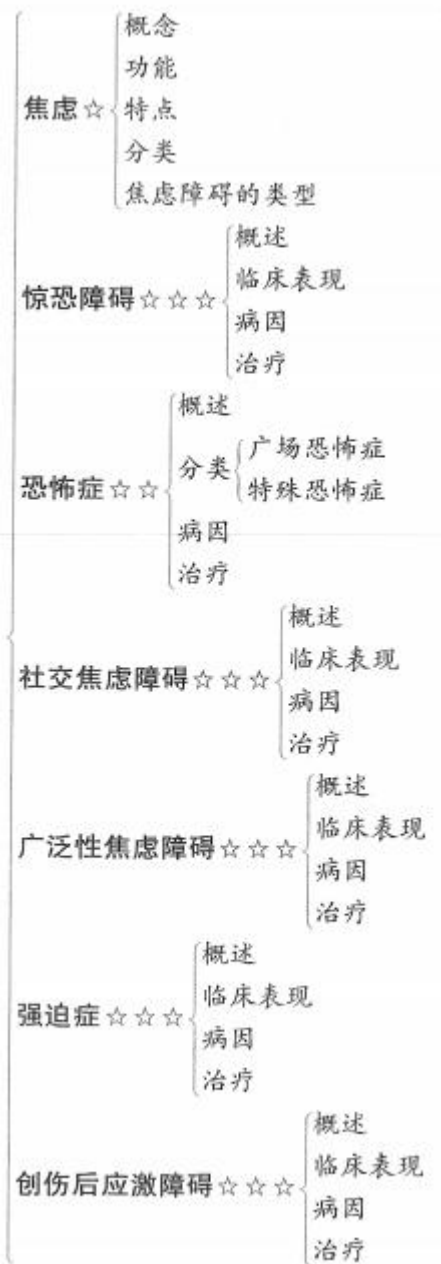


## 第三章 焦虑障碍

### 【知识结构简图】



### 【考点指南】

本章属于变态心理学的重点章节，需要大家了解焦虑的分类和功能，并熟练掌握各类焦虑障碍的概念，临床表现、诊断标准，病因与治疗。

本章内容可以说是变态心理学中考试最高频的一章，小至选择题，名词解释，大至简答、论述题，案例分析更是常常与心理咨询结合起来进行考查。

1.焦虑的分类、作用及表现（南京师范大学 2011，简答；陕西师范大学 2011，单选；浙江师范大学 2017，论述）

2.恐怖症的概念，分类，病因和治疗（华东师范大学 2018，简答；华东师范大学 2018，案例；湖南师范大学 2020，名词解释）

3.强迫症的概念，表现与诊断、病因和治疗（华东师范大学 2018，名词解释；北京师范大学 2017，简答；西北师范大学 2020，案例）

4.惊恐障碍（华东师范大学 2011，单选；天津师范大学 2018，名词解释）

5.广泛性焦虑障碍的概念，临床表现（华东师范大学 2013，单选；湖南师范大学 2018，名词解释）

6.创伤后应激障碍的概念、表现与诊断，病因和治疗（华中师范大学 2015，论述；北京师范大学 2017，简答；华东师范大学 2019，案例；西北师范大学 2020，名词解释；天津师范大学 2020，简答）

