

# “軀體癥狀障礙”註記

## Notes on Somatic Symptom Disorder

甯鉞

2015年11月於江西佛學院

內容

Chap 1. DSM-5 中的“軀體癥狀障礙”及相關的障礙

Chap 2. 現實世界中的“軀體癥狀障礙”

Chap 3. 中醫視角下的“軀體癥狀障礙”

Chap 4. 心理學視角下的“軀體癥狀障礙”

Chap 5. 南傳上座部佛教視角下的“軀體癥狀障礙”

Chap 6. 分析與思考

---

Chap 1. DSM-5 中的“軀體癥狀障礙”及相關的障礙

無論是在現代醫學和中醫中，不良情緒(如焦慮、抑鬱、憤怒等)與種種“軀體癥狀”(Somatic Symptom)之間的存在的高度相關<sup>1</sup>性都

---

<sup>1</sup> “高度相關”並不一定意味着其間存在“因果關係”。

已成為從業者的基本常識<sup>2</sup>。

從南傳上座部佛教的角度來看，種種不良的情緒都對應於“嗔心”所導致的屬於“心受”範疇的“憂受”<sup>3</sup>，而與“嗔心”本身“等起”的“心等起色法”則是種種“軀體癥狀”產生的不可或缺的“緣”<sup>4</sup>。

在美國精神醫學學會(American Psychiatric Association)新發佈的《精神障礙診斷與統計手冊(第5版)(DSM-5)》(《Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)》)中，定義了一組在臨牀中常見且多發的精神障礙--“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)<sup>5</sup>。這正是本文所關心的主題。

在DSM-5中關於“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)<sup>6</sup>的診斷標準是<sup>7</sup>：

A. 1個或多個的軀體癥狀，使個體感到痛苦或導致其日常生活受到顯著破壞。

A. One or more somatic symptom that are distressing or result in significant disruption of daily life.

B. 與軀體癥狀相關的過度的想法、感覺或行爲，或與健康相關的過度擔心，表現爲下列至少一項：

B. Excessive thoughts, feelings, or behaviors related to the somatic symptom or associated health concerns as manifested by at least one of the following:

1. 與個體癥狀嚴重性不相稱的和持續的想法。

1. Disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of one's symptoms.

2 可參照相關的醫學文獻。

3 可參照《攝阿毘達摩義論》和《清淨道論》中的相關內容。

4 可參照《攝阿毘達摩義論》和《清淨道論》中的相關內容。

5 參見《Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)》及《精神障礙診斷與統計手冊(第5版)(DSM-5)》，張道龍。

6 在ICD-10-CM中對應的編碼爲“F45.1”。

7 參見《Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)》及《精神障礙診斷與統計手冊(第5版)(DSM-5)》，張道龍。

2. 有關健康和癥狀的持續高水平的焦慮。
2. Persistently high level of anxiety about health or symptoms.
3. 投入過多的時間和精力到這些癥狀或健康的擔心上。
3. Excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns.

C. 雖然任何一個軀體癥狀可能不會持續存在，但有癥狀的狀態是持續存在的(通常超過 6 個月<sup>8</sup>)。

C. Although any one somatic symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is persistent (typically more than 6 months).

Note:

(1)“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的診斷是在“‘軀體癥狀’+‘對(該)軀體癥狀的錯誤態度’”同時出現並達到了診斷標準的基礎之上做出的。

(2)在上述的兩個因素中，“對軀體癥狀的錯誤態度”是本質性的<sup>9</sup>。與“軀體癥狀障礙”相伴的“心理衝突”(mental conflict)相當多的都呈現出“變形”<sup>10</sup>的特點<sup>11</sup>，因而 DSM-5 中所提及的“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)所對應的心理問題的程度在《健康心理學》中大多數都會被歸類到“心理不正常”的範疇中<sup>12</sup>。

在 DSM-5 中，與上面所提到的“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)相關的還有一系列與“對軀體癥狀的錯誤態度”相關的心理障礙<sup>13</sup>，其中，“影響其他疾病的心理因素

---

8 如果病程未達到 6 個月，DSM-5 會將其歸入“其他特定的軀體癥狀及相關障礙”(Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder)中，此障礙在 ICD-10-CM 中的編碼為“F45.8”。

9 這個結論對於 DSM-5 中的“其他特定的軀體癥狀及相關障礙”(Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder)也是適用的。

10 可參照許又新《神經癥》中的相關內容。

11 這個結論對於 DSM-5 中的“其他特定的軀體癥狀及相關障礙”(Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder)也是適用的。值得注意的是：一般不能由病程的長短來判定其相關的心理衝突是屬於“常型”還是“變形”。

12 在臨牀中所看到案例的絕大多數都能達到“神經癥性障礙”的級別。

13 這些心理障礙主要歸類在“軀體癥狀與相關障礙”(Somatic Symptom and Related Disorder)中。

”(Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions)<sup>14</sup>與之關係最為密切。這個心理障礙在 DSM-5 中的診斷標準是<sup>15</sup>：

