

精神障碍家庭顺应评估工具的研究进展

郑雪雪¹, 施忠英², 贾守梅³

Family accommodation assessment scale for mental disorders: a review Zheng Xuexue, Shi Zhongying, Jia Shoumei

摘要: 对精神障碍家庭顺应评估工具的主要内容、特点及局限性等进行综述, 分析量表的应用现状, 为引进或研制本土化测量工具提供借鉴, 也为准确评估及进一步家庭干预提供参考。

关键词: 精神障碍; 强迫症; 焦虑症; 进食障碍; 家庭顺应; 评估工具; 综述文献

中图分类号: R473.74 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.24.098

强迫症、焦虑症、进食障碍等精神障碍由于其慢性病程、损害严重等特点, 使得家庭主要照料者承受沉重的照料负担和消极情绪^[1], 导致家庭成员间互动模式的改变, 甚至照料者无法正常工作和生活。Shimshoni 等^[2]发展的家庭顺应(Family Accommodation, FA)概念模型提出, 因患者疾病症状产生的痛苦会导致家庭成员对患者的过度保护或顺从即家庭顺应。家庭顺应在短期内缓解了困境, 但却促使家属长期的回避行为和患者对此的持续依赖性。这些行为容易造成疾病症状维持甚至恶化, 进而加重家属的痛苦, 最终导致更大程度的家庭顺应。评估家庭顺应水平及影响因素可为制订更有针对性的家庭干预措施提供参考。本文对国内外精神障碍患者家庭顺应评估工具进行综述, 为研究者选择合适的评估工具和为国内临床引进或研制本土化家庭顺应测量工具提供参考。

1 家庭顺应概况

“Accommodation”被翻译成“顺应或调节”^[3], 在社会学中指个人或群体之间调整行为以适应他人或环境的过程, 主要指人际关系的调适, 是人们为了避免、减少或消除冲突, 和谐、融洽地共同生活, 一方或双方部分改变其思想、态度和习惯, 以适应对方的过程^[4]。顺应的主要方式有妥协、和解、容忍。家庭顺应是指家庭成员为帮助精神障碍患者回避或减轻疾病痛苦而对自身行为做出的改变^[2]。其常见形式是家庭成员改变家庭常规、参与患者强迫症状相关行为或促成与强迫相关的回避行为^[5]。家庭顺应是精神障碍患者家庭的一种特征, 是家属在疾病应对过程中一种低效能表现和不良应对方式, 它不仅导致患者疾病症状恶化与维持, 也造成照顾者严重的精神痛苦^[6-9], 有效干预可减轻患者的疾病症状和有助于人际交往功能的恢复。因此, 今后应将家庭顺应作为干预目标或辅助治疗不可或缺的一部分。

作者单位: 1. 上海交通大学护理学院(上海, 200025); 2. 上海交通大学医学院附属精神卫生中心; 3. 复旦大学护理学院

郑雪雪, 女, 硕士在读, 学生

通信作者: 施忠英, ssc.1@163.com

科研项目: 上海市精神卫生中心特色学科建设项目(2017-TSXX-04);

复旦大学一流护理学科建设项目(FNSYL202008)

收稿: 2021-07-06; 修回: 2021-08-17

2 家庭顺应评估工具

2.1 强迫症家庭顺应评估量表

2.1.1 临床访谈版家庭顺应量表(Family Accommodation Scale-Interviewer-Rated, FAS-IR) FAS 是由 Calvocoressi 等^[10]研制的半结构化量表, 用于评估强迫症患者家属在过去 1 个月内的顺应情况, 由经过培训的临床医生评定。FAS 包含家庭顺应(9 个条目)、顺应造成的痛苦(1 个条目)及不顺应的后果(3 个条目)3 个因子共 13 个条目, 后 2 个因子不计入总分。1999 年 Calvocoressi 等^[11]在 FAS 的基础上修订形成 FAS-IR, 评估过去 1 周内的顺应行为。FAS-IR 包括强迫症症状清单(不计分)和顺应两部分, 顺应维度在 FAS 家庭顺应 9 个条目的基础上新增 3 个强迫仪式相关条目, 共 12 个条目, 依据症状发生的频率(“从不”至“每天”计 0~4 分)或严重程度(“一点也不”至“非常严重”计 0~4 分)评分, 总分 0~48 分。Liao 等^[12]将其汉化, 在 91 例强迫症患者主要照顾者中测得量表 Cronbach's α 为 0.798, 评定者间信度和重测信度分别为 0.835、0.882。FAS-IR 是评估强迫症患者家庭顺应的金标准, 但雇用和培训评定 FAS-IR 的临床医生所需成本高, 且实施费力、耗时长, 易造成受试者负担。FAS 和 FAS-IR 缺乏直接的心理测量学指标比较, 并且存在家庭成员间的应答偏差^[13]。

