

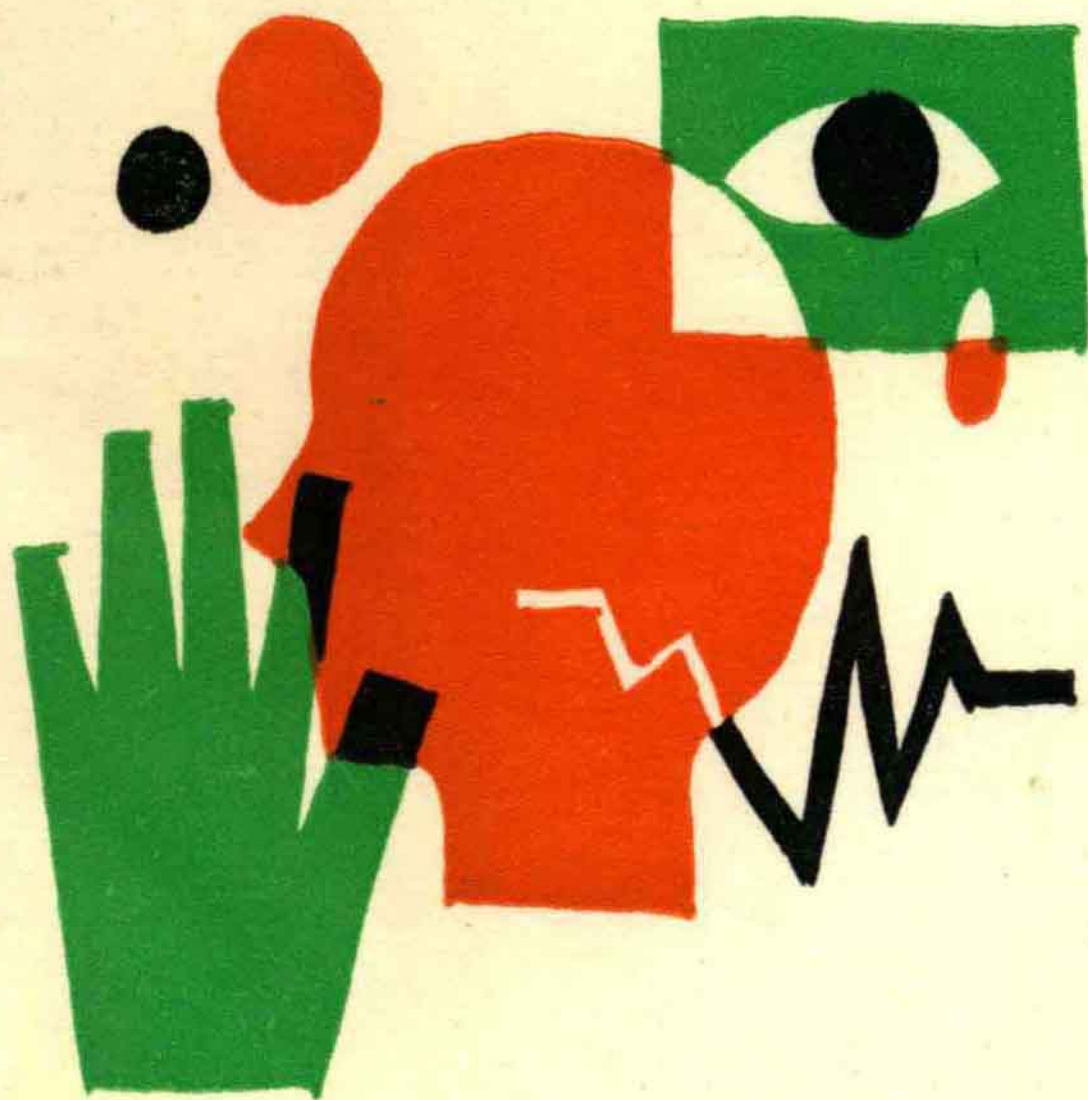
专家门诊咨询丛书



神经症

● 萧泽萍

● 上海医科大学出版社



神 经 症

萧泽萍 编著

上海医科大学出版社

(沪)新登字 207 号

责任编辑 王琬玫
封面设计 朱仰慈
责任校对 冯佳祺

神 经 症

萧泽萍 编著

上海医科大学出版社出版发行

上海市医学院路 138 号

邮政编码 200032

新华书店上海发行所经销

上海译文印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 2 字数 38 000

1996 年 9 月第 1 版 1996 年 9 月第 1 次印刷

印数 1-3 000

ISBN 7-5627-0309-4/R·291

定价: 4.50 元

写在前面

90年代初,世界卫生组织在15个国家和地区(英国、美国、印度、日本、中国等)同时进行了一项研究——综合性医疗机构中心心理问题调查。上海研究小组在两所(区级和地段级)综合性医院的普通内科门诊病人调查中,发现符合诊断标准的精神障碍的总患病率为15.7%,其中占第1位的便是神经症(7.4%)。而内科医师对心理障碍的诊断率仅为46.7%。大量的神经症病人徘徊在多个非专科医院内,除了忌讳找心理医生或精神科医生就诊外,更多的原因是人们对神经症缺乏了解。本书旨在对神经症的有关问题作一介绍,以飨读者。目前,上海市精神卫生中心已设心身科,专门收治神经症患者。希望患者能尽早发现问题,及时就诊治疗。

萧泽萍

于上海市精神卫生中心

1996年3月

目 录

1. 神经症与“神经病”有何不同?	1
2. 神经症有哪些类型?	2
3. 神经症是如何引起的?	4
4. 神经症与性格有什么关系?	6
5. 神经症有哪些共同特点?	7
6. 抑郁性神经症是怎样的一种病?	10
7. 抑郁性神经症如何治疗?	11
8. 什么是恐怖症?	14
