

## 美国人格障碍共病问题研究介评\*

辛增友 郑 涌 陈本友

(西南师范大学心理学院, 重庆 400715)

**摘 要** 在美国,自从DSM体系建立起来,人格障碍就一直受到研究者及临床人员的关注。随着DSM-III将人格障碍归于独立的一轴,发展起全新的诊断思路,人格障碍的共病问题就尤其受到了重视。该文首先介绍了共病问题的状况及主要的几种解释模型,然后就该领域出现的应对方式及研究方案作了系统总结,最后还就如何认识共病问题等提出了思考。

**关键词** 共病诊断, 维度模型, 类别化策略。

**分类号** R395

### 1 人格障碍的共病问题

在美国精神疾病诊断与统计手册第一版(DSM-I, 1952)即出现了人格障碍分类,但直到DSM-III将其列为轴二,它才成为研究者广泛关注的对象,研究数量逐年增加,其中人格障碍的共病研究一直是关注的焦点。

在精神病理领域,共病诊断问题是很普遍的现象,可以说,自从有了精神障碍诊断,该问题就困扰着临床从业人员及研究者。因为DSM-III之前并不鼓励进行精神障碍的多重诊断,所以由Ward、Beck等(1962)进行的研究就可以让我们认识到当时的人格障碍共病问题。他们研究发现,临床医师之间诊断不一致的最大根源在于临床中对“神经症状学症状与性格病理学现象,何者是更基本诊断”问题的抉择<sup>[1]</sup>。

后来DSM-III将人格障碍归于轴二,正式鼓励临床人员进行多重诊断,这时的人格障碍共病问题

就变得尤其突出。Charney等(1981)对因重抑郁发作而住院的130名患者进行人格障碍诊断,发现共病人格障碍在14%~61%之间;Pfohl等(1984)对重抑郁住院患者调查发现与边缘型共病率为23%,戏剧型18%、依赖型17%、回避型15%<sup>[2]</sup>。

随着DSM进一步发展,人格障碍的分类与诊断标准更加明确化、系统化。然而诊断体系的发展,似乎并没有带来临床中的一些实质性改善,共病问题依然严峻。Livesley(1998)的研究表明,假如个体满足某种人格障碍诊断,那么就有80%的可能满足另一种人格障碍诊断<sup>[3]</sup>。Stuart等(1998)使用DSM-III-R结构访谈问卷评定1116名精神科患者发现,有56.2%满足至少一种人格障碍诊断,其中人均2.7种人格障碍<sup>[4]</sup>。目前研究较多的是人格障碍与进食障碍、焦虑障碍的共病情况。Diaz-Marsa等(2000)的研究发现,经SCID-II问卷评定的72名进食障碍患者中,并发人格障碍高达61.8%,回避型人格障碍在神经性厌食患者中多见,而边缘型人格障碍在贪食症中更多<sup>[5]</sup>。Alnaes和Torgersen(1999)报告了一个6年跟踪研究,控制其他相关变量后,回避型人格障碍不仅较好地预示了社交恐怖症,而且也显示了与其他焦虑障碍的密切关系<sup>[6]</sup>。另外,其他严重精神障碍,如精神分裂症、心境障碍等也有很多研究证明高共病率的存在。

收稿日期: 2005-03-16

\* 国家重点学科西南大学基础心理学项目(西国重 04004);教育部社科重大攻关招标委托课题(教社政司[2004]256号);西南大学西南民族教育与心理研究中心、心理学与社会管理研究中心资助。

通讯作者: 郑涌, E-mail: zhengy@swnu.edu.cn; 电话: 023-68254139

## 2 共病成因的理论模型

目前,已经有不少研究提出了一些模型或假设解释广泛共病问题背后可能的时间顺序和因果关系。关于两轴之间的共病问题,下列四个模型的解释得到了普遍认可。<sup>[7,8]</sup>

