

儿童功能性躯体化症状研究述评*

汪新建 张 斌

(南开大学社会心理学系, 天津 300071)

摘 要 功能性躯体化症状(Functional-somatic Symptoms, FSS)是指无法用医学知识解释, 或经医学治疗后无改善的躯体不适症状, 多发于儿童和青少年群体, 常伴随焦虑、抑郁等心理障碍共同发生。儿童 FSS 的发病受多方因素的影响, 包括社会文化、年龄、性别、家庭环境、生理易感性等。各个心理学流派从不同视角提出了儿童 FSS 的心理理论模型。心理干预, 尤其是认知行为疗法和放松-生物反馈疗法对治疗儿童 FSS 有较好的效果。

关键词 儿童; 功能性躯体化症状; 躯体化; 认知行为疗法

分类号 R395.2

1 引言

传统的生物医学模式认为, 所有的生理不适均可还原到细胞结构、生物化学或分子运动的变化; 而生物医学二元论认为疾病可以分为有客观病因的器质性障碍和无生理病理机制的功能性障碍(邓云龙, 杨德森, 2001)。功能性躯体化症状(Functional-somatic Symptoms, FSS), 又被称为“无医学解释的躯体化症状”(Medically Unexplained Symptoms, MUS), 是指无法用医学知识解释, 或经医学治疗后无改善的躯体不适症状, 多发于儿童群体中(Dhossche, Ferdinand, van der Ende, & Verhulst, 2001)。FSS 多由社会心理因素导致, 精神病学史上曾将此类心因性躯体症状称为神经症、歇斯底里症、癔症等(Husian, Browne, & Chalder, 2007)。持续时间超过 3 个月, 症状多样、变化多端且对社会和家庭功能造成一定程度损害的复合症状 FSS 患儿可能符合 CCMD-3 中躯体化障碍的诊断。儿童和青少年群体中躯体化障碍的发病率很低(Offord et al., 1987), 但是, 有学者认为诊断率低的原因在于没有专门针对儿童青少年的诊断标准, 而现行的诊断标准更适用于成年人

(Garber, Walker, & Zeman, 1991)。以 DSM-II-R 为例, 躯体化障碍诊断标准的 35 项症状中有 8 项不适用于儿童和青少年, 如痛经、性冷淡等; DDMD-3 对躯体化障碍的诊断标准中, 亦存在多项不适用于儿童青少年的躯体症状, 如生殖器不适感、异常的阴道分泌物等。

未达到躯体化障碍诊断标准的功能性躯体化症状在儿童和青少年群体中发生率很高。在儿童早期, 以报告单一躯体化症状为主, 以腹痛和头疼最为常见。随着年龄增加, 逐渐出现了躯干疼痛、失眠、疲劳等多种形式的症状(Silber, 2011)。不同功能性躯体化症状的发病率存在差异, 功能性头疼的发病率为 10%~30%; 不明原因的躯体疼痛发病率为 33.4% (Lieb, Pfister, Mastaler, & Wittchen, 2000); 肠胃系统躯体化症状的报告率为 13.3% (Lieb et al., 2000); 24% 的儿童在过去 6 个月至少出现一次过度疲劳现象(Dhossche et al., 2001); 15% 的儿童在过去两周内感到过晕眩(Brunswick, Boyle, & Tarica, 1979; Garber et al., 1991)。此外, 还有一些缺乏病理学依据但发生率较低的功能性躯体症状, 如呕吐、失声、肌肉酸痛、呼吸困难、胀气等也时有报告(Walker, Beck, Garber, & Lambert, 2009)。由于儿童 FSS 的症状表现形式多样, 加之症状数量也存在差异, 有的儿童只报告有单一症状, 有的儿童同时报告有多种症状, 这给儿童 FSS 发生率的界定带来了很大

收稿日期: 2011-11-01

* 国家社会科学基金项目(09 BSH044)

通讯作者: 张斌, E-mail: psybean@gmail.com

的困难,当前的流行病学研究多是以某一具体的躯体化症状为研究对象,缺乏对儿童 FSS 发生率系统、全面的调查。

FSS 患儿通常会频繁地进行医学检查,据统计,5%的儿科门诊来访者被诊断为阵发性腹痛(一种常见的儿童 FSS 症状)(Silber, 2011),仅有 25%~45%的阵发性腹痛患儿有相应的身体疾病证据(Gijsbers, Kneepkens, Schweizer, Benninga, & Büller, 2011)。美国有 10%~20%的卫生预算用于诊疗无病理学原因的躯体化症状患者(邓云龙,李武,唐秋萍,2002)。儿童功能性躯体化症状不仅占用了大量的公共卫生资源,对儿童正常的学业表现(Tamminen et al., 1991)、学校出勤率、家庭生活和同伴关系都有负面影响(Garralda, 2010)。

由于 FSS 在儿童群体中的高发生率及隐蔽性,加之对儿童身心健康发展的长期危害性,有必要对儿童 FSS 的发病原因、共病进行梳理,寻找病理生理学之外的社会、心理影响因素,并探索有效的心理干预对策。

2 儿童 FSS 与情绪障碍

功能性躯体化症状是以生理症状的形式表达的心理不适,或是将生理症状作为一种沟通及传递求助信号的方式,因此,FSS 与心理不适有着十分密切的联系。在对心境障碍进行诊断和评估时,失眠、乏力、食欲减退等生理症状是重要的考量因素。儿童 FSS 多与抑郁、焦虑同时发生,与攻击、反社会人格、药物滥用等外化行为问题之间的关系较小(Dhossche et al., 2001)。

