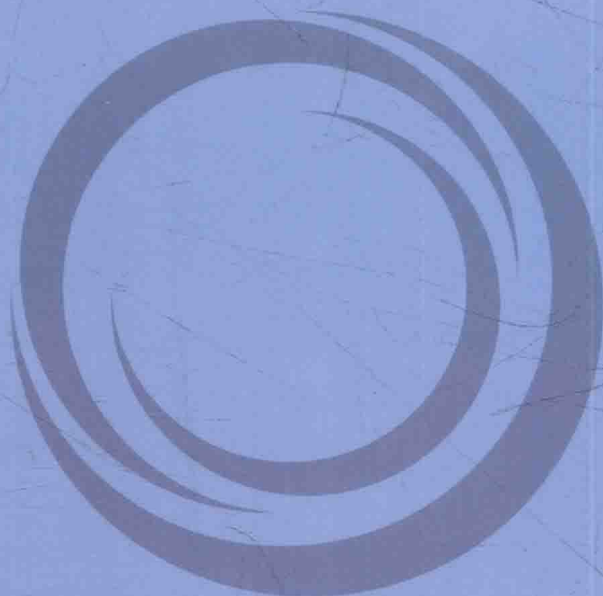


精神病学 与临床心理学 (下)

刘 严等◎编著



吉林科学技术出版社

精神病学与临床心理学

(下)

刘 严等◎编著

第九章 偏执性精神障碍

一、概述

偏执性精神障碍的历史可以追溯到 19 世纪初,德国医生 Heinroth 首先描述了一类以持久的妄想为特征的病例,他用希腊词语 para noya 为其命名,意思是“自身以外的精神”。1863 年,另一德国医生 Kahlbaum 将这类病例正式命名为 paranoia(偏执狂),他认为这是一类以系统性的被害妄想或夸大妄想为特征的慢性精神疾病,与不良人格特征有关,而在持续的病程中并没有幻觉等其他精神病性症状,而且不会导致精神衰退。

Kraepelin 先是使用 dementia paranoides(偏执性痴呆)来描述只有严密而系统化的妄想症状,不具有幻觉等其他精神病性症状的障碍,并将这类障碍与他定义的早发痴呆相区别。其后他又以 paraphrenia 来定义伴有幻觉的偏执性精神障碍,认为这是介于精神分裂症和偏执性痴呆之间的一种类型。Bleuler 则将其命名为 paranoia schizophrenia(偏执狂分裂症),肯定这类患者的症状中也可以有幻觉。现在的观点认为,这类障碍患者即便有幻觉,也历时短暂且在总体临床相中表现并不突出。北欧和东欧的学者常常使用“偏执性精神病性反应”来命名这类障碍,他们认为这些患者通常是在各种应激状态下慢性起病的,属于“反应性”或“心因性”精神障碍的范畴。

可以说迄今还没有任何精神障碍有过像偏执性精神障碍这样复杂的概念与病名变迁。在最近几十年里,该障碍就曾有过“偏执性精神病”、“偏执性障碍”、“妄想障碍”等诸多病名,其诊断亚型或相关问题的名称更是令人眼花缭乱,如“偏执狂”、“类偏狂”、“偏执状态”、“妄想痴呆”、“Capgras 综合征”、“嫉妒偏执狂(Othello 综合征)”、“Clerambault 综合征”、“Fregoli 综合征”、“敏感关系妄想”、“诉讼妄想症”、“改革家妄想症”,“移民精神病”、“监狱精神病”和“文化精神病”,等等。

历史上,偏执性精神障碍曾作为精神分裂症和情感性精神病之外的第三大类功能性精神疾病,在分类学上具有非常重要的地位,自 1890 年以后的精神科医生通常都对该病持有如下一些共识。

- 1.该障碍以妄想为特征,病程相对稳定。
- 2.是一种原发性障碍,而非继发于其他精神疾病。
- 3.属于慢性障碍,许多患者的症状可以持续终身。

- 4.妄想具有逻辑结构性和内在一致性。
- 5.属于单狂性质的障碍,即妄想主题单一而且持续。
- 6.除了单一妄想的特质,不同患者的疾病症状具有不同的内容,包括被影响、被迫害、夸大等。
- 7.患者常自我夸大,对自身重要性有不切实际的认识。
- 8.无智能障碍,且偏执症状并非继发于抑郁,但在病程中可能会出现情感症状。
- 9.可以出现幻觉,且幻觉可使某些患者的妄想症状加重。
- 10.妄想的存在不会干扰患者的总体逻辑推理,一般也不会导致行为紊乱。
- 11.许多患者是在明显的异常人格基础上发展成为该障碍的。
- 12.发病率不详,但该障碍由于表现特殊,常令人印象深刻。
- 13.致病理论很多,但确切病因仍存在争议。

1950年以后,该障碍在欧美国家的诊断学地位曾一度逐步下降,1970年,Winokur建议将此类障碍更名为“妄想障碍”,但直到1987年美国DSM-III-R中才再次将其作为一个独立诊断单元,并以“妄想障碍”命名。其后的ICD-10和DSM-IV也都采用了这个概念。CCMD-3命名为偏执性精神障碍,其内包括偏执狂和偏执状态。

