

DSM-5診斷標準的改變 第一部份

兒童青少年精神疾病工作小組報告之一：自閉症類群障礙、溝通障礙症、智能發展障礙症、學習障礙症、注意力不足過動症之DSM-5草案內容相較於DSM-4之變革

The Change of Diagnostic Criteria of Neurodevelopmental Disorders in DSM-5 Draft as Compared with Which in DSM-4 - A Report from Working Group of Child Psychiatric Disorders of Categorized Diagnoses Team (Part I)

丘彥南^{1,2}，賴孟泉^{1,2}，徐如維^{1,3}，劉弘仁^{1,4}

兒童青少年精神疾病類別工作小組¹，台大醫院精神部²，台北榮民總醫院精神部³，台北市立關渡醫院精神科⁴

兒童青少年精神疾病類別工作小組

Child Psychiatric Disorders of Categorized Diagnoses Team

2011.10.22

DSM-5初稿中神經發展障礙症改變的幅度相當大，今先呈現本工作小組一部分資料整理及探討的內容，就教於大家，請前輩及各專業同仁們多指教。(丘彥南)

DSM-5相較於DSM-4之變革：自閉症類群障礙 (賴孟泉)

1. 名稱由廣泛性發展障礙 (Pervasive developmental disorder) 改變為自閉症類群障礙 (Autism spectrum disorder, ASD)，一方面反映整個DSM-5強調層面式 (dimensional) 的思考，另一方面也反映過去數十年關於自閉症之異質性、多層面、及光譜分佈式的特徵表現的研究成果。
2. 不再定義亞型 (subtype)。也就是說，在DSM-IV之中所使用的自閉症 (autistic disorder)、亞斯伯格症 (Asperger's disorder)、其他未註明

的廣泛性發展障礙 (PDD, NOS)、兒童期崩解障礙 (Childhood disintegrative disorder) 及Rett's disorder都不再使用，而ASD此名稱將涵蓋前四者。由於ASD是基於行為所定義的症候群，因此病因已確定的Rett's disorder將不再歸類於DSM-5之中，而被視為其他的醫學疾病。代替亞型的方案是註記兩大主要特徵 (見第4點) 分別的嚴重度 (即所需協助的程度，分為三等級)。此變革在高功能社群 (尤其是亞斯伯格症) 之中引起了相當激烈的討論，擔心失去原有的標籤/身分認同。

3. 強調ASD是僅基於行為所定義的症候群。若

是在已知病理或病因的醫學疾病（例如：Fragile X syndrome、Rett's disorder、tuberous sclerosis）表現上出現符合ASD的行為症狀（即所謂的syndromic ASD），則以「出現於已知醫學疾病或遺傳狀況」之敘述特別註明之。

4. 主要症狀的分類從DSM-IV的三大特徵改為兩大特徵，即將原本的社交互動缺損與溝通缺損二者歸為同一大類，而侷限重複行為及興趣本身仍為另一大類之特徵。

(1) 在社交及溝通缺損方面的症狀，將DSM-IV之症狀描述重新整理，分類為社會情緒相互性缺損、社交用的非語言溝通行為缺損、及發展與維繫關係的能力缺損等三者。

(2) 在侷限重複行為及興趣方面的症狀，除保有DSM-IV原納入的行為特徵外，首次清楚標明「對感覺刺激過高或過低的反應性」為感覺症狀的一部分。

5. 不再如DSM-IV規定症狀須於三歲前出現，而僅註明症狀須於兒童早期出現，但特別指出「有可能在社會互動上的挑戰超過其有限的的能力時才完全呈現」。

6. 總結而言，DSM-5的ASD診斷標準強調以層面的評估及紀錄症狀表現，希望以此涵括、並有能力呈現ASD內部的高度異質性，避免如DSM-IV以亞型分類時所經常遇到的模糊地帶（例如高功能自閉症與亞斯伯格症之間的

