

论著·临床研究

强迫症患者的神经质人格和不成熟防御机制在童年创伤与强迫症状中的中介作用

赵青, 顾文洁, 王振

上海交通大学医学院附属精神卫生中心临床心理科, 上海 200030

[摘要] **目的**·探讨强迫症患者童年创伤、人格特质及心理防御机制特点, 以及人格特质、防御方式在童年创伤与强迫症状之间的中介作用。**方法**·纳入113例符合美国《精神障碍诊断与统计手册》(第五版) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*, DSM-5) 诊断标准的强迫症患者(强迫症组), 以及66例年龄、性别、受教育程度相匹配的健康志愿者(对照组)。使用Yale-Brown强迫症状量表(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)评估强迫症患者的症状严重程度; 使用童年创伤问卷(Childhood Trauma Questionnaire, CTQ)评估患者16岁前的创伤经历; 使用大五人格量表(NEO Five-Factor Inventory, NEO-FFI)测量其人格特质; 使用防御方式问卷(Defense Style Questionnaire, DSQ)评估患者的防御方式类型, 分析患者的童年创伤、强迫症状、人格与防御机制之间的相关性, 及人格与防御机制在童年创伤与强迫症状间的中介作用。**结果**·强迫症组患者情感虐待[8(5,25)分 vs 6(5,22)分]、不成熟防御机制[(4.65±1.01)分 vs (3.60±0.99)分]评分高于对照组(均 $P<0.05$)。强迫症患者Y-BOCS总分与CTQ中情感虐待分量表评分($r=0.211$, $P<0.05$)、不成熟防御机制($r=0.274$, $P<0.05$)呈正相关; NEO-FFI中神经质与不成熟防御机制呈正相关($r=0.468$, $P<0.05$)。中介模型显示不成熟防御机制在情感虐待与强迫症状间起完全中介作用, 中介作用大小为0.088(95%CI 0.003~0.173, $P<0.05$); 神经质在情感虐待和不成熟防御机制间起部分中介作用, 中介作用大小为0.117(95%CI 0.014~0.219, $P<0.05$)。**结论**·相比于健康人群, 强迫症患者经历了更多童年期情感及躯体创伤, 具有异常的神经质、外向性及尽责性的人格特质, 倾向于使用不成熟防御机制。情感虐待通过神经质人格影响了不成熟防御机制, 进而对强迫症状产生了影响。

[关键词] 强迫症; 童年创伤; 防御方式; 人格特征; 中介作用

[DOI] 10.3969/j.issn.1674-8115.2022.09.019 **[中图分类号]** R749.7 **[文献标志码]** A

Mediating effects of neuroticism and immature defense on relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder

ZHAO Qing, GU Wenjie, WANG Zhen

Department of Clinical Psychology, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

[Abstract] **Objective**·To explore the characteristics of childhood trauma, personality traits and defense mechanism in the patients with obsessive-compulsive disorder (OCD), and investigate the mediating effects of personality traits and defense style on the relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms in the OCD patients. **Methods**·Totally 113 patients with OCD who met the criteria of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DMS-5), and 66 age- and gender-matched health controls with similar education level distribution were selected. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) was used to evaluate the severity of obsessive-compulsive symptoms. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) was used to evaluate the childhood trauma experience. NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) was used to measure the personality traits. Defense Style Questionnaire (DSQ) was used to evaluate the defense style. The correlations among childhood experience, obsessive-compulsive symptoms, personality traits and defense style as well as mediating role of personality traits and defense style between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms were analyzed. **Results**·Compared with the health controls, the OCD patients showed higher scores of emotional abuse [8 (5, 25) points vs 6 (5, 22) points, $P<0.05$] and immature defense [(4.65±1.01) points vs (3.60±

[基金项目] 上海市卫生健康委员会重要薄弱学科——心身医学(2019ZB0201)。

[作者简介] 赵青(1990—), 女, 住院医师, 硕士; 电子信箱: zhaoqing@smhc.org.cn。

[通信作者] 王振, 电子信箱: wangzhen@smhc.org.cn。

[Funding Information] Grants for Important Weak Discipline—Psychosomatic Medicine from Shanghai Municipal Health Commission (2019ZB0201)。

[Corresponding Author] WANG Zhen, E-mail: wangzhen@smhc.org.cn。



0.99) points, $P < 0.05$]. In the OCD patients, the scores of emotional abuse ($r = 0.211$, $P < 0.05$) and immature defense ($r = 0.274$, $P < 0.05$) were positively correlated with the total scores of Y-BOCS, and the neuroticism scores of NEO-FFI were positively correlated with the total scores of Y-BOCS ($r = 0.468$, $P < 0.05$). The pathway analysis showed the indirect effect from emotional abuse to Y-BOCS via immature defense was 0.088 (95%CI 0.003–0.173, $P < 0.05$). The immature defense played a completely mediated role, and indirect effect from emotional abuse to immature defense via neuroticism was 0.117 (95%CI 0.014 – 0.219, $P < 0.05$).

