

应重视综合医院躯体化症状的识别

汪凯 朱春燕

【关键词】 躯体化症状(非 *MeSH* 词); 躯体形式障碍(非 *MeSH* 词); 医院,综合; 综述

【Key words】 Somatization symptoms (not in *MeSH*); Somatoform disorders (not in *MeSH*); Hospitals, general; Review

Pay attention to the identification of somatization symptoms in general hospitals

WANG Kai¹, ZHU Chun-yan²

¹Department of Neurology, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, Anhui, China

²Department of Medical Psychology, Anhui Medical University, Hefei 230032, Anhui, China

Corresponding author: WANG Kai (Email: wangkai1964@126.com)

This study was supported by the National Basic Research Development Program of China (973 Program, No. 2015CB856405) and Key Project of the National Natural Science Foundation of China (No. 91432301).

综合医院躯体化(somatization)问题已经成为越来越严重的临床和公共健康问题。躯体化症状(somatization symptoms)系指体验和表述躯体不适但不能用已知的生理学或医学知识解释,将其归咎于躯体疾病,从而不断寻求医学帮助,亦称为医学难以解释的症状(MUS)。在综合医院的日常工作中,有相当一部分患者为躯体化症状,主诉缺乏病理学基础的躯体不适,整日往返于医院进行各项检查和诊断与治疗,如果临床医师态度或处理不当,躯体化症状可能演变为一种慢性疾病行为方式,辗转各所医院就诊将成为患者的生活重心,大量消耗医疗资源、损害家庭和社会功能、加剧医患矛盾,甚至出现极端事件。躯体化症状达一定严重程度,可以造成严重家庭和社会功能损害,成为一种精神疾病。1980年,美国精神障碍诊断与统计手册第3版(DSM-III)统一命名为躯体化障碍(somatization disorders),并将转换障碍、疑病症、躯体变形障碍等以躯体痛苦为主的精神障碍合并为一大类,即躯体形式障碍(somatoform disorders)。此后,DSM-IV和

国际疾病分类法-10(ICD-10)也采纳这一命名。躯体形式障碍的诊断依赖医学难以解释的症状,即明确诊断须首先排除躯体疾病,最新修订的DSM-V以躯体症状障碍(somatic symptom disorders)替代躯体形式障碍,认为医学状况与此类障碍并非完全矛盾,诊断更强调患者存在某些心理社会症状(如对躯体症状严重程度的不恰当思维)而不过于倚重所谓的医学难以解释的症状。因此,综合医院的临床医师应重视并具备快速识别躯体化症状和尽早采用有效手段进行干预的能力,避免过度诊断与治疗。本文拟就躯体化症状及相关障碍特点、发生机制、评价方法、诊断与治疗原则作一简要评述,以为综合医院的临床医师提供参考。

一、综合医院躯体化症状流行病学调查

综合医院的躯体化症状相当普遍。国外研究显示,25%~50%的综合医院就诊患者存在医学难以解释的躯体化症状^[1],其中20%~30%患者临床症状呈慢性化和严重化,若不及时进行有效干预,将逐渐损害社会功能^[2]。在基层保健门诊,约38%患者主诉症状缺乏严重躯体疾病基础;约46%新近出现症状的患者有躯体化症状主诉,其中10%为完全性躯体化症状^[3]。一项基于普通人群的大规模调查研究显示,躯体形式障碍的12个月患病率约为6.3%,其中较严重类型的躯体化障碍在欧洲和美国分别为1.1%和2.1%,各种类型躯体形式障碍终身患病率为12%~19%^[4-5]。国内孟凡强等^[6]发现,综合医院门诊就诊患者中18.2%为躯体形式障碍,其中

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2016.05.001

基金项目:国家重点基础研究发展计划(973计划)项目(项目编号:2015CB856405);国家自然科学基金重点资助项目(项目编号:91432301)

作者单位:230022 合肥,安徽医科大学第一附属医院神经内科(汪凯);230032 合肥,安徽医科大学医学心理学系(朱春燕)

