

認識強迫症

高雄醫學大學附設中和紀念醫院藥劑部藥師

余政穎、游松益、林淑慧、吳佳悌、鐘堂嘉

摘要

強迫症 (obsessive-compulsive disorder, OCD) 包含了強迫性意念 (obsessions) 及強迫性行為 (compulsion)。這些強迫性意念或行為造成病人產生了顯著的痛苦與浪費時間 (每日超過一小時) 或者嚴重干擾病人的正常的日常生活、工作 (或學業) 的功能、一般社交活動與社會關係的發展等。成人終身盛行率為1-3%，男女比例相當。約60-90% OCD 會合併其他的疾病，其中以憂鬱症占50-60%最多數。OCD 的治療包括行為治療 (cognitive behavior therapy, CBT) 中的「暴露與反應抑制法」(Exposure and response prevention, ERP) 及藥物治療，而藥物治療合併 ERP 治療優於僅使用藥物治療。選擇性血清素回收抑制劑 (Selective-serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 為 OCD 的首選藥物，clomipramine 及其他的抗憂鬱藥物則分別為第二線及第三線的治療選擇。

關鍵字：強迫症、obsessive-compulsive disorder、OCD、選擇性血清素回收抑制劑、Selective-serotonin reuptake inhibitor、SSRI

壹、前言¹

強迫症包含了強迫性意念及強迫性行為。OCD 患者接收到內在或外在的刺激後，對於危險、衛生或是傷害產生過度的擔心與焦慮；患者會持續感覺到遭受威脅，就是所謂的強迫性意念。為了面對強迫性意念的痛苦及焦慮，進而產生相對應的反應，患者會有一些儀式性的行為來消弭這些痛苦及焦慮，這種強迫性行為只能暫時緩解痛苦和焦慮。然而這些緩解卻會導致強迫性行為的強化，於是當強迫性意念再次發生，會一直重複進行相對應的強迫性行為的循環。這些

強迫性意念或強迫性行為造成病人顯著的痛苦，浪費時間 (每日超過一小時) 或者嚴重干擾此人的正常常規生活、工作及學習的功能、一般社交活動或社會關係的發展等。

貳、OCD 盛行率及主要症狀

成人終身盛行率為1-3%，男女比例相當，平均發生年齡為20歲左右，小於10歲的孩童也可能發生，較少發生於大於30歲的成年人。大約14-56%病人會尋求治療，如果完全沒有治療，痊癒的機率相當低¹。

「薛西佛斯也瘋狂」為湯華盛醫師與

黃政昌教授所著關於強迫症的中文專書²，以希臘神話裡，「薛西佛斯推石上山」的故事來描述強迫症患者的症狀與心境，患者整日重複地洗東西、檢查安不安全、計算或膜拜，明知行為毫無意義卻無法控制或停止，彷彿故事中受詛咒的薛西佛斯推著巨石，日覆一日，永無寧日。

OCD 症狀表現的異質性相當高，表一為 OCD 主要症狀，大約囊括 79.0% 的 OCD 症狀，有以下四個因素³：第一常見的因素 (占 26.7%) 為對稱性 (symmetry)，因對稱性思考所產生重複、排序整齊或數數的強迫行為。英國足球明星貝克漢接受英國電視台訪問時，首度坦承自己患有 OCD；他一定要把飲料罐、衣物及雜誌排放成一直線或對稱

排列，一切「務求完美」，就屬於此類。第二常見的因素 (占 21%) 為忌諱的想法 (taboo thoughts)，有關攻擊、性、宗教、和身體的相關強迫性思考，以及因上述強迫思考所產生不斷檢視的強迫性行為。第三因素 (占 15.9%) 為污染 (contamination)，自我意識的骯髒所產生的強迫清潔行為。第四因素 (占 15.4%) 為儲藏 (hoarding)，會產生儲藏的強迫思考和行為。個案無法判斷物件的價值，所以沒有辦法丟掉不需要的東西，有的甚至會去儲藏一些非必要的物品，囤積症就屬於此類。

