



SHANGHAI JIAO TONG
UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE

学者介绍

王 振 WANG Zhen
博士 M.D, Ph. D



主任医师、博士生导师



Chief Physician, Doctoral Supervisor

ORCID ID: 0000-0003-4319-5314



王 振 (1978—), 上海交通大学医学院附属精神卫生中心副院长。2012 年于上海交通大学医学院获博士学位。2007—2009 年赴美国加州大学旧金山分校访问学习。现任中华医学会精神病学分会青年委员、中国医师协会心身医学专业委员会常委、中华医学会行为医学分会委员、中华医学会精神医学分会认知行为治疗协作组副组长等。

长期从事强迫症、心理应激与创伤相关障碍的临床与基础研究。先后在 *JAMA Psychiatry*、*Am J Psychiatry*、*Biol Psychiatry*、*Psychiat Res*、《中华精神科杂志》等国内外期刊发表学术论文 110 余篇。作为负责人,主持国家自然科学基金及省部级科研项目 10 余项。以第二完成人获上海市科技进步奖二等奖,以第一完成人获上海市医学科技奖二等奖,曾获上海市卫生系统银蛇奖提名奖、明治生命科学奖等多项奖励和荣誉称号。入选上海市浦江人才计划、上海市青年科技启明星计划、上海市卫生与计划生育委员会优秀学科带头人、上海市教育委员会高峰高原学科建设计划。

该研究依托上海交通大学医学院“双一流”暨高水平地方高校建设“一流师资队伍建设-创新团队建设计划”项目。

WANG Zhen born in 1978, vice president of Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine. He got his M.D and Ph.D from Shanghai Jiao Tong University School of Medicine in 2012. As a visiting professor, he worked and studied at the University of California, San Francisco from 2007 to 2009. Currently, he is the member of Youth Committee of Psychiatry Branch of Chinese Medical Association, the standing member of Professional Committee of Psychosomatic Medicine of Chinese Medical Doctor Association, the member of Behavioral Medicine Branch of Chinese Medical Association, the vice director of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Coordination Group of Psychiatry Branch of Chinese Medical Association, etc.

Dr. WANG is engaged in the clinical and basic studies of obsessive-compulsive disorder and stress and trauma related disorders. He had published more than 110 papers in *JAMA Psychiatry*, *Am J Psychiatry*, *Biol Psychiatry*, *Psychiat Res*, *Chin J Psychiatry* and other journals. He has been supported by more than 10 grants including National Natural Science Foundation of China and ministerial and provincial scientific research programs. He has won the second prize of "Shanghai Science and Technology Advancement Award" (second complete), the second prize of "Shanghai Medical Science and Technology Progress Award" (first complete) and other prizes. Moreover, he was awarded by "Shanghai Pujiang Plan" "Shanghai Raising-Star Program" "Academic Leaders of Shanghai Health and Family Planning System" "Shanghai Municipal Education Commission—Gaofeng Clinical Medicine Grant Support", etc.

The research relies on the Innovative Teams Plan, Project of First-Class Faculty of "National Double First-Class" and "Shanghai-Top-Level" high education initiative at Shanghai Jiao Tong University School of Medicine.



论著·临床研究

强迫症患者的强迫症状在归因方式与抑郁症状间的中介作用

程佳月, 李璞玉, 顾秋梦, 王 佩, 陈 珏, 刘 强[#], 王 振[#]