易感性模型(vulnerability model)认为,一种障碍的显现增加了患另一种障碍的概率。具体说,就是一种特定不适应的人格特征,如边缘型人格特征,使个体易于出现某些轴一障碍;这个病理过程可能是这类人格特征激发了特定的反应,最终促成了相关障碍的发展。

而并发症模型(complication/scar model)与上解释相反,认为个体患有的一种轴一障碍对其人格状况产生特定的影响。例如慢性的、反复发作的重抑郁障碍,可能会引起人格特征的改变,比如形成高水平的神经质及消极的情感特征。

恶化模型(pathoplasty/exacerbation model)假定共病的轴一、轴二障碍可能因各自独立的病源因素而出现,但人格因素可能影响了轴一障碍的过程及表现。这种影响可能是一种增效过程(人格障碍影响了轴一障碍的发展及预后),也可能只是改变了疾病的效应及表现。

最后谱系模型(spectrum model)认为共病的轴一、轴二障碍是从共同的病理基础发展而来。因此,共病障碍是存在于一个从亚临床特征到严重病理症状连续分布的谱系中。例如,C类群人格障碍可能是有共同病理基础的焦虑障碍之严重程度不同的表现,而A类群人格障碍可能存在于精神分裂谱系中<sup>[9]</sup>。Siever和Davis(1991)提出了一个谱系模型——心理生理模型,覆盖轴一、轴二领域<sup>[10]</sup>。该模型有四个维度:认知/知觉组织、冲动性/攻击性、情感稳定性和焦虑/抑制维度。认为个体在这些维度上表现极端且离散就展示为一种轴一障碍;而表现较温和的情况,如果固化为个体的特征性模式,就是人格障碍。

尽管很多研究证实了这四个模型,但对于哪种模型代表最佳的解释,无论是实证的研究还是理论思考都很不一致。Millon与Davis(1996)谈到这

个问题时说,“在一定程度上,所有模型都适用也并不是不可能”。<sup>[8]</sup>关于轴二内部的共病解释,几乎所有该领域的研究者,都支持用维度模型来认识这个问题,即各种人格障碍都是同一人格病理学基础的不均衡表现(可见维度模型隶属于谱系模型),然而关于哪种模型最适合于该领域,一直是研究者争论的焦点。

## 3 共病问题的应对

与共病问题解释的多样性一致,对该问题的应对也是复杂多样的。这种复杂性一方面表现在,各研究者根据自己的研究取向及认识,提出了各自独特的应对方式;另一方面,各研究者可能因实证经验的积累或关注的侧重点变化,他们的观点在不同时期可能很不相同。

### 3.1 DSM体系发展方案

该方案假定共病问题主要由障碍界定不充分引起的,因此致力于障碍标准的独特化、边界的清晰化。这是贯穿DSM各版修订的总体精神,DSM的前两版对标准的描述过于简洁、笼统,各人格障碍的界定过于模糊,主要依靠临床医师的经验诊断,故人格障碍诊断很不理想。从DSM-III开始,发展起了多生诊断标准(polythetic criteria),即每条标准在诊断中都是同等重要的,只需满足一定数量就可确诊,这样就有弹性地界定了各障碍类别涵盖的范围,更有利于避免过多共病情况出现,而且将人格障碍归于独立一轴,刺激了对人格障碍的研究兴趣。

很多研究者从障碍的界定上进行了探索。如Cloninger等(1993)提议对人格的界定应该从气质和性格两个方面进行<sup>[2]</sup>,气质是人格障碍中持久的部分,而性格是受环境、教育等影响而可以变化的部分,通过这种努力将有利于人格障碍诊断的稳定性。Seiverwright、Tyrrer等验证了人格障碍的时间方面特征,发现人格障碍持久不变的假设是不正确的<sup>[11]</sup>;并且最近Tyrrer等还考察了不同人格障碍患者主动寻求改变现状的意愿,最后提议“改变意愿”特征应该考虑进入人格障碍诊断<sup>[12]</sup>。Davis等(1993)

