

• 临床研究 •

注意缺陷多动障碍的抽动障碍患儿主观生活质量与家庭环境特征研究

吴媛, 匡桂芳, 夏颖, 解金娜, 衡中玉

[摘要] 目的 探讨伴与不伴注意缺陷多动障碍(ADHD)的抽动障碍(TD)患儿的主观生活质量与家庭环境特征。方法 采用儿童主观生活质量问卷(ISLQ)和家庭环境量表中文版(FES-CV)分别对 60 例 TD 伴 ADHD 患儿(观察组)和 60 例 TD 不伴 ADHD 患儿(对照组)的生活质量和家庭环境两个方面进行问卷评估。结果 观察组生活质量量表中同伴交往、学校生活、自我认知、抑郁体验、总体满意度得分低于对照组($P<0.05$); 观察组家庭环境中的知识性、亲密度、组织性得分低于对照组($P<0.05$)。结论 伴有 ADHD 的 TD 患儿主观生活质量更低, 家庭环境更差。

[关键词] 注意缺陷多动障碍; 抽动障碍; 生活质量; 家庭环境; 儿童

Characteristics of Subjective Quality of Life and Family Environment in Children with Tic Disorders Combined with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder WU Yuan, KUANG Gui-fang, XIA Ying, et al. Psychology Department, Qingdao Women and Children Medical Health Care Center, Qingdao 266011, Shandong, China

Abstract: **Objective** To explore the characteristics of subjective quality of life and family environment in children with tic disorder (TD) combined with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Methods** The Inventory of Subjective Life Quality (ISLQ) for Child and Adolescent and Family Environment Scale-Chinese Version (FES-CV) were used to assess the subjective quality of life and family environment in 60 children with TD combined with ADHD (observation group) and 60 children with TD not combined with ADHD (control group). **Results** The scores in peer interaction, school life, self-cognition, depression experience, overall satisfaction of the observation group were lower than the control group ($P<0.05$) in ISLQ; the scores in intellectual-cultural orientation, cohesion and organization of the observation group were lower than the control group ($P<0.05$) in FES-CV. **Conclusion** Children with TD combined with ADHD had low subjective quality of life and poor family environment.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder; tic disorders; subjective quality of life; family environment; children

[中图分类号] R395.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2011)12-1170-03

[本文著录格式] 吴媛, 匡桂芳, 夏颖, 等. 注意缺陷多动障碍的抽动障碍患儿主观生活质量与家庭环境特征研究[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(12): 1170-1172.

抽动障碍(tic disorders, TD)与注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)均是儿童时期常见的神经精神障碍, 且常以共病形式存在, 临床研究和流行病学研究发现两者的共患率高达 20%~67%^[1-3], 研究证明此种共患将会带来更多更严重的精神问题^[4]。患者的主观生活质量在一定程度上与疾病的严重程度有关, 而家庭环境状况对疾病的恢复及患儿成长的影响也越来越受到人们的重视。本文通过对伴与不伴 ADHD 的 TD 患儿主观生活质量与家庭环境状况进行调查分析, 为临床治疗提供一定的理论依据。

1 对象与方法

1.1 对象 患儿均为 2007 年 11 月~2008 年 6 月到青岛

市妇女儿童医疗保健中心心理卫生科就诊的儿童。均符合国际疾病分类手册第 10 版(ICD-10)中有关 ADHD 或 TD 的诊断标准^[5]。纳入标准: 患儿家长签署同意书。排除标准: ①应用药物治疗; ②神经系统器质性疾病、广泛发育障碍、精神发育迟滞、精神病性障碍或其他原发的精神障碍导致的多动或注意缺陷、抽动症状。

将符合条件的患儿分为两组: ①观察组($n=60$): TD 伴 ADHD 患儿, 同时符合 ICD-10 中 ADHD 和 TD 的诊断标准, 其中男性 50 例, 女性 10 例; 年龄 8 岁 1 个月~14 岁 7 个月, 平均(9.39 ± 1.54)岁; 病程 6~28 个月, 平均(15.6 ± 9.38)个月。②对照组($n=60$): TD 不伴 ADHD 患儿, 仅符合 ICD-10 中慢性 TD 或抽动秽语综

