

Application of Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Qi Li

Faculty of Psychology, Southwest University, Chongqing
Email: 447373656@qq.com

Received: Nov. 29th, 2019; accepted: Dec. 24th, 2019; published: Dec. 31st, 2019

Abstract

Obsessive-compulsive disorder is a common chronic mental illness with a lifetime prevalence of 2% to 3%. It is defined by the World Health Organization as one of the ten most common diseases. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is currently considered to be the first-line treatment for obsessive-compulsive disorder. Firstly, this article introduces the different forms of cognitive therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder. Secondly we compare the therapeutic effects of different forms of therapy. Finally, it proposes a prospective treatment plan for obsessive-compulsive disorder, which requires a more systematic treatment system and effective indicators, and further explores the best treatment options for obsessive-compulsive disorder, combined with other therapies.

Keywords

Obsessive-Compulsive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Treatment Plan

认知行为疗法在强迫症患者治疗中的应用

李琦

西南大学心理学部, 重庆
Email: 447373656@qq.com

收稿日期: 2019年11月29日; 录用日期: 2019年12月24日; 发布日期: 2019年12月31日

摘要

强迫症是一种常见的慢性精神疾病, 具有2%~3%的终身患病率, 被世界卫生组织定义为十大致残疾病

之一。认知行为疗法(CBT)目前被认为是治疗强迫症的一线治疗方法。本文首先介绍适用于治疗强迫症认知疗法的不同形式,其次对比了不同形式的疗法带来的治疗效应,最后对强迫症的治疗方案提出展望,即需要建立更为系统的治疗体系,设立有效的指标,并与其他疗法结合,进一步深入探究强迫症最佳治疗方案。

关键词

强迫症, 认知行为疗法, 治疗方案

Copyright © 2019 by author(s) and Hans Publishers Inc.

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

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



Open Access

1. 引言

强迫症(Obsessive Compulsive Disorder, OCD)以强迫思维(如, 重复的闯入性思维和意象)以及为了摆脱强迫思维带来的痛苦而采取的强迫行为(如, 仪式化行为)为特征(American Psychiatric Association, 2013)。强迫症是一种慢性疾病, 其终生患病率约为 2.3%, 通常发病于青少年时期, 是世界上最具致残性的精神障碍之一(Ruscio, 2010; Sassano-Higgins & Pato, 2015)。来自不同国家的研究发现, 强迫症不仅会影响患者的社会功能, 降低其生活质量, 而且会给患者的家人及其看护者造成相当大的负担(Medeiros et al., 2017)。近些年, 国内外研究者发表了大量关于强迫症的心理机制(Hezel & McNally, 2015)、神经机制及治疗方法(Carmi et al., 2018)的研究。可见对强迫症的病理及有效的治疗方法的探讨既是热点, 也是难点, 对其研究具有十分重要的理论价值和现实意义。

在过去的 20 年里, 对于强迫症患者进行心理治疗取得了一系列进展, 涉及不同的流派, 采用不同的技术, 同时也产生了不同的效果。本文首先介绍了治疗强迫症的各种心理疗法, 并列出了在强迫症患者身上干预的效果以及在研究应用中的优缺点; 其次, 针对目前的不足本文提出了对未来的展望, 旨在针对不同的心理疗法在强迫症治疗中的应用做出综述性的总结。