Conclusion Compared with healthy people, OCD patients have experienced more emotional and physical childhood trauma, and have abnormal personality traits of neuroticism, extraversion and conscientiousness. They tend to use immature defense mechanisms. The emotional abuse has an impact on immature defense via neuroticism, and finally affect the obsessive-compulsive symptoms.

[Key words] obsessive-compulsive disorder (OCD); childhood trauma; defense style; personality trait; mediating effect

强迫症 (obsessive-compulsive disorder, OCD) 是一种以强迫思维和/或强迫行为为特征的慢性致残性精神障碍。国内数据显示其年患病率达 1.63%, 终身患病率达 2.4%^[1]。强迫症的发病机制有很多种。除遗传因素之外, 社会心理因素如童年创伤、持久的社会心理冲突等, 均在强迫症的发生、发展中起到了重要的作用^[2]。

童年创伤是儿童时期受到涉及身体、心理和/或性相关的具有破坏作用的生活压力, 已知是多种精神障碍的危险因素^[3], 也是强迫症潜在的触发因素, 并会对其疾病进程产生持续的影响^[4]。早期暴露于创伤及压力与神经内分泌和神经免疫变化有关, 包括炎症的增加^[5], 以及下丘脑-垂体-肾上腺轴活动的改变^[6], 通过 MAOA、COMT^[7]、FKBP5^[8] 等基因多态性的改变, 最终导致强迫症的发生。相比于健康人群, 强迫症患者经历了更频繁、更严重的童年创伤^[9]; 而童年创伤也会影响强迫症患者的临床症状, 导致更高的焦虑、抑郁及冲动水平^[10], 更高的自杀率^[11], 以及更差的预后^[12]。既往的研究^[13]也表明, 情感虐待在强迫症患者的经历中最常见, 并能够预测强迫症状的严重程度, 但其具体机制尚不清楚。

严重的童年创伤会对个体的人格特质及应对方式产生不良影响^[14], 导致不成熟的防御机制形成^[15]。防御机制是指个体通过减少、避免或克服由社会和情感冲突引起的挫折、焦虑和紧张来保护自己的策略^[16], 用来维持体内的平衡并防止过度焦虑进入意识。强迫症患者更多采用不成熟的防御机制, 如投射、被动攻击、幻想、退缩等; 而经过药物或心理治疗后, 防御机制可以向成熟型发展^[17], 提示防御方式与强迫症状有关。虽然当前病理心理学认为, 童年创伤影响人格形成和防御方式的发展, 继而与强迫症状有关, 但对于三者之间的具体关系尚未进行深入探讨。本研究拟探索童年创伤、人格特质、防御方式与

强迫症状之间的相互作用, 以期了解人格特质及防御方式在早年创伤与强迫症状之间的中介作用。

1 对象与方法

1.1 对象及分组

1.1.1 强迫症组 2019年3月至2021年9月在上海交通大学医学院附属精神卫生中心门诊就诊, 由精神科主治医师及以上职称医师诊断评估后, 符合入组及排除标准的强迫症患者。入组标准: ① 年龄 16~60 岁。② 符合美国《精神障碍诊断与统计手册》(第五版) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*, DSM-5) 中强迫症诊断标准。③ Yale-Brown 强迫症状量表 (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS) 评分 ≥ 16 分。④ 具有初中及以上文化程度。⑤ 签署知情同意书。排除标准: ① 通过简明国际神经精神访谈 (Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI) 确诊共病其他精神科疾病。② 存在脑器质性疾病及严重躯体疾病。③ 妊娠及哺乳期妇女。共纳入强迫症患者 113 例, 其中男性 61 例 (54%)、女性 52 例 (46%), 年龄 17~60 岁、年龄中位数 27 岁, 受教育年限中位数 15 年。选用的样本量大于临床试验预设界值内的最小样本量估算值, 且标准误差满足预设条件。

1.1.2 对照组 同时段向社会招募与强迫症患者在年龄、性别、受教育程度上相匹配的健康志愿者。入组标准: ① 年龄 16~60 岁。② 具有初中及以上文化程度。③ 签署知情同意书。排除标准: ① 既往明确诊断患有精神障碍。② 有精神障碍家族史。③ 有严重躯体疾病。④ 妊娠及哺乳期妇女。共纳入健康志愿者 66 名, 其中男性 40 名 (60.6%)、女性 26 名 (39.4%), 年龄中位数 26 岁, 受教育年限中位数 15.5 年。对照组年龄 ($Z = -1.041$, $P = 0.298$)、性别 ($\chi^2 =$

0.516, $P=0.382$)、受教育年限 ($Z=-1.547$, $P=0.122$) 与 OCD 组比较, 差异均无统计学意义。

1.2 评估工具

1.2.1 MINI 对入组患者进行 MINI 访谈评估, 用于排除既往或当前患强迫症之外的其他精神疾病者。

1.2.2 Y-BOCS Y-BOCS 用于评估强迫症患者强迫症状的严重程度。该量表包括 10 个条目, 采用 0~4 分的五级评分法; 其中 1~5 条目评估强迫思维情况, 6~10 条目评估强迫行为情况。该量表总分为 10 个条目的评分总和, 评分越高, 说明强迫症状越严重。该量表的中文版信度、效度良好^[18]。