A. 存在一種軀體癥狀或疾病(而不是精神障礙)。

A. A medical symptom or condition (other than a mental disorder) is present.

B. 心理或行爲因素通過下列方式之一負性地影響軀體疾病：

B. Psychology or behavioral factors adversely affect the medical condition in one of the following ways:

1. 心理因素影響了軀體疾病的病程，表現爲心理因素和軀體疾病的發展、加重和延遲康復之間，在時間上高度相關。

1. The factors have influenced the course of the medical condition as shown by a close temporal association between the psychological factors and the development or exacerbation of, or delayed recovery from, the medical condition.

2. 這些因素干擾了軀體疾病的治療(例如，不良的依從性)。

2. The factors interfere with the treatment of the medical condition (e.g., poor adherence).

3. 這些因素對個體構成了額外的、明顯的健康風險。

3. The factors constitute additional well-established health risks for the individual.

4. 這些因素影響了潛在的病理生理，促發或加重癥狀或需要醫療關注。

4. The factors influence the underlying pathophysiology, precipitating or exacerbating symptoms or necessitating medical attention.

C. 診斷標準 B 中的心理和行爲因素不能用其他精神障礙來更好地解釋(例如，驚恐障礙、重性抑鬱障礙、創傷後應激障礙)。

---

14 其 ICD-10-CM 的編碼爲“F54”。

15 參見《Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)》及《精神障礙診斷與統計手冊(第 5 版)(DSM-5)》，張道龍。

C. The psychological and behavioral factors in Criterion B are not better explained by an other mental disorder (e.g., panic disorder, major depressive disorder, post-traumatic stress disorder).

Note:

(1)簡短捷說，此“影響其他疾病的心理因素”(Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions)的特點是“軀體癥狀或疾病+對該軀體癥狀或疾病產生不良影響的心理狀態”。這個定義與前面所提及的“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的定義是存在一定的交集的。

(2)與“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)相關的心理問題是針對該“軀體癥狀”錯誤認知或自動性思維所導致的；而與“影響其他疾病的心理因素”(Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions)相關的心理問題則不一定是針對該“軀體癥狀或疾病”的。

(3)評價“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)所導致的損害時重點放在心理方面；而在評價“影響其他疾病的心理因素”(Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions)所導致的損害時則將重點放在生理方面。

除此之外，DSM-5 中還定義了另外兩種精神障礙：“其他特定的軀體癥狀及相關障礙”(Other specified Somatic Symptom and Related Disorder)<sup>16</sup>和“未特定的軀體癥狀及相關障礙”(Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder)<sup>17</sup>，作為上述所提到的“軀體癥狀障礙”(Somatic

---

16 其 ICD-10-CM 編碼為“F45.8”，診斷標準為：

此類型適用於那些臨牀表現，它們具備軀體癥狀及相關障礙的典型癥狀，且引起有臨牀意義的痛苦，或導致社交、職業或其他重要功能方面的損害，但未能符合軀體癥狀及相關障礙類別中任一種疾病的診斷標準。

This category applies to presentations in which symptoms characteristic of a somatic symptom and related disorder that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning predominate but do not meet the full criteria for any of the disorders in the somatic symptom and related disorders diagnostic class.

17 其 ICD-10-CM 編碼為“F45.9”，診斷標準為：

此類型適用於那些臨牀表現，它們具備軀體癥狀及相關障礙的典型癥狀，且引起有臨牀意義的痛苦，或導致社交、職業或其他重要功能方面的損害，但未能符合軀體癥狀及相關障礙類別中任一種疾病的診斷標準。除

Symptom Disorder)和“影響其他疾病的心理因素”(Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions)的補集。

在 DSM-5 中，還定義了一種與“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)相關，被稱為“疾病焦慮障礙”(Illness Anxiety Disorder)的心理障礙<sup>18</sup>。這種心理障礙在醫學臨牀上是必須與“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)進行認真的鑑別的<sup>19</sup>。

本文後面所提到的“軀體癥狀障礙”，實際上是“廣義”的“軀體癥狀障礙”，其內涵除 DSM-5 中定義的“狹義”的“軀體癥狀障礙

---

非存在明確的不尋常狀況，如因信息不足而無法作出更特定的診斷，否則不能使用未特定的軀體癥狀及相關障礙這一診斷類別。

This category applies to presentations in which symptoms characteristic of a somatic symptom and related disorder that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning predominate but do not meet the full criteria for any of the disorders in the somatic symptom and related disorders diagnostic class. The unspecified somatic symptom and related disorder category should not be used unless there are decidedly unusual situations where there is insufficient information to make a more specific diagnosis.

