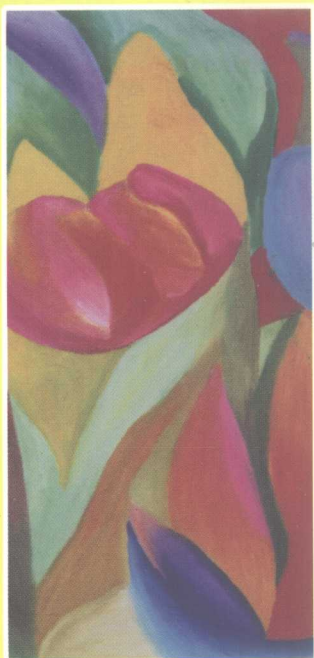




国家“十一五”重点图书
现代心理治疗与咨询丛书

强迫障碍

主编 崔玉华



北京大学医学出版社

国家“十一五”重点图书 目录第五卷

现代心理治疗与咨询丛书

强迫障碍

主 编 崔玉华

副主编 刘建成 路英智

编 者 (按章节顺序排列)

闫 俊 (北京大学精神卫生研究所)

崔玉华 (北京大学精神卫生研究所)

张伯全 (山东省精神卫生中心)

刘建成 (北京大学精神卫生研究所)

施旺红 (第四军医大学)

董汉震 (山东省淄博市第五人民医院)

路英智 (山东省淄博市第五人民医院)

孔庆梅 (北京大学精神卫生研究所)

任清涛 (山东省淄博市第五人民医院)

方明昭 (北京大学精神卫生研究所)

柳兴华 (北京大学精神卫生研究所)

张勤峰 (山东省淄博市第五人民医院)

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

强迫障碍/崔玉华主编. —北京: 北京大学医学出版社,
2008. 7

(现代心理治疗与咨询丛书)

国家“十一五”重点图书

ISBN 978-7-81116-517-3

I. 强… II. 崔… III. 强迫症—诊疗 IV. R749.99

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 027981 号

强迫障碍

主 编: 崔玉华

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京地泰德印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 药 蓉 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 7 字数: 188 千字

版 次: 2008 年 9 月第 1 版 2008 年 9 月第 1 次印刷 印数: 1—3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-517-3

定 价: 18.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《现代心理治疗与咨询丛书》编委会

顾问：曾文星 徐 静

主任委员：许又新 吕秋云

副主任委员：王玉凤 肖泽萍 丛 中 樊富珉

委员：(以姓氏笔画排序)

于 欣 王玉凤 王希林 丛 中

许又新 吕秋云 朱建军 朱金富

陈一心 张大荣 肖泽萍 杜亚松

杨蕴萍 洪 炜 施琪嘉 陶 林

贾晓明 唐登华 崔玉华 童 俊

樊富珉 霍莉钦

内容简介

强迫障碍这个古老的病种，近年来又重新被重视，其原因不仅仅是较高的患病率（一般认为在普通人群中的终生患病率为1%~3%），更主要因为本病多发生在青春期。由于疾病的波动性，患者常反复就医。此病影响着患者的身心健康，也增加了家庭及社会的负担。

本书较全面地介绍了强迫障碍的基础研究和临床诊断及治疗的各个方面，包括病因学、流行病学、临床表现、诊断、治疗及护理等。在基础研究的有关内容中较全面地介绍了国内外的研究现状。临床研究中结合临床实践介绍了临床诊断和治疗，使全书在强调科学性的同时突出了实用性和可读性，是精神卫生工作者较有价值的学习参考书，同时也可供患者及家属阅读。

主 编 王 春 平 金 春 明 刘 贵

参 编 陈 露 张 雷 樊

序

人类对精神障碍的认识是与文明的萌芽同时开始的，换言之，已有数千年的历史了。从事心理咨询和治疗的专业人员在工作中每天都要面对各式各样的精神障碍，对此当然耳熟能详。尤其是近三十年来，随着精神药物治疗和流行病学调查的突飞猛进，学术界一致公认的精神障碍分类和诊断已经正式确立，对于某一特殊病人，即使专家们的诊断见解会出现分歧，但确认这位病人患有精神障碍的一致性却是很高的。然而，没有精神障碍并不就是真正的心理（或精神）健康（positive mental health）。这个概念的提出迄今还不到一个世纪，人们对它的了解难免肤浅或片面，即使专家们的见解也常有着重点的不同，因此值得心理咨询和治疗者重视。