1.2.3 童年创伤问卷 (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) 该量表用于评估被试 16 岁之前的童年创伤经历, 共计 28 个条目, 包含 5 个维度 (情感虐待、躯体虐待、性虐待、情感忽视和躯体忽视)。采用 1~5 分的五级评分法, 分数越高, 表示创伤程度越重。该量表的中文版信度、效度良好^[19]。

1.2.4 防御方式问卷 (Defense Style Questionnaire, DSQ) DSQ 是一个自评量表, 用于评估被试的防御类型。该量表共 88 个条目, 分为不成熟防御机制、成熟防御机制、中间型防御机制及掩饰因子 4 个分量表。问卷采用九级评分方法, 被试评分越接近 9, 说明被试更倾向于采用此种防御策略。该问卷中文版具有较好的信度和效度^[20]。

1.2.5 大五人格量表 (NEO Five-Factor Inventory, NEO-FFI) NEO-FFI 是一个自评量表, 共 60 个条目, 采用 1~5 分的五级评分法, 分为 5 个分量表, 包括神经质、外向性、开放性、宜人性和尽责性。该量表中文版具有良好的信度、效度^[21]。

1.3 统计学分析

使用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析。符合正态分布的定量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 描述, 使用 Pearson 相关分析; 不符合正态分布的数据采用 M (最小值, 最大值) 描述, 使用 Spearman 相关分析。对符合正态分布的 2 组数据予以两独立样本 t 检验, 不符合正态分布的 2 组数据予以 Mann-Whitney U 检验; 分类变量采用 χ^2 检验。

在进行中介效应分析^[22]时, 仅纳入强迫症组, 在 R4.1.0 软件中完成。使用 dplyr 软件包对数据进行预处理, 使用 lavaan 软件包^[23]建立结构方程模型,

使用 tidySEM 软件包^[24]进行路径图绘制。使用最大似然法进行参数估计, 模型参数的 95% 区间估计采用 Bootstrap 重复采样 5 000 次, 选择 2.5% 及 97.5% 分位数作为参数的 95% 置信区间, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 强迫症患者与健康人群临床量表的比较

强迫症组患者 Y-BOCS 总分为 25 (17, 37) 分, 强迫思维评分为 13 (8, 19) 分, 强迫行为评分为 13 (4, 20) 分。相比于对照组的健康人群, 强迫症患者在 CTQ 中情感虐待、躯体虐待、情感忽视及躯体忽视分量表中评分较高 ($P<0.05$)。在人格特质 NEO-FFI 中, 强迫症患者神经质分数较高, 外向性、尽责性分数较低, 差异均有统计学意义 (均 $P=0.000$)。详见表 1。

DSQ 量表测评结果显示, 与对照组健康人群相比, 强迫症组患者更多使用不成熟防御机制, 投射、被动攻击、潜意显现、抱怨、幻想、分裂、退缩、躯体化评分在 2 组之间比较, 差异均有统计学意义 (均 $P=0.000$); 而对照组的健康人群更多使用成熟防御机制, 2 组在压抑、幽默机制的使用上比较, 评分差异有统计学意义 (均 $P<0.01$)。中间型防御机制如解除、制止、假性利他、同一化等评分在 2 组间比较, 差异也有统计学意义 (均 $P<0.01$)。详见表 2。

表 1 强迫症组与对照组童年创伤及人格特质的比较

Tab 1 Comparison of childhood trauma and personality traits between OCD group and control group

Item	OCD group ($n=113$)	Control group ($n=66$)	t/Z value	P value
Emotional abuse	8 (5, 25)	6 (5, 22)	-2.154	0.031
Physical abuse	6 (5, 22)	5 (5, 16)	-2.585	0.010
Sexual abuse	5 (5, 15)	5 (5, 16)	-1.109	0.268
Emotional neglect	12 (5, 25)	11 (5, 21)	-2.205	0.027
Physical neglect	9 (5, 18)	7 (5, 17)	-2.026	0.043
Neuroticism	38 (25, 46)	34 (26, 41)	-5.876	0.000
Extraversion	37 (24, 49)	41 (31, 50)	-5.314	0.000
Openness	34.90±5.58	33.77±5.97	1.273	0.205
Agreeableness	33.55±3.50	33.53±3.43	0.034	0.973
Conscientiousness	36 (23, 45)	38 (30, 53)	-4.410	0.000

