

强迫症病因及治疗方法研究进展

张晓梦

福建师范大学心理学院, 福建 福州

收稿日期: 2024年6月24日; 录用日期: 2024年8月7日; 发布日期: 2024年8月19日

摘要

强迫症是一种常见的慢性精神障碍, 以反复出现的强迫观念和强迫行为为主要临床特征, 病程迁延, 常造成患者社会功能丧失, 严重影响日常生活。目前强迫症的病因尚不明晰, 多认为其与遗传、神经生化、人格特质以及心理社会因素等有关。现就强迫症的临床表现、病因及治疗现状进行阐述。

关键词

强迫症, 病因, 心理治疗, 认知行为疗法

Research Progress on Etiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder

Xiaomeng Zhang

School of Psychology, Fujian Normal University, Fuzhou Fujian

Received: Jun. 24th, 2024; accepted: Aug. 7th, 2024; published: Aug. 19th, 2024

Abstract

Obsessive-compulsive disorder is a common chronic mental disorder characterized by recurrent obsessive ideas and compulsive behaviors. OCD has a prolonged course, resulting in a loss of social function and seriously affecting the patient's daily life. Currently, the etiology of OCD remains unclear, and it is believed that it is related to genetics, neurobiochemistry, personality traits and psychosocial factors. This article expounds the clinical manifestations, etiology and treatment in patients with obsessive-compulsive disorder.

Keywords

Obsessive-Compulsive Disorder, Etiology, Psychotherapy, Cognitive Behavioral-Therapy

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

强迫症(obsessive-compulsive disorder, OCD)是一种以反复的、持续性的强迫观念、强迫冲动或强迫行为为主要表现的常见的精神障碍,患者深知这些观念或行为没有任何现实意义,是多余的,不必要的,患者极力想要摆脱,却难以控制,因此引起显著的焦虑或痛苦。根据最新的流行病学调查结果显示,我国 OCD 年患病率为 1.63%,终身患病为 2.4% (Huang et al., 2019)。该病致残率高,终身患病不仅会导致患者生活质量下降,人际、职业功能也严重受损(Hirschtritt, Bloch, & Mathews, 2017)。

目前大部分 OCD 患者起病于儿童期和青春期,病因尚不明确,但多数研究认为其发生发展与遗传、神经生化、人格特质以及心理社会因素等有关。关于 OCD 的治疗方法,主要包括药物治疗、心理治疗和物理治疗三类。5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)是目前首选治疗药物,临床上常与心理治疗相结合,如以暴露反应预防(exposure and response prevention, ERP)、认知重构为主的认知行为疗法(cognitive behavioral-therapy, CBT),研究证明, CBT 是当前治疗强迫症的有效手段之一(Kathmann et al., 2022)。另外,也会使用精神分析疗法、森田疗法、正念疗法对 OCD 进行治疗。而对于那些不适用于药物和心理治疗或治疗效果不佳的患者而言,我们可以考虑进行物理治疗,如经颅磁刺激、无抽搐电休克疗法、迷走神经刺激等。鉴于有相当数量的人群受到 OCD 的困扰,我们应付出更大的努力来发现其发病机制,以此改善治疗结果。

2. OCD 的病因

2.1. 遗传因素

OCD 具有一定的遗传学基础。一项双生子研究表明,同卵双生子共同发病率为 63%~87%,异卵双生子则为 15%~45% (李荐中, 崔光成, 2008);患者一级亲属,如父母、同胞、子女等,其患病率为 10.0%~22.5%,明显高于普通人群。但由于强迫症患者通常伴随抑郁或焦虑症状,症状较为复杂。因此,对其研究造成了诸多干扰。

2.2. 神经生化因素

通过核磁共振成像技术对 OCD 患者大脑功能和结构进行研究,较为一致的研究结果为 OCD 患者其眶额皮质-纹状体-丘脑环路存在异常,表现为眶额叶皮质体积的减少(Rotge et al., 2009),而当患者强迫症状得到缓解,发现右侧纹状体体积增大(Lázaro et al., 2009)。生物化学方面发现,强迫症患者与 5-羟色胺(5-hydroxy tryptamine, 5-HT)、多巴胺(dopamine, DA)和谷氨酸这三种中枢神经递质的功能失调有关。尤其是近年来,5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)应用于 OCD 治疗,取得了一定疗效后,5-羟色胺学说便成为人们理解 OCD 的主要生化基础。研究也发现,多巴胺受体阻断剂在一定程度上能够增加 SSRIs 对伴有抽动症 OCD 的疗效(Goodman et al., 1990)。这与抽动症患者存在多巴胺异常研究结果一致,说明至少在