有关偏执性精神障碍有两个误解需要得到澄清:一个误解是认为该病较为罕见,临床医生的确不常见到该症患者,因为患者很少主动求治,实际上,在精神科医生最后见到这类患者之前,他们可能在社会上其他很多地方表现过症状了(比如在信访部门、劳动保障部门等)。另一个误解是,认为该病很难治疗,但实际上,随着现代精神药理学的进展以及心理治疗方法的极大丰富,该病的治疗已经有了很大的改观。

二、流行病学、病因、病程

该病的患病率不详,据国外统计,其时点患病率为0.03%,终身患病概率为0.05%~0.1%,但也有人认为该病较为常见,可占精神科患者数的1%~4%。该病男女患病比例总体上相仿,但多数学者认为可以因妄想内容(亚型)的不同而有性别差异,比如国外有统计发现钟情型以女性较为多见、嫉妒型和被害型则以男性较为多见。在起病年龄上,学者们的观点是基本一致的,即这类障碍大多在中年以后起病,起病年龄多在35~55岁。从病前社会功能看,已婚者较其他重性精神疾病患者多,但患者多数出自较低的社会经济阶层。该障碍在特殊人群(如海员、军人、聋哑人、移民等)中较常见。常合并的精神障碍包括抑郁症、强迫症,以及偏执性、分裂样或焦虑性人格障碍等。

该病病因至今未明,研究发现与遗传因素的关系不如其他精神障碍来得密切,有人发现患者的一级亲属中分裂症和人格障碍比例较高;此外,调查发现该病与偏执型人格障碍有一定联系,约40%的中年以后起病的偏执性精神障碍患者的病前人格可以达到偏执型人格障碍的诊断标准。该病与分裂样人格之间的关系则不太密切。心理社会刺激因素可能是该病较为重要的诱发因素。

该病的病程差异较大,从数月到持续终身。但按照ICD-10的标准,病程至少要坚持3个

月以上才符合该障碍的诊断。其病程特点可以是缓解与复发交替,但无论怎样,该病预后普遍较差,相对来说,嫉妒型的预后较被害型为佳。此外,研究表明初次发病在6个月以内缓解良好者总体预后显著好于病程6个月以上者。因此在国外通常将6个月作为划分“急性”与“持久性(或慢性)”偏执性精神障碍的分界线。

三、临床表现

偏执性精神障碍的主要临床表现是系统的、占支配地位的、通常是不泛化的、非离奇怪异的妄想,而人格特征相对保持完整,长期患病后精神状态不发生衰退。这里,“占支配地位”有两重含义:其一,妄想症状在患者的精神活动中占据支配地位,因而常常会左右其思维活动和行为;其二,妄想症状在患者的精神症状中占支配性地位,很少或几乎没有其他精神病性症状。对于“怪异”或“离奇”的理解,有人认为,妄想症状本身都是荒谬而脱离现实的,但实际上,临床上本病许多患者的妄想如果仅从其内容本身看,可能是现实世界中“能够”发生的事物(尽管作为妄想,它并不真的如患者所坚持的那样“已经”发生),比如患者坚信受到他人迫害(被害妄想)、其配偶有外遇(嫉妒妄想)等。这类妄想虽脱离现实,但并不怪诞。相反,如果患者的妄想内容是在他体内被人安装了窃听器,且安装过程并未通过任何手术方式,或者是有人整天在用电磁波影响其举止行为(物理影响妄想),这就可以理解为是“怪异”或“离奇”的妄想。这一点在区别偏执性精神障碍和精神分裂症时尤为重要。

该障碍的妄想内容通常是单一的,一般不会泛化。美国直到在1990年以前还只把表现为被害和嫉妒妄想的患者诊断为该障碍,如DSM-III诊断标准的第一条就是:“持久的被害妄想或嫉妒妄想”;而我国和许多欧洲国家的学者则认为各种非怪异妄想均可见于此障碍。现行的DSM-IV已经作出了改变,按照妄想内容的不同将此障碍分为被害型(以被害妄想为主)、嫉妒型(嫉妒妄想为主)、夸大型(夸大妄想为主)、疑病型(疑病妄想为主)和钟情型(钟情妄想为主)等主要亚型。

尽管偏执性精神障碍患者人格和适应能力相对保持完好,在不涉及妄想时行为和外表可完全正常,但其心理社会功能还是可能有很大变化,例如,牵连观念在这类患者中一般较为常见,而妄想信念本身也可能直接导致社会功能的减退(如患者因害怕被“迫害者”暗害而不敢外出工作)。此外,虽然智力和职业功能受损不明显,但社交和婚姻功能可能受损较严重。此外,患者还有时会出现较为明显的情绪或行为问题,如激惹、烦躁,以及暴力、诉讼、反复就诊等行为。

四、诊断和鉴别诊断

(一)诊断

本病以系统妄想为主要症状,其他心理活动可保持正常,病程持久而不衰退。

典型病例诊断并不困难。过去根据妄想结构的严密程度及有无幻觉存在区别为偏执狂与

偏执状态(或类偏狂)。但有时临床上会遇到两者的鉴别困难,并且也无实际价值,因此目前分类倾向已不再加以区分,而总称为偏执性精神障碍,这种方法比较切合实际。

这里需要提一下“偏执状态”的名称使用问题,目前仍存在不同理解,有的医生理解为偏执性精神障碍中的一个亚型;有的医生使用此名称时具有过度诊断的意义,例如某患者存在以妄想为主要症状的精神病,但究竟归入反应性或分裂症等感到困惑时,就暂时使用“偏执状态”名称作为诊断,这种做法虽比较方便,但为了避免诊断概念上的混乱,建议还是按照标准化名称进行诊断。认为属于偏执性精神障碍范畴的不必再区分出此亚型;如果临床以妄想为突出症状,在疾病归类上有困难时,根据 CCMD-3,可以诊断为“精神病性障碍”(29,F28)而避免诊断为“偏执状态”。

