

# 家庭在儿童强迫症的发展和持续中的作用

谭洁清 易春丽

**【摘要】** 对家庭在儿童强迫症的发展和症状持续中的作用进行文献的回顾、分析和总结。从目前的一些研究当中找到了遗传基因、教养方式、情绪表达、认知风格和家庭环境等几个方面的因素,介绍了这些方面的研究成果和存在的局限性。同时,对儿童强迫症的家庭研究的未来方向进行了讨论。

**【关键词】** 强迫症; 情绪表达; 教养方式; 认知风格

中图分类号: R749 文献标识码: A 文章编号: 1009-6574(2008)03-0232-04

强迫症(Obsessive-compulsive disorder, OCD)是一种常见的神经症,是指以反复出现强迫观念和/或强迫动作为基本特征,影响日常社会功能的一种焦虑障碍;患者通常具有病态的怀疑、不断插入的想法、对恐惧的夸大评价,以及仪式化的行为等表现形式(DSM-IV)[1]。在儿童当中,强迫行为是一种令人厌烦的症状,经常会给家庭关系带来深刻的负面影响,危害到同伴之间的交往和学校的成绩[2]。强迫症在整个一生中有双高峰发病的情况,大约三分之二的成年强迫症患者都报告在童年期就出现症状[3]。但是在受到这种疾病的困扰的年轻人当中,只有20%的人就治,并且这其中大部分都是被误诊为抑郁或者其他焦虑障碍[4]。

有确切证据显示强迫症有遗传因素的影响[5],但是也有很多研究强调环境因素在其中的作用。比如Bressi & Guggeri(1996)认为和精神分裂症患者类似,高度表达的情绪会加剧强迫症状[6]。过度保护和缺乏温暖也被一些研究者认为和强迫症相关[7]。在直系亲属中的高发病率也导致一些研究者认为对回避、谨慎和害怕的塑造会导致孩子更容易产生强迫症状[8]。从一些对焦虑症儿童的家庭因素的研究中也可以推断,高度的父母焦虑,对外界事物知觉控制的缺乏,用威胁或者回避来解释亲子关系中的交互作用,这些因素都可能和儿童强迫症状的加剧有关。

那么,我们为什么要理解儿童强迫症发病的家庭因素呢?首先,在近十年中,对强迫症的神经生物学和神经化学的研究得到了长足的发展,但对于心理社会因素的关注却很少。对父母和双胞胎的强迫症研究表明同病率只达60%[5],说明在强迫症状的发展和维持中环境因素也起到很大的作用。第二,必须承认孩子是在家庭的环境中成长起来的,因此治疗也应该反映这一因素。基于家庭的干预方法比

仅仅关注孩子要更有疗效也更持久,比如关注家庭在强迫症状发展过程中的卷入。因此,本文中将从强迫症父母、父母的教养方式、家庭中的情绪表达、家庭的认知风格等方面对儿童强迫症发展的家庭因素进行研究的综述。

## 1 强迫症患者的父母

近年来,有越来越多的证据表明强迫症是有遗传成分的,尽管研究的结果不是很一致。总结所有发表的研究,发现同卵双生子和异卵双生子的同病率分别是67%和31%[5]。此外,经常能够在强迫症患者的父母身上观察到亚临床的强迫症和强迫人格障碍特质。父母的一些特质比如“过分的完美主义,对于洁净和细节的过分考虑”都被认为和孩子的强迫症状有关。一个研究发现大约有50%的父母有过分地要求秩序和检查的行为[9]。Black, Gaffney, Schlosser, Gabel(2003)对21名强迫症患者长达2年的追踪研究发现,他们的孩子比控制组的孩子有更大的危险患焦虑、抑郁、体像障碍和其他的社会问题。并且,这些孩子患终生焦虑、强迫症的概率也会更大。如果强迫症患者是女性,或者家庭功能差,以及患者的症状严重程度都对之后孩子发展出强迫症有很大的预测性[10]。

但是,对上述研究结果的解释也必须谨慎。首先这些研究中只有少数采用了结构化的诊断访谈,很多都只是基于临床观察或者非结构化的讨论。其次,大多数研究中不是父母亲都包括在内,因此家庭中强迫症的发病率可能会更高或者更低。第三,对于亚临床的强迫症和强迫人格障碍的定义不清晰,这可能导致对这些主观观察的解释出现困难。