OCD 某一亚型中,多巴胺起着重要的作用。另外,有研究针对 OCD 患者与正常人的脑脊液中的谷氨酸含量进行分析,结果发现 OCD 患者的谷氨酸水平显著高于正常人(Chakrabarty et al., 2005)。

2.3. 人格特征

周雪婷等(2011)的研究发现, OCD 患者在患病前就存在强迫性人格特征,多表现为过分追求完美,设置一些过高或不切实际的目标,对自己要求严格,固执而灵活性差,拘泥于细节、秩序、条理,经常处于自我批评中。另有针对 OCD 儿童与其父母强迫性人格障碍以及人格缺陷方面的研究发现, OCD 儿童父母具有完美主义倾向、注重细节这些人格特征,有可能会遗传给子女,或者在子女成长的家庭环境中促使子女某些强迫性人格特征的形成,成为 OCD 发病因素之一(Calvo et al., 2009)。国外研究发现, OCD 患者具有明显的神经质个性、情绪不稳定,敏感、易焦虑、易激惹以及内向、害羞等特征(Hwang et al., 2012)。国内研究证明了此观点,并指出 OCD 患者具有精神质个性,其内外向、神经质、精神质这三个维度的分数与其父母分数呈正相关(刘灏, 张伯全, 唐济生, 2010)。同样,也有研究显示, OCD 患者其精神衰弱和抑郁情绪特征较为突出,具有明显的精神病理人格特征。因此,目前关于 OCD 患者人格的研究结果尚不统一(郭慧荣, 赵宁, 王亚丽等, 2012)。

2.4. 心理社会因素

2.4.1. 精神分析理论

精神分析理论认为 OCD 是心理冲突与心理防御机制互相作用的结果。OCD 患者在儿童时期经历过负性生活事件或精神创伤,他们对于这些事件或创伤的执着以及需要得不到满足,从而产生心理压抑,本我和自我产生了强烈冲突,当他们再次遇到负性事件时,这些被压抑的情感就会通过一系列心理防御机制,最终产生了强迫症状(Carpenter & Chung, 2011)。

2.4.2. 行为主义

行为主义认为,强迫行为在很大程度上是通过操作性条件作用形成的。大多数人,包括非 OCD 患者,偶尔都会有一些消极的、闯入性想法,比如伤害他人或违背道德准则的事情,因此这些想法能够引发焦虑或躯体不适的感觉,为了减轻焦虑,他们会采取某些行为,这样焦虑症状便会减轻,当闯入性想法再次出现,他们就实施这些行为,从而使这些行为得到负强化。因此,强迫行为就形成了。OCD 患者会因无法摆脱强迫症状而深感痛苦,拼命去压制、斗争,结果适得其反,强迫行为更加频繁和顽固,患者则更加烦恼和焦虑,从而陷入了一种恶性循环。

2.4.3. 认知理论

该理论认为,一些人并不能消除那些消极的闯入性想法,然后发展为 OCD。研究显示,闯入性思维会与 OCD 患者自身信念系统(如绝对化、完美主义等)互相作用,产生了负性认知以及负性情绪,认为情境缺乏安全,于是他们采取一些回避行为来减轻焦虑情绪,同样这些行为得到强化,便导致了强迫症状(Wheaton et al., 2010)。

2.4.4. 认知行为理论

认知行为理论整合了早期的行为主义理论和认知理论的观点,认为 OCD 是对闯入性想法反应加剧的结果。对于 OCD 患者来说,很小的负性事件也可能诱发消极的闯入性想法,他们会将闯入性想法解释为对自己或他人的伤害,是一种危险行为且自己应该对此伤害负责。同时他们持有僵化的道德观念倾向,比起其他人更不能接受自己的这些闯入性想法,因此感到焦虑和内疚,而焦虑使他们更难摆脱这些想法。另外 OCD 患者会存在一些对闯入性想法的负性认知,夸大了威胁的可能性和严重性(Steketee, Frost, &

