
精神障碍治疗指导原则

2013年5月

目 录

第一章 器质性(包括症状性)精神障碍	7
第一节 痴呆.....	7
一、阿尔茨海默病性痴呆.....	7
二、血管性痴呆.....	7
三、分类于他处的其他疾病引起的痴呆.....	8
第二节 器质性遗忘综合征，非由酒精和其他精神活性物质所致.....	8
第三节 谵妄，非由酒精和其他精神活性物质所致.....	8
第四节 脑损害和功能障碍及躯体疾病引起的其他精神障碍.....	9
一、器质性幻觉症、器质性紧张性障碍、器质性妄想性[精神分裂症样]障碍、器质性心境[情感]障碍、器质性焦虑障碍、器质性分离性障碍、器质性情绪不稳定[衰弱]障碍和轻度认知障碍.....	9
二、癫痫性精神病.....	9
第五节 脑部疾病、损害和功能障碍引起的人格和行为障碍.....	9
一、器质性人格障碍.....	9
二、脑炎后综合征.....	10
三、脑震荡后综合征.....	10
第二章 使用精神活性物质所致的精神和行为障碍	11
第一节 使用酒精引起的精神和行为障碍.....	11
一、酒精依赖.....	11
二、急性酒精中毒.....	11
三、酒精所致的精神病性障碍.....	12
第二节 使用阿片样物质引起的精神和行为障碍.....	12
一、阿片类依赖.....	12
二、阿片类药物中毒.....	13
第三节 使用大麻类物质引起的精神和行为障碍.....	14
第四节 使用镇静剂或催眠剂引起的精神和行为障碍.....	14
一、苯二氮草类药物依赖.....	14
二、镇静安眠药急性中毒.....	14

第五节 使用可卡因引起的精神和行为障碍	15
一、可卡因依赖.....	15
二、可卡因急性中毒.....	16
第六节 使用其他兴奋剂（包括咖啡因）引起的精神和行为障碍.....	16
一、苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍.....	16
二、苯丙胺类药物急性中毒.....	16
第七节 使用致幻剂引起的精神和行为障碍	17
一、氯胺酮急性中毒？	17
第八节 使用烟草引起的精神和行为障碍	18
第九节 使用挥发性溶剂引起的精神和行为障碍	18
第十节 使用多种药物和其他精神活性物质引起的精神和行为障碍.....	18
第三章 精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍.....	20
第一节 精神分裂症	20
第二节 分裂型障碍	23
第三节 持久的妄想性障碍	23
第四节 急性而短暂的精神病性障碍	23
第五节 感应性妄想性障碍	23
第六节 分裂情感性障碍	24
第四章 心境（情感）障碍.....	25
第一节 躁狂发作	25
第二节 双相情感障碍	25
第三节 抑郁发作	26
第四节 复发性抑郁障碍	28
第五节 持久的心境[情感]障碍.....	28
一、恶劣心境.....	28
二、环性心境.....	28
第五章 神经症性、应激相关的及躯体形式障碍	29
第一节 神经症性障碍	29

一、恐怖性焦虑障碍.....	29
二、其他焦虑障碍.....	30
三、强迫性障碍.....	31
四、神经衰弱?	32
第二节 严重应激反应及适应障碍.....	32
一、急性应激障碍.....	32
二、创伤后应激障碍.....	33
三、适应障碍.....	33
第三节 分离[转换]性障碍.....	34
第四节 躯体形式障碍	34
第六章 伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征	36
第一节 进食障碍.....	36
一、神经性厌食.....	36
二、神经性贪食.....	37
三、神经性呕吐.....	37
第二节 非器质性睡眠障碍	38
一、非器质性失眠症.....	38
二、非器质性嗜睡症.....	38
三、非器质性睡眠-觉醒节律障碍.....	38
四、梦魇.....	39
五、睡行症.....	39
六、睡惊症.....	40
第三节 性功能障碍, 非由器质性障碍或疾病引起	40
第四节 与产褥期有关的精神和行为障碍, 不可归类在他处者.....	40
第五节 与归类在他处的障碍或疾病有关的心理和行为因素.....	41
第六节 非致依赖性物质滥用	41
第七节 与生理紊乱和躯体因素有关的未特指的行为综合征.....	42
第七章 成人人格与行为障碍?	43
第一节 成人人格和行为障碍? 本章最后?	43

第二节 习惯和冲动障碍.....	43
一、病理性赌博.....	43
二、病理性纵火（纵火狂）.....	43
三、病理性偷窃（偷窃狂）.....	43
四、拔毛症.....	43
五、其它习惯与冲动障碍.....	44
第三节 性身份障碍.....	44
一、易性症.....	44
二、双重异装症.....	44
三、童年性身份障碍.....	44
第四节 性偏好障碍.....	45
一、恋物症.....	45
二、恋物性异装症.....	45
三、露阴症.....	45
四、窥阴症.....	46
五、恋童症.....	46
六、施虐受虐症.....	46
第八章 精神发育迟滞.....	47
第九章 心理发育障碍.....	49
第一节 特定性言语和语言发育障碍.....	49
第二节 特定性学习技能发育障碍.....	49
第三节 特定性运动功能发育障碍.....	50
第四节 混合性特定性发育障碍.....	50
一、广泛性发育障碍.....	50
二、儿童孤独症.....	50
三、不典型孤独症.....	51
四、RETT 综合征.....	51
五、童年瓦解性障碍.....	52
六、ASPERGER 综合征.....	52

第十章 通常起病于童年与少年期的行为与情绪障碍	53
第一节 多动性障碍.....	53
一、注意缺陷多动障碍.....	53
二、多动性品行障碍.....	54
第二节 品行障碍.....	54
一、反社会性品行障碍.....	54
二、对立违抗性障碍.....	55
第三节 特发于童年的情绪障碍.....	55
一、童年离别焦虑障碍.....	55
二、童年恐怖性焦虑障碍.....	56
三、童年社交性焦虑障碍.....	56
第四节 特发于童年与青少年期的社会功能障碍.....	56
一、选择性缄默症.....	56
二、童年反应性依恋障碍.....	56
第五节 抽动障碍.....	57
一、短暂性抽动障碍.....	57
二、慢性运动或发声抽动障碍.....	57
三、发声和多种运动联合抽动障碍.....	57
第六节 通常在童年和青少年期发病的其他行为和情绪障碍.....	59
一、非器质性遗尿症.....	59
二、非器质性遗粪症.....	60
三、婴儿和儿童期喂食障碍.....	60
四、婴幼儿和童年异食癖.....	61
五、刻板性运动障碍.....	61
六、口吃.....	61

第一章 器质性(包括症状性)精神障碍

器质性（包括症状性）精神障碍是一组由脑部疾病或躯体疾病导致的精神障碍，主要包括脑退行性疾病、脑血管病、颅内感染、颅脑外伤、脑肿瘤等以及各种躯体疾病所致的精神障碍。

第一节 痴呆

痴呆是一组进行性的、以多种精神神经障碍为特点的临床综合征。患者常表现为记忆障碍、语言障碍、定向力障碍、计算力及学习能力等认知功能障碍、人格改变、日常生活能力困难、精神症状以及行为异常。导致痴呆的疾病有多种，最常见的脑部疾病为阿尔茨海默病，其次为血管性痴呆、额颞叶痴呆、路易体痴呆等。

一、阿尔茨海默病

【治疗原则】

对阿尔茨海默病患者的治疗包括非药物干预和药物治疗两个方面。

1. 非药物干预。非药物干预对阿尔茨海默病及各种原因所致痴呆的患者及家庭十分重要，包括行为治疗、环境治疗、音乐治疗、照料者干预、记忆训练、生活技能训练等。

2. 药物治疗。目前药物治疗的目的为延缓认知功能衰退。目前批准的将阿尔茨海默病列为治疗适应证的药物有胆碱酯酶抑制剂（如多奈哌齐、卡巴拉汀、加兰他敏）和 NMDA 受体拮抗剂（如美金刚）。推荐治疗剂量：多奈哌齐 5-10mg/日，卡巴拉汀 3-12mg/日，加兰他敏 4-24mg/日，美金刚 20mg/日。需依据患者的治疗反应和耐受性进行剂量调整。

胆碱酯酶抑制剂与 NMDA 受体拮抗剂在一定程度上也可缓解痴呆伴发的精神行为症状。当精神行为症状严重时，可对症采用抗精神病药物、抗抑郁剂、心境稳定剂等药物。临床实践中，用药需遵循“低剂量起始、缓慢加量、定期评估、适时调整方案”等原则。

二、血管性痴呆

【治疗原则】

1. 在治疗脑血管疾病基础上积极治疗痴呆。

2. 使用改善认知功能药物如多奈哌齐、卡巴拉汀、美金刚等。推荐剂量参考阿尔茨海默

病。

3. 非药物干预：参照阿尔茨海默病。

三、见于在它处归类的其他疾病的痴呆

临床可见有皮克氏病性痴呆、克-雅氏病性痴呆、亨廷顿氏病性痴呆、帕金森氏病性痴呆、人类免疫缺陷病毒病[HIV]性痴呆和其他特定疾病所致的痴呆。

【治疗原则】

1. 药物治疗参照皮克病、亨廷顿病、帕金森病、克-雅病及 HIV 等治疗规范。
2. 非药物干预：参照阿尔茨海默病。

第二节 器质性遗忘综合征，非酒和其它精神活性物质所致

这是一类以特殊的情景记忆损害为主，表现为学习新信息（顺行性遗忘）或回忆往事（逆行性遗忘）存在困难的障碍，这类障碍并非全面性智能障碍，多伴有社会交往与执业技能的明显受损。

【治疗原则】

遗忘综合征的处理以治疗脑部基础疾病为主，同时提供一般治疗和营养支持。

第三节 谵妄，非酒和其他精神活性物质所致

谵妄又名急性脑病综合征，其特征是急性或亚急性意识障碍或意识损害。可发生于任何年龄，以老年患者、住院患者更为多见。谵妄往往起病迅速，病情明显波动，严重程度差别很大。

【治疗原则】

1. 原发病及诱发因素的治疗，参照原发疾病的治疗规范。
2. 药物治疗：患者出现激越、幻觉或危险的行为紊乱时，应考虑精神药物治疗。谵妄治疗使用的药物以小剂量抗精神病药物为主，以氟哌啶醇为例，2.5-10mg/日肌注。应慎用苯二氮草类药物。

3. 非药物治疗：是所有谵妄患者的主要治疗，包括为患者提供定向资料和行为干预，为家属提供有关疾病临床表现、治疗及患者照料的支持。

4. 对症治疗及支持性治疗：如保持患者生命体征平稳、保护气道、维持水电解质和酸碱

平衡、预防压疮和深静脉血栓形成等。

第四节 脑损害和功能紊乱以及躯体疾病所致的其他精神障碍

一、器质性幻觉症、器质性紧张性障碍、器质性妄想性[精神分裂症样]障碍、器质性心境[情感]障碍、器质性焦虑障碍、器质性分离性障碍、器质性情绪不稳定[衰弱]障碍和轻度认知障碍

【治疗原则】

1. 积极治疗导致精神综合征的原发脑部疾病和躯体疾病，参照相关疾病的治疗规范。
2. 参照相应精神障碍的治疗规范，根据患者的临床综合征，选用适宜的药物及早控制精神症状。使用时必须注意全身情况，药物剂量不宜过大，低剂量开始，小剂量加药，以能有效控制精神症状的最小药量为佳。
3. 轻度认知障碍的治疗参照阿尔茨海默病“非药物干预”。
4. 支持治疗：如维持水、电解质及酸碱平衡，改善脑循环，促进脑细胞功能的恢复、保证营养。
5. 良好的护理：以缓解患者的恐惧、焦虑情绪，特别是对有意识障碍的患者要防止其自伤、摔倒、冲动伤人毁物等意外发生。

二、癫痫性精神病

【治疗原则】

1. 在治疗癫痫的基础上控制精神症状，参照癫痫治疗规范。
2. 精神症状的对症治疗，参照相应临床综合征治疗规范。

第五节 脑疾病、损害和功能紊乱所致的人格和行为障碍

一、器质性人格障碍

【治疗原则】

1. 积极治疗导致人格障碍的原发脑部疾病，参照相应疾病的治疗规范。
2. 参照成人人格障碍治疗规范。

二、脑炎后综合征

【治疗原则】

1. 脑炎后康复治疗，参照脑炎治疗规范。
2. 精神状态参照相应临床综合征治疗规范。

三、脑震荡后综合征

【治疗原则】

1. 脑震荡后康复治疗，参照脑震荡治疗规范。
2. 精神状态参照相应临床综合征治疗规范。

第二章 使用精神活性物质所致的精神和行为障碍

凡是能够影响人类情绪、行为及意识状态，并有致依赖作用的一类化学物质称之为精神活性物质。目前,常见的精神活性物质有：酒类、阿片类、中枢神经兴奋剂、致幻剂、大麻、镇静催眠药和烟草等。

