



基于强迫障碍绝对化信念、灾难化信念和强迫症状的交叉滞后研究

赵晓乐,徐敬文,杨慧敏,陈图农,徐 曙

南京医科大学附属脑科医院医学心理科,江苏 南京 210029

摘要:为探究绝对化与灾难化信念和强迫症状的关系,考察信念间的相互作用,选取南京脑科医院门诊及住院的99例强迫障碍(obsessive compulsive disorder, OCD)患者,进行两次纵向追踪调查,间隔3个月,采用耶鲁布朗强迫量表(Y-BOCS)测量强迫症状严重程度;绝对化信念量表与灾难化信念量表评估信念水平;强迫信念问卷(OBQ)测量强迫信念。Bootstrap结果显示,灾难化信念在强迫障碍患者的绝对化信念与强迫症状间起完全中介作用,中介效应大小为0.02(95% CI: 0.01~0.03)。交叉滞后回归显示,前测与他人相关的绝对化信念对后测的灾难化信念中自我评价($\beta=0.238, P<0.05$)与他人评价($\beta=0.278, P<0.05$)两因子的预测效应均显著。OCD患者的灾难化信念可能在绝对化信念与强迫症状间起完全中介作用;绝对化信念中他人相关因子能够预测灾难化信念中自我与他人评价两因子的信念水平。

关键词:绝对化信念;灾难化信念;强迫障碍;交叉滞后分析

中图分类号:B846

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2023)01-032-006

doi:10.7655/NYDXBSS20230106

强迫障碍(obsessive compulsive disorder, OCD)是一种起病年龄早、发病率高、自然缓解率低、致残率突出的终身性精神疾病^[1],目前多国强迫障碍治疗指南中都指出认知行为疗法作为一线治疗方法,并推荐用于初始治疗^[2-3],这促使人们对强迫障碍的认知行为层面展开深入研究。强迫障碍的认知—行为模型认为:几种认知信念和功能失调态度(夸大的责任感、高估威胁、不确定性不容忍、完美主义、思想重要性和控制思想等)是导致强迫障碍的关键性因素^[4-5]。Miegel^[6]和Woody^[7]等强调强迫信念作为认知过程中的重要环节,在强迫障碍发生和发展中起主导作用,其严重程度是后期强迫障碍维持的关键预测指标之一。

然而,这些信念和功能失调性态度与强迫障碍的关系研究中,尤其针对信念、态度的特异性与有效解释作用一直存在争议。主要表现在:①这些信念和态度对强迫障碍并没有起到独特作用。Rauch等^[8]研究

发现,责任信念与强迫症状的关联性比抑郁症状更强,但与焦虑症状的关联性相同。②荟萃分析发现,在原有研究中,上述信念与强迫症状之间关系仅存在中等大小的效应量,对强迫障碍的解释力远远不足^[9]。③强迫信念与治疗反应的研究表明,责任与思想控制的重要性^[10-11]未随着症状的改善和时间的推移而出现改变。相反,Wilhelm等^[12]的一项探索强迫信念是否为强迫障碍改变机制的研究表明,完美主义/不确定性不容忍的信念在治疗反应中起到了中介作用,特别是完美主义与强迫症状随治疗改善的相关更显著^[13]。④当前强迫障碍的认知行为模型需要纳入更多影响因素。李小平等^[14]研究表明,部分强迫障碍患者存在与强迫症状相关的功能失调信念,而另一部分患者被迫执行强迫行为源于需要获得某种感觉上的体验,即对事情有“恰如其分”的体验^[15],不恰如其分的体验等认知内容

在强迫障碍的研究中日益受到关注^[16]。

基金项目:国家自然科学基金“强迫症患者多模态磁共振特征及不同治疗方法对其研究的影响”(81171277)

收稿日期:2022-12-12

作者简介:赵晓乐(1996—),男,安徽蚌埠人,硕士研究生在读,研究方向为应用心理学;徐曙(1969—),男,江苏兴化人,硕士,主任医师,副教授,研究方向为焦虑、强迫以及抑郁障碍,通信作者,xushu232@sina.com。

