

ICS **, ***, **

C **



团 体 标 准

T/CACM *****—20**

神志病中西医结合临床诊疗指南—强迫症

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for
Integrated Chinese and Western Medicine -- Obsessive-compulsive Disorder

（文件类型：送审稿）

（完成时间：2021 年 1 月）

目 次

前言 I

引言 II

1. 范围 1

2. 规范性引用文件 1

3. 术语和定义 1

4. 诊断 1

5. 中西医结合治疗 3

6. 疗效评价标准 8

7. 预防与复发 9

8. 预后 9

9. 注意事项 9

参考文献 11

前 言

本指南根据GB/T 1.1—2009的相关规则起草。

本指南由中华中医药学会神志病分会。

本指南由中华中医药学会中华中医药学会神志病分会归口。

本指南起草单位：黑龙江神志医院。

本指南主要参与起草单位：黑龙江省精神心理卫生研究中心、浙江省立同德医院、北京中医药大学、黑龙江中医药大学、沈阳市安宁医院、无锡市精神卫生中心、山西中医药大学、北京中医药大学附属深圳医院、上海市第九人民医院、复旦大学附属中山医院、天津中医药大学、首都医科大学附属北京安定医院、温州医科大学附属第一医院。

主要起草人：柴剑波、赵永厚、赵玉萍、白冰、李志刚、夏永刚、高德江、王群松、赵思涵、王万宇、毕焕洲、刘兰英、孙珊、李卡、郭义、尹冬青、项祖闯。

本指南的起草程序遵守了中华中医药学会团体标准管理办法和立项流程。

本指南在 20**年**月**日由中华中医药学会审议通过。

本指南由中华中医药学会发布，版权归中华中医药学会所有。

引 言

目前，强迫症中西医结合诊疗的标准和指南在国内外尚属空白，中医药治疗强迫症的研究在国际上缺乏影响力、统一性和认可度。因此，本指南在强迫症中医诊疗指南的基础上，整理国内外中医药及中西医结合治疗强迫症的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对强迫症的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐，形成中西医结合防治强迫症的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高强迫症的临床疗效具有重要作用。

《神志病中西医结合临床诊疗指南-强迫症》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标，在中华中医药学会 2015 年发布的《中医神志病临床诊疗指南-强迫症》（标准号：ZYYXH/T 466-2015）基础上，结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导临床诊疗强迫症的中西医结合临床实践指南。

本指南的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组，产生初始问题清单，起草 PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，制订工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略，文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用 Delphi 法获得临床专家对指南的共识意见，经专家论证形成最终指南。

本指南主要针对强迫症提供以中西医结合为主要内容的预防、保健、诊断、治疗建议，推荐有循证医学证据的强迫症现代医学和中医药诊断治疗方法，指导临床医生、护理人员和相关管理人员使用该方案进行临床实践，提高患者及家属对强迫症防治知识的知晓率。本指南可供具备开展中西医结合治疗强迫症的医疗机构，神志病科、心身医学科、精神科、心理科等相关科室的中医、西医、中西医结合医师和护理人员参考使用。

神志病中西医结合临床诊疗指南-强迫症

1 范围

本指南规定了强迫症的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于强迫症中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657-1995 《中医病证分类与代码》

GB/T 16751.1-1997 《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997 《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997 《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2009 《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 14396-2016 《疾病分类与代码》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

强迫症 **obsessive-compulsive disorder**

一种常见的神经症类精神疾病。临床以患者自有的强迫思维或行为为主要特征。相当于中医神志病学“郁病”、“卑慄”等范畴。

4 诊断

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病诊断，再根据中医诊断标准判断，属于中医的哪种疾病，并进行中医证候诊断。^[1-2]。

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

患者具有非外界强加的强迫思维、强迫观念、强迫意向及强迫动作，常见多虑，犹豫不决，心悸不寐。

4.1.2 诊断标准

疾病诊断标准主要依据《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本（ICD-10）及中国精神障碍分类及诊断标准（CCMD-3）中强迫症的诊断标准。