通讯作者:汪凯(Email: wangkai1964@126.com)

躯体化障碍占7.4%，表明躯体形式障碍在综合医院就诊患者中占相当比例，然而综合医院的临床医师普遍对躯体化症状难以识别、对较严重的躯体形式障碍缺乏认识，更缺乏对此类疾病的应对能力，因此，重视并提高综合医院躯体化症状的识别和处理能力势在必行。

二、综合医院常见躯体化症状分布及特点

躯体化症状临床表现多样，神经系统症状、消化系统症状、心血管系统症状、自主神经系统症状、疼痛等均是常见的躯体化症状和主要就诊原因。躯体化症状可以累及任何系统或器官，与焦虑症或抑郁症一样，可单独出现，亦可出现在心脏病或癌症等疾病患者中，女性多见，病程常呈慢性或波动性，严重者预后欠佳。

1. 躯体化症状分布 躯体化症状可能仅为单一症状或同时涉及多系统的多种症状，包括：(1)循环和呼吸系统，如胸闷、胸痛、心悸、呼吸不畅、咽部异物感、喉部或胸部紧缩感等。(2)胃肠道症状，如胃痛、饱胀、腹部不适、腹胀、纳差、打嗝、反酸、恶心、呕吐、腹泻、便秘等。(3)假性神经系统症状，常因头痛、头晕、吞咽困难、抽搐、步态不稳、视物模糊或复视、瘫痪或肌无力、失聪等假性神经系统症状，以及瘙痒、烧灼、刺痛、麻木、酸痛等异常皮肤感觉而至神经科就诊。由于面神经走行复杂、感觉敏感，故在耳鼻咽喉头颈外科就诊的患者躯体化症状比例亦较高。(4)泌尿生殖系统症状，如尿频、尿急、排尿困难、生殖器及周围不适、性冷淡、勃起或射精障碍等。(5)疼痛及全身性症状，如腹部、背部、关节、四肢、直肠等疼痛症状，以及疲劳、无力、睡眠障碍、体重减轻等全身症状。

2. 躯体化症状特点 躯体化症状临床表现形式和种类多样，还应重视除躯体化症状外的两项基本特点，一是患者存在认知扭曲，即对躯体化症状严重程度的不恰当且持续的思维、对健康状况或躯体化症状持续高水平的焦虑、在躯体化症状或健康担忧上消耗过度的时间和能量，以及由此造成的主观痛苦、心理困扰和社会功能障碍，均是综合医院临床医师识别躯体化症状的重要线索；二是躯体化症状缺乏病理学证据或临床症状与病理改变不相符，这是判断躯体化症状的前提，受医师临床经验和医疗条件的影响。因此，躯体化症状的识别需对患者的状况作整体判断，而非依靠单一的医学检验结果。上述两项特点已被DSM-V纳入躯体形式障碍

的诊断标准。

三、综合医院躯体化症状发生机制

迄今为止，躯体化症状的发生机制尚不十分清楚，其发生、转归可能与遗传因素、环境因素、生活应激事件、人格特征、认知特征、注意偏向、归因方式和肾上腺皮质功能减退等多种因素有关，其中社会心理因素和认知特征较受重视。

1. 环境因素和生活应激事件 父母的不良健康状况以及父母或其他长辈对疾病的态度，均可增加儿童躯体化症状的易感性。部分躯体化症状患者早年有神经系统、消化系统、呼吸系统、循环系统、泌尿生殖系统等病史，众多不良躯体化症状源自生理疾病期的记忆，童年期过度保护或缺乏照顾均为躯体化症状的促发因素。童年期创伤经历，如身体虐待、性虐待等亦是躯体化症状的常见诱发因素。部分躯体化症状患者可同时伴社会、人际或家庭方面的严重困扰或遭遇强烈的生活应激事件。

