

儿童反应性依恋障碍：病源、诊断与干预

张晓露 陈 旭

(西南大学心理学部, 认知与人格教育部重点实验室, 重庆 400715)

摘 要 反应性依恋障碍是一种儿童社会心理障碍, 不仅存在于福利院儿童中, 还存在于一般家庭儿童中, 其病因可能与个体早期的依恋关系、基因遗传和认知加工能力有关。反应性依恋障碍的诊断依据主要有 DSM-IV、DSM-5 和 RDC-PA, 标准评估包是其目前主要的评估工具, 但目前对反应性依恋障碍的干预还处于探索阶段。未来的研究可尝试在反应性依恋障碍的本土化研究, 诊断评估、脑神经机制及综合化治疗干预方面深入展开。

关键词 反应性依恋障碍; 病源; 诊断; 干预

分类号 R395

1 引言

依恋理论提出至今已在社会认知、人格发展等领域得到了大量的研究, 但相比之下, 作为其在精神疾病分类系统中唯一确认的心理障碍 (Coughlin, 2011)——反应性依恋障碍 (Reactive Attachment Disorder, RAD) 受到的关注却相对较少, 尤其是国内。精神障碍诊断和统计手册 (第 3 版) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III) 于 1980 年第一次将 RAD 以疾病分类学的形式提出来。虽然这有助于更好理解和区分儿童的心理障碍, 但 DSM-III 并没有给出明确的诊断标准 (Hardy, 2007), 直到精神障碍诊断和统计手册 (第 4 版) 的修订版 (DSM-IV-TR) 才将 RAD 界定为“儿童发展显著受阻并在大多数环境中表现出不相适宜的人际互动方式, 病理性照顾是其主要致病因素”, 包括“去抑制”型和“抑制”型两种基本类型 (Zeanah & Gleason, 2010)。RAD 提出之初主要是针对福利院儿童或有福利院经历儿童 (Hardy, 2007; Golden, 2009), 但有研究者认为 RAD 也可能是一般人群中隐蔽存在的实质性障碍 (Pritchett, Pritchett, Marshall, Davidson, & Minnis, 2013)。这得到了其他研究者的支持, 他们

发现成长于寄养家庭、收养家庭和原生家庭的儿童也会表现出 RAD 症状 (Balbernie, 2010; Smyke et al., 2012), 而且 RAD 症状稳定并在儿童早期就会表现出显著的共病性特征 (Gleason et al., 2011; Rutter, Kreppner, & Sonuga-Barke, 2009), 甚至还可能持续到成年 (Hardy, 2007)。

鉴于此, 近些年来 RAD 逐渐成为依恋在临床领域关注的热点, 其研究内容涉及: RAD 的诊断评估 (Gleason et al., 2011; Vervoot, De Schipper, Bosmans, & Verschuere, 2013; Zeanah & Gleason, 2010), 信息加工 (Coughlin, 2011; Minnis et al., 2009; Sheaffer, Golden, Bridgers, & Hall, 2009; Sheaffer, 2010), 神经生物基础 (Drury et al., 2012; Minnis et al., 2007; Soares, Belsky, Mesquita, Osório, & Sampaio, 2013) 以及治疗干预 (Becker-Weidman, 2006; Becker-Weidman, 2008; Cone, Golden, & Hall, 2011; Weinberg, 2010) 等方面。以下在分析 RAD 的流行病学特征与病理机制的基础上, 分析论述了 RAD 的诊断标准、评估及干预等方面的研究成果, 并对未来该领域的研究进行展望, 以期对国内儿童反应性依恋障碍的研究、预防和临床干预提供参考。

2 反应性依恋障碍的流行病学特征与病理机制

2.1 反应性依恋障碍的流行病学特征

首先, 从 RAD 的患病率来看, 已有研究表明

收稿日期: 2014-05-06

通讯作者: 陈旭, E-mail: chenxu@swu.edu.cn

RAD 存在于普通儿童中(Gleason et al., 2011; Pritchett et al., 2013), 其患病率正呈现出上升趋势(Minnis et al., 2013; Stinehart, David, Scott, & Barfield, 2012), 尤其是那些自小没有得到充分照顾的幼童表现出 RAD 症状的比率高达 38%~40% (Lake, 2005), 在寄养家庭中遭受过虐待的儿童有 35%~45% 的人表现出 RAD 症状, 显著高于非寄养家庭(Zeanah et al., 2004)。Pears, Bruce, Fisher 和 Kim (2010)对孤儿的研究发现 93 人中就有 42 人符合 DSM-IV 的诊断标准, 比例为 46%, 而控制组的比例仅为 19%。一项对 165 名收养儿童的追踪研究显示, 3 岁时仅有 3 对父母报告有 RAD 症状; 6 岁时, 141 人中的比例为 15.6%, 67 人表现出抑制症状, 比例为 47.5%; 11 岁时, 29 人中的比例为 39.1%; 15 岁时, 42 人中的比例为 69% (转引自 Kay & Green, 2013), 这意味着在收养儿童群体中 RAD 具有较高的患病率, 但是否会持续到成年, 目前还未见研究。RAD 在跨文化的研究中表现出家庭经济收入影响的差异性, 高收入家庭儿童 RAD 的患病率低于 1%, 显著低于低收入家庭儿童(Pritchett, Rochat, Tomlinson, & Minnis, 2013)。此外, 安全依恋个体也可能表现出 RAD 症状(Lyons-Ruth, Bureau, Riley, & Atlas-Corbet, 2009), 在 RAD 患者中大约有 30% 的个体是安全依恋, 而混乱型依恋儿童表现出 RAD 症状的比例则高达 42% (Minnis et al., 2009)。