第一节 使用酒精所致的精神和行为障碍

一、酒精依赖

酒精依赖是一组认知、行为和生理症状群，使用者尽管明白滥用成瘾物质会带来问题，但仍然继续使用。自我用药导致了耐受性增加、戒断症状和强制性觅药行为（compulsive drug seeking behavior）。酒精依赖涉及的原因非常复杂，既与社会环境有关，又与个体的生理和心理素质有关。它具备其他物质滥用与依赖的共有特征，造成酒精依赖者的生理、心理与社会功能损害。

【治疗原则】

1. 单纯戒断综合征的治疗。建议使用苯二氮草类药物替代递减治疗。首次要足量，不要缓慢加药，这样不仅可抑制戒断症状，而且还能预防可能发生的震颤谵妄、戒断性癫痫发作。以地西洋为例，剂量一般为 10mg/次，3 次/日，首次剂量可更大些，口服即可，2~3 日后逐渐减量。由于酒精依赖者有依赖素质，所以应特别注意用药时间不宜太长，以免发生对苯二氮草类的依赖。
2. 震颤谵妄的治疗。苯二氮草类应为首选，地西洋一次 10mg，2~3 次/日，如果口服困难应选择注射途径。根据患者的兴奋、自主神经症状调整剂量，必要时可静脉滴注，一般持续一周，直到谵妄消失为止。控制精神症状，可选用抗精神病药物，以氟哌啶醇为例，5mg/次，1~3 次/日，肌肉注射，根据患者的反应增减剂量。其它：包括纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱、补充大剂量维生素等。应加强基础护理，防止二次损害的发生。
3. 支持对症治疗。包括 B 族维生素的补充，及针对抽搐、肝功能障碍、水电解质的紊乱、心功能障碍等对症处理。
4. 心理治疗。包括动机治疗、行为矫正治疗等。

二、急性酒精中毒

急性酒精中毒主要表现为行为冲动性、易激惹、判断力及社交功能受损，并有诸如口齿不清、共济失调、步态不稳、眼球震颤、面色发红、呕吐等表现。如果中毒较深，可致呼吸、心

跳抑制，甚至生命危险。

【治疗原则】

1. 醉酒严重者可使用纳洛酮治疗，常用剂量为 0.4—0.8mg，加生理盐水或葡萄糖液稀释静注，必要时可重复给药，甚至连续静脉给药。也可肌肉、皮下、舌下或气管内给药。
2. 极度兴奋躁动者可使用低剂量氟哌啶醇注射治疗。
3. 对症及一般处理，可给予补充水、纠正电解质紊乱，补液保肝及加强护理等。

三、酒精所致的精神病性障碍

部分酒精依赖者在意识清晰的状态下可出现形象生动鲜明的幻觉、妄想（以幻视、幻听，嫉妒、被害妄想多见）等精神病性症状，戒酒后可出现情绪低落、紧张，失眠等症状。患者意识清晰。精神病性症状多于饮酒后出现，部分患者可在饮酒过程中出现，临床症状生动鲜明，多以幻觉、妄想为主，少部分患者出现过小性幻视，情感活动保持完整。情感症状多在患者停酒一段时间后出现，往往以情绪低落、紧张、害怕、失眠为主要表现，程度较轻。

【治疗原则】

1. 如明确有依赖综合征的患者，应先进行系统的戒酒治疗。
2. 对症处理
 - （1）精神病药物治疗：应选择对肝脏损伤较小的药物，治疗量低于普通精神病患者。
 - （2）抗抑郁药物治疗：合并有治疗其他躯体疾病的药物时，应注意药物的相互作用。
3. 失眠患者可给予苯二氮草类镇静催眠剂，但应注意该药物的成瘾性，宜短期服用。

第二节 使用阿片样物质引起的精神和行为障碍

阿片类药物（opiates）是指任何天然或合成的、对机体产生类似吗啡样效应的一类药物，其滥用会产生一系列精神和行为障碍。

一、阿片类依赖

个体滥用阿片类药物会产生精神依赖和躯体依赖（心理和生理依赖），精神依赖表现为使用药物的强烈意愿或带强制性的愿望（心瘾），躯体依赖表现为恶心或呕吐、肌肉酸痛、流泪

流鼻涕、瞳孔放大，汗毛竖起，出汗、腹泻等戒断症状和耐受性。

【治疗原则】

1. 治疗目的。采用个体化治疗原则，终止阿片类物质的使用并治疗戒断症状，然后再实施康复措施，矫正依赖行为，防止复发。最后再训练或扶植劳动就业，使之重新回归社会。2. 脱毒治疗。

(1) 美沙酮脱毒治疗：美沙酮是合成的阿片类镇痛药，使用适宜剂量可以控制阿片类戒断症状，每日服药 1-2 次，推荐日剂量 30-60mg，逐渐递减使用剂量可在 1-2 周，完成替代递减治疗。

(2) 盐酸丁丙诺啡脱毒治疗：盐酸丁丙诺啡具有阿片受体激动-拮抗双重作用。目前临床只可使用其舌下含片用于戒毒。可在戒断的初期使用，也可在美沙酮的替代递减后期使用；可用于替代递减。

(3) 苯胺咪唑啉类药物脱毒治疗：系非阿片类的不成瘾药物，不致欣快。使用过程中应该注意血压的变化情况。

(4) 中成药治疗：可以使用 SFDA 批准的有相关适应症的中成药物进行治疗。

3. 对症处理。针对躯体问题进行治疗，例如皮肤的局部感染、体内异物、肝功能障碍、传染病等。

4. 防复吸治疗。目前常用于康复治疗的药物是阿片受体的拮抗剂（纳曲酮、纳美芬）。国内研究证明苯胺咪唑啉类药物、盐酸丁丙诺啡舌下片及中成药均可提高操守率。

二、阿片类药物中毒

阿片类药物中毒多见于注射使用、吞服者，尤其是静脉使用药物者更为多见。

【治疗原则】

1. 支持治疗和基础护理。

2. 保障通气功能。首先要监测呼吸功能，在氧饱和度下降的情况下气管内插管和通气支持是必要的

3. 拮抗剂治疗。明确有效的治疗是给予纳洛酮拮抗治疗，可以皮下、肌注或静脉给药，也可以气管内给药。通常给予 0.4 毫克静推，如果没有效果，第二次可以给予 2 毫克，并且可以每 2—3 分钟重复使用，直到出现反应或 15 分钟内总剂量达到 10 毫克。如果到达此剂量还没有反应，就要考虑是否由其它原因引起的昏迷。

-
4. 对症处理。如果出现肺水肿、低血压，除通气支持外，需要给予相应药物治疗。
 5. 生命体征稳定后可给予高压氧舱治疗，以预防缺氧性脑病的出现。

第三节 大麻类物质所致的精神和行为障碍

与阿片类药物相似，大麻可以引起依赖、滥用和中毒，但没有明显的躯体戒断症状。

【治疗原则】

对于没有精神疾病的患者进行心理治疗，症状一般会在数小时缓解，防止患者自伤和伤害他人，通常不需要使用精神药物治疗。

第四节 使用镇静剂或催眠剂引起的精神和行为障碍

此类药物包含范围较广，在化学结构上差异也较大，但都能抑制中枢神经系统的活动。主要有巴比妥类（barbiturates）和苯二氮草类（benzodiazepines）、水合氯醛等，因目前在临床上常用的主要为苯二氮草类，其他药物已很少使用，故下面主要介绍苯二氮草类药物依赖和急性中毒的治疗原则。

一、苯二氮草类药物依赖

镇静催眠剂中使用最早的就是巴比妥类，因其成瘾性较强，目前使用较少。苯二氮草类药物（benzodiazepines, BZD）作为镇静催眠药，用于抗焦虑、镇静安眠等。临床应用者较多，但长期应用会导致依赖。

【治疗原则】

1. 药物替代剂量递减法。

使用长半衰期的药物替代短半衰期的药物，充足剂量控制戒断症状后，逐渐减量直至停药。戒断治疗的疗程短者数周，长者几个月，但一般不超过 1 年。

2. 辅助用药。可使用 β 受体阻滞剂、5HT₁ 受体激动剂及抗惊厥药物等。

3. 心理治疗。支持性心理治疗、认知行为治疗在整个治疗期间以及停药后的一段时间都是非常重要的，可以有效地减少复发。

二、镇静安眠药急性中毒

【治疗原则】

-
1. 减少药物吸收。如果就诊时间较早，应及时给予洗胃及重复给予活性炭。
 2. 支持治疗。积极的气道支持，维持水、电解质平衡，维持生命体征稳定。
 3. 加速药物排泄治疗。

(1) 对尿液碱化，碱化尿液可以有效增加长效药物的排出，通过给予碳酸钠 50 毫克当量静脉推注，然后给与 150 毫当量碳酸钠放入 1 升 5% 葡萄糖注射液静脉维持。治疗前提是心肾功能必须正常。

(2) 肾脏透析和血液灌流，会提高苯二氮草类药物的清除速率。肾脏透析治疗对于长效药物会有效，血液灌流可能对中短效药物有帮助。

4. 拮抗剂治疗。氟马西林是苯二氮草类及其类似物的拮抗剂，但其半衰期较短，需要频繁给药，通常首剂给予 0.2 毫克在 30 秒内静推，然后在下一个 30 秒内给予 0.3 毫克，如果患者仍然嗜睡，每隔 1 分钟给予 0.5 毫克，直到总剂量达到 5 毫克。如果出现反应后又很快转入抑制状态，可以使用 1-3 毫克/小时的冲击剂量，然后给予 0.5 毫克/小时维持静脉滴注，将会取得很好的效果。对于那些合并三环类抗抑郁药中毒、对苯二氮草类药物和氟马西林高敏的患者，最好避免使用氟马西林。

第五节 使用可卡因引起的精神和行为障碍

可卡因是一种短半衰期、高强度的中枢兴奋剂，有很强的精神依赖性，但躯体依赖性较弱。以前主要流行于南美，近来我国沿海地区有增加的趋势。

一、可卡因依赖

可卡因滥用者会对它有持续的渴求，长期大剂量滥用可卡因能产生身体依赖性，断药后出现戒断症状。

【治疗原则】

1. 心理治疗至关重要。关乎治疗的成败，在停药后 1-2 年内应加强随访，不断强化，减少复发。
2. 支持治疗与基础护理。尤其对于嗜睡、行为冲动者。
3. 一般不需要特殊的药物治疗，如出现严重的戒断症状或精神症状对症处理：可使用抗焦虑药、抗抑郁药物或多巴胺受体激动剂治疗等。

二、可卡因急性中毒

【治疗原则】

1. 维持治疗和加强基础护理。维持水、电解质的平衡，预防冲动伤人及自伤行为。
2. 减少药物吸收。早期使用活性炭洗胃。
3. 对症处理。可使用苯二氮草类药物控制惊厥发作。如极度兴奋躁动不合作可给予少量的氟哌啶醇肌肉注射，但是少部分患者可增加高热及警觉的风险应注意。
4. 积极治疗其他系统的并发症。

第六节 其他兴奋剂（包括咖啡因）引起的精神和行为障碍

其他兴奋剂包括苯丙胺类药物、咖啡或茶中所含的咖啡因。咖啡因与苯丙胺类药物具有类似的药理作用。我国咖啡因引起的精神和行为问题远远不如西方国家，但苯丙胺类药物在我国的滥用有增加的趋势，故本节主要讨论苯丙胺类药物的治疗原则。

一、苯丙胺类兴奋剂所致精神障碍

苯丙胺为中枢神经兴奋剂，自 1887 年首次采用麻黄素合成苯丙胺（amphetamine，安非他明）后，与苯丙胺相关的化合物不断出现，同时滥用人数量明显增加，因此滥用而导致精神障碍者越来越多。

【治疗原则】

1. 将患者置于安静的环境，减少环境刺激，给予充分安慰、支持，减轻因幻觉、妄想所导致的紧张不安和行为紊乱，部分患者症状可自愈。
2. 对于出现精神病性症状，可用抗精神病药物。
3. 对于出现抑郁症状者，可选用抗抑郁剂。
4. 对于出现躁狂、兴奋、易激惹症状者，除给予抗精神病药外可以合并使用心境稳定剂。
5. 给予支持性心理治疗、认知心理治疗和家庭治疗。

二、苯丙胺类药物急性中毒

大剂量滥用苯丙胺类药物可导致急性中毒，表现为极度兴奋和欣快，严重时常出现高热、代谢性酸中毒和肌痉挛症状，最终可能出现循环衰竭或休克而死亡，所以要及时、积极地治疗。