2. 人格易感性 躯体化症状患者常具有内向、固执、焦虑、神经质、社会抑制等人格特征。研究显示，躯体形式障碍患者三维人格问卷(TPQ)评价呈现出较高的伤害回避性和较低的新奇性寻求且对外部奖赏不敏感^[7]。高伤害回避患者易出现焦虑症状，而低新奇性寻求和低奖赏依赖使注意力难以从躯体痛苦和症状上转移至外部环境。具有上述情感障碍特质的患者易产生躯体化症状，通常难以区分感受和身体感觉，具有明显的外向性思维。

3. 认知特征 对躯体化症状的失调性认知，如灾难化解释倾向是判断躯体化症状的重要标记^[8]。心理学模型研究显示，把模棱两可的无伤害性躯体化症状解释为严重的疾病(即灾难化解释)在躯体形式障碍中扮演重要角色^[9]，例如，把炎热天气里的头晕认为是严重疾病而非天气热的结果，一旦患者作出这样的解释，其注意力即聚焦在躯体化症状上，将更加紧张和不安，进而放大对躯体感受的负性解释，这一过程的重复和自我强化特征可形成恶性循环。灾难化解释倾向和对躯体感觉敏感使躯体化症状进展为躯体疾病的风险高于普通人群。一项长时程前瞻性研究显示，灾难化解释倾向可以较好预测躯体化症状和躯体形式障碍^[10]。

4. 注意偏向 躯体形式障碍患者表现出对健康状况的过分焦虑，极端关注躯体化症状或躯体疾病，注意力常聚焦于多种常见而又模糊的躯体化症状，与注意偏向有关。患者对躯体化症状的选择性

注意是自动化、内隐的过程,使其注意力自动定位于与所选择的躯体化症状相一致的环境信息,高水平注意力亦可降低感觉的激活阈值。有研究显示,疼痛的灾难化解释倾向者对威胁性低强度电刺激注意的干扰更加明显^[11];躯体形式障碍患者在 Stroop 情绪测验中表现出对躯体化症状相关词汇注意的干扰效应更加明显,支持躯体形式障碍患者的注意偏向^[12]。

5. 归因方式 一直被认为是躯体形式障碍较核心的认知特征,影响疾病进展和结局,具有一定预测价值。躯体形式障碍普遍具有将躯体化症状归因于器质性原因的归因方式。研究显示,将慢性疲劳更多归因于器质性原因者的临床症状更严重^[13];另一项临床研究对在初级保健机构就诊的 1785 例患者进行调查,结果显示,躯体形式障碍患者中把当前症状归因于器质性原因者占 52.89%(64/121),在有明确生理疾病患者中占 78.99%(737/933),并不支持器质性归因方式是躯体形式障碍核心的观点^[14]。一项来自德国的研究比较躯体形式障碍与非躯体形式障碍患者的疾病感知,两组患者在临床症状的器质性归因上并无显著差异,但是对既往的医疗经历有更多的抱怨^[15]。因此,躯体形式障碍可能存在除器质性归因方式外的多维度归因特征。

6. 心理动力学解释 源自心理动力学的解释认为,躯体化症状是一种自我防御机制,当社会和情感压力达一定程度难以解决时,可呈现出躯体反应,即躯体化症状是患者无法解决的内心冲突与愿望的象征性转换。此外,内心冲突强烈的个体对身体内部感受的敏感性提高,可以将轻微的身体不适放大为痛苦^[16]。心理动力学解释还认为,患者通过患病可以享受这一角色带来的特权,获得关心和照顾,回避不愿承担的责任而继发受益。

7. 生理心理学机制 研究显示,创伤和慢性心理社会应激可以导致下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴功能改变,使肾上腺皮质功能减退,可能是躯体化症状的易感因素和促进因素。较低的皮质醇水平可能导致广泛的疼痛和疲劳,但躯体化症状患者皮质醇水平并非均处于较低水平。一项在普通人群中开展的为期 2 年的研究跟踪测量 741 名受试者的 24 小时尿游离皮质醇水平和躯体化症状,结果显示,皮质醇水平并不能很好地预测躯体化症状的发生和种类^[17]。