儿童 FSS 常与焦虑和抑郁共同发生(Garber et al., 1991)。上世纪 70 年代,躯体化症状一度被认为是“隐性抑郁症”(masked depression),是儿童表达消极情绪的一种方式(Bschor, 2002)。约有 50%的 FSS 患儿并发抑郁或焦虑(Craig, Cox, & Klein, 2002);去医院就诊的功能性腹痛患儿中,75%被诊断为同时患有焦虑症,50%并发抑郁(Campo et al., 2004)。FSS 患儿有较多的情绪障碍,而情绪障碍患儿群体中出现躯体化症状的比率也远远高于健康儿童群体。Ginsburg 等人的研究发现,广泛性焦虑患儿比正常儿童群体表现出更多的躯体化症状,且躯体化症状与焦虑严重程度二者之间存在显著的正相关(Ginsburg, Riddle, & Davies, 2006);在被诊断为抑郁症的儿童群体中,

躯体化症状的报告率是控制组的两倍(McCauley, Carlson, & Calderon, 1991)。

既然功能性躯体化症状与情绪障碍存在如此密切的联系,那么儿童期 FSS 能否预测成年后的情绪化障碍? Dhossche 等人以自评量表作为研究工具进行了为期 13 年的纵向研究结果表明,儿童期 FSS 的数量可以预测成人功能性躯体化,但不能作为抑郁、焦虑、物质滥用等其他精神障碍的预测源(Dhossche et al., 2001; Hochstrasser & Angst, 1996),这个研究结果与 Hochstrasser 等人的研究结论一致(Hochstrasser & Angst, 1996)。但是, Zwaigenbaum 等人在对情绪化障碍的基线水平进行控制后发现,青少年早期的高躯体化症状对 4 年后抑郁症的发作具有预测效应(Zwaigenbaum, Szatmari, Boyle, & Offord, 1998),与上述研究结论相悖。对于研究结论之间的冲突,Dhossche 认为在 Zwaigenbaum 等人的研究中,儿童期的高躯体化水平并不是成年抑郁障碍发生率增加的高危因素,比值比(odds ratio)的上下限值分别为 1.08 和 5.95,对抑郁的预测效应较为轻微(Dhossche et al., 2001),而儿童 FSS 对焦虑和惊恐障碍无预测作用。研究结果支持了躯体化症状是个体表达情绪问题的一种方式,而非功能性躯体化症状引发了情绪障碍的推论。

虽然已有大量的研究成果证明了儿童躯体化症状与抑郁、焦虑等情绪障碍之间的密切关系,但是,并不是所有的情绪障碍患儿都表现出了功能性躯体化症状,儿童 FSS 与情绪化障碍之间关系的内在机制需要更多的实证研究证据支持。有研究者认为,并发抑郁、焦虑障碍的功能性躯体化症状是 FSS 众多表现类型的一种。Mulvaney 对功能性腹痛患儿进行了为期 5 年的跟踪研究,根据躯体化症状的种类和对身心的损伤程度,将躯体化症状患者分为三种类型:低风险组(low-risk group)、短期风险组(Short-term risk group)和长期风险组(long-term risk group),三个组别的患者数量分别占研究总样本的 70%、16%和 14%。前两组患儿的躯体化症状随着年龄的增加会逐渐减少,而长期风险组患儿的躯体化症状随着年龄的增加而增多。长期风险组的功能性躯体症状基线水平并不是最严重的,但是,该组患儿的焦虑、抑郁、自尊水平以及负性生活事件的基线水平显著高于另外两组(Mulvaney, Lambert, Garber, & Walker,

2006)。Mulvaney 对 FSS 患儿的分类有助于进一步研究 FSS 与情绪障碍之间的内在关系。

儿童 FSS 与情绪障碍共同发生的另一种解释认为躯体化症状与情绪障碍有着共享的神经生理机制并共同受到特定环境的影响。以阵发性腹痛(RAP)为例, 5-羟色胺是肠胃道和肠道神经系统中一种重要的神经介质, 5-羟色胺神经介质释放异常会导致肠胃功能紊乱, 与此同时, 脑-肠轴之间的神经内分泌免疫网络与情绪障碍之间存在着互动生理机制, 致使 FSS 与情绪障碍共同发生(Campo et al., 2003)。对功能性疼痛和抑郁的研究发现, 两者共同发生的原因在于相似的基因易损性与不良环境的互动。共同的基因因素包括调控单胺能、谷氨酸能、阿片样物质和抗炎性细胞因子等信号传递的等位基因功能受损。环境因素中最为主要的是心理社会应激源和生理疾病, 这两个因素都能够增加易感个体对糖皮质激素的抗性, 增加交感神经并降低副交感神经的活性, 增加炎介质递质的释放。应激——炎症通路的调节异常促进了大脑中调控情绪、疼痛和应激反应的神经回路异变, 这些功能性改变引发神经胶质通信的紊乱, 进而引发抑郁(Maletic & Raison, 2009)。

除此之外, 儿童 FSS 还与母亲的情绪障碍水平存在密切的相关。Campo 等人的研究发现, 以功能性腹痛患儿母亲为研究对象, 其抑郁和一般性焦虑的发生率高达 46.4%和 39.3% (Campo et al., 2007), 远远高于普通群体 16.6%、5.7%的平均发病率(Kessier et al., 2005)。FSS 患儿的情绪障碍可能是由于遗传、社会学习等因素从母亲处获得, 而 FSS 是儿童表达情绪问题的一种方式。由于儿童 FSS 与母亲躯体化症状之间的高相关性(Craig et al., 2002), 儿童使用躯体化症状的形式表达情绪问题亦有可能是受到母亲的影响。

3 儿童 FSS 的发病影响因素

3.1 年龄和性别

躯体化症状在学前儿童群体中即很常见(Domènech-Llaberia et al., 2004), Lieb 等人的横向研究表明, 随着年龄的增加, 成年早期(18~24 岁)比青少年(14~17 岁)报告有更多的功能性躯体化症状(Lieb et al., 2000)。但是, Dhossche 等人的纵向跟踪研究却发现, 青少年(12~16 岁)自我报告的躯体化症状并没有随着年龄的增长而增多, 但父