【治疗原则】

1. 减少药物吸收治疗。主要是去除毒物，早期使用活性炭后给予洗胃。2. 降温及防治脱水。高热的患者，以物理降温为主，如冰敷，给予补液防治脱水。

3. 对症治疗。对有兴奋症状者，可给予低剂量抗精神病药物治疗。对高血压、心律失常者给予相应的对症治疗。

第七节 使用致幻剂引起的精神和行为障碍

致幻剂是一类在不明显影响意识和记忆的情况下改变人的知觉、思维和情感活动的一类化合物。致幻剂大体分为麦角衍生物（如麦角二乙胺，LSD）、吲哚烷胺类（如西洛西宾）、苯烷胺类（如麦色卡林）和其他类（苯环己哌啶，PCP），其中以LSD和PCP最有代表性。目前我国被滥用的致幻剂氯胺酮（K粉）和PCP较为近似，氯胺酮主要以心理依赖为主要表现，一般不产生躯体性戒断症状，极少患者出现焦虑、抑郁情绪，甚至精神病性症状，仅需要对症治疗。因此本章节仅介绍氯胺酮急性中毒的治疗。

氯胺酮急性中毒表现为兴奋、话多、自我评价过高等，患者理解判断力障碍，可导致冲动，如自伤与伤害他人等行为。剂量较大者，可出现意识清晰度降低、定向障碍、行为紊乱、错觉、幻觉、妄想等以谵妄为主的症状。严重者可出现昏迷。躯体症状表现心悸、气急、大汗淋漓、血压增加等。中枢神经系统表现眼球震颤、肌肉僵硬强直、构音困难、共济运动失调、对疼痛刺激反应降低等。严重者可出现高热、抽搐发作、颅内出血、呼吸循环抑制，甚至死亡。

【治疗原则】

1. 对症处理。

(1) 维持水电解质平衡，加强护理。

(2) 对中毒者进行必要的评估，应及早发现并处理的并发症是喉头痉挛。

(3) 合并使用苯二氮草类药物镇静，可以防止惊厥发作。

2. 急性中毒的治疗原则是对症处理和加速药物的排泄。可使用氯化铵使尿液酸化并予保留洗胃，同时不断地抽吸呼吸道分泌物，以保持呼吸道通畅。出现高热者给予退热及支持性治疗措施，出现抽搐可给予苯二氮草类药物，出现呼吸抑制可给予呼吸兴奋剂。

3. 精神病病性症状。临床上与精神分裂症非常相似。主要表现为幻觉、妄想、易激惹、行为紊乱等症状。可选择抗精神病药物合并使用苯二氮草类药物治疗。

第八节 使用烟草引起的精神和行为障碍

烟草中生物碱尼古丁是致依赖性物质，由戒烟引起的尼古丁戒断症状是导致戒烟失败的主要原因。尼古丁成瘾主要是导致生理和心理上的依赖。

【治疗原则】

1. 药物治疗

(1) 药物替代治疗。使用含有尼古丁成分的制剂进行替代治疗，相关产品包括尼古丁贴片，尼古丁咀嚼胶，尼古丁鼻喷，尼古丁吸入剂。

(2) 尼古丁受体激动剂。酒石酸伐尼克兰片可缓解对尼古丁的渴望与戒断症状，并可阻断尼古丁与受体的结合，从而降低吸烟的奖赏效应。

(3) 其他药物。安非他酮治疗。

2. 非药物治疗。如针刺疗法、厌恶疗法、催眠疗法、心理行为干预。

第九节 使用挥发性溶剂引起的精神和行为障碍

有机溶剂滥用已流行于全球各地，主要的滥用物质有苯、二甲苯、发胶、胶水、汽油等含芳香气味的其它溶液。但不少人滥用过量产生肝、肾并发症致残致死。

【治疗原则】

1. 中毒者尽快转至空气流通的地方，加强护理。
2. 对症处理，抗惊厥、控制兴奋、补充水电解质。

第十节 使用多种药物及其他精神活性物质引起的精神和行为障碍

药物滥用者常将两种甚至数种药物混合使用，例如镇静催眠剂及兴奋剂的混用、镇痛剂及含麻黄碱类药物的混用、镇静安眠药及阿片类药物混用、致幻剂和兴奋剂或阿片类药物混用，甚至是阿片类药物、兴奋剂、致幻剂等数种不同作用机制的药物混和使用。

【治疗原则】

1. 支持治疗。维持水电解质的平衡。
2. 对症治疗。可以使用抗精神病药物控制兴奋以及精神病性症状；使用苯二氮草类药物

控制焦虑、惊厥发作。

3. 心理治疗。支持性心理治疗、认知行为治疗及家庭治疗。

第三章 精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍

第一节 精神分裂症

精神分裂症（Schizophrenia）是由一组精神症状群所组成的临床综合征，目前病因不明，但个体易感素质和环境不良因素的相互作用对疾病的发生与发展具有重大影响。精神分裂症多起病于青壮年，病程多迁延。表现在感知、思维、情感、意志行为等方面的精神活动出现障碍和精神活动之间的完整性出现不协调。

【治疗原则】

精神分裂症以药物治疗为主，强调全病程规范治疗。疾病相关的知识教育、社会心理干预和心理治疗等治疗方式有助于促进患者的全面康复。

1. 抗精神病药物的全病程规范化治疗。精神分裂症的药物治疗分为急性期、巩固期、维持期治疗三个阶段。

（1）急性期治疗。

治疗目标。①缓解精神分裂症的主要症状：包括阳性症状、阴性症状、激越兴奋、抑郁焦虑和认知功能减退，争取最佳预后。②预防自杀及防止危害自身或他人的冲动行为的发生。

治疗策略。①早发现、早确诊、早干预、早治疗；②根据精神症状及个体特征，选用合适的抗精神病药物；③积极进行家庭健康教育；④首次使用抗精神病药物，应从小剂量开始，逐渐加量，避免严重不良反应的发生；⑤单一抗精神病药物治疗；⑥足量足疗程治疗，及时监测与处理药物不良反应。

（2）巩固期治疗。

治疗目标。①巩固疗效，防止症状复燃或波动；②促进社会功能的恢复，为回归社会做准备。

治疗策略。①原则上维持急性期的药物剂量；②控制和预防精神分裂症后抑郁和强迫症状，预防自杀；③控制和预防长期用药带来的常见药物不良反应的发生，如迟发性运动障碍、闭经、溢乳、体重增加、糖脂代谢异常，心、肝、肾功能损害等；④巩固期治疗疗程一般持续 3~6 个月。

（3）维持期治疗。

治疗目标。①预防和延缓疾病复发，降低复发率；②促进功能恢复。

治疗策略。①酌情调整剂量，维持病情稳定，减少药物不良反应发生；②提高治疗依从性；③治疗不少于 2~5 年；④积极采用有效的康复治疗措施。

2. 抗精神病药物的种类。

目前抗精神病药物分为第一代和第二代抗精神病药物（见表 3-1）。

(1) 第一代抗精神病药物的局限性。①不能改善认知功能，如药物不能改善执行功能、工作记忆、语言与视觉运动、精细运动功能，虽然能改善注意力的某些指标。药物的抗胆碱能作用可能会使记忆恶化。②对阴性症状作用微小。③约有 30% 的患者其阳性症状不能有效缓解。④引发锥体外系和迟发性运动障碍的比例高，常导致患者用药的依从性不佳。还可能引起其他严重的副作用。⑤药物对患者工作能力的改善作用较小。过度镇静也可影响工作和生活量。

(2) 第二代抗精神病药物的局限性。可出现以下不良反应，①锥体外系症状：第二代抗精神病药物比第一代要少而轻，发生与剂量密切相关；②高泌乳素血症；③心电图 QTc 间期延长；④体重增加及糖脂代谢异常等。

表 3-1 常用抗精神病药物、主要不良反应及有效剂量范围（小剂量起始）

分类及药名	过度镇静	体位性低血压	抗胆碱作用	锥体外系症状	剂量范围 (mg/日)
第一代抗精神病药					
氯丙嗪	高	高	中	中	25~600
奋乃静	低	低	低	中	4~40
三氟拉嗪	低	低	低	高	5~45
氟奋乃静	低	低	低	高	2~30
氟奋乃静癸酸酯	低	低	低	高	12.5~50mg/2~3 周
氯丙噻吨	高	高	中	中	50~600
癸酸氟哌噻吨注射液	低	低	低	高	20/2~3 周
氯哌噻吨	中	中	中	高	5~40
氟哌啶醇	低	低	低	高	2~40
癸酸氟哌啶醇注射液	低	低	低	高	50~100mg/2~4 周
五氟利多	低	低	低	高	20~120mg/周
舒必利	低	低	低	中	200~1200
哌泊噻嗪棕榈酸酯注射液	低	低	低	高	50~200mg/2~4 周
第二代抗精神病药					
利培酮	低	中	低	中	1~10
齐拉西酮	低	中	低	低	40~160
氯氮平	高	高	高	低	25~600
奥氮平	中	中	中	低	5~20
喹硫平	高	中	中	低	150~800

阿立哌唑	低	中	低	低	5~30
氨磺必利	低	中	低	中	50~1200
帕利哌酮	低	中	低	中	3~12
注射用利培酮微球	低	中	低	中	25~50mg/2周
棕榈酸帕利哌酮注射液	低	中	低	中	25~150mg/月

3. 抗精神病药物的不良反应

(1) 过度镇静。多见于治疗开始或增加剂量时。处理：将每日剂量的大部分在睡前服用，严重者应该减量，并告诫患者勿驾车、操纵机器或从事高空作业。

(2) 体位性低血压。多见于低效价药物、快速加量或剂量偏大时。处理：平卧、监测血压，必要时减量或换药，对症处理。

(3) 锥体外系症状。包括急性肌张力障碍、震颤、类帕金森症、静坐不能、迟发性运动障碍等。处理：①可以合并抗胆碱能药物或 β 受体拮抗剂；②缓慢滴定，适当降低药物剂量或者换药。

(4) 高泌乳素血症。可引起闭经、泌乳、性功能改变和骨质疏松等。处理：减量或换用不引起高泌乳素血症的药物。

(5) 体重增加。长期抗精神病药物治疗可引起体重增加、高血压、高血糖、高血脂。处理：减量或换用不引起体重增加的药物，建议健康生活方式。

(6) 心血管系统毒性。包括体位性低血压、心动过速、心动过缓和心电图改变（可逆性非特异性 ST-T 波改变，T 波平坦或倒置和 Q-T 间期延长）等。处理：监测生命体征及心电图，对症处理，必要时换药。

(7) 恶性综合征（Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS）。多见于药物品种更换过快、剂量骤增骤减、合并用药、脑病、紧张症患者、酒药依赖症患者等。严重者死亡率较高。处理：立即停药，进行支持治疗与对症治疗。

(8) 血液系统改变。抗精神病药物可以诱发白细胞减少或粒细胞缺乏症，氯氮平多见。处理：密切监测白细胞，对症治疗或必要时换药。

4. 心理治疗。针对精神分裂症不同病期、不同症状选择合适的心理治疗。也可考虑音乐治疗、工娱治疗及其它治疗。

5. 改良电抽搐治疗（Modified Electro-Convulsive Therapy, MECT）。伴有紧张综合征、严重兴奋躁动、冲动行为、自杀、拒食可选用改良电抽搐治疗。

第二节 分裂型障碍

分裂型障碍以类似于精神分裂症的古怪行为、异常思维和情感为特征，但在疾病的任何时期均无明确和特征性的精神分裂症性表现。无占优势的典型的障碍，可有思维离奇、情感不恰当、行为怪异等表现。

【治疗原则】

可选用抗精神病药物治疗和心理治疗。

第三节 持久的妄想性障碍

持久的妄想性障碍以长期持续性妄想为唯一或最突出临床特征，不能归类为器质性障碍、精神分裂症或情感障碍。没有或偶有幻觉。不涉及其妄想内容时，思维过程、情感、意志行为保持完好。

【治疗原则】

可选用抗精神病药物治疗和心理治疗。

第四节 急性而短暂的精神病性障碍

此病是一组短暂精神病性障碍，多起病于青壮年，不发生于儿童，亦罕见于 50 岁以上者。常急性起病（在 2 周或更短的时期内从缺乏精神病特征的状态转变为有明显异常的精神病性状态）。患者一般在 2 到 3 个月内（往往在几周甚至几天内）痊愈，仅有一小部分患者发展成持久的残疾。不包括周期性精神病和快速循环的双相情感障碍。

【治疗原则】

可选用抗精神病药物治疗和心理治疗。

第五节 感应性妄想性障碍

感应性妄想性障碍即感应性精神病(induced psychosis)，是一种以系统妄想为突出表现的疾

病，往往发生于同一环境或家庭中长期相处密切接触的亲属或挚友中，如母女、姐妹、或夫妻和师生等。一般为两例患者，其精神症状极为相似，一例患者为原发者，另一例为被感应者。

