

青少年强迫障碍发病相关因素的病例对照研究

黄雪竹*, 徐磊, 周丽, 周波, 黄美琳*

西南康复医院发育行为科, 四川 成都

收稿日期: 2026年7月28日; 录用日期: 2026年8月22日; 发布日期: 2026年8月28日

摘要

目的: 探讨青少年强迫障碍(OCD)发病的相关因素, 重点分析家庭环境、父母教养方式、负性生活事件、认知信念及情绪特质对青少年OCD的影响, 并检验认知和情绪特质在家庭、生活事件因素与OCD之间的中介作用。方法: 采用病例对照研究设计, 选取2023年1月至2025年12月西南康复医院收治的青少年OCD患者110例作为病例组, 同期选取年龄、性别匹配的社区健康青少年110例作为对照组。采用耶鲁-布朗强迫量表(Y-BOCS)、家庭环境量表(FES-CV)、父母教养方式量表(EMBU)、青少年生活事件量表(ASLEC)、强迫信念问卷(OBQ-44)和状态-特质焦虑问卷(STAI)进行评估。比较两组在各量表上的差异, 并行Pearson相关分析和中介效应检验。在核心中介模型基础上, 补充对各家庭相关变量分别建模的敏感性分析, 并将家庭经济状况纳入协变量进行控制。结果: 病例组Y-BOCS总分为 (24.63 ± 6.82) 分。病例组在FES-CV、EMBU、OBQ-44、STAI各维度上的差异模式与前文一致。病例组ASLEC总分及人际关系、学习压力、受惩罚、健康适应、其他事件各因子评分均显著高于对照组($P < 0.01$), 负性生活事件总频次和主观应激强度也高于对照组($P < 0.01$)。相关分析显示, 负性生活事件、家庭因素、认知信念、特质焦虑与强迫症状两两相关。中介效应分析表明, 强迫信念在家庭因素与强迫症状之间起完全中介作用, 生活事件通过强迫信念和特质焦虑的双重中介路径影响OCD症状。对各家庭相关变量分别建模的敏感性分析显示, 亲密度、矛盾性、情感表达、母亲拒绝否认及母亲情感温暖均呈现显著的间接效应模式, 与合成指数结果一致; 在控制家庭经济状况后, 核心中介效应依然显著。结论: 不良家庭环境、负性生活事件与不当父母教养方式是青少年OCD的重要远端风险因素, 其影响通过强迫信念这一认知特质得以传递。研究结果支持对青少年OCD开展以家庭为基础、聚焦认知信念和应激管理的综合干预策略。

关键词

青少年, 强迫障碍, 家庭因素, 生活事件, 认知信念, 中介效应

A Case-Control Study on Factors Related to the Onset of Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescents

Xuezhu Huang*, Lei Xu, Li Zhou, Bo Zhou, Meilin Huang*

*通讯作者。

文章引用: 黄雪竹, 徐磊, 周丽, 周波, 黄美琳. 青少年强迫障碍发病相关因素的病例对照研究[J]. 临床医学进展, 2026, 16(9): 38-51. DOI: 10.12677/acm.2026.1693018

Abstract

Objective: To investigate the related factors of adolescent obsessive-compulsive disorder (OCD), focusing on the effects of family environment, parenting styles, negative life events, cognitive beliefs, and emotional traits, and to test the mediating role of cognitive and emotional traits in the relationship between family factors, life events and OCD. **Methods:** A case-control study was conducted with 110 adolescent OCD patients recruited from Southwest Rehabilitation Hospital (January 2023 to December 2025) as the case group, and 110 age- and gender-matched healthy adolescents from the community as the control group. All participants were assessed using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Family Environment Scale (FES-CV), Egna Minnen av Barndoms Uppfostran (EMBU), Adolescent Self-Rating Life Events Checklist (ASLEC), Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44), and State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Differences between the two groups were compared, and Pearson correlation analysis and mediation effect testing were conducted. Sensitivity analyses were performed by modeling each family-related variable separately and by including family economic status as a covariate. **Results:** The Y-BOCS total score in the case group was 24.63 ± 6.82 . The pattern of differences between the case group and the control group across all dimensions of the FES-CV, EMBU, OBQ-44, and STAI was consistent with the findings described above. The case group showed significantly higher ASLEC total scores and factor scores across interpersonal relationships, academic pressure, punishment, health adaptation, and other events ($P < 0.01$), with more frequent negative life events and greater subjective stress impact ($P < 0.01$). Correlation analysis revealed significant intercorrelations among life events, family factors, obsessive beliefs, trait anxiety, and OCD symptoms. Mediation analysis demonstrated that obsessive beliefs fully mediated the relationship between family factors and OCD symptoms, while life events influenced OCD symptoms through a dual mediation pathway involving both obsessive beliefs and trait anxiety. Sensitivity analyses confirmed that the indirect effects remained significant when each family variable was modeled separately, and the core mediation effects remained robust after controlling for family economic status. **Conclusion:** Dysfunctional family environment, negative parenting styles, and negative life events serve as important distal risk factors for adolescent OCD, and their effects are transmitted through obsessive beliefs as a cognitive trait. The findings support family-based intervention strategies targeting both obsessive beliefs and stress management in adolescents with OCD.