18 即傳統所說的狹義的“疑病癥”，其 ICD-10-CM 編碼為“F45.21”。其診斷標準為：

- A. 患有或獲得某種嚴重疾病的先佔觀念。  
A. Preoccupation with having or acquiring a serious illness.
- B. 不存在軀體癥狀，如果存在，其程度是輕微的。如果存在其他軀體疾病或有發展為某種軀體疾病的高度風險(例如，存在明確的家族史)，其先佔觀念顯然是過度的或不成比例的。  
B. Somatic symptoms are not present or, if present, are only mild in intensity, if another medical condition is present or there is a high risk for developing a medical condition (e.g., strong family history is present), the preoccupation is clearly excessive or disproportionate.
- C. 對健康狀況有明顯焦慮，個體容易對個人健康狀況感到警覺。  
C. There is a high level of anxiety about health, and the individual is easily alarmed about personal health status.
- D. 個體有過度的與健康相關的行為(例如，反復檢查他/她的軀體疾病的體徵)或表現出適應不良的迴避(例如，迴避與醫生的預約和醫院)。  
D. The individual performs excessive health-related behaviors (e.g., repeatedly checks his or her body for signs of illness) or exhibits maladaptive avoidance (e.g., avoid doctor appointments and hospitals).
- E. 疾病的先佔觀念已經存在至少 6 個月，但其所害怕的特定疾病在那段時間內可以變化。  
E. Illness preoccupation has been present for at least 6 months, but the specific illness that is feared may change over that period of time.
- F. 與疾病相關的先佔觀念不能用其他精神障礙來更好地解釋，如軀體癥狀障礙、驚恐障礙、廣泛性焦慮障礙、軀體變形障礙、強迫癥或妄想障礙軀體型。  
F. The illness-related preoccupation is not better explained by another mental disorder, such as somatic symptom disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, body dysmorphic disorder, obsessive-compulsive disorder, or delusional disorder, somatic type.

19 在遭遇軀體癥狀不明顯，心理方面癥狀較明顯的患者時，不可輕率地作出“疾病焦慮障礙”/“疑病癥”的診斷。而應該認真地進行必要的醫學意義(西醫或中醫)下的體檢，以防止漏診真正的疾病。

”(Somatic Symptom Disorder)外，也包括部分在病程上未達到“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的診斷標準，被 DSM-5 歸類到“其他特定的軀體癥狀及相關障礙”(Other specified Somatic Symptom and Related Disorder)中的“短暫性軀體癥狀障礙”(Brief Somatic Symptom Disorder)。從生理疾病的角度來看，也可能達到 DSM-5 中“影響其他疾病的心理因素”(Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions)的診斷標準。

## Chap 2. 現實世界中的“軀體癥狀障礙”

無論是在醫學臨牀、心理學臨牀，還是日常生活中，有心的人們都會發現一些對自己身體的感受(可能達到“臨牀相”的標準，也可能僅僅是一些沒有達到“臨牀相”的標準的，甚至是微不足道的感受)非常執著的“養生黨”。

這些人經常在親友、醫生、心理諮詢師、宗教人士及社會善士面前表現出對自己的身體健康狀態的明顯的擔心，甚至出現明顯的焦慮、抑鬱、易激惹等心理方面的癥狀。其中的許多人因此而陷入長期的心理障礙之中，其以“身體健康狀態”為“應激源”(stressor)的“心理衝突”(mental conflict)常常達到達到“變形”的標準。

在社會生活方面，這些人也時常受到上述的對自己身體健康狀態的過度關注及擔心的嚴重影響，漠視自己在社會生活和家庭生活中應盡的責任和義務，對本職工作採取“冷冷清清、漠不關心、麻木不仁”的消極應付態度，把大量寶貴的時間、財力和精力投入在他們認為能夠對自己的身體健康狀況發生正面影響的活動(如求醫、食療、養生、民間療法、氣功、瑜珈、甚至禪修)之中，引起諸如家庭關係惡化、社交退縮等不良社會支持狀況，甚至成為世間種種偽科學“大師”及“邪教”的癡迷追隨者及受害者，連身體的健康和心態都越弄越差。

從心理諮詢師的角度來看，“養生黨”的心理狀態已經出現了明顯的偏差。其中相當多的人的心理障礙已經達到了 DSM-5 中的“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)和“疾病焦慮障礙”(Illness Anxiety Disorder)的標準；而在餘下的人中，表現

出“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder) 的典型特徵“‘軀體癥狀’+‘對(該)軀體癥狀的錯誤態度’”又佔了大多數，祇是由於診斷上的種種原因未將其歸入到上述兩種心理障礙的患者之中而已<sup>20</sup>。

從臨牀的角度來看，不管依據 DSM-5 作出的診斷是怎樣的，心理諮詢師/精神科醫生<sup>21</sup>所要面對的不是一個被貼上了診斷的標籤的文件袋，而是一個具有明顯的“‘軀體癥狀’+‘對(該)軀體癥狀的錯誤態度’”的活生生的人。不管依據 DSM-5 對他/她作出了何等程度的診斷，從事臨牀工作的心理諮詢師/精神科醫生所應做的工作都是一樣的。

