

## 对立违抗性障碍的研究现状

翟倩 丰雷 张国富

100088 首都医科大学附属北京安定医院 国家精神心理疾病临床医学研究中心 精神疾病诊断与治疗北京市重点实验室(翟倩、丰雷、张国富); 100069 首都医科大学人脑保护高精尖创新中心(翟倩、丰雷、张国富)

通信作者: 翟倩, Email: maxicy@126.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2019.10.009

**【摘要】** 对立违抗性障碍是儿童常见的一种心理障碍。童年早期出现, 青春期达到高峰。以不服从、对抗、消极抵抗、易激惹或挑衅等行为特征为主要的临床表现。虽然对立违抗性障碍没有严重的违法或冒犯他人的攻击行为, 然而对于患儿的家庭、学校, 以及社会生活仍会带来较大的麻烦。家长和学校往往对于对立违抗性障碍缺乏认识, 因而导致就诊率低, 缺乏早期有效的干预。现就对立违抗性障碍的发病机制、临床特征、诊断及治疗方面做全面综述。

**【关键词】** 对立违抗性障碍; 儿童心理障碍; 儿童行为障碍; 综述

**基金项目:** 国家重点研发计划(2017YFC1311101)

**Research status of oppositional defiant disorder** Zhai Qian, Feng Lei, Zhang Guofu

Beijing Key Laboratory of the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders, The National Clinical Research Center for Mental Disorder, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China (Zhai Q, Feng L, Zhang GF); Advanced Innovation Center for Human Brain Protection, Beijing 100069, China (Zhai Q, Feng L, Zhang GF)

Corresponding author: Zhai Qian, Email: maxicy@126.com

**【Abstract】** Oppositional defiant disorder (ODD) is a common psychological disorder in children, which appears in early childhood, reaches its peak in adolescence. The main clinical manifestations are disobedience, confrontation, passive resistance, irritability or provocation. Although ODD has no serious illegal or offensive behavior, it will still bring great trouble to children's family, school and social life. Parents and schools often lack awareness of ODD, which leads to low rate of treatment and lack of early effective intervention. This paper reviews the pathogenesis, clinical characteristics, diagnosis and treatment of ODD.

**【Key words】** Oppositional defiant disorder; Psychological disorders in children; Behaviour disorder in children; Review

**Fund program:** National Key Research and Development Project (2017YFC1311101)

对立违抗性障碍(oppositional defiant disorder, ODD)是一种儿童和青少年在成长发育过程中常见的损害性心理行为障碍<sup>[1]</sup>。多起病于幼儿期, 在学龄前阶段的患病率在2%~16%<sup>[2]</sup>; 在18岁之前的总体患病率为3.6%<sup>[3]</sup>; 而在19~26岁的青年中, ODD患病率为5%<sup>[4]</sup>。ODD主要表现为对权威人物的反抗、不服从、易激惹、敌对和(或)挑衅的行为模式和缺乏与他人的互动交流, 这些表现被细分为3个症状维度: 愤怒/易激惹、侵略/挑衅和报复性<sup>[5]</sup>。近期研究更支持前两个情感和和行为症状维度<sup>[6]</sup>。ODD常被认为是一种情绪调节障碍<sup>[7]</sup>。ODD患儿可能难以控制自己的情绪, 常对轻微的刺激表现出强烈的情绪反应或冲动行为, 患儿的行为问题常随着年龄增长而

更加明显, 常在青春期达到高峰。一般ODD没有更严重的违法或冒犯他人权利的社会性紊乱或严重的攻击行为。ODD在我国儿童中非常常见, 它影响着与之相关的各个领域, 包括社会、学校、家庭以及教师、父母和ODD儿童的心理。

ODD的影响因素很多, 例如家庭关系不佳、学习困难、少年犯罪、失业、抑郁、焦虑和其他精神问题<sup>[8]</sup>。ODD常共病其他精神障碍, 如儿童注意力缺陷和多动障碍(attention deficit/hyperactivity disorder, ADHD)、情绪和行为障碍及药物滥用等<sup>[9]</sup>。值得注意的是, 在ODD不同的症状领域中, 某些共患疾病发病率较高。例如, 愤怒/易激惹症状领域常常共病情绪障碍, 侵略/挑衅症状领域常与ADHD共病,