Keywords

Adolescents, Obsessive-Compulsive Disorder, Family Factors, Life Events, Cognitive Beliefs, Mediating Effect

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

强迫障碍(Obsessive-Compulsive Disorder, OCD)是以反复出现的强迫观念和(或)强迫行为为核心特征的一种慢性、致残性精神障碍。国际流行病学调查显示, OCD 的终生患病率约为 2%~3%, 在儿童青少年

群体中患病率更高,估计为 0.25%~4% [1]。超过 50%的成年 OCD 患者其症状在儿童期或青少年期即已出现,提示青少年期是 OCD 发生发展的关键窗口期[2]。然而,由于症状的隐蔽性和病耻感,OCD 从发病到正确诊断往往延迟多年,严重影响患者的社会功能和生活质量。

青少年 OCD 的病因学机制复杂,涉及生物遗传、心理社会等多层面因素的交互作用。近年来,家庭相关因素在青少年 OCD 发生发展中的作用受到日益广泛的关注。青少年正处于心理社会发展的关键阶段,家庭是其成长的首要环境系统。研究表明,不良的家庭功能(如低亲密度、高矛盾性)、不当的父母教养方式(如高控制、低温暖)与青少年 OCD 的发生显著相关[3] [4]。然而,家庭因素通过何种机制影响 OCD,目前尚不清楚。有研究者提出,家庭因素可能通过塑造个体的认知图式和情绪调节模式间接影响 OCD 症状[5]。

除家庭因素外,负性生活事件作为应激源在青少年 OCD 发病中的作用亦不容忽视。青春期是生理和心理剧变的时期,青少年对人际关系、学业压力、家庭变故等生活事件更为敏感。Gothelf 等[6]的研究发现,OCD 青少年在发病前一年经历的负性生活事件数量显著多于健康对照,且对这些事件的主观应激感知更为强烈。青少年 OCD 患者在学习压力、人际关系困扰等方面的应激水平显著高于正常群体,负性生活事件可能通过激活个体的认知易感性、诱发焦虑情绪,成为 OCD 症状的“扳机”。

强迫认知工作组(Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, OCCWG)的认知行为模型强调,功能失调的信念——特别是关于责任夸大、完美主义和不确定性不耐受、思维重要性的信念——是 OCD 的核心认知易感因素[7]。强迫信念问卷(OBQ-44)所测量的这三类信念在 OCD 患者中显著升高。与此同时,焦虑特质作为一种情感脆弱性指标,也被认为是 OCD 的重要情绪风险因素。具有高焦虑特质的个体倾向于将环境刺激知觉为潜在威胁,并在应对不确定性时体验更大困难[8]。值得注意的是,强迫信念与焦虑特质之间存在交互作用,焦虑敏感性可以增强强迫信念对 OCD 症状的预测效应[9]。

然而,目前将家庭因素、负性生活事件、认知特质和情绪特质纳入统一框架、探讨其在青少年 OCD 中作用机制的研究仍相对有限。多数研究采用非临床样本(如大学生群体),或以症状自评量表的 OCD 分量表作为诊断指标,结论向临床群体的推广受到限制。章新月等[10]的研究发现,青少年生活事件可通过非适应性认知情绪调节策略和强迫症状的中介作用影响网络成瘾,提示生活事件与强迫症状之间存在认知中介路径,但该研究并未以临床 OCD 患者为对象。基于此,本研究以西南康复医院青少年 OCD 患者为研究对象,通过病例对照设计,探讨以下假设:1) 家庭环境、父母教养方式、负性生活事件与青少年 OCD 相关;2) 强迫信念、焦虑特质与青少年 OCD 相关;3) 认知和情绪特质在家庭因素、生活事件与 OCD 症状之间起中介作用。

2. 研究方法

2.1. 研究对象

采用病例对照研究设计。病例组选取 2023 年 1 月至 2025 年 12 月在西南康复医院精神科门诊或住院治疗的青少年 OCD 患者。入组标准:1) 年龄 12~18 岁;2) 符合《精神障碍诊断与统计手册》第 5 版(DSM-5) OCD 诊断标准,由两名主治医师及以上职称精神科医师独立诊断;3) Y-BOCS 总分 ≥ 16 分(中重度强迫症状);4) 患者及监护人知情同意,自愿参与研究。排除标准:1) 合并精神分裂症、双相情感障碍等重性精神障碍;2) 有器质性脑病史或智力发育障碍;3) 目前正在接受系统心理治疗或入组前 4 周内调整过药物方案。

对照组选自与病例组同社区的年龄、性别匹配的健康青少年。入组标准:1) 年龄 12~18 岁;2) 无精神疾病史,MINI-Kid 访谈排除精神障碍;3) Y-BOCS 总分 < 8 分;4) 患者及监护人知情同意。排除标准同病例组。

共纳入病例组 110 例(男 52 例, 女 58 例), 对照组 110 例(男 50 例, 女 60 例), 两组在性别($\chi^2 = 0.147$, $P = 0.702$)、年龄[(15.32 $\pm$ 2.08)岁 vs. (15.18 $\pm$ 2.15)岁, $t = 0.491$, $P = 0.624$]方面差异无统计学意义。两组家庭经济状况分布差异无统计学意义($\chi^2 = 2.345$, $P = 0.504$)。同时纳入病例组父母 98 对、对照组父母 95 对进行父母问卷评估。

2.2. 研究工具

2.2.1. 一般资料问卷

自编问卷, 收集人口学信息(年龄、性别、民族、年级、独生子女情况、居住地、父母受教育程度、家庭结构、家庭经济状况)及临床信息(起病年龄、病程、既往治疗史、家族精神病史)。家庭经济状况按家庭月收入分为五级: 1 = 低于 3000 元, 2 = 3000~5999 元, 3 = 6000~9999 元, 4 = 10,000~19,999 元, 5 = 20,000 元及以上。

2.2.2. 耶鲁-布朗强迫量表(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)

Y-BOCS 是评估 OCD 症状严重程度的金标准工具, 由 Goodman 等[11]编制。量表含 10 个条目, 分别评估强迫思维和强迫行为的频率、干扰、痛苦、抵抗和控制情况, 每项 0~4 分, 总分 0~40 分。该量表中文版在国内广泛使用, 信效度良好[12]。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.89。

2.2.3. 家庭环境量表中文版(Family Environment Scale-Chinese Version, FES-CV)

FES-CV 由 Moos 编制[13], 费立鹏等[14]修订为中文版。量表含 90 个条目, 分为 10 个分量表, 分别评价家庭环境的亲密度、情感表达、矛盾性、独立性、成功性、文化性、娱乐性、道德观、组织性和控制性。各分量表得分越高, 表明该特征越明显。本研究中各分量表 Cronbach's α 系数为 0.65~0.82。

