

恐惧症的研究综述

沈珂瑶

延安大学教育科学学院 陕西延安 716000

摘要：恐惧症是一种以过分或不合理地惧怕外界某种客观事物或情景为主要表现的神经症。恐惧症是比较普遍的心理疾病，世界上有近10%的人口都患有恐惧症，且女性比男性更容易患病。目前的有关研究注重社交恐惧症和一些特殊恐惧症的症状表现和治疗手段，但缺乏对恐惧症的概念界定诊断标准和形成原因的综合论述。本文将从恐惧症的概念界定、症状表现、形成原因、诊断标准和治疗方法等方面对恐惧症进行了综述。

关键词：恐惧症；症状表现；形成原因；诊断标准；治疗手段

一、恐惧症的界定

恐惧症全称恐惧性神经症，是一种以过分和不合理地惧怕外界某种客观事物或情景为主要表现的神经症^[1]。病人明知这种恐惧反应是过分的或不合理的，但在相同场合下仍反复出现难以控制。当恐惧发作时，患者往往伴随着明显的焦虑情绪和自主神经的症状。为避免或减轻恐惧，患者常常选择极力回避那些令他们恐惧的客观事物或情境，或是带着畏惧的心情去忍受，因而影响其正常活动。

现代恐惧症的概念起源于19世纪德国医生C. Westphal的专著，他首次对恐惧症病例进行了详尽的描述，并创造了相关的术语，为之后恐惧症命名奠定了基石^[2]。然而，随着医学研究的深入，恐惧症的分类与定义也在不断调整与演化。恐惧症被重新定位为焦虑障碍的一种，而不再是传统的神经症。DSM-5进一步将恐惧症细分为广场恐惧症、社交恐惧症以及特定恐惧症，这种分类方式凸显了恐惧症在不同场合与对象下的多样性表现。在国际层面，国际疾病分类第十版（ICD-10）则将恐惧症称为恐怖性焦虑障碍，反映了其在焦虑谱系中的重要位置。ICD-10更认为神经症与应激障碍存在紧密的联系，因此将二者合并为“神经症性、应激相关的及躯体形式障碍”。在这种分类框架下，“神经症”这一术语被淡化，取而代之的是更为细致的“神经症性”描述。相较之下，中国的精神疾病分类第三版（CCMD-3）则坚持了传统的神经症分类体系。在CCMD-3中，广场恐怖与其他恐怖症依然被归类于恐怖症之下，同时被视为神经症的一种^[3]。CCMD-3详细地将恐怖症划分为场所恐怖症、社交恐怖症（又称为社交焦虑症）以及

特定恐怖症三种类型，这种划分方式对理解和研究不同类型的恐惧症提供了有力的依据。

二、恐惧症的症状表现与诊断

恐惧症，以恐惧症状为核心，呈现出一系列鲜明的临床表现。患者不仅对特定客体或环境持有强烈的恐惧感，还伴随有明显的回避行为。发作时，植物神经症状明显，尽管患者认识到这种恐惧是不必要或过分的，但仍难以自控。根据其不同分类，以下进行了详细阐述。

（一）广场恐惧症

广场恐惧症又称场所恐惧症，它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。

广场恐怖症的临床表现有三个特点：①焦虑症状，在公共场所，患者担心在没有亲友的陪同下，失去自控无法离开。很多病人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，是广场恐怖症的一个重要特征^[4]。

在DSM-5中对广场恐惧症提出了九条诊断标准，并注明无论是否存在惊恐障碍都可以诊断为广场恐惧症，这与DSM-IV提出的广场恐惧症特指没有惊恐障碍病史的一类障碍不同，和CCMD-3的诊断标准相同。

（二）社交恐惧症

社交恐惧症也被称为社交焦虑障碍，表现为对特定或多种人际情境产生长期的强烈恐惧和回避。恐惧的对

象可以是一个人或某些人，也可以是除了某些特别熟悉的亲友之外的所有人。与特殊恐怖症相比，社交恐惧症害怕的社交情境往往不易回避，因此社交恐惧症对个人生活的影响往往更为明显。