## 【知识精讲】

### 一、焦虑

#### （一）概念

焦虑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。

与恐惧相比，恐惧是面临危险时发生的情绪，焦虑则是发生在危险或不利情况来临之前。

与烦恼不同，烦恼主要是面对已经发生的事件而言，焦虑则是指向未来的。

#### （二）功能

焦虑虽然是一种痛苦的体验，但它具有重要的适应功能。

1.信号功能。能够提醒人们已经存在的内部或外部危险，起保护作用。

2.动员机体处于战斗准备状态。焦虑时，受植物性神经系统控制的器官产生兴奋，为应对危险作好准备。

3.参与学习和经验累积的过程。能够帮助人们不断调整自己的行为，学习应对不良情绪的方法和策略。

由上可见，焦虑并不都是有害的，适度的焦虑甚至是有益的。只有焦虑过度，焦虑无明确的诱因或仅有微弱的诱因时，才能视为病理性的。

#### （三）特点

Lewis 认为作为一种精神病现象的焦虑具有以下几个特点：

1.焦虑是一种情绪状态，病人的基本的内心体验是害怕，如提心吊胆、忐忑不安甚至极端惊恐或恐怖。

2.这种情绪是不快的和痛苦的。

3.这种情绪指向未来。

4.实际上并没有任何威胁和危险，用合理的标准来衡量，诱发焦虑的事件与焦虑的严重程度不相称。

5.在焦虑体验的同时，有躯体不适感，精神运动性不安和植物神经系统功能紊乱。

#### （四）分类

1.弗洛伊德按照不同的来源，将焦虑分为三类：

①现实性焦虑：产生于对外界危险的知觉。

②神经症性焦虑：人们体验到的焦虑，其原因并不是外界的危险事物，而是意识到自己本能冲动有可能导致某种危险。

③道德性焦虑：这种焦虑是自我对罪恶感和羞耻感的体验，其产生的原因是自我意识到来自良心惩戒的危险。

2.Spielbeger（1966）将焦虑分为两类：

①状态焦虑（state anxiety）。这是一种病理状态，持续时间较短，焦虑程度较重，植物性神经功能失调较显著。

②特质性焦虑（trait anxiety）。这是指从幼年时期开始逐渐形成的一种人格特性，持续终生。

#### （五）焦虑障碍的类型

在 CCMD-3 中，神经症被定义为一组主要表现为焦虑，抑郁、恐惧、强迫、疑病症状的精神障碍，包括以下几

种类型：恐怖症、焦虑症、强迫症、躯体形式障碍、神经衰弱和其他神经症。

在 DSM-4，焦虑障碍是指以过分地、没有理由地担忧为主要症状的一类心理障碍，包括：恐怖症、惊恐障碍，广泛性焦虑障碍，强迫障碍，创伤后应激障碍等。

但是有研究者认为焦虑并不是强迫障碍的核心症状，因此 DSM-5 将强迫障碍从焦虑障碍中移除，将其与躯体变形障碍、囤积障碍、拔毛障碍、抓痕障碍等共同组成强迫及相关障碍。另外，DSM-5 的焦虑障碍也不再包括创伤后应激障碍及急性应激障碍（被纳入了创伤及应激相关障碍）。

## Tips:

这一章更准确地名字应该为：创伤、焦虑、强迫类障碍，为了与研究生考试大纲保持一致，仍统一以焦虑障碍来命名。

## 二、惊恐障碍

### （一）概述

#### 1.概念

惊恐障碍（panic disorder）又称惊恐症，是指以反复出现的惊恐发作为原发的和主要临床特征，并伴有持续地担心再次发作或发生严重后果的一种焦虑障碍（DSM-5 把旧版中伴有和不伴有广场恐怖的惊恐障碍合并为一种）。

#### 2.流行病学

据估计，惊恐障碍的终生患病率大约为 2%~4%，我国缺乏相应的调查资料。惊恐障碍大多在成年早期发病，年龄范围为 15~40 岁，平均发病年龄是 25 岁。不过，此病在各个年龄段均可发生，其发生与社会经济状况无关。

### （二）临床表现

1.惊恐发作，是惊恐障碍的核心症状。极度焦虑状态的突然出现，并通常伴有一些躯体症状和灾难临头的想法。

2.惊恐发作常突然产生，可在任意时间和地点，没有预感。在 10 分钟内症状到达高峰。发作通常持续 20~30 分钟，极少超过 1 小时。

3.其最主要的精神症状——极度的恐惧，濒死感，末日感。同时伴有急性发作的躯体症状——心动过速，心悸、呼吸困难、胸闷、多汗，颤抖，恶心等，约 20%发作时有昏厥表现。

## Tips:

由于惊恐发作时，个体会表现出一些躯体反应，所以在对惊恐障碍进行诊断时，要注意判断惊恐发作是不是其他躯体疾病或物质使用后的生理反应。

### （三）病因

#### 1.生物学因素

##### （1）遗传因素

家族史和双生子研究表明，惊恐障碍的遗传力大约在 43%~48%之间。

##### （2）神经递质学说

神经递质 NE 活性的异常可能与惊恐发作有关。

##### （3）乳酸盐假说

惊恐障碍患者的脑干化学感受器可能对 CO<sub>2</sub> 过度敏感，CO<sub>2</sub> 浓度微小的升高可使呼吸加快，并刺激脑干蓝斑核，使 NE 能神经元冲动释放增加，激活自主神经系统，从而诱发惊恐发作。

##### （4）神经解剖学

惊恐障碍的不同表现涉及大脑与应激反应有关的几个不同区域。

#### 2.心理社会因素

（1）心理分析：个体以心理防御机制对抗本我引起的焦虑，防御失败，就会出现惊恐发作。此外，童年创伤

也可能与成年后发生惊恐障碍有关。

(2) 行为学派：早期行为主义认为惊恐障碍是“对恐惧的恐惧”(fear of fear)，当人们接近发生过惊恐发作的情境或与之相似的情境时，就会担心焦虑再次出现。Hout (1988) 认为惊恐障碍与内感受害怕有关，与惊恐发作相关联的各种躯体内部感受经过内感受条件作用，可以获得激发惊恐发作的能力。

(3) 认知模型：患者对自己的躯体感受过度敏感，易于对这些感受作出灾难化的解释和评价，导致更多的躯体症状，形成一种恶性循环，并最终出现惊恐发作。

(4) 整合模型(“易感性—应激”模型)：很多惊恐障碍患者具有容易产生过度敏感的战斗或逃跑反应的生物学易感性，但只有陷入对自身生理症状灾难化的思维方式，才会发展成惊恐障碍。

## (四) 治疗

### 1. 药物治疗

常用药物有抗抑郁类和苯二氮卓类药物，需要快速控制症状者常用阿普唑仑和氯硝西洋。药物治疗的潜在问题在于，病人将临床症状的改善归功于药物而不是他们自身的努力，药物并不能实现临床治愈，且停药后会复发。

