

强迫症患者家庭顺应行为的研究进展

姜倩倩¹, 刘跃¹, 孔冬², 陈亚楠³, 李彤⁴, 窦翠¹, 裴文键¹

摘要: 介绍强迫症患者家庭顺应行为的相关流行病学特征、表现形式、潜在危害、常用评估工具、关键影响因素及干预措施,旨在为强迫症患者家庭顺应行为的相关研究提供理论依据,为推动强迫症患者家庭顺应行为的规范化健康管理、构建干预方案提供参考。

关键词: 强迫症; 家庭顺应行为; 家庭照顾者; 评估工具; 影响因素; 干预措施; 综述文献

中图分类号: R473.74 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.11.125

Research progress on family accommodation behaviors of patients with obsessive-compulsive disorder

Jiang Qianqian, Liu Yue, Kong Dong, Chen Yanan, Li Tong, Dou Cui, Pei Wenjian. Department of Traditional Chinese Medicine, Shandong Provincial Hospital Affiliated to Shandong First Medical University, Jinan 250021, China

Abstract: This paper introduces the epidemiological characteristics, manifestations, potential hazards, commonly-used assessment tools, key influencing factors, and intervention measures related to family accommodation behaviors of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). The aim is to provide a theoretical basis for research on family accommodation behaviors in OCD patients, and to offer a reference point for promoting the standardized management of family accommodation behaviors and developing effective intervention programs.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; family accommodation behaviors; family caregivers; assessment tools; influencing factors; intervention measures; literature review

强迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) 作为一种慢性精神障碍,其反复出现的强迫思维和行为不仅严重损害患者的社会功能和生活质量,更对家庭系统产生深远影响^[1-2]。研究显示,强迫症患者家庭照顾者的家庭顺应行为 (Family Accommodation, FA) 发生率为 56.6%~98.0%^[3-6]。家庭顺应行为是指家庭照顾者为缓解患者焦虑而参与其强迫行为或调整自身生活常规的行为。尽管这种行为可能在短期内减轻患者痛苦,但长期来看,该行为会强化患者症状、阻碍治疗进程并加重家庭负担^[7]。随着研究的深入,减少家庭顺应行为已被确立为强迫症干预的重要靶点,并被列为认知行为疗法 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) 和家庭治疗的核心目标^[8-9]。然而,现有研究主要基于西方国家样本,而亚洲家庭结构等跨文化差异可能对治疗策略的应用产生影响,相关研究仍需进一步探索。本文旨在综述强迫症患者家庭顺应行为的研究进展,旨在为我国强迫症患者家庭顺应行为的研究开展、实践应用及干预方案优化提供参考,进而改善患者及其家庭的整体预后。

1 强迫症患者家庭顺应行为的流行病学特征

家庭顺应行为在强迫症患者家庭中普遍存在,其

发生率受文化背景及人群特征的显著影响。研究显示,中国强迫症患者家庭中每日发生家庭顺应行为的比例约为 56.6%^[4];在北欧强迫症患者家庭中,98% 的家庭每周至少发生 1 次家庭顺应行为,70% 的家庭每日均会出现家庭顺应行为^[4]。跨文化对比研究发现,不同文化背景下家庭顺应行为存在显著差异:以集体主义文化为特征的亚洲国家 (如中国、泰国),其家庭顺应行为的发生率更高,且多以“情感参与”为主要形式,包括为患者提供保证、调整家庭日常作息等^[7];而以个人主义文化为特征的西方国家 (如巴西、美国),家庭顺应行为的发生频率相对较低,照顾者更倾向于以“行为协助”的方式直接参与患者的强迫仪式^[7,10]。研究表明,西班牙青少年强迫症患者家庭的家庭顺应行为发生率高达 91%^[5];印度的相关研究则显示,社会经济地位较低的家庭,其家庭顺应行为的表现更为显著^[11]。

