

“医学无法解释症状”的界定： 躯体化诊断的本土视角

汪新建 陈子晨*

〔摘要〕 医学无法解释症状是指无法通过实验医学的生理性病因进行合理解释的功能性躯体症状,也是躯体化等躯体性心理障碍诊断标准的核心条件之一。医学无法解释症状的界定及其历史变迁反映了西方医学体系中普通医学和精神病学的二元分裂。而从本土身心合一和整体医学观的视角看,医学专科的二元分裂并不是天然存在的。这种差异也成为躯体化诊断在中国产生不适应性的原因之一。

〔关键词〕 躯体化;医学无法解释症状;医学史;文化心理学

医学无法解释症状(Medically Unexplained Symptoms, MUS)是指不能用实验医学的生理疾病过程进行合理解释的躯体障碍,也是躯体化等躯体性心理障碍诊断标准中必不可少的核心条件之一。作为一种精神或心理诊断的必要条件,“医学无法解释”的界定却完全基于实验医学的生理判断标准,反映出躯体化诊断和实验医学生理性思维路径的密切联系。西方对“医学无法解释症状”的认识和理解伴随着近代实验医学的发展不断演变。而对于中国本土来说,这个深刻植根于西方医学体系的概念在中国文化背景中却缺乏相应的理解基础。因此,从本土医学观念的角度来反思这一概念,或可有助于更深入地理解中国人的躯体化问题。

一、“医学无法解释症状”的解释变迁

医学无法解释症状这一概念源自实验医学的诊断过程。在西方实验医学的解释模式中,一些躯体症状之所以被诊断为“医学无法解释”,是因为缺少病理学意义上确定的变化去指向某种疾病实体,比如器官的癌变就能指示癌症的存在。在临床实践中,患者因为症状向医生求助,而医生则通过诊断来对患者的症状做出解释。当医生找不到病理学确定的疾病来解释一个患者主诉中的躯体症

* 汪新建,心理学博士,南开大学周恩来政府管理学院社会心理学系教授,博士生导师,300071;陈子晨,南开大学社会心理学系博士研究生,300071。本文为国家社科基金一般项目(09BSH044)研究成果。

状,这些患者的症状也随之被称为难以理解或“无法解释”的功能性或躯体化症状。从这个角度上说,“医学无法解释症状”的界定建立在一种固定的逻辑基础上:即通过病理证据对所有疾病进行排除,而这正是在实验医学将疾病确定为客观存在的实体之后才产生的概念。

在历史上,哪些躯体症状或综合征会进入“医学无法解释”的领域和特定时代的医学技术发展状况密切相关。随着实验室检验和病理检查技术的发展,某些原本被认为是医学无法解释的症状在发现病因之后变成了医学可解释的症状;而反过来,新的科学发现也可能否定某些被认为已经得到解释的症状的病因,使其再度成为无法解释的症状。另一方面,某些症状在一个时代内“无法解释”或“原因不明”也并不意味着医生就会对其置之不理。相反,他们必须做出新的理论假设来努力尝试解释这些症状。而对“医学无法解释症状”的解释假设也是随着医学技术和观念的发展而不断变化的。

前科学时代的医学其实并不存在所谓“无法解释”的症状,因为大部分病痛体验也无非是用前科学医学观念下的一些假定的原因来加以解释的。比如,最初源于古希腊的“歇斯底里”(hysteria)这一概念,其希腊语原意就是“子宫”。整体性的朴素唯物论将这些和情绪激动共同出现的躯体综合征解释为集中于特定身体器官的紊乱,尤其是带有特殊道德意义的生殖器官。文艺复兴之后,对解剖学的进一步理解导致神经系统疾病被当作无法解释症状的病因,这种观念将歇斯底里、疑病症等原因不明的躯体综合征逐渐划归到一个分类之中。1667年,英国权威解剖学和神经学家 Thomas Willis 从脑解剖学角度对各类“神经性”疾病做了研究,批判了传统认为歇斯底里产生自子宫的观念,转而认为歇斯底里中的激情症状通常来自头脑,但其源头仍然是生理性的病变(Sharpe & Carson,2001,pp.926-930)。

