

中国强迫症防治指南 2016 解读:概述

何燕玲

强迫症作为一个独立的诊断类别,其受关注相对较晚且相关研究较少。随着对强迫症的不断认识,其诊断归属也处于变化和争议中。因强迫症具有焦虑障碍的基本特征:焦虑、强迫与反强迫交织的焦虑,DSM-III、DSM-III-R 和 DSM-IV 中将其归类于焦虑障碍谱系中,命名为强迫性焦虑障碍;因强迫症具有神经症性障碍的基本特征:起病常与心理社会因素有关、无精神病性症状和意识障碍、有自知力,ICD-10 中将其归类于神经症、应激相关障碍和躯体形式障碍中,命名为强迫性障碍;因强迫症有独特的强迫特性:持续性、侵入性、不必要的强迫思维、关注和反复的强迫行为、难以自控,DSM-5 中强迫症从焦虑障碍中被分离出来,与躯体变形障碍、拔毛症、囤积障碍和抓痕障碍组成了一个独立的疾病分类,即强迫及相关障碍。

虽然典型的强迫症状比较容易识别,但大量存在的是不典型的强迫症状,而强迫症的治疗也颇为棘手,专业人员在临床诊疗中还存在着许多问题。因此,中华医学会精神医学分会组织专家编写了《中国强迫症防治指南》^[1-2](以下简称《指南》)。考虑到 DSM-5 中新纳入的躯体变形障碍、拔毛症、囤积障碍和抓痕障碍并未获得广泛认可且相关研究较少,所以《指南》中仅涉及强迫症的相关内容。该《指南》是中华医学会精神医学分会系列疾病防治指南之一,总体上遵循了系列指南的统一原则和风格,突出了诊疗,根据不同的临床特征提出相应的治疗建议;强调了科学性,注重循证证据,尽可能全面检索强迫症相关的国内外研究文献,参考了国际上有影响力的美国、英国以及国际生物精神病学协会等制定的指南,并结合我国具体情况和专家经验,采用推荐分级标准。

同时《指南》中也有其特点,如强迫症患者多伴有人格特征且临床症状怪异多变,因此《指南》

中特别介绍了儿童强迫症的临床特征和症状演变,体现了强迫症的疾病特异性;药物治疗和心理治疗并重是强迫症的有效治疗方法,特别是一些具有东西方文化特征的心理治疗,在临床实践中使患者获益较大。《指南》突出了治疗的综合性,药物治疗、心理治疗和躯体治疗并重,为临床医生提供综合的治疗选择。

《指南》分为 5 章,笔者将着重解读第 1 章的概述部分。

一、关于强迫症的概念

《指南》的概述部分主要介绍了强迫症的严重性和复杂性,其核心症状表现和临床诊疗的难度,现有对强迫症病因和治疗的认识以及面临的挑战。

强迫症之所以严重,一是因为比较常见,虽然不如抑郁障碍和恐惧症那么常见,但较精神分裂症和精神病性障碍以及双相情感障碍常见;二是致残性高,这也是严重的理由之一,被 WHO 列为十大致残性疾病之一,严重者工作和生活能力严重受损;三是诊疗困难,其症状怪异和多变,治疗依从性和治疗反应都不尽如人意,往往令缺乏强迫症诊疗经验的医生难以应对。当然,这也体现了《指南》的价值。

虽然在第 2 章的临床症状、评估与诊断中对强迫症的临床表现有详细的描述,但概述中简明扼要地提炼出的强迫症核心特征值得深刻领会并牢记在心。有了对核心特征的把握,再看临床表现,便能很容易地了然于心。强迫症的核心表现为强迫观念或强迫行为,或两者同时存在。强迫观念是指反复进入头脑中的,不需要的,闯入性的想法、怀疑、表象或冲动。患者常认为这些闯入性思维是不可理喻或过分的,不仅与自己的价值观相违背,也令人痛苦,并试图抵制。强迫行为是重复的行为或者心理活动,继发于强迫观念,受其驱使而实施。大部分的强迫行为是非自愿的,但却很少受抵抗。强迫行为既可表现为某种可被觉察的外显性行为(如检查门是否锁好),也可以表现为某种不被觉察的内隐性心理活动(如在心里重复某个特定的短语)。

