

第 132 期

2020年12月16日出刊



精神医学和临床心理学  
督导与研究

[www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)





报名学习 督导会诊

4000-218-718

## 精神医学和临床心理学

# 督导与研究

美利华在线健康大学出品并版权所有

总编辑 王剑婷

副总编 肖茜

顾问 刘春宇

督导 张道龙

### 协办单位

美中心理文化学会 北京大学出版社  
四川省精神卫生中心 华佑医疗集团  
哈尔滨医科大学精神卫生学院

### 教育服务项目

- ❖ 中美心理咨询师及精神科医生规范化培训项目
- ❖ 学生帮助计划 (SAP)      ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 美国专家国内集中讲学      ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 美利华医疗之家      ❖ 《督导与研究》杂志

邮箱: [meilihua@mhealthu.com](mailto:meilihua@mhealthu.com)

欢迎登录美利华在线健康大学网站免费查阅和下载

如需转载, 请注明“美利华在线健康大学”《督导与研究》



Editor's Letter 写在卷首

## 你当像鸟飞往你的山

丁真火了。火到连外交部发言人都连推他的照片并大赞；火到全国各省市旅游局艳羡西藏的躺赢，P图喊话，盛邀丁真；火到一群鸡娃的老母亲们评论“丁真的眼，一看就是一双没有经历学而思和奥数的眼睛”。我看丁真，由衷地喜欢那个小小少年的模样，他属于蓝天属于白云属于草原，但，你问我要不要我们所有的少年郎都是这个样，我会明白的说：不要。

天然是一种存在的方式，天然让我们变得单纯而容易满足。以村为单位的赛马，以家为单位的成功，以自我认知为边界圆满，这些都可以。可试想，如果所有的人都以此为目标，哪里来的当今世界！？

成长，不单单只是肉体的长大，成长本身就伴有一种觉醒——产生疑问、互动增知、自检不足、外部求索.....这一系列的内容绝不会是单纯的安乐幸福，而是会伴有痛苦与挣扎，因为会不断地有新发现、新疑问、新未知，自发的从内向外追寻会让人焦虑，从外被打破会让人紧张，所以，成长的烦恼由此而来。

《你当像鸟飞往你的山》的作者塔拉·韦斯特弗说：“教育意味着获得不同的视角，理解不同的人、经历和历史。接受教育但不要让你教育僵化傲慢。教育应该是思想的拓展、同理心的深化、视野的开阔。如果人们受过教育，他们应该变得不那么确定，而不是更加确定，他们应该多听、少说，对差异满怀激情，热爱那些不同于他们的想法！”

作为心理工作者，我们常常听到青少年问那个终极问题：“我们究竟为什么活着？”起初面对这样的问题，我也会不由自主的紧张，我该怎么回答这个问题？我该如何让这样的孩子有活下去的动力？但工作的久了，渐渐地，在听到青少年们发出这样的疑问，我会内心暗暗地替他们开心：“思考吧，少年！用一生寻找这个答案，你开始愿意去找，而不再原地不动，就会有些新发现，而我愿意在此刻陪着你！”

我们都有自己的原生世界，我们也在一生创造自己的新世界！

**那，就是我们生命的无限可能。**





## \\ 本期导读 //

### 专 题:

P06 一例因暴食问题来访的青年男性访谈及解析

P23 强迫及相关障碍的诊断要点和治疗方案

### 话题思考:

P30 心理问题，我们为什么怕吃药

### 本期内容主要来源:

美利华中美班张道龙医生的视频讲解内容的文字整理

- 1、2020年11月11日案例《一例强迫及相关障碍的临床访谈》
- 2、2020年7月28日《ICD-11 第八讲 强迫及相关障碍》
- 3、2020年7月29日《精神医学访谈第五讲 强迫型患者》



## 一例因暴食问题来访的青年男性访谈及解析

主讲者 | 张道龙 医生

内容责编 | 王剑婷 心理咨询师

访谈时间：2020年11月11日周三上午

访谈时长：26分钟

来访人数：2人（患者本人及母亲）

1. 出镜学员：（对来访者）你好，这位就是张道龙医生，我们团队的督导老师。我先向老师介绍一下你的基本情况，稍后由张医生来对你进行访谈。

来访者基本信息是19岁的男性，目前读大一，是工科专业，身高是192公分，体重71公斤，BMI是19.3。今天是父母亲伴诊，他目前用的药是心达悦一片，不知道是多大的剂量一天，百忧解是40毫克一天。

2. 张道龙医生：心达悦是哪个药？

3. 出镜学员：就是最新的那个抗抑郁药，伏硫西汀。

4. 张道龙医生：伏硫西汀，好嘞。好的，能听清楚我讲话吗？

5. 来访者：可以。

6. 张道龙医生：好嘞，那讲一讲你的困扰吧！

7. 来访者：就是上大学之后有点开始暴食症，然后比较影响我的生活吧。

8. 张道龙医生：哦。好了，我注意到你的**体重是低**（参考BMI值），你那个暴食吃进去之后，完了还抠吐是什么（询问清除行为）？

9. 来访者：对。

### 鉴别诊断 1：

进食障碍中的【回避性/限制性摄食障碍】、【神经性贪食】和【暴食障碍】中鉴别要点如下表所示，因此，第8段中在鉴别了来访者所谓“暴食症”的具体情况是进食障碍中的哪一种。



	神经性厌食	神经性贪食	暴食障碍
体重	极低或低体重	正常或轻微超重	正常或超重
回避进食	有	无	无
暴食行为	可有可无	有	有
清除行为	可有可无	有	无
严重程度	BMI 指数状况: 轻度: BMI $\geq 17\text{kg/m}^2$ 中度: BMI 16-16.99 $\text{kg/m}^2$ 重度: BMI 15-15.99 $\text{kg/m}^2$ 极重度: BMI $< 15\text{kg/m}^2$	清除/代偿行为的频次: 轻度: 每周 1-3 次 中度: 每周 4-7 次 重度: 每周 8-13 次 极重度: 每周 14 次以上	暴食发作的次数: 轻度: 每周 1-3 次 中度: 每周 4-7 次 重度: 每周 8-13 次 极重度: 每周 14 次以上

10. 张道龙医生: 好嘞, 那不光是暴食的了, 你上大学之前知道体重跟现在比是差别大吗?
11. 来访者: 差距不大。
12. 张道龙医生: 那就是, 不是那很奇怪, 你一直这么瘦?
13. 来访者: 没有, 是大概一年前是减肥, 然后减到.....
14. 张道龙医生: 那就说你的进出比较平衡的, 暴食之后再暴吐, 完了总之维持体重基本不变, 这样说对吧?
15. 来访者: 现在是差不多这样。

### 鉴别诊断 2:

根据前述问诊这个来访者既有暴食行为也有清除行为那不外乎【回避性/限制性摄食障碍】和【神经性贪食】了, 那么他的体重变化是另一个鉴别要点, 来访看来是为了减肥而开始的清除行为。

到这里如果按条目对症状, 似乎进食障碍的问题已经很明显浮出水面了, 但问诊是不是可以至此结束下一个结论【厌食症】呢? 当然不可以。

“不能只看症状, 要看到症状背后的人”。接下来我们来看看怎样去捕捉症状背后的人, 去理解疾病的精神动力学因素。

16. 张道龙医生: 好嘞。你现在是大一, 饮食这个事你觉得跟**压力**有关吗?
17. 来访者: 我感觉是有一些关系。
18. 张道龙医生: 你学什么专业的?
19. 来访者: 水利工程。
20. 张道龙医生: 哦, 水利工程。好了, 水利工程这个是体力做的多一些, 还是跟人打交道焦虑, 让你焦虑多一些?



