

# 精神医学新概念

主编 江开达

主审 徐韬园

上海医科大学出版社

**图书在版编目(CIP)数据**

精神医学新概念/江开达主编. —上海:上海医科大学出版社,2000.5

ISBN 7-5627-0566-6

I. 精... II. 江... III. 精神病学-新概念  
IV. R74

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 17843 号

**责任编辑** 王珑玫

**责任校对** 袁庆赵霞

**精神医学新概念**

主编 江开达

---

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

常熟市印刷八厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 15.5 字数 377 000

2000 年 5 月第 1 版 2000 年 5 月第 1 次印刷

印数 1—3 000 册

---

ISBN 7-5627-0566-6/R·535

---

定价: 32.00 元

如遇印装质量问题,请直接与印刷厂联系调换  
(地址:常熟市梅李镇通江路 21 号 邮编: 215511)

# 目 录

## 序 前言

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| <b>第一章 精神疾病分类进展</b> .....        | 1  |
| 第一节 ICD 系统 .....                 | 1  |
| 第二节 DSM 系统 .....                 | 5  |
| <b>第二章 精神疾病的流行病学</b> .....       | 10 |
| 第一节 概论 .....                     | 10 |
| 第二节 发展条件及方法学的若干概念 .....          | 12 |
| 第三节 主要研究类型及适用范围 .....            | 16 |
| 第四节 国际上几项精神疾病流行病学研究简介 .....      | 17 |
| <b>第三章 精神疾病的分子遗传学研究</b> .....    | 22 |
| 第一节 分子遗传学研究概述 .....              | 22 |
| 第二节 阿茨海默病 .....                  | 25 |
| 第三节 精神分裂症 .....                  | 33 |
| 第四节 情感障碍 .....                   | 43 |
| 第五节 强迫症 .....                    | 47 |
| 第六节 惊恐障碍 .....                   | 49 |
| 第七节 儿童多动症及其相关疾病 .....            | 51 |
| <b>第四章 脑影像学技术在精神科的临床应用</b> ..... | 58 |
| 第一节 阿茨海默病 .....                  | 58 |
| 第二节 精神分裂症 .....                  | 62 |
| 第三节 情感障碍 .....                   | 64 |
| 第四节 儿童多动症 .....                  | 67 |
| 第五节 强迫症 .....                    | 68 |
| <b>第五章 精神疾病的脑诱发电位研究</b> .....    | 71 |
| 第一节 机制及应用原理 .....                | 71 |

|            |                            |            |
|------------|----------------------------|------------|
| 第二节        | 分类及研究方法 .....              | 73         |
| 第三节        | 特征及影响因素 .....              | 76         |
| 第四节        | 精神疾病脑诱发电位的改变 .....         | 77         |
| <b>第六章</b> | <b>阿尔海默病的病因研究 .....</b>    | <b>85</b>  |
| 第一节        | 流行病学研究 .....               | 85         |
| 第二节        | 分子遗传学 .....                | 85         |
| 第三节        | 神经化学 .....                 | 87         |
| 第四节        | 神经生理学 .....                | 89         |
| 第五节        | 神经病理学 .....                | 90         |
| 第六节        | 脑影像学 .....                 | 92         |
| 第七节        | 神经心理学 .....                | 92         |
| <b>第七章</b> | <b>精神分裂症的生物学研究进展 .....</b> | <b>95</b>  |
| 第一节        | 概论 .....                   | 95         |
| 第二节        | 遗传学研究 .....                | 95         |
| 第三节        | 脑结构和脑成像研究 .....            | 97         |
| 第四节        | 生物学标志 .....                | 98         |
| 第五节        | 研究中存在的问题 .....             | 99         |
| <b>第八章</b> | <b>情感障碍病因学研究进展 .....</b>   | <b>101</b> |
| 第一节        | 遗传因素 .....                 | 101        |
| 第二节        | 心理社会因素 .....               | 103        |
| 第三节        | 生化假说 .....                 | 103        |
| 第四节        | 第二信使平衡失调假说 .....           | 105        |
| 第五节        | 神经内分泌功能失调 .....            | 105        |
| 第六节        | 神经电生理研究 .....              | 106        |
| 第七节        | 神经影像学 .....                | 107        |
| <b>第九章</b> | <b>分裂情感性精神病 .....</b>      | <b>110</b> |
| 第一节        | 概论 .....                   | 110        |
| 第二节        | 流行病学 .....                 | 111        |
| 第三节        | 病因与发病机制 .....              | 112        |
| 第四节        | 临床特征 .....                 | 113        |
| 第五节        | 诊断标准 .....                 | 114        |
| 第六节        | 预后 .....                   | 115        |
| 第七节        | 治疗 .....                   | 115        |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| <b>第十章 神经症性障碍</b>                 | 118 |
| 第一节 概论                            | 118 |
| 第二节 恐怖性焦虑障碍                       | 119 |
| 第三节 焦虑性神经症                        | 121 |
| 第四节 强迫性障碍                         | 124 |
| 第五节 抑郁性神经症                        | 126 |
| 第六节 分离(转换)性障碍                     | 128 |
| 第七节 躯体形式障碍                        | 130 |
| 第八节 神经衰弱                          | 134 |
| <b>第十一章 儿童情绪障碍</b>                | 138 |
| 第一节 焦虑症                           | 138 |
| 第二节 儿童分离性焦虑                       | 141 |
| 第三节 学校恐怖症                         | 144 |
| 第四节 儿童恐怖症                         | 145 |
| 第五节 儿童忧郁症                         | 147 |
| <b>第十二章 抗精神病药的新进展</b>             | 149 |
| 第一节 概论                            | 149 |
| 第二节 非典型抗精神病药                      | 149 |
| 第三节 理想抗精神病药                       | 151 |
| 第四节 抗精神病药物疗效研究                    | 152 |
| 第五节 关于抗精神病药物的安全及不良反应问题            | 154 |
| 第六节 关于长期服药预防复发以及长效的问题             | 156 |
| 第七节 关于抗精神病药优质廉价的问题                | 156 |
| 第八节 关于一线药物和所谓的“治疗指南”              | 157 |
| <b>第十三章 抑郁症的治疗</b>                | 158 |
| 第一节 概论                            | 158 |
| 第二节 药物治疗                          | 158 |
| 第三节 抑郁症的心理治疗                      | 165 |
| 第四节 其他治疗                          | 175 |
| <b>第十四章 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂的临床药理学</b> | 177 |
| 第一节 抗抑郁药物发展简介                     | 177 |
| 第二节 SSRIs 与传统抗抑郁药的区别              | 178 |
| 第三节 SSRIs 的相同特征                   | 180 |
| 第四节 各种 SSRIs 的药物动力学差异及其临床意义       | 182 |
| 第五节 药物相互作用                        | 188 |

