

高的比率，為了子孫的繁衍和榮華富貴，許多人不惜花大筆錢來擇墓、建墓、甚至遷墓；又如不少人在擺設辦公室的桌椅時，都要經過地理師的指點，為的是希望生意昌隆、一帆風順；也有些人為了怕發生重大的不幸或災難而趕緊把建好的涼亭拆掉或者把大門的方向改變一下。這一類的行為都屬於魔術式的行為，但因為其中含有要反覆防範災厄、困境或帶有恐懼的涵義在內，因此這種行為具有強迫性的傾向。

有人指出當一個文化中存在了強烈的強迫傾向時，強迫症的出現率自然會偏高起來；不過也有人對這種論調持反對的意見，認為文化中果真有強烈的強迫傾向時，每個人的強迫性都會被文化吸收掉，強迫症患者

反而會減少；這兩種看法到目前為止都尚未成定論。

八、行為及認知理論的看法

行為學派的重要理論為古典制約與操作制約。古典制約在我們生活之中常見，他指的是一種關聯性學習。當兩件事物經常同時出現時，大腦對其中一件事物的記憶會附帶另外一件事物。例如：聽見「給愛麗絲」這首音樂就想到「要倒垃圾」就是一種古典制約的展現。操作制約指的是透過處罰或者獎賞，使個體逐漸增強對某種行為傾向。

行為學派認為古典制約造成了強迫思考，例如想到門把上有細菌，就害怕被感

染。久而久之，一摸到門把就想到可能會被感染，造成個案的焦慮；而強迫行為可以用來減輕個案的焦慮，例如一摸到門把就去洗手，如此焦慮度就下降了。此一過程又造成了操作制約，使個案一旦摸到門把，就必須去洗手，甚至需反覆清洗才能減低焦慮。



認知學派認為強迫症是因為認知思考造成內在的壓力，因而增強了強迫行為的強度。強迫思考來自於一些非理性的信念，這些信念來自於社會約定俗成的規範或者價值觀，但對於個案來說，這些信念往往扭曲而缺乏理性，例如僵化地認為「心中不可以有邪惡的念頭」或是「不應該造成別人的困擾」。一名個案只要腦中閃過一些讓她主觀感到不道德的想法，就會反覆書寫她覺得可被認可的道德句子。這是因為非理性地認為不道德的想法不該出現，而產生的強迫行為。



九、強迫症的藥物治療

強迫症的病因複雜，因此單一使用藥物治療強迫症未必能達到理想的效果。目前在治療上，藥物治療通常會合併行為治療或心理治療做輔助。

一線的用藥選擇是名為選擇性血清素回收抑制劑的抗憂鬱劑，主要是因為強迫症被認為與腦中血清素不平衡有關。選擇性血清素回收抑制劑有很多種，但對於強迫症的療效並沒有顯著差異。由於藥物要出現藥效需時較久，一般用藥達到治療劑量後，須持續使用達 12 週再評估療效，若效果不佳可選擇併用其他強化藥物。強化藥物的選擇很多，

例如鋰鹽、抗焦慮劑、抗癲癇藥、抗精神病藥。第二線用藥則包含血清素——正腎上腺素回收抑制劑、或其他類型的抗憂鬱劑，但這些藥物在治療強迫症的療效上並沒有比選擇性血清素回收抑制劑來得好。

在併用藥物的選擇上，通常會考量個案的狀況。強迫症患者除了強迫症狀外，還會出現焦慮及憂鬱症狀。故以藥物治療強迫症患者時，也會考慮想要改善的患者哪一部分的症狀，然後再來對症下藥。

當強迫症患者因無法擺脫自己的強迫症狀而呈現相當程度的焦慮時，抗焦慮藥可以紓解患者的焦慮感，但對強迫症狀本身的幫助則相當有限，患者可能仍然繼續有強迫症狀，但焦慮的程度可以顯著降低。雖然對於

