DOI: 10.14188/j.1671-8852.2024.0728　　**文章编号** 1671-8852(2025)10-1254-07

基于非参数检验的抽动障碍及共患注意缺陷多动障碍患儿的家庭环境及亲子关系研究

李昕阳　符妙颖　牛　萍　姚宝珍
武汉大学人民医院儿科　湖北　武汉　430060

摘要　目的：探索抽动障碍（TD）及共患注意缺陷多动障碍（ADHD）的患儿的家庭环境、亲子关系、儿童心理状态与正常儿童是否存在差异，为预防及改善患儿预后提供可靠、科学的新思路，为减轻家庭及社会负担作出贡献。方法：邀请TD、TD共患ADHD及正常儿童及其家长填写《家庭环境与亲子感知量表》，包含事实量表（4个维度：家长过激反应、亲子正向交互、家长高要求、家长间不和谐）和感知量表（5个维度：相处模式紧张、家庭恰当关注、家庭矛盾恐惧、儿童自我认同、儿童意愿忽略），并对共计88对亲子（176份问卷）的不同分组的儿童、家长得分情况进行数学统计分析。结果：各分组儿童年龄分布无显著性差异，各项检验项目的得分在正常组家长与疾病组家长之间、正常组亲子之间均无显著性差异；性别在各疾病组别中的差异均存在统计学意义（分3组P=0.016，分2组P=0.027）；正常组儿童和疾病组儿童在维度7（家庭矛盾恐惧）、维度8（儿童自我认同）以及感知量表的得分存在显著差异（P=0.035、0.038、0.044）；疾病组的亲子得分在维度2（亲子正向交互）和维度8（儿童自我认同）、TD组的亲子得分在维度2（亲子正向交互）、共患组的亲子得分在维度8（儿童自我认同）存在显著亲子得分差异（P=0.012、0.018、0.025、0.006）。结论：儿童对家庭矛盾恐惧大、自我认同低、家庭环境及自我感知评价较差，以及亲子双方对“亲子正向交互”“儿童自我认同”的认知程度差异大与TD及共患ADHD密切相关，本研究揭示了儿童家庭环境及其亲子认知差异与TD及共患ADHD之间存在联系的具体锚点，或可为心理行为治疗提供新的视角与切入点。

关键词　抽动障碍；注意缺陷多动障碍；共病；家庭环境；亲子感知；差异性
中图分类号　R749.94
文献标识码　A　　**开放科学（资源服务）标识码（OSID）：**

Family environment and parent-child relationship study on children with tic disorders and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder based on non-parametric testing

LI Xinyang, FU Miaoying, NIU Ping, YAO Baozhen
Dept. of Pediatrics, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, Hubei, China

Abstract

Objective: To explore whether there are differences in the family environment, parent-child relationship, and psychological status of children with tic disorders (TD) and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) compared with typically developing children, so as to provide scientific and reliable evidence and novel strategies for preventing and improving the prognosis of these children, and to reduce the burden on their families and society. **Methods:** Children with ADHD and TD

课题来源：武汉大学医学腾飞计划资助项目（编号：TFLC2018001）
作者简介：李昕阳，女，1999—，医学硕士生，主要从事儿童神经系统及儿童心理行为等相关疾病的研究，E-mail：571180760@qq.com
通信作者：姚宝珍，女，1962—，医学博士，一级主任医师，硕士生导师，主要从事儿童神经系统及儿童心理行为等相关疾病的研究，E-mail：professoryao@aliyun.com