在17—18世纪,精神病学逐渐发展,心理因素越来越受到人们的关注。但在精神病学发展的初期,医生们所认为的“典型”精神疾病只包括丧失心智,抑郁和躁狂等单纯具有心理症状的状况,很少有学者将歇斯底里和疑病症拿来和这些疾病相提并论(福柯,2005,第399页)。而到了19世纪,随着精神病学逐渐建立自己的体系,越来越独立于普通医学体系,医学无法解释症状开始在两种不同的解释路径上发展,而这两种路径分别处于身体和心理两个平行的维度上。其中一条路径是神经学家和生理学家的生理性解释,另一条路径则是将发展为精神分析理论的心理生成论(Psychogenesis)观点。在精神分析学派崛起之前的一段时期,神经生理的解释一度占据主流,无法解释症状公认的病因是神经系统的可逆性失调。但是,逐渐发展的病理检查技术始终未能证明脑部或其他器官存在可观察的解剖学异常,这就导致这些生理失调被称作微妙的或“功能性的”(Trimble,1982,pp.1768-1770)。

这种神经生理解释的一个典型就是19世纪中期由 George Beard 提出的“神经衰弱”的概念。Beard 总结了当时在美国广泛流传的一类原因不明的躯体综合征,将其命名为“神经衰弱”,即“由过度疲劳引起的神经机能衰竭”,其症状包括多系统多项躯体痛苦,比如全身不适,功能衰弱,食欲不振,长期神经疼痛,失眠,疑病以及其他类似症状(Beard,1869,pp.217-221)。Beard 认为这些神经系统上的虚弱或疲惫以及各种精神和身体的低效症状是由于神经功能的一些可逆的失调所造成的。神经衰弱的概念几乎包括了所有非器质性生理功能紊乱和多种由于心理社会原因引起的心理生理障碍。而虽然身为神经病学家的 Beard 和那个时代的其他医生一样,都没有直接的科学证据证明中枢神经系统真的存在功能失调,但他仍然更强调神经衰弱病因学上的生理性而不是心理性。其后,同为神经生理学家的 Charcot 将 Beard 总结出的这种疾病在理论上进行了进一步扩展,使其从先前被人认为的“美国病”变成了一种国际化的疾病(Goetz,2001,pp.510-514)。

19世纪的解释模式转向最终明确地区分开了生理和心理的病因,而所谓的“医学不可解释”根据这种二元划分,最终被交给了精神医学。20世纪,心理分析的时代到来了。脑部功能失调的概念大部分被心理发生概念所替代。由此,无法解释的躯体症状的治疗完全成为心理学以及精神病学的管辖范围。Freud 的支持者,奥地利精神医师 Stekel(Stekel,1924,p.341)创造了“躯体化”一词用来解

释精神问题如何表现为躯体症状,其所表达的心理机制和 Freud 的“转换”概念如出一辙。当 1980 年,美国精神病学会(American Psychiatric Association, APA)修订《精神疾病诊断和统计手册》第三版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM - III)时,特别划分出一类以躯体痛苦为主的精神障碍,即躯体形式障碍(somatoform disorders),这个诊断逐渐被世界其他重要的精神诊断手册所接受。而伴随这个诊断分类及其标准一直延续下来的核心条件之一正是“医学无法解释症状”。

二、“医学无法解释”的逻辑基础:普通医学和精神医学的二元分裂

回顾“医学无法解释症状”在启蒙时代之后的历史可以发现在实验医学内的一种解释模式的反复和循环,而这也是普通医学(medicine)和精神医学(psychiatry)逐渐分裂的一个写照。17 世纪 Willis 对歇斯底里的分析和 19 世纪 Beard 对神经衰弱的定义都曾经是一度占据主流并影响巨大的理论观念,他们的理论代表了原因不明躯体症状的解释模式中一种相似的路线:从生理角度将此类综合征归于一种神经生理系统的疾病。而在 Willis 和 Beard 对歇斯底里和神经衰弱的经典论述之后,两种疾病理论的发展也同样经历了一个相似的“转向”:由“真实”生理疾病变成“无中生有”的心理障碍。在歇斯底里的例子中,传统的子宫冲动学说随着解剖和生理学的发展,逐渐转变为由大脑主导的神经系统作为中介的紊乱,但并没有改变此类疾病植根于身体的基本观念。可这个主题在 18 世纪却从身体空间的动力学变成了心理空间的伦理学,使歇斯底里和疑病症进入了精神病学的领域(福柯,2005,第 410 页)。同样,在神经衰弱的例子中,随着 19 世纪末到 20 世纪初心理学和精神分析理论影响的日渐扩大,神经衰弱也被逐渐纳入到精神分析的情感冲突框架中。导致症状的潜在的情感因素变得比表面的躯体症状更加重要。在诊断上,神经衰弱也逐渐被认为是一种纯粹的心理问题,最终被抑郁症等情感障碍或心境障碍所替代(汪新建、何伶俐,2011)。这些例子显示出,在医学科学的疾病分类一直到精神病学理论观念建立之初,医生首先会尝试从神经系统疾病的角度解释“医学无法解释症状”。在现代的医学系统中,医生也是首先从他们自身所属的医学专科考虑能否对症状做出解释。而当病痛和症状被医学排除在外,它们才最终落脚于心理学和精神医学的领域。由此可见,被认为是“医学无法解释”的这些躯体综合征与其他典型的心理问题或者精神障碍不同。按照医学科学的身心二元观念,这些主观的躯体症状和病痛体验最初进入的应该是非精神科的普通医学话语体系。