【治疗原则】

将被感应者与原发者隔开，可选用抗精神病药物治疗和心理治疗。

第六节 分裂情感性精神障碍

分裂情感性精神障碍是指一组分裂性症状与情感症状同时存在，又都表现突出，常有反复发作的重性精神病。其特点是同一次发作中两组症状多很明显，在病程中同时存在至少 2 周以上，并且出现与消失时间较接近，至多相差几天。分裂性症状为幻觉、妄想和思维障碍等阳性精神病性症状，情感症状则为躁狂或抑郁。

【治疗原则】

一般为锂盐合并抗精神病药治疗，疗效不佳者可采用换药、联合用药、合并改良电抽搐治疗。

第四章 心境（情感）障碍

心境（情感）障碍是以明显而持久的心境高涨或低落为主的一组精神障碍，并有相应的思维和行为改变，可伴有精神病性症状。大多数患者有反复发作的倾向。

第一节 躁狂发作

躁狂发作以情感高涨、思维奔逸和言语行为增多为主要表现，某些躁狂状态以易激惹为主。

【治疗原则】

以心境稳定剂为主的综合治疗。

1. 药物治疗

（1）心境稳定剂。

锂盐：急性躁狂发作治疗剂量一般为 1000mg/d~2000mg/d，维持剂量为 1000mg/d~1500mg/d，分 2~3 次口服。低剂量起始，逐渐滴定。治疗期间应及时监测血锂浓度，急性治疗的最佳血锂浓度为 0.6mmol/L~1.2mmol/L，维持治疗的浓度为 0.4mmol/L~0.8mmol/L。

丙戊酸盐：对混合发作患者的疗效优于锂盐。治疗剂量范围为 800mg/d~1800mg/d，有效血药浓度为 50-125ug/ml。

卡马西平：急性期治疗剂量为 600mg/d~1200mg/d。治疗期间需监测血象及肝功，过敏反应的发生率较高。

（2）抗精神病药物：具有起效快，控制兴奋的作用。选用安全性高、有适应证的抗精神病。

2. 改良电抽搐治疗。适用于躁狂发作伴有冲动伤人、毁物或谵妄性躁狂及精神药物治疗无效。

3. 其它治疗。心理治疗、音乐治疗、工娱治疗等结合药物治疗有利于疾病的康复。

第二节 双相情感障碍

双相情感障碍是指反复（至少两次）出现躁狂或轻躁狂、抑郁的交替发作、混合发作，可

伴有精神病性症状。

【治疗原则】

以心境稳定剂为主的综合治疗。

1. 药物治疗。

(1) 心境稳定剂为双相障碍的基础治疗药物。

(2) 可选用有适应证、具有心境稳定作用及安全性高的抗精神病药物。

(3) 不单一使用抗抑郁药。严重双相抑郁时可酌情联用抗抑郁药。

2. 改良电抽搐治疗。适用于双相情感障碍的严重兴奋、严重抑郁、自杀或药物疗效不佳的患者。

3. 其他治疗。心理治疗、音乐治疗、工娱治疗等结合药物治疗有利于疾病的康复。

第三节 抑郁发作

抑郁发作是以情感低落、思维迟缓和言语行为减少为主要表现。在 ICD-10 中，抑郁发作不包括发生于双相情感障碍中的抑郁状态。

【治疗原则】

以抗抑郁药物为主的综合治疗。

1. 药物治疗（见表 4-1）。

(1) 新型抗抑郁药。新型抗抑郁药具有疗效确切、安全性高、耐受性好、使用方便等特点，目前作为一线选择用药。包括选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)、5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）、去甲肾上腺素能和特异性 5-羟色胺能抗抑郁药（NaSSAs）、去甲肾上腺素与多巴胺再摄取抑制剂（NDRI）和褪黑色素受体激动剂及 5-HT_{2C} 受体拮抗剂。

(2) 三环类(TCAs)、四环类抗抑郁药属于传统抗抑郁药，疗效确切，不良反应较多，耐受性差。

(3) 单胺氧化酶抑制剂(MAOIs)主要用于难治性抑郁症患者，与多种食物和药物存在相互作用，禁止与其他抗抑郁药合并使用。

表 4-1 常用抗抑郁药、主要不良反应及有效剂量范围（小剂量起始）

药物种类及名称	剂量（mg/d）及用法	不良反应
MAOIs		
吗氯贝胺	150~600，分次服	头痛、便秘、失眠、直立性低血压、肌阵挛、

		体重增加
TCA s		
阿米替林	50~250, 分次服	过度镇静, 体位低血压, 抗胆碱能不良反应 严重心肝肾病
多塞平	50~250, 分次服	同上
氯咪帕明	50~250, 分次服	同上, 抽搐
四环类		
麦普替林	50~200, 分次服	同上, 抽搐
米安舍林	30~90, 晚顿服	头晕、镇静, 罕见粒细胞减少
SSRI s		
氟西汀	20~60, 早顿服	胃肠道反应, 头痛, 失眠, 焦虑、性功能障碍
帕罗西汀	20~60, 早或晚顿服	同上, 且抗胆碱能、镇静作用较强
氟伏沙明	50~300, 晚顿服或 午、晚分次服	同上, 且镇静作用较强
舍曲林	50~200, 早顿服	同上, 相对较轻
西酞普兰	20~60, 早顿服	同上, 相对较轻
SNRI s		
文拉法辛	75~225, 常释片分次 服, 缓释片顿服	胃肠道反应, 头痛, 失眠, 性功能障碍, 血压 升高
NaSSA s		
米氮平	15~45, 分 1~2 次服	镇静、口干、头晕、疲乏、体重增加、胆固醇 升高, 粒细胞减少 (罕见)
其他		
曲唑酮	150~600, 分次服	口干、镇静、头晕、倦睡、阴茎异常勃起
噻奈普汀	25~37.5, 分次服	口干、便秘、失眠、头晕、恶心、紧张
安非他酮	75~225, 分次服	恶心、呕吐、便秘、皮肤不适
瑞波西汀	4~12, 分次服	口干、便秘、多汗、失眠、勃起困难、排尿困 难、尿储留、心率加快、静坐不能、眩晕、体 位性
阿戈美拉汀	25~50, 晚顿服	恶心、头晕
舒肝解郁胶囊	1.44g, 分次服	恶心、呕吐、口干、头痛、头晕或晕厥、失眠、 食欲减退或厌食、腹泻、便秘、视力模糊、皮 疹、心慌
圣 约翰草提取物	900, 分三次服用	皮肤反应

2. 改良电抽搐治疗。适用于严重抑郁、自杀、木僵、伴有精神病性症状的抑郁症或药物治疗不佳的重性抑郁症患者。

3. 其它治疗。心理治疗 (常用认知行为治疗、人际心理治疗)。音乐治疗、工娱治疗等结合药物治疗有利于疾病的康复。重复经颅磁刺激 (rTMS)、传统医药、睡眠剥夺疗法、光照疗法等可以作为辅助的治疗方法。

第四节 复发性抑郁障碍

复发性抑郁障碍是指反复出现的抑郁发作。

【治疗原则】

以抗抑郁药物为主的综合治疗，治疗方法与抑郁发作相同。加强维持治疗预防抑郁复发。

第五节 持续性心境[情感]障碍

持续性心境[情感]障碍包括恶劣心境和环性心境。

一、恶劣心境

【治疗原则】

以抗抑郁药物治疗结合心理治疗为主的综合治疗。

1. 药物治疗。同抑郁发作的治疗。
2. 心理治疗。心理治疗常用认知行为治疗、人际心理治疗。
3. 其他治疗。音乐治疗、工娱治疗等结合药物治疗有利于疾病的康复。重复经颅磁刺激（rTMS）、传统医药、睡眠剥夺疗法、光照疗法等可以作为辅助的治疗方法。

二、环性心境

【治疗原则】

以心境稳定剂为主的综合治疗。治疗方法同双相情感障碍的治疗。

第五章 神经症性、应激相关的及躯体形式障碍

第一节 神经症性障碍

神经症曾称神经官能症，是一组以恐惧、焦虑、强迫、疑病症状或神经衰弱症状为主要临床表现的精神障碍。患者可有一定的人格基础；起病可与心理社会（环境）因素有关；而且与患者的现实处境不相称；患者对自己存在的症状感到痛苦，无能为力；自知力完整或基本完整；病程多迁延。

一、恐惧性焦虑障碍

恐惧性焦虑障碍，又称恐惧症，既往也称恐怖症、恐怖性神经症。主要包括广场（场所）恐惧障碍、社交焦虑障碍和特定恐惧障碍。本病是一种以过分和不合理地惧怕外界客体、处境或与人交往为主要特征的障碍。患者知道这种惧怕过分或者不正常，但仍不能防止恐惧发作，恐惧发作时往往伴有显著的焦虑和自主神经症状。患者极力回避所害怕的客体、处境或人际交往，或是带着畏惧去忍受，因而影响其正常生活、工作或学习与社会交往。

【治疗原则】

恐惧性焦虑障碍的治疗主要包括药物治疗与心理治疗，二者可以单独使用或联合使用。场所恐惧障碍和社交焦虑障碍联合治疗疗效较好，特定恐惧障碍以心理治疗为主。

1. 药物治疗。主要有抗焦虑药物和抗抑郁剂。

（1）新型抗抑郁剂（如 SSRI、SNRI、NaSSA 等）和三环类抗抑郁剂治疗恐惧性焦虑障碍有效，但新型抗抑郁剂相对三环类抗抑郁剂药物副反应较少，因此应用更为广泛。

（2）苯二氮草类抗焦虑药缓解恐惧性焦虑障碍的焦虑症状疗效肯定，起效迅速，但作用持续时间短，易发生依赖，在临床上不宜长期使用。

（3）如果上述治疗无效，其他有循证医学证据的药物治疗可以酌情选择使用。

恐惧性焦虑障碍的药物治疗起始剂量要小，逐渐增加剂量，避免药物不良反应使患者难以适应。治疗剂量与抑郁症的治疗剂量类似。当恐惧症状消失后仍建议维持治疗至少 1 年。然后缓慢逐渐减药，直至停用。

2. 心理治疗。主要的心理治疗方法包括支持性心理治疗、认知行为治疗和精神动力取向心理治疗。其中以认知行为治疗效果较好。认知行为团体治疗对社交焦虑障碍效果更好，在特

定恐惧障碍中主要以认知行为治疗为主。认知行为治疗主要包括疾病知识教育，认知重组、暴露或冲击疗法、系统脱敏、放松训练、社交技能训练等技术方法。在治疗中一般每周进行 1-2 次，至少需要持续 3 个月。

3. 其他治疗。可以考虑其他有循证医学证据的治疗方法如生物反馈等。

二、其他焦虑障碍

其他焦虑障碍是以焦虑情绪为主的神经症性障碍。主要分为惊恐障碍和广泛性焦虑障碍两种。

(一) 惊恐障碍。惊恐障碍又称急性焦虑发作。是一种以反复发作的惊恐发作为主要症状的焦虑障碍。惊恐发作并不局限于任何特定的情境，具有不可预测性。一般急性发作，大部分患者体验到很明显的躯体症状，往往首次就诊于急诊室。

【治疗原则】

惊恐障碍治疗主要有药物治疗和心理治疗，以药物治疗为主。药物治疗主要包括抗焦虑药物和抗抑郁药物治疗。心理治疗中主要是认知行为治疗。临床上药物治疗与心理治疗联合应用效果更好。

1. 药物治疗。药物治疗可用抗焦虑药物和抗抑郁药物。常用的抗焦虑药物主要有苯二氮草类药物。苯二氮草类药物治疗惊恐障碍具有疗效好、显效快的优点，常常能迅速控制惊恐发作。但苯二氮草类药物长期使用会出现药物的耐受性和依赖性，只在急性治疗阶段短期使用。长期治疗惊恐障碍主要使用抗抑郁药物，特别是 SSRI 类药物可作为一线治疗。维持治疗需要一年以上。

2. 心理治疗。惊恐障碍可用的心理治疗有支持性心理治疗和认知行为治疗。认知行为治疗包括心理教育、认知重建、呼吸控制、放松训练、想象练习、暴露等技术。治疗时间需持续 3 个月以上。针对与惊恐障碍复发的有关问题（如家庭问题、人际关系问题等）的心理治疗也是必须的。

3. 其他治疗。可以考虑其他有循证医学证据的治疗方法如生物反馈等。(二) 广泛性焦虑障碍。又叫慢性焦虑症。是一种以缺乏明确客观对象和具体内容的提心吊胆、紧张不安为主要临床特征的焦虑障碍，并有显著的自主神经症状、肌肉紧张及运动性不安。患者因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。