### 2. 心理治疗

心理治疗可以帮助患者克服痛苦的症状，恢复社会功能，常用的技术有认知治疗和行为治疗，或者联合使用的认知行为治疗。

#### (1) 行为治疗

最常用的是逐级暴露法或系统脱敏法。具体做法是让患者暴露于现实的或想象的恐怖情境，并反复进行，直至对所害怕的情境不再感到恐惧或焦虑。

#### (2) 认知治疗

- ①找出消极或适应不良的思维模式；
- ②挑战这种消极的思维模式；
- ③用积极的或者更为有益的想法来代替消极想法。

认知治疗中，布置家庭作业，并完成上述的三部曲，有助于治疗的进程和效果。目前临床上倾向于采用认知行为疗法(CBT)对惊恐障碍进行治疗。

#### (3) 森田疗法

国内有人尝试森田疗法治疗惊恐障碍，也取得了良好的效果。

## 三、恐怖症

### (一) 概述

#### 1. 概念

恐怖症(phobia)，又译恐惧症，是指对于特定事物或处境具有强烈的恐惧情绪，患者采取回避行为，并有焦虑症状和植物性神经功能障碍的一类心理障碍。

患者所害怕的物体或处境是外在的，尽管当时并没有真正危险，知道自己的害怕是过分的、不应该或不合理的，但是仍然无法阻止恐怖发作。

#### 2. 流行病学

恐怖症在人群中很常见，是仅次于抑郁症，酒精依赖，位于第三位的心理障碍。在美国，男女的社交恐怖症终生患病率是11.1%和15.5%，其初始年龄大约为15.5岁，特殊恐怖症终生患病率大约为11%，而广场恐怖症其终生患病率为5.3%，常于20岁前后起病。

### (二) 分类

弗洛伊德(1895)把恐怖症分为两类：一类是普通恐怖症，即大多数人都多少有些害怕的；另一类是特殊恐怖

症，是大多数人并不害怕的事。

Marks (1969) 也曾把恐怖症分为两类，即对外在刺激的恐怖症和对内在刺激的恐怖症。DSM-5 把恐怖症划分为广场恐怖症和特殊恐怖症，前者是对人们无法逃脱或在需要时获得帮助的情境的广泛性恐惧，后者则集中于特定的物体、动物或地点。

### 1. 广场恐怖症

#### (1) 概念

广场恐怖症 (Agoraphobia)，又译场所恐怖症，最初用来描述对聚会的场所感到恐惧的综合征，目前已不限于广场。它不仅包括害怕开放的空间或害怕离家 (或独自在家)，也包括害怕置身于人群拥挤场合以及难以逃回安全处所 (多为家) 的地方，如置身于商店，电影院，电梯间，CT 检查室、车厢或机舱等。

#### (2) 临床表现

① 焦虑状态，患者担心在公共场所中昏倒而无亲友救助，或失去自控又无法迅速离开。这种焦虑会伴有植物性神经功能激活的表现，很多病人在焦虑程度严重时会出现惊恐发作。

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或回避恐怖情境，是广场恐怖症的重要特征。

#### (3) 诊断标准 (DSM-5, APA, 2013)

① 在下列 5 种情况中的 2 种及以上情况中感到显著的恐惧或焦虑：

A. 乘坐公共交通工具 (例如，汽车、火车、飞机)；

B. 处于开放的空间 (例如，集市或停车场)； C. 处于封闭的空间 (例如，商场或电影院)；

D. 排队或处于拥挤的人群之中；

E. 独自离家。

② 个体恐惧或回避这些情况是因为害怕出现惊恐症状时，或产生窘迫的症状时，难以逃离或得不到帮助。

③ 广场恐惧情况几乎总是促发害怕或焦虑。

④ 个体总是主动回避广场恐惧情况，需要人陪伴或带着强烈的害怕或焦虑去忍受。

⑤ 这种害怕或焦虑与广场恐惧情况和社会文化环境所造成的实际危险不相称。

⑥ 这种害怕、焦虑或回避通常持续至少 6 个月。

⑦ 这种害怕、焦虑或回避引起有临床意义的痛苦，或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。

⑧ 即使有其他躯体疾病存在，这种害怕、焦虑或回避也是明显过度的。

⑨ 这种害怕、焦虑或回避不能用其他精神障碍的症状来更好地解释。

#### Tips:

在 DSM-4 中，将广场恐怖作为附属于惊恐障碍的一种状态加以描述，分为伴广场恐怖的惊恐障碍和不伴广场恐怖的惊恐障碍。在 DSM-5 中，广场恐怖症被单独列为一种精神障碍。

### 2. 特殊恐怖症

#### (1) 概念

特殊恐怖症 (specific phobia，也译作特定恐怖症)，又称单纯恐怖症，是对特定对象或情境的不合理或非理性恐惧。

DSM-5 将特殊恐怖症分为五种类型：动物型、自然环境型、情境型和血液—注射—损伤型及其他。

#### (2) 特点

① 一种对特定的事物或情境的持续的过分的恐惧，如怕登高 (恐高症)、害怕封闭环境 (幽闭恐怖)、害怕小动物。

- ②当遭遇恐怖对象时，个体会体验到强烈的生理激活，并急欲逃离。
- ③个体会因为对恐怖对象的回避行为而影响社会功能。
- ④动物恐怖常童年起病（4.4岁），情境恐怖较晚（22.7岁）。

### （3）诊断标准（DSM-5, APA, 2013）

- ①对于特定的事物或情况产生显著的害怕或焦虑。
- ②恐惧的事物或情况几乎总是能够促发立即的害怕或焦虑。
- ③对恐惧的事物或情况主动地回避，或是带着强烈的害怕或焦虑去忍受。
- ④这种害怕或焦虑与特定事物或情况所引起的实际危险以及所处的社会文化环境不相称。
- ⑤这种害怕、焦虑或回避通常持续至少6个月。
- ⑥这种害怕，焦虑或回避引起有临床意义的痛苦，或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。
- ⑦这种障碍不能用其他精神障碍的症状来更好地解释。

