



用于国家职业技能鉴定

国家职业资格培训教程

心理咨询师

XINLIZIXUNSHI

(二级)

中国就业培训技术指导中心 组织编写
中国心理卫生协会

民族出版社



用于国家职业技能鉴定

国家职业资格培训教程

心理咨询师

(二级)

中国就业培训技术指导中心 组织编写
中国心理卫生协会

民族出版社

图书在版编目(CIP)数据

心理咨询师. 二级/郭念锋主编. -北京:民族出版社, 2005. 7

国家职业资格培训教程

ISBN 7-105-07196-6

I. 心... II. 郭... III. 心理卫生-咨询服务-技术培训-教材 IV. R395.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 085446 号

民族出版社出版发行

<http://www.e56.com.cn>

北京市和平里北街 14 号 邮编 100013

金若龙公司微机照排 迪鑫印刷厂印刷

各地新华书店经销

2005 年 8 月第 1 版 2005 年 8 月北京第 1 次印刷

开本: 787 毫米×1092 毫米 1/16 印张: 15.75 字数: 373 千字

定价: 32.00 元

该书如有印装质量问题, 请与本社发行部联系退换
(编辑室电话: 010-64228001; 发行部电话: 010-64211734)

国家职业资格培训教程

心理咨询师

编审委员会

主任 陈宇

副主任 张永麟 徐联仓 蔡焯基

委员 (按姓氏笔划排序)

王向群 王择青 许又新 过慧敏 陈蕾 陈学儒 李鸣皋
李心天 李占江 沈德立 张建新 姜佐宁 郭念锋 鲁龙光
虞积生

本书编写人员

主编 郭念锋

副主编 虞积生

编者 (按姓氏笔划排序)

马建青 史杰 毕希名 李文馥 李占江 邱炳武 张建新
武国城 林春 姜长青 郭念锋 高云鹏 虞积生 樊富珉

主审 李心天

副主审 徐联仓 蔡焯基 沈德立

组织联络人员 陈学儒 马欣良

前 言

2001年，劳动和社会保障部颁布了《国家职业标准——心理咨询师（试行）》。这一标准的颁布，对于推动心理咨询师职业培训和职业技能鉴定工作的开展起到了重要作用。为进一步完善心理咨询师职业资格证书制度，2005年，中国就业培训技术指导中心与中国心理卫生协会组织专家对试行的《标准》进行了修订，并在此基础上，修订完成了《国家职业资格培训教程——心理咨询师》（以下简称《教程》）系列教材。

《教程》紧贴《标准》，内容上，力求体现“以职业活动为导向，以职业能力为核心”的指导思想，突出职业培训特色；结构上，针对心理咨询职业的活动领域，按照模块化的方式，分为三级心理咨询师、二级心理咨询师、一级心理咨询师3个级别进行编写。《教程》的基础知识部分的内容涵盖《标准》的“基本要求”；技能部分的章对应于《标准》的“职业功能”，节对应于《标准》的“工作内容”，节中阐述的内容对应于《标准》的“技能要求”和“相关知识”内容。

《国家职业资格培训教程——心理咨询师（二级）》适用于二级心理咨询师的培训，是职业技能鉴定的推荐辅导用书。

由于编写人员学识有限，本《教程》一定有不尽人意之处，请有关专家和读者不吝赐教，以便不断提高本《教程》的学术水平和实用性。

中国就业培训技术指导中心
中国心理卫生协会
二〇〇五年七月

目录

第一章 心理诊断技能	(1)
第一节 鉴别诊断	(1)
第一单元 神经症与精神病的鉴别诊断	(1)
第二单元 识别重性精神病	(18)
第三单元 常见人格障碍的特点	(29)
第二节 识别病因	(34)
第一单元 引发心理与行为问题的生物学因素	(34)
第二单元 引发心理与行为问题的社会性因素	(40)
第三单元 引发心理与行为问题的心理因素	(42)
第二章 心理咨询技能	(66)
第一节 个体心理咨询技能	(66)
第一单元 系统脱敏法	(66)
第二单元 冲击疗法	(69)
第三单元 厌恶疗法	(74)
第四单元 模仿法	(78)
第五单元 生物反馈法	(80)
第六单元 认知行为疗法	(86)
第七单元 求助者中心疗法	(103)
第八单元 远期疗效评估	(118)
第二节 团体心理咨询技能	(121)
第一单元 团体心理咨询方案的制定	(121)
第二单元 团体心理咨询方案的实施	(144)
第三章 心理测验技能	(174)
第一节 心理与行为问题评估	(174)
第一单元 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)	(174)
第二单元 汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)	(178)

