

躯体形式障碍治疗的研究进展

张跃乾

【关键词】 躯体形式障碍; 药物治疗; 心理治疗; 中医中药治疗; 综合治疗

中图分类号: R749

文献标识码: B

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2015.01.033

躯体形式障碍(SD)是一组以躯体不适体验和涉及多系统症状为主而不具备相应躯体医学疾病的精神疾病。为慢性波动性病程,多数患者未得到有效治疗。躯体形式障碍的治疗方法很多,但结果众说纷纭。本文就近年来国内外研究资料进行分析,对躯体形式障碍治疗进展综述如下。

1 药物治疗

1.1 抗抑郁药 有研究认为躯体形式障碍的发病机理可能与特定的5-羟色胺(5-HT)基因及其受体变化有关^[1],而且感觉域的下降与5-HT水平下降有一定的关联。SSRI类药物可通过抑制5-HT的回吸收,提高突触间隙5-HT水平而发挥治疗作用。

陈月江^[2]将躯体形式障碍56例患者随机分为艾司西酞普兰(10~20mg/d)治疗组和阿米替林(100~300mg/d)治疗组进行为期6周的治疗研究,二者疗效相当,但艾司西酞普兰起效快,不良反应少而轻,依从性高。赵永忠等^[3]对85例持续性躯体形式疼痛障碍(PSPD)患者予以度洛西汀60mg/d的治疗,疗程8周,结果显示:度洛西汀治疗PSPD安全有效,并能改善患者生活质量。

度洛西汀是5-羟色胺(5-HT)和去甲肾上腺素(NE)双重再摄取抑制剂(SNRI),能使大脑和脊髓中的5-HT和NE浓度升高,明显缓解躯体化疼痛、抑郁及焦虑症状^[4],提示可能在疼痛方面有良好的应用前景。近年来在躯体形式障碍的药物治疗上研究较多,效果较好。

1.2 联合治疗 Huang等^[5]评估了单用西酞普兰以及西酞普兰联合帕利哌酮在治疗躯体形式障碍方面的有效性和耐受性。研究了60例符合《国际疾病分类(第10版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10)诊断标准的SD患者,包括躯体化障碍、未分化的躯体形式障碍以及躯体形式自主神经紊乱患者。这60例SD患者被随机分为两组,一组注射固定剂量的西酞普兰(20mg/d)治疗,另一组注射相同剂量的西酞普兰(20mg/d)和固定剂量的帕利哌

酮(3mg/d)联合治疗,观察治疗6周,从躯体形式症状筛查量表(Screening for somatoform symptoms-7,SOMS-7)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAM-MA)、汉密尔顿抑郁量表17项版(Hamilton Rating Scale for Depression-17 item, HRSD-17)、副反应量表(Treatment Emergent Symptom Scale, TESS)四个维度测量治疗效果及不良反应。结果显示,对于任何一种躯体形式障碍患者,联合治疗的效果和耐受性均优于单药治疗,同时,两组的不良反应发生率差异无统计学意义($P < 0.05$)。

国内学者的研究也得到同样的结果。战玉华等^[6]将167例躯体形式障碍患者随机分为两组,研究组以文拉法辛(145 ± 25)mg/d合并奎硫平(255 ± 12)mg/d治疗,对照组用文拉法辛(155 ± 37)mg/d治疗,疗程8周,文拉法辛联合奎硫平治疗躯体形式障碍较单用文拉法辛疗效好,不良反应相当。近年来,在躯体化障碍治疗的评估中,联合中小剂量的抗精神病药物治疗较单药治疗在不影响耐受性的基础上,体现出疗效更好、显效更快的优势,可以在临床加以借鉴。一般情况下,躯体形式障碍患者持续存在较强烈的疑病观念以及躯体先占观念,有的甚至达到一种偏执状态,这可能是抗精神病药物应用的机制,有待进一步研究。

Peter等^[7]研究发现,SSRIs抗抑郁剂联合胰岛素较单用SSRIs抗抑郁剂疗效确切、稳定且复发率亦低。故SSRIs类抗抑郁剂联合胰岛素可尝试用于部分抗焦虑、抑郁药物及心理治疗效果不佳的躯体形式障碍患者。

