



北京市高等教育精品教材立项项目

心理咨询与治疗丛书

变态心理学

(第2版)

主 编 王建平

副主编 梁耀坚 (Leung, Yiu Kin Freedom)

汤宜朗 杨智辉



高等教育出版社
HIGHER EDUCATION PRESS



扫描全能王 创建

第四章

神经症性障碍

典型案例

女, 26岁, 大专文化。五年来与人交往紧张, 害怕与人目光对视, 服用阿普唑仑, 量渐增。

患者20岁时到某大学英语系学习, 大二期间参加一次英语讲演, 因准备不充分, 未讲演完。当时自觉紧张, 心跳心慌, 感觉眼神不对劲, 越想控制紧张越不自然, 感觉很丢脸。自此以后渐渐发现男同学都疏远她, 甚至女同学也不像以前那样热情了, 于是跟人讲话时感觉紧张, 不自然, 不敢与人目光对视, 认为其目光中带有“我爱你”的含义, 唯恐被对方发现。因而回避人际交往。

自觉这样紧张不行, 同年自行到某医院就诊, 诊断不详, 医生给她用“阿普唑仑”治疗, 要求她一日服两次($0.8\text{mg}/\text{日}$), 服用后患者感觉见人不紧张了, 也敢与人目光对视了, 于是认为这是个好药。以后不遵医嘱服药, 只要见人要见人, 只要有紧张感就自行服用一片阿普唑仑, 用量渐增。患者22岁大专毕业后到某计算机仪器设备公司工作, 外人发现她上班很累, 完不成工作, 总是下班后要加班, 半年以来与人交往也紧张。这时发现她服用阿普唑仑大约 $4\text{mg}/\text{日}$, 自诉自卑, 认为自己不如别人。整天处于紧张和劳累当中, 体重下降约5公斤, 一年后不能忍受这种状况而辞职。次年应聘工作, 见人仍觉紧张, 目光躲闪, 不服用阿普唑仑就出现心慌、出汗和发抖的症状, 自行到处去开药, 同时患者表现兴奋, 有时话多, 讲话也很激动, 有时因此影响应聘。应聘不成, 于是埋怨社会不公平, 也自卑, 相信命运, 认为自己命不好。至25岁时, 阿普唑仑最大量为 $8\text{mg}/\text{日}$ 。

在患者26岁时, 患者父母发现她离不开阿普唑仑, 于是送其住院治疗。用森田疗法和输液治疗, 同时渐减阿普唑仑的服用量。患者发病以来, 饮食、睡眠良好, 二便正常, 未见情绪不稳、自杀想法, 未见冲动怪异行为。患者自述现在非常多疑。比如, “我经过我家楼道时, 发现两个人的眼神会心地交流一下, 我就认为是在议论我, 我就感觉紧张。”我还发现大多数男同学都来试探我, 看我是不是紧张, 我特别在意别人对我的评价, 总担心别人对我评价不好……

家族史: 否认父母三代内其他成员有类似病史, 否认有精神疾病史, 否认有近亲婚配史。



个人史:同胞二人,行二,姐姐比她大两岁,出生于黑龙江,母孕期正常,足月顺产。生长发育好,适龄上学,成绩一般。11岁时由湖北举家迁至郑州,当时湖北小学未教应用题(数学),所以后来在课堂上不能当堂完成作业,感觉自卑,认为自己不如别人。以至于一直以来数学成绩不好,上初中时上体育课,她是左利手,因此总感觉与人不同,老师教的动作也不能完成。第一年高考落榜,复读一年后仍未考上,之后参加工作。20岁时到某大学大专班学习。患者性格内向,经常与姐姐在一起,依赖姐姐,胆小、不主动与人交往。正直善良,无烟酒嗜好,无其他兴趣爱好,无恋爱史。

既往史:1岁时无故出现四肢抽搐,口吐白沫,两眼上翻,住院两周治疗,此后未再出现此情况。否认肝炎、结核病史。否认重大躯体疾病史。否认脑外伤史,否认药物和食物过敏史。

第一节 概述

一、神经症概念的由来和演变

Thomas Willis(1622—1675)是17世纪后半叶欧洲医学的主要代表人物之一。他提倡歇斯底里和疑病症的神经起源学说,反对以体液改变为病源的盖伦学说。Willis认为神经系统的功能直接影响着人的感觉和运动,而神经系统的病变则会导致头痛、嗜睡、失眠、眩晕、瘫痪、谵妄、忧郁和躁狂等,并称之为神经疾病。

