

儿童精神病学的系统思想：对发病机理与援助组织的看法

Systemic approach to child psychiatry: insights in etiopathogenesis and organization of assistance

目的：整合文献中的系统方法和个人的心理治疗援助的儿童与各种形式 F40 的实际经验，为了增加治疗的有效性，改善与 F40 患者的社会适应，并为儿童人口寻求组织形式的医疗保健。

材料与方​​法：该研究包括为 8-17 岁的 61 位儿童的患者，由于结构包括 F40 的各种精神障碍 2018 年入了 Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents 国家卫生保健事业单位。该研究中使用了医学历史分析和与家庭心理学家的课程记录。

结果：根据家庭功能的参数，确定了 3 个系统假设的焦虑恐惧症的表现组：结构方面的障碍（范围、等级、联盟、三角形），交际环境或家族史。工作系统假设由十个临床实例说明。

结论：儿童恐惧性焦虑障碍的形成系统的假设允许制定旨在通过家庭条件的长期稳定缓解及改善患者的病情的治疗及康复战略。在治疗及康复计划中列入与家庭心理学家/心理治疗师的会话，允充许将儿童援助的重点转移到医院以外的方向。

关键词：青少年；焦虑恐惧症；家庭；系统假设；家庭疗法

Aim. Integration of information on systemic approach published in literature, and of the own practical experience in rendering psychotherapeutic assistance to children with different forms of phobic anxiety disorders (PAD) aimed at improvement of effectiveness of treatment, of social adaptation of patients with PAD, and at search for organization forms of medical assistance to the given category of children's population.

Materials and Methods. Into the study 61 children of 8-17 years old were involved living at home and admitted to Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents in 2018 for different mental disorders including PAD. In the study, analysis of medical histories and protocols of classes with a family psychologist were used.

Results. On the basis of the parameters of family functioning three groups of phobic anxiety syndromes were isolated: disorders of the structural aspect (limits, hierarchy, coalitions, triangles), disorders of communication sphere, or of family history. The working systemic hypotheses were illustrated with ten classic examples.

Conclusion. Systemic hypotheses of formation of PAD in children permit to construct treatment and rehabilitation strategies directed at improvement of patient's state through creation of conditions for a prolonged stable remission in the family. Inclusion of classes with a family psychologist/psychotherapist into the plan of treatment and rehabilitation permits to shift the accent of help to a child to the outpatient environment.

Keywords: adolescents; anxiety-phobic disorder; family; systemic hypothesis; family therapy.

格雷戈里·贝特森的精神分裂症理论和精神科医生对这种疾病过程中的实际观察，以 20 世纪 40—50 年代在美国和欧洲速度推动了系统方法和家庭疗法/心理疗法的发展。结果发现，当患者在医院成功治疗后返回家中时，许多病例的症状又恢复了[1]。这个事实的解释是在唐纳德·杰克逊的家庭自动平衡概念的框架中给出的，即系统恢复稳定的愿望，其中病理症状具有一定的作用[2]。事实上，当儿童住院时，即《生活》在不同的社会情感环境中，这会使他的症状《不必要》。回家后，儿童再次落入熟悉的循环交际环境，让症状再次成为需求，成为家庭内部互动的一部分，使其更难以恢复[3]。

在 20 世纪下半叶，关于治疗影响单位的观念发生了变化：从两个人（生病的孩子、母亲）扩展到三个人（母亲、父亲、孩子），以及更多人（祖父母、兄弟姐妹）[3-5]。系统方法的观念促成了精神病医生的思想中出现一种新范式。也就是说，不要理解症状行为的原因仅植根于个人，而是有兴趣改变诊断的重点，分析和描述从一个家庭成员到家庭功能的方式。核心假设是，对于诊断重要的不仅是获得家庭成员的病历数据，而是更准确地理解个别家庭成员的症状，例如，只有当了解所有家庭成员（即整体）的共同功能时，才能更准确地理解儿童的症状（即一部分）[6]。将系统对临床病例的理解突入到精神病学中，有助于出现一个独立的术语和一个单独的方向，称为《系统精神病学》[7]。精神病学家认为精神障碍的症状在家庭中具有某种功能并且旨在解决患者环境中有问题得情况[8]。《家庭诊断》的观念（确定有助于出现和巩固家庭成员的各种心理问题和精神障碍的家庭生活特征障碍）[9]使医生更容易诊断并帮助制订康复治疗计划。