K. Jaspers 说得好：极端是理解常态的钥匙，而不是相反。精神健康和精神障碍恰好构成了人类精神生活的两极。

所谓真正的心理健康，似乎带有理想的意味，因为一个人一辈子心理上什么毛病都不出现，就像一辈子从来不患任何身体疾病一样，如果不说是不可能的话，至少是十分罕见的。心理健康与其说是一种状态，毋宁说是一个不断提高的过程，永无止境。正因为如此，它才值得我们大家去追求，也才能成为卫生科学奋斗的目标。

现在根据文献，对心理健康这个概念作粗线条的描述。对专家们意见的综述，可以归纳为以下六个方面，也就是考察和衡量心理健康的六个标准。这六个方面有部分重叠之处，正说明概念的复杂性——多维的，多层次的。六个标题并不以重要或次要而分先后。

一、对自己的态度

1. 在必要的时候能够清楚地觉察到真实的自我；
2. 能将自我客观化，即从他人或社会的角度来审视自己；
3. 在不同处境和生活工作任务中有恰当相应的自我情感；
4. 有牢固的自我身份（E. H. Erikson）。

二、成长与发展

通俗地说，成长就是从幼稚走向成熟。我们的父母不可能是完人，因此，成长也就意味着从父母不良教养的阴影中走出来的过程。

每一个人都有无穷的潜力和可能性，发展意味着不断地、充分地发挥个人的潜力。这里，A. H. Maslow 关于基本需要的学说和自我实现的讨论，G. Allport 关于“投身于生活之中”的极具睿智的建议，对咨询和心理治疗有特殊重要意义。

三、整合

一个人的心理活动是极为复杂而多种多样的。正因为如此，整合被公认为心理健康的一个标准。整合意味着：

1. 各种心理力量（欲望、意向、需要等）的平衡；
2. 稳定的价值尺度；有序的（或等级制的）价值系统结构，其最高价值是可以与人共享的；
3. 对逆境和挫折的承受能力。

四、自律

1. 做出决定的过程和性质。强调的是，对行为的调节出自内心，并且与完全内在化了的的社会规范符合，此种自我调节功能与其他心理功能也是整合良好的。

一个人的生活总是处于他律与自律的矛盾之中，因此，在社会化和成长过程中，教育的精髓在于，如何循序渐进地和潜移默化地将他律（即社会规范对个人的约束）转化为自律，这对心理咨询很有参考价值。

2. 独立自主的能力。自律的人的满足不仅在于符合外在的

要求和制约，换言之，强调外在的满足，毋宁说最重要、最有价值的满足取决于个人自身的发展或潜力的发挥。

要使“天人合一”哲学符合卫生科学的宗旨和要求，必要的补充是，个人独立自主性的充分发挥，而不是抹杀个性去被动地适应环境。

除非有充足的、相反的理由，健康人不言而喻的行为前提是，他对现实并不采取非此即彼的态度（either-or attitude）。因为他清楚地知道人类经验的复杂性，现实之正面的和负面的效应不可能分得一清二楚而把它们拆开。

五、对现实的感知

1. 免于受个人动机和需要的歪曲。
2. 对社会的敏感。这里，敏感意味着对他人反应迅速的和积极的关怀。德语中的 Einfühlungen（英译为 empathy）与此含义相近。A. Adler 提出的 Gemeinschaftsgefühl 意思也差不多，即与社区或周围人有共享快乐和分担忧患的情感。

六、对环境的把握

1. 主动爱别人的能力。
2. 对“爱情、工作和游戏”三者有恰当的分配。
3. 恰当的人际关系。按 H. S. Sullivan 的理论，心理咨询和治疗要解决的问题就是人际关系问题。也可以说，一切精神障碍归根到底是个人际关系问题。还可以说，一个人人际关系的质量愈高，他的心理健康水平也就愈高；反之，一个人人际关系问题愈多、愈严重，他的心理健康水平就愈低。
4. 符合社会处境的要求。例如，社会对不同年龄段（童年、少年、青年、中年、老年）的要求是不同的。
5. 适应与调节。通过行为对社会的适应体现个人的自我调节，达到适应与调节的统一。
6. 解决问题。我们时刻都面临着许多现实问题，有待我们去解决。应该强调的是，成功既不是个人人格的属性，也不能归