母报告的子女躯体化症状存在显著的年龄效应, 随着年龄的增加, 功能性躯体化症状显著增多(Dhossche et al., 2001)。上述纵向研究和横向研究结果之间的差异有可能是由于环境因素造成。儿童 FSS 的种类和数量随着年龄的增加具有一定的稳定性(Fritz, Fritsch, & Hagino, 1997; Walker, Garber, van Slyke, & Greene, 1995), 在面对同一大环境时, 不同年龄被试的躯体化表达程度存在差异。相对于成年人来说, 儿童和青少年通过情绪化的方式表达焦虑、抑郁等心理问题更容易得到家庭和社会的允许, 并获得帮助。随着年龄的增长, 一方面社会对于个体的期望发生了变化, 另一方面, 青少年逐渐习得了使用更容易被社会接受的躯体化症状的形式, 而非以情绪障碍的方式表达心理不适。

FSS 的症状种类随着年龄的增长具有一定的稳定性和延续性, 儿童期表现出的功能性躯体化症状会持续到成年早期(Fritz et al., 1997)。例如, 报告有头痛、晕眩、呕吐等症状的患儿在成年后依然会受这些问题的困扰(Dhossche et al., 2001); 被诊断为功能性腹痛的儿童, 97%在 6 年后依旧报告有腹痛症状(Walker et al., 1995)。儿童 FSS 的持续性不仅仅指具体症状的维持和延续, 还包括躯体化易感性的稳定, 儿童期有躯体化症状的个体在成年后出现 FSS 的几率比正常儿童高 6~9 倍(Dhossche et al., 2001)。

除了年龄增长的因素之外, 青春期的起始年龄与儿童 FSS 之间也存在着一定的联系。青春期起始年龄正常的青少年功能性躯体症状少于青春期提前或推后的青少年, 这种影响对女性更为显著(Rhee, 2005)。对于女性来说, 青春期的起始年龄较早, 预示着其一生的雌激素水平将维持在较高的水平上, 而较高的雌激素水平容易导致自体免疫系统疾病, 比如慢性疲劳综合征(Chronic fatigue syndrome)等躯体化症状。另外, 儿童 FSS 常与焦虑障碍同时发生, 而焦虑障碍与青春期起始年龄提前之间存在着较高的相关(Reardon, Leen-Feldner, & Hayward, 2009)。究竟是生理症状和焦虑的出现导致了青春期起始年龄的不准时, 还是青春期起始年龄错位导致青少年出现躯体化症状及焦虑障碍, 三者之间的因果关系有待进一步的研究。

性别是影响儿童 FSS 发病起始年龄和发生率

的另一个重要因素。Leib 的研究表明, 女性躯体化症状的起始年龄早于男性(Lieb et al., 2000)。流行病学数据表明, 青春期前, 儿童 FSS 的发生率并没有显著的性别差异, 但在青春期后, 女性的躯体化症状发病率明显高于男性(Dhossche et al., 2001; Garber et al., 1991)。

3.2 家庭因素

很多研究认为, FSS 是一种家族性身心问题, 在同一个家庭中, 父母、长辈和儿童常常会出现相似的功能性躯体化症状(Locke, Zinsmeister, Talley, Fett, & Melton, 2000; Walker, Garber, & Greene, 1991)。父亲的高躯体化症状水平(Walker, Garber, & Greene, 1994)、父亲的酒精滥用水平、母亲的功能性躯体化症状和母亲在儿童时期经历过的负性生活事件, 与子女的 FSS 水平和医疗卫生资源使用频率均有较高的正相关(Craig et al., 2002)。

父母的心理健康水平, 尤其是母亲的躯体化症状和焦虑、抑郁水平对儿童 FSS 的发生率有着重要影响(van der Veek, Derkx, de Haan, Benninga, & Boer, 2010)。功能性腹痛患儿的母亲有较长的焦虑、抑郁病史, 躯体形式障碍和偏头痛的发病率高于控制组(Campo et al., 2007), 母亲在子女婴儿期的焦虑水平可以预测 6 年后的儿童阵发性腹痛水平(Ramchandani, Stein, Hotopf, & Wiles, 2006)。Walker 等人对功能性阵发腹痛患儿、病理性阵发腹痛患儿以及正常儿童及其家长进行研究表明, FSS 儿童母亲的焦虑、抑郁和躯体化水平显著高于其他两组儿童的母亲(Walker & Greene, 1989)。

另外, 家庭结构的完整性和社会经济地位与儿童 FSS 发生率也存在着密切的关系。完整家庭中的儿童比单亲、离异家庭中的儿童有更少的躯体化症状; 工薪阶层、父母受教育水平较低比高社会经济地位家庭中的儿童表现出更多的躯体化症状; 儿童的 FSS 数量与家庭中的子女数目存在正相关(Campo, Jansen-McWilliams, Comer, & Kelleher, 1999)。

不良的家庭教养方式, 如父母对子女的过度保护行为(Janssens, Oldehinkel, & Rosmallen, 2009)和高期望值容易导致儿童功能性躯体化症状的发生。儿童期母亲的过度保护行为不仅会促发儿童期功能性躯体化症状, 还会增加成年后 FSS 发生的几率(Fisher & Chalder, 2003)。FSS 儿童父母对

子女症状的情感卷入远高于其他疾病的儿童(Garralda & Chalder, 2005), 父母对功能性躯体化症状的过度关注能够使得症状增加, 转移对症状的注意力则有助于减少症状的发生(Walker et al., 2006)。

