

DSM-5 躯体症状障碍与 DSM-IV 躯体形式障碍的比较研究

李扬 李闻天

430074 中国地质大学(武汉)心理科学与健康研究中心(李扬); 430012 武汉市精神卫生中心 武汉市心理医院 华中科技大学同济医学院附属武汉精神卫生中心 中国地质大学附属武汉心理医院(李闻天)

通信作者: 李闻天, Email: 2822645412@qq.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2019.08.004

【摘要】 **目的** 比较 DSM-5 躯体症状障碍(SSD)与 DSM-IV 躯体形式障碍(SFD)一致性以及两标准在躯体和心理维度的差异。**方法** 从中国地质大学(武汉)附属武汉心理医院的就诊患者中抽取 197 例,采用临床面谈和定式工具收集病史和评估症状,依照 DSM-5 SSD 和 DSM-IV SFD 两标准将被试者分组,并使用 SPSS 进行统计分析。**结果** (1)根据 DSM-IV 标准诊断为 SFD 患者 113 例(57.4%),根据 DSM-5 标准诊断为 SSD 患者 105 例(53.3%)。(2)DSM-5 中 SSD 与 DSM-IV 中 SFD 诊断的一致性较低($Kappa=0.200$),仅诊断为 SSD 但未诊断为 SFD 的患者表现出更严重的心理障碍。**结论** 与 DSM-IV 中 SFD 诊断标准相比,心理症状增强了 DSM-5 中 SSD 的预测有效性和临床实用性,采用 DSM-5 中 SSD 诊断标准比 DSM-IV 中 SFD 诊断标准更能识别出心理受损的患者。

【关键词】 躯体症状障碍; 躯体化障碍; DSM-5; DSM-IV; 诊断标准; 横断面研究

基金项目: 2015 年度武汉市卫生和计划生育委员会基金项目资助(WG15B01)

A comparative study of DSM-5 "somatic symptom disorder" and DSM-IV "somatic disorder" Li Yang, Li Wentian

Research Center for Psychological Sciences and Health, China University of Geosciences, Wuhan 430074, China (Li Y); Wuhan Mental Hospital, Wuhan Mental Health Center, Affiliated Wuhan Mental Health Center, Tongji Medical College of Huazhong University of Science & Technology, Wuhan Mental Hospital, China University of Geosciences China University of Geosciences, Wuhan 430012, China (Li WT)

Corresponding author: Li Wentian, Email: 2822645412@qq.com

【Abstract】 Objective A cross-sectional study was conducted to compare the latest revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) "somatic symptom disorder (SSD)" with its fourth edition (DSM-IV) of "somatic disorder (SFD)" and the differences in the physical and psychological dimensions of them. **Methods** A total of 197 patients were selected from the Wuhan Mental Hospital Affiliated to China University of Geosciences. Clinical interviews and formal tools were used to collect medical history and evaluate symptoms. The subjects were grouped according to DSM-5 SSD and DSM-IV SFD criteria and SPSS was used for statistical analysis. **Results** (1) 113 patients were diagnosed with SFD (57.4%) by DSM-IV, and 105 patients were diagnosed with SSD (53.3%) by DSM-5. (2) The consistency of DSM-IV and DSM-5 diagnosis was low ($Kappa=0.200$). Patients only diagnosed with DSM-5 SSD but not diagnosed with DSM-IV SFD showed greater psychological disorder. **Conclusions** Compared with DSM-IV SFD, psychological symptoms enhance the predictive effectiveness and clinical utility of DSM-5 SSD. DSM-5 SSD diagnosis is more likely to identify patients with psychological impairment than DSM-IV SFD.