區分）及不令人滿意的信效度問題（例如亞斯伯格症的診斷）。但如何更充分地呈現對於ASD內部可能有分類意義的特徵（例如是否有早期語言發展障礙），且對於異質性作更好的描述（例如年齡、智能、性別對於症狀表現的影響），仍有相當需要補足的空間。至於由三大特徵改為兩大特徵，因已有相當多且一致的研究結果支持，故較無爭議。

DSM-5相較於DSM-4之變革：溝通障礙症（徐如維、丘彥南）

語言障礙在第五版中有大幅度的更動，過去診斷名詞與分類概念幾乎完全更新，包括語言障礙（language impairment）、語言遲發障礙（late language emergence）、特定語言障礙（specific language impairment）、社交溝通障礙症（social communication disorder）、言語發音障礙症（speech sound disorder）、源發於兒童期之言語流暢障礙症（childhood onset fluency Disorder）、嗓音障礙症（voice disorder）等診斷。

首先，language impairment 是一個特殊的設計，它既可以是一個獨立診斷也可以視做為一個診斷範疇，診斷為language impairment後，若是可以符合late language emergence 或 specific language impairment 二者中的一個分類，則可以再繼續診斷為 late language emergence 或

specific language impairment，若不符合，亦可只診斷為 language impairment。這樣設計的目的是為了在診療初期能先有一個臨時診斷（language impairment），以便盡快開始追蹤評估與治療，但隨後也能夠逐漸形成更精準的診斷（late language emergence或specific language impairment）與治療計畫。同時也因為這樣的診斷設計，所以 language impairment可以與其他的疾患並存，諸如自閉症類群障礙、選擇性緘默症、智能發展障礙症、學習障礙症等。（徐如維）

DSM-5初稿中，late language emergence特指用於up to 4 or 5 years old，為何不乾脆用up to 5 years old？令人不解；specific language impairment未載明區分表達及表達-接受型，是不加以區分或尚未完稿？則有待觀察。且其將intellectual disability列為排除診斷，於學理上恐有爭議。原DSM-4中，表達-接受型語言障礙症將ASD列為排除診斷，但DSM-5初稿於此處並未載明，未來是否會有爭議，亦待留意。原DSM-4中的言語動作或感官知覺缺陷之註記被取消，或許是在多軸診斷之架構上避免疊床架屋吧！

社交溝通障礙症是新增之診斷，重在語用之障礙（impairment of pragmatics），須排除ASD，並強調症狀應在兒童早期就存在；言語發音障礙症就是原來的構音障礙症（phonological disorder），源發於兒童期之言語流暢障礙症則

是原來的口吃症；嗓音障礙症，亦為新增之診斷。（丘彥南）

DSM-5相較於DSM-4之變革：智能發展障礙症 （劉弘仁、丘彥南）

DSM-4 中Mental Retardation 在DSM-5 時，不僅診斷名稱改變（由Mental Retardation 改為 Intellectual Developmental Disorder），在能力、功能缺損的定義比原來的DSM-4要嚴謹。如 Deficits in general mental abilities 及function impairment 部分，清楚明列其項目包括哪些。另外，不論是 intellectual deficit 或 adaptive behavior兩者皆需經過個別、標準化的測驗工具加以評估，intellectual deficit的落差需大於或等於兩個標準差。至於因各種原因暫時無法符合以上標準，但又明顯有智能發展障礙者則放在Intellectual or Global Developmental Delay（DSM-4命名為Mental Retardation, Severity Unspecified），用 delay 及 disorder 來區分暫時的或確定診斷。除此之外，原先有的輕度、中度、重度、極重度等嚴重度的區分，目前還沒有明確定義於DSM-5的初稿，需持續追蹤後續是否有加上嚴重度的區分方法。（劉弘仁）

DSM-5初稿中，未如DSM-4列明須發生於18歲之前，而改述為「onset during the developmental period」。此舉雖可避開原先18歲硬性切分點之不合理，但可能增加判斷之差異性；過去一、二十年來，英美社會之去汙名化

