

人民卫生出版社

神经症

NEUROSES

许又新编著

1
R749.7
XYX

74105/0

神 经 症

许又新 编 著

人 民 卫 生 出 版 社

(京)新登字081号

图书在版编目 (CIP) 数据

神经症/许又新编著.-北京:人民卫生出版社,1993

ISBN 7-117-01981-6

I. 神…

II. 许…

III. 神经官能症

IV. R749.7

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京市崇文区天坛西里10号)

河北省遵化市印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 8号印张 189千字

1993年10月第1版 1993年10月第1版第1次印刷

印数: 00 001—3 000 定价: 7.45元

〔科技新书目305—194〕

前 言

精神病学服务的发展可以大体上区分出两个阶段。第一阶段的目标主要是保护社会。世界各地最早建立的精神病院都是监禁式的，收容的病人几乎都是对社会有破坏性或危害性的。近几年来，报纸杂志上仍常有人撰文呼吁社会重视对精神病人的住院治疗 and 院外监护，精神病人杀人纵火等触目惊心的惨案亦时有报道。这表明我们还没有走完第一阶段的发展历程。第二阶段的任务以维护精神障碍者的权益为主，同时服务对象不再限于少数严重的病人而是力图提高全民族的精神卫生水平。除了精神卫生法的制订、颁布和实施以外，这一阶段发展的重要标志之一，是各科医生对神经症的重视和诊断治疗水平的提高。

据估计，人口中精神病人与神经症病人之比为 1:10 至 1:15，也就是说，神经症的患病率是精神病患率率的10至15倍。然而，严峻的事实是，我国从事精神卫生工作的人力绝大部分都投在住院的精神病人上面了，而综合医院和基层诊所的非精神科医生对神经症的诊疗并不熟悉，甚至连基本知识和概念也相当模糊。与此相联系，精神病学教科书里有关神经症的章节都比较简略，几乎找不到我国自己编撰的神经症专著。

我因此萌生了写一本神经症专著的念头。经过几年的搜集资料和阅读文献，初稿于1988年写成。专业书籍出版难是大家都知道的，一拖就是五年。现在总算要出版了，这得感谢人民卫生出版社的同志们，尤其是姚冰同志。没有他们的

努力，这本《神经症》还会以手稿的形式躺在我的书柜里。

前已提及，初稿于1988年写成。1990年虽然作了一些修改，但变动不大。近几年的新进展则告缺如，只好将来再补充了。

在心理学的各种学派当中，我倾向于人本主义心理学（请参看Shaffer, J. B.: Humanistic Psychology, 1978）。关于神经症的理论，我认为Andras Angyal的整体观和冲突观较为可取。总之，一个人怎样看人性，他就会以相应的观点态度去看神经症病人。人性是不可穷究的，神经症也同样是不可穷究的。这样说来，我的这本小册子当然是零碎而肤浅的了。因此，我诚恳地期待着读者的批评和指正。

许又新

1993年5月23日

目 录

第一章 神经症概念的简史	1
第一节 神经症是神经系统的病	1
第二节 功能性疾病和器质性疾病	5
第三节 神经症是一种精神障碍	9
第二章 神经症的描述性定义	13
第一节 描述的重要性	13
第二节 历史和现状	15
第三节 歇斯底里不是神经症	19
第四节 本书的描述性定义	23
第三章 神经症的分类	26
第一节 精神障碍分类的评价	26
第二节 神经症几种分类的比较	32
第四章 神经衰弱	41
第一节 历史与现状	41
第二节 临床表现	45
第三节 诊断和鉴别诊断	54
第四节 治疗	58
第五章 焦虑神经症	68
第一节 焦虑是什么	68
第二节 临床表现	72
第三节 诊断和鉴别诊断	76
第四节 治疗	80
第六章 恐怖神经症	87

第一节	概述·····	87
第二节	分类和临床描述·····	90
第三节	鉴别诊断·····	99
第四节	治疗·····	100
第七章	强迫神经症·····	105
第一节	历史与概念·····	105
第二节	强迫症状的描述·····	108
第三节	强迫人格·····	113
第四节	临床和流行病学资料·····	117
第五节	强迫症与抑郁症·····	120
第六节	诊断和鉴别诊断·····	124
第七节	治疗·····	127
第八章	疑病神经症·····	133
第一节	概念·····	133
第二节	心理社会因素·····	136
第三节	临床表现·····	142
第四节	诊断和鉴别诊断·····	145
第五节	治疗·····	148
第九章	不典型的神经症·····	152
第一节	抑郁神经症·····	152
第二节	人格解体神经症·····	160
第三节	无聊神经症·····	162
第十章	神经症的临床评定·····	166
第一节	诊断评定·····	166
第二节	预后评定·····	172
第十一章	神经症理论述评·····	178
第一节	无意识路线·····	178