### （三）病因

#### 1.生物学

在生物学方面目前研究较多的是5-HT系统和NE系统，恐怖症患者可能存在突触后5-HT受体超敏现象。

恐怖症具有明显的家族聚集性，在血液和注射恐怖症患者中尤为明显，一级亲属的患病率可达64%，而普通人群患病率为3%~4%。

#### 2.心理分析

恐惧是对抗焦虑的一种防御反应，而焦虑的产生根源则在于被压抑的无意识的本我冲动。弗洛伊德在1909年报告过的4岁的小汉斯对马的过分恐惧，详细说明了这个理论。

心理动力学理论可以解释一部分病例，但无法对所有的恐怖症作出合理的解释。

#### 3.行为治疗

行为主义的基本假设是，所有的行为都可以通过学习而获得，恐惧反应可以经过条件反射而建立，这来源于美国心理学家华生的小阿尔伯特对白鼠恐惧的实验。

Mowrer提出了恐怖症形成和发展的两阶段模式：

- （1）通过经典条件反射，一个人习得了对条件刺激（即中性刺激）的害怕反应；
- （2）为了减少对条件性的害怕反应，习得了回避性条件反应的行为。

要注意的是，回避性条件反射的理论无法适用于所有的恐怖症。

班杜拉和罗森塔尔的实验证明，间接学习也可以通过语言教导和收听信息的方式完成，也就是说，通过听他人描述某一恐惧的事件也可以习得恐怖性反应。

然而，以上观点无法解释人们容易对某些物体和处境，如对蜘蛛，高空产生恐怖，而对另一些花手枪则不易产生恐怖。

### （四）治疗

#### 1.药物治疗

从整体上说是辅助治疗，作用是缓解患者的焦虑情绪或伴随的抑郁情绪，但其本身不能淡化恐惧的条件联系。如帕罗西汀、舍曲林等。

#### 2.行为疗法

恐怖症的治疗中，最有效的治疗方法之一就是行为治疗，常用的技术有以下三种：

（1）系统脱敏法。该方法是先让患者学会放松，将患者恐惧的刺激或情境按照其恐惧的程度由小到大按等级排列出来，然后在患者放松的状态下逐一循序渐进地暴露于引起焦虑、恐惧的刺激，从而减轻对恐怖性刺激的害怕

反应。

(2) 满灌疗法，又称冲击疗法。该方法是把患者置于最令其恐惧的情境中，并要求和鼓励患者在恐惧面前不退缩，坚持到底，直到恐惧程度下降，最终不感到恐怖或焦虑为止。

(3) 模仿法。该方法是治疗师作为榜样去面对患者害怕的事物或处境，而患者进行观察学习。这一方法通常与系统脱敏法结合起来使用。

## 四、社交焦虑障碍

### (一) 概述

#### 1. 概念

社交焦虑障碍 (social anxiety disorder) 也被称为社交恐怖症，是指对一种或多种人际处境存在持久的强烈恐惧和回避行为。

#### 2. 流行病学

社交焦虑障碍的患病率大约为 3%~13%，在美国发病率大约为 7%~12%。平均发病年龄大约为 11~16 岁，极少数个体在 20 岁以后发病。女性的比例比男性略高。

社交焦虑障碍常常与重性抑郁障碍或物质使用障碍共病，大约一半的社交焦虑障碍患者具有回避型人格障碍。

### (二) 临床表现

#### 1. 特点

- ① 对于社交情境过分恐惧，尽量避免与人的接触，主要是为了避免负性评价。
- ② 害怕说话或做事遭到羞辱或尴尬。
- ③ 好像有千万双眼睛盯着自己的一举一动，所以很不自在。
- ④ 如果不能避免人际接触，则“非常痛苦地忍耐着和别人在一起”，所以倾向于寻找减少社交邀请的借口或事务。

⑤ 社交恐怖的典型表现是怯场和演讲焦虑。

#### 2. 诊断标准 (DSM-5, APA, 2013)

- ① 个体由于面对可能被他人审视的一种或多种社交情况时，产生显著的害怕或焦虑。
- ② 个体害怕自己的言行或呈现的焦虑症状会导致负性的评价。
- ③ 社交情况几乎总是能够促发害怕或焦虑。
- ④ 主动回避社交情况，或是带着强烈的害怕或焦虑去忍受。
- ⑤ 这种害怕或焦虑与社交情况和社会文化环境所造成的实际威胁不相称。
- ⑥ 这种害怕，焦虑或回避通常持续至少 6 个月。
- ⑦ 这种害怕、焦虑或回避引起有临床意义的痛苦，或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。
- ⑧ 这种害怕、焦虑或回避不能归因于某种物质的生理效应，或其他躯体疾病。
- ⑨ 这种害怕、焦虑或回避不能用其他精神障碍的症状来更好地解释。
- ⑩ 如果有其他躯体疾病存在，则这种害怕，焦虑或回避是明确与其不相关或是过度的。