虽然将亲属纳入成年患者的康复措施和在许多精神障碍儿童的家庭心理治疗证明有效性 [10-13]，儿童医疗保健中心和大多数精神病医院和初级卫生保健缺乏家庭心理学家还是几乎排除与家庭资源的参与治疗周期的措施，而实际上家庭咨询和家庭心理治疗并没有成为有精神障碍和行为障碍的儿童帮助儿童的标准[14]。实证研究已经清楚地表明，如果家庭成员不了解医学问题，医生与患者的亲属沟通更方便；医生相信，在治疗过程中亲属的干预是一个危险因素，可以引发医疗错误，因此，降低医疗保健的质量[15]。医生在家庭心理学领域的培训和熟悉系统的方法可以将重点从医疗干预转移到预防医学，有效的进行多专业团队合作，并提高医疗服务质量[16]。

为了说明儿童精神病学的系统方法的观念，本文中选择了儿童恐怖性焦虑障碍（F40）。一方面，F40 的选择是由儿童和青少年中的高发病率决定的[17]。另一方面，许多成人的流行病学和临床研究表明，从童年开始的 F40 长期慢性过程，对治疗药物效应的抵抗力相对较高 [18-20]。因而，重要的是寻找以前没有充分研究或没有找到足够的实际应用 F40 发病机理在儿童和青少年。在第三方面中，在依恋理论的基本框架内，面向系统的家庭和动态心理治疗表明发生违反家庭关系作为一个重要因素以及情感性范围失调的过程[4, 21-23]。

目标是整合文献中的系统方法和个人的心理治疗援助的儿童与各种形式 F40 的实际经验，为了增加治疗的有效性，改善与 F40 患者的社会适应，并为儿童人口寻求组织形式的医疗保健。

材料与方法

在家居住的 8-17 岁的患者（61 位儿童）进行了检查。他们在 2018 年入了“苏卡列娃儿童和青少年心理健康科学实习中心”国家事业保健机构关于各种精神障碍，其结构包括 F40。该研究使用了医学历史分析和与家庭心理学家的课程记录。所有试验对象（15 岁以上）或试验对象（15 岁以下）的法定代表人均签署了知情同意书，同意参与科学研究和与家庭心理学家的课程。该研究由“苏卡列娃儿童和青少年心理健康科学实习中心”国家事业保健机构的局部道德委员会批准（4 号记录，2017 年 12 月 12 日）。

该研究特点。由于所有患者都在情感性范围表现为焦虑和恐惧，因此只在目标的框架内本观察组被认为同类的（无论综合征或疾病学形式）。从系统方法的角度分析病历数据，临床背景，心理诊断结果和心理治疗过程的动态，允许制定假设并显示儿童和青少年恐惧性焦虑范围情感病理学的共同的规律。该研究是跨学科研究，所以解释和结论可能会过于《心理化》和有争议的。然而，向专业社会提供对已知问题的不同看法的机会对于组织对儿童的专门援助以及形成年轻专业人员的专业观点是重要（因而促进生物心理社会模式的发展及预防和社会精神病学的人道方面）。

系统假设和心理治疗的策略。对于系统家庭心理治疗的有效工作，有必要有一个工作假设，让医生或心理学家了解有助于个人或家庭疾病出现和巩固的过程。系统假设描述家庭成员的相互作为一个循环序列，将所有家庭成员连接在一起，而且每个成员的行为都会影响所有成员。在许多情况下，本疾病的存在确保了这种联系的存在。家庭研究指的是研究其功能的参数[24]：家族结构（范围、等级、联盟、三角形）（1）、交际环境及其他动态特征（2）、家族史（3）。

结果和讨论

表 1-4 显示该研究包含患者的数据。

基于儿童 F40 的主要系统假设。文献分析和个人研究使我们按照家庭功能参数能把假设分为 3 组。

（一）家庭结构问题有关的假设：

1.1. 该种疾病可能由于家庭范围特点发生：家外的（家人与周围环境之间）（A）及家内的（父母、夫妇和子女之间）（B）：

A) 恐惧和焦虑是由于儿童的环境信息不充分和/或与周围环境的知识、社交技能不一致，对了解个人的能力和儿童的年龄不对应。在观察方面，儿童对与周围环境的大量恐惧与父母对积极的社会互动的恐惧相似。因此，儿童的症状是对家庭过度压力的象征性保护，支

