

警惕情感压抑转化为躯体之痛

◎重庆市第十一人民医院 张艳/杨静

“医生，我的背好疼啊，急诊科说我没病，让我看精神科。我不是精神病啊！”

诊室里，李阿姨弓着背，眉头拧成一团，话音未落眼泪就滚了下来。陪同的儿子急忙解释：“我妈当时疼得趴在地上动不了，我们叫了救护车。可CT、心电图、血液检查……全部正常，只查出一点轻度颈椎病。”

经了解，李阿姨今天去参加侄子的婚礼，当新人交换戒指互相说出“我愿意”时，她突然感到后背像被重物击中一样，剧烈的疼痛让她几乎无法呼吸，整个人滑到了地上。急救人员赶到时，她面色苍白，蜷缩在地，反复呻吟着“后背疼”。随车医生脑海中闪过一连串可能：心肌梗死？肺栓塞？主动脉夹层？

急诊室里，心电图、心肌酶谱、胸部CT、脊柱X光……检查迅速过了一遍。然而，结果令人困惑：除了早已知道的“轻度颈椎退行性改变”，没有任何急性、致命的器质性问题。更奇怪的是，两小时后她的疼痛竟自行缓解了。

因为疼痛原因不明，急诊科医生建议转诊精神科。在精神科的诊室里，医生捕捉到一个细节：每当问起疼痛发作时的情形，李阿姨总会提到“看到新人交换戒指”“听到他们喊爸爸妈妈”。

在温和的引导下，这位惯于坚强的母亲终于敞开了心扉。原来二十四年前，丈夫病逝，她独自抚养八岁的儿子。如今儿子三十二岁，工作稳定，却对婚姻闭口不谈，连恋爱都很少提起。

“每次参加婚礼，我都替别人高兴，可心里像压着一块大石头。”李阿姨低下头，声音发颤，“尤其是看到新人父母笑着坐在那儿……”她没有再说下去，但眼泪已经说明一切。

李阿姨的情况并非罕见。在医学上，将这种以显著的躯体症状为核心表现的心理障碍，称为“躯体痛苦障碍”（bodily distress disorder, BDD）。这绝不是“想象出来的疼痛”或“装病”，患者感受到的疼痛是真实存在的，只不过根源不在器官，而在情绪。

我们的大脑需要同时处理身体信号和情绪信息。正常情况下，这两个系统相对独立工作。但在长期压力、情感创伤或特定性格背景下，它们可能产生“交叉对话”。当情绪无法用言语表达，它便会寻找别的出口。对有些人来说，这个出口，就是身体。

在李阿姨的案例中，为什么未表达的情绪会以“背痛”为表现？其中有着复杂的心理生理机制。我们的背部常与“负担”“支撑”相关。李阿姨独自抚养儿子二十多

年，这是她人生中最重也最柔软的“负担”。神经科学上，大脑处理情绪的区域（如前额叶皮层、前扣带回、岛叶）与处理身体感觉的区域（如中脑腹侧被盖区、岛叶）有着密集的神经连接，当情感激烈到无法言说，神经信号就可能“溢入”疼痛处理通路，让身体“代”情绪发声。

诊断此类障碍，需要先谨慎排除器质性疾病。关键特征包括：一种或多种躯体症状，引起显著痛苦，影响日常生活；对症状的过分关注，与实际健康状况不符；反复就医，但医学解释与检查结果难以缓解其担忧；症状持续存在（可能变换形式），通常超过数月。

治疗躯体痛苦障碍的目标不是“消除疼痛”，而是改变人与疼痛的关系，夺回生活的主导权。具体的治疗方式如下。

认知行为治疗：通过改变消极思维模式，帮助患者以更积极的方式看待问题，减少对身体感受的过度关注。

正念减压（MBSR）：通过冥想、呼吸训练降低对躯体不适的敏感度，改善情绪调节能力。逐步恢复活动：避免因恐惧疼痛而过度休息，这反而会强化“我病得很重”的信念。

药物治疗：若上述方法效果有限，某些抗抑郁药物（如SNRI类）可调节中枢神经系统的疼痛处理通路，进而改善症状。但需注意，药物治疗应在医生的指导下进行，避免产生依赖和副作用。

疼痛是真实的，但根源可能在心灵深处而非器官、组织。当李阿姨终于学会聆听身体试图诉说的情绪语言时，那些猝不及防的剧痛，渐渐化为了偶尔响起的温和提醒。☺