选药首先要考虑不良反应少的,因患者对躯体反应敏感,且以低剂量为宜,改善不良情绪为目的。

2 心理治疗

2.1 认知行为治疗(Cognitive-behavioral Therapy, CBT) 有研究表明躯体形式障碍是针对心理社会应激的反应,这些应激反应是由个人对具有个别意义的刺激性生活事件或境遇所造成的^[8]。国外研究表明^[9],CBT能够改善患者的躯体症状,同时降低相应的治疗费用。通过压力管理、活动调节、情感认知,改变患者的扭曲认知及非客观的思维方式,并提出可替代性解释,从而进行认知重建,以改变其应对方式。

作者单位: 235043 安徽省淮北市精神病医院

Magallón 等^[10]从西班牙 31 个保健中心选取 204 名年龄在 18~65 岁的 SD 患者,这些患者均已接受一个月的药物治疗和三个月的维持治疗。将其随机分为三组,分别进行为期 10 周的个人 CBT 治疗、集体 CBT 治疗和指南推荐的史密斯标准治疗。结果显示,接受个人 CBT 治疗和集体 CBT 治疗的患者在疗效上优于接受史密斯标准治疗者。

Kroenke^[11]的研究搜集了 1966 年 - 2006 年间英文期刊发表研究文献,荟萃分析 34 例临床随机对照实验,共 3922 名患者,其中 2/3 的患者有躯体化障碍,均符合《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) 诊断标准。实验结果显示:CBT 治疗对躯体化障碍治疗效果显著。

2.2 精神动力治疗 对于早年经历创伤的患者进行精神分析,使沉淀在无意识中的模式得以触及,使患者领悟症状的形成,改变病理心理结构,这对症状的缓解有效。Leichsenring^[12]对 1960 年以来 44 年间发表的论文进行研究,按循证医学的评价观点,有 4 个随机对照研究,作为精神动力学治疗躯体化障碍的有效证据。

2.3 森田疗法 让患者反复体验“顺其自然、接受症状、积极生活,使精神交互作用打破”,尽快回到社会生活之中。这是森田疗法的核心,吴超等^[13]将 58 例躯体形式障碍患者随机分为两组,分别给予单用舍曲林(50~150 mg/d) 治疗和森田疗法与舍曲林联合治疗。采用 HAMA、大体评定量表(global assessment scale, GAS)、TESS 评价疗效。结果显示:舍曲林与森田疗法联合治疗躯体形式障碍优于单独用药,能更好地改变患者生活的态度,积极地影响情绪,且可减少用药剂量。远期效果较好,复发率低,达到了标本兼治的效果。

2.4 人际心理治疗 近年来,针对如何提高躯体形式障碍患者生活质量的研究不断增加,其中人际心理治疗成为当今的研究热点。Giorgio 等^[14]将人际心理治疗与 CBT 治疗进行比较分析,认为人际心理治疗将更多的自主权交给患者,而 CBT 治疗则更倾向于控制患者的行为。数据表明,人际心理治疗有较高的协作性和互补性。Sattel 等^[15]比较了人际心理治疗和 EMC 疗法对患者生活质量的改善效果。2006 年 1 月 - 2009 年 1 月,将 211 名患者分为人际心理治疗组 107 人和 EMC 治疗组 104 人,分别进行 12 周的人际心理治疗和 EMC 治疗并进行长时间随访,采用健康状况量表(the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, SF-36) 评价疗效。数据显示,人际心理治疗组的 SF-36 平均分为 5.3 分,EMC 组为 2.2 分,说明人际心理治疗较 EMC 疗法能够更有效提高 SD 患者的生活质量。另一项调查显示,持心身医学观点的大多数患者希望接受心理治疗,且疗效要优于持生物医学观点的患者^[16]。

躯体形式障碍的发生和发展与社会心理因素密切相关,躯体症状可能是内心压抑与矛盾冲突的外在表达,也因此多伴有情绪障碍。故心理治疗十分必要,而单纯心理治疗起效慢、周期长,必要时需联合其他治疗。

3 中医中药治疗

目前这方面的研究不多,Okamoto 等^[17]报道了一名 16 岁的棒球选手,长期受髌骨疼痛困扰且超过 6 个月无法脱离拐杖独立行走,止痛药无效,经骨科医生检查未发现任何异常,被诊断为未分化的躯体形式障碍,传统的心理治疗和心理治疗,选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂治疗也无效。使用一种日本药草桂枝加术附汤治疗,经过 2 周,患者腿部功能有了明显的改善,6 周后,患者的疼痛完全消失,行走也不再需要依赖拐杖。