科学观念中的机械身心二元主义对疾病和医学观念的主要影响之一就是精神病学从普通医学中分离出来,将身体病痛留给医学,将精神病痛留给精神病学。在笛卡尔的机械二元论之后,被客体化的身体只是一种“机器”,它与遵循科学规律运行的物质世界中的其他“系统”没有什么本质区别。身体获得了机器的隐喻,而疾病就是“机器抛锚、燃料缺乏或者摩擦过多引起的机械故障”(波特,2007,第 59 页)。这个纯粹物质性的“机器”是神学家和伦理学家不能涉及的,专门属于医生的领域。而心灵却又经历了另一种意义的转换,一方面心灵是理性的来源,是决定人类思维与意识的基础。另一方面,心灵也是一种系统,一种“机器”,它也能被科学化,并逐渐丧失原本的道德伦理意义,而变成另一种客观存在物。这个心灵被降格的过程则是心理学和精神医学产生的起点。

在西方医学科学的体系中,精神病学虽然诞生自医学,也一直被当作一个医学专科来看待,但在很多语境中它明显有异于其他医学专科,甚至和它们对立起来。对于以生理解释为主体的现代西方医学体系来说,精神病学始终缺乏等同于普通医学的合法性。20 世纪中期 Szasz 曾针对精神病学展开颇有影响力的全面抨击。通过分析歇斯底里和精神分析这段经典历史,Szasz 声称精神疾病并不像癌症等医学意义上的疾病一样“真实”,因为没有生物化学检验或神经生理发现能够证实其存在

(Szass, 1974)。他认为精神疾病是用来伪装道德伦理冲突的神话：“严肃的人不应该将精神病学当回事——它只是对理性、责任和自由的威胁。”(Szasz, 2008, p. 2)虽然有不少学者和精神医学从业者认为 Szasz 的批判过于极端,但也难以否认其主张中一个不能回避的问题:精神病学分类中的疾病和障碍确实缺乏科学意义上的充足证据,特别是以躯体病痛为表现的心理问题,比如躯体化。进一步说,围绕躯体化疾病分类和诊断逻辑的争论正是整个精神病学遭到批判的缩影。普通医学和精神病学在身心归属明确的疾病或问题上,两者分工明确,“合作愉快”。但在躯体化现象这种本体和性质模糊的问题上,两者似乎就产生了龃龉。一定程度上,正是疾病分类体系对疾病体验的规训使得躯体化成为现代生物医学的“弃儿”(汪新建、王丽娜, 2013)。

三、从本土医学观念看“医学无法解释症状”

对于大多数非西方社会而言,西方的现代医学体系是一个外来物,与医院模式、医疗保健体制相互捆绑,随着整个现代化进程“空降”而来。对于中国来说,虽然早在明清之际就对一些流传而来的西方医学知识有所了解,但真正采用西方的医疗体制和诊断系统,也不过就是一个世纪以内的事情。本土社会接受的是在西方经过长期发展,已经成形的一整套体系,对于“医学无法解释症状”中所反映出来的普通医学和精神医学具有历史渊源的纠缠与竞争,恐怕没有多少切身感受。

首先,从中国传统身体观和医学观的角度看,将患者的病痛原因划分为“医学可以解释”和由其他原因解释的“医学无法解释”是一种不太自然的做法。在本土医学观念中,“医学解释”应该是一个整体性的知识,包括对所有病痛和不适的解释。其典型如宋代陈无择提出的三因学说,将病因根据来源分为外因、内因、不内外因三类,“然六淫,天之常气,冒之则先自经络流入,内合于脏腑,为外所因。七情人之常性,动之则先自脏腑郁发,外形于肢体,为内所因。其如饮食饥饱,叫呼伤气,尽神度量,疲极筋力,阴阳违逆,乃至虎狼毒虫,金疮痿圻,疰忤附着,畏压溺等,有背常理,为不内外因”(陈无择, 2011, 第 22 页)。外至风邪入侵,内至情志所伤,这些病因全部共同作用于患者的身体。