基金项目: 青岛市科学技术局基金项目(08-2-1-6-nsh)。

作者单位: 山东省青岛市妇女儿童医疗保健中心心理科, 山东青岛市 266011。作者简介: 吴媛(1979-), 女, 山东青岛市人, 主管护师, 心理治疗师, 主要从事儿童青少年心理行为治疗和训练工作。通讯作者: 匡桂芳。

合症的诊断标准, 其中男性 51 例, 女性 9 例; 年龄 8 岁~13 岁 7 个月, 平均(9.17±1.53)岁; 病程 7~33 个月, 平均(14.08±5.91)个月。

两组间性别、年龄、病程无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 儿少主观生活质量问卷(Inventory of Subjective Life Quality, ISLQ)^[6] 该量表是国内目前信度、效度较好地用于评估儿童主观生活满意度的标准化量表, 其内容包括 3 个水平(总体水平、成分水平、维度水平)、2 个成分(认知成分、情感成分)、8 个维度(家庭生活、同伴交往、学校生活、生活环境、自我认知、抑郁体验、焦虑体验、躯体情感)共 52 项条目。评分采用 1~4 级评分, 各维度的分数表示相应方面的主观满意度, 得分越高, 满意度越高。

1.2.2 家庭环境量表中文版(Family Environment Scale-Chinese Version, FES-CV)^[7] 包括 10 个分量表, 评价亲密度、情感表达、矛盾性、独立性、成功性、知识性、娱乐性、道德宗教观、组织性、控制性 10 个不同的家庭环境特征。

1.2.3 测量方法 ISLQ 由患儿完成, FES-CV 由患儿的父母一方完成, 并经过专业心理治疗师对于不理解的内容给予指导, 但不能给予任何暗示。

1.2.4 统计学分析 采用成组设计两组样本的均数比较, 使用 SPSS 13.0 软件进行统计学处理, 各组之间比较采用 t 检验。

2 结果

所有患儿均完成测试, 有效率 100%。

2.1 ISLQ 观察组同伴交往、学校生活、自我认知、抑郁体验、总体满意度的得分均低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 FES-CV 观察组知识性得分明显低于对照组($P=0.001$), 亲密度和组织性得分均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

3 讨论

ADHD 主要表现为与年龄不相称的注意易分散, 注意广度缩小, 不分场合过度活动, 并伴有认知障碍和学习困难, 智力正常或接近正常。其核心症状为注意力不集中、多动、冲动。TD 主要表现为不自主的、反复的、快速的、无目的的一个部位或多个部位肌肉运动性抽动或发声抽动, 可伴有多动、注意力不集中、强迫性动作和思维或其他行为症状。由于 ADHD 与 TD 的高共病率及两者病情本身的特点, 严重影

响患儿的生活、学习和发育, 但其真正的发病机理和特征并不十分明确, ADHD 共患 TD 的治疗成为一个棘手的问题。ADHD 与 TD 的病因和发病机制涉及生物、心理和社会诸多因素^[8], 国外对 ADHD 与 TD 共病的研究多数集中在神经心理学方面。目前国内有关 ADHD 与 TD 共病的研究报道较少。在临床工作中发现, 伴有 ADHD 的 TD 患儿可能会比单纯 TD 患儿具有更多相关社会问题。本研究围绕伴或不伴 ADHD 的 TD 患儿的主观生活质量和家庭环境进行了初步的探讨, 现将结果分析如下。

