

# 躯体变形障碍研究进展

郑铮<sup>1,\*</sup>, 张宁<sup>1</sup>, 何伦<sup>2</sup>

(1.南京医科大学附属脑科医院, 江苏 南京 210029; 2.东南大学医学人文学系, 江苏 南京 210009)

【摘要】 躯体变形障碍(BDD)是一种对想象或轻微外表缺陷的先占观念。作为一种精神障碍, BDD 不仅危害患者的身心健康, 还易引发复杂的医疗问题。本文总结了近年来有关躯体变形障碍的流行病学、病因、临床特征, 以及治疗发面的进展, 并对躯体变形障碍的名称由来作一回顾。

【关键词】 躯体变形障碍; 体像障碍

中图分类号: R395.4

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2006)06-0612-02

## A Review on Body Dysmorphic Disorder

ZHENG Zheng, ZHANG Ning, HE Lun

Affiliated Nanjing Brain Hospital, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China

【Abstract】 Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by a preoccupation with an imagined or slight defect in appearance. As a kind of psychiatric disorder, BDD can endanger patients' physical and mental health. And it is apt to cause complicated medical problems. This article has reviewed the prevalence, epidemiology, clinical feature, causes and treatment of BDD.

【Key words】 Body dysmorphic disorder; Body image disturbance

躯体变形障碍(Body Dysmorphic Disorder, 简称 BDD)是一种对想象的或轻微外表缺陷的先占观念。这种先占观念不仅给个体带来显著的痛苦, 还可能引起职业、社交功能或其他重要功能的损害, 并且这种观念的原因无法用其他精神障碍来解释(例如, 厌食症患者对自己体形的不满)。近二十年来, 国外学者对该病症进行了系统的理论与实践研究, 但是国内的相关研究起步较晚, 并且在早期的研究中混淆了躯体变形障碍和体像障碍这两个概念。对于精神科和心理科医生, 如何将 BDD 与其他精神疾病进行准确地鉴别, 也是一个相当棘手的问题。另一方面, BDD 也需要全面的本土化研究。

## 1 躯体变形障碍名称的由来

躯体变形障碍其实是对一种综合征的新称呼。在此之前, 国外学者曾用不同的名称来描述该综合征, 其中最常用的是 100 多年前由 Morselli 提出的“畸形恐惧”(dysmorphophobia)一词, 其含义是虽然一个人的外表正常, 但是他却拥有自己外表丑陋或缺陷的主观感受, 并且认为自己引人注目。20 世纪初, 欧洲的精神病学家开始对该综合征进行丰富多彩的描述, 但是它未被列入 ICD-8 及 ICD-9, DSM- 及 DSM- 也未将其列入。在 DSM- 中, “畸形恐惧”首次出现在美国精神疾病分类表中, 但是它仅作为非典型躯体形式障碍的一个例子, 并且没有诊断标准。直至 1987 年, 在 DSM-R 中, “畸形恐惧”才被作为正式的诊断, 并更名为躯体变形障碍(BDD)。1994 年, DSM- 将 BDD 作为独立的疾病单元归入躯体形式障碍。在我国的 CCMD-3 中, 该病症被列入疑病症, 尚未成为一个独立的诊断。

## 2 流行病学

BDD 在人群中的总患病率为 1-3%<sup>[1]</sup>, 并且不存在男女差异<sup>[2,3]</sup>。其中大学生的患病率最高, 为 4-13%<sup>[4]</sup>, 而 14-19 岁的

患病率为 2.2%<sup>[5]</sup>, 36-44 岁的患病率为 0.7%<sup>[6]</sup>。由于 BDD 患者会求助于皮肤科或整形科医生以改善自己的“缺陷”, 因此皮肤科和整形科的患病率高于普通人群。Crerand 等<sup>[7]</sup>的研究表明, 皮肤科的患病率为 9-15%, 整形科的患病率为 7-15%。日本的一项调查显示, 在 415 名整形科求术者中, 65%的男性和 40%的女性都有不同程度的精神障碍, 其中 20%的男性和 3%的女性符合 BDD 的诊断标准<sup>[8]</sup>。

BDD 通常始于青少年, 尤其是 14-20 岁<sup>[9]</sup>。大多数患者在接受治疗时, 其症状至少已经持续了 6 年。如果不接受治疗, BDD 会持续数年甚至数十年, 且多数患者的症状会随病程进展而更加严重。66%-85%的患者从未结过婚<sup>[9]</sup>, 男性患者的单身比例可能高于女性患者<sup>[9]</sup>。

