

· 学术交流 ·

动力性心理治疗联合氟伏沙明治疗强迫症的临床效果及对心理防御机制的影响

田玉梅 张瑶 刘敏 武苗苗

710061 西安市精神卫生中心康复部

通信作者: 田玉梅, Email: tianyumei_1980@papmedline.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2018.08.013

【摘要】目的 研究动力性心理治疗联合氟伏沙明治疗强迫症的临床效果及对心理防御机制的影响。**方法** 选择2012年1月—2016年12月西安市精神卫生中心精神科诊治的强迫症患者80例为研究对象,根据入院先后顺序编号随机分为两组,每组40例。对照组口服氟伏沙明治疗,观察组联合动力性心理治疗。分别于治疗前和治疗后1、4、8周采用耶鲁布朗强迫量表(Y-BOCS)及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对两组的治疗效果进行判断,并记录两组治疗前后的防御方式问卷(DSQ)评分。**结果** 两组治疗4周和8周后的Y-BOCS评分和HAMA评分均降低,且观察组明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗8周后观察组的总有效率(72.5%)高于对照组(52.5%),差异有统计学意义($\chi^2=4.501$, $P=0.034$);两组治疗8周后的成熟防御机制因子均升高,不成熟防御机制均降低,且观察组均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 动力性心理治疗联合氟伏沙明治疗强迫症的临床效果明显优于单独使用氟伏沙明治疗,可以有效改善强迫症,并能显著改善患者的心理防御机制。

【关键词】 强迫症; 氟伏沙明; 动力性心理治疗; 临床效果; 心理防御

Effects of dynamic psychotherapy combined with fluvoxamine in treatment of obsessive-compulsive disorder and influence on the psychological defense mechanism Tian Yumei, Zhang Yao, Liu Min, Wu Miaomiao

Rehabilitation Department, Mental Health Center of Xi'an City, Xi'an 710061, China

Corresponding author: Tian Yumei, Email: tianyumei_1980@papmedline.com

【Abstract】Objective To investigate the clinical effects of dynamic psychotherapy combined with fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD) and the influence on the psychological defense mechanism. **Methods** A total of 80 OCD patients who were treated in Mental Health Center of Xi'an City from January 2012 to December 2016 were selected and randomly divided into two groups according to the order of admission with 40 cases in each. The control group was given fluvoxamine therapy, while the observation group were treated with dynamic psychotherapy combined with fluvoxamine therapy. The clinical effects of the two groups were determined by Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) before and at 1st, 4th, 8th week after treatment. The Defense Style Questionnaire (DSQ) was recorded before and after treatment in two groups. **Results** The scores of Y-BOCS and HAMA at the 4th and 8th week after treatment decreased in both group, and the scores of the observation group were obviously lower than those of the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). After 8 weeks of treatment, the total effective rate of the observation group (72.5%) was higher than that of the control group (52.5%), and the difference was statistically significant ($\chi^2=4.501$, $P=0.034$). After 8 weeks of treatment, the mature defense mechanism increased and the immature defense mechanism decreased in both groups, and the observation group was superior to the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusions** The clinical effects of dynamic psychotherapy combined with fluvoxamine in treatment of obsessive-compulsive disorder was obviously better than the single use of fluvoxamine, which could significantly improve patients' psychological defense mechanism.

【Key words】 Obsessive-compulsive disorder; Fluvoxamine; Dynamic psychotherapy; Clinical effect; Psychological defense

强迫症是临床上较为典型的以强迫冲动、强迫行为和强迫观念等强迫症状为临床表现的一种精神障碍疾病,具有易致残、易复发等特点^[1-2]。有研究

发现,54%~61%的强迫症患者病情呈逐渐发展趋势,24%~33%病情不断波动,常出现中度和重度的社会功能障碍^[3]。目前临床多采用药物进行治疗,

且取得了较好的治疗效果^[4-5]。强迫症患者具有以下特征,不良的性格、人际关系不和谐以及社会适应能力差,这些特征严重影响患者的预后。单纯的药物治疗缺乏对患者的社会心理因素的干预,所以不能使患者全面康复。本研究将动力性心理治疗联合氟伏沙明联合使用治疗强迫症,取得了良好效果,现报道如下。