在臨牀工作者眼裏，一位罹患“軀體癥狀障礙”的患者的身心狀態可以藉助於“多軸(診斷)系統”(multiaxial system)<sup>22</sup>來表達出來。如果藉助於姜乾金的“壓力(應激)系統模型”<sup>23</sup>，臨牀工作者們還可以獲得一個分析問題、解決問題的新視角。

如將“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)中的“軀體癥狀”視作日常生活中的一個“應激源”(stressor)，則圍繞此“應激源”(stressor)將會出現一系列的“應激反應”(stress reaction)，而與此“應激反應”(stress reaction)相關的諸因素可歸入如下 6 個軸<sup>24</sup>：

[1]生活事件(life events)：

引起關注的“軀體癥狀”<sup>25</sup>等，包括與該“軀體癥狀”相伴出現的其餘的

20 如存在在與診斷相關的“等級制度排列”中安全層次更低的精神障礙時，可參見 I. Morrison 的《精神科臨牀診斷》(《Diagnosis Made Easy》)中的相關內容；擬或由於病程不足而被歸入“其他特定的軀體癥狀及相關障礙”(Other specified Somatic Symptom and Related Disorder)之中。

21 此處也許還要包括治療生理疾病的醫生--西醫或中醫。原因在下文中會提及。

22 這裏所提及的“多軸系統”(multiaxial system)，指的是 DSM-4-TR 中描述的多軸(診斷)系統，暫時借用到 DSM-5 中來。其定義是：

Axial 1: Clinical Disorders (but not Personality Disorder) and Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention (mosy V codes)

Axial 2: Personality Disorder (long-standing patterns, in adults) and Mental Retardation.

Axial 3: General Medical Condition.

Axial 4: Psychosocial and Enviromental Problems.

Axial 5: Global Assessment of Functioning Scale.

23 “壓力(應激)系統模型”實際上也是一種多軸的診斷系統，其細節可參見姜乾金《醫學心理學--理論，方法與臨牀》、《壓力(應激)系統模型--解讀婚姻》或姜乾金、張寧主編之《臨牀心理問題指南》中的相關內容。

24 可參見姜乾金《醫學心理學--理論，方法與臨牀》、《壓力(應激)系統模型--解讀婚姻》或姜乾金、張寧主編之《臨牀心理問題指南》中的相關內容。

25 大多數屬於“原發性”(primary)的“軀體癥狀”。

“應激源”(stressor)。

[2]壓力反應/應激反應(stress response or stress reaction):  
由錯誤的“壓力(應激)管理”(stress management)所導致的附加的身心癥狀<sup>26</sup>。攝於“多軸(診斷)系統”中軸 1 和軸 3 的範疇，其中攝於軸 3 的部分屬於醫生(包括中醫和西醫)的工作範圍，屬於軸 1 的部分屬於精神科醫生及心理諮詢師的工作範圍。

[3]應對方式(coping):  
導致“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的一系列不良的“應對方式”，屬於心理諮詢師的工作範圍。

[4]認知評價(cognition or evaluation or appraisal):  
導致“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的一系列不良的“認知評價”因素，屬於心理諮詢師的工作範圍。

[5]社會支持(social support):  
患者的社會支持狀況，包括親子關係等社會關係及生活環境因素。攝於“多軸(診斷)系統”(multiaxial system)中軸 1 和軸 4 的範疇。其中攝於軸 1 的部分屬於心理諮詢師的工作範圍，而成功的心理諮詢也能部分地改善攝於軸 4 的那部分内容。

[6]個性因素/人格(personality):  
患者的人格。攝於“多軸(診斷)系統”(multiaxial system)的軸 2 的範疇，屬於心理諮詢師的工作範圍。

藉助於上述基於姜乾金的“壓力系統模型”的分析，可以看出，要想有效地解決與“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)相關的心身癥狀，一般來說，靠醫生(中醫或西醫)、心理諮詢師或精神科醫生“單打獨鬥”都是非常困難的。如能在治療中能有效地整合各方面的資源，則可期望能夠較有效地解決問題。

Note:

(1)在“醫學”+“心理學”+“精神病學”的整合矯治模式中，“心理學”

---

<sup>26</sup>可視為“繼發性”(secondary)的“身心癥狀”。

方面所擔負的是“標本兼治”的工作，也能在“醫學”方面的工作和“精神病學”方面的工作之間起到很好的橋樑作用，因此所起的作用是十分重要的。

(2)在“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的矯治過程中，如能通過“醫學”意義下的治療有效地削弱(甚至療癒)作為最初的“應激源”(stressor)的“軀體癥狀”或由此“應激源”(stressor)所引起的“壓力反應/應激反應”相應的“軀體癥狀”，則會大大地增加患者的信心和合作程度，大大地減少“心理學”方面所擔負的“標本兼治”的工作難度<sup>27</sup>。特別是中醫在緩解與“壓力反應/應激反應”相關的“軀體癥狀”方面具有明顯的優勢<sup>28</sup>，這個資源是值得大力挖掘利用的。

