

# 门诊森田疗法在神经症治疗中的疗效分析

云维生<sup>1</sup>, 李俊清<sup>1</sup>, 姜长青<sup>2</sup>

(1. 北京市顺义区精神病疗养院, 北京 101300; 2. 首都医科大学附属北京安定医院, 北京 100088)

【摘要】 目的:探讨门诊森田疗法对神经症患者的治疗效果,为神经症的门诊治疗提供依据。方法:按 CCMD-III 及森田神经质症标准诊断筛选患者,以门诊的方式实施森田疗法,并于治疗前、中、后分别施测 SCL-90、SAS 和 SDS。结果:根据疗效判定结果,100 例患者中,29 例治愈,37 例好转,总有效率为 66.00%。SCL-90、SDS 及 SAS 自觉症状的评分也有明显的改善。结论:门诊森田疗法是治疗神经症的有效方法,尤其是选择适当的临床类型疗效较佳。

【关键词】 森田疗法;神经症;门诊治疗

中图分类号: R395.5 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2005)01-0109-02

## The Effect of Non-hospitalized Morita Therapy for Neurotic Patients

YUN Wei-sheng, LI Jun-qing, JIANG Chang-qing

Shunyi Mental Hospital, Beijing 101300; Beijing Anding Hospital, Beijing 100088, China

【Abstract】 **Objective:** To investigate the efficacy of non-hospitalized Morita therapy for neurotic patients and provide basic information for treating neurotic patients. **Methods:** 100 out-patients with neurosis (according to CCMD-III neurosis diagnostic criteria) were treated with Morita therapy. The clinical responses and efficacy were evaluated by SCL-90, SAS and SDS before, during and after treatment. **Results:** There were 29 patients cured and 37 patients improved. The total efficacy rate was 66%. The scores of self-feeling symptoms of SCL-90, SDS and SAS were significantly decreased. **Conclusion:** The non-hospitalized Morita therapy is effective to neurotic patients and the efficacy will be better especially if some clinical types to use are selected.

【Key words】 Morita therapy; Neurosis; Non-hospitalized treatment

森田疗法是源于日本的心理疗法,本疗法是治疗神经症,特别是所谓森田神经质症的一种较为有效方法,据日本报道有效率可达 50~70%<sup>[1,2]</sup>。我国自 80 年代末期开始有人应用森田疗法治疗神经症,并取得了一些疗效<sup>[3,4]</sup>。然而,有关森田疗法在我国的应用报告主要是使用住院疗法,门诊疗法报告不多。我们于 2001 年 12 月起在门诊试用此疗法,以其分析门诊森田疗法治疗神经症的疗效、适应症及有关影响因素等,现将我们经治的 100 例门诊神经症患者的疗效分析报告如下:

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

病例选自 2001 年 12 月至 2003 年 12 月间来我院门诊就诊的神经症患者,所有病例均符合 CCMD-III (2001)神经症诊断标准及森田神经质症的标准<sup>[5,6]</sup>。

100 例神经症患者中,恐怖症 38 例,焦虑症 11 例,强迫症 11 例,疑病症 10 例,神经衰弱 18 例,混合型神经症 12 例、病程 6 个月至 10 年,平均 3.45 年。100 例神经症患者中,男 52 例,女 48 例;年龄 17~56 岁,以 20 岁至 35 岁居多占 68%;职业为干部 23 例,工人 21 例,工程技术人员 19 例,教师 16 例,职员 12 例,学生 6 例,无业 2 例,退休 1 例;文化程

度初中及初中以下 18 例,高中 42 例,大学及研究生 40 例;婚姻状况:已婚 64 例,未婚 36 例。

### 1.2 治疗方法

本研究采用门诊森田疗法治疗,主要指导患者阅读高良武久所著《森田心理疗法实践》、长谷川等所著《行动转变性格》、森田正马所著《神经质的实质与治疗》这三本书<sup>[6-8]</sup>。要求患者每日写日记,门诊安排个别面谈,每周一次,2~3 个月为一个疗程。

1.2.1 治疗要则 ①弄清症状的本质,劝导患者改变对症状的态度,“忍受痛苦,为所当为”。②指导患者接受自己的症状,不向亲友谈症状,应该敢于正视事实,接受事实,病若无法解脱,不如直接去接受它,要实行克制自我的生活态度。③恐怖症病人不应回避恐怖对象,要“顺应自然”,在接受症状、烦恼的同时发挥“生的欲望”的积极行动,打破精神交互作用。④向患者解释神经质症的发生机制,指出要有好的情绪,唯有施展自己的才能,去尽到一个社会成员的责任,实际行动是转移注意的最佳途径。

1.2.2 疗效判定 临床疗效判定:根据高良武久氏疗效标准<sup>[6]</sup> ①痊愈:症状彻底消除或仅轻微存在,完全可适应社会及家庭生活;②好转:症状存在,对社会及家庭生活造成轻微的障碍;③无效:症状存在,对社会及家庭生活造成很大的障碍或完全不能

