

分离障碍综述

谢松林

福建师范大学心理学院, 福建 福州

收稿日期: 2024年5月16日; 录用日期: 2024年7月29日; 发布日期: 2024年8月7日

摘要

分离障碍, 这一曾经被广泛称为癔症的精神障碍, 在现代医学和社会心理学领域正逐渐受到更为深入的关注。随着科学技术的进步和社会文明的发展, 有必要对分离障碍的历史演变、诊断分类、鉴别诊断以及治疗方法进行更为全面的梳理和总结。首先, 从历史角度看, 分离障碍的名称经历了多次变迁, 从最初的癔症到现在的分离障碍, 每一次更名都反映了医学界对该疾病认识的深化和观念的更新。这种变化不仅体现了医学知识的进步, 也体现了对精神障碍患者更为人性化和科学的关怀。其次, 在诊断与分类方面, 随着国际疾病分类标准的不断更新和完善, 分离障碍的诊断标准也日趋明确和具体。通过严格的诊断标准, 我们可以更准确地识别出分离障碍患者, 为他们提供更为精准的治疗方案。再者, 鉴别诊断是分离障碍治疗中不可忽视的一环。由于分离障碍的症状表现多样且复杂, 很容易与其他精神障碍相混淆。因此, 我们需要通过详细的病史询问、体格检查以及必要的心理测试等手段, 对分离障碍进行准确的鉴别诊断, 确保患者得到正确的治疗。针对不同患者的病情和需求, 我们应有的放矢地进行治疗, 帮助患者克服障碍, 恢复正常的社会功能。综上所述, 分离障碍作为一种常见的精神障碍, 其研究和实践正逐渐深入和完善。

关键词

癔症, 分离障碍, 综述

Review of Dissociative Disorders

Songlin Xie

School of Psychology, Fujian Normal University, Fuzhou Fujian

Received: May 16th, 2024; accepted: Jul. 29th, 2024; published: Aug. 7th, 2024

Abstract

Dissociative disorder, once widely known as hysteria, is receiving more attention in the fields of modern medicine and social psychology. With the progress of science and technology and the de-

velopment of social civilization, it is necessary to sort out and summarize the historical evolution, diagnosis and classification, differential diagnosis and treatment methods of dissociative disorder more comprehensively. First of all, from a historical point of view, the name of dissociative disorder has undergone many changes, from the initial hysteria to the current dissociative disorder, and each name change reflects the deepening of the medical community's understanding of the disease and the renewal of concepts. This change not only reflects the progress of medical knowledge, but also reflects a more humane and scientific care for patients with mental disorders. Secondly, in terms of diagnosis and classification, with the continuous updating and improvement of the International Classification of Diseases (ICD) standards, the diagnostic criteria for dissociative disorders have become increasingly clear and specific. Through strict diagnostic criteria, we can more accurately identify patients with dissociative disorders and provide them with more precise treatment options. Furthermore, differential diagnosis is an important part of the treatment of dissociative disorders. Because the symptoms of dissociative disorder are diverse and complex, they can be easily confused with other psychiatric disorders. Therefore, we need to make an accurate differential diagnosis of dissociative disorder through a detailed history, physical examination, and necessary psychological testing to ensure that patients receive the correct treatment. Depending on the patient's condition and needs, we treat patients in a targeted manner to help them overcome obstacles and return to normal social functioning. In summary, as a common mental disorder, the research and practice of dissociative disorder are gradually deepening and improving.

Keywords

Hysteria, Dissociative Disorders, Review

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

DSM-5 中认为分离障碍的显著特征是患者意识、身份、记忆、感知、情感、躯体感受、运动以及行为等正常功能的紊乱或中断, 这些功能在正常情况下是整合且协调的[1]。分离障碍, 这一精神障碍的发作, 通常被认为与某些特定的基础特征紧密相关。这些特征包括高度的情绪反应、自我中心的倾向、易受暗示影响的特性以及丰富的幻想能力等, 这些特点有时被称为“癡症型人格”。然而, 值得注意的是, 并非所有展现这些特征的人都会经历分离障碍的发作, 也有研究指出癡症发作与所谓的癡症性人格之间并不存在绝对的因果关系。分离障碍的发病年龄多集中于壮年期, 特别是当个体遭遇强烈的精神刺激时, 分离障碍更容易被触发。不过, 值得庆幸的是, 这种障碍往往能够在较短时间内消退, 且预后效果良好, 大多数患者能够恢复正常的社交和生活功能。Shahab 等的研究显示这一谱系疾病的患病率约为 0.8%~2.8%, 其在神经影像学方面涉及眶额皮质等脑区的活性和体积异常[2]。随着社会科学的发展, 人们对分离障碍有了更多的重视和认识。