comorbidities and their parents were invited to complete the "Family Environment and Parent-Child Perception Scale". This scale comprises a factual scale with four dimensions (parental overreaction, positive parent-child interaction, high parental demands and disharmony between parents), and a perceptual scale with five dimensions (tense interaction patterns, appropriate family attention, family conflict fear, children′s self-recognition and children′s willingness to be ignored). Mathematical statistical analysis was conducted on the scores of 88 parent-child pairs (176 questionnaires) across different groups. **Results:** There was no significant difference in age distribution among the children in each group, and the scores of various test items were not significantly different between parents in the normal group and parents in the disease group, or between parents and children in the normal group. There were statistically significant differences in gender among different disease groups (P=0.016 for 3 groups and P=0.027 for 2 groups). There were significant differences (P=0.035, 0.038, and 0.044, respectively) in the scores of dimension 7 (family conflict fear), dimension 8 (child self-recognition), and perception scale between normal group children and disease group children. There were significant differences in parent-child scores between the disease group in dimension 2 (positive parent-child interaction) and dimension 8 (child self-recognition), the tic group in dimension 2 (positive parent-child interaction), and the comorbid group in dimension 8 (child self-recognition) (P=0.012, 0.018, 0.025, and 0.006, respectively). **Conclusion:** Children′s fear of family conflicts, low self-identity, poor evaluation of family environment and self-perception, and significant differences in the cognitive level of "parent-child positive interaction" and "child self-identity" between parents and children are closely related to TD and comorbid ADHD. This study reveals the specific anchor points of the relationship between children′s family environment and parent-child cognitive differences and TD and comorbid ADHD, which may provide new perspectives and entry points for psychological and behavioral therapy.

Key Words　Tourette′s Syndrome; Attention-Deficit Hyperactivity Disorder; Comorbidity; Family Environment; Parent-Child Perception; Differentiation

抽动障碍(tic disorders，TD)是一种以一组肌肉的短暂抽动和(或)口喉部肌肉抽动发声为主要表现的疾病，临床症状以不自主眨眼、蹙眉、歪嘴、摇头、清嗓、咳嗽等为主。TD主要分为抽动秽语综合征(tourette syndrome，TS)、持续性(慢性)运动或发声抽动(chronic tic disorders，CTD)、暂时性抽动障碍(transient tic disorders，TTD)。据文献[1]报道，我国的抽动障碍总体患病率为2.5%。约85%以上的TS患者常常有一种或多种以上的共患病，其中注意缺陷/多动障碍(attention-deficit hyperactivity disorder，ADHD)的共病最为多见，若不及时加以干预治疗，极易引起患儿社交、学业乃至社会功能的损害。ADHD是一种始于童年时期的以行为上的难以维持注意力、缺乏持续性(注意缺陷)和躯体行为过多(多动)为主要表现的疾病，常伴未经考虑采取不适宜行动(冲动行为)，极易对患儿的学业及社交产生不良影响，研究[2]表明，ADHD的学龄患儿比他们未被诊断为ADHD的兄弟姐妹有更高的意外伤害风险，提示儿童确诊共病ADHD也应受到重视及干预。

国外有研究[3-4]从症状学和神经病理生理学的角度深入总结了TS和ADHD具有惊人的相似性，目前虽尚无证据证明微观神经结构的改变与TD、ADHD的发生之间是否具有一定的因果性，但这种神经病理生理学上的改变确实客观存在，从而引发了本研究尝试建立一种具有整体观的神经发育障碍疾病的预防及诊疗模式的构想。

最新的欧洲临床指南[5]强调了应重视非药物治疗，首要干预措施是对患儿进行心理教育，对于心理行为教育无效者可进一步采取药物治疗。大量研究表明，患儿精神心理压力增大及家庭环境等因素会对其发病情况产生不利影响，而国内对TD患儿心理卫生健康，即精神压力及家庭环境因素有关的研究相对较少，国外学者对该方向的关注相对较多。

有研究[6]发现成人TS患者所采取的不良情绪调节策略与其精神合并症具有一定相关性;对CTD成人患者和健康成人进行内感受敏感性的比较(内感受即有关身体内部生理状态的信号的感知、解释、整合和调节),发现成人CTD内感受性相关的焦虑与女性性别和强迫症症状严重程度相关,即使控制了其抽动和强迫症症状严重程度之后,先兆冲动仍与内感受显著相关[7]。对TD儿童的研究中也发现了与成人类似的现象,TD患儿情绪调节障碍与运动性抽动高度相关,且与其共患病的严重程度相关[8];另一项研究[9]同样证实了单纯ADHD患儿和TS共患ADHD患儿的情绪调节功能严重受损,但有关TS患儿情绪调节能力与抽动严重程度的研究数据却表明二者无明显关联。可见,无论是成人还是儿童患者,内在感受与情绪调节都与TD乃至ADHD密切相关。