【Key words】 Somatic symptom disorder; Somatization disorder; DSM-5; DSM-IV; Diagnostic criteria; Cross-sectional study

Fund Program: Wuhan Health and Family Planning Commission Foundation Project (WG15B01)

美国精神病学学会(American Psychiatric Association, APA)修订的美国精神障碍诊断与统计手册(The diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM)的第四版 DSM-IV 是目前使用最为广泛的

精神障碍诊断标准之一,但其中的躯体形式障碍(somatoform disorder, SFD)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^[1]。其最新修订版本DSM-5相较第四版DSM-IV在多个方面发生了重大的变化,其中用大幅修改的躯体症状障碍(somatic symptom disorders, SSD)诊断取代了先前的DSM-IV SFD诊断,删去医学无法解释症状的要求,增加心理标准,合并和简化了亚型^[2-3]。这样的改动受到了国际上的广泛关注,学者们在肯定新的评价体系更加完善的同时也对其诊断效用等方面有所质疑^[4]。因DSM也是我国制定本国精神障碍诊断标准的重要参考,对于DSM-5 SSD的诊断效用及临床应用性的研究在国际和国内都具有极为重要的意义,为探讨DSM-5 SSD与DSM-IV SFD两诊断标准的一致率,以及两标准在躯体和心理维度上的差异性,本研究对这两种诊断标准做了比较分析。

一、对象与方法

1. 研究对象:选择2017年10月至2018年6月至中国地质大学(武汉)附属武汉心理医院就诊的患者,共197例,女118例,男79例。患者入选标准:签署书面知情同意书;年龄 ≥ 18 岁;临床诊断为SFD、抑郁障碍或焦虑障碍。排除标准:精神障碍;药物滥用(止痛药除外);急性自杀倾向;语言能力不足;严重认知障碍。所有患者均由2名受过专业培训的研究者询问病史并进行精神检查,由1名心理测验员使用定式评估工具做定式病史收集和症状评估。

2. 研究方法:为了探讨目前提出的DSM-5 SSD与DSM-IV SFD两个诊断标准在躯体和心理维度上的差异性,本研究在中国地质大学(武汉)附属武汉心理医院就诊的患者样本中进行了一项横断研究,采用访谈和问卷调查的方法将入院患者依据DSM-5 SSD和DSM-IV SFD进行分组,比较以SSD和SFD作为标准的诊断阳性率上是否存在差异性、两种诊断标准相比躯体和心理各维度的差异性,以及躯体和心理维度间的相关性。

3. 诊断工具:(1)国际神经精神科简式访谈问卷(MINI-International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.):M.I.N.I.是根据ICD-10和DSM-IV的轴I精神疾病诊断标准编制的简短定式访谈工具。该问卷信效度良好,经简单培训后即可被临床医师熟练使用。(2)DSM-5临床定式检查-研究版(Structured clinical interview for DSM-5, research version, SCID-5-RV):SCID-5-RV是用于为DSM-5中的精神障碍做出诊断的半定式访谈工具,最新英文版于2015年

10月获美国精神病协会出版。

4. 自评量表:(1)自编人口学资料问卷:通过自编问卷了解患者的一般情况,人口学资料问卷包括性别、年龄、民族、居住地、婚姻状况、居住状况、家庭月收入、职业状况、受教育程度。(2)躯体症状严重程度量表(Patient Health Questionnaire, PHQ-15):PHQ-15为PHQ中针对躯体症状群的独立自评分量表。共15个条目,能覆盖门诊90%的躯体主诉^[5],主要询问患者在过去的4周被各种常见的躯体症状或症状群困扰的程度。根据症状的严重程度分为3级评分:0(没有困扰)、1(少许困扰)、2(很多困扰),总分为0~30分,其中,0~4分为无躯体症状;5~9分为轻度躯体症状;10~14分为中度躯体症状; ≥ 15 分为重度躯体症状,在中国人群中具有良好的信效度。本研究中,在PHQ-15量表下方请患者填写节选自躯体形式障碍筛查问卷(Screening for Somatoform Disorders-2 years, SOMS-2)的两个条目^[6]:①您目前的这些不适持续了多长时间(少于4周;4周至6个月;6个月至1年;1至2年;超过2年);②在过去的12个月里,由于上述躯体不适,您看过多少次病(无;1至2次;3至10次;11至20次;超过20次)。(3)抑郁症状严重程度量表(Patient Health Questionnaire, PHQ-9)中文版:PHQ-9为自评量表,共9个条目,用于评估患者过去2周的抑郁症状,采用0(完全不会)~3(几乎每天)4级评分,总分0~27分,分值越高者抑郁症状越严重。作为抑郁障碍的筛查工具,该量表在中国人群中具有良好的信效度^[7]。(4)广泛性焦虑量表(Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)中文版:GAD-7为自评量表,共7个条目,用于对广泛性焦虑的筛查及症状严重度的评估。采用0(完全不会)~3(几乎每天)4级评分,总分范围0~21分,分值越高者焦虑症状越严重,该量表在中国人群中具有良好的信效度^[8]。(5)健康相关焦虑评定(Whiteley-14 Scale, WI-14):WI-14量表是包括14个条目的自评量表,该量表为0(否)~1(是)两点评分,总分范围为0~14分,用以测量疑病指数(参考APA的建议及国外研究,本研究以6分为界筛选符合DSM-5 SSD的患者)^[3,9]。(6)健康状况调查问卷(The Medical Outcome Study 12-items Short Form Health Survey, SF-12):SF-12量表是SF-36(The 36-items Short Form Health Survey, SF-36)的简化版,与SF-36具有较高的一致性^[10],包括总体健康、生理功能、生理职能、躯体疼痛、活力、社会功能、情感职能及心理健康共8个维度12个条目,用以评估患者过去4周的情况与健康相关的生命质量,前4个维度对应条目分数参照公式经标准化转换