上海交通大学医学院附属精神卫生中心临床心理科, 上海 200030

[摘要] **目的**·探讨强迫症患者的抑郁症状、归因方式与强迫症状之间的作用关系。**方法**·以符合《精神疾病诊断与统计手册(第四版)》诊断标准的70例强迫症患者为研究对象,使用耶鲁-布朗强迫量表(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)评估其强迫症状的严重程度,贝克抑郁量表第2版(Beck Depression Inventory- II, BDI- II)测量其抑郁症状,归因方式问卷(Attributional Style Questionnaire, ASQ)测量其归因方式。分析患者的强迫症状、抑郁症状与归因方式之间的相关性,及强迫症状在其中的中介作用。**结果**·归因方式中负性事件普遍维度与强迫症状及抑郁症状均呈正相关(均 $P<0.05$),且强迫症状与抑郁症状亦呈正相关($P=0.000$)。中介效应分析显示,强迫症状在负性事件普遍维度与抑郁症状间的中介效应大小为0.105(95%CI 0.031~0.218),效应占比为44.20%。**结论**·强迫症患者的强迫症状可能在归因方式中的负性事件普遍维度与抑郁症状间起完全中介作用。

[关键词] 强迫症; 中介作用; 归因方式; 抑郁症状

[DOI] 10.3969/j.issn.1674-8115.2020.06.012 **[中图分类号]** R749.79 **[文献标志码]** A

Mediating effect of obsessive-compulsive symptoms between attributional style and depressive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder

CHENG Jia-yue, LI Pu-yu, GU Qiu-meng, WANG Pei, CHEN Jue, LIU Qiang[#], WANG Zhen[#]

Department of Clinical Psychology, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

[Abstract] **Objective**·To explore the relationship among depressive symptoms, attributional style and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. **Methods**·Seventy patients with obsessive-compulsive disorder who met the diagnostic criteria of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)* (DSM- IV) were selected. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) was used to evaluate the severity of obsessive-compulsive symptoms, the Beck Depression Inventory- II (BDI- II) was used to measure the depressive symptoms, and the Attributional Style Questionnaire (ASQ) was used to measure the attributional style. The correlations among obsessive-compulsive symptoms, depressive symptoms and attributional style as well as the mediating role of obsessive-compulsive symptoms between attributional style and depressive symptoms were analyzed. **Results**·The globality dimension of negative events in attributional style was positively correlated with obsessive-compulsive symptoms and depressive symptoms (both $P<0.05$), and obsessive-compulsive symptoms were also positively correlated with depressive symptoms ($P=0.000$). The mediating effect analysis showed that the mediating role of obsessive-compulsive symptoms between the globality dimension of negative events and depressive symptoms was 0.105 (95%CI 0.031–0.218), with an mediating effect ratio of 44.20%. **Conclusion**·Obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder may play a completely mediating effect between the globality dimension of negative events in attribution style and depressive symptoms.

[Key words] obsessive-compulsive disorder; mediating effect; attributional style; depressive symptom

强迫症是一种以反复持久出现强迫观念或强迫行为为基本特征的致残性疾病,其人群发病率为2%~3%^[1]。据中国最新流行病学调查数据显示,强迫症在我国的终生患病率为2.4%^[2]。研究^[3-5]显示强迫症患者常伴有抑郁症状,且抑郁症是强迫症常见的共病疾病之一,即共病率为

50%~60%;与未共病抑郁症的强迫症患者相比,共病抑郁症者的强迫症状更加严重且预后较差。

归因方式是个体对于事件发生原因的解释, Abramson等^[6]将归因方式分为3个维度:内外维度、持续维度、普遍维度。内外维度指个体将事件发生的原因归因为自身

[基金项目] 国家自然科学基金(81671340);上海市卫生计生系统优秀学科带头人培养计划(2017BR058);上海市教育委员会高峰高原学科建设计划(20161321)。

[作者简介] 程佳月(1994—)女,硕士生;电子信箱:chengjy_94@163.com。

[通信作者] 刘 强,电子信箱:dr.liuqiang@smhc.org.cn。王 振,电子信箱:wangzhen@smhc.org.cn。[#]为共同通信作者。

[Funding Information] National Natural Science Foundation of China(81671340); Outstanding Academic Leaders of Shanghai Health and Family Planning System(2017BR058); Shanghai Municipal Education Commission—Gaofeng Clinical Medicine Grant Support(20161321)。

[Corresponding Author] LIU Qiang, E-mail: dr.liuqiang@smhc.org.cn. WANG Zhen, E-mail: wangzhen@smhc.org.cn. [#]Co-corresponding authors.