关于躯体化症状及躯体形式障碍机制的研究

是目前研究的热点,促进对躯体化症状的准确理解、提供相关评价方法,以指导躯体化症状的个体化治疗与康复。

四、综合医院躯体化症状与焦虑和抑郁症状的关系

综合医院躯体化症状患者多伴不同程度的焦虑和抑郁。对健康的焦虑和对躯体化症状的过度担心是此类患者的重要特征。姚玉芳和胡波^[18]研究显示,躯体化症状患者普遍伴抑郁症状(72.26%)或焦虑症状(59.35%);董丽萍等^[19]总结综合医院躯体化症状患者的临床特点发现,躯体化症状与抑郁和焦虑症状具有较高的共病率,且抑郁症状越严重、躯体化症状种类越多。一项对 194 例躯体形式障碍(疑病症)患者共病情况的研究结果显示,平均共病种类为 1.4 个,其中共病焦虑症状患者多于共病抑郁症状及其他躯体形式障碍患者^[20]。另一项对 394 例初级保健机构门诊就诊患者的研究结果显示,符合躯体形式障碍诊断患者占 25.63%(101/394),其中 44.55%(45/101)共病抑郁症状。躯体形式障碍患者倾向于报告多种躯体化症状,但并不主动表述心理痛苦^[21]。临床难以区分躯体化症状如厌食、体重减轻、睡眠障碍、性欲下降、疲劳、疼痛等与抑郁症状,躯体化症状的高水平焦虑和灾难化解释倾向,以及抑郁症状如内疚、无价值感和自杀观念等均有助于鉴别诊断。躯体化症状患者伴焦虑和抑郁症状严重者预后更差、生活质量更低,如果能够早期明确诊断并接受神经心理学测验,及时抗焦虑和抑郁治疗,有利于避免过度的躯体诊断与治疗,显著改善生活质量。

五、综合医院躯体化症状的评价与诊断

1. 躯体化症状的快速筛查与评价 综合医院躯体化症状临床评价与诊断首先应结合病史、体格检查和实验室检查结果以判断有无躯体疾病。如果临床症状不能由躯体疾病完全解释,应进一步询问有无生活应激事件、创伤等社会心理因素、人格特征、认知特点、精神障碍既往史和家族史、服用精神活性药物等,并分析有无躯体化症状线索。综合医院临床医师应掌握一些简便、快速的躯体化症状筛查工具和评价方法,对疑似者进行躯体化症状及其严重程度评价,严重者行疾病诊断。尽管这些测验量表并非诊断工具,但在临床实践中具有实用性。躯体化症状快速筛查可以选择 15 项患者健康问卷(PHQ-15),为 DSM-V 推荐量表;我国学者编制的躯

体化症状自评量表(SSS)也可用于躯体化症状的评价;还包括国外常用的躯体形式症状筛查量表(SOMS-2和SOMS-7)^[22-24]。DSM-V对躯体化症状严重程度的判断不再基于躯体症状的数量而是心理行为特征的严重程度,测验量表包括:怀特利指数(WI),评价患者对健康的焦虑和对躯体症状的过度担心;躯体敏感问卷(BSQ),筛查特殊的躯体敏感症状(如心悸、头晕)和对躯体感受的焦虑;躯体化和疑病解释问卷(IQSH),用于评价灾难化解释等失调性信念;简易疾病感知问卷(brief IPQ)评价疾病感知特点。然而,迄今为止针对躯体化症状患者心理行为特征尚无统一筛查工具和判断标准。van Dessel等^[25]认为,符合DSM-V躯体形式障碍诊断标准的量表筛查指标为:PHQ-15量表至少存在1种症状(≥ 2 分)、且至少1种症状持续时间 ≥ 6 个月、WI评分 ≥ 6 分,如果加之简易IPQ评分 ≥ 50 分至少是中度以上。