強迫症狀本身的改善可能不大，但由於焦慮感減少，因此患者可能因此比較願意繼續接受行為治療或心理治療，因此藥物治療可以輔助上述治療。

治療思覺失調症的抗精神病藥雖然曾被適用於強迫症的治療上，但一般療效不理想，況且長期使用抗精神病藥可能引起不舒服的副作用。偶爾也有強迫症患者經抗精神病藥治療後好起來的例子，這種例子要考慮患者患的是潛伏期思覺失調症，因為有些病人在尚未發展出思覺失調症的症狀前會先呈現強迫症狀，因而被診斷為強迫症。

通常用藥後三個月可有明顯改善，但停藥容易復發。一般會維持用藥達一年左右，再依臨床狀況緩慢減藥。

十、強迫症的個人心理治療

強迫症的心理治療可以分為支持性心理治療、認知行為治療及領悟性心理治療[註：甚至可以考慮刪除此非主流治療]。

無論患者接受的是何種治療，支持性心理治療都是基本上不可缺少的。透過治療的信任關係，治療者協助患者傾洩情緒上的困擾，並經由同理心去瞭解、體會患者內心的感受，從而分擔、紓解患者所經歷的焦慮、自責、憤怒、憂傷、無助等等痛苦。對於患者對治療的種種疑問，治療者應給予清楚的說明，並與患者討論如何因應疾病、症狀所帶來的個人及環境的適應問題。尤其是在有





關人際關係的溝通與開展方面，如果能使患者改善過分壓抑、退縮的情形，將會相當有助於病情的改善。另外，治療者運用治療技巧，增加患者的自我肯定，也常有減輕症狀的效果。

然而，單憑支持性心理治療並不能治癒強迫症，因此必須配合其他的治療方式。

部分患者適合接受領悟性心理治療，以期達到徹底的治癒。此種治療是根據精神分析理論，由治療者與被治療者在密切的治療關係中，逐步探索內心個層次的癥結或衝動（例如自卑、不安全感、罪惡感、依賴——獨立矛盾、攻擊衝動、潛存敵意等），以及不當使用防衛機轉（如過度知性化、過度壓抑、隔離作用、轉移作用、否定作用、抵銷作用等），幫助患者自我瞭解，進而改善人格結構及處理情緒及人際事物的技巧。最後，患者能獨力面對自我並適切因應自己的情緒和人際關係。

領悟性心理治療是一種深入的特殊治療法，須由有經驗的醫師視病情及患者是否具備適合接受這種療法的條件，作為選擇使用

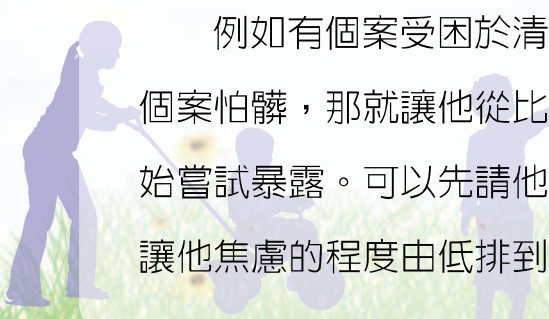
的依據。

十一、強迫症的認知行為治療

認知行為治療是目前強迫症心理治療的主流模式。敏感多疑和猶豫不決是強迫症患者的行為特徵。強迫症狀常由恐懼、焦慮、內疚、自責等心理因素所誘發，而強迫思想和行為又能降低病人內心的焦慮，使得強迫思想發生時病人很難抗拒它，只好一而再、再而三地重複，直到焦慮降低為止，因而形成慢性強迫性症狀。