妄想是这类疾病最常见、最典型的症状表现,对临床医生来说,发现或识别偏执性精神障碍者的非怪异奇特的妄想有时也非常困难,一方面可能多少有些现实性因素掺杂其中,另一方面这类患者常有着很强的自我保护,不愿暴露其妄想。近年来人们开发了一批专门用于评估妄想症状的工具,如“妄想体验维度量表(DDE)”、“信念固定性评定量表(FBS)”、“妄想特征评定量表(CDRS)”、“MacArthur Maudsley 妄想评估表(MMDAS)”等,使用这些工具可以从不同的维度检查患者的妄想信念,如 DDE 可以评估妄想的确信度、压力感受度、泛化度、系统性、怪异离奇度等;MMDAS 可评估确信度、负性情感、行动程度、节制程度、先占观念、泛化度以及易变性等 7 个维度。Kendler、Appalbaum 等通过因子分析将这些维度归纳为 2 因子模型:①妄想卷入(也称强度与广度因子),包括确信度、泛化度、先占观念、系统性与易变性等。②妄想构成(也称情感与行动因子),包括怪异离奇度、压力感受度、负性情感、行动程度与节制程度等。这样,妄想的严重程度与妄想支配下的行为便可以很好地得到解释或预测,例如持被害妄想的患者如果在负性情感和行动上得分较高,就很可能表现出暴力攻击行为;而持物理影响妄想的患者如果负性情感得分低而节制程度得分高,则很可能不会有妄想支配下的行为表现。不过,对于具偏执特征的精神疾病患者来说,一旦明确是妄想,则患者对自身症状的自知力对于诊断、鉴别诊断、治疗和预后判断等意义可能就显得更加重要,目前也有一些工具可用于这方面的评定,如“未察精神障碍评估量表(SAUMD)”、“Brown 信念评估量表(BABS)”等。这些工具在鉴别诊断中的作用也已受到重视,如 BABS 不仅用于精神病性障碍的评定,而且也可被用来评估强迫症等非精神病性障碍的病态信念,从而有助于它们之间的鉴别,而且该量表对于评定药物治疗的疗效也有较大的参考价值。

(二)鉴别诊断

最需要进行鉴别的有下列疾病。

1. 偏执型人格障碍 当偏执型人格障碍出现超价观念时,有时与妄想的鉴别甚为困难;而且一旦诊断失误,通常紧跟着就会发生一系列法律纠纷(主要是涉及侵犯人权问题)。由于超价观念与妄想不仅存在理论上差异认识,而且在实践工作中各人对具体情节的掌握和判断可以不相一致,因此各临床医生间出现诊断倾向的见仁见智情况是经常发生的。为此,当遇到这类临床问题时需抱着严谨态度,切忌草率。诊断时注意下列几点。

(1)全面调查:包括患者的病前人格特征及成为异常想法起因的客观事件真相等。调查对

象包括患者家属、单位领导及同事、知己朋友等,对调查结果要进行客观、全面评价。此外,要尽可能多地把患者的书写材料收集起来,这对于诊断往往具有重要参考价值。

(2)细致检查:关键要让患者充分暴露想法内容,由于不愿暴露真实想法是这类患者的普遍特点,因此检查者要有非常的耐心和精湛的技巧去发现症状,当患者愿意暴露想法时要“一鼓作气”到底,务必让其把想法暴露无遗,而且要了解各细小环节。不要带着框框去进行一问一答式的检查,或者经常转移话题,这常是检查这类患者时的失败原因。患者在暴露想法过程中,切忌去进行解释、说服,始终要掌握多听、多引导的原则。

(3)客观分析:检查者要站在客观立场,用客观态度去进行分析。症状分析的重点是鉴别超价观念与妄想。对于具体病例还可通过分析其想法的合理程度及其所提出解决问题的要求方式等去进行鉴别,例如偏执型人格障碍的想法多环绕现实生活中的事情,如职称晋升、经济待遇、居住条件、工作环境等,所要求解决的限于具体的人和事;而偏执性精神障碍者的想法脱离实际,认为有许多关系人物环绕着此具体事件勾结起来对他进行迫害,因此他要求解决的不限于具体的人和事,而是要“戳穿政府阴谋”、“追究集团黑手”等。

(4)完善记录:要把所发现的精神症状客观地、完整地记录下来,不要仅记录症状术语,一定要把患者的原话记录下来,这样才可能在发生诊断异议时经得起考验。

2.精神分裂症 分裂症妄想型患者,其他心理活动也可相对保持正常,与本病的鉴别主要根据如下。

(1)妄想的严密性和现实性:分裂症的妄想缺乏严密结构,内容也可以较荒唐、离奇,在旁人听来,不需深入了解,就会感到其想法不切实际;妄想对象也相对广泛。而妄想结构严密系统,对象相对固定是偏执性精神障碍的基本特征。

(2)幻觉的频度和内容:分裂症的妄想可继发于幻觉,尤其是听幻觉;幻觉发生频繁,而且有与妄想缺乏联系的幻觉内容,例如争论性、评论性、命令性幻觉等。偏执性精神障碍可有幻觉,但不占重要地位,内容多与妄想内容有关。