## 2 父母教养方式

对焦虑症的研究认为:抚养方式对儿童的适应和一般功能有影响。Rapee[11](1997)提出,儿童的焦虑症和高度的父母控制或者保护有关。儿童在家庭中体验到的控制,对于他们发展出焦虑症,比如害怕和脆弱的感觉有很大的作用。因此,抚养方式在儿

作者单位:100871 北京大学心理学系  
通讯作者:易春丽 lisa.yi@163.com

童强迫症的发展中的作用也得到广泛思考。

Krohne<sup>[12]</sup> (1998) 提出了解释焦虑发展的“双过程模型”。这个模型认为儿童发展他们对结果的期望和自身的能力是通过两个不同的抚养过程:反馈和支持/限制。反馈是指父母对儿童行为的回应。如果反馈是不可预测或者与预期相反的,那么儿童对于结果的预期通常是消极的。支持和限制是指父母对于儿童行为所施加的控制。高度的限制被认为和儿童的焦虑有关,而由此导致儿童的坏脾气又会对父母产生恶性循环的影响。Siqueland, Kendall, & Steinberg<sup>[13]</sup> (1996) 对于“父母-孩子”在焦虑症中的交互模式进行了研究。有过度焦虑或者分离焦虑的儿童和他们的父母完成一系列的 6 分钟讨论。不知道实验目的的观察对父母行为的两方面进行评估:他们是否采用言语或者非言语的方式来鼓励儿童的独立性(比如让孩子发表对主题的看法)和情感的交流的质量(比如微笑或者抚摸儿童)。结果发现患有焦虑症的儿童和非临床的对照组儿童之间在变量的心理剖析面上有很大的差异。有焦虑症的家庭的父母表现得更有控制感,更少鼓励孩子去变得独立。

在研究儿童抚养方式和强迫症的关系上面目前只有个案报道、临床印象、自我回顾的材料和问卷调查。Valleni - Basile et al.<sup>[14]</sup> (1995) 通过自我报告的问卷对强迫症人群家庭环境的知觉进行了测量,发现青少年强迫症患者报告在家庭中有更少的情感支持和亲密感。Ehiobuche<sup>[15]</sup> (1988) 发现在强迫症量表上得分高的人报告说他们的父母有更多拒绝,过度保护和更少的情感温暖。Hoover & Insel<sup>[16]</sup> (1984) 访谈了 10 名诊断为 OCD 的患者和他们的家人。发现他们的家庭环境多是以过度的干净、谨慎为特点,但是并没有强迫症自我扭曲体验,也没有日常生活功能上的干扰。在这个研究的很多个案中,这些特点都是普遍的。家庭会把强迫行为看成是“正常”的,因此一般都要病情恶化到一定的程度,强迫行为才会被引起注意。

尽管上述的研究能够在强迫症的家庭中看到一些强迫的特质,但是需要注意一些问题。首先是访谈搜集数据的技术由于过度依赖自我报告和临床的判断,因此可能会产生偏差。其次,虽然这些家庭在一定程度上有功能的损伤,但是强迫症患者并没有表现出非理智的认知风格和自我混乱的想法。因此,强迫特质的代际传递缺乏进一步的证据支持。此外,生物遗传和家庭环境之间可能存在着交互作用,需要引进对堂兄妹是否受到强迫症的影响的研究来确认家庭环境作用的唯一性。

### 3 家庭中的情绪表达

情绪表达(expressed emotion)是指家庭环境中有很多的敌意、指责或者过度的情绪卷入<sup>[5]</sup>。当家庭中至少有一个成员表达了愤怒、抑郁、攻击等负面情绪时,这个家庭环境就被认为是高度情绪表达的。最初,情绪表达被认为是精神分裂症患者高复发的原因之一,后来有一些研究认为它也是双向情感障碍、肥胖和抑郁高复发的原因。高情绪表达的操作定义是,在一个家庭访问中,亲属表达批评,敌意和过度的情绪卷入,它对于出院之后的精神障碍复发是一个非常具有预测性的指标。在过去的几十年中,高度的情绪表达在很多研究中都是对精神分裂症、情绪障碍和其他一些心理疾病的复发的预测指标<sup>[17]</sup>。Steketee, Lam, Chambless 等<sup>[18]</sup> (2007) 考察了知觉到的批评(perceived criticism, PC)对于强迫症和广场恐怖症患者在行为治疗中的焦虑和抑郁水平的影响。结果发现患者对亲属的批评的知觉和对批评的不安程度能够有效地预测他们在治疗中的焦虑和抑郁水平,同时也导致他们告更多对暴露治疗的不舒适感。