## 3 病因及影响因素

关于 BDD 的病因, 目前尚无定论。虽然有不少学者基于临床经验、体像研究, 以及案例研究, 提出了多个整合生物、心理, 以及文化因素的 BDD 发生模型, 但是都未能明确阐述 BDD 的发生原因。精神分析的观点认为, BDD 源自个体对性冲突、情绪冲突、罪恶感, 以及不良自我印象的无意识转换。Biby<sup>[10]</sup>提出, 个体认为有缺陷的部位其实是另一个身体部位的象征。生物学理论认为, BDD 源于 5-羟色胺的紊乱以及神经系统的损害。研究结果表明, 选择性 5-羟色胺回收抑制剂(SSRIs)治疗 BDD 有效<sup>[11,12]</sup>。Biby<sup>[10]</sup>认为, 当大脑颞叶受损时, 个体会产生身体的膨胀感, 因此患者通常感觉到并能看到自己的身体被扭曲了。当前, 研究者们最为关注的是 BDD 的认知—行为模型, 并且已经得到实证研究的支持。认知—行为模型整合了文化因素、生物易感性、心理易感性, 以及早期童年经历的影响。研究者们普遍认为, 文化因素对于 BDD 的产生和持续起了重要作用, 尤其是在强调外貌和身体吸引力的文化背景下, 不完美和缺陷被人们所否定<sup>[10]</sup>。在认知—行为模型中, 相关的文化因素还包括: 与别人或理想化的标准进行

\* 南京师范大学教科院心理系; 通讯作者: 张宁

比较;强调社会回报。从发展心理学的观点出发,BDD 通常始于青少年,因为处于这一年龄阶段的个体尤为关注自己的身体和社交。对于女孩来说,BDD 与月经初潮有一定关系,并且该年龄段的个体不论男女,通常都会出现粉刺和皮肤的变化<sup>[13]</sup>。因此 Biby<sup>[10]</sup>认为,那些自我较脆弱的青少年会因为轻微的缺陷而出现焦虑。

此外,低自尊、家庭的不和谐、不愉快的童年经历、外貌遭到家人的反复批评等,都可能影响 BDD 的发生<sup>[10,13,14]</sup>。还有研究表明,BDD 与从事艺术、设计职业或接受相关教育存在一定关系<sup>[15,16]</sup>。BDD 可能具有遗传倾向,Phillips 等<sup>[17]</sup>对 200 名患者进行调查,其中 5.8%患者的直系亲属患有 BDD。如果直系亲属中有 BDD 患者,发病风险比普通人高 4 倍<sup>[1]</sup>。

## 4 临床特征

### 4.1 关注的部位

BDD 的核心症状是对想象或轻微外表缺陷的先占观念。大多数患者抱怨的部位比较明确,还有些患者抱怨的可能是含糊不清的丑恶感。男女患者的先占观念有所不同。女性患者比较关注腹部和臀部的大小,以及头发的异常。而男性患者则较多关注头发稀少或脱发、体型瘦小、生殖器短小<sup>[9]</sup>。

Phillips 等<sup>[18]</sup>对 30 名 BDD 患者所抱怨的缺陷部位进行了统计,结果见附表。

附表 30 名躯体变形障碍患者所抱怨的缺陷部位

| 身体部位  | N  | %  | 身体部位     | N | %  |
|-------|----|----|----------|---|----|
| 体毛    | 19 | 63 | 难看的脸(全貌) | 3 | 10 |
| 鼻子    | 15 | 50 | 耳朵       | 2 | 7  |
| 皮肤    | 15 | 50 | 面颊       | 2 | 7  |
| 眼睛    | 8  | 27 | 臀部       | 2 | 7  |
| 头/脸   | 6  | 20 | 阴茎       | 2 | 7  |
| 体形/骨架 | 6  | 20 | 手臂/手腕    | 2 | 7  |
| 嘴唇    | 5  | 17 | 脖子       | 1 | 3  |
| 下巴    | 5  | 17 | 前额       | 1 | 3  |
| 腹部/腰部 | 5  | 17 | 面部肌肉     | 1 | 3  |
| 牙齿    | 4  | 13 | 肩部       | 1 | 3  |
| 腿/膝盖  | 4  | 13 | 腕部       | 1 | 3  |
| 乳房/胸肌 | 3  | 10 |          |   |    |