而报复性症状领域则常与儿童行为障碍共病<sup>[10]</sup>。

### 一、发病机制

ODD具体的发病机制尚未完全明确。目前研究显示ODD的危险因素包括遗传因素<sup>[11]</sup>、性格因素<sup>[12]</sup>、性别<sup>[13]</sup>、ADHD<sup>[14]</sup>、家庭背景因素(社会经济地位、父母教育、父母的心理疾病、家庭冲突和依恋感差)<sup>[11]</sup>等。

#### (一)生物学因素

ODD最初被认为只是一个行为问题,不是真正的精神疾病。然而,已经有研究证实ODD与很多生物学因素具有相关性<sup>[15]</sup>。

1. 遗传因素: 研究发现, ODD存在遗传基础。通过对1 376对双胞胎样本的研究发现ODD和行为障碍(conduct disorder, CD)比ADHD在性别上遗传关联性更高<sup>[16]</sup>。此外,与ODD行为症状相关基因的研究发现, 2p12基因和AVPR1A基因与儿童早期和中期的侵略性有显著关联, 但该研究结果未能被复制<sup>[17]</sup>。GABRA2基因的几种单核苷酸多态性与亚临床外化行为问题有关<sup>[18]</sup>。多巴胺能和5-HT能系统基因及激素调节基因已经被证实与侵略性相关<sup>[19]</sup>。如MAOA启动子上游变量串联重复序列(VNTR)低活性等位基因和SLC6A4基因中5-HTTLPR的等位基因被发现与侵略攻击行为有关<sup>[20]</sup>。有研究表明, 母亲的精神病理因素和药物滥用会增加后代出生时OXTR基因的甲基化, 也会导致其在青春期, OXTR基因的甲基化增多, 容易引起反抗、不服从的冷酷无情的情感特征<sup>[21]</sup>。

基因-环境相互作用研究认为, 行为症状的遗传变异在限制性较小的环境中表现得<sup>更严重或更多</sup><sup>[18]</sup>。一项Meta分析表明, 易感性等位基因的携带者对家庭干预的反应要比非携带者强<sup>[22]</sup>。研究显示, 家庭环境及养育方式都会对外化症状产生影响<sup>[23]</sup>。

2. 脑结构变化: 最近结构研究显示, ODD患者杏仁核、前岛叶、前扣带皮层和内侧前额叶皮质的体积减小<sup>[24]</sup>。测量显示, ODD患者前额叶皮质、上颞皮层和角回的厚度减小<sup>[24]</sup>。ODD儿童全脑皮质厚度减小10%~13%<sup>[25]</sup>。结构协方差法评估技术已经证明青少年和儿童ODD是由神经发育引起的<sup>[26]</sup>。功能性磁共振成像(functional magnetic resonance imaging, fMRI)显示ODD存在杏仁核、岛叶以及左侧梭状回的激活异常<sup>[30]</sup>。大多数fMRI研究都显示了杏仁核的低激活<sup>[27]</sup>。

3. 神经生物学: 一些关于皮质醇激素和破坏性行为的研究显示, 在有反社会行为的儿童中, 下丘脑-垂体轴皮质醇水平会降低<sup>[28]</sup>。严重ODD患儿的基础心率低, 皮质醇水平低, 但群体间的变化非

常大, 焦虑被认为是造成这种变化的可能原因<sup>[29]</sup>。一项研究探讨了这种可能性, 研究将受试者分为健康对照、ODD/CD伴焦虑和ODD/CD不伴焦虑3组。该研究评估了皮质醇压力反应的3个阶段: 基础阶段(在压力源之前)、反应阶段(在压力源期间)和恢复阶段(在压力源之后)。结果表明, 与其他两组相比, 不伴有焦虑的ODD患者的基础和再激活期皮质醇水平较低, 而伴焦虑ODD患者的压力恢复期受损, 压力停止后, 皮质醇降低到基线需要更长的时间<sup>[30]</sup>。此外, 研究显示与ODD有关的一些反社会行为患者都存在5-HT水平降低。有攻击行为儿童的脑脊液中5-HT代谢降低; 健康儿童血清中5-HT浓度高于ODD和有暴力倾向的青少年<sup>[31]</sup>。

