

躯体症状及相关障碍的核心特征与治疗

谢兴伟¹, 张心怡², 张道龙^{3*}

(1. 北京交通大学医院, 北京 100044;

2. 北京怡宁医院, 北京 100195;

3. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 芝加哥 IL 60612

* 通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【摘要】 《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-5)中,有4种躯体症状障碍。患这一谱系障碍的患者共同特征是:存在明显的对躯体健康的担心,更可能去医疗机构而不是寻求心理健康服务。躯体症状障碍的个体寻求帮助主要是试图解释躯体不适。疾病焦虑障碍的个体可能存在一些躯体不适,但主要问题是持续担心生病(或将要生病),这种担心比任何轻度的躯体症状更损害日常生活。转换障碍的个体会出现一个突然的、严重的躯体问题,包括丧失能力,如突然的瘫痪或癫痫,可能导致去急诊室或医院紧急就诊。做作性障碍的个体知道自身并不存在躯体问题,但仍会以躯体不适为主诉寻求帮助,或掩盖他们故意引起躯体问题的事情。治疗躯体症状及相关障碍,以良好的医患关系为基础,通过认知行为疗法或团体治疗帮助个体理解此类疾病的信念和行为,抗抑郁药和抗焦虑药可以缓解患者的疼痛、焦虑、易激惹、恐慌心境。

【关键词】 躯体症状障碍;转换障碍;疾病焦虑障碍;做作性障碍;诊断;治疗

中图分类号:R395.4

文献标识码:A

doi:10.11886/j.issn.1007-3256.2018.03.021

Core symptoms and treatments of somatic symptom and related disorders

Xie Xingwei¹, Zhang Xinyi², Zhang Daolong^{3*}

(1. Hospital of Beijing Jiaotong University, Beijing 100044, China;

2. Beijing Yining Hospital, Beijing 100195, China;

3. Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago, Chicago IL 60612, USA

* Corresponding author; Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【Abstract】 In the DSM-5, there are four kinds of somatic symptom disorders, including somatic symptom disorder, conversion disorder, illness anxiety disorder and factitious disorder. The disorders in this category have the common feature that individuals are significantly concerned for their physical health, and more likely to go to medical institutions instead of seeking mental health services. Individuals seeking help for somatic symptom disorder mainly try to explain their physical discomfort. Individuals with illness anxiety disorder may have some physical discomfort, but their main problem is that they continue to worry about getting sick (or will be sick), which is more damaging to their daily life than any mild somatic symptoms. Individuals with conversion disorder may have a sudden, severe physical problem, including incapacity, such as a sudden paralysis or epilepsy, which may lead to an emergency visit to the emergency room or hospital. Individuals with factitious disorder think that they don't have physical problems, but they still use physical discomfort as a main complaint to seek help, or they cover up the fact that they deliberately caused physical problems. Treatment for somatic symptom and related disorders should be based on a good doctor-patient relationship and use cognitive behavior therapy or group therapy to help individuals understand the beliefs and behaviors of such diseases. Also, antidepressant and anxiolytics can relieve patients' pain, anxiety, irritability and their panic mood.

【Keywords】 Somatic symptom disorder; Conversion disorder; Illness anxiety disorder; Factitious disorder; Diagnosis; Treatment

在《精神障碍诊断与统计手册(第4版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, DSM-IV)中,躯体形式障碍之间存在大量重叠,诊断边界不够清晰,《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)分类认识到了这种重叠现象,减少了障碍及其亚群的数量。躯体症状及相关障碍(Somatic symptom disorders)的个体有突出的躯体症状,且会引起显著痛苦和社会功

能损害。此类障碍患者的个体认为躯体的疼痛和不适是实际的健康问题,而不是精神健康问题。这些担心可导致不必要的检查、手术或药物治疗,可能成为压力和挫折的来源。因此,个体通常就诊于基层医疗和其他医疗场所,较少到精神科或其他精神卫生服务场所就诊。此类障碍可存在医学共病,焦虑障碍和抑郁障碍可伴随躯体症状及相关障碍。这类障碍的风险因素包括对疼痛的过度敏感、早期创伤或被忽视。

1 躯体症状障碍^[1-3]

躯体症状障碍曾被称为“躯体化障碍”，是一种引起多种躯体症状的精神障碍。个体长期存在慢性疼痛、恶心、眩晕、疲乏和无力的症状，但医生却未发现任何能解释这些症状的健康状况或疾病。尽管没有发现明确的躯体疾病，但个体的症状也并非假装的，而是真正地相信他们生病了，可持续数月或数年感受到症状和真实的疼痛。个体有强烈的担心和焦虑，并经常寻找不同的医生，希望医生能发现症状的来源，解决他们的躯体症状。在一般成年人群中，躯体症状障碍的患病率可能为 5% ~ 7%，女性比男性更多地报告躯体症状。在老年人中，由于其常患躯体疾病，可能漏诊躯体症状障碍。在儿童中，父母对幼儿躯体主诉的反应很重要，这可能决定了有关痛苦的水平。