Cohen, 1998), 使他们采取仪式化行为试图来压抑或消除闯入性想法, 虽然短期内可以减轻痛苦, 但会增加这些想法产生的频率。一旦这些行为与闯入性想法建立起联系, 与此相关的痛苦体验减少, 便形成了强迫行为, 并长期持续存在。

2.5. 家庭因素

国内外研究证实了父母教养方式与 OCD 存在关联。关于父母教养方式与其患病子女 OCD 症状的研究发现, 如果父母采取严厉、缺乏温暖、对子女期望过高、过分关注的教养方式, 这些可能促使 OCD 病前人格的形成(Penelo et al., 2010)。另有一项涉及 2210 名青少年和年轻成人的前瞻性纵向研究, 并对此进行 10 年以上的跟踪调查, 来探讨感知父母教养是否能预测其子女 OCD 首次发作, 以及感知父母教养或不良生活事件与 OCD 首次发作是否受到行为抑制的调节作用。结果表明父亲排斥与 OCD 首次发作的风险增加有关, 行为抑制起到调节作用(Hofer et al., 2018)。一般来说, 如果父母期望过高, 要求严厉, 儿童达不到的话, 经常受到批评和惩罚, 也会使得儿童追求完美和小翼翼; 当儿童经常被父母拒绝和否认, 他们体验不到情感上的支持, 需要得不到满足, 就比较容易形成焦虑、敏感、内向的性格, 也会缺乏信心; 而如果父母过度保护儿童, 则会妨碍其自身独立性及社会功能的发展。相反, 如果父母能够采取理解、支持、同情、关心的教养方式, 对儿童的要求有一定的敏感性和反应性, 那儿童会比较自信, 较少地形成“破坏性”的防御机制, 面对一些冲突与应激事件也能够很好处理, 正确认识得失。总体而言, 为儿童提供一个温暖舒适友好的家庭环境, 对他们的心理发展方向十分重要。因此, 陈祖金等(2010)认为对于 OCD 的治疗, 有些时候我们不应只考虑治疗 OCD 患者, 也需对 OCD 患者父母进行必要的心理辅导和治疗。

2.6. 童年创伤

童年创伤对于 OCD 的发生发展也起到了很大作用。Psychiatry (2022)认为童年创伤主要包括: 躯体虐待、情感虐待、性虐待以及被忽视等形式。童年创伤对于 OCD 的影响可以是直接的, 也可以通过与生物、遗传和心理社会因素等发生交互作用来影响 OCD 的发生和发展。国外一项纳入 360 例 OCD 患者的研究显示, 患者的情绪抑制、认知回避及经验性回避等不成熟的应对方式对于患者强迫症状影响的严重程度受到其童年情感虐待直接或间接的影响(Kadivari, Najafi, & Khosravani, 2023)。赵青, 顾文洁与王振(2022)的一项关于 OCD 患者童年创伤、强迫症状、人格和防御机制之间关系的研究, 结果发现情感虐待和不成熟的防御机制与强迫症状呈正相关, 且不成熟的防御机制在患者童年创伤和强迫症状之间起着完全中介作用。李慧等(2012)的研究表明, OCD 患者的童年创伤水平和现实生活压力水平均较高, 患者强迫观念与童年创伤水平显著相关, 童年创伤经历很有可能间接影响了 OCD 的发生发展。

3. OCD 的治疗方法

3.1. 药物治疗

药物治疗是 OCD 主要治疗方法之一, 常用药物包括 SSRIs, 如氟伏沙明、氟西汀、舍曲林、帕罗西汀等; TCAs(三环类抗抑郁药物), 如氯米帕明。其中, SSRIs 是目前治疗 OCD 的一线治疗药物, 氯米帕明因存在不良反应限制了其应用。对于症状严重的 OCD 患者, 非典型抗精神病药物, 如利培酮、阿立哌唑、喹硫平和奥氮平等, 虽然不属于常规用药, 但其可作为增效剂与 SSRIs 联合使用。胡昕(2017)的研究发现氟伏沙明与利培酮对 OCD 患者进行联合治疗, 不仅可以提高治疗效果, 也可以改善患者焦虑、强迫症状以及生活质量, 而且不会增加不良反应。但 OCD 病因复杂, 单靠药物治疗往往难以取得令人满意的疗效, 所以需要适当的心理治疗加以辅助, 比如认知行为疗法、森田疗法等。王微等(2009)的研究发现,