2.2.4. 父母教养方式量表(Egna Minnen av Barndoms Uppfostran, EMBU)

EMBU 由 Perris 等[4]编制, 岳冬梅等[15]修订为中文版。量表含 66 个条目, 分为父亲教养方式(6 个因子: 情感温暖、惩罚严厉、过分干涉、偏爱、拒绝否认、过度保护)和母亲教养方式(5 个因子: 情感温暖、过分干涉保护、拒绝否认、惩罚严厉、偏爱), 采用 4 级评分。本研究中各因子 Cronbach's α 系数为 0.71~0.88。

2.2.5. 青少年生活事件量表(Adolescent Self-Rating Life Events Checklist, ASLEC)

ASLEC 由刘贤臣等[16]编制, 专门用于评估青少年群体近 12 个月内遭遇的生活事件及其应激强度。量表含 27 个条目, 分为人际关系、学习压力、受惩罚、丧失、健康适应、其他等 6 个因子。每个条目先评定事件是否发生(是/否), 若发生则按 5 级评分(1 = 无影响, 5 = 极重影响)评估主观应激程度。总分越高, 表明承受的负性生活事件应激越强。本研究中总量表 Cronbach's α 系数为 0.87, 各因子 α 系数为 0.72~0.85。

2.2.6. 强迫信念问卷(Obsessive Beliefs Questionnaire-44, OBQ-44)

OBQ-44 由 OCCWG [7]编制, 中文版由王瑜萍等[17]修订。量表含 44 个条目, 测量三个维度: 责任夸大/威胁评估(RT)、完美主义/不确定性不耐受(PC)和思维重要性/控制信念(ICT)。采用 7 级评分(1 = 非常不同意, 7 = 非常同意)。本研究中总量表 Cronbach's α 系数为 0.94, 各维度 α 系数为 0.87~0.91。

2.2.7. 状态-特质焦虑问卷(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

STAI 由 Spielberger 等[8]编制, 中文版由汪向东等[18]修订。量表含 40 个条目, 分别测量状态焦虑(S-AI)和特质焦虑(T-AI), 各 20 项, 采用 4 级评分。本研究主要采用特质焦虑分量表。本研究中特质焦虑分量表 Cronbach's α 系数为 0.91。

2.3. 研究程序

所有评估由经过统一培训的 2 名心理学研究生在精神科医师指导下完成。病例组评估在入组后 1 周内完成, 对照组评估在社区招募后 2 周内完成。ASLEC 评估发病前 12 个月内的生活事件情况(病例组指首次发病前 12 个月, 对照组指调查时点前 12 个月)。患者父母问卷由父母独立填写, 当场回收。数据录入采用双录入核对, 确保准确性。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 及 PROCESS 3.5 宏程序[19]进行数据分析。计数资料采用 χ^2 检验, 符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 两组间比较采用独立样本 t 检验, 方差不齐时采用校正 t 检验。采用 Pearson 相关分析检验变量间关系。中介效应检验采用 Bootstrap 方法(抽样 5000 次), 以 95%置信区间(CI)不包含 0 为有统计学意义。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

为增强结论的稳健性, 本研究在核心分析之外进行了以下补充分析: 1) 敏感性分析——不合成“家庭风险指数”, 而将各家庭相关变量(FES-CV 亲密度、矛盾性、情感表达、组织性、控制性, EMBU 父亲情感温暖、父亲拒绝否认、母亲情感温暖、母亲拒绝否认)分别作为自变量纳入中介模型, 观察间接效应模式的一致性; 2) 将家庭经济状况作为协变量纳入核心中介模型, 检验在控制该变量后核心间接效应是否依然显著。

3. 研究结果

3.1. 两组临床特征比较

病例组起病年龄为(12.86 ± 2.53)岁, 病程为(28.74 ± 19.63)个月。Y-BOCS 总分为(24.63 ± 6.82)分, 其中强迫思维维度(12.37 ± 3.85)分, 强迫行为维度(12.26 ± 4.01)分。76 例(69.1%)患者既往接受过药物治疗, 41 例(37.3%)接受过心理治疗, 29 例(26.4%)有精神疾病家族史(其中一级亲属患 OCD 者 6 例)。

3.2. 两组家庭环境比较

FES-CV 各维度评分见表 1。病例组在亲密度、情感表达、文化性、娱乐性、道德观、组织性维度上评分均显著低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 在矛盾性、控制性维度上显著高于对照组($P < 0.01$)。独立性和成功性维度两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

Table 1. Comparison of FES-CV scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 两组 FES-CV 评分比较($\bar{x} \pm s$)

维度	病例组(n = 110)	对照组(n = 110)	t 值	P 值
亲密度	6.24 $\pm$ 2.31	7.96 $\pm$ 1.85	-6.178	<0.001
情感表达	4.78 $\pm$ 2.05	5.92 $\pm$ 1.72	-4.536	<0.001
矛盾性	5.46 $\pm$ 2.18	3.78 $\pm$ 1.96	6.101	<0.001
独立性	5.12 $\pm$ 1.83	5.38 $\pm$ 1.74	-1.068	0.287
成功性	5.83 $\pm$ 1.76	5.52 $\pm$ 1.68	1.343	0.181
文化性	3.85 $\pm$ 2.06	5.12 $\pm$ 1.89	-4.819	<0.001

续表

娱乐性	3.92 ± 1.94	5.46 ± 1.83	-6.113	<0.001
道德观	4.68 ± 1.72	5.34 ± 1.65	-2.923	0.004
组织性	5.32 ± 1.86	6.08 ± 1.72	-3.185	0.002
控制性	5.74 ± 1.92	4.46 ± 1.78	5.178	<0.001

3.3. 两组父母教养方式比较

EMBU 各因子评分见表 2。病例组父母情感温暖、理解因子评分显著低于对照组($P < 0.01$), 而惩罚严厉、拒绝否认、过度保护因子评分显著高于对照组($P < 0.01$)。父亲过分干涉因子在病例组也高于对照组($P < 0.05$)。两组父母偏爱因子差异无统计学意义($P > 0.05$)。该结果进一步验证了父母教养方式偏差与青少年 OCD 的关联。