其次, 就 RAD 的性别和年龄特征来看, 有研究发现 RAD 存在性别和年龄的差异。在性别上, 男孩较之女孩更倾向于表现出偷窃、欺骗、破坏、过度警觉、攻击、焦虑和退缩等行为问题, 女孩则更倾向于对人和物体表现出攻击性(Cappelletty, Brown, & Shumate, 2005), 但 Minnis, Fleming 和 Cooper (2010)却在智障个体的研究中发现 RAD 症状与性别无关。在年龄上, RAD 的患病年龄不仅包括 0~6 岁的儿童, 还包括学龄儿童(Glowinski, 2011; Zeanah & Gleason, 2010), 或青少年(Becker-Weidman, 2006; Coughlin, 2011; Floyd, Heste, Griffin, Golden, & Canter, 2008; Minnis et al., 2009)。不过, 对 RAD 性别和年龄特征的关注总体较少, 还缺乏长期的追踪研究, 尤其是目前尚不清楚 RAD 症状是否会持续到成年(Golden, 2009)以及性别影响 RAD 的内在机制(Gleason et al., 2011)。

综上可以看出, RAD 研究群体已扩大到普通

家庭的儿童群体中, 且表现出跨文化研究的一致性, 遗憾的是追踪研究较少, 尤其是对持续到成年人的追踪研究。而且因目前在中国尚无全国范围的样本抽查, 其流行情况也无从知晓。但结合国外研究和我国数目众多的留守儿童和流动儿童群体或许可推断 RAD 在我国儿童中可能也是比较普遍的。

2.2 反应性依恋障碍的病理机制

RAD 的发病原因比较复杂, 影响其症状表现的原因也很多。目前研究倾向于认为 RAD 是遗传和环境共同作用的结果(Minnis et al., 2007), 具体表现为:

2.2.1 反应性依恋障碍的形成与依恋有关

DSM-IV-TR 和 DSM-5 都指出“病理性照顾”是 RAD 的致病因素, 也是 RAD 形成的环境因素(Zeanah & Gleason, 2010), 主要包括: 身体虐待、忽视, 父母酒精依赖或药物滥用; 父母有精神疾病; 缺乏持续的重要的照顾者, 如福利院儿童、孤儿或寄养和收养家庭的儿童(Guttmann-Steinmetz & Crowell, 2006), 而依恋理论及其研究认为这些因素也可能会导致个体发展出不安全依恋(Wimmer, Vonk, & Bordnick, 2009)。那么 RAD 和不安全依恋之间是什么关系呢? 发展临床取向的研究者倾向于将依恋风格分为: 安全/自主型、回避型、焦虑型和混乱型四种类型(侯珂, 邹泓, 蒋索, 2005), 其中混乱型依恋与精神病理学最为相关(Ferguson, Follan, Macinnes, Furnivall, & Minnis, 2011), 因此有研究者建议将 RAD 看成是混乱型依恋的一种极端形式(Green, 2003); 或把混乱型依恋本身就考虑为依恋障碍(Attachment Disorder) (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003)。但更多的研究者却对此持反对意见, 他们认为虽然混乱型依恋可以作为疑似 RAD 的预测指标(Balbernie, 2010), 但两者所属范畴不同(Follan et al., 2011): RAD 是一种临床症状, 混乱型依恋是一种信息加工模式; 二者的形成原因也不尽相同, 前者的主要成因是虐待, 后者的主要成因则是分离(Follan & Minnis, 2010)。此外, 在依恋创伤的研究中发现, 安全依恋对个体发展起保护作用, 而不安全依恋则是高危因素(Breidenstine, Bailey, Zeanah, & Larrieu, 2011)。但令人费解的是, 为何有研究发现 RAD 症状既在混乱型依恋个体身上出现, 又在安全依恋个体身上出现(Balbernie, 2010; Lyons-Ruth et al., 2009; Minnis et al., 2009)? 目前还尚未得知。

可见, 已有研究只是表明了依恋与 RAD 的形

成有关,但并未从真正意义上揭示依恋影响 RAD 的内在机制。所以,仅从 DSM 给出的“病理性照顾”这一外部环境因素不足以全面揭示 RAD 的发病机制(Bruce, Tarullo, & Gunnar, 2009),还必须得考虑 RAD 患者自身的个体差异,如个体对接收到的环境信息的认知加工能力和基因遗传等。