苏格兰医生 William Cullen(1710—1790)则在1769年首先提出了神经症(neuroses)这一术语。Cullen关于神经症的定义是“没有发热和没有局部病变的感觉和运动的疾病”,是“神经系统的一般性疾病”。Cullen将神经症分成四个“目”,这四个“目”是:昏迷病(comata),动力减退病(adynamiae),痉挛病(spasmi),精神失常病(vesaniae)等。Cullen的神经症分类包括的内容过多,有很多现在已经不属于了神经症的范畴了。Cullen的功绩主要在于,他提出了神经症的概念,并在理论上把神经症明确地区别于神经系统以外的器官疾病。

到19世纪,临床神经病学有了很大的发展。神经系统各式各样的器质性疾病陆续从神经症里区分了出去,神经症的概念随之发生了改变:从神经系统的疾病变成了神经系统的功能性疾病。

在19世纪的医学领域里,病理解剖学占据着统治地位。医生们普遍认为,疾病总是以细胞结构的病理变化为基础的。即使这种病理变化现在没有被发现,它迟早会在将来被发现。

尽管如此,病理生理学还是有一定的发展的,只是在许多医生的理论思考中没有什么地位罢了。

值得一提的是法国人 F. J. V. Broussais(1772—1838)所著的《生理学的医学》一书。



由于当时的知识有限, Broussais 在这部著作中有不少猜测性的论断。但是, Broussais 对病理解剖学唯我独尊现象的批评, 现在看来, 仍然是相当有道理的。他所提出的“刺激”概念对医学思想的发展产生了深远的影响。例如, 他认为肠胃炎是很多全身性疾病的原发性病灶, 这种原发性病灶造成神经系统异常的“刺激”, 从而导致各式各样的症状。Broussais 认为, 在解剖病变和临床症状之间必须插入生理学的解释。这种关于功能性概念的解释, 对神经症概念的发展产生了重大的影响。例如, Louis C. Roche (1790—1895) 对疾病所作的分类几乎完全是基于病理解剖学的, 但是他的两种分类却明显受到了 Broussais 的影响: 刺激病和衰弱病。在六种刺激病里, 有一种叫做神经刺激病或神经症。与此对立的衰弱病则被视为由“体液的流量少于自然状态, 以致易激惹性降低”所引起的病。这里, 我们看到了兴奋和抑制这两个现代生理学概念的萌芽。

有趣的是, 神经症一词虽然源于英国并首先广泛流传于英国, 但在后来相当长时期的英国医学文献里它却几乎消失不见了。这种现象显然跟病理解剖学占绝对优势和神经症概念不断缩小且不稳定密切相关。神经症在英国文献里重新出现是在这个概念的所谓心理学化时期。

虽然神经症这个名词似乎不太走运, 但神经症的概念却以别的多种形式出现并引起了医生们的注意和争论。最重要的有两个: 脊髓刺激, 反射功能性神经疾病。

另外一个概念——血管运动和营养性神经症, 也必须在这里提一下, 因为它在神经症概念的发展史中占有重要地位。这个概念在 19 世纪初第一次出现于德国医生的著作中。有关自主神经的知识的发展跟这个概念的形成有密切的关系。肢端发绀症、血管神经性水肿、硬皮症、偏头痛、心绞痛、Basedow 氏病等, 都曾经在一个时期里被视为血管运动和营养性神经症。如果神经症意味着神经系统的功能性障碍, 把找不到病理形态学变化的各种自主功能障碍看做一种神经症(作为自主神经症), 当然也是合理的。但是, 从上面列举的病名可以看出, 医学已经一再表明自主神经症是一个容易导致误解的、弊多于利的概念。随着各种心理学学说对神经症概念的冲击, 从上世纪末到本世纪初, 神经症的含义又一次发生了深刻的改变。尽管一直到现在仍然有些医生在采用自主神经症之类的术语作诊断, 这恐怕只能视为一种历史的遗迹, 大多数精神病学家已经无法接受了。

在 19 世纪, 临床神经病学有了很大的发展。这与神经病理学(包括显微镜、切片和染色等技术)的进步分不开。神经系统各式各样的器质性疾病陆续从神经症里区分了出去, Cullen 的神经症的范围日益缩小。神经症的概念随之发生了改变: 从神经系统的疾病变成了神经系统的功能性疾病。

另一方面, 随着精神病学的发展, 神经症又增添了不少新的相当确定的病态形式。1861 年, Morel 首先使用了强迫症一词。1871 年, C. Westphal 创造了广场恐惧症(agoraphobia)一词, 这标志着各种恐惧症命名的开端。1894 年, S. Freud 将焦虑症视为一种神经症。一直到现在, 这三者仍然是公认的神经症。

