

张亚林 主编

神经症

理论与实践

人民卫生出版社



张亚林
主编

神 经 症

理 论 与 实 践

人
民
卫
生
出
版
社

作者(以章节为序)

张亚林	郝 伟	刘铁榜	赵旭东	赖德仁	肖水源
刘铁桥	胡赤怡	肖泽萍	陈向一	李凌江	杨志伟

ISBN 7-117-03710-5



9 787117 037105 >

神经症理论与实践

主 编: 张 亚 林

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (100078) 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 遵化市印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 19.25

字 数: 396 千字

版 次: 2000年5月第1版 2000年5月第1版第1次印刷

印 数: 00 001—4 000

标准书号: ISBN 7-117-03710-5/R·3711

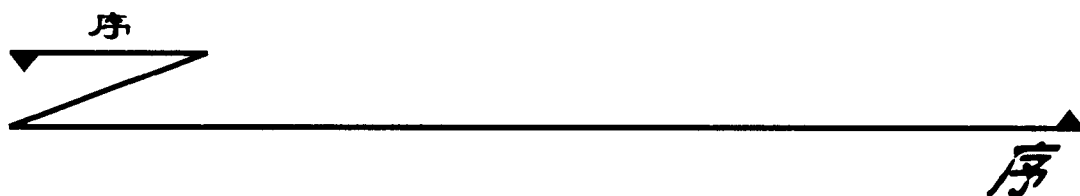
定 价: 39.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)



张亚林，1951年生，土家族，湖南张家界市人，医学博士。曾留学美国洛杉矶加州大学。现任湖南医科大学精神卫生系教授、系副主任、硕士生导师、博士生导师小组成员。多年来一直从事精神应激、行为医学、神经症及心理治疗的临床、教学和科研工作。主持或参加国际、国家级部级及省级科研项目多项，发表论文数十篇，曾获世界卫生组织精神医学优秀论文二等奖和第七次中华医学大会优秀论文一等奖、湖南省科技进步成果二等奖。与杨德森教授等创立中国道家认知疗法。独编、主编、参编著作十余部，代表作为《行为疗法》、《心理冲突与解脱》，著述逾百万字。现兼任中国心理卫生协会心理咨询与心理治疗专业委员会副主任委员、中国自杀与危机干预专业委员会委员、《中华精神科杂志》、《中国行为医学科学》及《中国临床心理学杂志》编委。



神经症这类疾病存在的历史，与人类存在的历史同样悠久。它与5%~10%人群的特殊敏感、脆弱、易于消耗与疲劳的大脑功能相关；与一部分人群遭遇较多的生活变故、意外灾害与社会适应能力较差密切相关；与一部分人群的不良生活方式，各种欲望的不能满足或过度放纵，生活缺少节律与行为缺少自我调节造成健康损害密切相关。另一方面它与个人的文化水平，职业与经济收入水平，与社会物质文明或精神文明发展水平，并无确凿有据的必然联系，即它不是某种社会病、文明病、文化病或时代病。它更多地是植根于人类的生物特性、人类本性的某些适应与调节机能的缺陷之中。

神经症的历史与人类历史同存，它的分类也与人的性格分类一样，两种、四种不为少，八种、十种不为多，事物本身未变，但分类、分型、病因学说多变，对其划分的各种亚型，某些新的亚型名称的出现与旧的亚型名称的取消，在近两百年来常有变迁，且变迁速度加快。它不是哪位学者发明或创立之时才出现的疾病，也不是哪位学者可以取消或消灭的疾病。

镇静、安眠、抗焦虑及抗抑郁药物的应用，使神经症的治疗取得了显著的进步。而促脑代谢药，改善智力或记忆的药物，维生素与补脑护脑的药物，其疗效是十分可疑的，这类药物的广泛应用，与安慰剂有异曲同工之妙。脑代谢之复杂性和记忆、思维等脑功能的多因素、多环节的参与性，都不是一种钙元素或磷元素、几种微量元素或某种腺苷酸、

某种转化酶可以药到病除的。中药与西药的区别主要是植物生药与人工化学综合药的区别，多种有效与无效成分综合使用与单一有效（或假定有效）成分使用的区别，以及多年应用的经验复方的副作用较少和单一用药其全部副作用（见于5%以上的受试患者）全部罗列明示的区别。