2.2.2 反应性依恋障碍的形成与个体的认知能力有关

针对个体在相同的抚育环境却不一定都会表现出 RAD 症状的现象,Minis 等人(2009)和 Sheaffer (2010)认为这很可能不是 RAD 儿童真的没受到温暖敏感的照顾,而是他们自身认知能力低导致对所受到的温暖敏感照顾不能识别(Smyke et al., 2012)。这与 O'Connor 和 Zeanah (2003)的观点一致,他们认为假如 RAD 是因为选择性依恋发展受干扰所致,那么在信息加工诊断策略中, RAD 儿童的内部工作模式就应该比非 RAD 儿童的内部工作模式更不健康,他们在整合社会信息方面的能力受限,反应出内部工作模式的混乱。这一假设得到了其他研究者的支持,有研究发现 RAD 患者在叙事中并不能清晰地表达出其被虐史,并表现出调节唤醒能力的贫乏,他们的叙事具有不一致性、高度的混乱、冲突等特征;他们在编码、解释和反应评估方面都表现出显著的错误,倾向于将同伴看成是敌对不友好的(Coughlin, 2011; Floyd et al., 2008; Minis et al., 2009)。在面孔研究中,Sheaffer (2010)发现 RAD 儿童与面孔表情再认能力呈现出显著的负相关,即 RAD 的症状越严重,其对面孔表情的再认能力就越低。但 Sheaffer, Golden, Bridgers 和 Hall (2009)的研究却发现 RAD 和非 RAD 儿童在面孔解码和情绪辅助语言方并没有显著差异,这可能是由于该研究的被试全部来自社康中心,且已接受过或正在接受治疗干预。

虽然从个体认知加工缺陷的角度可以一定程度上解释为何相同环境中的个体会表现出不同的 RAD 症状,但 RAD 患者的这种认知加工缺陷又是源自哪里呢?是“病理性照顾”的直接结果之一,还是其本身就导致了 RAD,亦或者是两者共同作用导致了 RAD?

2.2.3 反应性依恋障碍的形成与个体的遗传基因有关

行为问题研究发现,行为问题受与 X 染色体

相关联的基因与环境相互作用的影响,且多巴胺 D4 基因及其受体 DRD4 和混乱型依恋相关(Minnis et al., 2007)。Soares 等(2013)在分析比较威廉姆斯症状(Williams syndrome, WS)和 RAD 去抑制型的症状相似之处的基础上提出,福利院儿童可能是 7 号染色体异常所致,表现出轻微的遗传改变,即单核苷酸多态性,该基因能调节早期不利的抚养经验,反过来又会导致改变的社会行为表达的区别性水平。遗憾的是,Soares 等人(2013)的研究结论只是建立在理论推测基础上,因而其结论也值得商榷。但总体来看,目前直接关于 RAD 遗传机制的研究较少,只是初步推测了 RAD 是否具有遗传性,证据较为薄弱,将来可以采用基因连锁分析来进一步定位致病基因。

综上所述, RAD 的发病原因复杂,仅从“病理性照顾”角度来理解远远不足以解释其复杂性。已有研究虽从环境和基因遗传角度可以一定程度上揭示 RAD 的发病机制,但总体来看这两方面的研究数量都偏少,显得单薄。有研究者认为 RAD 的形成可能具有复杂的神经发展问题(Kočovská et al., 2012; Minis et al., 2009),但到目前为止还没有发现用 ERP 和 fMRI 等认知神经科学方法和技术从认知神经角度来探究 RAD 患者脑神经机制的研究。鉴于 RAD 发病原因的复杂性,未来的研究可从认知神经角度进行深入探究以揭示其病理机制。

3 反应性依恋障碍的诊断标准与评估

3.1 反应性依恋障碍诊断标准及其演变

目前 RAD 的诊断标准主要有 DSM 第四版之修订版(DSM-IV-TR)、可替代性标准(RDC-PA)和 DSM-5,且它们各有其侧重点:(1)就症状描述来看,三个标准都有描述,但只有 RDC-PA 和 DSM-5 强调了 RAD 与依恋的关系,将其描述为个体发展明显受干扰而发展出不相适宜的依恋行为,而 DSM-IV-TR 则将个体发展出的不相适宜的行为扩大至“社会关系”;(2)就症状的分类来看,DSM-IV-TR 和 RDC-PA 都有明确的分类,但是 DSM-5 却只是笼统的描述;(3)就症状的鉴别诊断来看,三个标准都有区分,只是 DSM-IV-TR 和 RDC-PA 强调了 RAD 与广泛性发育障碍的区别,而 DSM-5 强调的却是 RAD 与自闭症的区别。然而,事实上研究已表明 RAD 都有别于这两种疾病(Zilberstein, 2006);(4)就症状的成因来看,只有 DSM-IV-TR 和

DSM-5 强调了“病理性照顾”的作用，而 RDC-PA 只关注了症状的分类和描述。(详见表 1)