21. 来访者：我感觉都有。
22. 张道龙医生：都有。
23. 来访者：嗯。
24. 张道龙医生：那你认为这压力主要来自于学业，还是跟同学们相处人际关系？
25. 来访者：这也是都有。
26. 张道龙医生：也是都有？
27. 来访者：嗯嗯。
28. 张道龙医生：朋友多吗？
29. 来访者：朋友挺多的。

### 鉴别诊断 3：

压力人人有，但压力来自于身体疲劳、学业压力还是人际关系，自然各有意义。前两者的变化可能与实习、考试等阶段性的变化有关，属于“适应不良”产生的问题；而如果是人际关系中感觉压力大，那可能是“性格人格”层面的问题。来访者回答较模糊，所以医生在 28 段中特别再次澄清一下人际关系中的状况，来访并没有就此话题反应人际交往中的困扰问题，看来目前的主要困扰并非来自人格层面。

30. 张道龙医生：哦，挺多的。那你除了暴食以外，有没有那些拔头发、咬手指甲，有这些问题吗？
31. 来访者：没有。
32. 张道龙医生：抠手皮。
33. 来访者：没有。
34. 张道龙医生：有没有像洁癖、爱干净，或者爱囤积东西。
35. 来访者：也没有？
36. 张道龙医生：也没有。
37. 来访者：嗯。
38. 张道龙医生：好了。那你就只有这个跟食物有关的了。
39. 来访者：嗯。

### 鉴别诊断 4：

进食障碍，尤其是厌食症患者表现在对身体的不满和对苗条的追求当中都存在更强调精确性和有序性，不喜欢犯错等特征与强迫症都有一定的重叠，因此有经验的临床医生对患有这种疾病的患者都会进行另一种疾病的筛查，以筛查可能存在的共病问题。因此医生在 30-39 段的问诊中具体询问了食物以外的强迫观念或冲动行为是否存在，而来访在这里一一否认。似乎目前的症状只与进食相关。



40. 张道龙医生:那你在上大学之前,比如说高中初中你也是开始有这种现象吗?吃完之后或者是吐?
41. 来访者: 减肥的时候有, 但是不是呕吐, 就是, 因为我肠胃就一直不好, 然后有时候就吃完饭就吐, 我吃心达悦, 还是吃以前那几个抑郁症的药, 就是但凡对胃有点刺激就会不舒服, 然后有时候吃完饭会吐, 但是比较少。
42. 张道龙医生: 好嘞, 过去做过胃镜吗?
43. 来访者: 没有。
44. 张道龙医生: 那你在中学的时候压力也是因为学习吗? 我想说你这东西时重时轻, 不能一直是一样的了, 有没有跟什么压力有关系? 有没有什么一个模式规律?
45. 来访者: 好像没有。
46. 张道龙医生: 没有啊。没有就没有, 没问题。
47. 来访者: 嗯。

### 鉴别诊断 5:

来访者一开始说就目前的进食问题是大一出现的(第7段), 与压力有关(第16段), 那么在在这些症状出现之前, 有压力的时候是不是也有类似的表现? 通过对平行病史发展的关注, 既是关于病史、疾病模式的摸排, 也是对来访者精神动力学的一种探索。来访者在41段中提示自己的呕吐在更早之前似乎是“药源性”的, 与压力无关。这是真的吗?

来访者所说的“心达悦”是一种新型多模式抗抑郁药——氢溴酸伏硫西汀。伏硫西汀抗抑郁作用机制尚不完全明确, 但被认为与抑制5-羟色胺(5-HT)再摄取导致的血清素活性增强有关。氢溴酸伏硫西汀还具有其他一些活性, 包括5-HT<sub>3</sub>受体拮抗作用和5-HT<sub>1A</sub>受体激动作用, 因此与其他SSRI类药物的副作用类似也可能出现胃肠道相关的副反应。

48. 张道龙医生: 好了, 那这是一个问题。完了小的时候, 再往下说, 刚才说高中了, 那初中和小学有没有爱挑食, 父母追着你要吃饭, 完了偏食, 有没有这种?
49. 来访者: 没有没有。
50. 张道龙医生: 没有? 小的时候比较容易爱吃饭?
51. 来访者: 对, 小时候还比较胖。
52. 张道龙医生: 比较胖。那妈妈爸爸对你管教严吗?
53. 来访者: 嗯.....在哪方面呢?
54. 张道龙医生: 就是总得来说感觉到家里逼你学习、逼你变得优秀, 管你的多, 不管是饮食还是其他, 多吗?



55. 来访者：我感觉还好，但是自从我抑郁症之后，可能就是他们对我的爱反而是一种压力，就是他们期望着我变好，然后我自己会把这种爱当成一种压力，然后变好过程比较慢吧，然后我会干着急或者怎么样。
56. 张道龙医生：你说困扰你用了“抑郁症”这个词，你平常去看抑郁吗？
57. 来访者：什么？
58. 张道龙医生：你刚才用了这个字，说我有了抑郁症。我想说你这个进食这是个问题，让你比较抑郁，因为有这个毛病，还是你原来就有抑郁症？
59. 来访者：哦，原来就有抑郁症。
60. 张道龙医生：原来就有抑郁症？
61. 来访者：嗯。

### 鉴别诊断 6：

这个部分是问诊中非常有趣的点。

第一，48 段很明显医生提示我们“倒叙式”的问诊模式，大一因压力起病——高初中的状况——童年养育环境。看病看模式，从精神动力学入手是美利华临床诊断与鉴别诊断中反复向学员提出的要求，但问诊并不是跳跃式的按照生长以育顺序来“排查”，在行云流水的对话中对疾病模式的梳理使得问诊既有条理又结合来访者的实际情况，不着痕迹。

第二，处理压力，一百个人有一百种可能，没有一个人无缘无故的选择出现某个方面的“症状”，或进食，或头疼，或饮酒抽烟，是与家庭的养育习惯以及遗传都有相当大的影响的。挑食、对体型的关注、对自我的严苛要求，总是在哪里有一个起点，基于这样的思路问诊进行的是封闭式的设问。

第三，哪个是因哪个是果？主诉听起来是进食问题，而且是从大一才开始的，但，55 段当中所提到的“我得了抑郁症之后”，一个人怎么好好的会得抑郁症呢？这个转折没有被医生放过。

62. 张道龙医生：那什么时候开始有抑郁症的？
63. 来访者：从高一开始。
64. 张道龙医生：从高一就抑郁，那为什么抑郁？
65. 来访者：好像也是因为换了一个环境学习压力大吧。
66. 张道龙医生：对的。那你平常是个不爱高兴的孩子吗？
67. 来访者：不是。
68. 张道龙医生：有没有做什么极端的東西，比如自残、拿刀划一下、撞墙头什么这类的？



69. 来访者：现在没有，以前刚开始抑郁症的时候会有想自残的想法。
70. 张道龙医生：想自残，但你平常并不是经常拿刀划自己？
71. 来访者：不会。
72. 张道龙医生：不会？
73. 来访者：嗯。
74. 张道龙医生：那你这个吐完之后，吃完了吐，完了之后感到轻松吗？
75. 来访者：会。
76. 张道龙医生：我想说你是拿这个东西缓解你的压力，还是说你这个，就是你的抑郁症是先有的，然后过吃跟吐去缓解抑郁，还是你先有这种吃跟吐的毛病，然后你继发了抑郁，谁是因谁是果？
77. 来访者：应该是先抑郁，然后才开始.....
78. 张道龙医生：才有这些问题。
79. 来访者：嗯。
80. 张道龙医生：那你总得跟个人学，你们家谁这么弄，经常爱在饮食上挑剔？
81. 来访者：没有。
82. 张道龙医生：做饭是，家里头没有你跟哪学的？还会暴食还会吐，自学成才？
83. 来访者：我.....
84. 张道龙医生：一般大小伙子不会做这些事，你怎么会做这些？
85. 来访者：我也不知道。

### 鉴别诊断 7：

这个部分当中澄清了一些重要的问题。

第 64-67 段：环境变化不适应造成的影响体现在情绪上还是原本抑郁情绪加重？来访反馈自己并不是原本总不开心的。

第 68-79 段：探索进食-呕吐背后的心理机制。抑郁是一种症状，精神科所有的障碍问题都可能有抑郁症状，而进食-呕吐这个模式，除强迫症以外，还有可能是一种隐性的“自残模式”，这种模式之下指向的问题就是边缘人格问题。因此医生先排查有无自残，然后再询问进食-呕吐的感受就是出于临床的敏感性。当来访否认自己是先有进食问题才产生抑郁情绪，可见进食问题是继发产生的，那到这里已经不太可能是或只是“进食障碍”的诊断了。

那么，接下来要思考“抑郁”是从何而来，而且还“选用”了进食的方式来解压？这些都是基于动力学的问诊思路。

86. 张道龙医生：你也不知道。好了，那爸爸妈妈是什么人讲一下，一会让他们再补充。妈妈爸爸是干什么的，学什么的？



87. 来访者：就是建筑师。
88. 张道龙医生：建筑师？就是设计图纸什么的，是这样的吗？
89. 来访者：对。
90. 张道龙医生：他现在工作做得好吗，比较精益求精，跟图纸打交道，比较优秀，还是混日子的人？
91. 来访者：我妈就属于那种比较平平淡淡，就是上班正常上班那种，然后我爸比较认真。
92. 张道龙医生：哦，认真。他较真，管你多不多，让你学习，让你考好学校，985大学什么的，有这种问题吗？
93. 来访者：小时候有，现在没有了。
94. 张道龙医生：那爸爸自己有这种比如洁癖、摆东西，有这些问题吗？
95. 来访者：嗯.....
96. 张道龙医生：囤积东西、薅头发什么就这些，你知道洁癖的意思是把家里打扮的比周围人干净。
97. 来访者：我知道，我知道。
98. 张道龙医生：穿衣服很整洁，跟别人不一样，跟一般的男人不一样，比较讲究，有这毛病吗？
99. 来访者：没有，我妈可能有点。
100. 张道龙医生：嗯。那妈妈是.....
101. 来访者：我父母是离异。
102. 张道龙医生：妈妈是做什么的？
103. 来访者：我妈也是在建筑单位上班。
104. 张道龙医生：哦，那你说做普通的工作，她工作较真吗？不较真。
105. 来访者：不较真。
106. 张道龙医生：打扮较真吗？
107. 来访者：啊？
108. 张道龙医生：打扮，打扮自己化妆。
109. 来访者：挺爱臭美的。
110. 张道龙医生：哦，挺爱臭美的。达没达到要去整容、或者健身、锻炼身体这些？
111. 来访者：我妈有整容。
112. 张道龙医生：哦，有整容。
113. 来访者：嗯。
114. 张道龙医生：在你看来不整容的时候跟整容区别大吗？
115. 来访者：没啥区别。
116. 张道龙医生：没啥区别？但是她总认为自己有缺陷，是这意思吗？
117. 来访者：嗯。