第三单元	简明精神病评定量表 (BPRS)	(181)
第四单元	倍克-拉范森躁狂量表 (BRMS)	(185)
第二节	特殊心理评估的实施	(189)
第一单元	韦氏儿童智力量表	(189)
第二单元	儿童行为量表 (CBCL)	(199)
第三单元	明尼苏达多项人格调查表第二版 (MMPI-2)	(204)
第三节	测验结果的解释	(214)
第一单元	中国修订韦氏成人智力量表 (WAIS-RC) 的解释	(214)
第二单元	明尼苏达多项人格调查表 (MMPI 及 MMPI-2) 的解释	(218)
第三单元	90 项症状清单 (SCL-90) 的解释	(239)
附录:	《国家职业资格培训教程·心理咨询师(二级)》复习题	(244)

第一章

心理诊断技能

第一节 鉴别诊断

第一单元 神经症与精神病的鉴别诊断

如果我们把神经症和精神病看做轻重完全不同的两组病，那么，在同一时刻，这两类诊断标签便是互相排斥的。这里所说的轻重是从三方面加以衡量的：症状自知力，对客观现实歪曲的程度，社会功能受损害的程度。实际上，轻重两极之间是犬牙交错的，例如，某些强迫性神经症病人完全不能工作，而某些偏执性精神障碍病人却保持着相当良好的工作能力。鉴于神经症和精神病的二分法存在着无法解决的困难，“ICD-10”的草案（1990）已经宣布放弃这种做法，甚至连精神病（psychosis）一词也抛弃不用，而只保留精神病性（psychotic）一词作描述之用。草案明确规定，精神病性只限于用以描述存在下述症状的情况：幻觉；妄想；显著的兴奋和活动过多；并非由于抑郁或焦虑引起的严重而持久的社会性退缩；显著的精神运动性迟滞；紧张症性（catatonic）行为。

一、学习目标

学会对神经症与正常心理、器质性精神病、人格障碍的鉴别。

二、工作程序

（一）神经症与不健康心理状态的分界线

许又新教授在《神经症》一书中，提出了的神经症临床评定方法，简洁、明快、实用。作为我们学习的内容，承蒙许教授同意，特介绍如下：

1. 神经症的临床评定方法。

在精神科工作中,神经症与正常心理的分界线并不成为一个问题,因为到精神科就诊的病人,几乎都是症状比较重且患病比较长的。但是,在内科或基层保健室里,这个问题就会经常发生。这里,关键在于深入了解病人的心理,弄清楚心里冲突的性质。从现象或事实的角度来说,心理冲突有常形与变形之分。心理冲突的常形有两个特点:一是它与现实处境直接相联系,涉及大家公认的重要生活事件,例如,夫妻感情不和,病人长期想离婚又不想离婚,十分苦恼;二是它有明显的道德性质,不论你持什么道德观点,你总可以将冲突的一方视为道德的,而另一方是不道德的,上述的例子便是如此。心理冲突的变形也有相应的两个特点:一是它与现实处境没有什么关系,或者它涉及的是生活中的鸡毛蒜皮的事情,一般人认为简直不值得为它操心,或者使不懂精神病学的人感到难以理解,很容易解决的问题为什么病人却解决不了。例如,某病人每天晚饭后就陷于吃药还是不吃药的痛苦冲突之中:吃药怕肝硬变和上瘾,不吃药怕睡不着。这在不懂精神病学的局外人看来是不成问题的,想吃就吃,不想吃便拉倒,实在决定不了可以去问医生,医生叫你吃你就吃,医生叫你别吃就不吃;二是它不带明显的道德色彩。如上例,你不能说吃药和不吃药何者道德何者不道德。心理冲突的变形是神经症性的,而心理冲突的常形则是大家都有的经验。显然,如果限于心理冲突的常形,甚至并没有什么痛苦的心理冲突,那么,充其量只是心理生理障碍,而不是神经症。要注意的是,一旦出现头痛、失眠、记忆差或内脏功能障碍,原来不明显的心理冲突便会尖锐化,也很容易发生变形,例如明显的疑病症状。