社交恐惧症常起病于少年或成年早期，较场所恐惧症起病年龄为早。主要表现为害怕处于人多的公共场合，害怕当众说话或表演，害怕当众进食，当众写字时控制不住手发抖，或在社交场合结结巴巴不能作答。社交恐惧症根据恐惧对象的不同，细分为赤面恐惧、对视恐惧、对人恐惧、异性恐惧等^[5]。社交恐惧症患者除了焦虑和害怕外，还有心慌、震颤、出汗、恶心、尿急等植物神经功能症状。除了心理上的焦虑和畏惧，社交恐惧症患者还可能经历一系列植物神经功能症状，如心慌、震颤、出汗、恶心和尿急等。对于病情严重的患者，极度紧张时甚至可能诱发惊恐发作。

关于社交恐惧症的诊断标准，DSM-5和CCMD-3的区别不大。DSM-5提出了十条诊断标准，并特别强调这种害怕、焦虑或回避持续至少6个月，并且在诊断时要注意鉴别表演型社交焦虑障碍。

（三）特殊恐惧症

特殊恐惧症又称单纯恐惧症，它涉及对某种具体物体或情境的不合理恐惧，这种恐惧感强烈而不合逻辑。最常见的恐惧对象包括：某些动物、昆虫、登高、雷电、黑暗、坐飞机、外伤或出血、锐器，以及特定的疾病，等等。DSM-5中根据恐怖刺激源编码：动物型（如：蜘蛛、昆虫、狗）、自然环境型（如：高处、暴风雨、水）、血液-注射-损伤型（如：针头、侵入性医疗操作）、情境型（如：飞机、电梯、封闭空间）其他（可能导致哽咽或呕吐的情况，儿童则可能表现为对巨响或化妆人物的恐惧）。

DSM-5中提出的诊断标准有七条，并根据恐惧刺激源进行编码。并标注出，对于个体来说，有多个特定恐惧症是常见的，有特定恐惧症的个体，害怕超过1种物体或情景。对多个特定恐惧症的诊断，每一个都需要自己的诊断编码以反应特定的恐惧症刺激源。

三、恐惧症的成因

（一）遗传因素

恐惧症在家族中具有遗传倾向。据一项调查揭示，患有恐惧症的一级亲属，其罹患恐惧症的可能性是那些非恐惧症的一级亲属的3-4倍。在Fyer医生的研究中，得到了进一步印证：近亲患有恐怖症的患者占比约为

28%，相比之下，无恐怖症的控制组被试的近亲恐怖症发生率仅为10%^[6]。特别值得注意的是，在血液和注射恐惧症患者中，这种遗传倾向更为明显，其一级亲属的患病率高达64%，远超普通人群的3%-4%。研究人员推测，这类恐惧症的发病与特定的强烈血管-迷走反射密切相关，而这种反射与恐惧情绪之间的紧密联系往往是通过遗传获得的。对于社交恐惧症的研究结果亦表现出相似的趋势：患者一级亲属中，有16%的人符合社交恐惧症的诊断标准，而在没有任何精神障碍的个体的一级亲属中，这一比例仅为5%^[7]。这些发现进一步强调了恐惧症在家族中的遗传倾向。

（二）神经生化因素

在恐惧症的神经生化研究方面，目前国内外尚显不足。据Nutt DJ等人（1998）的研究，社交恐惧症患者在5-羟色胺与多巴胺的功能上存在失调。具体来说，焦虑障碍中至少涉及两条功能相反的5-羟色胺通路：一条促进条件性恐惧，从背侧中缝核至杏仁核和额叶皮质；另一条抑制非条件性恐惧，从背侧中缝核至导水管周围灰质。在这两条通路中，上行通路的5-羟色胺具有致焦虑作用，而下行通路则具有抗焦虑作用。此外，利用左旋多巴标记的药理学探针研究发现，胞突触后部位的5-羟色胺功能出现异常。同时，社交恐惧症患者多巴胺功能降低，纹状体部位的多巴胺含量减少^[5]。这些发现为理解恐惧症的发病机理提供了重要线索，但仍有待于进一步的研究探索。

（三）心理社会因素

在心理因素方面，心理分析理论认为，恐惧是人出于本能的自我保护的防御机制。这种本能旨在避免被无意识的冲动所控制，恐惧感便通过置换的方式，投影到某些外部对象或情境中。虽然这些对象或情境同样能引发焦虑和冲动，但它们通常是可以避免或逃离的。相比之下，行为主义理论则主张所有行为都是学习的产物。恐惧反应也不例外，它能通过条件反应逐渐建立起来，这一点在小阿尔伯特的恐惧反应实验中得到了验证。换言之，恐惧症的形成是情境与恐惧刺激多次同步出现的结果，导致个体对特定情境产生了条件反射性的恐惧反应。

