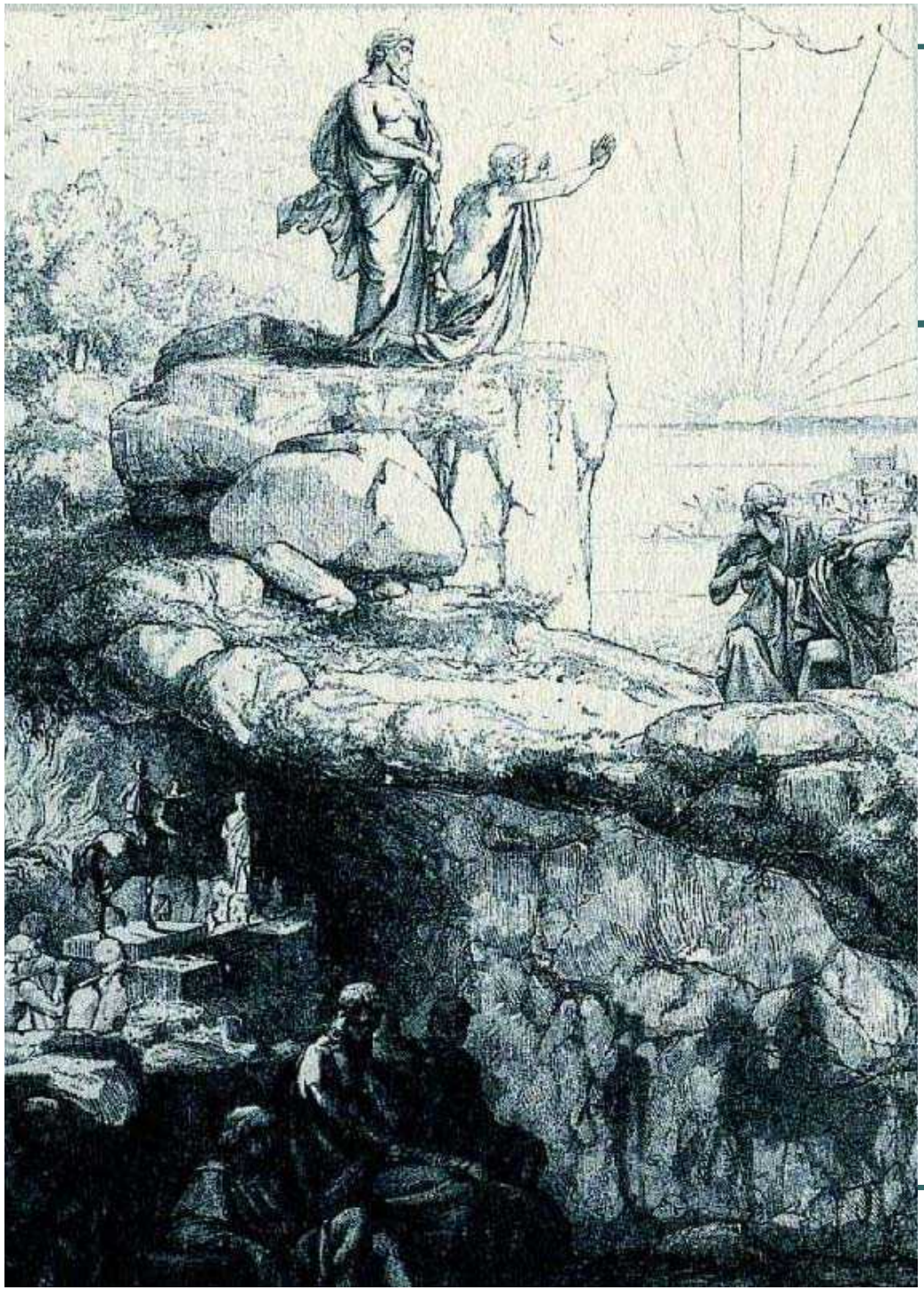
精神官能症

黃碧松醫學博士
中華民國中醫肝病醫學會理事長
中華民國傳統醫學會名譽理事長
廣州 遼寧中醫藥大學 客座教授



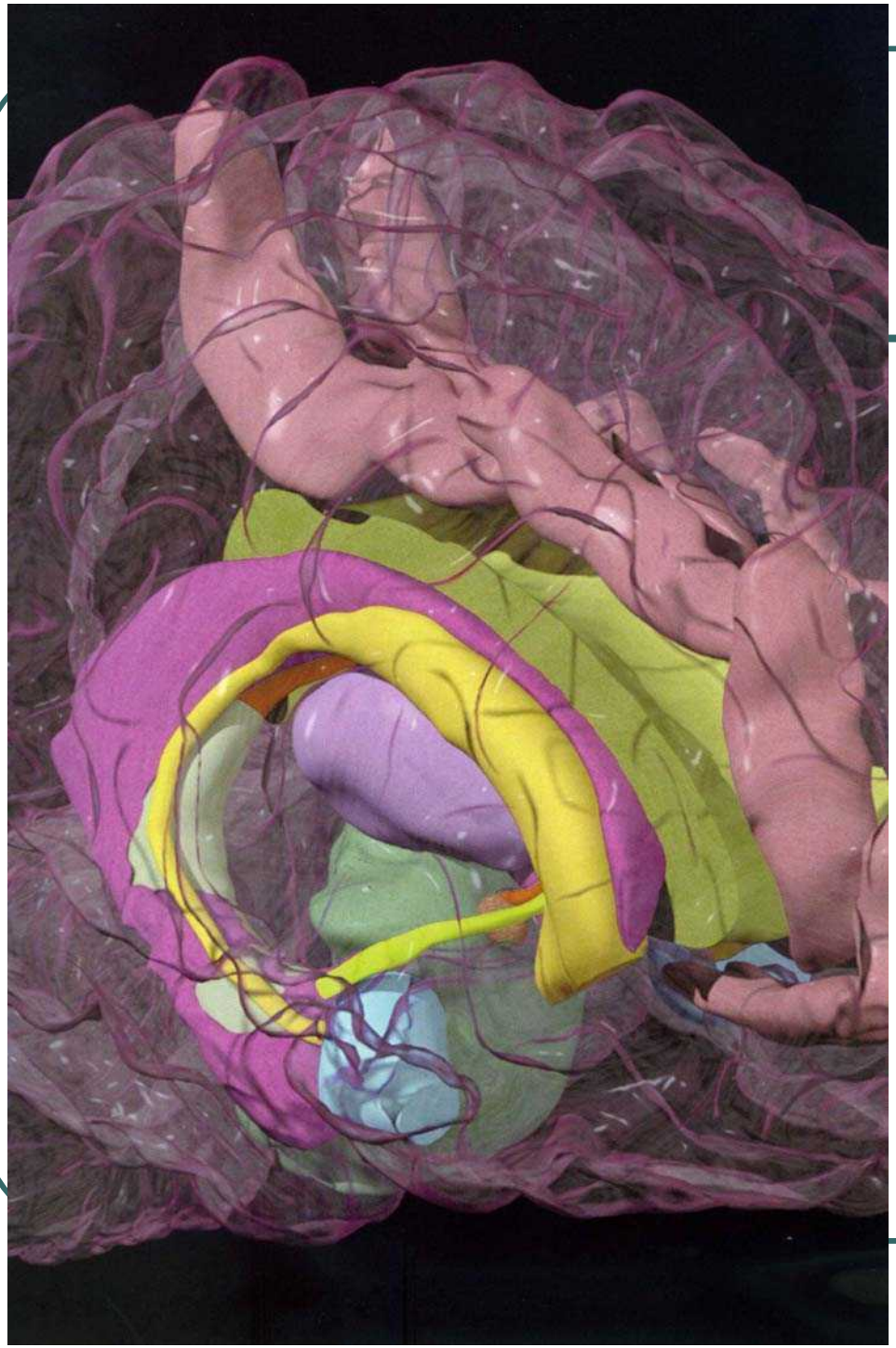
在討論精神官能症之前，先看看柏拉圖的一幅譬喻畫：

- 我們周圍的世界都是被曲扭的事實之影子，我們應當進一步思考事物真實的本質與真象。

定義

- 精神官能症（neurosis）也有教科書稱為「神經症」，所謂精神官能症乃指較輕微的精神疾患，未達到精神崩潰的程度，患者呈現焦慮不安，憂鬱不樂，緊張疑惑，恐懼等「心理症狀」，患者深為這些症狀而苦惱，欲尋求改善。

我們的大腦對行為、思維和情感被什麼因素所影響而造成精神官能症？



腦邊緣系統（MRI）

- 這個影像是由連續的MRI照片組合而成，為深埋在大腦半球內的邊緣系統。邊緣系統負責基本的生理衝動、直覺和情緒，有些區域與快樂、或憤怒等強烈的感受有關。

- 一般說來，精神疾患可大體分為「精神病」（psychosis），「精神官能症」，「精神生理反應」或「心身症」（psychophysiological disorders）和「性格異常」（personality disorders）等。就中「精神官能症」比較起來，可說是較輕的疾患之一種 。

精神官能症（neurosis）的特點：

1. 沒有幻覺（hallucination）或妄想（delusion）等「精神病」症狀，對外界，即現實之感覺及判斷尚稱完好，無大障礙。
2. 其人格尚能保持完整之機能，無人格崩潰之症狀，如傻笑，自言自語，衣冠不整或瘋瘋癲癲的行為等。
3. 其主要症狀為焦慮、憂鬱和煩惱等「心理症狀」，但常合併有頭痛、胃口不好、腰酸背痛等「身體症狀」及一些「行為症狀」等。

精神官能症（neurosis）的特點：

4. 精神官能症可說是一種局部性精神障礙，並非全面性之障礙，一般說來，對人在社會方面之適應影響，不似精神病般重要。
5. 其發病因素雖然很廣泛，但受心理因素之影響較為顯著。

- 精神官能症的病因和發病機理，至今見解尚未一致。鑒於許多患者起病時有明顯精神因素和強烈情感體驗，病前個性常有某些缺陷，所以，精神官能症可能是精神因素和易感素質共同作用的結果。個性缺陷者，易有情緒反應，較輕的外部刺激就可能誘發精神官能症症狀。

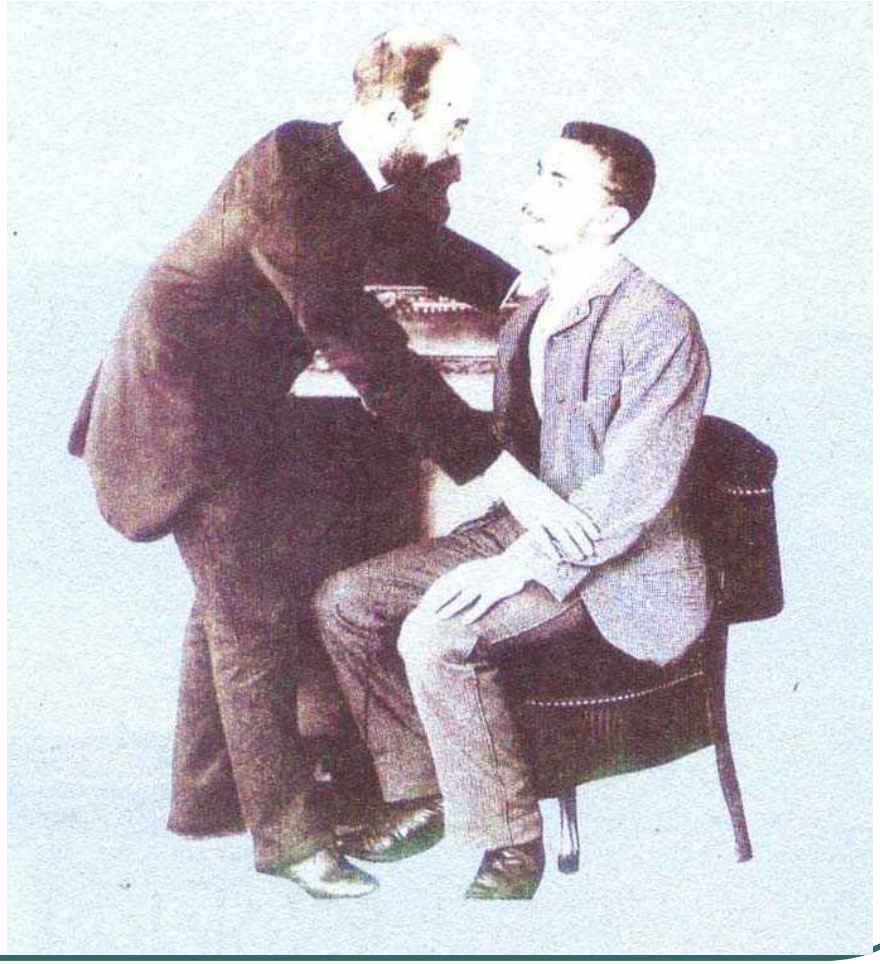
- 在處理神經症患者之前，應對患者進行細緻檢查，必須注意排除可能伴發類似症狀的其他疾病或為器質性之病變。

- 詳細的病史資料、精神檢查和軀體檢查，對精神官能症診斷尤屬重要。這些資料是診斷、治療和判斷癒後的基礎。

黑暗世界 杜米埃 鋼筆水墨
約一八六五—一八七零年

病史和精神檢查主要注意三個方面：

- 易感素質
- 誘發因素
- 症狀



易感素質

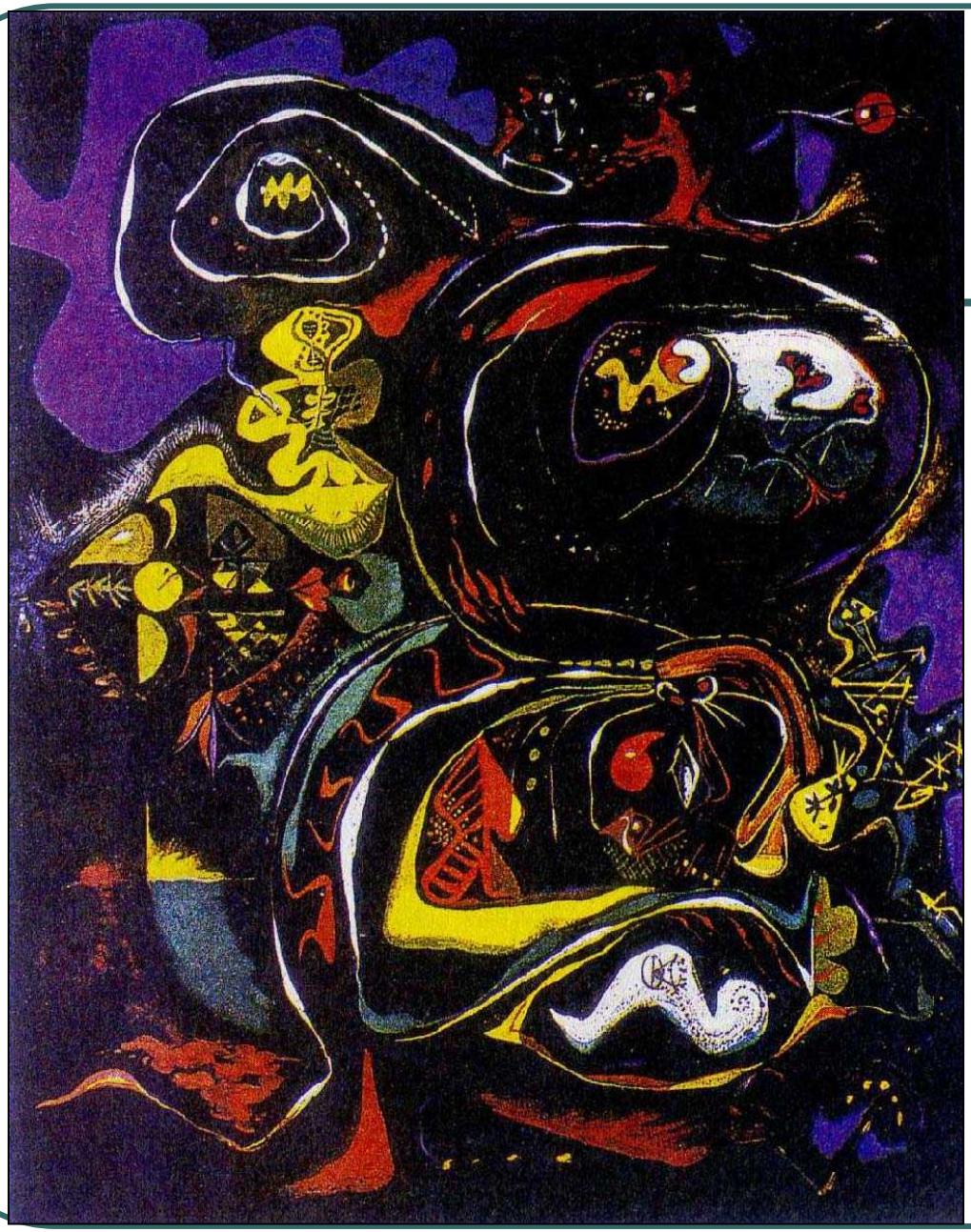
- 指個體具有發生某種情緒反應的特殊易感傾向。主要指其人格特徵。根據脾氣、態度、預期的行為反應，可將個體的人格特徵加以區分。
- 人格是遺傳素質、智能天賦和後天環境、教養等因素結合的產物，所以在了解患者的人格特徵時，不應忽視其社會文化環境。
- 軀體健康狀況亦為易感素質的重要方面，因為軀體疾病的痛苦及其對中樞神經系統的影響能干擾患者對環境刺激的應對能力，從而易引起焦慮、疲乏等神經症症狀。