118. 张道龙医生：对的。整几次容？
119. 来访者：什么？
120. 张道龙医生：做过几次整容手术？
121. 来访者：就前一阵做了一次。
122. 张道龙医生：做了一次，经常照镜子吗？什么之类的。
123. 来访者：对对。
124. 张道龙医生：那妈妈这边的亲属里面，比如说妈妈有没有兄弟姐妹、姥姥姥爷，也有爱打扮、爱干净、爱讲卫生，有这样的吗？讲究。
125. 来访者：没有我妈这么……
126. 张道龙医生：那么厉害？
127. 来访者：嗯。
128. 张道龙医生：妈妈没吃过什么药是吧？治疗。
129. 来访者：没有。

### 鉴别诊断 8:

在医学中，病因常常是多重的、有概率的。

2011年巴西的精神病学专家乔瓦尼·萨鲁姆进行了有史以来最大规模的一项关于焦虑症遗传性的研究发现，通过对上万人的调查，亲属中没有焦虑症病人的孩子，患病率有1/10，家族中有一人患病，他的患病率会上升到3/10，当大多数亲属都有焦虑症时，孩子就有80%的概率得病。研究人员把这一现象叫做“家族聚集性（family aggregation）”。

当然目前所有的研究还都不能把精神疾病中的任何一种归因于纯粹的基因遗传层面，但大部分的研究都呈现出同一种倾向——遗传会明显的增加患病的易感性。人口学的研究中发现，在同一家庭成员中强迫症的患病率曲线是一致的。而且还有不可忽视的一点是除了基因层面的影响之外，家庭所创造出的行为习惯影响还有可能带有“致病可能”——提供行为训练、效仿样板的场所。

因此在86-129段的问诊中我们可以看到医生问诊聚焦于来访者的父母，从职业、性格特点、行为特征等多方面来了解这个家族中可能存在的点。

在106-127段的对话中提及到了整形美容，这个在现在看起来“时髦”的行为背后，很重要的是“整形前后变化是不是很大”（114-117段），这个关乎于“较真儿”的程度——本人不能容忍哪怕并不大的不完美，因此不惜整形？“对美丽、整洁的追求程度”（124-127段），这关乎于“量级”程度——与普通人相比，与同为高焦虑的家族成员相比，范围不同当然隐藏的程度不同。

130. 道龙医生：也没有。你就是也没有吃，就这两种药，百忧解和心达悦，是这意思吧？
131. 来访者：对。



132. 张道龙医生：你吃的这个药对你有帮助吗？
133. 来访者：有。
134. 张道龙医生：哦，那个药帮你，还是两个药搁到一块帮你？
135. 来访者：这两个都有。
136. 张道龙医生：你现在睡觉好吗？
137. 来访者：睡眠不太好，就是入睡快，但是半夜总醒，然后做梦很多。
138. 张道龙医生：你除了这两个药没吃过别的药？
139. 来访者：以前换过几种药，但都是说要么是吐、要么是胃不舒服。
140. 张道龙医生：比如说我说一个名字，吃过思瑞康吗？
141. 来访者：没有。
142. 张道龙医生：喹硫平。吃过奥氮平吗？
143. 来访者：没有，吃过米氮平。
144. 张道龙医生：哦，吃过米氮平。米氮平有用吗？
145. 来访者：有用。张道龙医生：哦。那为什么后来不吃了？
146. 来访者：吃了米氮平之后，除了吃和睡就一天天不想别的了。

### 鉴别诊断 9:

问诊过程中对过去用药的讨论，可以提供两方面的信息，第一，过去临床用药的起效于否可能也是诊断正确于否的一种反证。第二，在之前用药的基础之上，此次明确诊断，更精准的调整药物，可以规避之前用药中已知的问题，提高用药的精确度及治疗效果，增加患者的依从性。

家族当中有类似病情患者的用药有效性也是一个有用的信息——基于遗传基因近似性的考虑，同样的药物可能也有效于来访者，或者未来来访者的其他家人，这一点在进行沟通时对来访者整个家庭都是有效有用的医疗卫生教育。

147. 张道龙医生：所以这样的，好了，那我知道了。那好了，你平常喜欢运动吗？
148. 来访者：健身。
149. 张道龙医生：健身。喜欢吗？坚持。
150. 来访者：挺喜欢。
151. 张道龙医生：挺喜欢。好嘞，没有像妈妈这样认为自己身材有问题，要保持什么什么的状态？
152. 来访者：没有说她那种想要去整容或者怎么样，但是就是健身就是，觉得好看嘛，然后去健身。
153. 张道龙医生：就是对身材有一定的要求了？
154. 来访者：对。
155. 张道龙医生：好了。那如果到你们家里，打开衣橱能看着衣服都挂的非常整齐，摆的比较像样，是这爱吗？



156. 来访者：我的吗？
157. 张道龙医生：不，谁的都行，谁更讲究？
158. 来访者：我妈。
159. 张道龙医生：哦，对。你的呢，你的也好？
160. 来访者：我的一般。
161. 张道龙医生：一般，那听起来对的。好嘞，那你今天来找我们想找我们帮你解决什么问题？
162. 来访者：就是看一下这个暴食的原因，还有该怎么去缓解。

### 鉴别诊断 10:

厌食问题所伴随的症状当中，对身体有畸形恐惧的人不在少数。他们难以接受自己感觉有偏差这个事实，认为亲人、医生都在撒谎，是出于同情才说自己是正常的、好看的，因此近乎于偏执的节食、挑食、纠结体重计上小数点后面的数字变化。这样的情况也出现在过度关注所谓的外貌缺陷上个体上（来访母亲的整形）。这些也都是与强迫思维非常关联的一组症状。

161 段中医生的那句话是道龙老师的一个特有的起承转合问句，说明他已经完成了概念化的工作。这句话在几乎每个个案当中都会出现，大家可以关注一下出现的时机。

163. 张道龙医生：好嘞。那好了，妈妈爸爸你们可以补充一下，孩子有什么刚才说的没说到的，你们有什么觉得还很重要的事他没讲到的。
164. 学员：老师，现在他们没进来，因为孩子想自己先跟您说。
165. 张道龙医生：没事没事，那请他们进来。（对来访者）你知道自己是顺产吗？还是剖腹产？
166. 来访者：剖腹产。
167. 张道龙医生：哦，剖腹产。
168. 来访者母亲：您好。
169. 张道龙医生：您好，能听清楚我讲话吗？
170. 来访者母亲：能听得清，您说。
171. 张道龙医生：好了，我们先讲一下小孩的情况，完了你们再补充。他刚才说自从上了大学他就会出现这种可能是跟压力有关，但是也分不清楚哪是学业，哪是人际关系，总之他就变成了一个暴食又怕胖，就得吐，所以基本上进出平衡，体重变化不大，那这种现象当然损害身体了，又吃又吐的。他说这个现象在中学前就有，在压力大的时候，尤其在高中，那个时候他还抑郁，就是因为他对自己也觉得是压力大，就慢慢抑郁了。他觉得吃啊吐啊，虽然表面上身体体重变化不大，但是起到减压的作用了。平常他也是挺认真，相对也是有点讲究吧，虽然不大，对于男孩子来说就不容易了。他说他要健身，保持体型比较好。那问到了，他说比他更严重讲究打扮是妈妈，不



但是讲究，打扮、漂亮，还做整容手术，要求更高了。家里的比如说衣橱里头如果比较一下也比别人讲究一些，就比较认真花到这上面。爸爸是认真的花到了事业上，所以也是比较精益求精，不是混日子过那样的人，所以大致这一家就是这么个情况。然后他用的药，过去用过米氮平，也挺有效，现在用的就是叫百忧解、心达悦，这好像对他都有用，对他心境都比较好。米氮平过去好像用完之后什么都不想干了，所以他就停下来了，换成现在这两个药。现在他也影响焦虑，容易睡不好觉，主要这类的问题，严重影响学习，人际关系、健康。他说他过去没做过胃镜，不知道为什么，但是他总是感觉到胃不是很舒服。好了，我现在想问一下，家长有没有什么补充，小孩没说到的很严重的事，或者说的不正确的地方。