3.3 负性生活事件

个体主观知觉到的负性生活事件, 如考试不及格、被同学欺负、家人生病或去世、搬家等, 是导致儿童出现 FSS 的危险因素之一(Boey & Goh, 2001), 躯体化症状的出现是儿童应对生活应激事件的一种方式。Walker 等人通过长期电话追踪访谈发现, FSS 患儿比健康儿童报告有更多的日常生活应激事件, 而应激源所引起的健康儿童与功能性腹痛儿童的负性情绪无显著差异, 但是, 健康儿童应激源与躯体化症状之间的相关显著低于功能性腹痛儿童, 而在功能性腹痛患儿被试中, 负性情绪越高, 躯体化症状越严重(Walker, Garber, Smith, Van Slyke, & Claar, 2001)。相对于健康儿童来说, FSS 儿童在面对相同的应激事件, 相同水平的负性情绪时, 有更少的适应性应对策略, 会表达出更多的功能性躯体化症状(Beck, 2008)。这种躯体化表达的倾向性也许源于 FSS 儿童面对的负性事件较多, 因此使得儿童通过躯体化和负性情绪两种表达方式进行应对。虽然负性事件和躯体化症状之间存在显著性正相关, 但并不是所有生活在高应激环境中的儿童都表现出功能性躯体化症状, 建议今后的研究从应激事件的认知以及应对方式的视角出发, 通过比较高应激环境中功能性躯体化和健康儿童的认知方式、社会支持、家庭教养方式、心理健康水平等指标, 探索负性生活事件对儿童 FSS 的影响机制, 进而完善儿童 FSS 的心理干预方法。

儿童 FSS 受到很多微环境因素的影响, 应激事件是影响躯体化症状发生、维持的危险因素之一, 环境因素和个人因素的交互作用也不容忽视。负性情绪、低学业竞争力、低自我价值感以及低自尊等变量对应激环境中 FSS 的产生有调节作用(Walker et al., 1994, 2001)。重大的应激事件, 如父母伤亡、家庭搬迁, 以及轻微的负性社会环境事件, 如同伴欺负行为、被老师批评, 均是导致儿童和青少年出现 FSS 的危险因素, 当儿童自我价值感较高时, 环境因素对儿童 FSS 的影响较小, 当儿童自我价值感较低时, 环境应激因素与 FSS

之间的相关更高(Beck, 2008)。自我价值感低的儿童通过躯体化症状的表达可以获得积极的社会关注,从而缓解因自身学业、社交能力不足而带来的压力,而积极关注又强化了躯体化症状的表达行为(Walker, Claar, & Garber, 2002)。

4 儿童 FSS 的心理学解释

功能性躯体症状在精神病史上曾被命名为癔症、歇斯底里症、神经衰弱等。最早对这类躯体症状做出解释,且最具影响力的是精神动力学派的理论。弗洛伊德强调歇斯底里症患者的症状可以追溯到儿童期,多数患者在儿童期就开始表现出躯体化症状。儿童 FSS 是情绪问题的生理化表达,是心理防御机能的一种表现形式。当潜意识中的情绪、冲突和记忆被压抑后,这些冲突通过躯体不适的形式表达出来(Campo & Fritsch, 1994)。精神动力学对儿童 FSS 的发病原因进行了很多理论探讨,但多数理论缺乏实证研究支持(Beck, 2008)。

依恋理论认为 FSS 是儿童保持与依恋对象亲密关系的一种方式。儿童与依恋对象之间的行为互动模式会直接影响到儿童成年后的人际关系行为及躯体化症状, Waller、Scheidt 和 Hartmann 等人的研究发现,与健康对照组相比,躯体化患者群体中有较少的安全型依恋(Waller, Scheidt, & Hartmann, 2004), Waldinger 等人还发现,童年的创伤和不安全依恋是躯体化症状的重要预测因子(Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006)。看护者对幼儿的选择性关注和忽视会导致不安全依恋型儿童认为,只有通过更强烈的依恋信号,即躯体诉求才能够得到看护者的关注,而看护者对幼儿躯体形式症状的关注反过来会强化躯体化表现形式,进而形成稳定的躯体化表达模式。

Minuchin 的家庭系统理论认为,在功能不良家庭中,如父母对子女过度保护、过度严格,儿童的躯体症状诉求可以成为避免家庭内部冲突的平衡机制,是维持家庭内稳态的一种沟通方式(Minuchin et al., 1975; Terre & Ghiselli, 1997)。FSS 在家庭中具有沟通功能,是一种请求家庭成员帮助的手段(Campo & Fritsch, 1994),例如, FSS 患儿在受到威胁、遗失物品、面临性冲突事件时,会更多的表现出躯体化症状(Kriechman, 1986)。儿童对家庭的满意度与躯体化症状的发生频率之间存

在着负相关(Rauste-von Wright & von Wright, 1981),生长在紊乱的、凝聚力差的家庭中的孩子报告有更多的躯体化症状(Terre & Ghiselli, 1997)。

社会学习理论认为,儿童躯体化症状除遗传基因导致的生理易感性之外,环境因素也发挥着重要的作用。FSS 是从家庭成员和社会环境中习得的一套人际交往和行为模式,并在日常生活中得以强化,从而长期稳定的存在。儿童会模仿家庭成员,尤其是母亲的躯体化症状(Putte et al., 2006)。母亲有躯体化倾向的儿童,比有某种确诊的生理疾病或是健康母亲的儿童表现出更多的躯体化症状,以及更多的求医经历(Craig et al., 2002)。类似的模式也出现在功能性阵发腹痛(FAP)患儿及其母亲的研究上。FAP 患儿与父母的躯体化之间存在着显著的正相关,而这种相关不存在于健康儿童、病理性腹痛儿童及其家长之间(Walker, Garber, & Greene, 1993)。儿童在日常生活中从躯体化母亲身上习得了表达躯体不适并求医问诊的行为方式,加之生理和心理健康状况欠佳的父母对子女躯体化症状有较高的容忍度(Scalzo, Williams, & Holmbeck, 2005),因此,儿童的躯体化的诉求通常会博得家长的注意,或者可以逃避某些困难的任务或惩罚,如做家务、考试、上学、训斥等,功能性躯体化症状从而得到强化。