2. 严重躯体化症状的诊断 躯体化症状达一定严重程度可能符合ICD-10躯体形式障碍诊断标准,包括躯体化障碍、未分化的躯体形式障碍、疑病症、躯体形式的自主神经功能紊乱、持续性躯体形式的疼痛障碍等不同疾病分类。(1)躯体化障碍:强调多种形式、变化的症状长期存在,且未发现任何可以解释症状的躯体疾病,不断拒绝医师关于其症状无躯体疾病的忠告和保证,症状及其所致行为造成一定程度的家庭和社会功能障碍即可诊断。(2)未分化的躯体形式障碍:如果躯体化症状主诉具有多样性、变异性和持续性,但又不不足以构成躯体化症状的典型临床表现,则考虑未分化的躯体形式障碍。(3)疑病症:患者坚持认为其所表现的躯体化症状隐含至少1种严重的躯体疾病,即使反复检查亦不能找到充分的躯体疾病证据;或头脑中存在持续认为身体有畸形或变形的优势观念,不断拒绝医师关于其症状无躯体疾病或异常的忠告和保证。(4)疼痛障碍:存在1个以上解剖部位的疼痛,伴明显功能障碍,社会心理因素扮演重要角色。由于ICD-10和DSM-IV制定的躯体形式障碍过于倚重所谓的医学难以解释的症状而受医疗水平的限制,故DSM-V建议把以上部分亚型分类合并简化为躯体症状障碍,对症状种类和数量不作严格要求,而强调对躯体化症状严重程度的不恰当思维、过度的时间和能量消耗、社会功能障碍等。值得注意的是,长期存在躯体形式障碍的患者与其同龄人有同等机会发生其

他独立的躯体化症状,如果患者躯体化症状主诉的重点和稳定性发生转化提示可能的躯体疾病,应考虑进一步检查和会诊并作出共病诊断。

六、综合医院躯体化症状的治疗

综合医院临床医师应认识到躯体化症状与环境因素、生活应激事件、人格特征、认知特征、归因方式、创伤经历等社会心理因素有关,应考虑综合性治疗策略。对于符合躯体化症状但未达躯体形式障碍诊断标准或伴严重躯体疾病的患者,可考虑在综合医院积极处理,达躯体形式障碍程度或共病焦虑和抑郁症状的患者,建议转诊至精神科或请精神科医师参与制定治疗方案。躯体化症状患者多反复就诊于综合医院,严重者均有与综合医院和医疗保健机构长期接触的复杂经历,因此,综合医院是处理躯体化症状的主战场,提示综合医院临床医师处理躯体化症状是重中之重。

1. 建立良好的医患关系是治疗成功的关键 建立良好的医患关系是躯体化症状的治疗关键。躯体化症状患者常存在多种生理症状,且多关注症状导致的主观痛苦和不良预后,难以明确表述其症状或病史,情绪紧张和焦虑。临床医师应特别耐心倾听患者倾诉,表示关心、理解和同情,重视主诉症状和客观检查结果,安排常规就诊时间,予以适当的解释和教育,必要时辅助药物治疗和非药物治疗。治疗此类患者的总体目标在于让患者认识到自己的不良疾病行为,分析引发疾病的因素特别是社会心理因素和功能失调性认知信念,共同寻找解决问题的方法,建立对躯体疾病的正确态度,保持或恢复患者总体功能水平。

2. 药物治疗 躯体化症状达一定程度至反复就诊严重影响患者日常生活,或伴焦虑、抑郁、失眠等症状,应尽早予药物治疗。躯体化症状患者一般有复杂的就诊史和药物应用史,对自身不适感高度关注,对药物不良反应敏感性较高,因此,药物治疗应慎重。躯体化症状的发生可能与特定的5-羟色胺(5-HT)转运体基因及其受体水平有关,且感觉阈值的降低与5-羟色胺水平下降有关。选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)可以通过抑制5-羟色胺的回吸收,提高突触间隙5-羟色胺水平而发挥治疗作用。5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)、去甲肾上腺素能和特异性5-羟色胺能抗抑郁药(NaSSA)均证实对躯体化症状和情感症状有显著疗效。应优先考虑西酞普兰、艾司西酞普兰、文