【治疗原则】

广泛性焦虑障碍的治疗主要包括药物治疗和心理治疗。

1. 药物治疗。临床上可用抗焦虑药物和抗抑郁药物。抗焦虑药物主要有苯二氮草类药物和丁螺环酮、坦度螺酮等。抗抑郁药物主要包括 SSRI 和 SNRI、NaSSA 等。由于苯二氮草类药物长期使用会出现药物的耐受性和依赖性问题,在临床上使用抗抑郁药物作为一线治疗更为常见,而苯二氮草类药物只在急性阶段短期使用。三环类抗抑郁药对广泛性焦虑也有较好疗效,但由于药物不良反应较大,一般作为二线选择。广泛性焦虑障碍在药物治疗有效后需要维持治疗至少一年以上。

2. 心理治疗。有支持性心理治疗、认知行为治疗和精神动力取向心理治疗等方法。在认知行为治疗中常用的技术有心理教育、放松训练、生物反馈、系统脱敏、暴露、认知矫正等。现有的循证医学证据显示,认知行为治疗广泛性焦虑具有明确的短期疗效。治疗时间需持续 3 个月以上。

3. 其他治疗。可以考虑其他有循证医学证据的治疗方法如生物反馈等。

三、强迫性障碍

强迫性障碍,即强迫性神经症,又称强迫症,是指一种以反复出现的强迫思维和/或强迫动作或仪式行为为主要临床特征的障碍。强迫性障碍者体验到强迫思维或动作是自己主观活动的产物,但又不是自己所期望的,所以患者必须采取对策来加以有意识地抵抗,自我强迫与反强迫常常同时出现;为此患者感到痛苦。

【治疗原则】

强迫性障碍的治疗包括药物治疗和心理治疗。

1. 药物治疗。强迫性障碍治疗常用的药物是抗抑郁药,其中 TCAs 类药物氯米帕明和 SSRI 类药物比较常用。SSRI 类药物不良反应较氯米帕明少,目前在临床上治疗 OCD 的一线用药。

一般来说,强迫性障碍的药物治疗所需剂量较大,且显效较慢。一种药物治疗是否有效必须经过足量、12 周以上的治疗才能确定。药物治疗有效后需要维持治疗 1 年以上。

如果上述治疗无效,其他有循证医学证据的药物治疗可以酌情选择使用。

2. 心理治疗。认知行为治疗联合药物治疗是强迫性障碍的理想治疗模式。最常用的心理治疗是认知行为治疗。认知行为治疗的核心是暴露、反应阻止及认知重建。也可以使用其他的

心理治疗，如家庭治疗等。

3. 其他治疗。对于难治性强迫性障碍，可以考虑其他有循证医学证据的治疗方法如无抽搐电痉挛等治疗。

四、神经衰弱

神经衰弱在 ICD-10 中归为其它神经症性障碍，以精神易兴奋、易疲劳为特征，表现为紧张、烦恼、易激惹、肌肉紧张性疼痛和睡眠障碍等症状。这些症状不是继发躯体或脑的疾病，也不是其他任何精神障碍的一部分。多缓慢起病，并可追溯导致长期精神紧张、疲劳的应激因素，病程持续或时轻时重。

【治疗原则】

神经衰弱的治疗采取以心理治疗为主，药物治疗为辅，结合工作、学习和生活的合理安排、劳动体育锻炼等综合治疗方法可以取得良好的效果。

1. 心理治疗。通过解释、疏导、安慰、鼓励等支持性心理治疗，提高患者对疾病本身的认识，增强战胜疾病的信心。针对患者歪曲的认知方式可以采取认知治疗，过分的紧张、烦恼可以应用行为放松治疗。

2. 药物治疗。常用抗焦虑药物和抗抑郁药物等进行对症治疗。

3. 其他治疗。可以考虑其他有循证医学证据的治疗方法如生物反馈等。

第二节 严重应激反应及适应障碍

由于强烈或持久的心理社会（环境）因素直接作用而引起的精神障碍，曾称反应性精神障碍。应激相关障碍包括急性应激障碍、创伤后应激障碍和适应障碍三大类。其共同特点有：1) 精神刺激是发病的直接原因；2) 症状表现与精神刺激的内容密切相关；3) 病程、预后与精神因素的消除有关。

一、急性应激障碍

急性应激障碍又称急性应激反应。是以急剧的、严重的精神刺激作为直接原因。患者通常在受刺激后几分钟或数小时之内发病，主要表现为具有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，或者精神运动性抑制，或者精神病性障碍。如果应激源被消除，症状往往历时短暂，预后良好，缓解完全。

【治疗原则】

急性应激障碍治疗的基本原则为使患者尽快脱离应激环境，提供心理治疗和必要的药物治疗。

1. 心理治疗。心理治疗主要是减少情绪反应和帮助患者更有效的应对环境。其中支持性心理治疗效果较好。同时，心理教育、心理急救、创伤心理咨询与治疗等方法可以使用。

2. 药物治疗。仅为对症治疗。可短期、小剂量给予患者抗焦虑和抗抑郁药物以缓解患者的焦虑抑郁情绪。若患者处于激越状态或出现精神病症状时，可酌情使用抗精神病药物治疗。

二、创伤后应激障碍

创伤后应激障碍也称延迟性心理反应。由于受到异乎寻常的威胁性、灾难性心理创伤，导致延迟出现和长期持续的精神障碍。创伤后应激障碍多在创伤事件后数天至半年内发病，也可由急性应激障碍迁延而来。主要临床表现为创伤性体验反复出现、持续性的回避和警觉性增高，约半数以上患者一年内会恢复正常，少数可持续多年。

【治疗原则】

创伤后应激障碍治疗包括心理治疗与药物治疗。

1. 心理治疗。创伤后应激障碍的心理治疗除心理教育和支持性心理治疗外，主要有效的心理治疗方法包括创伤认知行为治疗、精神分析、家庭治疗等。

2. 药物治疗。创伤后应激障碍最好在心理治疗基础上接受药物治疗。药物治疗以 SSRIs、SNRIs 和 NaSSAs 等，根据患者临床特点，可以使用非典型抗精神病药、心境稳定剂和苯二氮唑类药物。

3. 其他治疗。可以考虑其他有循证医学证据的治疗方法。

三、适应障碍

适应障碍是指因长期存在应激源或困难处境，出现以焦虑、抑郁等情绪障碍，伴有适应不良的行为或生理功能障碍，并使社会功能受损。适应障碍一般在应激事件或生活改变后的 1 个月内发生，病程往往较长，但一般不超过 6 个月。

【治疗原则】

适应障碍的治疗应以心理治疗为主，药物治疗为辅。

1. 心理治疗。主要有支持性心理治疗、精神动力学治疗、认知行为治疗等方法，可以根据患者的人格特点和病情的特点酌情选用。认知行为疗法是比较实用和有效的治疗方法。心理治疗以帮助患者解除应激源，当应激源消失后，主要是帮助患者缓解症状、提供支持，发泄自

己的情绪，重建适应方式。对青少年行为问题，除个别指导外，还要进行家庭治疗。

2. 药物治疗。可根据病情选用抗焦虑药或抗抑郁药。苯二氮草类药物以短程治疗为宜。抗抑郁药对焦虑和抑郁情绪均有效。严重品行障碍者可酌情考虑选用小剂量第二代抗精神病药物治疗。

第三节 分离[转换]性障碍

分离(转换)性障碍，原称为癔症或“歇斯底里症”。是指一种以分离症状(部分或完全丧失对自我身份识别和对过去的记忆)和转换症状(在遭遇无法解决的问题和冲突时产生的不快心情，以转化成躯体症状的方式出现)为主的精神障碍。这些症状没有可证实的器质性基础，患者可具有癔症性人格基础，起病常受心理社会(环境)因素影响，病程多反复迁延。常见于青春期和更年期，女性较多。

【治疗原则】

心理治疗和药物治疗是治疗分离（转换）性障碍的主要方法。

1. 心理治疗。分离（转换）性障碍的心理治疗主要是利用心理暗示原理设计的心理治疗方法，如暗示治疗、催眠治疗等，这对于分离（转换）性障碍的症状消除具有良好的效果。精神分析取向心理治疗、认知行为治疗和家庭治疗，对改善患者症状，提高应对能力，促进康复也有效果。

2. 药物治疗。主要是对症治疗。针对抑郁焦虑可给予相应的抗抑郁和抗焦虑药物治疗；对于精神病性症状或兴奋躁动的患者可给予抗精神病药物治疗。

3. 其他治疗。如针刺疗法对转换性耳聋、失明、失音和肢体抽动等有良好效果。

第四节 躯体形式障碍

躯体形式障碍的主要特征是患者反复陈述躯体症状，不断要求给予医学检查，无视反复检查的阴性结果，不管医生关于其症状并无躯体病变基础的再三保证。即使患者有时存在某种躯体障碍，其所患躯体障碍也不能解释症状的性质和程度或患者的痛苦与先占观念。对患者来说，即使症状的出现和持续与不愉快的生活事件、困难或冲突密切相关，他们也拒绝探讨心理病因的可能，甚至存在有明显的抑郁和焦虑时同样如此。无论是从生理还是心理方面了解症状的起

因，其结果往往使患者都感到失望和受挫。

【治疗原则】

躯体形式障碍的治疗要遵循如下原则：①建立良好的医患关系；②引导患者意识到躯体症状背后的心理社会因素；③尽量减少不必要的重复的躯体检查；④采用心理治疗和药物治疗等综合治疗；⑤相关躯体疾病的治疗。

1. 心理治疗。躯体形式障碍的心理治疗方法有支持性心理治疗、认知行为治疗和精神分析取向心理治疗。

2. 药物治疗。抗抑郁药物和抗焦虑药物对躯体形式障碍具有一定疗效，但由于患者对药物副作用的顾虑和错误认识，治疗的依从性不高。对伴有的精神病性症状，可酌情选用抗精神病药物。

3. 其他治疗。可以考虑其他有循证医学证据的治疗方法。

第六章 伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征

第一节 进食障碍

进食障碍是一组以进食行为异常为主的精神障碍，主要包括神经性厌食、神经性贪食及神经性呕吐。女性常见，患病的高峰年龄在 14~18 岁。

一、神经性厌食

本病多见于青少年女性，特征为故意限制饮食，采取过度运动、引吐、导泻等方法，使体重降至低于正常标准的 15% 以上。患者常过分担心发胖，甚至已经明显消瘦仍自认为太胖，即使医师进行解释也无效。部分患者可以用胃胀不适、食欲下降等理由，来解释其限制饮食。常有营养不良、代谢和内分泌紊乱，女性出现闭经，男性可有性功能减退。有的患者可有间歇发作的暴饮暴食。本症并非躯体疾病所致的体重减轻，患者节食也不是其他精神障碍的继发症状。

【治疗原则】

神经性厌食患者常有治疗动机不足，抵触甚至拒绝治疗的问题存在，严重低体重常常因加重了病态歪曲的认知而加大了治疗的障碍。对体质量指数（BMI）低于 15 的患者通常建议住院治疗，以保证营养改善和体重增加，促进治疗疗效。

（一）躯体辅助治疗

1. 营养重建。首先应根据标准体重计算出患者每日所需热量，然后计算出每日基本能量需要；同时为保持体重稳步增长，每日需额外热量 1000~2000kcal。营养不良者能量起始 30~40kcal/（kg d），渐增加至 70~100kcal/（kg d）。BMI 小于 15，以增加体重、补充能量为主；BMI 在 15~17.5 之间，体重增长与形成正常饮食结构并重；BMI 在 17.5~19 之间，对于月经仍未恢复的患者，应鼓励其继续增加体重，适当增加优质蛋白的摄入（如奶制品）。对月经已经恢复且不愿继续增加体重的患者，可适当减少加餐的次数及量；BMI 大于 19，可减少甚至停止加餐，维持正餐的水平；对恶病质和进食困难以及体重明显减轻而不配合治疗者，可采用鼻饲法，也可以进行静脉高营养治疗。

严重营养不良、再进食速度太快、肠内营养的患者容易出现再喂养综合征，要引起高度重视。

2. 治疗并发症。

(1) 主要纠正水、电解质平衡, 注意低钾、低钠、低磷血症, 保证血钾浓度为 4~4.5mmol/L。补充维生素、预防感染, 对症处理水肿、饥饿性酮症、消化不良、便秘、营养不良性肝功能异常、甲状腺功能低下、贫血、白细胞降低等。

(2) 停经三个月以上患者, 要请妇产科会诊重建月经周期。

(二) 心理治疗。心理治疗主要包括支持、认知、行为、家庭治疗等方法。认知治疗促使患者改变对进食与体形的不正确认知。行为治疗包括制定进食计划、执行进食计划、纠正相关异常行为三部分。家庭治疗通过改变家庭成员之间的关系和互动来促进症状的改善。