或外界;持续维度指个体认为事件的起因是长期的或暂时的,事件是否会在将来由于同样的原因反复发生;普遍维度指事件的起因在其他情况下是否依然存在。有研究^[7]指出抑郁症患者更倾向于将负性事件归因为内在的、持久的、普遍的,这种归因方式可能是抑郁症的发生机制之一。同时,强迫症患者常见的思维-行为融合等歪曲信念也可能与消极的归因方式有关^[8]。目前,有关强迫症患者出现抑郁症状是否与其归因方式及强迫症状相关尚不明确。基于此,本研究通过对强迫症患者的抑郁症状和归因方式进行研究,探讨二者与强迫症状之间的关系,以期明确归因方式和抑郁症状在强迫症的发生及发展中的作用。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究以2017年8月—2019年9月于上海交通大学医学院附属精神卫生中心门诊就诊的强迫症患者为研究对象。入组标准:①年龄16~65岁。②符合《精神疾病诊断与统计手册(第四版)》[*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*, DSM-IV]中强迫症的诊断标准。③耶鲁-布朗强迫量表(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)得分 ≥ 16 分^[9]。④受教育程度为初中及以上。排除标准:①符合DSM-IV中与强迫症共病的其他轴I诊断。②患有严重躯体疾病。③存在精神活性物质滥用。④有严重消极观念,或自杀风险较高。最终,本研究共计入组70例强迫症患者。

本研究获得上海交通大学医学院附属精神卫生中心伦理委员会审批(审批号:2013-23)。所有被试对本研究均知情同意,并签署了知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 自编一般情况问卷调查 该问卷用于收集被试的一般状况,包括年龄、性别、受教育年限等基本信息。

1.2.2 Y-BOCS评估 该量表用于评估强迫症状的严重程度,是目前常用的评估量表之一。该量表共有10个条目,前5个条目用以评估强迫思维,后5个条目用以评估强迫行为。每个条目采用0分(无症状)~4分(极重度)共5级评分,总分越高则表明患者的强迫症状越为严重。该量表中文版的一致性信度为0.76^[10]。

1.2.3 贝克抑郁量表第2版 贝克抑郁量表第2版(Beck Depression Inventory- II, BDI- II)主要用于评估患者的抑郁症状。该量表为自评量表,共有21个条目。每个条目均采用0~3分共4级评分,评分越高则表示抑郁症状越严重。该量表中文版的一致性信度为0.94^[11]。

1.2.4 归因方式问卷 采用王纯等^[12]修订的归因方式问卷(Attributional Style Questionnaire, ASQ)测量被试的归因方式。该问卷为自陈问卷,由12个场景组成,包括6个正性事件和6个负性事件;每个场景包括4个题目,其中第1题是关于该场景归因的文字描述,第2~4题分别通过1~7分的7级评分来测量归因方式的3个维度,即内外维度、持续维度、普遍维度。得分越高,表明越倾向于将事件发生归因为内在的、持续的、普遍的;得分越低,则表明越倾向于将事件发生归因为外在的、暂时的、具体的。该量表的总量表及各维度分量表的一致性信度分别为0.84(总量表)、0.49(内外维度)、0.82(持续维度)和0.80(普遍维度)。

1.3 统计学方法

采用SPSS 22.0软件对研究数据进行统计分析。符合正态分布的定量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用Pearson相关分析进行比较;不符合正态分布的定量资料以 $M(Q_1, Q_3)$ 表示,使用Spearman相关分析进行比较。根据温忠麟等^[13]提出的中介作用原理,使用线性回归分析进行逐步检验,即第一步检验自变量对中介变量的回归系数,第二步检验中介变量对因变量的回归系数,第三步检验控制中介变量影响后自变量对因变量的回归系数。采用Hayes编制的Process宏程序中的Bootstrap法^[14]进行中介效应的显著性检验分析,设置随机抽样为5 000次,并报告95%CI。上述分析均采用双侧检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 强迫症患者人口学资料统计及各临床量表评估