可得躯体健康总评分(physical component summary, PCS), 总分为0~100分, 分值越高, 说明调查对象主观感觉越好、生命质量越好。(7) 身体健康认知量表(The Cognitions About Body and Health Questionnaire-CABAH): 由Rief等于1998年编制, 主要用于测量维持健康焦虑的具体认知类型。该量表共31个条目, 采用4点评分, 0代表完全错误, 4代表完全正确。该量表包含5个分量表, 分别是灾难化误解(catastrophizing interpretation of bodily complaints), 自主感知(autonomic sensations), 体弱(bodily weakness), 躯体疾病不耐受(intolerance of bodily complaints), 健康习惯(health habits)^[11]。(8) 疾病行为评估量表(SAIB): 由Rief等编制, 问卷共25个项目, 4点记分。1分表示完全认同, 2分表示部分认同, 3分表示部分不认同, 4分表示完全不认同, 该量表有5个维度, 得分越低表示疾病行为越严重^[6]。

5. 统计学方法: 本研究设计为横断研究, 全部数据采用SPSS 22.0进行数据分析。对样本中DSM-IV SFD和DSM-5 SSD的诊断频率进行描述性统计, 比较其阳性率差异; 为了检查诊断分类的差异, 比较仅满足DSM-IV或DSM-5诊断标准的患者PHQ-15、PHQ-9和GAD-7得分(独立样本 t 检验), 并对其性别进行 χ^2 检验; 测量两版本测量标准中躯体与心理维度的相关性(Rearson积差相关)并进行比较, 最后以SF-12的得分为因变量, 使用多元回归分析检验可能的相关心理特征对患者整体生命质量的影响: 首先输入一个关于二分变量, 即过去6个月内是否存在一个严重的躯体症状(DSM-5 SSD标准A&C), 将WI指数作为DSM-5标准B的衡量标准, 第二步输入代表躯体症状严重程度的PHQ-15得分, 并输入PHQ-9和GAD-7两项得分以排除抑郁和广泛焦虑可能出现的混杂效应, 最后输入对躯体症状的感知和认知(使用CABAH量表测量)和关于疾病的行为(使用SAIB评估), 以检验其预测有效性。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 一般资料: 见表1。本研究共230例住院患者参与, 其中9例患者拒绝, 7例患者按照排除标准排除, 27例患者因就诊时间短等原因未能完整参与研究, 最终有效样本为197例(参与率85.7%)。患者入院时的年龄为(40.5 ± 15)岁, 其中约60%为女性。被诊断为DSM-IV SFD或DSM-5 SSD的患者与未被两标准诊断为阳性的患者在生活状况, 职业类型和家庭收入方面无明显差异, 但在其他维度, 阳性患者年龄较大($t=4.435$, $P=0.000$)、已

婚率较高($\chi^2=22.081$, $P=0.000$)且女性多于男性($\chi^2=41.154$, $P=0.000$), 未被诊断为阳性的患者呈现较高的受教育程度($\chi^2=11.461$, $P=0.003$)方面差异有统计学意义。