认知生理心理理论认为,儿童青少年躯体化症状是对情绪唤醒状态的生理心理反应,认知因素在这个过程中起重要调节作用(Beck, 2008)。功能性躯体化症状的患儿的性格特点为敏感的、谨慎的、缺乏安全感的和焦虑的(Garralda, 1996),以上性格特点致使儿童情绪易产生波动,出现心跳频率变化、出汗、呼吸急促等生理反应。FSS 患儿对自身生理指标的变化很敏感,且倾向于夸大生理反应,当出现因情绪带来的生理不适时,通常会对正常的生理变化做出错误的、夸大的解释,认为生理不适是因为身体出现病变所致(Campo et al., 1999)。因此,认知生理心理理论认为, FSS 患儿的生理易感性和错误的认知方式是导致功能性躯体化症状产生的重要环节。

发展心理病理学的观点整合了上述心理学解释模型,从发展的角度对儿童青少年功能性躯体化症状的发病原因、发展过程进行解释(Beck,

2008)。该理论观点认为, 躯体化症状的产生是多因素共同作用的结果, 在儿童发展的不同阶段, 不同的因素发挥着主导作用。例如, 在幼儿期, 可用依恋理论很好的解释躯体化症状的产生; 在少年时期, 家庭系统理论在解释躯体化症状产生时则更具有说服力。对儿童 FSS 的产生、发展起决定性的作用的主要是个体和社会环境两方面因素。个体因素包括年龄、性别、青春期、应激反应性等; 社会环境因素包括家庭特征、应激源、社会地位和经济水平等。除此之外, 应对方式、疼痛程度、抑郁等情绪问题、学业水平等因素在 FSS 的发生发展过程中起到重要的调节作用。

儿童 FSS 的发病率存在着跨文化的差异 (Weiss, Tram, Weisz, Rescorla, & Achenbach, 2009; Weisz et al., 1987), 在对这种差异进行解释时, 社会文化是最主要的影响因素。文化心理学对躯体化症状的解释主要有以下几种观点。第一, 东西方文化对情绪表达的认可程度不同。东方文化推崇“喜怒不形于色”, 而西方文化对情感表达持鼓励态度。第二, 对心理疾病的认知不同。在中国传统文化中, 情绪、心理问题不是寻求医学帮助的合法理由, 为了避免名誉损害和道德谴责, 患者倾向于以躯体化的方式表达心理不适。第三, 躯体化症状在中国患者中不仅仅代表着躯体上的不适, 还潜藏着心理困扰和情绪化问题。无论是在民间还是在中医学界, 中国人的身体都兼具生理、心理、精神的多重功能, 是生理和心理交互作用而成的整体。西方的身体医学和心理医学是两种独立发展的体系, 而中国文化历来强调“身心一体”的观念, 中医理论认为一个人表现出情绪或心境上的不适, 是对应的脏(藏)器功能出了问题, 可以由一个医生通过中医疗法来调理(汪新建, 吕小康, 2010)。

不同的理论从不同的角度解释了儿童 FSS 的发生和维持的原因, 每种理论的解释都有其优势和相应的论据, 但是, 没有一种理论可以对儿童青少年功能性躯体化症状的病因和影响因素进行全面的解释, 当前儿童 FSS 心理理论的发展趋势是构建一个整合生物、心理、社会、文化等多维因素的理论模型。

5 儿童 FSS 的心理干预

已有的随机对照研究表明心理干预疗法对于

无病理学原因的头痛、慢性疲劳、腹痛等常见功能性躯体化症状有积极的治疗效果, 已被证实有效的心理疗法有认知行为家庭干预(Robins, Smith, Glutting, & Bishop, 2005; Sanders et al., 1989)和放松—生物反馈疗法 (Fichtel & Larsson, 2001; Huertas-Ceballos, Logan, Bennett, & Macarthur, 2008)。

对认知行为干预(CBT)疗效研究较为充分的是其对功能性腹痛(RAP)患儿的治疗效果。和控制组、普通儿科护理组相比, CBT 组的疗效优于其他两组, 有效的减轻了患儿的疼痛, 且预后效果良好, 很少出现反复。一年后的随访发现, 与普通儿科护理组相比, CBT 组 FSS 症状对其社会功能的影响较小 (Sanders, Shepherd, Clegghorn, & Woolford, 1994)。CBT 从患儿自身和家庭环境两方面同时入手, 通过追踪日记、放松训练等方式教育儿童对疼痛进行自我管理, 同时减少家庭成员对儿童疼痛行为的关注, 减少对患儿阵发性腹痛的正强化(Huertas-Ceballos et al., 2008; Husian et al., 2007)。该疗法由认知改变、行为塑造、复发预防等部分组成(Sanders et al., 1989)。认知因素包括: 1)改变患儿适应不良的认知方式。2)改变对疼痛的归因方式。3)训练患儿进行提高自我效能感的自我对话, 例如, 对自己说: “勇敢点、再坚持一会儿”。4)教会患儿使用想象策略降低疼痛感, 例如, 将疼痛拟人化, 让患儿想象疼痛被他/她最喜欢的卡通人物吃掉了。CBT 的行为塑造包括患儿和患儿父母两方面。训练患儿对疼痛的自我监控(Self-monitoring of pain)、自我奖励(Self-reward); 训练父母减少对患儿疼痛的正强化行为, 强化患儿除疼痛外的其他行为。当患儿疼痛发作时, 建议父母使用奖赏性的刺激物使患儿转移注意力。除此之外, CBT 还辅以问题解决技能提升、紧张情境中的自我放松训练、患儿自信心提升等环节, 以防止 FSS 在应激源的刺激下复发(Sanders et al., 1994)。