高新立^[18]将 100 例躯体形式障碍患者分为两组,对照组给予帕罗西汀治疗,治疗组在此基础上联合服用疏肝解郁汤治疗。结论:中西医结合治疗躯体形式障碍临床效果可靠,中西医之间具有协同互补作用,其临床疗效优于单用西药治疗。Yamada 等^[19]曾报道采用汉方医学理论对 100 例躯体形式障碍患者辩证治疗 3 个月。结果显示,治疗后患者生活质量改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。躯体症状及焦虑等精神障碍也有相应缓解。

4 综合治疗

躯体形式障碍患者因躯体各种不适症状而反复就诊,常经大量检查未发现器质性病变,但患者却始终把它归结为躯体疾病,并据此寻求医学帮助^[20]。该类患者适合生物-心理-社会医疗模式全方位治疗,方能达到缓解症状的目的^[21]。综合治疗近年来研究较多。

4.1 抗抑郁药与心理治疗联合治疗 肖旭曼等^[22]将 100 例躯体形式障碍患者随机分为两组:文拉法辛联合合理情绪疗法治疗组与单用文拉法辛组,分别用症状自评量表(Self-reporting Inventory, SCL-90)、多伦多述情量表(Toronto Alexithymia scale, TAS-26)、HRSD、HAMA 及临床疗效总评量表(Clinical Global Impression-global improvement, CGI-GI) 评定疗效,进行为期 12 周临床疗效观察。结果显示合理情绪疗法能提高躯体形式障碍的疗效,两者通过不同的机制发挥协同作用,优于单药治疗。李红远等^[23]将 80 例躯体形式障碍的患者随机分成森田疗法联合文拉法辛治疗组和单用文拉法辛治疗组,治疗观察 12 周,得到同样的结果,且可减少用药剂量。

4.2 抗抑郁药与重复经颅磁刺激(rTMS) 联合治疗 rTMS 是一种无创性的物理干预方式,操作简单、无明显不良反应,对焦虑和抑郁均有效^[24-26],且高频 rTMS 在治疗抑郁方面的效果持续^[26]。一定模式的 rTMS 对躯

躯体形式障碍也具有改善作用^[27]。薛芬等^[28]将 50 例躯体形式障碍患者分为帕罗西汀治疗组与 rTMS 联合帕罗西汀治疗组,并进行为期 3 周的治疗,结果显示:联合组疗效优于帕罗西汀组,起效更快,不良反应相似。

近来已有研究显示, rTMS 对 5-HT 水平也具有调节作用^[29],这可能是治疗躯体形式障碍的基础。但是,目前关于 rTMS 治疗躯体形式障碍的机制还有待进一步研究。