表2 强迫症组与对照组防御方式的比较

Tab 2 Comparison of defense style between OCD group and control group

Defense style	OCD group (n=113)	Control group (n=66)	t/Z value	P value
Immature defense style	4.65±1.01	3.60±0.99	6.806	0.000
Projection	3.44 (1.00, 8.56)	2.56 (1.00, 4.89)	-3.487	0.000
Passive aggression	4.33±1.38	3.39±1.33	4.448	0.000
Acting out	5.78±1.30	4.02±1.40	8.351	0.000
Complaining	4.67 (1.00, 8.00)	3.33 (1.00, 6.33)	-3.790	0.000
Fantasy	7.00 (1.00, 9.00)	5.50 (1.00, 9.00)	-3.572	0.000
Dissociation	5.33 (1.00, 9.00)	4.67 (1.00, 7.00)	-3.736	0.000
Regression	6.00 (1.00, 9.00)	4.00 (1.00, 9.00)	-5.700	0.000
Somatization	5.00 (1.00, 9.00)	4.50 (1.00, 8.00)	-4.496	0.000
Mature defense style	5.00 (1.88, 6.88)	5.63 (1.00, 7.63)	-3.041	0.002
Sublimation	5.67 (1.00, 9.00)	5.67 (1.00, 8.33)	-0.106	0.915
Suppression	5.00 (1.00, 8.50)	6.50 (1.00, 9.00)	-3.774	0.000
Humor	4.67 (1.00, 9.00)	5.00 (1.00, 7.00)	-3.053	0.002
Intermediate defense style	4.60±0.70	4.30±0.73	2.747	0.007
Reaction formation	3.80 (1.20, 7.40)	4.00 (1.00, 5.80)	-0.794	0.427
Undoing	6.00 (2.33, 9.00)	4.67 (1.00, 8.00)	-6.198	0.000
Repression	5.20 (1.00, 8.00)	4.60 (1.00, 6.80)	-3.084	0.002
Avoidance	5.67 (1.00, 9.00)	5.67 (1.00, 8.00)	-0.913	0.361
Idealization	5.00 (1.00, 9.00)	5.00 (1.00, 9.00)	-0.766	0.444
Pseudo-altruism	5.00 (1.00, 9.00)	3.50 (1.00, 9.00)	-2.821	0.005
Omnipotence	3.83 (1.00, 7.50)	3.50 (1.00, 5.67)	-1.581	0.114
Splitting	4.25 (1.25, 7.75)	4.50 (1.00, 7.25)	-0.717	0.473
Identification	5.00 (1.00, 9.00)	3.50 (1.00, 9.00)	-2.821	0.005
Denial	4.33 (1.00, 7.00)	4.50 (1.00, 8.33)	-1.497	0.134
Socialization	5.00 (1.00, 9.00)	4.50 (1.00, 8.00)	-1.133	0.257
Consuming	3.67 (1.33, 8.00)	3.33 (1.00, 5.33)	-1.803	0.071
Anticipating	6.00 (2.00, 9.00)	6.00 (1.00, 8.50)	-0.533	0.594
Masking	5.60 (1.20, 8.60)	4.95 (1.70, 6.90)	-4.832	0.000

2.2 强迫症患者的童年创伤、人格特质、防御方式及症状严重程度间的相关性分析

强迫症患者 CTQ 中情感虐待分量表评分与 Y-BOCS 总分呈正相关 ($r=0.211$, $P=0.025$)。强迫症患者的不成熟防御机制分量表评分与 Y-BOCS 总分呈正相关, 与情感虐待、躯体虐待、情感忽视、躯体忽视分量表评分呈正相关。强迫症患者人格特质 NEO-FFI 中神经质与情感虐待、躯体虐待、不成熟防御机制和掩饰因子分量表评分呈正相关; 开放性与情感忽视分量表评分呈正相关, 与成熟防御机制分量表评分呈负相关; 尽责性与不成熟防御机制分量表评分呈负相关, 与成熟防御机制分量表评分呈正相关 (表 3)。

2.3 强迫症患者人格特质、防御方式的中介效应分析

根据中介作用原理, 对相关分析结果进行整理, 早年创伤中情感虐待与 Y-BOCS 总评分相关, 防御方式中不成熟防御机制既与情感虐待相关, 又与 Y-BOCS 总评分相关, 所以情感虐待、不成熟防御机制进入中介作用模型。以情感虐待为自变量, 不成熟防御机制为中介变量, 强迫症状为因变量, 进行中介效应分析。

在此模型中, 由于人格特质与不成熟防御机制之间具有相关性, 情感虐待、情感忽视、躯体虐待对不成熟防御机制的影响可能通过人格特质进行中介, 最终对强迫症状造成影响。因而, 第一步先构建结构方程, 分析情感虐待、情感忽视、躯体虐待及人格特质

表3 强迫症组童年创伤各分量表与防御方式及强迫症状的相关分析(r)

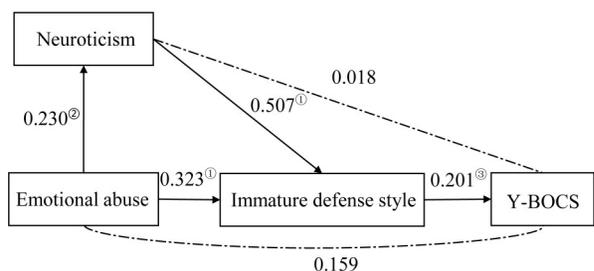
Tab 3 Correlation analysis between subscales of childhood trauma and defense style and obsessive-compulsive symptoms in OCD group (r)