誘發因素

- 指與發病有緊密時間聯係的精神因素。
- 已證實，親人喪亡、家庭和職業變化造成的心理衝突，可以誘發精神官能症症狀。精神因素對個體影響的程度，取決於個體對這類事件的認識及個體賦予事件的某種意義。
- 因此，有時精神因素似乎並不嚴重，但由於患者看得過分嚴重，同樣可產生致病性影響。

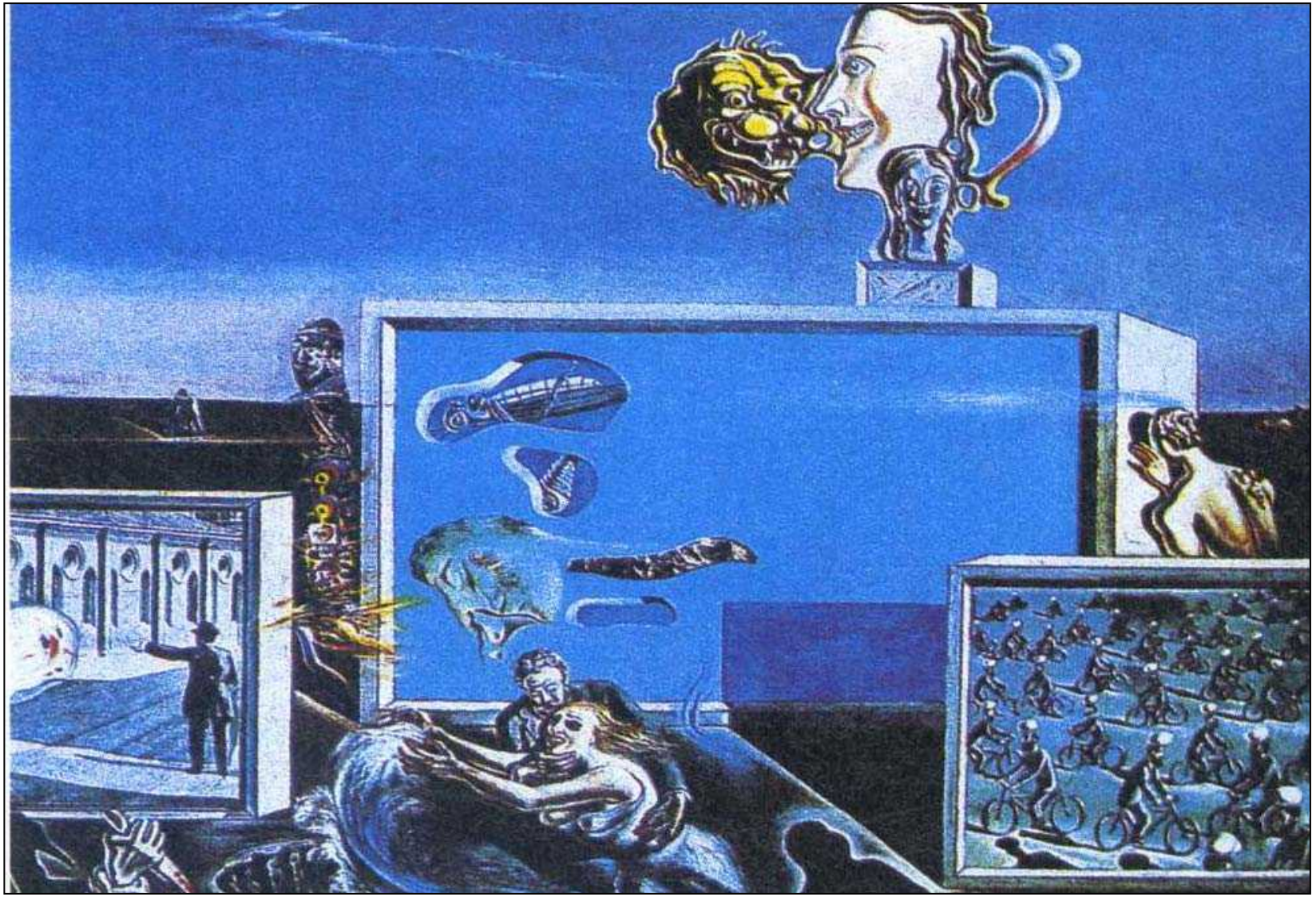
症狀

- 精神官能症有很多類型，最常見者如神經衰弱、焦慮症和歇斯底里症等。
- 精神官能症症狀複雜多樣，不同類型的精神官能症症狀有時可以交叉重疊，程度亦可輕重不等，但通常患者意識清晰，無妄想、幻覺等嚴重精神病症狀。
- 由於患者認識到自己有病，往往為此感到痛苦，就診時常主動訴說，迫切要求治療。



受傷的靈魂　恩斯特
油畫　一九二四年

- 要積極鼓勵患者訴說其主觀感覺，了解其症狀的發展變化，哪些因素可使症狀加重，哪些因素可使症狀好轉，目前對患者的影響如何，這樣將有助於理解患者症狀的性質，掌握其病情特點，同時，這樣做還具有支持性心理治療的作用。



神經質　達利　油畫　1929年

- **精神官能症依其臨床症狀之不同，可以分為：**
- 焦慮症（anxiety neurosis）
- 憂鬱症（depressive neurosis）
- 歇斯底里症（hysterical neurosis）
- 強迫症（obsessive neurosis）
- 恐慌症（phobic disorders）
- 慮病症（hypochondrical neurosis）
- 神經衰弱症（asthenic neurosis）等…

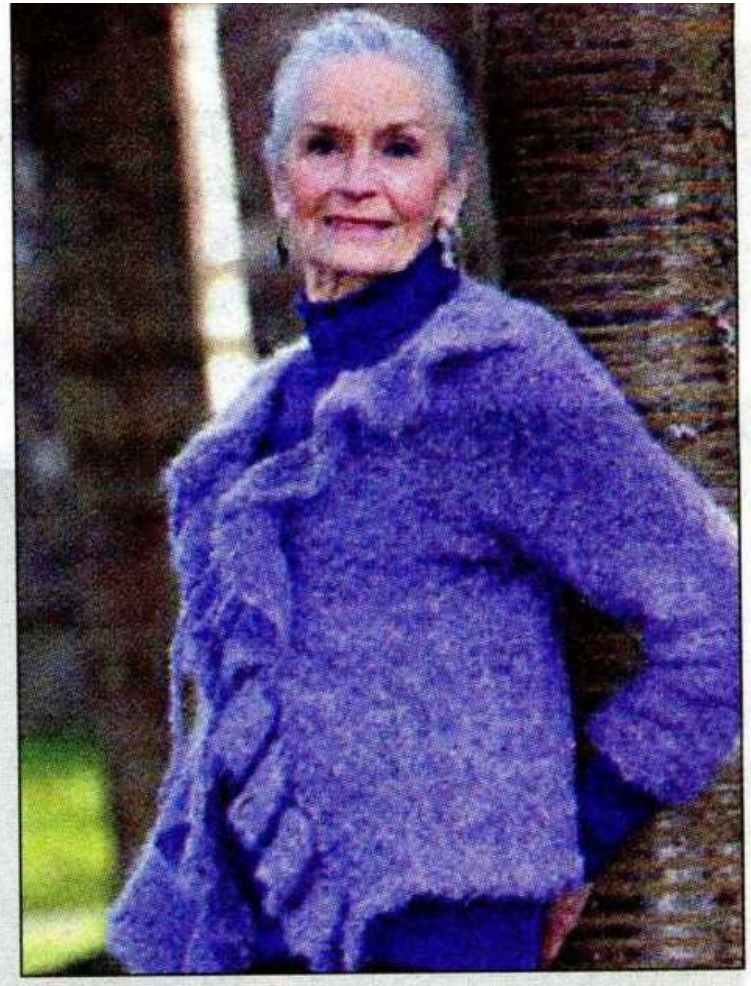
壹.焦慮症（anxiety）

- 焦慮（anxiety）是一種內心緊張不安、預感到似乎將要發生某種不利情況而又難於應付的不愉快情緒。與恐懼不同，恐懼在面臨危險時發生，而焦慮發生在危險或不利情況來臨之前。焦慮程度嚴重，則變為驚懼（panic）。
- 因為有這種焦慮反應，人們會力圖避開引起焦慮的不利情況，積極參加能減輕焦慮的活動。
- 從這個意義上說，焦慮也是一種保護性反應。焦慮並不都是病理性的，只有焦慮過度不適當或無明顯原因時，才成為一個醫學問題。

焦慮發生方式和病因 （1）：

- **處於緊張情境中的人，常發生焦慮反應。**但由於個體素質差異，焦慮有強弱之分。膽小羞怯、缺乏自信或軀體健康不佳者，焦慮容易發生。
- **焦慮常見誘因是心理衝突。**

維納斯的鏡子　伯恩・瓊斯　油彩 1870—1876



白髮辣模

達芙妮・莎爾菲是英國最資深模特兒。左圖為她年輕時所攝，現在一頭銀髮是她的招牌。

（取材自網路）

焦慮發生方式和病因 （2）：

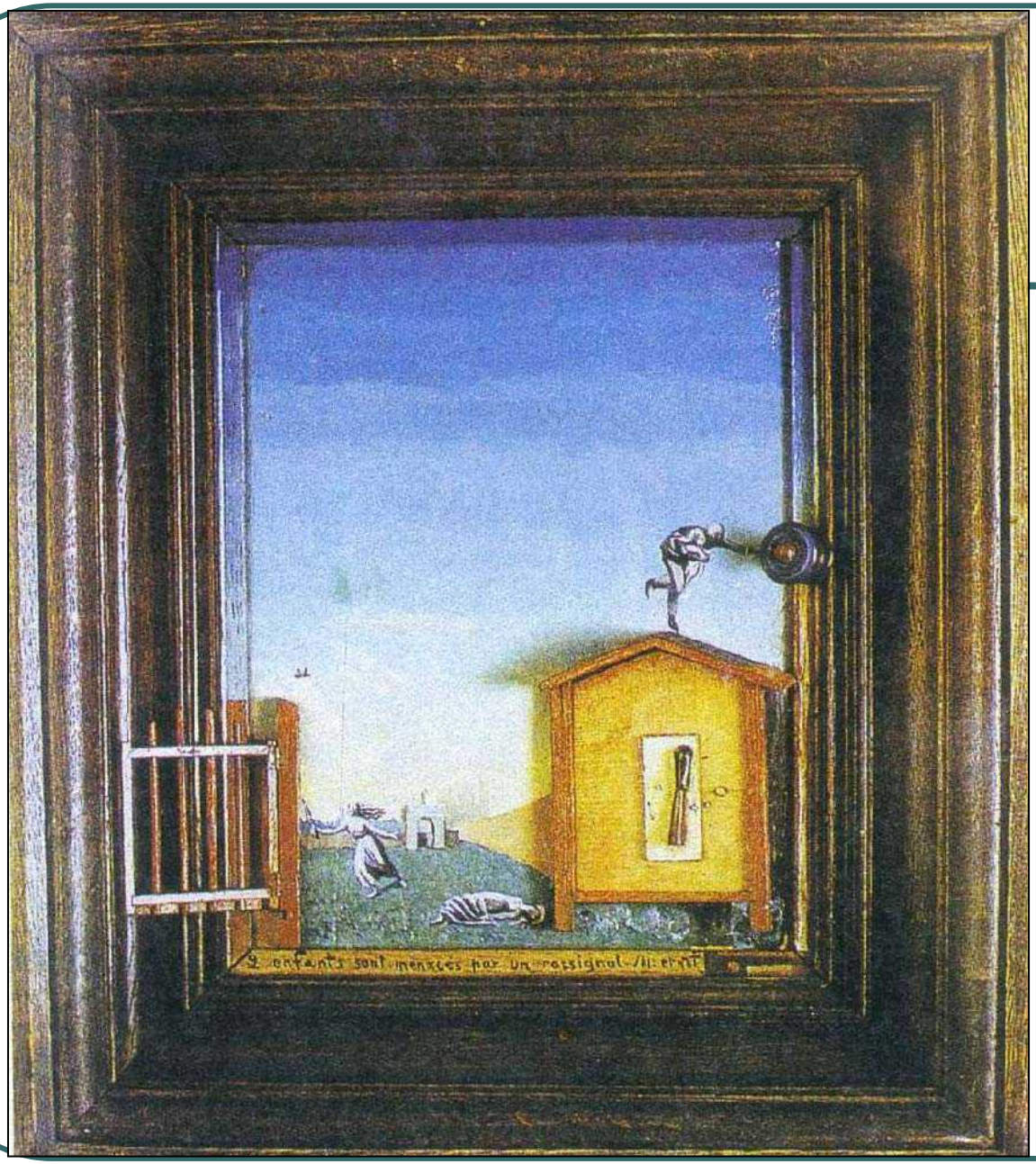
- **軀體疾病或神經精神疾病可伴發焦慮症狀。**

  如陣發性心動過速、甲狀腺功能亢進、嗜鉻細胞瘤、自發性低血糖、更年期症候群常有焦慮。很多藥物中毒或震顫譫妄亦可有焦慮表現，應用類固醇，可使焦慮傾向增強。

- **憂鬱症可伴發焦慮**，尤多見於更年期發病者。
- **精神分裂症早期偶亦可見嚴重焦慮者。**

焦慮發生方式和病因 （3）：

- **以焦慮為顯著症狀的精神官能症。主要為焦慮症。**但其他精神官能症如恐慌症也可有一定焦慮。
- **廣場恐慌（agoraphobia）伴發驚懼發作**者，應注意認識。
- **一級親屬中患病危險率較高，誘因常為意外不幸的情緒體驗，如喪亡、離別、受傷等，亦可在慢性焦慮基礎上由較輕的痛苦事件所促發。**由於懼怕驚恐發作再次復發，患者常不願離開熟悉環境，深居家中、閉門不出。