172. 来访者母亲：他原来焦虑吧，我觉得他那个吐是**因为焦虑的吐**，就是偶尔，就是**考试之前**，或者是什么他会那种，我觉得他现在这种吐跟原来的不太一样。

173. 张道龙医生：嗯。

174. 来访者：现在的这种吐，其实我内心，就因为我也不是很懂嘛，但是我觉得是不是因为他去年开始减肥，然后就是吃的饮食什么都完全跟原来不一样了。以前就吃的东西很多、很杂，什么都吃，他从小就特别胖，就挺胖的，然后去年开始减肥。就是这个孩子怎么说呢，就是有点什么东西都特别着急，减肥的时候也是吃的就比我还要少，然后基本上我做的饭菜他就不怎么吃了，就只吃白水煮鸡肉啊，然后还有那个。那个东西叫什么？就是像面条一样的，就跟魔芋似的，跟魔芋似的，就是基本上就是没有什么热量的，水果也不怎么吃。然后他以前特别喜欢喝可乐，也改喝成那种无糖可乐了。所以我就觉得他**特别的关注减肥**，然后引起了他大脑有这种饥饿状态？所以才会有现在这种暴食。

175. 张道龙医生：好嘞，那看来他说的消息没有特别补充，爸爸有什么消息要补充吗？还是我们现在就讨论诊断治疗。

### 鉴别诊断 11:

母亲补充了两个与焦虑高度相关的成长信息。

童年时期的焦虑。主要表现在考前呕吐，而且是一个食欲好、不挑食的孩子呕吐，连非医务工作者的妈妈都能想到和焦虑有关，说明外界压力大的时候会有这种躯体化的反应且关联度很高。类似于我们说的表演焦虑。

关注体型。成年期开始关注外表，挑食、节食、呕吐都与健身减肥有关，而且急于求成。

176. 来访者母亲：他爸爸现在还在楼上呢，我给他打个电话。

177. 张道龙医生：那不用那不用。

178. 来访者母亲：嗯。

179. 张道龙医生：好嘞，现在是这样的，那我们这样讨论，这小孩得的是强迫及相关障碍。他的这



个基因来自于妈妈，就是你的爱打扮、整容，爱把衣服搞得井井有条跟他是一个病，那为什么不给你诊断病呢？是因为你那种叫升华，意思就说你做的是大家能接受的，愿意整容、愿意美一点，没问题。把家里愿意收拾的干净、衣服摆得整齐，也管不着别人的事，所以这就等于（把症状）隐藏起来了，但实际上你是一个很较真的人，你在的较真是在这些事上，外表上。那爸爸的较真就在事业上，不混日子。这小孩就遗传了你们两个的特点，所以他本来可能会是发展成强迫症，但是他没发出来，所以就变成了有这些做什么事都是过去做，比如说刚才说减肥也特别的在意，然后他之所以能够吃，完了主动去吐，他说他胃不好，肯定不是，就下意识的吃多少，大致吐多少，我体重才能别让他变化太大。他自己学习也好，干什么也好，也对自己有一个认真的要求，有点像爸爸一样的要求，完了他说他对外表没有要求，实际上他明显是有要求的，妈妈刚才补充这点非常重要。一般男孩子减肥不会像他这样的，成楷模了，这样去做，就有这种强迫的东西。他只是没变成强迫症，是这系统的病，是一个基因没发作起来，这也可能是跟他锻炼有关系，可能很早就锻炼了，另外他及时吃这些药就起到了部分的作用，阻止他这疾病的进展，**没有变成典型的强迫症**，但他没有学会像妈妈这样的升华，上升的升，华丽的华，意思就是我把它做成一个大伙都能接受的，你们就没问题了，比如说我变成锻炼的、健身的狂，我吃饭还照吃，但是我天天健身跟你们在一起，那你看我这肌肉很好，实际上健身本身抑制了焦虑，就没有强迫，把焦虑放到对身体的要求上，或者是去参加个学校的游泳队什么这类的东西，别人就发现不了。他是没有这些智慧，也没有人指导他，结果就变成了自己在那自悟，实际上一个男孩子吃讲究这种程度，身材讲究到，竟然几年下来上大学平均增重10斤，最少5斤，我的女儿上大学回来之后不认识她，整个圆了，啥情况我说你这？她说我下没有压力，我可劲吃，都是这样。他说一斤都不变，基本上一样，肯定是他讲究了，就开始这种非健康的方式讲究。我在这不是打击他，也不是表扬他，这是病，不是正常现象。那怎么办？这治疗是对的，就是等于我先诊断**其他特定的强迫及相关障碍**，先不诊断强迫症，但是这基本上强迫症了，一天一小时想这些事，只是主题有跟身材、跟吃有关系，尤其他刚才说了那句话，说我吃完之后我锻炼，人家都是吐完之后难受，他这不是，他说我整完之后挺轻松的，就他把它做成一个减压、做成一个健康、做成一个达到他目标的手段。

180. 来访者母亲：他觉得他吐了，可能他就没有长胖。

181. 张道龙医生：对的。

182. 来访者母亲：**他就是天天在家称几遍体重秤。**

### 鉴别诊断 12:

来访者从小就表现出焦虑的特质，但现在特别突出的表现在与食物有关的事情上——计算热量摄入、反复测量体重等。再回看 147 段开始他对健身的描述，“在意身材”，需要的可能是不断加大锻炼的投入（时间、强度等）。某种意义上正是强迫性的追求完美使得来访者在与自我对抗。



183. 张道龙医生：对，所以那这没问题了，直接奔强迫症去了。对了，你这往上凑材料，还没等出门凑的就全了，对，这就是刚才我都猜到是这样，叫强迫就是这意思。所以说他是强迫症，等于是跟你的基因一样，做一样的事，所以你这绝对是亲生的孩子没抱错了。

184. 来访者母亲：哈哈。

185. 张道龙医生：对，这肯定是，这个抱错的可能性没有。那问题下面得怎么弄，得了强迫症不要紧，那得怎么治疗，这么长时间看来没按强迫症了，不是抑郁症了，那抑郁是继发的，焦虑的人都抑郁，抑郁的人不一定焦虑，所以他是因为强迫后面继发了抑郁，因为他没有达到目的。好了，那这两个药既然都效果挺好，他没记住剂量，意思就是心达悦和百忧解吧，还是这样的治就可以了，我们需要晚上加一个药，他没有用过喹硫平，加25毫克喹硫平，在这两个药的基础之上再加一个喹硫平，那就可以，那两个是治疗五羟色胺的，他这些吐干什么都跟多巴胺有关，所以他这里头缺少一个药，那两个药实际上吃一个就可以了，但是他两个都吃，那两个药倒有协同作用，可是它是关于五羟色胺的，就是心达悦+百忧解，这两个搁到一块先不要动，就只加一个药就行了。然后鼓励他多运动这个是没事的，但是得学会放松，就是你不能总是靠吃这种东西放松了。然后如果能可能的话，现在如果是休学的话，在我们这就一周住院，父母跟着他，知道怎么去治疗帮他就能把药调好。如果是条件不允许、时间不允许，没法住院，我们一会会诊一下。你们参观一下医院和我们治疗的手段，知道什么是光照治疗，什么是音乐治疗，就治疗这种强迫思维、强迫行为。然后还要学会做正念，你不能光靠药物吃一辈子，不能药越吃越多，越吃越长，而且你得通过这些非药物的心理咨询手段，叫正念减压，或者叫认知行为疗法来需要他放松，那你去参观一下好知道这是怎么做，所以大致微调就行。住院是快，一周就能调好药。在外面要自己调药，自己找咨询师。

心病还得心药医，这个病是在脑子里头，不是在体外。还感谢上帝是个儿子，如果你要是女孩可能就不仅仅是整容的问题了，比妈妈有过之而无不及了。因为男孩子对这体型、身材这方面要求少，他已经在男孩子里头算多的了，通常社会不支持男孩子整容，往这方向发展，所以就是把这个东西抑制住。用药物、用锻炼，用心理咨询抑制住，就跟正常人一样。他现在的身材都太瘦了，20到25，大小伙子平均22BMI指数，现在连20都不到，所以已经是很好了，不能再瘦了，也不能再关注了，把这经历关注到学业上、关注到谈恋爱上、关注到其他方面，完了利用正念的办法来做。即使是生物治疗也是运动加音乐，加光疗，加这些东西，不去注意自己照镜子，量体重，不干这些事，越干就刺激越多，所以这个好在还没有到特别重的程度，再不治往下越来越强迫越厉害。我们得想法让他逆转或者是稳定一段，大概需要治6个月到一年，住院就一周主要调药，好知道哪个药哪种组合对你最好，这个（药）不好我们得换下一个。大致是这样。