之于环境本身。不以成败论英雄适用于许多历史人物，在心理卫生领域里也是如此。因此，心理卫生重视的是解决问题的过程，而这一过程又可区分出若干维度。

第一，由若干阶段构成的时间序列。对问题之觉察，继之以采取什么方法去解决的考虑，从所考虑的诸方法中决定选择哪一种，最后是决定付诸实施；

第二，在各阶段中伴生的情感体验；

第三，解决过程的直接性和非直接性；

第四，问题常常不是个人性的（即私事），这就涉及人我利害的考虑。人我两利是健康行为的一个特征。

上述对心理健康概念的讨论虽然挂一漏万，也只是个轮廓，但对于一篇序言来说，篇幅已经够多了。笔者的希望是，心理咨询和治疗工作者不要完全陷于考虑病态的消除，也要想到心理健康的促进和提高。因为即使一位严重精神障碍病人也仍然保留着健康的方面或因素，心理咨询和治疗离不开病人的参与，“上帝只帮助自助者”。病人的自助或积极参与，便是健康因素在发挥作用。

许又新

2007年3月30日

前言

对于强迫障碍，人们曾经认为是一种少见的疾病，但近年来，这种古老的病种，又重新被重视，其原因不仅仅是因为其患病率并不低（一般认为在普通人群中的终生患病率为1%~3%），更主要因为本病多发生在青春期的。因此尽管不如抑郁症常见，但对人类的身心健康均有重要影响。有统计在强迫障碍患者中工作困难者占36%，婚姻出现问题者占23%，发生暴力行为者占19%，估计患者在一生中约有3年时间丧失工作能力。

由于疾病的波动性，患者常反复就医，不仅增加了家庭及社会的负担，而且由于强迫障碍常伴有焦虑和抑郁，更增加了患者的痛苦及诊断治疗的困难性和复杂性。

随着生物医学研究的进步，脑影像学的发展，对脑功能障碍的研究也不断深入，使人们对强迫障碍的认识及治疗有了很大的发展。在治疗上重视药物治疗的同时，心理治疗常被并用。在药物治疗方面，氯米帕明的出现无疑是患者的福音。此后，选择性5-羟色胺再摄取抑制剂进入临床，越来越显示出药物治疗的重要性。有更多的患者通过药物治疗进一步提高了疗效。

心理治疗与药物治疗同样重要。因为强迫障碍的发生、恶化或改善都与心理、社会因素密切相关，常根据病人的不同情况采用不同的方法，甚至并用多种方法，即心理治疗整合的方法。

森田疗法自20世纪80年代引进中国以来，在治疗强迫障碍方面卓有成效，所以本书在心理治疗一章中，对其进行了重点介绍。

考虑到我国目前尚没有一本讲述强迫障碍的专业性著作，我们组织编写了本书。本书集中了各位作者对强迫障碍的实践经验

及相关研究，编写过程中主要参考了 20 世纪 90 年代前后国内外的研究及临床进展。

本书是精神卫生工作者及临床工作者有价值的参考书，同时也可供强迫障碍患者与家属阅读。

本书作者都是同时承担着教学和科研任务的临床工作者，他们在工作之余查找资料和写作，付出了许多心血。

本书出版得到了北京大学医学出版社的大力支持，在此深表谢意。

由于时间仓促及水平所限，书中不当及错误之处恳请同行及读者指正，谢谢！

崔玉华

北京大学精神卫生研究所

2007 年 9 月

目 录

第一章 强迫障碍的基本概念及基本特点	(1)
第一节 强迫障碍的基本概念及基本特点	(1)
第二节 强迫障碍的诊断分类体系	(7)
第二章 强迫障碍的流行病学	(13)
第三章 强迫障碍的病因学研究	(15)
第一节 强迫障碍与遗传	(15)
第二节 强迫障碍的生物学研究	(19)
第三节 强迫障碍的心理及社会因素	(28)
第四节 强迫障碍的病因理论模型	(31)
第四章 强迫障碍的临床表现	(35)
第五章 强迫障碍的诊断与鉴别诊断	(47)
第一节 强迫障碍的诊断	(47)
第二节 强迫障碍的鉴别诊断	(59)
第六章 强迫障碍的治疗总则	(67)
第一节 强迫障碍治疗依从性问题	(67)
第二节 强迫障碍的一般治疗原则	(68)
第三节 强迫障碍治疗的定性评估	(73)
第四节 强迫障碍初期常见的治疗失败相关因素	(74)
第五节 强迫障碍治疗的长期性问题	(75)
第七章 强迫障碍的药物治疗	(78)
第一节 抗抑郁药物的临床应用及不良反应	(78)
第二节 抗精神病药物	(86)
第三节 抗焦虑药物	(89)
第四节 情感稳定剂类药物	(90)