比较了三种诊断标准模型(权重模型、多生诊断模型和附加模型)在临床中的情况,发现应用在当前DSM中的多生诊断模型,并不符合临床实际,医师们用得最广泛的还是权重模型,即各标准有大小不同的权重,满足少数重要标准就可确诊。该结果也与Morey等(1989)及Widiger等(1988)研究结果相一致。<sup>[13]</sup>

这类研究一方面反映了DSM体系中还有很多问题,另一面也指出了其修正发展的方向。但是从总体上看,在该方案指导下的DSM,虽然使得诊断体系进一步精细化、系统化,但各种批评一直存在,共病问题也没有得到根本性改善<sup>[7,8]</sup>。这样另一种假设就跃居了研究的主流:障碍间可能原本就没有根本的区别,他们在病理上是联系在一起的。

### 3.2 维度模型方案

该方案认为各障碍之间是连续的,它们有一致的病理基础,期望通过维度模型的建立来促进共病诊断的理解,并在实践方面建立起一种与维度模型相适应的分类诊断体系。它主要关注的是人格障碍领域内的共病问题以及如何用各维度全面、定量地反映个体的人格病理学情况。但也有研究者尝试发展横跨两轴的维度体系,如Krueger的内外化模型<sup>[8]</sup>及Millon的三分连续体<sup>[14]</sup>。内外化模型涵盖内化障碍(心境、焦虑障碍)外化障碍(物质滥用、反社会行为)及人格的内化特征(神经质)和外化特征(反抑制或冲动性),这些都是分布于内外化维度上的。该模型有大量遗传学方面的研究支持,尤其包括心境和焦虑障碍与神经质特征间的研究等。

但是该模型的不足之处,正如Krueger自己提到的,“该模型尚处于初始阶段,其中的内外化维度过分宽泛”,除了内化维度有一些可选用的分维度之外,外化方面还需要大量的工作。对于该模型的进一步实证研究还没有出现,所以仅止于模型探索阶段。但是值得注意的是Krueger期望扩展该模型以涵盖其他各种病理现象<sup>[8]</sup>,所以其内在假设就是内外化维度反映了各种精神障碍的基本特性。事实怎样,需要进一步研究。

无论是正常人格与人格障碍,还是各种人格障

碍之间,有绝对说服力的证据表明它们之间没有质的差异。<sup>[7]</sup>目前美国比较流行的维度模型有“大五”(Five-Factor Model,简称FFM)、气质性格量表(the Temperament and Character Inventory,简称TCI)、人格病理学基本评估问卷(the Dimensional Assessment of Personality Pathology—Basic Questionnaire,简称DAPP-BQ)、正常与异常人格访谈程式(the Schedule for Normal and Abnormal Personality,简称SNAP)、人际特征环模型(Interpersonal Circumplex,简称IPC)、极性模型(Polarities)等。以FFM为例,它是在对正常人格的研究中发展起来的,是对卡特尔16PF质疑的基础上进一步因素分析而得出的一个模型。FFM所包括的五种基本人格维度——神经质(N)、外向性(E)、经验的开放性(O)、宜人性(A)和责任感(C)现在已广为人知,并且在每种基本维度下分六个小维度从而能得出更详细的人格描述。很多研究发现DSM人格障碍与FFM主因素之间存在显著、稳定和广泛的关系,尤其考虑到FFM的细分维度时,它在区分各人格障碍中就显示了更大的可靠性<sup>[8]</sup>。还有研究者认为,关注FFM与特定人格障碍关系的研究对于了解这种人格障碍的病源及发展很有帮助。如将自恋理解为高E、低A和低N的FFM轮廓,将有利于自恋型的界定及病理理解。然而对于FFM单独用于临床人格障碍评估,还是值得斟酌的,因为有很多研究发现FFM还没能详尽地反映人格病理问题<sup>[15]</sup>。Trull和McCrae最近提出了一个观点:两轴之间的共病可以通过FFM的维度来解释。例如,在神经质维度上处于较高水平的轴一障碍更可能会与同样有较高神经质水平的人格障碍共病。然而,这种观点并没有得到一致的支持,因为有显著不同FFM特征的障碍也显示了很高的共病率。<sup>[8]</sup>