2 强迫症患者家庭顺应的表现形式

现有研究表明,家庭顺应行为的表现形式可系统划分为行为类型和症状类别 2 个相互关联的层面。在行为类型层面,直接参与、调整家庭常规与过度的情感干预是最常见的 3 种形式。直接参与是指协助患者完成强迫行为。我国研究数据显示,68.5% 的家庭照顾者会参与患者的清洗仪式^[4]。调整家庭常规是指为避免触发患者的强迫症状而改变自身日常生活。泰国的一项研究发现,60% 的家庭照顾者会因患者的强迫行为调整用餐或出行计划^[12]。过度的情感干预则表现为对患者提供过度的安慰。韩国一项研

作者单位:山东第一医科大学附属省立医院 1. 中医科 2. 护理部 (山东 济南,250021);3. 潍坊市中医院泌尿外科;4. 济南市妇幼保健院产科

通信作者:裴文键, yifeipeiwenjian@163.com

姜倩倩:女,硕士,主管护师, 2573299510@qq.com

收稿:2025-01-26;修回:2026-03-17

究证实,89%的强迫症患者会接受来自家庭照顾者的过度的语言安抚^[13]。从症状类别来看,不同强迫症状对应的家属顺应行为形式与干预重点差异显著。以清洁污染症状为主的患者,家属多为其规避污染风险,配合完成清洗、消毒等仪式,主动整理易诱发不适的物品。存在检查、囤积症状者,家属常配合反复查验物品,包容其囤积习惯,低收入家庭对此包容程度更高。对称排序类强迫症患者的家属,主要配合调整物品摆放、维持环境规整,这类顺应行为仅局限于特定场景,对整体家庭日常生活影响较小^[14-15]。

3 强迫症患者家庭顺应行为的危害

家庭顺应行为对强迫症患者及其家庭会造成多维度的严重危害,具体体现在患者、家庭及治疗3个层面。在患者层面,该行为不仅会直接加重病情,还会削弱患者的病识感与治疗动机,剥夺其自主应对焦虑情绪的机会,进而阻碍其社会功能与心理功能的恢复^[3,16]。在家庭层面,家庭顺应行为会使家庭日常生活被患者的强迫症状主导,导致家庭日常功能遭到破坏,同时也会让家庭照顾者陷入心理困扰,产生“不顺应患者则产生内疚感”的心理困扰,显著加重家庭照护负担^[6,8]。在治疗层面,高水平的家庭顺应行为会降低标准认知行为疗法的治疗效果,增加患者对治疗的排斥行为与治疗脱落风险,若未能对其进行有效干预与控制,还会导致患者远期病情复发率显著升高^[17-18]。由此,家庭顺应行为会形成“症状加重—家庭顺应—功能恶化—治疗失败—病情复发”的恶性循环,成为维持患者强迫症状、加剧家庭功能恶化及导致治疗抵抗的核心机制,亟需在临床评估与干预中予以充分重视。

4 强迫症患者家庭顺应行为的评估工具

4.1 强迫症家庭顺应行为量表—访谈者评定版 (Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder-Interviewer-Rated, FAS-IR) 由 Calvocoressi 等^[19]于1999年开发,是一种标准化评估工具,通过专业人员(临床医生或研究者)对强迫症患者家庭成员进行半结构化访谈,以评定其对患者强迫症状的顺应行为。该量表共包含直接参与强迫行为(3个条目)、过度提供安抚(1个条目)、回避触发情境(4个条目)以及调整家庭常规(3个条目)4个维度11个条目。条目采用Likert 5级评分法,“无、1 d/周、2~3 d/周、4~6 d/周、每天”分别计0~4分。总分0~44分,分数越高表明家庭顺应行为越严重。廖震华^[20]于2021年对FAS-IR进行汉化,将原量表4个维度整合为2个维度:修改与便利(包括调整家庭日常安排、回避触发情境)和参与(包括直接参与强迫行为、过度提供安抚),量表Cronbach's α 系数为0.798。Gomes等^[10]于2015年测得FAS-IR的葡萄牙语版本的Cronbach's α 系数为0.805。Tantrarun-

groj等^[12]于2022年修订的泰语版本的Cronbach's α 系数为0.84。FAS-IR量表的主要优势在于,其标准化的访谈程序能有效减少主观评估偏差;适用于科研情境及家庭成员配合度高的临床评估。然而,该量表也存在一定局限性,主要为评估依赖家庭成员参与;不适用于无家庭照顾者陪同的就诊患者;需要专业人员实施,评估耗时较长。