（1）症状标准：

① 符合神经症的诊断标准，并以强迫症状为主，至少有下列 1 项：

a. 以强迫思想为主，包括强迫观念、回忆或表象、强迫性对立观念、穷思竭虑、害怕丧失自控能力等；

b. 以强迫行为（动作）为主，包括反复洗涤、核对、检查，或询问等；

c. 上述的混合形式；

② 病人称强迫症状起源于自己内心，不是被别人或外界影响强加的；

③ 强迫症状反复出现，病人认为没有意义，并感到不快，甚至痛苦，因此试力抵抗，但不能奏效。

（2）严重标准：社会功能受损。

（3）病程标准：符合症状标准至少已 3 个月。

（4）排除标准：

① 排除其他精神障碍的继发性强迫症状，如精神分裂症、抑郁症或恐惧症等；

② 排除脑器质性疾病特别是基底节病变的继发性强迫症状。

4.1.3 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室检查排除其他躯体性疾病。可以选择耶鲁-布朗强迫量表（Y-BOCS）评定强迫症及严重程度。ICD-10 配套的复合性国际诊断检查问卷（CIDI）、简明精神病性评定量表（BPRS）及阳性与阴性症状量表（PANSS）可以帮助排除精神分裂症。

4.2 中医诊断标准

中医并没有明确提出强迫症的病名，但根据其特点可归属于中医“郁病”“百合病”等范畴。强迫症的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊得到的信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

4.3 鉴别诊断

强迫症当与精神分裂症、抑郁症、恐怖性焦虑障碍和焦虑症、器质性精神障碍作出鉴别。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机

中医神志病学认为本病大多为思虑无穷，所愿不遂，或久病积劳，耗气耗血，伤阴伤阳，导致精神恍惚，不由自主等表现，其发生与情志因素，或体质衰弱有关。肝主谋虑，胆主决断，心主神志。若肝胆协调失常，则心主神志的功能失常，或反之影响肝胆的谋虑和决断。若心肝盛、胆虚，则表现为多虑而犹豫不决，如强迫性思维和行为者多属该病机所致。若心肝胆俱虚，则表现为对正常事务、环境产生害怕和恐惧，强迫性恐惧多属此种病机^[3]。

4.4.2 中医证候分型

参考中国中医药出版社2016年出版的《神志病中西医诊断学》^[3]，临床常见证候如下：

(1) 肝郁气滞证

反复出现强迫思维或强迫行为，伴有易哭善悲，食少纳呆，目光呆滞，表情淡漠，情绪低落；舌质淡，苔薄黄，脉沉弦。

(2) 肝郁化火证

反复出现强迫思维或强迫行为，伴急躁易怒，心烦失眠，小便短赤，大便秘结，口唇干燥；舌质红，苔黄腻，脉弦数。

(3) 气失摄纳证

反复出现强迫思维或强迫行为，伴神疲乏力，面色萎黄，惊悸易惕，少气懒言，自汗恶寒，小便清长，大便溏泄；舌质淡，苔白，脉细无力。

5 中西医结合治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则

强迫症的中医治疗应以疏利肝胆，调节气机为总的治疗原则。实者居多，治以疏肝理气，清肝泻火之法；虚者治以益气固摄之法^[4]。

5.1.2 西医治疗原则

强迫症是一种比较严重的非精神病性精神障碍，西医治疗以药物治疗和心理行为治疗联合应用为主，与中医适宜技术及中医辨证治疗相配合可以起到减毒增效的作用^[5]。

5.2 中西医结合治疗策略^[6-8]