#### (二)社会家庭因素

ODD是一种行为紊乱, 与环境因素有明显的关系。家庭心理因素如虐待和忽视、单亲、家庭不和谐和教育方式等都与破坏行为有显著关联。此外, 父母的焦虑情绪、创伤经历、家庭暴力也对儿童的行为有显著的负面影响。因此, 良好的养育习惯、对学校的依恋、严格的监督, 以及与值得信赖的成年人的亲密信任关系, 都是预防ODD的保护因素<sup>[24]</sup>。

#### (三)心理发育异常

学习理论认为, ODD是阴性强化的结果。家长对于孩子抵抗行为的惩罚反而增加了孩子的对抗行为。有的心理学家认为ODD是个体发育停滞在肛欲期和“认同危机”期的一种表现, 是个体发育过程中适应失败的一种体现。患儿未能很好地解决独立自主和依赖之间的矛盾冲突而引起了消极的对抗和不顺从<sup>[32]</sup>。

### 二、临床表现

ODD患儿的反抗、不服从、易激惹以及敌对的行为表现在生活中的各个方面。但是, 患儿的性格、性别、年龄、家庭背景等因素影响, 不同患儿临床表现不一, 但主要集中在情绪、行为, 以及社会功能三方面。

#### (一)情绪和行为表现

ODD患儿在童年早期, 甚至幼儿时期就表现为容易出现腹痛、烦躁不安、脾气大等表现。ODD儿童常常以故意惹人厌烦的行为来表现出他们对权威的反抗挑衅和敌对的情绪, 难于管理, 而他们的内心却感到无助、挫败感、对周围一切的不适应。如大人们在日常生活中(吃饭、睡觉等)等方面对孩子提出严格的要求, 如未达到便会严厉的批评或惩罚孩子, 孩子便会以出现进食或睡眠障碍等予以反抗。他们常以这种故意的、被动的、令人厌烦的行为频繁地表达对家长及老师的反抗和挑衅。ODD在男

孩中更常见,反抗行为更多,而ODD的女孩比男孩有更多情绪问题<sup>[33]</sup>。

## (二) 社会功能受损

ODD儿童常表现为对学习缺乏兴趣,学习成绩差。学业失败与管教者长期的批评进一步导致ODD儿童的症状不断加重。此外,ODD儿童在执行功能方面缺陷。他们往往意志力差、行为缺乏目的性和计划性,完成任务效率低。由于种种原因,ODD患者与同伴关系差,常孤僻不合群,社会适应不良。随年龄增长后,还可发展为焦虑、抑郁等精神障碍,进一步影响其社会功能<sup>[33]</sup>。

## 三、诊断

1980年,美国精神疾病诊断和统计手册第3版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, DSM-III)首次提出了“对立障碍”的诊断。DSM-IV将之进一步完善,并命名为“对立违抗障碍”。DSM-IV诊断标准具体如下:(1)消极抵抗的、敌对的和反抗的行为模式至少持续6个月,其诊断需要符合下列条目中的至少4条:①经常发脾气;②常与大人争吵;③常拒绝服从大人的要求或违反规则;④经常明显故意地烦扰他人;⑤常因自己的错误或所做的坏事责备旁人;⑥常“发火”或易被旁人烦扰;⑦发怒或怨恨他人;⑧常怀恨在心或存心报复。(2)行为障碍导致明显的社会、学业或职业的功能损害。(3)其行为障碍并非由精神病性症状或情绪障碍引起。(4)不符合品行障碍的标准,如果患者年龄 $\geq 18$ 岁,也不符合反社会人格障碍的标准<sup>[34]</sup>。