心理冲突的揭示和分析需要精神病学知识和技巧,一般通科医生可以用比较简单而容易掌握的方法来进行评定。这包括三方面:

(1) 病程:不到3个月为短程,评分1;3个月到1年为中程,评分2;1年以上为长程,评分3。

(2) 精神痛苦的程度:轻度者病人自己可以主动设法摆脱,评分1;中度者病人自己摆脱不了,需借别人的帮助或处境的改变才能摆脱,评分2;重度者病人几乎完全无法摆脱,即使别人安慰开导他或陪他娱乐或易地休养也无济于事,评分3。

(3) 社会功能:能照常工作学习以及人际交往只有轻微妨碍者,评分1;中度社会功能受损害者工作学习或人际交往效率显著下降,不得不减轻工作或改变工作,或只能部分工作,或某些社交场合不得不尽量避免,评分2;重度社会功能受损害者完全不能工作学习,不得不休病假或退学,或某些必要的社会交往完全回避,评分3。

如果总分为3,可以认为还不够诊断为神经症。如果总分不小于6,神经症的诊断是可以成立的。4~5分为可疑病例,需进一步观察确诊。要补充说明的是,对精神痛苦和社会功能的评定,至少要考虑近三个月的情况才行,评定涉及的时间太短是不可靠的。

2. 神经症与器质性病的鉴别。

对每一位可疑的神经症病人都必需进行常规的身体和神经系统检查,这也是内科和神经科临床工作中的日常实践。

根据一次会晤或精神科检查便下诊断,尤其是缺乏经验的医生,常常是不可靠的。安排病人定期复诊,例如一、两周或一个月复诊一次,多复诊几次总是可以确诊的。精

神科医生下诊断，有时需有内科和神经科检查报告或病案记录，有时需与家属会晤，以了解有关情况和核对病人的叙述。

诊断神经症不能单纯依靠排除。身体和神经系统检查阴性不能构成神经症诊断的充分根据。反之，如果神经症症状典型而且持久〔例如长期存在心理冲突的变形〕，即使病人确有内科疾病（如慢性肝炎，高血压病，结核病等），神经症的诊断仍然是可以成立的。换言之，在某些情况下，我们必须下两个诊断，即某种内科疾病和神经症。这样做不仅在理论上是站得住脚的，而且在治疗上对病人也有好处，也就是医生一方面治疗内科病，另一方面也同时针对神经症进行相应的治疗，尤其是心理治疗。对于暂时不能确诊的病人，必须向病人做充分的解释，解除病人不必要的顾虑。也防止病人在不同的科或医院之间盲目地和焦急地跑来跑去。

3. 神经症与人格障碍。

这并不是一个非此即彼的问题。近来，西方国家已经通行多轴诊断。对于每一位精神科病人，除了临床综合症的诊断外，都必须确定他有人格障碍。这种做法有必要在国内加以推广。

据 P. Tyrer (1983)，神经症病人的 40% 有人格障碍。又据 A. Sims (1975)，一组神经症病人追踪 12 年发现 70% 有人格障碍，而对照组外科病人有人格障碍者只占 25%。

因此，弄清楚每一位神经症病人的人格是重要的，这对治疗和推断预后都有必要。

在不同的时期，同一病人完全可能处于大不相同的状态。也就是说，在一个时期处于神经症状态，而在另一个时期处于精神病状态，是完全可能的。

A. Sims (1983) 计算了关于神经症的 14 篇追踪研究报告中的资料，得出的结果是：神经症病人中有 5.8% 后来出现精神病。O. Brafos (1970) 对住过院的神经症病人追踪 12~22 年，发现 8% 的病人后来因精神病而住院。

在精神科工作中，这样的病人并非罕见：过去多年的表现无疑属于神经症和人格障碍的范围，而近来却是明显的精神病状态。对于这种病例，有些年轻的精神科医生往往争论不休，一方说是神经症，另一方说过去的所谓神经症只不过是精神病的早期。双方各执一词，谁也说服不了谁。几年前某病人经手术确证为阑尾炎，这一次手术确诊是胆囊炎，外科医生对这两个不同的诊断都不会怀疑。精神病学有什么理由断言，一位真正的神经症病人对任何一种精神病有终生绝对免疫力？

