

·指南解读·

中国强迫症防治指南 2016 解读:心理治疗

王振 张海音

随着学界对强迫症研究的不断深入,强迫症在精神疾病中的归属也不断变更。DSM-5 中强迫症与躯体变形障碍、拔毛症、囤积障碍和抓痕(皮肤搔抓)障碍等疾病共同归属于一个新的分类“强迫及相关障碍”。结合近年来不断涌现的强迫症治疗的新证据及东方特有的文化背景,中华医学会精神医学分会发布的第 1 版《中国强迫症防治指南》^[1-2](以下简称《指南》)中将心理治疗置于与药物治疗并重的一线治疗地位,并介绍了基于东方文化的心理治疗方法。我们主要就《指南》中强迫症心理治疗部分进行解读。

一、暴露与反应预防(exposure and response prevention, ERP)与包含行为实验(behavioural experiments)成分的认知治疗

目前以 ERP 为主要组成部分的认知行为治疗(cognitive behavior therapy, CBT)仍然获得了最多的证据支持,因此《指南》中将其作为治疗强迫症的一线心理治疗方法(1/A)。此外,《指南》中特别注明将纳入行为实验成分的认知治疗也作为强迫症一线心理治疗方法(1/A)。

1. 适用范围:《指南》中推荐符合下列条件的患者可将心理治疗作为首选治疗:(1)症状较轻;(2)不伴发严重抑郁、焦虑;(3)患者个人偏向不愿接受药物治疗或因躯体因素等原因无法采用药物治疗;(4)虽然症状严重但治疗依从性高,能规律完成家庭作业。同时也需考虑患者当地医疗机构是否可提供及时的心理治疗。《指南》建议个体化地设置 ERP 的治疗次数及时长。一般推荐频率为每周至少 1 次^[3],每次 90~120 min^[4],共 13~20 次。如果治疗有效,维持治疗 3~6 个月^[2],较严重患者可能需要更长时间和(或)更多次数的治疗。与 2007 版美国精神病学学会(American Psychiatric Association, APA)指南相比,目前已有更充足的证据支持,对于 SSRIs

药物治疗中部分获益的患者,在采用药物治疗基础上增加 ERP 可达良好的增效作用。此外,目前已有充足证据表明,包含行为实验成分的认知治疗对治疗强迫症有效^[5-7]。尽管《指南》中未特别注明,但在临床应用中因暴露项目设计困难,ERP 主要被应用于具有外显行为的患者,而不推荐用于单纯以强迫思维为临床表现的患者。对于缺乏强迫行为的患者,基于临床应用的可操作性,2014 年加拿大强迫症临床指南中建议使用倾向认知干预而非 ERP 治疗^[8]。

2. 疗效影响因素:ERP 包括暴露及反应预防两部分,暴露意味着患者必须故意面对那些能引起强迫观念、痛苦并激发强迫行为的场景;反应预防意味着患者不能做任何强迫行为来减少强迫观念带来的痛苦、担忧或焦虑。ERP 旨在让患者体验强迫思维引起的焦虑可在不履行强迫行为的情况下自行缓解,并通过现实检验纠正歪曲的认知,从而达到治疗目的。ERP 作为一线心理治疗方法,如何被正确运用于临床至关重要,以下为《指南》中提及的关于影响 ERP 疗效因素的解读。

(1)暴露程度:充分暴露并引起充分焦虑感受是有效治疗的前提。《指南》中建议患者使用主观不适单位(Subject Units of Distress Scale, SUDs)自评痛苦感受(0 分为没有痛苦,100 分为极度痛苦),并与治疗师一同制定暴露清单,建议清单中包含所有症状的暴露项目,按 SUDs 评分由低到高逐级暴露, SUDs 分较低的项目可不纳入清单。根据 Foa 等^[9]制定的治疗手册,一般建议取 SUDs 分值中间的项目为治疗起点,即如果最高的项目 SUDs 值是 80 分,治疗则从 SUDs 分值 40 分的项目开始。在前一项 SUDs 分值下降 50%时可进入到下一个项目的训练。需要注意的是,ERP 治疗中需要包含一些“矫枉过正”的而普通人不会做的项目作为最高等级的暴露项目(如坐在洗手间吃饭),这些项目看似匪夷所思,但对患者回归正常生活十分必要。