### (三) 病因

#### 1. 生物因素

双生子研究表明社交焦虑障碍可能具有遗传基础。

#### 2. 行为主义

通过经典条件反射，个体如果在某些社交情境中体验到焦虑和恐惧，就会回避这些社交情境。虽然回避行为缓解了焦虑，但长期而言强化了社交焦虑。此过程体现了负强化的原理。

### 3. 认知理论

社交焦虑障碍的患者总是认为自己在社交情境中表现得不够好，且他人会对自己的表现给予负性评价。他们倾向于留意有潜在威胁性的社交线索，并以自我挫败的方式对这些线索作出错误的解释。

#### (四) 治疗

##### 1. 药物治疗

选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs) 和选择性 5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRIs) 已被证明能有效减少社交焦虑的症状，但在停药后很快就会复发。

##### 2. 认知行为疗法

认知行为疗法对于治疗社交焦虑障碍疗效显著。主要采用认知重建、行为实验，角色扮演，暴露练习，现场演讲、应对尴尬社交情境，学习社交技能等干预方法来治疗个体的社交焦虑症状。

对个体进行认知行为团体治疗，也有助于缓解个体的社交焦虑，帮助个体质疑其对自身行为负性的、灾难化的想法。

##### 3. 森田疗法

其治疗原则是“顺其自然，为所当为”。让患者在交往中“胆怯、紧张、脸红”，不将其当作异物加以排斥，不再关心心理症状，从而使症状消失。

## 五、广泛性焦虑障碍

#### (一) 概述

##### 1. 概念

广泛性焦虑障碍 (generalized anxiety disorder, GAD) 是指具有对一系列生活事件或活动感到过分的、难以控制的担忧。其基本特征是慢性、不可控的担忧。

##### 2. 流行病学

由于概念的不一致，各家的流行病学数据有所不同。一般认为 GAD 患病率为 2%~5%。此症女性多见，男女之比为 1: 2，其发病年龄难以确定，可见于各个年龄段。应激事件是发病的一个重要诱因。

#### (二) 临床表现

##### 1. 核心症状：漂浮不定的焦虑

##### 2. 基本特征

(1) 持续性，弥漫性的焦虑。焦虑既无确定对象又无具体内容，担忧的重点经常变换，有的患者则反复呈现不祥预感或期待性焦虑，总担心未来有什么不测的事情将要发生，终日志忑不安 (如杞人忧天)；

(2) 常伴有易激惹、注意集中困难、难以作决定、记忆力减退等；

(3) 伴有一些生理症状，包括肌肉紧张，运动性不安，睡眠失调；交感神经功能亢进：心悸，胸闷、恶心、口干，尿频、皮肤苍白多汗等；

(4) 几乎 90% 的患者患有另一种精神障碍，最常见的是另一种焦虑障碍，心境障碍和物质滥用的共病率也很高。

##### 3. 诊断标准 (DSM-5, APA, 2013)

(1) 在至少 6 个月的大多数日子里，对于诸多事件或活动，表现出过分的焦虑和担心。

(2) 个体难以控制这种担心。

(3) 这种焦虑和担心与下列 6 种症状中至少 3 种有关。(注：儿童只需 1 项)

A. 坐立不安或感到激动或紧张；

B. 容易疲倦；



- C.注意力难以集中或头脑一片空白;
- D.易激惹;
- E.肌肉紧张;
- F.睡眠障碍。

(4) 这种焦虑、担心或躯体症状引起有临床意义的痛苦，或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。

(5) 这种障碍不能归因于某种物质的生理效应，或其他躯体疾病。

(6) 这种障碍不能用其他精神障碍来更好地解释（例如惊恐障碍中的焦虑或担心发生惊恐发作，社交焦虑障碍中的负性评价等）。

### （三）病因

#### 1.生物学因素

遗传学研究表明，患者一级亲属中患病率约为 15%，研究者认为 GAD 是一种中等程度的家族性障碍，估计其遗传因素约为 30%。

神经生物学的研究认为，GAD 与大脑尤其是大脑边缘系统的  $\gamma$ -氨基丁酸不足或 GABA 受体不足有关。

#### 2.心理因素

##### （1）心理分析

自我与本能冲动之间无意识的矛盾冲突是 GAD 的根源。GAD 患者没有形成合适的防御机制，无法成功应付自己的焦虑，未能使之被某些外在对象替代，从而使焦虑持续存在。

近年来，越来越多的心理分析学者关注早期亲密关系对自我概念的影响，认为不良的教育方式导致脆弱的、冲突的自我映像，从而造成 GAD。

##### （2）行为主义

行为理论认为，GAD 的形成与恐怖症类似，也是经过条件反射形成的，只是条件刺激的范围更加广泛而已。然而，纯粹的行为观点难以全面解释 GAD 的演化过程。

##### （3）认知观点

在认知上，广泛性焦虑障碍患者有很多适应不良的假设，这些假设使他们以不受控制的自动式思维对情境作出反应，进而引发焦虑，导致患者高度警觉和反应过度。

##### （4）人本主义和存在主义理论

人本主义观点认为，GAD 的个体在小时候没有得到父母无条件的积极关注，会使他们学会抛弃他们自己的真实情感和愿望，而只接受父母赞许的那一部分自我，形成了价值条件化。到了成年，还在继续价值条件化的过程，当外在信息与自我概念不一致时，个体就会产生焦虑。