|             |                     |     |
|-------------|---------------------|-----|
| <b>第十五章</b> | <b>益智药应用的发展</b>     | 192 |
| 第一节         | 概论                  | 192 |
| 第二节         | 益智药的治疗意义            | 192 |
| 第三节         | 益智药的疗效评定            | 193 |
| 第四节         | 益智药的分类              | 194 |
| 第五节         | AD 药物治疗的今后动态        | 202 |
| 第六节         | 益智药的临床应用            | 203 |
| <b>第十六章</b> | <b>精神药物应用的规范性程序</b> | 205 |
| 第一节         | 概论                  | 205 |
| 第二节         | 精神分裂症的规范性药物应用程序     | 206 |
| 第三节         | 抑郁障碍的规范性药物应用程序      | 213 |
| 第四节         | 躁狂症的规范性药物应用程序       | 217 |
| <b>第十七章</b> | <b>精神分裂症的复发和预防</b>  | 218 |
| 第一节         | 概论                  | 218 |
| 第二节         | 早期症状                | 218 |
| 第三节         | 相关因素                | 219 |
| 第四节         | 预防                  | 223 |
| <b>第十八章</b> | <b>康复精神医学的现状和进展</b> | 227 |
| 第一节         | 概论                  | 227 |
| 第二节         | 精神病的医院康复            | 228 |
| 第三节         | 精神病的社区康复            | 232 |
| 第四节         | 心理社会干预              | 232 |

# 序

科技创新的关键在人才,首先要增加知识储备,从根本上提高专业人才的创新能力,以适应跨世纪发展的需要。现代科学技术的发展,一个以生命科学为中心的新世纪即将到来,分子生物学的诞生,使人类进入一个从分子水平来研究和认识生命以及疾病现象的新时代。当然,临床医学中的精神医学也不例外。随着学科迅速发展、资料大量快速积累,为了便于专科人员更新知识,推广继续教育已刻不容缓,今后专科新知识和新技术的短期培训将是继续教育的一种主要方式。

这本《精神医学新概念》是在 1997~1999 年连续 3 年短期进修班讲义的基础上扩展编写出版的。其内容从原来仅涉及有关精神疾病的分类、常见的精神疾病和精神药物等方面的新进展,扩展到有关分子遗传学、脑影像学、脑诱发电位、社区精神医学和康复精神医学等有关专题的新资料。本书作者主要为上海医科大学、上海第二医科大学精神医学教研室和上海市精神卫生中心的资深教授以及博士生,他们密切关注着学科的前沿,具有丰富的理论思维和实践经验。他们以饱满的热情、全新的视角参与写作,倾注了大量的心血。因此,该书内容新颖详实,切合实际,既可作为短期培训教材,又可为广大专业人员知识更新、自学“充电”参考。殷切地希望作者们今后能及时定期更新内容,使它成为一本实用的精神医学自学课本,以培养更多高质量的创新型的专业人才。

夏镇夷 于上海

2000 年 1 月

# 前 言

为了适应精神医学日新月异的发展形势,上海医科大学精神医学教研室和上海市精神卫生中心从 1997 年起连续举办了 3 期“精神医学新进展讲习班”,并印发了讲稿。许多同道认为讲稿内容很好,希望能正式出版,主持讲习班的江开达教授便请各位授课专家修订了讲稿,补充了若干章新的内容,征得上海医科大学出版社同意,决定正式出版此书。

在精神医学的发展史上,20 世纪 50 年代是一个很重要的时期。这个时期由于发明了精神药物,突出地改变了精神病人的治疗面貌,改变了精神病院的管理,促进了精神疾病的生物学研究,出现了“生物精神病学”。又由于近二三十年来脑影像学 and 分子生物学的发展,对精神疾病的病因、发病机制和治疗提出了许多新知识,简直是目不暇接。这个讲习班把这些新材料中与临床关系比较密切的方面,由一些比较熟悉有关内容的专家写成讲稿进行讲解,使一般的精神科医生能在较短时间内,较全面地掌握精神医学的新进展,我认为是很 有意义的。我虽然从事本专业工作已四五十年,但读了全部书稿之后,也感到很有收获,所以愿意把这本书推荐给大家。

精神医学的临床内容比较稳定,而实验室研究内容则更新很快,我希望本书的作者们能继续努力,使本书能定期更新,以飨读者。

徐福园

2000 年 1 月



# 第十章 神经症性障碍

## 第一节 概 论

关于心理障碍迄今尚无完善的科学分类,因为心理现象特别复杂又多变化,心理活动的规律还未被彻底了解。但为了研究和描述,一个适合临床应用的分类又必不可少,所以现在倾向于采用现象学的描述分类。这种分类只将共同的临床特征列为一类,而不涉及内在的动力机制。这就是现行的“精神和行为障碍”分类系统。