第二节	反射——行为——学习路线·····	181
第三节	生物医学路线·····	187
第四节	心理社会路线·····	190
第五节	人本主义路线·····	200
第十二章	神经症与人格·····	205
第一节	简短的述评·····	205
第二节	手段与目的之互相转化·····	208
第三节	道德情感·····	209
第四节	耻感·····	214
第五节	冲突人格·····	217
第十三章	心理治疗·····	222
第一节	什么是心理治疗·····	222
第二节	一般与特殊心理治疗·····	225
第三节	理解和解释·····	228
第四节	心理治疗的共同因素·····	233
参考文献	·····	248

第一章 神经症概念的简史

第一节 神经症是神经系统的病

神经症(neuroses)这个术语是苏格兰医生 William Cullen (1710—1790)在 1769 年首先提出来的。现代生物医学中关于神经系统病的概念实际上可以追溯到 17 世纪。这并不奇怪。其他疾病概念的历史也常有类似的情况。举一个例子。精神分裂症这个术语是 1911 年瑞士医生 E. Bleuler 铸造的,但是,精神分裂症的概念,连 Bleuler 本人也承认,应当归功于 E. Kraepelin(他称为早发性痴呆),而那是 19 世纪末发展形成起来的。要说明的一点是,上文所说的现代生物医学,系与盖伦医学相对而言的,它建立在生理学的观察和实验基础之上,尤其是尸体解剖发现与临床相二者之间的联系,并且偏好归纳法和还原主义的思想方法。

Cullen 在他的著作 (Synopsis Nosologia, vol. IV, p. 182, 转引自 Lopez-Pinero, J.M. 1983. 本书关于本世纪以前的历史主要引自此书) 中写道:“从 Willis 起,英国医生一直把某些疾病归成一类,称为神经疾病。”实际上,对于 Cullen 来说,神经症只不过是神经疾病的别名或简称。可见,Willis 是 Cullen 神经症概念的先驱。

Thomas Willis (1622~1675) 是 17 世纪后半叶欧洲医学的主要代表人物之一。他的主要著作 (Opera Omnia) 共六卷,其中四卷讨论神经系统的解剖生理和疾病。Willis

还专门撰写了一本书，捍卫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 已经充分认识到，神经系统的功能直接涉及人的感觉和运动，而神经系统的病变导致头痛、嗜睡、昏睡、失眠、眩晕、卒中发作、瘫痪、谵妄、忧郁和躁狂等。

与 Willis 同时的 Thomas Sydenham (1624~1689) 也是神经疾病这一概念的先驱。他写道：“在所有慢性疾病中，歇斯底里是最常见的。各种热病占有所有慢性疾病的 $\frac{2}{3}$ ，而歇斯底里这一种病就占了其余的一半。”他强调了歇斯底里临床相的多变性，它见于女性，这是狭义的歇斯底里，而见于男性则是疑病症。Sydenham 明确指出，歇斯底里是一种神经系统的疾病。

认为歇斯底里和疑病症是神经系统的病，这在 17 世纪是一种新观点。在此以前，人们普遍相信传统的盖伦学说，认为歇斯底里是子宫里腐败的液体发出的一种气体所致，而疑病症是来源于黑胆汁的一种气体所致，这种黑胆汁是脾、肝和胃等肋缘下的 (placed in the hypochondria) 器官淤积的血液腐败而成。

欧洲文艺复兴时期已经试图辨认出某种单一的东西作为多种体液的最高调节者。随着生理学的发展，这个单一的最高调节者被确认为是神经系统。从 Willis 到 Cullen，人们相信，神经疾病乃是单一的最高调节者的病。在此以前，人们认为，某种功能障碍总是某一器官的局部病变所致。神经疾病是整个身体的最高调节者的病，它是全身性的或一般性的病，而不是任何局部器官的病。

Cullen 是 18 世纪末叶英国最有名的医生之一。他先后在格拉斯哥和爱丁堡大学担任教授长达 40 年之久。他的著作

通过翻译广泛流传于欧洲大陆许多国家，影响很大。

Cullen 关于疾病性质的观点既是解剖学的同时又是生理学的。这一点，今天进行历史回顾时在医生中间颇引起了混乱。本章以后将对此加以阐明。

Cullen 对以后的影响主要是他关于神经症的观点。

在当时的所谓神经的病理学 (neural pathology) 里，神经力 (vis nervosa)、易激惹性 (irritability) 和张力 (tone) 是几个很重要的概念。Cullen 吸取了他的前辈们发展的这些很有解释力的概念。当时的有关神经的学说带有明显的活力论 (vitalism)，这在解剖知识不足的情况下应该说是具有积极意义的。例如，力的供应不足导致张力缺乏 (atonia)，过分则导致痉挛 (spasm)，而这两个极端成了神经系统两种基本的病理状态。