表1 参与者人口统计学特征

项目	例数	百分比(%)
年龄(岁)		
18~27	62	31.5
28~37	33	16.8
38~47	30	15.2
48~57	36	18.3
58~67	30	15.2
68~77	6	3.0
性别		
男	79	40.1
女	118	59.9
受教育程度		
小学及以下	14	6.6
中学	85	42.6
大学及以上	99	50.3
婚姻状况		
未婚	69	35.0
已婚	106	53.8
离异或丧偶	22	11.2

2. 诊断结果: 见表2。在197例患者中, 根据DSM-IV标准有113例(57.4%)被诊断为SFD。在DSM-5诊断标准中, 以6作为B标准Whiteley指数(WI)的分界点, 有105例(53.3%)患者将被DSM-5诊断为SSD。两种诊断标准之间一致性并不高(Cohen's $Kappa=0.200$)。仅诊断为DSM-5 SSD患者的PHQ-15、PHQ-9、GAD-7量表得分显著高于仅诊断为DSM-IV SFD的患者, 见表3。

表2 DSM-IV与DSM-5诊断阳性率差异(例)

SSD(DSM-5)	SFD(DSM-IV)		合计	一致率
	阳性	阴性		
阳性	70	43	113	0.200
阴性	35	49	84	
合计	105	92	197	

3. 两诊断标准心理维度与躯体维度得分的相关性: 见表4。其中DSM-IV组有2个维度与躯体维度显著相关, 而DSM-5组有4个维度与躯体维度显著相关, 且相关系数高于DSM-IV组对应维度所得的相关系数, 由此可见仅被诊断为DSM-5 SSD的患者躯体症状水平与心理维度相关性更高。

表3 两组患者躯体、抑郁、焦虑维度比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	PHQ-15(分)	PHQ-9(分)	GAD-7(分)
仅DSM-IV诊断为阳性	43	42.19 ± 14.55	9.40 ± 4.316	8.81 ± 6.005	6.44 ± 3.487
仅DSM-5诊断为阳性	35	38.48 ± 13.09	12.46 ± 6.810	13.40 ± 8.229	8.26 ± 3.346
<i>t</i> 值		0.820	-2.309	-2.754	-2.328
<i>P</i> 值		0.415	0.025	0.008	0.023

4. 回归分析结果:见表5。为检验SFD与SSD患者的心理维度以及一些可能的诊断标准对患者生命质量(躯体部分)评分的预测能力,以SF-12(PCS部分)分数作为因变量,在被诊断为DSM-IV SFD或DSM-5 SSD的患者样本中进行逐步多元回归分析。将DSM-5 SSD诊断标准中的标准A和标准C结合健康焦虑得分(WI)纳入回归方程,两者共解释了PCS 23.3%的方差;PHQ-15、PHQ-9,以及GAD-7的得分都是显著的预测因子,在加入健康认知问卷得分(CABAH)之后,最终模型解释了57.8%的PCS方差,可见对躯体健康的认知水平与抑郁和焦虑水平一样是患者生命质量(躯体部分)的显著预测因子。

表4 心理维度与躯体维度的相关性

因素	PHQ-15(DSM-IV)		PHQ-15(DSM-5)	
	<i>r</i> 值	<i>P</i> 值	<i>r</i> 值	<i>P</i> 值
PHQ-9	0.451	0.002 ^a	0.765	0.000 ^b
GAD-7	0.437	0.003 ^a	0.615	0.000 ^b
CABAH	-0.140	0.370	-0.528	0.001 ^a
SAIB	-0.194	0.214	0.069	0.696

表5 心理特征对患者生命质量影响的多元回归分析

因素	<i>B</i> 值	<i>S.E.</i>	β 值	<i>R</i> ² 值	<i>P</i> 值
常数	53.722	3.958	-	-	-
标准A&C	1.268	0.627	0.129	0.060	0.045
健康焦虑(WI)	-0.945	0.393	-0.172	0.233	0.018
躯体症状(PHQ-15)	-0.498	0.139	-0.324	0.512	0.000
抑郁症状(PHQ-9)	-0.480	0.141	-0.261	0.548	0.001
广泛性焦虑症状(GAD-7)	-0.480	0.194	-0.188	0.564	0.015
躯体健康认知(CABAH)	0.071	0.029	0.135	0.578	0.018