DSM-5在DSM-IV的基础上将诊断标准分为3组:愤怒/易激惹、侵略/挑衅和报复性。相比较于DSM-IV,更强调行为的持续性和频率。DSM-IV只强调症状持续时间超过6个月,而DSM-5中,对于5岁以下的儿童,要求症状必须在大多数日子出现,而对于 $\geq 5$ 岁的儿童,症状必须每周至少出现一次(报复行为除外:在过去6个月内出现两次)<sup>[35]</sup>。

## 四、治疗

### (一) 心理治疗

目前ODD心理治疗可细分为父母干预训练(parental management training, PMT)、家庭治疗、个人或团体形式的认知行为治疗(cognitive behavior therapy, CBT)、多系统治疗和寄养环境中的多维治疗<sup>[36]</sup>。根据心理健康治疗教育和研究中心数据显示,父母参与的多元素治疗方法适用于8岁以上儿童的攻击行为的治疗,而年龄更大的儿童则更多地受益于家庭基础的多元素治疗方法,如简短的家庭战略治疗和多系统治疗<sup>[37]</sup>。

PMT对于孩子的差异化强化策略,给孩子的行为

动机指明正确的方向。它的重点在于父母的养育技能的提高。PMT对于年龄越小的孩子越有效,但是,在实践中显示它的3P模式对于青少年同样有效<sup>[38]</sup>。其中,父母-子女互动治疗基于视频的监测和反馈,使得父母的培训更加容易<sup>[39]</sup>。其他的模式如学校干预可以帮助将良好行为的收益延伸到学校环境<sup>[40]</sup>。PMT的所有方法在改变行为方面都是有效的,但是有效性随着所要改进的行为不同而有所差异<sup>[41]</sup>。

功能家庭疗法假设问题行为在家庭平衡中起着一定的功能作用,而家庭功能的改变可以改变行为问题。简短的战略家庭治疗也采用类似的原则,但干预的过程不同<sup>[36]</sup>。对于年龄大一些的儿童,不同形式的CBT治疗对于ODD的行为改善效果较好。CBT中愤怒应对程序(包括父母的愤怒应对部分)、解决问题的技能培训和建设性的谈话对于ODD的攻击性行为都是有效的<sup>[42]</sup>。

近期关于破坏性疾病的心理社会治疗的Meta分析中,有两种治疗是青少年司法系统“既定”的治疗,多系统治疗和寄养环境中的多维治疗<sup>[43]</sup>。多系统治疗包括同伴干预、社会干预、家庭、学校和个人干预,以全面解决导致儿童行为问题的所有因素。寄养环境中的多维治疗确保了多种保护因素,如环境改进、结构化的日常生活、严格的监督和亲社会的同伴<sup>[36]</sup>。这些干预在各个经济阶层以及不同种族之间都是有效的<sup>[42]</sup>。

最近的研究也探讨了ODD儿童心理治疗过程中产生的生物调节效应。研究显示,存在冷漠的非情感特征的儿童心理治疗效果不佳,而以社会学习为基础的父母培训能够在儿童的冷漠的非情感特征方面产生持久的改善,尤其是在儿童早期<sup>[44]</sup>。另一项研究表明,随着PMT的介入,会产生皮质醇系统的变化,如皮质醇应激反应活性和皮质醇恢复能力的提高,这种变化可以作为攻击性降低的预测因素<sup>[30]</sup>。

### (二) 药物治疗

在治疗ODD儿童及青少年的青年不适当的侵犯攻击行为方面,心理社会干预往往是首选的治疗方法<sup>[45]</sup>。当对ODD儿童的症状无法进行心理社会管理时,结合药物治疗可能会产生更好的效果,特别是具有攻击性行为、情绪失调或伴有合并症时,药物治疗往往是第一选择<sup>[46]</sup>。常用的包括非典型抗精神病药物以及情感稳定剂等,但不建议同时使用多种抗精神病药。同时,建议用药期间严格定期监测药物不良反应<sup>[45]</sup>。