一、对象与方法

1. 研究对象: 选择2012年1月—2016年12月西安市精神卫生中心精神科诊治的强迫症患者80例为研究对象,均符合强迫症的诊断标准^[6],根据入院先后顺序编号随机分为两组。观察组40例,男18例,女22例;年龄21~73岁,平均(33.54±10.98)岁;病程1~10年,平均(2.89±1.01)年。对照组40例,男19例,女21例;年龄22~72岁,平均(31.85±12.31)岁;病程1~10年,平均(3.02±1.54)年。所有患者均签署知情同意书。两组性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义,具有可比性。

2. 治疗方法: 两组患者均采用口服氟伏沙明(丽珠集团丽珠制药厂,国药准字H20058921)治疗,初始剂量为50mg/d,治疗剂量为150~300mg/d,疗程为8周。对照组的氟伏沙明平均剂量为(193.45±10.27)mg/d,观察组为(195.73±11.45)mg/d,两组药物剂量比较,差异无统计学意义($t=0.938$, $P=0.351$)。观察组的药物使用方法及剂量与对照组相一致。

观察组在药物治疗的基础上联合动力性心理治疗进行心理干预。每次治疗时间为50 min,每周2次,共16次。首先,对患者出现的症状开展必要的假设,以帮助患者更为深入地认识自身的临床症状,并对强迫症患者急性发作时的情景及环境进行详细探讨,分析强迫症发作的内容及患者情绪的改变情况,研究强迫症患者情绪表达的管理及精神动力性冲突;再根据精神动力学的观点使强迫症患者出现焦虑反应的阈值提高,降低易感性,以显著缓解患者的临床症状。所用理论基础主要包括冲突与客体关系心理学,治疗联盟意识理论,心理防御机制理论及其运用,移情与反移情及在治疗中的运用等,患者必须深入理解心理动力学机制的核心内容,临床医师可以采用言语交谈的方式,使患者内心深处的情感得以激发,深入分析强迫症患者的行为模式和内心世界,把患者目前的临床症状及过往的自身体验进行相互的结合,进而使患者现有的行为模式得到改变,发挥治疗强迫症的临床效果;最后巩固治疗效果,使患者充分体验与临床治疗师分离,担负面对和处理心理冲突的情况,提高强迫症患者

面对具体问题时,缓解焦虑及解决问题的综合能力。

3. 观察指标: 分别于治疗前及治疗后1、4、8周采用耶鲁布朗强迫量表(Y-BOCS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对两组的治疗效果进行判断。Y-BOCS评分6~15分为轻度,16~25分为中度,>25分为重度。HAMA评分>29分为严重焦虑,>21分为有明显焦虑,>14分为有焦虑,>7分为可能有焦虑,<7分为没有焦虑。治疗效果依据Y-BOCS的减分率进行评估^[6]。痊愈:患者治疗后的减分率≥75%;显效:患者治疗后的减分率为50%~74%;有效:患者治疗后的减分率为25%~49%;无效:患者治疗后的减分率<25%。并记录两组治疗前后的防御方式问卷(DSQ),量表因子主要包括掩饰因子、成熟防御机制(升华、压抑、幽默)、中间型防御机制(反作用形成、解除、制止、回避、理想化、假性利他、伴无能之全能、隔离、同一化、否认、交往倾向、消耗倾向、期望)及不成熟防御机制(投射、被动攻击、潜意显现、抱怨、幻想、分裂、退缩、躯体化)。

4. 统计学方法: 采用SPSS 15.0统计学软件进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}±s$)表示,采用重复测量方差分析和 t 检验。计数资料用百分比表示,比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 两组患者治疗前后Y-BOCS评分比较: 见表1。两组治疗前、治疗1周, Y-BOCS评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗4周、8周的Y-BOCS评分均明显低于治疗前,且治疗后观察组明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2. 两组患者HAMA评分比较: 见表2。治疗前、和治疗1周,两组HAMA评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗4周、8周的HAMA评分均降低,且观察组明显低于对照组,差异有统计学意义。