强迫症作为严重而复杂的一种疾病,相关研究

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.04.002

作者单位:200030 上海市精神卫生中心,Email:heyanning@smhc.org.cn

却不多,对其认识也非常有限。然而,其他精神疾病情况也类似,无非是作为基础的遗传因素,加上个体生长发育中的环境因素修饰,最终导致疾病的发生。然而比较肯定的是,强迫症存在神经病理基础。因《指南》侧重于临床实践而非基础研究,所以关于病因及发病机制部分内容较略写。

关于强迫症的治疗,概述中列出了主要的治疗方法,强调综合治疗,首选以认知行为治疗为代表的心理治疗,SSRIs 和氯米帕明治疗有益,谨慎使用深部脑刺激,医患治疗同盟非常重要。虽有数种治疗方法,但却没有一种特效的治疗,因此强调综合治疗。强迫症患者的治疗依从性较差,因此治疗同盟成为有效治疗的前提。药物治疗有益并有循证证据,但是疗效不理想。强迫症的外科手术治疗在精神科、神经内科和神经外科均为非常有争议的治疗手段,虽有助于极端难治性强迫症患者的尝试,但因其为有创性治疗,且缺乏足够的研究证据支持,是否在《指南》中介绍以及如何介绍,编写组经过了充分的讨论和慎重求证,最后的决定为可以继续研究以探索其有效性和安全性;不支持损毁术用于临床治疗;严格掌握深部脑刺激用于临床治疗的适应证,应有充分的知情同意和审批程序。

二、关于强迫症的流行病学特征

有关强迫症的流行病学资料较少,国内相关资料更少。因诊断范畴的宽窄和变迁,以及诊断工具和方法的不同,所报道的结果差异较大,所以《指南》中提供的是多数研究报告的结果范围和几个有代表性的调查结果。

患病率是指某一特定时期暴露人群中存在某病病例数所占的比例。这个特定时期,如果设定为调查当时,则为时点患病率;如果是调查前 1 个月,则为 30 d 患病率;如果设定为调查前 1 年内,则为 12 个月患病率;如果不加设定,从出生到调查时的任何时候患病情况,则为终身患病率。因强迫症病程迁延,多持续存在,所以终身患病率比较有意义。世界范围内强迫症的终身患病率为 0.8% ~ 3.0%,介于焦虑障碍/抑郁障碍(5% ~ 10%)与精神病性障碍(1%)之间,我国的数据较低,为 0.26% ~ 0.32%,低于精神分裂症,但也有个别报道高达 2.5%,除方法学因素外,尚无其他因素解释其差异。

发病率数据的获得难度更大,因其反映的是一定人群中在一定时期所发生的病例数,需先获得某个人群的基线,然后计算一定时期内该人群中新发生的病例数,精神疾病通常是按年或月计算,而急

性爆发性疾病如严重急性呼吸综合征(severe acute respiratory syndromes, SARS)爆发时则按日报告新发病例数。这就明确了发病率调查必定是纵向队列研究,较之获得患病率的横断面研究困难许多。我国大陆地区尚无强迫症的发病率数据,我国台湾地区关于就诊者的回顾性调查中测算平均年发病率为 0.03%。西方国家报道的发病率差异也较大,美国巴尔的摩 3 年随访队列研究显示强迫症发病率为每千人年 0.55。

强迫症的发病年龄多在 15 ~ 35 岁,其病程迁延、高致残性和高共病率是造成疾病负担重的主要原因。自 1993 年世界银行发布疾病负担的报告中采用一个综合性指标“伤残调整生命年”衡量某种疾病的总体负担,其不仅包括疾病造成的过早死亡,还包括因疾病损害功能和生命质量而折算的生命年损失,之后慢性疾病的沉重负担凸显出来,强迫症也因此列入疾病负担排行的前十位。

对于医疗服务提供者而言,患者有无及时求助、就医,有没有及时识别、诊断出疾病,并给予合适的治疗,关系到服务体系设置和资源分配;对患者而言则是疾病预后和负担。强迫症的症状特征比较明显,相对比较容易识别,其误诊率较抑郁障碍、广泛性焦虑障碍、惊恐障碍和躯体形式障碍低,但诊断延迟的问题却比较严重,多达半数的患者在首次就医前 20 年就已经出现了症状。造成这个问题的原因很多,而对强迫症的知识和服务信息缺乏,以及存在病耻感是主要原因。为此《指南》中专设第 5 章讨论强迫症的预防与康复。

