

OCD
OBSESSIVE-COMPULSIVE
DISORDER

强迫障碍

(第2版)

崔玉华 主编



北京大学医学出版社

强迫障碍

Obsessive-Compulsive Disorder

(第2版)

主 编 崔玉华

副主编 闫 俊 路英智 刘建成

编 者 (按姓名汉语拼音排序)

崔玉华 (北京大学精神卫生研究所)

董汉振 (山东省淄博市精神卫生中心)

董问天 (北京大学精神卫生研究所)

范玉江 (山东省淄博市精神卫生中心)

方明昭 (北京大学精神卫生研究所)

孔庆梅 (北京大学精神卫生研究所)

李江波 (芜湖市第二人民医院)

刘建成 (北京大学精神卫生研究所)

柳兴华 (北京大学精神卫生研究所)

路英智 (山东省淄博市精神卫生中心)

马秀青 (山东省淄博市精神卫生中心)

潘成英 (北京大学精神卫生研究所)

任清涛 (山东省淄博市精神卫生中心)

施旺红 (第四军医大学)

闫 俊 (北京大学精神卫生研究所)

张伯全 (山东省精神卫生中心)

张勤峰 (山东省淄博市精神卫生中心)

北京大学医学出版社

QIANGPOZHANGAI (DI ER BAN)

图书在版编目 (CIP) 数据

强迫障碍 / 崔玉华主编. —2 版. —北京: 北京大学医学出版社, 2016. 1

ISBN 978-7-5659-1132-3

I. ①强… II. ①崔… III. ①强迫症—诊疗 IV. ①R749.99

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 122370 号

强迫障碍 (第 2 版)

主 编: 崔玉华

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京佳信达欣艺术印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 畅晓燕 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 880 mm × 1230 mm 1/32 印张: 11.25 字数: 313 千字

版 次: 2016 年 1 月第 2 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-1132-3

定 价: 38.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

内容简介

强迫障碍这个古老的病种，近年来又重新被重视，其原因不仅仅是较高的患病率（一般认为在普通人群中其终生患病率为2%~11%），更主要因为本病多发生在青春期。由于疾病的波动性，患者常反复就医。此病程度不同地、时间长短不一地影响患者的身心健康，也增加了社会与家庭的负担。

本书在第1版的基础上参考了国内外近年来的科研与临床资料，较全面地介绍了强迫障碍的基础研究和临床诊断及治疗的各个方面，包括强迫障碍的基本概念及基本特点、流行病学、病因及临床表现、诊断及鉴别诊断、药物治疗、心理治疗、护理等。本书还增加了患者对本病的解读和体验，使全书在强调科学性的同时突出了实用性和可读性，是精神卫生工作者较好的学习参考书，同时也对患者及家庭有很好的指导作用。

前 言

人们曾经认为强迫障碍是一种少见疾病，但近年来，这种疾病又被广泛关注。因为强迫障碍不如抑郁症常见，但其多发生在青春期，对患者的身心健康均有严重影响。有报道称，在强迫障碍的患者中，工作困难者占 36%，婚姻出现问题者占 23%，发生暴力行为者占 19%，估计患者在一生中约有 3 年时间丧失工作能力。

由于疾病的波动性，患者常反复就医，增加了家庭与社会负担。由于其共病多，更增加了患者的痛苦及诊断、治疗的困难性和复杂性。

随着生物医学研究的进步、脑影像学的发展，对脑功能障碍的研究也不断深入，人们对强迫障碍的认识及治疗有了很大的进步。在治疗上，重视药物治疗的同时，心理治疗被广泛应用。在药物治疗方面，氯米帕明的出现无疑是患者的福音。此后，选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 等抗抑郁剂用于临床，越来越显示出药物治疗的有效性及其重要性。越来越多的患者通过药物治疗进一步提高了疗效，防止或减少了复发。

心理治疗与药物治疗同样重要。因为强迫障碍的发生、恶化或改善，都在某种程度上与心理、社会因素密切相关。心理治疗根据患者的不同情况，采用不同的方法，甚至多种方法并用，即采用心理治疗整合的方法，可取得很好的疗效。