2. 认知行为疗法

2.1. 认知行为疗法原理与操作

2.1.1. 强迫症的理论依据

Rachman & de Silva (1978)指出 90%的 OCD 患者都会经历不必要的闯入式思维, Salkovskis (1985, 1998)认为这些闯入式的思维不是 OCD 致病的核心问题, 随后对闯入式思维出现的负性评估才是关键因素, 负性评估使 OCD 患者产生焦虑, 为了摆脱这种焦虑, 强迫症患者常采用中和行为, 这些行为经过反复强化最后形成强迫行为。比如头脑中冒出“刚才关门了没有”, OCD 患者可能会对这些想法有一些负性评估, “如果有陌生人进去, 我肯定会遇到威胁”, 这种负性评估使 OCD 患者产生焦虑, 为了摆脱这种焦虑, OCD 患者会返回家中检查门有没有关。这种检查行为尽管可以暂时缓解 OCD 患者的焦虑, 但其带来的负强化效果却增强了强迫行为反复出现的频率, 同时, 强迫症患者对闯入式思维的负性评估没有得到纠正, 对此坚信不疑, 难以从根本上消除患者对闯入式思维出现产生的焦虑情绪, 形成强迫思维。

2.1.2. 强迫症治疗中认知行为疗法的背景

认知行为疗法的治疗理念是以强迫症的理论为基础,旨在通过改变患者的负性评估改变患者对闯入式思维的认知方式,以此帮助患者采用正确处理焦虑情绪的理性策略。对于 OCD,采用的认知行为疗法(CBT)主要包含了暴露反应阻止疗法(ERP)和认知疗法(CT),以及两种疗法的混合。暴露反应阻止疗法(ERP)是在治疗过程中要求患者针对具体情况进行想象暴露和实景暴露,在暴露过程中阻止患者逃避或进行仪式化行为。该疗法旨在改变 OCD 患者的行为,而非 OCD 的强迫思维。Meyer (1966)首次采用行为疗法成功干预 OCD 患者,并把这种方法命名为 ERP 疗法。随后大量的研究证明了这种 ERP 疗法的可行性(Emmelkamp et al., 1988; Franklin & Foa, 1998)。尽管 ERP 已经被证明是 OCD 疗法的有效工具,但还有患者表示接受 ERP 疗法后没有得到明显的改善(Fisher & Wells, 2005)。对于 OCD 的治疗采用的认知疗法原理是通过帮助 OCD 患者改变不合理信念缓解焦虑,该疗法仅在强迫思维上进行深度干预,没有过多的涉及强迫行为。而结合 ERP 的认知行为疗法在此背景下开始用在 OCD 的治疗中,一方面可以从核心问题上解决患者的负性评估;另一方面,从行为角度矫正患者习惯式的强迫行为,是治疗 OCD 的一线方案。Torp 等人(2015)对 OCD 的干预效应进行长期追踪后,得出结论,认为结合 ERP 的认知行为疗法是儿童和青少年 OCD 患者的一线方案。多数研究对采用 CBT 治疗 OCD 的研究进行元分析,都认为 CBT 在 OCD 症状减轻上达到了显著的疗效(Wu et al., 2016)。

强迫症是一种神经症,病人在就诊的过程中,往往采用药物治疗。三环类药物和选择性五羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)类药物如氟西汀、舍曲林、氯米帕明、氟伏沙明、帕罗西汀等广泛应用到 OCD 的治疗中,服用时期 8~43 周不等。但药物治疗效果的结论还未达到一致。Ivarsson 等(2015)、Mcguire 等(2015)认为 SSRIs 虽然能够产生症状减轻的效果,但是与 CBT 组相比,效果确实只能起到调节的作用。Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2005)的研究发现药物治疗在症状的减轻上并没有达到显著的效果。American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012)认为 SSRIs 与 CBT 的联合治疗适用于症状严重的个体,但是一些综述通过元分析比较 CBT 与 SSRIs 联合组和 CBT 组之间的差异,发现与药物联合后的 CBT 组并无显著的提升(Ivarsson et al., 2015)。以上研究表明,无论是否进行药物治疗的干预,认知行为疗法治疗效应是较为明显的。关于药物治疗与认知行为疗法的选择上,American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012)认为如果 CBT 疗法对于某个 OCD 个体不被接受,那么可选取药物疗法进行治疗。但是服用药物也有可能产生副作用,40%~60%的个体因为接受不了药物的副作用拒绝服用药物(Zhou et al., 2017)。