Cullen 特别重视全身性疾病与局部疾病的区别。全身性疾病包括他的分类系统中的三大类；第一类，热病 (pyrexias)；第二类，神经症 (neuroses)；第三类，耗竭病 (cachexiae)。而局部疾病只有一类，就是第四类，局部病 (locales)。

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病”，是“神经系统的一般性的病”。

Cullen 将神经症分成四个“目”(orders)。按当时流行的做法，这些目又进一步分成“属”(genera)和“种”(species)。这四个“目”是：

1. 昏迷病 (comata)，包括卒中、瘫痪和各种意识丧失状态。
2. 动力减退病 (adynamiae)，包括晕厥、消化不良、疑病症等。

3. 痉挛病 (spasmi), 包括手足搐搦、癫痫、心悸、支气管哮喘、百日咳、腹泻、糖尿病、狂犬病、歇斯底里等。

4. 精神失常病 (vesaniae), 包括心神丧失 (amentia)、忧郁病 (melancholiae)、躁狂病 (maniae)、昏睡病等。

用今天通用的术语来说, Cullen 的神经症既包括神经系统有病理形态学改变的病, 也包括没有病理形态学改变的神经疾病, 既包括各种精神病 (psychoses), 也包括不属于精神病的较轻的精神障碍。当然, 它还包括了一些现在不属于神经病学和精神病学领域的病, 例如糖尿病, 但这一部分历史的错误对后来神经症概念的发展史没有起什么作用。

德国学者 G. E. Stahl (1660~1734) 相信, 有些精神疾病没有任何躯体 (包括神经系统在内) 病变作为基础, 它们是纯粹精神上的或心灵的病。就这一点而言, Cullen 的观点跟 Stahl 的观点是对立的。因此, 在医学史上, Cullen 被称为器质性学派 (Organicist), 而 Stahl 被称为功能性学派 (functionalist)。显然, 这跟今天的器质性与功能性之分是含义不同的, 值得注意, 否则就会导致混乱。

就歇斯底里和疑病症而言, 以盖伦为代表的传统医学认为, 它们是局部器官 (子宫或肋缘下的器官) 的病, 而 Cullen 认为, 它们不是神经系统以外任何局部器官的病, 而是神经系统或全身性的病。这就使以后的学者把 Cullen 视为神经系统功能性障碍这个概念的先驱。其实, 在 Cullen 那个时代, 微观神经病理学 (microscopic neuropathology) 还没有发展, 今天关于神经系统器质性病和功能性病对立还不存在。据 K. Menninger (1963), 首先使用功能性 (functional) 这个术语的是 Phillipe Pinel, 当时是在 19 世纪初。而据 W. Riese (1959), 首先使用功能性这个术语的是

Littre 和 Robin, 当时是在 1855 年, 那就更晚了。

Cullen 的功绩主要在于, 他提出了神经症的概念, 在理论上把神经症明确地区别于神经系统以外的器官的病。至于神经系统器质性病与功能性病的明确区分, 则是 19 世纪医学的成就。

第二节 功能性疾病和器质性疾病

在 19 世纪的医学里, 病理解剖学占据着统治地位。医生们普遍相信, 疾病总是有细胞结构的病理变化作为基础的, 即使当时没有发现, 将来迟早也会发现的。

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

首先值得一提的是法国人 F. J. V. Broussais(1772~1838) 的《生理学的医学》。由于当时的知识有限, 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的批评, 现在看来, 仍然是相当有道理的。他所提出的“刺激”(irritation) 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理解, 对神经症概念的发展产生了重大的影响。例如, Louis C. Roche (1790~1895) 的疾病分类几乎完全是病理解剖学的, 但有两类病却明显受了 Broussais 的影响: 刺激病(irritations) 和衰弱病(asthenias)。在六种刺激病里, 有一种叫做神经刺激病或神经症(nervous irritation or neurosis)。与此对立的衰弱病则被视为“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，神经症一词源于英国且首先广泛流传于英国，在后来相当长时期的英国医学文献里却几乎消失不见了。1844年出版的《医学词典》(A Dictionary of Practical Medicine, 3 vols., by J. Copland) 以及1880~1895年陆续出版的《军医署图书索引目录》(Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office) 的第一套里都没有神经症这个词。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 (psychologization) 时期。