国际疾病和相关健康问题分类第 10 版(ICD-10,1990 年),包含了 300 余种精神与行为障碍的详细分类,并为了不同用途准备了几种不同的版本。《临床描述与诊断要点》提供了各种障碍的临床描述及综合性诊断要点,是经过 40 个国家和地区的 100 多个临床研究中心的深入现场测试后才确立的。

美国曾在 1980 年出版了《精神障碍诊断统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,DSM)第 3 版(DSM-III),在该版中将操作性标准纳入了分类系统,引起人们广泛的注意。从 1987 年起经过多年研究讨论,1994 年 5 月正式出版了本手册第 4 版(DSM-IV)。

我国精神疾病分类方案与诊断标准(CCMD-2)在 1989 年公布之后,立即在国内的临床、科研、教学工作中得到广泛采用。几年来经过实践检验,广泛征求意见,形成 CCMD-2-R,即《中国精神疾病分类方案与诊断标准》(修订版),1994 年 5 月由中华精神科学会通过并公布执行。

鉴于 ICD-10 为国际性诊断分类系统,我国的分类与诊断也应尽量向 ICD-10 靠拢,本节将主要根据 ICD-10,也参照 CCMD-2-R 与 DSM-IV 论述最常见的几种障碍。

神经症,旧称神经官能症,是一组精神障碍的总称。除癔症外,它们没有精神病性障碍,主要可表现为烦恼、紧张、焦虑、恐怖、强迫症状、疑病症状、心情抑郁或分离症状等,病前多有一定的素质和人格基础,起病常与心理社会因素有关。其症状无肯定的器质性病变基础。依其主要临床表现,又可区分为若干类型。

ICD-10 不再采取传统的神经症与精神病的划分方式,神经症不再作为一个大类的诊断名称,而用“神经症性”作为一个描述用词。如神经症性、应激相关性与躯体形式障碍(F40~F48)。这样,心理障碍按有无精神病性障碍而区分为两大类:精神病性障碍与非精神病性障碍。其区分要点有:① 精神病性障碍没有现实检验能力,即把主观体验跟外界现实混为一谈,因此会用妄想代替现实,把幻觉认为真事;神经症性障碍为非精神病性障碍,患者并没有失去现实检验能力,他们通常没有幻觉、妄想等精神病症状,其人格没有全面的质

的改变。② 精神病性障碍对症状没有自知力,患者通常不认识自己有病,也不愿主动求医;而非精神病性障碍患者常为症状而苦恼,他们希望得到帮助,有求治要求。③ 精神病性障碍严重时行为异常,不能为社会接受,其工作、学习能力受损严重。非精神病性障碍患者虽可有行为障碍,在某种特定情境下,其工作、学习能力也会受损,但一般不如精神病患者严重、全面。

兹将 ICD-10 和 DSM-IV、CCMD-2-R 中关于神经症性障碍的分类列于表 10-1。从表 10-1 中可见,神经症性障碍的 3 种分类方法除少数几种不同外,大部分是相同的。再说这种分类是以临床的共同特征为依据,而神经症性障碍的症状常常是互相重叠、多种多样的。因此,诊断的确立只是为诊断和治疗患者提供了一个大致的方向。目前的分类水平仍处于描述阶段,无疑,随着科学的进步和诊断经验的积累,诊断分类的概念还将继续得到更新。

表 10-1 ICD-10、DSM-IV 和 CCMD-2-R 关于神经症性障碍的分类对照

| CCMD-2<br>(1994 年) | CCMD-2-R | ICD-10 中文版<br>(1993 年) | DSM-IV<br>(1994 年) |
|--------------------|----------|------------------------|--------------------|
| 40.0 恐怖性神经症        |          | F40 恐怖性焦虑障碍            |                    |
| 40.00 场所恐怖症        |          | F40.0 广场恐怖             | 300.21~300.22 广场恐怖 |
| 40.01 社交恐怖症        |          | F40.1 社交恐怖             | 300.23 社交恐怖        |
| 40.02 物体恐怖症        |          | F40.2 特定的恐怖            | 300.29 特殊恐怖        |
| 40.10 惊恐发作         |          | F41.0 惊恐障碍             | 300.01~300.21 惊恐障碍 |
| 40.11 广泛性焦虑        |          | F41.1 广泛性焦虑障碍          | 300.02 广泛性焦虑障碍     |
| 40.2 强迫性神经症        |          | F42 强迫障碍               | 300.3 强迫症          |
| 40.3 抑郁性神经症        |          | F43.1 心境恶劣             | 300.4 心境恶劣障碍       |
| 40.4 癔症            |          | F44 分离性障碍              |                    |
| 40.40 分离性遗忘症       |          | F44.0 分离性遗忘            | 300.12 分离性遗忘       |
| 40.41 分离性漫游症       |          | F44.1 分离性漫游            | 300.13 分离性漫游       |
| 40.42 分离性身份障碍      |          | F44.81 多重人格            | 300.14 分离性身份障碍     |
| 40.43 癔症性精神病       |          | F44.8 其他分离性障碍          | 300.19 人为性精神障碍     |
| 40.44 转换性癔症        |          | F44.4~F44.7 分离性运动感觉障碍  | 300.11 转换障碍        |
| 40.5 疑病性神经症        |          | F45.2 疑病障碍             | 300.7 疑病症          |
| 40.6 神经衰弱          |          | F48 神经衰弱               |                    |
| 40.8 其他神经症         |          | F48.8 其他特定的神经症性障碍      | 300.81 躯体化障碍       |
| 40.9 未特定的神经症       |          | F48.9 神经症性障碍,未特定       | 300.9 非精神病性障碍,未注明  |