存在主义理论认为 GAD 的发生归因于存在的焦虑，即人类对自身存在的限制和责任的害怕。

### （四）治疗

#### 1.药物治疗

自从苯二氮卓类于 20 世纪 70 年代问世，种类繁多的该类药物广泛用于治疗焦虑障碍，而且证实了其能有效降低 GAD 的焦虑水平。

三环类抗抑郁药（丙咪嗪）和选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（帕罗西汀），在减轻 GAD 的焦虑症状方面比安慰剂更有效。

#### 2.心理治疗

##### （1）心理分析治疗

主要是帮助患者认识到压抑的心理冲突的真正根源。而客体关系治疗则集中于患者在童年时代与母亲的早期关

系。

## (2) 认知行为治疗

认知行为治疗是治疗广泛性焦虑障碍的常用心理疗法，重点在于帮助患者面对自己最担心的问题，挑战他们负性、灾难化的想法，形成应对策略。教患者进行放松训练和正念练习，以降低个体的焦虑水平。

## (3) 以人为中心疗法

重视创造一种有利于患者成长的人际关系，无条件积极关注、真诚和共情是建立治疗关系的最基本的条件。

## 六、强迫症

### (一) 概述

#### 1. 概念

强迫症 (obsessive-compulsive disorder, OCD) 是严重影响个体日常生活的一种心理障碍，它以反复出现的强迫观念和强迫行为为主要临床特征。

#### 2. 流行病学

强迫症往往出现在童年和青少年期，年患病率为 1%~1.8%，终生患病率为 1.9%~3%。在美国成年人人群中，有 2%~3% 的个体受到强迫症的影响。有些研究发现女性患强迫症的比例略高于男性。

大约 62% 的强迫症患者同时具有一种或多种其他精神障碍，常常与重性抑郁障碍，广泛性焦虑障碍、社交焦虑障碍等共病。

#### 3. 特点

临床上根据其表现，强迫症状分为强迫观念和强迫行为两类。两者有不同之处，但是共同之处更值得关注：

- (1) 症状反复持续出现，患者完全能够察觉；
- (2) 症状具有“属我”性，即非外力所致，但又“非我所愿”；
- (3) 症状往往令自己内心焦虑，痛苦；
- (4) 患者明知症状表现是不应该、不合理、不必要或无意义，并有一种强迫抵抗的欲望，但难以控制和摆脱。

### (二) 临床表现

#### 1. 强迫观念

强迫观念是 OCD 的核心症状，是指反复进入患者意识领域的思想、表象或意向。这些思想、表象或意向对患者来说，是没有现实意义的，不需要的或多余的；患者意识到这些都是他自己的心理活动，极力摆脱，但又无能为力，因而感到十分苦恼和焦虑。

##### (1) 强迫思维

一些字句，话语，观念或信念反复进入患者的意识领域，干扰了正常思维过程，又无法摆脱。

- ①强迫性穷思竭虑：对事物追根问底，明知缺乏现实意义，又不能自我控制。
- ②强迫怀疑：对自己言行的正确性的怀疑，伴有强迫行为。
- ③强迫联想：由脑子里出现的一个观念或一句话不由自主地联想起另一个观念或语句。
- ④强迫回忆：对过去经过的事件，不由自主地在意识中反复呈现。

##### (2) 强迫表象

反复呈现逼真，形象的内容，出现的表象通常是令患者难堪或厌恶的，多见的是生殖器或性行为的形象。少数患者的表象外向投射，形成假性幻觉。

##### (3) 强迫恐惧（又叫做强迫情绪）

对自己情绪的恐惧，害怕自己失去控制、会发疯、会做出什么违反社会规范，甚至是伤天害理的事。

##### (4) 强迫意向

强迫意向是指反复体验到想要做某种违背自己意愿的动作或行为的冲动。明确知道这样做是荒谬的，但其内心的冲动无法摆脱。

## 2.强迫行为

强迫行为又名强迫动作，是指反复出现的、刻板的仪式化动作，患者感觉到这样做不合理，别人也不会这样做，但却不能不做。常见的有以下几种形式：

- (1) 强迫洗涤；
- (2) 强迫检查；
- (3) 强迫询问；
- (4) 强迫计数；
- (5) 强迫整理；
- (6) 强迫仪式行为；
- (7) 强迫性迟缓。

## 3.诊断标准（DSM-5，APA，2013）

①具有强迫观念或强迫行为，或两者皆有。强迫观念被定义为以下 A 和 B：

A.某些时间段内，感受到反复的，持续性的，闯入性的和不必要的想法，冲动或表象，大多数个体会产生明显的焦虑或痛苦。

B.个体试图忽略或压抑此类想法、冲动或表象，或用其他一些想法或行为来中和它们。强迫行为被定义为以下 A 和 B：

A.重复行为或精神活动。个体感到重复行为或精神活动是作为应对强迫观念或根据必须严格执行的规则而被迫执行的。

B.重复行为或精神活动的目的是防止或减少焦虑或痛苦，或防止某些可怕的事件或情况；然而，这些重复行为或精神活动与所涉及的减少或预防的事件或情况缺乏现实的连接，或明显是过度的。