2. 概念与更名

分离障碍并非是一开始的分类和命名。在《国际疾病分类(第 11 版)》中, 这一疾病称为分离障碍, 本文沿用这一称名。其实, 分离障碍这一疾病的有一定的发展历史。最早以“分离”解释多重人格的心理机制。于是, 在 DSM-I 仅设置的 3 类精神疾病中的神经症就包括了“分离性反应”和“转换性反应”。

DSM-II 中将精神疾病扩大到 10 类,“分离型癔症”和“转换型癔症”则作为癔症性神经症的亚型加以归类。DSM-III 中最大的变化是采用了症状描述性定义并设置了“躯体表现性”障碍这一全新概念。“转换型障碍”被归类到“躯体表现性障碍”分类中,而“分离性障碍”则作为独立的诊断概念。而后在 DSM-IV 和 DSM-5 中分离性障碍分类基本没有再发生过变动。在国际卫生组织(WHO)制定的 ICD-9 中,对神经症性障碍进行 10 个亚型的划分,而在 ICD-10 中,“癔症”更名为分离性障碍作为独立的疾病诊断。在最新版的 ICD-11 中,将“癔症”更名为“分离障碍”,不再纳入“转换障碍”。因此,综合文献以及前人相关研究,本文决定沿用 ICD-11 中的“分离障碍”这一称名[3]。

可以见得,以上两套诊断标准与系统对分离障碍的定义是相近的。DSM-5 认为分离障碍通常见于创伤后,许多症状的加重与近期的应激事件相关。郝凤仪,张道龙认为分离障碍的特征体现在个体在意识、身份认知、记忆留存、情感状态、感知能力、身体感受、动作执行以及行为表现上的正常整合出现了显著的紊乱或中断[4]。根据国际疾病分类第 11 版(ICD-11),分离障碍的特征在于精神过程的不自主整合性中断,且可能表现为完全或部分的中断或不连续。值得注意的是,分离障碍的症状具有高度的动态性和变化性。患者可能会经历症状的快速变化,甚至每天或每小时都可能出现不同的表现(ICD-11),这种多变性和不可预测性使得分离障碍的诊断和治疗更具挑战性。此外,分离障碍的症状也并非某种特定文化或宗教实践的正常表现。

在诊断分离障碍时,有一个核心要求:分离症状必须达到足够严重的程度,以致于它们对患者的社会功能造成了显著的损害。这是根据国际疾病分类标准(如 ICD-11)所规定的。

值得注意的是,无论症状的具体表现如何,只有当它们达到一定的严重性和影响范围时,才能被诊断为分离障碍。这一标准确保了诊断的准确性和一致性,有助于为患者提供更为精准和有效的治疗。

3. 诊断与分类

DSM-5 和 ICD-11 这两种诊断系统对于分离障碍的诊断大相径庭,略有差异。具体来说,两个常用的诊断系统中均包括了分离性遗忘症、分离性身份障碍以及人格解体/现实解体障碍等相同的疾病。这些疾病在症状表现上具有一定的共性,但各自又有其独特的诊断标准和特征。DSM-5 和 ICD-11 对于分离障碍的成因,多数观点一致地认为这类疾病可能与个体所经历的创伤或应激性事件紧密相关。

两套系统的评判差异大致如下。ICD-11 包括的亚型与 DSM-5 的亚型略有差异,例如 ICD-11 中的亚型:瘫痪或无力对应 DSM-5 亚型中的不正常运动型,相似的例子还有很多,在此不一一枚举。“分离性神经症状障碍”是 ICD-11 中的疾病,而在 DSM-5 中被称为“功能性神经症状障碍”,归于躯体症状及相关障碍(Somatic Symptom and Related Disorders)这一章。在不同的诊断系统中,出神障碍、出神附体障碍以及部分性分离性身份障碍的归类和设置存在明显的差异。这种差异源于各个诊断系统对症状表现、成因以及治疗方法的不同理解和定义。在 ICD-11 中,出神障碍、出神附体障碍及部分分离性身份障碍被作为一种独立的分离障碍而存在(ICD-11)。在 DSM-5 中,分离性遗忘症、分离性身份障碍和人格解体/现实解体障碍这三种疾病被归类于“其他特定的分离障碍”中,而非作为独立的疾病类型。

两套诊断系统之间的互相参考,不仅为临床医生提供了更为全面的视角,也有助于我们更深入地理解分离障碍的核心诊断特征。DSM-5 也提示分离障碍和转换障碍是容易同时存在的这种跨系统的交流和融合,对于帮助临床工作者进行准确诊断有指导性意义[5]。