Olatunji 等^[17]使用网络分析评估信念在强迫障碍中重要性的研究发现,强迫障碍的核心是不灵活、绝对化色彩浓厚的扭曲信念。这契合本研究中“绝对化信念”的概念,指个体在人生实践经验的基础上逐步形成的稳定的认知信念结构,不同“苛求”程度的执行方式会产生不同的情绪和行为反应^[18]。Myers 等^[19]研究也表明,与其他形式的功能失调信念相比,对自己思想的扭曲信念是更好的强迫症状预测因子,包括对自身痛苦的灾难性高估等。这契合本研究中“灾难化信念”的概念,指一种普遍存在的认知信念,个体会表现出夸大危险事件发生可能性和后果严重性的思维倾向,并导致适应性和非适应性的情绪和行为,包含灾难性解释和高估威胁信念等特征^[20]。作为强迫障碍中的两种主要信念,尚未有共同作用机制探讨和研究。Diedrich 等^[21]将强迫症状与强迫信念分别作为整体概念进行研究,发现强迫症状的改善部分由强迫信念的改变介导,但研究并没有分别检查强迫思维和强迫行为,同时研究结果局限于变量间的相关关系。基于当前研究结果的混合性和研究方法的局限性,结合本课题组关于“灾难化信念”“绝对化信念”的概念构建和量表编制的研究结果,拟对强迫障碍患者灾难化和绝对化信念同强迫症状之间的结构开展进一步纵向研究,探索这些信念在症状维持和治疗中所起的作用,为构建强迫障碍的认知结构模型奠定基础。

一、对象和方法

(一)对象

选取2021年1—8月南京脑科医院心理科门诊及住院收治的强迫障碍患者共99例,其中男性44例,女性55例;年龄(31.4±12.7)岁。纳入标准:①经专业精神科医师诊断,符合《美国精神障碍诊断与统计手册第五版》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5)中强迫障碍的诊断标准;②初中及以上文化程度;③了解本研究的内容,能够配合参与所有的研究步骤。排除标准:①同时伴有符合精神分裂症等其他轴 I 的精神障碍诊断;②存在任何重大躯体疾病史;③存在酒精、药物滥用或依赖史。

本研究为量表研究,所有被试自愿参与研究,在调查前由研究者解释研究设置,并自愿签署知情同意书。

(二)研究材料

结合自评与他评量表,对全部受试者在入组时进行心理评估,所有评估人员经过量表一致性评估培训方可进入项目。具体评估工具如下。

1. 访谈记录

在受试者入组时进行访谈记录,包括患者的一

般资料、强迫障碍相关情况、家庭环境及既往健康情况等。

2. 耶鲁布朗强迫症状量表(Y-BOCS)

该量表是评估强迫障碍症状严重程度的主要衡量指标,包括10个条目,分别评估强迫思维和行为程度。每个项目有5个评分选项,采用0~4级评分(0=无症状,4=非常严重),量表总分为所有条目之和,合计0~40分,得分越高表示症状严重程度越高^[22]。该量表Cronbach's α 为0.81,重测信度为0.40,具有良好信度。

3. 强迫信念问卷(obsessive beliefs questionnaire, OBQ)

该问卷是评估个体对待事物的不同态度和信念的自评量表,包括44个条目。3个子量表分别为:责任感与威胁评估(RT)、完美主义与不确定性不容忍(PC)、思维重要性与控制思维(ICT),每个条目采用1~7级评分(1=非常反对,7=非常同意),得分越高即强迫信念越强^[23]。中文版OBQ的Cronbach's α = 0.975,子量表的Cronbach's α 分别为0.947(RT)、0.939(PC)和0.926(ICT),重测信度为0.740,具有良好的内部一致性。