②强迫观念或强迫行为是耗时的或这些症状引起具有临床意义的痛苦，或导致社交，职业或其他重要功能方面的损害。

③强迫症状不能归因于某种物质的生理效应或其他躯体疾病。

④该障碍不能用其他精神障碍的症状来更好地解释。

## （三）病因

### 1.生物学理论

强迫障碍具有一定的遗传倾向。强迫障碍与大脑中的五羟色胺系统（5-HT），肾上腺素系统（NE）的功能活动失调有关。

### 2.心理动力学

强迫行为来源于被压抑的攻击性冲动或性欲望。OCD 患者没有处理好性器欲阶段的本能冲突，他们的性驱力要么退行至肛欲期，要么这一时期无法顺利地发展。

### 3.行为主义学派

Mowrer 用来解释恐惧和回避行为的获得和维持的二阶段理论也常常用来解释 OCD。在第一阶段，一个中性事物当它与能够引发焦虑或者躯体不适的刺激同时出现后，这个事物

和恐惧就联系在了一起。第二阶段，为了减轻痛苦，回避行为就产生了，而这些回避行为能够降低焦虑，那么行为就会得到强化。

### 4.认知理论

认知和行为的观点常常共同解释 OCD。认知观点认为，大多数人都会有重复性的、闯入性、性的、消极的念头，然而，某些人难以消除这些想法，他们就可能发展成 OCD，而难以消除这些想法的原因，可能有：

- (1) 他们经常情绪抑郁或焦虑，因此一些轻微的消极事件就能诱发消极的闯入性想法。
- (2) 他们对品行和道德持有僵化的、过高的标准，持有过高的责任感。
- (3) 他们可能认为自己应该能够控制这些想法，将产生想法与实施行为等同起来。

### (四) 治疗

#### 1. 药物治疗

作用于 5-HT 的氯丙咪嗪和 SSRI (如百忧解、帕罗西汀) 成为治疗 OCD 的首选药物。其次安定类药物也对 OCD 的伴随症状有一定的疗效。

#### 2. 心理治疗

##### (1) 心理分析法

心理分析法最早被用于治疗 OCD。治疗的目的是揭示被压抑的欲望和冲动，并让患者面对其真正害怕的东西——某种给他带来满足的冲动。

对于 OCD 另外一种假设，即患者的犹豫不决来自内心的一种需要——保证将要采取的行动的正确性的需要。

##### (2) 认知行为疗法

目前，认知行为疗法是治疗强迫症的首选心理治疗方法，该疗法整合了行为治疗和认知治疗，以暴露与反应阻断为主，同时辅以认知技术来对个体的认知进行重建。要求患者反复地长时间暴露于引发焦虑、强迫思维或强迫行为的物体和情境中，同时克服强迫行为。

##### (3) 森田疗法

森田疗法的基本原则“顺应自然，为所当为”，其疗效在治疗 OCD 上得到了验证。森田疗法被认为主要对强迫观念有效而不适应于强迫行为。

## 七、创伤后应激障碍

### (一) 概述

#### 1. 概念

创伤后应激障碍 (posttraumatic stress disorder, PTSD) 指经历异乎寻常的威胁性或灾难性应激事件或情境后而引起精神障碍的延迟出现或长期持续存在。

其特点是时过境迁后痛苦体验仍然驱之不去，持续回避与事件有关的刺激，并长期处于警觉焦虑状态。通常是在创伤事件后经过一段无明显症状的潜伏期才发病。潜伏期从几日、几周到数月不等，但大多在 6 个月之内，超过半年以上出现症状者较少见。症状持续时间须超过一个月，半数病例经约 3 个月后完全恢复，其他病例症状较为持久。

#### 2. 流行病学

PTSD 在各种年龄段均可发生，其发病率尚不明确。大约 7% 的成年人会在生活中的某个时刻经历创伤性事件并产生创伤后应激障碍，女性的风险大于男性。研究表明，涉及人与人之间的创伤性事件比交通事故和自然灾害等事件更常引起 PTSD。

#### Tips:

急性应激障碍 (acute stress disorder) 是另一种和创伤有关的心理障碍，与 PTSD 一样是对创伤事件的反应，但急性应激障碍在应激源出现后的 1 个月内发病，而且病程不超过 4 周。症状表现与 PTSD 类似，主要区别是解离性症状比较突出。急性应激障碍虽不一定继发 PTSD，但它是预测 PTSD 发生的一个高危因素。

## (二) 临床表现

### 1. 主要症状

#### (1) 反复体验创伤性事件

这是 PTSD 的核心症状，他们以各种形式反复重新体验创伤性事件，无法控制回想遭受过的创伤体验，如同电影中“闪回”(flashback)。

#### (2) 持续回避与创伤性事件有关的刺激

患者回避谈及与创伤有关的话题，或回避可能勾起恐怖回忆的事情和环境，似乎已忘了此事。有时可表现出一种“麻木”感(情感迟钝)，对生活中某些重要方面不能提及和不感兴趣，对周围环境漠无反应，快感缺乏，与人相处不自然。