药物治疗在神经症治疗中的作用在大多数场合是主要的。但药物治疗仍有其局限性，对于素质性的、有人格特征性的或纯心因性的神经症患者中的常见主诉，如多疑、妒忌、敌意、自卑，大概是无能为力的。反之，否定现代化学药剂的治疗，恢复到原始社会的风疗、水疗、沙疗、日光浴、按摩、体疗、音乐疗、戏剧疗、心理交谈、回归大自然及返朴归真；或顶多只用“一根针，一把草”，以此治疗百病，来保持生态平衡，防止化学制剂的体质、种质与环境污染，结局又将如何呢？多年实践结果告诉我们将是个别病例的疗效卓著与群体统计的疗效显著降低。所以处理神经症的治疗原则应当是综合治疗，集各种疗法之长，以药物治疗为主，心理治疗及其他治疗为辅。

这本书一看目录，就知道是写给医师看的，但不少患者想买这本书，达到增加保健与康复知识和寻找自疗方法的目的。只要有中学文化程度的读者，这本书无疑可以看懂并满足上述的要求。但是另一方面也要提点忠告，神经症患者的敏感与疑病特征将使他（她）们对许多类型的神经症都“对号入座”引病上身；对自己的某些心理缺陷讳疾忌医，想“无师自通”，有可能形成误会或误解。他们对必须少则半月多则3~6个月才能显效的药物因对副作用与依赖性的过度担心而自动停药，对医师的不全信任而遍访名医。非专科医师面对他们的冗长躯体不适主诉可能说他是无病呻吟，自寻烦恼，因为各种实验室检查结果正常；而看专科医师又顾虑与精神病患者同坐在一张候诊长椅上，而被一视同仁，视为同类。他们应该怎么办呢？

在21世纪，对神经症患者的治疗，应该受到临床各科医师的普遍重视，同时也要引起社会的关注，加强保健科普宣传及心理健康教育与心理应付技能训练，多组织出版这方面的专题专著、科普书籍，在电视台开辟科普频道、生活科学常识栏目与心理健康栏目，才能够解决此类患者的问题，同时可以提高全民心理健康素质，只有通过各方协作，积极参与，办而不包，我们这一代专科医师才算是克尽天职，一本好书，几句忠言都是可以指点迷津，大有裨益的。

杨德森

于湖南医科大学 2000年1月

上 篇 总 论

第一章 神经症概述 ————— (张亚林)	3
第一节 神经症的定义	3
第二节 神经症概念的历史沿革	7
第三节 当前有争议的几个问题	8
第二章 神经症的分类学 ————— (郝 伟)	13
第一节 概述	13
第二节 神经症分类历史与现状	14
第三节 CCMD-2-R 有关神经症的分类	16
第四节 ICD-10 有关神经症的分类	17
第五节 DSM-IV 有关神经症的分类	19
第三章 神经症的流行病学 ————— (张亚林)	21
第一节 我国普通人群的流行病学调查	21
第二节 我国特定人群的流行病学资料	22
第三节 国外流行病学调查资料	24
第四节 比较流行病学	24

第四章 神经症的病因学	(刘铁榜)	26
第一节 神经症发病相关的因素		27
第二节 神经症发病机制的理论解释		35
第五章 神经症的常见症状	(张亚林)	45
第一节 脑功能失调症状		45
第二节 情绪症状		46
第三节 强迫症状		47
第四节 疑病观念		49
第五节 慢性疼痛		49
第六节 头昏和眩晕		50
第七节 心悸或心慌		50
第八节 植物神经症状群		51
第九节 睡眠障碍		52
第十节 性功能障碍		55
第六章 神经症的诊断学	(张亚林)	58
第一节 面晤技术		58
第二节 病史采集和定式检查		60
第三节 常用的心理测量		67
第四节 诊断标准		78
第七章 神经症的心理治疗		86
第一节 心理治疗总论	(赵旭东)	86
一、宏观看心理治疗		86
二、建立治疗关系的策略与技术		96
三、促进变化的策略与技术		103
第二节 几种心理治疗简介		115
一、精神分析治疗	(郝伟 张亚林)	115
二、行为治疗	(赖德仁)	121
三、就诊者中心治疗	(郝伟 张亚林)	125
四、中国道家认知疗法	(张亚林)	127
第八章 神经症的药物治疗		133

第一节	抗焦虑药物在神经症中的应用	(赖德仁)	133
第二节	抗抑郁药物在神经症中的应用	(赖德仁)	138
第三节	中枢神经兴奋药在神经症中的应用	(张亚林)	142
第四节	促大脑代谢药在神经症中的应用	(张亚林)	143
第九章 神经症的研究方法			(肖水源)
第一节	概述		144
第二节	神经症研究的基本过程		149
第三节	神经症的主要研究方法		154