2.1.3. 认知行为疗法的治疗形式

心理咨询是一个较为灵活的过程,在 OCD 治疗期间,主要涉及个人、团体治疗;针对儿童或者青少年患者可能需要介入家庭的治疗。这三种不同形式的治疗:(1)从成本效益来看,团体治疗对于 OCD 来说或许是最好的,特别是在团体治疗中采用 ERP 疗法,在对患者进行行为干预与矫正的过程中,其他团体成员可以旁观者视角审视自己的行为与不合理信念,更可能撬动患者自身不可动摇的不合理信念,坚定对自己行为矫正的意志力。(2)基于认知疗法的家庭治疗与传统的家庭治疗稍有不同;与个体与团体治疗相比,家庭治疗主要适用于经济条件有限,心理咨询水平有限的处境;通过传授给家庭成员基础的认知行为疗法知识,家庭成员对患者进行干预和监督。家庭成员间的习惯行为可能会影响患者的强迫行为习惯,家庭成员间互相督促与矫正对于强迫症患者的治疗也是一种有效的干预手段。Baruah 等(2018)开发出一套标准的治疗强迫症患者的家庭治疗方案,患者症状得到显著的改善。(3)个体咨询是在 OCD 治疗中最为常见的方式,是针对来访者个人一对一的治疗,相较于团体治疗与家庭治疗来说,患者本人更愿意接受个体治疗,因为它隐私、安全、针对性。个体治疗疗程最少需要两到三个月才可起效,适用于

经济条件是时间较为充裕的患者。

与此同时,随着电子设备的发达,以前仅仅局限在咨询室或者医院的治疗就可以通过互联网进行广泛的开展,互联网和电话的远程干预近年来也开始产出。远程疗法的优点是比较便捷,样本量大;与传统的面对面疗法相比,远程的认知行为疗法(ICBT)是在网站上,比如 BiP(目前较为成功的强迫症治疗网站),点击不同的模块,通过网络视频或者电话进行干预,视频内容主要是需要强迫症患者观看强迫症教育类相关视频,观察呈现的视觉化材料,完成课后的练习。而 ICBT 每周的咨询时长 10~20 分钟,相比个体咨询来说,ICBT 更省时省力。个体咨询、团体咨询、家庭治疗以及远程干预治疗都是在认知行为疗法的基础上对患者进行干预,四种不同形式的治疗方式间的治疗效应差异,目前还未有研究探讨。

四种形式间的差异难以比较或许是因为治疗过程过于灵活,过程中的细节难以标准化,干预时长、干预频率不同也会影响治疗效应。而治疗持续时长,治疗的阶段与频率是因人而异的,也不能过于严格标准化。比如,Franklin, Abramowitz 等在 2000 年的研究中采用为期三周,每天一次治疗频率,每次治疗时长 50 min; Abramowitz 在 2013 年研究中进行了每周两次的为期八周的咨询;两个研究中治疗效应均得到显著的提升。对于每次的治疗时间,因为咨询内容并不是固定不变的,一般的咨询往往是 45 分钟,但是也会出现长达两个小时的个案。Torp 等(2015)认为 CBT 的疗法根据病人的严重程度,咨询时间是变化的。National Collaborating Centre for Mental Health (2006)的临床指南中提到 OCD 患者接受治疗时长如果超过 10 个小时还未达到治疗效应,需要咨询师延长治疗时长以待观察。

2.2. 认知行为疗法的结果

2.2.1. 认知行为疗法疗效的评估指标

耶鲁布朗量表(Y-BOCS)是一个具备较好的统计效度,用于临床评估或者用于半结构化访谈的测评强迫症的症状严重程度的量表。超过 16 分说明被试可能需要获得专业帮助,症状较为严重。在进行干预的研究中, Y-BOCS 的观测是必不可少的。一些研究报告定义前后测分数减少至少 10 分说明干预有效果,产生了治疗效应。Hofmann 等(2012)认为 YBOCS 分数减少 35%才能够说明此干预对治疗有效果。Gudmundur 在 2016 年运用信号检测论方法分析了耶鲁布朗量表得分的有效性,认为一般后测分数降到 11 分表示产生治疗效应,得分减少比率达到 35%可以作为最优反应率。这与 Farrell 等(2010)在 Y-bocs 量表上研究结论是一致的。他认为干预效应可分为以下两类:耶鲁布朗分数降至 7 分左右表明症状得到缓解,减少率达到 55%被认为是最佳的症状缓解标准。Storch et al. (2013)认为 50%的减少率达到最优的症状缓解效应。

