

身心痛楚是一体的还是分离的?

王毅 邵春红

【关键词】 情绪障碍; 躯体症状(非 MeSH 词); 心理学, 医学; 综述

【Key words】 Mood disorders; Somatic symptoms (not in MeSH); Psychology, medical; Review

Is the physical and mental pain integrated or separated?

WANG Yi¹, SHAO Chun-hong²

¹Department of Neurology, ²Department of Psychiatry, Huashan Hospital, Fudan University, Shanghai 200040, China

Corresponding author: WANG Yi (Email: drwangyi@126.com)

This study was supported by the National Natural Science Foundation for Young Scholars of China (No. 81201033) and Shanghai Health and Family Planning Commission Scientific Research Program (No. 20114358).

在 2015 年中华医学会神经病学分会神经心理学组年会上, 针对抑郁障碍躯体不适与情绪症状之间的关系, 神经科医师与精神科医师展开了热烈讨论。笔者在会议上进行的关于“身心痛楚是一体的还是分离的”专题报告, 引起与会专家和学者的广泛讨论与思考。在躯体症状与心理症状关系这一问题上, 临床医师应扩大视野、从不同角度思考, 从而有助于更好地理解相关临床症状与患者感受, 以指导实践。

在神经科临床实践中, 有一部分患者表现出从某一部位疼痛进展至全身疼痛、从某一部位不适感进展至全身不适感, 但经过详细的神经科专科检查乃至全面的系统检查(包括对多种自身免疫性疾病进行的排除性筛查), 均未发现可以解释相关临床症状的客观证据。此时, 神经科医师可能考虑“功能性疾病”, 建议患者至精神科或心理科就诊。如果患者的确存在某种情绪症状, 也能理解躯体症状可能与情绪症状有关, 有可能接受推荐转诊至精神科或心理科; 然而, 问题的关键是, 大多数患者认为自身并无情绪症状或心理问题, 或者神经科医师经

过详细问诊亦未发现患者存在情绪障碍, 其躯体症状难以用抑郁或焦虑障碍解释, 此种情况下推荐患者至精神科或心理科就诊, 不仅患者反感, 神经科医师自身也感觉缺乏证据支持, 随后的疾病管理就可能出现问题。

同病异象和异病同象永远是临床医学复杂性的根源。纵观神经变性病, 患者病情进展是从单一部位到多系统, 渐进累及不同脑区和系统, 从而导致临床表现不尽一致。例如, 帕金森病(PD)早期可以出现非运动症状(NMS)如抑郁症状, 亦可表现出运动症状; 随着疾病进展, 可出现较高比例的抑郁症状^[1-3], 表明帕金森病累及部位可以是先后受累不同, 亦可以是侧重不同, 即多巴胺(Dopa)、去甲肾上腺素(NE)和 5-羟色胺(5-HT)通路受累顺序和严重程度不同。抑郁和焦虑障碍亦可累及多系统, 受累侧重不同、症状不同。有些患者抑郁症状较重, 焦虑症状较轻; 有些患者焦虑症状较重, 抑郁症状较轻; 有些患者精神焦虑较明显; 有些患者躯体焦虑较明显; 有些患者情绪症状较明显; 有些患者躯体症状较明显; 有些患者躯体症状与情绪症状相似, 但严重程度不同; 甚至有些患者躯体症状较严重, 同时伴焦虑和抑郁症状, 但未表现出或不能查出情绪问题, 如纤维肌痛综合征(FS)。糖尿病周围神经病变(DPN)亦可伴抑郁或焦虑症状, 但多数患者完全无或仅较正常人有微轻的情绪症状, 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)治疗有效且起效时间迅速, 而疼痛治疗效果与情绪症状并无关联

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2016.06.001

基金项目: 国家自然科学基金青年科学基金资助项目(项目编号: 81201033); 上海市卫生和计划生育委员会科研项目(项目编号: 20114358)

作者单位: 200040 上海, 复旦大学附属华山医院神经内科(王毅), 精神医学科(邵春红)

通讯作者: 王毅(Email: drwangyi@126.com)

性^[4],上述结果均显示出临床医学的复杂性,也导致产生神经科和精神科疾病谱与症状学之间的中间地带,属行为神经病学和神经精神病学范畴,然而这一领域目前在国内尚未受到重视。纵观疾病进展,仍以某一系统为主干发展,表现为神经科以躯体症状综合征为主、精神科或心理科以情绪症状综合征为主。从神经递质受体角度而言,5-羟色胺和去甲肾上腺素不仅是调节情绪的主要神经递质,也共同参与对疼痛的管理^[5-6]。起源于脑干的5-羟色胺和去甲肾上腺素通路分为向上和向下两条传导通路,上行通路失平衡与抑郁和(或)焦虑障碍相关,下行通路与躯体症状相关,在脊髓层面失平衡可使大脑接收脱抑制的放大的疼痛信号^[7-8],如果此种失平衡仅存在于脊髓层面,可能仅表现出躯体症状;若同时累及上行通路,则可能同时出现躯体症状和情绪症状,可以解释抑郁障碍患者常伴疼痛及相关躯体症状;亦有部分患者仅发生上行通路失平衡,可能只表现出抑郁和(或)焦虑症状。由此可见,身心痛楚既可以是分离的,又可以是一体的。这种身心痛楚的一体、不完全性分离或完全性分离的并存,可能决定患者就诊时的应对方式,即至神经科就诊,还是至精神科或心理科就诊。