森田疗法自 20 世纪 80 年代引进中国以来，在治疗强迫障碍方面卓有成效，所以本书在心理治疗一章中，对其进行了重点介绍。

2008 年本书第 1 版出版发行时，国内尚没有一本较系统讲述强迫障碍的专业性著作。近年来，由于本专业的飞速发展，第 1 版已脱销许久。为此我们在第 1 版作者的基础上又增加了在此领域长年从事科研和临床工作的精神病学及心理学工作者。在第 1 版的基础上，我们更充实了近年来国内外的研究成果和临床实践经验，理论与案例相结合。本版次还增加了部分康复患者的范例。因此，本书不仅是精神卫生工作者及临床

工作者有益的参考书，同时对患者及其家庭也有很好的可读性和实用性。

本书作者都是承担着教学和科研的临床工作者，他们在工作间隙查找资料和写作，付出许多心血。提供自己感悟和范例的患者也是在工作之余完成文稿的，给我们完成本书以很大支持。本书编写及出版的全过程得到北京大学医学出版社的大力支持，在此一并深深地感谢。书中不当及错误之处恳请同行及读者指正。

崔玉华

北京大学精神卫生研究所

2015年2月于北京

目 录

第一章 强迫障碍的基本概念及基本特点.....	1
第一节 强迫障碍的概述	1
第二节 强迫障碍的历史	3
第三节 强迫障碍的基本特点	4
第四节 强迫障碍的诊断分类体系	8
第二章 强迫障碍的流行病学.....	21
第三章 强迫障碍的病因学研究	23
第一节 强迫障碍与遗传	23
第二节 强迫障碍的生物学研究	27
第三节 强迫障碍的心理及社会因素	35
第四节 强迫障碍的病因理论模型	49
第四章 强迫障碍的临床表现.....	53
第五章 强迫障碍的诊断与鉴别诊断	65
第一节 强迫障碍诊断的各种不同观点	65
第二节 强迫障碍的分型	67
第三节 强迫障碍诊断中需要注意的问题	69
第四节 强迫障碍的鉴别诊断	70
第六章 强迫障碍的治疗总则.....	78
第一节 强迫障碍的治疗目标	78
第二节 强迫障碍的一般治疗原则	79
第三节 强迫障碍治疗中的注意事项	83

第四节	强迫障碍治疗的评估	90
第五节	强迫障碍特殊人群的治疗	94
第六节	强迫障碍初期常见的治疗失败相关因素	97
第七节	强迫障碍治疗的长期性问题	97
第七章	强迫障碍的药物治疗	101
第一节	抗抑郁药物的临床应用及不良反应	101
第二节	抗精神病药物	113
第三节	抗焦虑药物	118
第四节	情感稳定剂类药物	119
第五节	其他用药	121
第八章	强迫障碍的心理治疗	125
第一节	森田疗法	126
第二节	认知治疗	170
第三节	行为治疗	181
第四节	认知行为治疗	183
第五节	内观疗法	223
第六节	森田疗法和内观疗法整合应用	232
第七节	心理动力学派的治疗方法	236
第八节	家庭治疗	239
第九节	支持性心理治疗	244
第九章	强迫障碍的其他治疗方法	246
第一节	电抽搐治疗	246
第二节	手术治疗	249
第三节	应用传统医学治疗	256
第四节	重复经颅磁刺激治疗	258
第十章	难治性强迫障碍	262
第一节	概 述	262
第二节	难治性强迫障碍的治疗	263

第十一章 强迫障碍共病及强迫相关障碍.....	276
第一节 强迫障碍共病	276
第二节 强迫谱系障碍	287
第十二章 强迫障碍护理.....	299
第一节 概 述	299
第二节 强迫障碍护理总则	300
第三节 主要护理问题的护理措施	305
第四节 药物护理及健康教育	309
第五节 护理效果评价	310
第六节 强迫障碍病例的护理分析	310
第十三章 强迫障碍的病程及预后	318
第十四章 强迫障碍病友康复之路感悟	320
第一节 强迫障碍三个自我理论及自我心理疗法	320
第二节 复杂性社交恐惧患者练习正念的经历	326
第三节 动中禅练习案例	330
第四节 森田治疗病例	334
第五节 我所经历的生活发现会	339
参考文献	343