值得注意的是，典型的神经症持续多年后出现的精神病状态照例是不典型的，既非典型的精神分裂症或躁郁症，也非典型的偏执性障碍。反过来说也是真的，如果病人表现为典型的精神分裂症，那么，既往的临床相照例不是典型的神经症，病人过去的障碍与其说是持久而苦恼的心理冲突，不如说主要是社会适应不良的行为模式（尤其是人际关系上的异常行为）、模糊而有些奇怪的异常感知觉体验，以及性质不确定的心理生理障碍等。

还有一点值得一提，神经症病人后来出现非器质性精神病状态的，几乎都有人格障碍。

（以上摘自：许又新，《神经症》，人民卫生出版社，1993）

为使大家能直观地理解，特举以下案例：

例1 某女，23岁，大学毕业，待业。

自述：考大学时因紧张发挥不好，成绩不理想。当时有两种选择：一个是复读来年再考；一个是找个大专上。父母因为家庭经济不宽裕主张上大专，自己虽然想复读，但看到父母的态度就没有坚持自己的意见而勉强同意。就读的学校在外省，地处偏僻，条件较差，宿舍里有老鼠，晚上出来活动，扰乱得自己睡不着觉。特别自己睡下铺，总怕老鼠跑到床上骚扰，经常担心害怕彻夜难眠。与同学调换床位，睡到上铺，睡眠有改善。但每天早晨起来要检查床上有无老鼠粪便，总担心老鼠曾经跑到自己床上，弄脏衣被，要经常换洗。一年前毕业回家，开始一个月觉得家里很安全，晚上也能安睡。

求职过程不顺利，考虑到和自己只是个大专学历有关，开始参加本科自学考试。学习遇到困难时，不免想起现在的被动局面都是因为当初父母不能克服困难，做出一些牺牲，让自己复读。同时也认为与自己当时没有坚持要复读有关，特别想到和自己情况差不多的姨家表妹复读后考取了一所理想的大学本科，更加伤心后悔。一天夜间又听到自己房间里出现声音，怀疑老鼠作怪，紧张得一夜没睡好。次日，检查并无自己房间里有老鼠的证据，但还是不放心，认为院子里和马路上都会有老鼠的踪迹。碰到垃圾箱要远远地绕开走。从外面回到家要反复洗手，虽然知道没有必要，但就是不能控制，否则就很难受。晚上看书时，更时时刻刻地注意有无老鼠活动的声音，失眠、头晕、心慌，学习效率很差，心烦，总想发脾气，对父母的态度不好。

按许又新教授对神经症的定义，本例可以诊断为神经症。

例2 某男，25岁，未婚，某单位（要求保密）的轿车司机。

高中毕业后于7年前到本单位工作，3个月前领导发现驾车时打瞌睡，自己说无法克制。暂停工作，去某医院神经科检查，认为没有病，同事们反映他消沉、闷闷不乐已经有好长时间了。

自述：有一女友，是中学同学，现在家乡附近的一个大城市里的一家公司做会计。女友的长相，工作性格都很好，自己非常满意。但其家庭负担较重，母亲务农，还有一个上初中的弟弟。她父亲于1年前因肝病去世，欠下了一些债务。考虑到调到对方所在的城市工作可以对地多一些照顾，为此，在她父亲去世后，向她提出“订亲”的要求，以便有理由向领导提出调动。没想到对方不同意，困惑之余，想到也可能对方考虑到经济问题，想傍个大款，但这似乎又与对方每天都来电话的热情态度相矛盾。况且自己非常喜欢她，每天晚上

通完电话后都久久不能入睡，次日上班没有精神。这种矛盾心情持续半年多了。我这个单位纪律很严，我也没有机会去看她，她刚到这家公司工作统管财务，一天也不能离开。俩人沟通只见声，不见人，很多问题说不清楚，就怕哪一天她提出分手。原来我还有“雄心壮志”想自学考试，想出人头地。这几个月来感到做什么事都没有劲头，连喜爱的足球比赛也不想看了，整天呆在宿舍里发呆，想发脾气也没人可发，胸前像压了一块大石头沉沉的，很难受，两条腿发软，觉得自己的心吊在半空，一动就出虚汗，我年纪轻轻的，这是得的什么病？