表 1 DSM-IV-TR、RDC-PA 和 DSM-5 对 RAD 诊断标准的描述

版本	RAD 的症状描述和诊断标准
DSM-IV-TR	A. 明显受干扰和在大多数环境中不能发展出相适宜的社会关系 (1) 在大多数发展性的人际互动中发起或回应表现出持续的失败，清晰地表现过度抑制、过度警觉或矛盾(比如，儿童对照顾者表现出接近、回避和抵制安慰或冷冻的警觉(frozen watchfulness) (抑制型 RAD) (2) 通常显著的不能表现出适宜的选择性依恋而呈现出弥散性的依恋特点(如与陌生人过度熟悉或在选择依恋人物时缺乏选择性) (去抑制型 RAD) B. 标准 A 中的干扰不能用于解释发展性延迟(如心理迟滞)，也不适合广泛性发育障碍 C. 病理性照顾至少包括以下一种情况： (1) 持续的忽视儿童寻求安慰、刺激和情感的情绪需求 (2) 持续忽视儿童基本的生理需求 (3) 重复地变化重要照顾者从而妨碍了稳定依恋的形成 D. 假定标准 A 中的受干扰的行为主要来自与标准 C 中描述的病理性照顾
DSM-5	A. 明显受干扰的模式和不能发展出相适宜的依恋行为，在 5 岁前很明显。儿童表现出几乎不或最低限度地向依恋人物寻求安慰、支持、保护和照顾。障碍作为一种持续性的抑制，情感退缩模式，几乎不或最低限度地直接向成年照顾者表现出依恋行为： (1) 当痛苦时几乎不或最低限度地寻求安慰 (2) 当痛苦时几乎不或最低限度地对所提供的安慰做出反应 B. 持续受干扰的社会和情绪至少表现以下 2 个特征： (1) 对他人相当缺乏社会和情绪回应 (2) 积极情感有限 (3) 不能解释的易怒、伤心或在明显没有威胁存在时表现出的恐惧 C. 不适合自闭症障碍的样本范围 D. 病理性照顾至少包括以下一点 (1) 持续的忽视儿童寻求安慰、刺激和情感的情绪需求，如忽视 (2) 持续忽视儿童的基本生理需求 (3) 重复地变化重要照顾者从而妨碍了稳定依恋的形成 (4) 在诸如福利院等非常规环境中的养育增加了限制形成选择性依恋的几率 E. 假定标准 A 中的受干扰行为主要来自标准 D 中的病理性照顾 F. 儿童至少要发展到 9 个月大
RDC-PA	A. 显著受干扰的模式和不能发展出适宜的依恋行为，表现为儿童几乎不或最低限度地优先向依恋人物寻求安慰、支持、保护和照顾。 (1) 在抑制或情绪退缩的模式中，儿童几乎不或最低限度地向任何成年照顾者直接表现出依恋行为： a) 当痛苦时几乎不或最低限度寻求安慰； b) 当痛苦时几乎不或最低限度对所提供的； c) 限制积极情感和表现出过度的易怒、伤心和恐惧； d) 减少或缺乏社会和情绪互动。 (2) 在去抑制随意的模式中儿童表现出不加选择的依恋行为 a) 在不熟悉的成人中表现出过度的熟悉和减少或缺乏沉默； b) 即使在不熟悉的环境中冒险后在成人回来后也几乎不或最低限度检查自己； c) 很少或毫不犹豫地愿意和不熟悉的成年人离开。 (3) 混合了抑制和去抑制特征的混合模式 B. RAD 儿童不适合广泛性发育障碍 C. 儿童至少要发展到 9 个月大

资料收集整理自：Zeanah & Gleason, 2010

可见, 尽管 RAD 的诊断标准经过一系列的演变, 可到目前为止仍然存在争议, 单独呈现上述三种中的任何一种似乎都还不能很好地诠释对 RAD 的诊断, 或许从综合考虑的角度可能会更全面。因而今后在 RAD 的研究中, 继续完善 RAD 的诊断标准将是一项亟需的工作。此外, 对 RAD 的类型也还存在争议: 虽然已有研究表明 RAD 两种类型的划分方式具有良好的信效度(Gleason et al., 2011), 且两种类型之间的差异性大于相似性(Rutter et al., 2009; Zeanah & Smyke, 2008), 但对其分类还存在将其归为两种障碍还是同一障碍的两种类型之争(Zeanah & Gleason, 2010)。不过无论何种方式都是在症状学范围内的考虑。然而, 有研究者从生物进化适应的角度提出了不同看法, 他们认为“去抑制”的行为表现与其说是精神障碍的症状表现, 还不如说是个体功能性的适应性行为(Chisholm, 1998; Balbernie, 2010)。因为 Chisholm (1998)研究发现即使是儿童与收养者之间已发展出安全依恋关系的情况下, 儿童的去抑制行为特征也只是有减少, 却不会消失, 于是她认为这是儿童在福利院环境中为了更好生存而做出的且得到强化了的选择。Balbernie (2010)同意并将其范围扩大至收养家庭和寄养家庭, 并将儿童的去抑制行为看成是功能性的适应性行为有助于儿童度过极端的生存环境。这两种观点的争论或许可以给我们一个提示: 父母或重要照顾者照顾儿童的品质的确是导致 RAD 症状形成的一个重要因素, 但是否这中间存在着一个“度”的问题, 即照顾的品质在什么程度上是“病理性照顾”, 什么程度上只是会影响个体的依恋发展模式, 什么程度上会导致成“病”, 什么程度上只是适应的功能? 或许这中间存在一个 RAD 形成的敏感期问题, 因为研究发现只有儿童在福利院的时间长度才与个体的抑制行为相关(Bruce et al., 2009)。遗憾的是, 目前对此的研究还没有得到相关实证的支持, 还只停留在理论推论阶段, 未来的研究还需进一步细化和深入。

3.2 反应性依恋障碍的评估

目前 RAD 的评估主要采用具有良好信效度的“评估包”(assessment package)(Minnis et al., 2009; Pritchett et al., 2013; Thrall, Hall, Golden, & Sheaffer, 2011), 包括三个部分: 关系问题问卷(the Relationship Problems Questionnaire, RPQ)、等候