(3)在緩解與“壓力反應/應激反應”相關的精神癥狀方面，中醫藥和精神科藥物都是具有一定的療效的。這也能起到增加患者的信心和合作程度，大大地減少“心理學”方面所擔負的“標本兼治”的工作難度的作用。

在隨後的章節中，筆者在 Chap 3 中先總結中醫在矯治“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom)時的部分經驗教訓；其次在 Chap 4 中介紹從心理學的視角來矯治“軀體癥狀障礙”的部分經驗教訓；繼而在 Chap 5 中介紹從南傳上座部佛教的視角來矯治“軀體癥狀障礙”的部分經驗教訓。而 Chap 6 則是全文的總結。

### Chap 3. 中醫視角下的“軀體癥狀障礙”

在臨牀上所見的“軀體癥狀障礙”，可出現一系列中醫學意義下的明顯臨牀癥狀的。這些癥狀基本上<sup>29</sup>都攝於“壓力反應/應激反應”軸與“多軸(診斷)系統”中軸 3 方面的癥狀集合的“交集”<sup>30</sup>之中。

27 當然，即使作為最初的“應激源”(stressor)的癥狀及“壓力反應/應激反應”所導致的“軀體癥狀”被醫學治癒，一般也不能解決患者在其他方面存在的問題。因此，從心理學的角度來說，這種治癒祇能作為一種階段性的成果來看待，剩下的“治本”的問題還得靠心理諮詢師的工作來解決。

28 在緩解與“壓力反應/應激反應”相關的“軀體癥狀”方面，不管是在治療方案的多樣性、可操作性和實際療效方面，中醫學都存在明顯的優勢，能夠處理各種複雜的情況。

29 除了那些已經劃入到“生活事件”模塊中的諸“軀體癥狀”--包括引起“軀體形式障礙”(Somatic Symptom Disorder)的那組最初的“軀體癥狀”--之外，

30 此處“交集”的含義為數學意義下的“交集”。

依據前面(Chap 2)所提及的建立在姜乾金的“壓力(應激)系統模型”基礎上的分析，在矯治“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的工作中，中醫將要承擔的任務最主要的<sup>31</sup>就是改善那些攝於“壓力反應/應激反應”軸與“多軸(診斷)系統”中軸 3 方面的癥狀集合的“交集”之中的癥狀，從而為“壓力反應/應激反應”軸<sup>32</sup>的狀況的改善提供重要的、必不可少的基礎。

從中醫的視角來看，攝於“壓力反應/應激反應”軸與“多軸(診斷)系統”中軸 3 方面的癥狀集合的“交集”之中的癥狀屬於更廣泛的“情志病”的範疇，從“肝病”<sup>33</sup>的角度進行論治是比較常見的，而且自古以來已經在此方面積累了許多有益的經驗。

在這些有益的經驗中，與臨牀關係最為緊密的大抵是清代醫家王旭高的“治肝三十法”<sup>34</sup>和現代醫家劉渡舟、程昭寰等提出的“肝病”的診治系統<sup>35</sup>。除此之外，還有許多現代醫家在治療與“情志病”相關的“軀體癥狀”方面也有很多很實用的獨特經驗<sup>36</sup>。

一般說來，祇要辨證準確，治療方案得當，中醫在緩解攝於“壓力反應/應激反應”軸與“多軸(診斷)系統”中軸 3 方面的癥狀集合的“交集”之中的癥狀方面是有明顯的優勢<sup>37</sup>的，而且治療方案明確、可選擇的餘地也較大，值得大力弘揚並推廣。

欲矯治“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)，醫學的干預在絕大多數情況下是必不可少的。如果心理諮詢師/精神科醫生能夠在進行心理矯治的同時與中醫建立起良好的合作關係，同時輔助以中醫治療，則有望大大地提高療效。