(3)思维形式障碍与被动体验:分裂症患者可有怪异的思维推理及各种被动体验。偏执性精神障碍者却不存在。

(4)情感和意志状态:分裂症患者情感相对淡漠,随着时间的推移,其意志状态也会相对减退。偏执性精神障碍者情感保持协调,在妄想影响下意志亢进。

3.反应性精神障碍 主要是与反应性妄想症的鉴别,因为偏执性精神障碍的起病常有一定的生活事件作为心理诱因,妄想内容又多涉及现实内容,故需与反应性妄想症发生鉴别上的困难。鉴别可根据以下几点。

(1)生活事件的强烈程度:反应性妄想症的生活事件程度较为强烈,足以引起精神障碍;而偏执性精神障碍的生活事件程度较为一般,充其量不过起到诱因作用。

(2)妄想特点:反应性妄想症的妄想对象局限,缺乏严密的推理过程,妄想缺乏系统性;偏执性精神障碍的妄想对象经过层层推理后逐渐扩大,包括涉及的相关人员,结构亦愈加严密和系统。

五、治疗

1980 年以前,偏执性精神障碍的药物治疗涉及许多抗精神病药物,而 1980 年以后,绝大多数这类患者在西方国家是使用匹莫齐特治疗,而且往往是单一用药治疗。Munro 等通过对 209 例的荟萃分析发现,总计达 80.8% 的患者对治疗有效。其中,90.9% 的患者用匹莫齐特治疗有效,而用其他抗精神病药物治疗组仅 67.9% 有效,两组之间有极显著差异。此外,也有研究发现洛沙平、氯氮平等药物对以妄想为主的精神病性症状有较好疗效。

匹莫齐特剂量范围每日 2~40mg,常用剂量在每日 2~16mg。研究还发现,躯体化型偏执性精神障碍的药物疗效较其他亚型好,但其中一个重要的原因可能在于,该亚型的患者对治疗的依从性较其他亚型佳。因此,依从性是该病治疗中一个极其重要的因素。

治疗一般需要先有一个疗程使患者信任医生并答应接受药物治疗的试验。患者往往会采用各种各样的方式拒绝服药,但医生冷静地坚持劝说往往还是能使一些患者最终配合治疗。匹莫齐特剂量可从每日 1~2mg 开始并缓慢增加,这样可减少因不良反应而中断治疗的风险,并提高依从性。一般在几日之内可以看到一些微小的变化,如激越性降低、信心有所提高、睡眠改善或对妄想的先占观念减少等。据观察,持续足量治疗 2 周后,妄想会有显著的减轻,少数患者需要 6 周或更长时间。一旦患者对医生产生了信任,则其依从性会非常高,与其之前的拒绝治疗态度一样显著。

此外,国外的观察还发现,一旦这类患者开始康复,则其康复速度会很快而且彻底,患者的社会功能也会恢复得很好,因此有专家甚至认为,某些患者病前存在的偏执性人格特征可能不过是偏执性精神障碍本身长期的前驱期而已。

(王 伟)

第十章 急性短暂性精神病

指一组起病急骤,以精神病性症状为主的短暂精神障碍,又称急性短暂精神病性障碍(F23)。多数患者能够缓解,因此预后通常良好。这组疾病包括分裂样精神病、旅途性精神病、妄想阵发等。

一、疾病的临床特征

(一)分裂样精神病

分裂样精神病的概念由 Langfeldt 于 1939 年首次提出,指一组症状与典型的精神分裂症相同但病程未达到诊断标准要求的精神障碍。病程标准在诊断这类障碍中显得非常重要,但不同的诊断体系要求却颇为悬殊,有的要求 1 个月以内、有的要求在 6 个月以内,我国目前对这一概念的描述是病程不足 1 个月,或者社会功能受损不明显,但具有精神分裂症明显症状的精神病性障碍。照此定义,该症的临床意义更像是作为一过度诊断,或者是精神分裂症的早期阶段。但也有人认为其是“急性精神分裂症”或“预后良好的精神分裂症”。

据国外报道,该病的终身患病率约 0.2%,年发病率为 0.01%。其中 2/3 的病例发展成为精神分裂症或者分裂情感性精神病,约 1/3 可在数月内经过治疗缓解或一直未达到分裂样的程度。

与精神分裂症相比,该病患者病前的社交、职业社会等功能较好,起病也较急。其临床特点包括分裂症的各种症状,如特征性的思维联想障碍、情感不协调、言语行为紊乱、幻觉、妄想及紧张症状群等。疾病过程中患者的社会功能或职业功能可以不受明显影响,但也可以在某些方面出现缺损。患者可表现出某些心境障碍的症状,但遗传学研究表明其与分裂症之间的联系明显超过与心境障碍的联系。

多数患者仅有 1 次发病,但该病也可以多次发作,发作之间可以出现缓解完全或不完全的间隙期,但每次发病均不超过 1 个月。

(二)旅途性精神病

以一过性精神病性症状为常见的临床相,因该病的防治具有特殊性,故我国的诊断标准中将其单独分类,以利于开展相关研究。国际上主要的分类系统(如 ICD、DSM)中均没有此诊断。