9. 得了恐怖症怎么办?	16
10. 如何诊断焦虑症?	18
11. 焦虑症如何进行治疗?	20
12. 什么是强迫症?	22
13. 强迫症病人如何进行自我心理调适?	24
14. 强迫症有哪些治疗方法?	26
15. 强迫症是否可以用脑外科治疗?	28
16. 癔症是什么病?	29
17. 癔症病人有什么性格特点?	33
18. 神经衰弱有哪些症状?	34
19. 神经衰弱用什么方法治疗?	37
20. 失眠就是神经衰弱吗?	38
21. 他为什么总是怀疑自己身体有病?	41
22. 疑病症如何进行治疗?	44
23. 什么是神经性厌食症?	47
24. 森田疗法是怎么回事?	51
25. 生物反馈疗法适用于哪些病人?	55

1. 神经症与“神经病”有何不同？

在公共场所或私下交谈时，常可听到在相互争吵或嗔怪时说出“有毛病啊”，“神经病”！久而久之，“神经病”成为“疯子”的代名词。其实，除了作为恶语相骂或矫情之词外，俗称的“神经病”是指一些重性精神病患者，与医学上严格意义上的神经系统疾病的简称“神经病”相去甚远。那么，神经症又是什么呢？

重性精神病多指精神分裂症、躁狂症、偏执性精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等精神疾患。神经症属于轻性精神障碍的一组疾病，主要表现为持续烦恼、紧张、焦虑、恐怖、反复思考或反复进行某些动作、有疑病、心情抑郁等症状。其区别于重性精神病的特点在于，首先，神经症患者有内省力（除部分癔症病人以外），有强烈的求治动机，主动就诊，并积极配合治疗；再则，神经症病人在患病始终仍能与周围人进行正常的人际交往和情感交流，易为他人同情并支持，病人家属常称之“脑子清楚，没有什么精神病”。另外，神经症患者在病情缓解后，其工作能力、社交技能可以基本恢复。当然，部分病人对患病过程总是耿耿于怀，阴影难散，总有不尽如人意的感觉。这部分病人往往在性格倾向方面有一定缺处。