4. 绝对化信念量表

该量表由刘冰妍等^[18]于2020年编制,绝对化信念量表包含17个题项,由对自我、对他人和对世界3个因子组成,采用1~4级评分,用于评定被试绝对化信念水平,得分越高提示被试所持的绝对化信念越强烈。Cronbach's α 系数为0.901,重测信度0.759。

5. 灾难化信念量表

该量表由李纹仲等^[20]于2019年编制,用于个体灾难化信念的量化评估,共19个项目,包含自我评价、他人评价、躯体安全、财物安全4个因子,采用1~4级评分,总分为19~76,得分越高提示灾难化信念越强烈。该量表Cronbach's α 为0.898,重测信度为0.870。

(三)统计学分析

采用SPSS21.0和AMOS进行数据统计和分析。计数资料用例数(百分比)表示。符合正态分布的计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验、方差分析进行组间比较。使用AMOS建立绝对化信念、灾难化信念与强迫症状之间的结构方程模型;采用Bootstrap法分析灾难化信念在绝对化信念、强迫症状之间的中介作用,可信区间不包含0值则认为中介效应存在。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)各变量的相关分析

强迫障碍患者绝对化信念、灾难化信念得分均与OBQ总分、强迫思维、Y-BOCS总分呈正相关;在Y-BOCS中,强迫思维分量表得分与绝对化、灾难化信念得分呈正相关。

在OBQ的3个信念因子中,与强迫思维得分呈显著正相关的包括责任感与威胁评估、完美主义与不确定性不容忍2个因子,而思维的重要性与思维

控制因子则与强迫行为得分呈显著正相关。患者抑郁得分与强迫思维分量表得分呈正相关,同时强迫行为与抑郁得分无显著相关(表1)。

表1 强迫障碍患者绝对化信念、灾难化信念、强迫信念、抑郁、强迫症状的相关系数 (r)

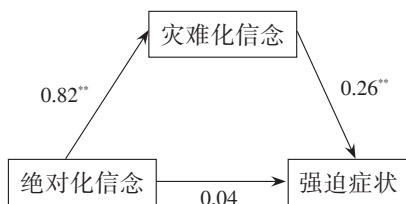
变量	得分(分, $\bar{x} \pm s$)	1	2	3	4	5	6	7	8
1绝对化信念	47.1±2.1								
2灾难化信念	79.3±2.8	0.762**							
3责任感与威胁评估	14.2±0.8	0.598**	0.653*						
4完美主义与不确定性不容忍	12.9±0.9	0.654*	0.455	0.559***					
5思维的重要性与思维控制	10.0±1.1	0.074	0.084	-0.009	-0.081				
6OBQ总分	38.0±1.6	0.663**	0.593**	0.765***	0.741***	0.478***			
7强迫思维	15.9±0.9	0.320**	0.272**	0.206*	0.425***	-0.080	0.276**		
8强迫行为	12.8±1.2	0.063	0.177	0.028	-0.021	0.275**	0.148	-0.023	
9Y-BCOS总分	28.7±1.2	0.268**	0.319**	0.163	0.278**	0.150	0.300**	0.673***	0.724***

*: $P < 0.05$, **: $P < 0.01$, ***: $P < 0.001$ 。

(二)绝对化信念、灾难化信念与强迫症状之间的中介效应检验

采用结构方程模型分析变量之间的关系,其中绝对化信念为外源潜变量,是模型中的自变量,灾难化信念为中介变量,将他人评价、自我评价、身体健康与财物安全4个维度作为指标。强迫症状为模型中的因变量,采用其强迫行为与强迫思维2个维度作为指标。未加入中介变量结构方程模型的标准化解的主要拟合指数为:RMSEA = 0.08, SRMR = 0.05, CFI = 0.96, NNFI = 0.93, 模型拟合较好^[24];绝对化信念对强迫症患者强迫症状的效应显著($\gamma = 0.28, t = 9.84, P < 0.05$)。