在70例强迫症患者中,男性38例、女性32例,年龄17~52岁,平均年龄(28.81 ± 8.96)岁,受教育年限(13.90 ± 3.66)年。本研究通过Y-BOCS、BDI- II和ASQ对强迫症患者的强迫症状、抑郁症状及归因方式进行评估,其各临床量表的得分见表1。

表 1 强迫症患者 Y-BOCS、BDI- II 及 ASQ 的得分及量表的总分范围 (N=70)
Tab 1 Scores and range of Y-BOCS, BDI- II , ASQ and subscales of OCD patients (N=70)

Scale	Score	Range
Y-BOCS	25.16 ± 5.04	0–40
BDI- II	21.37 ± 11.32	0–63
ASQ		
Internality dimension of positive event	31.14 ± 6.19	1–84
Stability dimension of positive event	31.00 (28.00, 35.00)	1–84
Globality dimension of positive event	29.50 (23.00, 33.25)	1–84
Internality dimension of negative event	27.83 ± 6.37	1–84
Stability dimension of negative event	26.89 ± 7.77	1–84
Globality dimension of negative event	25.00 (19.00, 29.00)	1–84

2.2 强迫症患者的强迫症状、归因方式与抑郁症状的相关性分析

中，负性事件普遍维度与强迫症状、抑郁症状均呈正相关，正性事件内外维度与抑郁症状呈负相关；同时，抑郁症状与强迫症状亦呈正相关。

本研究对强迫症患者的强迫症状、归因方式与抑郁症状间的相关性进行分析，结果（表 2）显示在归因方式

表 2 强迫症患者的强迫症状、归因方式与抑郁症状的相关分析
Tab 2 Correlation analysis among obsessive-compulsive symptoms, attributional style and depressive symptoms

Variable	r value						Depressive symptom
	Attributional style						
	Internality dimension of positive event	Stability dimension of positive event	Globality dimension of positive event	Internality dimension of negative event	Stability dimension of negative event	Globality dimension of negative event	
Obsessive-compulsive symptom	−0.150	−0.136	−0.127	0.109	0.130	0.318 ^①	0.458 ^②
Depressive symptom	−0.265 ^③	−0.217	0.035	0.130	0.208	0.289 ^④	—

Note: ^① P=0.007, ^② P=0.000, ^③ P=0.026, ^④ P=0.025 (two-tailed).

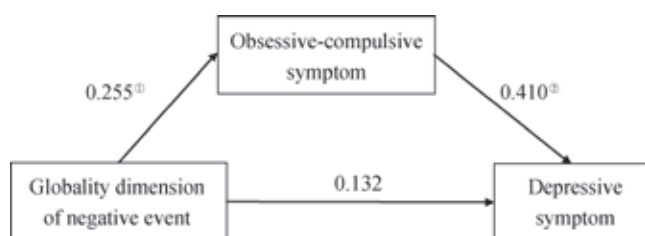
2.3 强迫症状在归因方式与抑郁症状中的中介效应分析

由于归因方式中负性事件普遍维度与强迫症状及抑郁症状均呈正相关（均 P<0.05），故以负性事件普遍维度得分为自变量，强迫症状为中介变量，抑郁症状为因变量，应用线性回归模型进行中介效应分析。即第一步，以负性事件普遍维度为自变量，以强迫症状为因变量，检验回归系数是否显著；第二步，以负性事件普遍维度为自变量，以抑郁症状为因变量，检验回归系数是否显著；第三步，以负性事件普遍维度和强迫症状为自变量，以抑郁症状为因变量，检验回归系数是否显著。结果（表 3、图 1）显示，负性事件普遍维度对强迫症状（β=0.255，P=0.014）、抑郁症状（β=0.237，P=0.023）均有显著正向预测作用；将强迫症状纳入回归方程后，负性事件普遍维度对抑郁症状的预测作用不显著（β=0.132，P=0.179）。