例如病人吴某，女，原为某公司行政干部，患抑郁性神经症，病程2年余。发病以来，常怨艾不止，整日哭泣，对诸事都觉心烦和不满，无心上班，无法

料理家务，亦无意打扮自己。一段时间，全家人围着她转，寻遍“开心事”，可无一能使其笑逐颜开。在综合性医院就诊数次，以后才转到精神卫生中心的神经症病房治疗。初时患者不愿住院，辩道：“我又不是精神病，住精神病院干什么？……”。经医生解释后才安心住院，经过一段时间的系统治疗，患者症状基本缓解，恢复了以往勤勉、精干的她。她的家人乐呵呵地对医生说：“早来这里治疗就好了，就不会让我们一家团团转了那么久……”。

因此，神经症不是重性精神病，更不是神经病，“症”和“病”仅一字之差，真是差之毫厘，失之千里呵。

2. 神经症有哪些类型？

神经症并非单一疾病的名称，是一组轻性精神障碍的总称。这组疾病依据不同的诊断系统，具体的诊断分型略有不同。

国际上流行使用的主要有两套诊断标准系统，其一为世界卫生组织制定的“国际疾病分类（第10版）”中的“精神与行为障碍分类”部分，简称为ICD-10标准。其中，将神经症性障碍大致分成6组，每组又细分为4~10个不等的分诊断。另一套标准为美国精神病学会（APA）制定的“诊断与统计手册：精神障碍（第4版）”，简称为DSM-IV。两套标准尚未在我国广泛采用，在此暂不作深入介绍。

我国目前广泛应用的诊断分类源自“中国精神疾病诊断标准（第2版修订版），简称CCMD-2-R”。

据此神经症主要分为恐怖性神经症、焦虑性神经症、强迫性神经症、抑郁性神经症、癔症、疑病性神经症、神经衰弱及其他神经症等类型。

不同的疾病诊断、治疗方法不尽相同，但神经症各个诊断类型的症状表现之间常常并无绝对截然分开的分界线。比如抑郁性神经症、恐怖性神经症、强迫性神经症患者常常伴有焦虑症状，而疑病症、焦虑症病人随着病情发展亦会出现抑郁情绪。因此，不能根据字面简单理解或套用诊断名称，亦不能忽视主导症状的存在，仅根据个别症状作出以偏盖全的诊断。所以，正确的诊断需要详细询问病史，仔细地进行精神检查，并配合一段时间的观察方可作出。以上工作当然应由专业医生进行，病人切不可一知半解，人云亦云地给自己乱戴帽子，莫名慌乱一阵子。

对于病人来说，有时不必深究自己患的是什么病，及时就诊、积极配合治疗才是解决问题的关键。有的病人常将自己的病情与其他病人进行不恰当的类比，自认为与之患有同样疾病，对于医生采用不同的治疗方法不以为然，心存抵触，有时甚至纠缠医生，频繁更动治疗方法，最终导致贻误治愈时机。因此，医生在治疗前应做好心理疏导和必要的解释工作。同时，患者应服从医嘱，积极配合医生，及时反映病情变化。良好的医患关系方可能取得较为理想的治疗效果。

简言之，目前我国临床工作中将神经症主要分为7种类型，即恐怖症、焦虑症、强迫症、抑郁性神经症、癔症、疑病症、神经衰弱。

3. 神经症是如何引起的？

像大多数精神疾患一样，神经症的病因至今尚未完全搞清楚。尽管如此，以下几方面的因素与神经症的发生、发展有密切关系。

首先是遗传素质和性格类型因素。

对于遗传素质的影响作用已进行了很多研究。最典型的的就是双生子(亦称双胞胎)研究。如欧洲学者 Slater 在 1969 年对 62 对同卵双胞胎(双胞胎遗传基因相同,生长环境亦相同)进行研究,发现患神经症的同病率(一个患该病,另一个亦患相同疾病的比率)是 42%,而 84 对异卵双胞胎(俗称龙凤胎,即两者遗传基因不同,生长环境相同)患神经症的同病率仅为 15%。另一位学者 Schepank 在 1974 年总结了 13 组报告,发现有 184 对同卵双胞胎的神经症同病率是 59.2%,远高于 163 对异卵双胞胎的同病率 18.2%。不难看出,遗传基因的致病作用是肯定存在的。