持所有家庭成员的避免行为。父母团结起来，帮助孩子应对恐惧，并帮助整个家庭。在功能失调的外部边界不正常的家庭中，很难寻求帮助（《硬》在所有观察中）。因此，家长第一次寻找了专家（精神科医生，心理学家）的帮助比较晚，虽然儿童在 2-3 年中继续抱怨自己的恐惧。

B) 在大多数情况下，家庭的《硬》外部边界与《模糊》内部边界结合到一起。《模糊》内部边界的家庭最大的焦虑是由分离引起的。根据我们的观察，儿童的恐惧《捆绑》了父母，因此，不仅是儿童，而且整个家庭系统都有症状存在的《再次利益》，避免分离并减轻家庭焦虑的整体水平。

1 号临床实例。阿列克谢，12 岁。多态恐惧的问题（访问学校，雷暴，出去外面，人群，交流）。在与父母谈话时，他们生活方式非常私密的（几乎不参观公共休息场所，没有朋友，很少探亲，自己很少邀请客人）。父亲描述了父母对家庭外和外界发生的事情的态度如下：“我们真的不太知道会发生什么事。我出去外面的时候，有可能一块砖头砸在我的头上？”母亲要求孩子牵着他的手走在街上；父亲希望他的儿子更独立，同时也不允许他一个人离开家（例如，拿出垃圾），因为“这是危险的”。为了减少恐惧的表现父母和孩子到处在一起：母亲帮助她的儿子洗澡，青少年的儿子跟父母一起睡觉。

1.2. F40 表示家庭中出现等级制度的违法。这种 F40 的种类表现在恐惧和焦虑的形式，而不是为自己，而是为其他家庭成员，尤其是为父母。这可以间接指示家庭中所谓的《反向层次结构》的存在。这借意地表现于儿童《保护》他的父母行为，防止他们从假想的或真实的困难。对于家庭关系倒置的层次结构，儿童有权势，而不是父母。反向层次形成的机制可能与父母化现象有关（儿童变成《父母对父母》）。

2 号临床实例。列娜，13 岁，入院了因为出现对污染恐惧的问题。女孩每天花几个小时打扫房子。为了减少房子弄脏的可能性，女孩要求家庭成员遵守规则，例如，父母出去外面应带口罩；回家后，把户外鞋子放在房子外，并洗手两次。父母毫无抗辩的实现这些要求，但青少年女孩子的症状继续增长。

1.3. 儿童发生的恐惧症或其他 F40 是功能失调联盟的反映。在这种假设中心的情况下，儿童的症状复制了另一个家庭成员类似的表现。症状允许儿童明确地或隐蔽地《团结》，例如，与其中一位父母。在症状的帮助下，孩子和父母之一《合法》地形成了特殊的关系，近距离避免选择和相同的生活方式。因而，另一方家长移动到家庭系统的外围或与另外一个孩子（平常是健康的）形成一个联盟。

3 号临床实例。维卡，11 岁。父母抱怨女孩离开房子的恐惧，导致完全拒绝上学的问题。在收集有关家庭的信息的过程中被发现除了女孩以外，她的父亲也很少离开家。他报告了自己不愿意出去外面，并已经一年多没有离开家。通过网络在家工作有助于促进家庭的经济担

保。认为自己很健康。父亲否认女儿的抱怨。父亲很高兴因为在过去的几个月里，他和女儿经常接触，能够更接近起来并建立比患者与母亲更友好的关系。

父母/夫妇之间的《权力》斗争是确定功能失调联盟的重要诊断标准。当儿童在家庭层次系统中的地位比任何父母都低，被迫参加这种互动，不自觉地《采取》任何行动以确保家庭原状保持不变（这通常有生病孩子家庭的特征）。儿童的行为旨在为提供心理支持给在这个家庭生活和权力斗争阶段处于弱势地位的父母，因而让平等平衡的力量，并避免家庭系统的突然变化。

4 号临床实例。杰尼斯，15 岁。男孩恐怕当街流氓，因此他几乎不出去外面玩，所有的空闲时间在家里，但继续上学。从病史中能看出孩子的父亲非常勇敢，但严格的人，在一个准军事警卫队工作。根据他的母亲，”他不知道什么是恐惧，他不能忍受胆小的人。“患者的母亲是一位柔软和没有自信的女人。当她试图在重要的家庭事务中坚持住自己的观点时，在与丈夫的关系中存在严重的问题。

在临床案例 4 中，患者孩子的存在部分地使儿子与母亲更接近，并在家庭中加强母亲的地位。毕竟，这种勇敢父亲的孩子出现了恐惧的事实，间接表明父亲无法树立榜样或父母的弱点，也许是家庭中的其他地位或职责。这样的事实给女人对丈夫提出适当的要求的机会。