1.1 核心特征

第一，存在 1 种或多种引起痛苦或破坏日常生活的躯体症状。

第二，存在与躯体症状的严重程度不符的持续想法，或与健康或症状相关的高度焦虑，或花费过多的时间或能量思考或担心这些症状或健康问题。

第三，任何一个躯体症状可能不会持续存在，但有症状的状态持续至少 6 个月。

1.2 风险因素

气质方面：负性情感（神经质）的人格特征已被确定为一种独立的与大量躯体症状有关的风险因素。焦虑或抑郁是常见的共病，并可能加重症状和损害。

环境方面：受教育程度低、社会经济地位低、近期经历应激性生活事件的个体更易出现躯体症状障碍。

1.3 治疗

构建良好的医患关系是治疗躯体障碍的主要目标。医生必须承认个体的不适是真实的，并严肃对待他们的躯体主诉。医生和患者朝着恢复健康日常活动的方向共同努力。

第一，药物治疗：过去的精神活性药物未显示出对此类障碍有特别的疗效，但在一些情况下，可用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）或 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）减轻患者痛苦、焦虑、易激惹的心境，以及常伴随躯体症状障碍发生的恐慌。

万方数据

第二，心理咨询：①采用认知行为疗法（Cognitive behavioral therapy, CBT）分析此类患者复杂的心理问题和躯体表现，可使用支持疗法、生物反馈来帮助患者控制情绪。②采用团体治疗，教患者应对压力的建设性的方法。

2 转换障碍^[1-3]

转换障碍（Conversion disorder）是种快速出现一种或更多症状，并影响觉知、知觉、感觉或运动，但无明显躯体病因的躯体症状相关障碍。转换障碍严重时可出现癫痫发作的躯体颤抖和意识丧失，但大脑中并没有真正的癫痫发生。临床上，当转换障碍和分离障碍共病时，治疗难度更大。有时，患者本人或家属确实存在神经系统缺陷，如真性癫痫和假性癫痫交杂存在，此时需要精神科医生或神经内科医生、全科医生具备非常优秀的医学基础。有时，患者并不清楚这些症状与心理压力或诱因有关，例如失恋后出现偏瘫，这就需要临床工作者明确两者之间的关联。在美国，女性患病率比男性高 2 ~ 3 倍，首次起病一般发生于青春期或成年早期，可共病焦虑障碍或抑郁障碍。有人格解体/现实解体障碍的个体可能存在转换障碍的体征，或二者共病。

2.1 核心特征

第一，1 个或多个自主运动或感觉功能改变的症状。

第二，临床检查无法找到神经或躯体疾病方面的原因来解释躯体症状。

第三，这些症状导致有临床意义的痛苦或显著的功能损害或需要医学评估。

2.2 风险因素

气质方面：曾有过可能引起类似症状的躯体疾病的个体，无法建设性地处理生活压力事件的个体。

环境方面：儿童期有受虐或被忽视的病史，经常存在应激性生活事件。

2.3 治疗

参见躯体症状障碍的治疗。

3 疾病焦虑障碍^[1-3]

疾病焦虑障碍（Illness anxiety disorder）曾被称为“疑病症”，个体有疾病的强迫思维或相信自己可能要生病，从而导致持续的焦虑和痛苦。个体可能试图避免接触那些存在健康风险的个体，或避免进

入存在健康隐患的场所,高度聚焦健康行为,如补充维生素或其他保健品,在这些行为上耗费大量时间和精力。尽管躯体检查或检验的结果呈阴性,但他们仍然不能确认自己是健康的或因此感到放松。如果他们确实有某种躯体疾病,与他们所体验到的痛苦相比,症状经常是轻度的。男性和女性在此障碍的患病率相似。

3.1 核心特征

第一,有担心自己罹患某种严重疾病的先占观念。

第二,没有或仅有轻微的躯体症状。如果存在其他躯体疾病或有发展为某种躯体疾病的高度风险,其先占观念是过度的或不成比例的。

第三,对健康状况有明显的焦虑,个体对健康状况感到警觉;或有过度的与健康相关的行为,或表现出适应不良的回避。

第四,这种先占观念存在至少 6 个月。

3.2 风险因素

环境方面:有时被主要的生活应激或一次严重但结果良性的个体健康威胁所触发。儿童期有受虐史或严重疾病史的个体。

3.3 治疗

参见躯体症状障碍的治疗。

4 做作性障碍^[1-3]

做作性障碍(Factitious disorder)的个体制造或假装某种躯体或精神疾病,而他们并没有真的生病。他们谎称自己存在某种症状,或通过自我伤害引发症状,或改变检验结果,使之看起来像他们有病。他们可能通过阻止疾病恢复而使小病变得严重,或掩盖自己使伤口或疾病恶化的行为。

4.1 核心特征

第一,与确定的欺骗有关,假装或诱导出心理或躯体方面的症状。

第二,即使没有明显的外部犒赏,这种欺骗行为也是明显的。

第三,可分为“对自身的做作性障碍”和“对他人的做作性障碍”。

4.2 治疗

参见躯体症状障碍的治疗。

5 问 答^[1-3]

Q1:疾病焦虑障碍,表现形式特别像强迫症。它和强迫症的区别,除了神经环路不同外,从表现形式上看,强迫症有一种反强迫,认为这种想法是侵入性的;而疾病焦虑障碍没有反强迫的行为,患者坚定地认为自己有病,甚至达到妄想的程度,能否这样理解?