Bootstrap设置随机抽样5000次,灾难化信念在绝对化信念与强迫症状间的中介作用检验结果显示,强迫障碍患者的灾难化信念在绝对化信念与强迫症状间中介效应大小为0.02, 95%CI: 0.165 ~ 0.409, 中介效应显著;同时,绝对化信念对强迫症状的直接效应为0.04, 95%CI: -0.04 ~ 0.117, 效应不显著($t = 1.30, P = 0.196$)。灾难化信念在绝对化信念与强迫症状间起完全中介作用(图1)。



**: $P < 0.01$ 。

图1 灾难化信念的中介效应模型

(三)灾难化信念与绝对化信念的交叉滞后模型

对强迫障碍患者绝对化信念与灾难化信念总分与各维度在前测和后测的得分进行描述性统

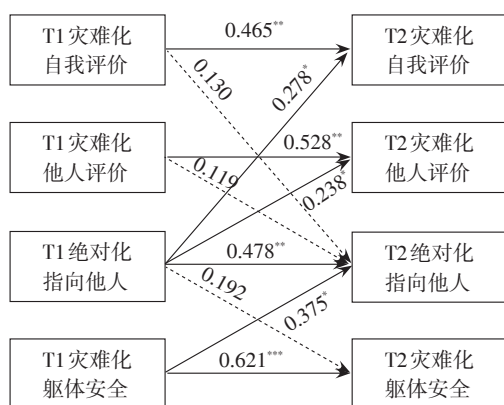
计。结果详见表2,强迫障碍患者后测的绝对化信念与灾难化信念及其各维度均高于前测。由此表明,患者所持有的绝对化与灾难化信念水平会随着强迫障碍疾病发展进程而逐渐升高。

表2 强迫障碍患者绝对化信念与灾难化信念的发展变化 (分, $\bar{x} \pm s$)

维度	前测	后测
绝对化信念总分	42.77±11.21	45.50±8.33
对自我的绝对化	13.82±5.23	15.50±4.16
对他人的绝对化	14.91±4.80	15.64±3.77
对世界的绝对化	14.05±3.53	14.82±2.48
灾难化信念总分	53.91±12.96	55.68±10.66
自我评价	18.00±4.92	18.36±3.99
他人评价	14.23±4.08	15.14±3.01
躯体安全	13.41±4.17	13.82±4.29
财物安全	8.27±3.04	8.36±2.70

以相关分析为基础,构建图2所示的交叉滞后模型,考察灾难化信念与绝对化信念各维度之间是否存在相互预测关系。模型的拟合结果为: $\chi^2/df = 4.197$, RMSEA=0.094, NFI=0.991, CFI=0.993, IFI=0.993, 各项拟合指标都表明模型的拟合程度良好^[25]。

如图2所示,控制了各个维度因子在前测和后测两个时间点的相关之后,在前测得的“对他人的绝对化”因子对在后测得的灾难化信念中“自我评价”($\beta = 0.238, P < 0.05$)与“他人评价”($\beta = 0.278, P < 0.05$)2个因子的预测系数均显著;在前测得的与“躯体安全”相关的灾难化信念对在后测得的“对他人的绝对化”的预测系数显著($\beta = 0.375, P < 0.05$)。表明在前测到后测这段时间内,“躯体安全”的灾难化信念对“对他人的绝对化信念”预测作用显著,同时“对他人的绝对化”信念内容也可以有效预测灾难化信念中涉及自我与他人评价的内容。



T1:前测;T2:后测。虚线代表预测系数不显著;实线代表预测系数显著。*: $P<0.05$,**: $P<0.01$,***: $P<0.001$ 。

图2 绝对化信念与灾难化信念的交叉滞后分析

三、讨论

与既往研究^[12-13,26]一致,本研究证实了强迫相关信念与强迫症状之间的紧密联系,但OBQ中各因子与强迫症状的相关性不尽相同,其中完美主义/不确定性不容忍与责任/威胁评估2个因子与强迫思维显著相关,而思维的重要性/思维控制则和强迫行为显著相关。Salkovskis^[4]的模型中也特别强调了个体的责任感,过高评价责任感是强迫思维维持和发展的必要与可能因素。Tümekaya等^[27]研究发现强迫症状除了清洗均与强迫信念中的责任感/威胁评估、完美主义/不确定性显著相关。王渊等^[28]的研究结果显示,强迫障碍患者的强迫思维得分、强迫症状总分同思维重要性与思维控制存在相关性。这可能是由于患者面对思维重要性与控制相关的困扰时,更容易通过强迫行为来缓解焦虑,而责任和完美主义内容,则更倾向于导致反复不断的思考与思维反刍的出现。