第一章 强迫障碍的基本概念及基本特点

第一节 强迫障碍的概述

强迫障碍又叫强迫性神经症或强迫症 (obsessive-compulsive disorder, OCD), 它是一种以反复持久出现的强迫观念或者强迫行为为基本特征的神经症性障碍。强迫观念是以刻板的形式反复进入患者意识领域的表象或意向, 强迫动作则是反复出现的刻板行为或仪式动作。患者明知这些观念及动作没有现实意义, 没有必要, 是多余的; 患者有强烈的摆脱欲望, 但却无法控制, 因而感到十分苦恼。

强迫障碍是位列世界银行和世界卫生组织排名第十位的致残性疾病, 在 15~44 岁女性中, 该疾病甚至成为前五位致残性病因。美国全国共患疾病调查 (national comorbidity survey, NCS) 结果表明, 强迫障碍是仅次于抑郁症、酒精依赖和恐怖症的第四个常见病。强迫障碍的终生患病率大约在 2.6%。不得不承认这个数据如果在近年再度进行调查, 存在着更高的可能性。

强迫障碍对婚姻、职业、情感、社会功能都有影响。一些研究发现强迫障碍患者功能受损程度与糖尿病、抑郁障碍、焦虑障碍及精神分裂症等各种疾病的功能损害相似。英国一项研究显示强迫障碍组自杀风险高于正常对照及其他焦虑障碍。美国 J. L. Eisen 随访研究发现三分之一的患者因为症状而无法工作, 生活质量的各个维度都显示出严重的损害, 包括工作能力、操持家务、主观健康感受、社会关系及享受休闲生活的能力。M. Masellis 等研究显示强迫思维的严重度影响生活质量, 强迫行为的严重程度与职业能力有关, 年龄、受教育年限、自知力和病程对于生活质量影响不明显。国内一

项研究显示强迫思维得分和强迫症状总分与生活质量的躯体方面、心理方面、社会方面、尽职的能力、自我健康意识呈显著负相关。强迫思维对患者生活质量的影响明显高于强迫行为。强迫障碍男性患者更易长期失业和依靠经济援助。

强迫障碍不只对患者致残，也给家庭成员造成重大的负担。强迫障碍患者的家属因疾病带来沉重负担，减少了社交活动，导致隔离感和压抑感增加。

但是在过去相当长的一段时间里，强迫障碍被认为是一种少见病，一直没有引起临床医生的关注。由于患者对症状有部分自控能力，很少引起过度的像精神分裂症或者抑郁症那样的对社会攻击和自杀的危害，并且绝大多数患者保持有一部分的社会功能和生活能力，临床治疗手段比较缺乏等原因，都让这个疾病没有得到各方面的重视。但是近几十年来，随着社会的不断发展，人们生活压力的增加和对自身健康的重视，对强迫障碍的认识在很多方面发生了改变，治疗手段和策略也比之前有了很大的进步，所以这个古老的病种又重新得到临床的重视。

尽管强迫障碍致残性较高，并且目前的治疗方案大大增多，但是很多患者却不寻求医治。流行病调查显示，只有 34% 的患者寻求医学治疗，从症状出现到确诊大概平均要经历 17 年。美国调查数据表明，30 岁以前发病的患者中有 74% 可能被延误诊断，而另外一项研究表明 50% 的患者在就医前的 20 年就已经出现强迫症状。强迫障碍患者久未寻求专业治疗的原因包括：对疾病缺乏正确认识、认为强迫症状很奇怪但不认为是疾病表现、对于强迫症状感到难堪而隐瞒、认为疾病可以自愈、不知如何求助等。所有这些因素与精神健康知识贫乏及疾病自知力有关。国内针对普通人群特定精神障碍的知晓率调查，发现强迫障碍知晓率最低（22.5%）。

以往的研究和临床中低估强迫障碍的原因可能有：①患者对他们自己稀奇古怪的症状羞于开口，不愿主动地暴露给医生。②医务人员尤其是综合医院的医务人员缺乏对强迫症状多样化的认识。