然而个体应对外界刺激所产生的内在感受模式与其幼儿时期的家庭环境及亲子关系也存在着千丝万缕的联系,这促使我们进一步关注该邻域相关的研究。一项前瞻性研究[10]表明,父母长时间暴露于压力情绪下可能与儿童TS和CTD的发生有关,母亲产前产后抑郁、产后父亲抑郁,均与TD发生风险上升相关,但该研究并未进行长期回访,我们对于这些产时即存在焦虑抑郁的父母是否长期保持此类压力情绪尚未可知,但患儿家长的不良情绪反应对其家庭环境及亲子关系产生紧张性改变的可能是存在的。且另外几项研究也暗示了家庭环境与亲子关系对该疾病确有影响,例如TD患儿及其父母相较于正常亲子的生活质量更低,家庭功能更差[11]、TD患儿的母亲压力明显更高且患儿和他们的母亲的认知风格都表现出操作思维和缺乏想象力的特征[12]、亲子依恋模式及母亲对孩子“难相处”的感知与TD患儿情绪调节功能受损有关[13]。

前文已明确家庭环境及亲子关系对疾病确有影响,我们虽未找到有关TD患儿的兄弟姐妹患病情况的研究,但找到了与TD具有极高共患率的有关ADHD的同胞研究。一项有关ADHD患儿和他们未被诊断的兄弟姐妹之间的研究[14]表明,头胎患ADHD的风险较最小出生儿童更高,而另一项伊朗的研究[15]虽得出了儿童出生顺序与ADHD及其相关症状无关的结果,但发现ADHD患儿的正常兄弟姐妹发生ADHD类似症状的概率会上升,ADHD与胎次相关性的研究或暗示ADHD的发生与患儿父母采取的教育方式有关。实际上,也确实存在父母育儿的一致性较低及父母愤怒情绪与ADHD患儿社会情感障碍有关的证据[16],提示父母教养方式与ADHD的发生关系密切。

基于国内外的大量相关研究成果显示,家庭环境、亲子情绪感知、儿童精神压力均与TD及TD共患ADHD患儿的发病、诊疗、预后的情况密切相关,本研究将对TD及共患ADHD的患儿的家庭环境、亲子关系、儿童心理状态等进行探索,以期发现其中联系的具体锚点,为心理行为治疗提供新的视角与切入点。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究选择2023年2月—2024年6月于武汉大学人民医院儿科就诊的5～13岁的患儿及其家长作为研究对象,并邀请亲子双方分别进行《家庭环境与亲子感知量表》填写。共计收集176份有效亲子问卷,即包含88对亲子;依据患儿临床诊断将88对亲子分为正常组、TD组(抽动组)、共患组(即抽动共患ADHD),其中正常组33对、TD组39对、共患组16对。TD组纳入标准:1)诊断符合《2022版欧洲抽动秽语综合征和其他抽动障碍临床指南》规定的诊断及分类标准;2)诊断符合美国精神医学学会修订的《精神障碍诊断与统计手册》第5版(Diagnostic and Manual of Mental Disorders, 5th Edition, DSM-5);3)年龄为5～13岁。共患组纳入标准:1)诊断符合《2022版欧洲抽动秽语综合征和其他抽动障碍临床指南》规定的诊断及分类标准;2)诊断符合DSM-5中ADHD的诊断标准;3)年龄为5～13岁。排除标准:1)亲子任意一方智力发育障碍,或无法理解量表内容且存在沟通障碍的;2)亲子任意一方确诊精神类疾病、中枢神经系统疾病或确诊其他可能影响数据收集准确性的疾病;3)儿童为留守儿;4)患儿或家长拒绝完成量表调查的。本研究经武汉大学人民医院临床研究伦理委员会审核通过(WDRY2022-K024)。