3. 两组患者疗效比较: 见表3。治疗8周后观察组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义。

4. 两组患者DSQ量表因子比较: 见表4。两组治疗8周后的成熟防御机制因子均升高,不成熟防御机制均降低,且治疗后观察组明显优于对照组,差异有统计学意义。

讨论 强迫症是指不自主、不闯入性的发生负性观念、负性思维和负性影响,且伴随出现仪式化及较为刻板的动作、行为的焦虑障碍病症。患者不自主的强迫症与有意识的反强迫冲突给自身带来极大痛苦与焦虑,严重影响正常的生活、工作与人际交往^[7-9]。强迫症属于焦虑障碍的一种,患者的发病与强迫人格具有一定的相关性,不确定感、不安

表1 两组患者治疗前后 Y-BOCS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前		治疗1周		治疗4周		治疗8周	
		强迫思维	强迫行为	强迫思维	强迫行为	强迫思维	强迫行为	强迫思维	强迫行为
对照组	40	13.95 ± 5.62	14.13 ± 4.72	13.12 ± 5.65	13.27 ± 3.45	11.98 ± 2.12	10.13 ± 2.74	9.95 ± 3.31 ^a	9.14 ± 1.25
观察组	40	14.26 ± 5.02	15.89 ± 4.25	13.98 ± 5.73	13.26 ± 4.13	9.06 ± 1.75	8.25 ± 1.53	7.98 ± 4.58 ^a	6.73 ± 1.14
<i>t</i> 值		0.260	1.753	0.660	0.012	6.718	3.789	2.306	9.010
<i>P</i> 值		0.795	0.084	0.501	0.991	< 0.001	< 0.001	0.024	0.000

注: 对照组: $F_{强迫思维}=6.086, P_{强迫思维}=0.001; F_{强迫行为}=21.437, P_{强迫行为}<0.001$; 观察组: $F_{强迫思维}=20.783, P_{强迫思维}<0.001; F_{强迫行为}=75.019, P_{强迫行为}<0.001$; 与治疗前比较, ^a $P<0.05$

表2 两组患者 HAMA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗1周	治疗4周	治疗8周
对照组	40	22.87 ± 5.65	19.98 ± 4.12	17.95 ± 5.32 ^a	13.05 ± 5.58 ^a
观察组	40	22.98 ± 6.12	19.05 ± 5.02	14.14 ± 5.65 ^a	8.25 ± 5.32 ^a
<i>t</i> 值		0.084	0.906	3.105	3.938
<i>P</i> 值		0.934	0.368	0.003	< 0.001

注: 与治疗前比较, ^a $P<0.05$

表3 两组患者临床疗效比较(例, %)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	40	3(7.50)	10(25.00)	8(20.00)	19(47.50)	21(52.50)
观察组	40	7(17.50)	12(30.00)	10(25.00)	11(27.50)	29(72.50)

注: $\chi^2=4.501, P=0.034$

表4 两组患者 DSQ 量表因子比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	掩饰因子	成熟防御机制	中间型防御机制	不成熟防御机制	
对照组	40	治疗前	5.56 ± 0.68	3.98 ± 1.22	4.75 ± 1.32	5.82 ± 1.25
		治疗后	5.48 ± 0.51	4.88 ± 0.56	4.68 ± 0.98	5.05 ± 0.88
	<i>t</i> 值	0.595	-4.240	0.269	3.186	
	<i>P</i> 值	0.554	< 0.001	0.789	0.002	
观察组	40	治疗前	5.48 ± 0.78	4.12 ± 0.66	4.79 ± 0.76	5.80 ± 0.97
		治疗后	5.56 ± 1.56	5.58 ± 1.22 ^a	4.83 ± 0.58	4.22 ± 0.42 ^a
	<i>t</i> 值	-0.292	-6.657	-0.265	9.454	
	<i>P</i> 值	0.773	< 0.001	0.792	< 0.001	