③误诊。临床的强迫障碍患者常有抑郁症病史，不少还伴有焦虑，这些混合存在的临床表现使他们常被误诊为抑郁障碍、焦虑障碍，而始终没有进入强迫障碍的诊断之列。强迫障碍患者有大量的情绪体验和强迫症状共存，医生有时只是停留在对一些情绪体验的识别上，忽略了对其后隐藏的强迫症状的关注和询问，而患者也就这样延误治疗，对长久病情的恢复和疾病预后产生不良影响。④在常规精神状态检查中，医生没有询问有关筛选强迫障碍的症状，如反复洗手、检查、摆脱重复不必要的观念等，使症状漏诊。

第二节 强迫障碍的历史

强迫障碍是以反复出现的强迫观念（obsession）和强迫动作（compulsion）为基本特征的一类神经症性障碍，这类疾病在神经症性障碍中以病因复杂、表现形式多样、病程迁延为突出特点。

二百多年以前，曾经用“疯”、“妄想”等词汇描述强迫思维，如称为“犹豫不决的强迫思维妄想、情绪性妄想”等。强迫障碍的历史最早来自 1838 年法国精神病学家 Esquirol 的一例报告。这是一例强迫性怀疑病例，患者表现出独特的对行为和思维的怀疑性，Esquirol 把它称作“单狂（monomania）”。1861 年 Morel 描述了类似的病例，首次创用了“强迫观察”一词，并称之为“情绪性妄想”。之后 Morel 正式提出了“强迫障碍”这一名称，认为它是一种情感性疾病。1872 年德国人称“强迫思维是违背意愿的、闯入正常人大脑的思维过程或者想法”，这种想法是“寄生性的”。Westphal（1878）归纳了前人的看法，并提出强迫观念是一种独立于任何情感之外的疾病，将强迫与情感疾病区分开来。Janet（1903）使用“精神衰弱”一词，其中包括了强迫观念的概念。其后 Freud 在神经症的分类中，把强迫障碍作为独立的疾病，在地位上和癔症并列，归入精神神经症的一类分类，并对强迫障碍的机制进行了深入的研究，提出了许

多关于强迫障碍的精神分析理论。Freud 认为强迫观念是一种变相的自我谴责，它从压抑中重现出来，往往与某些性心理有关；继发的强迫行为，是成功防御 / 压抑之后内容重现的结果。他强调强迫障碍患者潜意识中的仇恨和施虐性驱力的重要性，并创立强迫障碍是退行到肛欲期的假说。至今精神分析理论对理解强迫障碍仍有十分重要的意义，仍是许多现代学者争论和研究的热点。Foa 等(1985)曾经从强迫与焦虑的关系上重新定义过强迫障碍，他将强迫观念定义为激起焦虑的想法、想象和冲动，将强迫行为定义为用来缓解焦虑的行为与认知反应。以上历史性的研究都代表着不同历史阶段的研究结果。比较趋近于现代认识观点的是 1925 年 Schneider 的定义：一种意识的内容，出现时主观上受强迫的体验，患者无法排除，平静时又认识到是毫无意义的。他从患者的自身体验和表现上都概括了疾病的特点。

第三节 强迫障碍的基本特点

目前公认的强迫障碍是一种重复出现、缺乏现实意义的不合情理的观念、情绪意向或行为，患者虽然力图克制但又无力摆脱的一种神经症。患者自身能体验到冲动和观念来自于自我，并能意识到强迫症状是异常的，但又苦于无法摆脱。

强迫障碍通常有两大类症状：一种是强迫观念，一种是强迫行为。其中强迫观念指的是在一段时间所体验的思想冲动、意向或想象、想法，它会反复地或持久地闯入人的意识之中，以至引起反复并显著的焦虑或压力。这些观念通常为污染、伤害自己或他人、灾难、亵渎神灵、暴力性或其他令人痛苦的内容。这些观念是患者自己的而不是外界插入的。患者会发现这个想法令他痛苦不堪，他努力去压制但它总是会不断再次出现，让患者再次陷入更大的痛苦。而强迫行为是患者通常屈从于强迫观念，力求减轻内心焦虑的结果。它