神经症这个名词似乎不走运了，神经症的概念却以别的多种形式出现而引起医生们的注意和争论。最重要的有两个：脊髓刺激 (Spinal irritation)，反射功能性神经疾病 (reflex functional nervous diseases)。下面依次加以讨论。

Benjamin Travers在1824年提出体质性刺激 (constitutional irritation) 的概念。他认为，这是全身性症状的一种发病机制，通过神经系统而起作用。它可以说明，为什么很小的局部病变能够引起全身性的症状。十年以后，这个概念发展了，许多神经性症状都用这一机制加以说明。Travers的观点显然来源于Broussais以及Charles Bell的神经生理学说。

1821年，外科医生R. F. Players发表了一篇专著 (On irritation of the spinal nerves)，提示某些神经痛 (neuralgias) 和神经症可以是颈椎压迫脊髓所致。他对脊髓究竟发生了什么变化存而不论，只是笼统地称为脊髓病，但

他断言不是炎症。

1828年, C. Brown 发表了一本与 Players 同名的书。Brown 认为, 脊柱旁边肌肉的痉挛性收缩引起脊椎移位以致压迫了脊神经。

Travers, Players 和 Brown 这三个人的观点和著作是彼此独立的, 并非谁受了谁的影响。显然, 这些著作体现了同一医学思想的发展趋势, 这就是, 神经受刺激可以引起症状。

脊髓刺激逐渐被公认为处于歇斯底里和神经痛这两种病的中间过渡地位。因此, 在当时的许多教科书里 (Axenfeld 1863; Hammond, 1871; Erb, 1875; Erichsen, 1875; Rosenthal, 1878) 都有中间神经症(intermediate neurosis)的讨论。这跟神经衰弱概念的提出和流传是有密切联系的(请参阅神经衰弱那一章)。

用反射机制解释瘫痪和其他神经本身的功能是很早就有的理论。将反射学说加以充分发展而应用于解释多种不同疾病的症状, 英国人 Robert Whytt (1714~1766) 是一位先驱。他虽比 Cullen 小 4 岁, 却是 Cullen 在爱丁堡教授职位的前任。和 Cullen 一样, Whytt 也是神经疾病这个概念的积极鼓吹者。Whytt 的一个重要贡献, 是他描述了内脏疾病引起的神经功能紊乱, 他称此为“感应性”(Sympathetic)病。

破坏脊髓灰白质可以使士的宁(Strychnine)引起的肌肉收缩不出现。这个实验使人们以为反射作用只局限于脊髓。从此, 许多全身性症状都被视为反射机制引起的功能障碍。爱尔兰医生 R. J. Graves 的著作 (Clinical Lectures on the Practice of Medicine, second edition, 1848) 也许是 19 世纪前半叶欧洲使用最广泛的一本教科书, 尤其是它的

法文译本。在这本书里，Graves 把反射的致病机制一般化了。19 世纪 40 年代，这个学说的影响达到了顶峰，医生们采用各种手术治疗神经疾病，包括拔牙、子宫摘除，甚至肾摘除，为的是去掉引起反射症状的假想的病灶。由于滥施手术，并且效果远非理想，许多医生开始怀疑反射学说的正确性。M. H. Romberg 的教科书的修订清楚地反映了这一转变。在 1840 年的第一版里，Romberg 把瘫痪和其他多种神经症状分为三类，即肠、肾、子宫通过反射机制所致。到 1857 年的第三版，这方面的讨论完全变了：一部分症状归于歇斯底里，一部分症状归于感染所致的神经疾病，而反射机制的致病作用完全删掉了。但是，反射机制的各种改头换面的形式所致的功能性神经疾病的说法，一直到本世纪仍然常见于医学文献，在通俗书刊上那就更不用说了。

还有一个概念：血管运动和营养性神经症 (vasomotor and trophic neurosis)，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。有关植物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 (acrocyanosis)，血管神经性水肿 (angioneurotic edema)，硬皮病 (scleroderma)，偏头痛 (migraine)，心绞痛 (angina pectoris)，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植物功能障碍看做一种神经症 (所谓植物神经症)，那当然是合理的。但是，从上面列举的病名可以看出，医学史已经一再表明植物神经症是一个容易导致误解的和弊多于利的概念。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植物神经症之类的诊断，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。

第三节 神经症是一种精神障碍

在 19 世纪，临床神经病学有很大的发展。这跟神经病理学（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 首先使用强迫症 (obsession) 一词。1871 年，C. Westphal 铸造 agoraphobia 一词，标志着各种恐怖症命名的开端。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，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，用催眠暗示消除了症状，瘫痪病人一下子变得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，它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，德人 Robert Sommer 首次将心因性 (psychogenie) 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。