目前有关放松—生物反馈疗法的研究主要针对功能性头痛症状, 并取得了较好的干预效果 (Fichtel & Larsson, 2001)。通过训练病人学习放松技术, 降低头痛发作时交感神经系统的生理唤醒水平, 从而防止交感神经系统兴奋导致的疼痛症状恶化(Husian et al., 2007)。

儿童 FSS 是一种症状复杂的综合征, 其表现

形式多样,涉及到的肢体范围较广,心理疗法对不同症状的干预效果存在差异。认知行为疗法对部分功能性躯体化症状有较好的改善效果,但是,这种效果不能推及所有的FSS症状。心理疗法对除头部、腹部以外的躯体疼痛、晕眩、惊厥等功能性躯体化症状的治疗效果尚不明确(Husian et al., 2007)。对于功能性腹痛来说,除了CBT之外,纤维素和生物反馈治疗也有很好的治疗效果(Humphreys & Gevirtz, 2000)。

由于儿童FSS产生的原因较为多元化,因此在对FSS儿童进行心理干预之前,要对儿童和家长进行深入访谈,综合考虑可能会对症状产生影响的家庭、学业、人际关系、生活事件等各方面因素,并在CBT的基础上,与家长协同调整影响儿童FSS的环境因素。在对儿童FSS心理疗法的研究中应注意对干扰变量基线水平的测量和控制,如负性生活事件、学业水平变化、家长的积极关注和行动限制对儿童功能性腹痛症状均有显著的影响效果(Walker et al., 2002)。

6 研究局限与展望

综上所述,功能性躯体化症状是一种常见于儿童和青少年群体的心因性躯体形式障碍,具有多种表现形式,最常见的症状是腹痛、头疼、疲劳、四肢疼痛和晕眩。儿童FSS受到性别、年龄、青春期、生理易感性、家庭环境等因素的影响,多与焦虑、抑郁等情感障碍共同发生。在排除器质性病变后,儿童FSS可通过心理干预得到改善,尤其是认知行为家庭疗法。

目前对于儿童FSS的研究已取得了很多成果,但仍存在一些局限性。首先,现有的研究部分以临床儿童为研究对象,多数研究以社区儿童为样本,此类研究多以主观报告作为主要的研究方法,缺乏客观评判标准。而且,绝大多数研究未对样本进行全面、系统的医学检验,无法排除可能存在的病理性躯体化症状,从而影响研究的信度。第二,难以获得准确的儿童FSS流行病学发病率。由于儿童FSS的表现形式多样,有的以某种症状为主,有的则出现复合型症状。加之不同的研究所使用的测量工具、研究对象和研究方法的不统一,给儿童FSS发病率的确定增加了难度,不同流行病学研究的结果之间难以进行系统比较。第三,对儿童FSS不同表现形式的研究不均

衡。儿童FSS的症状复杂,现有的研究结论多是根据对某几种常见功能性症状的研究得出,例如,已有大量的文献对功能性腹痛(阵发性腹痛)的病因、危害、干预方法进行研究,而对功能性四肢疼痛的研究却较为罕见。研究表明,不同身体部位的疼痛所引发的日常活动限制、问诊次数以及用药情况均存在着显著性差异(Roth-Isigkeit, Thyen, Stöven, Schwarzenberger, & Schmucker, 2005),因此,针对某一种功能性症状得出的研究结论在多大程度上可以推广到儿童FSS的其他症状,以及对单一症状FSS的研究是否可以应用于复合型功能性症状,尚有待进一步的探讨。第四,儿童FSS的心理干预方法有待完善。儿童FSS并非由单一因素诱发,而是有着复杂的发病机制,在病因尚不明确的情况下,很难探索出有效的心理干预方法。

基于以上的理论梳理和讨论,建议未来对儿童FSS的研究从以下几个方面开展:

第一,结合多学科视角对儿童FSS的内在作用机制进行研究,找出FSS与器质性疾病的共性与区别,完善临床诊断的指标,提高识别儿童FSS的准确率。随着医学影像和显微技术的发展,越来越多的疾病找到了相对应的组织、细胞或亚细胞水平的结构病变。健康、功能性症状与器质性疾病之间的界限并非泾渭分明,三者更像是同处在一个连续谱系上,随着人体病理形态学变化的积累而产生质变。例如,长时间处于应激状态会使得健康的肠胃功能出现功能性消化不良,如压力不能尽快缓解,则有可能进一步加重为黏膜糜烂和十二指肠溃疡,这是一个由环境因素触发,经心理因素的调节而使得无器质性形态学病变逐渐过度到器质性病变的连续性图谱。随着医学检测手段的发展,原本被界定为功能性躯体化的症状有可能找到微观水平的物质病变基础。建议未来对儿童FSS引起的自主神经系统、下丘脑-垂体-肾上腺轴的生理反应模式进行研究,通过神经生理学指标对儿童FSS、情绪障碍、器质性疾病及多病共发症进行辨别(Bauer, Quas, & Boyce, 2002)

第二,探索儿童功能性躯体化症状与焦虑、抑郁等心理障碍之间的内在联系。已有充分的证据表明儿童FSS分别与儿童情绪障碍(Garralda, 2010)、母亲情绪障碍和母亲躯体化水平之间存在

高度相关(Campo et al., 2007), 但对四者交互作用的探索较少。另外, 由于儿童 FSS 的表现形式多样, 不同系统功能性躯体化症状与不同心理症状出现的构成比例不同, 如循环系统 FSS 被试同时出现人际敏感、焦虑的可能性比较大, 而消化系统 FSS 则与抑郁、恐怖偏执同时出现的机率较高(邓云龙, 李武, 唐秋萍, 2002), 不同数量和种类的功能性躯体化症状所引起的儿童社会功能损害程度也有所不同, 这更加深了研究躯体症状与心理障碍内在联系的难度。建议未来的研究在对儿童 FSS 症状进行系统性分类的基础上, 寻找不同表达形式之间的共性与特殊性, 进而有效地探索儿童 FSS 与情绪障碍之间的关系。另外, 儿童 FSS 存在着显著的性别差异, 女生功能性躯体化症状的数量和严重程度都远远高于男生, 其中以青春早期起始年龄较小的女性 FSS 报告率最高, 与此同时, 早发青春期女性也是抑郁、焦虑、自杀的高危人群, 女性青少年在这一时期的生理、心理功能紊乱可能与荷尔蒙分泌有关。建议今后对青春前期前后的青少年 FSS 进行纵向研究, 并在研究过程中对荷尔蒙水平进行检测。