抑郁和焦虑症状是否与其他神经系统疾病一样,不同发展时期累及不同系统或神经递质?是否在疾病早期以躯体症状为主、情绪症状不明显而致诊断困难?是否神经科、精神科或心理科如“盲人摸象”般仅接触不同病程阶段的患者?

目前,神经科医师主要从生物学角度看待身心痛楚。而精神科或心理科医师看待这一问题,曾从生物学因素或心理学角度,目前更倾向于从生物、心理和社会多因素整合角度对身心痛楚进行阐述。例如,目前治疗焦虑和抑郁障碍的有循证医学证据的认知行为疗法(CBT)强调,患者对刺激做出的反应包括4个层面,即认知层面、情绪层面、躯体层面和动作层面^[9]。这4个层面是否也像前文述及的生物学因素,表现为不同疾病时期出现不同程度、不同层面的反应?当然,这只是猜测,尚待心理学家的进一步研究。

这样一次头脑风暴,让我们共同意识到无论是神经科医师,还是精神科和心理科医师,在面对不同症状患者时,应保持头脑清醒、思路清晰,从更加宽广的角度去考虑和分析。对于神经科医师而言,虽然更关注躯体症状,但是若无神经科证据支持

时,不要忽视对情绪症状的筛查,如果发现确实存在情绪障碍,可以尝试应用选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)或5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂;如果不存在情绪障碍,可以请精神科或心理科会诊进一步评估或从社会心理学角度分析,或嘱患者及时随访。对于精神科和心理科医师而言,虽然更关注情绪症状,但是亦不能忽视对躯体疾病的排除,情绪障碍得到治疗后,如果仍存在某些躯体症状,不能武断认为是情绪障碍的残留症状,应进行全面的系统检查,以防止误诊。由于患者是一个整体,应从生物、心理和社会多因素综合分析。临床实践中不能简单看到什么、解释什么,如果以“黑白灰”观点看,“非黑即白”是少数,多数呈“灰色”,关键是临床医师看到了什么?如何理解?与患者共同采取了怎样的应对方式?

参 考 文 献

- [1] Chen SD, Wu L. Pay attention to the early identification and treatment of non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi*, 2013, 13:653-655. [陈生弟, 吴丽. 高度关注帕金森病非运动症状的早期识别与治疗. *中国现代神经疾病杂志*, 2013, 13:653-655.]
- [2] Li SH, Chen HB. Emotional impairment in Parkinson's disease. *Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi*, 2013, 13:679-682. [李淑华, 陈海波. 帕金森病情绪障碍. *中国现代神经疾病杂志*, 2013, 13:679-682.]
- [3] Qin ZH, Chen B, Zhang LY, Fan WH, Sun F, Liu HJ, Fang XH, Ding H, Meng C, Caroline Tanner. Study on non-motor symptoms impacting on health related quality of life in early Parkinson disease: randomized controlled clinical trial. *Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi*, 2009, 9:246-251. [秦朝晖, 陈彪, 张丽燕, 樊文辉, 孙菲, 刘宏军, 方向华, 丁晖, 孟琛, Caroline Tanner. 早期帕金森病患者非运动性症状与健康相关生活质量的研究:随机对照临床试验. *中国现代神经疾病杂志*, 2009, 9:246-251.]
- [4] Goldstein DJ, Lu Y, Detke MJ, Lee TC, Iyengar S. Duloxetine vs. placebo in patients with painful diabetic neuropathy. *Pain*, 2005, 116(1/2):109-118.
- [5] Nekovarova T, Yamamoto A, Vales K, Stuchlik A, Fricova J, Rokyta R. Common mechanisms of pain and depression: are antidepressants also analgesics? *Front Behav Neurosci*, 2014, 8: 99.
- [6] Guyton AC, Hall JE. *Textbook of medical physiology*. 10th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 663-688.
- [7] Mansour AR, Farmer MA, Baliki MN, Apkarian AV. Chronic pain: the role of learning and brain plasticity. *Restor Neurol Neurosci*, 2014, 32:129-139.
- [8] Argoff CE. The coexistence of neuropathic pain, sleep, and psychiatric disorders: a novel treatment approach. *Clin J Pain*, 2007, 23:15-22.
- [9] Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 2012, 36:427-440.

(收稿日期:2016-05-08)