本例的心理冲突持续的时间也比较长，自觉痛苦不安并出现了心理、生理功能紊乱的症状，停职休息影响了社会功能，但并没有检查出什么疾病可以解释这些症状，符合神经症的诊断。

（二）区分不同类型的神经症

1. 神经衰弱。

症状可分三组：

（1）与精神易兴奋相联系的精神易疲劳。

（2）情绪症状主要有三个方面：①烦恼。

②易激惹。

③心情紧张。

并且必须具备以下三个特点：

①病人感到痛苦，并常常向别人倾诉，寻求帮助或治疗。

②感到控制不了或摆脱不了。

③情绪的强烈程度和持续时间之久与生活事件和处境不相称。

（3）常见的心理生理障碍：

①睡眠障碍。

②头部不适感。

③个别内脏功能轻度或中度障碍。

2. 焦虑性神经症。

（1）焦虑的情绪体验。

（2）焦虑的身体表现（运动性不安和植物性神经系统的功能障碍）。

3. 恐怖性神经症。

（1）害怕与处境不相称。

（2）病人感到很痛苦，往往伴有显著的植物性神经系统功能障碍。

（3）对所怕处境的回避，直接造成社会功能受损害。

4. 强迫性神经症。

因为自我强迫和自我反强迫而造成精神痛苦。

5. 躯体形式障碍的疑病性神经症主要有三种症状。

- (1) 对健康过虑。
- (2) 对身体的过分注意。
- (3) 感觉过敏和疑病观念(妄想除外)。

6. 不典型的神经症。

(1) 抑郁神经症。

- ① 兴趣减退甚至丧失。
- ② 对前途悲观。
- ③ 无助感。
- ④ 感到精神疲惫。
- ⑤ 自我评价低。
- ⑥ 感到生活或生命本身没有意义。

以上症状至少持续两年,且至少有三分之二的时间处于抑郁状态。

(2) 人格解体神经症。

- ① 狭义的人格解体,即“无我感”,感到“我”异乎寻常地不真实,似乎不存在。
- ② 现实解体,病人感到周围的世界似乎是陌生的,不真实了,像图片上了一层雾一样。
- ③ 身体解体,感到自己整个身体的大小、轻重、软硬等发生了奇异的变化,失去了正常时的真体感和实质感,似乎不存在一样,“什么感觉也体会不到”,“身体麻木不仁”。
- ④ 情感解体,病人感到他自己丧失了情感,连自己的父母、配偶和子女都不会爱他了,感到十分痛苦、伤心。

人格解体的特征是:病人对异常体验的主观性有清楚地了解,因而感到不快和苦恼,甚至在突然发生时感到惊恐不安。

关于神经衰弱

许又新教授对神经衰弱的描述是精彩的,几乎包括了临床心理咨询中所见到的各种神经衰弱的症状,我们特摘录如下(内容仍来自“神经症”一书,同上)

……

“神经衰弱的症状可以分为两组。

一、与精神易兴奋相联系的精神易疲劳

老的专著和教科书把精神易兴奋与情绪易激惹混为一谈,把这组症状称为易激惹性软弱(irritable weakness),是不恰当的。

精神易兴奋的主要表现是联想和回忆增多而且杂乱。不论是工作学习或看书报,还是看电视听广播或与人晤谈,都可以引起许多杂乱的联想和回忆。这是一种主观体验,病人感到分心和控制不住,但不伴有言语运动增多,因此不同于轻