兩個受驚的孩子　恩斯特

油畫　一九二四年

臨床表現

- 不管原因如何，焦慮均有以下三組症狀：

  (1)情緒緊張不安、恐懼驚慌。

  (2)軀體和自主神經失調症狀。

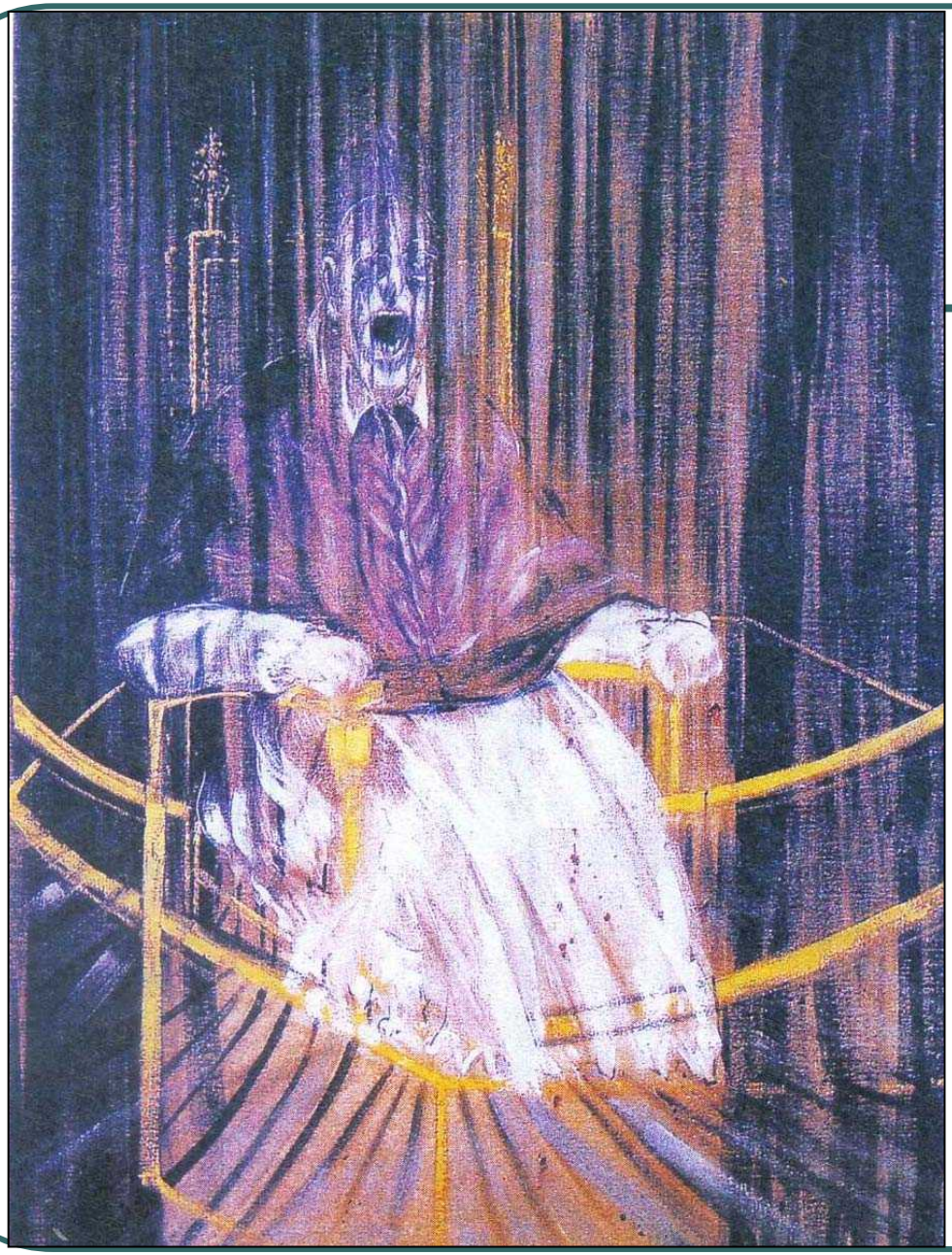
  (3)生化改變，如血糖、腎上腺素、皮質類固醇增加等。

焦慮症可分為以下兩個類型：

1. 急性焦慮發作　又稱恐懼症（panic disorder）
2. 慢性焦慮　又稱廣泛性焦慮（generalized anxiet disoder）

1. 急性焦慮發作　又稱恐懼症（panic disorder）

- 患者焦慮明顯，情緒緊張，有心跳、手抖或其他自主神經失調症狀。常可表現為驚恐發作（panic attack），此種發作常突然出現，突然結束。
- 有時可在睡夢中突然發生。發作多見於患者乘車、乘電梯或在人群擁擠的場合。
- 此時患者有一種難以名狀的恐懼感，彷彿瀕臨危險，即將死亡一般，心臟劇型跳動。有呼吸困難、窒息感和胸部緊束感，因而出現所謂**過度換氣症候群（hyperventilation syndrome）**。
- 據估計，人口中1-2%有之，女性比上男性為2:1。常是家族性，而且常同時有情感疾病（affective illness）。



恐懼者　培根　油彩

一九五三年

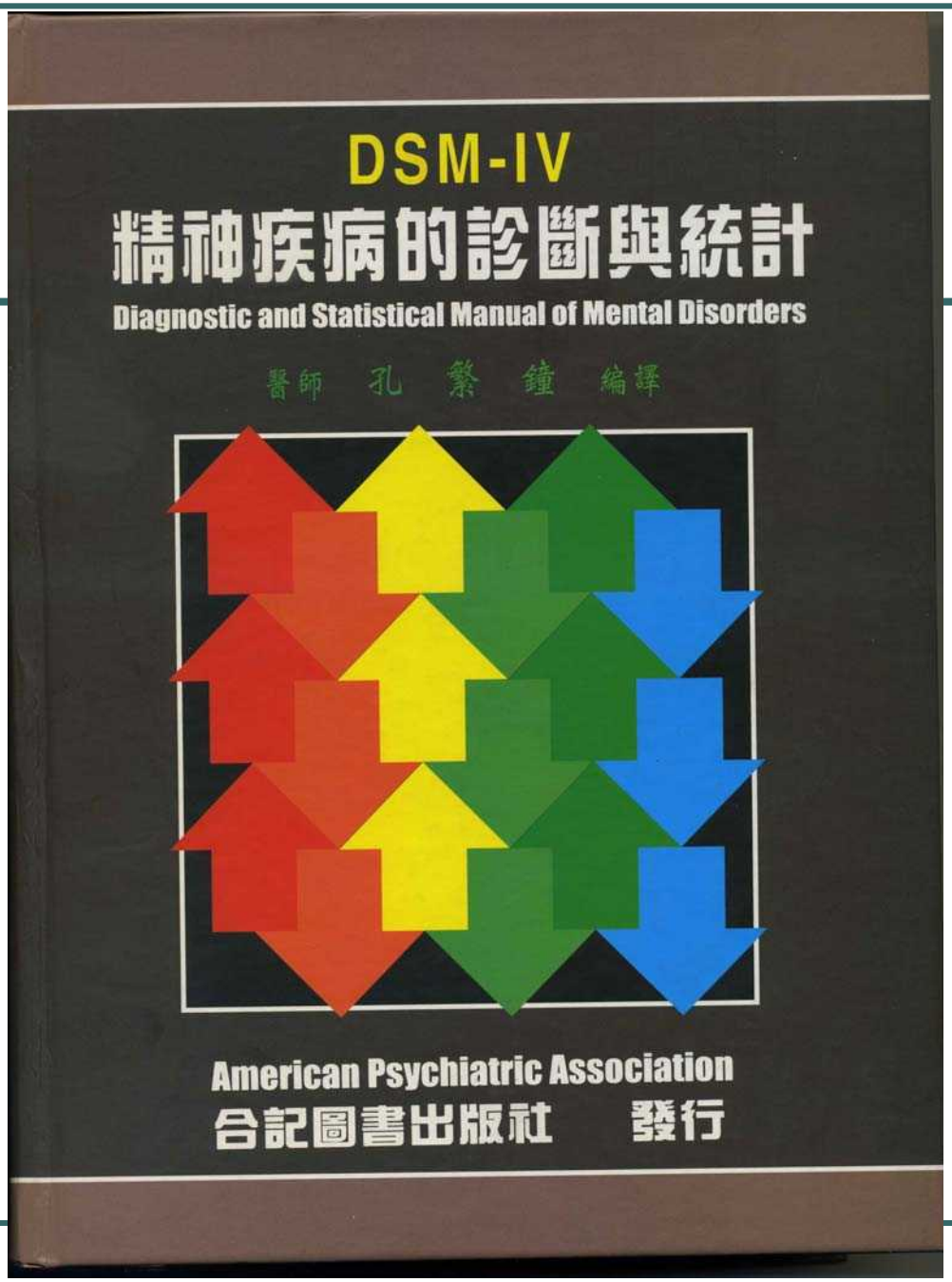
過度換氣症候群（hyperventilation syndrome）。

- 可伴頭暈、出冷汗、手抖、心前區疼痛、手指刺麻感，約40%患者有胃腸道症狀。驚恐發作時，常可繼發產生精神症狀，嚴重時甚至可以像意識模糊。發作一般持續約數分鐘至一刻鐘。發作過後症狀完全消失，但因擔心再發，患者常有**繼發性焦慮**。
- 近年發現，有些二尖瓣脫垂患者可出現驚恐發作，臨床上應予注意。

DSM-Ⅲ列出了診斷的專一性標準：

1. 在無驚嚇或無需出力的情況下三週內至少有3次以上的驚懼發作，而且可由特定的恐怖性刺激以外的事物所引發；
2. 發作的表現為個別發作的憂慮或恐懼，而且下列中至少有4項：發作時呼吸困難（dyspnea）、心悸（palpitations）、胸痛或不適，被絞勒或無法呼吸的感覺、頭暈／眩暈／身體不穩的感覺、感覺好像不是真實世界、感覺異常（paresthesias）、熱潮與冷潮（hot and cold flashes）、出汗、昏捂（faintness）、顫抖、害怕自己會死去、發瘋、或做出失控的事。

※目前診斷已至DSM—9。


DSM-IV
精神疾病的診斷與統計
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
醫師 孔 繁 鐘 編譯
American Psychiatric Association
合記圖書出版社 發行

急性焦慮症必須鑑別診斷：

- **診斷的挑戰性在於區別驚懼症與它所類似的心臟血管疾病。**
- 急性焦慮發作的病人罹患僧帽瓣脫垂的盛行率可能較高。
- 甲狀腺機能亢進、甲狀腺官能不足、嗜鉻細胞瘤（pheochromocytoma）、複雜性部份性癲癇、血糖過低、服用藥物如〔安非他命、古柯鹼、咖啡因、擬交感神經作用解除鼻腔充血劑（sympathomimetic nasal decogestants）〕及藥物戒斷〔酒精、巴比特酸鹽（barbiturates）、鴉片、輕鎮靜劑（minor tranquilizers）〕之症狀可能與急性焦慮發作的症狀很類似。

2.慢性焦慮　又稱廣泛性焦慮（generalized anxiet disoder）

- 焦慮程度比急性焦慮發作輕，但比較持續，常因小事而苦惱。
- 雖然這些患者感到持續性焦慮，但並沒有驚懼症、恐慌症、或強迫症的專一性症狀。
- 常見的病徵為運動緊張（戰慄、顫抖、好動、容易受到驚嚇，等）、自主神經系統活動性過度、憂慮性期望（焦慮、恐懼、沈思、預期將發生不幸，等）、以及失眠（注意力散漫、不專心、失眠、沒有耐心、易發怒）患者也常訴述額枕部頭痛、厭食、體重下降等症狀。

- 在腦內可能有內生性產生焦慮的化合物，如血清素、多巴安等相關物質，有些患者有躁鬱症家族史。
- 此症的盛行率據估計為2至3%。
- 尚不能確定是否有家族或遺傳的基礎。

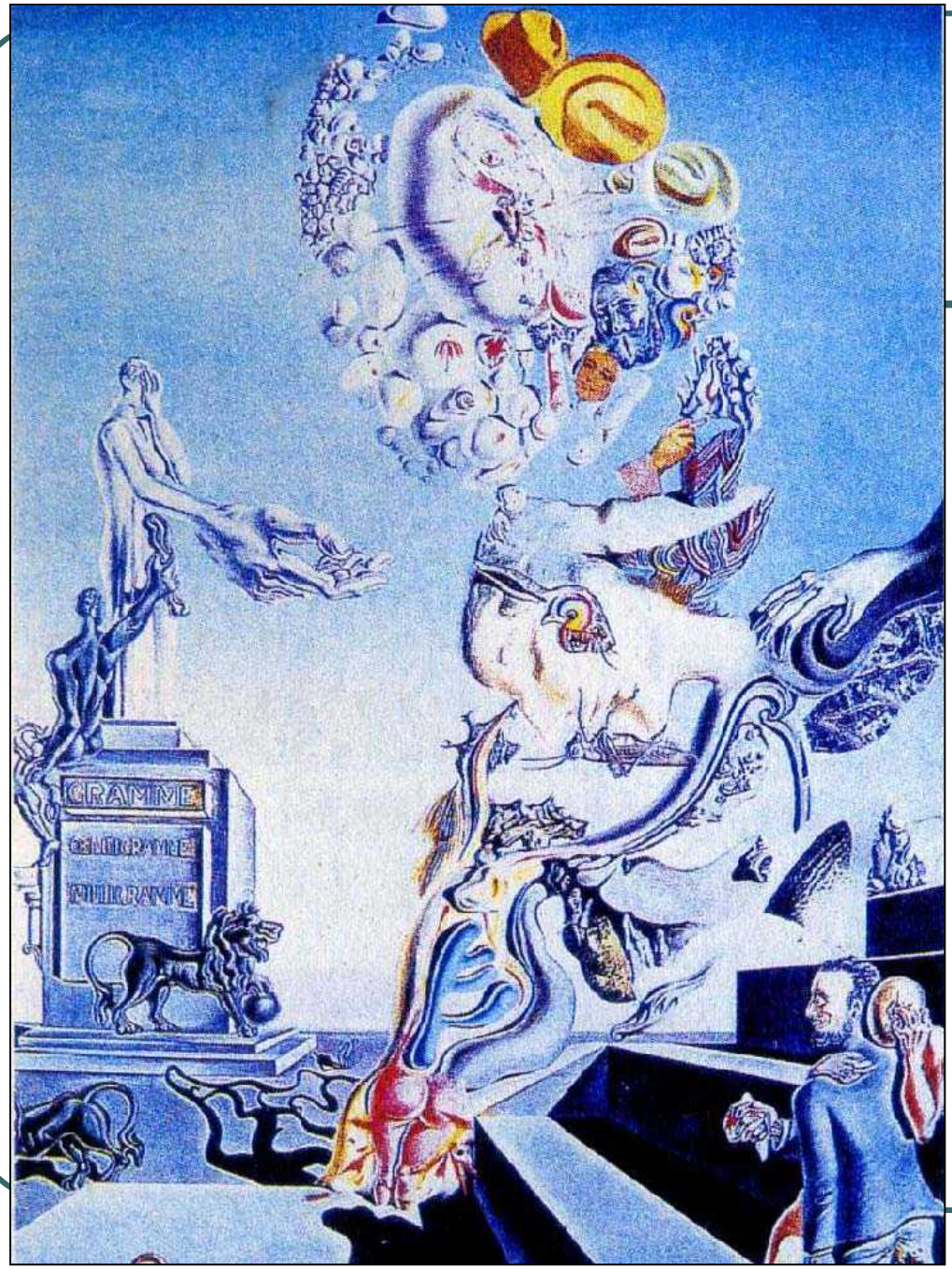
荷里奧蓋巴留點的玫瑰　泰德瑪　　油畫　1888年

慢性焦慮必須鑑別診斷：

- 冠狀動脈疾病、甲狀腺疾病、及藥物中毒或斷除的患者均可能發生類似焦慮症的症狀與病徵。
- 憂鬱症（depression）、精神分裂症（schizophrenia）、及器質性精神障礙（organic mental states）的患者也可能有焦慮症。

貳、憂鬱症（DEPRESSIVE）

- 憂鬱症（depressive）是一種以憂鬱為主的情緒（affection）障礙。雖然也會有思想及行為等其他方面的變化，但都是繼發性的，主要的問題是情緒低落（drpressive mood）。
- 這一類的病人會抱怨「情緒壞」、「悶得很」，覺得無聊、空虛、孤單等。生活對他們突然失去了原有的意義，一切都呈現灰色。他們會放棄所有從前喜歡的活動，如看電影，下棋等。同時變得非常悲觀，內心充滿了「絕望」的感覺，腦子裡時時浮現「一了百了」的自殺念頭，嚴重的，甚至會採取行動。