4. 区别诊断

目前对分离障碍疾病的病因不清,主要认为是受环境和患者性格因素影响。患者的临床表现多种多样,大多数患者就诊于非精神科,这些情况导致了该疾病诊断的难度增加。

若从临床特征入手,癔症容易与精神分裂混为一谈。不同于精神分裂症,癔症是一种由强烈的精神

刺激,如情绪、情感波动或重大生活事件所引发的精神疾病,其典型特征包括解离和转换症状。大部分患者或其家属能明确指出导致癔症发作的具体原因。

而精神分裂多发生在青壮年,起病方式可能较为缓慢或亚急性。精神分裂症的症状复杂多样,主要包括思维障碍(如联想困难、逻辑混乱、妄想等)、情感障碍(如情感淡漠、情感反应异常等)、幻觉,以及意志和行为的异常。值得注意的是,这类患者通常无法意识到自己的病态表现,否认自己患病。他们往往没有意识障碍或智能下降的迹象。Renard 等提出,在体格检查和神经系统检查中,通常也没有发现特殊的病变或异常[6]。精神分裂症病程一般反复迁延,但有的患者经过治疗后可保持痊愈或基本痊愈状态。Ahsan 等认为区分这些分离障碍患者的关键在于他们是否具备完整的现实检验能力。这一能力对于区分患者与其他精神状况至关重要[7]。

在诊断中,分离性身份障碍的患者常展现出多重人格特征,这需与边缘型人格障碍进行区分。边缘型人格障碍通常表现为情感管理的长期困难、冲动行为以及人际关系的持续不稳定。相比之下,分离性身份障碍的特点在于患者在不同身份和人格状态间切换,且在切换过程中存在明显的记忆断层。

另外,Joos 等认为分离性身份障碍的个体可能出现惊厥样表现[8],这就需要再临床工作者在诊断时将分离性身份障碍患者与正处于惊厥发作的病患加以区分。这些现象涵盖了多种认知与体验层面,如人格的解离感、对现实认知的扭曲、灵魂出窍般的超常体验、记忆的遗忘片段、意识的短暂中断、视觉或听觉上的幻觉,以及情感和思维的非自主涌现。为了准确区分真正的惊厥发作与分离性身份障碍中可能出现的类似惊厥表现,正常的动态脑电图监测结果扮演着关键角色,为医生提供了有效的鉴别依据。

值得注意的是,Hyland 等认为分离障碍在 DSM-5 和 ICD-11 这两大诊断系统中均被置于创伤及应激障碍之后,体现了分离障碍与应激相关障碍之间的紧密联系[9]。PTSD 患者也会有分离症状,甚至可能共病,但仍需我们进行慎重的鉴别。首先,创伤后应激障碍患者常展现出分离症状,具体表现为:一是对创伤事件某些细节的遗忘;二是经历分离性闪回,即仿佛重新经历创伤,同时对自己当前的处境感知变得模糊;三是出现侵入性和回避性症状,包括认知和情绪上的负面改变,以及对创伤事件的持续高度警觉状态。张小梅、张道龙等认为不能仅仅因为这些症状的出现而认为该 PTSD 患者同时有分离障碍,仍需根据其他临床症状进行进一步区分诊断[10]。

5. 治疗

5.1. 心理治疗

分离转换性障碍的症状常受心理因素影响,通过合适的解释、暗示和情绪疏泄疗法,我们可以为患者带来正面影响。这些方法不仅有助于提升患者对病情的认知,还能增强他们对治疗方法的信心,使不良情绪得到及时释放。目前对于分离转换障碍患者的心理治疗方法主要包括暗示疗法、催眠疗法及行为疗法。

胡佩诚认为暗示疗法是一种心理治疗方法,通过语言或非语言的手段,由治疗师引导个体间接地接受建议或指令,以实现治疗目标[11]。这种方法侧重于非直接的沟通方式,使个体在不知不觉中受到影响,从而改善心理状态。如对于分离障碍患者应采取人性化的治疗方式,采取关心、同情患者,同时也要耐心听取他们的倾诉,引导患者正确地对待疾病本身。另外,庞月萍等的相关研究认为家庭支持对暗示治疗分离障碍疗效非常显著[12],因此对分离障碍患者取的家庭人员的支持也是至关重要的。

催眠疗法(hypnotherapy)催眠疗法通过特定的暗示引导个体进入一种精神放松、顺从的状态,从而为实现治疗目的创造条件。值得注意的是,根据研究显示,催眠本身并非直接的治疗手段,而是心理治疗中的一种辅助技术。然而,它在分离障碍的治疗中展现出了显著的效果,为这类患者提供了有效的治疗途径。