1.2 研究方法

1.2.1 量表填写 使用已通过信效度检验的自编量表《家庭环境与亲子感知量表》对受试患儿及家长进行家庭环境相关调查。《家庭环境与亲子感知量表》为亲子量表,亲子两版量表的问题内容一致,可同时收集儿童及家长两个视角对同一家庭环境、亲子关系的认知情况。该量表共包含30个条目,划分为9个维度(分别为家长过激反应、亲子正向交

互、家长高要求、家长间不和谐、相处模式紧张、家庭恰当关注、家庭矛盾恐惧、儿童自我认同、儿童意愿忽略，并分别命名为维度1～9），包括事实量表（内含维度1～4，共14题）和感知量表（内含维度5～9，共16题）2个版块。

因本研究聚焦于亲子关系相关的儿童心理状态对疾病的影响，故仅记录患儿性别和年龄，并未对受试家长的性别、年龄、职业、学历等信息进行统计区分。为保证受试者的填写意愿及数据的有效性和准确性，并尽量降低受试儿填写过程及结果受家长影响的程度，本研究向受试者采用统一指导语说明问卷调查的目的及填写方式并发放纸质问卷，年龄较小的儿童由测试者沟通询问其意见进行协助填写，完成问卷量表填写后当场回收。

1.2.2　统计学方法　采用SPSS 27.0数据统计分析软件，对正常组、TD组和共患组的9个维度、2个版块及总得分进行正态性检验，并根据检验结果选择恰当的统计方法，进行基本信息及有关数据分布的描述性统计，并验证正常组与疾病组的亲子量表得分是否具有显著差异性，以$P<0.05$为差异有统计学意义。

2　结果

考虑临床诊疗活动中常根据家长对患儿的症状描述选择是否开具ADHD相关检查，可能存在被漏诊的轻度共患ADHD患儿，难以界定受试的TD组样本与共患组样本是否相互独立。本研究根据各数据类型所规定的分析条件进行了相应的分组调整，部分统计检验中将TD组和共患组合并为疾病组（包含55对亲子），以保证统计分析的准确性与科学性。

2.1　描述性统计　采用两独立样本t检验、LSD-t检验分析不同疾病分组间儿童年龄分布是否存在差异，以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）描述；采用交叉表卡方检验分析不同疾病分组之间儿童性别是否存在差异，以例（%）描述。正常组和疾病组的12项得分变量经检验，大部分数据为非正态性分布，故采用中位数（四分位数间距）[$M(P_{25},P_{75})$]描述。结果显示：儿童年龄在正常组与疾病组中的差异无显著统计学意义（$P=0.616$），在正常组，TD组和TD共患ADHD组两两之间的比较也无显著统计学意义（$P=0.489$）；性别在各疾病组别中的差异均存在统计学意义（分3组，$P=0.016$；分2组，$P=0.027$）。各变量得分具体统计结果及人口资料分别详情见表1、2。

表1　各组儿童性别、年龄分布情况统计表

项目		分3组					分2组			
		正常（$n=33$）	TD（$n=39$）	TD共患ADHD（$n=16$）	χ^2/t	P	正常（$n=33$）	疾病组（$n=55$）	χ^2/t	P
性别/例（%）	男	17(51.5)	32(82.1)	9(56.3)	8.230	0.016	17(51.5)	41(74.5)	4.869	0.027
	女	16(48.5)	7(17.9)	7(43.8)			16(48.5)	14(25.5)		
年龄/岁		8.30±1.81	8.82±1.85	8.56±1.79	0.721	0.489	8.30±1.81	8.75±1.82	0.254	0.616

2.2　两独立样本非参数检验　经检验，正常组和疾病组的各项变量得分大多不符合正态分布，采用两独立样本非参数检验法检验各项变量在正常组和疾病组之间是否存在显著性差异，结果显示：1）正常组儿童和疾病组儿童在维度7（家庭矛盾恐惧）、维度8（儿童自我认同）以及感知量表的得分存在显著性差异（$P_{维度7}=0.035$；$P_{维度8}=0.038$；$P_{感知量表}=0.044$）；2）正常组家长和疾病组家长的各项检验项目的得分均无显著性差异（均$P>0.05$）。详细结果见表3。