下 篇 各 论

第十章 癔症			(张亚林)
第一节	概述		163
第二节	病因与发病机制		164
第三节	临床表现		167
第四节	起病形式、病程和预后		169
第五节	诊断与鉴别诊断		170
第六节	治疗		174
第七节	临床实例		176
第十一章 焦虑性神经症			(刘铁桥)
第一节	概述		179
第二节	病因与发病机制		180
第三节	临床表现		185
第四节	起病形式、病程和预后		187
第五节	诊断与鉴别诊断		188
第六节	治疗		190
第七节	临床实例		194
第十二章 强迫性神经症			(刘铁桥)
第一节	概述		196
第二节	病因与发病机制		197

第三节	临床表现·····	200
第四节	起病形式、病程和预后·····	203
第五节	诊断与鉴别诊断·····	204
第六节	治疗·····	207
第七节	临床实例·····	213
第十三章	恐怖性神经症 ————— (胡赤怡)	215
第一节	概述·····	215
第二节	病因与发病机制·····	218
第三节	临床表现·····	223
第四节	起病形式、病程和预后·····	225
第五节	诊断与鉴别诊断·····	227
第六节	治疗·····	229
第七节	临床实例·····	232
第十四章	抑郁性神经症 ————— (张亚林 肖泽萍)	236
第一节	概述·····	236
第二节	病因与发病机制·····	237
第三节	临床表现·····	238
第四节	起病形式、病程和预后·····	238
第五节	诊断与鉴别诊断·····	239
第六节	治疗·····	241
第七节	临床实例·····	242
第十五章	疑病性神经症 ————— (陈向一)	244
第一节	概述·····	244
第二节	病因与发病机制·····	245
第三节	临床表现·····	246
第四节	起病形式、病程和预后·····	246
第五节	诊断与鉴别诊断·····	247
第六节	治疗·····	249
第七节	临床实例·····	249
第十六章	神经衰弱 ————— (李凌江)	252

第一节	概述·····	252
第二节	病因与发病机制·····	255
第三节	临床表现·····	256
第四节	起病形式、病程和预后·····	260
第五节	诊断与鉴别诊断·····	261
第六节	治疗·····	264
第七节	临床实例·····	264
第十七章	其他神经症————— (张亚林)	267
第一节	人格解体神经症·····	267
第二节	Briquet 综合征 ·····	268
第十八章	儿童神经症————— (杨志伟)	271
第一节	概述·····	271
第二节	病因与发病机制·····	274
第三节	儿童神经症的临床表现·····	279
第四节	儿童神经症的临床治疗·····	290
后记	·····	296

上
篇



论

第一节 神经症的定义

神经症 (neuroses), 旧称神经官能症。本症为一组精神障碍, 主要表现为精神活动能力下降、烦恼、紧张、焦虑、抑郁、恐怖、强迫症状、疑病症状、分离症状、转换症状或各种躯体不适感。起病常与心理、社会因素有关; 病前多具有一定的素质基础或个性特征; 临床症状没有可以证实的器质性病变作基础; 社会功能相对完好, 行为通常保持在社会规范允许的范围之内; 对疾病有相当的自知力, 有痛苦感受、有求治要求, 其现实检验能力不受损害。除部分癔症和惊恐发作以外, 病程大多持续迁延。

这一定义, 可以分解为以下六条:

一、神经症是一组疾病

神经症这一名称, 不是指某一特定的疾病单元 (disease entity), 而是包括病因、发病机制和临床表现颇不一致的一组精神障碍。1769 年, 苏格兰医生 Cullen 首创神经症一词时, 使用的便是这一名词的复数 (neuroses) 而不是单数 (neurosis)。虽然 200 年来神经症的概念已经发生了巨大的变化, 但是神经症是一组疾病的观点似乎始终没有改变过。越来越多、越来越深入、越来越广泛的研究发现, 神经症作为一大类疾病, 存在着复杂的病因学和发病机制, 很难用单一的或统一的理论模式

予以阐明。不同类型的神经症，不仅临床表现不同，其致病因素、发病机制、病程预后以及治疗方法也不尽相同。各神经症之间或多或少都存在着一定的差异，提示神经症可能具有异质性的特征。因此，有人担心随着精神疾病病因学研究的进展，神经症这一诊断概念最终将被分化瓦解。