在强迫症中西医结合的全程治疗中，不同的疾病分期需要采取不同的治疗策略。急性治疗期，以西医药物治疗为主，但可根据患者的实际情况和需求，联合中药汤剂或者中成药治疗，不但能够增强治疗效果，而且可以缓解药物的不良反应，防止强迫症患者对西医药物的依赖；巩固治疗期，在药物治疗的基础上，可以选择应用针灸、穴位调控刺激法等中医传统疗法，稳定治疗效果，控制疾病症状；维持治疗期，在中西医结合治疗的同时，配合心理治疗疗法，如森田疗法，让患者认识到其发病的心理机制，减轻疑病素质，消除思想上的矛盾，打破精神交互作用，提高治疗的依从性，最大程度减少复发。

5.3 中医治疗

5.3.1 辨证论治

（1）肝郁气滞证

治法：疏肝理气，调补气血。

方药：逍遥散^[9-10]（《太平惠民和剂局方》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、甘草、干姜、薄荷、百合、香附、生龙骨、生牡蛎。

加减：肝郁气滞较甚者，加香附、郁金、陈皮；血虚者，加熟地；肝郁化火者，加牡丹皮、栀子。

（2）肝郁化火证

治法：疏肝泻火，清化湿热。

方药：丹栀逍遥散^[9-11]（《太平惠民和剂局方》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：牡丹皮、栀子、当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、甘草、干姜、薄荷、酸枣仁、合欢皮、薏米。

加减：胁肋胀痛者，加元胡、香附；大便秘结者，加大黄、芒硝。

(3) 气失摄纳证

治法：补气温阳，固肾摄纳。

方药：益气固摄汤^[4](《景岳全书》)加减。(中级证据，强推荐)

常用药：黄芪、白术、人参、菟丝子、当归、升麻、益智仁、桑螵蛸、炙甘草、沙苑子。

加减：痰多者，加半夏、陈皮、砂仁；坐卧不安者，加夜交藤、合欢花、茯神、玫瑰花；气滞者，加木香、枳壳。

5.3.2 针刺治疗

透刺：四神聪透百会：于百会穴前、后、左、右各旁开1寸处分别进针，待得气后沿皮刺向百会穴，令四针尖相碰；神庭透上星：于神庭穴处进针，得气后沿皮刺向上星穴；风池透风池：从一侧风池穴斜刺进针平行刺向对侧风池穴；合谷透劳宫：先直刺合谷穴，令得气，使针感达于食指后再刺向劳宫穴，深至第三掌骨尺侧缘，使针感达于无名指；太冲透涌泉：先直刺太冲0.5寸许，令得气，使针感达于足大趾，后将针尖提至皮下，再斜刺向涌泉穴，针尖抵至涌泉穴皮下；内关透外关：先直刺内关，得气后直刺向外关，针尖抵外关穴皮下即可；丘墟透照海：从丘墟穴处进针，得气后对准足内踝下，刺向照海穴，针尖抵至照海穴皮下即可。以上各穴均留针30分钟。隔日1次，10次为1个疗程，每个疗程间隔2日。

醒脑开窍针刺法：内关直刺1~1.5寸，施小幅度、高频率提插捻转泻法；水沟斜向鼻中隔刺0.5~0.8寸，施雀啄泻法，流泪为度；三阴交与胫骨成45度角斜刺1.5寸，提插捻转补法；华佗夹脊穴斜向脊柱刺入1.5寸，捻转平补平泻法。所有穴位均施术1分钟，留针30分钟，每日1次，持续治疗8周。^[12-13](高级证据，强推荐)

5.3.3 穴位调控疗法

采用40~50Hz的低频治疗仪，选双侧内关穴、劳宫穴、百会穴，刺激的强度以患者能耐受的程度为准，一般为3~4档，必要时给患者提供相应的情景，每次30分钟，每天1次，每周5次。^[14-16](中级证据，强推荐)

5.3.4 中成药

复方刺五加颗粒：补肾安神，益气健脾。每次1袋，每日2次，口服，或遵医嘱。用于肾气亏虚，气失摄纳，或兼脾肾不足者。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[5]