SSRIs 与认知行为疗法联合治疗, 疗效显著, 且患者依从性较好。同样, 一项关于氟伏沙明联合新森田疗法治疗 OCD 的研究发现, 联合治疗效果要比单独使用氟伏沙明更好, 经过随访观察, 患者社会功能也有所改善(刘雁庭等, 2023)。

3.2. 心理治疗

3.2.1. 认知行为疗法

CBT 主要通过改变 OCD 患者对自己、他人及事物的正确看法和态度, 从而改善强迫症状。目前该疗法用于改善 OCD 的技术主要以 ERP 和认知重构为主。ERP 要求患者渐进地、持续地暴露于激发其恐惧或焦虑并促使患者采用强迫行为的情境中, 然后对强迫行为进行反应预防。对于患者来说, 该方法没有药物副作用且并不复杂, 但需要患者付出大量“心理上的努力”, 即要有足够的勇气去面对焦虑、承受痛苦以及想要改变的愿望。认知重构则是利用苏格拉底问话引导患者挑战非理性信念并进行现实检验。CBT 对于 OCD 的治疗效果已被大量研究所证实。国外一项元分析表明, 包含 ERP 的 CBT 不管是以个人形式还是团体形式实施, CBT 对 OCD 的治疗均能产生较好效果, 并优于单一药物治疗(Nakatani et al., 2005), 可接受性较高, 脱落率较低。也有研究表明, CBT 能有效改善 OCD 患者强迫症状, 并且有效降低患者的抑郁情绪(Olatunji et al., 2013)。

3.2.2. 精神分析疗法

根据精神分析的理论, 运用自由联想、释梦、移情以及阻抗等技术, 通过合理的解释使得 OCD 患者获得情感上的领悟, 认识到当前的防御行为其实是因为内心情感的冲突, 不需要利用症状作为防御, 那患者的强迫症状自然而然得到了缓解。但是, 因为反复闯入的强迫观念和强迫行为容易使治疗进程受阻, 所以精神分析疗法很难达到有效的治疗效果。

3.2.3. 森田疗法

该疗法是由日本森田正马博士创立的, 强调“顺其自然, 为所当为”, 即患者一方面要如实接纳自身症状, 任由强迫观念出现, 不予抵抗; 另一方面在症状存在的同时, 照常从事学习和工作。目前, 森田疗法的疗效在临床上得到了验证, 张文忠, 高振波与林卫(2006)的研究指出, 森田疗法对于强迫症有明显疗效。

3.2.4. 正念疗法

正念疗法是对以正念为核心的各种心理疗法的统称, 较为成熟的正念疗法包括正念减压疗法(Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR)、正念认知疗法(Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT)、辩证行为疗法(Dialectical Behavioral Therapy, DBT)和接纳与承诺疗法(Acceptance and Commitment Therapy, ACT)。其中一些治疗方法被用于改善 OCD 患者的认知, 且其疗效已被证实。比如 MBCT 主要是通过静坐冥想、躯体扫描等技术来帮助 OCD 患者将注意力集中于当下, 并以不评判的态度去接纳自我的不完美以及当前面对情境或事件的不确定, 放下控制欲, 选择更具适应性的应对方式来代替习惯性的、适应不良的思维和行为模式; 同时帮助患者改善思维与行为混淆的状态, 从而减少强迫症状(牛玉, 崔界峰, 2023)。一项定性分析发现, OCD 患者接受 MBCT 并从中获益(Hertenstein et al., 2012)。ACT 是由美国心理学家 Hays 提出, 其目标是提高心理灵活性, 包括 6 个核心过程, 即接纳、认知解离、关注当下、以己为景、价值澄清、承诺行动。通过对这六个方面展开治疗, 让患者可以与想法、情绪和平共处, 全身心投入于当下。

正念体悟疗法(Mindfulness Experiential Insight Therapy, MEIT)是我国学者东振明等(2016)以 MBSR 和 ERP 为基础, 结合其他正念技术发展出的一套专门 OCD 的心理疗法, 包括正念练习、行为训练以及体

认互校三个部分,其中正念练习旨在培养患者对强迫想法、焦虑及恐惧情绪的觉知能力,为行为训练打基础。行为训练分为两层,一是要阻止强迫行为的实施,二是要进行适应性行为的恢复与塑造,培养患者在现实情境中做出符合其价值观的行为。东振明等进行了一项干预研究,结果表明,MEIT 干预 OCD 有效,能显著缓解患者的强迫症症状,降低其主观痛苦程度,恢复其社会生活功能。