观察室(the Waiting Room Observation, WRO)和半结构化的父母访谈报告与儿童青少年精神病评估(the Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA-RAD)。其中, RPQ 是由 Minnis, Rabe-Hesketh 和 Wolkind (2002)发展出来专门用于诊断 RAD 的测量工具, 包括 10 个题目。WRO 是由 McLaughlin, Espie 和 Minnis (2010)发展出来的标准化的临床观察明细表, 用于评估儿童的症状以帮助临床观察 RAD 行为。观察包括 23 个主题, 主要分为: 儿童和陌生人的互动; 儿童的探究行为, 儿童与照顾者的互动和儿童的一般的行为特征几类。观察到的内容进行现场记录, 然后做质性分析。此外, 观察者在记录每一个行为时都要观察儿童是否出现明显的害羞或对陌生人的警觉以及儿童中断的次数和与陌生人或照顾者对话的次数。整个观察中, 观察者只需对观察到的行为做“是”或“否”的评定。CAPA-RAD 是 Angold 和 Costello (2000)发展出来的用于评估 RAD 症状, 是儿童和青少年精神病评估的组成模块, 包括 30 个题项。总之, 该“评估包”满足了从多角度对 RAD 症状进行评估的需求, 只是这是否适用于小学或更大年龄的儿童和青少年还需进一步探究。

4 儿童反应性依恋障碍的治疗干预

近些年来, 有关 RAD 治疗的研究逐渐增加, 主要有基于改善提升亲子关系的二元发展心理治疗(Dyadic Developmental Psychotherapy, DDP)(Becker-Weidman, 2006; Becker-Weidman, 2008)和亲子互动治疗(Parent-Child Interaction Therapy for Children, PCIT)(Soulounias-Arriaga, 2007)、认知行为治疗(Buckner, Lopez, Dunkel, & Joiner, 2008; Cone et al., 2011)、药物治疗(Weinberg, 2010)、艺术治疗(Ryan & Courtney, 2009)等等。但除 DDP 外, 这些疗法目前更多来自于个案研究和临床发现, 要么治疗效果目前尚不确定, 要么只在个别研究中应用过, 所以我们只重点介绍 DDP。

二元发展心理治疗(DDP)是由 Hughes (1997)基于依恋理论在门诊上发展起来用于治疗具有依恋创伤体验儿童的治疗方法。该方法区别于传统治疗方法的特点在于它强调治疗师与儿童保持有效的协调关系, 深度接纳儿童的情感和体验以及背后的动机, 关注治疗中的体验和过程而不是语言文字和内容, 以达到修复儿童负性的内部工作

模式的目的(转引自 Becker-Weidman, 2008)。Becker-Weidman (2006)的实证研究表明DDP能有效减少RAD儿童的症状,增加RAD儿童的社会功能,而且其效果具有持久性。Becker-Weidman (2008)在治疗干预结束1年后再次发现接受DDP治疗的个体在临床和统计上都比对照组具有显著下降;4年后用儿童行为量表(Child Behavior Checklist, CBCL)再测发现这些个体的各项得分仍在正常范围内。这再次说明DDP对RAD儿童的治疗不仅有效而且还具有长期的效果。

DDP治疗每次需要两个办公室和2小时的连续时间单元。一个时间单元治疗的主要内容包括:(1)治疗师教会父母或重要照顾者家里学会运用依恋的养育方法“PLACE”,即有趣的(playful),充满爱的(loving),接纳的(Accepting),好奇的(Curious)和共情的(Empathic)。值得注意的是在这个过程中父母可能会暴露出被责怪的感觉、无价值感、不能胜任、生气,甚至枯竭的感觉,治疗师要给予情感上的支持,帮助他们调整自己以便能和自己的孩子保持情感上的协调;(2)治疗师经常跟父母或照顾者一起会见孩子。这个过程需要一个半小时。这个阶段治疗师通过“PACE”,即有趣的(playful),接纳的(Accepting),好奇的(Curious)和共情的(Empathic),来与儿童保持情感协调一致,从而达到实现修复整合过去创伤的目的;(3)治疗师再单独会见父母或重要照顾者(Becker-Weidman, 2008)。

DDP治疗师对儿童的工作手法主要包括情感协调一致、认知重构和心理剧重演(psychodramatic re-enactments)三个维度。这三个维度的具体实施又体现在以下结构式的干预步骤中:(1)确定行为;(2)探究对孩子来说行为背后有什么含义;(3)降低儿童对羞耻的敏感同时提升他们被接纳和被理解的体验;(4)儿童的行为正常化,即当理解了过去创伤的行为后,当下的行为也就变得容易理解了,正常了;(5)儿童建立其对照顾者的理解和沟通;(6)儿童出现一个新的整合过后的行为,该行为具有一致性且与体现了与照顾者之间沟通的新体验和新含义。“PACE”贯穿于每一个治疗步骤中以便与患者保持情感协调一致。详见图1。

不过,虽然DDP通过提升或改善亲子关系品质,从而达到减低RAD症状的目的,但是这种治疗方法过度集中于亲子之间的互动,尤其是父母对孩子的敏感性回应,这不仅容易导致对RAD致