4.3 电休克治疗、生物反馈治疗、针灸、气功均有一定的疗效。躯体形式障碍在治疗上虽然未形成统一的共识,但进行了较多有益的探讨。

躯体形式障碍是个体在心理应激反应下,是“生物-心理-社会”三方面的演化过程,是一种体验和表达躯体不适和症状的倾向,多元化综合疗法可加强疗效,有利于患者较快康复。

参 考 文 献

- [1] Koh KB, Choi EH, Lee YJ, et al. Serotonin-related gene pathways associated with undifferentiated somatoform disorder[J]. *Psychiatry Res* 2011, 189(2): 246-250.
- [2] 陈月江. 艾司西酞普兰治疗躯体形式障碍的临床疗效观察[J]. *四川精神卫生* 2010, 23(3): 163-164.
- [3] 赵永忠, 王维千, 陈宏. 度洛西汀治疗持续性躯体形式疼痛障碍的临床观察[J]. *临床精神医学杂志* 2014, 24(1): 45-46.
- [4] 江开达. *精神药理学*[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 464-465.
- [5] Huang M, Luo B, Hu J, et al. Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder: results of a 6 week randomized study[J]. *Int Clin Psychopharmacol* 2012, 27(3): 151-158.
- [6] 战玉华, 战玉红, 韩继阳, 等. 文拉法辛联合奎硫平与单用文拉法辛治疗躯体形式障碍对照研究[J]. *中国新药与临床杂志*, 2012, 31(11): 686-689.
- [7] Peter Henningsed, Bernd Löwe. Depression, pain and somatoform disorders[J]. *Current Opinion in Psychiatry* 2006, 19(1): 19-24.
- [8] 徐俊冕. 躯体化与躯体形式障碍[J]. *中国行为医学科学*, 2004, 13(3): 359-360.
- [9] Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JJ, et al. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial[J]. *Arch Intern Med* 2006, 166(14): 1512-1518.
- [10] Magallón R, Gili M, Moreno S, et al. Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI 4.6) in primary care: a randomized, controlled study[J]. *BMC Psychiatry* 2008, 8(1): 1-7.
- [11] Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials[J]. *Psychosom Med* 2007, 69(9): 881-888.
- [12] Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective: A review of empirical data[J]. *Int J Psychoana* 2005, 86(3): 841-868.
- [13] 吴超, 凌阳, 虞红, 等. 舍曲林合并森田疗法治疗躯体形式障碍的对照研究[J]. *上海精神医学* 2010, 22(2): 91-94.
- [14] Tasca GA, Foot M, Leite C, et al. Interpersonal processes in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral group therapy: a systematic case study of two groups[J]. *Psychotherapy (Chic)* 2011, 48(3): 260-273.
- [15] Sattel H, Lahmann C, Gündel H, et al. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial[J]. *Br J Psychiatry* 2012, 100(1): 60-67.
- [16] Fritzsche K, Xudong Z, Anselm K, et al. The treatment of patients with medically unexplained physical symptoms in China: a study comparing expectations and treatment satisfaction in psychosomatic medicine, biomedicine, and traditional Chinese medicine[J]. *Int J Psychiatry Med* 2011, 41(3): 229-244.
- [17] Okamoto H, Sekiya N, Chino A, et al. A suspected case of somatoform disorder successfully treated with an herbal medicine[J]. *J Altern Complement Med* 2011, 17(2): 171-173.
- [18] 高新立. 中西医结合治疗躯体形式障碍 50 例[J]. *中医研究*, 2013, 26(5): 38-39.
- [19] Yamada K, Den R, Ohnishi K, et al. Effectiveness of herbal medicine (kampo) and changes of quality of life in patients with somatoform disorders[J]. *J Clin psychopharmacol* 2005, 25(2): 199-201.
- [20] Hall NM, Kuzminskyte R, Pedersen AD, et al. The relationship between cognitive functions, somatization and between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms[J]. *Nord J Psychiatry*, 2011, 65(3): 216-224.
- [21] Tietjen GE. Is there a link between abuse in childhood and pain disorders[J]. *Expert Rev Neurother* 2010, 10(11): 1625-1627.
- [22] 肖旭曼, 黎雪松, 陈广阳. 合理情绪疗法对躯体形式障碍患者的增效作用[J]. *国际精神病学杂志* 2013, 40(3): 139-142.
- [23] 李红远, 杨会玲, 李义会. 文拉法辛合并森田疗法治疗躯体形式障碍的对照研究[J]. *中国医药指南* 2013, 10(24): 465-466.
- [24] Feng SF, Shi TY, Fan-Yang, et al. Long-lasting effects of chronic rTMS to treat chronic rodent model of depression[J]. *Behav Brain Res* 2012, 232(1): 245-251.
- [25] Trojak B, Meille V, Chauvet-Gelinier JC, et al. Further evidence of the usefulness of MRI based neuronavigation for the treatment of depression by Rtms[J]. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2011, 23(2): E30-31.
- [26] Hoppner J, Broese T, Wendler L, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for treatment of alcohol dependence[J]. *World J Biol Psychiatry* 2011, 12(Suppl 1): 57-62.
- [27] Schonfeldt-Lecuona C, Connemann BJ, Viviani R, et al. Transcranial magnetic stimulation in motor conversion disorder: a short case series[J]. *J Clin Neurophysiol* 2006, 23(5): 472-475.
- [28] 薛芬, 彭正午, 张华, 等. 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(6): 414-416.
- [29] Prasko J, Zalesky R, Bares M, et al. The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) add on serotonin reuptake inhibitors in patients with panic disorder: a randomized, double blind sham controlled study[J]. *Neuro Endocrinol Lett* 2007, 28(1): 33-38.

(收稿日期: 2014-09-27)