從上面的描述可知，強迫症的治療可從三方面著手，譬如有一位病人，當他的兒子放學回家時，產生了「兒子把外面的髒東西

帶回家」的強迫思想，於是逼兒子在門口把全身衣褲脫光才能進門，如果兒子未脫衣褲就進門，他一定要全家大掃除一番直到他認為髒東西清除了才放心。對這種病患的第一類治療是從降低病人的焦慮和恐懼著手，也就是當他想到兒子髒而引起焦慮和恐懼（怕髒）的反應時，可利用系統性減敏法之類的原理，幫助病人逐步克服「兒子被弄髒」的念頭所引起來的焦慮和恐懼，而學會不怕髒，則強迫兒子脫衣褲或家裡大掃除的行為也就不會產生了。



例如有個案受困於清洗的強迫症，既然個案怕髒，那就讓他從比較能接受的髒污開始嘗試暴露。可以先請他列出一個表格，將讓他焦慮的程度由低排到高，然後依序讓他

接觸這些物件，卻不能有所反應。例如依序是洗淨的水杯、桌面、地板、戶外的水盆、捷運的扶手等等，讓個案逐步接觸會引發他焦慮的物件，最終達到降低焦慮感的目的。

另外也可使用「暴露——不反應法」，對怕髒的病患讓他去摸油汙，經過反覆幾次暴露，個案很快會發現，其實他的焦慮度隨著時間延長，很快會顯著下降；此外，反覆幾次暴露也會降低他的焦慮程度。

認知治療經常與行為治療併用。透過與個案不斷對話，深入了解恐懼與焦慮的根源，讓個案理性思考，從而將個案自扭曲的信念或自動化思考中釋放。認知治療就是「再學習」的歷程，治療師充當導師，改變個案的想法，再透過行為治療對個案進行新

的制約，以利個案克服強迫思想及強迫行為。

十二、強迫症的團體、家族治療

強迫症患者的個別心理治療需要花費的期間比其他亞型精神官能症的個別心理治療要長，如果能配合團體及家族治療的實施將會更具療效。團體治療的組成份子可以考慮包含各種精神官能症的患者，不宜只由強迫症患者來組織團體。因為由不同類型的精神官能症患者來組成團體時，成員可避免只有自己患了某種奇特病態的憂慮，而同一類型患者聚在一起時大家會變得不知該如何排開煩惱而陷於迷惑狀態。不過如果是由不同類



型的患者來組成團體時，這個團體中至少該有兩位強迫症患者，使他們在團體中不致有孤離感。

強迫症患者常以表現個人問題及困難來處理在團體中所產生的緊張，以致有獨佔團體的表現，然而因為意識到自己的行為阻礙了團體的進行而引發強烈的罪惡感，結果獨占性更是難以收回，又因為患者害怕自己被拒絕及受逞罰的感覺被其他成員發現，而處於依賴與怨恨的矛盾中，並扮演不願意接受幫助的訴苦角色，這就是他在團體中的特色。如果能鼓勵成員適當地去干涉這種狀況，經過團體成員間的觀察、指點、澄清，使他瞭解自己本身疾病的內在癥結，再加上治療者的開導，病患將能與其他成員建立起更成熟



的人際關係。

在團體治療的不同時期中會產生各種不同的阻抗現象，如果能事先與治療者協定適當的合約，則治療過程較能為成員所接受。但對於強迫症患者的家族治療方面，由於病患基本僵化的人際溝通系統比較難以改變，因此治療者介入時，他的角色應該更具有直接性與積極性，才能突破家族成員間固有的溝通體系。有時家族中的某個成員（父母或夫婦之一）為了要掩飾自己配偶的怨恨與依賴的衝突，表面上會加強對方的依賴性，使他呈現強迫症象徵性的溝通模式，例如：強迫性的丈夫與歇斯底里性的妻子，平常彼此習慣於接納對方的優點而很少留意對方的缺點，然而一旦碰到家庭生活週期發生變化或

遭遇緊急危機（如失業）時，就會產生家庭功能失調的現象，而使丈夫的強迫性症狀表面化。此時可由治療師的引導，協助家庭成員重建圓滿和諧的家庭關係的系統。

總之家族間功能障礙所產生的強迫症狀乃是整個家庭病態的表現，強迫症患者只是此種家庭功能失調下的代罪羔羊，故家庭成員千萬不要彼此責怪，而應共同負起責任來調適家庭系統，才是強迫症治療的主要方向。