大約 60-90% 的 OCD 會合併其他疾病，其中以憂鬱症占 50-60% 為最多⁴。

表一 OCD 的主要症狀³

因素 (%)	強迫性意念	強迫性行為
Symmetry 對稱 (26.7)	Symmetry 對稱	Counting 計數、Ordering 排序、Repeating 重複
Taboo thoughts 忌諱想法 (21.0)	Aggressive 攻擊、Religious 宗教、Sexual 性、Somatic 身體	Checking 檢查
Contamination 污染 (15.9)	Contamination 污染	Cleaning 清潔
Hoarding 儲藏 (15.4)	Hoarding 儲藏	Hoarding 儲藏

參、OCD 的原因

對於 OCD 病因目前沒有明確的定論，有研究顯示 OCD 病人的大腦尾核 (caudate nucleus) 與前額葉基底區 (orbitalfrontal cortex) 有過度活化的現象⁵⁻⁶。許多環境因素 (懷孕、壓力、創傷經驗與神經感染等) 及遺傳因素都會直接或間接觸發神經傳導物質 (谷氨酸、血清素及多巴胺) 皮質—紋狀體—下視丘 (cortico-striatal-thalamic-cortical, CSTC) 迴路，一旦 CSTC 迴路異常，就有可

能造成 OCD 對稱、忌諱、污染或儲藏的症狀產生。通常對稱及儲藏是 Dopamine 系統調節，忌諱的想法 (攻擊或性的症狀) 與血清素調節相關³。

而腦中血清素從紅核 (raphe nuclei) 釋放出去的迴路剛好與 CSTC 重疊，正好可以說明血清素與 OCD 的相關性⁵⁻⁶。生物化學上有一個有趣的結論，處於浪漫愛情狀態的人和患有嚴重強迫症的病人血清素濃度幾乎相等⁷，黃舒駿「戀愛症候群」的歌詞剛好

很貼切的說明了瘋狂熱戀的一些現象和強迫症十分的相似。所以血清素的缺乏，有可能造成憂鬱、焦慮、恐慌、畏懼、暴食或強迫症，選擇性血清素回收抑制劑 (Selective-serotonin reuptake inhibitor,SSRI) 藉由抑制突觸前再回收的通道達到增加血清素的濃度，故可以治療憂鬱、焦慮、恐慌、畏懼、暴食或強迫症。

肆、OCD 的治療

OCD 的治療包括行為治療 (cognitive behavior therapy, CBT) 中的「暴露與反應抑制法」(Exposure and response prevention, ERP) 及藥物治療 (表二)¹，藥物治療合併 ERP 治療優於單獨藥物治療。OCD 的治療準則主要依據 OCD 影響病人功能的程度做區分，輕度可以使用 ERP 做治療，若中至重度則是增加 ERP 治療時間並且合併藥物治療 (SSRI 或是 clomipramine)³。主要約40-65% OCD 病人對於 SSRI 或 clomipramine 的治療有良好療效，平均可以改善病症嚴重程度的20-40%。治療療程通常需要持續投藥 10-12週以上才能達到療效，建議持續使用藥物1-2年以減少 OCD 的復發機率，如果病

人對於 SSRI 或 clomipramine 反應不佳時，除了增加至藥物最大劑量外，另外會考慮使用第二線或第三線的治療藥物 (表三)⁸⁻⁹。

SSRI 用於治療 OCD 的劑量通常會比治療其他疾病高，其治療 OCD 的效果與 clomipramine 相當，但是基於 clomipramine 副作用的考量 (例如：心臟毒性及心律不整等)(表二)，仍以 SSRI 為 OCD 的首選藥物。SSRI 類藥物對於 OCD 治療效果並無太大差異，根據每個 SSRI 的特性來做為藥物選擇的參考依據，像是 fluoxetine 由於半衰期較長，對於比較衝動及服藥順從性差的病人是較好的選擇，也比較不會有停藥反應，但是也要注意服藥過量的風險；paroxetine 則需要注意突然停藥的症狀，較容易便秘、鎮靜及體重增加；sertraline 較不會造成體重增加，但是較易產生腹瀉及噁心的副作用。如果病人有同時使用其他的藥物而導致 cytochrome P-450有關的交互作用發生的風險時，sertaline、citalopram 及 escitalopram 會是較好的選擇。高劑量的 citalopram 如果合併可能增加 QT 間期的藥物使用時要特別小心監控心跳節律，因為有可能會明顯造成心電圖 QT 間期延長的情形¹⁰。