在非典型抗精神病药物中,利培酮、阿立哌唑在治疗儿童青少年的攻击性和易怒方面有最强有力的证据,也是临床上最常用的药物。喹硫平也被证

实对于ODD患儿各方面具有较好疗效,但由于其镇静、体重增加等不良反应明显,而往往患儿难以耐受这些不良反应,因而并不作为首选治疗<sup>[47]</sup>。典型的抗精神病药物如氟哌啶醇在ODD治疗的研究中结果不一,但就其明显的锥体外系不良反应而言,往往难以被ODD患儿所接受。在情绪稳定剂中,丙戊酸盐、锂盐具有肯定的较好的疗效,但是二者不良反应较大。因此,两者都属于有条件地推荐,从不良反应角度,丙戊酸盐优于锂盐<sup>[48]</sup>。卡马西平和拉莫三嗪对儿童的攻击性并没有被证明是有效的<sup>[48]</sup>。抗焦虑药丁螺环酮能够改善易激惹和攻击行为,增加自控能力,可用于ODD患者<sup>[49]</sup>。

此外,中枢兴奋剂哌甲酯对于ODD攻击性有较好的疗效。哌甲酯常用于合并ADHD的患者,有助于改善同伴关系及认知功能。非兴奋剂,如托莫西汀、可乐定、胍法辛等也有很好的效果,其中托莫西汀效果最好。可乐定能够改善违抗行为,也可用于哌甲酯效果欠佳者。这些治疗药物一般作为改善ODD攻击性的二线用药<sup>[50]</sup>。

综上所述,ODD是一种儿童青少年时期的常见的精神心理疾病,以持久的违抗、敌意、挑衅及破坏行为为基本特征,病程多呈慢性进展,甚至可发展成为情绪障碍、人格障碍、品行障碍等更严重的心理社会问题。常导致儿童学业不佳,社交不良,严重危害儿童的身心健康和社会功能。有研究显示,ODD起病越早、病程越长、症状越重,其ADHD、情感障碍等合并症的发生率也就越高,社会功能损害也就越明显<sup>[51]</sup>。所以,家长及学校应该提高对于ODD的认识,早发现、早诊断、早治疗,对于患儿的预后,以及社会功能的完善有着重要的意义。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