## 第二节 恐怖性焦虑障碍

恐怖性焦虑障碍(phobic anxiety disorder)是指接触到特定事物或处境时具有强烈的恐惧情绪。患者采取回避行为,并有焦虑症状和自主(植物)神经功能障碍的一类心理障碍。简称为恐怖症。

在正常人中都有过这种恐怖心态。正常的恐怖与以往的经历有关,如“一旦被蛇咬,三

年见绳惊”说的就是这个道理。正常情况下人们可清楚地认识到当时处境是否危险或危及生命,如对动物园里关在笼子里的虎、豹是不怕的,但一旦老虎上街,必然惊恐万分,这就是“害怕”心理。故恐怖对正常人来说是种有益的防御反应。而恐怖性障碍者对某些情境、场合产生不必要的十分恐惧的心情,不能自控地尽量回避,不但别人认为难于理解,全无必要,有时本人也知道这是不切实际、不合情理的,但却不能摆脱,引为苦恼。这就是病态的恐怖。

以往认为,我国的恐怖症很少见,但近年来由于开设心理咨询门诊,发现我国的恐怖症并不少见。以往认为少见可能是因为这类患者不愿去精神病医院就诊,没有适当的诊治机会所致。恐怖症的患病率缺乏确切的统计。据国外资料,患病率约为6%,多数发病于青少年。在性别方面,国外资料认为社交恐怖症男女相等,广场恐怖症和特殊恐怖症以女性多见,但国内可能均多见于女性。

据上海医科大学附属中山医院心理咨询门诊资料,恐怖性焦虑障碍占有所有焦虑性障碍的26%。在上海市精神卫生中心咨询门诊中,恐怖性焦虑障碍占咨询总数的16.2%。

恐怖,phobos,原系希腊文,指一尊令敌人闻风丧胆之神。Wostphal(1871年)首先以Phobia这名称报道3例广场恐怖症者,于是延用迄今。Kraepelin把恐怖症归入强迫症内,Freud又把它与强迫症分开,把它归入焦虑性癔症内,并将其分成3组:一是确有恐怖威胁,正常人可以理解的情绪反应;二是发生潜在性威胁的环境中者;三是正常人不可理解的恐怖。DSM-Ⅲ把本症归入焦虑障碍内,分社交恐怖、广场恐怖及特殊恐怖(单纯性恐怖)3类。

恐怖症主要分为3种类型。

1. 广场恐怖症(agoraphobia) 最初用这一名称描述对广场感到恐惧的综合征。目前已不限于广场,还包括对人群拥挤的场合、商店、剧院、车厢或机舱等感到恐惧,也包括害怕空旷地方,害怕离家或独自一人在家。临床表现有:①焦虑症状,病人感到恐惧不安,伴有自主(植物)神经功能激活的表现,很多患者在焦虑程度严重时出现惊恐发作(panic attacks);②焦虑均在特定情境中发生,多数场合是拥挤人群、封闭场所、难以立即逃到安全地方等情境;③回避行为,即立即从恐怖情境中逃走,可视为广场恐怖症的一个重要特征。发病以女性较多,常于20岁前后起病。严重的广场恐怖症患者甚至于终年不敢离家,生活受到严重妨碍。

以往有一种恐怖症称为空地恐怖(space phobia)或假广场恐怖。患者怕到空旷、周围无人之处。他们恐惧在空旷开阔地上,怕无人支持而跌交,怕无人帮助,当人多时则坦然无惧。患者大多数中年开始起病,且伴有神经系统或心血管系统功能障碍。广场恐怖与空地恐怖的区别主要在于前者怕人多拥挤,而后者怕空旷人稀。现在认为广场恐怖症者也常有空地恐怖症状,故被纳入同一类型。

2. 社交恐怖症(social phobias) 常起病于少年,表现为害怕被人审视、回避社交情境。如在公共场所吃饭、讲话或与异性交谈感到紧张不安,害怕被人观看、注视。患者自己知道这种焦虑太过分,但并不觉得被迫害。除焦虑外,还有面红、心慌、震颤、出汗、恶心等症状。临床上以害怕接触异性较多见,重者回避一切社交场合。患者多数有自卑感和害怕别人评论自己。虽然也可见到抑郁、强迫症状,但不如广场恐怖症时多见。

3. 特殊恐怖症(specific phobias) 指特殊物体或情境引起的不合理焦虑。如接近某些动物、登高、雷雨、黑暗、锐器、外伤或出血、害怕接触到某些疾病等。特殊恐怖症以儿童常

见。成人特殊恐怖症中,动物恐怖通常起于儿童期,登高、幽暗、雷雨等恐怖则起于青年或中年。患者在接触特殊恐怖对象和场合时感到焦虑,甚至出现惊恐发作,可伴有某些自主(植物)神经症状如心跳、出汗、头晕等。患者通常有回避恐怖情境的习惯。

本病诊断主要为当患者接触某一特定事物,或处于某一特定情境时,产生强烈恐怖而采取回避行为。恐怖时伴焦虑发作,可出现呼吸急促、心悸、脉速、血压上升、出汗、震颤、恶心、眩晕,甚至晕厥等自主(植物)神经功能失调。