Item	Immature defense style	Mature defense style	Intermediate defense style	Masking	Neuroticism	Extraversion	Openness	Agreeableness	Conscientiousness	Y-BOCS
Emotional abuse	0.427 ^①	0.054	0.173	0.177	0.220 ^⑨	-0.128	-0.007	-0.080	-0.117	0.211 ^⑫
Physical abuse	0.263 ^⑤	0.081	0.129	0.162	0.215 ^⑩	-0.177	0.029	0.065	0.006	0.141
Sexual abuse	0.175	0.059	0.238 ^⑧	0.055	0.096	-0.064	-0.027	0.014	0.022	0.042
Emotional neglect	0.353 ^①	-0.156	0.162	0.095	0.084	-0.113	0.312 ^②	0.025	-0.107	-0.033
Physical neglect	0.295 ^③	-0.003	0.248 ^⑦	0.067	0.103	-0.208 ^⑬	0.162	0.095	0.117	0.096
Neuroticism	0.468 ^①	-0.017	0.081	0.317 ^②	-	-	-	-	-	-
Extraversion	-0.089	0.165	-0.024	-0.005	-	-	-	-	-	-
Openness	0.015	-0.219 ^⑩	-0.099	0.098	-	-	-	-	-	-
Agreeableness	0.024	0.057	-0.014	0.123	-	-	-	-	-	-
Conscientiousness	-0.254 ^⑥	0.411 ^①	0.169	-0.138	-	-	-	-	-	-
Y-BOCS	0.274 ^④	-0.060	0.009	0.148	0.153	-0.117	0.068	-0.030	-0.172	-

Note: ①P=0.000, ②P=0.001, ③P=0.002, ④P=0.003, ⑤P=0.005, ⑥P=0.007, ⑦P=0.008, ⑧P=0.011, ⑨P=0.019, ⑩P=0.02, ⑪P=0.022, ⑫P=0.025, ⑬P=0.027.

与防御方式之间的关系，发现躯体虐待（中介作用大小为0.089，95%CI -0.039~0.217）、情感忽视（中介作用大小为-0.035，95%CI -0.103~0.033）均不存在中介效应，将不显著路径排除后再加入强迫症状建立最终模型。

结果显示，神经质人格在情感虐待与不成熟防御机制之间的中介效应（间接效应）大小为0.117（0.230×0.507，95%CI 0.014~0.219，P=0.025），情感虐待对不成熟防御机制的直接效应有统计学意义，大小为0.323（95%CI 0.189~0.458，P=0.000），表明神经质在情感虐待与不成熟防御机制之间起间接中介作用。而不成熟防御机制在情感虐待与强迫症状之间的中介作用大小为0.088（0.323×0.201+0.230×0.507×0.201，95%CI 0.003~0.173，P=0.041）；在控制不成熟防御机制影响后，情感虐待对强迫症状的直接效应无统计学意义，大小为0.159（95%CI -0.037~0.355，P=0.112）；该结果表明不成熟防御机制在情感虐待与强迫症症状之间起完全中介作用（图1）。



Note: ①P=0.000, ②P=0.015, ③P=0.027.

图1 情感虐待与强迫症状间的中介作用模型

Fig 1 Mediating model of emotional abuse and obsessive-compulsive symptoms

3 讨论

本研究在强迫症患者中探讨了童年创伤、防御方式、人格特质及强迫症状间的关系，并建立了相应的结构模型。结果显示，相比于健康人群，强迫症患者的情感虐待、躯体虐待及情感忽视程度更高，且情感虐待与较高的强迫症状严重程度有关，与既往研究^[13,25]结果一致。WANG等^[26]研究发现情感虐待与颗粒蛋白前体（progranulin）单倍型的交互作用与强迫症的发生密切相关，表明情感虐待在强迫症的发展和维持过程中发挥了重要作用。与健康人群相比，强迫症患者表现出更高的神经质、更低的开放性和尽责性，与SCHIRMBECK等^[27]的研究结果一致。

本研究还发现，相比于健康人群，强迫症患者更多使用投射、被动攻击、潜意显现、抱怨、幻想、分裂、退缩、躯体化等不成熟防御机制，而较少使用升华、压抑等成熟防御机制，这与既往研究^[28]结果一致。根据弗洛伊德的精神分析理论，避免焦虑和内疚来达到保护自我对抗本能是防御方式产生的目的，强迫症表现为闯入性和不必要的想法，以及己所不欲的重复行为，往往与其现实需求背道而驰，如抱着孩子的母亲突然有想要把孩子摔到地上的冲动。强迫症患者多倾向于将令人不安的想法或感受置于自我之外，遇到困难或冲突时多采取抱怨、幻想等方式，对挫折不能勇敢面对，如无法面对未锁门造成的不良后果，多采用回避、退缩等方式逃避现实问题，以获得心理平衡。