4.2 强迫症家庭顺应行为量表—患者版 (Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder Patient Version, FAS-PV) 由 Calvocoressi 等^[19]开发,是专门用于评估强迫症患者感知到的家庭顺应行为的自评量表,特别适用于无家庭照顾者陪同就诊的临床场景。该量表共包含直接参与强迫行为(6个条目)、调整家庭常规(6个条目)、承担患者责任(4个条目)以及回避触发(3个条目)4个维度19个条目。从“没有/从不”到“几乎/总是”计0~4分,总分0~76分。该量表Cronbach's α 系数为0.875。Liao等^[21]对该量表进行汉化,将原量表的4个维度调整为3个维度,包括直接参与与促成(4个条目)、提供保证与代为承担(6个条目)、常规改变与回避(9个条目)。中文版FAS-PV的Cronbach's α 系数为0.890。尽管FAS-PV具有节省评估时间和捕捉患者主观体验的优势,但其评估结果仍可能受到患者自知力(病识感)和文化差异的影响。

4.3 强迫症家庭顺应行为量表—父母报告版 (Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder-Parent Report, FAS-PR) 由 Flessner 等^[22]开发,是首个专门用于评估儿童/青少年强迫症患者父母家庭顺应行为的工具。该量表基于FAS-IR框架设计,同时特别强化了对亲子互动的评估,重点关注父母为缓解患儿焦虑而参与的特定行为。该量表包含参与强迫行为(6个条目)和回避触发因素(6个条目)2个维度12个条目。从“无、1~3次/月、1~2次/周、3~6次/周、每天”分别计0~4分。分数越高表示家长顺应行为越严重。FAS-PR的Cronbach's α 系数为0.90。该量表能够精准捕捉父母特有的顺应模式,但文化差异可能对部分条目(如家庭规则调整)的适用性造成影响,其在非西方文化中的稳定性有待验证,同时该量表暂无汉化版本。

4.4 强迫症家庭顺应行为量表—自评版 (Self-Rated Version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder) 由 Pinto 等^[23]开发,是基于照顾者报告强迫症患者家庭顺应行为的评估工具。该量表包括提供保证与参与强迫行为(8个条目)、帮助回避触发情境(5个条目)、改变家庭常规(6个条目)3个维度19个条目。从“从不”至“每天”计0~4分。总分0~76分,分数越高表示家庭适应行为越严重。FAS-SR的Cronbach's α 系数为0.90。

中文版 FAS-SR 的 Cronbach's α 为 0.875^[5]。FAS-SR 具有心理测量学特性。此外,该量表的优势还在于操作便捷、保护受访者隐私等特点,适合大规模筛查或临床快速评估,但可能因自我报告偏差影响结果的客观性。

5 强迫症患者家庭顺应行为的影响因素

5.1 患者自身因素

5.1.1 症状严重度与类别差异 一项 Meta 分析显示,家庭顺应行为与强迫症患者的症状严重度呈显著正相关^[3]。在症状类别差异方面:国内研究显示,97.9%的中国家庭照顾者会参与患者的清洗类强迫行为^[4];印度的研究也发现,污染/清洁类的家庭顺应行为发生率显著高于囤积类的行为^[11]。该差异的潜在机制为:外显性较高的症状(如重复清洗、检查)易引发家庭照顾者共情性焦虑,进而促使其通过参与强迫仪式来缓解患者的痛苦。提示临床干预需结合症状类别制订差异化方案:针对清洁、检查类症状,可采用逐步延迟反应训练,减少照顾者参与清洗或重复确认行为;针对囤积类症状,应聚焦于提升患者的病识感,减少照顾者对患者“保存物品”行为的妥协^[14]。