憂鬱的比賽

達利

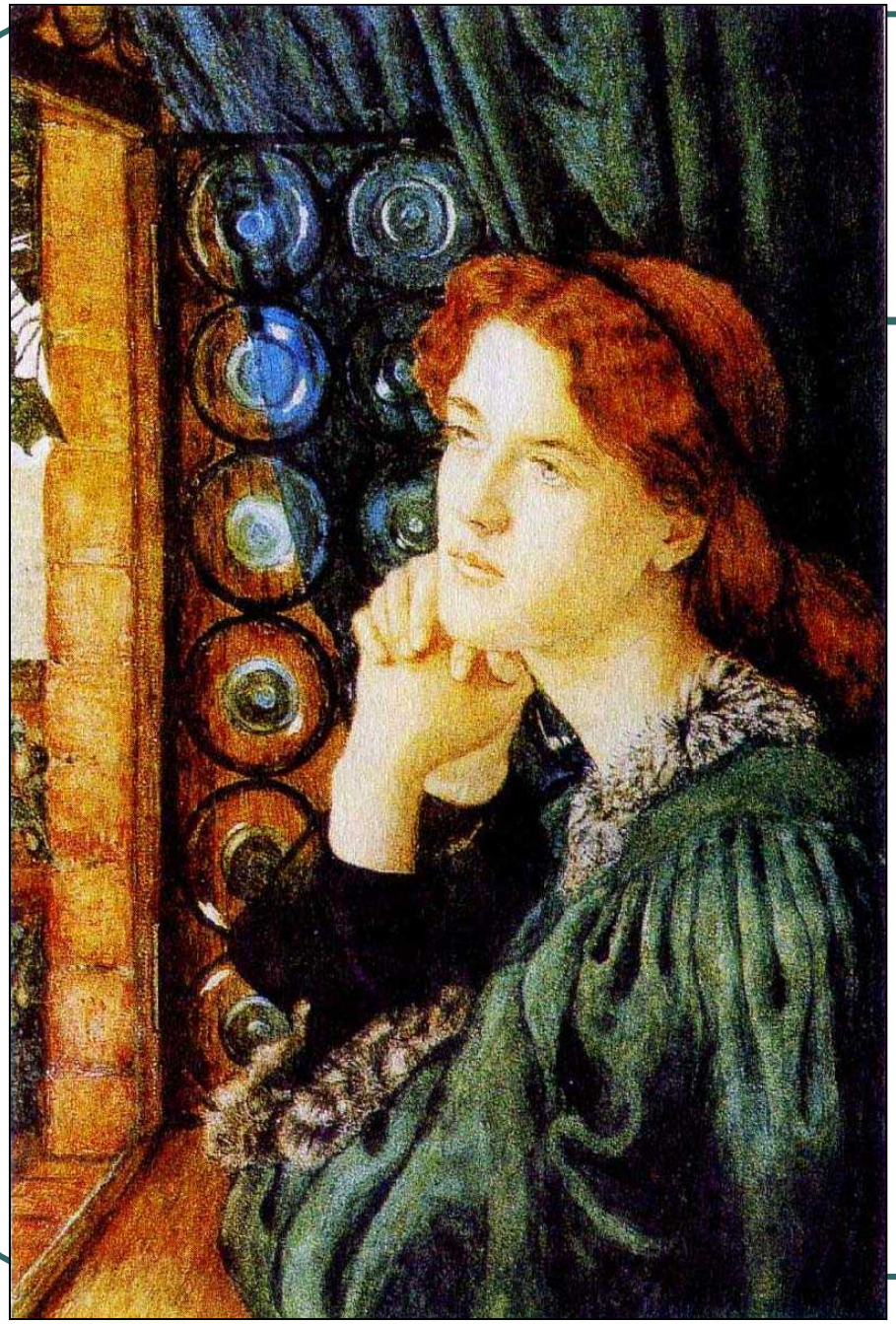
油畫

1929年

憂鬱症有認知誤區

- 有的時候，病人沒有注意到情緒的變化，只是自己變得悶悶不樂，無精打采，食慾不振，體重減輕，便秘失眠，性慾減退，只覺身體疲倦不堪，凡事都提不起勁來，無法應付日常工作，記憶力也大為減退，所以病人自己或家屬往往會認為病人患了某種身體上的疾病。

愛爾吉娃
喬安娜・瑪麗・伯依斯
油畫
一八五五年



憂鬱者

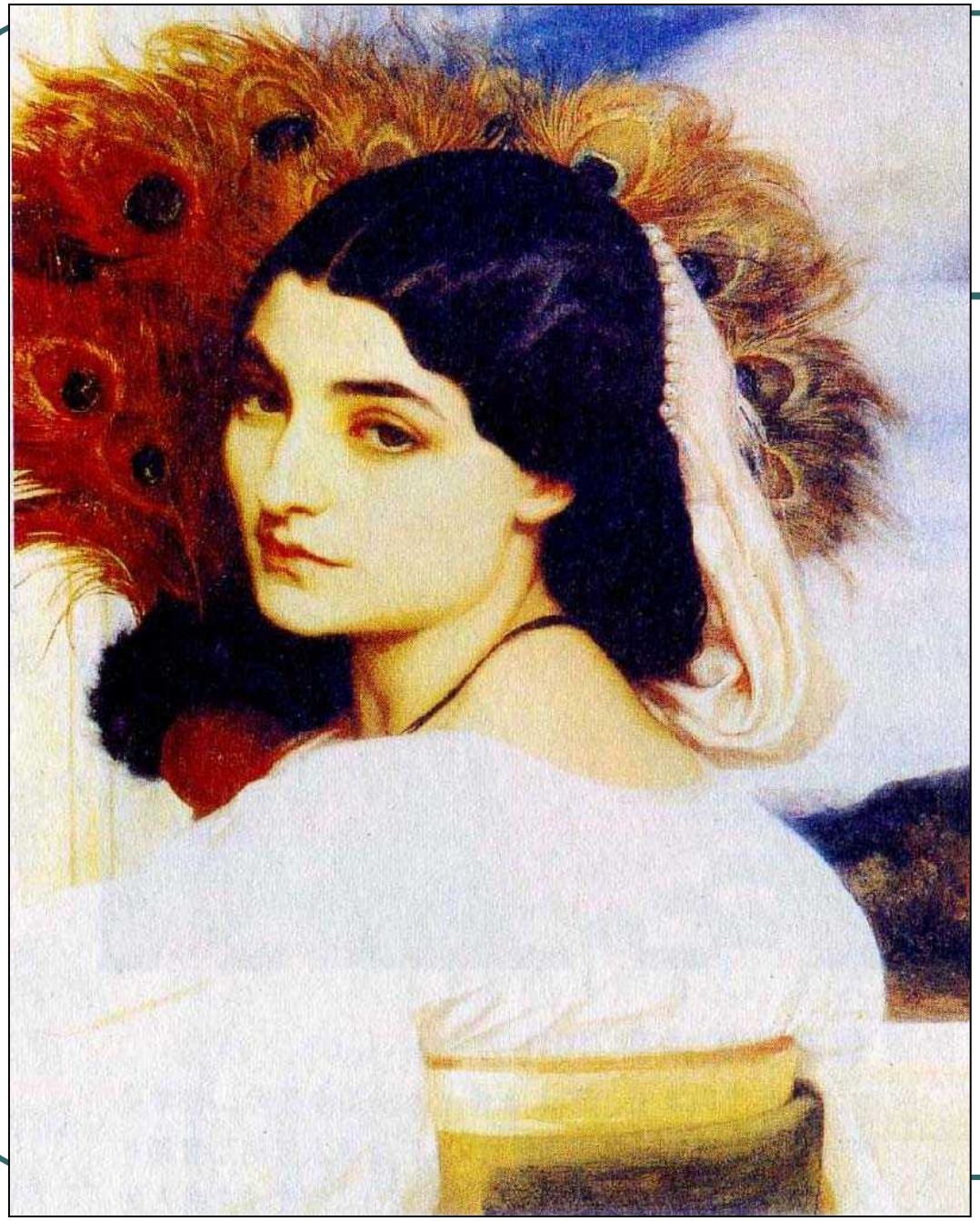
佚名

水彩畫

1867—1869年

情緒低落與睡眠早醒

- 憂鬱症病人的失眠，通常屬於「早醒」型，睡是可以入睡，不過惡夢連連，極早醒來，醒來後，心情特別壞，再也不能入眠。
- 有的病人會產生一種自責性的缺少事實根據的內疚，認為自己做錯了什麼事，害了大家。有時連十幾年前發生的，當時認為無所謂的事，卻再「翻」出來，埋怨自己。而客觀的分析起來，這些病人自認為是「罪不可恕」的「大錯」，大多不過是「雞皮小事」，而且往往都已事過境遷。但是如果要想以理論來說服病人，是不可能的。他們會堅時，「我知道你是為我好，在安慰我，不過我心裡還是在煩這些事。」因為這些罪惡感，都是隨著低落的情緒而來，不等情緒恢復正常，是不會改善的。



失眠的女人

雷斯頓

油畫

1859年

憂鬱相等症 depressive equivalent

- 有不少病人雖然患著憂鬱，但卻沒表現其憂鬱之心情，以其他方式如拼命工作，吃東西，喝酒解愁，玩女人，與人吵架，或頭痛，胸前緊張，胃口不佳等身體症狀表現出來。雖然表面看來患著別的精神疾患，但仔細研究卻可以發覺到其主要核心仍是憂鬱。
- 有人把此情況稱之為「憂鬱相等症」（depressive equivalent）。

不少憂鬱病人容易被診斷為心身疾病

- 有些病人不善於描述其心理症狀，或不習慣於向人傾訴如何煩悶、悲傷、空虛等感情問題。來看精神科醫師，只會描述其他症狀，如失眠，頭痛，胸悶，胃口差等身體症狀。
- 有些病人對於精神醫學瞭解甚少，不懂得心情苦悶是一種疾病，以為是大家常有之心事而已，而對身體變化，如四肢無力、大便不通，則認為是「疾病」，所以來看病時，只懂得申訴身體如何不適而已。

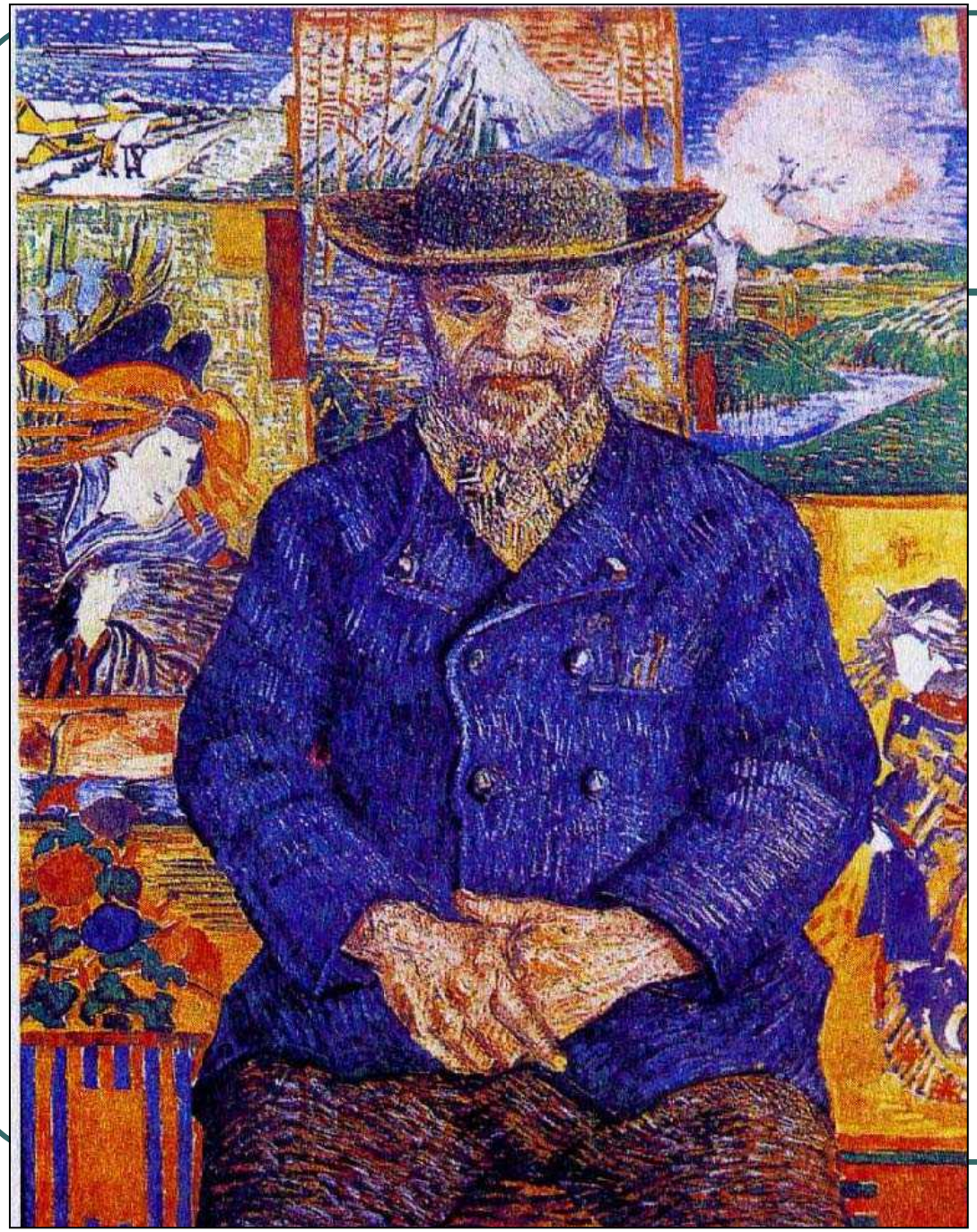
- 有位青年病人告訴頭暈，睡不著。經醫師詢問是如何頭暈，病人回答說猶如喝酒醉後之頭暈。經醫師再追問，是否曾經醉過，不然怎知是類似酒醉後之頭昏，病人則回答最近常喝酒，因心緒煩悶之故也，至此才把真相弄明白，原來此病人患的是憂鬱症。此例說明有不少憂鬱病人容易被診斷為心身疾病。

憂鬱的繆斯

基里科

油畫

1916年



被遺忘的老人

凡・高

油畫

19世紀

應注意和憂鬱精神病（depressive psychosis）區別

- 憂鬱心理病與憂鬱精神病均以憂鬱為主之情感障礙疾患，二者之間乃屬過度性變化，並無明顯區別。唯前者較輕，屬於精神官能症（neurosis），後者較重，歸屬之於精神病（psychosis）。
- 憂鬱病人假如呈現嚴重之憂鬱，動作遲緩，患有明顯之罪惡妄想，自認罪該萬死，應被處罰，或身體妄想（somatic delusion），深信自己已患上了不治之疾，且有濃厚之自殺意念或企圖時，即歸屬於憂鬱精神病。

應和情感型精神分裂病區別

- 情感型精神分裂病雖常呈現憂鬱症狀，但除此之外亦有思考、知覺等其他精神分裂病常有之症狀，可得與之區別。

與焦慮症、服藥反應及各種身體疾患之鑑別：

- **焦慮症**　常常同時呈現憂鬱症狀，而憂鬱心理症亦表現不安狀態，故二者之間並無明顯之界限。唯為了診斷方便起見，可視其主要症狀為何而決定。
- **各種身體疾患**　如營養不良，電解質異常，甲狀腺症或其他荷爾蒙障礙，或腦瘤、多發性硬化症（multipie sclerosis）等中樞神經統系障礙，亦常呈現憂鬱性情緒障礙，但身體及其他檢查會有異常現象。
- **使用某些藥物**　如使用Reserpine或Steroids時，亦可發生症狀性憂鬱；停藥時多會好轉。

參、歇斯底里（hysterical）

- 歇斯底里（hystercal）指由精神刺激或不良暗示引起的一類神經精神障礙，又稱癔症。多數突然發病，表現為短暫的精神失常或感覺、運動障礙，但無器質性病變基礎。這些症狀可在暗示影響下產生，亦可在暗示影響下改變或消失。

歇斯底里易感素質和誘因

- 歇斯底里症發病常與患者的性格特徵和精神因素有關。
- 歇斯底里症患者性格特徵有情感用事、情緒不穩定、喜歡誇張、易受暗示、心胸狹窄、好表現自己和自我中心的傾向。有人稱為“歇斯底里性格”。
- 中樞神經系統有器質性損害時，也可有歇斯底里症傾向的釋放。因此，歇斯底里症症狀有時可成為腦器質性病變的早期徵象。