法国人 Jean-Martin Charcot (1825—1893) 关于歇斯底里的研究对神经症理论的发展起了巨大的作用。他用催眠暗示能够在病人身上制造和消除歇斯底里症状, 这引起了医学界的震动。1885 年, Charcot 证实了某些外伤后瘫痪病例具有歇斯底里性质, 用催眠暗示可消除症状, 瘫痪病人一下子变得可以像正常人一样活动自如了。



Charcot 关于歇斯底里的研究成果并不限于歇斯底里本身,他使医生们看到了心理因素对人体的戏剧性作用,从而拉开了心理因素致病这一现代研究的序幕。1894 年,德国人 Robert Sommer 首次将心因性一语引入精神病学,可以看做这一研究领域蓬勃发展的标志。

功能性和器质性是两个完全不同的概念,下面分别加以简短的讨论。功能性是相对于器质性而言的,但是,器质性疾病照例同时伴有功能性障碍。实际上,功能性疾病只不过是一个否定的概念,即没有病理形态改变的疾病。由于临床各科都要跟功能性疾病打交道,功能性疾病作为分类系统里的一个类别显然跟传统临床分科很不相适应。器质性与功能性之分不是病因学的。因此,在遵循病因学分类原则的系统里,功能性疾病不能构成一个疾病实体,也找不到一个确定的位置。

呼吸道急性感染引起高热以致意识障碍但不久以痊愈告终,这是器质性的,还是功能性的?就呼吸道而言,这无疑是器质性的,而就神经系统而言,却完全可以是功能性的。一次急性酒精中毒或一次末梢血循环衰竭发作(休克),不论就身体还是神经系统而言,从形态学病理改变看来都是功能性的。

顺便在此提一下名词的翻译。新中国成立后,由于苏联医学思想的影响,neurosis 长期以来一直被译成神经官能症。应该说,这是一个错误的译名。从文字上说,neurosis 并没有“官能”的含义。从历史上说,Cullen 所说的 neurosis 泛指神经系统疾病,并不限于功能性障碍。从现状来说,《国际疾病分类》(第 9 版)(ICD-9,1978)明确指出,神经症是一种精神障碍,根本未提到它是神经功能障碍。正因为如此,1984 年,中华医学会神经精神科分会制订的分类系统里已经正式定名为神经症,而不再使用神经官能症这一错误的译名了。

从 19 世纪末起,神经症是一种心因性障碍的说法开始广泛流传。遗憾的是,围绕这个问题,人们在理论上的分歧很大。关于什么叫做心因性,不同学派的学者说法极不一致,几乎没有共同语言。这对临床经验总结和学术交流是十分不利的。

神经症是心理的原因所致,这种说法有一强有力的对立面,且历史比现代心因学说要古老的多,这就是体质人格学说。事实上,遭受精神上的打击而发病的只是神经症病人中的一部分,甚至只是一小部分,如果我们只考虑异乎寻常的重大打击的话。在差不多的生活经历和生活处境下的人们,少数人患神经症而大多数人不患病,单纯强调心理致病因素是无法对此作出解释的。

由于迄今在理论上无法取得一致,为了实践的需要,我们只能满足于公认的临床事实对神经症下定义。神经症是一种没有任何可证实的器质性病变为基础的精神障碍——这就是目前公认的说法,但显然是一个不完全的定义。没有器质性病变基础的精神障碍是各式各样的,其中有一些(例如躁狂症)毫无疑问不是神经症。那么,神经症区别于其他非器质性精神障碍的特征是什么?对此,迄今还没有公认的和令人满意的答案。与此相联系,抛弃神经症这个术语和概念的思潮近十余年来颇为流行。1980 年,美国精神病学会出版的分类和诊断标准——美国《精神疾病诊断和统计手册》第 3 版(DSM-III)——已经取消了神经症这个类别,只是为了照顾习惯,在某些类别的名称后面附上了神经症一类的字眼放在括弧里。



二、神经症的定义

(一) 赫布和国际疾病分类中的定义

病理心理学中的概念都是很复杂的。由于缺乏公认的描述性定义,过去的许多争论往往争不出结果来。疾病的描述性定义决定了它们的诊断标准。我们甚至可以说,一套诊断标准就是一个描述性定义。

由于不同研究者心目中对神经症的描述性定义不同,他们搜集的资料,如患病率、人口学资料、人格特征、家族史、疗效、预后等,实际上缺乏可比性。因此,研究者必须使自己心目中的描述性定义明确化,并且把它变成文字写进研究报告或论文里去,这样才会使读者知道你研究的究竟是什么东西,也才有可能跟别的研究进行比较,也才能对结论进行评价。仅仅提到研究的是神经症是不够的,因为神经症可以有大不相同的描述性定义或诊断标准。换句话说,人们研究的神经症很可能不是同一件事,甚至可以彼此相去很远。