但是时至今日，这些不同的临床亚型为什么还要冠之以一个共同的名称——神经症呢？理由是多方面的。第一，不管各亚型的神经症存在有多少差别，它们还是有很多的共同性（以下将一一叙述）。其次，迄今为止，没有任何新的分类方法能像神经症一样能将一组疾病如此简单明了地归纳起来，且在临床使用时既方便又实用。最后，是历史的惯性作用，这是任何胆大的标新立异者都不能视而不见的。在最具创新精神的美国DSM系统中，神经症这一术语虽已经消失，然而其实质性的内容却一个不缺地保留下来了。他们曾经取消了神经衰弱，但一大群此类患者的诊断归属立即成了问题，于是又不得不另取一个“慢性疲劳综合征”的病名，用来收容这类障碍。由此可见，要想改变神经症的概念和结构是多么地具有挑战性。

因此，在神经症或其各个亚型的病因和病理机制研究获得突破进展以前，任何轻言神经症消亡或解体的观点都将只能是昙花一现。

二、起病常与心理社会因素有关

精神医学学派很多，各学派的理论观点有时千差万别。但是，不论是描述性精神病学还是动力精神病学；不论是精神生物学派，还是行为医学学派；他们对神经症与精神刺激的关系，却都有相似的看法，几乎都认为，神经症的发病与心理社会因素有关。所以，前苏联、中国及很多国家的精神病学教科书往往把神经症同心因性疾病归为一章。近几十年来，许多有害的理化因素、致病的微生物逐渐被人们所认识，继而有效地控制，其致病作用有所减小。但另一方面，因为社会工业化、人口城市化、居住稠密、竞争激烈、交通拥挤、社会动荡而导致的精神紧张日益普遍，这种精神紧张在神经症起病中的作用也日益突出了。

突发事件引起的精神紧张容易导致神经症，80年代我国甘肃省东乡县境内的洒勃山滑坡，237人丧生。对生还者中的196人进行回顾性调查，结果发现：听到滑坡预报后有16人（8.2%）当即出现焦虑、抑郁、紧张、失眠等应激反应症状。灾后1周，出现上述症状的达155人（79.1%）。3个月后，大部分人症状逐步减轻、消失，有15人（7.6%）症状持续迁延，按现行诊断标准可诊断为神经症。即使这15人并非全部都是新发病人，按患病率统计（76‰）也高出常人3倍多（1982年国内12省流调为22.21‰）。国外也有许多报告，如1974年12月，澳大利亚的达尔文市遭受旋风袭击后，调查结果亦与上述情况类似。1988年7月，我们对一次突发交通事故中11位死者的45位主要亲属进行了历时4个月的对照跟踪研究。研究项目包括精神状况、躯体状况及免疫学的检查。结果发现：事故后一周，居丧组的症状量表（SCL-90、HAMD、

HAMA) 总分均高于对照组, 其中强迫、焦虑、敌对及躯体化等症状显著严重, 一直持续到 3 个月以后, 可以诊断为神经症。这种灾难性的精神刺激导致神经症的发生, 似乎是显而易见、无需争议的。但就某一个具体的人来说这种灾难性的遭遇毕竟是罕见的, 那些发生在我们周围, 而且又使我们牵肠挂肚的日常生活事件或许更应当受到重视。我们在一个研究中发现, 一组神经症患者在发病前一年内所经历的生活事件要多于正常对照组, 其评分值是正常组的 1.7 倍。

感觉剥夺与社会隔离可导致神经症的产生。个体很难脱离社会而单独生存下去。第二次世界大战期间曾在纳粹集中营中被长期拘役的幸存者, 几乎百分之百的有焦虑、抑郁、紧张、失眠等神经症症状。一个人单独迁移到一个完全陌生的社会中, 是一种变相的社会隔离。他语言不通、感情无法交流、不适应当地的风俗习惯, 便可产生许多适应不良的反应乃至神经症的症状。有人称之为“文化休克”(cultural shock)。近年来不少有关移民和难民的研究提供了这方面的证据。

现代文明的发展据说与神经症很有关联。一个原始部落和一个高度发达的文明社会之间, 神经症的发病率、患病率和症状类型是颇不相同的。林宗义(1969)在台湾的追踪调查表明, 随着社会工业化的发展, 神经症患病率明显上升。他发现当地 1946~1948 年神经症的患病率为 1.2‰, 15 年之后上升到 7.8‰。台湾的四个少数民族患病率却仅是 0.8‰。另一个引人注目的事实是社会文化背景影响着神经症各亚型的分布。本世纪中叶, 欧、美国家的癔症诊断是常见的, 如今却越来越少。如英格兰和威尔士各精神病院的住院病人中癔症诊断比例由 1951 年的 2.98% 下降到 1978 年的 0.8%。然而在发展中国家, 与上述相似的统计表明, 癔症仍属常见病, 如开罗 11.2% (1968)、印度北部 2.6%~9.8% (1975~1977)。在发达国家, 焦虑性神经症和抑郁性神经症明显增多, 一些作者认为情绪障碍在不发达社群多以躯体化症状表示, 而较发达的社群则多以心理体验的方式表达。我国城市的神经衰弱较农村稍多, 而癔症则以农村多 (1982)。我国的流行性癔症多发生在边远山区。