好了，我这样说小伙子，你和妈妈有没有不懂的？就是你们是一种基因，一种表现，但是你达到了疾病的程度，妈妈就维持基本正常，是因为她工作上不要求高，家庭也都不错，儿子和丈



夫也都挺出息的，所以她就等于把精神放到整容上就好了。那你提早发病了，一般遗传发病的早，完了现在变成一种病理性的。你在学校都会很痛苦，还伤身体，不管是吐是吃，最后那个胃病，你不是有胃病，是因为焦虑，因为你有这个毛病，强迫症就是极度的焦虑了，你自己把自己造出胃病来了，因为压力一高、焦虑一高，胃肠道就会有反应，所以你的胃肠道反应变得极其敏感，我们用点药把它麻木一下，别让它那么敏感，不是真的有胃病，是这样的，那病不在胃，在脑子。好嘞，那你俩有没有什么问题现在问？然后我们会有10到15分钟跟医生讨论一下具体方案转达给你们，或者你们还可以再参观参观医院，类似做这些事。好了，我现在问一下，你俩还有什么问题要问？

186. 来访者母亲：我觉得他就是有点做什么事情都特别的着急。
187. 张道龙医生：对的，我们叫强迫，老百姓叫着急，焦虑。
188. 来访者母亲：对对，就减肥今天我节食了，那我明天就得瘦，然后学习也是，就是我今天努力了，那我明天肯定成绩就得提高，如果不提高他就会焦虑还是叫什么。
189. 张道龙医生：对，所以他就（容易感觉到）挫折，这不为啥产生继发性抑郁，说的非常好，是这个问题。所以他得了个常见的病，能治的病，也不是绝症，不是什么，也不是最重，中度吧，但再不治的话就麻烦了。
190. 来访者母亲：对，所以我们也是说想快一点好，他也有这种意愿，他就说快点好了之后可以回到学习中，回到同学当中去，我们也是想着说，这要不然就通过住院治疗，帮他把自己不正确的思维方式或者是行为方式说纠正一下。
191. 张道龙医生：对的，是这样，这是最快的，因为我们这里头90%是一周，那10%住两周院，没有任何一个人超过两周，所以等于是住院是最快，因为调药能够好使就可以，完了不好使换第二个药就可以换对了，那我们的这个其他的手段，刚才说了什么音乐治疗，什么这些放松的手段都能在病房里训练你正念，你回去得找个咨询师训练，你也不知道找谁，就是住院有这个好处，等于是个团队在为你服务了。那这样的，你们要没有其他的问题再出去等我们10到15分钟，跟这几个医生会一下诊，然后把最后的会诊意见告诉你，不用着急做决定，参观一下医院，知道我们怎么治完了再做。
192. 来访者：行行，好嘞，谢谢您。

#### 短期入院的作用：

通常来说，一小部分被诊断为神经性厌食症的患者会需要住院治疗，但通常情况下住院治疗首先都是为了解决这些患者极低的体重，进行一些抢救性的治疗，因此会有限制锻炼甚至卧床休养的要求。

推荐本案例的患者入院治疗并不是基于以上考虑，而更主要的是调整现有药物，并在治疗小组的配合下帮助患者学会理解为什么自己会存在一系列的行为层面的问题（呕吐、暴食、节食等），进而促使他们配合未来开展综合性的健康管理，包括服药、心理咨询、健康的运动计划等。当然目前华佑开展的家庭式入院治疗还为患者得到家人的支持与鼓励或者解决一些家庭中现在的矛盾提供了可能。

## 【督导医生总结】

### 如何通过个案概念化帮助来访者理解病情并建立好医患关系？

我们在临床中经常能看到往往有时焦虑的家庭都有各自的行为特点或问题。怎么在有的医生那里就依从性就好，有的人就看起来依从性不好。有的医生就会埋怨说“是患者家属有问题，所以依从性不好”，我并不认可这样的观点。是我们作为专业人士要知道怎么把病情诠释给来访者以及他的家庭，而不是倒过来怨病人。当然也确实有10%的人你怎么说都没用了但那是例外。

我讲过这样一个故事。在路上看到一个人眼睛双目失明，他眼前放着一块板子，上写着“帮帮我吧，我双目失明！”大家走过时看到了，觉得他挺可怜的，也偶尔给一点钱，一天下来收获并不大。结果路过一个女孩，把他的纸板翻过来，写道：“天色这么美好，可我却什么也看不见！”写完放在他面前，边上还是同样那个要饭的碗，结果到晚上钱就装满了。为什么同样一个人却因为一句话有如此不同的效果？是因为语言恰当的唤起了人们的侧隐之心，卖可怜并不能真得让人可怜你，可讲故事，却更能触动人心。

**概念化也是一个叙事的过程。**我这也是在给来访者、给他的妈妈讲到一个故事，讲我们对他的理解——别责备孩子，他这病就是遗传中带来的，他的症状就是跟妈妈整容那些行为都有关，但是妈妈为什么没变成病人？是因为女性一来是是升华了，爱干净爱美，所以大伙都不把它当回事。那我们这小孩没到升华那个时候，就把他早发病，所以我们得抓紧治，越不治越重。从这个角度说，那孩子肯定没抱错，亲生的，所以谁的孩子谁负责，她自己听了都笑，是不是这样？我跟来访者说：“你自己连吃带吐，体重一点都不增加，还挺专业的，真是自学成才。”他听了也都觉得挺好笑，觉得自己有点问题。所以精神障碍变成了一个能治的病，一个没有那么严重，但再不治就不行的病。而不是只干巴巴的塞给他们一个强迫症的诊断。他们要能通过这些那些症状看到自己，更看到彼此。所以临床医生不光是做好诊断，还得做好诠释，然后才能涉及到治疗。不能会下诊断就沾沾自喜，实际上很可能没人买账。

## 【督导答疑】

**问题一：**刚才在访谈的时候他说吃完之后吐，吐完了之后能缓解压力，后来您就问他家族史的情况，是不是这个时候您就大概考虑到强迫这个方向了？



**张道龙医生:** 对, 我要问一下他有没有基底神经节其他的问题, 因为他虽然都聚焦在食物, 但不太像是神经性厌食或者神经性贪食, 因为厌食症患者非常重要是他总认为自己太胖, 他不是, 他自己平常就很胖, 还注意不能太瘦, 不是厌食症中那种越低越好。他强调说“维持”, 就减肥减到这样就好。而且一旦遇到事都非常强迫, 马上立即实现, 吃了东西就抑制一下, 特别刻意为之, 这都是病变——什么事一旦刻意就是病变, 尤其大小伙子, 完了再一问, 他家有没, 这不可能凭空来的, 一问, 把妈妈 (的情况) 挖掘出来, 这就对了嘛。

编者注: 目前的研究表明, 强迫症患者受牵连的脑部结构为

- 大脑皮层: 眼额皮层, 背外侧前额皮层和前扣带皮层。
- 大脑皮层下: 基底神经节或中心灰质核团

**问题二:** 那关于用药, 您选用喹硫平是不是因为如果后边再加量的话, 考虑可能他的食欲会随着增强。

**张道龙医生:** 不是食欲, 是治疗他的强迫问题。

编者注: 第二代抗精神病药伴有5-羟色胺2C受体 (5-HT<sub>2C</sub>) 拮抗特性, 是有效的SSRI辅助药物。同时对有焦虑、激越的抑郁症患者加入喹硫平也呈现出治疗反应。因此医生考虑除了原有的SSRI用药以外, 增加喹硫平以达到冲击作用。

**问题三:** 之前有另一个强迫症的个案, 学形象管理专业的, 当时用药处方的是阿立哌唑, 那个男孩也特别注意自己体型, 这两者之间有什么不祥呢?

**张道龙医生:** 阿立哌唑对失眠作用不大, 而且不增重。阿立哌唑是部分激动剂, 相当于用利他林似的, 更刺激患者。那个病例应该失眠不重, 所以用药是根据不同的症状情况下来调整。今天的患者说他自己晚上醒好几次, 有睡眠的问题那阿立哌唑不能是首选。

**问题三:** 关于用药, 之前如果患者用了心达悦的话, 您会给他停药, 那这个患者您还继续让他用, 这是出于什么样的考虑呢?

**张道龙医生:** 因为他是强迫, 所以他本身就要高剂量的SSRI, 所以原本吃40毫克百忧解不能再增加了, 那心达悦吃就吃吧, 二者合一冲击他一下, 然后这面 (联用喹硫平) 再阻断多巴胺。假如说他不是强迫症, 那就没必要用两个SSRI了, 而且都是一个方向的, 这个病人因为强迫症, 往往需要高剂量, 相当于给他60毫克百忧解了, OK, 暂时能接受。另外还有一个考虑是我在问他这两个药哪个有作用时, 如果他说百忧解有用, 另一个好像