Myers等^[19]研究发现强迫信念中的重要性/控制思维在精神和反复检查等强迫症状的发展过程中起重要作用,而本研究未发现思维的重要性/思维控制与Y-BOCS总分间的相关性,研究结果与王渊等^[28]一致,其给出的解释为“可能与研究未进行症状维度的划分有关”。本研究认为,思维的重要性/思维控制与强迫症状不显著相关的原因,可能是此信念在强迫障碍中并不具备独特作用,或者效应量不足。

本研究显示,灾难化信念与绝对化信念均与强迫症状呈正相关。Rachman^[29]的模型涉及灾难性解释与强迫发展的关系,强调了对评价灾难性解释的重要性。强迫障碍的发展来自个体相信闯入性思想揭示了一些有意义或未知的事,个体会认为这是一种警示或暗示,代表负性事件会成为现实或个体会失去控制(高估威胁),这种强迫思想会随着灾难

性的解释持续。

本研究探索绝对化信念、灾难化信念与强迫症状之间的关系,得出了强迫症状存在以绝对化信念为核心,通过灾难化信念介导的影响路径。中介模型指出绝对化信念对强迫症状的影响,通过灾难化信念中介作用完成。这与Ellis^[30]提及绝对化要求在非理性信念体系中与灾难性解释相比,处于强迫的核心地位一致。强迫障碍患者对自我、他人或世界的苛责,令其产生了标准无法被满足的不完整感,这种感受通过对结果糟糕程度的过度预测以及灾难性结果出现可能性的高估等一系列灾难化色彩的应对方式,影响患者强迫症状严重程度。

本研究利用交叉滞后的统计方法,对绝对化、灾难化信念在纵向关系上的初步探索,得出灾难化信念的躯体安全因子水平正向预测绝对化信念对他人的因子水平,同时与他人相关的绝对化信念可以正向预测灾难化信念的自我、他人评价两部分。这说明在强迫障碍发展过程中,患者与他人相关的绝对化水平变化受先前对躯体安全的灾难化信念影响,同时与他人相关的绝对化信念也会导致患者随后在自我、他人评价上灾难化信念水平发生方向相同的改变。在Wilhelm等^[31]的一项强迫障碍的干预研究中,对治疗后变化的纵向研究表明,完美主义和确定性信念的减少显著调节治疗反应。具有完美主义和确定性信念的个人往往会维持与成功相关的僵化和不切实际的标准,并且很难容忍不确定性。本研究结果与之相似,僵化与不切实际的标准在本研究中通过绝对化信念体现,绝对化信念通过对部分灾难化信念的预测,进一步影响强迫障碍的发展。

目前,基于绝对化信念与灾难化信念的强迫障碍研究相对较少,在以信念、态度为对象的研究中,更多的仍然选择传统强迫信念为材料。在原先强迫障碍的信念体系存在诸多争议的现状下,本研究结果可能为今后强迫障碍的研究以及临床治疗提供一定指导意义。例如,在涉及强迫信念的认知治疗中,从本研究结果出发,相比于患者的灾难化信念,针对绝对化信念的澄清与修正,可能更会获得核心治疗效果,而在强迫障碍患者心理治疗介入初期,灾难化色彩的应对方式得以改变,则可能让患者感受到治疗获益。