躁狂的心情高涨和精神运动性兴奋。引起兴奋的事件并不一定是令人不快的，甚至可以是令人愉快的，例如与久别重逢的亲友晤谈，但由此而引起的兴奋本身却被病人体验为不快，尤其是持续较久而病人觉得控制不住的时候。还有一点不同于躁狂的地方是，思想倾向于兜圈子和重复，杂乱无意义而使病人苦恼，而躁狂病人的思想内容具有新奇性甚至创造性，不断推陈出新，引人入胜。精神兴奋可以没有明显的诱因，如独自静坐或卧挡休息时立即出现许多杂乱的联想和回忆，没完没了，使病人感到无法控制。但是，临床病例最常见的情况是病人的思想活动伴有烦恼的内容，病人联想和回忆的内容几乎都是过去不愉快的经历、现在使人苦恼的事件和处境以及将来可能发生的风险、失败和意外事故。躁狂病人的心情愉快，所以不存在需要加以控制的问题。神经衰弱病人明知胡思乱想无补于实际，却陷在里面出不来，自认控制不住却又极力想控制它，这是一种心理冲突，也许是神经症性心理冲突最简单的形式。

注意力不集中与精神易兴奋往往是同一件事，注意力不集中有两个方面，一个方面是病人容易因外在环境的偶然无关刺激或变动而被动地转移了注意，另一方面是思考不能专注于某一个主题，联想和回忆不断地把思想引入歧途，甚至远离当前思想的中心。对于后一状况，病人往往把它描述为‘脑子乱’。

精神易兴奋的另一表现是感觉过敏。不少病人畏光，喜欢留在比较阴暗的地方，出门戴有色眼镜，在家里白天也喜欢放下窗帘，甚至连鲜艳的色彩也可以使病人感到不快。对声音过敏也很常见。病人怕吵闹，喜安静，讨厌孩子和人多，家里人开放收音机或录音机往往使病人厌烦，甚至感到受不了。皮肤感觉过敏也不少见。有些神经衰弱病人不愿意穿浆洗过的硬领衣服，感到难受；裤带也总觉得太紧了，放松一个眼似乎才好受一些；有些病人刮胡子也感觉疼痛。一句话，健康人完全无所谓的普通刺激，病人却感到难受甚至疼痛。

某些神经衰弱病人在起病初期只有精神易兴奋而精神易疲劳却不明显。大多数病人一开始起病就同时有精神易疲劳。

疲劳是每个人都有过的体验，它很少会使健康人感到强烈的不适，相反，疲劳后的休息常常是一种享受。健康人的疲劳是容易消除的，经过适当的休息，尤其是一夜睡眠以后，精力便恢复了过来。作为神经衰弱的症状，不仅是容易疲劳，而且疲劳使病人特别难受、休息和睡眠也不能消除它。

疲劳有三种：①正常的疲劳。一般地说，疲劳的程度与从事某种活动的持续时间成正比。如前述，它很少引起强烈的不适感，而且容易消除。②躯体疾病时的疲劳。多种躯体疾病，如急性慢性传染病和各种消耗性疾病，都可伴有疲劳不适感。这种疲劳可以视为躯体疾病的一个症状。休息不能消除它，但随着疾病的好转，精神和体力也就恢复了原状。③情绪性疲劳。这种疲劳是跟各种不愉快的情绪或心情密切相联系的。休息不能消除这种疲劳，服用补品也无效。只有心情舒畅了，疲劳才会减轻以至消失。医生所见到的神经衰弱病人的疲劳主要是情绪型

的,这是长期心情紧张、烦恼、苦闷压抑感等引起的。

神经衰弱的疲劳具有弥散性。健康人看书看累了听听音乐可以消除疲劳,工作学习疲劳了,从事文体体育活动照样可以兴致勃勃,甚至看专业书籍看累了换一本消闲读物接着看便不感觉累了。神经衰弱病人却不然,他们几乎干什么都觉得累。

神经衰弱性疲劳的另一个特点是它带有明显的情绪性。一位病人诉说她与人进行业务性交谈不能超过一刻钟,否则就‘累极了’,‘脑筋就开不动了’。可是,她在诊室里与医生交谈足足一小时始终兴趣盎然,没有任何所谓脑筋开不动的迹象。

还有一个特点,神经衰弱的疲劳不伴有欲望和动机的减退,相反,病人苦于‘力不从心’或‘心有余而力不足’,他们有抱负有追求,不甘心于混日子。这种心情跟抑郁症是不同的。当然,短暂的灰心丧气是难免的。但最典型的神经衰弱症状是疲劳与精神兴奋二者相结合,病人在感到疲劳的同时心里想得却很多,欲念十分活跃。