1.4. 儿童的 F40 创建一个《病理三角形》（根据 M. 鲍文 (M. Bowen) 的观念）。焦虑和恐惧降低家庭外或内儿童与外界接触的能力，需要父母不断的存在（应给无法适应的儿童提供必要的帮助）。终究，有婚姻冲突和紧张关系的父母聚集在一起，以关注孩子的适应或治疗过程。将儿童《拉入》到婚姻关系中是对这种关系《相对急救的》事。因此，父母《有相对利益》将患者（孩子）保持在他们身边，这意味着成长的慢性病程或疾病频繁的复发。

5 号临床实例。尤利亚，14 岁，因为出现背过气的感觉入院了，心跳加速，对死亡的恐惧，其会突然发生在充分健康的背景下，频率为一周几次。父母说，在女儿的疾病表现之前，家庭成员 2 年内处于在《离婚前》状态：不断的争吵和冲突，双方威胁离婚，家里的气氛非常紧张。女儿疾病的出现和形成过程激化了夫妇之间的关系，即缺乏达成协议程序的规则。女儿的治疗过程使夫妻的生活发生变化。父母被迫学会如何协议陪同女儿的时间表：谁，几次以及几点可以带女儿上学，带她回家，带她去训练。该疾病要求家长协调他们的行动以恢复孩子的健康（寻找医生，选择合适的体检项目，住院和心理治疗的决定）。此外，疾病的表现形式具有明显特征：恐慌发作时，如果父母都在她身边一起鼓励她，女孩的状态显着缓解，而发作的持续时间减少多了。

最重要的是注意，确保分离是保育青少年的家庭所面临的重要任务。儿童的三角测量到配偶关系使家庭不可能（或延迟）移动到生存周期的下一阶段。

6号临床实例。济纳，15岁。从病史中能看出，从新学年开始女孩上军事学校，周末的时候回家。周日，在她回到学校的路上，发生了一种《状态》，她感觉到了心跳加速，缺乏空气的感觉和失去控制的恐惧。随后，该《状态》在她上学的路上（有必须父母的陪伴）和在学校的课堂上都重复了很多次。她周末在家里的时候没有观察到该状态。疾病恶化导致女孩停止上学，住院前两个月都呆在家里。与医生咨询中，父母不断讨论女孩不还没有准备好《父母不在她身边》的情况及无法离家学习的问题。在心理治疗的进程中，还被出现家庭中的类似的问题：父母没有准备好《女儿不在他们身边》的情况。

（二）与交际范围和家庭系统的其他动态特征有关的假设：

2.1. F40 是家庭功能失调交流的结果。该种家庭显示感情（包括恐慌）表示的禁止，同时支持水平低或要求过度成功的规章。父母对自己、孩子们和其他人提出过高的要求，害怕与社会的期望的差距，注意失败的情况，并表现出对《全有或全无》生活原则的极化思维。此外，他们被出现看到其他人所幸灾乐祸，冷漠或嫉妒的倾向。对于很多儿童来说，他们缺乏与其他人的信任关系和属于参考组的感觉。该群体中的大多数孩子注意到了父母对其他人的高度批评和不信任的态度。在功能障碍交际的其他常见变体中，出现《缺失逻辑连接》和《有两个意义的消息》的情况。

7号临床实例。吉利尔，14岁。母亲一个人抚养儿子，与孩子在一起在医生心理治疗学的时候多次强调，她《急切地等待着儿子长大的时候》，而在行动层面上，禁止他使用燃气灶和厨房刀具。因此，一方面，她给儿子矛盾的信息，刺激他的成长，另一方面，阻碍了实际生活技能的发展，是其他孩子比她儿子早所有的技能。结果是，因为男孩的任何行为都与母亲的《消息》相矛盾，他指出了自己焦虑和恐惧的表达。