表 1 两组 ISLQ 比较

因子	观察组(n=60)	对照组(n=60)	<i>t</i>	<i>P</i>
家庭生活	7.57±1.65	8.05±1.81	-1.529	0.129
同伴交往	6.17±1.56	6.95±1.76	-2.577	0.011
学校生活	5.43±1.97	6.10±1.50	-2.084	0.039
生活环境	5.80±1.47	6.00±1.10	-0.842	0.401
自我认知	5.90±1.67	6.63±1.81	-2.302	0.023
抑郁体验	5.15±2.31	6.13±2.01	-2.484	0.014
焦虑体验	5.70±2.15	5.72±1.91	-0.045	0.964
躯体情感	5.47±2.12	5.77±1.96	-0.805	0.422
认知成分	62.68±17.13	69.55±21.55	-1.933	0.056
情感成分	52.20±22.46	57.65±19.13	-1.431	0.155
总体满意度	59.20±17.62	67.57±18.41	-2.543	0.012

表 2 两组 FES-CV 比较

因子	观察组(n=60)	对照组(n=60)	<i>t</i>	<i>P</i>
亲密度	7.17±2.12	7.90±1.67	-2.105	0.037
情感表达	5.57±1.69	5.92±1.29	-1.274	0.205
矛盾性	4.32±2.58	3.50±2.19	1.869	0.064
独立性	5.53±1.31	5.62±1.12	-0.375	0.709
成功性	6.68±1.73	6.83±1.46	-0.512	0.609
知识性	3.40±2.11	4.72±2.04	-3.474	0.001
娱乐性	3.83±2.59	4.52±2.49	-1.472	0.144
道德宗教观	5.30±1.50	5.42±1.53	-0.422	0.674
组织性	5.55±2.01	6.50±1.87	-2.677	0.008
控制性	3.95±1.68	4.53±1.94	-1.758	0.081

3.1 主观生活质量 主观生活质量是指个体主观感受到的生活质量, 即所谓的满意度、幸福度^[6]。它分为认知和情感两方面内容。前者是按自己独特的标准对客观生活状况总体的认知评价, 后者为个体在实际生活中感受到的情绪体验。主观生活质量具有主观性、整体性、相对稳定性的特点^[9]。通过 ISQL 量表分析得出, ADHD 伴 TD 组生活质量明显低于 TD 组。与 TD 组相比较, 同时伴有 ADHD 的 TD 患儿同伴交往、学校生活、自我认知、抑郁体验、总体满意度得分低。

TD 患儿心理上本来就有极大的负担, 再加上伴发 ADHD 的困扰, 学习成绩差、行为偏差、外观的异常等, 常常使他们受到老师很多批评^[10], 更加重了患儿的心理负担, 使之缺乏自信, 造成厌学、焦虑、情绪问题、品行障碍及多动、抽动、注意力不集中等各种行为问题增多或加重, 以至恶性循环^[9]; 不但影响患儿自己的学习和生活, 还会影响其他同学, 患儿往往会感受到来自周围人的心理压力, 如嘲笑、模仿、排斥和躲避。因此, 家长、老师和同学要理解患儿, 在教育患儿时应尽量采取积极的方式^[11], 支持和帮助患儿消除心理困惑, 提高对疾病自我认知, 减轻焦虑、抑郁情绪, 从而提高患儿的主观生活质量。

