

· 临床督导 ·

强迫症共病疾病焦虑障碍的临床访谈

王剑婷¹, 肖 茜², 张道龙^{1,3*}

(1. 美中心理文化学会, 伊利诺伊州 芝加哥 60608;

2. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

3. 美国伊利诺伊大学精神医学系, 伊利诺伊州 芝加哥 60612

* 通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【摘要】 为了提高广大精神心理科医务工作者的临床访谈及诊断技能, 本文对一例较特殊的合并了两种强迫谱系障碍的患者进行了案例访谈报告。这是一位 27 岁的男性患者, 执着于练习弹钢琴十几年, 仪式化的行为与执着让患者不能正常工作, 成为大家眼中的怪人。离职后逐渐开始关注排便问题, 纠结于便秘、腹胀等感受问题, 总认为自己患有肛肠疾病, 开始反复检查就诊。在检查无明显异常的情况下, 反复要求行手术治疗四次以解决肛肠问题, 结果越治越难受。本案例患者被诊断为强迫症共病疾病焦虑障碍, 需要采取生物-心理-社会的综合治疗。调整以往用药, 加强运动, 调整饮食结构。施行强迫症一线治疗方案, 焦虑缓解后进行认知行为疗法(CBT)来改善自我认知, 减轻心理压力。今后工作中放弃不切实际的想法, 学习应对策略, 合理安排工作和生活。

【关键词】 强迫症; 疾病焦虑障碍; 诊疗方案; 心理治疗

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫码二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R395.3

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2019.03.014

Interview and treatment of obsessive compulsive disorder comorbidity with illness anxiety disorder

Wang Jianting¹, Xiao Qian², Zhang Daolong^{1,3*}

(1. Chinese American Association for Psychology and Culture, Chicago 60608, USA;

2. Mental Health Center of Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

3. University of Illinois at Chicago, Changsha 60612, USA

* Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【Abstract】 In order to improve the clinical interview and diagnostic skills of the general medical workers in the department of psychiatry, this article reported a case interview of a patient comorbidity with two kinds of compulsive spectrum disorders. This is a twenty-seven-year-old male patient who was obsessed with practicing playing the piano for more than ten years. His ritualized behavior and persistence made him unable to work and became strange and weird in other people's eyes. After quitting his job, he gradually began to think over problems with elimination, constipation, abdominal distension and other physical problems, always believed that he had anorectal diseases. He began to seek medical help repeatedly despite the absence of obvious abnormalities in examinations or test results. He requested surgical interventions on four separate occasions to address these anorectal problems and refused to believe that they were nonexistent. In this case, the patient was diagnosed with obsessive-compulsive disorder and comorbidity with illness anxiety disorder, which required a comprehensive biopsychosocial intervention. His medication was adjusted accordingly, and he was advised to strengthen his body through exercise and diet. While addressing his obsessive-compulsive disorder through this holistic approach, he was also taking cognitive behavioral therapy to ensure that his anxiety would be relieved through self-cognition and the reduction of psychological pressure. He learned to give up unrealistic ideas in future employment, to learn new coping strategies and to arrange work-life balance more reasonably.

【Keywords】 Obsessive-compulsive disorder; Illness anxiety disorder; Treatment plan; Psychological treatment

1 精神科访谈

1.1 咨客情况简介

咨客是一位 27 岁的男性, 大学本科学历, 未婚,

小学音乐老师, 目前已离职。主诉: 反复纠结于自己是否患了肛肠系统的疑难杂症。现病史: 初中二年级开始学习钢琴, 每天自觉练琴 6 个小时并一直期待自己能达到专业级别。大学毕业后任小学音乐教

师,但无心工作,依旧沉迷于练习钢琴。2017 年在学校有重大活动时,为练琴与领导发生口角而离职。开始感觉肛周疼痛,前往医院检查被告知有痔疮,但程度轻、几乎可以忽略,但患者持续感觉有便意;2017 年 8 月肠镜检查后发现轻微的直肠炎,为此反复住院检查治疗,患者不断强调自己的不适感;同年 10 月在临床医生认为无手术指征的情况下,患者托人找关系行痔疮手术,术后症状未解决;12 月再次肯求医生进行手术治疗。而后赴全国多地医院求治,行多种保守治疗后均无明显改善。期间有几位肛肠科医生曾告知患者“心理的问题大于器质的问题”。2018 年 8 月患者在精神科被诊断为躯体症状障碍,间断服用舍曲林 50 ~ 100 mg qd,效果不佳。频繁出入厕所,反复如厕尝试解便,常常憋气用力,使自己浑身大汗、疲惫不堪。同时存在反复拧水龙头、反复摆放物品、讲究穿衣搭配的行为。既往史:否认明显躯体疾病。个人史:从小挑食,爱吃零食。从小父母常用腹泻药物帮助患者退热,幼年时即每日如厕 3 次。不愿在学校上厕所,需要自带消毒水。不在意他人感受,疑心重,朋友不多。否认烟酒接触史。家族史:母亲是高中老师,追求完美,喜欢反复清洁。父亲是军人,也喜欢干净整洁,有赌博行为,导致离异。体格检查及神经系统检查未见明显异常。辅助检查:血常规、尿常规及大便常规未见异常。肝功能、肾功能、电解质、血糖、心电图等均未明显异常。精神状态检查:意识清楚,时间、地点及人物定向力正常,接触交谈被动尚合作。语调、语速正常,有良好的目标导向及逻辑性。感知觉未见明显异常。短期记忆及长期记忆未查及明显异常,注意力集中。查及明显的强迫思维,无思维逻辑障碍。情绪显焦虑,目前否认存在轻生观念。自知力完整。