2.2. 儿童 F40 的出现与家庭中的作用转换有关。所有家庭成员都在行为资源有一定数量的角色，但如果角色的范围比较窄，也随着时间没有大变化，那么家庭成员会《卡住》在他们最熟悉的角色中。当有必要改变通常的陈规定型观念时，这可能会使适应下降并增加焦虑程度。因此，在六种临床案例情况下，孩子保留《生病》（或者《残疾人》）的状态，他们没有收到家务的指示，而他们的责任被转移到其他家庭成员。因为该行为模式不仅在执行这些责任的家庭的长年成员身上固定，而且在儿童本人，所以儿童恢复遇到了很大的阻力。儿童形成了疾病的《再次好处》，所以他本人的恢复并不是《有益处的》。在终止症状的情况下，他再次将有责任，这意味着责任的再分配。正是在某些情况下，这种再分配引发了新的焦虑的浪潮，因为所有家庭成员在疾病期间建立的通常角色不得不再次被摧毁。因此，精神病医生在努力治疗儿童过程中开动家庭成员中的新恐惧的浪潮（以医生治疗过程给儿童固定分配《病人》的角色），并在疾病的发病机制中形成《恶性循环》。此外，在儿童进行不寻常的功能角色的情况下被观察到了 F40 的出现。

8 号临床实例。叶戈尔，15 岁。没有明显原因引起的焦急和恐慌的问题。根据母亲，在单亲家庭长大的男孩对她来说是《一切》。母亲希望儿子给她情感支持，试图与他讨论工作中的困难和身体健康的问题，委托给他共同休闲安排和制定家庭预算。根据青少年的儿子，他感觉《自己负责家庭的事》。在这种情况下，儿童的住院治疗过程可以被看作分离的隐喻，与此同时，《机械》的方式返回到儿童的角色及恢复儿童与父母的关系，而不是青少年在入院之前由母亲赋予的《责任丈夫》的角色。

除了所描述的情况下，应该特别注意的是，在一些西方国家与 12（！）岁以下 F40 的儿童，无论症状的严重程度，所有医疗干预都是在没有儿童直接参与的情况下进行的，只有通过父母进行。这样才能避免标签效应（从《标签》词的内容相一致，固定在一个问题上）[25]。

（三）与家族史有关的假设：

3.1. F40 发展的原因可能是家庭生活和历史特征可能使孩子感到缺乏健康的精神，身体，精神和其他力。在所描述的家庭中出现《强》男人短缺的情况（由于父亲离婚或死亡不完整家庭，剥夺其父母的亲权，酗酒的父亲，失踪的父亲或祖父）。对于许多儿童来说，恐惧的气氛当中有家庭过去的事件，恐惧伴随着无保护、无助和没有支持全感的缺乏。患者对《强人》有希望，特别是男人（祖父、医生、心理学家、教练、上帝），而相信这些重要的人会照顾、保护、帮助解决问题。

9 号临床实例。伊万，15 岁。对不同多形恐惧的问题（坏伙伴、毒品、艾滋病、暴力）。男孩多次表示希望与（男）医生《多聊》，觉得很高兴他的《心理学家也是一个男人！》。从病史中能看出，病人在一个单亲家庭长大的，目前他的母亲独立抚养他。

3.2. 焦虑和恐惧是对家庭系统的《排除》成员隐藏的忠诚的表现。在系统家庭心理学中，《排除》家庭成员被理解为还活着或已经去世的亲属，家人与他们有特殊的关系。大多数情况下，没有人谈到这些家庭成员，有时也不记得他们。《排除》的亲属可能是在婴儿期，分娩或出生前死亡的儿童，自杀儿童的亲生父母或失踪，有精神病患者，或犯罪的家庭成员。这个家庭成员仍然留在家庭系统中尽管这个人已被遗忘或被弃绝。弃绝（《排除》）的事实对家庭成员会产生破坏的影响，有时不管《排除》的成员是否还活着，而活着的成员是否知道这个事。家庭秘密存在（既故意构建和无意识）的事作为焦虑的来源，对那些不知道任何事情的家庭成员有负面影响，特别是儿童。

10 号临床实例。卡佳 M.，15 岁。入院了因为出现严重强迫计数的问题。症状是 3 年前出现的，并逐渐增加，才增加了这么多，女孩除了强迫计数之外，不可能专注其他事情。在家族史研究中揭示了，外祖父有类似的障碍，他也患了强迫症。在伟大卫国战争期间内，外祖父做警察的工作，因此家人弃绝他了，后来试图忘记他。这种相同的《发现》及心理治疗

师的假设让父母莫名其妙。然而，使用《家庭重建》的技术，其中包括祖父的生活和关于他的亲戚故事的研究，寻找他的照片和坟墓，让女孩的症状显著下降。最终，症状的存在允许家庭成员重新实现与属于家庭系统和记忆的权利相关的经验。