除了耶鲁布朗量表得分,临床疗效总评量表病情严重程度量表(CGI-S) 7 点评分也是用来评估心理问题的严重程度的指标。往往在干预的实验中通过前后测分数的比较去验证干预的有效程度。同时还需要用到焦虑量表、抑郁量表前后测得分的下降程度辅助衡量 OCD 患者接受干预后的治疗效应。

总之,判断干预是否有效必须要通过观察 Y-BOCS 前后测分数下降水平是评估干预效应的最佳工具,而在心理治疗中 CGI 的使用也是必不可少的工具。如果接受了干预一段时间后,比如 CBT 疗法进行了 14 周后,发现症状的分数减少率还未达到 35%,也许咨询师需要考虑更换另一种治疗方法进行治疗。而如果一个病人已经减少至 35%,但是 YBOCS 得分仍然在 11 分以上,那么咨询师就可以坚持使用该疗法(Wu et al., 2016)。

2.2.2. 认知行为疗法的治疗效应

CBT 疗法包括 ERP 疗法,以及基于 ERP 的 CBT 疗法。两个疗法中哪个疗法带来的干预效应更强,目前研究结论不一。Olatunji 等(2013)研究通过元分析发现 ERP 组和 CBT 组之间差异不显著。Whittal 等(2005)实验发现 CBT 组与 ERP 组不论是干预后的后测还是三月后的追踪结果均无发现显著性差异,这与

Vogel 等人(2004)的研究是一致的, 但与控制组相比, 两组在 YOBCS 量表得分均有显著的下降, 并且下降率达到 50% 以上。Whittal 等(2005)在进行 12 周的干预后, 发现 ERP 组与 CBT 组两组进行比较也没有发现显著性差异, 尽管 CBT 组的被试下降分数高于比 ERP 组下降分数, 且 CBT 组被试脱落率更少。但是, 在 McLean 等(2001)的研究中发现 ERP 组治疗效应优于 CBT 组, 对此的解释为: 改变患者的认知是一件十分具有难度的事情, 需要专业的咨询师能够精准的找到患者的核心信念。如果患者意识到自己的核心信念, 想要改变它是从内部开始改变的, 这个改变的效果是内隐且缓慢的; 而 ERP 的优势在于通过改变行为让患者能够直观的观察到自己的行为变化, 增强患者的治疗动机, 这极大的改善治疗效果。

尽管还未有一致的结论证实 CBT 疗法比 ERP 疗法有更佳的治疗效应。但 ERP 疗法在操作过程中过多的暴露被试痛苦的经历, 被试可能因难以忍受暴露的不适感选择中途退出治疗。而基于 ERP 的 CBT 疗法治疗过程中聚焦纠正被试的不合理信念, 相对于 ERP 疗法来说, 被更多患者接受。因此基于 ERP 疗法的 CBT 疗法是治疗 OCD 的一线方案。