然而,标准化的 ERP 虽然疗效较好,但因过程严苛而脱落率较高。近年来,为提高患者治疗依从

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.04.004

作者单位:200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心

通信作者:王振,Email: wangzhen@smhc.org.cn

性,有研究者提出将“恰当”的“安全行为”(safety behavior)谨慎地加入 ERP 治疗。《指南》未就这部分进展进行阐述。所谓“安全行为”旨在降低焦虑情绪的行为,如因怕脏而进行的擦洗。“安全行为”因与 ERP 理论相矛盾而颇受争议。2016 年有研究者将“安全行为”划分为患者习惯性使用的强迫行为(routinely used safety behavior, RU)及患者从未使用过但能缓解其焦虑情绪的行为(如用毛线手套代替橡胶手套接触污物)(never-used safety behavior, NU),发现与标准化 ERP 及 RU 的患者相比,在 ERP 中采用 NU 的患者治疗有效率及依从性更高^[10]。但该研究样本较小,仍需更大样本的临床研究以证实“安全行为”是否能为 ERP 治疗带来益处。

(2)真实暴露和想象暴露:基于临床中相当一部分患者对终止强迫行为存在灾难化的恐惧,《指南》中推荐使用想象暴露模拟灾难化的场景或真实暴露中不易实现的场景(如小偷进屋行窃,煤气泄漏房屋着火等)。但需要注意的是,由于缺乏真实刺激,想象暴露很难引起如真实暴露那样的强烈不适,在能够使用真实暴露的情况下用想象暴露替代可能会使疗效降低。与 2007 版 APA 指南一致,《指南》基于来自大样本的 Meta 分析结果^[11],推荐联合使用真实及想象暴露(如当患者真实接触马桶坐垫时想象可能因此得病)(1/A)^[12]。

(3)是否合用认知治疗:目前有关认知治疗的研究大多涉及其他元素,如《指南》循证医学部分提及的认知治疗大多包含行为实验元素。由于证据有限,《指南》中未推荐在治疗中一线使用单纯的认知治疗。那么,在 ERP 治疗同时加入认知治疗是否可增加疗效,《指南》中罗列的循证依据及最近的一项 Meta 分析基本支持两者合并使用并不增加疗效^[13]。临床 ERP 治疗过程中,治疗师可能根据治疗需要而运用一些认知技术帮助患者进行现实检验并重建认知,但目前没有充分证据支持在每次治疗时加入长时间的认知治疗可使患者获益。

(4)纳入共同生活者:强迫症患者与家人存在特殊互动模式,其共同生活者常被迫或主动地成为患者的“代理人”,为其反复提供安全保证、代替患者完成强迫动作或帮助患者回避诱发强迫症状的场景。患者的家庭成员对其强迫症状的容纳程度直接影响症状严重程度^[14-15],甚至强化患者的强迫行为,且对 CBT 产生重要影响^[16]。将家庭成员共同纳入治疗,在儿童强迫症中较为常见,因此与成人相比,关于儿童治疗的研究证据更为充分。《指南》

中推荐将患者的共同生活者(尤其是儿童的照料者)一同纳入治疗(1/A),对其进行行为干预,避免其过度迎合或对抗患者的强迫症状,引导患者的家庭成员使用正确方式帮助患者。