社会环境的多样性和复杂性，以及教育方式的失当，均为恐惧症的主要社会诱因。Swanson（1986）的研究显示恐怖症与家庭结构、父母教养方式、父母的文化程度以及儿童的出生次序等有密切关系^[8]。其研究还显示，

不同种族、不同文化程度的群体，其恐怖症的发病率也存在差异。值得注意的是，这些群体在恐惧的内容和表现形式上也呈现出独特的特点，进一步印证了恐怖症与社会文化因素的紧密联系^[8]。

四、恐惧症的治疗

针对广场恐怖症的治疗，目前较多采用的方法有两种，分别为心理治疗、药物治疗，按患者的病情轻重可独立或合并使用^[8]。

（一）心理治疗

心理治疗，这一治疗方式深深植根于心理咨询和众多心理治疗技术流派，为恐怖症患者提供了一线生机。治疗的核心目的在于驱散患者心中的预期焦虑，勇敢鼓励其重新踏入那些曾让他们恐惧的场所，实现心灵的解放与超越。

心理分析疗法在治疗恐怖症时，采用“精神分析”的顿悟手段，运用自由联想技术，引导患者深入探索并回忆过去被遗忘的创伤体验，也就是那些原始的冲突。这一过程将患者的原始冲突再现在其现今的意识中，使其能够重新理解并领悟。治疗师发掘患者潜意识里的矛盾冲突或导致疾病的情结，将其引入意识层面，在现实原则的引导下，纠正或消除这些问题，从而建立一个健康、正常的心理结构，使疾病得以治愈。

行为疗法的核心理念在于让患者直面引发恐惧情绪的场景，逐步减少对此场景或对象的恐惧。主要的两种行为疗法包括暴露疗法和系统脱敏疗法。暴露疗法又被称为满灌疗法、冲击疗法或泛滥疗法，建立在Foa和Kozak的情绪加工理论基础上。分为实景暴露和想象暴露，不给予患者任何放松训练，让其直接面对最令人恐惧的情况，旨在快速纠正他们对恐惧刺激的错误看法，消除由此类刺激引起的习惯性恐惧和焦虑反应^[9]。而系统脱敏疗法亦称为交互抑制法，主要通过缓慢暴露导致神经症焦虑或恐惧的情境，并借助心理放松状态对抗这些负面情绪，达到消除症状的目的。在应用系统脱敏疗法时，需要按照特定步骤进行。首先，根据患者的情况确定恐惧或焦虑的等级，并进行放松训练。然后，从最轻微的情境开始引导患者想象，反复进行直到不再感到焦虑和害怕。在完成所有等级后，再进行实地适应训练。总的来说，行为疗法的目的在于帮助患者克服恐惧和焦虑，通过暴露和逐步适应的方式，让他们恢复对特定情境的控制感，以实现心理健康和良好的生活品质。

催眠疗法治疗恐怖症是通过催眠者利用心理暗示，

让患者进入一种松弛状态，隔绝外界刺激，降低敏感度，从而帮助患者克服恐惧。在这种状态下，患者更容易接受正面建议，逐渐改变负面信念和行为模式^[10]。催眠疗法的作用并不是让患者丧失意识和控制力，而是用一种特殊的方式引导患者意识到自己的困扰，并在安全的环境下寻找解决办法。通过催眠疗法，患者可以更好地理解和管理自己的恐惧，获得长久的心理健康效果。