Table 2. Comparison of EMBU scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组 EMBU 评分比较($\bar{x} \pm s$)

因子	病例组(n = 110)	对照组(n = 110)	t 值	P 值
父亲				
情感温暖	43.26 ± 9.84	51.38 ± 8.76	-6.479	<0.001
惩罚严厉	22.45 ± 6.72	17.38 ± 5.43	6.171	<0.001
过分干涉	21.86 ± 4.82	19.76 ± 4.35	3.405	0.001
偏爱	9.12 ± 2.46	8.76 ± 2.31	1.120	0.264
拒绝否认	13.28 ± 4.15	9.56 ± 3.48	7.214	<0.001
过度保护	12.84 ± 3.76	9.82 ± 3.21	6.443	<0.001
母亲				
情感温暖	44.82 ± 10.12	52.46 ± 9.23	-5.887	<0.001
过分干涉保护	38.64 ± 8.56	32.28 ± 7.82	5.798	<0.001
拒绝否认	15.76 ± 5.08	10.82 ± 4.12	7.945	<0.001
惩罚严厉	16.48 ± 5.32	12.14 ± 4.38	6.608	<0.001
偏爱	9.36 ± 2.58	8.92 ± 2.44	1.310	0.192

3.4. 两组负性生活事件比较

ASLEC 各维度评分见表 3。病例组 ASLEC 总分及各因子评分均显著高于对照组($P < 0.01$), 其中学习压力因子和人际关系因子的组间差异最大(t 值分别为 8.472 和 7.938)。在事件频次方面, 病例组人均经历负性生活事件(7.84 ± 3.52)件, 显著多于对照组的(4.36 ± 2.87)件($t = 8.123, P < 0.001$)。病例组排名前三位的高频事件为“考试失败或不理想”(82.7%)、“与同学或好友发生纠纷”(67.3%)和“被人误会或错怪”(61.8%)。上述结果提示, 负性生活事件的数量和主观应激强度均与青少年 OCD 显著关联, 与 Gothelf 等[6]和章新月等[10]的研究发现一致。

Table 3. Comparison of ASLEC scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)
表 3. 两组 ASLEC 评分比较($\bar{x} \pm s$)

维度	病例组(n = 110)	对照组(n = 110)	t 值	P 值
ASLEC 总分	48.26 ± 16.84	28.74 ± 12.36	9.748	<0.001
人际关系	10.84 ± 4.62	6.32 ± 3.85	7.938	<0.001
学习压力	12.46 ± 4.38	7.18 ± 3.96	8.472	<0.001
受惩罚	8.62 ± 4.76	5.14 ± 3.82	6.034	<0.001
丧失	5.28 ± 3.64	3.46 ± 2.98	4.136	<0.001
健康适应	6.14 ± 3.82	3.82 ± 3.14	5.011	<0.001
其他事件	4.92 ± 3.46	2.82 ± 2.64	5.158	<0.001

3.5. 两组认知信念和焦虑特质比较

OBQ-44 和 STAI 评分见表 4。病例组 OBQ-44 总分及三个维度(责任夸大/威胁评估、完美主义/不确定性不耐受、思维重要性/控制信念)评分均显著高于对照组($P < 0.001$)。病例组 STAI 特质焦虑评分显著高于对照组($P < 0.001$)，状态焦虑评分亦高于对照组($P < 0.001$)。该结果与 OCCWG (2005) [7]的发现一致，支持强迫信念和焦虑特质在 OCD 中的核心地位。

Table 4. Comparison of OBQ-44 and STAI scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)
表 4. 两组 OBQ-44 及 STAI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

变量	病例组(n = 110)	对照组(n = 110)	t 值	P 值
OBQ-44 总分	186.42 ± 38.75	128.36 ± 29.68	12.570	<0.001
责任夸大/威胁评估	62.48 ± 14.86	42.36 ± 11.24	11.386	<0.001
完美主义/不确定性不耐受	68.92 ± 15.42	48.74 ± 12.36	10.696	<0.001
思维重要性/控制信念	55.02 ± 13.28	37.26 ± 10.18	11.136	<0.001
STAI-状态焦虑	48.76 ± 8.92	36.42 ± 7.36	11.230	<0.001
STAI-特质焦虑	52.38 ± 9.24	38.56 ± 8.12	12.069	<0.001

3.6. 父母测评结果比较

对病例组父母(98 对)与对照组父母(95 对)的 OBQ-44 和 STAI 特质焦虑评分进行比较(表 5)。病例组父母的 OBQ-44 总分及各维度评分均显著高于对照组父母($P < 0.001$)，特质焦虑评分亦显著高于对照组父母($P < 0.001$)。该结果提示 OCD 患者的父母可能存在亚临床的强迫信念和情绪特质，支持 OCD 的家族聚集性特征[20]。

Table 5. Comparison of parental OBQ-44 and trait anxiety scores between the two groups ($\bar{x} \pm s$)
表 5. 两组父母 OBQ-44 及特质焦虑评分比较($\bar{x} \pm s$)

变量	病例组父母(n = 98 对)	对照组父母(n = 95 对)	t 值	P 值
OBQ-44 总分	158.72 ± 32.46	132.18 ± 28.35	6.118	<0.001
责任夸大/威胁评估	52.36 ± 12.84	44.28 ± 11.62	4.701	<0.001
完美主义/不确定性不耐受	58.94 ± 13.72	48.56 ± 12.18	5.684	<0.001
思维重要性/控制信念	47.42 ± 11.36	39.34 ± 10.42	5.215	<0.001
STAI-特质焦虑	46.82 ± 8.56	38.24 ± 7.92	7.298	<0.001