已知有效的药物均为影响5-HT的药物，第一种用于OCD治疗的药物为氯米帕明。氯米帕明、氟西汀、氟伏沙明、帕罗西汀及舍曲林已被美国食品药品监督管理局（FDA）批准治疗强迫症。由于SSRIs比氯米帕明有较少的副作用，因此推荐SSRIs作为一线药物治疗。所有的SSRIs疗效大致相当，但治疗反应有个体差异。治疗药物起始剂量宜低，起始量分别为：氯米帕明25mg/d，氟西汀20mg/d，氟伏沙明50mg/d，帕罗西汀20mg/d，舍曲林50mg/d。某些患者可以从半量或更低剂量开始，以减轻副作用或适应服药的焦虑。大多数患者在药物开始治疗4~6周之后才会体验到逐渐改善。

对于难治性强迫症，可合并应用拟5-HT药物提高疗效，如加用碳酸锂日2~3次，每次0.25~0.5g；曲唑酮50~100mg/d；或5-HT前体L-色氨酸每晚1~6g。抗精神病药物对OCD有利，故现常在单用SSRIs无效或疗效不佳时，以低剂量非典型抗精神病药与之配伍，如利培酮2mg/d，奥氮平5~10mg/d，喹硫平50~300mg/d，或舒必利等，可提高部分病例的疗效。

药物治疗需要在治疗10~12周后才有反应。在治疗的第1个月，药物剂量可能每周增加一次，或在开始治疗4周内，症状改善轻微或无改善，剂量可每周或每2周加量到可耐受和适应的最大剂量，然后，维持这一剂量治疗至少6周，以观察其疗效。

排除共病、对治疗不充分依从、存在心理社会应激源、家庭成员对强迫症的适应水平，以及不能难受充分的心理治疗或推荐的药物的最大剂量等影响疗效的因素。对起初治疗只有部分反应的患者可选择加药策略而不是换药：SSRIs加不同的抗精神病药物；SSRIs加心理治疗（包括暴露疗法）。联合SSRIs与心理治疗在停止药物时也可能减少复发率。对EFP有部分反应者可选择增加EFP治疗的强度。对第一种SSRIs无反应的患者可换用另一种SSRIs，或添加抗精神病药物或认知行为；对第一种SSRIs无效者可换用米氮平。（高级证据，强推荐）

5.4.2 非药物治疗法

（1）认知行为治疗^[17-19]

以强迫思维为主要表现的治疗原则是针对患者的强迫性思维及相关的仪式动作，采取CBT中的“思维中断”技术；以强迫行为为突出表现者，可选用逐级暴露和反应预防（ERP）为主的CBT策略。

（高级证据，强推荐）

（2）森田疗法

森田疗法强调对想法本身顺其自然，对生活本身为所当为，认真地做当下该做的事情。森田疗法治疗强迫症一般分为4个阶段：①绝对卧床期（7d）；②轻作业期（7～14d）；③重工作期（7～14d）；④回归社会期（7～14d）。^[20-23]（高级证据，强推荐）

（3）认知领悟疗法^[24]

对幼年经验不勉强追忆，主要让患者领悟症状是儿童幼稚逻辑推断出来的，是用不切实际的儿童态度去对待某些事物的结果，并对领悟的作用和本质作了新的解释。只有得到情感上的领悟，才能真正放弃儿童行为模式，使心理成熟，症状消失。（高级证据，强推荐）

5.5 强迫症中西医结合分期治疗^[4-7]

5.5.1 急性期治疗

急性期治疗一般为10～12周，首选西医药物治疗，多数患者在治疗4～6周会有明显效果。若经12周治疗效果不佳者，可以增加药物剂量；仍不见效者，需要调整用药方案。同时可以选择中药辨证治疗，帮助改善患者的躯体化症状，以及缓解西药的不良反应。