Whittal 等人(2005)在进行了时长 10~12 小时的心理治疗后, 发现 CBT 组超过 50% 的患者在 YBOCS 量表上的得分显著降低, 三个月的追踪后发现大约三分之二的被试临床症状得到了显著的改善。Nor Christian Torp 在 NordLOTS 研究中发现接受基于暴露疗法的 CBT 疗法的儿童 OCD 患者中, 70% 的被试被评定为疗法的响应者, 治疗后的 YBOCS 平均分降至 11.4 分, 分数减少的均值降至 52.9%。Audun Havnen, Bjarne Hansen 等人对 1993 年~2014 年的关于 OCD 接受 CBT 疗法的 37 篇研究进行了元分析, 认为 CBT 疗法包括 ERP 或者不包括 ERP 的疗法对于强迫症患者症状的减轻均表现出了治疗效应。Wu 等(2016)对 13 个 CBT 相关研究中的 415 名 OCD 进行元分析, 发现 Y-BOCS 和 CGI-S 上的加权均数差指标 WMD 显著减少, 证明 CBT 干预产生了显著的效果。与进行药物治疗的 OCD 相比, 接受 CBT 治疗的 OCD 患者症状大幅度缓解。以上研究表明基于 ERP 的 CBT 疗法确实可以极大程度的减轻患者的痛苦症状。

疗法是否受干预时长影响, 目前还未有太多的文献做整体比较。对于 ERP 疗法, Abramowitz 等(2005)比较了每天两小时为期三周的加强型 ERP 与一周两次, 为期 8 周的阶段型 ERP, 发现治疗效应是一样的。而对于 CBT, Rosa-Alcazar 等(2008)发现治疗时长, 治疗阶段以及总治疗时长的不同设置对治疗效果影响不大。

相比于个体咨询, 对 OCD 患者进行团体 ERP 咨询会更加节省时间, 与个体咨询相比, 团体辅导效果与个体咨询相同, 无显著差异, 这在 Anderson & Rees (2007)的研究结论中是达成一致的。而 Jónsson & Hougaard (2009)对 OCD 的 CBT 相关研究进行元数据分析, 也没有发现团体咨询和个体咨询之间出现显著差异。与进行个体咨询相比较, 接受为期八周的家庭团体干预有 26% 的症状减少, 显著的优于个体治疗的结果(Grunes, Neziroglu, & McKay, 2001)。对 29 个研究的家庭干预进行元分析, 包含家庭疗法产生的总效应值是 1.68 (Thompson-Hollands, Edson et al., 2014), 但是仅有 5 个研究包含的是随机控制组, 而这 5 个研究的结果却不能说明家庭治疗的治疗效应优于个体咨询。

而 Fabian 等(2014)在关于远程 CBT 的研究中发现远程 CBT 组表现出显著的症状减少, 产生了 57% 的治疗响应者, 在随后的 3 个月追踪后发现 71% 的治疗响应者。目前对于远程干预方面的研究还较少, 特别是把成年人和儿童放在一起比较分析的研究还没有, 关于远程研究的结论还不明确。

3. 认知行为疗法的限制及未来的展望

经过上述的大量研究阐述, 已经可以确定, 基于 ERP 的 CBT 疗法目前是最为广泛也是最为有效的治疗 OCD 的工具。ERP 可以改变 OCD 患者的强迫行为, 以此来减轻他的焦虑和不适, 在治疗期间利用认知疗法找到患者的不合理信念, 再借此矫正, 帮助 OCD 学会识别自己的自动化思维, 在面临强迫思维的时候, 学会纠正自己对此的负性评价来减轻自己的焦虑, 因此, ERP 和 CT 的结合也就是基于 ERP 的

CBT 疗法对于治疗强迫症是最为完整的治疗方法。

但是并不是所有的患者都能够接受 ERP 的治疗,25%的 OCD 报告自己在接受 ERP 的时候感到不适,拒绝继续治疗(Franklin & Foa, 1998),在 Kushner 等(2007)的 CBT 研究中发现患者脱落率高达 63%。不同的被试拒绝的原因可能是不同的,有可能是认知固化,或者是对暴露的经历产生恐惧,或者是治疗过程太过缓慢无法快速解决问题。这其中,最现实的问题是,一个完整的 CBT 治疗疗程需要耗费大量的时间和金钱,对于经济水平不同的被试接受度是不同的。