注:总体大于 100%,因为大部分患者认为不止一个地方有缺陷。

### 4.2 重复行为

BDD 患者通常会频繁地通过照镜子或玻璃的反射来观察自己,并且反复征求朋友或家人对自己外表的评价,以期得到这些部位是“正常”的保证,他们还会将自己的“缺陷”部位与别人进行比较。其他常见的行为包括扣挖自己的皮肤、反复求诊于皮肤科或整形科<sup>[9]</sup>。因此,对于那些反复就医但对治疗效果仍不满意的患者,应引起皮肤科和整形外科医生的高度重视,因为他们很有可能就是 BDD 患者。

### 4.3 掩盖缺陷

大多数 BDD 患者会通过帽子、化妆、体位或衣服来试图掩盖自己的缺陷。男性患者常用帽子来掩盖自己的缺陷,而女性患者则通过化妆或用手来遮盖自己不喜欢的躯体部位<sup>[9]</sup>。

### 4.4 功能损害

有研究发现,98%的患者社交功能受损,74%的患者职业

功能受损。更有甚者,为避免别人观察自己的“缺陷”而闭门不出。一些症状较轻的患者,可能不存在上述的功能损害,但是他们表现出极度的痛苦<sup>[9]</sup>。BDD 患者还可能出现自残、自杀行为。一些患者甚至会自己在家用一些自残的方法来纠正“缺陷”,例如锉掉牙齿以改变下颌的形状、用钉子钉住自己松弛的脸部皮肤<sup>[18]</sup>。

### 4.5 共病

BDD 患者通常会并发其他精神障碍,其中最常见的是抑郁<sup>[9]</sup>。那些同时患有抑郁症和 BDD 的患者与单纯的抑郁症患者相比,心理社会功能更差,因此这些共病患者发生自杀的风险要高于单纯抑郁症患者。此外,BDD 患者多伴发焦虑障碍,尤其是社交恐惧症和强迫性障碍<sup>[17]</sup>。在 BDD 与其他精神障碍的共病方面,也存在性别差异。女性患者可能同时伴有进食障碍,而男性患者更易并发物质滥用或物质依赖<sup>[9]</sup>。

## 5 诊断和治疗

BDD 的诊断十分困难,其部分原因在于患者通常试图将自己的病情隐藏。此外,DSM- 对 BDD 的诊断标准也稍显含糊和主观。为进一步提高诊断的正确率,研究者们制定了几种筛查和诊断工具: 躯体变形障碍问卷(Body Dysmorphic Disorder Questionnaire,简称 BDDQ); 躯体变形障碍量表(Body Dysmorphic Disorder Examination,简称 BDDE); BDD 用耶鲁—布朗强迫量表(Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD,简称 BDD-YBOCS); 体像障碍自评量表(A Self Rating Scale of Body Image,简称 SRSBI)。

选择性 5-羟色胺回收抑制剂(SSRIs) 治疗 BDD 有效<sup>[11,12]</sup>。有研究表明,氟伏沙明可有效缓解约 2/3 患者的症状<sup>[19]</sup>。此外,认知—行为疗法对于 BDD 也有较好的治疗效果<sup>[20]</sup>。该疗法通过对患者实施暴露—行为干预,以及认知重构来达到治疗目的。认知重构能帮助患者改变其对自己印象以及外表在自尊中重要性的歪曲认知。暴露法迫使患者在令其产生痛苦感的社交场合暴露自己的“缺陷”(例如,不遮盖“缺陷”);同时,行为干预技术迫使患者避免一些行为,例如反复照镜子、长时间化妆、遮盖自己等。因此,目前主要的治疗方法包括 SSRIs 和认知—行为治疗,其他有效的治疗方法正在探索中。

### 参 考 文 献

- 1 Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry*, 2000, 48:287-293
- 2 何家声,何伦,鲁龙光,等. 体像障碍的流行病学调查. *临床精神医学杂志*, 2001, 11(3):164
- 3 Wilson JB, Arpey CJ. Body dysmorphic disorder: suggestions for detection and treatment in a surgical dermatology practice. *Dermatol Surg*, 2004, 30(11):1391-1399
- 4 Mackley CL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg*, 2005, 31(5):553-558
- 5 Mayville S, Katz RC, Gipson MT, et al. Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 1999, 8(3):357-362

(下转第 608 页)