1.2 访谈实录

Z 医生:据我观察,你衣着讲究,服饰的颜色搭配协调、条纹对称。讲讲你的困扰吧!

咨客:你好,Z 教授。我一直存在肛门下坠、排便不尽感。导致我到全国多地求治,无法娱乐,甚至有濒死感。好多大夫都说我有心理问题。我为了缓解肛门下坠、腹痛和腹胀,做了四次手术,术后反而愈发严重了。

Z 医生:你觉得存在便秘、排便费劲。具体症状是便秘还是腹泻?

咨客:是便秘。

Z 医生:好的。经过多次检查和手术,均未发现明显疾病,仅存在轻微的问题。你是否能接受这一观点,

即“你的躯体疾病轻微,主要是思维存在问题”?

咨客:这很难回答。现在我的主要症状是频繁上厕所,近两年反复因为肛肠疾病就诊。

Z 医生:我知道你上厕所频繁,这是具体症状。经过这么多次检查和手术,未发现明显的肿瘤、肠穿孔及肠溃疡。你 90% 以上的躯体症状都是由于焦虑所致,虽然有轻微的肛肠问题,但和你的症状严重性不成比例。能接受这样的说法吗?

咨客:不,我感觉还没法接受。

Z 医生:哦,还不能接受,能接受多少? 60%?

咨客:嗯……50% 吧。

医生:哦,还不错,你能接受一半。我们有良好的开端。根据《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(DSM-5),你的诊断属于强迫谱系及相关障碍,包含两个疾病,其一是强迫症,其二是疾病焦虑障碍^[1]。实际上你的“症状”不止肛门的问题。你的着装打扮——内衣和外套花纹一致,显然是刻意搭配的;弹琴的时候,琴凳要按照一定的规矩反复摆放;每日反复洗手、反复关水龙头超过 1 小时,这都是强迫症的不同症状^[1]。你学琴起步年龄晚,根据专业人士所诉,通常 5 岁练琴就晚了,你毕竟初中才开始学钢琴,可每天练习 6 个小时也不肯放弃,非要求自己达到专业级别,这也是一种强迫思维。

咨客:这就是强迫思路吗?

Z 医生:是强迫思维。你是精神疾病所导致的躯体不适和反复纠结、反复就医。

咨客:我为什么会得这样的疾病?

Z 医生:强迫相关基因来自父母,比如他们都喜欢打扫卫生,反复洗衣服。父亲追求完美,他军人的职业与其性格是相匹配的,追求完美的性格特点容易适应军队这种要求严格的环境^[2]。这是先天遗传的部分,这时你可能要问,“为何妈妈聚焦于打扫卫生、反复清洁,而我聚焦于肛门呢?”强迫思维聚焦的具体内容与成长经历相关。妈妈讲究干净影响了你,所以你洗手需要洗三遍。你儿时爱吃零食,经常吃高油、高糖、纤维少的食物,容易引起便秘,逐渐使你的强迫思维集中到了肛门。你肛门确实有异物感、下坠感,结果导致反复看病,反复如厕,这些都是强迫思维和行为^[1-2]。较好的是,你的肛门并没有明显问题,无需反复做手术,越做手术问题越多。现在开始就按照强迫症来治疗。需要加强运动,降低焦虑。治疗药物以选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)为主,再联合喹硫平,改善睡眠、减少便秘、降低焦虑^[3]。心理治疗方面,进行认知行为治疗(Cognitive Behavioral