遗传基因在心理方面的作用则表现为个体之间性格特征的差异,不同的性格决定了每个人不同的情感表达方式以及不同的行为取向。神经症患者性格有独特之处,即神经症患者多数具有一定的性格基础,是罹患神经症的重要易感因素。本书已列专门题项对此进一步论述。

在神经症发病中起重要作用的又一因素是社会环境因素。

环境因素指包括从出生到目前各个阶段的客观生活环境情况。就早年而言，各个心理发育阶段成长是否顺利、家长的养教、生活质量的高低等都有影响。弗洛伊德的精神分析学说就提出神经症症状与早期生活经历某些心理症结的固着有关。他还提出神经症的发生是由于人格中的自我不能在本我和超我间保持良好平衡的结果。这些理由显得有些玄妙，且难以得到直接的证明。但可以肯定的是个人生活经历对性格(神经质人格)的形成有影响作用。

神经症患者在发病前多数有一定的生活环境改变的影响作为诱因，即所谓生活事件的影响作用，如家庭不睦、婚恋不顺、工作境遇不如意、邻里纠纷无法调和等等。大部分人面临诸如此类的问题会有一些的不良心理反应，但多数能够自我调节，短期内心理趋于平衡。而神经症病人往往以此为诱因，引起神经症症状出现，愈演愈烈，以致不得不求医治疗。

目前，人们除了探讨以上几方面的致病因素外，更多的兴趣渐渐转移到明确神经症患者体内是否有相应的器质性病变存在。借助各种先进的检查设备，人们发现了一些阳性结果，如单光子发射计算机断层显象术(SPECT)检查发现强迫症病人脑基底核附近供血有异常；焦虑症、恐怖症病人体内5-羟色胺(5-HT)系统递质含量有异常等等。因样本量有限，且缺少严格的对照研究，许多结果尚难定论。

总之，神经症的病因是一组综合性的因素，即与个体遗传基因、人格类型、环境改变、体内生物性环境

改变等有关。一般而言,神经症是由于心理、社会刺激因素(应激)超过了病人所能应对的能力,或超过了社会支持系统所能保持的水平。而个人的应对能力又与受遗传和身体内、外环境影响的个体易感素质密切相关。

4. 神经症与性格有什么关系?

在上个题目中,已明确提出神经症与个体的人格素质密切相关。那么这种关系具体如何呢?

早在20世纪初,创立森田疗法的日本精神病学家森田正马博士便提出神经症患者的异常人格、疑病素质等学说。他认为所谓健康的人对于生存、向上发展,都具有较大的适应性;异常人格的人对周围环境的适应性差,对外界刺激的反应,有的方面特别过敏,其他方面又十分迟钝。他们往往由于轻微的机遇性原因,便容易在身体上或精神上呈现病态或产生疾病。

神经症病人多数有疑病素质,即对健康有过高要求,有疾病恐怖,表现为过分敏感,对身体的细微变化格外注意,并将注意力固定于此。这样一来,使感觉变得更加敏感。如此交互作用的结果是将症状固定下来,随之引起明显的心理情绪反应,最后形成明显的神经症症状。患者往往表现出以自我为中心,过分依赖,退缩或回避真正面对的症状,要求所有的亲友对其关心、重视。

当然不同类型的神经症在性格表现方面不尽相

同,在以后叙述各种神经症时将分别说明。

需强调说明的是,每一种神经症的性格类型不是固定不变或千篇一律的。性格的全貌亦难寥寥数句可以概括的。

应该说,性格问题是神经症患病的土壤或大背景底色。神经症病人可用药物等综合治疗改善其急性症状,之后性格的问题愈来愈突出地表现出来。性格良好者,病情缓解快且彻底,反之;迁延粘涩,预后难如人意。对后者往往需要长程系统的心理治疗。患者对自身性格缺处反省愈深,改变愈多,远期预后愈佳。

严格地说,千人千面。如同面孔是人们生理上区别于他人的特征一样,性格是我们在心理上区别于他人的标志。性格亦无绝对的良莠之别,所谓的好指较强的社会适应能力,较好的人际相融性,对人对己能够带来更多益处的行为方式。因此,神经症患者一方面注意发现自己的问题,执著地修炼自我。另一方面,不必因此而自卑,丧失追求美好生活的信心。

5. 神经症有哪些共同特点?