5.5.2 巩固期治疗

巩固期治疗原则上继续使用急性期治疗药物4～8个月，推荐在西药治疗基础上联合中医药及非药物治疗，同时配合心理治疗等，稳定病情，改善残留症状，预防复燃。定期对患者的症状、药物不良反应、治疗依从性和功能状态进行量化评估。

5.5.3 维持期治疗

维持期治疗至少持续1年以上，减少患者的复发几率。经过系统评估，可以指导患者逐渐减少药量，定期复查，监测减药后的反应，及时观察复发征象。若症状反复，则继续保持药物的治疗剂量，并适当延长维持期的治疗。同时建议中医药疗法系统治疗，改善预后。便于患者长期服用，也可辨证使用中成药。

5.6 疗程

目前暂无强迫症中西医结合疗程的相关研究。成功的药物治疗应持续 1~2 年，再考虑是否该逐渐撤药（每 1~2 个月减少 10%~25%），并观察减药过程症状的变化。减药过程中可增加 ERP 治疗的时间和强度。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准^[25]

治愈：症状消失，情绪正常；

好转：症状减轻，情绪基本稳定；

未愈：症状、情绪均无改善。

6.2 量表评价

6.2.1 耶鲁-布朗强迫症状量表（Y-BOCS）

临床上使用评定强迫症的主要量表之一。结合患者的实际病情和临床表现，以及体格检查结果和相关实验室报告，可以根据治疗前后耶鲁-布朗强迫症状量表（Y-BOCS）各项评分及总分进行临床疗效评估。

6.2.2 帕多瓦量表（PI）

用于强迫症状的自我评定。结合患者的实际病情和临床表现，以及体格检查结果和相关实验室报告，可以根据治疗前后 PI 量表各项评分进行临床疗效评估。

6.3 安全性指标

随时监测血压、心率等基础生命体征；定期进行心电图检查，血常规、血糖、血脂，肝、肾功能等化验；必要时进行血药浓度监测。

7 预防与复发

强迫症是一种慢性疾病，早发现早治疗是强迫症预防的关键。由于疾病本身的特点，患者从发病到就诊的时间一般较长，导致病程迁延，治疗难度增加。在治疗初期，至少 2 周复诊 1 次；进入治疗维持

期，至少1个月复诊1次，随时观察和评估治疗效果，及时调整治疗方案。强迫症需要坚持长期治疗，健康的生活方式和人际关系，可以增加强迫症的治疗效果，减少强迫症的复发，有利于改善预后。

8 预后

强迫症自动缓解或者痊愈的可能性很小，临床尚无根治的办法，大多数坚持治疗的患者，可以改善强迫症状带来的不适，正常生活。从整体上来看，本病若及时、有效地治疗，一般预后较好。临床预后常见三种情况：一是没有重性精神病史，仅有本病的临床表现者，治疗及时，用药合理，则预后良好；二是有精神病史者，在控制病情稳定的条件下，本病亦相对平稳；三是伴有躯体疾病，在躯体疾病平稳的前提下，本病相对平稳，年高体弱者，则预后相对较差。^[26、27] (中级证据，强推荐)

9 注意事项

应用本指南时应先明确诊断，不能应用于除强迫症以外的其他疾病，如精神分裂症、抑郁症、恐怖性焦虑障碍和焦虑症、器质性精神障碍，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

指南中的内容仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据指南中的内容和标准并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为指南中的内容已经囊括了强迫症临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划正确与否时，所有的结论首先必须是建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单的依据指南中的相关内容来做出判断或评价。指南中制定的临床诊疗标准并不是一成不变的，其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在指南使用过程中，要不断对其相关理论知识、操作技术及护理规范等进行提炼和总结，形成更为合理和更为科学的操作模式。