**作者贡献声明** 构思设计为翟倩,资料收集为翟倩、张国富,论文撰写为翟倩,论文修订为翟倩,丰雷审校

## 参 考 文 献

- [1] La Maison C, Munhoz TN, Santos IS, et al. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort [J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2018, 53(7): 685-697. DOI: 10.1007/s00127-018-1516-z.
- [2] Gomez R, Hafetz N, Gomez RM. Oppositional Defiant Disorder: prevalence based on parent and teacher ratings of Malaysian primary school children [J]. *Asian J Psychiatr*, 2013, 6(4): 299-302. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.01.008.
- [3] Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents [J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2015, 56(3): 345-365. DOI: 10.1111/jcpp.12381.
- [4] Benjet C, Borges G, Méndez E, et al. Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey [J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2016, 25(2): 163-173. DOI: 10.1007/s00787-015-0721-5.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [M]. 5th ed. Washington, DC: Scientific Research, 2013.
- [6] Lavigne JV, Bryant FB, Hopkins J, et al. Dimensions of oppositional defiant disorder in young children: model comparisons, gender and longitudinal invariance [J]. *J Abnorm Child Psychol*, 2015, 43(3): 423-439. DOI: 10.1007/s10802-014-9919-0.
- [7] Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, et al. Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation [J]. *J Atten Disord*, 2017, 21(5): 381-389. DOI: 10.1177/1087054713520221.
- [8] Posner K, Melvin GA, Murray DW, et al. Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) [J]. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2007, 17(5): 547-562. DOI: 10.1089/cap.2007.0075.
- [9] Boekamp JR, Liu RT, Martin SE, et al. Predictors of Partial Hospital Readmission for Young Children with Oppositional Defiant Disorder [J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2018, 49(4): 505-511. DOI: 10.1007/s10578-017-0770-8.
- [10] Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth [J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2009, 50(3): 216-223. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x.
- [11] Lavigne JV, Herzing LB, Cook EH, et al. Gene × environment effects of serotonin transporter, dopamine receptor D4, and monoamine oxidase A genes with contextual and parenting risk factors on symptoms of oppositional defiant disorder, anxiety, and depression in a community sample of 4-year-old children [J]. *Dev Psychopathol*, 2013, 25(2): 555-575. DOI: 10.1017/S0954579412001241.
- [12] Atherton OE, Lawson KM, Ferrer E, et al. The role of effortful control in the development of ADHD, ODD, and CD symptoms [J]. *J Pers Soc Psychol*, 2019, 28(5): 223-246. DOI: 10.1037/pspp0000243.
- [13] 李冰, 王旻, 刘金同. 不同性别对立违抗性障碍患儿的心理行为特征 [J]. *中华实用儿科临床杂志*, 2016, 31(4): 306-308. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-428X.2016.04.019.
- [14] Li B, Wang Y, Liu JT. Analysis of psychological behavior features of different sexual children with oppositional defiant disorder [J]. *Chin J Appl Clin Pediatr*, 2016, 31(4): 306-308.
- [15] Babinski DE, McQuade JD. Borderline Personality Features Mediate the Association Between ADHD, ODD, and Relational and Physical Aggression in Girls [J]. *J Atten Disord*, 2019, 23(8): 838-848. DOI: 10.1177/1087054718797445.
- [16] Bernard JA, Mittal VA. Updating the research domain criteria: the utility of a motor dimension [J]. *Psychol Med*, 2015, 45(13): 2685-2689. DOI: 10.1017/S0033291715000872.
- [17] Eaves L, Rutter M, Silberg JL, et al. Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins [J]. *Behav Genet*, 2000, 30(4): 321-334. DOI: 10.1023/a: 1026553518272.
- [18] Jain M, Palacio LG, Castellanos FX, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders: evidence of pleiotropy and new susceptibility loci [J]. *Biol Psychiatry*, 2007, 61(12): 1329-1339. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.06.026.
- [19] Lubke GH, McArthur DB, Boomsma DI, et al. Genetic and