恐怖症接触外界事物或处境时才发生恐怖,不接触时没有恐怖发作,而强迫症则是对自己行为或某些来自内心的观念、思想不可克制地去想、去做。

鉴于抑郁症常伴发恐怖症状,因此,对所有恐怖症患者应仔细检查有无抑郁症可能。如发现有抑郁症,首先应治疗抑郁症。

恐怖症的治疗方法分两类,即药物治疗和行为治疗。常用于治疗恐怖症的药物有抗抑郁剂,包括三环类抗抑郁药、SSRIs 和单胺氧化酶抑制剂,阿普唑仑也常被选用。目前认为治疗恐怖症最好的行为治疗方法是暴露法(exposure therapy),其基本原理是鼓励患者接触他所恐惧的事物或情境,反复练习直到取得完全适应。

暴露治疗实施时应向患者说明治疗原理,要求患者充分合作,在暴露时不得有丝毫回避意向。一般宜从容易成功的项目开始练习。医生对患者的进步要及时给予肯定、赞扬。间期布置家庭作业,鼓励患者坚持练习,并鼓励患者的亲属作为“协同治疗者”帮助患者做暴露练习。

领悟心理治疗也可应用。松弛训练、解释、保证、鼓励可改善其紧张情绪。由于药物并不能改变患者的回避行为模式,心理治疗应列为主要治疗方法。

病程超过 1 年以上者疗效较差。有的患者治愈后遇上精神因素又可再发。

### 第三节 焦虑性神经症

焦虑(anxiety)是一种内心紧张不安,预感到似乎将要发生某种不利情况而又难于应付的不愉快情绪。与恐惧不同,恐惧在面临危险时发生,而焦虑发生在危险或不利情况来临之前。焦虑程度严重时则变为惊恐(panic)。焦虑是一种普遍现象,大概所有的人都体验过不同程度的焦虑。人们在考试前、接受医生检查、等待一次重要会见时,常有焦虑体验。因为的这种焦虑反应,人们会力图预防引起焦虑的不利情况,积极去做能减轻焦虑的活动。从这个意义上说,焦虑也是一种保护性反应。焦虑并不都是病理性的,只有焦虑过度时才成为一个医学问题。

焦虑是本类障碍的主要症状,且并不局限于任何外部情境,可同时存在抑郁和强迫症状,甚至存在某些恐怖性焦虑的成分,但这些症状必须是继发的或不太严重的。ICD-10 冠以“其他焦虑障碍”的名称,我国的 CCMD-2-R 称为“焦虑性神经症(anxiety neurosis)”,简称“焦虑症”。

我国过去对焦虑症诊断不多。大多数患者由于伴有自主(植物)神经症状而常去综合性医院就诊,部分患者被诊断为神经衰弱或神经官能症,进行了各种药物治疗。近年来,由于综合性医院心理咨询的发展,发现焦虑症并非少见。如在上海医科大学附属中山医院心理

咨询门诊中,焦虑症就占 11.35%。在所有以焦虑症状为主的病人中,焦虑症约占 42%。

焦虑的常见诱因是心理冲突,当人们面临某种困难或有威胁的情境,主观上要作出很大努力去适应时,都会出现焦虑体验。例如意外不幸、亲人病危、工作调动、人际关系紧张等,都可诱发焦虑反应,但焦虑反应的强弱程度与个体素质差异有关。一贯胆小羞怯、缺乏自信或躯体情况不佳者,对心理社会应激的应对能力较差,焦虑容易发生。

各种外界的不良刺激包括各种心理社会事件,都能使人产生应激反应,常诱发焦虑和恐惧情绪。行为心理学已经证明,观念与感觉之间可以形成条件反射性联系。一种刺激性情境引起焦虑和恐惧体验,以后类似的刺激或情境重复出现时,类似的焦虑和恐惧反应也将重复出现,伴随相应的生理、生化改变。

焦虑症与遗传素质及家庭环境影响较为密切。Slater 统计,MZ 一致性患病率为 50%,DZ 仅是 5%。在笔者的临床工作中发现,焦虑障碍者的父母亦常有焦虑状态或性格。焦虑者常有交感神经及副交感神经系统亢进,与大脑皮质、边缘系统,特别与杏仁核、海马、下丘脑和网状结构功能有关。有认为焦虑障碍者与乳酸、 $\text{Ca}^{2+}$  浓度减少有关。不管原因如何,焦虑症均有以下 3 组症状:① 情绪紧张不安,恐惧、惊慌;② 自主(植物)神经功能失调症状;③ 生化改变,如血糖、肾上腺素、皮质类固醇增加等。焦虑症可分为以下两种类型:

1. 惊恐障碍(panic disorder) 其基本特征是反复发作的严重焦虑(惊恐发作),发作不限于某一特殊情境或特殊场合,因而难以预料。主要症状因人而异,但常有突发的心悸、胸闷、窒息感和眩晕感。由于患者自觉呼吸的空气不足,常导致过度换气,此时过多的二氧化碳被呼出,使血液向碱性偏移,从而产生双侧或一侧轻度手指麻木、刺痛,最严重者累及面部和四肢,特别是口周发麻。患者有头重脚轻的感觉,使惊恐更甚。几乎所有惊恐发作患者都继发出对死亡的恐惧,或害怕失去控制,害怕发疯。部分患者有出冷汗、手抖、站立不稳。少数患者有胃肠道症状如上腹不适、腹内空虚或腹痛。每次发作时间长短不一,短者数分钟,长者可达 1h 以上,但一般为 15~30min。发作过后症状完全消失,但因担心再发,患者常有继发性焦虑。由于惊恐发作时有剧烈的心跳和呼吸症状,患者常去心脏科就诊。但患者的心跳症状是心脏活动增强所致,其节律整齐,不应与心律失常的心跳混淆。胸闷、胸痛,甚至放射至左侧肩臂并非罕见;但与冠心病不同,胸痛持续仅几秒,且在卧床休息时也会出现,停止活动也不减轻。事实上大部分患者心脏检查除窦性心动过速外其余是正常的,小部分患者经超声心动图检查发现可有左房室瓣脱垂,但目前尚无足够证据说明两者有因果联系。广场恐怖症者常有类似的惊恐发作,但均于特定的情境中发生,患者对这种情境有预期的恐惧和显著的回避行为。