在强迫症的家庭中关于情绪表达的研究比较少。在一个小样本的研究中,4 个接受治疗后复发的成人,其中有 3 个在家庭中有高度情绪表达的现象<sup>[19]</sup>。Grunes, Neziroglu, Mc Kay (2001) 对两组强迫症患者进行了暴露和反应阻止的治疗。其中一组患者还包括了一些家庭干预(让一名家庭成员参加为期 8 周的家庭干预小组)。结果发现,有家庭参与治疗的小组强迫症状减少得明显多于没有家庭成员参与的组。此外,家庭成员的情绪表达也有显著的下降<sup>[20]</sup>。Steketee 和 Chambless<sup>[21]</sup> (2001) 进行了强迫症和广场恐怖症患者的家庭的高情绪表达和和一年之后行为治疗的效果的追踪研究,发现高情绪表达能够有效预测治疗的脱落率和治疗结果的后测,但是和一年之后的追踪效果关系不显著。

Hibbs and colleagues<sup>[22]</sup> (1991) 通过五分钟演讲法(Five Minute Speech Sample, FMSS - EE)测量了 128 个家庭的情绪表达情况,这些家庭有的孩子有破坏性行为,有的被诊断为强迫症,或者没有任何临床疾病。五分钟演讲法是让父母其中一方用 5 min 来描述他/她的孩子,然后按照批评和过度关注来对其进行编码。如果在父母亲的描述中至少包括了批评和过度关注的其中之一,那么这个家庭就被认为是高度情绪表达的;如果两者都没有,那么这个家庭是低情绪表达的。结果表明,在强迫症患者组中 73% 的母亲和 46% 的父亲被认为是高度情绪表达,而在非临床组中仅有 22% 的父亲和 31% 的母亲有这

样的情况。此外该研究还发现,高度情绪表达也和父母自身的精神状况诊断相关。

#### 4 认知风格和家庭环境

最近对于儿童焦虑症的研究关注父母如何影响孩子解释威胁信息和问题解决过程。Barrett, Rapee, Dadds et al.<sup>[23]</sup> (1996)的研究中采用两难情境(比如:在你去学校的路上,你/你的孩子的胃感到不舒服),对焦虑患者的样本(分离焦虑,过度焦虑,社交恐怖),暴力程度高的样本和非临床的儿童进行研究。研究中,分别让孩子和父母对每一个两难情境进行解释并说明会采取的行动,然后让他们做一次家庭讨论,这之后再让孩子回答一遍刚才的问题。孩子和父母对两难情境的解释被编码成威胁性或者非威胁性的,而他们计划采取的行动则被编码为回避型,暴力型和保护型三种。结果表明,和非临床控制组的儿童相比,焦虑组的儿童报告更多威胁性的解释,并选择采取更多回避型的行为。而父母们的反应和他们的孩子高度相似。此外,这个研究还发现了著名的家庭导致回避行为的效应(FEAR effect, Family Enhancement of Avoidant Response),那就是当进行了家庭讨论之后,孩子们威胁性的解释和回避型的行为会增加。也就是说,父母在孩子对威胁性信息的解释和问题解决的能力上面有着显著的影响,本身就是焦虑的家庭环境会增加儿童发展出焦虑症的可能。