2.3　配对样本非参数检验　各变量大多不符合正态分布，为检验各组别内儿童及其家长的得分是否具有显著差异，分别对正常组、疾病组（TD组＋共患组）、TD组、共患组均采用配对样本非参数检验，将同一亲子的同一变量的得分进行配对，对量表各维度得分及总分数据进行分析。其结果显示：1）正常组：12项检验项目均无显著性亲子得分差异（均$P>0.05$）；2）疾病组：亲子得分在维度2（亲子正向交互）、维度8（儿童自我认同）存在显著差异（$P_{维度2}=0.012$；$P_{维度8}=0.018$）；3）TD组：亲子得分在维度2（亲子正向交互）存在显著亲子得分差异（$P_{维度2}=0.025$）；4）共患组：亲子得分在维度8（儿童自我认同）存在显著亲子得分差异（$P_{维度8}=0.006$）。各组得分配对检验统计结果分别见表4。

3　讨论

TD目前的治疗指南越来越重视非药物治疗手段，期望通过心理行为治疗减轻患儿抽动症状，而对于家庭环境、亲子感知的调整便是心理行为治疗及减轻患儿心理压力必不可少的环节。本研究的正常组受试儿童的性别较为平均，但TD组的性别分布出现了明显的男性偏向，可能与TD存在性别

表2 各组亲子量表得分分布统计表[$M(P_{25},P_{75})$]

维度	正常组(n=33)		疾病组(n=55)		TD组(n=39)		共患组(n=16)	
	儿童得分	家长得分	儿童得分	家长得分	儿童得分	家长得分	儿童得分	家长得分
维度1	7.00 (5.50,9.00)	7.00 (5.00,9.00)	8.00 (6.00,10.00)	8.00 (6.00,11.00)	8.00 (6.00,10.00)	8.00 (6.00,10.00)	8.00 (5.25,10.00)	7.50 (6.00,13.75)
维度2	10.00 (8.00,14.00)	10.00 (8.00,12.00)	12.00 (9.00,13.00)	9.00 (8.00,12.00)	12.00 (8.00,13.00)	9.00 (7.00,11.00)	11.50 (9.25,13.00)	10.50 (8.25,12.75)
维度3	8.00 (7.50,10.50)	9.00 (7.00,11.00)	9.00 (7.00,12.00)	9.00 (8.00,10.00)	9.00 (7.00,10.00)	9.00 (7.00,10.00)	11.00 (8.25,13.00)	10.00 (8.25,10.75)
维度4	6.00 (5.00,7.00)	6.00 (4.00,7.50)	6.00 (4.00,8.00)	6.00 (5.00,8.00)	5.00 (4.00,8.00)	6.00 (5.00,7.00)	7.00 (5.00,10.75)	7.50 (5.25,9.00)
事实量表	33.00 (27.50,37.00)	32.00 (28.00,36.00)	35.00 (31.00,40.00)	34.00 (29.00,38.00)	33.00 (30.00,40.00)	33.00 (29.00,36.00)	37.50 (31.75,43.00)	34.00 (30.00,43.25)
维度5	10.00 (8.00,14.00)	12.00 (9.00,15.00)	11.00 (8.00,17.00)	14.00 (10.00,16.00)	11.00 (7.00,17.00)	12.00 (10.00,16.00)	14.00 (10.00,17.75)	14.00 (12.25,16.75)
维度6	8.00 (4.50,9.50)	8.00 (6.50,10.00)	9.00 (5.00,11.00)	7.00 (5.00,10.00)	9.00 (5.00,12.00)	7.00 (5.00,10.00)	8.50 (5.25,9.75)	7.50 (5.50,9.50)
维度7	5.00 (4.00,7.00)	6.00 (4.00,8.00)	7.00 (4.00,9.00)	7.00 (4.00,8.00)	7.00 (4.00,9.00)	6.00 (4.00,9.00)	6.50 (4.25,8.75)	7.00 (4.00,8.00)
维度8	4.00 (2.00,5.00)	4.00 (3.00,6.00)	5.00 (3.00,6.00)	4.00 (3.00,5.00)	5.00 (2.00,7.00)	4.00 (3.00,5.00)	5.00 (5.00,6.00)	4.00 (3.00,5.00)
维度9	5.00 (3.00,6.00)	5.00 (3.00,6.00)	5.00 (3.00,7.00)	6.00 (4.00,7.00)	5.00 (2.00,7.00)	6.00 (4.00,7.00)	5.50 (4.00,7.00)	5.50 (4.00,6.00)
感知量表	32.00 (23.50,38.50)	36.00 (29.50,41.00)	38.00 (29.00,46.00)	38.00 (31.00,43.00)	37.00 (26.00,46.00)	37.00 (30.00,43.00)	40.50 (30.25,49.00)	39.00 (31.25,43.75)
量表总分	67.00 (50.00,75.00)	70.00 (62.00,79.50)	76.00 (60.00,88.00)	71.00 (63.00,81.00)	76.00 (56.00,85.00)	69.00 (63.00,78.00)	77.50 (66.00,89.00)	71.00 (62.25,88.75)