A1:这样理解不准确。首先,从神经环路的角度来看,现在通过功能性核磁共振这类检查可以发现两种疾病的神经环路放电并不相同。疾病焦虑障碍更像焦虑,非常弥散,不是集中在一个环路里面;而强迫症明显可以看出在扣带回的激荡,因此,严重的强迫症可以通过手术进行治疗。

其次,因为很难定义什么是正强迫、什么是反强迫。强迫症患者经常是先有强迫思维产生焦虑,然后通过强迫行为来释放焦虑。强迫思维是指对某些事情无论怎样都难以释怀,主题经常与清洁、对称、性和宗教有关。而疾病焦虑障碍仅仅与担心疾病有关,但不是怀疑自己有病,而是强迫到认为自己确实有病的程度,因此,其命名比过去的“疑病症”更科学。

此外,仔细思考可以发现,进食障碍也与强迫类似,患者总认为自己胖,主题特别局限,但与强迫症的环路不同。至于进食障碍是不是强迫症的亚型,还需要未来更先进的检查来证明。

Q2:对于做作性障碍,该如何从问诊上发现和鉴别?

A2:这类患者的自我描述和表现往往明显地违反医学规律。曾有一个最经典的案例:患者自述胸骨一半麻木,另一半不麻,这显然是不可能的。根据医学规律,人类的神经分配是犬牙交错而不是直线对称分布的,说明患者所描述的症状是其主观意识。总体而言,可以依靠医学检查和医学知识来判断患者自述的症状是否符合常理和规律。当然,这些临床判断都要求临床工作者具备扎实的基本功,经验丰富的临床医生才能够快速做出判断。

Q3:如何鉴别疾病焦虑障碍和做作性障碍?

A3:疾病焦虑障碍的患者真的存在症状,可能有一些轻度的疾病,但认为自己患有严重的疾病,例如胃疼或胃炎,患者却认为自己得了胃癌。可见,疾病焦虑障碍是夸大自己的疾病,但不是有意地夸大,而是由于焦虑水平过高才导致类似的表现。而做作性障碍的患者则是在根本没有患病的情况下“造”出疾病。

Q4:如何理解转换障碍与许多文化中的灵魂附体等超自然现象的区别?

A4:转换障碍是指心理的冲突转换为躯体的表现。至于灵魂附体等超自然现象,则需要评估患者在所谓的灵魂附体之后的具体表现。如果在有精神压力的情况下,患者变成了躯体的偏瘫,则是转换障碍。如果患者认为自己被某些力量或事物所控制,需要具体评估造成这种现象的原因,不能简单地归为灵魂附体,更不能哲学式地解决问题。事实上,大部分患者感觉自己被另一种超自然的力量所控制,躯体不再听大脑指挥的情况,如果现实感不完整,可能是精神分裂症所致;如果现实感完整,则可能是分离障碍。

Q5:躯体症状障碍的患者通常会先到内科就诊,主诉自己头痛、腰痛、腹痛等。这些患者经过半年或一年以上的治疗,各种检查都显示阴性,在临床上大致会有多少患者最终被诊断为躯体症状相关障碍呢?

A5:目前无法知道确切的数字,但这明显与全科医生的诊断水平相关。如果全科医生、内科医生缺乏对躯体症状障碍的认识和了解,当然无法有效进行识别。三分之二躯体症状及相关障碍的患者会首先求助内科和全科医生,这些医生的水准决定了多少患者能得到有效的评估与治疗。有时,这类患者还患有一些轻微的躯体疾病,例如轻度浅表性胃炎,如果医生不相信精神医学,当然更容易将患者引向躯体疾病,导致误诊误治和过度医疗,其结果就是

浪费医疗资源,造成患者看病难、看病贵。优秀的全科医生,既能鉴别患者的躯体疾病,又能解决患者精神方面的问题,将医疗资源节省下来给那些真正需要的患者。

Q6:在美国,医疗之家的内科医生如何给患者做鉴别诊断,如何将患者转介给精神科医生?

A6:第一,协同工作,所谓医疗之家,是指全科、心理科医生与精神科医生在一个团队内工作,甚至办公室的地理位置都非常接近,彼此之间根据需要可以及时互动。第二,全科医生在考取医疗证书的过程中,都必须经过精神医学方面的训练,不是为了考试,而是确实相信需要掌握这些内容。第三,诸如 DSM-5 系统的存在,相当于让各科医生有了统一的标准,更有利于高效、科学地做出诊断。

参考文献

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5 版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 283-318.
- [2] 迈克尔·弗斯特. DSM-5 鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 167-169.
- [3] 美国精神医学学会. 理解 DSM-5 精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 115-120.

(收稿日期:2018-05-15)

(本文编辑:唐雪莉)