- environmental contributions to the development of childhood aggression[J]. *Dev Psychol*, 2018, 54(1): 398-407. DOI: 10.1037/dev0000403.
- [19] Wesseldijk LW, Bartels M, Vink JM, et al. Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence, and adulthood[J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2018, 27(9): 1123-1132. DOI: 10.1007/s00787-017-1014-y.
- [20] Dick DM, Aliev F, Latendresse S, et al. How phenotype and developmental stage affect the genes we find: GABRA2 and impulsivity[J]. *Twin Res Hum Genet*, 2013, 16(3): 661-669. DOI: 10.1017/thg.2013.20.
- [21] Veroude K, Zhang-James Y, Fernández-Castillo N, et al. Genetics of aggressive behavior: An overview[J]. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2016, 171B(1): 3-43. DOI: 10.1002/ajmg.b.32364.
- [22] Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The hidden efficacy of interventions: gene × environment experiments from a differential susceptibility perspective[J]. *Annu Rev Psychol*, 2015, 66(3): 381-409. DOI: 10.1146/annurev-psych-010814-015407.
- [23] King AP, Muzik M, Hamilton L, et al. Dopamine Receptor Gene DRD4 7-Repeat Allele X Maternal Sensitivity Interaction on Child Externalizing Behavior Problems: Independent Replication of Effects at 18 Months[J]. *PLoS One*, 2016, 11(8): e0160473. DOI: 10.1371/journal.pone.0160473.
- [24] Sakai JT, Dalwani MS, Mikulich-Gilbertson SK, et al. Imaging decision about whether to benefit self by harming others: Adolescents with conduct and substance problems, with or without callous-unemotionality, or developing typically[J]. *Psychiatry Res Neuroimaging*, 2017, 263: 103-112. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.03.004.
- [25] Fahim C, He Y, Yoon U, et al. Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders[J]. *Aggress Behav*, 2011, 37(4): 326-337. DOI: 10.1002/ab.20396.
- [26] Bethlehem RAI, Romero-Garcia R, Mak E, et al. Structural Covariance Networks in Children with Autism or ADHD[J]. *Cereb Cortex*, 2017, 27(8): 4267-4276. DOI: 10.1093/cercor/bhx135.
- [27] Blair RJR, Veroude K, Buitelaar JK. Neuro-cognitive system dysfunction and symptom sets: A review of fMRI studies in youth with conduct problems[J]. *Neurosci Biobehav Rev*, 2018, 91(8): 69-90. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.10.022.
- [28] van Goozen SH, Fairchild G. How can the study of biological processes help design new interventions for children with severe antisocial behavior[J]. *Dev Psychopathol*, 2008, 20(3): 941-973. DOI: 10.1017/S095457940800045X.
- [29] van Goozen SH, Matthys W, Cohen-Kettenis PT, et al. Salivary cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional-defiant disorder boys and normal controls[J]. *Biol Psychiatry*, 1998, 43(7): 531-539. DOI: 10.1016/S0006-3223(97)00253-9.
- [30] Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, et al. Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study[J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2017, 26(7): 805-813. DOI: 10.1007/s00787-017-0950-x.
- [31] Klasen M, Wolf D, Eisner PD, et al. Serotonergic Contributions to Human Brain Aggression Networks[J]. *Front Neurosci*, 2019, 13: 42. DOI: 10.3389/fnins.2019.00042.
- [32] Katzmann J, Döpfner M, Görtz-Dorten A. Child-based treatment of oppositional defiant disorder: mediating effects on parental depression, anxiety and stress[J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2018, 27(9): 1181-1192. DOI: 10.1007/s00787-018-1181-5.
- [33] 张明园,肖泽平,译.精神病学教科书[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [34] 孔繁钟,译.精神障碍诊断与统计手册[M].4版.中国台湾:合记出版社,1996.
- [35] 姚成龙,陈斌惠,译.精神障碍诊断与统计手册[M].5版.北京:北京大学出版社,2014.
- [36] Nathan PE, Gorman JM. *A Guide to Treatments That Work*[M]. 4th ed. Oxford, NY: Oxford University Press, 2015.
- [37] Knapp P, Chait A, Pappadopulos E, et al. Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines I. Engagement, assessment, and management[J]. *Pediatrics*, 2012, 129(6): e1562-e1576. DOI: 10.1542/peds.2010-1360.
- [38] Schilling S, Fine J, Ritter VS, et al. Practitioners' Perceptions of and Use of Triple P[J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2019, 50(5): 738-745. DOI: 10.1007/s10578-019-00877-6.
- [39] Graziano PA, Bagner DM, Slavec J, et al. Feasibility of intensive parent-child interaction therapy (I-PCIT): Results from an open trial[J]. *J Psychopathol Behav Assess*, 2015, 37(1): 38-49. DOI: 10.1007/s10862-014-9435-0.
- [40] Webster-Stratton C, Reid MJ. A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems[M]//Kazdin AE, Weisz JR. *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. 3rd ed. New York: Guilford, 2017: 122-141.
- [41] Gavita OA, Celin A. Rational stories versus rational parenting program or the treatment of child psychopathology: efficacy of two formats of rational-emotive behavior therapy[J]. *J Cogn Behav Psychother*, 2013, 13(1): 33-56.
- [42] Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Nissinen H, et al. Family-based psychosocial interventions for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder, and conduct disorder[J]. *Duodecim*, 2015, 131(17): 1561-1568.
- [43] McCart MR, Sheidow AJ. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behavior[J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2016, 45(5): 529-563. DOI: 10.1080/15374416.2016.1146990.
- [44] Hawes DJ, Price MJ, Dadds MR. Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: a comprehensive review[J]. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2014, 17(3): 248-267. DOI: 10.1007/s10567-014-0167-1.
- [45] Scott Rosato N, Correll CU, Pappadopulos E, et al. Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines II. Treatments and ongoing management[J]. *Pediatrics*, 2012, 129(6): e1577-e1586. DOI: 10.1542/peds.2010-1361.
- [46] Aitken M, Waxman JA, MacDonald K, et al. Effect of Comorbid Psychopathology and Conduct Problem Severity on Response to a Multi-component Intervention for Childhood Disruptive Behavior[J]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2018, 49(6): 853-864. DOI: 10.1007/s10578-018-0800-1.
- [47] Farmer CA, Brown NV, Gadwo KD, et al. Comorbid symptomatology moderates response to risperidone, stimulant, and parent training in children with severe aggression, disruptive behavior disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder[J]. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2015, 25(3): 213-224. DOI: 10.1089/cap.2014.0109.