2. 广泛性焦虑(generalized anxiety disorder) 其基本特征为广泛和持续的焦虑,但不一定是在某一特殊情境中发生。主要症状变化甚多,患者终日神经过敏,容易紧张。当有注意力不易集中的症状时,患者常诉说记忆不良。患者常显示面容焦虑,眉头紧锁,姿态紧张,皮肤苍白,手足多汗,常有震颤。由于交感神经亢进和骨骼肌紧张性增强,可有一系列躯体症状,如心跳加快、心前区不适、胸闷、呼吸不畅、口干、尿频、便意、阳痿、月经不调、头昏、疲乏、眼花、肌肉酸痛、头痛、震颤等。以睡眠障碍及入睡困难、恶梦易惊为特点,早醒少见。如有早醒,应仔细检查抑郁症的可能性。患者常表现害怕自己或亲人即将得病或发生意外,可有不祥预感,常伴轻度情绪不良、强迫观念与人格解体症状。检查时可发现肢端震颤、腱反

射活跃、心动过速和瞳孔扩大等。病程有慢性波动性倾向。

首先要区别焦虑是正常范围的心理反应还是病理性情绪,其次要判明焦虑是否为躯体疾病或神经精神疾病伴发的一种症状,最后才考虑是否为焦虑症。

躯体疾病包括中枢神经系统疾病可伴发焦虑症状,如阵发性心动过速、甲状腺功能亢进、自发性低血糖症、嗜铬细胞瘤、绝经期综合征、脑血管疾病等常有焦虑。老年性痴呆和AD早期申诉焦虑时,记忆障碍易被忽略。药物和酒精依赖者戒断时的症状可被误认为是焦虑症。反过来将焦虑症误诊为心脏病、神经疾病者也时有发生。

识别惊恐障碍十分重要,因为有特殊治疗。强烈的恐惧感、剧烈心跳、胸闷、气短、过度换气以及濒死感、即将失去控制感等一系列特征性症状组合,有助于确定诊断。为排除其他疾病,应作详细检查,包括实验室检查。

抑郁症常伴有焦虑,因此,抑郁症的焦虑、激动常被误诊为焦虑症。鉴别诊断依据症状的严重程度和发生的先后次序。如抑郁症状明显,且发生在前,应诊断为抑郁症。情绪低落、早醒、食欲丧失、自责、自杀意念以及情感性疾病家族史,支持抑郁症诊断。

精神分裂症早期偶可见严重焦虑,但追问焦虑原因时常显露妄想,不难鉴别。慢性焦虑,尤其是广泛性焦虑症应注意和神经衰弱区别。广泛性焦虑症以焦虑为主,而不是疲劳和虚弱。交感神经亢进和骨骼肌紧张增强的躯体症状、紧张不安的情绪有利于焦虑症诊断。

根据焦虑的原因和程度,采用不同程度的治疗方法。支持性心理治疗包括劝慰、鼓励、适当的保证、对躯体症状进行清晰和令人信服的解释,足以使轻症患者的焦虑解除。进行性肌肉放松训练适用于轻度和中度焦虑症,并证明有利于诱导入睡。对于过度换气所引起的手、足或面部发麻,眩晕等症状,可采用一个简单处理方法,嘱患者在发作时用一纸袋套住口、鼻呼吸,使吸入较多的二氧化碳,数分钟内症状即可消失。

药物治疗常用苯二氮草类药、 $\beta$ 受体阻滞剂、三环类抗抑郁药、SSRIs 和单胺氧化酶抑制剂。惊恐发作时一般用苯二氮草类药如地西泮、氯氮草(利眠宁)疗效不佳,而三环类抗抑郁剂和单胺氧化酶抑制剂已被证明有良好疗效。米帕明可从每天 25~50mg 开始,逐渐增至惊恐发作控制为止,有效剂量范围为 50~150mg/d。单胺氧化酶抑制剂苯乙肼 30~60mg/d 亦有效。近年来对阿普唑仑进行研究,证明此药有良好的抗惊恐发作的作用,且对轻、中度抑郁有效。治疗惊恐发作时疗效迅速,耐受性良好,短期治疗不良反应很少。一般剂量为 2~4mg/d,疗程多数主张为 3~12 个月。药量较高者结束治疗时撤药宜缓慢,停药过快可引起惊恐发作的“反跳”。氯硝西泮亦有良好抗惊恐和抗抑郁作用,也可选用。SSRIs 现已证实可治疗惊恐发作,而不良反应少,使用日益广泛。

广泛性焦虑症除给予心理治疗外,常用各种苯二氮草类药。这类药物的作用大体相似,能缓和焦虑,诱导入睡,消除肌肉痉挛。药理上可分长时和短时作用类两大类,前者如地西泮、氯氮草、氟西泮等,后者如阿普唑仑。长时作用类由于药物半减期长,有蓄积倾向,使白天困倦,注意力不集中,学习能力受损。每日用药 1 次。短时作用类无蓄积性,但投药次数要增加,每日应服 2~3 次。选用苯二氮草类安眠药时应根据脑内药物浓度出现高峰的迟早来决定。药物浓度高峰较早出现者如阿普唑仑,适用诱导入睡;而药物浓度高峰出现较迟者如硝西泮(硝基安定)、奥沙西泮(去甲羟基安定),适用维持睡眠。对于心跳加快、震颤、出汗者,可用普萘洛尔(心得安),但孕妇和支气管哮喘者忌用。