作用不大，那就直接可以停了。可人家说这两个药都有用，咱们就千万不要给患者停用他认为有用的药，反而暂时没起效的给他加上，这样是影响依从性。所以在原有基础上做一个改变患者更容易接受。

**问题四：**这个患者如果住院的话，饮食管理是不是要比较严格？

**张道龙医生：**不需要，他自己不爱吃就不吃，不管，他本来也不是低到了神经性厌食的那个危险程度，到18以下我们再来担心也不迟。目前这个没问题，只要吃饭就好。但是我重点治病，病好了进食自然就好了，不能一次一口吃一个胖子。先抓主要的。

**参考文献：**

1. 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册 [M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅等译, 北京大学出版社, 2015.
2. James Lock, Daniel Le Grange著, 帮助孩子战胜进食障碍. 陈珏, 蒋文晖, 王兰兰, 彭毅华主译, 上海科学技术出版社, 2019.
3. Alan F Schatzberg, Charles DeBattista, 临床精神药理学手册 (第八版), 范静怡, 张小梅, 张道龙译, 北京大学出版社, 北京大学医学出版社, 2018.





第二，患者夸大了这些缺陷并不断出现重复行为，类似于一种强迫行为，例如，照镜子、过度修饰等。

### 3 囤积障碍

第一，与收藏不同，持续收集或难以丢弃没有实际价值的物品。

第二，持续感觉到这些囤积的物品将来可能有用。

第三，囤积的物品占据了生活空间，导致存在安全和健康隐患。

### 4.拔毛癖

第一，经常拔毛，导致毛发缺失。

第二，反复尝试减少或停止拔毛行为。

### 5.皮肤搔抓障碍

第一，频繁地搔抓皮肤，导致皮肤损害或疼痛。

第二，反复尝试停止或减少皮肤搔抓。

## ● 鉴别诊断

1. 强迫性人格障碍(OCPD): 一种持久而广泛的适应不良的模式，表现主要涉及秩序、固执、追求完美等。OCPD 表现为容易挑剔，较真，缺乏弹性，要求高，冲动性，与人冲突多。与强迫症对比，两者之间关键性差异：1.强迫症有真正的强迫思维或行为，每日达 1 小时以上；2.强迫型人格障碍可延迟满足，而强迫症产生强迫思维后需要立即去完成强迫行为；3.强迫症是自我不一致的，强迫型人格障碍是自我一致的。依据人际关系是否为突出困扰，判断是否需要额外增添 OCPD，若可以用 OCD 来解释，就不额外增加人格的诊断。

2. 精神分裂症: 精神分裂症患者中有 20%具有强迫症状；精神分裂症患者对其强迫症状的痛苦程度缺乏内心体验，强迫症状仅是其精神病性症状的前奏或配角；分裂症患者还常有典型的分裂症的特征性症状；分裂症患者在患病早期就常出现较明显的社会功能受损。强迫症患者的痛苦程度显著，体验丰富；强迫症状构成其核心临床相；无典型分裂症症状；强迫症患者的社会功能受损程度与其病程长短成正比。

3. OCD/OCPD 继发抑郁 VS. 边缘型人格: 都可能抑郁、空虚症状，看表面症状不好区别。边缘型的压抑一般起病早，是一种慢性的发自内心的空虚感、被抛弃感，女性为多，情绪起伏大，无外界的刺激下，也会出现情绪波动，常伴反复自残，用躯体的疼痛



来缓解内心的痛苦。OCD/OCPT 继发的抑郁，一般起病在强迫症状出现之后，起病前情绪较好，与人冲突是发生在有外界刺激的情况下。偶尔出现自残，也是在焦虑、冲动的情况下出现，不会很频繁。（美利华图书馆 180802、180905、190320）

4. 适应障碍：以下案例的诊断为 OCD,如 1803055, 1903199, 180626, 用此体会强迫症与适应障碍的区别。强迫思维及行为超过 1 小时（主题为清洁、整齐、性、计数等），有时仅仅有强迫思维（闯入性思维）。应激源可能存在，但只是加重因素。
5. 重性抑郁发作：强迫思维需要与思维反刍鉴别。
6. 广泛性焦虑障碍：主要是对现实顾虑的重复想法，也可以有强迫思维，但未达到强迫症的诊断标准。
7. 抽动障碍：眨眼、清嗓子等快速、重复、无节律的运动或发声，不如强迫行为复杂，也不是为了抵消强迫思维
8. 与其他精神障碍有关的被驱使（“强迫”）行为：与赌博障碍、性欲倒错障碍、物质使用障碍相关，个体从中获得愉快感仅因其有害后果而想抵制。

### ● 强迫症的常见共病

重性抑郁：重性抑郁障碍的终生患病率高达 70%

双相障碍患者为主的样本中，OCD 终生患病率 23.4%

社交恐惧症：互为共病，共病率 47%

强迫及焦虑谱系障碍：常见

躯体变形障碍——27%

人格解体——26%

社交焦虑障碍——16%

人格障碍：常见，多种

抽动障碍：抽动秽语综合征或抽动症

### ➤ 中美班案例图书馆系统中的共病案例

OCD 共病强迫谱系障碍（皮肤搔抓障碍 190625、疾病焦虑障碍 190423）

OCD 合并 OCPD/OCPT（180411、180328）

OCD 合并分裂型人格障碍（180410）



- OCD 合并疾病焦虑障碍 (190423)
- OCD 合并 GAD (180505, 180416)
- OCD 合并惊恐障碍 (190613)
- OCD 合并躯体症状障碍 (180822)
- OCD 合并转换障碍 (180306)
- OCD 合并间歇性暴怒障碍 (170809)
- OCD 合并边缘型人格特质 (170918)
- OCD 合并酒精使用 (180601)

## ● 强迫症的概念化要点

- 1.OCD 的遗传倾向明显。家族中可能有 OCD、焦虑倾向，与大脑基底节-扣带回神经环路异常激荡有关。
- 2.家庭养育方式：父母严格要求，竞争压力。
3. 发病年龄。15-25 岁起病。发病早者，起病时间 14 岁左右开始，甚至可能小学就有症状。强迫遗传倾向明显的人发病早，证明病情越重。发病晚者，可能原有 OCPT,在压力影响下，达到强迫诊断 (181010) 。
- 4.症状特点：聚焦于清洁、摆放、性...符合诊断标准，真正的强迫思维和行为，超过每日 1 小时，纠结的内容和客观不一致，有社会功能受损。模式符合强迫思维引起焦虑-强迫行为释放焦虑的模式 (见图 1)。强迫症状可随着应激源而加重或缓解，寻找相关刺激因素。
- 5.评估严重程度及伴随相关症状。伴随症状包括: 常见影响注意力、记忆力主观体验受损、挑食问题、睡眠问题、物质滥用、植物神经系统紊乱 (出汗、心悸)、转换/躯体症状 180731。还需判断是否继发抑郁。
- 6.常伴随身心疾病：内分泌 (甲亢)、免疫系统疾病、胃肠道功能紊乱、过敏、皮疹、肿瘤、脱发

## ● 治疗方针

### 1 生物

- (1) 规律运动，每日 30-60 分钟，一周 4-5 次以上，达到出汗的效果，运动形式不限。



- (2) 药物治疗 6-8 周起效，3-4 个月缓解。疗程为 6-12 个月的治疗，甚至 1-2 年以上的

时间。  
治疗上以中高剂量 SSRI 为主。对强迫思维不太重、又需要改善睡眠的患者，SSRI+米氮平（190319）。严重的患者、已经使用过 SSRI 但效果不佳者，若睡眠不佳或焦虑比较广泛，用 SSRI+喹硫平，是强效组合。若无睡眠问题，且强迫思维比较聚焦者，可合并利培酮（180626）。利培酮具有较多循证证据，但它可能引起催乳素升高，降低性欲(180905)，需要关注副作用。其他二代抗精神病药物均可根据患者情况而选择。

SSRI 与二代抗精神病药物哪个先用因人而异。用二代抗精神病药物可快速治疗强迫思维和提高内省力，一般需在 SSRI 的基础上联用。植物神经系统的症状是由焦虑引起的，所以焦虑缓解后，躯体/转换症状也会随着好转。用药方案的制定时需参考家族用药、既往用药经验。