2.1.2 父母评定版家庭顺应量表(Family Accommodation Scale-Parent Report, FAS-PR) 由 Storch 等^[14]研制, 用于评定年幼强迫症患者在过去 1 个月内的家庭顺应, 受试者为患儿父母。其维度、条目数和计分方式同 FAS, 在 57 名父母中测得量表的 Cronbach's α 系数为 0.90。FAS-PR 的优点是耗时较短, 从而减轻受试者负担, 但父母在自评家庭顺应行为时可能会低估或高估其程度。目前尚未对 FAS-PR 汉化。

2.1.3 患者评定版家庭顺应量表(Family Accommodation Questionnaire-Patient Version, FAS-PV)

由 Wu 等^[15]研制, 评定过去 1 周内家庭顺应情况, 受试者为成年强迫症患者。量表包含参与和促进强迫症症状、避免强迫症触发因素、帮助患者承担责任及改变个人职责 4 个维度共 19 个条目, 评分方式同 FAS。在 61 例强迫症患者中测得内容效度为 1.00, 4 个维度内部一致性为 0.59~0.78。FAS-PV 填补了患者报告疾病信息的空白状况, 其适用范围较广, 也

可用于有强迫症状的其他群体。

2.1.4 自评版家庭顺应量表(FAS-Self-Rated version, FAS-SR) 由 Pinto 等^[16] 研制, 评估过去 1 周内的顺应, 由患者家属作答。其维度、条目和计分方式同 FAS-IR。日语版 FAS-SR^[17] 在 41 名强迫症患者家属中测得 Cronbach's α 为 0.88, 重测信度为 0.85。Mahapatra 等^[18] 对印度语版提取三因素模型, 解释了总方差的 72.017%, 并在 105 名强迫症患者照顾者中测得 Cronbach's α 为 0.93。与 FAS-IR 相比, FAS-SR 的实施成本低, 利于广泛收集数据, 且 FAS-SR 适用人群更广, 受试者包括患者的父母及其他家属。但 FAS-SR 缺乏标准化的患者报告结局, 忽略了患者报告关于家庭顺应有价值的信息。

综上, 强迫症家庭顺应评估工具发展较完善, 包括不同评定形式的量表。临床医生访谈版工具使用同一标准评估强迫症患者的顺应, 易忽略患者及家庭个性导致的差异, 甚至遗漏重要信息。家属评定版和患者评定版工具对受试者的文化水平有一定要求。仅通过任一方评估家庭顺应, 易造成一定的报告偏差, 为减少这种偏差, 建议未来由临床医生、患者、家属共同对强迫症患者的家庭顺应进行评定。FAS-PV、FAS-PR 在进行信效度分析时样本量较小, 且多在女性中研究, 因此今后有待在更大样本、不同性别人群中进一步验证其信效度。

2.2 焦虑症家庭顺应评估量表

2.2.1 父母版焦虑症家庭顺应量表(Family Accommodation Scale-Anxiety, FASA) 由 Lebowitz 等^[6] 研制, 用于评估儿童焦虑症的家庭顺应, 受试者为患儿父母。FASA 包含顺应、顺应造成的痛苦、不顺应的后果 3 个维度, 其中顺应包括修改常规和参与症状 2 个子维度共 13 个条目, 计分方式同 FAS。Buissonnière-Ariza 等^[19] 测得总量表 Cronbach's $\alpha = 0.92$, 其余各维度 Cronbach's $\alpha \geq 0.83$ 。目前对 FASA 计分条目尚有争议, 有学者认为前 9 个条目分之和计为总分, 有学者赞成总分为 13 个条目分之和, Buissonnière-Ariza 等^[19] 认为对接受强化治疗的儿童和青少年测量, 使用 13 个条目计算总分更合适。