拉法辛、度洛西汀、米氮平等。三环类抗抑郁药(TCAs)中阿米替林、氯丙咪嗪对躯体化症状也有较好疗效,但应注意药物不良反应。躯体化症状患者宜选择不良反应轻微的药物,且以小剂量为宜,尽量避免抗精神病药,难治性或伴明显精神症状的患者可以选择小剂量非典型抗精神病药如利培酮、奥氮平、喹硫平、阿立哌唑等。氟哌噻吨美利曲辛含抗精神病和抗焦虑抑郁成分,也可用于躯体化症状的治疗。有研究显示,选择性5-羟色胺再摄取抑制剂联合胰岛素可以尝试用于部分抗焦虑和抑郁药物及心理治疗效果不佳的躯体形式障碍患者^[26]。

3. 心理和物理治疗 躯体化症状的发生发展与社会心理因素密切相关,患者多具有对自身躯体化症状的灾难化解释倾向和器质性归因方式,躯体化症状可能是内心压抑与冲突的外在表达。因此,心理治疗可以减轻临床症状、改善认知功能、减少就医次数。综合医院临床医师门诊治疗时间有限,可予以患者一定的支持性心理治疗,有条件者可采取系统的个体化短程心理治疗。认知行为疗法(CBT)是治疗此类疾病最有希望的方法^[27],通过改变患者不合理信念和非客观思维方式,进行认知重建,并辅以压力管理、情感调节,能够改善躯体化症状。一项来自西班牙的多中心随机对照研究(RCT)显示,接受个体和集体认知行为疗法的患者在疗效上优于接受指南推荐的史密斯标准治疗患者^[28]。对于早年有创伤经历或人格障碍的患者可以尝试心理动力治疗。森田疗法与人际心理治疗也尝试用于躯体化症状的治疗并取得良好疗效。症状严重的患者可联合药物治疗和心理治疗。重复经颅磁刺激(rTMS)能够显著改善焦虑和抑郁症状,目前有研究尝试采用重复经颅磁刺激治疗躯体形式障碍并取得一定疗效^[29-30],但尚未获得大规模临床研究的验证。焦虑症状严重的患者可以考虑辅以生物反馈治疗,音乐疗法、冥想疗法、瑜伽和放松疗法对改善躯体化症状患者的抑郁症状有积极作用。

七、小结

躯体化症状在综合医院相当普遍,如果不能准确识别并及时干预,将演变为慢性疾病行为方式,甚至进展为精神疾病,大量消耗医疗资源、损害家庭和社会功能、加剧医患矛盾。因此,综合医院临床医师应树立整体医学观念,关注躯体化症状患者的社会心理因素和社会环境因素,能够识别躯体化症状并进行准确评价和处理,无疑对提高我国医疗