而这种特点也同样存在于强迫症儿童的家庭中,父母会加强儿童对于环境危险程度的认知,比如夸大肮脏可能带来的危害,或者对于忘记锁门关窗的后果有过分的训斥。最近,一些研究者发现一种叫做“夸大的责任”的认识风格可能和强迫症的病程发展有关。家庭环境是儿童认知发展的重要因素,因此也是强迫相关的信念滋长的温床。Salkovskis and colleagues<sup>[24]</sup> (1999)发现有三个家庭环境相关的因素和儿童强迫症有关。第一个影响因素是儿童在家庭中发展出人际影响的信念,以及对于负性结果的责任感。那些从小就被教育要对家庭的幸福负责的年轻人会发展出更高的社会道德标准。因此,儿童的行为会更倾向于回避失败,而不是追求成功。而对失败的灾难化的恐惧是强迫症的核心信念之一。第二个因素是家庭环境中存在高度的焦虑或者担心的成分,会使儿童对世界的知觉也是有威胁性的或者危险的。在这些家庭中,父母往往是过度保护或者表达过分的对失败的批评。因此,在被保护的家庭之外,儿童会感到不安全。他们没有学会充分的应付危险的策略,所以可能会发展出回避伤害的行为,比如强迫行为。最后,一些来自于家庭、学

校和教会等方面的态度会影响儿童的个性形成,从而发展出一系列相关的想法和行为。来自各方的严格道德规范,其中某些可能会导致儿童的强烈责任感和自罪感,从而变得害怕责骂和惩罚。

尽管家庭环境可能是引发强迫问题的心理易感因素,但是这个因素对于强迫症的出现既不是充分也不是必要的。强迫症的病因可能是多重的,包括经验、生活事件、情绪干扰和基因<sup>[4]</sup>。此外,目前还没有人对于家庭对强迫症儿童的认知风格的影响的研究,这其中的交互作用也有待进一步的研究。

总的说来,对家庭在儿童强迫症中的作用目前的研究还比较有限。有一部分是从一般的焦虑症中迁移过来的,没有很多研究的支持,还有一部分研究的结果存在着矛盾和不一致的地方。不过我们可以看到,遗传因素和环境影响应该存在着交互的作用,家庭中的父母的抚养方式、情绪表达、认知风格都从各个不同的层面影响着儿童强迫症状的发展和维持。未来的研究可以通过改善数据收集的方法,比如进行结构化的访谈、严格的因素实验设计等来对这些方面的作用进行更为深入的探讨。此外,目前还没有针对这些研究结果发展出来的干预措施,今后的研究者还可以关注这一方面的进展,将家庭纳入到儿童强迫症的治疗体系。

#### 参考文献

- [1] American Psychiatric Association. The fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - ) [M]. Washington: American Psychiatric Association, 1994:205.
- [2] Cooper M. Obsessive compulsive disorder: Effects on family members[J]. Am J Orthopsychiatry, 1996, 66(2): 296 - 304.
- [3] Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder [J]. Psychiatr Clin North Am, 1992, 15(4): 743 - 758.
- [4] Waters TL, Barrett PM. The Role of the Family in Childhood Obsessive Compulsive Disorder [J]. Clin Child Fam Psychol Rev, 2000, 3(3): 173 - 186.
- [5] Billet EA, Richter MA, Kennedy JL. Genetics of obsessive - compulsive disorder [M]// R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds), Obsessive compulsive disorder: Ther res treat. New York: Guilford, 1998: 120 - 140.
- [6] Bressi C, Guggeri G. Obsessive - compulsive disorder and the family emotional environment [J]. New Trends Exp Clin Psychol, 1996, 12(4): 265 - 269.
- [7] Ehiobuche I. Obsessive - compulsive neurosis in relation to parental child - rearing patterns amongst Greek, Italian, and Anglo - Australian subjects [J]. Acta Psychiatr Scand, 1988, 78(Sup 344): 115 - 120.
- [8] Henin A, Kendall PC. Obsessive - compulsive disorder in childhood and adolescence [J]. Adv Clin Child Psychol, 1997, 19: 75 - 131.

# 岩骨周围肿瘤手术入路进展

张长风(综述) 陈礼刚 李定君(审校)

中图分类号:R651 文献标识码:A 文章编号:1009-6574(2008)03-0235-03

岩骨位于中后颅窝底及中上斜坡交界处,其周围是肿瘤好发部位,肿瘤常侵犯并包绕岩尖、海绵窦、破裂孔、斜坡、内耳孔、小脑幕孔、对脑神经。由于肿瘤位置深在,颅骨解剖复杂,其内部和周围有许多重要的神经血管结构,该部位的肿瘤一直是神经外科的手术难点。至 20 世纪 60 年代,随着颅底手术入路的开展,特别是显微外科技术的应用,岩骨周围肿瘤的全切率得到了很大的提高,而且手术死亡率明显下降。岩骨周围肿瘤的基底起于岩骨前、后,但肿瘤通常呈浸润性生长,涉及周围区域,从前后包绕岩骨。这就要求所采用的颅底入路不仅对