歇斯底里易感素質和誘因

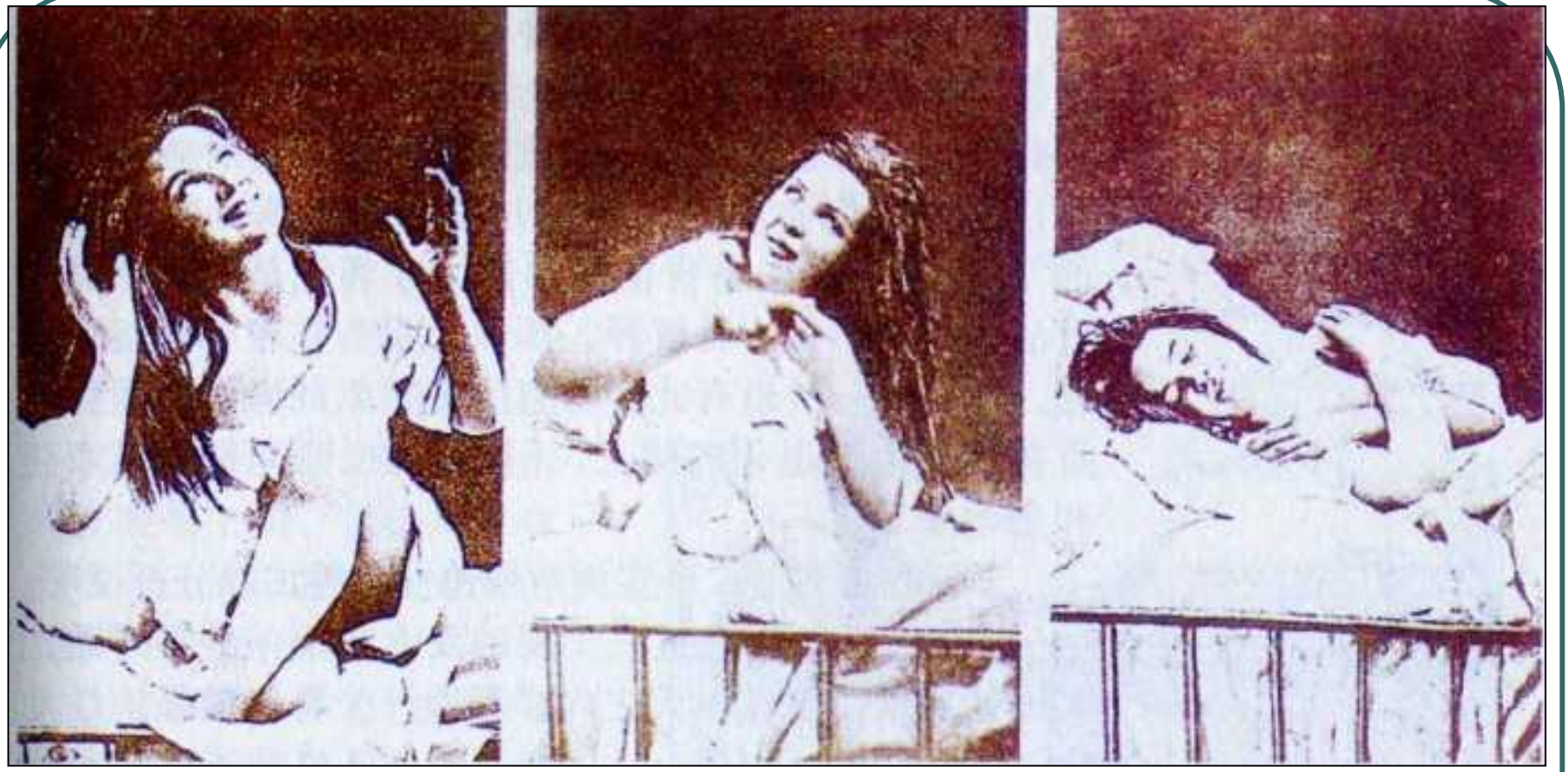
- 易感素質明顯者，輕度的精神刺激就可引起歇斯底里症發病，但如果素質較穩定，精神刺激要足夠嚴重，才會引起歇斯底里症。
- 歇斯底里症症狀產生後，使患者取得了“病人角色”（sick role），從而免除其某些社會責任，獲得別人照顧或經濟補償，這種“繼發性獲益”有時是某些患者歇斯底里症發作或症狀遷延難癒的一個重要因素。

歇斯底里症臨床表現

- 歇斯底里症好發於青年期，女性多於男性，教育程度較低者發病較多。
- 歇斯底里症大多突然發病，多數呈反復發作，症狀像演戲那樣帶有誇張性，往往在周圍人多時症狀加重。臨床症狀多種多樣，可模擬任何一種疾病。
- 臨床上可歸納為兩大類：歇斯底里症性精神障礙（dissociative hysteria）和歇斯底里症性軀體障礙（conversion hysteria）。

1. 歇斯底里症精神障礙

- 最常見情感暴發，發作特點為情感色彩濃厚、誇張、做作和易受暗示。
- 患者大哭大笑、大喊大叫、蹬足捶胸、倒地翻滾、手舞足蹈、亂唱亂罵、撕衣咬物，常有裝模作樣的戲劇性表演，以生動的表情、誇張的動作搏取別人注意和同情，常以唱山歌小調方式，發泄其內心不快。發作歷時數分鐘至數小時不等，觸及精神創傷或暗示“又要發作”，便能即時再發。



歇斯底里　佚名　攝影　20世紀

- 歇斯底里症發作亦可表現為昏睡、木僵或朦朧狀態。有的患者答非所問，每答必錯，似為嚴重“癡呆”者，稱為歇斯底里症性假性癡呆。有的患者能針對問題回答，但答案近似而不正確，稱為Ganser症候群。有的患者言語、表情幼稚如兒童，稱為童樣癡呆。受宗教迷信影響較深者，發病時可有亡故親人附體說話的發作。

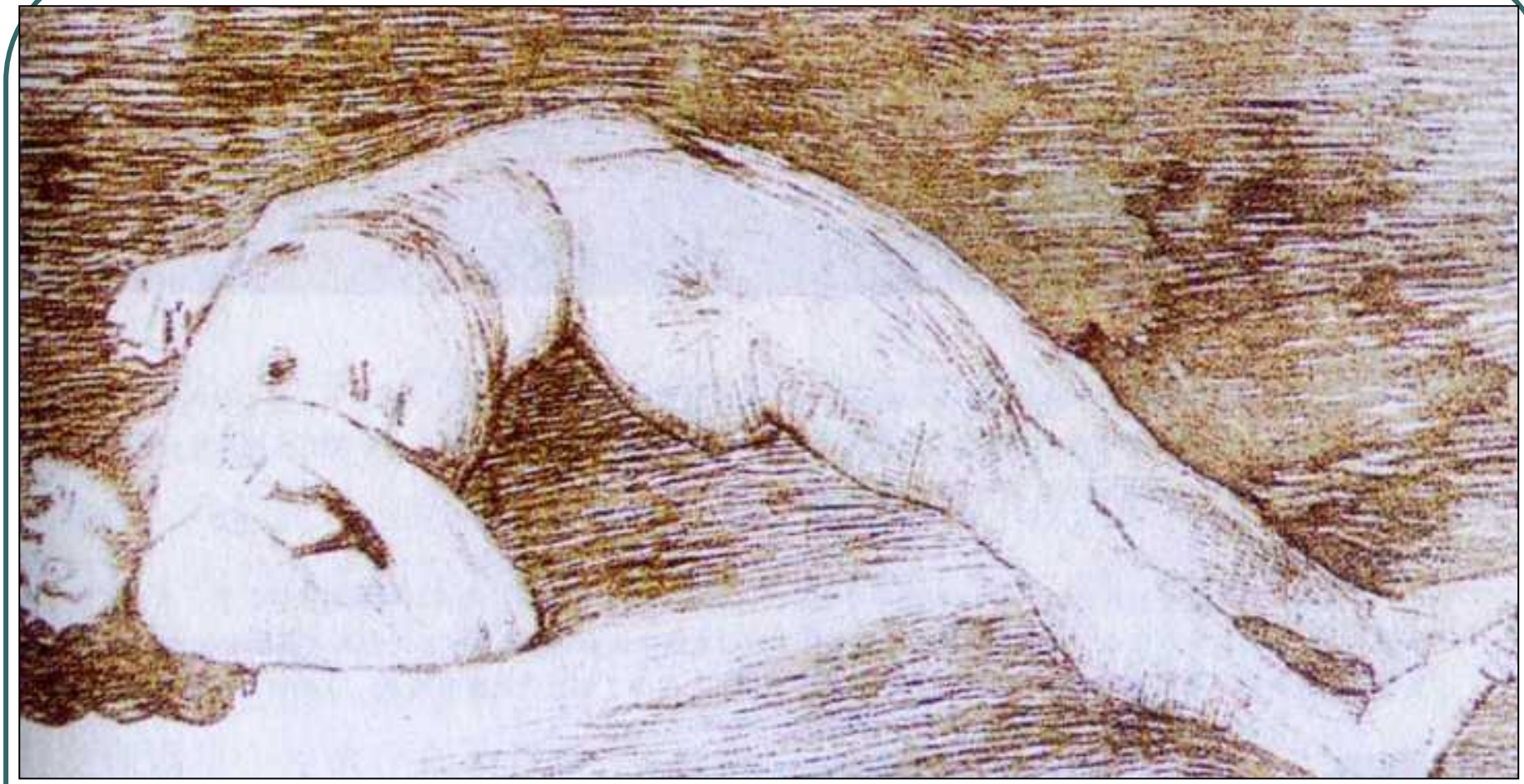
- 偶爾可見遺忘和神遊，其時患者對一段生活經歷完全失去記憶，大多與羞辱、委屈、焦慮情境有關。
- 有些患者也可出現短暫的幻覺或妄想，內容與精神創傷或患者的想像有關，歷時3～5天，間期完全緩解。

2. 歇斯底里症軀體功能障礙

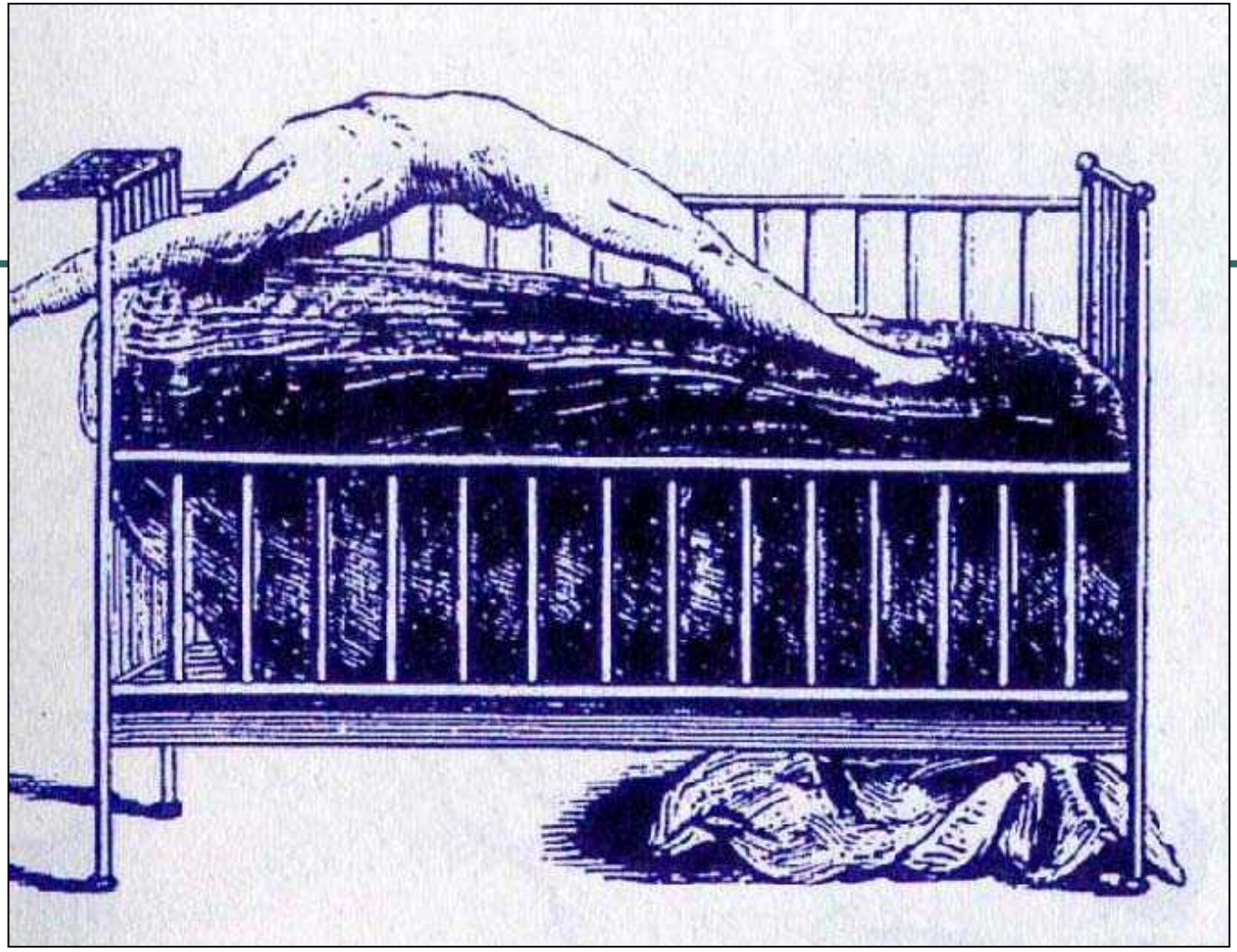
- 軀體症狀大多由暗示與自我暗示引起，可模擬很多軀體疾病，症狀與體徵常違反解剖生理規律，可在暗示影響下改變或消失。如不及時處理，有時可延續數年。
- **運動障礙可表現為痙攣發作、癱瘓、步行不能、舞蹈樣動作和失音等。**

歇斯底里症痙攣發作

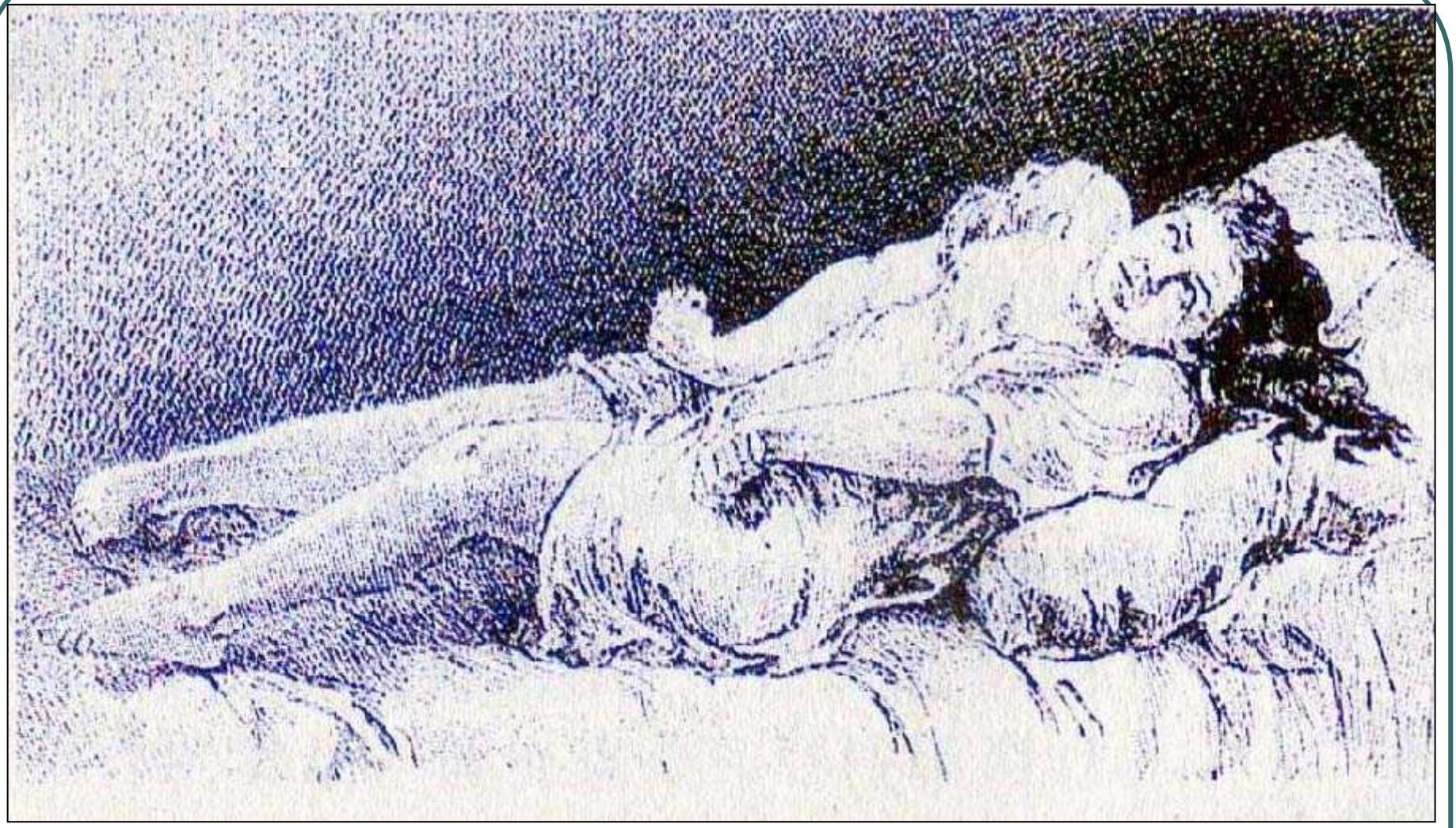
- 歇斯底里症痙攣發作時患者突然倒地，摒氣或過度喘氣，雙目緊閉、面色潮紅，全身僵直或四肢不規則舞動，維持幾分鐘至幾小時不等，發作時意識並未喪失。
- 檢查時發現眼球活動良好或似故意逃避，肌腱反射正常，無病理反射、由於發作形式特殊，與癲癇大發作鑒別並不困難。



歇斯底里症發作　佚名 速寫　20世紀



失控　佚名　線描　20世紀



病變　佚名　版畫　19世紀

歇斯底里症性癱瘓

- 歇斯底里症性癱瘓以單癱和截癱多見，但檢查時癱肢腱反射正常，肌張力正常，無錐體束徵。
- 除少數因長期不動而致廢用性萎縮外，無明顯肌肉萎縮，電刺激反應亦正常。
- 歇斯底里症性失音者，雖突然不能說話，但檢查聲帶活動良好，吸氣時能保持內收狀態，能咳出聲音。有些患者並非完全失音，卻用一種特別的喉音或耳語聲說話。