除此之外,由于 OCD 的症状异质性和复杂性,咨询师在对患者进行认知疗法的时候,每个被试的不合理信念都是不同的,并不是所有的咨询师都能够准确的找到来访者的不合理信念,这极大的影响 CBT 疗法的治疗效果。

Fisher 和 Wells (2005)发现仅有 60%的患者接受并完成了 CBT 治疗,并得到了有效的恢复,这其中仅有 25%的患者报告症状完全消失,而部分得到恢复的患者,其残余症状不太可能再次通过 CBT 进行修复,他们的残余症状可能会对他们的生活质量产生不良影响。同时 OCD 在经过 CBT 治疗后,还有复发的可能,复发率为 0%~50% (Wu et al., 2016)。

因此,未来可以从以下几个方面加强认知行为疗法在 OCD 方面的研究:

第一,系统地建立用于治疗 OCD 的认知行为疗法治疗方案。方案中关于治疗的合理周期,持续时长,以及治疗过程中建议使用的有效咨询技术和需要刻意回避的咨询技术都需要一个更为精确的对比研究和一个较为明确的结论。

第二,细分 OCD 患者的严重程度和患病类型。根据 OCD 患者的不同类型,建立对应的治疗方案,目前细化到 OCD 亚型的心理疗法还没有较多的研究,认知行为疗法是否适用于所有的 OCD 患者还是针对某一种类型的 OCD 更为有效,需要更加深入的研究。

第三,确认治疗是否有效的指标需要更加精确。目前广为使用的指标仅仅是耶鲁布朗量表得分的下降和抑郁、焦虑量表得分的下降。更进一步的研究需要明确地给出治疗 OCD 患者有效的指数或者公式,同时,还可以从 fMRI 技术方面辅助证明 OCD 患者异常脑区出现了一定程度的恢复,研究脑区变化的前后对比和量表分数的前后变化之间的相关关系。

第四,将心理疗法与其他疗法比如药物疗法、物理疗法结合。目前对于物理疗法方面的研究还未得到一致的结论,而将心理疗法与物理疗法相结合,或者是心理药物以及物理疗法三者共同结合,或许会有更好的治疗效果,这是需要更深入的进行研究的。

参考文献

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The Effectiveness of Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder a Meta-Analysis. *Behavior Therapy, 36*, 55-63. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80054-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80054-1)
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP (2012). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*, 98-113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Arlington, VA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus Individual Cognitive-Behavioural Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: A Controlled Trial. *Behaviour Research & Therapy, 45*, 123-137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.016>
- Baruah, U., Dhanasekara Pandian, R., Narayanaswamy, J. C., Math, S. B., & Janardhan Reddy, Y. C. (2018). A Randomized Controlled Study of Brief Family-Based Intervention in Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Affective Disorders, 225*, 137-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.014>