## · 综述 ·

## 痴呆患者居家管理研究进展

谭小林 彭晶晶 桂竞涛 史战明

401147 重庆市精神卫生中心(谭小林、彭晶晶、桂竞涛); 401346 重庆市江北区精神卫生中心(史战明)

通信作者:谭小林, Email: tanxiaolincq@sina.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2019.10.010

**【摘要】** 痴呆是一种进行性加重的神经退行性病变, 如何管理痴呆患者已经成为一个新的公共卫生难题和挑战。居家管理是基于社区的居家专业照护服务, 主要形式包括个案管理和自我管理, 在我国尚处于起步阶段。因此, 更好地了解居家管理, 为痴呆患者居家照料实践提供参考。

**【关键词】** 痴呆; 居家管理; 综述

**基金项目:** 重庆市科学技术局技术创新与应用发展专项面上项目(cstc2019jscx-msxmX0171)

**Research progress of home management of dementia patients** Tan Xiaolin, Peng Jingjing, Gui Jingtao, Shi Zhanming

Chongqing Mental Health Center, Chongqing 401147, China (Tan XL, Peng JJ, Gui JT); Mental Health Center of Chongqing Jiangbei District, Chongqing 401346, China (Shi ZM)

Corresponding author: Tan Xiaolin, Email: tanxiaolincq@sina.com

**【Abstract】** Dementia is a progressive neurodegenerative disease, and the management of dementia patients has become a new public health problem and challenge. Home management is a community-based professional care service, mainly in the form of case management and self-management, which is in the early stage in China. Therefore, a better understanding of home management can provide a reference for home care practice of dementia patients.

**【Key words】** Dementia; Home management; Review

**Fund program:** General Project of Technical Innovation and Application Development of Chongqing Science and Technology Bureau (cstc2019jscx-msxmX0171)

随着人口老龄化加重, 痴呆老人的数量正在急剧增加。最新Meta分析估计, 中国大陆目前有老年痴呆患者948万人, 60岁以上痴呆的患病率为5.3%, 超过80%的痴呆老人居家生活<sup>[1]</sup>。由于资源匮乏, 家庭成员中能够充当非正式照护者的人越来越少, 大量的痴呆老人需要社会提供照顾和支持。部分患

者居住在精神病院、养老院等机构里, 虽然有专业医疗卫生工作者或护工进行照料, 然而费用较高, 家庭经济负担较重。痴呆患者居家管理是在居家和机构照料基础上发展起来的新型照料模式, 是以家属辅助社区初级医疗机构医务工作者提供照料干预, 医务工作者、家属、患者共同制定康复方案, 定

[48] Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, et al. Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder[J]. Can J Psychiatry, 2015, 60(2): 62-76. DOI: 10.1177/070674371506000204.

[49] 王长虹, 苏林雁. 儿童对立违抗性障碍[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(11): 808-810. DOI: 10.3969/j.issn.1003-515X.2007.11.004.

Wang CH, Su LY. Oppositional Defiant Disorders in Childhood [J]. Chin J Appl Clin Pediatr, 2007, 22(11): 808-810.

[50] Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, et al. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems,

and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine[J]. Can J Psychiatry, 2015, 60(2): 42-51. DOI: 10.1177/070674371506000202.

[51] Masi G, Milone A, Paciello M, et al. Efficacy of a multimodal treatment for disruptive behavior disorders in children and adolescents: focus on internalizing problems[J]. Psychiatry Res, 2014, 219(3): 617-624. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.05.048.

(收稿日期: 2019-06-06)

(本文编辑: 戚红丹)