精神疲劳不一定伴有体力疲劳,仅只有体力疲劳而没有精神疲劳便不是神经衰弱的症状。从事体力劳动的神经衰弱病人往往并不以精神疲劳为主诉,但一经医生仔细询问,仍然可以发现精神疲劳的某些表现,如不像过去那么机警精明,自觉“容易犯迷糊”,算账容易出错,听戏看电影稍久感到难受等。与此相反,知识分子患神经衰弱照例以精神疲劳为主诉,诉述脑力劳动效率下降,注意力不集中或集中注意不能持久,感到思考困难、思想杂乱无条理,诉苦记忆差,如提笔忘字、刚看过的书报似乎一点也记不住等。尤其特征性的是,不愉快的经历连细节都记得很清楚,简直念念不忘,而工作学习方面的事却诉苦完全记不住。

二、情绪症状

迫切求治的神经衰弱病人几乎无例外地都有情绪障碍。神经衰弱的情绪障碍本身是痛苦的,它们同时又使其他症状加重,病人更加难受。

神经衰弱的情绪症状主要有三:烦恼、易激惹和心情紧张。这三种情绪是普通人都难免会有的,因此,从临床诊断的需要出发,规定一些经验的标准以区别病态与非病态是必要的和实用的。作为神经衰弱的症状,情绪必须具备以下三个特点,缺一不可:①病人感到痛苦,倾向于见人就诉苦或求助求治;②病人感到控制不住或摆脱不了;③情绪的强烈程度和持续时间之久与生活事件和处境不相称,例如,一点小事就大为生气或心情很紧张,或者整天为一些鸡毛蒜皮的事而烦恼,长期如此。

1. 烦恼。大家都知道烦恼是怎么回事,但要下个定义却很难。A. Challman (1974)说,他始终未能找到一个烦恼的描述性定义,即使是语言学很有造诣的烦恼者也无法表达得令人满意。

重要的是必须将烦恼区别于焦虑。焦虑作为一个症状,是没有明确对象和具

体观念内容的忐忑不安和提心吊胆。烦恼则不同，它总是有现实的内容。我们可以为柴米油盐或经济拮据而烦恼，也可以为住房太挤而烦恼。工作不顺心，学习成绩不佳，孩子不听话，夫妻闹别扭，各种人际关系不和，等等，都可以是烦恼的内容。

烦恼似乎是自找苦吃。我们明明知道，麻烦和困难不可避免，烦恼无济于事，可我们还是照样烦恼。就这一点而言，健康人和神经衰弱病人并没有什么根本不同。理智对于烦恼似乎不起作用。30年前，作者和一位病人多次长谈，发现病人哲学修养根底很深，颇受教益。原来他是位哲学专业工作者，曾留学法国，回国后从事西方古典哲学著作的翻译工作。尽管人生的哲理知道得很多，他的烦恼却丝毫不减少。

精神科门诊的神经衰弱病人，至少有一半有显著而持久的烦恼。他们几乎一年四季一天到晚都在烦恼之中过日子。健康人区别于这种病人之处并非没有烦恼，而是有烦恼也有愉快和欢乐。一个人愈是企图通过思考去消除烦恼，他就会被烦恼纠缠，难以脱身，这是烦恼设下的陷阱。人们大多能看到，烦恼和欲望直接相联系，神经衰弱病人也不例外。可是，事情的另外一面是，烦恼和满足欲望的有效行为成反比，神经衰弱病人却很难领悟。神经衰弱的烦恼，关键并不在于烦恼本身，而在于未能将‘我不要烦恼’的愿望变成‘我要快乐’的实际有效行为。显然，病人的情欲受着过分的压抑或控制乃是症结之所在。病人的控制不住实际上是过分控制的结果。压抑并不能消灭情欲，相反，它势必造成情欲反抗的加强。这就使心理冲突尖锐化。过分压抑或控制意味着‘我要’的意志受阻，有效行动遂被扼杀了。过分的压抑或控制使病人丧失自知之明，他们往往完全不明确自己所需要的和所追求的究竟是什么，行动遂失去了目标，不知道下一步该怎么走。病人在诉说一大堆烦恼之后，向医生‘我应该怎么办?’是非常典型的。而面对烦恼，个人自有一套摆脱它的行动办法，是健康人的共同特点。