表3 正常组与疾病组得分差异表

维度	儿童量表得分			维度	家长量表得分		
	曼-惠特尼U	Z	渐近显著性(双尾)		曼-惠特尼U	Z	渐近显著性(双尾)
维度1	776.000	−1.141	0.254	维度1	771.500	−1.180	0.238
维度2	787.500	−1.039	0.299	维度2	833.000	−0.646	0.518
维度3	864.000	−0.377	0.706	维度3	879.000	−0.248	0.804
维度4	902.500	−0.044	0.965	维度4	775.500	−1.150	0.250
事实量表	750.500	−1.355	0.175	事实量表	815.000	−0.799	0.424
维度5	770.000	−1.189	0.235	维度5	794.000	−0.982	0.326
维度6	765.000	−1.238	0.216	维度6	787.500	−1.042	0.297
维度7	665.500	−2.104	0.035	维度7	804.500	−0.896	0.370
维度8	670.500	−2.077	0.038	维度8	830.500	−0.675	0.499
维度9	822.500	−0.740	0.459	维度9	691.000	−1.891	0.059
感知量表	674.000	−2.014	0.044	感知量表	808.500	−0.854	0.393
量表总分	702.000	−1.772	0.076	量表总分	820.000	−0.755	0.450

分布差异有关,我国男性患病率明显更高[17]。

有关正常组和疾病组之间得分的差异性研究结果显示,正常组和疾病组的儿童在“家庭矛盾恐惧”“儿童自我认同”2个维度以及“感知量表”的得分存在显著性差异,正常组儿童此三项的得分情况分别为5.00(4.00,7.00)、4.00(2.00,5.00)和32.00(23.50,38.50),而疾病组分别为7.00(4.00,9.00)、5.00(3.00,6.00)和38.00(29.00,46.00),均明显高于正常组儿童得分,提示疾病组儿童具有更大的家庭矛盾恐惧、更低的自我认同、更负面的亲子关系和自我感知。国内该领域相关文献相对空白,而国外有关研究得出的结果与本研究结果也