其他次选的药物：SNRI 未发现优于 SSRI。自杀想法明显，用抗精神病药物阻断多巴胺，减少自杀冲动。苯二氮卓有依赖性，是在其他药物效果不好，睡眠不佳的情况下，作为三线用药而使用。丙戊酸钠在冲动或暴力、攻击明显的情况下才使用，此药为非 OCD 一二线用药。 $\beta$ 受体阻断剂在已经明显心悸、血压升高等植物神经系统激活的患者可以作为选择（180822），有表演焦虑的患者可考虑用。

- (3) 根据程度判断是否用药：

轻度：可暂时先不用药，用 CBT、正念减压

中重度：需要用药。

社会功能明显下降，就是用药的指征。

- (4) 物理手段：辅助经颅磁刺激 rTMS,深度要达到 6cm，深部脑刺激 DBS。最后手段：最重、最典型聚焦的 OCD，其他治疗方式均效果不佳，用手术，切断扣带回

## 2. 心理咨询：在强迫症的咨询中特别容易被带着跑，注意“控制-反控制”：掌控局面，合理掌握时间

- (1) 倾听痛苦，并将疾病诠释给患者，是“这些症状是病的表现，是大脑异常的体现”（指出疾病的根源）。主观感受是真的，但客观上没有这么严重也是真的。不详细



讨论症状本身，指出这都属于强迫的症状。

- (2) 动机面询，养育方式上不影响到孩子，因为容易培养成强迫症，但疾病的发生是遗传+环境共同起作用的，我们可以通过调整环境影响基因的表达。通过你的治疗经验，为孩子摸出治疗规律。
- (3) 指出患者优势，例如相信科学。所得的是常见病，不幸的是得了病，但幸运的是，强迫症状是能治疗缓解的。
- (4) 认知行为治疗、暴露和反应预防 (CBT、ERP) :心理咨询要待症状先降至中度以下效果比较好，否则患者难以接受。(见图 1 和 2)
- (5) 正念减压可以辅助(注意个体化，强迫思维太重的效果不好)。

图 1

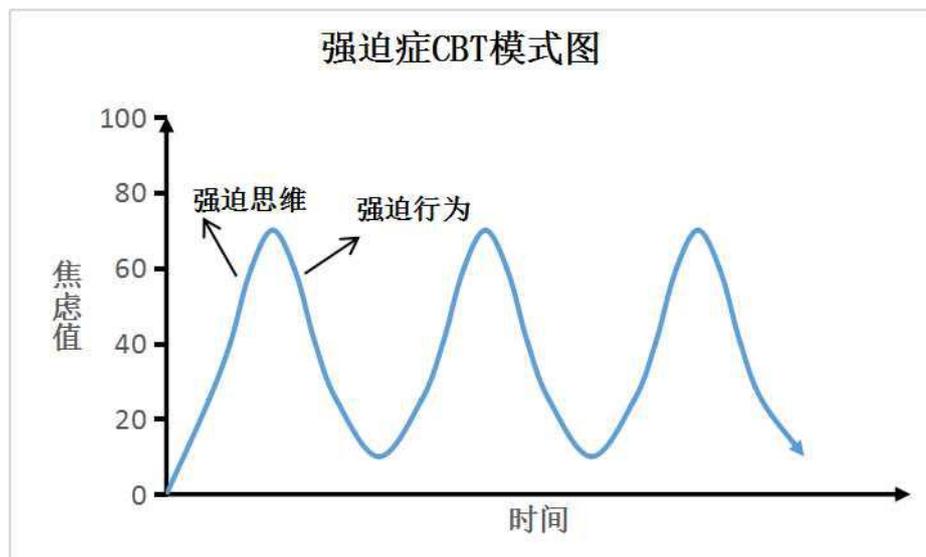
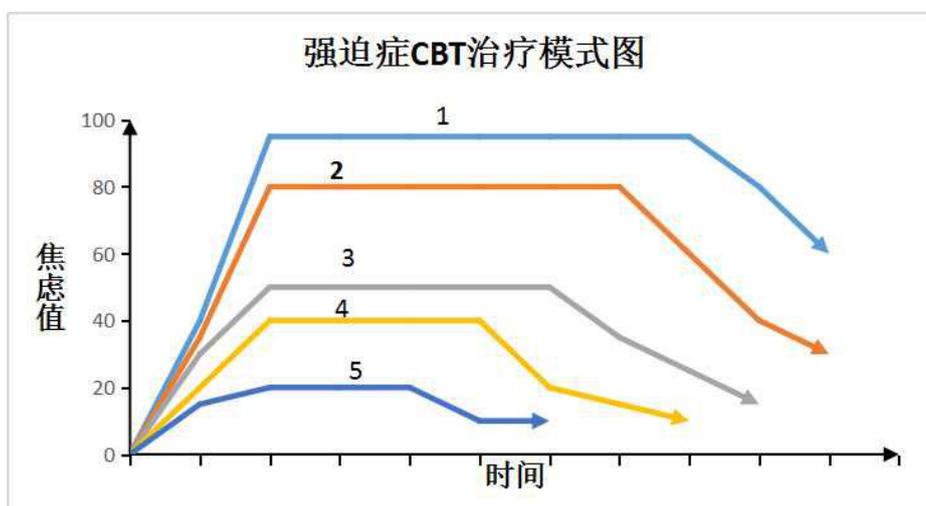


图 2



➤ **小技巧：对强迫思维的暴露治疗**

- a) 在诊室带领患者把强迫思维写下来（越恐怖越好，用五感来使文字内容生动和直观）
- b) 读出来
- c) 用设备录下来
- d) 播出来
- e) 让患者反复听
- f) 同时对焦虑值追踪评分，目的是看焦虑的变化趋势

需要每日重复

暴露的时间要充分

关键点：使强迫思维“外显化和文字化”。

**3. 社会干预：**选择精神压力小，变化少，比较放松、规律、不突击的工作。会计、IT、语言类、数学、档案管理（比较纯粹的专业，不太创新的工作，相当于作正念）。等患者的症状缓解后，若仍想换工作，再做工作调整。

➤ 予以建议：把患者一天的事情安排满，但是压力又不能太大，相当于生活中的正念。

中重度患者：不能从事反复检查的工作，会加重病情。

轻度患者：可将工作作为升华，需要个体化灵活制定方案。



前不久到访的一位家长向我抱怨：“上星期开始吃了医生的药之后，这孩子这几天却不肯上学去了，感觉越吃药越糟啊，所以我就给她把药停了！”看着一旁刚刚和我结束谈话的、追求完美，以致于近一年多来把自己逼得太紧有了抑郁和回避情绪的少女，我不禁替她心疼。这个一直做着好孩子的女生靠生病有了诊断才能让自己有勇气“说出来，停下来，歇一歇”，父亲却认为是这几天的药物造成了孩子的问题，可见一贯也只允许孩子如常的上学、如常考个好成绩才是“对的”。耐心向父母解释了症状本身就有个过程，就医本身不代表症状就会直线消失，就像感冒初期即使吃了感冒药，但也仍然可能还会有一个“发作”的过程，只不过吃药与不吃药，症状的强度、时长都要缩短很多，要允许问题呈现，改变一些能改变的因素才行。要相信科学，用药，更要遵医嘱，而不是由素人的判断为导向。父母半信半疑的眼神实在不是少数……

## ||话题思考||

### 心理问题，我们为什么怕吃药

作者：王剑婷 心理咨询师

谈到用药，尤其是精神科用药，我们听到了太多的谬论。特别是身边若有亲人朋友得了抑郁症或者在用某种药物治疗，不少人会觉得他一定病得很重了，是某种严重的精神病甚至是要自杀了。这样的误解当然与精神卫生领域的科普不足有相当大的关系，大家一谈到精神心理马上想到的就是“疯子”、“神经病”这样带有蔑视性的话语，但这种污名化的问题着实由来已久，我们今天着重想说的是不论任何轻的、重的精神心理问题大家都怕用药？某些夸大的宣传、个人化的用药体验在人群中散布，于是这些错误的信息导致不少明明需要用药的个体拒绝用药或中断治疗，让本该可以生活得更好、更容易得到缓解的情况一再迁延。

当然拒绝就医或拒绝用药还有一个很根本的原因是整个精神科的就医体验不算好。精神科诊断本身就缺乏化验检查的科学化可视化凭据，而医生们往往又没有太多的时间来听病人仔细描述病情，许多地方的医院诊断主要依靠患者自己在问卷上勾勾划划就得出个诊断，然后几分钟就被开出一大堆药物，患者搞不清楚自己的病究竟是什么？有多轻又有多重？所以用药的依从性自然也不好。所幸的是这样的情况已经有越来越多的医院有所觉醒，增加科室、限号保证问诊时长、科学规范化的培训都可以避免这些问题的加剧。