(三) 精神药物治疗。针对患者的焦虑和抑郁情绪, 可适量使用抗焦虑和抗抑郁药物。针对体像障碍和超价观念可使用小剂量抗精神病药物。

二、神经性贪食

本病的特征为反复发作和不可抗拒的摄食欲望及暴食行为, 患者担心发胖, 常采取引吐、导泻、禁食等方法以消除暴食引起的发胖。患者的体重及月经常常保持正常。

【治疗原则】

1. 心理治疗。主要包括支持、认知、行为、家庭治疗等方法。认知治疗帮助患者纠正不正确的认知, 改善患者情绪, 缓解生活和工作中的压力。行为治疗包括制定进食计划、执行进食计划、纠正相关异常行为三部分。家庭治疗通过改变家庭成员之间的关系和互动来促进症状的改善。贪食症团体治疗对患者的康复有明显的疗效。

2. 精神药物治疗。氟西汀对贪食症的进食冲动控制有效, 剂量为 20~60mg/日, 其他 SSRIs 类药物也可使用, 同时可改善患者的抑郁症状。小剂量氟哌啶醇及其他抗精神病药对贪食症患者的自伤及其他冲动行为治疗可能有效。

3. 躯体辅助治疗。贪食症患者可因暴食行为导致急性胃潴留、胃扩张, 需急诊进行胃肠减压。对于水、电解质平衡紊乱者及时对症处理。

三、神经性呕吐

本病是一组以自发或故意诱发反复呕吐为特征的精神障碍, 呕吐物为刚吃进的食物。不伴有其他的明显症状, 呕吐常与心理、社会因素有关, 无器质性病变为基础, 可有害怕发胖和减轻体重的想法, 但体重无明显减轻。

【治疗原则】

1. 药物治疗。应给予躯体性营养支持及纠正水电解质平衡, 一般的解痉止吐药效果不明显, 苯二氮草类药物对减轻焦虑、紧张有一定帮助。部分患者服用舒必利等抗精神病药有效。

2. 心理治疗。可使用认知行为治疗、家庭治疗等。

第二节 非器质性睡眠障碍

一、非器质性失眠症

失眠症是个体主观对睡眠的质和（或）量不满意的一种状况，并持续相当长时间。

【治疗原则】

对失眠症需要进行包括心理治疗和药物治疗在内的综合治疗。治疗的目标不是简单地延长睡眠时间，而是提高患者对睡眠质和量的主观满意度和生命质量。

1. 心理治疗。睡眠常识健康教育作为失眠症治疗的基础，目标是矫正患者关于睡眠的不良认知和不良睡眠卫生习惯。可选用的心理治疗方法包括一般性心理支持治疗和认知行为治疗（如放松治疗、睡眠限制、刺激控制等）。

2. 药物治疗。可使用苯二氮草类和非苯二氮草类催眠药进行治疗，对入睡困难为主的患者，可首选短半衰期的药物，对早醒为主的患者，选中半衰期的药物；对伴有焦虑、抑郁情绪者，可使用有一定镇静作用的抗抑郁药。催眠药治疗的常见不良反应有头晕头痛、恶心、困倦嗜睡、共济失调、情绪不稳等，虽然大多不严重但仍可导致患者停止治疗；现有催眠药仍存在依赖性的潜在风险，因此催眠药物治疗应避免过度使用。

上述药物治疗无效，可酌情适量使用其他具有催眠作用的精神药物。

二、非器质性嗜睡症

嗜睡症指日间睡眠过度，或反复短暂睡眠发作，或难以维持清醒的状况，并无法用睡眠时间不足来解释，且影响到职业和社会功能。

【治疗原则】

要指导患者避免危险的工作或突然的刺激，培养日间小睡（15-30分钟）的习惯可有所帮助。一般性心理治疗包括向患者及家属讲解疾病性质，减轻其心理压力。低剂量中枢兴奋剂常有一定疗效，如哌甲酯等。

三、非器质性睡眠—觉醒节律障碍

睡眠—觉醒节律障碍是指个体的睡眠—清醒节律与环境所允许的节律之间不同步，从而导致患者主诉失眠或嗜睡。经常进行跨时区飞行、倒班工作以及不注意规律作息等人群，较容易

发生这种睡眠障碍。睡眠时相延迟（即“晚睡晚起”型）和睡眠时相提前（“早睡早起”型）是这种障碍的两种常见类型。

【治疗原则】

消除或尽可能控制诱发睡眠—清醒节律紊乱的诱因。以满足个体基本睡眠时间需要为基础，借助记录睡眠日记，通过规律推迟或提前卧床时间，逐步调整睡眠—清醒节律到符合环境需要的节律。光照治疗（以固定时间暴露于强光的方法调整生物钟）有效，但光照强度、照射时间等参数的确定需要在睡眠专业医生指导下进行。褪黑素可能对生理性睡眠障碍有一定帮助，可与光照治疗结合共同进行。慎重使用催眠药或有促醒、兴奋作用的药物。

四、梦魇

是以焦虑不安、恐惧为主要特征的梦境体验，事后个体能够详细地回忆。梦魇是一种发生于快眼动睡眠期的睡眠障碍，因此多发生于夜间睡眠的后半段，午睡中也可发生。

【治疗原则】

目前尚无以梦魇作为适应证的药物。单纯的梦魇通常不必进行特殊治疗，向患者及家人讲解疾病的性质，以减轻他们的心理压力。

五、睡行症

睡行症是睡眠中出现起床、走动的复杂动作，患者呈现出低水平的注意力、反应性和运动技能。患者有时会走出卧室甚至家门，这种情况下患者可能会面临意外受伤的危险。不过，在大多数情况下，患者会自行或在他人轻柔引导下安静地回到床上。患者无论是在发作中还是第二天早晨醒来，通常都无法回忆发作的经过。

【治疗原则】

对睡行症特别是儿童期睡行症一般不需要进行特殊治疗。一般性治疗包括向患者和家人讲解相关疾病知识和良性预后的特点，以减轻心理压力；尽可能避免睡眠剥夺、过度劳累和心理压力事件等诱因；指导卧床周围等睡眠环境的安全防护措施，如睡前清除日常活动路线上的障碍物、关锁门窗、发作时避免强烈光线、声音刺激等。

可酌情小剂量使用改善睡眠的精神药物。

六、睡惊症

睡惊症则是夜间突然出现的极度恐惧和惊恐的发作，表现为突然坐起，尖叫、呼喊或哭闹，可有心动过速、呼吸急促、出汗、皮肤潮红等自主神经系统兴奋的症状，以及下床、冲向门口等行为上的症状。一次发作一般持续 1~10 分钟，醒后对发作通常不能回忆。

睡行症和睡惊症实质上都是发生于非快眼动睡眠期的一种觉醒障碍，因此通常是在夜间睡眠的前 1/3 阶段发生。二者关系比较密切，均常起病于青春期前，以 4~7 岁儿童多见，青春期后渐趋停止。

【治疗原则】

一般不需特殊治疗，特别是儿童期发病的睡惊症大多在青春期后自愈。向患者及家人讲解相关健康知识以减轻心理压力是必要的。对睡惊症发作较频繁或白天有明显焦虑、抑郁等情绪者，可使用抗焦虑药物和抗抑郁药物治疗。

第三节 非器质性障碍或疾病引起的性功能障碍

这一组由心理因素引起的性功能障碍，具体类型有性欲减退或丧失、性厌恶及性乐缺乏、生殖器反应丧失（表现为男性勃起障碍、女性阴道不能湿润等）、性高潮功能减退、早泄（男性）、阴道痉挛（女性）、性交疼痛、性欲亢进等。可能导致性功能障碍的心理因素有童年期或成年期遭受性侵害或性虐待，夫妻关系不良，性知识缺乏，以及经受压力事件等。

【治疗原则】

心理治疗为主，包括性知识教育、性技巧指导等，许多时候需要取得配偶的配合进行夫妻治疗。对性功能障碍的发病可能与心理创伤经历有关的患者，治疗时应慎重以避免造成“二次”创伤。必要时可以药物辅助治疗。

第四节 与产褥期有关的精神和行为障碍，不可归类在他处者

这是指一组在生产 6 周内（产褥期）发病的精神障碍，临床表现不符合其他分类精神障碍的诊断标准，或者由于无法获得充足资料或者具有其他特殊的临床特征而难以归类于其他分类的精神障碍。临床常见的类型有产褥期抑郁（产后抑郁）、产褥期精神病。发病机制可能与生

产前后体内激素水平的变化、个体素质、经受压力事件（包括对生产后育儿过程心理准备不足，没有得到期望的家庭照顾等）等有关。

【治疗原则】

应综合分析患者的病情严重程度、既往史和家族史、哺乳需要等情况，常规检测患者的雌激素等性激素水平，制定合理的治疗方案。对轻度焦虑、抑郁症状，可在密切观察的基础上以支持性、家庭辅导等心理治疗为主。对中重度的焦虑抑郁或精神病病性症状，应尽早进行系统的相应药物治疗，同时终止母乳喂养。

第五节 与归类在他处的障碍或疾病有关的心理和行为因素

主要指各种躯体障碍中存在的心理或行为问题，这种心理或行为问题对躯体障碍造成不同程度的影响，且这种影响通常被认为在躯体障碍发病机制中起重要的甚至主要的作用。躯体障碍伴随的精神紊乱通常较轻，但常迁延持久，如担忧、情绪冲突、疑惧等，而且这些症状本身不符合其他类别精神障碍的诊断标准。这类伴随心理行为问题的躯体障碍，如哮喘、皮炎和湿疹、胃溃疡、黏液性结肠炎、溃疡性结肠炎和荨麻疹等，也常被归于心身疾病的范围。

【治疗原则】

在针对躯体病变治疗的同时，重视对伴随的心理、行为问题治疗，心理治疗中常采用各种行为技术，如松弛训练、生物反馈治疗等，以及坚持规律适度运动、娱乐活动，作息规律等一般性措施。必要时可以选择适当抗抑郁剂、抗焦虑剂合并治疗。

第六节 非致依赖性物质滥用

包括种类繁多的药剂、成药和民间验方，如镇痛剂、抗抑郁剂、缓泻剂、维生素、中医药（含中成药）、类固醇或激素等。这些药物最初是由医生开处方或推荐的，由于这类药物不用医生处方也可以得到，药量会渐渐加大，服药时间延长，甚至在不必要时也在用药。持续地、不恰当地使用这类物质通常会导致不必要的花费，或不必要地求医、求助于保健人员。

【治疗原则】

心理治疗为主。积极诊治并发症。

第七节 与生理紊乱和躯体因素有关的未特指的行为综合征

主要包括一些不能归类于其他精神障碍的心理生理功能障碍。

【治疗原则】

心理治疗为主，帮助患者认识并理解心理行为因素在病情演变中的作用，建立积极的应对模式。

第七章 成人人格与行为障碍

第一节 成人人格障碍

人格障碍是人格特征显著偏离正常,使患者形成了特有的异常行为模式,对环境适应不良,明显影响其社会和职业功能,或者患者自己感到精神痛苦。人格障碍通常开始于童年或青少年,并一直持续到成年或终生。

【治疗原则】

对人格障碍的治疗包括心理治疗和药物治疗等。常用心理治疗包括认知行为治疗、家庭治疗、精神分析等。药物治疗主要用于对人格障碍伴有的情绪和行为问题的对症处理。

第二节 习惯和冲动障碍

习惯和冲动障碍特征是无清楚的合理的动机而反复出现的行为,对他人及自己的利益都有损害。患者自称这种行为带有冲动性,无法控制。导致这种状况的原因还不清楚。主要由以下类别:

一、病理性赌博

这一障碍表现在个人生活中占统治地位的、频繁反复发作的赌博行为,且行为对社会、职业、财产及家庭价值观念与义务都造成损害。

二、病理性纵火(纵火狂)

这一障碍的特征为无明显动机多次地实施、或企图纵火烧毁财物或其它物品,对与火和燃烧有关的事物存在持续的关注。

三、病理性偷窃(偷窃狂)

这一障碍的特征为反复的无法克制的偷窃冲动,并不是为了本人使用或获取钱财。取而代之的是患者将这些物品丢弃、送人或收藏。

四、拔毛症

这一障碍的特征为由于反复的无法克制的拔掉毛发的冲动,导致引人注目的头发缺失。拔毛前通常有不断增加的紧张感,事后有轻松感或满足感。患者有拔除毛发的强烈欲望并付诸行

动，并有行动前的紧张感和行动后的轻松感。

五、其它习惯与冲动障碍

这一类别用于其它持续的反复出现的适应不良性行为，表现为反复不能克制做出这种行为的冲动。

【治疗原则】

1. 社会干预包括教育训练、环境安排和调整、危机干预等。
2. 常用心理治疗包括厌恶疗法，系统脱敏疗法等。也可使用集体心理治疗和家庭心理治疗。
3. 对有明显焦虑、抑郁或冲动行为者，可酌情选用相应药物治疗。