## Note:

[1]王旭高說：“肝氣、肝風、肝火，三者同出異名，其中侮脾乘胃，衝心犯肺，挾寒挾痰，本虛標實，種種不同，故肝病最雜而治法最廣

31 嚴格來說，中醫所解決的問題還應包括那些已經劃入到“生活事件”軸中的諸“軀體癥狀”。

32 嚴格來說，對“生活事件”軸狀態的改善也能起到正面的作用。

33 必須強調的是，中醫所說的“肝病”與西醫所說的“肝病”並非同一概念。情志病雖非皆屬於中醫意義下的“肝病”，但其中的絕大多數卻是可以從“肝病”的角度來論治的。

34 王旭高治療“肝病”的經驗集中體現在《西溪書屋夜話錄》這篇短短的論文中。可參照劉保和《〈西溪書屋夜話錄〉講用與發揮》中的相關內容。

35 可參照劉渡舟、程昭寰《肝病證治概要》中的相關內容。

36 如王永炎、王翹楚、包祖曉、王輝武、黃煌等現代醫家的臨牀經驗。可參照相關的文獻。

37 對那些已經劃入到“生活事件”軸中的諸“軀體癥狀”，一般來說，中醫也有很好的療效。

……。”<sup>38</sup>。治療“情志病”(包括緩解那些攝於“壓力反應/應激反應”軸與“多軸(診斷)系統”中軸 3 方面的癥狀集合的“交集”之中的癥狀)對於中醫來說是一個富有挑戰性的開放課題，除了上面所提到的“從肝病的角度”論治之外，還要考慮到患者的整體身體狀況，幾乎必須調用所有已知的、有效的經驗纔能較好地完成對“情志病”的診治，非“廣學多聞”且有“真才實學”的臨牀“高手”不能為之。這方面的因素在與中醫合作之前是應該予以充分的考慮的。

[2]從中醫的角度來看，與“情志病”相關的病理至少已經達到“臟腑氣機失調”的階段，非鍼灸、按摩等經絡層面上的醫療技術所能及，必須運用藥劑進行治療。而“養生黨”們熱衷使用的刮痧、汗蒸、足浴、食療、氣功、瑜珈、斷食及種種民間療法等對此均無可靠療效，不可迷信於此而耽誤正規的治療。

[3]由於“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom)中的“軀體癥狀”的改善與惡化與其“精神癥狀”的改善與惡化密切相關，同進同退，互為“增上”，因此醫學干預應與心理諮詢同步進行方能獲得較好的進益。這是需要建立在心理諮詢師/精神科醫生與中醫的親密無間的合作的基礎之上的。否則由於“隔行如隔山”的緣故，互相之間難以有效地配合，“東一榔頭、西一棒子”，是很難獲得真正的進益的。

[4]由於“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom)中的“軀體癥狀”的改善與惡化與其“精神癥狀”的改善與惡化密切相關，同進同退，互為“增上”，因此中醫治療的療程可能很長，在治療過程中還常常會遇到由於心理方面的因素所導致的反復。這些問題都必須在醫學干預前充分地認識到，並做好足夠的思想準備。

## Chap 4. 心理學視角下的“軀體癥狀障礙”

歸根結底，“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom)所造成的損害還是主要體現在心理方面的。

從姜乾金的“壓力(應激)系統理論”的角度來看，心理治療所改善的是與“認知評價”(cognition or evaluation or appraisal)、“應對方式”(coping)、“個性因素/人格”(personality)三軸的相關的癥狀以及與“壓力反應/應激反應”(stress response or stress reaction)

<sup>38</sup> 可參照劉保和《〈西溪書屋夜話錄〉講用與發揮》中的相關內容。

軸相關的心理方面的癥狀，對與“社會支持”(social support)軸相關的問題的改善也能起到很好的正面作用。因而心理治療纔是診治“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom)的“主戰場”。儘管由於現代心理諮詢技術尚存有許多缺陷和不足，在面對達到“心理不正常”程度的心理問題時療效尚不樂觀，但是卻是很值得在臨牀和理論兩方面去付出足夠的努力的。

要達成對“認知評價”(cognition or evaluation or appraisal)、“應對方式”(coping)、“個性因素/人格”(personality)這三軸的狀態的有效改善，從“認知行爲治療”的角度入手是比較順手的：  
“認知評價”(cognition or evaluation or appraisal)軸中出現的問題與種種“功能失調性假設”(dysfunctional assumption)及“(錯誤的認知)圖式”(schema)相應；  
“應對方式”(coping)軸中出現的問題則與種種“(錯誤的認知)圖式”(schema)及與之相關的“負性自動性思維”(negative automatic thought)相應；  
而“個性因素/人格”(personality)軸中出現的問題的改善和解決是必須建立在“認知評價”(cognition or evaluation or appraisal)軸和“應對方式”(coping)軸中的相應問題的改善的基礎之上的。  
對上述三軸中所存在的問題的矯治方案統屬於“治本”的範疇。

要達成對與“壓力反應/應激反應”(stress response or stress reaction)軸中的存在的問題相關的心理方面的癥狀的改善，除了可以建立在上述“治本”方案成功的基礎之上外，還可以通過種種“轉移”(displacement)技術來直接地、暫時性地緩解這些癥狀。針對與“壓力反應/應激反應”(stress response or stress reaction)軸中的存在的問題相關的心理方面的癥狀的種種與“轉移”相關的矯治方案統屬於“治標”的範疇。