赫布(Hebb, 1947)关于神经症的描述性定义也许是最早的了。赫布写道:“神经症实际上是一种不愉快的情绪状态,这种情绪是广泛的、持久的,它只见于少数人群,没有明显的神经病变作为基础。”赫布的定义强调了不愉快的情绪,这是自20世纪以来许多精神病学家临床经验的概括和总结,也是可以为今天精神科医生所接受的。但它的缺点在于“不愉快的情绪状态”太笼统了,包含的范围过于广泛。

《国际疾病分类》第9版(ICD-9, 1978)将神经症定义如下:

“神经症是没有任何可证实的器质性基础的精神障碍,病人对病有相当的自知力,并且现实检验能力没有损害,这表现为病人通常不把病态主观体验和幻想跟外在现实混淆起来。行为可以大受影响,但通常仍保持在社会所能接受的限度之内,人格也没有瓦解。主要表现有过分焦虑、歇斯底里症状、恐惧症、强迫症和抑郁。”

这个定义可以分解为六条:(1)没有任何可证实的器质性基础;(2)有自知力;(3)现实检验能力没有损害;(4)行为保持在社会所能接受的限度之内;(5)人格没有瓦解;(6)有精神障碍,主要表现为过分焦虑、歇斯底里症状、恐惧症、强迫症和抑郁。

不难看出,上述前五条都是否定的,完全不涉及神经症的阳性特征。实际上,没有神经症的正常人都符合这五个条件。第六条是唯一的阳性描述,然而很遗憾,它只是列举了神经症常见的几种类型的症状,没有对不同类型神经症共同的临床特征作出概括,也就是没有描述神经症这种精神障碍究竟有什么阳性特征。

传统的观点认为歇斯底里是一种神经症。但是,上述ICD-9的定义不都适用于歇斯底里,因为歇斯底里的典型精神障碍,不论是身份障碍还是遗忘症,患者都既无自知力,也没有什么苦恼,且以表现出不能为社会所接受的行为更为常见。

(二) 许又新的定义

许又新认为,神经症是一种精神障碍,主要表现为持久的心理冲突,病人觉察到或体验到这种冲突并因之而深感痛苦,且妨碍了心理功能或社会功能,但没有任何可证实的器质性病理基础。

按上述定义,神经症具有以下五个特点:

1. 意识到的心理冲突



神经症病人觉察到自己处于一种无力自拔的自相矛盾的心理状态,其典型体验是:病人感到不能控制他自认为应该加以控制的心理活动,如焦虑、持续的紧张心情、恐惧、缠人的烦恼、易激惹、自认毫无意义的胡思乱想、强迫观念等。通俗的说,病人总是自己跟自己过不去,自己跟自己为难,自己折磨自己,自己打自己的耳光。教育程度高的病人往往可以明确说出他的心理冲突:势不两立的情绪、欲望、行动倾向、态度或价值观在他们的心灵里不断地进行着争斗,病人既无法抛弃任何一方也无法把两者协调统一起来,他们力图摆脱这样狼狈的两难心态,却一而再再而三地失败了。病人知道这种心理是不正常的或病态的:“我过去并不是这样”。也就是说,病人对症状的事实方面有自知力。

2. 精神痛苦

神经症是一种痛苦的精神障碍。没有精神痛苦,根本就不是神经症。因此,病人往往主动就医或求助于心理治疗者或心理咨询者。喜欢诉苦是神经症病人普遍而突出的表现之一。因此,有人也将其称为诉苦病。

3. 持久性

神经症是一种持久的精神障碍,不同于各种短暂的(最多不超过几个月)精神障碍。国内文献常常把神经症说成是神经功能的“暂时性”失调,这主要是由于误用了巴甫洛夫的术语。巴甫洛夫称条件反射为暂时性联系,这是与在种族演化过程中形成的永久性联系或无条件反射相对而言的。不应该用巴甫洛夫的“暂时性”一语来描述神经症的病程。按巴甫洛夫本人所赋予的含义来说,除了代代相传的遗传性疾病以外,所有的疾病都可以说是“暂时性”的。这样用“暂时性”描述病程就毫无意义了。还有什么习惯比言语习惯更顽固的么?然而,按照巴甫洛夫的说法,从幼年起一直持续终生的言语习惯也不过是一种暂时性联系而已。