第三节 性身份障碍

一、易性症

渴望象异性一样生活，被异性接受为其中一员，通常伴有对自己的解剖性别的苦恼感及不相称感，希望通过激素治疗和外科手术以使自己的身体尽可能的与所偏爱的性别一致。

【治疗原则】

评估易性症者的心理稳定性非常重要。家庭和社会等方面的支持也很重要。。心理治疗只适合那些愿意接受治疗者，目的是倾听他们内心的烦恼、帮助他们找到解决或应付的方法。心理治疗常用精神分析和认知行为治疗等。治疗无效者可以根据患者意愿考虑其他治疗。

二、双重异装症

个体生活中某一时刻穿着异性服装，以暂时享受作为异性成员的体验，但并无永久改变性别的愿望，也不打算以外科手术改变性别。在穿着异性服装时并不伴有性兴奋。

【治疗原则】

心理治疗适合那些愿意接受治疗者，目的是倾听他们内心的烦恼、帮助他们找到解决或应付的方法。

三、童年性身份障碍

这一障碍通常最早发生于童年早期（一般在青春期前已充分表现），其特征为对本身性别有持续的、强烈的痛苦感，同时渴望成为异性（或坚持本人就是异性）。持续地专注于异性的

服装和/或活动，而对患者本人的性别予以否认。

【治疗原则】

心理治疗非常重要，主要的治疗方法是家庭治疗等。

第四节 性偏好障碍

一、恋物症

以某些非生命物体作为性唤起及性满足的刺激物。恋物对象多为人体的延伸物，如衣物或鞋袜。其它常见的对象是具有某类特殊质地的物品如橡胶、塑料或皮革。迷恋物的重要性因人而异：在某些病例中仅作为提高以正常方式获得的性兴奋的一种手段（如要伴侣穿上特殊的衣服）。

【治疗原则】

以心理治疗为主，常用的有动力心理治疗与行为治疗，均有一定效果。具体治疗如认知治疗、厌恶疗法、暴露疗法等。

二、恋物性异装症

穿着异性服装主要是为了获得性兴奋。

【治疗原则】

以心理治疗为主，动力心理治疗与行为治疗均有一定效果。具体治疗如精神分析法、厌恶疗法。

三、露阴症

向陌生人(通常为异性)或公共场合的人群暴露生殖器的一种反复发作或持续存在的倾向，但并无进一步勾引或接近的意图。在露阴时通常出现性兴奋并继以手淫，但也并非全都如此。这类行为也可在很长的间歇期不明显，只在情绪应激或危机时出现。

【治疗原则】

1. 心理治疗主要包括精神分析治疗与认知行为治疗，疗效的高低常取决于患者的求治愿望是否迫切，以及能否全面遵从医嘱坚持治疗。

2. 药物治疗也取得较好的疗效。目前常用药物有氯米帕明、SSRIs。

四、窥阴症

一种反复出现或持续存在的窥视他人性活动或亲昵行为如脱衣的倾向。通常引起性兴奋和手淫，这些活动是在被窥视者察觉不到时进行的。

【治疗原则】

常用的心理治疗有精神分析与认知行为治疗。伴有明显焦虑抑郁症状者可选用抗抑郁药或抗焦虑药。必要时可试用抗雄性激素类药物，但需注意药物不良反应。

五、恋童症

性偏好针对儿童，通常为青春期前或青春期末期的孩子。某些恋童症的迷恋对象仅为女孩，另一些则只为男孩，还有一些人对两性儿童均有兴趣。

【治疗原则】

恋童症较难治疗；厌恶疗法可取得一定的疗效；药物治疗可有一定的疗效，如使用抗雄性激素类药物。

六、施虐受虐症

将捆绑、施加痛苦或侮辱带入性活动的一种偏好。如果个体乐于承受这类刺激，便称为受虐症；如果是施与者，便为施虐症。个体常常从施虐和受虐两种活动中都可获得性兴奋。

【治疗原则】

1. 对施虐症的治疗一般比较困难，心理治疗往往疗效欠佳，但可采用精神分析法找出其早年创伤所在，纠正不良的心理机制，稳定情绪，树立良好的人际关系模型，揭露其施虐行为的动机。性治疗也可有助于患者学习正常的性行为模式。

2. 受虐症一般很少因此就医。治疗方法以心理治疗为主，动力心理治疗或行为治疗都有一定疗效，具体方法包括厌恶疗法、内隐致敏法等。

第八章 精神发育迟滞

精神发育迟滞（mental retardation, MR）并不是单一的疾病，而是一组精神发育不全或受阻的综合征，即指个体在 18 岁之前，由于不同的生物学因素或心理社会因素引起，以智力低下和社会适应困难为特征。

【治疗原则】

该病的治疗原则是：早期发现，早期诊断，查明原因，尽早干预。应该运用教育训练、药物治疗等综合措施改善患儿症状，促进患儿智力和社会适应能力的发展。

1. 医学措施。

（1）病因治疗：少数精神发育迟滞可以进行病因治疗，包括遗传代谢性疾病：如苯丙酮尿症（低苯丙氨酸饮食）、半乳糖血症（停用乳类食品，给以米麦粉或代乳粉）、枫糖尿症等（维生素 B1 治疗）；内分泌异常：如先天性甲状腺功能低下（甲状腺素治疗）、地方性克汀病（补碘治疗）等；先天性颅脑畸形：如颅缝早闭、先天性脑积水（手术治疗）等等。

（2）促进和改善脑细胞功能发育的药物治疗

（3）对症治疗：针对合并存在的其他精神障碍或躯体疾病，应予以相应的治疗。如对明显兴奋、幻觉、妄想者可用具有循证依据的抗精神病药物治疗；对烦躁易激动者可给予苯二氮草类药物；对严重的焦虑抑郁症状可使用具有循证依据的抗抑郁药物。

2. 教育和照管训练。

教育是精神发育迟滞治疗的重要环节。教育训练越早开始，效果越好。应根据患儿精神发育迟滞程度的不同，确定适合于患儿的个体化教育训练目标。

对于轻度患儿，更应加强教育训练，加强职业培训，使其学会简单的非技术性或非技术性劳动，以利其独立生活。对于中度患儿，在照管的同时，应该加强教育训练，通过学校、家庭、社会的帮助使患儿学会生活自理或部分自理，并能在他人指导照顾下进行简单劳动。对于重度、极重度患儿，因生活不能自理，故照管养护非常重要，同时，仍需要进行长期的训练，以使患儿学会简单卫生习惯和基本生活能力。

【预防原则】

因该病常见，致残率高，绝大多数患儿缺乏有效的治疗措施，因此预防非常重要。按照三级预防原则，主要是：

一级预防——①做好婚前检查、孕期保健、计划生育；②预防遗传性疾病的发生；③加强儿童保健。

二级预防——症状前诊断和预防功能残疾，即对可疑患儿消除不利因素，定期随访，早期干预。

三级预防——减少残疾，提高补偿能力。即对于智力已经低下的患儿，积极干预，尽可能减少其残疾，恢复其功能。

第九章 心理发育障碍

第一节 特定性言语和语言发育障碍

特定性言语和语言发育障碍指在发育早期就有正常言语获得方式的紊乱，表现为发音、语言理解或语言表达能力发育的延迟和异常，并影响学习、职业和社交功能。这些情况并非因神经或言语机制的异常、感觉缺陷、精神发育迟滞或周围环境因素所致。患儿在某些非常熟悉的场合能较好地交流或理解，但无论在何种场合，其语言能力都有损害。多数存在特定性言语和语言发育障碍的儿童最终言语达到正常水平。语言发育延迟常继发阅读和拼写困难、人际关系异常以及情绪与行为障碍。

常见有特定性言语构音障碍、表达性语言障碍、感受性语言障碍、伴发癫痫的获得性失语[兰道-克勒夫纳综合征]

【治疗原则】

1. 防止不良环境因素对儿童的影响。
2. 言语矫治训练。
3. 心理支持。积极治疗不被理解或嘲笑所导致的情绪和行为问题，增强自信心，帮助患儿顺利完成矫治训练。

第二节 特定性学习技能发育障碍

指儿童在学龄早期，同等教育条件下，出现学校技能的获得与发展障碍。这种障碍在学龄早期发生并持续存在，并严重影响学习成绩或日常生活中需要这种技能的活动。

常见有：特殊阅读障碍、特定拼写障碍、特殊计算技能障碍。

【治疗原则】

1. 预防为主。优生优育，遵循儿童心理发展特点正确开展早期教育。
2. 早期防治言语发育问题,增强儿童学习兴趣和自信心。
3. 支持性心理治疗。创造良好的学习环境，培养学习兴趣，调整学习方法。
4. 矫治训练。由易至难，循序渐进，利用示范法、阳性强化法，有针对性地开展基本技

能训练，同时配合学校教育，开展实用性强化训练。

第三节 特定性运动功能发育障碍

本障碍的主要特征是运动共济发育严重损害，在运动笨拙的同时常伴有某种程度的立体视觉认知的操作困难。

【治疗原则】

1. 预防为主。优生优育，避免围产期并发症、低出生体重及早产等与运动技能发育障碍有关的因素。
2. 矫治训练。如手指操感觉统合训练。
3. 心理治疗。鼓励和支持患儿配合训练，增强自信心，可采用示范法和阳性强化法等。

第四节 混合性特定发育障碍

混合性特定发育障碍是上述特定性言语和语言发育障碍、学校技能发育障碍和/或运动功能发育障碍的混合物，其中没有一种处于主导地位，也不能据此确定基本诊断。

【治疗原则】

应采用综合治疗措施，上述方法均可使用。根据症状，根据发育情况，有计划、有规律地进行矫治训练。

一、广泛性发育障碍

广泛性发育障碍是一组起病于婴幼儿时期的全面性精神发育障碍，以人际交往和沟通模式的异常、兴趣与活动内容的局限、刻板与重复为主要临床特征，包括儿童孤独症、不典型孤独症、Asperger 氏综合征、Rett 氏综合征、童年瓦解性障碍等，多数患儿伴有精神发育迟滞（应并列诊断），部分患儿可伴有某些躯体疾病，如：癫痫、结节性硬化、神经纤维瘤病、脑瘫、脆性 X 综合征等。

二、儿童孤独症

又称儿童自闭症。是一种起病于 3 岁前，以社会交往障碍、沟通交流障碍、兴趣与活动内容的局限、重复与刻板为主要特征的心理发育障碍，是广泛性发育障碍中最具代表性的疾病。

【治疗原则】

治疗应采取综合治疗措施，早期诊断，早期进行有计划的治疗干预，并长期坚持，可有助于改善患儿预后

1. 教育训练。可运用应用行为分析、结构化教学、人际关系发展干预等方法对孤独症儿童进行系统的教育训练，促进患儿社会交往能力、言语和非言语交流能力、认知能力、自理能力等发展。

2. 行为治疗。对于患儿存在的情绪行为症状，如：发脾气、自伤、冲动、攻击、刻板行为等，可运用行为治疗。

3. 药物治疗。如患儿存在明显的情绪行为症状，可根据症状表现特点、药物的药理作用、适应证、禁忌证和副作用选择用药。药物治疗目的在于改善特定症状，也为照料和教育训练提供条件。对于明显易激惹、发脾气、冲动、攻击、自伤等行为症状，可选用有循证依据的抗精神病药或情绪稳定剂；对于强迫刻板行为，可选用舍曲林、氟伏沙明等抗抑郁药或有循证依据的第二代抗精神病药；对于注意缺陷多动症状，可选用治疗注意缺陷多动障碍药物。

4. 家庭支持和家长培训。应对孤独症儿童家庭加强支持，同时，对孤独症儿童家长进行培训，帮助家长了解儿童孤独症，掌握照料、管理和训练孤独症儿童的方法。

5. 其他治疗方法。感觉统合训练等方法对改善孤独症儿童症状也有一定帮助。儿童孤独症预后较差，至成年期，多数患者存在不同程度的社会适应困难，部分患者处于严重的功能缺陷状态，需长期照管和养护。