注: 与对照组比较, ^a $P<0.05$

全感和不完善感的人格极易患有强迫症, 大多数患者伴随有中度或重度的社会功能障碍, 其治疗一直是临床上的难点以及重点研究课题^[10-12]。

氟伏沙明主要用于强迫症、抑郁症及惊恐障碍的治疗。它对去甲肾上腺素和多巴胺的摄取功能不会造成影响, 且不会与脑内的乙酰胆碱受体产生较高的亲和力, 避免了出现严重的抗胆碱能和心血管不良反应, 加强了患者的治疗依从性^[13]。强迫症患者大多会表现出更高的责任感, 但常常由于存在较强的人际关系不信任, 因此, 会面对一些潜在的致病风险, 而通过给予适当的心理动力性心理治疗可

以帮助患者摆脱苦恼^[14-16]。

本研究发现, 两组治疗后的 Y-BOCS 评分均降低且观察组明显低于对照组, 差异有统计学意义; 两组治疗 4 周、8 周的 HAMA 评分均降低, 且观察组明显低于对照组, 差异有统计学意义; 观察组的总有效率高于对照组, 差异有统计学意义。提示动力性心理治疗联合氟伏沙明治疗强迫症的临床效果明显优于单独使用氟伏沙明治疗, 可以有效改善患者的抑郁和焦虑状态。动力性心理治疗相比于传统的认知行为疗法更易使强迫症患者接受, 配合药物治疗能取得更好的治疗效果。氟伏沙明能对 5-羟

色胺(5-HT)的再摄取进行选择抑制,使突触间隙 5-HT 水平提高,增强脑内 5-HT 的功能,从而发挥出治疗效果。

经典精神分析学派认为,从心理防御机制方面上讲,强迫症是由于病理性的强迫性格逐渐发展而导致的结果,因心理防御机制无法处理好强迫性格,从而引发强迫症状^[17]。两组治疗 8 周后的成熟防御机制因子均升高,不成熟防御机制均降低,且观察组改善地更为明显,差异有统计学意义。提示动力性心理治疗联合氟伏沙明可以显著改善强迫症患者的心理防御机制。研究发现,强迫症患者更倾向于使用潜意显现、投射及解除等不成熟心理防御机制,不成熟心理防御机制在强迫症患者的发病机制中发挥着极为重要的作用,与本研究结果基本一致。动力性心理治疗通过采用语言沟通交流,使患者内心的情感得以激发,掌握患者的行为模式和内心世界,将强迫症患者以往的自身体验和目前的临床症状进行结合,使患者被深入理解以及体会,进而改变强迫症患者现有的行为模式,发挥治疗疾病的目的^[18]。联合氟伏沙明治疗对防御心理机制的积极作用也许是其对强迫症患者有效的中介机制。

综上所述,动力性心理治疗联合氟伏沙明治疗强迫症的临床效果明显优于单独使用氟伏沙明治疗,可以有效改善强迫症,并能显著改善患者的心理防御机制。在以后的研究中,将会扩大样本量或延长随访时间,增加神经生物学指标如 5-HT,或神经电生理指标如事件相关点位 P300 的监测,观察心理疗法对这些指标的影响,明确其作用途径,以进一步探讨动力性心理治疗对强迫症患者防御机制的影响。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 构思设计、研究实施、资料收集为田玉梅、张瑶、刘敏、武苗苗,论文撰写为田玉梅,论文审校为张瑶