该病均发生于旅途之中(少数可紧接在旅途结束时发病),起病突然。以长途火车旅行最为多见,也见于远洋航海,洲际航空以及长途汽车的旅行中或刚刚结束旅行时。患者多为青壮

年男性,多生活于边远农村,首次出远门者多见。发病率和患病率资料不详。发病与精神刺激、躯体状态及环境因素等综合作用有关,其典型的心理社会因素包括初次出门,对目的地陌生,前途未卜,或旅途单调枯燥,不安全感等;病前人格特质可能也与发病有关。

该病的发生也与环境因素密切相关,这些环境因素包括过度超载、活动空间受限、通风不良、颠簸摇晃、气压变化、温度湿度异常、供水不足、照明缺乏等。

躯体状态如体质虚弱、过分疲劳、慢性缺氧、水电解质紊乱、酸碱失衡或原有慢性躯体疾病等也是诱发因素。

该病的一过性精神表现常见的有意识模糊,定向力部分障碍;恐惧性的错觉及幻觉;被追踪、被监视的猜疑以及被害妄想;情感异常如紧张性惊恐发作等;冲动性攻击伤害行为;事后不能回忆或者大部分遗忘。病程短者,上述症状仅持续数小时,有的也可持续1周左右,多数可自行缓解。

(三)妄想阵发

又称急性妄想发作,以突发的妄想为主要临床相,可伴有幻觉及言语行为紊乱,但不如妄想症状那么突出,而且其内容紧密围绕妄想信念。起病急骤,缓解彻底,但可以复发,预后一般良好。

该病大多起病于青壮年,儿童或老人少见。病前人格多无特殊异常,且发病前多无明显心理社会应激励因或躯体诱发因素。起病突然,数日内迅速达到高峰,部分病例数小时内症状就趋明朗。临床上以妄想为主要症状,妄想结构较偏执性精神障碍者松散,且内容变换不定,类型多种多样,可为被害、夸大、嫉妒、宗教妄想等。发作时可出现迷惑、恍惚等,部分患者可表现得似乎既生活在现实世界、又生活在妄想世界中,但他们并没有意识障碍。发病期间可伴有错觉及短暂的幻觉,以幻听多见,偶见人格解体,这些症状均可以从其妄想信念加以解释。可伴有兴奋激越、欣快喜悦或忧郁焦虑等情感体验。言语行为紊乱也常是妄想的支配,少数病例可出现紧张症状群。发作时患者对病态表现缺乏批判能力,社会功能严重受损,难于接触,不能自理生活,有些病例可出现暴力攻击或其他危险行为。明显的妄想症状一般持续数小时到数周,持续病程一般不超过3个月。常易复发,但对症处理后可较快缓解,一般预后良好。

二、诊断和鉴别诊断

根据 CCMD-3,诊断急性短暂性精神病需符合下列条件。

1.症状标准 存在精神病性症状,符合下列1项以上。

- (1)片断妄想或多种妄想。
- (2)片断幻觉或多种幻觉。
- (3)言语紊乱。
- (4)行为紊乱或紧张症。

2.严重标准 日常生活、社会功能严重受损或给别人造成危险或不良后果。

3.病程标准 符合症状标准和严重标准至少已数小时到1个月。

根据此诊断标准进行理解,分裂样精神病即使有多次发作,无论总病程多长,仍宜诊断为

分裂样精神病,而不是根据总病程长短去“进位”,多次发作后就改变诊断为精神分裂症。需与下列疾病进行鉴别。

1. 癫痫精神运动性发作 可出现与本类障碍的类似临床表现,根据过去癫痫发作史、EEG检查进行鉴别。

2. 精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍 可出现上述精神病性障碍,因此病史调查要细致,如发现有相应背景,首先要进行排除。

3. 脑器质性和躯体性精神障碍 可出现意识障碍和精神病性症状,进行必要的病史了解和检查,有助于鉴别。

三、治疗

1. 精神药物治疗 精神病性症状明显时,必须使用抗精神病药物,如氯丙嗪、奋乃静、氟哌啶醇、氯氮平等,其他新型抗精神病药也适用。由于该类疾病起病急骤、病程短暂,所以以选用起效迅速、作用强烈的药物为合适,必要时采用注射用药。妄想阵发有发作性特点,所以在一定时期内给予维持治疗有时必须;使用卡马西平等药物是否能防止复发,有待探索。苯二氮草类药有镇静及改善睡眠效果,可以合并抗精神病药同时使用。有抑郁症状者可用抗抑郁剂。

2. 心理治疗 尤其对于旅途性精神病适用,因为该病发作常有较多的环境、心理因素存在。

(李 杨)

第十一章 神经症和应激性障碍

第一节 恐惧性焦虑障碍

恐惧性焦虑障碍,又称恐惧症,既往也称恐怖症、恐怖性神经症。本病是一种以过分和不合理地惧怕外界客体、处境或与人交往为主要特征的神经症性障碍。患者明知没有必要,但仍不能防止恐惧发作,恐惧发作时往往伴有显著的焦虑和自主神经症状。患者极力回避所害怕的客体、处境或人际交往,或是带着畏惧去忍受,因而影响其正常生活、工作或学习与社会交往。