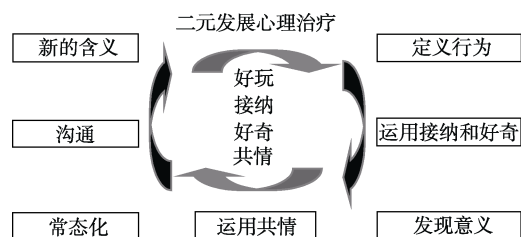


图1 二元发展心理治疗
资料整理自: Becker-Weidman, 2008

病源的狭隘化理解,而且这种方法从理论来看应该不适用于具有安全依恋的个体,因为安全依恋个体的父母给予的是敏感性的回应,那再用提升依恋关系的方法改变的是什么呢?或许这种方法只是对RAD症状的严重性和持久性起到缓冲作用(Ferguson et al., 2011)。因此,在未来的研究中或许该考虑安全依恋RAD和非安全依恋RAD个体的不同治疗方案,或者继续探索其他的治疗方法。

5 总结与展望

综上所述,RAD是一种典型的儿童社会心理发展障碍,受基因遗传和环境共同作用,具有自己独特的病源学特征和病理机制,其诊断主要依据DSM-IV-TR的诊断标准并结合“评估包”对患者行为进行评估。对RAD的治疗干预尝试的方法较多,但目前普遍处于探索阶段。总之,RAD的形成、发展及干预治疗本身就是一个非常复杂的心理过程,未来的研究还可以在以下方面深入探讨:

5.1 加强RAD的本土化研究,关注高危处境人群

研究表明RAD儿童更容易表现出低自尊、缺乏自我控制、反社会态度和攻击性、冲动性撒谎、偷窃以及与陌生人不加区分的情感关系(Sheperis, Renfro-Michel, & Doggett, 2003),而且RAD不仅症状稳定(Rutter et al., 2009),甚至还很可能会持续到成年期(Hardy, 2007)。但是国内对RAD的关注却鲜见,这使得我国目前缺乏全国性的RAD的流行病学资料,以致无法了解其真实的发病情况。而且仅从“病理性照顾”这一环境因素来看,我国目前数目众多的留守儿童和流动儿童群体也可能是RAD的高危人群。因此,在我国开展RAD研究极具现实意义。

5.2 完善RAD的诊断标准和评估工具

对任何一种临床障碍,如果缺乏详细清晰的诊断标准都会增加误诊的可能性(Gleason et al.,

2011)。患有 RAD 的儿童常常因为表现出与自闭症、多动症和广泛性发育障碍等精神障碍相似的症状而被误诊,更为不幸的是,RAD 因为被误诊而导致了不适宜,甚至无效的干预(Zilberstein, 2006)。可见,诊断标准的模糊将直接影响对 RAD 的评估和治疗干预。然而,目前 RAD 的诊断标准虽然经历了 DSM 几个版本的演变,但到目前为止仍存在争议,比如现有的 RAD 诊断标准仍然无法区分“病理性照顾”导致 RAD 和非安全依恋在程度或水平上的差异,仍然无法解释为何所有依恋类型都会表现出 RAD 症状。而且,从诊断对象来看,目前 RAD 的诊断标准的对象主要集中于不会超过 6 岁的儿童,对大龄儿童和青少年 RAD 患者缺乏具有良好信效度的筛查或评估工具(Vervoot et al., 2013),这使得对大龄儿童乃至青少年的诊断评估研究滞后于临床需求。因而,完善 RAD 的诊断标准和评估工具是深入展开 RAD 研究亟需的任务。

5.3 关注反应性依恋障碍的脑神经机制以便更好揭示基因遗传和环境共同作用的致病机制

目前并未见直接考察 RAD 的脑神经机制的研究,但在对福利院儿童的 ERP 研究中发现当呈现照顾者和陌生人的照片时,福利院儿童表现出在 N170 波幅上的大大衰减和 P250 波幅上的增加,这说明福利院儿童早期遭遇的剥夺干扰了神经回路的发育(Pollak et al., 2010); EEG 研究发现,相比非福利院儿童,福利院儿童会增加低频脑神经振荡而降低高频脑神经振荡,这说明福利院儿童具有较低的皮质层脑活动(Marshall, Reeb, Fox, Nelson, & Zeanah, 2008); PET 研究发现,与控制组相比,被收养的福利院儿童表现出明显的脑部新陈代谢水平降低(Chugani et al., 2001); Nelson (2007) 研究发现福利院儿童的随意行为形成可能与前额叶皮层和额叶回脑区活动异常相关。但值得注意的是,目前对福利院儿童的研究并没有区分 RAD 儿童和非 RAD 儿童,以后的研究可以对比两者的脑神经活动以 RAD 两种类型的脑神经机制,这不仅有助于更深入的找到其病源,还可以为临床有效干预提供客观指标。

5.4 探索更佳有效的专门的 RAD 的治疗方法

一方面,现有的 RAD 治疗方法具有各自的优势和缺陷,这些疗法还需要在实践中不断完善。在临床治疗中,应该充分评估患者的认知性、生

理性和社会性因素,并考察产生 RAD 的可能原因,综合考虑以选择适用该患者的疗法。特别是关于基于依恋理论的人际关系疗法与其它心理疗法的结合,如认知行为治疗、艺术治疗治疗等。这或许能够弥补人际关系疗法对 RAD 治疗的某些不足,提升治疗效果。另一方面,现有的治疗方案并没有将 RAD 的两种类型区分开来,显得笼统。两种类型的症状表现不一样,或许其病理机制也有所差异。因此,未来的研究可结合脑神经机制研究在更准确的诊断的基础上给出更针对性的治疗方案。此外,对治疗方案的评估应注重过程和结果相结合。Puckering 等人(2011)指出对复杂干预的评估不能简单地随机使用控制实验,因为有研究怀疑许多心理健康干预可能存在负面效果,或许干预没有充分发展,或许是实验设计不充分。