4. 作为一种精神障碍,神经症妨碍着病人的心理功能或社会功能

一般来说,人生是不能免于心理冲突的。哲人的心理冲突迸发出智慧的火花;文学家的心理冲突产生出感人的诗篇;建设者的心理冲突凝结成人类的文明大厦;战士的心理冲突使他们在痛苦中勇往直前。总之,健康人并非没有心理冲突和痛苦,而是心理冲突和痛苦成了他们建设性和创造性活动的动力,这是心理冲突的内容从较低层次向较高层次的发展。神经症性心理冲突却不然,它的内容既可以是固定不变的,致使病人老是在原地踏步不前,也可以是经常变化的,从人生现实的重大事件变成生活中的鸡毛蒜皮,或者在几件事情上反复来回兜圈子。更有甚者,神经症性心理冲突中的两个对立面相互强化,形成所谓恶性循环,日益严重地妨碍着病人的心理功能或社会功能。一言以蔽之,神经症性心理冲突是破坏性的,而健康的心理冲突却是建设性的。

5. 没有任何器质性病变作为基础

这条阴性标准至少在目前的诊断实践中是必要的,因为单纯着眼于心理冲突,我们现在还不能有把握地将神经症区别于由其他疾病造成的类似神经症的症状。

(三)《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版(CCMD-3)中的定义

神经症是一组主要表现为焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病症状,或神经衰弱症状的精神障碍。本障碍有一定人格基础,起病常受心理社会(环境)因素影响。症状没有可证实的器质性病变作基础,与病人的现实处境不相称,但病人对存在的症状感到痛苦和无能为



力,自知力完整或基本完整,病程多迁延。各种神经症性症状或其组合可见于感染、中毒、内脏、内分泌或代谢和脑器质性疾病,称神经症样综合征。社会功能受损或无法摆脱的精神痛苦,促使其主动求医。符合症状标准至少已三个月,惊恐障碍另有规定。排除器质性精神障碍、精神活性物质与非成瘾物质所致精神障碍、各种精神病性障碍,如精神分裂症、偏执性精神病,及心境障碍等。

三、神经症的主要类别

神经症可以分为以下几类:焦虑症(anxiety disorder, AD)、恐惧症(phobia)、强迫障碍(obsessive-compulsive disorder, OCD)、躯体形式障碍(somatoform disorders)和神经衰弱(neurasthenia)。

焦虑是一种以显著的负性情绪、紧张的躯体症状以及对未来的担忧为特点的情绪状态。焦虑在人类身上可能表现为一种主观上的不舒适感,一系列的行为(看上去忧心忡忡的,担忧或烦躁不安),也可能是某种源自大脑的生理反应和反射性的心率上升或肌肉紧张。焦虑会表现在神经症的各类疾病当中。

焦虑症可以分为惊恐障碍(panic disorder, PD)和广泛性焦虑障碍(generalized anxiety disorder, GAD)。惊恐障碍是一种以反复的惊恐发作为主要原发症状的神经症。这种发作并不局限于任何特定的情境,具有不可预测性。惊恐障碍的继发症状可见于多种不同的精神障碍,如恐惧性神经症、抑郁症等,并应与某些躯体疾病鉴别,如癫痫、心脏病发作、内分泌失调等。广泛性焦虑障碍,是指一种以缺乏明确对象和具体内容的提心吊胆及紧张不安为主的焦虑症,并有显著的自主神经症状、肌肉紧张及运动性不安。患者因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。

恐惧症是一种持久的恐惧反应,它同危险的真实性是极其不成比例的。这种恐惧反应可能会妨碍到一个人生活的方方面面。包括:广场恐惧症(agoraphobia)、社交恐惧症(social phobia)和特定恐惧症(specific phobias)。

强迫障碍是指一种以强迫症状为主的神经症,其特点是有意识地自我强迫和反强迫并存,二者强烈冲突使患者感到焦虑和痛苦;患者体验到观念或冲动来源于自我,但违反自己意愿,虽极力抵抗,却无法控制;患者也意识到强迫症状的异常性,但无法摆脱。病程迁延者要以仪式动作为主而精神痛苦减轻,但社会功能严重受损。

躯体形式障碍是一种以持久地担心或相信各种躯体症状为特征的神经症。包括躯体化障碍(somatization disorder)、疑病症(hypochondriasis)和疼痛障碍(pain disorder)。

神经衰弱则表现为与精神易兴奋相联系的精神易疲劳,烦恼、易激惹和心情紧张等情绪症状,出现包括:睡眠障碍,头部不适感,个别内脏功能的轻度或中度障碍等心理生理障碍。

第二节 焦虑及其障碍

焦虑症是一种以焦虑情绪为主的神经症。主要分为惊恐障碍和广泛性焦虑障碍两