有条件时,还可采用音乐治疗、生物反馈疗法等,可和药物治疗联合应用。

病程长短不一,半数以上预后较好。如果合并疑病、恐怖、强迫或癔症症状,有较显著的人格障碍者,常有转变为慢性可能。预后亦欠佳。

## 第四节 强迫性障碍

强迫性障碍(obsessive compulsive disorder)是以不能为主观意志所克服,反复出现的观念、意向和行为为临床特征的一组心理障碍,简称“强迫症”。

在正常人也可能出现一些强迫现象,如将写好的信投入信箱前要再看一遍是否封好,是否贴错邮票;出门时房门关闭后再推一下看看是否已关好等。这些是出于仔细、谨慎,但不会反复出现,做了之后有安全感,不会认为是强迫感而苦恼,与病态的强迫观念或行动有性质的不同。

本症最早系由 Esquirol(1938 年)描述一个强迫怀疑者。Morel(1861 年)首先使用“强迫观念”一词,并认为是一种情感性疾病。以后 Janet(1903 年)提出“精神衰弱”这个概念,把强迫症、恐怖症等均包括在内。Freud 把强迫症与恐怖症分开。Pavlov 起先把强迫症归入精神衰弱内,后来认为两者不同,精神衰弱者主要在强迫性个性基础上产生,故把两者又分开了。DSM-Ⅲ 和 DSM-Ⅳ 均把强迫症列入焦虑障碍大类之中。

在一般人口中,强迫症的发病率为 0.05%~1%。国内报道,占精神科初诊病例的 0.1%,而在上海市精神卫生中心心理咨询门诊中占有 16.2%。其中有些是客观因素,但在临床上,笔者确感到强迫症患者近年有增加趋势。遗传因素比较明显,家系调查中发现患者的一级亲属中有较多强迫人格或强迫症状者。约 1/3 的患者病前有强迫性格,如注意细节,要求十全十美,做事力求精确,过分讲求整齐、清洁,遇事犹豫不决,缺乏判断力或倔强、固执等。患者在此性格基础上逐渐发展有强迫性症状。

社会心理因素常是个不可忽略的病因,如工作过分紧张、要求过于严格、生活事件给患者带来沉重打击等均可可是发病的诱因。临床上根据其表现,大体可将强迫症分为强迫观念及强迫行为两类。

1. 强迫观念 这是一种思维障碍,表现为反复而持久的观念、思想、印象,也可以是冲动念头。这些体验虽不是自愿产生,但仍属于患者自己的意识。他力图摆脱,但为摆脱不了而紧张烦恼,因而心烦意乱、焦虑不安和出现一些躯体症状。强迫观念可出现下面几种情况:

(1) 强迫怀疑:这是比较常见的,如怀疑自己门、窗是否关好,电视机是否关好,如同时发几封信,是否甲的信错装在乙信的信封内等等。怀疑内容大多是个人生活细节或是否安全。

(2) 强迫回忆:对过去做的事、写的信、讲过的话反反复复地回忆,有的惟恐做错、写错,有的毫无目的性。尤其是对过去不幸的经历不由自主地反复回忆而苦恼,或是看过某本书中的某个章节、听过某歌曲的片断反复在脑际回荡,为无法摆脱而苦恼。

(3) 强迫穷思极虑:对日常生活中遇到的事情或自然界的一些现象思考不已。明知这没有意义,没有必要去想,但就是不由自主。患者不会作出荒谬的判断,只是始终置于疑问之中而已。

(4) 强迫联想：当患者看到或听见某一事物或字句时，就出现与此事物有关的联想。如有位患者听到“钞票”两字，立即会想到这张钞票经过一位肝炎患者或皮肤病患者之手，其中带有细菌，是什么细菌呢？传染后又怎么样？越想越紧张，而且反复想个不停。

(5) 强迫对立思维：患者常出现与自己意愿相反的念头。如有位虔诚的佛教信徒，当她在寺院里膜拜菩萨时会出现这是妖魔的想法，念经时会出现淫秽的念头，看到一向崇敬的老和尚时会出现猥亵的想法。她明知这是不对的，是不真实的，而且是极大的不敬，认为这样会受到神的谴责的，但她却无法自制，为此而焦虑、恐惧、紧张不安，以致一面顶礼膜拜，一面急得冷汗淋漓。另一位患者，他极爱自己的孙儿，但当把孙儿抱到窗口时，会突然莫名其妙地出现把孙儿向外抛的念头，而且联想到抛出去后小儿可怖的形象。这种冲动的念头使他万分恐惧，不敢再抱孙儿。这是一种强迫冲动。

(6) 强迫恐惧：与强迫性对立思维相似的是强迫恐惧，这些患者并没有出现对立思维，而是怕出现对立思维。如一位干部怕到公共场所，如电影院或大会场去，因为他恐惧去后会叫反动口号。

(7) 强迫意象(obsessional images)：重复出现逼真、详细的恐怖景象，如凶暴、意外事件或有关性方面的景象。

(8) 魔术性思维(magic thinking)：认为只要想到某一件事情，该事情就会发生。如想到某亲人不久将死，虽明知这是毫无根据的，但他却惶惶不可终日。

2. 强迫行为 又名强迫动作，指重复一种无意义的行为。它是继发于强迫观念或某个欲望，它可能是意在消灭灾祸，或防患未然。但这种动作既不与现实联系，又明显是过分的，可患者却非做不可。做后能消除片刻紧张，但一会儿又感到不舒服，非再做不可。强迫行为常见下面几种形式：