(5)纳入动机治疗:动机治疗最早被应用于戒毒治疗中,目前《指南》中建议将动机治疗作为强迫症 CBT 的一部分(2/B)。虽然在标准化的 ERP 治疗中也包括心理教育环节,但这不等同于动机治疗。动机治疗中的动机激发技术贯穿于治疗始终,尤其是在阻抗发生时,治疗师需要启发患者思考改变的好处和坏处,以患者为中心引导其发现目前的行为与自己希望达到的目标、实现的梦想之间的差距,帮助患者激发出真正想改变现状的动机^[17]。

3.ERP 的开展形式:早期的强迫症 ERP 治疗以面对面的个体治疗方式为主,这就需要大量的治疗师,但我国精神科医生/心理治疗师严重不足,且我国地域广阔,医疗资源分布尚不均匀,一些偏远地区的精神医疗资源可能更为不足。近年来,除了面对面的个体治疗外,研究者尝试推出了其他形式的 ERP 治疗以使更多的患者获得及时、便捷的治疗,其中主要包括团体治疗及基于网络或电话为媒介的治疗。

目前已有充分的研究结果支持团体 CBT 的有效性,且与个体治疗之间各有优势,在疗效上不具备明显差异^[13],《指南》中推荐在治疗师不足或治疗需求大的地区,优选团体 CBT(1/A)。借助网络或电话等通讯工具的 CBT,目前尚未在我国广泛开展。现有证据支持此类治疗能改善患者强迫症状,但证据更倾向于支持有治疗师参与的 CBT,因此《指南》中仍推荐在条件允许的情况下首选治疗师指导下的面谈式 CBT(1/A)。需要补充的是,有研究提示患者在 2 次面谈式 CBT 间隙对治疗的依从性将直接影响治疗效果^[18]。在面谈治疗间歇期加入电话或网络 CBT 可能在未来会成为提高患者面谈式 CBT 治疗依从性的重要手段之一,以此协助患者完成 ERP 家庭作业或为患者提供面谈间歇期的治疗辅助。

二、其他心理治疗

关于《指南》中罗列的其他心理治疗手段,当前研究证据均不足以给出确切的疗效证据及适用人群。因此,《指南》中引用了英国精神病学家 Jeremy Holmes 的观点,精神分析治疗或动力性心理治疗缺少实证依据,但缺少证据绝不等同于无效。该观点同样也适用于基于东方文化的心理治

疗方法,这些治疗方法均未采用严格标准的手册化治疗方案对强迫症进行随机对照研究。

1. 第 3 代 CBT: 第 3 代 CBT 与传统 CBT 力图改变异常行为不同,其主要强调以接纳的态度面对症状及内心体验,近年来被越来越多的治疗师尝试运用于强迫症的治疗。《指南》中概述了接纳与承诺疗法(acceptance and commitment therapy, ACT)及正念认知治疗(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)。ACT 及 MBCT 主张提高患者面对负性事件的心理调适能力,而不是将重点聚焦在消除症状上,以求患者与强迫思维/行为及焦虑感受“和平共处”,提高生活质量。第 3 代 CBT 近年来才开始在强迫症中应用,与 ERP 相比,该治疗方式较为温和更易被患者接受。但现有研究的证据级别较低,疗效尚不足以明确,因此《指南》中仅将其推荐用于希望接受心理治疗但无法耐受 ERP 的患者(3/C)。

《指南》中罗列的循证依据中未包括 2015 年发表的一项随机对照研究,该研究将强迫症患者分为 3 组,即 ACT 治疗组、SSRIs 类药物组及 ACT 联合 SSRIs 药物治疗组,结果显示与药物治疗相比,ACT 治疗及联合治疗更有效地缓解患者的强迫症状,而 ACT 治疗与联合治疗间的疗效无明显差异^[19]。上述证据进一步提示 ACT 在强迫症临床治疗领域的良好应用前景。