本研究仍然存在一些局限与不足:①使用的量表仍有修订空间,尤其绝对化信念量表所涉及内容的全面性和细致性不足,更多认知与应对层面的变量并没有在量表中体现;②本研究结果得到的中介效应较小,强迫障碍认知理论中存在一些本研究尚未涉及的变量,如不确定性不容忍,应对方式等,为使模型更具显示解释力,后续研究中应考虑广泛纳

入更多合理变量;③本研究初步获得强迫障碍中以绝对化信念为核心,灾难化信念起中介作用的因果预测模型,此模型的进一步完善有必要纳入更多同质性被试,以及更长时间的追踪;④绝对化信念与灾难化信念具备跨诊断学意义,在抑郁症、焦虑障碍、睡眠障碍等疾病中也起到关键作用,因此有必要在更多疾病中探讨相应的认知结构模型。

参考文献

- [1] HUANG Y, WANG Y, WANG H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224
- [2] 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, 2016: 3-7
- [3] FOA E B, LIEBOWITZ M R, KOZAK M J, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder[J]. *Am J Psychiatry*, 2005, 162(1): 151-161
- [4] SALKOVSKIS P M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis[J]. *Behav Res Ther*, 1985, 23(5): 571-583
- [5] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—part 2: factor analyses and testing of a brief version[J]. *Behav Res Ther*, 2005, 43(11): 1527-1542
- [6] MIEGEL F, JELINEK L, MORITZ S. Dysfunctional beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and depression as assessed with the Beliefs Questionnaire (BQ)[J]. *Psychiatry Res*, 2019, 272: 265-274
- [7] WOODY S R, WHITTAL M L, MCLEAN P D. Mechanisms of symptom reduction in treatment for obsessions[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2011, 79(5): 653-664
- [8] RAUCH S L, DOUGHERTY D D, SHIN L M, et al. Neural correlates of factor-analyzed OCD symptom dimensions: a PET study[J]. *CNS Spectr*, 1998, 3(7): 37-43
- [9] POZZA A, ANDERSSON G, D DETTORE. Therapist-guided Internet-based cognitive-behavioural therapy for adult obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis[J]. *Eur Psychiatry*, 2016, 33: S276-S277
- [10] OLATUNJI B O, ROSENFELD D, TART C D, et al. Behavioral versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: an examination of outcome and mediators of change[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2013, 81(3): 415-428
- [11] SU Y J, CARPENTER J K, ZANDBERG L J, et al. Cognitive mediation of symptom change in exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder[J]. *Behav Ther*, 2016, 47(4): 474-486
- [12] WILHELM S, BERMAN N C, KESHAVIAH A, et al. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas[J]. *Behav Res Ther*, 2015, 65: 5-10
- [13] ADAMS T G Jr, RIEMANN B C, WETTERNECK C T, et al. Obsessive beliefs predict cognitive behavior therapy outcome for obsessive compulsive disorder[J]. *Cogn Behav Ther*, 2012, 41(3): 203-211
- [14] 李小平, 张宗凤, 王垚, 等. 中重度强迫症患者强迫信念与强迫症状相关分析[J]. *中华精神科杂志*, 2016, 49(5): 307-311
- [15] LECKMAN J F, GRICE D E, BARR L C, et al. Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder[J]. *Anxiety*, 1994, 1(5): 208-215
- [16] BELLOCH A, FOMES G, GARRASCO A, et al. Incompleteness and not just right experiences in the explanation of obsessive-compulsive disorder[J]. *Psychiatry Res*, 2016, 236: 1-8
- [17] OLATUNJI B O, CHRISTIAN C, BROSOFF L, et al. What is at the core of OCD? A network analysis of selected obsessive-compulsive symptoms and beliefs[J]. *J Affect Disord*, 2019, 257: 45-54
- [18] 刘冰妍, 李纹仲, 徐敬文, 等. 绝对化信念的概念构建及量表编制[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2021, 21(3): 241-246
- [19] MYERS S G, FISHER P L, WELLS A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire - 44 (OBQ - 44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms[J]. *J Anxiety Disord*, 2008, 22(3): 475-484
- [20] 李纹仲, 刘冰妍, 杨华, 等. 灾难化信念的概念构建及量表初步编制[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2020, 20(2): 134-139
- [21] DIEDRICH A, SCKOPKE P, SCHWARTZ C, et al. Change in obsessive beliefs as predictor and mediator of symptom change during treatment of obsessive-compulsive disorder—a process outcome study[J]. *BMC Psychiatry*, 2016, 16: 220
- [22] 张一, 孟凡强, 崔玉华, 等. 修改耶鲁-布朗强迫量表的临床信度和效度研究[J]. *中国心理卫生杂志*, 1996, 10(5): 205-207
- [23] 雷辉, 王芹, 王瑜萍, 等. 强迫信念问卷中文版的信度和效度研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2014, 22(2): 264-266
- [24] 方杰, 张敏强, 邱皓政. 中介效应的检验方法和效果测量: 回顾与展望[J]. *心理发展与教育*, 2012, 28(1): 105-111
- [25] 于文浩, 高超男, 范冰冰, 等. 交叉滞后路径模型建模策