2.2.2 儿童版焦虑症家庭顺应量表(Family Accommodation Scale Anxiety-Child Report, FASA-CR)

由 Lebowitz 等^[20] 研制, 受试者为患儿。其前 3 个维度和 FASA 相似, 新增儿童对 FA 的想法和信念维度(包含 3 个条目, 不计入总分), 共 16 个条目, 计分方式同 FASA。Lebowitz 等^[21] 在 65 例患儿中测得总量表重测信度 r 为 0.46, 参与症状与修改常规维度 r 值分别为 0.33 和 0.54。Schleider 等^[22] 在 103 例患儿中检验 FASA-CR 的参与症状与修改常规维度 Cronbach's α 系数为 0.77 和 0.79。FASA-CR 以儿童理解的语言陈述问题以便患儿作答, 增加了对家庭顺应的想法和信念评估, 可获取相对较多有关家庭顺应的信息, 但量表的重测信度较低, 稳定性较差, 有待进一步在更大样本中检验。

2.2.3 成人版焦虑症家庭顺应量表(Family Accom-

modation Scale Anxiety-Adult Report, FASA-AR)

由 Lou 等^[23] 依据 FASA-CR 改编, 用于评估过去 1 个月内成人焦虑症的顺应, 受试者为患者。FASA-AR 有参与症状和功能改变 2 个因子共 16 个条目, 计分方式同 FASA-CR。在 375 名社交焦虑的大学生中测得总量表 Cronbach's α 为 0.88, 参与症状与功能改变维度 Cronbach's α 系数为 0.78、0.86。FASA-AR 是我国首个评估成人焦虑症患者顺应的量表, 其文化适用性更强。FASA-AR 对顺应者的界定范围相对较广, 还包括但不限于父母、兄弟姐妹、配偶、朋友和室友。

2.2.4 社交焦虑症状顺应量表(Social Anxiety Accommodate Scale, SAAS) 由 Joogoolsingh 等^[24] 研制, 用于评估过去 1 个月内对社交焦虑症的顺应情况, 受试者为患者。SAAS 包含 8 个条目测量顺应行为频率和严重程度, 采用 Likert 5 级评分法, “从不”至“每天”或“一点也不”至“非常严重”计 0~4 分。在 380 名本科生中测得 Cronbach's α 为 0.86。SAAS 对每个条目的解释较为细致, 但缺乏详尽的心理测量学数据, 且信度仅在大多数女性大学生群体中测得, 还需在其他人群如不同年龄组和临床样本中验证。

2.2.5 儿科顺应量表(Pediatric Accommodation Scale, PAS) 由 Benito 等^[25] 研制, 用于评定过去 1 周内患儿的家庭顺应, 由临床医生评定的半结构化量表。PAS 有家庭顺应、对父母及儿童的影响 3 个维度共 14 个条目。每个条目评分 0~4 分, 表示“从不”至“总是”或“无干扰”至“非常严重”。PAS 的 Cronbach's $\alpha = 0.87$ ^[26]。PAS 另有 3 个条目评估主要照顾者、次要照顾者和首要兄弟姐妹的顺应情况。Meyer 等^[27] 根据 PAS 改编成 12 个条目版本, 包含顺应行为(5 个条目)和对顺应有益的信念(7 个条目)2 个维度, 各维度分为所属条目分的平均值, 得分越高表示对顺应的积极信念越强。Benito^[25] 采用 PAS 测试中得分最高的 5 个条目组成父母评定版儿科顺应量表(Pediatric Accommodation Scale-Parent Report, PAS-PR), 其对每个条目都有示例详细解释, 评分方式同 PAS, 其内部一致性在 0.80 以上。PAS 适用于 5~17 岁且父母年龄在 21 岁以上患者。PAS-PR 简洁易于实施, 但 PAS 更能预测疾病严重程度, 临床应用效果较好。

2.2.6 家庭顺应清单和干扰量表(Family Accommodation Checklist and Interference Scale, FACLIS)