注:-无数据

5. SFD、SFD与焦虑/抑郁障碍的共病性情况:见表6。SFD、SSD与抑郁、焦虑等障碍存在着高度的共病性。

讨论 在收集的患者样本中,被两标准诊断为阳性的患者相较于其他患者在生活状况、职业类型和家庭收入方面差异无统计学意义,而在性别、年龄、婚姻状况和受教育程度方面的差异有统计学意义,诊断为阳性的患者中女性较多,年龄普遍较大,

表6 与抑郁障碍以及焦虑障碍的共病性(例, %)

组别	例数	与抑郁障碍共病	与焦虑障碍共病	抑郁焦虑共病	其他障碍
DSM-IV-SFD	43	4(9.3)	7(16.3)	24(55.8)	8(18.6)
DSM-5-SSD	35	1(2.8)	3(8.6)	28(80.0)	3(8.6)

注:其他障碍包括除抑郁焦虑外其他精神障碍及未确诊障碍

已婚比例较高,而未被诊断为阳性的患者则呈现较高的受教育水平。

对于目前DSM-5 SSD诊断标准的主要争议之一就是假阳性的问题,比较典型的论点就是新标准过于宽松,去除“医学无法解释症状”这一条件可能会扩大诊断范围,从而将患有医学疾病的人包括进来,导致阳性率偏高^[4],而本研究DSM-IV SFD的阳性率为57.4%,DSM-5 SSD的阳性率为53.3%,新标准的阳性率与原有的DSM-IV SFD标准的阳性率差异无统计学意义。这可能是因为某些本属于DSM-IV SFD的患者现在可能会被诊断为其他心理障碍(比如适应障碍),从而导致DSM-5 SSD的阳性率下降,也有可能说明在临床使用中,DSM-IV未必如同预想中比DSM-5严格得多,DSM-IV中只要存在医学不能解释的症状,造成痛苦或损害持续半年就可以被诊断为未分化的躯体形式障碍,而诊断为DSM-5 SSD不仅要求躯体症状带来痛苦或损害持续半年以上,还要求患者与症状相关的心理行为反应异常显著。

DSM-IV SFD和DSM-5 SSD诊断一致性并不高,相较于仅被诊断为DSM-IV SFD患者,仅被诊断为DSM-5 SSD的患者更年轻,报告了更多的躯体、抑郁以及焦虑症状,这与以往的研究结果一致^[12-13]。DSM-IV SFD与DSM-5 SSD患者的躯体维度得分均与心理维度得分有一定程度的相关性,但DSM-5 SSD患者躯体与心理维度的相关性明显高于DSM-IV SFD患者。通过回归分析发现,心理学标准可以显著提高诊断预测的有效性,健康焦虑、抑郁、焦虑水平以及对健康的认知都是身体功能的显著预测因子,这为此类精神障碍的干预提供思路。

这符合DSM-5 SSD的最主要的改动——不再依赖医学无法解释症状而增加具有诊断效度和临床应

用性的心理标准,如此便更能聚焦患者承受长期躯体痛苦的同时在思维和感受等方面受到的困扰,这也是在诊断和治疗中本应该关注的重点。新的诊断标准用患者自己的心理状态取代了DSM-IV中看似客观的“医学无法解释的症状”,相较于后者中所包含“不是身,就是心”的二元论更容易被接受。患者症状的真实性不再被反复质疑,早发现,早治疗,患者对症状的应对方式以及心理感受受到重视,有助于治疗联盟的建立,提升了诊断标准的普适性,降低了因为标准模糊造成的误诊,同时避免因过度检查和治疗带来的医源性伤害和公共资源浪费,因而DSM-5作为一种精神疾病诊断不会像DSM-IV一样备受争议^[14]。