社会阶层、经济状况、教育程度、职业等与神经症有无关系尚待深入研究。一般认为, 从事高度紧张工作的人较易患神经症, 如飞行领航员、火车调度员、闹市区公共汽车司机、话务员、急诊室和手术室的医务人员等。脑力劳动者的患病率较体力劳动者要高一些。

家庭是一个小社会, 家庭是精神刺激的重要来源, 也是社会支持的重要来源。家庭气氛与神经症的关系已经引起人们特殊的关注。在中国传统文化观念下形成的稳固的家庭结构和庞大的社会支持网是否是神经症过去少于现在、东方少于西方的原因之一, 当然尚待严格的研究去证实。但不良的家庭气氛确实能增加神经症的发生。在我国, 和睦家庭的神经症患病率为 20‰, 而在经常发生口角、暴力或分居的家庭中, 神经症患病率分别为 114‰、111‰和 105‰。

三、病前具有某种个性特征

(一) 不同的个性特征决定着他们罹患神经症的难易程度

巴甫洛夫认为,神经类型属弱型的或强而不均衡的人,较易患神经症。Eysenck 对个性做过大量的临床和实验研究,认为神经症常见于情绪不稳定和性格内向的人。这种人的个性具有多愁善感、焦虑不安、古板、严肃、悲观、保守及孤僻等特征。另一方面,某些特殊人格类型的人对神经症有很高的天然免疫力,例如反社会人格、分裂人格,这从反面提示了个性特征与神经症发病的关系。

(二) 不同的个性特征决定着他们罹患某种特定的神经症亚型的倾向

巴甫洛夫认为,在神经类型弱型者中间,属于艺术型(第一信号系统较第二信号系统占优势)者易患癔症;属于思维型(第二信号系统较第一信号系统占优势)者易患强迫症;而中间型(两信号系统比较均衡)者易患神经衰弱。某些特殊的人格类型甚至与某些神经症亚型的命名都一样,如癔症人格—癔症性神经症、强迫人格—强迫性神经症。

综上所述,可以看出,病前的个性特征在神经症发病中的重要作用。所以有人认为神经症是人格异常发展的结果,就是原有个性特征的显著化、极端化。但多数研究提醒我们,神经症不能简单地等同于个性异常或人格障碍。毫无疑问,具有某种特殊个性可能为神经症的发生提供了有利条件,但特殊个性并非神经症发生的必备条件或全部条件。同理,神经症也不是特殊个性发展的必然结果。大量临床事实证明,人格障碍与神经症是有区别的。前者是持续的人格特征,早年开始、相对固定、甚至持续终生,在同一个体,没有明显的人格异常和人格正常的相互交替;而后者有起病、发展和结局的疾病过程,在同一个体,患病与健康两个阶段明显不同。前者多给别人增加麻烦,且无自知之明;后者多给自己制造痛苦,因而寻求解脱。

四、症状没有相应的器质性病变作基础

神经症的许多症状,也可见于感染、中毒、躯体疾患、内分泌或代谢障碍、以及脑器质性疾病,此时不能视为神经症。

由此看来,神经症被认为是一种功能性的精神障碍。功能性精神障碍与器质性精神障碍在精神医学领域里是一对常用的概念。后者是指一组由脑变性、脑血管病、颅内感染、颅脑创伤、颅内肿瘤、癫痫,或全身性感染、中毒、躯体疾患、精神活性物质直接引起的大脑功能紊乱(而不是个体对这些躯体疾病的心理反应)。而所谓“功能性精神障碍”则是指根据目前的科学技术水平,还未能发现肯定的相应的组织形态学或病理学改变的精神疾患。其实,这种区分只是相对的、有条件的和权宜性的,在精神疾病的研究历史中,首先发现了有大脑结构改变的某些精神障碍,并将它们定义为器质性精神障碍。后来又发现有典型脑电波变化而无结构变化的癫痫,以及某些主要表现为生化代谢