认知领域疗法强调人的行为和认知之间的相互影响。换言之，人们的认知可以影响他们的行为，而同时行为也会影响认知。在认知治疗中，关键在于评估和纠正扭曲的认知过程和不当的行为，帮助患者改变他们的行为模式。治疗恐惧症患者时，认知领域疗法需要使用简单易懂的语言，结合患者的生活经验进行解释。需要指出恐惧情绪持续存在的原因在于患者的无意识愿望得不到满足。通过与患者合作设计出新的学习策略，来帮助他们改变不适当的认知、行为和情感过程。认知领域疗法的关键在于帮助患者认识到他们的思维方式和行为模式可能存在问题，并指导他们寻找解决问题的新路径。通过与患者一起评估和调整扭曲的认知，治疗过程中注重引导患者创造积极的认知和行为，以达到心理健康的目标。通过认知领域疗法的实践，患者能够逐渐理解并改变自己的不良认知和行为习惯，使其获得更健康、更积极的心理状态。治疗的过程中，关注患者的认知和情感过程，并通过合适的学习策略来帮助他们走出困境，建立更加健康的心理模式。

森田疗法是从森田教授自己神经症的经历和医疗实践中总结出来的，主要原则是“顺其自然”和“为所当为”^[10]。治疗恐惧症时，首先要让患者了解自己的病情和相关知识，接受症状并以平常心对待。接着，制定合理的生活作息规划，安排一些消耗体力的活动，尽可能过正常的生活。通过这些方式，患者可以逐渐克服恐惧，恢复正常生活。这种治疗方法强调患者要主动参与和配合，需要有坚定的决心和耐心。整个过程并非一蹴而就，但相信有恒心和努力，患者必能摆脱恐惧，重拾生活的乐趣。

（二）药物治疗

恐惧症治疗常采用药物，根据神经生化因素和患者症状进行个体化治疗。

一般常用的药物有：

①单胺氧化酶抑制剂类：有报告苯乙肼对2/3的社交恐惧症患者有效；对广场恐惧症及惊恐发作等均有效。

②选择性5-羟色胺再摄取抑制剂类：如氟伏沙明、舍曲林、氟西汀、帕罗西汀等均对恐惧症有较好疗效。

③苯二氮类：已在临床广泛使用。

④丁螺环酮及 β -受体阻滞剂：如心得安可减轻社交恐惧症的一些反应，缓解焦虑尤其是可增强病人接受认知行为治疗的信心。

国内外的相关研究表明，恐惧症是仅次于抑郁症、酒精依赖，位于第三位的精神障碍，发病时伴有明显的焦虑症状和植物性神经功能障碍，并且共病率比较高，终身患病率在10%以上。发病原因与生理、心理、社会等多重因素相关。目前，对于恐惧症的治疗有心理治疗和药物治疗，尤其是心理治疗取得了不断地发展，如正念呼吸疗法、自悯写作、元认知干预技术等方法。恐惧症会严重影响患者的工作、学习和社交活动，给个人带来巨大困扰和痛苦，也给社会生产造成损失。特别是在当前竞争激烈、跨文化交流增多、大众传媒普及的现代 社会，个人面临着更多的压力和焦虑，患焦虑障碍的风险也随之增加。因此，有必要深入系统地研究恐惧症，探索本土化的治疗方法，提高国民心理素质，提升整体心理健康水平。

参考文献

[1]吴枫, 马欢. 恐惧性神经症[J]. 中国实用乡村医生

杂志, 2006, (01): 6-8.

[2]季益富, 许又新. 对社交恐怖症的临床分析[J]. 健康心理学, 1997, (2): 109-111.

[3]方必基, 梁世忠. 恐怖症诊断标准[J]. 牡丹江医学院学报, 2006, 27(5): 3. DOI: 10.3969/j.issn.1001-7550.2006.05.038.

[4]钱铭怡. 北京大学心理学教材 变态心理学[M]. 北京大学出版社, 2006.

[5]冯斌. 恐惧症的研究进展[C]//浙江省中西医结合学会, 义乌市中医院. 浙江省中西医结合学会精神疾病专业委员会第八次学术年会暨省级继续教育学习班资料汇编. 浙江省立同德医院, 2005: 6.

[6]Hettema, John, M, et al. A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. [J]. American Journal of Psychiatry, 2001.

[7]Chapman T F, Mannuzza S, Fyer A J. Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment[J]. New York, 1995:21-40.

[8]乔万通. 广场恐怖症研究综述[J]. 科教导刊, 2017(7): 3. DOI: 10.16400/j.cnki.kjdx.2017.07.077.

[9]王晓岩. 恐惧症的症状表现及治疗方法[J]. 中国社区医师, 2007, (18): 46.

[10]方必基, 王金奎. 恐怖症治疗概述[J]. 科技信息, 2006, (07): 17-18.