十三、家屬如何幫助強迫症患者

1. 辨認強迫症：可參考本書書訊或坊間之強迫症相關書籍，或上網至各醫院

網站瀏覽強迫症衛教文章，以了解及識別強迫症。

2. 協助罹病家屬就醫（身心科診所或各醫院之精神科門診）
3. 協助強迫症患者規律服藥及返診。
4. 適度參與病情討論。家屬可與醫師討論，如何配合醫囑，要求患者減少強迫行為。認知行為治療對強迫症患者的治療極為重要，家屬可於診間一起學習治療技巧，以協助患者完成。
5. 適度鼓勵與肯定患者。避免批評、試著接納、期待改變。治療過程中症狀難免起起伏伏，並不意味治療失敗或是病人不用心，而是治療必經的過程。

6. 保留自己的時間。照顧患者很辛苦，為了走更長遠的路，家屬亦要注意自己的身心狀況，並且保留自己的生活空間與時間。

十四、結語

強迫症的個案苦惱於不安的強迫思考及令人生厭的強迫行為，經常造成個案本身與家人的痛苦。若不加以治療，會嚴重影響生活幸福。在生活中不乏強迫症的案例，或有強迫症症狀的親朋好友，若能及早就醫，就能早一些處理這些令人痛苦的生活情境。

強迫症的治療包含藥物治療及認知行為治療。隨著時代進步，雖有許多種藥物可以

選用，但藥物需持續使用數週後症狀才會有顯著的進步，而停藥後往往容易復發。因此與醫師配合，遵從醫囑，是治療強迫症重要的一環。

認知行為治療是治療強迫症的重點之一，但這往往需要有經驗的治療師才能順利展開，配合藥物治療以達到對強迫症較好的療效。

其實，日常生活中，我們都有某種程度的強迫思想及強迫行為，只是嚴重程度可能尚未達到疾病的標準。這些強迫思想及強迫行為，某種程度上也成為了推動我們精益求精或者求安避險的助手。只是，若造成了生活中的困擾，甚至影響日常生活、工作、學業、家庭等功能，就需要及早就醫，與治療

師討論如何重拾輕鬆與自信的生活。

參考資料

1. 行政院衛生署心理衛生專輯(7)-強迫症。
2. DSM-5 精神疾病診斷準則手冊
3. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10th edition.
4. 實用精神醫學（第三版）。作者：台大精神醫學部。主編：李明濱。
5. 不斷重複的想法與行為：淺談強迫症。作者：廖士程醫師。<http://w3.tps.h.tp.edu.tw/organization/osa/osa05/health/498.htm>。
6. 恐懼的原型——分裂、憂鬱、強迫、歇斯

底里人格深度探索。出版社：台灣商務。

作者：弗里茲·李曼/著。

7. 學習認知行為治療：實例指引（附 DVD）。出版社：心靈工坊。作者：傑西·萊特、莫妮卡·巴斯可、麥可·泰斯。譯者：陳錫中、張立人等。

8. 薛西佛斯也瘋狂：強迫症的認識與治療。出版社：張老師文化。作者：湯華盛、黃政昌/著。

9. 簡短心理治療：臨床應用的指引與藝術。出版社：心靈工坊。作者：曼塔許·戴文等。譯者：李宇宙等。

10. 短期認知行為治療。出版：心理。作者：B. Curwen/等著。譯者：楊大和、饒怡君/譯。

如何脫離強迫症困境

著 者：國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

主 筆：陳文豪、林朝誠

校 訂：陳文豪、林朝誠

出 版 者：衛生福利部

地 址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電 話：(02)8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：中華民國 103 年 12 月

版 次：第一版第一刷

I S B N：978-986-04-3957-1

G P N：1010303239