【诊断标准】

1.症状学标准 以恐惧为主,需符合以下4项。

(1)对某些客体、处境或与人交往有强烈恐惧,恐惧的程度与实际危险不相称。

(2)发作时有焦虑和自主神经症状。

(3)有反复或持续的回避行为。对恐惧情景和事物的回避必须是或曾经是突出症状。

(4)知道恐惧过分、不合理,或不必要,但无法控制。

2.严重标准 患者的社会功能受到一定程度损害或表现出无法摆脱的精神痛苦,促使其主动求医。

3.病程标准 上述症状存在且自我感到痛苦或影响社会功能至少已3个月。

4.排除标准 需要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、各种精神病性障碍所引起的恐惧性症状,以及其他神经症性障碍。

5.场所恐惧症

(1)符合恐惧性焦虑障碍的诊断标准。

(2)害怕对象主要为某些特定环境,如广场、闭室、黑暗场所、拥挤的场所、交通工具(如拥挤的船舱、火车车厢)等,其关键临床特征之一是过分担心处于上述情境时没有即刻能用的出口。

(3)排除其他恐惧性焦虑障碍。

6.社交恐惧症(社交焦虑障碍)

(1)符合恐惧性焦虑障碍的诊断标准。

(2)害怕对象主要为社交场合(如在公共场合进食或说话、聚会、开会,或怕自己作出一些难堪的行为等)和人际接触(如在公共场合与人接触、怕与他人目光对视,或怕在与人群相对时被人审视等)。

(3)排除其他恐惧性焦虑障碍。

7. 特定恐惧症的诊断标准

(1)符合恐惧性焦虑障碍的诊断标准。

(2)害怕对象是场所恐惧和社交恐惧未包括的特定物体或情境,如动物(如昆虫、鼠、蛇等)、高处、黑暗、雷电、鲜血、外伤、打针、手术,或尖锐锋利物品等。

(3)排除其他恐惧性焦虑障碍。

【治疗原则】

恐惧性焦虑障碍的治疗主要是心理治疗与药物治疗,二者可以分别单独使用或联合使用。在特定恐惧症药物治疗很少,主要以心理治疗为主。场所恐惧症和社交恐惧症以心理治疗与药物联合治疗为主。

1. 心理治疗 主要的心理治疗方法包括支持性心理治疗、认知行为疗法和精神动力取向心理治疗。其中以认知行为治疗最为有效,认知行为团体治疗对社交恐惧症效果更好,在特定恐惧症中主要以认知行为治疗为主。认知行为治疗主要包括疾病知识教育,认知重组、暴露或冲击疗法、系统脱敏、放松训练、社交技能训练等技术方法。在治疗中一般每周进行1次,连续治疗12~18次,往往至少需要持续3个月。

2. 药物治疗 主要有抗焦虑药物、抗抑郁药物和 β 受体阻断剂。

(1)抗焦虑药缓解恐惧症的焦虑症状疗效肯定,起效迅速,剂量调整方便。但作用持续时间短,且有依赖性的缺点。在临床上常短期使用,不宜长期服用。

(2)三环类抗抑郁药物、单胺氧化酶抑制剂、选择性5-HT再摄取抑制剂(SSRIs)都可用于恐惧性焦虑障碍的治疗,且具有肯定的疗效。目前临床上治疗恐惧性焦虑障碍常用的一线药物是SSRIs药物。其中,帕罗西汀是目前经过美国FDA唯一认证的治疗社交恐惧症的药物。

(3) β 受体阻断剂,具有缓解自主神经兴奋有关的躯体症状(如心跳加快、颤抖、出汗等)的作用。对于特定性社交恐惧症有效,特别是表演性焦虑效果更好。

恐惧性焦虑障碍的药物治疗主张单一用药,避免两种或多种精神药物的联用。起始剂量要小,逐渐增加剂量,避免药物不良反应使患者难以适应。治疗剂量与抑郁症的治疗剂量类似。目前临床上当恐惧症状消失后仍建议维持治疗1年。然后缓慢逐渐减药,直至停用。

(王 伟)

第二节 其他焦虑障碍

其他焦虑障碍是以焦虑情绪为主的神经症性障碍。主要分为惊恐障碍和广泛性焦虑障碍两种。其他焦虑障碍的焦虑症状是原发的。凡继发于高血压、冠心病、甲状腺功能亢进等躯体

疾病的焦虑应诊断为焦虑综合征。其他精神病状态如幻觉、妄想、强迫性障碍、疑病障碍、抑郁症、恐惧性焦虑障碍等伴发的焦虑,不应诊断为其他焦虑障碍。

一、惊恐障碍(间歇发作性焦虑)

惊恐障碍又称急性焦虑发作。是一种以反复发作的惊恐发作为主要原发症状的焦虑障碍。惊恐发作并不局限于任何特定的情境,具有不可预测性。一般急性发作,症状在发病后约10分钟达到高峰,大部分患者体验到很明显的躯体症状,往往首次就诊于急诊室。惊恐发作为继发症状,可见于多种不同的精神障碍,如恐惧性焦虑障碍、抑郁症等,并应与某些躯体疾病鉴别,如心绞痛发作、二尖瓣脱垂、嗜铬细胞瘤等。