## 恐惧药物时我们在恐惧什么？

偏颇的信息收取是普通人药物恐惧的首要原因。就像现在问市的新冠疫苗，一方面世界瞩目，各国加紧研究，另一方面稍有些问题发生时，更容易被大肆宣扬——打针后昏倒的护士，注射5天后去世的91岁的老人等，在所有的新闻报道推送中都能够看到这些滚动的消息，似乎让人无法不去怀疑其安全性。但有一点我们不能忘记的是，新闻报道在增加了我们知情权的同时，也的确加大了人们收集信息的偏差——灾难、车祸、凶杀、各种事故，负面信息永远是新闻的主体。以交通事故为例我们更多的能看到的是对空难的报道：飞机残骸、罹难人员悲痛的亲属、道歉的官员等等，让我们会有种感觉乘飞机出行实在是不安全和不明智的、近乎于悲壮的自杀尝试行为？！可事实是，不论是从出事的概率还是年伤亡人数，各国的情况都显示飞机是各种出行交通工具中最为安全的手段，没有之一。

这样的情况在健康相关信息上信息偏差的情况更为突出。一切都是不安全的：转基因的食品、农药超标的农作物、带病的进口肉制品、体内汞和铅都超标的鱼，油盐糖奶多食有害，现代化的所有带电产品都有辐射，当然，药，更不能吃。

与这些相对的，是对极度回归的需求，无添加、纯天然，仿佛自然界中的一切总是好的，而由人类制造出来的东西总是坏的。制品总是有副作用的，而天然的总是能被全然消化与吸收的？其实稍稍有点化学知识我们都知道，成份纵然在植物中存在，如果要拿来用，提纯、精炼，利用现代的技术加工都是必不可少的步骤。科学的进步使人们能够有机会了解某种植物当中的某个成分可能作用于改善某种病情，于是得益于医药学的进步才能够把这个成分从植物中提取出来，并除去植物中包含的其他物质，而这些物质有时或多或少具有毒性，也同样会产生副作用。后来，人类科技的进步使得们不但可以提取某些成分，还可以制造它。不论是从海水中提取还是用钠和氯制造，氯化钠都可以稳定得投入使用；再后来人类还可以制造出更多自然界中不存在但对医疗有用有效的分子或物质。

人类的医学进步无疑是非常巨大的，包括在最近国内发布的各地最新寿命情况发布，我们应当注意到，偏远地区虽然享受着田园生活或新鲜的空气较少的污染，却依旧比不过发达的城市和地区——人的寿命还是因为医疗而延长。我们不应该忘记，正是西医西药的产生才使得过去无法医治的大多数疾病得到了有效的控制甚至根治，而恰恰是由于缺少这些“有毒副作用的”药品，才使得一些欠发达地区的人们哪怕因为炎症、疼痛都无法快速有效的缓解，受到生命威胁。

所以，我们的恐惧恰恰不是对药，而是对不确定本身的恐惧。



## 为什么人们更排斥精神类药物？

头昏眼花的你到医院一查高压190, 低压120, 医生开给你降压的药告诉你要坚持服用, 不能随意减停。“好的, 医生。”

医生判断你的甲状腺功能减退, 处方优甲乐治疗, 甚至告诉你需要终身服用, 你也会说“好吧, 医生。”……

更不要说糖尿病、心脏病这类问题所带来的终身服药的问题, 几乎没有人会产生“治疗依赖”的恐惧, 反而因为有药可救而暗自庆幸也是可能的。但一位精神科医生看到患者焦虑焦灼的把时间消耗在洗手、摆弄家具上无法自拔, 处方了药品且诚实的告诉你可能要吃个一到两年让情况好转起来, 病人和家属却往往会说: “再见, 医生。”

这其中很重要的原因之一是精神疾病的生物医学理论起步晚, 发展也较其他部分缓慢。我们能认可身体其他功能的病变、退化, 并接受通过医药手段进行干预, 却对“大脑”有高度的歧视——“脑子有病”成为一句带有污蔑成份的语言; “意志”在精神心理当中成为万能钥匙一般, 需要个体依靠“坚强与磨练”来克服精神心理的各种问题。直到现代脑科学、神经科学和遗传学的发展才使得这些情况稍稍得到一点改观。至少人们相信, 遗传会影响精神心理问题的患病率。

另外, 精神心理药物当中的确有一些是其他临床药物也可作用于精神心理功能的“意外发现”, 而且某些精神心理问题所伴有的激越、冲动的确需要用到镇静剂或兴奋剂, 这增加了人们一些看似合理的恐惧: 成为嗑药族、瘾君子, 损坏了大脑可怎么办? 更有些时候, 一些对药物的体验来自于病人与病人之间的交流, 有用的、没用的、好的、坏的, 不少人会在一片周围人的感想或牢骚中犹犹豫豫的停药。正如我们没有人会随便建议一个心脏病病人中断治疗一样, 请大家也不要总是听信自己做人力资源、做会计、做普通职员의 亲人朋友来做自己的医疗指导, 他们可能爱你, 但, 他们不能胜任你的医疗顾问一职。

作为心理咨询师, 我没有处方权, 也同样没有建议权。所以碰到这类问题的时候我喜欢引用一位认识的精神科医生的话来提醒患者: 是药三分毒, 不假, 但七分都是药效啊! 有疑问, 找医生谈谈吧。

## 知情权与医术的拉锯战

我先生曾经说, 替我在剖腹产手术的知情同意书上签字的时候是他人生中最恐惧的一刻, 哪里有什么要与孩子对面的喜悦了。是啊, 当知情变成医疗行为中的必须时, 每个普通人都需要自己去承担由“选择”所带来的全部后果。换句话说, 如果乘飞机、搭公交车



前，我们每个人都需要签一份“空难后果知情同意书”，或公交公司的“交通事故免责声明”，大概率没有人可以轻松愉快的开赴这趟行程。

西药，经过临床数期实验，再加上双盲测试等等，进入市场时有了一系列的数据以及样本。这些情况被事无巨细的写在纸上，一些严重的后果还会被加黑框警告，这样的情况密密麻麻的写满了正反两页，普通人看了都会心里打鼓，试想假如让一个有点高焦虑的，还有些强迫思维或者恐惧症的患者看到，对药物的恐惧自然会飙升到最高点。所以，是不是要不说副作用呢？所以是不是要欺骗患者呢？所以是不是就听他们的不吃药呢？.....这不是本文所能给出的答案，但就像在我们呈现的每一例真实案例当中一样，医患关系，从来都不仅仅是因为能正确的诊断与治疗，而是在正确的诊断之下，如何能让患者理解并配合治疗。这个部分，科学不能完全解决，有艺术、有话术，是一个医生，或者说也是每个临床工作者倾尽心力去实现的部分。是为医术之【术】。

## 谨记

假如患病者是因为无法确诊无法治疗而惶恐不安，那么医生实际上也会被眼前无法确诊的病例搞得左右为难。医学总是要战胜不确定性，医生的信心与技巧都是在实践中习得的。在这样种种的煎熬当中，假如我们能够把对确定的唯一追求可以扩容的更为人性化一些——真正去看到并且尝试安抚惶惑的病人以及躁动的家属，用友善的、平实的语言去解释他们的疑问，把生冷的说明书解读成更接近他们个体情况的“说明”，而病人或者家属也能预设一份信任，包括药物在内的治疗或许就不再那样令人恐惧了。





报名学习 督导会诊

4000-218-718

# 主创团队



**主编 | 王剑婷, Ph.D**  
日本中央大学心理学科临床心理方向  
中国心理学会心理测量专业委员会主试



**副主编 | 肖茜, MD,**  
中南大学湘雅医学院  
附属湘雅医院心理卫生中心 主治医师



**顾问 | 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D**  
美国纽约上州医科大学精神医学系教授  
中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授河  
北医科大学客座教授  
美中心理文化学会联合创始人



**督导 | 张道龙 Daolong Zhang, MD**  
毕业于美国芝加哥大学精神医学系  
美国伊利诺伊州芝加哥退伍军人医学中心精神医学系主  
管精神科医师  
美国伊利诺伊大学精神医学系临床助理教授河  
北医科大学客座教授  
北京美利华医学应用技术研究院院长美  
中心理文化学会创始人、主席  
《DSM-5》中文版工作委员会主席、主译

- 夏雅俐** • 副教授，管理学博士，心理学硕士，心理咨询师，美中心理文化学会成员
- 许思诺** • 留美电气工程及生物医药信息硕士，美利华网络运营总监
- 黄菁** • 留美电气工程硕士，美利华在线健康大学电子工程师
- 许倩** • 心理学硕士 美中心理文化学会成员
- 张道野** • 黑龙江省伊春市第一医院主任医师，心内科主任  
黑龙江省医学教育专业委员会委员
- 刘卫星** • 北京美利华医学应用技术研究院CEO  
美中心理文化学会（美国）中国区总经理



北大出版社官方微店  
购书请扫码

美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

www.mhealthu.com  
公众号：美利华在线精神健康