而與“社會支持”(social support)軸相關的問題的改善是必須建立在前面所提及的“治本”或“治標”的矯治方案已經獲得的(階段性的)成果的基礎之上的。

俗話說“兵無常勢，水無常形”、“急則治標，緩則治本”，要有效地制服“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)，必須根據臨牀的具體情況，穿插運用現代心理治療中的幾乎一切真實有效的矯治技術方可。這些矯治技術毫無例外地會依其工作機理及作用點的不

同而被歸入到“治標”和“治本”兩大範疇中去。雖說在矯治“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)時可以“八僊過海、各顯神通”、“百花齊放、百家爭鳴”，但是藉助於姜乾金的“壓力(應激)系統模型”，人們是可以比較嚴密而客觀地對這些矯治技術的臨牀效果進行分析和評估的。鑑於目前對“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的矯治還處於積累經驗教訓和探索的階段，是很需要一種大家都能看得懂的、通用的、能夠“成方圓”的“規矩”的。

### Note:

[1]儘管以暫時性地緩解情緒方面的癥狀的“治標”的方法可有很多的選擇，但是祇宜有限度地使用建立在“轉移”(displacement)的基礎之上的方法，不宜使用建立在“否認”(denial)、“壓抑”(repression)或“合理化”(rationalization)的基礎之上處理方案！因為臨牀上所遇到的“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)患者很多都存在明顯的“否認”(denial)、“壓抑”(repression)、“合理化”(rationalization)、“自我退行”(ego regression)、“投射性認同”(projective identification)<sup>39</sup>的傾向，這些傾向本身就屬於“心理干預”的工作目標範疇。而上述的建立在“否認”(denial)、“壓抑”(repression)或“合理化”(rationalization)的基礎之上處理方案卻會強化這些傾向，是會給後繼的“治本”的工作帶來很大的障礙的。

[2]在臨牀諮詢中可以明確地看出，缺乏“醫學干預”的支持的對“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)患者所進行心理治療是大有“舉步惟艱”的感覺的。因此承擔矯治任務的心理諮詢師必須打破“單打獨鬥”的工作模式，善於通過與中醫或西醫的合作來獲得必要的“醫學干預”，更應該學會善巧地及時利用“醫學干預”所獲得的進展來推進心理諮詢方面的進展，或為遇到反復或挫折的“醫學干預”方案“補臺”、“善後”，儘量減少損失。

[3]除了少數具有時常處於“偏執狀態”(paranoid state)的患者<sup>40</sup>

39 可參見J·布萊克曼《心靈的面具--101種心理防禦》中的相關內容。

40 實際上，這類患者是否應該診斷成“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)，是有疑問的。因為障

之外，相當多的“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的患者實際上是具有明顯的“失區別(自體-客體融合)”(dedifferentiation<self-object fusion>)、“與理想形象或客體認同”(identification with the ideal image or object)、“一種情感對另一種情感”(One effect versus another)<sup>41</sup>的傾向的。在擊破了諮詢初期階段的“抵抗”(resistance)之後，一些患者會對諮詢師表現出驚人的“依從性”和“移情”。這種“依從性”是有條件的，往往與一些帶有“控制性”的行為相伴。因其社會成熟程度普遍較低，“道德發展水平”無論是從Kohlberg<sup>42</sup>還是Gilligan<sup>43</sup>的角度來看均屬於“前習俗水平”(pre-conventional level)，在處理與人際交流溝通相關的問題時，其思維的基本出發點往往是個人的主觀感受，不習慣於考慮他人的想法，也不善於和他人合作--包括承擔“心理干預”工作的心理諮詢師，在依從性方面往往出現“越熟越難合作”的現象，值得從事“心理干預”工作的同行們預先提起足夠的注意。

[4]相當多的“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的患者對於自己健康狀態的關注程度過高，甚至能夠達到或接近於“兩耳不聞窗外事，一心專念臭皮囊”的程度，這種現象從發展心理學的角度來看實際上是一種明顯的“退行”(regression)行為，直接會導致社會功能及“自我”功能的退化。因此在選擇與“轉移”(displacement)相應的“治標”方案時，慎勿選擇那些帶有增加對身體健康的關注程度的“副作用”(side effect)的方法—如鼓勵患者將大量時間花在觀察身體的感受等！以防加重患者既有的“軀體化”(somatization)<sup>44</sup>傾向，導致情況進一步惡化。

[5]在矯治“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的過程中，種種“治本”的方法見效較慢，而種種“治標”的方法相對來說見效較快，但是要使對“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的矯治成果鞏固下來，是必須在“治本”的方案中獲得較

---

礙心理治療取得成果的控制性因素很可能是比較泛化的“偏執狀態”，而不是比較具體的“對‘軀體癥狀’的錯誤態度”，此時“心理干預”的整個思路就要變了。

41 可參見J·布萊克曼《心靈的面具--101種心理防禦》中的相關內容。

42 可參照戴維·謝弗《社會性與人格發展》(《Social and Personality development》)中的相關內容。

43 可參照Carol·Gilligan《In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development》和《Mapping the Moral Domain: Contribution of Women's Thinking to Psychological Theory and Education》中的相關內容。