而这种传统的病因解释和诊疗模式究其根源则在于传统的思维模式和身体观。传统思想与医学理论往往以天人类比的方式,建构身体概念。身体通过阴阳五行、四象八卦等天地万物的共有本源与整个自然世界相互贯通。又有“五行配脏”的理论,使身体各部分不但和阴阳之象相互对应,而且喜、怒、悲、忧、恐也是通过配属于五行而与各自对应的脏器联系到一起。由此,个人的情志通过阴阳五行的意象连结到身体各部分以致宇宙万物上。中国文化中的身体也就成为了一个天人相应、内外相通、与自然世界具有有机联系的功能系统。纯粹物质的躯体只是身体系统的一部分,而躯体与心理之间又存在天然的联系,共同组成一个身的整体,其内部存在普遍联系、相互交感的关系。中国人谈到“身体”时,并不进行躯体和心智的划分。身体本身是人的健康和疾病状态的基础,它同时也参与心理、精神层面的活动。因此,中国人的“身体”牵涉到无形的精神、心灵、情志,是生理与心理的交互作用而成的一个整体。

正因为这种传统的身体观,传统中医也不存在针对躯体、器官或针对精神、心理的两种医学专科的二元分裂。在整体性的身心系统中,心理与生理并无本质区别,而只具有功能和形式的区别;它们的运作没有机理的不同,只有具体表象的不同。因此,在本土观念中,身体的疾病也自然涵盖心理与生理的双重维度,不必再行区分。在传统中医的临床实践和诊疗模式中也并不是不存在分科,患者的疾病原因也有内外之分,但医生必须能够对所有可能的病因做出判断并加以应对。

除了中国本土身心整体观念和西方二元论的差异,从传统中医的诊断方法上看,“医学无法解

释”的说法也很难被习惯了传统医学诊疗模式的患者所接受。无论古今中外,所有医学体系都必须为患者的病痛寻找某种“解释”,这也是诊断的意义:医生必须要通过他的诊断告诉患者,他的痛苦是什么,原因何在。但是“解释”的方式以及能够被患者接受所必须具备的条件却可能因为文化不同而有所差异。以科学主义为基础西方实验医学的“医学解释”必须要依赖于生物病理证据建立的严格因果。而在中国本土社会,中医对疾病病因和过程的解释依据的则是中国人传统的意象思维模式。这种思维模式的因果判定方式与科学模式不同,它以主体意向判定事物之间的联系,对因果关系进行主观性、体验性、感悟式的论证,因此传统医学的理论通过理论本身的自洽性和个案例证即能建立其自身的合法性(吕小康、汪新建,2013)。这种解释模式并不用证实关于某种疾病实体的“假设”,也就不要求科学严谨的因果性证据。

意象思维的影响又体现在中医的“辨证”模式中。中医的对象并非是西方科学定义下的“疾病”,而是一个本土概念“证”。中医所说的虚、寒、热等证候并不是西方医学中的“疾病”那样的客观实体,它们既是现象的描述,又附有本质的概括,这就是所谓“西医辨病,中医辨证”(吕小康、汪新建,2012)。而在中医的辨证模式下,其实所有体验都可以和这些体验性、感悟性的隐喻及意象连通到一起。一些带有情志因素的身体病痛按照严格的科学观念无法加以解释,但是其中却表现出直观的心身影响或交互作用,在本土的文化中被归结于意象性的“气”、“火”、“经络”等概念。对于并不太了解医学理论的患者而言,这些概念也可以被看作是对某些生命“力量”或“能量”的隐喻,它们也许是直接从外界侵入,也许是身体受到外界刺激后而产生。通过这些隐喻所给出的“为什么生病”的解释也不难接受:这些力量或能量的起伏扰动了身体系统的整体平衡和正常状态,导致了各种非正常状态的产生。