運動至今終於促成 Mental Retardation 在DSM-5 之改名。由此反觀我國之情形，前輩當初譯為智能不足應屬貼切，但是仍無法避免被汙名化，故若僅是改名，很難期待可改觀社會汙名化之作用。（丘彥南）

DSM-5相較於DSM-4之變革：學習障礙症（劉弘仁、丘彥南）

在學習障礙症部份，DSM-4 主要涵蓋 Reading Disorder, Mathematics Disorder, Disorder of Written Expression 三個診斷。DSM-5 基本上延續這個精神，除了增加了大項 learning disorder 外，並將其中的兩個診斷改用舊有同義詞--- reading disorder 改為dyslexia, mathematics disorder 改為dyscalculia, disorder of written disorder 則不變。另外，在診斷準則裡，原先有關存在sensory deficit時之考量被刪除；Dyslexia之定義著重於讀的流暢與正確性之困難，dyscalculia更清楚定義侷限於 ”numerical, arithmetic, and arithmetic-related abilities” 之範圍。至於disorder of written expression，目前還沒有初步資料，仍須追蹤。（劉弘仁）

DSM-5初稿中，將DSM-4診斷準則中之「顯著低於預期」(substantially below expected) 改述為「不相稱」(not consistent with)，是否意味著界定放寬，有待觀察。但其強調應有多重來源之資料以供評估，且其中至少有一項為個別施測之文化適切相關學業能力標準化評量

(culturally appropriate and psychometrically sound standardized measure)，則是更清楚的操作界定。個人認為，若能將「包括學習歷程之分析」之文字加於「多重來源之資料」之後，可使操作界定更完備。（丘彥南）

DSM-5相較於DSM-4之變革：注意力不足過動症(ADHD)（丘彥南）

DSM-5初稿中，關於ADHD有以下主要變革：1.強調情境及發展之差異及變化；2.於症狀界定陳述中：將〔不適應的 (maladaptive)〕一詞改為〔直接在社會及學業/職業之影響 (impact directly on ...)〕。如此一來，將影響的場域作更詳細的描述，且避開 maladaptive 之判斷，可以更明確的操作，但可能使準則變得較寬鬆；3.將原功能減損描述中的〔臨床上的顯著減損 (clinically significant impairment)〕，改為〔干擾或降低...的品質 (interfere with or reduce the quality of ...)〕。如此，也可能降低診斷之閾值；4.年齡考量的改變：(1)17歲(含)以上，只要符合〔不專注 (inattention)〕或〔過動及衝動 (hyperactivity and impulsivity)〕之4項症狀，即可症狀診斷標準，(2)症狀出現之年齡閾值提高為12歲。如此大幅度之改變，顯示診斷準則明顯放寬的傾向；5.過動及衝動 (hyperactivity and impulsivity) 症狀準則：(1)增加〔不思而行〕、〔乏耐性等待〕、〔不耐有系統的慢慢做〕及〔難拒絕誘惑或機會〕等4項，(2)(d)項定義全改，(3)修改(c)項文字描

述（註：筆者認為(c)項之修改文字描述(moves excessively in inappropriate situations) 之適切性有待檢視。）；6.C準則不強調症狀造成減損，而改為〔症狀在兩種情境以上明顯的 (apparent) 呈現〕；7.不排除ASD的共病；8.不用〔亞型 (subtype) 〕，而改用〔表現型(presentation) 〕，並增加〔(局限性)不專注表現型〕。(註：筆者相當認同此項之項之修訂。)

以上大幅度之改變，加入了近年研究來對 ADHD樣貌之了解，有助於ADHD青少年及成人患者的診斷，預測將對ADHD之臨床及研究工作有巨大之影響，（例如：盛行率數據攀升、成人因ADHD求診之患者數增加、ADHD之相關用藥可能增加等。）然而，也很可能引出更多的爭議。（如，是否又擺到過於寬鬆的一端？過度標籤與醫療經濟之爭議論點。）

"待續"