表二 食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准治療 OCD 藥物¹

藥物	起始劑量	常見有效劑量 (mg/day)	常見副作用	嚴重副作用
SSRI			焦慮、腹瀉、頭暈、口乾、困倦、震顫、磨牙、性功能障礙、易流汗、失眠	兒童、青少年及小於25歲年輕人服用抗憂鬱藥時有可能會增加自殺意念或行為，尤其是開始治療的前幾週或是當劑量改變時
Fluoxetine	20	40-80		
Sertraline	50	100-200		
Fluvoxamine	50	200-300		
Paroxetine	20	40-60		

藥物	起始劑量 (mg/day)	常見有效劑量	常見副作用	嚴重副作用
Clomipramine	50	150-250	頭暈、口乾、體重增加、低血壓、便秘、性功能障礙、震顫、排尿困難、打哈欠	心臟毒性及心律不整；兒童、青少年及小於25歲年輕人服用抗憂鬱藥時有可能會增加自殺意念或行為，尤其是開始治療的前幾週或是當劑量改變時

表三 OCD 建議治療藥物⁸

首選	Escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline
二線	Citalopram, clomipramine, mirtazapine, venlafaxine XR
三線	IV citalopram, IV clomipramine, duloxetine, phenelzine, tramadol, tranylcypromine
輔助治療	一線：aripiprazole, risperidone 二線：memantine, quetiapine, topiramate 三線：amisulpride, celecoxib, citalopram, granisetron, haloperidol, IV ketamine, mirtazapine, N-acetylcysteine, olanzapine, ondansetron, pindolol, pregabalin, riluzole, ziprasidone 不建議：buspirone, clonazepam, lithium, morphine
不建議	Clonazepam, clonidine, desipramine

伍、結論

一旦確診 OCD，最好開始藥物治療合併 ERP，家屬對於疾病本身的了解與對病人的支持也很重要。OCD 也是屬於容易反

覆發作的慢性病，所以最少需要服用藥物達 1-2 年的時間以達到較佳的治療成效，之後再視病人的情形慢慢減少藥物的劑量，同時需注意是否會有復發的情形發生。

Obsessive-Compulsive Disorder

Cheng-Ying Yu, Song-Yih Yu, Shu-Hui Lin, Chia-Hui Wu, Tang-Chia Chung

Department of Pharmacy, Kaohsiung Medical University Hospital

Abstract

The obsessive-compulsive disorder (OCD) includes obsessive thoughts (obsessions) and compulsive behavior (compulsion). These obsessive thoughts or behaviors cause the patient had significant pain and a waste of time (more than one hour a day) or severe disturbance of the patient's normal daily life, work (or school) function, general social development and social

relations, etc. OCD is the fourth most common psychiatric illness with a lifetime prevalence of 1 to 3%. Among adults with OCD, the sex ratio is approximately 1:1. About 60-90% of patients with OCD also have a comorbid disorder. The combination of psychological and pharmacological treatment has been shown to be superior to medication alone. OCD is generally treated with psychotherapy, medication or both. Exposure and response prevention (ERP) helps people overcome OCD by exposing them to what they fear without letting them perform compulsions. SSRIs are recommended first-line pharmacological interventions for OCD while clomipramine and other antidepressants are recommended second- and third-line treatment.

參考資料：

1. Grant JE. Clinical practice: Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 2014; 371:646-53.
2. 湯華盛：薛西佛斯也瘋狂：強迫症的認識與治療，初版。台灣，張老師文化，2005:1-72。
3. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, et al: Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci* 2014 Jun; 15(6):410-24.
4. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA: Obsessive-compulsive disorder. *BMJ* 2006 Aug 26; 333(7565):424-9.
5. Stein DJ: Obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 2002 Aug 3; 360(9330):397-405.
6. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D: Obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 2009 Aug 8; 374(9688):491-9.
7. Marazziti D, Akiskal HS, Rossi A, et al: Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. *Psychol Med* 1999 May; 29(3):741-5.
8. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al: Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14 Suppl 1:S1
9. Naomi F, Angus B: Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in psychiatric treatment* 2011; 17:419-434.
10. Fineberg NA, Reghunandan S, Simpson HB, et al: Obsessive-compulsive disorder(OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Res* 2015 May 30;227(1):114-25.