同时也是一种手段,用来减轻不从事这种行为所产生的压力和恐惧。患者通过反复的行为或精神活动来阻止或降低焦虑和痛苦。常见的强迫动作包括反复洗手、检查、计算等。通常认为强迫行为是外显的动作。目前有个别观点认为强迫行为也可以是思维上的,如反复的回忆、计数、祈祷等。强迫障碍患者除了强迫观念和强迫行为之外,又会合并许多情绪体验,如患者通常会体验到严重的广泛性焦虑、反复的惊恐发作体验、无力的回避感觉以及严重的抑郁体验。而且所有这些情绪症状的发生都会与强迫障碍的症状同时发生,并且这些情绪和强迫症状之间又有着相互影响、加重的趋势。两类症状的交叠使患者痛苦不堪。因此对于强迫障碍患者来说,要建立哪怕一点点对生活中危险事件的控制和预测都很困难,并且在平时别人看起来都很简单的事情,患者也会犹豫不决,琢磨不定。这可能就是强迫障碍患者最为外表类似正常,而内心极其痛苦的写照。典型的强迫障碍患者一般具有多种强迫观念,而且也常常具有多种例行习惯,例如对污秽物有强迫观念的人通常有洗手的例行习惯,具有攻击性强迫观念的人倾向于具有检查的习惯。各种观念和行为之间有着不同的症状组合,相对而言症状的组合之间也有着部分的规律性。

另外,强迫障碍患者因为强迫症状会出现对一些事物或情景的回避(如害怕没有将门锁上,而避免锁门动作甚至根本不敢离开家等),从而对社会生活造成了影响。再者本身各种重复动作的反复、交叠出现的各种情绪体验都会让患者在社会生活中受阻,一方面患者担心别人看出自己的异常而惴惴不安,另一方面患者为内心的强迫症状而不能预测很多事实,影响生活。症状严重时明显影响患者的工作和生活能力,有的甚至不能进行正常的个人生活自理。如有的患者因为害怕清洗不干净之后的反复清洗动作,而宁愿选择不再清理个人卫生,选择与污秽共存。这在正常人看起来觉得不可思议,但是这的确是患者选择远离强迫症状干扰的表现。有的患者因为害怕错过某个吉祥的时间,遇到需要如厕的时候,宁愿选择憋尿和解在衣裤之内。这样的生活质量是可想而知的。有的患者需要时

间去重复强迫动作,有的因为害怕而不敢从事自己的工作或者社会交往。当然也有强迫障碍影响比较轻的例子。

从强迫障碍的发病年龄上看,更多的研究报告表明强迫障碍多发病于青少年期或成年早期,一般发病于10~23岁,平均年龄为20岁左右,但较早的报道有2岁、6岁、8岁儿童。说明强迫障碍波及的人群主要是青壮年人群。这类人群是社会的主要力量,出现强迫症状意味着劳动能力的下降。而部分发病比较早的人群也十分值得关注。性别分布上无显著性别差别。在职业方面,脑力劳动者所占比例偏大。

大多数病例起病缓慢,无明显诱因。就诊时病程往往已达数年之久。54%~61%的病例逐渐发展,24%~33%的病例呈波动病程,11%~14%的病例有完全缓解的间歇期(Black, 1974)。所以,一般认为强迫障碍是一种慢性疾病,常有中度及重度社会功能障碍,及时诊治和使用心理、药物治疗可使本病预后改善。但是由于本病本身的一些特点,通常患者就诊年龄平均超过发病年龄10年,导致病程迁延,所以强迫障碍是神经症中相对比较严重、比较难治的精神障碍之一。

强迫障碍的强迫症状可以时重时轻,这个时重时轻可以表现在一个患者的病程中,也可表现在不同患者之间。同一个症状在同一个患者病程中,当患者心情欠佳、傍晚、疲劳或体弱多病时症状可以变得比较严重。女性患者在月经期间,强迫症状可加重。而患者在心情愉快、精力旺盛或工作、学习时,强迫症状可减轻。这种波动可以在整个病程中表现得更为突出,如患者可以某个时期内某个症状比较多见,而在另外一段时间内完全是其他几个症状的表现。有的症状可以终生一直伴有,有的症状可能一生只出现一次。所以,在长达一生的症状演变之中,每个患者都有不同的症状经历。当然,同一个症状在不同患者之间的严重程度不同是可以理解的,有的清洗只是几次,有的可以是几个小时甚至一整天。所以在评价一个强迫患者的强迫症状时既需要横向的评价,也需要纵向的评价。评价