7 种类型的神经症在临床表现方面差异显著,既如此为何将它们作为一组疾病呢?故在说明其共同特点以前,有必要将一些历史背景说明一下。

神经症一词是由苏格兰医生 Cullen 于 1769 年最早提出来的。当时, Cullen 将所有疾病分成全身

性疾病和局部疾病两类。全身性疾病又分为热病、神经症、耗竭病三大类。其关于神经症的定义是“没有发热和没有局部病的感觉及运动的病”，是“神经系统的一般性的病”。随着医学的发展，特别是神经病理学发展，神经系统各式各样的器质性疾病陆续从“神经症”里区分出去。Cullen 的神经症范围越来越小，概念也随之改变，从神经系统的疾病变成了神经系统的功能性(非器质性)疾病。因此，目前 7 种类型的神经症与 200 多年前的神经症概念已大相径庭。换句话说，这 7 种类型的精神障碍目前尚未从“神经症”这个“箩筐”中再取出去(但已为期不远了，目前 ICD-10、DSM-IV 已有了变化)。那么，它们之间的共同点是什么呢？

首先，神经症患者均由其自身素质与心理社会因素共同作用而起病。换句话说，神经症的人格特征已形成了其患病的易感性。一旦环境改变，即生活事件出现，往往导致症状的产生。要说明的是，神经症的人格特征多为一种性格的倾向，在神经症症状出现前并不会因为性格问题造成患者生活、学习方面的严重困难，对周围人亦无重大影响。这一点区别于另一组精神障碍即人格障碍。当然，某些人格障碍患者可出现神经症症状，这时，两种诊断可以并存。另外，神经症患者所遇到的生活事件也并非全是生活中罕见之事。他人若同此遭遇，亦生不快，但大多能够较好适应或处理。对于那些突如其来的灾难性事件，如地震、战争、丧偶、被强暴等等，几乎所有人都会有强烈的情绪、心理反应，甚至出现精神症

状,这就是我们所说创伤后应激障碍。另外,生活事件虽非灾难性,但对患者来说影响相当严重,出现情绪心理反应,我们认为其为适应障碍,一般在半年内缓解,最多不超过2年。反之,可能最后还是一个神经症患者。

第二,尽管神经症症状可以多种多样,且累及精神或躯体方面。初时常为病人或亲属误认为患了某种躯体疾病,进行各种相应的实验室检查,往往并不能找到相应的器质性病变。换句话说,许多躯体疾病(如脑外伤、肿瘤、慢性中毒等等)可以出现类神经症样症状,但这些病在进行系统的询问病史和全身检查时,不难发现相应病理病变基础。一旦有此证据,不再考虑神经症诊断。这一点,就使神经症患者区别于所有真正的器质性疾病的病人。

第三,神经症患者除部分癔症患者外,一般没有严重行为紊乱,对自己情绪心理异常的情况明了于心,向周围的亲友叙述,寻求支持,愿意寻医求治,希望尽快消除症状,恢复工作、学习、应对家事的能力。这一点区别于重性精神障碍的患者,后者往往并不意识到自己的情感思维、行为异常,拒绝及时寻医诊治,对于周围已发现其异常的人的评论抱有敌意。当然,目前社会上还是存在对精神病人甚至对到精神科就诊的任何人的歧视。许多神经症病人囿于偏见,不直接到精神科就诊,辗转于数家综合性医院诊治,最后在他科医生再三解释和推荐下才到精神科就诊,往往贻误了治疗时机。

最后需强调的是,神经症的治疗要求从生理—

心理—社会诸方面入手进行系统的综合治疗，即药物、心理、各种躯体辅助治疗相结合的方法，根据疾病的不同时期，每种方法所占比重不同。这一点与主要采用药物治疗的重性精神障碍不同。