行为疗法是通过采用系统脱敏疗法、厌恶疗法、操作学习疗法等方法使分离障碍患者循序渐进地逐步适应现实环境的过程。崔光成,研究证实分离障碍患者在对自我症状的探索 and 自悟的认知心理治疗时,能够不断地提高对周围环境的适应能力[13]。此外,陈银娣提出为了缓解患者的状况,亲属可以采取积极的方式,如故意引导患者将注意力转向他们感兴趣的活动或话题,或者暂时让患者离开当前的环境,以便他们能从不同的视角和环境中得到放松和转移注意力,可以有效的改善症状[14]。

此外,还可以通过生物反馈治疗仪记录患者的生理数据(如肌肉紧张度、皮肤温度、呼吸频率)并反馈给患者,让患者学会彻底放松、舒缓压力、改善症状。目前随着心理治疗领域的不断发展与进步,各种心理治疗流派以及方法百花齐放、层出不穷,对于不同的精神障碍,如何采用合适的方法,抑或是选择合适的咨询师、心理治疗师,关键在于有的放矢的寻找适合分离障碍患者的治疗手段,才能够最大程度的发挥心理治疗的作用。

5.2. 药物治疗

当前,对于分离障碍的治疗尚无特效药物,主要依赖心理治疗为基础,并结合对症治疗。在药物治疗方面,选择性五羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)被用来缓解患者的焦虑、抑郁症状,例如盐酸氟西汀和盐酸舍曲林等是常用的药物。值得一提的是,张国珏的研究显示,将心理治疗与药物治疗相结合,其长期疗效较单纯药物治疗更为显著[15]。

对于癔症性精神病或痉挛发作的患者,由于病情特殊性,正规的精神心理治疗可能难以实施。此时,小剂量的抗精神病药物或抗抑郁药物便成为控制分离障碍的有效选择。这样的治疗方案旨在为患者提供更为全面、个体化的治疗,以期达到最佳的治疗效果。

5.3. 物理治疗

电兴奋疗法是一种治疗手段,它通过短时间内在病变部位施加大剂量的感应电流来激发组织活力。电兴奋疗法能通过调整精神动力学的防御机制,以及平衡神经递质和纠正内分泌紊乱,达到治疗分离障碍的目的。沈建华提出这种疗法在精神健康领域展现出了独特的治疗潜力和效果[16]。

研究发现,无抽搐电休克(MECT)治疗可以作用于多条神经进而产生效果。临床工作者的研究表明,该疗法效果良好。张虹等认为电针联合暗示治疗效果优于药物暗示,且体现出较低的风险[17]。

总之,分离转换障碍是一种多因素引起的非器质性的精神病,针对其的治疗应采用综合疗法。目前对该病的治疗主要包括心理疗法、物理疗法及药物疗法。以心理治疗为主,药物及物理治疗为辅,且取得患者、家属以及社会的积极合作才能获得满意的效果。

5.4. 中医治疗与心理治疗的跨学科治疗视角

中医对于分离障碍的治疗是近年来在国内新兴的治疗方法。中医理论认为分离障碍的本质是由于患者长期的不良心态以及不良精神刺激而导致的一种心理疾病,具体的症状表现为不良的精神刺激打破了五脏六腑与身体的平衡状态,导致气血循环不畅,最终发病[18]。因此有学者基于中医的情志理论,并结合心理咨询的手段,为治疗分离障碍提供了新视角。情志疗法强调在第一时间准确地找到问题的症结所在,通过针对性情绪处理来缓解症状,并且通过深入接触患者,建立良好的关系,帮助患者释放内心的压抑情绪,缓解心理冲突。在治疗的过程中教导患者如何调节自己的情绪状态,提高自我情绪管理能力,从而减少情绪对身心健康的影响。具体方法如下:1) 情绪处理:通过回忆、表达、释放等方式,帮助患者处理早年经历带来的情绪问题。例如,可以使用情绪释放技术(Emotional Release Technique)或情绪聚焦疗法(Emotion-Focused Therapy)等方法。2) 认知重构:帮助患者重新审视自己的认知模式,纠正扭曲

