

# 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: 100926574(2008)0320232204

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)<sup>[1]</sup>。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<sup>[2]</sup>。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<sup>[3]</sup>。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<sup>[4]</sup>。

有确切证据显示强迫症有遗传因素的影响<sup>[5]</sup>,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<sup>[6]</sup>。过度保护和缺乏温暖也被一些研究者认为和强迫症相关<sup>[7]</sup>。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<sup>[8]</sup>。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%<sup>[5]</sup>,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%<sup>[5]</sup>。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<sup>[9]</sup>。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<sup>[10]</sup>。

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<sup>[11]</sup>(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

www.cnki.net



# 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:100926574(2008)0320235203

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 Stud, 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: 1055 - 1072.

(收稿日期:2008202225)