表 4　各组亲子得分配对检验统计表

儿童得分-家长得分	正常组		疾病组		TD组		共患组	
	Z	渐近显著性（双尾）	Z	渐近显著性（双尾）	Z	渐近显著性（双尾）	Z	渐近显著性（双尾）
维度 1	−0.682[a]	0.495	−0.292[a]	0.770	−0.242[a]	0.809	−0.852[a]	0.394
维度 2	−0.751[a]	0.453	−2.526[b]	0.012	−2.241[a]	0.025	−1.303[b]	0.192
维度 3	−0.681[a]	0.496	−0.358[b]	0.720	−0.338[b]	0.735	−1.196[b]	0.232
维度 4	−0.757[a]	0.449	−0.346[a]	0.730	−0.475[b]	0.635	−0.063[b]	0.950
事实量表	−1.463[a]	0.144	−0.797[b]	0.425	−0.642[a]	0.521	−0.571[b]	0.568
维度 5	−1.336[b]	0.182	−0.962[a]	0.336	−0.942[b]	0.346	−0.389[a]	0.697
维度 6	−1.464[b]	0.143	−1.228[b]	0.220	−1.330[a]	0.184	−0.543[b]	0.587
维度 7	−0.641[b]	0.521	−0.603[b]	0.547	−0.846[a]	0.397	−0.126[a]	0.900
维度 8	−1.121[b]	0.262	−2.363[b]	0.018	−1.164[a]	0.245	−2.723[b]	0.006
维度 9	−0.120[a]	0.905	−0.818[a]	0.413	−1.262[b]	0.207	−0.716[b]	0.474
感知量表	−1.412[b]	0.158	−0.349[b]	0.727	−0.112[a]	0.911	−0.682[b]	0.495
量表总分	−0.150[b]	0.881	−0.482[b]	0.630	−0.328[a]	0.743	−0.518[b]	0.605

采用威尔科克森符号秩检验：[a]基于正秩，[b]基于负秩

是类似的：SILVESTRI 等[18]整理后提出在心理学文献概念中“自我感知”可分“自我概念”（即对自己的描述性看法）和“自我尊重”（即基于主观意见对自我的积极或消极评价）两部分，提出父母教养方式对 CTD 患儿的心理发展至关重要；KHALIF 等[19]所发现的单纯 CTD 患儿、TD 共患 ADHD 患儿的自我概念均低于对照组；HESAPÇIOĞLU 等[20]的研究也指出 CTD 患儿的自我尊重低于对照组。至于本研究发现疾病组家长与正常组家长的各项检测变量的得分并无显著差异的结果，可能源于疾病组家长对其家庭环境及儿童感受的认知与事实存在偏差，这个推测也在后续的研究过程中被证实。

早在 1989 年 EDELL 和 MOTTA[21]就发现 TD 儿童的自我概念的良好形成与感知父母是否接受自己有关，且若感知到父母的控制行为还会对自我概念的良好形成产生负面作用甚至产生焦虑。然而感受往往是主观的，难以量化的，这令医务人员及家长对改善儿童对家庭环境及自我的感知无从下手，而本研究对亲子双方发放了内容一致的量表，“事实量表”下设条目收集亲子双方对同一客观事件出现的感受性频率，并考虑到心理压力对疾病存在影响，故将“感知量表”下设条目聚焦于孩子视角的内在感受（父母问卷呈现形式为“你觉得孩子感受如何”），从而提供了对亲子双方对同一的感知差异进行评价的基础。

有关各组别亲子之间的得分差异分析结果显示，正常组亲子的量表各项得分均无显著差异，而疾病组亲子在“亲子正向交互”和“儿童自我认同”两个维度的得分具有显著性差异，TD 组亲子的差异主要集中在“亲子正向交互”维度、共患组亲子的差异主要集中在“儿童自我认同”维度；结合其得分情况统计情况，患儿所认为的“亲子正常交互”较其家长更少，且患儿的自我认同也较其家长以为的更低。国内外 TD 及共患 ADHD 亲子感受差异的研究虽近乎空白，但亲子双方存在显著感知差异会不利于改善患儿对家庭环境及自我的感知是毋庸置疑的。

本研究虽样本量有限且为单中心研究，存在一定局限性，但仍揭露了家庭环境及亲子认知差异与 TD 及共患 ADHD 之间存在密切联系，或可为心理行为治疗提供新的视角与切入点，有关如何改善患儿对家庭环境及自我的感知并减轻患儿心理压力的研究仍需持续探索。

参考文献

[1] LI F, CUI Y, LI Y, et al. Prevalence of mental disorders in school children and adolescents in China: Diagnostic data from detailed clinical assessments of 17, 524 individuals[J]. J Child Psychol Psychiatry, 2022, 63(1): 34-46.