44 可參見J·布萊克曼《心靈的面具--101種心理防禦》中的相關內容。

明顯的進展的<sup>45</sup>；而種種“治標”的手法是必須有限度地使用的，不宜因此擠佔或衝擊種種“治本”的手法的應用。進行“心理干預”的心理諮詢師在這個問題上必須有足夠的認識，否則容易出現對矯治效果的誤判和對進一步的工作目標與工作方法的錯誤選擇。

## Chap 5. 南傳上座部佛教視角下的“軀體癥狀障礙”

由於南傳上座部佛教本身就內嵌了一套較為完整的臨牀心理學系統<sup>46</sup>，因此從南傳上座部佛教的視角出發也可以形成一套對“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的“心理干預”方案，這個方案與在 Chap 4 中所提及的心理學意義下的“心理干預”方案在內涵和外延方面都是基本上相通的<sup>47</sup>。因此，在真正進行“心理干預”時，對在 Chap 4 中指出的種種問題也是需要提起足夠的注意的。

不過，由於南傳上座部佛教的“人生觀、價值觀和生活理念”與非佛教系統的心理學工作者不同，這種不同是會給“心理干預”帶來某些不同的視角和價值評判的。

從南傳上座部佛教的角度來看，“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder) 兩大特點中的“對‘軀體癥狀’的錯誤態度”實際上屬於“對屬於‘身受’範疇中的‘苦受’的執着”和“對屬於‘色法’範疇中的‘色身’的執着”的範疇，是需要通過“心理干預”來予以矯治的。在實際的臨牀工作中，往往更注重於在“認知”(cognition)和“行爲”(behavior)的改善方面用功，較少使用種種建立在“轉移”(displacement)的基礎上的技術。

### Note:

[1]在診斷方面，由於南傳上座部佛教是一個包括“戒定慧基本三學”的完整修行系統。因此藉助於南傳上座部佛教的視角，是比較容易認識到患者在“認知評價”(cognition or evaluation or appraisal)、“應對方式”(coping)和“個性因素/人格”(personality)等三個軸方向的問題的<sup>48</sup>。由於南傳上座部佛教

45 對於一位罹患多種慢性基礎疾病的病人來說，“某些臨牀癥狀的緩解”與“疾病的療癒”當然是不同概念！

46 可參見筆者在西園論壇的舊文《南傳上座部佛教中的認知行爲治療》中的相關內容。

47 可參見筆者在西園論壇的舊文《南傳上座部佛教中的認知行爲治療》中的相關內容。

48 可參見筆者在西園論壇的舊文《南傳上座部佛教中的認知行爲治療》中的相關內容。

與世間心理學在觀念上的不同，在對作為與“嗔”相應的負性自動性思維的歸因方面不僅能夠識別出世間心理學工作者能夠識別出來的“嗔”，而且能夠識別出世間心理學工作者們較難認同的“貪”，並且能藉此而給出相當明確的矯治方向。這是南傳上座部佛教視角的一項重大的長處<sup>49</sup>。

[2]由於南傳上座部佛教信眾的“人生觀、價值觀和生活理念”與患者迥然不同，雖然在診斷中會使用南傳上座部佛教的視角，但是在“心理干預”的過程中應時刻提醒自己注意從患者能夠理解接受的角度進行思考，其干預方案也應是患者能夠理解接受的<sup>50</sup>。否則將會出現“雞同鴨子說話”、“看人挑擔不腰疼”等問題。

## Chap 6. 分析與思考

與“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)相關的一組癥狀“‘軀體癥狀’+對‘軀體癥狀’的錯誤態度”在臨牀上是相當常見的。其中，最終被診斷為“軀體癥狀障礙”(Somatic Symptom Disorder)的並不少。

從姜乾金的“壓力(應激)系統模型”的角度進行分析，此問題並不像初看起來那麼簡單。實際的矯治過程也證實了這一點，無論是“醫學干預”還是“心理干預”都需要面對一系列互相交纏甚多的身心癥狀，“牽一髮而動全身”，能在短期內獲得明顯的、穩定的療效者並不是很多的。

在矯治過程中，真正的挑戰出現在作為整個矯治方案的主戰場的“心理干預”上。要成功地完成“心理干預”的任務，不能“頭痛醫頭、腳痛醫腳”，要做“打大仗、打硬仗”的心理準備，準備面對在“認知評價”(cognition or evaluation or appraisal)、“應對方式”(coping)和“個性因素/人格”(personality)等三個軸方向的表現出來的一切相關的問題並予以及時準確的處理纔行。

歡迎同行們批評指正！

49 可參見筆者在西園論壇的舊文《南傳上座部佛教中的認知行為治療》中的相關內容。

50 儘管這對於心理諮詢師們來說是一個重大的挑戰。