5.1.2 病识感 病识感在精神医学领域常译为“自知力”,是指患者对自己所患疾病及其症状的认知、理解和判断能力^[14]。土耳其^[15]和印度^[24]的研究均证实,强迫症患者的病识感与家庭顺应行为呈负相关,患者病识感越差(如坚信强迫行为具有合理性),其家庭顺应行为的发生水平越高。其潜在机制为,病识感低下的患者更易因抗拒干预措施引发家庭冲突,为维持家庭关系和谐,照顾者往往被迫采取顺应行为。这提示,在集体主义文化背景下(如亚洲地区),临床干预可通过家庭协同认知重构(如引导家属建立“症状为疾病表现而非个人选择”的认知)提升患者病识感,减少家庭内部的对抗性互动。

5.1.3 共病与病程 巴西一项为期 3 年的随访研究显示,共病抑郁的强迫症患者,家庭顺应行为的发生风险增加 32%^[18]。研究指出,病程>5 年的患者,家庭顺应行为更严重^[25]。其潜在机制为:抑郁症状会加剧患者的依赖性,而长期病程则会固化家庭固有的行为模式。针对共病患者,临床干预可整合正念减压等情绪管理训练;对病程较长的患者,可通过行为实验打破其家庭习惯性顺应行为,如可每周减少 1 次保证行为。

5.2 家庭因素

照顾者特征和家庭内部动态直接塑造家庭顺应行为的表现形式。

5.2.1 照顾者心理特征 国内一项研究发现,照顾者的高尽责性与低情绪稳定性是家庭顺应行为水平的显著预测因子^[25];土耳其的研究则发现,照顾者焦虑敏感性与家庭顺应行为呈显著正相关^[26]。其潜在

机制为:高尽责性的照顾者将倾向于将家庭顺应行为视为自身责任,而情绪不稳定的照顾者则易受到患者焦虑情绪的感染。基于上述结果,临床干预需实施针对性策略:对高尽责性照顾者开展责任认知重构训练,引导其建立“拒绝参与才是真正的帮助”的认知;为情绪不稳定的照顾者提供压力管理技能训练,如呼吸训练与自我关怀练习等^[27]。

5.2.2 家庭功能与互动模式 北欧针对儿童强迫症的系列研究显示,家庭冲突少、凝聚力较高的家庭,其家庭顺应行为水平更低^[6,17,28];而当家庭照顾者将患者的强迫症状归因为“患者懒惰”时,易对患者产生批评性态度,进而引发更多的家庭顺应行为^[11]。其潜在机制为:功能健康的家庭能够为患者设定清晰的行为界限,有效避免过度顺应;而照顾者对症状的消极归因则会引发“批评—抗拒—顺应”的恶性循环。基于此,提示研究者在开展家庭治疗时,一方面需对照照顾者进行系统的疾病相关教育,明确强迫症状的生物学本质与疾病属性,纠正其消极归因偏差;另一方面,应针对家庭照顾者开展非批判性沟通技能训练,例如引导照顾者采用“我观察到频繁洗手似乎让你更加焦虑”等表述,替代直接的指责性语言^[29]。

5.2.3 父母养育方式 研究表明,过度保护型养育方式(如替代患者进行日常事务处理)与家庭顺应行为呈显著正相关,而权威型养育方式则可有效降低家庭顺应行为发生风险^[8]。其潜在机制为:过度保护强化了患者对家庭照顾者的依赖,削弱其自主应对的能力。因此,临床干预可通过角色扮演等方式,训练父母逐步向患者移交控制权(如由患者自行决定物品摆放位置),以减少家庭顺应行为的发生。