此外, 本研究发现情感虐待通过神经质中介不成熟防御机制, 最终影响强迫症状。神经质人格表现为容易焦虑、情绪不稳定、容易感受负性情绪。神经生物学研究认为, 童年创伤会造成较持续的下丘脑-垂体-肾上腺轴失调^[29], 影响海马、杏仁核及小脑结构, 造成攻击性和去抑制性功能紊乱, 增加经历负性生活事件的可能性及对压力反应的脆弱性^[30]。此外, 童年创伤还会对大脑可塑性及发育造成不良影响^[31], 对思维和长期规划策略等认知技能发展不利^[32], 导致成年后的神经质程度更高^[33]。神经质人格反过来也会提高成年后压力性人际生活事件的发生率^[34], 使个体持续暴露于较为不利的发展环境。而在压力、负性生活事件等极端条件下, 防御方式的使用会明显增加^[35], 最终导致了精神疾病的发生^[36]。FOSSE等^[37]发现, 人格特质主要受情感忽视和情感虐待的影响。DYE等^[38]也发现情感虐待与神经质呈正相关, 与本研究发现情感虐待通过神经质、不成熟防御机制最终影响强迫症状的结果一致。强迫思维和行为反映了心理发展早期对未解决冲突的适应不良, 如无意识的性或攻击相关的冲动与现实之间的冲突, 从而产生了某些防御机制以抵消上述想法和冲动; 而不成熟防御机制的使用导致了对焦虑、强烈的本能需求和无意识的冲突的处理失败, 造成强迫症状的持续存在^[39]。

需要注意的是, 童年创伤与家庭功能障碍、家庭关系不良往往是共同存在、相互影响的。家庭成员之间的情感联系、相互沟通和维持关系, 以及解决问题的方式等均是家庭功能的一部分。最常见的家庭功能障碍包括父母抑郁、酗酒、情感冲突及经济问题等, 均与不良的童年经历有关^[40]。而童年创伤会影响大脑的发育和认知功能^[31], 导致个体对外界信息的感知存在偏差, 反过来使个体难以维持良好的家庭关系, 进而影响其人格的发展^[41]。

另外, 儿童气质对于适应性行为的形成具有重要作用。相同家庭环境下, 不同气质的儿童可能受影响的程度也存在差异。如专注性的儿童气质可以有效调节父母婚姻质量对儿童行为问题的影响^[42], 可能也会对人格发展及防御方式的形成产生影响。因此, 童年创伤经历在个体成长过程中可能受到多个且相互作用因素的复杂调控, 最终对精神疾病的影响仍需要更深入且细致的探索。

本研究结果提示情感虐待可能促进个体形成适应不良的人格特质, 并固化多种不成熟防御机制, 使个体暴露于不利的生活环境, 最终可能导致强迫症状的发生。因此, 关注儿童成长的身心健康, 及早对经历童年创伤的患者进行干预, 对形成不成熟防御机制的患者给予有效的心理治疗, 将对强迫症防治起到关键作用。

本研究尚存在一些不足之处: ① CTQ是回顾性自评量表, 被试可能存在一定程度上的回忆偏倚, 有待进行前瞻性研究以增加结果的可信度。② 只进行了横断面研究, 不成熟防御机制对强迫症状的因果关系需要进一步明确。③ 强迫症具有异质性, 不同症状亚型的强迫症患者表现各异, 其防御方式也有所差别, 本研究并未进行相关亚型的分组。④ 强迫症患者焦虑抑郁情绪会对疾病症状严重程度产生较大的影响, 本研究未评估焦虑及抑郁程度。后续研究需要考虑更多可能的影响因素, 如冲动特质、焦虑、抑郁情绪等, 有待扩大样本量进行症状维度的划分, 进行更深入的探索。

利益冲突声明/Conflict of Interests

所有作者声明不存在利益冲突。

All authors disclose no relevant conflict of interests.

伦理批准和知情同意/Ethics Approval and Patient Consent

本研究涉及的所有实验均已通过上海交通大学医学院附属精神卫生中心伦理委员会的审核批准 (审批号: 2013-23)。所有被试均签署知情同意书。

All experimental protocols in this study were reviewed and approved by Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine (Approval Letter No.2013-23). Consent letters have been signed by the research participants.

作者贡献/Authors' Contributions

王振负责研究设计、论文修改; 赵青、顾文洁参与了数据的采集与分析; 赵青负责论文的写作。所有作者均阅读并同意了最终稿件的提交。

The study was designed by WANG Zhen. The data collection and analysis was completed by ZHAO Qing and GU Wenjie. The manuscript was drafted by ZHAO Qing, and revised by WANG Zhen. All the authors have read the last version of paper and consented for submission.