进行正常的社会及家庭生活。症状评定量表:病人在治疗前、中及治疗结束后,分别填写症状自评量表(SCL-90)、焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),作为自觉症状严重程度和疗效判定的参考标准。

## 2 结 果

### 2.1 临床疗效

经治的 100 例神经症患者,治愈 29 例(占 29.00%),好转 77 例(37.00%),总有效率为 66.00%。各临床亚型疗效见表 1。

表 1 治疗组、对照组临床类型及治疗效果

	例数	治愈	好转	无效	有效率(%)
恐怖症	38	16	15	7	81.58
焦虑症	11	5	3	3	72.72
疑病症	10	3	3	4	60.00
强迫症	11	1	3	7	36.36
神经衰弱	18	3	8	7	61.11
混合型神经症	12	1	5	6	50.00
合计	100	29	37	34	66

表 2 治疗前中后 SCL-90、SAS 和 SDS 评分分析表

	治疗前 $\bar{X} \pm SD$	治疗中 $\bar{X} \pm SD$	治疗后 $\bar{X} \pm SD$	ANOVA $F$
躯体化	16.57±9.75	9.03±6.70	5.82±5.85	15.18*
强迫症状	20.56±8.50	10.47±5.94	6.63±4.27	40.14*
人际关系敏感	7.15±6.88	8.69±4.97	5.70±4.78	32.34*
抑郁	20.03±10.99	13.00±4.46	6.23±4.70	22.44*
焦虑	15.82±7.75	9.62±6.21	5.99±5.95	16.04*
敌对	7.02±5.20	5.49±3.96	2.65±2.99	8.28*
恐怖	12.44±5.31	7.73±5.03	4.25±3.42	22.55*
偏执	7.40±4.64	5.91±4.03	3.93±3.90	4.98*
精神病性	11.89±7.72	7.51±4.15	2.57±1.55	23.88*
其它	9.61±4.41	6.03±3.71	4.19±3.45	4.65*
总分	138.50±51.75	83.50±36.63	46.75±22.13	141.14*
SAS	40.69±8.59	30.88±5.11	29.75±6.57	22.01*
SDS	44.44±10.07	32.94±6.77	28.88±6.75	29.39*

注: \* $P < 0.01$

### 2.2 症状改善情况

100 例神经质症患者中,60 例具有完整的症状评定量表资料,其中恐怖症 32 例,焦虑症 9 例,疑病症 6 例,混合型神经症 5 例,强迫症和神经衰弱各 4 例。本组病例治疗前中后的 SCL-90、SAS 及 SDS 评分,经方差分析均有统计学差异( $P < 0.01$ )。见表 2。

## 3 讨 论

在临床实践中,深感对神经症,尤其是强迫症、疑病症、神经衰弱、不典型神经症的治疗甚为棘手,故萌发试用门诊森田疗法治疗神经症的临床研究。我们经治的 100 例神经症患者在治疗前症状都比较严重,均对其正常的工作、学习和生活造成程度不同的影响,而且大部分是经过多方求治无效,怀着近乎绝望的心情进入精神病院治疗的。这 100 例患者,每位患者实施治疗前进行 SCL-90、SAS、SDS 量表评分,治疗 4~6 周进行第二次评分(治疗中),治疗 8~12 周进行第三次评分(治疗后),经过我们 2~3 个月的门诊森田治疗,有 29 例治愈(占 29.00%),37 例好转(占 37.00%),总有效率为 66.00%,基本接近日本的治疗效果<sup>[1,2]</sup>,同时高于单纯使用药物的治疗效果<sup>[9]</sup>。从症状评定量表可见,SCL-90 总分、各因子分,以及 SAS 和 SDS 量表评分在治疗中后期均比入组时有明显改善,说明门诊森田疗法治疗神经症有较满意的疗效。而且森田疗法不需服药,无任何副作用,其治疗效果是对一个人人生的改变,故森田疗法与药物治疗相比有着明显的优点。

门诊森田疗法是每周接受一次森田式生活指导,记日记。根据森田的理论,指导患者把固着于自身的精神能量改变方向,使之从内向外,这是治疗的原则,而“顺其自然”地接受自己的情绪是治疗的核心<sup>[6]</sup>。在治疗中,我们首先向患者解释森田疗法的理论,尤其是几个基本概念,如疑病素质、生存欲望、精神交互作用、顺其自然等;接着结合患者个人的具体情况,分析其性格特征以及与神经症形成的关系,并分析精神交互作用在发病中的重要作用,以便使其正确认识自己的疾病,心理上得到安慰;最后指导患者接受自己的症状,放弃对症状的排斥,养成“顺其自然”的生活态度,并指导患者充分发挥“生的欲望”,去尽到一个社会成员的责任,从而切断精神交互作用,达到治疗的目的。