第三, 在开展儿童 FSS 研究及做出诊断之前要对患儿进行周密的体检, 防止疏漏了有病理学原因的躯体疾病。另外, 还要进行精神疾病的诊断鉴别, 及时识别并发的心理疾病。在对儿童 FSS 进行研究时, 不能过分强调某单一因素的作用, 这样做无异于从一个极端走向另一个极端, 重蹈生物还原论的错误。应该认识到 FSS 是以生理、心理、社会、文化中某一因素为主, 多因素共同作用的结果, 每一个因素都在其中发挥着不同的作用, 不能简单的将其归为某一种精神疾病或心理障碍。

第四, 已有的儿童 FSS 心理疗法的研究多是针对某一个症状开展, 如 CBT 对阵发性腹痛(Robins, Smith, Glutting, & Bishop, 2005), 放松与生物反馈疗法对头痛的治疗作用(Fichtel & Larsson, 2001), 但是极少有针对复合型症状 FSS 患儿的心理治疗研究。儿童 FSS 是一种躯体化的表达倾向, 儿童常常同时或继时报告多种功能性躯体化症状。对心理疗法的研究在关注单一症状的基础上, 应着眼于寻找不同功能性症状表达的一般性生理、心理机制, 探索对复合型 FSS 的心理干预手段。另外, 在对心理干预效果进行评估

时, 应从症状持续时间、严重程度、发作频率、症状种类等多维度进行, 不能仅仅根据某一个指标来判断疗法的有效性。

参考文献

- 邓云龙, 李武, 唐秋萍. (2002). 不同系统功能性躯体症状与心理症状的关系. *中国医师杂志*, 4(9), 938-940.
- 邓云龙, 杨德森. (2001). 功能性疾病的再认识. *医学与哲学*, 22(9), 43-44.
- 汪新建, 吕小康. (2010). 躯体与心理疾病: 躯体化问题的跨文化视角. *南京师大学报(社会科学版)*, (6), 95-100.
- Bauer, A. M., Quas, J. A., & Boyce, W. (2002). Associations between physiological reactivity and children's behavior: Advantages of a multisystem approach. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(2), 102-113.
- Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 547-562.
- Boey, C. C., & Goh, K. L. (2001). The significance of life-events as contributing factors in childhood recurrent abdominal pain in an urban community in Malaysia. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(4), 559-562.
- Brunswick, A. F., Boyle, J. M., & Tarica, C. (1979). Who sees the doctor? A study of urban black adolescents. *Social Science & Medicine*, 13A, 45-56.
- Bschor, T. (2002). Masked depression: The rise and fall of a diagnosis. *Psychiatrische Praxis*, 29(4), 207-210.
- Campo, J. V., Bridge, J., Lucas, A., Savorelli, S., Walker, L. S., Lorenzo, C. D., et al. (2007). Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 131-137.
- Campo, J. V., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Birmaher, B., Perel, J. M., & Ryan, N. D. (2003). Gastrointestinal distress to serotonergic challenge: A risk marker for emotional disorder? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1221-1226.
- Campo, J. V., & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1223-1235.
- Campo, J. V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Somatization in pediatric primary care: Association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1093-1101.
- Campo, J. V., Perel, J., Lucas, A., Bridge, J., Ehmann, M., Kalas, C., et al. (2004). Citalopram treatment of pediatric

- recurrent abdominal pain and comorbid internalizing disorders: An exploratory study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1234–1242.
- Craig, T. K. J., Cox, A. D., & Klein, K. (2002). Intergenerational transmission of somatization behaviour: A study of chronic somatizers and their children. *Psychological Medicine*, 32, 805–816.
- Dhossche, D., Ferdinand, R., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2001). Outcome of self-reported functional-somatic symptoms in a community sample of adolescents. *Annual of Clinical Psychiatry*, 13(4), 191–199.
- Domènech-Llaberia, E., Jané, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G., & Garralda, E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 598–604.
- Fichtel, Å., & Larsson, B. (2001). Does relaxation treatment have differential effects on migraine and tension-type headache in adolescents? *Headache: The Journal of Headache and Face Pain*, 41(3), 290–296.
- Fisher, L., & Chalder, T. (2003). Childhood experiences of illness and parenting in adults with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 439–443.
- Fritz, G. K., Fritsch, S., & Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1329–1338.
- Garber, J., Walker, L. S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), 588–595.
- Garralda, M. E. (1996). Somatization in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 13–33.
- Garralda, M. E. (2010). Unexplained physical complaints. *Children Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(2), 199–209.
- Garralda, M. E., & Chalder, T. (2005). Practitioner review: Chronic fatigue syndrome in childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 1143–1151.
- Gijsbers, C. F., Kneepkens, C. M., Schweizer, J. J., Benninga, M. A., & Büller, H. A. (2011). Recurrent abdominal pain in 200 children: somatic causes and diagnostic criteria. *Acta Paediatrica*, 100(11), 208–214.
- Ginsburg, G. S., Riddle, M. A., & Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1179–1187.
- Hochstrasser, B., & Angst, J. (1996). The Zurich Study: XXII. Epidemiology of gastrointestinal complaints and comorbidity with anxiety and depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246, 261–272.
- Huertas-Ceballos, A., Logan, S., Bennett, C., & Macarthur, C. (2008). Psychosocial intervention for recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood. *Cochrane Database Systematic Review*, (1), CD003014.
- Humphreys, P. A., & Gevirtz, R. N. (2000). Treatment of recurrent abdominal pain: Components analysis of four treatment protocols. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 31(1), 47–51.
- Husian, K., Browne, T., & Chalder, T. (2007). A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 2–7.
- Janssens, K. A. M., Oldehinkel, A. J., & Rosmalen, J. G. M. (2009). Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. *Journal of Pediatrics*, 154(6), 918–923.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kriechman, A. M. (1986). Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 226–231.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 194–208.
- Locke, G. R. III, Zinsmeister, A. R., Talley, N. J., Fett, S. L., & Melton, J. L. III. (2000). Familial association in adults with functional gastrointestinal disorders. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 907–912.
- Maletic, V., & Raison, C. L. (2009). Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Frontiers in Bioscience*, 14, 5291–5338.
- McCauley, E., Carlson, G. A., & Calderon, R. (1991). The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 631–635.

- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031–1038.
- Mulvaney, S., Lambert, E. W., Garber, J., & Walker, L. S. (2006). Impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: A 5-Year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 737–744.
- Offord, D. R., Byles, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T. et al. (1987). Ontario child health study II: Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832–836.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., Hotopf, M., & Wiles, N. J. (2006). Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: result of a large population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 729–736.
- Rauste-von Wright, M., & von Wright, J. (1981). A longitudinal study of psychosomatic symptoms in healthy 11–18 year old girls and boys. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 525–534.
- Reardon, L. E., Leen-Feldner, E. W., & Hayward, C. (2009). A critical review of the empirical literature on the relation between anxiety and puberty. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 1–23.
- Rhee, H. (2005). Relationships between physical symptoms and pubertal development. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(2), 95–103.
- Robins, P. M., Smith, S. M., Glutting, J. J., & Bishop, C. T. (2005). A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(5), 397–408.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stöven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, 115(2), 152–162.
- Sanders, M. R., Rebgetz, M., Morrison, M., Bor, W., Gordon, A., Dadds, M., et al. (1989). Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 294–300.
- Sanders, M. R., Shepherd, R. W., Cleghorn, G., & Woolford, H. (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: A controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 306–314.
- Scalzo, C., Williams, P. G., & Holmbeck, G. N. (2005). Maternal self-assessed health and emotionality predict maternal response to child illness. *Children's Health Care*, 34(1), 61–79.
- Silber, T. J. (2011). Somatization disorders: Diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics in Review*, 32(2), 56–64.
- Tamminen, T. M., Bredenberg, P., Escartin, T., Kaukonen, P., Puura, K., Rutanen, M., et al. (1991). Psychosomatic symptoms in preadolescent children. *Psychother Psychosom*, 56(1-2), 70–77.
- Terre, L., & Ghiselli, W. (1997). A developmental perspective on family risk factors in somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), 197–208.
- Van de Putte, E. M., van Doornen, L. J. P., Engelbert, R. H. H., Kuis, W., Kimpen, J. L. L., & Uiterwaal, C. S. P. M. (2006). Mirrored symptoms in mother and child with chronic fatigue syndrome. *Pediatrics*, 117, 2074–2079.
- Van der Veek, S. M. C., Derkx, H. H. F., de Haan, E., Benninga, M. A., & Boer, F. (2010). Abdominal pain in Dutch schoolchildren: relations with physical and psychological comorbid complaints in children and their parents. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51(4), 481–487.
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129–135.
- Walker, L. S., Beck, J. E., Garber, J., & Lamber, W. (2009). Children's somatization inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 430–440.
- Walker, L. S., Claar, R. L., & Garber, J. (2002). Social consequences of children's pain: When do they encourage symptom maintenance? *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 689–698.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(4), 379–394.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1994). Somatic complaints in pediatric patients: A prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62(6), 1213–1221.
- Walker, L. S., Garber, J., Smith, C. A., van Slyke, D. A., & Claar, R. L. (2001). The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and

- without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(1), 85–91.
- Walker, L. S., Garber, J., van Slyke, D. A., & Greene, J. W. (1995). Long-term health outcomes in patients with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(2), 233–245.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1993). Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: A comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 102(2), 248–258.
- Walker, L. S., & Greene, J. W. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: More somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? *Journal of Pediatric Psychology*, 14(2), 231–243.
- Walker, L. S., Williams, S. E., Smith, C. A., Garber, J., van Slyke, D. A., Lipani, T. A. (2006). Parent attention versus distraction: Impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain. *Pain*, 122(1–2), 43–52.
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 200–209.
- Weiss, B., Tram, J. M., Weisz, J. R., Rescorla, L., & Achenbach, T. M. (2009). Differential symptom expression and somatization in Thai versus U.S. children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77(5), 987–992.
- Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M., & Walter, B. R. (1987). Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Parent reports for ages 6 to 11. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(6), 890–897.
- Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1998). Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics*, 103(6), 1203–1209.

Functional-somatic Symptoms in Children and Adolescents

WANG Xin-Jian; ZHANG Bin

(Department of Social Psychology, Nankai University, Tianjin 300071, China)

Abstract: Functional Somatic Symptoms, defined as physical symptoms of unknown pathology, are common in children and adolescents. In addition to their high prevalence, FSS are associated with comorbid psychiatric symptoms, particularly anxiety and depression. Functional abdominal pain, head pain and fatigue are the most common symptoms reported by both community and epidemiological children population. FSS was influenced by multiple risk factors, such as culture, age, gender, family environment and physiological vulnerability. Psychological models were proposed from various theoretical perspectives. Psychological treatments, especially Cognitive-behavior therapy and relaxation and biofeedback intervention were evaluated to be effective for FSS in children.

Key words: children; functional-somatic syndromes; somatization; cognitive-behavior therapy