参考文献

- 侯珂, 邹泓, 蒋索. (2005). 社会人格取向的成人依恋研究. *心理科学进展*, 13(5), 640-650.
- Angold, A., & Costello, E. (2000). The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 39-48.
- Balbernie, R. (2010). Reactive attachment disorder as an evolutionary adaptation. *Attachment & Human Development*, 12(3), 265-281.
- Becker-Weidman, A. (2006). Treatment of children with trauma attachment disorders: Dyadic developmental psychotherapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 147-171.
- Becker-Weidman, A. (2008). Treatment for children with reactive attachment disorder: Dyadic developmental psychotherapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(1), 52-60.
- Breidenstine, A. S., Bailey, L. O., Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A. (2011). Attachment and trauma in early childhood: A review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 274-290.
- Bruce, J., Tarullo, A. R., & Gunnar, M. R. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 21, 157-171.
- Buckner, J., Lopez, C., Dunkel, S., & Joiner, T. E. (2008). Behavior management training for the treatment of reactive attachment disorder. *Child Maltreatment*, 13(3), 289-297.
- Cappelletty, G. G., Brown, M. M., & Shumate, S. E. (2005). Correlates of the randolph attachment disorder questionnaire (RADQ) in a sample of children in foster placement. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(1), 71-84.

- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69(4), 1092–1106.
- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhasz, C., Nagy, F., & Chugani, D. C. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: A study of post institutionalized Romanian orphans. *NeuroImage*, 14, 1290–1301.
- Cone, J. C., Golden, J. A., & Hall, C. W. (2011). The effect of short-term cognitive-behavioral group therapy on adolescents with attachment difficulties. *Behavioral Development Bulletin*, 15, 28–35.
- Coughlin, M. (2011). *A comparison of social information processing in children with and without reactive attachment disorder and the association with behavioural difficulties* (Unpublished Doctoral Dissertation). University of Glasgow.
- Drury, S. S., Gleason, M. M., Theall, K. P., Smyke, A. T., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2012). Genetic sensitivity to the caregiving context: The influence of 5httlpr and BDNF val66met on indiscriminate social behavior. *Physiology & Behavior*, 106(5), 728–735.
- Ferguson, L., Follan, M., Macinnes, M., Furnivall, J., & Minnis, H. (2011). Residential childcare workers' knowledge of reactive attachment disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(2), 101–109.
- Floyd, K. K., Hester, P., Griffin, H. C., Golden, J., & Canter, L. L. S. (2008). Reactive attachment disorder: Challenges for early identification and intervention within the schools. *International Journal of Special Education*, 23(2), 47–55.
- Follan, M., Anderson, S., Huline-Dickens, S., Lidstone, E., Young, D., Brown, G., & Minnis, H. (2011). Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 520–526.
- Follan, M., & Minnis, H. (2010). Forty-four juvenile thieves revisited: From Bowlby to reactive attachment disorder. *Child: Care, Health and Development*, 36(5), 639–645.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S., Smyke, A., Egger, H. L., Nelson III, C. A., ... Zeanah, C. H. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: Indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 216–231.
- Glowinski, A. L. (2011). Reactive attachment disorder: An evolving entity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 210–212.
- Golden, J. A. (2009). Introduction to a special issue on the assessment of children with reactive attachment disorder and the treatment of children with attachment difficulties or a history of maltreatment and/or foster care. *Behavioral Development Bulletin*, 15, 1–3.
- Green, J. (2003). Are attachment disorders are best seen as social impairment syndromes. *Children & Human Development*, 5(3), 259–264.
- Guttmann-Steinmetz, S., & Crowell, J. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 440–451.
- Hardy, L. T. (2007). Attachment theory and reactive attachment disorder: Theoretical perspectives and treatment implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 27–39.
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive attachment disorder following early maltreatment: Systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 571–581.
- Kočovská, E., Puckering, C., Follan, M., Smillie, M., Gorski, C., Barnes, J., ... Minnis, H., (2012). Neuro developmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1560–1565.
- Lake, P. M. (2005). Recognizing reactive attachment disorder. *Behavioral Health Management*, 25, 41–44.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Riley, C. D., & Atlas-Corbett, A. F. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the strange situation: Convergent and discriminant validity in relation to care-giving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology*, 21, 355–372.
- Marshall, P. J., Reeb, B. C., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Zeanah, C. H. (2008). Effects of early intervention on EEG power and coherence in previously institutionalized children in Romania. *Development and Psychopathology*, 20(3), 861–880.
- McLaughlin, A., Espie, C., & Minnis, H. (2010). Development of a brief waiting room observation for behaviours typical of reactive attachment disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, 73–79.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E., ... Sadiq, F. A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 931–942.
- Minnis, H., Fleming, G., & Cooper, S. A. (2010). Reactive attachment disorder symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(4), 398–403.
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, B., Butcher, J., ... Gillberg, C. (2013). Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *The*