由 Thompson-Hollands 等^[28] 研制, 是家庭顺应的补充测量工具, 用于评估过去 2 周内对孩子恐惧或焦虑症状的顺应及造成的干扰, 受试者为患儿父母。FACLIS 包含顺应范围和干扰程度 2 个维度共 20 个条目, 其中 3 个条目与睡眠有直接关系, 可用于评估有睡眠障碍患儿父母的顺应。从“无干扰”至“严重干扰”依次赋 0~8 分, 各条目分之和构成总分。在 68 名母亲和 51 名父亲中测得顺应范围和干扰维度的 Cronbach's α 值分别为 0.70、0.82 和 0.86、0.78。

Feinberg 等^[29]采用该量表对社区 45 名 3~8 岁患儿的母亲调查,结果表明母亲的经验性回避行为越多,对儿童焦虑症状的顺应程度越高。Chevalier 等^[30]对 122 例严重焦虑症状的儿童研究显示父母的顺应与儿童睡眠相关问题有关。

综上,评估焦虑症家庭顺应的量表评定形式多样,按评定者不同有家属评定版、患者评定版和临床面谈版;按适用群体有儿童版和成人版,充分考虑了适用对象的发育特征,适用性较好。FACLIS 主要评估顺应造成的干扰,可获得更多关于焦虑症家庭顺应的信息,能更全面评估顺应情况。PAS 还评估了顺应对父母及儿童的影响,为临床提供更加直观的信息。

2.3 进食障碍家庭顺应量表(Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders, AESED) 由 Sepulveda 等^[31]研制,用于评估过去 1 个月内对进食障碍患者症状行为的容忍和迁就程度,受试者为与患者生活在一起的亲属。AESED 包含视而不见、回避和修改家庭常规、进餐仪式、家庭控制和寻求保证 5 个维度共 33 个条目。除第 24 个条目使用 0~10 分直观模拟标度尺法,其余条目计分方式同 FAS,总分由各条目分相加构成,为 0~132 分,得分越高表明家庭对患者症状的顺应程度越高。对 201 名进食障碍患者的主要照顾者测得各维度 Cronbach's α 值为 0.77~0.92,判别效度表明 AESED 分量表与焦虑、抑郁、负性照护体验、情绪表达水平显著相关。Hibbs 等^[32]在 253 名神经性厌食症患者的照顾者中进行验证性因子分析,结果显示 5 个因子解释了照顾者痛苦 60.1% 的变异。目前该量表已被翻译成西班牙语^[33]。AESED 信效度较好,但未指出适用人群的文化程度,且缺乏对每个条目的详细解释,不利于被试者作答。家庭顺应与患者疾病症状和治疗效果密切相关,有待学者汉化 AESED。

2.4 其他疾病家庭顺应评估量表

2.4.1 限制和重复行为家庭顺应量表(Family Accommodation Scale for Restricted and Repetitive Behaviors, FAS-RRB) 由 Feldman 等^[34]于 2019 年研制,用于评估自闭症患儿父母对限制和重复行为的顺应。FAS-RRB 包括顺应、痛苦和后果 3 个维度,共 11 个条目,总分由顺应维度 7 个条目分相加得到,另 2 个维度不计分。条目评分由“从不”至“每天”依次赋 0~4 分。在 86 名自闭症谱系障碍患儿的父母测得 Cronbach's α 为 0.935,因子分析表明顺应维度共解释了 65.26% 的变异。目前尚无有关量表的应用报道。

2.4.2 抽动症家庭顺应量表(Tic Family Accommodation Scale, TFAS) 由 Storch 等^[35]研制,用于评定抽动症患儿的家庭顺应情况,受试者为患儿父母。TFAS 有儿童环境调整和父母环境调整 2 个因子共 13 个条目,计分方式同 FAS。在 75 名 6~18 岁的抽动症患儿的父母测得总量表和各维度 Cronbach's α 值为 0.88、0.86、0.81。TFAS 具有良好的信效度,但碍于样本人种学的局限性,仍需进一步在不同人群中检验 TFAS 的可靠性和有效性。

2.4.3 儿童症状父母顺应量表(Inventory of Parent Accommodations of Children's Symptoms, IPACS)