5.3 社会文化因素

文化价值观和社会经济背景深刻影响家庭顺应行为的表达与接受度。

5.3.1 文化价值观的调节作用 亚洲集体主义文化中,家庭顺应行为更普遍且以“情感参与”为主;西方个人主义文化中,家庭顺应行为较分散^[4]。原因可能在于:集体主义强调家庭和谐优先,家庭照顾者视顺应为责任;个人主义注重个体独立性。提示在亚洲文化中需采用渐进式干预,避免直接否定家庭照顾者的“牺牲行为”,提倡采取温和拒绝策略(如从每日 10 次保证减至 8 次,而非突然停止)。

5.3.2 社会经济地位的制约 印度一项研究显示,低收入家庭因医疗资源受限,家庭顺应行为得分更高^[11];中国农村地区家庭照顾者常误将家庭顺应行为视为“支持”行为^[20]。其原因可能与经济压力及教育水平限制导致的疾病认知不足、应对资源匮乏相关。这提示研究者应开发低成本工具(如自助手册、社区宣讲),并充分利用本土化媒介,如我国农村可通过村干部宣传强迫症疾病相关知识。

6 强迫症患者家庭顺应行为的干预措施

家庭顺应行为不仅是强迫症患者症状维持的重要影响因素,更可作为临床干预的直接靶点,尤其适用于患者难以直接参与治疗的场景。

6.1 行为认知疗法一对患者干预 Gomes 等^[30]于2016年针对成年强迫症患者开展随机对照试验,通过12次的行为认知疗法(含心理教育模块)干预发现,治疗后家庭照顾者的家庭顺应行为呈现显著下降趋势,且其下降程度与患者症状严重程度的改善呈高度正相关,这表明即使家庭照顾者不直接参与治疗,当患者掌握自主应对焦虑的方法、降低对家庭照顾者的依赖时,家庭照顾者的顺应行为也会自发减少。

6.2 心理教育及行为引导一对家庭成员干预 Demaria 等^[28]于2021年针对儿童/青少年强迫症患者的父母开展心理教育干预,共开展4次课程,干预内容包括家庭顺应行为的识别、家庭顺应行为的“陷阱”解析、家庭成员建立统一战线及具体行为管理策略的指导。该干预模式不直接对患儿进行治疗,而是通过改变父母的顺应行为,打破家庭互动中的恶性循环,在临床实践中常作为正式认知行为治疗的前置或辅助环节,尤其适用于年龄较小或治疗动机不足的儿童青少年强迫症患者。Lee 等^[31]于2020年针对拒绝接受治疗的成年强迫症患者,采用家长代理主导的行为干预模式,干预内容包括家庭顺应行为的系统评估与干预目标设定、引导患者从“被顺应者”向“被引导者”转变、行为激活与替代活动的实施,以及父母自身焦虑与内疚情绪的疏导。研究结果表明,尽管患者本人未直接参与干预,但在父母系统性减少顺应行为后,患者的强迫症症状得到显著缓解,社会功能亦有所改善。上述研究结果提示,针对强迫症患者的临床干预需采取双管齐下的策略:一方面通过非暴力沟通训练优化家庭互动模式,另一方面需明确设定行为界限^[32-34],以降低家庭顺应行为对患者症状的负面影响。

7 研究局限与启示

当前强迫症患者家庭顺应行为研究存在三方面局限:一是文化适应性不足,现有评估工具和干预策略多源自西方个体主义文化,难以适配亚洲集体主义文化背景;虽部分量表完成汉化,但契合本土文化特征的干预方案仍较匮乏。二是机制与动态研究薄弱,家庭顺应行为影响患者症状与家庭功能的心理及神经生物学机制尚不清晰,其病程动态演变规律及与家庭韧性等保护因素的交互作用仍待探索。三是干预精准性与可及性欠缺,缺少面向不同症状、家庭角色及文化背景的差异化干预,基层及特殊家庭的低成本干预方案尤为不足。未来需开展跨文化研究、研制本土化测评工具,通过纵向研究厘清作用机制,构建模块化精准干预模式,融合数字技术扩大推广范围,并