6. 抑郁性神经症是怎样的一种病？

曹雪芹在写“红楼梦”时，还不曾有“抑郁性神经症”之说。我们在同情黛玉哀婉、凄恻的一生时，不觉得她的早逝与她的性格有关吗？双亲早逝使黛玉早慧，过人的聪颖使她自尊又自卑。为免遭心中不快，她处处小心，事事留意。多愁善感、心智决绝的她无法以宽怀面对世事，一面葬花抒怀，一面赋诗言情，抑郁寡欢，身体日渐衰弱。最后当听到宝玉、宝钗成婚的消息，再也无法支撑憔悴至极的身心而香魂早逝了。

黛玉的遭际多少与我们现在讲的抑郁性神经症有类似之处。

抑郁性神经症多有抑郁性人格基础，表现为多愁善感，悲天悯人，自我中心，遇事易向坏处想，缺乏自信，过分敏感，希望得到他人的同情。若处在平和稳定的生活环境中，可能较顺利地生活。一旦碰到不如意的事或生活中发生意外的事件，往往会引起病情持续发作。病程较长，往往超过2年。心情抑郁的感觉持续存在，即使有好转亦难彻底“晴转”，且有好心境的时间不超过2个月。

当然，在一般情况下抑郁性神经症患者的兴趣

减退但未丧失，对前途悲观失望但不绝望。虽有自我评价降低，但愿意接受他人的鼓励和赞扬。

如果一个人心境极差，感到脑子反应速度较以往明显减慢；睡眠不佳，有明显的早醒（比生病前早醒2小时左右）；食欲减退伴有明显的体重减轻；对家人或亲人的内疚感深重，甚至认为不配活在世上；对夫妻间性生活兴趣丧失殆尽；希望早点死去，而生活环境中难以找出艰苦到使其抛弃生活的事件存在；往往趁人不备，企图自杀。具有这些病况的患者已不是抑郁性神经症，而更可能是抑郁症。后者是属于情感性精神障碍，病情严重，若不及时就诊，可能酿成患者自杀身亡的后果。

朋友，不要忽略自己或身边亲人的情感反应。若长久的郁涩、寡欢便要引起警惕。及时反省，感到难以自解和摆脱时，不要忘记找心理医生以解心中疑惑。

7. 抑郁性神经症如何治疗？

抑郁性神经症属于轻性精神障碍，及时发现问题，就医治疗，可望有较好的疗效。

目前，抑郁性神经症的治疗主要分药物治疗和心理治疗两大类。

当病情较为严重，患者抑郁情绪明显，难以自拔，亦听不进他人劝说时，不妨用适量的药物治疗以改善其抑郁症状。

目前常用的抗抑郁药有：①三环类抗抑郁药：阿

米替林、盐酸米帕明(丙咪嗪)、三甲丙咪嗪、多虑平、氯米帕明(氯丙咪嗪等)。该类药物抗抑郁作用较强,但引起的副作用亦较大。其中,氯米帕明副作用较小,更多用于强迫症治疗;②四环类抗抑郁药:马普替林(麦普替林)、米安舍林等。其中,马普替林抗抑郁作用明显,且副作用较三环类药物小。米安舍林副作用极小,且有较好的助眠作用,正逐渐较多地用于临床;③选择性5-羟色胺抑制剂(SSRI);氟西汀、帕罗西汀、舍曲林等。在国际上这类药早已应用,近年来刚引进国内市场。特点是有抗抑郁作用,副作用极小;④单胺氧化酶抑制剂:该类药物已较少用于临床。但近年来选择性单胺氧化酶抑制剂(马络贝胺等)以其有一定疗效而副作用较小的特点,重新赢得临床医生和患者的青睐。

以上药物需在专科医生指导下合理用药。三环类药物和马普替林(每片均为25mg),一般以小剂量开始(25mg,每天2次)逐渐加量,在2周左右加至100~150mg。若症状开始好转,副作用已出现,则不必急于快速加量。有效剂量一般在150~200mg,敏感的患者用药量较少,疗效已较明显。维持治疗至症状明显好转时开始逐渐减药。米安舍林往往以每晚30mg开始,最高用至每天150mg,一般有效剂量为每天60~90mg。氟西汀等药物用于抑郁障碍患者,以早晨一顿服药,多为每天一粒(20mg),至4周左右起效。

抗抑郁剂的使用往往要求单一用药。若较小剂量即能达到疗效则不用更大剂量。用药时密切注意