3.7. 相关分析

对病例组各变量进行 Pearson 相关分析(表 6)。Y-BOCS 总分与 ASLEC 总分($r = 0.486, P < 0.01$)、FES-CV 矛盾性($r = 0.412, P < 0.01$)、EMBU 父亲拒绝否认($r = 0.438, P < 0.01$)、OBQ-44 总分($r = 0.562, P < 0.01$)、STAI 特质焦虑($r = 0.448, P < 0.01$)呈正相关; 与 FES-CV 亲密度($r = -0.386, P < 0.01$)、EMBU 父亲情感温暖($r = -0.392, P < 0.01$)呈负相关。ASLEC 总分与 OBQ-44 总分($r = 0.424, P < 0.01$)、STAI 特质焦虑($r = 0.398, P < 0.01$)呈正相关。FES-CV 矛盾性、EMBU 拒绝否认与 OBQ-44 总分呈正相关($r = 0.384, 0.412, P < 0.01$)。

Table 6. Correlation coefficient matrix of variables in the case group (n = 110)
表 6. 病例组各变量相关系数矩阵(n = 110)

变量	1	2	3	4	5	6	7
1) Y-BOCS 总分	1						
2) ASLEC 总分	0.486**	1					
3) FES-矛盾性	0.412**	0.342**	1				
4) FES-亲密度	-0.386**	-0.318**	-0.452**	1			
5) EMBU-父亲拒绝否认	0.438**	0.376**	0.368**	-0.384**	1		
6) OBQ-44 总分	0.562**	0.424**	0.384**	-0.356**	0.412**	1	
7) STAI-特质焦虑	0.448**	0.398**	0.352**	-0.328**	0.386**	0.478**	1

注: ** $P < 0.01$ 。

3.8. 中介效应分析

基于理论假设和相关分析结果, 构建两个中介模型。
模型一: 以“家庭风险指数”(由 FES-CV 矛盾性、亲密度(反向)和 EMBU 父母拒绝否认合成)为自变量、Y-BOCS 总分为因变量、OBQ-44 总分和 STAI 特质焦虑为并行中介变量。控制性别、年龄后, Bootstrap 分析显示(表 7): 家庭风险指数→OBQ-44→Y-BOCS 的间接效应为 0.164 (Boot SE = 0.038, 95% CI: 0.092~0.242), 该效应占总效应的比例为 64.3%; 家庭风险指数→特质焦虑→Y-BOCS 的间接效应为 0.042 (Boot SE = 0.026, 95% CI: -0.008~0.094), 置信区间包含 0, 中介效应不显著。直接效应为 0.049 (Boot SE = 0.031, 95% CI: -0.012~0.110)。模型总体 $R^2 = 0.382$ ($F = 16.742, P < 0.001$)。

Table 7. Bootstrap test results for the mediation effect
表 7. 中介效应 Bootstrap 检验结果

路径	效应值	Boot SE	95% CI	效应占比
模型一: 家庭风险→OCD				
总效应	0.255	0.045	0.167~0.343	-
直接效应	0.049	0.031	-0.012~0.110	-
总间接效应	0.206	0.042	0.124~0.288	80.8%
家庭风险→OBQ-44→Y-BOCS	0.164	0.038	0.092~0.242	64.3%
家庭风险→特质焦虑→Y-BOCS	0.042	0.026	-0.008~0.094	16.5%

续表

模型二：生活事件→OCD				
总效应	0.282	0.046	0.192~0.372	-
直接效应	0.068	0.029	0.012~0.124	24.1%
总间接效应	0.214	0.038	0.140~0.288	75.9%
ASLEC→OBQ-44→Y-BOCS	0.136	0.032	0.074~0.202	48.2%
ASLEC→特质焦虑→Y-BOCS	0.078	0.028	0.024~0.136	27.7%

模型二：以 ASLEC 总分为自变量、Y-BOCS 总分为因变量、OBQ-44 总分和 STAI 特质焦虑为并行中介变量。控制性别、年龄后，Bootstrap 分析显示(表 7)：ASLEC→OBQ-44→Y-BOCS 的间接效应为 0.136 (Boot SE = 0.032, 95% CI: 0.074~0.202)，占总效应的比例为 48.2%；ASLEC→特质焦虑→Y-BOCS 的间接效应为 0.078 (Boot SE = 0.028, 95% CI: 0.024~0.136)，占总效应的比例为 27.7%；直接效应为 0.068 (Boot SE = 0.029, 95% CI: 0.012~0.124)，仍显著。模型总体 $R^2 = 0.374$ ($F = 15.826$, $P < 0.001$)。

3.9. 敏感性分析

3.9.1. 各家庭相关变量分别建模的敏感性分析

为检验家庭风险指数合成的稳健性，本研究将 FES-CV 亲密度、矛盾性、情感表达、组织性、控制性，以及 EMBU 父亲情感温暖、父亲拒绝否认、母亲情感温暖、母亲拒绝否认分别作为自变量，以 OBQ-44 为中介变量、Y-BOCS 为因变量，逐一进行中介效应分析(Bootstrap 5000 次)，控制性别和年龄。结果显示(表 8)：除组织性(间接效应 = 0.048, 95% CI: -0.012~0.108)和控制性(间接效应 = 0.072, 95% CI: -0.006~0.150)的间接效应未达到统计学显著水平外，其余 7 个变量的间接效应均显著(95% CI 不包含 0)。其中，亲密度、情感表达、母亲情感温暖的间接效应为负向，矛盾性、父亲情感温暖(反向)、父亲拒绝否认、母亲拒绝否认的间接效应为正向。这一模式与合成指数的方向完全一致，表明除组织性和控制性外，绝大多数家庭相关变量均通过强迫信念的中介路径影响 OCD 症状，验证了核心结论的稳健性。

Table 8. Indirect effects (Bootstrap) of each family-related variable modeled separately

表 8. 各家庭相关变量分别建模的间接效应(Bootstrap)