T/CACM ****—20**

参 考 文 献

- [1] 王国强, 张亚林, 杨世昌. 强迫症病因病机的临床辨证思考[J]. 临床心身疾病杂志, 2006(01):67-69.
- [2] 郭雅明, 汪金涛, 李文芳. 中西医结合治疗精神疾病发展和现状[A]. 第二届全国焦虑症中西医结合论坛、中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第 18 次全国年会暨第三届京津冀中西医结合精神病学会论文集[C]. 中国中西医结合学会, 2019:3.
- [3] 贾竑晓, 张宏耕. 神志病中西医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016.
- [4] 邹伟, 苏建民. 神志病中西医治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016.
- [5] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 第六版, 北京:人民卫生出版社, 2017.
- [6] 司天梅, 杨彦春. 中国强迫症防治指南[M]. 北京:中华医学电子音像出版社, 2015.
- [7] 孙明祎, 孙特. 强迫症的中西医研究述略[J]. 实用中医内科杂志, 2004(02):88-89.
- [8] 化振, 杨来启, 马文涛, 等. 森田疗法在强迫症中的临床应用[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(03):417-418+436.
- [9] 岳媛媛. 丹栀逍遥散联合氟伏沙明治疗强迫症疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(02):223-224.
- [10] 李思聪, 邹璇, 孔军辉. 孔军辉行气化痰法治疗强迫障碍探析[J]. 北京中医药, 2017, 11:1008-1010.
- [11] 李思聪, 柳海艳, 邹璇, 等. 从郁热虚瘀论治强迫障碍及选方思路[J]. 环球中医药, 2018, 07:1066-1068.
- [12] 周鸿鹏, 郝文, 阎加民. 透刺合并氯米帕明治疗强迫症的临床研究[J]. 中医临床研究, 2013, 5(22):16-18.
- [13] 吕多. 针刺与氯丙咪嗪治疗强迫症疗效对比观察[J]. 中国针灸, 2002(08):16-17.
- [14] 宁芳, 冯斌, 吴剑勇, 等. 舍曲林联合穴位刺激调控法治疗老年强迫症的疗效分析[J]. 浙江医学, 2019, 41(13):1402-1405.
- [15] 伍明超, 丁亚文. 穴位刺激联合小剂量氯米帕明治疗强迫症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(21):2360-2362.
- [16] 冯斌, 穴位刺激调控法治疗强迫症的临床研究. 浙江省, 浙江省立同德医院, 2014-05-28.
- [17] 李莉, 杨妍. 盐酸帕罗西汀联合团体认知行为治疗强迫症患者的效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32(23):60-61+64.
- [18] 柳娜, 张宁. 强迫症的认知行为治疗[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2020, 29(11):1042-1046.
- [19] 田秀娟. 认知行为干预对强迫症伴失眠患者强迫症状及睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志,

2020, 7(08):1303-1305.

[20]王海龙. 森田疗法联合文拉法辛治疗强迫症患者的效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32(06):87-89.

[21]侯景英, 卢建国, 孔辉, 等. 森田疗法联合舍曲林治疗强迫症患者的短期临床研究[J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(02):270-272+282.

[22]张文娟, 李健成. 艾司西酞普兰联合森田疗法治疗强迫症的疗效观察[J]. 中国健康心理学杂志, 2015, 23(06):820-822.

[23]杜宏群, 徐艳, 张鸿. 舍曲林合并森田疗法治疗强迫症的对照研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2015, 2(15):2927-2928.

[24]姜帆. 重复经颅磁刺激联合元认知疗法对强迫症治疗效果及元认知改善的临床对照研究[J]. 心理月刊, 2020, 15(22):12-14.

[25]国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准. 北京:南京大学出版社, 1994:20-21.

[26]徐成敏, 赵贵芳, 李传奇, 等. 强迫症 10 年随访研究[J]. 中国全科医学, 2000(05):382-383.

[27]孙静, 闫俊. 强迫障碍患者短期预后的随访研究[J]. 临床精神医学杂志, 2014, 24(04):232-234.