服务质量和水平、改进医患关系具有重要的临床和社会意义。

参 考 文 献

- [1] Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*, 1995, 274:1931-1934.
- [2] Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract*, 2006, 23:414-420.
- [3] Ji JL. Clinical management strategy for patients with multiple physical complaints. *Zhongguo Lin Chuang Yi Xue*, 2006, 13: 695-696. [季建林. 多种躯体主诉不适患者的处理. *中国临床医学*, 2006, 13:695-696.]
- [4] Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2011, 21:655-679.
- [5] Creed F, Barsky AJ, Leiknes KA. Epidemiology: prevalence, causes and consequences//Creed F, Henningsen P, Fink P. *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress*. New York: Cambridge University Press, 2011: 1-42.
- [6] Meng FQ, Cui YH, Shen YC, Lin K, Hou DF, Qi YL, Jin TG, Sun CY, Tang L, Cheng WG. Preliminary investigation on clinical features of somatoform disorders in general hospital. *Zhongguo Xin Li Wei Sheng Za Zhi*, 1999, 13:67-69. [孟凡强, 崔玉华, 沈渔村, 林凯, 侯冬芬, 戚元丽, 金大光, 孙春云, 唐亮, 程卫国. 综合医院躯体形式障碍临床特点的初步研究. *中国心理卫生杂志*, 1999, 13:67-69.]
- [7] Huang WL, Chen TT, Chen IM, Chang LR, Lin YH, Liao SC, Gau SS. Harm avoidance and persistence are associated with somatoform disorder psychopathology: a study in Taiwan. *J Affect Disord*, 2016, 196:83-86.
- [8] Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms: models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*, 2007, 27: 821-841.
- [9] Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychol Bull*, 2004, 130:793-812.
- [10] Woud ML, Zhang XC, Becker ES, Zlomucia A, Margraf J. Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *J Psychosom Res*, 2016, 81:31-37.
- [11] Lim SL, Kim JH. Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *J Abnorm Psychol*, 2005, 114:50-61.
- [12] Withoft M, Gerlach AL, Bailer J. Selective attention, memory bias, and symptom perception in idiopathic environmental intolerance and somatoform disorders. *J Abnorm Psychol*, 2006, 115:397-407.
- [13] Schmalzing KB, Fiedelak JI, Katon WJ, Bader JO, Buchwald DS. Prospective study of the prognosis of unexplained chronic fatigue in a clinic-based cohort. *Psychosom Med*, 2003, 65:1047-1054.
- [14] Frostholm L, Ørnbøl E, Fink PK. Physical symptom attributions: a defining characteristic of somatoform disorders? *Gen Hosp Psychiatry*, 2015, 37:147-152.
- [15] Groben S, Hausteiner C. Somatoform disorders and causal attributions in patients with suspected allergies: do somatic causal attributions matter? *J Psychosom Res*, 2011, 70:229-238.
- [16] Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new

- intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry*, 1999, 156:505-524.
- [17] Tak LM, Bakker SJ, Rosmalen JG. Dysfunction of the hypothalamic - pituitary - adrenal axis and functional somatic symptoms: a longitudinal cohort study in the general population. *Psychoneuroendocrinology*, 2009, 34:869-877.
- [18] Yao YF, Hu B. A study of clinical feature, treatment and clinical turnover on somatization disorder. *Guo Ji Jing Shen Bing Xue Za Zhi*, 2011, 38:10-14. [姚玉芳, 胡波. 躯体化障碍的临床特征、治疗及临床转归的研究. *国际精神病学杂志*, 2011, 38:10-14.]
- [19] Dong LP, Zhao HN, Chen YZ. Features of clinical manifestation in patients with somatization disorder. *Lin Chuang Jing Shen Yi Xue Za Zhi*, 2011, 21:40-42. [董丽萍, 赵海宁, 陈应柱. 躯体化患者的临床特征. *临床精神医学杂志*, 2011, 21:40-42.]
- [20] Scarella TM, Laferton JA, Ahern DK, Fallon BA, Barsky A. The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 2016, 57:200-207.
- [21] Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Miller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depress Anxiety*, 2007, 24:185-195.
- [22] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 2002, 64:258-266.
- [23] Zhuang Q, Mao JL, Li CB, He B. Developing of somatic self-rating scale and its reliability and validity. *Zhonghua Xing Wei Yi Xue Yu Nao Ke Xue Za Zhi*, 2010, 19:847-849. [庄琦, 毛家亮, 李春波, 何奔. 躯体化症状自评量表的初步编制及信度和效度研究. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2010, 19:847-849.]
- [24] Xie YS, Wang XM. The assessment method of somatization disorders. *Guo Ji Jing Shen Bing Xue Za Zhi*, 2012, 39:234-236. [谢韞诗, 王旭梅. 躯体形式障碍的评估方法. *国际精神病学杂志*, 2012, 39:234-236.]
- [25] van Dessel NC, van der Wouden JC, Dekker J, van der Horst HE. Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). *J Psychosom Res*, 2016, 82:4-10.
- [26] Henningsen P, Löwe B. Depression, pain, and somatoform disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 2006, 19:19-24.
- [27] Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 2007, 69:881-888.
- [28] Magallón R, Gili M, Moreno S, Bauzá N, Garcia-Campayo J, Roca M, Ruiz Y, Andrés E. Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI4, 6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry*, 2008, 8:47.
- [29] Schönfeldt-Lecuona C, Connemann BJ, Viviani R, Spitzer M, Herwig U. Transcranial magnetic stimulation in motor conversion disorder: a short case series. *J Clin Neurophysiol*, 2006, 23:472-475.
- [30] Xue F, Peng ZW, Zhang H, Qiao YT, Sun WW, Wang Y, Tan QR. Efficiency and safety of rTMS plus paroxetine in the treatment of somatoform disorder. *Jing Shen Yi Xue Za Zhi*, 2012, 25:414-416. [薛芬, 彭正午, 张华, 乔昱婷, 孙雯雯, 王莹, 谭庆荣. 重复经颅磁刺激结合帕罗西汀治疗躯体形式障碍疗效观察. *精神医学杂志*, 2012, 25:414-416.]