• Received: 2022-05-27

• Accepted: 2022-07-17

• Published online: 2022-09-28

参·考·文·献

- [1] HUANG Y, WANG Y, WANG H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224.
- [2] KERTESZ A, KISS-LEIZER M, SZALMA I, et al. Developmental psychopathological characteristics of obsessive-compulsive disorder[J]. *Neuropsychopharmacol Hung*, 2020, 22(3): 129-140.
- [3] DVIR Y. Childhood trauma and psychosis: a brief updated review and case study[J]. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2022, 31(1): 91-98.
- [4] DESTREÉ L, BRIERLEY M E, ALBERTELLA L, et al. The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: a systematic review[J]. *J Psychiatr Res*, 2021, 142: 345-360.
- [5] BROWN M, WORRELL C, PARIANTE C M. Inflammation and early life stress: an updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood[J]. *Pharmacol Biochem Behav*, 2021, 211: 173291.
- [6] MURPHY F, NASA A, CULLINANE D, et al. Childhood trauma, the HPA axis and psychiatric illnesses: a targeted literature synthesis[J]. *Front Psychiatry*, 2022, 13: 748372.
- [7] MCGREGOR N W, HEMMINGS S M J, ERDMAN L, et al. Modification of the association between early adversity and obsessive-compulsive disorder by polymorphisms in the *MAOA*, *MAOB* and *COMT* genes[J]. *Psychiatry Res*, 2016, 246: 527-532.
- [8] FERRER A, COSTAS J, LABAD J, et al. FKBP5 polymorphisms and hypothalamic-pituitary-adrenal axis negative feedback in major depression and obsessive-compulsive disorder[J]. *J Psychiatr Res*, 2018, 104: 227-234.
- [9] MILLER M L, BROCK R L. The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: a meta-analysis[J]. *J Anxiety Disord*, 2017, 47: 29-44.
- [10] ÇOBAN A, TAN O. Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, anxiety, and depression symptoms mediating the relationship between childhood trauma and symptoms severity of obsessive-compulsive disorder[J]. *Noro Psikiyat Ars*, 2020, 57(1): 37-43.
- [11] AY R, ERBAY L G. Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder[J]. *Psychiatry Res*, 2018, 261: 132-136.
- [12] TIBI L, VAN OPPEN P, VAN BALKOM A J L M, et al. Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive compulsive disorder: findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study[J]. *J Affect Disord*, 2020, 264: 206-214.
- [13] BOGER S, EHRING T, BERBERICH G, et al. Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome[J]. *Eur J Psychotraumatology*, 2020, 11(1): 1753942.
- [14] BARYSHNIKOV I, JOFFE G, KOIVISTO M, et al. Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders[J]. *J Affect Disord*, 2017, 210: 82-89.
- [15] TASKENT V, KARADAG F, TOPCUOGLU V, et al. Psychological defense mechanisms, childhood traumas and dissociative experiences in patients with drug and alcohol dependency[J]. *Turk Psikiyat Derg*, 2011, 22: 58.
- [16] DESPLAN J N, BONSACK C, ROTEN Y D. The study of defense mechanisms: History and concepts[J]. *Eur Psychiatr*, 1997, 12(2): 416-418.
- [17] 田玉梅, 张瑶, 刘敏, 等. 动力性心理治疗联合氟伏沙明治疗强迫症的临床效果及对心理防御机制的影响[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2018, 18(8): 587-590.
- TIAN Y M, ZHANG Y, LIU M, et al. Effects of dynamic psychotherapy combined with fluvoxamine in treatment of obsessive-compulsive disorder and influence on the psychological defense mechanism[J]. *J Neurosci Ment Health*, 2018, 18(8):587-590.
- [18] 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, 18(6): 321-323.
- XU Y, ZHANG H Y. The reliability and validity of the Chinese version of Yale-Brown obsessive-compulsive scale[J]. *Shanghai Arch Psychiatr*, 2006, 18(6): 321-323.
- [19] 王雪云, 施星明, 赵玲慧, 等. 中文版儿童期创伤问卷在精神障碍患者中信度、效度分析[J]. *中国健康心理学杂志*, 2018, 26(4): 618-622.
- WANG X Y, SHI X M, ZHAO L H, et al. Reliability and validity of Chinese version of Childhood Trauma Questionnaire in patients with mental disorders[J]. *Chin J Health Psychol*, 2018, 26(4): 618-622.
- [20] 路敦跃, 张丽杰, 赵瑞, 等. 防御方式问卷初步试用结果[J]. *中国心理卫生杂志*, 1993, 7(2):54-56.
- LU D Y, ZHANG L J, ZHAO R, et al. Report on preliminary application of Defence Style Questionnaire[J]. *Chin Ment Health J*, 1993, 7(2): 54-56.
- [21] 姚若松, 梁乐瑶. 大五人格量表简化版(NEO-FFI)在大学生人群的应用分析[J]. *中国临床心理学杂志*, 2010, 18(4): 457-459.
- YAO R S, LIANG L Y. Analysis of the application of simplified NEO-FFI to undergraduates[J]. *Chin J Clin Psychol*, 2010, 18(4): 457-459.
- [22] 温忠麟, 张雷, 侯杰泰, 等. 中介效应检验程序及其应用[J]. *心理学报*, 2004, 36(5): 614-620.
- WEN Z L, ZHANG L, HOU J T, et al. Testing and application of the mediating effects[J]. *Acta Psychol Sin*, 2004, 36(5): 614-620.
- [23] ROSSEEL Y. lavaan: an R package for structural equation modeling[J]. *J Stat Softw*, 2012, 48(2): 1-36.
- [24] VAN LISSA C J. tidySEM: a tidy workflow for running, reporting, and plotting structural equation models in lavaan or Mplus[EB/OL]. (2022-02-12)[2022-05-27]. <https://github.com/cjvanlissa/tidySEM/>.
- [25] KROSKA E B, MILLER M L, ROCHE A I, et al. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: the role of avoidance and mindfulness[J]. *J Affect Disord*, 2018, 225: 326-336.
- [26] WANG P, ZHAO Q, XU T, et al. Interaction between *PGRN* gene and the early trauma on clinical characteristics in patients with obsessive-compulsive disorder[J]. *J Affect Disord*, 2020, 263: 134-140.
- [27] SCHIRMBECK F, BOYETTE L L, VAN DER VALK R, et al. Relevance of Five-Factor Model personality traits for obsessive-compulsive symptoms in patients with psychotic disorders and their un-affected siblings[J]. *Psychiatry Res*, 2015, 225(3): 464-470.
- [28] 马玉红. 强迫症患者父母教养方式及心理防御机制研究[J]. *临床心身疾病杂志*, 2016, 22(4): 92-94.
- MA Y H. Parental rearing patterns and psychological defense mechanism of OCD patients[J]. *J Clin Psychosomat Dis*, 2016, 22(4): 92-94.
- [29] YANG J Z, KANG C Y, YUAN J, et al. Effect of adverse childhood experiences on hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis function and antidepressant efficacy in untreated first episode patients with major depressive disorder[J]. *Psychoneuroendocrinology*, 2021, 134: 105432.
- [30] NEMEROFF C B, BINDER E. The preminent role of childhood abuse and neglect in vulnerability to major psychiatric disorders: toward elucidating the underlying neurobiological mechanisms[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014, 53(4): 395-397.
- [31] AGORASTOS A, PERVANIDOU P, CHROUSOS G P, et al. Developmental trajectories of early life stress and trauma: a narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation[J]. *Front Psychiatry*, 2019, 10: 118.
- [32] WARD K, RYAN-IBARRA S, SMITH M, et al. Adverse childhood experiences and cognitive disability in the 2019 United States behavioral risk factor surveillance system[J]. *Prev Med Rep*, 2022, 27: 101826.
- [33] ALLEN B, LAUTERBACH D. Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma[J]. *J Trauma Stress*, 2007, 20(4): 587-595.
- [34] KANDLER C, BLEIDORN W, RIEMANN R, et al. Life events as