本研究尚且存在一定的局限性。首先,目前临床上尚无对B标准量化评估的最佳工具的共识,现有的评估工具多是针对DSM-IV SFD的诊断标准设计的,缺乏相关的可操作性研究。本研究对DSM-5 SSD的诊断筛选是参考当前APA所建议的标准,结合已有的研究结果,将WI疑病指数阈值设为6进行评估筛选,不同标准B的特征阈值设定会对阳性率产生影响,且WI量表缺乏对行为维度的评估,我们尚需寻找更合适的测量工具;其次,本研究的患者样本并没有单纯的SFD的患者(即只患有SFD而没有焦虑症或抑郁症等疾病的患者),导致无法对躯体症状的共病性进行分析讨论,在临床上躯体类障碍与抑郁症、焦虑症等精神疾病的高度共病性使得医生倾向于给患者下抑郁或焦虑的诊断,因此新标准未必会提升SSD的患病率。下一步研究可以关注SSD的医学和精神病学共病性,探讨是否存在可以解释躯体症状的医学共病,从而对此类疾病的治疗提供新的思路;此外,本研究使用M.I.N.I访谈问卷躯体形式障碍部分以及SCID-5-RV中躯体症状障碍部分对患者进行访谈诊断,虽经过使用培训,但研究结果难以避免会受患者理解能力、研究员主观因素等影响,最后,由于文化差异性以及不同区域医疗水平并不一致,本研究患者样本研究结果可能不能推广到其他治疗环境中的患者。

尽管如此,国内对SFD或SSD的研究并不多,国际上一直以来也缺乏该疾病的流行病学资料,本研究通过访谈对每位患者都进行了全面评估,为一直以来难以找到标准统一的数据来分析此类障碍人口学特征及相关因素的研究者提供了参考。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 论文总设计及数据收集为李闻天,论文撰写为李扬,论文修订为李闻天、李扬

参 考 文 献

- [1] DOLLTN. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) [M]. Washington DC: American Psychiatric Press, 2011.
- [2] 陈子晨,汪新建.从DSM-IV躯体形式障碍到DSM-5躯体症状障碍[J].心理科学进展,2013,21(11):1967-1975.DOI:10.3724/SP.J.1042.2013.01967.
Chen ZC, Wang XJ. From DSM-IV Somatoform Disorder to DSM-5 Somatic Symptom Disorder[J]. Advances in Psychological Science, 2013, 21(11): 1967-1975.
- [3] ASSOCIATION AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) [M]. Washington DC: American Psychiatric Pub, 2013.
- [4] Frances A. The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill[J]. BMJ, 2013, 346: f1580. DOI: 10.1136/bmj.f1580.
- [5] Kroenke K, Arrington ME, Mangelsdorff AD. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy[J]. Arch Intern Med, 1990, 150(8): 1685-1689. DOI: 10.1001/archinte.150.8.1685.
- [6] Rief W, Ihle D, Pilger F. A new approach to assess illness behaviour[J]. J Psychosom Res, 2003, 54(5): 405-414. DOI: 10.1016/s0022-3999(02)00401-4.
- [7] Xiong N, Fritzsche K, Wei J, et al. Validation of patient health questionnaire (PHQ) for major depression in Chinese outpatients with multiple somatic symptoms: a multicenter cross-sectional study[J]. J Affect Disord, 2015, 174: 636-643. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.042.
- [8] 何筱衍,李春波,钱洁,等.广泛性焦虑量表在综合性医院的信度和效度研究[J].上海精神医学,2010,22(4):200-203. DOI:10.3969/j.issn.1002-0829.2010.04.002.
He XY, Li CB, Qian J, et al. Reliability and validity of a generalized anxiety disorder scale in general hospital outpatients[J]. Shanghai Archives of Psychiatry, 2010, 22(4): 200-203.
- [9] Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis[J]. Br J Psychiatry, 1967, 113(494): 89-93. DOI: 10.1192/bjp.113.494.89.
- [10] Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity[J]. Med Care, 1996, 34(3): 220-233. DOI: 10.1097/00005650-199603000-00003.
- [11] Kroynann R, Leibbrandl R, Fichter M. Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom[J]. Journal of Clinical Psychology, 1997, 6(3): 226-234.
- [12] Limburg K, Sattel H, Radziej K, et al. DSM-5 somatic symptom disorder in patients with vertigo and dizziness symptoms[J]. J Psychosom Res, 2016, 91: 26-32. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.10.005.
- [13] Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, et al. Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder--comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration[J]. J Psychosom Res, 2012, 73(5): 345-350. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.08.020.
- [14] Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, et al. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V[J]. Am J Psychiatry, 2005, 162(5): 847-855. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.847.

(收稿日期:2019-06-28)

(本文编辑:戚红丹)