结论

对于患恐惧性焦虑障碍的儿童心理治疗学援助组织的一般建议：

1. 治疗过程中吸引家庭成员。儿童青少年的焦虑恐惧症可能与家庭功能问题直接相关。家庭冲突可以反映在儿童问题的范围。出现这些问题的儿童在医院接受治疗后，并且在满意的情况下出院后，经过短时间内再次来到精神病医生的注意与以前存在的问题。因此，由于家庭功能严重障碍，儿童的症状总会得到维持和/或增强的状态。将家庭纳入综合治疗和康复计划，才可以克服《恶性循环》。

2. 主要工作系统假设确定心理治疗过程持续的时间，参与者的组成，中心主题（目标）和一组技术。

系统假设决定于心理治疗师选择家庭咨询方法和策略。所上述的技术应用取决于工作假设（结构方面的障碍，交际领域或家族史），并考虑到治疗过程的阶段（初级、中间、终极阶段，与孩子父母或夫妇关系的培训）。如果医生有几个工作假设，每个假设都需要在与家庭相互作用的过程中进行测试：

1. 在大多数情况下，夫妻双方要同时治疗。夫妇俩是核心的骨干。夫妇功能的障碍通常会影影响儿童的行为和身心健康。此外，许多系统假设反映夫妇和/或父母之间的问题范围。家长参与帮助他们的孩子不仅有助于形成负责任的父母，而且在孩子进康复过程中真正发挥重要的作用。

2. 向资源的方针。

在我们看来心理治疗师有必要不断建立自己的互动与病人和他的家人以这样的方式找到并强调个人和家庭的资源，可以对缓解和恢复过程的持续时间产生积极的影响。重要的是要找出哪个家庭成员和家庭以外的人可以给患者提供支持；哪些患者和其他人的素质允许更有效地应对疾病。心理学家/心理治疗师的反馈服务对于患者也可以产生积极治疗的影响。

在系统家庭心理治疗的整合模型中，特别注意的是对患者影响最大的社会环境因素，即患者的家庭。儿童恐惧性焦虑障碍的形成系统的假设允许制定旨在通过家庭条件的长期稳定缓解及改善患者的病情的治疗及康复战略。在治疗及康复计划中列入与家庭心理学家/心理治疗师的会话，允充许将儿童援助的重点转移到医院以外的方向。

表 1 根据性别和年龄患者的分为 (p=61)

年龄	男孩	女孩	一共 (n 和 %)
8-10 岁	2	-	2 (3.3%)
11-13 岁	6	6	12 (19.7%)
14-15 岁	10	13	23 (37.7%)
16-17 岁	9	15	24 (39.3%)
一共	27	34	61

表 2 根据家庭组成为 (p=61)

家庭类型	儿童人数 (n 和 %)
完整的家庭	19 (31.1%)
不完整的家庭 (与母亲居住)	22 (36.0%)
不完整的家庭 (与父亲居住)	1 (1.6%)
混合家庭*	15 (24.6%)
组合家庭**	4 (6.6%)
拼凑的家庭***	-

注：*《重建》的家庭，形成于两个离婚人的婚姻的结果，包括继父母和继子女，因为前婚配偶的孩子加入新的家庭；****一对已婚夫妇在公证或民事婚关系，其中一方或两方都有一个对于第二方不是亲生的孩子；无论孩子是否正式收养，与父母是否一起居住；无论第二方是否有亲生或共同孩子；***以前两方都有有意义关系的家庭，并他们以前关系的孩子和/或他们以前的男/女伴都参与本家庭的生活中

表 3 根据恐惧水平患者的分为 (p=61)

恐惧的类型	儿童人数 (n 和 %)
对生命或健康的恐惧	20 (32.7%)
对父母的生命或健康的恐惧	9 (14.7%)
对上学的恐惧	14 (22.9%)
对离开家的恐惧	8 (13.1%)
对黑暗的恐惧	4 (6.6%)
多型、未分化的恐惧	6 (9.8%)

表 4 根据诊断患者的分为 (p=61)

根据 ICD-10 诊断	儿童人数 (n 和 %)
精神分裂症、分裂型人格障碍、分裂情感性障碍 (F20, 21, 25)	7 (11.5%)
心境障碍 (F31, 32, 33)	15 (24.6%)
恐惧和其他焦虑症 (F40, 41)	19 (31.2%)
严重应激反应, 及适应障碍 (F43)	14 (22.9%)
轻度智力迟钝 (F70)	2 (3.3%)
儿童青少年情绪和行为障碍 (F93, 98)	4 (6.6%)