3.3. 物理治疗

目前对于 OCD 的治疗,一线药物为 SSRIs,一线心理治疗为以 ERP 为主的 CBT,且两者联合使用效果优于药物治疗。但有研究表明以上治疗方法对 40%~60% 的 OCD 患者无效(Hawken et al., 2016),可见常规治疗存在局限性,尤其对难治性 OCD 治疗效果不佳。因此,对于这类患者可考虑使用物理治疗,主要有经颅磁刺激(transcranial magnetic stimulation, TMS)、无抽搐电休克疗法(modified electric convulsive therapy, MECT)、迷走神经刺激(vagus nerve stimulation, VNS)等。

TMS 是一项无痛、无创的神经调控技术。其作用原理是通过变化的磁场诱导大脑皮质产生感应电流来直接调节神经元的活动、促进脑功能网络的重塑。重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)是以固定频率重复发送 TMS 脉冲的刺激模式,多用于治疗。MECT 是改良后的电休克疗法,与传统电休克疗法相比,避免了因愁绪而导致骨折的风险,因此,这是一种快速、安全、有效的治疗方法,也是目前国内外精神科常用的物理治疗手段之一。治疗前先注射适量肌肉松弛剂和麻醉剂,然后通过短暂、适量的脉冲电流刺激大脑皮层进行广泛性放电,从而改变大脑活动,达到治疗作用。不过,使用 MECT 治疗 OCD 有效的证据尚不充足,但对于难治性 OCD,仍不失为一个选择。VNS 目前也是干预 OCD 的一种方式,一般是在患者出现心悸或心动过缓等症状时进行刺激,能够达到降低心率的效果。

4. 结语

通过以上内容可大致了解 OCD 的临床表现、发病原因和治疗方法。大多数研究表明影响 OCD 发生发展的因素众多,至今也没有统一的定论,而且很多研究通常只单一考虑其中某一因素,并没有看到各因素间的相互作用。目前 OCD 主要治疗方法是药物治疗和心理治疗,通常两种方法联合使用最为有效。对于难治性 OCD,则考虑使用物理治疗,但关于物理疗法的研究与应用尚处于初级阶段,很多问题有待解决。考虑到 OCD 会给患者带来显著的焦虑或痛苦,严重影响他们的日常生活,所以我们需要去进一步探索 OCD 的病因,以期能为 OCD 的预防和治疗提供新的思路。

参考文献

- 陈祖金,王勇,廖英,等(2010). 强迫症患者父母的教养方式. *临床精神医学杂志*, 20(3), 184-185.
- 东振明,孙芳,刘兴华(2016). 正念体悟疗法干预 9 例强迫症效果报告. *中国健康心理学杂志*, 24(1), 17-22.
- 郭慧荣,赵宁,王亚丽,等(2012). 强迫症患者人格特征临床调查分析. *临床心身疾病杂志*, 18(4), 359-361.
- 胡昕(2017). 强迫症患者施行心理护理干预的价值评估及分析. *中国医药指南*, (2), 222-223.
- 李慧,董毅,朱春燕,等(2012). 强迫症患者梦威胁模拟水平与童年创伤生活事件的关系. *中华行为医学与脑科学杂志*, 21(7), 601-604.
- 李荐中,崔光成(2008). 单卵双生姐妹同患强迫症. *中华精神科杂志*, 41(4), 252.
- 刘灏,张伯全,唐济生(2010). 强迫症患者人格与其父母人格的特征及相关性. *中国心理卫生杂志*, 24(7), 494-497.
- 刘雁庭,农玉贤,兰冬婕,等(2023). 氟伏沙明联合改良森田疗法对强迫症患者的影响. *心理月刊*, (13), 130-132.
- 牛玉,崔界峰(2023). 强迫症病理理性认知特征及其心理治疗的研究进展. *神经疾病与精神卫生*, (5), 363-369.
- 王微,张惠梅,贾传鲁,等(2009). 氟伏沙明合并认知行为疗法治疗强迫症的临床疗效. *中华行为医学和脑科学杂志*,

18(10), 897-898.