- British Journal of Psychiatry*, 202(5), 342–346.
- Minnis, H., Rabe-Hesketh, S., & Wolkind, S. (2002). Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 90–98.
- Minnis, H., Reekie, J., Young, D., O'Connor, T., Ronald, A., Gray, A., & Plomin, R. (2007). Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *British Journal of Psychiatry*, 190, 490–495.
- Nelson, L. A. (2007). A neurobiological perspective on early human deprivation. *Child Development*, 1(1), 13–18.
- O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5(3), 223–244.
- Pears, K. C., Bruce, J., Fisher, P. A., & Kim, H. K. (2010). Indiscriminate friendliness in maltreated foster children. *Child Maltreatment*, 15, 64–75.
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S. S., Wiik, K. L., ... Gunnar, M. R. (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children. *Child Development*, 81(1), 224–236.
- Pritchett, R., Pritchett, J., Marshall, E., Davidson, C., & Minnis, H. (2013). Reactive attachment disorder in the general population: A hidden ESSENCE disorder. *The Scientific World Journal*, 2013, Article ID 818157, doi: 10.1155/2013/818157
- Pritchett, R., Rochat, T. J., Tomlinson, M., & Minnis, H. (2013). Risk factors for vulnerable youth in urban townships in South Africa: The potential contribution of reactive attachment disorder. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 8(4), 310–320.
- Puckering, C., Connolly, B., Werner, C., Toms-Whittle, L., Thompson, L., Lennox, J., & Minnis, H. (2011). Rebuilding relationships: A pilot study of the effectiveness of the Mellow Parenting Programme for children with reactive attachment disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(1), 73–87.
- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findings leave the concepts?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 529–543.
- Ryan, V., & Courtney, A. (2009). Therapists' use of congruence in nondirective play therapy and filial therapy. *International Journal of Play Therapy*, 18(2), 114–128.
- Sheperis, C. J., Renfro-Michel, E. L., & Doggett, R. A. (2003). In-home treatment of reactive attachment disorder in a therapeutic foster care system: A case example. *Journal of Mental Health Counseling*, 25, 76–89.
- Sheaffer, B. L., Golden, J. A., Bridgers, K. T., & Hall, C. W. (2009). Nonverbal processing and social competency in children with reactive attachment disorder. *Behavioral Development Bulletin*, 15, 11–17.
- Sheaffer, B. L. (2010). *Social relatedness disturbances and facial expression recognition deficits in children with reactive attachment disorder* (Unpublished Doctoral Dissertation). East Carolina University.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 508–514.
- Soares, I., Belsky, J., Mesquita, A. R., Osório, A., & Sampaio, A. (2013). Why do only some institutionalized children become indiscriminately friendly? Insights from the study of Williams Syndrome. *Child Development Perspectives*, 7(3), 187–192.
- Soulounias-Arriaga, D. (2007). *Parent-child interaction therapy for children diagnosed with reactive attachment disorder* (Unpublished Doctoral Dissertation). University of South Florida.
- Stinehart, M. A., Scott, D. A., & Barfield, H. G. (2012). Reactive attachment disorder in adopted and foster care children implications for mental health professionals. *The Family Journal*, 20(4), 355–360.
- Thrall, E. E., Hall, C. W., Golden, J. A., & Sheaffer, B. L. (2011). Screening measures for children and adolescents with reactive attachment disorder. *Behavioral Development Bulletin*, 15, 4–10.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different. *Attachment and Human Development*, 5, 313–320.
- Vervoot, E., De Schipper, J. C., Bosmans, G., & Verschueren, K. (2013). Screening symptoms of reactive attachment disorder: Evidence for measurement invariance and convergent validity. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(3), 256–265.
- Weinberg, H. A. (2010). Improved functioning in children diagnosed with reactive attachment disorder after SSRI therapy. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 48–50.
- Wimmer, J. S., Vonk, M. E., & Bordnick, P. (2009). A preliminary investigation of the effectiveness of attachment therapy for adopted children with reactive attachment disorder. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(4), 351–360.
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2010). Reactive attachment

- disorder: A review for DSM-5. *Report Presented to the American Psychiatric Association*.
- Zeanah C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 877–888.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 219–233.
- Zilberstein, K. (2006). Clarifying core characteristics of attachment disorders: A review of current research and theory. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 55–64.

Children's Reactive Attachment Disorder: Etiology, Diagnosis and Intervention

ZHANG XiaoLu; CHEN Xu

(Faculty of Psychology, Southwest University; Key laboratory of Cognition and Personality (SWU),
Ministry of Education, Chongqing 400715, China)

Abstract: The reactive attachment disorder in children is a psycho-social disorder. This disorder is found not only in the institution, but also in the normal families. Moreover, its etiology might be associated with early attachment relationships, the genetic gene and individual's cognitive processing ability. So far diagnosis of the reactive attachment disorder is mainly based on the DSM-IV, DSM-5 and the RDC-PA, and its assessment tool is the assessment package. Yet, the intervention of the reactive attachment disorder is still in the exploratory stage. Future research could focus on the improvement of the diagnostic standard and assessment tools, efficacy of various therapies and exploration the domestic characteristics of reactive attachment disorder. Especially, attention should also pay to its underlying neural mechanisms.

Key words: reactive attachment disorder; etiology; diagnosis; intervention