表 3 强迫症状、归因方式与抑郁症状间的线性回归分析
Tab 3 Linear regression analysis of obsessive-compulsive symptoms, attributional style and depression symptoms

Independent variable	Step 1				Step 2				Step 3			
	β	t value	R ²	F	β	t value	R ²	F	β	t value	R ²	F
Globality dimension of negative event	0.255	2.512 ^①	0.085	6.312	0.237	2.336 ^②	0.074	5.256	0.132	1.357	0.231	10.040
Obsessive-compulsive symptom	—	—	—	—	—	—	—	—	0.410	3.690 ^③	—	—

Note: ^① P=0.014, ^② P=0.023, ^③ P=0.000. “—” — obsessive-compulsive symptoms are not included in the equation.



Note: * $P=0.014$, ** $P=0.000$.

图1 强迫症状在负性事件普遍维度与抑郁症状间的中介效应模型

Fig 1 Mediating effect model of obsessive-compulsive symptoms between globality dimension of negative events and depressive symptoms

采用 Bootstrap 法对中介效应的显著性进行检验, 结果 (表 4) 显示强迫症状在负性事件普遍维度与抑郁症状之间的中介效应 (间接效应) 大小为 0.105 (95%CI 0.031 ~ 0.218), 由于 95%CI 不包含 0 则表明中介效应显著, 效应占比为 44.20%。当控制强迫症状后, 负性事件普遍维度对抑郁症状的直接效应的影响则无统计学意义 (直接效应大小为 0.132, 95%CI -0.045 ~ 0.297), 表明强迫症状在负性事件普遍维度与抑郁症状之间起完全中介作用。

表4 强迫症状在负性事件普遍维度与抑郁症状间的 Bootstrap 法中介效应显著性检验

Tab 4 Bootstrap method significance test for mediating effect of obsessive-compulsive symptoms between globality dimension of negative events and depressive symptoms

Effect type	Effect size	SE	95%CI	Effect ratio/%
Total effect	0.237	0.131	0.066—0.579	100.00
Direct effect	0.132	0.087	-0.045—0.297	55.80
Indirect effect	0.105	0.049	0.031—0.218	44.20

3 讨论

本研究首次探讨了强迫症患者的归因方式与临床症状之间的关系。相关分析结果显示, 归因方式中负性事件普遍维度与抑郁症状成正相关, 说明强迫症患者中抑郁情绪越高则越倾向于将负性事件的原因认知为普遍的、整体的, 即该原因在不同的情境中依然存在。这一结果在既往研究已被认同, 即消极的 (内在的、持久的、普遍的) 归因方式是抑郁症的危险因素^[15]; 尤其是对负性事件的归因方面, Sweeney 等^[16]的 meta 分析显示负性事件与抑郁症状的相关性强于正性事件, 对负性事件的归因更能解释抑郁症的发生。另一项 meta 分析^[17]显示普遍维度和持续维度的效应值均高于内外维度, 且这两个维度与抑郁症状的相关性更强, 继而说明普遍维度和持续维度在一定程度上可以代表整体归因方式。而本研究发现, 在负性事件的归

因维度中仅有普遍维度与抑郁症状显著相关, 究其原因可能是由研究对象选取的差异导致, 即既往研究中对象多为抑郁症患者, 而本研究的对象为强迫症患者。因此, 上述结果或可反映出 2 种疾病患者在归因方式与抑郁症状之间关系的不同。