3.2 伴与不伴 ADHD 的 TD 患儿家庭环境特征分析 家庭是儿童出生的摇篮, 是心灵的港湾, 是儿童成长过程中的重要一站, 家庭环境对儿童的身心健康有重要影响^[12]。因此, 建立良好的家庭环境是儿童身心健康发展的关键因素。通过 FES-CV 量表分析显示, 与 TD 组相比 ADHD 伴 TD 组家庭环境更差, 表现为家庭成员之间亲密度较低, 缺乏组织性, 家庭对知识的重视程度低, 提示 ADHD 伴 TD 组家庭结构问题更多与 ADHD 的存在有关。因此, 人们在重视 TD 的同时, 还应该关注其伴有的 ADHD, 重视共病患儿的家庭环境特征对患儿的影响。家长良好的教育态度、管教方式及父母间关系可降低学龄患儿行为问题的发生率^[13]。家庭成员之间理应和谐、融洽, 相互承诺, 帮助和支持, 多沟通以增加其亲密度; 提高对政治、社会、智力和文化活动的兴趣并参加一些有组织有计划的活动^[14]; 家长在安排家庭活动和责任时要有明确的组织和结构, 使患儿执行任务时有确切的目标, 以利计划的完成, 增强患儿的注意力和责任心; 有时发生意见分歧, 要在原则问题上团结一致, 在这样合作、谅解的氛围中, 患儿不但学会了对他人的互助、互爱、合作、谅解, 而且患儿的思维意志、能力等也会得到和谐发展。家庭成员之间要能够互相关心、互相帮助、互相协调, 才能够酿成一个融合、和平、温馨、鼓励奋斗、乐观向上的家庭环境^[15]。国内一些相关研究亦有类似结果^[16]。

综上所述, 伴有 ADHD 的 TD 患儿主观生活质量

较 TD 患儿更低, 家庭环境更差, 治疗时应兼顾 ADHD 与 TD, 采取综合治疗干预措施, 改善家庭环境, 提高患儿的生活质量, 以改善患儿的预后, 促进患儿全面康复。

[参考文献]

- [1] Fernández-Alvarez E. Comorbid disorders associated with tics [J]. Rev Neurol, 2002, 34(Suppl 1): S122-129.
- [2] Banaschewski T, Neale BM, Rothenberger A, et al. Comorbidity of tic disorders & ADHD: conceptual and methodological considerations [J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2007, 16 (Suppl 1): 5-14.
- [3] 华青, 魏鹏, 魏书珍, 等. 抽动障碍患儿的临床共病研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2006, 14(5): 471.
- [4] 朱焱, 苏林燕, 周明. Tourette 综合症伴发行为问题的初步研究[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2004, 30(2): 247.
- [5] 中华医学会精神科分会等. 中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3)[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 95-115.
- [6] 程灶火, 高北陵, 彭健, 等. 儿少主观生活质量问卷的编制和信效度分析[J]. 中国临床心理学杂志, 1998, 6(1): 11-16.
- [7] 邹定辉, 周远东, 费立鹏. 家庭环境量表中文版(第三次修订)[J]. 中国心理卫生杂志, 1993, (增): 93-101.
- [8] 陶国泰. 儿童少年精神医学[M]. 江苏: 江苏科技技术出版社, 2000.
- [9] 张宛夏, 于战涛, 吕秀霞, 等. 家长对儿童学习成绩认可程度与儿童生活质量状况的调查分析[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(3): 281-283.
- [10] 匡桂芳, 夏颖, 吴爱勤, 等. 注意缺陷多动障碍共患抽动障碍儿童个性及自我意识特征研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2010, 18 (10): 791-793.
- [11] 王丽萍, 汪玲, 谭晖, 等. 上海市中学生生活质量与父母养育方式的关系研究[J]. 中国学校卫生, 2005, 26(6): 441-443.
- [12] 王翠玲, 吴江南, 赵文衡, 等. 学龄儿童健康相关生活质量及其与家庭环境的关系[J]. 中国学校卫生, 2007, 28(5): 423-425.
- [13] 张迪, 白春玉, 刘番, 等. 儿童行为问题与家庭环境的相关分析[J]. 中国学校卫生, 2004, 25(6): 671-673.
- [14] 吴媛, 匡桂芳, 邹华, 等. 抽动障碍儿童生活质量和家庭环境状况的研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(3): 261-262.
- [15] Merikangas KR, Lieb R, Wittchen HU, et al. Family and high-risk studies of social anxiety disorder [J]. Acta Psychiatrica Scand Supp, 2003, 4(17): 28-37.
- [16] 魏宝玉, 金正勇, 李今子. 抽动障碍儿童家庭环境因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22: 4848-4849.

(收稿日期: 2011-07-28 修回日期: 2011-08-29)