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med 2014; 174: 399-407.
- 5.McCarron RM: Somatization in the primary care setting. Psychiatr Times 2006; 23: 32-34.
- 6.Frances AJ, Widiger T: Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. Ann Rev Clin Psychol 2012; 8: 109-30.
- 7.Frances A: The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. BMJ 2013; 346: f1580.
- 8.Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S: Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic

- symptom disorder. *Can J Psychiatry* 2015; 60: 160-7.
- 9.deHeer EW, Gerrits MJG, Beekmen ATF, et al: The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PLoS One* 2014; 9: e106907.
- 10.Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS: Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosom Med* 1998; 60: 503-9.
- 11.Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ: Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 11: CD010628.
- 12.Stuart LK, Mario SM: Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician* 2016; 93: 49-54A.
- 13.Benjamin JS, Virginia ASadock, Pedro R: *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014: 446-87.
- 14.Ghanizadeh A1, Firoozabadi A: A review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V. *Psychiatr Danub* 2012; 24: 353-8.
- 15.Ejareh Dar M, Kanaan RA: Uncovering the etiology of conversion disorder: insights from functional neuroimaging. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 143-53.
- 16.Prakash J, Das RC, Srivastava K, Patra P, Khan SA, Shashikumar R: Munchausen syndrome: Playing sick or sick player. *Ind Psychiatry J* 2014; 23: 68-70.
- 17.Bass C, Halligan P: Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet* 2014; 383: 1422-32.

## **Somatic Symptom and Related Disorders in Family Medicine: The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Diagnostic Criteria and Clinical Practice**

Ping-Chun Yang<sup>1</sup>, I-Ching Lin<sup>1</sup> and Ting-Gang Chang<sup>2</sup>

Somatoform disorder is often underdiagnosed and rarely perceived by physicians at outpatient clinics whose time-limited setting renders it difficult to further identify potential problems. Care-seeking behavior usually occurs when patients feel disproportionately anxious about their uncomfortable symptoms without diagnostic findings. In the new edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), somatoform disorder is incorporated in the category of “somatic symptom and related disorders,” which mainly constitute somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, psychological factors affecting medical condition, functional neurological disorder, factitious disorder, other specified somatic symptom and related disorder, and unspecified somatic symptom and related disorder. Diagnosis of these disorders requires detailed inquiry into patients’ comprehensive medical history and collection of supplementary information as much as possible. Physicians should consider treating the physical symptoms first during the initial interview and saving the examination of underlying psychological causes for later meetings after rapport with patients are established. Antidepressants and/or psychotherapy may be beneficial in treating somatic symptom and related disorders.

*(Taiwan J Fam Med 2017; 27: 102-111) DOI: 10.3966/168232812017062702004*

**Key words:** factitious disorder, functional somatic syndromes, illness anxiety disorder, malingering, somatic symptom disorder

---

<sup>1</sup>Department of Family Medicine and <sup>2</sup>Psychiatry, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan.

Received: May 16, 2016; Revised: July 14, 2016; Accepted: July 20, 2016.