【诊断标准】

1. 症状标准 惊恐发作需符合以下4项。

(1) 发作无明显诱因、无相关的特定情境,发作不可预测。

(2) 在发作间歇期,除害怕再发作外,无明显症状。

(3) 发作时表现强烈的恐惧、焦虑,及明显的自主神经症状,并常有人格解体、现实解体;濒死感;窒息感或失控感等痛苦体验。

(4) 发作突然开始,迅速达到高峰,发作时意识清晰,事后能回忆。

2. 严重标准 患者因难以忍受又无法解脱而感到痛苦或影响到工作、学习和日常生活。

3. 病程标准 在1个月内至少有3次惊恐发作,或在首次发作后继发害怕再发作的焦虑持续1个月。

4. 排除标准 排除其他精神障碍,如恐惧性焦虑障碍、抑郁症,或躯体形式障碍等继发的惊恐发作;排除躯体疾病心绞痛发作、嗜铬细胞瘤、甲亢或自发性低血糖等继发的惊恐发作。

【治疗原则】

惊恐障碍治疗主要包括心理治疗和药物治疗。在循证证据支持的惊恐障碍心理治疗中主要是认知行为治疗。药物治疗主要是抗焦虑药物和抗抑郁药物治疗。临床上往往需要心理治疗与药物治疗联合应用以取得更好的效果。

1. 心理治疗 惊恐障碍可用的心理治疗有支持性心理治疗和认知行为治疗。认知行为治疗包括心理教育、认知重建、呼吸控制、放松训练、想像练习、暴露六种成分。一般治疗11~15次,7~14小时,持续3~4个月。针对与惊恐障碍复发的有关问题(如家庭问题、人际关系问题等)的心理治疗也是必需的。

2. 药物治疗 药物治疗可用抗焦虑药物和抗抑郁药物。常用的抗焦虑药物主要有苯二氮草类药物、阿扎哌隆类药物和 β -受体阻断剂。苯二氮草类药物治疗惊恐障碍具有疗效好、显效快、无抗胆碱不良反应的优点,常常是迅速控制惊恐发作的有效治疗。但苯二氮草类药物长期使用会出现药物的耐受性和依赖性。所以,临床上治疗惊恐障碍主要使用抗抑郁药物,特别是SSRIs类药物进行一线治疗,而苯二氮草类药物只在急性治疗阶段短期使用。一般在药物治

疗有效后往往维持治疗需要在 8~12 个月以上。

二、广泛性焦虑障碍

广泛性焦虑障碍,又叫慢性焦虑症、自由浮游性焦虑症。是一种以缺乏明确客观对象和具体内容的提心吊胆、紧张不安为主要临床特征的焦虑障碍,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。

【诊断标准】

1. 症状标准 以持续的原发性焦虑症状为主,无明确的对象和固定的内容。通常包括以下要素。

(1) 恐慌(为将来的不幸烦恼,感到忐忑不安,注意困难等)。

(2) 运动性紧张(坐卧不宁、紧张性头痛、颤抖、无法放松)。

(3) 自主神经活动亢进(头重脚轻、出汗、心动过速或呼吸急促、上腹不适、头晕、口干等)。

2. 严重标准 社会功能受损;患者因难以忍受又无法解脱,而感到痛苦。

3. 病程标准 一次发作中,症状必须持续存在至少数周或数月(6 个月)以上。

4. 排除标准 排除甲状腺功能亢进、高血压、冠心病等躯体疾病的继发性焦虑;排除兴奋药物过量、催眠镇静药物或抗焦虑药的戒断反应、强迫性障碍、恐惧性焦虑障碍以及其他精神病性障碍等伴发的焦虑。

【治疗原则】

广泛性焦虑障碍的治疗主要包括心理治疗和药物治疗。

1. 心理治疗 有支持性心理治疗、认知行为治疗和精神动力取向心理治疗等方法。在认知行为治疗中常用的技术有心理教育、放松训练、生物反馈、系统脱敏、暴露、认知矫正等。现有的循证医学证据显示,认知行为治疗广泛性焦虑具有明确的短期疗效,50% 的患者可以得到完全缓解。往往需要 16~20h,连续 4 个月的治疗。支持性心理治疗和精神动力取向心理治疗的循证研究证据很少,但在临床上广泛性焦虑障碍患者也经常得到这样的心理治疗。

2. 药物治疗 临床上可用抗焦虑药物和抗抑郁药物。目前的资料显示,药物治疗可以使 80% 的 GAD 患者显效。抗焦虑药物主要有苯二氮草类药物、阿扎哌隆类药物和 B 受体阻断剂。抗抑郁药物主要是 SSRIs 和 TCAs,具有抗焦虑和抑郁的作用,已成为治疗广泛性焦虑障碍常用药物。常用的有帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰、多塞平、阿米替林等。由于苯二氮草类药物长期使用会出现药物的耐受性和依赖性问题。在临床上主要使用抗抑郁药物,特别是 SSRIs 类药物对广泛性焦虑障碍进行一线治疗,而苯二氮草类药物只在急性阶段短期使用。在药物治疗有效后需要提供长期治疗,往往需要维持治疗至少在 6 个月以上,然后逐渐小剂量减药,直至停用。

(王 伟)

第三节 强迫性障碍

强迫性障碍,即强迫性神经症,又称强迫症,是指一种以反复出现的强迫思维和(或)强迫动作或仪式行为为主要临床特征的神经症性障碍。强迫障碍者体验到强迫思维或动作是自己的,是自己主观活动的产物,但又不是患者自己所期望的,也非患者自己所能接受的,所以患者必须采取对策来加以有意识地抵抗,自我强迫与反强迫同时出现;为此患者感到痛苦,对症状有自知力,主动求治。