的本身需要同时注意患者自身的症状体验，也需要注意和其他患者的对比，这样才能更好地理解一个患者的症状。总体而言，强迫障碍的病程可能是持续的或者是波动性的。在整个病程中症状类型可以发生变化，有时则比较单一。病情可能会在几年内波动，也可能在稳定数年后出现，也可能会自然消失。因为强迫障碍的慢性化病程以及它的高患病率，世界卫生组织定义它为疾病所致残疾的前十位原因之一。

轻微的强迫症状是比较常见的，如一首歌会在脑中一直回响，出门后会一遍又一遍地想门有没有锁好。事实上 80% 以上的正常人承认自己有时会有奇怪的、闯入性的想法，而且关注的方面和强迫障碍患者关注的很像，很多都是关于污秽物或者遭受攻击行为的可能性。与此相似，正常人当中有 50% 以上的人承认自己有强迫行为的习惯，这些表现和强迫障碍患者的强迫行为习惯并无本质区别。以上这些证据显示正常人和患者之间的主要区别似乎在于程度而不是实质的内容。强迫障碍患者出现的闯入性想法和强迫行为习惯在所有人身上都可以找到，但是强迫障碍患者的出现概率更为频繁，表现更为严重且带来更大的压力，以致出现不能完全地自我消化症状和平衡相关的社会生活。如果强迫症状只是轻微的或暂时性的，当事人不觉得痛苦，也不影响正常生活和工作，就不算病态，也不需要治疗。而如果强迫症状每天出现数次，且干扰了正常工作和生活，就可能是患了强迫障碍，需要外界的力量来帮助治疗。所以在重视强迫障碍的症状内容之外，在诊断有临床意义的强迫障碍时更应关注患者的症状的出现频度、持续时间和对社会生活的影响。

以往对强迫障碍特点的描述强调患者对症状的自我认识和抵制能力，强调患者必须要对症状的“不应该性”认识很明确并有明确的抵制意念。目前在临床上不再强调患者对强迫症状的内省能力和抵制来作为诊断的标准之一。事实上患者的内省力和强迫症状信念强度是一个连续体，更能代表强迫障碍患者的实际情况。如果患者的症状信念过于强烈，自然患者对症状的认识和批判能力也就不足；

如果患者的症状信念不很强烈，患者的自我识别能力也就很强。这样去评价强迫障碍，能够把对自己的症状没有清楚意识的患者也包括进来。如果患者还同时患有其他轴诊断的疾病，那么强迫观念和强迫行为的内容将会有所扩展。另外患者的抵制能力也因为症状的严重程度而不同，并且随着病程的进展，有的患者宁愿选择不抵制来减少自身的痛苦，因为越抵制患者也就越可能陷入一个症状循环的怪圈。

关于强迫障碍的临床类型，最常见的分类是把强迫障碍分为强迫观念与强迫行为两大类。但陈远岭等（1994）指出，这种将强迫现象的简单区分仅是一种表面的分类。实际上，强迫思维和强迫动作是相互关联的。Baer（1997）研究认为，强迫动作是对强迫思维的一种典型的行为上的反应。Foa等（1985）曾将强迫障碍划分为八个临床类型，并将患者的临床表现分别列入八个类型中。国内学者李佩宜等（1999）在后来的研究中证实了这八种类型的存在。杨彦春等还进一步探讨了强迫障碍的临床亚型，指出单纯强迫观念组、强迫观念伴强迫行为组及伴有抽动障碍的强迫等。还有学者将强迫障碍分为伴抽动和不抽动两类。许多研究表明，女性患者强迫洗涤比男性显著较多。Arayorgou等（1991）研究则认为，性腺激素与性别所决定的遗传易感性的相互作用可能与某些类型强迫症状的发生有关。以上的分类只是让我们去了解强迫障碍这个疾病本身的多种临床表现和可能包含的临床异质性，这些都需要进一步的临床和基础研究来证实。

第四节 强迫障碍的诊断分类体系

临床在不断进行着强迫障碍的研究，医生和学者也尝试在不断进行疾病的总结和归类，各类诊断体系也就产生了。每个诊断体系的构建也体现着强迫障碍的诊断要点和疾病的特征。