歇斯底里症性失音

- 歇斯底里症性失音者，雖突然不能說話，但檢查聲帶活動良好，吸氣時能保持內收狀態，能咳出聲音。有些患者並非完全失音，卻用一種特別的喉音或耳語聲說話。

歇斯底里症感覺障礙

- 感覺障礙常見失明或耳聾，常因情緒刺激時突然發病。
- 失明時檢查瞳孔反射、眼球運動良好，眼底亦無異常，患者雖聲稱失明，但單獨行走時卻能避開障礙；
- 耳聾多在劇烈氣浪震盪或強烈精神刺激時出現，但客觀檢查並無耳疾，睡眠中可被突然喚醒。身體一側感覺喪失也可見到，可能為檢查暗示的結果。

歇斯底里症性疼痛

- 歇斯底里症性疼痛可見於頭頸部、心前區等處，通常並不局限於一處，也不局限於某一神經支配區，實際上不能以神經解剖規律理解，疼痛可從頭面部開始，沿頭部側面擴散至背部，到達頸上神經支配區，其性質、強度和分布部位時時改變，且與注意和暗示有關。

奔豚症與梅核氣

- 有些患者感到一股氣自下腹上升至胸、喉部，造成胸部緊迫和喉部梗塞感，前者中醫稱為“奔豚症”，後者稱為“癮症球”，中醫學中稱為“梅核氣”。這種症狀有時是歇斯底里症性昏厥的先兆。
- 但要特別注意，以軀體症狀為主要表現者也可能為器質性疾病的早期症狀。

泰然漠視與流行性歇斯底里症

- 歇斯底里症的軀體症狀，不但檢查不能發現相應的器質性病理體徵，且常常違背解剖生理規律。患者對這類軀體症狀，可以泰然處之，不以為苦，稱為“泰然漠視”（belle indifference）。
- 歇斯底里症的各種症狀，可以通過暗示的作用，在教育程度較低、受宗教迷信影響較的居民中引起短暫的歇斯底里症流行，稱為流行性歇斯底里症。群眾運動也是集體性歇斯底里症。

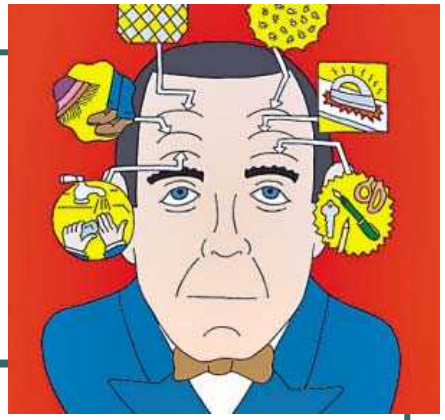
歇斯底里症的診斷主要根據以下幾點：

- 發病與精神因素密切相關。
- 症狀有誇張、做作、易受暗示的特點。精神症狀常為發作性，發作間期無後遺症狀。
- 軀體檢查不能發現相應器質性病變，軀體症狀常違背解剖生理規律，患者常表現出輕鬆愉快的“泰然漠視”的態度。
- 常有歇斯底里症性性格特徵。

歇斯底里症之鑑別診斷

- 腦部器質性病變有產生和加重歇斯底里症症狀的傾向，如多發性硬化、腦動脈硬化、腦萎縮、腦外傷、精神運動性癲癇等；有些代謝性腦病亦與歇斯底里症混淆，如低血糖症、肝性腦病、急性間發性血卜林病等。臨床工作中要注意仔細檢查鑒別。
- 其他精神疾病如焦慮症、憂鬱症、精神分裂症和精神發育不全也可伴發歇斯底里症之症狀，但一般鑒別不難。

肆、強迫症（obsessive）



- 強迫症（obsessive）或稱強迫性精神官能症（obsessive neurosis），是以重復出現明知不合理而又無法擺脫的觀念、意向和行為為特徵的一組疾病。
- 患者為此感到十分苦惱。多數患者具有一種所謂精神衰弱性格（psychasthenic personality），如拘謹膽小、刻板固執、重復核對、猶豫躊躇、要求完美、追求精確等。常在精神因素或懷孕、分娩、過勞等軀體因素誘發下起病。

強迫症之臨床表現

- 臨床表現多種多樣。強迫症窮思竭慮者總是想一些無關緊要、毫無意義的問題 。
- 強迫性懷疑者常懷疑自己寫錯字或做錯事，外出時擔心門窗、抽屜未關好，反復多次檢查仍放心不下。
- 強迫症對立觀念者看到或聽到某些事物時，立即產生相反的觀念，如聽到“某人是好人”時，立即會出現“某人是壞人”的想法。強迫行為最常見反復洗手、洗衣，上街時對電線桿依次觸摸或計數等。
- 由於強迫症患者自知其觀念和行為不合理，通常總盡量掩飾，別人不易察覺。嚴重強迫症患者可伴發憂鬱，甚至產生消極自殺的意念。

貴族女子

克里姆特

油畫

1909年

閨怨　惠斯勒　油畫　1865年

診斷時要注意排除憂鬱症、精神分裂症和腦器質性精神病

- 憂鬱症時情感低落出現而嚴重，自殺企圖強烈。
- 精神分裂症有聯想障礙或幻覺妄想症狀，對強迫症狀多不以為苦，缺乏擺脫這類症狀的願望。
- 本症處理不易，除應向患者進行適當解釋之外，應鼓勵患者參加休閒旅遊及運動。

7.4億堆成這座
322公分
259公分
167公分
新台幣100萬元/綑
共740綑，7.4億元
厚度10公分
1000
中華民國
中央銀行
16公分
100萬元
厚度為10公
千元鈔票7公分x16.1公分，每張重量1.15公克。
100萬元厚度為10公分，即10x7x16.1公分，重量為1.15公
一億元重量為115公斤，7.4億元總重為851公斤。

也是強迫症？

伍、慮病症（hypochondrical）

- 所謂「慮病症」（hypochondrical）乃指過份的關心其身體狀況，擔心會患上疾病，或甚至懷疑已患上了疾病，而構成了一種慮病的心理狀態。
- 其主要特點乃在於其注意力全部集中在自己身體上，對環境絲毫都不關心。

靜坐冥思者　科科思卡　油畫　1909年

慮病症臨床所見（1）：

- 病人所訴述之身體症狀種類繁多，模糊不定，而且容易改變，病人開始時可能會抱怨頭如何地痛，胃如何地不舒服，繼而四肢無力，腰酸背痛。但當詳細查問，頭到底怎樣痛時，病人會轉而訴述脖子硬，胃口欠佳，大便不通。特別是當某一部分的檢查結果正常時，症狀會轉移到其他部分。
- 病人腦子裡經常推測、想像、害怕得到某些疾患，如高血壓、心臟病、肝癌、子宮癌、腦癌等一般人熟悉而且被認為是難治的疾病。

慮病症臨床所見（2）：

- 病人對自己的身體反應極為敏感，身體稍為有點不舒服，即緊張得很，認為得了重症。一點小小的不舒服，會表現得相當嚴重。
- 病人對自己的身體非常擔心，幾乎「不由自主的」經常要找醫生檢查，但對其檢查結果（多半為正常）又不相信，不放心。因而重覆地作各種檢查。如果檢查稍有變化，就認為自己的確得不治之症。

慮病症臨床所見（3）：

- 病人之整個生活重心都在於其身體與疾患。
- 病人依賴性很強，心情恐慌，不安，常要找些醫師，或其他可依賴的人物，以求得安全感。嚴重的時候，不管走到那裡都要家人陪他，否則就感到極大之不安。
- 有時表現一種傾向，即利用其身體症狀，以獲得他人之關心，產生其「附帶收穫」之現象。

陸、恐慌症（phobia）

- 恐慌症（phobia），是一種比較少見的精神官能症，以對某種特定事物或境遇懷有強烈恐懼為特徵。如怕上高樓、怕過廣場、怕幽閉場所、怕銳器、怕與陌生人或某個熟人接觸、怕和別人見面時自己面孔發紅等等。

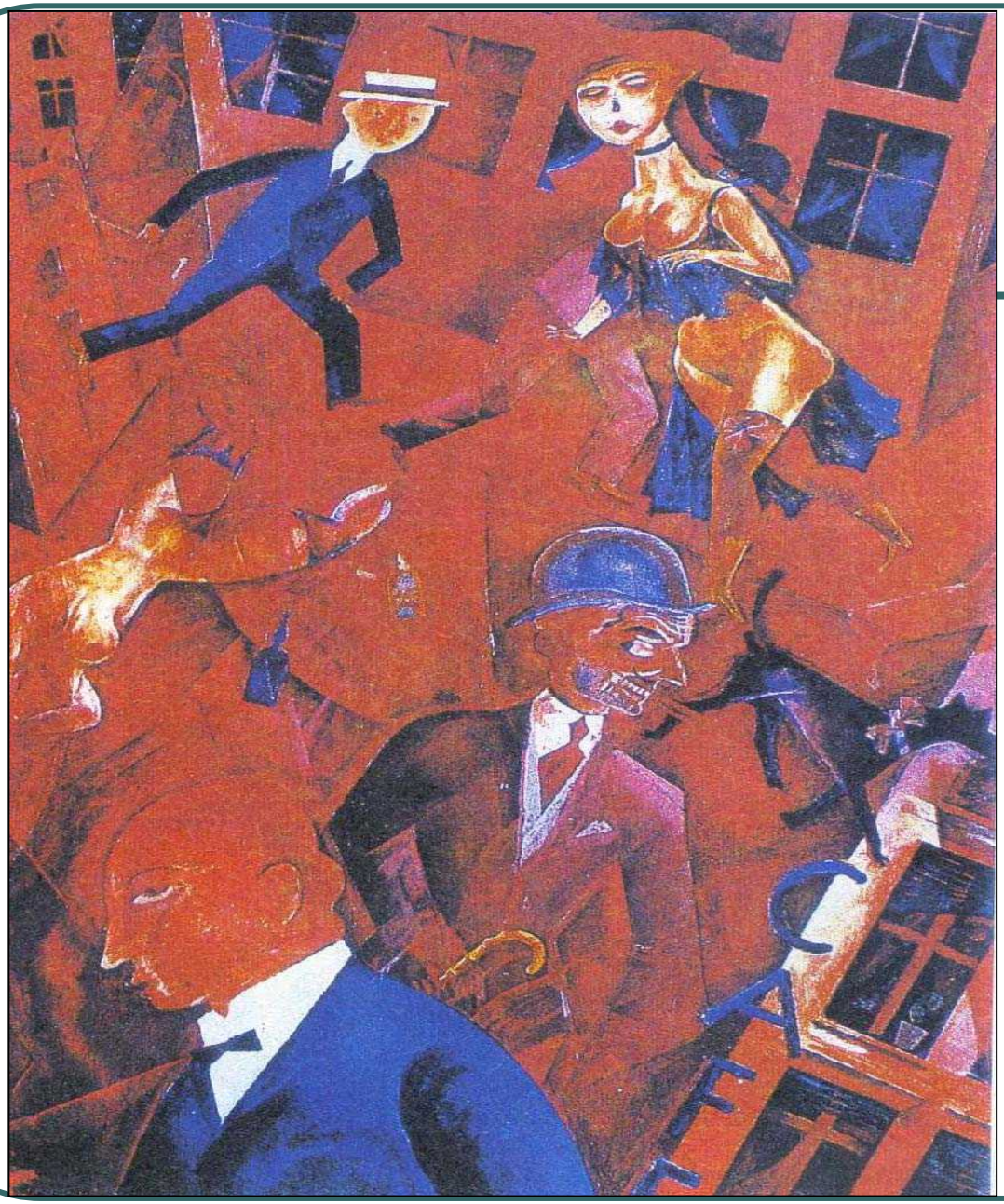
- 恐慌症以往歸入強迫症，但兩者有一定區別，主要在於恐慌症患者遇到特殊事物或環境時，立即產生恐怖情緒，並試圖迴避，並不因為這種恐懼不合理而與之抗拒。一旦脫離這種情境，恐怖也迅速消失。
- 患者多有膽小、害羞、依賴、內向等性格特點，可從以往生活經歷中追索到某些精神誘因。
- 處理常用解釋性心理治療，輔以疏肝解鬱或安神之類的藥物。

常見之恐慌症：

- 廣場恐慌症（AGORAPHOBIA）
- 社交恐慌症（SOCIAL PHOBIAS）
- 單純恐慌症（SIMPLE PHOBIAS）

廣場恐慌症（AGORAPHOBIA）

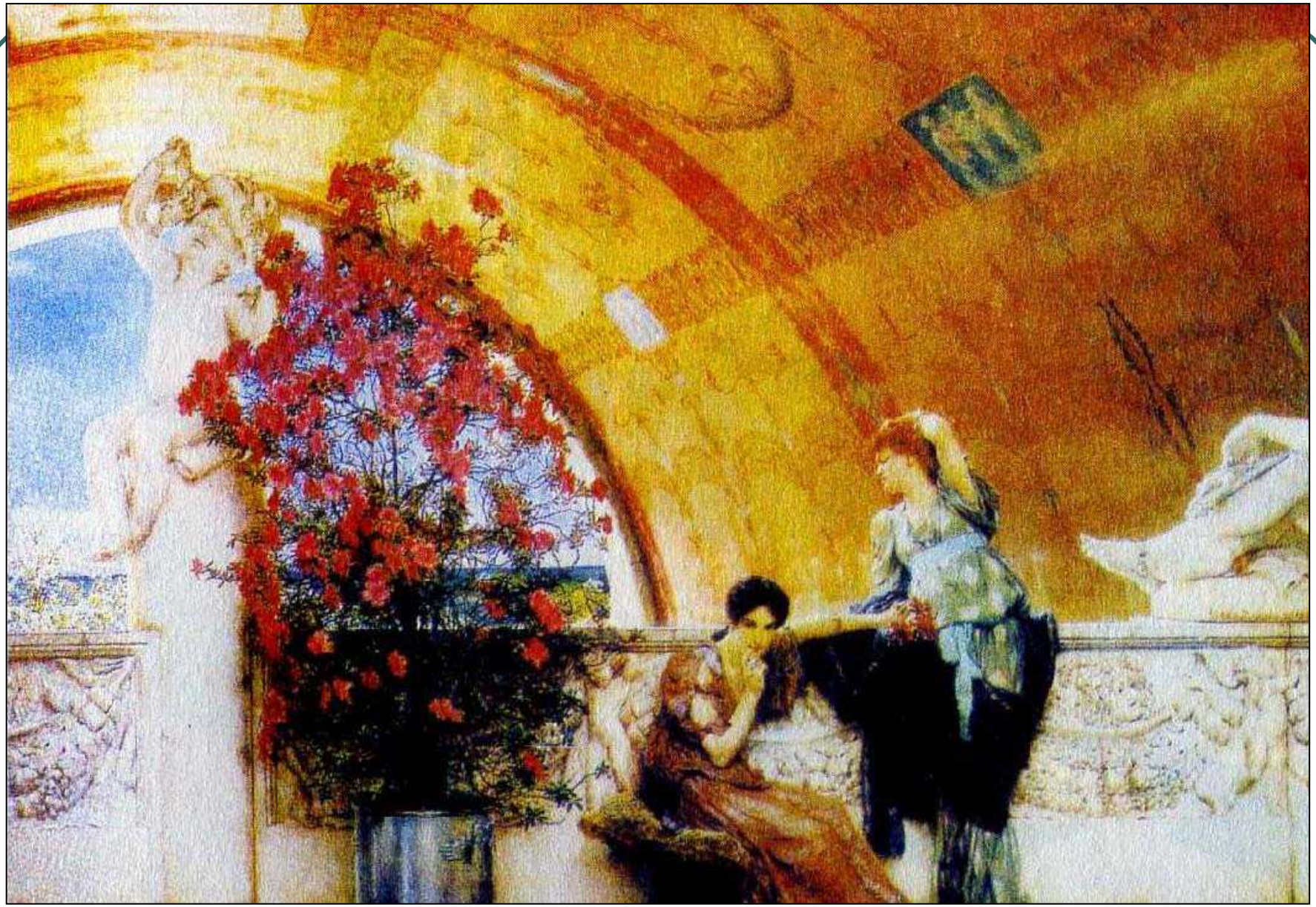
畏懼單獨一人或處於公眾場所。少數患者可能沒有驚懼症，但幾乎絕大多數患者必然先出現驚懼症。