总体上看,各种维度模型都有相应的实证支持,但又都不能充分涵盖正常人格及其病理学领域,正如Widiger(2000)谈到维度模型时,认为DAPP-BQ、SNAP等更准确、鲜明地描述了FFM的不适应变量,而FFM则提供了一个对人格障碍与正常人格机能连续性的更准确的说明<sup>[1]</sup>。关于这一点,

也许将各种维度模型结合起来寻求一个更广泛的模型是未来的方向。但还应该认识到,当前的维度模型整体上是不完善的。Meyer (2002)利用现有的维度模型考察哪种人格维度与回避型人格障碍联系更紧密,结果显示,诸如内倾性、神经质、低自尊和悲观性这类维度解释了大约一半的回避型人格障碍变量,然而剩下的那些特征可能仍旧非常重要<sup>[16]</sup>,如Morey和Zanarini (2000)发现,那些不能为已有的人格维度解释的边缘性变量,预示了童年的创伤经历、家族疾病史及长时间后的恢复状况等,进一步考察将它们纳入维度构建是很重要的<sup>[17]</sup>。

### 3.3 类目间调整方案

该方案主张DSM分类体系未能充分反映障碍间的实际情况,广泛的共病问题不能视为一种有趣现象,而是分类体系不成功的充分证明,很多共病障碍可能原本就是同一种障碍<sup>[18]</sup>。该方案期望通过诊断类目间合并、类目衍生或删除来降低共病诊断问题,更准确地反映病理实际。

Millon可以视为一个代表人物,他认为当前DSM各人格障碍的诊断中,存在相当大的异质性,主张将诊断类别原型化,并从这种认识出发,针对人格障碍的高共病问题,提议了一系列新类别,如依赖型人格模式可以进一步细分为焦虑不安型、随和适应型、不成熟型、无效型及无私型依赖<sup>[14]</sup>。然而Livesley等批评说,类别的不断繁衍往往表明其潜在的属性是连续的<sup>[19]</sup>。Tyrrer等则与Millon不同,认为精神障碍领域的广泛共病,源自于DSM过分应用割裂化策略,以焦虑障碍为例,他们认为将原本神经症这一总类分解为多种诊断的做法,很少有证据表明带来了临床与理论上的实质性进展,由此提出了混合焦虑与抑郁症状的Cothymia综合征(如同时出现中度抑郁和广泛性焦虑障碍情况)。关于人格问题他们也提出了一种综合征观点,融和了精神症状与人格障碍特征。他们的研究还对新分类提供了实证依据<sup>[18]</sup>。其他的研究者还有提出将轴二诊断复归于轴一体系,作为解决当前两轴之间复杂关系的尝试。当然,这又引起另一些学者的坚决反对<sup>[1]</sup>。

类目间调整方案与DSM发展方案类似,都是对类别化分类体系的发展,只是更多的涉及了深层病理方面的考虑,并因而显得激进。为了满足临床需要,Millon将人格障碍进一步细分,反映了当前分类系统在覆盖人格病理方面的不充分;Tyrrer则用一个综合诊断反映同质障碍群,提高诊断效率,然而可以预期随后的理论探讨及治疗方案的确定,连续体观念的引入将不可避免。

### 3.4 维度与类别化策略的互补方案

虽然维度模型方案的应用前景非常乐观,但处于临床诊断分类体系稳定性考虑,一直就有折中方案出现。它们或者对人格障碍诊断保持细节上不变,按照维度化思路重组类目体系;或者借用现有的诊断类目体系,用维度模型的研究成果修正诊断标准。