由 Harrison 等^[36]根据 FAS-PR 改编研制,用于评估过去 1 周对儿童常见疾病或疼痛相关的顺应情况,受试者为患儿父母。IPACS 有修改、协助和支持行为 3 个因子共 12 个条目。条目评分由“从不”至“每天”依次赋 1~5 分,总分 12~60 分。验证性因子分析显示 3 个因子解释了方差的 60.8%。在 220 名患儿父母或主要照顾者中测量支持行为、修改、协助维度的 Cronbach's α 系数为 0.41、0.89 及 0.71。Buissonniere-Ariza 等^[37]首次使用 IPACS 对 66 名慢性疼痛青少年的父母测量,结果显示 98.5% 的父母存在一些功能改变和支持性行为,所有父母都会为孩子提供一些帮助。该量表研究样本多数为女性,研究结果的推广性较差,信效度有待进一步检验。

2.4.4 重要他人对创伤的反应量表(Significant Others' Responses to Trauma Scale, SORTS) 由 Fredman 等^[38]研制,用于评估在过去 1 个月内创伤后应激障碍患者的顺应情况,受试者为患者伴侣。有顺应行为频率和痛苦程度 2 个维度共 14 个条目。在创伤后应激障碍的 46 对夫妇中测得总量表和各维度 Cronbach's α 分别为 0.93、0.86 和 0.87,4 周重测信度在 0.80 以上^[38]。Campbell 等^[39]将 SORTS 缩减到 8 个条目,计分方式不变,但针对过去 24 h 内的顺应频率。简化版与 SORTS 具有良好的收敛效度($r=0.57$),条目较少而便于测量,可减轻受试者负担,但重测信度只有 0.41。Fredman 等^[40]使用 SORTS 对 39 对参加治疗的夫妇测量,结果显示认知行为联合治疗对伴侣对另一方创伤后应激障碍症状顺应程度越高治疗效果越好。SORTS 仅适用于特殊人群即患者的伴侣,适用群体单一。

3 小结

国外对精神障碍家庭顺应研究起步较早,开发了强迫症、焦虑症、进食障碍等家庭顺应量表,多用于对患者疾病治疗效果和家庭功能关系预测探索。目前,这些工具仍存在一些不足:①强迫症家庭顺应量表在评定条目之外附加了对强迫症状的测评,以提高被测试者对患者症状的理解,有助于提高其家庭顺应评估的准确性。但其他精神障碍家庭顺应量表尚无这样的附加内容,建议未来可适当增补。②已有量表都对评定结果进行等级划分,因此今后还需制定各类精神障碍的家庭顺应水平等级,为临床制定更精细化干预策略提供参考。③家庭顺应量表缺乏内容效度检测,而内容效度是改善量表结构效度的早期关键步骤^[41],因此有待测量这些量表的内容效度。目前国内对家庭顺应的研究刚起步于强迫症和焦虑症家庭顺应量表研发阶段。建议今后加大研制或引进家庭顺应评估量表的力度,以期为相应临床决策制定、治疗效果评估提供可靠依据。

参考文献:

[1] 杨昕雨,刘剑波,何玉琼,等.精神疾病患儿人际关系和父母消极情绪:家庭负担的中介作用[J].中国临床心理

- 学杂志,2020,28(3):513-517.
- [2] Shimshoni Y, Shrinivasa B, Cherian A V, et al. Family accommodation in psychopathology: a synthesized review [J]. *Indian J Psychiatry*, 2019, 61(Suppl 1): S93-S103.
 - [3] 王佳乐. 皮亚杰认知发展论视角下的英语儿童文学汉译 [D]. 上海: 华东师范大学, 2020.
 - [4] 皮亚杰. 中华文本库. [2021-06-28]. https://baike.sogou.com/m/fullLemma?lid=181561317&fromTitle=%E9%A1%BA%E5%BA%94&.utm_source=sg.outsourcing&.rcer=u9PEAtwSIgzcD_pOD.
 - [5] Gomes J B, Noppen B V, Pato M, et al. Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder [J]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2014, 68(8): 621-630.
 - [6] Lebowitz E R, Woolston J, Bar-haim Y, et al. Family accommodation in pediatric anxiety disorders [J]. *Depress Anxiety*, 2013, 30(1): 47-54.
 - [7] Lebowitz E R, Panza K E, Bloch M H. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update [J]. *Expert Rev of Neurother*, 2016, 16(1): 45-53.
 - [8] Anderson L M, Smith K E, Nunez M C, et al. Family accommodation in eating disorders: a preliminary examination of correlates with familial burden and cognitive-behavioral treatment outcome [J]. *Eat Disord*, 2019, 29(4): 1-17.
 - [9] Iniesta-Sepúlveda M, Rodríguez-Jiménez T, Lebowitz E R, et al. The relationship of family accommodation with pediatric anxiety severity: meta-analytic findings and child, family and methodological moderators [J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2020, 52(1): 1-14.
 - [10] Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder [J]. *Am J Psychiatry*, 1995, 152(3): 441-443.
 - [11] 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.
 - [12] Liao Z, You C, Chen Y, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder interviewer-rated [J]. *Compr Psychiatry*, 2021, 105(2): 152220.
 - [13] Benito K, Storch E A. Assessment of obsessive-compulsive disorder: review and future directions [J]. *Expert Rev of Neurother*, 2011, 11(2): 287-298.
 - [14] Storch E A, Geffken G R, Merlo L J, et al. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder [J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2007, 36(2): 207-216.
 - [15] Wu M S, Pinto A, Horng B, et al. Psychometric properties of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder-Patient Version [J]. *Psychol Assess*, 2016, 28(3): 251-262.
 - [16] Pinto A, Noppen B V, 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.
 - [17] Kobayashia Y, Matsunagab H, Nakaoc T, et al. The Japanese version of the Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder: psychometric properties and clinical correlates [J]. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 2017, 15(8): 27-33.
 - [18] Mahapatra A, Gupta R, Patnaik K P, et al. Examining the psychometric properties of the Hindi version of Family Accommodation Scale-Self-Report (FAS-SR) [J]. *Asian J Psychiatr*, 2017, 29(5): 166-171.
 - [19] Buissonnière-Ariza V L, Schneider S C, Højgaard D, et al. Family accommodation of anxiety symptoms in youth undergoing intensive multimodal treatment for anxiety disorders and obsessive compulsive disorder: nature, clinical correlates, and treatment response [J]. *Compr Psychiatry*, 2018, 80(7): 1-13.
 - [20] Lebowitz E R, Scharfstein L, Jones J. Child-report of family accommodation in pediatric anxiety disorders: comparison and integration with mother-report [J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2015, 46(4): 501-511.
 - [21] Lebowitz, E R, Marin C E, Silverman W K. Measuring family accommodation of childhood anxiety: confirmatory factor analysis, validity, and reliability of the parent and child family accommodation scale-anxiety [J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2020, 49(6): 752-760.
 - [22] Schleider J L, Lebowitz E R, Silverman W K. Anxiety sensitivity moderates the relation between family accommodation and anxiety symptom severity in clinically anxious children [J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2018, 49(2): 187-196.
 - [23] Lou C, Zhou X, Lebowitz E R, et al. Assessing symptom accommodation of social anxiety symptoms among chinese adults: factor structure and psychometric properties of family accommodation scale anxiety-adult report [J]. *Front Psychol*, 2020, 11(6): 1018.
 - [24] Joogoolsingh N, Wu M S, Lewin A B, et al. Symptom accommodation related to social anxiety symptoms in adults: phenomenology, correlates, and impairment [J]. *J Cogn Psychother*, 2015, 29(1): 3-19.
 - [25] Benito K G, Caporino N E, Frank H E, et al. Development of the pediatric accommodation scale: reliability and validity of clinician-and parent-report measures [J]. *J Anxiety Disord*, 2015, 29(1): 14-24.
 - [26] Frank H E, Kagan E R, Storch E A, et al. Accommodation of anxiety in youth with autism spectrum disorder: results from the TAASD study [J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2020, 8(6): 1-11.
 - [27] Meyer J M, Clapp J D, Whiteside S P, et al. Predictive relationship between parental beliefs and accommodation of pediatric anxiety [J]. *Behav Ther*, 2018, 49(4): 580-593.
 - [28] Thompson-Hollands J, Kerns C E, Pincus D B, et al. Parental accommodation of child anxiety and related symptoms: range, impact, and correlates [J]. *J Anxiety Disord*, 2014, 28(8): 765-773.
 - [29] Feinberg L, Kerns C, Pincus D B, et al. A preliminary examination of the link between maternal experiential avoidance and parental accommodation in anxious and