自变量	间接效应(a × b)	Boot SE	95% CI
FES-亲密度	-0.128	0.034	-0.196~-0.062
FES-矛盾性	0.142	0.036	0.072~0.214
FES-情感表达	-0.096	0.030	-0.156~-0.038
FES-组织性	0.048	0.030	-0.012~0.108
FES-控制性	0.072	0.040	-0.006~0.150
EMBU-父亲情感温暖	-0.118	0.032	-0.182~-0.056
EMBU-父亲拒绝否认	0.156	0.038	0.082~0.234
EMBU-母亲情感温暖	-0.134	0.034	-0.202~-0.068
EMBU-母亲拒绝否认	0.168	0.036	0.098~0.240

3.9.2. 控制家庭经济状况后的中介效应

将家庭经济状况作为协变量纳入模型一和模型二(控制性别、年龄、家庭经济状况),核心间接效应的Bootstrap 结果见表 9。模型一中,家庭风险指数→OBQ-44→Y-BOCS 的间接效应为 0.156 (Boot SE = 0.037, 95% CI: 0.084~0.230), 仍显著;家庭风险指数→特质焦虑→Y-BOCS 的间接效应为 0.038 (Boot SE = 0.025, 95% CI: -0.010~0.088), 仍不显著。模型二中, ASLEC→OBQ-44→Y-BOCS 的间接效应为 0.128 (Boot SE = 0.031, 95% CI: 0.068~0.190), ASLEC→特质焦虑→Y-BOCS 的间接效应为 0.072 (Boot SE = 0.027, 95% CI: 0.020~0.126), 均仍显著。上述结果表明,在控制家庭经济状况这一潜在混杂变量后,核心研究结论未发生实质性改变,进一步增强了结果的稳健性。

Table 9. Core indirect effects after controlling for family economic status
表 9. 控制家庭经济状况后的核心间接效应

路径	间接效应	Boot SE	95% CI
模型一			
家庭风险→OBQ-44→Y-BOCS	0.156	0.037	0.084~0.230
家庭风险→特质焦虑→Y-BOCS	0.038	0.025	-0.010~0.088
模型二			
ASLEC→OBQ-44→Y-BOCS	0.128	0.031	0.068~0.190
ASLEC→特质焦虑→Y-BOCS	0.072	0.027	0.020~0.126

4. 讨论

4.1. 家庭因素与青少年 OCD 的关系

本研究发现,青少年 OCD 患者的家庭环境呈现“低亲密度 - 高矛盾性”的特征,这与既往研究结果一致[3] [21]。具体而言,病例组家庭在亲密度、情感表达、文化性、娱乐性等积极维度上评分显著低于对照组,而在矛盾性和控制性维度上显著高于对照组。这表明 OCD 青少年成长的家庭氛围往往缺乏情感支持与温暖,冲突频发且规则僵化。家庭作为青少年社会化的首要场域,其功能失调可能通过塑造不良的认知图式和应对模式,为 OCD 的发生创造条件。Moos [13]的家庭环境理论指出,家庭的社会气候——包括关系维度、个人成长维度和系统维持维度——深刻影响着家庭成员的心理适应。本研究的结果表明,OCD 青少年家庭在关系维度(亲密度、情感表达)和系统维持维度(组织性、控制性)上的失调尤为突出。

父母教养方式的比较也支持上述推论。病例组父母的情感温暖和理解评分显著低于对照组,而惩罚严厉、拒绝否认和过度保护评分显著高于对照组。张岩滨等[3]对 70 例青少年 OCD 患者的研究同样发现,OCD 组父母的情感温暖理解因子得分低于对照组,严厉惩罚和拒绝否认得分高于对照组。父母教养方式的偏差可能通过两个路径影响 OCD:一方面,低温暖、高控制的教养环境诱发儿童的焦虑和不安全感,增加对不确定性的低耐受性;另一方面,挑剔和拒绝的教养方式可能促使儿童发展出过度追求完美、害怕犯错的认知模式,这些均是 OCD 的易感因素[4]。

值得注意的是,本研究发现 OCD 患者父母自身也存在较高的强迫信念和特质焦虑。这一发现与家庭聚集性研究的结论一致——OCD 患者的一级亲属患 OCD 的风险较一般人群高 5~10 倍[22]。但本研究进一步揭示,即使未达临床诊断标准的父母,其认知和情绪特征也与健康对照组父母存在显著差异。这些“亚临床”特征可能通过遗传 - 环境交互作用或代际传递机制影响子女 OCD 的发生。Geller 等[20]的研究也发现,围产期不良经历和家族遗传风险共同影响儿童 OCD 的表达,提示生物 - 心理 - 社会多层面因

素的复杂交互。

4.2. 负性生活事件的作用

本研究的关键发现之一是负性生活事件与青少年 OCD 的显著关联。病例组在发病前一年经历的负性生活事件数量更多、主观应激强度更高,尤其在人际关系和学习压力维度上差异最为突出。这一发现与 Gothelf 等[6]的研究高度一致——该研究对 28 例 OCD 青少年、28 例其他焦虑障碍青少年和 24 名健康对照的比较发现,OCD 组在发病前一年的总生活事件数和负性生活事件数均显著多于健康对照,且对事件的冲击感知更为强烈。Gothelf 等[6]进一步指出,高焦虑水平和年龄增长可预测更强的冲击感知,提示情绪特质在生活事件与 OCD 关系中扮演调节角色。

生活事件可能在 OCD 发病中扮演“扳机”角色。根据 Diathesis-Stress 模型[23],个体的认知易感性(如强迫信念)是“素质”,而负性生活事件是“应激”;只有当应激水平超过个体的应对阈值时,临床障碍才会表达。在本研究中,部分患者主诉症状在经历重大人际冲突、学业挫折或家庭变故后明显加重或首次浮现,这与该模型一致。此外,青少年期特有的发展任务——如学业竞争加剧、同伴关系重构、自我认同探索——使得该阶段个体对特定类型的生活事件尤为敏感[24]。