经治的 100 例患者中,有 10 例 1~2 次治疗后缺乏信心而脱落,另 5 例虽坚持治疗,但对森田理论理解不深,疗效不佳。疗效不佳者多见于文化水平较低者,如初中以下文化者无一例显效,但疗效与婚姻状况、职业特点关系不大。根据疗效判定结果,门诊森田疗法以对恐怖症和焦虑症治疗效果满意,神经衰弱和疑病症次之,而强迫症和混合型神经症疗效欠佳,提示疗效与神经症类型的不同有一定的关系,对于疗效欠佳的强迫症 3 例,混合型神经症 2 例难治患者,转入某市属医院进行绝对卧床的森田住院治疗,经随访却收到了明显治疗效果,说明如何选择适当的神经症类型患者,安排门诊治疗更为恰当。

(下转第 113 页)

所获得的好处、所需要成本以及所承担的额外风险(例如联合治疗与单独 CBT 相比,可能增加了药物不良反应和产生药物依赖的风险)进行分析,因此目前无法得到确定的结论,需要进一步研究。

## 参 考 文 献

- Mavissakalian MR, Perel JM. Duration of imipramine therapy and relapse in panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychopharmacol*, 2002, 22: 294-9
- Stein MB, Ron Norton G, Walker JR, et al. Do selective serotonin re-uptake inhibitors enhance the efficacy of very brief cognitive behavioral therapy for panic disorder? A pilot study. *Psychiatry Res*, 2000, 94: 191-200
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2000, 283: 2529-36
- Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H, et al. Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *Br J Psychiatry Suppl*, 1998, 35: 71-8
- O'Connor K, Todorov C, Robillard S, et al. Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Can J Psychiatry*, 1999, 44: 64-71
- Loerch B, Graf-Morgenstern M, Hautzinger M, et al. Randomised placebo controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry*, 1999, 174: 205-12
- van Balkom AJ, de Haan E, van Oppen P, et al. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*, 1998, 186: 492-9
- Otto MW, Pollack MH, Meltzer-Brody S, et al. Cognitive-behavioral therapy for benzodiazepine discontinuation in panic disorder patients. *Psychopharmacol Bull*, 1992, 28: 123-130
- Bruce TJ, Spiegel DA, Gregg SF, et al. Predictors of alprazolam discontinuation with and without cognitive behavior therapy in panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1995, 152: 1156-60
- Bruce TJ, Spiegel DA, Hegel MT. Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *J Consult Clin Psychol*, 1999, 67: 151-6
- Whittal ML, Otto MW, Hong JJ. Cognitive-behavior therapy for discontinuation of SSRI treatment of panic disorder: a case series. *Behav Res Ther*, 2001, 39: 939-45
- Schmidt NB, Wollaway-Bickel K, Trakowski JH, et al. Antidepressant discontinuation in the context of cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Behav Res Ther*, 2002, 40: 67-73
- Kampman M, Keijsers GP, Hoogduin CA, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63: 772-7
- Kampman M, Keijsers GP, Hoogduin CA, et al. Addition of cognitive-behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine. *Acta Psychiatr Scand*, 2002, 106: 314-9
- Otto MW, Pollack MH, Penava SJ, et al. Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacotherapy for panic disorder: a clinical case series. *Behav Res Ther*, 1999, 37: 763-70
- Pollack MH, Otto MW, Kaspi SP, et al. Cognitive behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1994, 55: 200-5
- Simpson HB, Gorfinkle KS, Liebowitz MR. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry*, 1999, 60: 584-90

(收稿日期:2004-06-18)

(上接第 110 页)

## 参 考 文 献

- 大原健士朗,大原浩一.森田疗法.世界保健通讯社,大坂: 1990. 56-58
- 郝伟,等.当代的森田疗法.国外医学精神病学分册. 1991, 18 (3): 136-141
- 李振涛,靳陶聪.住院森田疗法治疗神经症.中国心理卫生杂志, 1988, 2(5): 205-208
- 仇一夫,等.住院式森田疗法治疗 66 例神经症——合并用药的对照研究.中国心理卫生杂志, 1998, 12(6): 361-362
- 中华医学会精神科分会编.中国精神障碍分类与诊断标准(第三版).山东科学技术出版社,济南,2001.103-114
- 高良武久.森田心理疗法实践——顺应自然的人生学.北京:人民卫生出版社,1989,39-61
- 长谷川洋三.行动转变性格.北京:人民卫生出版社, 1992.57-62
- 森田正马.神经质的实质与治疗.北京:人民卫生出版社, 1992.46-73
- 路英智.门诊森田疗法与药物治疗神经症的对照研究.中国心理卫生杂志, 1994, 8(6): 265-266

(收稿日期:2004-07-21)