抑郁症作为与强迫症共病率最高的疾病, 既往的多项研究显示, 强迫症患者共病抑郁症与其更早的发病年龄^[18]、更长的病程^[19]、更严重的认知功能损害^[20]、更差的生活质量^[21]相关, 也更难达到临床治愈^[22]。既往的纵向研究^[23-24]表明, 不论是通过药物治疗还是心理治疗, 患者强迫症状的改善可完全介导抑郁症状的改善, 而反之, 抑郁症状的改善则只能部分介导强迫症状; 继而表明抑郁症状可能更多地是继发于强迫症状, 其会随着强迫症状的缓解而得到改善。这与本研究中介效应模型部分一致, 即对强迫症患者来说, 归因方式对抑郁症状的作用是完全通过强迫症状介导的, 这表明归因方式可以通过强迫症状间接预测抑郁症状; 该路径提示在强迫症的治疗中, 对归因方式进行干预将有助于改善强迫症状, 进而使抑郁症状得到改善。此外, 张婕等^[25]采用团体归因训练治疗抑郁症、焦虑症及强迫症患者, 结果显示治疗后 3 种疾病患者的症状均有显著减轻, 且社会功能亦均得到显著改善。综上, 该结果也支持了对归因方式进行干预的可能性。

既往鲜少对归因方式与强迫症状之间的关系进行研究。一项针对国内高中生的调查显示, 负性事件归因方式为持久性和普遍性的学生的强迫症状发生的危险性较高^[26]。国外一项在大学生中的调查显示, 正性与负性事件的普遍维度均与强迫症状显著相关^[8]; 该结果与本研究部分一致, 即越倾向于将负性事件发生原因视为普遍因素的患者, 其强迫症状越严重。许多针对认知神经的研究^[27-30]表明, 强迫症患者在注意定势转移、线索任务范式、优势反应抑制等方面均存在缺陷, 继而反映患者在认知灵活性方面可能存在行为学和神经生物学的异常。认知灵活性是一种根据环境的变化调整行为的能力, 可能正是由于强迫症患者僵化的认知图式, 使得其更加倾向于在不同情境下采取同样的归因方式。

本研究尚存在一些不足之处: ①研究仅纳入了强迫症患者, 没有设置健康对照组, 未能较好地说明强迫症患者的归因风格与健康志愿者之间的异同。②调查的样本量较小, 且纳入患者的治疗情况、发病年龄、病程等方面均存在异质性, 因此该中介模型的普适性仍有待进一步验证。③本研究为横断面研究, 无法严格反映三者之间的因果关系, 今后或可利用纵向研究观察治疗前后患者归因方式、强迫症状和抑郁症状的变化, 以更好地获得三者间的相关性。

综上,本研究首次分析了强迫症患者的强迫症状在归因方式与抑郁症状之间的中介作用,为理解强迫症患者的强迫症状和抑郁症状之间的关系提供了新的可能的思路。同时,该结果也为临床治疗强迫症提供了一定的指导,继而提示临床医师在进行伴有抑郁症状的强迫症患者

治疗时,可以更多地关注和评估患者的归因方式,针对存在负性归因方式的患者(如倾向于将事件发生归因为内在的、持续的、普遍的)可有选择地在心理治疗过程中对其归因方式进行干预,以期更有效地缓解其强迫症状及抑郁症状。