Therapy, CBT) 联合正念减压治疗^[4]。你聚焦在肛门, 周围人会难以接受, 比如午餐之前谈肛门, 大家会觉得你恶心而厌烦。社会学方面, 钢琴可以成为爱好而并非一定成为专业的演奏家, 病情稳定后, 当音乐老师是极可能实现的。当你高度聚焦于强迫思维的时候, 视周围于无物, 无法兼顾社会关系, 不能做到眼观六路、耳听八方。所以建议暂缓找工作, 先行治疗, 平均治疗时间 9~12 个月, 治疗好转后再决定工作的事^[3]。不需要做毫无意义的手术。你这类疾病通常需要很长一段时间才能被发现, 因为大家没有把父母的遗传特点和你的病放到一起去考虑, 没有把你学钢琴时出现的重复行为、讲究卫生、强调对称和纠结于肛门这个事联系起来, 关键不是这些具体症状, 而是总体上属于强迫及相关障碍的疾病。病史至少超过 10 年了, 但是你一直反复聚焦于肛门问题, 清楚吗?

咨客: 清楚了。我记得我未做手术前, 虽然腹胀腹痛, 但至少没有影响我进食。自从做完手术以后, 我总感觉肠道中有气体无法排除, 反复打电话找医生询问, 反复做肠镜检查, 我总认为是肠胀气, 做完肠镜后肠道更不舒服了。

Z 医生: 是的, 所以肛门并非有真正的严重疾病, 你是精神障碍, 天天治疗肛门, 当然效果不佳。

咨客: 好多大夫都说我的诊断是躯体化障碍, 是这样吗?

Z 医生: 是属于类似的疾病。

咨客: 我怀疑大夫给我误诊误治, 越治越乱, 生物反馈一直在做, 花费了大量时间, 难道我一直是精神方面的问题? 我一直都不明白。

Z 医生: 你并没有严重的躯体问题, 真正躯体有问题是真正肛门或肠道疾病。医生们后来也怀疑你是精神疾病, 但是他们诊断的轻了, 我认为是更重一级的强迫相关问题。你不是严重的肛门问题, 但你总认为自己肛门有病, 反复就诊, 以此为焦点。

咨客: 是, 我还觉得我是直肠炎, 甚至觉得是个疑难杂症。包括我的“盆底痉挛”, 是疑难病吗?

Z 医生: 直肠癌才是疑难病, 直肠炎只是最轻微的病, 可能与吃太多零食有关。天天这么折腾, 就真的容易胃肠功能紊乱。重要的是积极锻炼身体, 健康饮食, 然后服用药物, 这个病就会好转。

咨客: 嗯, 我的诊断不是躯体化障碍, 因为躯体化障碍的症状比较多是吧?

Z 医生: 是的。躯体症状障碍只聚焦于躯体的数个症状, 而你还聚焦于对称、卫生等其他方面, 所以不只是躯体症状, 你的表现更广泛, 但这都属于焦虑^[5]。而且所谓躯体症状障碍并不是说“躯体”有

问题, 而是“思维”上出了问题, 医生对这一点的判断是正确的, 但是把你当成较轻的病去治, 没选择更有针对性的药, 所以才迁延到今天。幸运的是这个病终究能治, 与强迫有关, 遗传倾向非常明显。所以我们得针对病因治疗, 治疗 3~4 个月就会缓解, 一般在一个月以内逐渐起效。

咨客: 一个月起效是吗?

Z 医生: 大概是如此。但是需要用药、做运动, 不能整日吃零食, 不能躺在床上天天想肛门、反复蹲厕所。肛门是机械性质的器官, 使用次数是有限的。我看到妈妈陪你来的, 妈妈是否有问题?

咨客母亲: 这个药对他的肠胃是否有刺激?

Z 医生: 不会的, 用这个药是缓解刺激的。

咨客母亲: 缓解刺激?

Z 医生: 他主要是便秘, 我们用一点药, 大便会柔软一些。

咨客母亲: 他服药已超过两年, 腹痛、腹胀是否为药物副反应?

Z 医生: 有的药是可能引起相关副反应, 我们得继续观察, 但可以给予相对不刺激胃肠道的药物。这方面需要尝试, 找到一种药尽量不刺激排便。不是所有药物都会引起同一种副作用, 因为他聚焦于躯体症状, 会特别敏感。他的感受是真的, 他真实地感受到肛门有问题。

咨客母亲: 好的。

Z 医生: 问题是他没有这么严重的病也是真的, 怎么解释“病没有那么严重但感觉严重”? 这就是精神有问题了, 因为焦虑使感受信号被放大了、特别敏感。

咨客母亲: 好的, 明白了, 没有其他问题了。谢谢!