2. 易激惹。易激惹指容易生气和发怒，容易急躁，一点小事就急得不得了，按捺不住。

要区别精神病性易激惹和神经症性易激惹。如果病人并没有难受和痛苦的内心体验，或者并不感到自己失控，甚至否认发脾气的行为事实，或者事后并不觉得不对或不好，甚至大怒之后马上就变得好像根本没有那么回事一样，便不是神经症性的。

神经衰弱病人的易激惹的典型形式是反复发作的三部曲：急躁发怒——后悔——加强压抑和控制，而经过长短不等的时间内这三部曲又重演一遍。病人在后悔和加强控制时还常常感到委屈。

易激惹很容易损害人际关系，而人际关系不融洽又使易激惹趋于恶化。

由于极力压抑自己的愤怒、怨恨和不满，易激惹可以发生变形，常见的有：

①容易伤感。看电影看戏剧或看小说忍不住流泪是典型的。病人说，他们过去并

非如此，不知为什么病后变得这么脆弱了。②好打抱不平。在街上或公共汽车上遇见不讲理或仗势欺人的人，就忍不住跟人家争吵起来。病人本来是局外人，但往往比当事人更加气愤而且久久不能平静。对不正之风十分愤慨，谈起来愈说愈气愤不能自己。③弥散性敌意：‘瞅着什么都不顺眼’；有时不知为什么冒出幸灾乐祸的思想来。

和烦恼一样，易激惹也是过分压抑和过分控制的结果。

3. 心情紧张。持续的心情紧张而不能使自己松弛，是很难受的，往往伴有头痛、全身酸痛、疲劳感、失眠和脑力活动效率下降等痛苦的症状。

一部分神经衰弱病人以心情紧张而无法松弛为主诉。这种病人照例认为得病的原因是工作学习过度紧张。这是一种误解。每个健康人都有张弛自我调节能力。在紧急情况下，在繁重困难的任务面前我们自然会紧张起来，这是必要的，但紧急情况过去后或者工作暂告一段落，我们又可以使自己松弛下来。所谓过度紧张，实际上是指社会和客观情况允许甚至要求我们松弛的时候（例如吃饭、休息和睡觉的时候），我们仍然保持持续的紧张而不能放松。这是张、弛调节能力发生了障碍，是神经衰弱的症状，是结果而不是原因。

过度紧张的人有以下几个特点：①紧迫感。感到任务迫在眉睫或事情太多而时间不够用，从来没有事情告一段落而可以松一口气的感觉。有些人甚至逛公园逛商店也是匆匆忙忙的，下棋打牌也老着急催别人。②负担感。总担心事情做不好或失败，怕犯错误，怕丢面子，争强好胜。这样一来，生活工作学习全都成了负担，体会不到生活的乐趣，不能因工作成绩和学习有心得而感到满意和愉悦。③自控感。感到必须加强自我控制，似乎稍有松懈，便会使工作学习失误，或者自认不应该和过激的言词和情绪就会迸发出来。④精神过敏。感到自己不冷静了，容易着急不耐烦，容易因偶然的刺激（如突然的关门声，闪过一个人影等）而产生惊跳反应。有人甚至常猜疑领导或老师不信任自己，或者人们在背后议论病人。⑤效率下降。感到工作学习进展缓慢，质量不佳，尤其是自认比过去更加努力成绩却下降了。实际上，至少别人还看不出来。

三、心理生理症状

心理生理障碍实际上指的是生理功能障碍，只是这类症状跟病人的心理有密切的联系。常见的有：①睡眠障碍；②头部不适感；③个别内脏功能的轻度或中度障碍。

睡眠障碍的主要形式是失眠。ICD-10 草案（1990）对非器质性失眠（F51.0）的定义是：失眠是一种睡眠的质和/或量，令人不满意的情况，且持续相当长一段时期。诊断失眠首要考虑的不是睡眠时间少于一般所谓正常睡眠，因为不少人（所谓短眠者）长期睡眠很少而并不自认为是失眠者，他们之中相当一部分人精力充沛，也没有任何痛苦。

难于入睡、多梦和醒后不解乏，使病人对睡眠的时间估计偏少。病人估计的