肿瘤的主体暴露良好,还要涉及肿瘤的扩展区域。如果肿瘤的瘤体巨大,它所涉及的区域不分主次,则需要采用联合入路。本文对岩骨周围肿瘤的类型、特点和各种手术入路,作一综述。

## 1 岩骨周围常见肿瘤及其特点

岩骨周围常见的肿瘤包括硬膜内和硬膜外两大类,硬膜内常见的肿瘤有:脑膜瘤、神经鞘瘤(三叉神经鞘瘤、听神经瘤)、海绵状血管瘤、表皮样囊肿和皮样囊肿。硬膜外常见肿瘤有:脊索瘤、软骨瘤和软骨肉瘤。肿瘤往往呈浸润性生长,包绕其周围的重要的神经血管组织,并破坏颅底骨质(如脑膜瘤、软骨肉瘤),血供丰富,通常有颈外动脉、颈内动脉或椎基底动脉系统双重供血。但有的肿瘤生长缓慢(如神经鞘瘤、脑膜瘤)。到出现明显的临床症状时,瘤体已

作者单位:646000 泸州医学院附属医院神经外科

作者简介:张长风(1979-),男,硕士研究生,医师。研究方向:岩上入路的解剖与临床。

- [9] Riddle MA, Scahill L, King R, et al. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990, 29(5): 766 - 772.
- [10] Black DW, Gaffney GR, Schlosser S, et al. Children of parents with obsessive - compulsive disorder a 2 - year follow - up study[J]. Acta Psychiatr Scand, 2003, 107: 305 - 313.
- [11] Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression[J]. Clin Psychol Rev, 1997, 17(1): 47 - 67.
- [12] Krohne HW. Parental childrearing and anxiety development[J]. Health Hazards Adolesc, 1998, 8: 116 - 130.
- [13] Siqueland L, Kendall PC, Steinberg L. Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction[J]. J Clin Child Psychol, 1996, 2(2): 225 - 237.
- [14] Valleni - Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, et al. Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents[J]. J Child Fam Stu, 1995, 4(2): 193 - 206.
- [15] Ehiobuche I. Obsessive - compulsive neurosis in relation to parental child - rearing patterns amongst Greek, Italian, and Anglo - Australian subjects[J]. Acta Psychiatr Scand, 1988, 78(Sup 344): 115 - 120.
- [16] Hoover CF, Insel TR. Families of origin in obsessive compulsive disorder[J]. J Nerv Ment Dis, 1984, 172(4): 207 - 215.
- [17] Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta - analysis[J]. Arch Gen Psychiatry, 1998, 55: 547 - 552.
- [18] Steketee G, Lam JN, Chambless DL, et al. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders[J]. Behav Res Ther, 2007, 45: 11 - 19.
- [19] Emmelkamp PMG, Kloek J, Blaauw E. Obsessive compulsive disorder in principles and practice of relapse prevention[M]// P. H. Wilson (Ed.), Principles and practices of relapse prevention. New York: Guilford Press, 1992: 213 - 234.
- [20] Grunes MS, Neziroglu F, McKay D. Family involvement in the behavioral treatment of obsessive - compulsive disorder: A preliminary investigation[J]. Behav Ther, 2001, 32(4): 803 - 820.
- [21] Steketee D, Chambless DL. Does Expressed Emotion Predict Behaviour Therapy Outcome at Follow - up for Obsessive - Compulsive Disorder and Agoraphobia? [J]. Clin Psych Psychother, 2001, 8: 389 - 399.
- [22] Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, et al. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children[J]. J Child Psychol Psychiatry, 1991, 32(5): 757 - 770.
- [23] Barrett PM, Rapee RM, Dadds MR, et al. Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the FEAR effect[J]. J Abnorm Child Psychol, 1996, 24(2): 187 - 203.
- [24] Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, et al. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research[J]. Behav Res Ther, 1999, 37: 1 055 - 1 072.

(收稿日期:2008-02-25)