2 点 评

2.1 诊断与鉴别诊断

一定要看模式下诊断。从家族遗传的角度, 患者的强迫问题是显而易见的。同时, 躯体症状及相关障碍里的“疾病焦虑障碍”也很突出, 该患者疾病焦虑程度高。在 ICD-11 中疾病焦虑障碍被称之为疑病症, 也属于强迫及相关障碍这一章^[6]。

根据 ICD-11, 患者的两个诊断: 强迫症和疾病焦虑障碍, 均属于强迫及相关谱系障碍^[6]。在 DSM-5 与 ICD-11 这两个诊断体系中, 强迫症在焦虑相关疾病中均属于等级高、程度重的疾病^[2,6]。要向患者诠释清楚, 父母的强迫表现为反复清洁、打扫卫生; 父亲的赌博问题与患者的强迫症均指向基

底神经节的问题^[1]。他的疾病焦虑之所以聚焦于肛门,与饮食习惯差和父母养育过程中关注排便问题相关,所以从小就形成认知,即“肛门排便排不净是不正常的”。这一观念被牢牢地灌输于他的信念层面。

2.2 临床治疗学

生物治疗方面:从病史来看,单纯使用小剂量 SSRI 类药物不足以治疗他的症状,患者病程较长、病情较重,需要更有针对性、效果显著的药物组合进行治疗。SSRI 类药物联合第二代抗精神病药物是治疗强迫症、缓解焦虑情绪的强效组合^[3,7-8]。对这例患者而言,不建议联用阿立哌唑,因为其父亲已有赌博相关的问题,阿立哌唑是多巴胺的部分激动剂,可能引起患者赌博行为出现的概率升高^[3]。

心理治疗方面:进行以 CBT 为主的心理治疗^[4]。该患者为了不存在的或者较轻微的问题反复就医,还存在明显的强迫行为,需将这些情况对患者加以诠释,并调整其认知模式,让患者理解疾病的成因及发展,提高治疗依从性。

社会方面:待病情缓解后,力所能及地做好音乐老师这类工作。

3 问 答

Q1:大部分疾病焦虑障碍的患者会担心患有一个具体的疾病,比如患艾滋病等,该患者提出患有“疑难杂症”,是否算是一种疾病焦虑障碍?

A1:患者并非医学出身,不能区分疾病的严重程度,有时也无法讲清楚疾病的具体名称。他的焦点是“我有一个严重的病,医生没看出来”,这种疾病模式就叫疾病焦虑障碍^[1,5-6]。虽然强迫症的诊断级别高于疾病焦虑障碍,但不能仅仅给予强迫症这一个诊断,需要给予强迫症合并疾病焦虑障碍的诊断。原因是不能忽略掉“患者的主诉”。患者大部分都在陈述自己肛门有问题,需要向其解释并非肠道真正存在明显问题,问题出在精神上,需要从精神疾病的角度进行治疗。给予两个诊断更利于病情诠释和提高治疗依从性。

Q2:ICD-11 把疑病症即疾病焦虑障碍,放进强

迫相关章节中,是否意味着疾病焦虑障碍和躯体症状障碍相比,更接近于强迫症?

A2:正确的。躯体症状障碍一般均有数个症状,很少只有一个症状。强迫相关障碍有时仅聚焦于一个症状,比如反复洗手。疾病焦虑障碍中强迫思维方面的问题多见,而躯体症状障碍中具体的躯体症状多见^[5-6]。

Q3:该患者除了便秘之外还有腹痛、腹胀这些消化系统症状,药物治疗方面,是否先用米氮平阻断 5-HT₂ 受体,以便减轻腹部不适,然后再联用 SSRI 治疗?

A3:患者的问题是日积月累形成的,强迫症状比较严重,单独使用米氮平可能效果不佳。先用较强药物组合降低焦虑水平,然后再观察肠道症状的程度。该患者的肠道反应是由焦虑引起的胃肠道植物神经系统反应,先调整他的焦虑水平,肠道症状一般情况会随之缓解。

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: 北京大学出版社, 2015: 227-255, 306-310.
- [2] 美国精神医学学会. 理解 DSM-5 精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 83-88, 122-124.
- [3] 艾伦·F·沙茨贝格, 查尔斯·德巴蒂斯塔. 临床精神药理学手册[M]. 8 版. 范静怡, 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2018: 43-45, 141-142.
- [4] 迈克尔·J·科萨. 战胜强迫症: 治疗师指南/自助手册[M]. 孙宏伟, 侯秀梅, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2010: 84-92.
- [5] 迈克尔·弗斯特. DSM-5 鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 157, 172.
- [6] 郝伟, 陆林. 精神病学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 103-118.
- [7] 司天梅, 杨彦春. 中国强迫症防治指南[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2016: 65-84.
- [8] Zhou DD, Zhou XX, Li Y, et al. Augmentation agents to serotonin reuptake inhibitors for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a network meta-analysis[J]. Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry, 2019, 90: 277-287

(收稿日期:2019-05-15)

(本文编辑:陈霞)