强化家属心理支持,改善强迫症患者及家庭整体预后。

8 小结

家庭顺应行为在强迫症患者家庭中极为普遍,且对强迫症患者及其家庭可造成多维度的严重危害。评估工具已发展出多个版本,均具有良好的心理测量学特性,为不同场景下的评估提供了选择。家庭顺应行为受到患者因素、家庭因素及社会文化因素的共同影响。因此,将减少家庭顺应行为确立为核心干预靶点,开发并整合家庭模块的、考虑文化适应性的干预策略,对于改善强迫症患者及其家庭的整体预后至关重要。

参考文献:

- [1] Basel D, Asher R, Lazarov A. Attention allocation in OCD: contrasting obsession-provoking stimuli with stimuli signaling the completion of compulsive acts[J]. *Behav Ther*, 2025, 56(6): 1105-1117.
- [2] Babu Bodapati N V S. Transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder and adolescent depression: a systematic review of efficacy, safety, and predictors of treatment response [J]. *Cureus*, 2025, 17(9): e92496.
- [3] Wu M S, McGuire J F, Martino C, et al. A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity [J]. *Clin Psychol Rev*, 2016, 45: 34-44.
- [4] 杨航怡, 黄悦琦, 朱丞, 等. 家庭顺应性行为对强迫症症状维度的影响[J]. *浙江临床医学*, 2023, 25(5): 692-694.
- [5] Liao Z, Ding L, You C, et al. The Chinese version of the Family Accommodation Scale for obsessive-compulsive disorder self-rated: reliability, validity, factor structure, and mediating effect [J]. *Front Psychiatry*, 2022, 13: 970747.
- [6] Skarphedinnsson G, Torp N C, Weidle B, et al. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: investigating prevalence and clinical correlates in the NordLOTS study [J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2025, 56(3): 782-792.
- [7] Hermida-Barros L, Primé-Tous M, García-Delgar B, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: an updated systematic review and meta-analysis [J]. *Neurosci Biobehav Rev*, 2024, 161: 105678.
- [8] Xu Z, Zhu C. Effect of adverse childhood experiences, parenting styles, and family accommodation on patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder [J]. *Alpha Psychiatry*, 2023, 24(6): 261-269.
- [9] 梁燕, 杨航怡, 黄悦琦, 等. 强迫症患者家庭教养方式和顺应性与强迫症状的关系 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2025, 39(1): 8-12.
- [10] Gomes J B, Cordioli A, van Noppen B, et al. Family Accommodation Scale for obsessive-compulsive disorder-interviewer-rated (FAS-IR), Brazilian Portuguese version: internal consistency, reliability, and exploratory