第五节 其他用药	(91)
第八章 强迫障碍的心理治疗	(93)
第一节 森田疗法	(93)
第二节 认知治疗	(122)
第三节 行为治疗	(124)
第四节 认知行为治疗	(125)
第五节 精神分析治疗	(141)
第六节 家庭治疗	(144)
第七节 支持性心理治疗	(149)
第八节 其他治疗方法	(150)
第九章 强迫障碍的其他治疗方法	(152)
第一节 电抽搐治疗	(152)
第二节 手术治疗	(155)
第三节 应用传统医学治疗	(158)
第十章 难治性强迫障碍	(161)
第一节 概 述	(161)
第二节 难治性强迫障碍的治疗	(162)
第十一章 强迫障碍共病及强迫谱系障碍	(170)
第一节 强迫障碍共病	(170)
第二节 强迫谱系障碍	(180)
第十二章 强迫障碍的病程及预后	(190)
第十三章 强迫障碍的护理	(192)
第一节 概 述	(192)
第二节 强迫障碍的护理总则	(193)
第三节 强迫障碍的主要护理问题及护理措施	(198)
第四节 强迫障碍的药物护理及健康教育	(202)
第五节 强迫障碍的护理效果评价	(203)
第六节 强迫障碍病例的护理分析	(203)
附录: 常用评定量表	(210)

第一章 强迫障碍的基本概念及基本特点

第一节 强迫障碍的基本概念及基本特点

在过去相当长的一段时间里，强迫障碍（又称强迫症，obsessive-compulsive disorder, OCD）被认为是一种少见病，一直没有引起临床医生的关注。由于患者对症状有部分自控能力，很少引起过度的社会危害，社会功能和生活能力部分保持，临床治疗手段比较缺乏等原因，延迟了临床医生对这个病的理解。但是近几十年来，随着社会的不断发展，人们生活压力的增加和对自身健康的重视，对强迫障碍的认识在很多方面发生了改变。这个古老的病种又重新得到临床的重视。

美国全国共患疾病调查（national comorbidity survey, NCS）结果表明，强迫障碍是仅次于抑郁症、酒精依赖和恐惧症的第四个常见病。强迫障碍的终生患病率大约在 2.6%。不得不承认这个数据如果在近年再度进行调查，存在着更高的可能性。以往的研究和临床中低估强迫障碍的原因可能有：①患者对他们自己稀奇古怪的症状羞于开口，不愿主动地暴露给医生。②医务人员尤其是综合医院的医务人员缺乏对强迫症状多样化的认识。③误诊：临床的强迫障碍患者常有抑郁症病史，不少还伴有焦虑，这些混合存在的临床表现使他们常被误诊为抑郁障碍、焦虑障碍，而始终没有进入到强迫障碍的诊断之列。强迫障碍患者有大量的情绪体验和强迫症状共存，医生有时只是停留在对一些情绪体验的识别上，忽略了对其后隐藏的强迫症状的关注和询问，

而患者也就这样延误治疗。对长久病情的恢复和疾病预后产生不良影响。④在常规精神状态检查中,医生没有询问有关筛选强迫障碍的症状,如反复洗手、检查、摆脱重复不必要的观念等,使症状漏诊。

强迫障碍是以反复出现的强迫观念(obsession)和强迫动作(compulsion)为基本特征的一类神经症性障碍,这类疾病在神经症性障碍中以病因复杂、表现形式多样、病程迁延为突出特点。强迫障碍的历史最早来自1838年法国精神病学家Esquirol的一例报告。这是一例强迫性怀疑病例,患者表现出独特的对行为和思维的怀疑性,Esquirol把它称做“单狂(monomania)”。1861年Morel描述了类似的病例,首次创用了“强迫观察”一词,并称之为“情绪性妄想”。之后Morel正式提出了“强迫障碍”这一名称,认为它是一种情感性疾病。Westphal(1878)归纳了前人的看法,并提出强迫观念是一种独立于任何情感之外的疾病,将强迫与情感疾病区分开来。Janet(1903)使用“精神衰弱”一词,其中包括了强迫观念的概念。其后Freud在神经症的分类中,把强迫障碍作为独立的疾病,在地位上和癔症并列,归入精神神经症的一类分类,并对强迫障碍的机理进行了深入的研究,提出了许多关于强迫障碍的精神分析理论。Freud认为强迫观念是一种变相的自我谴责,它从压抑中重现出来,往往与某些性心理有关;继发的强迫行为,是成功防御/压抑之后内容重现的结果。他强调强迫障碍患者潜意识中的仇恨和施虐性驱力的重要性,并创立强迫障碍是退行到肛欲期的假说。至今精神分析理论对理解强迫障碍仍有十分重要的意义,仍是许多现代学者争论和研究的热点。Foa等(1985)曾经从强迫与焦虑的关系上重新定义过强迫障碍,他将强迫观念定义为激起焦虑的想法、想象和冲动;将强迫行为定义为用来缓解焦虑的行为与认知反应。以上的历史性的研究都代表着不同历史阶段的研究结果。比较趋近于现代认识观点的是1925年Schneider的定义:一种意识的内容,