已有研究发现,即使在西方社会,对躯体性病痛给出纯粹“心理和精神”的解释也较难得到所有患者的接受,其主要原因是患者主观体验到的病痛是身体状态(Kirmayer, Robbins, Dworkind, & Yaffe, 1993, pp. 734-741)。而中国传统意象性诊疗观的文化环境熏陶下的本土患者可能更难以理解和接受“医学无法解释”。患者并不清楚“医学无法解释”中暗含的普通医学和精神医学的划分,因此在科学角度上严谨合理的“医学无法解释症状”这一条件,对于患者来说却更像是医学在解释他们的问题时表现出的一种“无能”。“医学无法解释”还暗示着患者的症状不是真的,这种对想象性疾病、诈病和伪病的暗示也是对医患相互信任的一种损害。而本土的诊疗模式却相当依赖这种信任关系来获得体验性的病痛主诉,并总能根据患者的主诉提供一种宽泛的医学指导,形成一种“治未病”的医学传统(吕小康、钟年、张紫馨,2013)。这种传统未必能够在所有案例上得到科学的验证,但仍是极强的文化传统,对塑造患者的求诊模型和疾病表达体验有着不可忽视的作用。

四、躯体化诊断的本土反思

“医学无法解释症状”的种种问题反映出躯体化这个概念及一系列相关诊断在西方医学体系中的内在矛盾。从西方实验医学体系内部而言,“躯体化”作为一个独立的心理障碍面临合法性危机。“医学无法解释症状”这个躯体化定义和诊断的核心条件突出地反映了近代以来西方科学医学体系中普通医学和精神医学的二元分裂。而这种贯穿本体论和方法论的二元主义又恰恰是中西方医学在观念和诊疗模式上差异最大的部分之一。这种矛盾在中西方的文化差异中被进一步放大,导致躯体化显示出独特的文化不适应性。

在治疗方面亦是如此,身心二元主义划分的代价是限制了有效的心理疗法和普通医学实践的整合。以目前的临床医学系统来说,如果患者首先不是进入精神病学专业科室,而是进入初级保健中,

那么大多数主诉是“医学无法解释的躯体症状”的患者都能够得到各个专科的解释:纤维肌痛、肠易激综合征、神经性胃炎等等。对于各专科医生来说,这些诊断能够被患者接受,而患者也能够得到处置,也就是说这些解释在初级保健系统中具有很好的适应性和“合法性”。对于内科各科室的医生来说,主诉躯体症状的精神障碍,比如“躯体化”等概念,其合法性可能还不如各类功能性综合征。因此,虽然心理疗法可能对患者很有帮助,但仍然有很多去非精神科看病的患者无法得到这些治疗,而另一些患者则根本不接受精神疾患的解释。一方面,在普通科室,医生和病人可能不断重复没有结果的医学检查和干预;另一方面,称这些病人具有精神病学问题,转介精神科,让他们觉得受到误解和污名化。患者可能被留在一个狭窄的“无人区”:生物医学方法否定他们的症状是生理性质的,而他们自己又拒绝对心理解释(Quill,1985,pp. 3075-3079)。

西方医学和精神病学界并不是没有注意到这些问题。正是因为“医学无法解释”这一条件造成了躯体形式障碍诊断在病因学上的模糊性,美国精神病学会在新版本的修订中去除了这条标准(APA,2013)。但是这种修订却引发了更大的争议。众多反对者认为,如果去除“医学无法解释症状”这个条件,就会模糊躯体化一类心理障碍和医学状况之间的明确界限。而界限的模糊将可能会扩大精神障碍的范围,将很多确实患有医学疾病的人群错误的指为“精神障碍患者”(Frances,2013)。可见,在基于身心二元主义的西方实验医学体系中,跨越身心两个领域的躯体化问题是个难以解决的“痼疾”。如果严守科学主义的机械二元论分野,当前被诊断为“躯体化”的心身病痛体验无论如何都必须被一分为二:或是归为心理领域的疑病症,或是归为普通医学中的各种功能性综合征。如果像此次DSM修订一样,简单地在诊断标准上去除二元主义暗示,就会陷入与医学科学观念的基础相抵触的境地,使精神病学本身遭到“试图入侵医学领域”的指控。

而这恰恰是本土观念可以为解决此类问题提供启示之处。中国本土传统的诊疗观与西方科学主义的医学观念存在差异,哪种观点更“好”或更“健康”,要看适用的具体环境和条件,不能妄下结论。更准确地说,不同的医学观念和诊疗模式很大程度上只是看待问题的角度不同,由此可以提供更多的解释和解决问题的途径。目前心身医学(Psychosomatic medicine)的发展致力于拟合西方医学中生理和心理的分裂,在诊断和治疗等各方面促进普通医学和精神病学以及心理学方法的融合。由此所致的医学观念的改变,可能和传统医学将身心视为整体性系统的直观理解殊途同归。在这样的观念下,医生无须拘泥于单一的病因学解释,“医学无法解释”可以作为确定患者某个具体症状边界的线索,而不再是将患者完全划归到某种类别的生硬条件。