#### (3) 认知和心境的负性改变

患者会因为该创伤事件而不切实际的责备自己或他人，感到永久性的伤害。他们会报告因在创伤事件中幸存或为活下去而不得不做的事而产生“幸存者内疚”。

#### (4) 警觉性增高

患者总是警惕创伤性事件会再次出现，唤起痛苦回忆的声音或影像都会立即使他们产生恐慌并逃避，常见的还有易激惹、激越和失眠。

### 2. 诊断标准(DSM-5, APA, 2013)

#### ①以下述 1 种(或多种)方式接触实际的或被威胁的死亡、严重的伤害或性暴力:

A. 直接经历创伤事件。

B. 亲眼目睹发生在他人身上的创伤事件。

C. 获悉亲密的家庭成员或朋友身上发生了创伤事件。在实际的或被威胁死亡的案例中，创伤事件必须是暴力的或意外的。

D. 反复经历或极端暴露于创伤事件的令人作呕的细节中。

#### ②在创伤事件发生后，存在以下 1 个(或多个)与创伤事件有关的闯入性症状:

A. 创伤事件反复的、非自愿的和闯入性的痛苦记忆。

B. 反复做内容和/或情感与创伤事件相关的痛苦的梦。

C. 解离性反应，个体的感觉或举动好像创伤事件重复出现。

D. 暴露于象征或类似创伤事件某方面的内在或外在线索时，产生强烈或持久的心理痛苦。

E. 对象征或类似创伤事件某方面的内在或外在线索，产生明显的生理反应。

#### ③创伤事件后，开始持续地回避与创伤事件有关的刺激，具有以下 1 项或 2 项情况:

A. 回避或努力回避关于创伤事件或与其高度相关的痛苦记忆，想法或感觉。

B. 回避或努力回避能够唤起关于创伤事件或与其高度相关的痛苦记忆，想法或感觉的外部线索。

④与创伤事件有关的认知和心境方面的负性改变，在创伤事件发生后开始或加剧，具有以下 2 项(或更多)情况:

A. 无法记住创伤事件的某个重要方面。

B. 对自己、他人或世界持续夸大的负性信念和预期。

C. 由于对创伤事件的原因或结果持续性的认知歪曲，导致个体责备自己或他人。

D. 持续性的负性情绪状态。

E. 明显地减少对重要活动的兴趣或参与。

F. 与他人脱离或疏远的感觉。

G.持续地不能体验到正性情绪。

⑤与创伤事件有关的警觉或反应性有明显的改变，在创伤事件发生后开始或加剧，具有以下2项（或更多）情况：

A.激惹的行为和愤怒的爆发，典型表现为对人或物体的言语或身体攻击。

B.不计后果或自我毁灭的行为。

C.高警觉。

D.过度的惊跳反应。

E.注意力有问题。

F.睡眠障碍。

⑥这种障碍的持续时间（诊断标准②，③，④，⑤）超过1个月。

⑦这种障碍引起临床上明显的痛苦，或导致社交，职业或其他重要功能方面的损害。

⑧这种障碍不能归因于某种物质的生理效应或其他躯体疾病。

### （三）病因

PTSD的发生是一个复杂的过程，一般认为是创伤性经历与生理、心理，社会等因素相互作用的过程。

#### 1.创伤性事件

突如其来且超乎寻常的威胁性生活事件和灾难是发病的直接因素。创伤性事件多种多样，大体上可以分为三类：人为灾难，自然灾难，暴力，犯罪和恐怖主义事件。

#### 2.生物学因素

有PTSD的人和无此障碍者的大脑活动存在对威胁性或情绪性刺激作出反应的差异。研究发现，创伤后应激障碍的易感性可能具有遗传性。

#### 3.心理因素

##### （1）心理分析观点

创伤性事件的经历不断在脑海里的闪现是一件十分痛苦的事，以致痛苦的记忆要么通过分散注意力等方法加以克制，要么无意识地被压抑，而患者在是否把创伤经历整合到自己原先的信念中，内心存在着冲突。

##### （2）行为主义理论

PTSD产生是害怕的一种条件反射。创伤记忆和其他的一些线索（CS）能够引发焦虑和恐惧（CR），个体回避或者逃避这些线索，以使焦虑和恐惧水平下降。于是，对于CS的回避行为得到了负强化。

##### （3）认知理论

强调创伤对个体预存信念系统的影响，从而导致各种各样的创伤后反应。对PTSD的认知理论存在着社会认知理论，信息加工理论和双重表征理论等不同的解释。

#### 4.社会因素

遭受创伤时如果患者处于孤立无援的状态，发生PTSD的可能性就比较大。

### （四）治疗

#### 1.药物治疗

急性期，尤其是病人焦虑的痛苦严重时，药物治疗往往是必要的。短时间作用的苯二氮卓类药物对急性焦虑有效。SSRI、三环类抗抑郁剂或单胺氧化酶抑制剂已经有效地用于治疗慢性创伤后应激障碍。SSRIs被认为是一线治疗药物，更安全和更好的耐受性。针对PTSD的高焦虑和惊恐发作，可以使用针对高焦虑和惊恐发作的如百忧解、帕罗西汀等。

#### 2.认知行为治疗

认知行为治疗已被证明能够有效治疗 PTSD。在行为疗法中，主要采用以暴露于所害怕的事件或情境为主的技术，系统脱敏是首选的方法。认知疗法主要帮助患者处理被创伤破坏的想法和信念，它常与行为疗法联合使用。

### 3.眼动脱敏和再加工

眼动脱敏和再加工（eye movement desensitization and reprocessing, EMDR）在治疗过程中可以产生一种神经生物状态，这与快速眼动睡眠类似，这种状态可以减轻由海马调节的关于创伤性事件的记忆发作强度，同时也可减轻相关记忆和负性情感，促进将那些与创伤相关的负性认知的重建。由于它不仅有眼动的成分，也包括暴露和认知的成分，因此被认为是一种认知行为疗法。