畸形的城堡　格羅茲　油彩畫
一九一七年

社交恐慌症（SOCIAL PHOBIAS）

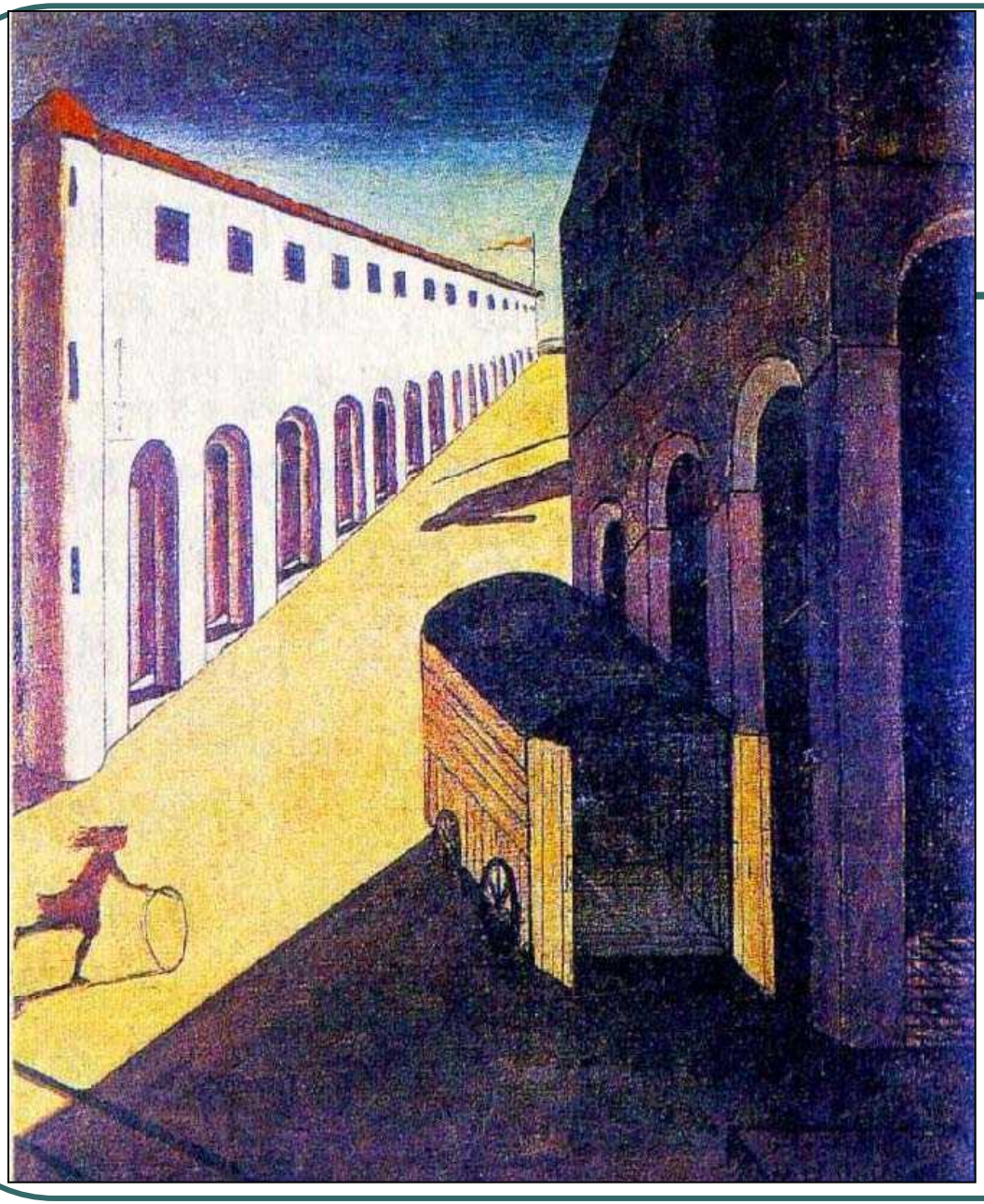
- 患者對於可能有別人盤問、可能感到困窘或受辱的場合有持續性無理性的恐懼，而且感到必須躲避這些場合。
- 常見的例子包括過度恐懼在公開場合演說或做任何表演。



無意識的對手　泰德瑪　油畫　1893年

單純恐慌症（SIMPLE PHOBIAS）

- 對某些特定物體持續非理性的恐懼，並躲避之。
- 常見的例子包括畏懼高度〔高處恐慌症（acrophobia）〕、畏懼密閉的空間〔幽閉恐慌症（claustrophobia）〕、畏懼一個人在家獨處、及畏懼某種動物等…。



一條街道的憂鬱和神秘

基里科

油畫

1914年

柒、神經衰弱（neurasthenia）

- 神經衰弱（neurasthenia）是一種常見的精神官能症，患者常感腦力和體力不足，容易疲勞，工作效率低下，常有頭痛等軀體不適感和睡眠障礙，但無器質性病變存在。

- 本症由Beard（1896）首先提出，認為是“神經力量的耗損和衰弱，多見於中上層腦力勞動者”，實際上，除歇斯底里症之外，它把各種精神官能症都包括在內。
- 由於焦慮症等精神官能症被分離出來，精神官能症的診斷分類日趨精細，神經衰弱的診斷也相應減少。
- “隱匿性憂鬱症”（masked depression）的概念提出之後，以軀體不適為主要表現的一組特殊憂鬱症得到重視，使神經衰弱的診斷又進一步減少。
- 現在歐美諸國已很少使用這一診斷名稱，美國官方精神疾病分類（DSM-Ⅲ，1980）中已經取消了這一名稱。

- 但是，目前在台灣，神經衰弱仍是一個有用的診斷名稱，它說明了一種精神官能症的臨床情況。
- 同時也應當注意到，可能確有一些憂鬱症，過去被診斷為神經衰弱，今後應嚴格掌握神經衰弱的診斷標準，對類似症狀要仔細鑒別。

神經衰弱易感素質和誘因：

- 神經衰弱多見於青中年，以腦力勞動者居多。多數患者體質羸弱、身體瘦長、骨骼細薄、肌肉軟弱無力、心臟較小、自主神經易興奮、血管運動功能不穩定、血壓常偏低。性格多不開朗，有膽怯、自卑、敏感、多慮、依賴性強、缺乏自信等特點。
- 國內資料表明，與本症發病有關的精神因素包括工作和學習過度緊張，忙亂，休息和睡眠長期無規律，心裡心結持久不能解決以及伴隨這些因素的情緒負擔和不愉快情緒。軀體有消耗疾患時也有助長神經衰弱發生的傾向。
- 因此，個性有缺陷，有慢性軀體疾病者，在外界因素影響下較易發病。

神經衰弱的臨床表現（1）：

- **易疲勞**　腦力與體力均易疲勞，常訴述整天疲憊乏力，工作與學習效率減退，特別對腦力勞動，耐力甚差。這種疲勞與正常人生理性疲勞不同，正常人疲勞是長時間、高強度腦力或體力工作後產生，經適當休息就會消除，而神經衰弱患者，往往清晨起來就感倦怠無力，休息也不解決問題。
- **易興奮**　表現為回憶聯想增多，但不伴言語動作增加。此種興奮為一種不愉快的主觀體驗。有些患者對聲光刺激或細微軀體不適表現過度敏感。

神經衰弱的臨床表現（2）：

- **情緒障礙**　表現為容易激動，常急躁發怒，或煩躁不快、精神緊張、難以鬆弛。
- **睡眠障礙**　主要為入睡困難、多夢易醒，白天思睡，夜晚興奮難眠，以致有頭昏腦脹、耳鳴、健忘、注意不集中等現象。

神經衰弱的臨床表現（3）：

- **緊張性疼痛**　常見頭頸部肌緊張性疼痛，如頭部緊箍感、重壓感，後頸部僵硬，腰痠背痛。
- **自主神經功能紊亂**　自主神經功能紊亂可有胸悶、氣短、心悸、多汗、肢冷、厭食、腹脹、尿頻、遺精、陽萎、早泄、月經失調等。
- **本症大多起病徐緩，病程較長，常有波動。**

神經衰弱診斷和鑒別診斷 ：

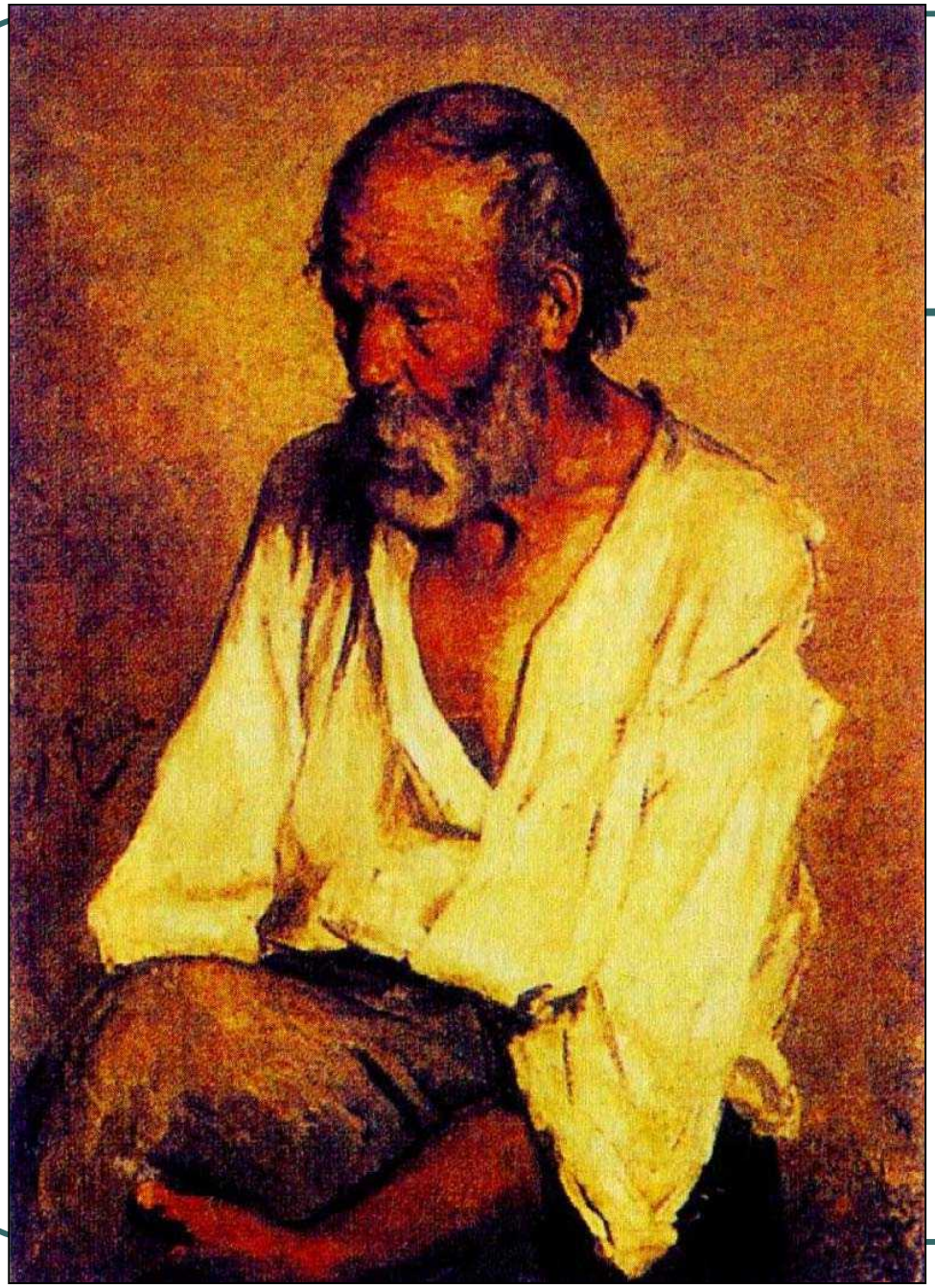
- 診斷主要依據上述症狀。但由於相似症狀可見於多種其他疾病，應注意鑒別。
- 首先要排除軀體和腦器質性疾病，其次要考慮憂鬱症與精神分裂症，最後還要與其他精神官能症相區別。

夜色中的國王

魯奧

油畫

20世紀



沉思的農夫

畢卡索

油畫

1895年

神經衰弱診斷和軀體疾病鑒別診斷 ：

- **軀體疾病**　慢性感染、結核、慢性中毒、內分泌代謝病等均可伴發神經衰弱症狀，經過仔細檢查，不難發現軀體患病的證據。

神經衰弱診斷和腦部疾病鑒別診斷 ：

- **腦部疾病**　腦動脈硬化、腦外傷與腦炎早期或程度較輕時，常表現神經衰弱症狀。神經檢查與影像輔助檢查，可發現腦器質性病變證據。

神經衰弱診斷和憂鬱症鑒別診斷 ：

- **憂鬱症**　鑒別診斷常有困難，特別是隱匿性憂鬱症患者，常被誤診為神經衰弱。主要因為兩者有許多症狀類似，如失眠、疲乏和各種軀體不適感，軀體檢查也均無相應陽性體徵。
- 對憂鬱症患者深入探詢，常能發現心境不佳、憂鬱悲觀、自責自罪，甚至可有消極自殺的意念。早醒常為憂鬱症睡眠障礙的特點。
- 有些憂鬱症患者症狀可有晨重夜輕的節律性波動。病程可有周期性緩解。
- 因此，只要對憂鬱症的可能性保持警惕，深入檢查，可以鑒別。

神經衰弱診斷和精神分裂症及其他神經症鑒別診斷 ：

- **精神分裂症**　精神分裂症早期，尤為單純型，往往有類似神經衰弱表現，但患者對其疾病常抱無所謂態度，無迫切求治要求，訴述常不主動。進一步了解可發現患者已有顯著性格改變，行為怪僻，情感淡漠。還有些精神分裂症患者可有聯想障礙、幻覺或妄想。
- **其他神經症**　常須與焦慮症鑒別。

精神官能症中醫的病因病理（1）：

- 在中醫學中，沒有“精神官能症”一詞。
- 但早在《金匱要略》中，已有類似精神官能症症狀的描述，並分別稱謂「梅核氣」、「臟躁」、「奔豚氣」、「虛勞」、「驚悸」等症。
- 此外，中醫的「不寐」、「善忘」、「頭痛」、「耳鳴」、「鬱症」、「心悸」、「不寐」、「健忘」、「厥證」、「百合病」等病證，多有類似精神官能症的描述。

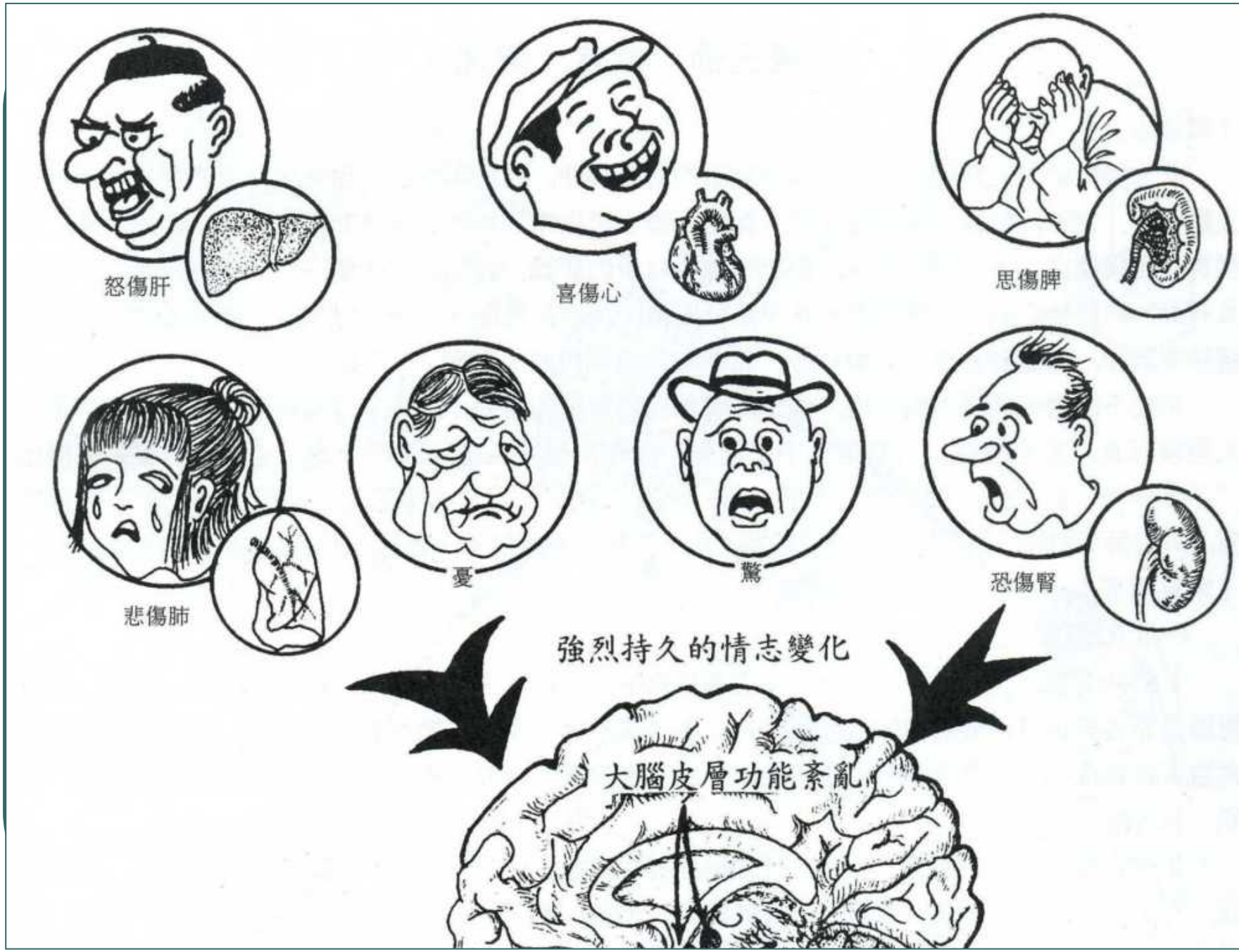
精神官能症中醫的病因病理（2）：

- 中醫認為精神官能症的發病多由情志因素或體質衰弱所致。兩者均可導致臟腑虧虛，使五臟所藏之神不安而見本病諸症。五臟虧損，陰陽失調，故本病常延擱時日，日久不癒或反覆發作。
- **現扼要介紹如下：**