(收稿日期:2016-04-18)

· 小词典 ·

中英文对照名词词汇(一)

- 阿尔茨海默病 Alzheimer's disease(AD)
- 白天过度嗜睡 excessive daytime sleepiness(EDS)
- 半高全宽 full width half maximum(FWHM)
- 背外侧额叶皮质 dorsolateral prefrontal cortex(DLPFC)
- 部分各向异性 fractional anisotropy(FA)
- 部分前循环梗死 partial anterior circulation infarct(PACI)
- 侧方扩散 lateral spread response(LSR)
- 常染色体显性遗传性脑动脉病伴皮质下脑梗死和白质脑病 cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy(CADASIL)
- 重复经颅磁刺激 repetitive transcranial magnetic stimulation(rTMS)
- 重复时间 repetition time(TR)
- 重复知盲 repetition blindness(RB)
- 词长效应 word-length effect(WLE)
- 磁敏感加权成像 susceptibility-weighted imaging(SWI)
- 大动脉粥样硬化 large artery atherosclerosis(LAA)
- 单纯疱疹病毒性脑炎 herpes simplex encephalitis(HSE)
- 癫痫持续状态 status epilepticus(SE)
- β -淀粉样前体蛋白 amyloid β -protein precursor(APP)
- 独立成分分析 independent component analysis(ICA)
- 短暂性脑缺血发作 transient ischemic attack(TIA)
- ^{18}F -多巴胺 ^{18}F -dopamine(^{18}F -Dopa)
- 多巴胺转运体 dopamine transport(DAT)
- 多导睡眠图 polysomnography(PSG)
- 多发性肌炎 polymyositis(PM)
- 多发性硬化 multiple sclerosis(MS)
- 多系统萎缩 multiple system atrophy(MSA)
- 额颞叶痴呆 frontotemporal dementia(FTD)
- 反应时间 reaction time(RT)
- 反转角 flip angle(FA)
- 反转时间 inversion time(TI)
- 符号数字模式测验 Symbol Digit Modalities Test(SDMT)
- 辅助运动区 supplementary motor area(SMA)
- 腹内侧额叶皮质 ventromedial prefrontal cortex(VMPFC)
- 腹外侧额叶皮质 ventrolateral prefrontal cortex(VLPFC)
- 改良Gomori三色 modified Gomori trichrome(MGT)
- 钙拮抗剂 calcium channel blocker(CCB)
- 肝豆状核变性 hepatolenticular degeneration(HLD)
[Wilson病 Wilson's disease(WD)]