出现时主观上受强迫的体验，病人无法排除，平静时又认识到是毫无意义的。他从患者的自身体验和表现上都概括了疾病的特点。

目前公认的强迫障碍是一种重复出现、缺乏现实意义的不合情理的观念、情绪意向或行为，患者虽然力图克制但又无力摆脱的一种神经症。患者自身能体验到冲动和观念来自于自我，并能意识到强迫症状是异常的，但又苦于无法摆脱。强迫障碍通常有两大类症状：一种是强迫观念，一种是强迫行为。其中强迫观念指的是在一段时间所体验的思想冲动、意向或想象、想法，它会反复地或持久地闯入人的意识之中，以至引起反复并显著的焦虑或压力。这些观念通常为污染、伤害自己或他人、灾难、亵渎神灵、暴力性或其他令人痛苦的内容。这些观念是患者自己的而不是外界插入的。患者会发现这个想法令他痛苦不堪，他努力去压制但它总是会不断再次出现，让患者再次陷入更大的痛苦。而强迫行为是患者通常屈从于强迫观念，力求减轻内心焦虑的结果。它同时也是一种手段，用来减轻不从事这种行为所产生的压力和恐惧。患者通过反复的行为或精神活动来阻止或降低焦虑和痛苦。常见的强迫动作包括反复洗手、检查、计算等。通常认为强迫行为是外显的动作。目前有个别观点认为强迫行为也可以是思维上的，如反复的回忆、计数、祈祷等。强迫障碍患者除了强迫观念和强迫行为之外，又会合并许多情绪体验，如患者通常会体验到严重的广泛性焦虑、反复的惊恐发作体验、无力的回避感觉以及严重的抑郁体验。而且所有这些情绪症状的发生都会与强迫障碍的症状同时发生，并且这些情绪和强迫症状之间又有着相互影响、加重的趋势。两类症状的交叠使患者痛苦不堪。因此对于强迫障碍患者来说，要建立哪怕一点点对生活中危险事件的控制和预测都很困难，并且在平时别人看起来都很简单的事情，患者也会犹豫不决，琢磨不定。这可能就是强迫障碍患者最为外表类似正常，而内心极其痛苦的写照。典型的强迫障碍患者一般具有

多种强迫观念，而且也常常具有多种例行习惯，例如对污秽物有强迫观念的人通常有洗手的例行习惯，具有攻击性强迫观念的人倾向于具有检查的习惯。各种观念和行为之间有着不同的症状组合，相对而言症状的组合之间也有着部分的规律性。

另外，强迫障碍患者因为强迫症状会出现对一些事物或情景的回避（如害怕没有将门锁上，而避免锁门动作甚至根本不敢离开家等），从而对社会生活造成了影响。再者本身各种重复动作的反复、交叠出现的各种情绪体验都会让患者在社会生活中受阻，一方面患者担心别人看出自己的异常而惴惴不安，另一方面患者为内心的强迫症状而不能预测很多事实，影响生活。症状严重时明显影响患者的工作和生活能力，有的甚至不能进行正常的个人生活自理。如有的患者因为害怕清洗不干净之后的反复清洗动作，而宁愿选择不再清理个人卫生，选择与污秽共存。这在正常人看起来觉得不可思议，但是这的确是患者选择远离强迫症状干扰的表现。有的患者因为害怕错过某个吉祥的时间，遇到需要如厕的时候，宁愿选择憋尿和解在衣裤之内。这样的生活质量是可想而知的。强迫障碍影响比较轻的例子也是数不尽数，有的患者需要时间去重复强迫动作，有的因为害怕而不敢从事自己的工作或者社会交往。

从强迫障碍的发病年龄上看，更多的研究报告表明强迫障碍多发病于青少年期或成年早期，一般发病于10~23岁，平均年龄为20岁左右，但较早的报道有2岁、6岁、8岁儿童。说明强迫障碍波及的人群主要是青壮年人群。这类人群是社会的主要力量，出现强迫症状意味着劳动能力的下降。而部分发病比较早的人群也十分值得关注。性别分布上无显著性差别。在职业方面，脑力劳动者所占比例偏大。

大多数病例起病缓慢，无明显诱因。就诊时病程往往已达数年之久。54%~61%的病例逐渐发展；24%~33%的病例呈波动病程；11%~14%的病例有完全缓解的间歇期（Black, 1974）。