精神官能症中醫的病因病理（3）：

- **五志過極**

本病的發生與患者的個性及情志變化關係極大。多愁善感，孤僻，沉默憂鬱者居多，若又遇情志過激等情志因素則極易發病。元神受損，必致人體臟腑功能失調。心神受損，心氣虛則不能斂神，心血虧則無以制火。肝氣鬱則肝失條達，或成肝鬱化火之候；氣鬱陰津失布則成痰，痰氣交阻。憂思煩惱傷心脾，導致心脾不足。精神過度緊張，或“恐傷腎”，導致腎氣虧虛，由於心、肝、脾、腎諸臟功能失調和虧虛，以及它們之間的相互影響，故表現為全身不適、症狀多種多樣。


怒傷肝
喜傷心
思傷脾
悲傷肺
憂
驚
恐傷腎
強烈持久的情志變化
大腦皮層功能紊亂

精神官能症中醫的病因病理（4）：

- **勞逸失調**

過勞則傷氣耗精，過逸則氣血壅滯。勞逸無度，則氣血難以充養五臟。《靈樞・本神篇》指出：“五臟主藏精也，不可傷，傷則失守而陰虛，陰虛則無氣，無氣則死矣”。五臟精氣不足，則五臟所藏之神不安。正如《靈樞・本神篇》中所述：“肝氣虛則恐，實則怒”，“心氣虛則悲，實則笑不休”。五臟所藏之神不同，損及何臟，乃見何證。如用腦過度，久則傷腎，腎精不足，可見頭暈、耳鳴、健忘、失眠、乏力、易疲勞等症。

精神官能症中醫的病因病理（5）：

- **病後失養**

  歷經大病，邪正交爭之後，邪氣消退、正氣耗損。若失於調養，則氣血虧虛，陰陽失調，五臟之精得不到補償，故五臟之不安。初病在一臟，如腎虛多驚恐，心虛則悲泣，日久則傳變，或子病及母，或相克、相侮，以致兩臟同病，症狀複雜。

對於精神官能症、中醫的治療優勢及中、西醫相互配合之問題（之1）：

- 從整體上來講，西醫治療精神官能症效果不太理想。原因是對其發病機理尚未完全闡明。因而治療本病的辦法大多是對症而非對因。即使是對症治療，又因本病症狀太多，故而難以顧全，效果較差。
- 但是，西醫對某些靶症狀的治療，短時效果甚佳。如一些鎮靜安眠藥，對那些因強烈精神因素所致的短期、一過性失眠，作用快，療效較好，同時服用方便。但這類藥的副作用也很明顯。

對於精神官能症、中醫的治療優勢及中、西醫相互配合之問題（之2）：

- 中醫治病是整體觀念，辨證施治。通過綜合分析，辨證處方，標本兼顧，不僅治主症，也治兼症。這對於症狀繁多的神經官能症較為適宜，療效往往勝過西醫藥。加之中醫方劑配伍嚴謹，一般無副作用，能長期應用。
- 但是中藥起效慢，作用不夠集中，有時對某些靶症狀的專一性不夠。

對於精神官能症、中醫的治療優勢及中、西醫相互配合之問題（之3）：

- 在治療精神官能症時，一般可以以中醫辨證施治為主。在某些個別症狀短期內特別嚴重時，個人並不反對短時地讓患者看西醫精神科用西藥配合治療。例如嚴重失眠時，病患可能也同時服用西藥安眠藥。但是即使對作用較溫和的西藥，也不應該讓病人長期服用，因此類西藥副作用常較多。
- 中醫治療本病尚受到中藥劑型的限制，如病人不願煎藥以及湯劑服用不方便等，雖然有丸劑、錠劑及科學中藥，服用方便，但效果似比湯劑差。

證候與治療

方劑組成請參閱

《中醫內科治療手冊》

中華民國傳統醫學會出版

1. 肝鬱化火型　多見於焦慮症、強迫症、歇斯底里症等。

- （1）軀體症狀：凹A. 頭痛，眩暈，或面紅目赤；凸B. 口苦咽乾，胸脅脹痛，便秘；凹C. 舌邊尖紅，苔黃；凹D. 脈弦或弦數。
- （2）精神症狀：凹A. 情緒不穩，煩躁緊張，易激惹；凸B. 肢體癱瘓，暴聾，暴盲，意識障礙；凹C. 失眠多夢，易醒；凹D. 肌肉緊張，痲木，震顫。

□用藥

- 天麻鉤藤飲和瀉青丸合方。

2. 肝鬱脾虛型　多見於憂鬱性精神官能症、神經衰弱、慮病症、強迫症等。

- （1）軀體症狀：ㄩㄢ A. 眩暈，食慾不振，便溏；ㄩㄣ B. 胸脅滿悶，腹脹，月經不調；ㄩㄥ 舌質暗淡，舌苔白膩；ㄩㄝ C. 脈弦細。
- （2）精神症狀：ㄩㄢ A. 情緒低落，煩悶；ㄩㄣ 失眠，難以入睡；ㄩㄥ B. 多疑，注意力不集中，梅核氣；ㄩㄝ C. 強迫思慮。

□用藥

●逍遙散和越鞠丸合方加合歡。

●柴胡疏肝湯。

●抑肝散。

■梅核氣，加：

★半夏厚朴湯。

3. 心脾兩虛型　多見於神經衰弱，恐慌症、憂鬱性精神官能症、歇斯底里症等。

- （1）軀體症狀：ㄩㄢ A. 心悸，乏力；ㄩㄡ B. 納差，腹脹或便溏；ㄩㄧ C. 舌質淡，舌邊尖有齒痕，舌苔薄；ㄩㄝ D. 脈沉細弱。
- （2）精神症狀：ㄩㄢ A. 精神不振，多思多慮；ㄩㄡ B. 失眠，多夢，易醒或多寐；ㄩㄧ C. 健忘；ㄩㄝ D. 膽怯，驚恐不安，附體妄想。

□用藥

●歸脾湯。●養心湯。

■心悸健忘，加膽星、菖蒲。

■頭暈較甚，加枸杞子，旱蓮草。

■失眠較重，加五味子、夜交藤、合歡。

● （養心湯方內有五味子）。

■驚悸不安者，加珍珠母、牡蠣。

■胸悶悶脹，舌苔膩者，可加：★二陳湯。★溫膽湯。

4. 肝腎陰虛型　可見於各種精神官能症。

- （1）軀體症狀：ㄩㄢ A. 五心煩熱，盜汗，心悸或耳鳴；ㄩㄡ B. 腰酸腿軟，遺精，月經不調；ㄩㄧ C. 舌紅或舌尖紅，少苔或剝苔；ㄩㄝ 脈細數或沉細。
- （2）精神症狀：ㄩㄢ A. 情緒不穩，煩躁，易怒，驚恐，悲泣；ㄩㄡ B. 虛煩不眠，多夢；ㄩㄧ C. 健忘，多疑；ㄩㄝ D. 肢體抖動，抽搐或強迫行為。

□用藥

●滋水清肝湯。

■躁擾不眠重者，加：

★黃連阿膠湯。

■驚恐不安者，加珍珠母，磁石。

■婦女月經失調者，加香附、益母草。

5. 陰虛火旺型　可見於各種精神官能症。

- （1）軀體症狀：[illegible]A. 頭痛頭暈；[illegible]B. 咽乾少津；[illegible]C. 五心煩熱；[illegible]D. 腰痠夢遺；[illegible]E. 舌質紅，脈細數。
- （2）精神症狀：[illegible]煩躁易怒；[illegible]難寐多夢；[illegible]心悸怔忡。

□用藥

●天王補心丹。

■若心火亢盛而陰虛較不明顯者，可配服：

★硃砂安神丸。

6. 脾腎陽虛型　多見於神經衰弱、憂鬱性精神官能症、恐慌症等。

- （1）軀體症狀：㘝形寒，畏冷或納差，腹瀉；㘝性慾減退，陽痿或月經不調；㘝舌質淡，舌體胖，舌苔水滑；㘝脈沉，遲，弱。
- （2）精神症狀：㘝精神萎靡，倦怠，少動；㘝多臥少眠，易醒；㘝膽怯，恐懼；㘝興趣減低，健忘。

□用藥

- 附子理中湯。
- 右歸丸和理中湯合方。

7. 如果能有意識的針對本病的某些主症進行治療，有時能取得較好的治療效果。現舉本病若干主症的治療方法如下：

（1）頭痛

- 本病之頭痛，以虛為多。頭痛痛勢較緩，時作時止，多為脹痛、緊壓感，且以血虛為多。

□用藥以養血熄風止痛，常用：

●四物湯加減。

■若血虛有寒，可重用當歸。

■若血虛有熱，則少用當歸，或去當歸不用，改丹參用之。

■引經藥：

A. 後頭痛連及頸項，加葛根、羌活。

B. 前額痛加白芷。

C. 兩側頭痛加柴胡。

D. 巔頂痛牽連目系者，加吳茱萸。

（2）失眠

□用藥

- ●陰虛血少者：天王補心丹。
- ●陰虛火旺者：硃砂安神丸。
- ●心脾兩虛者：歸脾湯。
- ●心氣不足者：養心湯。
- ●心腎不交者：交泰丸。

（3）嗜睡　以氣虛、脾虛兼濕為多。

□用藥

- ●脾肺氣虛者：補中益氣湯。
- ●心脾兩虛者：歸脾湯。
- ●脾虛兼濕者：★參苓白朮散。
  ★香砂平胃散。

（4）焦慮

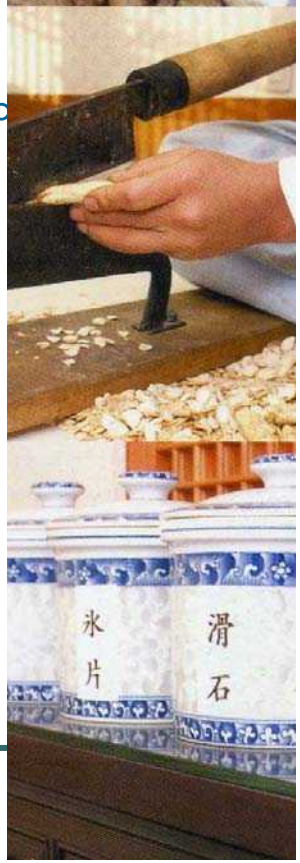
□用藥

- ●陰虛血燥者：甘麥大棗湯。（潤法）
- ●氣滯痰鬱者：癲狂夢醒湯。（舒法）

（5）憂鬱

□用藥

- ●肝氣鬱結：★六鬱湯。★柴胡疏肝湯。★抑肝散。★逍遙散。
- ●肝血瘀滯者：血府逐瘀湯。
- ●心脾虧虛者：歸脾湯。
- ●脾腎陽虛者：附子理中湯。



（6）歇斯底里

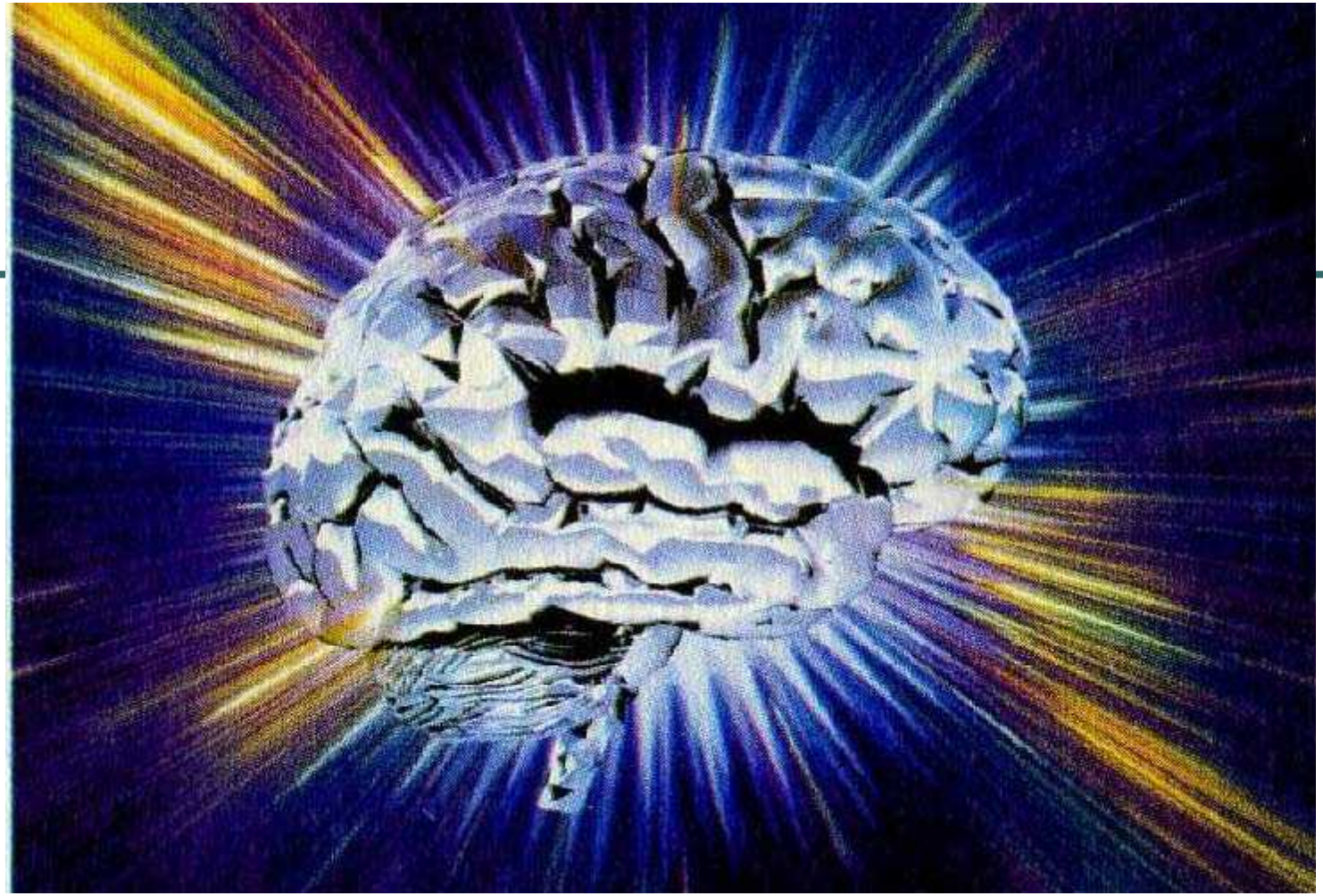
□用藥

●癲癇樣發作：滌痰湯加全蝎。

●歇斯底里性睡眠或木僵：越鞠丸和四七湯合方。

●哭笑無常，精神恍惚，不能自主。（臟躁）：甘麥大棗湯。

●歇斯底里性失明、失音、耳聾、癱瘓、感覺缺失等：百合地黃湯和甘麥大棗湯合方。



- 面對精神官能症也應弄清楚大腦的功能及對人的行為、思維和情感的影響。

天使之聲

布格霍

油畫

1881年

謝謝聆聽