4.3. 认知信念与情绪特质的中介作用

本研究的核心发现在于认知和情绪特质在家庭因素、生活事件与 OCD 之间的中介作用模式不同。

家庭因素方面:强迫信念在家庭因素与 OCD 症状之间起完全中介作用,而特质焦虑的中介效应不显著。这一结果提示,不良家庭环境对 OCD 的影响并非直接的,而是通过塑造个体对威胁、不确定性和责任的功能失调信念间接发挥作用。换言之,家庭因素可能是 OCD 的“远端风险”,而强迫信念则是“近端机制”。既往 OCD 的认知行为模型强调信念在 OCD 维持中的作用[7],但较少关注信念的形成机制。本研究支持了“家庭环境→认知图式→OCD 症状”的发展路径,呼应了发展精神病理学的观点。OCD 的认知特异性进一步强化了这一观点:三个维度中,完美主义/不确定性不耐受(PC)维度与家庭因素的相关最为密切,这与完美主义教养环境假说一致。敏感性分析进一步显示,亲密度、矛盾性、情感表达、母亲拒绝否认及母亲情感温暖等核心家庭变量均呈现一致的间接效应模式,表明这一中介机制具有跨家庭维度的稳定性。

生活事件方面:强迫信念和特质焦虑均发挥了显著的部分中介效应,且强迫信念的中介效应占比更大(48.2% vs. 27.7%),同时 ASLEC 的直接效应仍然显著。这一模式提示,负性生活事件对 OCD 的影响路径更为多元:一方面,生活事件可直接激活或加剧强迫症状(如创伤后强迫观念的出现);另一方面,生活事件通过强化个体的强迫信念(如“我必须完美才能避免负面评价”)和升高特质焦虑水平间接促进 OCD。特质焦虑在生活事件模型中的中介效应显著,而在家庭模型中的中介效应不显著,这一差异值得关注。一种可能的解释是,生活事件作为近端的、急性的应激源,更直接地触发情绪反应系统;而家庭因素是慢性的、远端的风险因素,其效应主要通过认知结构的内化得以传递。这一差异模式在控制家庭经济状况后仍然稳定,进一步支持了家庭因素与生活事件作用于 OCD 的不同路径特征。

4.4. 未来纵向研究设计展望

本研究采用横断面设计,虽通过中介效应分析揭示了变量间的统计关系,但无法对因果时序做出确证性推断。为检验本研究提出的“家庭远端风险→认知/情绪特质→OCD 症状”及“生活事件触发”的病理模型中的因果时序关系,未来研究可设计如下前瞻性纵向研究方案:1) 研究设计:采用前瞻性队列研究设计。2) 样本招募:从西南地区普通中学和社区招募 2000~2500 名 12~14 岁青少年(初一至高一年

级), 利用 FES-CV、EMBU 和 OBQ-44 进行基线筛查。依据家庭风险指数(FES-CV 亲密度 $\leq$ 第 25 百分位数且矛盾性 $\geq$ 第 75 百分位数, 或 EMBU 父母拒绝否认 $\geq$ 第 75 百分位数)识别高风险组(约 300~400 人), 同时按性别、年龄匹配低风险对照组(约 300~400 人)。3) 基线评估: 对入组青少年进行全面评估, 包括: ① Y-BOCS(排除已患 OCD 者); ② OBQ-44; ③ STAI 特质焦虑; ④ ASLEC(过去 6 个月); ⑤ 一般人口学及家族史资料。4) 追踪方案: 每 6 个月进行一次随访评估(共追踪 3 年, 6 个波次), 每次评估内容包括: ① ASLEC(过去 6 个月新发生的生活事件); ② OBQ-44(追踪认知信念的动态变化); ③ STAI 特质焦虑; ④ Y-BOCS 及 MINI-Kid(筛查 OCD 新发病例)。对 Y-BOCS ≥ 16 分且 MINI-Kid 确诊 OCD 的参与者, 转介至精神科接受规范化治疗。5) 分析策略: ① 采用 Cox 比例风险回归模型, 检验基线家庭风险、生活事件暴露(时依协变量)及二者交互项对 OCD 发病风险的预测效应; ② 采用交叉滞后面板模型(CLPM), 检验生活事件、强迫信念与 OCD 症状之间的动态因果方向; ③ 采用潜变量增长曲线模型(LGCM), 追踪强迫信念的纵向发展轨迹, 检验基线家庭风险是否预测强迫信念的不同增长趋势。6) 预期成果: 该设计将: ① 确认家庭因素作为远端风险因素在时间上先于 OCD 发病的因果时序; ② 揭示生活事件是否在特定时段(如升学过渡期)具有更大的触发效应; ③ 阐明强迫信念的发展轨迹及其中介时间窗口, 为干预时机的选择提供循证依据。

4.5. 临床干预启示

本研究的发现对青少年 OCD 的临床干预具有多重启示。首先, 干预应当包含家庭层面, 帮助家庭改善沟通模式、减少冲突、增加情感支持。家庭聚焦的认知行为疗法(Family-Based CBT)已被证明对青少年 OCD 有效, 其核心目标之一是减少家庭顺应行为、改善家庭功能[25]。其次, 干预应当聚焦于认知信念的矫正, 尤其针对患者关于完美主义、责任夸大和不确定性不耐受的功能失调信念。通过认知重建、行为实验等技术帮助患者发展更为灵活、适应性的认知模式。再次, 生活事件管理应当被纳入干预方案。帮助青少年发展有效的应对策略、增强心理韧性, 以缓冲未来生活事件的冲击。最后, 父母应当被纳入干预体系——不仅作为患者治疗的支持者, 也作为可能自身存在认知偏差的“共同治疗者”。改善父母的强迫信念、焦虑特质和应对方式, 可能有助于降低家庭环境中的“认知毒性”和情绪传染, 巩固治疗效果、降低复发风险。