- environmental states and genetic traits and the role of personality: a longitudinal twin study[J]. *Behav Genet*, 2012, 42(1): 57-72.
- [35] CRAMER P. Defense mechanisms and physiological reactivity to stress[J]. *J Pers*, 2003, 71(2): 221-244.
- [36] BOLDRINI T, LO BUGLIO G, GIOVANARDI G, et al. Defense mechanisms in adolescents at high risk of developing psychosis: an empirical investigation[J]. *Res Psychother*, 2020, 23(1): 456.
- [37] FOSSE G K, HOLEN A. Reported maltreatment in childhood in relation to the personality features of Norwegian adult psychiatric outpatients[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2007, 195(1): 79-82.
- [38] DYE H L. Is emotional abuse as harmful as physical and/or sexual abuse? [J]. *J Child Adolesc Trauma*, 2020, 13(4): 399-407.
- [39] GABBARD G O. *Psychodynamic psychoanalysis in clinical practice*[M]. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 212-216.
- [40] BUSSEMAKERS C, KRAAYKAMP G, TOLSMA J. Co-occurrence of adverse childhood experiences and its association with family characteristics. A latent class analysis with Dutch population data[J]. *Child Abuse Negl*, 2019, 98: 104185.
- [41] 朱相华, 李娇, 王振, 等. 某高校医学生儿童期虐待、人格、家庭关系、自尊和自我效能感及不安全感关系的调查研究[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2012, 12(2): 132-136
- ZHU X H, LI J, WANG Z, et al. The effects of childhood abuse, personality, self-esteem, self-efficacy and family relations on insecurity of college students: a path analysis[J]. *J Neurosci Ment Health*, 2012, 12(2): 132-136.
- [42] 冯伟, 许文英. 父母婚姻质量与儿童行为问题的关系: 儿童气质的调节作用[J]. *中小学心理健康教育*, 2017(6): 17-22.
- FENG W, XU W Y. Parental rearing patterns and psychological defense mechanism of OCD patients[J]. *Ment Health Educ Prim Second Sch*, 2017(6): 17-22.

[本文编辑] 吴 洋

学院介绍

上海交通大学医学院儿科学院

上海交通大学医学院儿科学院的前身为上海第二医学院儿科系，始建于1955年，是新中国成立后历史最为悠久的儿科系之一，是我国儿科医学的发源地和儿童保健学的开创者。上海交通大学医学院儿科是国家重点学科、国家“双一流”建设学科，同时也是国家一流本科专业建设点和国家住院医师规范化培训重点专业基地，是国家级临床技能实验教学示范中心和国家级虚拟仿真实验教学示范中心的重要组成部分。

学院全面整合上海交通大学医学院附属医院儿科优势资源，以附属新华医院、上海儿童医学中心、上海市儿童医院3家医院为主，联合其他6家附属医院儿科，搭建强大的医疗、教学、科研综合平台。目前，学院拥有6个国家临床重点专科，10个教育部和上海市重点实验室，7个省部级儿科医疗诊治中心，以及数十支国家级、省部级高层次儿科人才队伍。现有儿科专业相关教师近千人，其中高级职称教师占40%，博士生导师78人，硕士生导师138人。主编参编18部国家级儿科专业规划教材，主编的《儿科学》（第9版）获首批国家级优秀教材、《小儿内科学》（第6版）获首批上海市高等教育精品教材。“儿科学”课程获国家级精品资源共享课。