障碍青少年求助于专业机构与否主要由母亲决定。

多数抑郁青少年及父母都希望心理治疗。尽管抑郁障碍以及抗抑郁药物治疗知识在社会上已经比较普及,但是研究发现多数患者及家庭还是希望接受非药物治疗,一方面与中国传统文化“是药三分毒”有关,同时也与病因解释有关。本研究发现抑郁青少年和父母对抑郁病因多数归为社会、家庭与心理因素。只有 13.6% 的父母认为孩子继承了自己的抑郁焦虑遗传素质,这样的解释会影响到他们的求助行为,如过分轻视青少年抑郁症状,过分强调自我调整而延误治疗;而且不容易接受单纯生物学干预模式。因此如何顾及这些非生物因素在患者发病中的作用,直接影响青少年抑郁患者的治疗效果。

#### 参 考 文 献

- Angold A. Childhood and adolescent depression: epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152:601- 617
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282(18):1701- 1713
- Angold A, Costello EJ, Worthman CM. Puberty and depression: the role of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 1998, 28(1):51- 61
- Peterson AC, Compas BE, Brooks- Gunn J. Depression in adolescence. *American Psychology*, 1993, 48(2):155- 168
- Kovacs M. Affective disorders in children and adolescents. *American Psychololy*, 1989, 44(2):209- 215
- 陈春发. 青少年抑郁发生的有关因素及其特殊临床相. *国外医学, 社会医学分册*, 1994, 11(4):153- 160
- Frances A, Pincus HA, First MB, et al. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. American psychiatric association. Washington DC, 1994
- 汪向东, 王希林, 马弘, 主编. *心理卫生评定量表手册增订版*. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999, 12:194- 196
- Schorre BE, Vandvik IH. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry. A review of three unidimensional scales (OGAS, GAF, GAPD). *European Child Adolescent Psychiatry*, 2004, 13(5):273- 286
- 唐登华, 潘成英, 漆红. 70 例青少年抑郁障碍心理社会影响因素探讨. *中国心理卫生杂志*, 2003, 17(7): 468- 470
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse- Novak ML. Depressive disorders in childhood. I: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41(3): 229- 237
- Wu P, Hoven CW, Bird HR. Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. *J Am acad child Adolesc Psychiatry*, 1999, 38(9):1081- 1090
- Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry*, 2001, 158(12):2061- 2063
- Crerand CE, Sarwer DB, Magee L, et al. Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial plastic surgery. *Psychiatric Annals*, 2004, 34(12):958- 965
- Neziroglu F, Roberts M, Yaryura- Tobias JA. A behavioral model for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 2004, 34(12):915- 920
- Phillips KA, William M, Christina Fav. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2006, 47(2):77- 87
- Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self- esteem, somatization, and obsessive- compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1998, 54(4): 489- 499
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin of the Menninger clinic*, 1998, 62(4):33- 48
- Phillips KA. Treating body dysmorphic disorder using medication. *Psychiatric Annals*, 2004, 34(12):945- 950
- Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: A review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 2001, 21(6): 949- 970
- Phillips KA, Pinto A, Jain S. Self- esteem in body dysmorphic disorder. *Body image*, 2004, 1:385- 390.
- Phillips KA, William M. Body dysmorphic disorder and art background. *Am J Psychiatry*, 2004, 161(5):927- 928
- Veale D, Ennis M, Lambrou C. Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *The American Journal of Psychiatry*, 2002, 159(10):1788- 1790
- Phillips KA, William M, Christina Fav, et al. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 2005, 46(4):317- 325
- Durand VM, Barlow DH 著, 张宁, 等译. *异常心理学基础*, 陕西师范大学出版社, 2005.190- 191
- Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety in fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1998, 59:165- 171
- Wilhelm S, Otto MW, Lohr B, et al. Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 1999, 37:71- 75

(收稿日期:2006- 04- 19)

(上接第 613 页)

- Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry*, 2001, 158(12):2061- 2063
- Crerand CE, Sarwer DB, Magee L, et al. Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial plastic surgery. *Psychiatric Annals*, 2004, 34(12):958- 965
- Neziroglu F, Roberts M, Yaryura- Tobias JA. A behavioral model for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 2004, 34(12):915- 920
- Phillips KA, William M, Christina Fav. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2006, 47(2):77- 87
- Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self- esteem, somatization, and obsessive- compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1998, 54(4): 489- 499
- Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Clinical aspects and treatment strategies. *Bulletin of the Menninger clinic*, 1998, 62(4):33- 48
- Phillips KA. Treating body dysmorphic disorder using medication. *Psychiatric Annals*, 2004, 34(12):945- 950
- Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: A review of conceptualizations, assessment, and treatment

(收稿日期:2006- 03- 20)