的思维和信念，建立积极的自我认知和态度。3) 家庭支持：鼓励家庭成员参与治疗过程，学习如何理解和支持患者，共同营造一个有利于患者康复的家庭环境。

6. 不足与展望

分离性障碍作为一种历史悠久的临床综合征，长期以来一直备受争议，其确切性质与认知仍较为模糊，且常被视为精神分析理论中的重要组成部分。在 2003 年美国精神病学协会发布的《自杀行为评估和治疗指导原则》中，并没有明确提及，但 Saxe 等在对比分离性与非分离性障碍的 14 例病例后，我们观察到分离性障碍患者拥有更为显著的自伤历史[19]。具体而言，这类患者在自伤次数、自杀观念、慢性自杀观念以及自杀企图等方面，相较于普通人群，均表现出明显的增高趋势。这一发现提示我们，未来的研究应当更加关注分离性障碍患者在自杀方面的倾向与表现，以便为他们提供更精准的干预与支持。

另外，由于癫痫和分离障碍在临床表现上极为相似，仅靠临床症状诊断的准确率就没有那么高。而随着科技的发展，这也促进了仪器设备的发展与应用。只有建立在客观的数据、诊断标准上，才能从根本上降低分离障碍的误诊率。此外，分离障碍发作的症状可与多种躯体疾病相似，患者往往前往综合医院就医，而综合类医院的医生对精神类疾病了解相对较少，临床医生往往有躯体疾病先入为主的想法，有时无法做出准确诊断。这就要求医疗卫生机构，加大对临床易见的精神类疾病普及力度，注重临床工作者在精神医学方面的学习，使其掌握相关的知识，从而更加准确的鉴别出精神类疾病。最后要加强患者的体格检查，以求准确诊断。

参考文献

- [1] 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, 2016: 167-169.
- [2] Lotfinia, S., Soorgi, Z., Mertens, Y. and Daniels, J. (2020) Structural and Functional Brain Alterations in Psychiatric Patients with Dissociative Experiences: A Systematic Review of Magnetic Resonance Imaging Studies. *Journal of Psychiatric Research*, **128**, 5-15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.006>
- [3] WHO (2019) ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics/Dissociative Disorders.
- [4] 郝凤仪, 张道龙. 分离障碍的核心特征与治疗[J]. 四川精神卫生, 2018, 31(2): 163-165.
- [5] 肖茜, 张道龙. ICD-11 与 DSM-5 关于分离障碍诊断标准的异同[J]. 四川精神卫生, 2020, 33(5), 471-475.
- [6] Renard, S.B., Huntjens, R.J.C., Lysaker, P.H., Moskowitz, A., Aleman, A. and Pijnenborg, G.H.M. (2016) Unique and Overlapping Symptoms in Schizophrenia Spectrum and Dissociative Disorders in Relation to Models of Psychopathology: A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, **43**, 108-121. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw063>
- [7] Ahsan, M.S., Roy, J., Shah, M.A., et al. (2018) Psychotic Symptoms in Dissociative (Conversion) Disorder in two Tertiary Care Hospitals in Bangladesh. *Mymensingh Medical Journal*, **27**, 520-526.
- [8] Joos, A., Baumann, K., Scheidt, C.E., Lahmann, C., König, R., et al. (2017) Differenzialdiagnose dissoziativer Anfälle. *Der Nervenarzt*, **88**, 1147-1152. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0401-4>
- [9] Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M. and Karatzias, T. (2019) The Relationship between ICD-11 PTSD, Complex PTSD and Dissociative Experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, **21**, 62-72. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>
- [10] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 第 5 版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 283-299.
- [11] 胡佩诚. 医护心理学[M]. 北京: 北京大学出版社, 2002: 123-127.
- [12] 庞月萍. 应用家庭干预辅助暗示疗法治疗癔症的疗效分析[J]. 中国中医药资讯, 2011, 3(8): 2.
- [13] 崔光成, 邱鸿钟. 心理治疗学[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2006: 49-80.
- [14] 陈银娣, 汪作为, 张少平, 等. 抑郁症患者家庭功能调查[J]. 临床精神医学杂志, 2006, 16(4): 193-194.
- [15] 张国珏. 综合医院 257 例急诊癔症的临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2008, 2(24): 2.
- [16] 沈建华. 关于电抽搐治疗的探讨[J]. 临床精神医学杂志, 1998, 8(4): 227.

-
- [17] 张虹, 曹雷, 周磊, 等. 电针配合语言暗示治疗转换型癔症 60 例临床分析[J]. 吉林大学学报(医学版), 2011, 37(4): 745-745.
- [18] 钟慧芳, 郭文龙. 基于以情胜情理论探讨分离障碍治疗[J]. 光明中医, 2024, 39(12): 2485-2487.
- [19] Saxe, G.N., Chawla, N. and Van der Kolk, B. (2002) Self-destructive Behavior in Patients with Dissociative Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, **32**, 313-320. <https://doi.org/10.1521/suli.32.3.313.22174>