参 · 考 · 文 · 献

- [1] Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication[J]. *Mol Psychiatry*, 2010, 15(1): 53-63.
- [2] Fullana MA, Zhu X, Alonso P, et al. Basolateral amygdala-ventromedial prefrontal cortex connectivity predicts cognitive behavioural therapy outcome in adults with obsessive-compulsive disorder[J]. *J Psychiatry Neurosci*, 2017, 42(6): 378-385.
- [3] Heyman I. Obsessive-compulsive disorder[J]. *BMJ*, 2006, 333(7565): 424-429.
- [4] Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, et al. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder[J]. *J Affect Disord*, 2007, 102(1/2/3): 73-79.
- [5] Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect[J]. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63(12): 1106-1112.
- [6] Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation[J]. *J Abnorm Psychol*, 1978, 87(1): 49-74.
- [7] Wortman CB, Dintzer L. Is an attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable? A critique of the Abramson-Seligman-Teasdale reformulation[J]. *J Abnorm Psychol*, 1978, 87(1): 75-90.
- [8] Piri S, Kabakçi E. An evaluation of some of the relationships between thought-action fusion, attributional styles, and depressive and obsessive-compulsive symptoms[J]. *Turkish J Psychiatry*, 2007, 18(3): 197-206.
- [9] Goodman WK. The Yale-brown obsessive compulsive scale[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1989, 46(11): 1006.
- [10] 徐勇,张海音. Yale-Brown 强迫量表中文版的信度和效度[J]. *上海精神医学*, 2006, 18(6): 321-323.
- [11] 王振,苑成梅,黄佳,等. 贝克抑郁量表第2版中文版在抑郁症患者中的信效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2011, 25(6): 476-480.
- [12] 王纯,张宁. 归因方式问卷的初步修订[J]. *中国行为医学科学*, 2006(5): 470-471.
- [13] 温忠麟,叶宝娟. 中介效应分析:方法和模型发展[J]. *心理科学进展*, 2014, 22(5): 731-745.
- [14] Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach[M]. New York: Guilford Press, 2013: 7.
- [15] Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression[J]. *Psychol Rev*, 1989, 96(2): 358-372.
- [16] Sweeney PD, Anderson K, Bailey S. Attributional style in depression: a meta-analytic review[J]. *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50(5): 974-991.
- [17] Hu TQ, Zhang DJ, Yang ZZ. The relationship between attributional style for negative outcomes and depression: a meta-analysis[J]. *J Soc Clin Psychol*, 2015, 34(4): 304-321.
- [18] Hong JP, Samuels J, Bienvenu OJ 3rd, et al. Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder[J]. *Depress Anxiety*, 2004, 20(2): 86-91.
- [19] Rickelt J, Viechthauer W, Lieverse R, et al. The relation between depressive and obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder: results from a large, naturalistic follow-up study[J]. *J Affect Disord*, 2016, 203: 241-247.
- [20] Abramowitz JS, Storch EA, Keeley M, et al. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: what is the role of cognitive factors?[J]. *Behav Res Ther*, 2007, 45(10): 2257-2267.
- [21] Huppert JD, Simpson HB, Nissenon KJ, et al. Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls[J]. *Depress Anxiety*, 2009, 26(1): 39-45.
- [22] Marcks BA, Weisberg RB, Dyck I, et al. Longitudinal course of obsessive-compulsive disorder in patients with anxiety disorders: a 15-year prospective follow-up study[J]. *Compr Psychiatry*, 2011, 52(6): 670-677.
- [23] Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJ, et al. The impact of depression on the treatment of obsessive-compulsive disorder: results from a 5-year follow-up[J]. *J Affect Disord*, 2011, 135(1/2/3): 201-207.
- [24] Zandberg LJ, Zang YY, McLean CP, et al. Change in obsessive-compulsive symptoms mediates subsequent change in depressive symptoms during exposure and response prevention[J]. *Behav Res Ther*, 2015, 68: 76-81.
- [25] 张婕,王纯,张宁,等. 团体归因训练对抑郁症、焦虑症和强迫症的疗效[J]. *临床精神医学杂志*, 2010, 20(6): 371-373.
- [26] 杨巧红,王君,郭纁,等. 某校高一学生心理复原力及归因风格与强迫症状的关系[J]. *中国学校卫生*, 2015, 36(7): 1083-1085.
- [27] Snyder HR, Kaiser RH, Warren SL, et al. Obsessive-compulsive disorder is associated with broad impairments in executive function: a meta-analysis[J]. *Clin Psychol Sci*, 2015, 3(2): 301-330.
- [28] Shin NY, Lee TY, Kim E, et al. Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis[J]. *Psychol Med*, 2014, 44(6): 1121-1130.
- [29] Abramovitch A, Abramowitz JS, Mittelman A. The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis[J]. *Clin Psychol Rev*, 2013, 33(8): 1163-1171.
- [30] Gu BM, Park JY, Kang DH, et al. Neural correlates of cognitive inflexibility during task-switching in obsessive-compulsive disorder[J]. *Brain*, 2008, 131(Pt 1): 155-164.

[收稿日期] 2019-12-11

[本文编辑] 邢宇洋