- Carmi, L., Alyagon, U., Barnea-Ygael, N., Zohar, J., Dar, R., & Zangen, A. (2018). Clinical and Electrophysiological Outcomes of Deep TMS over the Medial Prefrontal and Anterior Cingulate Cortices in OCD Patients. *Brain Stimulation, 11*, 158-165. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2017.09.004>
- Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive Therapy vs. Exposure *in Vivo* in the Treatment of Obsessive-Compulsives. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 103-114. <https://doi.org/10.1007/BF01172784>
- Fabian, L., Sarah, V., Erik, A., Christian, R., David, M. C., Ulrika, T. et al. (2014). Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *PLoS ONE, 9*, e100773. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100773>
- Farrell, L. J., Schlup, B., & Boschen, M. J. (2010). Cognitive-Behavioral Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder in Community-Based Clinical Practice: Clinical Significance and Benchmarking against Efficacy. *Behaviour Research & Therapy, 48*, 409-417. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.004>
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How Effective Are Cognitive and Behavioral Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder? A Clinical Significance Analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1543-1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (1998). Cognitive-Behavioral Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. In P. E. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments That Work* (pp. 339-357). New York: Oxford University Press.
- Grunes, M. S., Neziroglu, F., & McKay, D. (2001). Family Involvement in the Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Preliminary Investigation. *Behavior Therapy, 32*, 803-820. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80022-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80022-8)
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2015). A Theoretical Review of Cognitive Biases and Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychology, 121*, 221-232. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.10.012>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. et al. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Ivarsson, T., Skarphedinnsson, G., Kornør, H., Axelsdottir, B., Biedilæ, S., Heyman, I., March, J. et al. (2015). The Place of and Evidence for Serotonin Reuptake Inhibitors (SRIs) for Obsessive Compulsive Disorder (OCD) in Children and Adolescents: Views Based on a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research, 227*, 93-103. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.015>
- Jónsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*, 98-106. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x>
- Kushner, M. G., Kim, S. W., Donahue, C., Thuras, P., Adson, D., Kotlyar, M. et al. (2007). D-Cycloserine Augmented Exposure Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry, 62*, 835-838. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.12.020>
- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A Meta-Analysis of Cognitive Behavior Therapy and Medication for Child Obsessive-Compulsive Disorder: Moderators of Treatment Efficacy, Response, and Remission. *Depression and Anxiety, 32*, 580-593. <https://doi.org/10.1002/da.22389>
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W.J. et al. (2001). Cognitive versus Behavior Therapy in the Group Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 205-214. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.205>
- Medeiros, G. C., Torres, A. R., Boisseau, C. L., Leppink, E. W., Eisen, J. L., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., Ferrão, Y. A., & Grant, J. E. (2017). A Cross-Cultural Clinical Comparison between Subjects with Obsessive Compulsive Disorder from the United States and Brazil. *Psychiatry Research, 254*, 104-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.024>
- Meyer, V. (1966). Modification of Expectations in Cases with Obsessional Rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4*, 273-280. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90083-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90083-0)
- National Collaborating Centre for Mental Health (2006). *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. Leicester: British Psychological Society.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (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>
- POTS Team (2005). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (Pots) Randomized Controlled Trial. *JAMA, 292*, 1969-1976. <https://doi.org/10.1001/jama.292.16.1969>
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and Normal Obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 233-248.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)

- Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., & Marin-Martinez, F. (2008). Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310-1325. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Ruscio, A. M. (2010). The Latent Structure of Social Anxiety Disorder: Consequences of Shifting to a Dimensional Diagnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 662-671. <https://doi.org/10.1037/a0019341>
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-Compulsive Problems: A Cognitive-Behavioural Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive-Behavioural Approach to Understanding Obsessional Thinking. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 53-63. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297900>
- Sassano-Higgins, S.A., & Pato, M. T. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis, Epidemiology, Etiology, and Treatment. *Focus (Madison)*, 13, 129-141. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.130211>
- Storch, E. A., Bussing, R., Small, B. J. et al. (2013). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy Alone or Combined with Sertraline in the Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 823-829. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.007>
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family Involvement in the Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, 28, 287-298. <https://doi.org/10.1037/a0036709>
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B. et al. (2015). Effectiveness of Cognitive Behavior Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Acute Outcomes from the Nordic Long-Term OCD Treatment Study (Nordlots). *Behaviour Research & Therapy*, 64, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.005>
- Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2004). Adding Cognitive Therapy Elements to Exposure Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: A Controlled Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 275-290. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001353>
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & Mclean, P. D. (2005). Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Cognitive Behavior Therapy vs. Exposure and Response Prevention. *Behaviour Research & Therapy*, 43, 1559-1576. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.012>
- Wu, Y., Lang, Z., & Zhang, H. (2016). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, 22, 1646-1653. <https://doi.org/10.12659/MSM.895481>
- Zhou, D.-D., Wang, W., Wang, G.-M., Li, D.-Q., & Kuang, L. (2017). An Updated Meta-Analysis: Short-Term Therapeutic Effects of Repeated Transcranial Magnetic Stimulation in Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 215, 187-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.033>