- 张文忠, 高振波, 林卫(2006). 森田疗法治疗强迫症的疗效对照分析. *四川精神卫生*, 19(3), 175-176.
- 赵青, 顾文洁, 王振(2022). 强迫症患者的神经质人格和不成熟防御机制在童年创伤与强迫症状中的中介作用. *上海交通大学学报(医学版)*, 42(9), 1315-1322.
- 周雪婷, 张斌, 朱虹, 等(2011). 完美主义与强迫症的关系研究进展. *医学与哲学*, 32(9), 28-29.
- Calvo, R., Lázaro, L., Castro-Fornieles, J., Font, E., Moreno, E., & Toro, J. (2009). Obsessive-Compulsive Personality Disorder Traits and Personality Dimensions in Parents of Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *European Psychiatry*, 24, 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.11.003>
- Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood Trauma in Obsessive Compulsive Disorder: The Roles of Alexithymia and Attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 367-388. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x>
- Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R., & Khanna, S. (2005). Glutamatergic Dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1735-1740. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300733>
- Goodman, W. K. McDougale, C. J., Price, L. H. et al. (1990). Beyond Serotonin Hypothesis: A Role for Dopamine in Some Forms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychiatry*, 51, 36-43.
- Hawken, E., Dilkov, D., Kaludiev, E., Simek, S., Zhang, F., & Milev, R. (2016). Transcranial Magnetic Stimulation of the Supplementary Motor Area in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Multi-Site Study. *International Journal of Molecular Sciences*, 17, Article No. 420. <https://doi.org/10.3390/ijms17030420>
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N. et al. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder—A Qualitative Study on Patients' Experiences. *BMC Psychiatry*, 12, Article No. 185. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-185>
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*, 317, 1358-1367. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2200>
- Hofer, P. D., Wahl, K., Meyer, A. H., Miché, M., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. et al. (2018). The Role of Behavioral Inhibition, Perceived Parental Rearing, and Adverse Life Events in Adolescents and Young Adults with Incident Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.10.003>
- Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J. et al. (2019). Prevalence of Mental Disorders in China: A Cross-Sectional Epidemiological Study. *The Lancet Psychiatry*, 6, 211-224. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30511-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30511-x)
- Hwang, J. Y., Shin, Y., Lim, S., Park, H. Y., Shin, N. Y., Jang, J. H. et al. (2012). Multidimensional Comparison of Personality Characteristics of the Big Five Model, Impulsiveness, and Affect in Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Gambling Studies*, 28, 351-362. <https://doi.org/10.1007/s10899-011-9269-6>
- Kadivari, F., Najafi, M., & Khosravani, V. (2023). Childhood Emotional Maltreatment, Maladaptive Coping and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30, 620-630. <https://doi.org/10.1002/cpp.2829>
- Kathmann, N., Jacobi, T., Elsner, B., & Reuter, B. (2022). Effectiveness of Individual Cognitive-Behavioral Therapy and Predictors of Outcome in Adult Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91, 123-135. <https://doi.org/10.1159/000520454>
- Lázaro, L., Bargalló, N., Castro-Fornieles, J., Falcón, C., Andrés, S., Calvo, R. et al. (2009). Brain Changes in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder before and after Treatment: A Voxel-Based Morphometric MRI Study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 172, 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2008.12.007>
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A. et al. (2005). A Randomized Controlled Trial of Japanese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder—Effectiveness of Behavior Therapy and Fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 269-276. <https://doi.org/10.1159/000086317>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis of Treatment Outcome and Moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Penelo, E., Viladrich, C., & Domènech, J. M. (2010). Perceived Parental Rearing Style in Childhood: Internal Structure and Concurrent Validity on the Egna Minnen Beträffande Uppfostran—Child Version in Clinical Settings. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 434-442. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.08.003>
- Rotge, J., Dilharreguy, B., Aouizerate, B., Martin-Guehl, C., Guehl, D., Jaafari, N. et al. (2009). Inverse Relationship between Thalamic and Orbitofrontal Volumes in Obsessive-Compulsive Disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33, 682-687. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.03.011>
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12,

525-537. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(98\)00030-9](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00030-9)

The Lancet Psychiatry (2022). Responding to Childhood Trauma. *The Lancet Psychiatry*, 9, 759.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(22\)00316-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(22)00316-9)

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The Relationship between Obsessive Beliefs and Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 949-954.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.027>