[2] SHILON Y, POLLAK Y, ARAN A, et al. Accidental injuries are more common in children with attention deficit hyperactivity disorder compared with their non-affected siblings[J]. Child Care Health Dev, 2012, 38(3): 366-370.

[3] GILLBERG C. The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations[J]. Res Dev Disabil,

2010, 31(6): 1543-1551.
[4] KERN J K, GEIER D A, KING P G, et al. Shared brain connectivity issues, symptoms, and comorbidities in autism spectrum disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and Tourette syndrome[J]. Brain Connect, 2015, 5(6): 321-335.
[5] SZEJKO N, ROBINSON S, HARTMANN A, et al. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders: version 2.0. Part I: Assessment[J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2022, 31(3): 383-402.
[6] DRURY H, WILKINSON V, ROBERTSON M M, et al. Self-reported emotion regulation in adults with Tourette's syndrome[J]. Psychiatry Res, 2016, 245: 157-163.
[7] NARAPAREDDY A, ECKLAND M R, RIORDAN H R, et al. Altered interoceptive sensibility in adults with chronic tic disorder[J]. Front Psychiatry, 2022, 13: 914897.
[8] RUHRMAN D, MIKULINCER M, APTER A, et al. Emotion regulation and tic disorders in children[J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2023, 32(5): 893-902.
[9] HAGSTRØM J, SPANG K S, VANGKILDE S, et al. An observational study of emotion regulation in children with Tourette syndrome[J]. J Child Psychol Psychiatry, 2021, 62(6): 790-797.
[10] BEN-SHLOMO Y, SCHARF J M, MILLER L L, et al. Parental mood during pregnancy and post-natally is associated with offspring risk of Tourette syndrome or chronic tics: Prospective data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)[J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2016, 25(4): 373-381.
[11] VERMILION J, AUGUSTINE E, ADAMS H R, et al. Tic disorders are associated with lower child and parent quality of life and worse family functioning[J]. Pediatr Neurol, 2020, 105: 48-54.
[12] SILVESTRI P R, CHIAROTTI F, GIUSTINI S, et al. Alexithymia and tic disorders: A study on a sample of children and their mothers[J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2019, 28(4): 461-470.
[13] RUHRMAN D, GEV E, BENAROYA-MILSHTEIN N, et al. Non-motor aspects of tic disorders-new developments[J]. Front Psychiatry, 2016, 7: 213.
[14] REIMELT C, WOLFF N, HÖLLING H, et al. Siblings and birth order-are they important for the occurrence of ADHD? [J]. J Atten Disord, 2021, 25(1): 81-90.
[15] KESHAVARZI Z, BAJOGHLI H, MOHAMADI M R, et al. Attention deficit hyperactivity disorder in children is found to be related to the occurrence of ADHD in siblings and the male gender, but not to birth order, when compared to healthy controls[J]. Int J Psychiatry Clin Pract, 2014, 18(4): 272-279.
[16] BHIDE S, SCIBERRAS E, ANDERSON V, et al. Association between parenting style and socio-emotional and academic functioning in children with and without ADHD: A community-based study[J]. J Atten Disord, 2019, 23(5): 463-474.
[17] YANG C, ZHANG L, ZHU P, et al. The prevalence of tic disorders for children in China: A systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2016, 95(30): e4354.
[18] SILVESTRI P R, BAGLIONI V, CARDONA F, et al. Self-concept and self-esteem in patients with chronic tic disorders: A systematic literature review[J]. Eur J Paediatr Neurol, 2018, 22(5): 749-756.
[19] KHALIFA N, DALAN M, RYDELL A M. Tourette syndrome in the general child population: Cognitive functioning and self- perception[J]. Nord J Psychiatry, 2010, 64(1): 11-18.
[20] HESAPÇIOĞLU S T, TURAL M K, KANDIL S. Quality of life and self-esteem in children with chronic tic disorder[J]. Turk Pediatri Ars, 2014, 49(4): 323-332.
[21] EDELL B H, MOTTA R W. The emotional adjustment of children with Tourette's syndrome[J]. J Psychol, 1989, 123(1): 51-57.

(2024-09-23收稿)
编辑 张 峻