前者通常将个体人格障碍诊断情况归结为病理学上的严重等级,按人格机能连续分布观念构建维度评估,既照顾到了临床人员的诊断习惯,又引入了维度评估。该思路包括Oldham等(1992)的人格障碍双层诊断体系<sup>[20]</sup>、Tyrrer和Johnson(1996)的人格障碍严重性分类<sup>[21]</sup>等。Oldham等提议,对满足两种及两种以下人格障碍诊断的个体使用现有的诊断分类,而超过两种人格障碍的个体诊断为“伴随着相应人格特征(如偏执型、边缘型和自恋型,或其他类型)的广泛性人格障碍。”Tyrrer和Johnson主张将人格病理情况分成四个严重等级:无人格障碍、人格困难、简单人格障碍和混乱的人格障碍;并分别用当前ICD-10和DSM-IV的分类诊断标准对其做了详细界定。

很显然,上述做法主要在诊断结论中应用了维度策略,而一种更富有魅力的研究方向是应用维度模型来考察各人格障碍类别,并相应充实、修正它们的诊断标准。从理论上讲,这是在更细致水平上进行诊断,理应有较好效果,但它同样面临一些困难:怎样把握“名与实”的问题?比如利用现有的维度模型考察人格障碍患者,构建人格障碍概念,界定之;研究表明如此形成的各诊断类别间的界限仍不分明。如Soldz等(1993)考察了回避型、分裂

样型、分裂型和强迫型在IPC中的定位,发现彼此间很类似,尤其前两者最难区分;其它研究也有相似结论<sup>[22]</sup>。这首先反映了当前维度模型还有一些问题,但我们也应该考虑根据维度研究发现的各人格障碍显著性特征加以修正,使现有的人格障碍分类获得新内容。然而如此探索下去,可以预期将愈来愈接近维度模型方案的理想。

由于长期形成的类别化传统的影响,在实践领域实现维度化转变可能是一个缓慢的过程,而综合使用维度化、类型化分类的互补方案,因为其在现实中具有良好的临床适用性,可能是最有效的过渡方式。

#### 4 对于人格障碍共病问题及研究的思考

纵观人格障碍共病问题的应对探索,不难发现心理学家们在人格领域研究成果的冲击,正是在人格理论的启发下,联系临床中人格障碍诊断发现的问题,研究者们逐渐接受了维度模型,并开始置之主流。DSM-V的编写人员就提议将维度分类策略首先用于人格障碍领域,根据应用情况决定是否推行全面的维度化改革<sup>[23]</sup>。如此一来,人格障碍的“共病”说法是不合适的。例如,回避型与依赖型人格障碍的并列诊断中,极端化的回避与依恋特征如果以两个维度,而不是两种人格聚于同一个体,才是合理的。临床上对这种情况的处理,很多是将其归于“其他待分类”条目。我们知道,运用维度策略可以收集到各维度信息,全面了解个体,所以它具有传统方法不可比拟的效率。那么未来工作的焦点之一,即实践中如何推行这种观点,如何使当前的DSM诊断体系逐渐淡出舞台的同时,全面引入维度策略。

关于人格障碍与轴一综合征的共病认识,Millon在其MCMI-II使用手册中指出,与人格障碍相比,它最好看成个体基本人格模式的扩展或歪曲。的确,从精神系统角度,轴一障碍应该看成个体外显的征候群。如果事实如此,共病也是合乎情理的。然而仅停留在共病认可是不可行的,因为行为遗传学研究、临床实践资料等都反映出两者错综复杂的关系。从前面维度模型的论述来看,可以考虑采纳一种维度观点,使得轴一障碍(如社交焦虑)在多维框架内进行研究。因为维度系统要求对个体