2. 动力性心理治疗:弗洛伊德认为强迫症的根源为“肛欲期”发生的创伤事件,“肛欲期”的儿童具有全能幻想,常认为仅通过想一件事就可以让这件事情发生。正是基于这样的基础,退行至“肛欲期”的强迫症患者才会灾难化地看待自己的攻击性、抑或叛逆的想法。动力性心理治疗重视挖掘患者的童年经历,运用自由联想、解释移情与反移情及处理阻抗等技术,帮助患者更深入地了解症状出现的意义,并逐渐建立新的行为模式,可能有利于解决症状相关的人际关系问题。有关强迫症的动力性心理治疗效果的随机对照研究尚缺乏,目前的循证依据主要来自案例报道^[20-24],因此《指南》中未将其列为首选的心理治疗方式(3/C)。

3. 基于东方文化的心理治疗:《指南》中提到东方心理治疗理论对于强迫症的解释是“强迫症背离‘道’的规律,破坏了人与自然、思维与情感、控制与放弃、完美与局限、偶然与必然的和谐系统关系”。基于东方文化的心理治疗包括森田治疗、内观治疗、瑜伽冥想及道家认知治疗等,旨在纠正对“道”的偏离,使患者重塑和谐的内在心理环境。

各种治疗的侧重点有所不同,如森田治疗鼓励患者顺应自然,正视各种症状的出现,内心即使不安也要继续去做该做的事;而内观法则侧重于引导患者洞察自己与他人的关系。但目前有关上述治疗方式,尚缺乏高质量的随机对照研究。因此,《指南》中未推荐将基于东方文化的心理治疗单独用于强迫症的治疗(3/C)。

三、展望

强迫症是一类难治性的疾病,近年来无论在诊断标准、发病机制研究还是治疗手段上都有了新的进展。《指南》中除了对传统心理治疗方法的介绍和推荐外,针对较新的心理治疗方法也给出了推荐建议,相信随着未来循证研究的深入定将进一步被完善。

参 考 文 献

- [1] 司天梅,杨艳春.《中国强迫症防治指南》[M].北京:中华医学学会电子音像出版社,2016.
- [2] 中华医学学会精神医学分会《中国强迫症防治指南》编写组.中国强迫症防治指南2016(精编版)[J].中华精神科杂志,2016,49(6):353-366.DOI:10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2016.06.002.
- [3] Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention[J]. Behav Res Ther, 2005, 43(12):1559-1576.DOI:10.1016/j.brat.2004.11.012.
- [4] Stein DJ, Koen N, Fineberg N, et al. A 2012 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder[J]. Curr Psychiatry Rep, 2012,14(3):211-219. DOI: 10.1007/s11920-012-0268-9.
- [5] van Oppen P, de Haan E, van Balkom AJ, et al. Cognitive therapy and exposure *in vivo* in the treatment of obsessive compulsive disorder[J]. Behav Res Ther, 1995,33(4):379-390.
- [6] McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder[J]. J Consult Clin Psychol, 2001,69(2):205-214.
- [7] Whittal ML, Woody SR, McLean PD, et al. Treatment of obsessions: a randomized controlled trial[J]. Behav Res Ther, 2010,48(4):295-303. DOI: 10.1016/j.brat.2009.11.010.
- [8] Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders[J]. BMC Psychiatry, 2014,14 Suppl 1:S1. DOI: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1.
- [9] Foa EB, Yadin E, Lichner TK. Exposure and response (ritual) prevention for obsessive compulsive disorder: therapist guide [M]. Oxford University Press, 2012.
- [10] Levy HC, Radomsky AS. Are all safety behaviours created equal? A comparison of novel and routinely used safety behaviours in obsessive-compulsive disorder[J]. Cogn Behav Ther, 2016,45(5): 367-379. DOI: 10.1080/16506073.2016.1184712.
- [11] Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar Á, et al. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a meta-analysis[J]. Span J Psychol, 2015,18:E20. DOI: 10.1017/sjp.2015.22.
- [12] Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, et al.

- Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis[J]. Clin Psychol Rev, 2008,28(8):1310-1325. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.07.001.
- [13] Öst LG, Havnen A, Hansen B, et al. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014[J]. Clin Psychol Rev, 2015, 40:156-169. DOI:10.1016/j.cpr.2015.06.003.
- [14] Boeding SE, Paprocki CM, Baucom DH, et al. Let me check that for you: symptom accommodation in romantic partners of adults with Obsessive-Compulsive Disorder[J]. Behav Res Ther, 2013,51(6):316-322. DOI: 10.1016/j.brat.2013.03.002.
- [15] Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, et al. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder[J]. J Consult Clin Psychol, 2009,77(2):355-360. DOI: 10.1037/a0012652.
- [16] Anderson LM, Freeman JB, Franklin ME, et al. Family-based treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical considerations and application[J]. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2015,24(3):535-555. DOI: 10.1016/j.chc.2015.02.003.
- [17] Simpson HB, Zuckoff AM, Maher MJ, et al. Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder[J]. Behav Res Ther, 2010,48(10):941-948. DOI: 10.1016/j.brat.2010.05.026.
- [18] Simpson HB, Maher MJ, Wang Y, et al. Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder[J]. J Consult Clin Psychol, 2011,79(2):247-252. DOI: 10.1037/a0022659.
- [19] Vakili Y, Gharraee B, Habibi M. Acceptance and commitment therapy, selective serotonin reuptake inhibitors and their combination in the improvement of obsessive-compulsive symptoms and experiential avoidance in patients with obsessive-compulsive disorder[J]. Iran J Psychiatry Behav Sci, 2015,9(2):e845. DOI: 10.17795/ijpbs845.
- [20] Leichenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis[J]. Arch Gen Psychiatry, 2004,61(12):1208-1216. DOI: 10.1001/archpsyc.61.12.1208.
- [21] McGehee RH. Child psychoanalysis and obsessive-compulsive symptoms: the treatment of a ten-year-old boy[J]. J Am Psychoanal Assoc, 2005,53(1):213-237.
- [22] Ierodiakonou CS, Ierodiakonou-Benou I. Short-term psychoanalytic psychotherapy with obsessive preadolescents [J]. Am J Psychother, 1997,51(4):569-579.
- [23] Vyjayanthi S. Brief dynamic psychotherapy in a case of obsessive compulsive disorder[J]. Indian J Psychol Med, 2014, 36(3):317-320. DOI: 10.4103/0253-7176.135389.
- [24] Chlebowski S, Gregory RJ. Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive-compulsive disorder?[J]. Am J Psychother, 2009,63(3):245-256.

(收稿日期:2017-04-19)

(本文编辑:高蓓蕾)

中华医学会精神医学分会第七届委员会名单

主任委员 施慎逊

前任主任委员 于欣

候任主任委员 李凌江

副主任委员 李涛 陆林 方贻儒

委员 (按姓氏笔画排列)

于欣 于恩彦 马辛* 王刚 王小平 王艺明 王承刚 王高华* 云晓彬
 方贻儒 石川 叶兰仙 田红军* 宁玉萍 司天梅* 刘波 刘哲宁 刘铁榜*
 刘慧君 汤艳清 许秀峰* 李涛 李春波 李晓驹* 李凌江 杨庆雄 杨甫德*
 杨建立 余海鹰 邹韶红 张宁* 张伟 张克让 张彦平 张敬愚 张瑞岭
 陆林 陆峥 陈强 陈元生 郑毅 赵敏 赵靖平* 胡建* 胡斌
 胡珍玉 施慎逊 祝扬 姚志剑 栗克清* 贾福军 徐一峰* 徐学兵 高成阁
 唐济生* 盖广庆 蒋国庆 韩国玲 曾勇 蒙华庆* 谭云龙 谭友果 谭庆荣*
 魏镜

秘书长 司天梅(兼)

副秘书长 李春波(兼)

工作秘书 陈俊

(注*者为常务委员)