参 考 文 献

- [1] Abudy A, Juven-Wetzler A, Zohar J. Pharmacological Management of Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder [J]. *CNS Drugs*, 2011, 25(7): 585-596. DOI: 10.2165/11587860-000000000-00000.
- [2] D'Urso G, Brunoni AR, Anastasia A, et al. Polarity-dependent effects of transcranial direct current stimulation in obsessive-compulsive disorder [J]. *Neurocase*, 2016, 22(1): 60-64. DOI: 10.1080/13554794.2015.1045522.
- [3] Ursu S, Stenger VA, Shear MK, et al. Overactive action monitoring in obsessive-compulsive disorder: evidence from functional magnetic resonance imaging [J]. *Psychol Sci*, 2003, 14(4): 347-353. DOI: 10.1111/1467-9280.24411.
- [4] Hauser TU, Moutoussis M, Iannaccone R, et al. Increased decision thresholds enhance information gathering performance in juvenile Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) [J]. *PLoS Comput Biol*, 2017, 13(4): e1005440. DOI: 10.1371/journal.pcbi.1005440.
- [5] Morein-Zamir S, Voon V, Dodds CM, et al. Divergent subcortical activity for distinct executive functions: stopping and shifting in obsessive compulsive disorder [J]. *Psychol Med*, 2016, 46(4): 829-840. DOI: 10.1017/S0033291715002330.
- [6] 沈渔邨.精神病学 [M]. 5 版.北京:人民卫生出版社, 2009: 602-603.
- [7] Melli G, Aardema F, Moulding R. Fear of Self and Unacceptable Thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder [J]. *Clin Psychol Psychother*, 2016, 23(3): 226-235. DOI: 10.1002/cpp.1950.
- [8] Hauser TU, Iannaccone R, Dolan RJ, et al. Increased frontostriatal reward prediction errors moderate decision making in obsessive-compulsive disorder [J]. *Psychol Med*, 2017, 47(7): 1246-1258. DOI: 10.1017/S0033291716003305.
- [9] Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment [J]. *JAMA*, 2017, 317(13): 1358-1367. DOI: 10.1001/jama.2017.2200.
- [10] Weinberg A, Kotov R, Proudfit GH. Neural indicators of error processing in generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and major depressive disorder [J]. *J Abnorm Psychol*, 2015, 124(1): 172-185. DOI: 10.1037/abn0000019.
- [11] Damilou A, Apostolakis S, Thrapsanioti E, et al. Shared and distinct oculomotor function deficits in schizophrenia and obsessive compulsive disorder [J]. *Psychophysiology*, 2016, 53(6): 796-805. DOI: 10.1111/psyp.12630.
- [12] Bahramisharif A, Mazaheri A, Levar N, et al. Deep Brain Stimulation Diminishes Cross-Frequency Coupling in Obsessive-Compulsive Disorder [J]. *Biol Psychiatry*, 2016, 80(7): e57-58. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.05.021.
- [13] Esalatmanesh S, Abrishami Z, Zeinoddini A, et al. Minocycline combination therapy with fluvoxamine in moderate-to-severe obsessive-compulsive disorder: A placebo-controlled, double-blind, randomized trial [J]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2016, 70(11): 517-526. DOI: 10.1111/pcn.12430.
- [14] Reess TJ, Rus OG, Schmidt R, et al. Connectomics-based structural network alterations in obsessive-compulsive disorder [J]. *Transl Psychiatry*, 2016, 6(9): e882. DOI: 10.1038/tp.2016.163.
- [15] Del CA, Rapinesi C, Kotzalidis GD, et al. Executive functions in obsessive-compulsive disorder: An activation likelihood estimate meta-analysis of fMRI studies [J]. *World J Biol Psychiatry*, 2016, 17(5): 378-393. DOI: 10.3109/15622975.2015.1102323.
- [16] 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.
- [17] Shabanpour R, Zahiroddin AR, Janbozorgi M, et al. Assessment of Defense Styles and Mechanisms in Iranian Patients Suffering from Obsessive Compulsive or Panic Disorders versus Normal Controls using Persian Version of Defense Style Questionnaire-40 [J]. *Iran J Psychiatry*, 2012, 7(1): 31-35.
- [18] Morgiève M, N'Diaye K, Haynes WI, et al. Dynamics of psychotherapy-related cerebral haemodynamic changes in obsessive compulsive disorder using a personalized exposure task in functional magnetic resonance imaging [J]. *Psychol Med*, 2014, 44(7): 1461-1473. DOI: 10.1017/S0033291713002237.

(收稿日期: 2018-04-10)

(本文编辑: 车艳)