进行多方面的测量,如社交焦虑、对新异的回避、抑郁、具体人际状况等,这样我们在提高诊断效率的同时还能认识人际回避等复杂过程。当然,如果从更深层次考虑两者有“病理基础重叠”也是正常的,那么就需要相当多的努力来确定两者的范围,简单抛弃某一诊断的独特性或用另一种诊断代替它都是不可取的;如此而来关注点将是怎样确定轴一的病理基础,必要地削减它的范围,这将涉及到新病理模型的构建。

#### 参考文献

- [1] Widiger T A. Personality disorders in the 21st century. *Journal of Personality Disorders*, 2000, 14(1): 3~17
- [2] Corruble E, Ginestet D, Guelfi J D. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders*, 1996, 37: 157~170
- [3] Livesley W J. Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43: 137~147
- [4] Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, et al. The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1998, 12: 302~315
- [5] Diaz-Marsa M, Carrasco J L, Saiz J. A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 2000, 14(4): 352~359
- [6] Alnaes R, Torgersen S. A 6-year follow-up study of anxiety disorders in psychiatric outpatients: development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors. *Journal of Psychiatry*, 1999, 53: 409~416
- [7] First M D, Cuthbert J, Widiger T, et al. Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In: Kupfer D J, First M B, Regier D E. *A research agenda for DSM-V*. Washington: APA, 2002. 123~200
- [8] Krueger R F, Tackett J L. Personality and psychopathology: Working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorders*, 2003, 17(2): 109~128
- [9] Tyrer P, Gunderson J, Lyons M, et al. Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1997, 11: 242~259

- [10] Siever L, Davis K. A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148: 1647~1658
- [11] Seiverwright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *The Lancet*, 2002, 359(9325): 2253~2254
- [12] Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, et al. Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and type S. *Journal of Personality Disorders*, 2003, 17(3): 263
- [13] Davis R T, Blashfield R K, McElroy Jr. Weighting criteria in the diagnosis of a personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 1993, 102(2): 319~322
- [14] Millon T. Reflections on the future of DSM Axis II. *Journal of Personality Disorders*, 2000, 14(1): 30~41
- [15] Schroeder M L, Wormworth J A, Livesley W J. Dimensions of personality disorder and their relationships to the big five dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 1992, 4: 47~53
- [16] Meyer B. Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2002, 16(2): 174~188
- [17] Morey L C, Zanarini M C. Borderline personality: Traits and disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000, 109: 733~737
- [18] Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The core elements of neurosis: Mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2003, 17(2): 129~138
- [19] Livesley W J, Jang K L. Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2000, 14: 137~151
- [20] Oldham J M, Skodol A E, Kellman H D. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 1992, 149(2): 213~220
- [21] Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of personality disorder. *American journal of psychiatry*, 1996, 153(12): 1593~1597
- [22] Alden L E, Laposa J M, Taylor C T, et al. Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 2002, 16: 1~29
- [23] Rounsaville R D, Alarcon G, Andrews J S, et al. Basic nomenclature issues for DSM-V. In: Kupfer D J, First M B, Regier D E. *A research agenda for DSM-V*. Washington: APA, 2002. 1~29

## Research on Comorbidity of Personality Disorders' Diagnosis in the United States

Xin Zengyou, Zheng Yong, Chen Benyou

*(School of Psychology, Southwest China Normal University, Chongqing, 400715, China )*

**Abstract:** Personality disorders (PDs) have been argued by researchers and clinicians since the DSM's first edition in USA. And the comorbidity of PDs' became one specific focus of their attention, as DSM work group placed PDs on a separate axis in the third edition. The high levels of comorbidity among Axis-II and several explanative models were introduced in this article. Then reviews on what has been proposed to cope with this problem was also discussed systematically. In the end, opinions and suggestions on understanding of comorbidity and some relevant aspects were proposed.

**Key words:** comorbidity, dimensional model, categorical method.