4.6. 研究局限

本研究存在以下局限。第一, 横断面研究设计无法推断因果关系, 中介效应分析只能检验统计模型而非因果时序。生活事件的回顾性报告也可能受回忆偏差影响。本研究已在讨论部分 4.4 节提出了详细的前瞻性纵向研究设计方案, 以回应此局限并指明未来方向。第二, 样本来源为单一康复医院, 可能存在选择偏倚, 研究结论的外部效度有待多中心研究验证。第三, 研究工具均为自陈量表, 可能受社会赞许性和共同方法偏差影响。尽管统计检验未发现严重共同方法偏差, 但未来研究可结合行为观察和临床访谈。第四, 未纳入完整的生物学指标(如 5-HT 水平、神经影像学参数), 无法考察生物-心理-社会多层面的交互作用。第五, 对父亲与母亲教养方式的差异性作用分析不够深入, 已有研究表明父亲和母亲教养方式对青少年心理的影响可能存在差异。第六, 生活事件量表的丧失因子(如亲友去世)在青少年群体中发生率较低, 该因子的统计效能可能受限。

5. 结论

本研究基于西南康复医院 110 例青少年 OCD 患者的病例对照研究, 得出以下结论: 1) 青少年 OCD 患者的家庭环境显著差于健康对照组, 呈现低亲密度、低情感表达、高矛盾性、高控制性的特征; 2) 父

母教养方式以低情感温暖、高惩罚严厉、高拒绝否认、高过度保护为特征；3) OCD 患者及其父母均表现出显著升高的强迫信念和焦虑特质，呈现家族聚集性；4) OCD 患者在发病前经历的负性生活事件数量更多、主观应激更强，尤其在人际关系和学习压力维度上差异最为突出；5) 强迫信念在家庭因素与 OCD 症状之间起完全中介作用，而生活事件则通过强迫信念和特质焦虑的双重中介路径影响 OCD，凸显了生活事件作为独立风险因素的独特作用模式；6) 敏感性分析表明，除组织性和控制性外，各家庭相关变量的间接效应模式与合成指数结果一致，且在控制家庭经济状况后核心中介效应依然显著，证实了研究结论的稳健性。上述发现揭示了青少年 OCD 发病中“家庭远端风险 - 生活事件触发 - 认知/情绪近端机制”的整合性病理路径，为以家庭为基础、聚焦认知信念和应激管理的综合干预策略提供了实证依据。

声 明

本研究经西南康复医院伦理委员会批准(伦理批件号: XNKY-2023-018), 所有参与者及监护人签署书面知情同意书。

基金项目

成都市卫生健康委员会项目(编号: 2025541)。

成都市卫生健康委员与成都医学院委校联合创新基金(WXLHCXJJ25-13)。

参考文献

- [1] Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T. and Kessler, R.C. (2008) The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, **15**, 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- [2] Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. and Walters, E.E. (2005) Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, **62**, 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- [3] 张岩滨, 孔德荣, 邱松伟, 等. 青少年强迫症患者家庭因素的研究[J]. 医药论坛杂志, 2010, 31(3): 38-40.
- [4] Perris, C., Jacobsson, L., Linndström, H., von Knorring, L. and Perris, H. (1980) Development of a New Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **61**, 265-274. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>
- [5] Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- [6] Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T. and Apter, A. (2004) Life Events and Personality Factors in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder and Other Anxiety Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, **45**, 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.010>
- [7] Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003) Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, **41**, 863-878.
- [8] Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- [9] Abramowitz, J.S., Khandker, M., Nelson, C.A., Deacon, B.J. and Rygwall, R. (2006) The Role of Cognitive Factors in the Pathogenesis of Obsessive-Compulsive Symptoms: A Prospective Study. *Behaviour Research and Therapy*, **44**, 1361-1374. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.011>
- [10] 章新月, 姚瑞, 王向, 等. 青少年生活事件对网络成瘾的影响: 非适应性认知情绪调节策略与强迫症状的中介作用[J]. 中国临床心理学杂志, 2024, 32(5): 977-981+1006.
- [11] Goodman, W.K., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., et al. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, **46**, 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- [12] 徐勇, 张海音. Yale-Brown 强迫量表中文版的信度和效度[J]. 上海精神医学, 2006(6): 321-323.
- [13] Moos, R.H. (1974) *Family Environment Scale*. Consulting Psychologists Press.
- [14] 费立鹏, 沈其杰, 郑延平, 等. 家庭亲密度和“适应性量表”和“家庭环境量表”的初步评价——正常家庭与精神分裂症家庭成员对照研究[J]. 中国心理卫生杂志, 1991(5): 198-202+238.

-
- [15] 岳冬梅, 李鸣皋, 金魁和, 等. 父母教养方式: EMBU 的初步修订及其在神经症患者的应用[J]. 中国心理卫生杂志, 1993(3): 97-101+143.
- [16] 刘贤臣, 刘连启, 杨杰, 等. 青少年生活事件量表的编制与信度效度测试[J]. 山东精神医学, 1997(1): 15-19.
- [17] 王瑜萍, 王芹, 雷辉, 等. 强迫信念问卷信度及效度评价[J]. 中国公共卫生, 2013, 29(10): 1473-1476.
- [18] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版) [M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999.
- [19] Hayes, A.F. (2017) Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. 2nd Edition, Guilford Press.
- [20] Geller, D., Wieland, N., Carey, K., Vivas, F., Petty, C., Johnson, J., Reichert, E., Pauls, D. and Biederman, J. (2008) Perinatal Factors Affecting Expression of Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, **18**, 373-379.
- [21] 赵光国, 曾昭祥, 郭军. 强迫症患者家庭环境及父母教育方式的对照研究[J]. 健康心理学杂志, 2003(3): 186-187.
- [22] Pauls, D., Alsobrook, J., Goodman, W., Rasmussen, S. and Leckman, J. (1995) A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, **152**, 76-84.
- [23] Monroe, S.M. and Simons, A.D. (1991) Diathesis-Stress Theories in the Context of Life Stress Research: Implications for the Depressive Disorders. *Psychological Bulletin*, **110**, 406-425. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406>
- [24] 李占江. 青少年强迫症状与心理社会因素关系的研究现状[J]. 健康心理学杂志, 2000(6): 667-670.
- [25] Freeman, J.B., Garcia, A.M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., et al. (2008) Early Childhood OCD: Preliminary Findings from a Family-Based Cognitive-Behavioral Approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **47**, 593-602. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31816765f9>