三、关于强迫症的病因和发病机制

关于强迫症的病因和发病机制研究尚未取得突破性进展。虽有不少阳性发现,但也只是假说而已,不足以解释疾病的发生、发展。比较一致的发现主要有:一是遗传学研究发现强迫症具有遗传特征,但可能是一种涉及多种基因的复杂遗传疾病;二是神经生化研究发现主要聚焦在 5-羟色胺、多巴胺和谷氨酸 3 个系统,但这些假说未达多巴胺假说对于精神分裂症的成熟度,尚不足以支撑治疗强迫症药物的开发研究;三是患者的局部脑结构和脑功能研究发现异常,但不能解释对强迫症的影响;四是社会心理因素对强迫症的发生、发展起重要作用,这也是目前首推心理治疗的依据。

强迫症的病因和发病机制的研究基于诊断的案例,而强迫症的诊断是现象学诊断,如开篇所述,因为认识的变迁,强迫症的诊断分类和诊断标准也

在变化中,定会影响相关的病因学等研究,这也是研究结果不一致的原因之一,也是今后研究需要解决的问题。

四、小结

虽然对强迫症的研究和认识还不充分,但相信这本汇集了世界研究证据和我国专家经验的《指南》,将会推动对强迫症的关注和研究,提高临床识别和诊疗水平。疾病的诊断、治疗以及预防和康复是《指南》的核心部分,故而有专文解读。

参 考 文 献

- [1] 司天梅,杨彦春.《中国强迫症防治指南》[M].北京:中华医学会电子音像出版社,2016.
- [2] 中华医学会精神医学分会《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.

(收稿日期:2017-05-25)

(本文编辑:高蓓蕾)

·读者·作者·编者·

中华医学会系列杂志论文作者署名规范

为尊重作者的署名权,弘扬科学道德和学术诚信精神,中华医学会系列杂志论文作者署名应遵守以下规范。

一、作者署名

中华医学会系列杂志论文作者姓名在题名下按序排列,排序应在投稿前由全体作者共同讨论确定,投稿后不应再作改动,确需改动时必须出示单位证明以及所有作者亲笔签名的署名无异议书面证明。

作者应同时具备以下四项条件:(1)参与论文选题和设计,或参与资料分析与解释;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容;(3)能按编辑部的修改意见进行核修,对学术问题进行解答,并最终同意论文发表;(4)除了负责本人的研究贡献外,同意对研究工作各方面的诚信问题负责。仅参与获得资金或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。

二、通信作者

每篇论文均需确定一位能对该论文全面负责的通信作者。通信作者应在投稿时确定,如在来稿中未特殊标明,则视第一作者为通信作者。集体署名的论文应对该文负责的关键人物列为通信作者。规范的多中心或多学科临床随机对照研究,如主要责任者确实超过一位的,可酌情增加通信作者。无论包含几位作者,均需标注通信作者,并注明其Email地址。

三、同等贡献作者

不建议著录同等贡献作者,需确定论文的主要责任者。

确需著录同等贡献作者时,可在脚注作者项后另起一行著录“前×位作者对本文有同等贡献”,英文为“×× and ×× contributed equally to the article”。英文摘要中如同等贡献者为第一作者且属不同单位,均需注册其单位,以*、#、△、*等顺序标注。

同一单位同一科室作者不宜著录同等贡献。作者申请著录同等贡献时需提供全部作者的贡献声明,期刊编辑委员会进行核查,必要时可将作者贡献声明刊登在论文结尾处。

四、志谢

对给予实质性帮助但不符合作者条件的单位或个人可在文后给予志谢,但必须征得志谢人的书面同意。被志谢者包括:(1)对研究提供资助的单位和个人、合作单位;(2)协助完成研究工作和提供便利条件的组织和个人;(3)协助诊断和提出重要建议的人;(4)给予转载和引用权的资料、图片、文献、研究思想和设想的所有者;(5)做出贡献又不能成为作者的人,如提供技术帮助和给予财力、物力支持的人,此时应阐明其支援的性质;(6)其他。不宜将应被志谢人放在作者的位置上,混淆作者和被志谢者的权利和义务。

中华医学会杂志社