【诊断标准】

1.症状标准 以强迫症状为主,至少有下列1项。

(1)以强迫思维为主,包括强迫观念、回忆或表象,强迫性对立观念、穷思竭虑、害怕丧失自控能力等。

(2)以强迫行为(动作)为主,包括反复洗涤、核对、检查,或询问等。

(3)上述的混合形式。

2.严重标准 社会功能受损或自我感到痛苦。

3.病程标准 符合强迫症状标准连续存在2周以上(CCMD-3要求3个月)。

4.排除标准 排除其他精神障碍的继发性强迫症状,如精神分裂症、抑郁症,或恐惧性焦虑障碍等;排除脑器质性疾病特别是基底节病变的继发性强迫症状。

【治疗原则】

强迫性障碍的治疗包括心理治疗、精神药物治疗和精神外科治疗。

1.心理治疗 最常用的心理治疗是认知行为治疗。证据显示,能够接受这种治疗的患者中大约有70%可获得疗效。约有30%的患者拒绝这种治疗。药物治疗可能有助于患者接受认知行为治疗。认知行为治疗的核心是暴露与反应阻止以及认知重组。对于混合性强迫症状患者可以选用认知行为治疗,对于只有强迫动作或仪式行为的患者主要以暴露与反应阻止技术治疗为主,对于只有强迫思维的患者,认知治疗是其主要心理治疗手段。在对OCD患者的治疗中,家庭成员间的内部关系往往与患者的疗效和症状恶化或复发有密切的关系,家庭治疗也是非常必要的。

2.药物治疗 强迫性障碍的治疗药物主要以5-HT再摄取抑制剂为主。常用的药物有TCAs类药物氯米帕明和SSRIs类药物氟西汀、舍曲林、帕罗西汀、西酞普兰、氟伏草胺等。这些药物治疗对50%~70%的强迫性障碍患者有效,但不能完全消除强迫症状。氯米帕明抗强迫作用起效时间在2~3周,强迫症状明显缓解要在用药8~12周,治疗量150~250mg/d。SSRIs类药物因抗胆碱能和心血管不良反应小,又很少诱发癫痫,目前在临床上治疗OCD的一线用药。

一般来说,强迫性障碍的药物所需剂量较大,且显效较慢。一种药物治疗是否有效必须经过足量、10~12周以上的治疗才能确定。药物治疗有效后需要长期维持治疗,一般推荐在1年以上。认知行为治疗联合药物治疗是OCD的理想治疗模式。

3. 精神外科治疗 是强迫性障碍治疗最后迫不得已的选择。只有经过系统的心理、药物治疗,确实证明各种方法没有效果,而且 OCD 或其合并症给患者带来生命威胁,或严重的功能障碍,或严重的精神痛苦时才考虑选择这种治疗。目前主要的方法有传统意义上的内囊毁损、扣带回白质切除术和近年来新发展起来的深部脑刺激技术。

(王 伟)

第四节 躯体形式障碍

躯体形式障碍是一种以持久地担心或相信各种躯体症状的先占观念为特征的神经症。患者因这些症状反复就医,各种医学检查阴性和医生的解释,均不能打消其疑虑。即使偶尔患者确实存在某种躯体障碍,但不能解释症状的性质、程度或患者的痛苦感觉。这些躯体症状被认为是心理冲突和个性倾向所致,但对患者来说,即使症状与应激性生活事件或心理冲突密切相关,患者常否认心理因素的存在。病程呈慢性波动性,常伴有焦虑或抑郁情绪。在 CCMD-3 中将其分为躯体化障碍、未分化的躯体形式障碍、疑病症、躯体形式的自主神经紊乱、躯体形式的疼痛障碍等。本病女性多见,起病年龄多在 30 岁以前。由于各国诊断标准的不同,缺乏可比较的流行病学资料。鉴于临床上疑病症在躯体形式障碍中所占的比重较大,故在此详细介绍疑病症。

一、疑病症

疑病症即疑病性神经症,是一种以怀疑身患疾病为主要临床特征的躯体形式障碍。该类患者对自身健康或疾病过分担心,害怕自己患了某种严重的躯体疾病,或相信自己已经身患一种或多种的严重的躯体疾病,不断要求进行医学检查,怀疑阴性的检查结果,不相信医生的诊断,以致四处求医。即使患者有时存在某种躯体障碍,也不能解释所诉症状的性质、程度,或患者的痛苦与先占观念,常伴有焦虑、抑郁等情绪,呈慢性波动性病程。

临床上精神科所遇到患者往往具有长时间的求医经历、拥有大量临床检查资料、采用过多种药物的治疗,更有甚者曾经采用外科手术效果不佳时才考虑就诊精神科,最终确诊为疑病症的病例。目前全科医生对此类患者的识别率相对较低。

(一) 病因与发病机制

1. 遗传 现有的研究表明疑病症与遗传易罹素质有关。国外的寄养子研究资料表明,遗传因素可能与该病的发病有关。就现有的研究资料,尚不能做出遗传因素在此疾病的发生、发展过程中究竟起多大作用的结论。

2. 个性特征 研究发现,患者多具有敏感、多疑、固执的个性特征。他们更多地把注意力集中于自身的躯体不适及其相关生活事件上,导致感觉阈值降低,增加了对躯体感觉的敏感性,易于产生各种躯体不适和疼痛,继而强化已存的先占观念。

3. 神经生理 有人认为,疑病症的患者存在脑干网状结构滤过功能障碍。一般情况下,正