- factor analysis[J]. *Compr Psychiatry*, 2015, 57: 155-159.
- [11] Mahapatra A, Kuppili P P, Gupta R, et al. Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder in an Indian setting [J]. *Indian J Psychiatry*, 2020, 62(1): 43-50.
- [12] Tantrarungroj T, Saipanish R, Lotrakul M, et al. Psychometric properties and factor analysis of Family Accommodation Scale for obsessive compulsive disorder-interviewer-rated-Thai version (FAS-T) [J]. *Psychol Res Behav Manag*, 2022, 15: 1607-1615.
- [13] Chang J G, Lee H M, Kim S J, et al. Examining the psychometric properties and clinical correlates of the Korean version of the Family Accommodation Scale-Self-Rated version for obsessive-compulsive disorder[J]. *Psychiatry Investig*, 2022, 19(3): 207-212.
- [14] Shrinivasa B, Cherian A V, Arumugham S S, et al. Predictors of family accommodation in obsessive compulsive disorder[J]. *Asian J Psychiatr*, 2020, 53: 102189.
- [15] Kuru T, Erden S Ç, Doğan V, et al. Characteristics and predictors of family accommodation in Turkish individuals with obsessive-compulsive disorder [J]. *Turk J Med Sci*, 2023, 53(2): 594-602.
- [16] La Buissonnière-Ariza V, Guzik A G, Schneider S C, et al. Family accommodation of symptoms in adults with obsessive-compulsive disorder: factor structure and usefulness of the Family Accommodation Scale for OCD-patient version[J]. *J Psychiatr Pract*, 2022, 28(1): 36-47.
- [17] Jacoby R J, Smilansky H, Shin J, et al. Longitudinal trajectory and predictors of change in family accommodation during exposure therapy for pediatric OCD[J]. *J Anxiety Disord*, 2021, 83: 102463.
- [18] Gomes J B, Cordioli A V, Heldt E. Obsessive-compulsive disorder and family accommodation: a 3-year follow-up[J]. *Psychiatry Res*, 2017, 253: 107-109.
- [19] Calvocoressi L, Mazure C M, Kasl S V, et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior [J]. *J Nerv Ment Dis*, 1999, 187(10): 636-642.
- [20] 廖震华. 强迫症家庭顺应行为量表的跨文化调适、信效度检验及其在临床应用的实证研究[D]. 福州: 福建医科大学, 2023.
- [21] Liao Z, Ding L, You C, et al. Psychometric evaluation of the Chinese version of the Family Accommodation Scale for obsessive-compulsive disorder patient version [J]. *J Cogn Psychother*, 2024, 38(4): 274-293.
- [22] Flessner C A, Freeman J B, Sapyta J, et al. Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) trial[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2011, 50(7): 716-725.
- [23] Pinto A, Van Noppen B, Calvocoressi L. Development and preliminary psychometric evaluation of a Self-Rated Version of the Family Accommodation Scale for obsessive-compulsive disorder[J]. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2013, 2(4): 457-465.
- [24] Devi U, Sharma P, Shekhawat L S, et al. Family accommodation in obsessive compulsive disorder and its association with insight[J]. *Indian J Psychol Med*, 2023, 45(2): 168-172.
- [25] Perris F, Cipolla S, Catapano P, et al. Duration of untreated illness in patients with obsessive-compulsive disorder and its impact on long-term outcome: a systematic review[J]. *J Pers Med*, 2023, 13(10): 1453.
- [26] Tulacı R G, Izci Kasal M. The relationship between family accommodation and anxiety sensitivity in obsessive-compulsive disorder[J]. *Cureus*, 2023, 15(8): e43793.
- [27] Lee E B, Rufino K A, Cuenod M M, et al. Family accommodation in Chinese individuals with obsessive-compulsive disorder[J]. *Psych J*, 2021, 10(2): 295-304.
- [28] Demaria F, Pontillo M, Tata M C, et al. Psychoeducation focused on family accommodation: a practical intervention for parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder[J]. *Ital J Pediatr*, 2021, 47(1): 224.
- [29] Etkin R G, Bloch M H, Lebowitz E R. Family accommodation: a diagnostic feature of obsessive-compulsive disorder? [J]. *Expert Rev Neurother*, 2024, 24(2): 129-131.
- [30] Gomes J B, Cordioli A V, Bortolucello C F, et al. Impact of cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder on family accommodation: a randomized clinical trial[J]. *Psychiatry Res*, 2016, 246: 70-76.
- [31] Lee E B, Goodman W K, Schneider S C, et al. Parent-led behavioral intervention for a treatment-refusing adult with obsessive-compulsive disorder with poor insight and extreme family accommodation [J]. *J Psychiatr Pract*, 2020, 26(2): 149-152.
- [32] 郑雪雪, 施忠英, 党金, 等. 进食障碍患者家庭顺应量表的汉化及信效度检验[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(18): 79-83.
- [33] Brennan J, Velasquez M J, Davis T E. A systematic review of family accommodation in autistic youth: anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and restricted and repetitive behaviors[J]. *J Autism Dev Disord*, 2025, Feb19.
- [34] de Matos M B, Pires A J, Trettim J P, et al. Family perception of the symptoms of obsessive-compulsive disorder patient and the family accommodation [J]. *Int J Soc Psychiatry*, 2022, 68(1): 73-81.

(本文编辑 黄辉, 吴红艳)