- 略的模拟研究[J]. 中国卫生统计, 2022, 39(5): 669-674
- [26] SINHA R, MAHOUR P, SHARMA E, et al. Obsessive belief and emotional appraisal correlates of symptom dimensions and impairment in obsessive-compulsive disorder[J]. Indian J Psychiatry, 2021, 63(4): 348-354
- [27] TŪMKAYA S, KARADAČ F, KALKAN OČUZHANOČ LU N. Relationship between obsessive beliefs and symptoms in patients with obsessive compulsive disorder[J]. Noro Psikiyatr Ars, 2015, 52(1): 54-58
- [28] 王渊, 王佩, 许婷婷, 等. 强迫症状维度与强迫信念的相关性研究[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2019, 45(1): 11-14
- [29] RACHMAN S. A cognitive theory of obsessions[J]. Behav Res Ther, 1997, 35(9): 793-802
- [30] ELLIS A. Reason and emotion in psychotherapy [M]. New York: Lyle Stuart, 1962: 131-136
- [31] WILHELM S, BERMAN N C, KESHAVIAH A, et al. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas[J]. Behav Res Ther, 2015, 65: 5-10
- (本文编辑: 姜 鑫)

A cross-lagged study based on absolute belief, catastrophic belief and symptoms in obsessive-compulsive disorder

ZHAO Xiaole, XU Jingwen, YANG Huimin, CHEN Tunong, XU Shu

Department of Medical Psychology, Affiliated Brain Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China

Abstract: This study selected ninety-nine outpatients and inpatients with obsessive-compulsive disorder (OCD) in Nanjing Brain Hospital for two longitudinal follow-up surveys with an interval of 3 months to explore the relationship between absolute belief, catastrophizing beliefs and obsessive-compulsive symptoms and their interactions. We adopted the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) to measure the severity of obsessive-compulsive symptoms; the Absolute Belief Scale and Catastrophic Belief Scale to assess the level of beliefs; and the Obsessive-Compulsive Belief Questionnaire (OBQ) to measure obsessive-compulsive beliefs. Bootstrap results revealed that catastrophizing beliefs fully mediated between absolutizing beliefs and obsessive-compulsive symptoms in patients diagnosed with OCD, with a mediating effect size of 0.02 (95% CI: 0.01~0.03). The cross-lagged regression showed that the absolute beliefs related to others in the pretest had a significant predictive effect on both self-evaluation ($\beta=0.238, P<0.05$) and others' evaluation ($\beta=0.278, P<0.05$) of catastrophizing beliefs in the posttest. In conclusion, catastrophizing beliefs of OCD patients may fully mediate between absolutizing beliefs and obsessive-compulsive symptoms. The others related factor in absolutizing beliefs predicts the belief levels of both self- and others-rated factors in catastrophizing beliefs.

Key words: absolute belief; catastrophic belief; obsessive-compulsive disorder; cross-lagged study