(1) 强迫洁癖：常见有强迫洗手、洗衣等。

(2) 强迫检查：大多继发于强迫性怀疑之后。有位患者强迫怀疑电视机是否关好，每次走出家门后，必再走回家中检查电视机是否关好，这样每次外出必须反复走出走进不计其数，并为此顾不上上班或约会。他对此深感痛苦，但无法摆脱。

(3) 强迫计数：有位患者每次上班总要点计街上电线杆数目，如中间发现漏计，则回头重新计数。还有患者要计数台阶级数或大楼层数或路边树木数等。也有人认为这种计数是意在控制某些焦虑情绪。

(4) 强迫性仪式动作：有位患者走出门时必定右脚先跨出门，如遗忘则回来重新开始。与之相似的还有自己规定好其他重复刻板动作等。

由于强迫，患者自知其观念和行为不合理，通常总尽量掩饰，别人不易察觉。严重强迫症患者可伴发抑郁，甚至产生消极自杀的意念。强迫症主要表现在其内容违反本人意志，且反复出现，而本人有摆脱的愿望，却苦于无能为力。但并无人格改变，自知力也存在。常伴焦虑、忧郁等症状。诊断时要注意排除抑郁症、精神分裂症和脑器质性精神病。抑郁症时情感低落出现早而严重，自杀企图强烈，可有早醒、厌食、体重下降、兴趣丧失、自责等，不难鉴别。但强迫症继发抑郁不应忽视。精神分裂症有联想障碍或幻觉妄想症状，对强迫症状多不以为苦，缺乏摆脱这类症状的愿望。脑器质性病变者也可有暂时的或片断的强迫症状。

本症治疗时要求仔细了解强迫症的类型和程度、外界诱因和使症状固定的强化因素。轻微的强迫症可给予适当解释，鼓励患者加强性格锻炼，不必用药。行为治疗尤其是暴露法



对某些强迫行为有较好疗效,好转者占 45%~65%。以强迫洗手为例,基本方法是将患者有步骤地暴露于他所害怕的情境或刺激中,而对患者洗手的行为加以限制或出现时给予厌恶刺激,只要坚持锻炼,可望获得改善。药物以氯米帕明(氯丙咪嗪)较为有效,一般从小剂量开始,每次 25mg,每日 2~3 次,渐增至每次 50~100mg,每日 2~3 次。其他抗抑郁剂如米帕明、多塞平亦可试用,对伴有抑郁者更为适宜。近年来研究发现 SSRI 也有较好的抗强迫作用。

强迫症病程常有波动性,可间有较长的缓解期。病前性格比较健全,病程呈间歇性。焦虑或抑郁症状明显者,预后较好。起病年龄早、精神衰弱性格特征突出、症状严重者,预后较差。

## 第五节 抑郁性神经症

抑郁性神经症亦称心境恶劣障碍(dysthymic disorder),是指一种持久的心境低落状态,常伴有焦虑、躯体不适感和睡眠障碍。抑郁程度从总体上看一般较轻,但有时波动加剧可达中度。由于病程迁延,病人感到内心痛苦,常主动求治。本症既无明显的精神运动性抑制、早醒、持续的厌食和明显的体重减轻等重型抑郁症的生物学症状,亦无幻觉、妄想、思维障碍等精神病性症状,通常尚能应付日常生活中的基本事务。

本症在分类学上地位尚未完全确定。ICD-10 将它纳入“心境(情感)障碍”;美国的 DSM-IV 也将它列入心境障碍,但所用的编码为 300.4,和其他神经症性障碍(伴广场恐怖的惊恐障碍为 300.21,强迫症为 300.3)靠在一起;我国的 CCMD-2-R 则将它划入神经症内,和心境障碍的各种发作分开。这表明抑郁性神经症的概念还没有形成一致的见解。

以往曾用“神经症性抑郁”一词来描述一类抑郁症的临床特征,意指抑郁发作较轻,无幻觉、妄想等精神病性症状,而有某些神经症性症状。但随访研究发现,其发展过程颇不一致,和抑郁性神经症很难区分。由于各学者所说的“神经症性抑郁”含义各不相同,现已倾向于不用这一术语,而改用“非精神病性抑郁”或通称为“抑郁症”,以避免和抑郁性神经症混淆。抑郁症和抑郁性神经症两者的主要区别在于临床症状结构及抑郁持续的时间。

抑郁性神经症在西方国家中比较常见,这可能由于西方国家居民发现心情抑郁时就会找心理医生或精神科医生请求诊治;另一方面有许多西方学者,特别是在美国,对有神经症症状,伴有抑郁情绪,认为就可下抑郁性神经症的诊断。对此症的诊断,我国过去偏严。近年来东、西方学术交流较频繁后,认识也有所改变。本症在美国占精神科门诊患者的 5%~10%,在上海市精神卫生中心心理咨询门诊中占 15.3%(1985 年)。

抑郁性神经症的病因一般认为有下面几个方面:

1. 人格特征 较多的患者缺乏自信,孤独内向,容易悲观,好依赖别人,缺乏闯劲,多自责,情感脆弱。有的比较谨慎小心,严肃认真。

2. 心理因素 不愉快的境遇通常是促发诱因。有些作者统计,约 30% 患者在病前 6 个月内可查到明显诱因。患者对这类诱因常给予负性认知评价,引起“失落感”。

3. 躯体疾患 特别是患有慢性疾病及内分泌疾病者,可增加情绪抑郁的易感性。

抑郁性神经症是慢性的心境低落,其严重程度或一次发作的持续时间不符合或仅是偶