从临床治疗的角度看,躯体化诊断也需要本土视角的介入。因为,衡量一种诊断标准合适与否首先应以临床实用为依据,特别是要看其最终能否有利于消除患者的痛苦,帮助其恢复健康。既然诊断标准的修订和评价都要立足临床实践,那么在本土临床中使用来源于其他文化背景的诊断标准就更加需要实践检验。在本土医学传统的身心一体诊疗观念下,“躯体化”或可被诊断为特定的符合本土文化背景的心身病痛综合征。在当代中国的医疗实践中应用本土视角也有助于促进医学治疗和心理治疗的整合,以及重新理解和利用传统医学中的一些有效的整体性疗法。

参考文献:

- 陈无择,2011:《三因极——病证方论》,北京:中国医药科技出版社。
- [法]米歇尔·福柯,2005:《古典时代疯狂史》,林志明译,北京:生活·读书·新知三联书店。
- [英]罗伊·波特主编,2007:《剑桥插图医学史》,张大庆主译,济南:山东画报出版社。
- 吕小康、汪新建,2012:《意象思维与躯体化症状:疾病表达的文化心理学途径》,《心理学报》第2期。
- 吕小康、汪新建,2013:《因果判定与躯体化:精神病学标准化的医学社会学反思》,《社会学研究》第3期。

吕小康、钟年、张紫馨,2013:《易感的身体:治未病情结与中国人的高躯体关怀》,《南开学报》(哲学社会科学版)第6期。

汪新建、何伶俐,2011:《精神疾病诊断标准中的神经衰弱与躯体化的跨文化分歧》,《南京师大学报》(社会科学版)第5期。

汪新建、王丽娜,2013:《被放逐的心理:从疾病分类体系的演进看躯体化》,《南开学报》(哲学社会科学版)第6期。

American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5*, Washington, DC: Author.

Beard, G., 1869, "Neurasthenia, or nervous exhaustion", *The Boston Medical and Surgical Journal*, vol. 80, no. 13, pp. 217 - 221.

Frances, A., 2013, "The new somatic symptom disorder in DSM - 5 risks mislabeling many people as mentally ill", *BMJ* 2013;346:f1580.

Goetz, C. G., 2001, "Poor Beard!! Charcot's internationalization of neurasthenia, the 'American disease'", *Neurology*, vol. 57, no. 3, pp. 510 - 514.

Kirmayer, L. J., J. M. Robbins, M. Dworkind and M. J. Yaffe, 1993, "Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care", *The American Journal of Psychiatry*, vol. 150, no. 5, pp. 734 - 741.

Quill, T. E., 1985, "Somatization disorder", *The Journal of the American Medical Association*, vol. 254, no. 21, pp. 3075 - 3079.

Sharpe, M. and A. Carson, 2001, " 'Unexplained' somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift?", *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, no. 9, pp. 926 - 930.

Stekel, W., 1924, *Peculiarities of Behaviour* (vols. 1 - 2), London: Williams and Norgate.

Szasz, T., 1974, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, Revised Edition*, New York: Harper & Row.

Szasz, T., 2008, *Psychiatry: The Science of Lies*, Syracuse University Press.

Trimble, M. R., 1982, "Functional diseases", *British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, vol. 285, pp. 1768 - 1770.

(责任编辑:蒋永华)

Definition of "Medically Unexplained Symptoms": A Chinese Perspective on Somatization Diagnosis

WANG Xin-jian, CHEN Zi-chen

Abstract: Medically unexplained symptoms are functional somatic symptoms which cannot be reasonably explained by physiological causes of experimental medicine. They are also one of the core elements of the diagnostic criteria for identifying somatic psychological disorders like somatization. The definition of medically unexplained symptoms and its history reflect the dualist division between general medicine and psychiatry in the western medical system. From the Chinese perspective characterized by an integrated whole of body and mind and by the concept of holistic medicine, the dualist division of the medical sciences is not unavoidable. This difference constitutes one of the reasons why somatization diagnosis is not applicable in China.

Key words: somatization; medically unexplained symptoms; medical history; cultural psychology