三、不典型孤独症

当患儿症状不典型，只能部分满足儿童孤独症症状标准，或发病年龄不典型，在3岁后才出现症状，可考虑此诊断。

【治疗原则】

与儿童孤独症相同。

四、Rett 综合征

通常累及女孩，为一种 X-连锁遗传性疾病。

【治疗原则】

1. 运动康复训练。可根据患儿情况，予以理疗、肢体按摩、运动锻炼等，以增强运动能力，减少肌肉、关节的变形、挛缩，协调平衡。

2. 教育训练。可参照儿童孤独症教育训练。

3. 药物治疗。对于患儿存在的惊厥，可予以相应的抗癫痫药物治疗。

五、童年瓦解性障碍

又称 Heller 综合征、婴儿痴呆或瓦解性精神病。

【治疗原则】

1. 教育训练。与儿童孤独症相同。
2. 行为治疗。可控制和减少患儿发脾气、自伤等的异常情绪和行为。
3. 药物对症治疗。如患儿存在明显的情绪不稳、多动、自伤、冲动攻击、刻板等症状，可予以相应药物治疗，用法与儿童孤独症基本相同。

六、Asperger 综合征

【治疗原则】

1. 教育训练。与儿童孤独症相同。
2. 行为治疗。对于患儿存在的情绪行为症状，如：情绪不稳、发脾气、多动、冲动、攻击等，可予以相应行为治疗，改善和消除患儿的情绪行为症状。
3. 药物对症治疗。如患儿存在明显情绪不稳、多动、注意障碍、强迫、刻板、冲动攻击等症状，可予以相应药物治疗，用法参见儿童孤独症。

第十章 通常起病于童年与少年期的行为与情绪障碍

第一节 多动性障碍

本组障碍在发育早期起病（通常为五岁以前），是学龄儿童患病率较高的一种疾病。其主要特征是在需要认知参与的活动中，缺乏持久性，倾向于经常变换活动内容，但任何一项活动都不能进行到底，同时伴有组织不好、调节不良和过度的活动。其核心症状包括注意缺陷、多动和冲动三大主征。

一、注意缺陷多动障碍

注意缺陷多动障碍（attention deficit / hyperactivity disorder, ADHD），是发生于儿童时期，与同龄儿童相比，表现为同时具有明显的注意集中困难、注意持续时间短暂及活动过度、任性、冲动和学习困难为主要特征的一组综合征。症状发生在家庭、学校和诊室等多种场合。

【治疗原则】

根据患儿个人和家庭情况采取综合治疗。

（一）药物治疗。

1. 中枢兴奋剂。

哌甲酯：是 ADHD 的常用治疗药物，包括短效和长效制剂。目前主张选用疗效好、不良反应相对较少的长效制剂。但一般不建议 6 岁以下的儿童使用。

应用指导：短效哌甲酯，从每次 5 毫克，每日 1~2 次开始(通常 7:00AM 左右和中午)，最后一次给药不要晚于入睡前 4 小时；每周逐渐增加 5 至 10 毫克；每日最大推荐剂量一般不超过 40 毫克；18 岁以上的青少年和成人可用到 60 毫克/天。控释剂专注达，一般从 18 毫克/日，每日一次开始，一周一次调整剂量，最大推荐量 54 毫克/日；在治疗早期可能出现副作用，通常都较轻微而且短暂；最常见的不良反应是食欲降低、胃痛或头痛、入睡延迟、神经过敏或社交退缩。

2. 选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂。

托莫西汀：用于治疗 6 岁以上患者。疗效与哌甲酯相当。

应用指导：对于体重小于 70kg 的儿童及青少年患者：每日初始计量为 10mg，每日晨服。服用至少 3 天后逐渐增加至目标剂量，每日总量 25~40mg。可每日早晨单次服用或早晨和傍

晚平均分为二次服用。每日最大剂量一般为 1.2mg/kg 或 80mg，不应超过 1.4mg/kg 或 100mg，应选其中一个较小的剂量。对于体重大于 70kg 的儿童、青少年及成人患者：每日初始量可为 40mg 或更低，逐渐加量，每日最大剂量不可超过 100mg。该药停药时一般不必逐渐减量。不良反应较少，最常见的不良反应有消化不良、恶心、呕吐、疲劳、食欲减退、眩晕和心境不稳。

3. 其他药物。

中枢去甲肾上腺素激动剂：可乐定。

对于共患病的治疗参见其他相关章节。

中医药治疗对某些病例有一定疗效。

(二) 非药物治疗。

1. 行为治疗 (behavioral therapy)。常用方法有正性强化法 (positive reinforcement procedures)、暂时隔离法 (time out)、消退法 (extinction procedure) 和示范法 (modeling)。

2. 家庭心理教育。针对亲子关系类型和家庭教育模式，给家长以帮助和指导。

3. 学校干预采用个别补习的形式，对伴有学习困难的儿童进行特殊教育。包括学习技能、学习方法和学习内容。

二、多动性品行障碍

必须同时符合注意缺陷多动障碍和品行障碍的诊断标准。治疗原则参见相应章节的有关内容。

第二节 品行障碍

品行障碍 (conduct disorder) 的特征是反复而持久的反社会性、攻击性或对立性品行。当发展到极端时，这种行为可严重违反相应年龄的社会规范，较之儿童普通的调皮捣蛋或少年的逆反行为更严重。如过分好斗或霸道；残忍地对待动物或他人；严重破坏财物；纵火；偷窃；反复说谎；逃学或离家出走；过分频繁地大发雷霆；对抗性挑衅行为；长期的严重违拗。

一、反社会性品行障碍

【治疗原则】

品行障碍治疗困难，常采用以下方法：

1. 家庭治疗。家庭治疗的目的在于：①协调和改善家庭成员间的关系，尤其是亲子关系，增加家庭成员间的交流和相互支持，帮助家庭成员找到新的方法来解决他们的人际问题；②帮助父母学会如何与子女进行交流，如何运用正确的教育方式对患儿进行教育；③指导家长如何进行行为矫正，使家长能够用适当的方法矫正患儿的不良行为；④减少家庭内的生活事件及父母自己的不良行为。以上均需要家长的很好配合。

2. 认知治疗。因品行障碍患儿不能很好地运用他们的认知能力去遏制不适当行为的出现，因此，需要帮助这些患儿学会发现问题、分析原因、考虑后果，并找到解决问题的正确方法，从而减少不适当行为的出现。

3. 行为治疗。应选用适当的行为矫正方法对患儿进行行为矫正，以逐渐减少和消除不良行为，建立良好行为。并应对患儿进行社交技能训练，从而增加伙伴关系，改善社交能力。

4. 药物治疗。研究发现，心境稳定剂、第一代或第二代抗精神病药物、安非他酮等对品行障碍有一定的疗效。但很少有临床随机对照试验来研究药物疗效。

对于冲动、攻击行为明显的患儿，主要选用小剂量具有循证依据的第二代抗精神病药，也可选用氟哌啶醇等第一代抗精神病药物。对于情绪明显不稳的患儿，可选用碳酸锂、丙戊酸盐、卡马西平。对患儿伴有的其他问题，如注意缺陷多动障碍或抑郁问题，可用相应的药物予以治疗。

二、对立违抗性障碍

多见于 10 岁以下儿童，主要为明显不服从、违抗，或挑衅行为，但没有更严重的违法或冒犯他人权利的社会性紊乱或攻击行为。

【治疗原则】

对立违抗性障碍治疗原则与反社会性品行障碍相同，同样需要多种方法综合和长期系统治疗。具体请参见反社会性品行障碍治疗。

第三节 特发于童年的情绪障碍

特发于童年的情绪障碍（emotional disorders with onset specific to childhood）指起病于儿童时期的焦虑、恐惧、强迫、羞怯等情绪异常，与儿童的发育和境遇有一定关系。

一、童年离别焦虑障碍

【治疗原则】

提倡综合治疗，几种方法可同时或先后应用。

1. 心理治疗。包括家庭心理教育、家庭治疗和行为治疗等方法。

2. 药物治疗。一般以心理治疗和环境调整为主。对症状严重者可短期使用有循证依据的抗焦虑及抗抑郁药物。

二、童年恐怖性焦虑障碍

指儿童不同发育阶段的特定恐惧情绪。表现对日常生活一般客观事物和情境产生过分的恐惧、焦虑，达到异常程度。

【治疗原则】

最佳方案是综合治疗，即心理治疗合并药物治疗。

1. 心理治疗。包括放松训练与系统脱敏、暴露疗法、认知行为治疗、家庭治疗等。

2. 药物治疗。恐惧情绪和回避行为突出的患者可使用具有循证依据的抗焦虑药和小量抗抑郁药物。

三、童年社交性焦虑障碍

指儿童对新环境或陌生人产生恐惧、焦虑情绪和回避行为，达到异常程度。

【治疗原则】参见童年恐怖性焦虑障碍

第四节 特发于童年与少年期的社会功能障碍

一、选择性缄默症

选择性缄默症指起病于童年早期，在特定场合如学校或陌生人面前，沉默不语，而在其他环境中言谈自如。缄默时，常伴有焦虑、退缩、违抗等情绪。

【治疗原则】

1. 心理治疗。包括家庭教育、家庭治疗、认知行为治疗等方法。

2. 药物治疗。一般以心理治疗和环境调整为主。对症状严重者可短期使用具有循证依据的抗焦虑及抗抑郁药物。

提倡综合治疗，几种方法可同时或先后应用。

二、童年反应性依恋障碍

童年反应性依恋障碍是一种以长期的社交关系障碍为特征的儿童精神障碍，患儿长期表现为一种不恰当的应对方式，如过度抑制、过分警惕，或明显的矛盾反应，常伴有情绪紊乱。起

病于 5 岁前，与严重的教养方式不良有关，如心理或躯体的虐待或忽视。

【治疗原则】参见选择性缄默症

第五节 抽动障碍

抽动障碍（tic disorders）是一种不随意的突发、快速、重复、非节律性、刻板的单一或多部位肌肉运动或发声。抽动可发生于身体的任何部位，是一组或几组肌群同时收缩的结果，表现为各种各样的动作或运动。运动和发声抽动都可分为简单和复杂两类，但界限不清。如眨眼、斜颈、耸肩、扮鬼脸等属于简单的运动抽动；蹦、跳、打自己等属于复杂的运动抽动。清喉声、吼叫、吸鼻动作等属于简单的发声抽动；重复言语、模仿言语、秽语等属于复杂的发声抽动。各种形式的抽动均可在短时间受意志控制，在应激下加重，在睡眠时减轻或消失。抽动多发生于儿童时期，少数可持续至成年。根据发病年龄、临床表现、病程长短和是否伴有发声抽动而分为：①一过性抽动障碍；②慢性运动或发声抽动障碍；③Tourette 综合征。

一、短暂性抽动障碍

又称抽动症或单纯性抽动，是抽动障碍的最常见亚型，特点为急性单纯性抽动，常限于某一部位一组肌肉或两组肌肉群发生运动或发声抽动，通常表现眨眼、扮鬼脸或头部抽动。抽动持续时间不超过 12 个月。起病于学龄早期，在 4~7 岁的儿童最常见，男孩多见。

【治疗原则】

症状较轻者，无需特殊治疗。如抽动症状严重，影响日常生活和学习者，可采用药物治疗。参见 Tourette 综合征治疗。

二、慢性运动或发声抽动障碍

是以限于一组肌肉或两组肌肉群发生运动或发声抽动（但两者不并存）为特征的一种抽动障碍，抽动可以是单一的也可是多种的（通常是多种的），持续 1 年以上。慢性运动或发声抽动障碍以病程长，甚至持续终生，抽动形式持续、刻板为特点。

【治疗原则】

症状较轻者，无需特殊治疗。如抽动症状严重，影响日常生活和学习者，可采用药物治疗。参见 Tourette 综合征治疗。

三、发声和多种运动联合抽动障碍

又称抽动秽语综合征，和 Tourette 综合征。Tourette 综合征是以进行性发展的多部位运动

和发声抽动为特征的抽动障碍，部分患儿伴有模仿言语、模仿动作，或强迫、攻击、情绪障碍及注意缺陷等行为障碍，起病于童年。是一种慢性神经精神障碍性疾病，可不同程度地干扰损害儿童的认知功能和发育，影响社会适应能力，甚至可迁延致残。

【治疗原则】

对于诊断明确为抽动秽语综合征者应及早进行治疗。通常以氟哌啶醇为首选药物，其他还可选用硫必利、可乐定，以及有循证依据的第二代抗精神病药等。

（一）药物治疗

1. 氟哌啶醇。

（1）方法：通常开始剂量为 0.25mg~0.5mg，每日 2~3 次，再根据症状效应和不良反应，可隔 3-5 天增加剂量，一般每日总剂量范围为 1.5mg~15mg。同时可合用抗震颤麻痹药(如盐酸苯海索)以减少锥外系反应。如服药见效，需要维持服药治疗，以免停药后症状可再现。

（2）常见不良反应：儿童服药过程可产生瞌睡、静坐不能、锥体外系反应、认知迟钝而影响学习。因此，应根据每个病例具体情况，调整治疗方案，做到既能有效地控制症状，又不致于因药物副反应影响学习。一般剂量不宜过大，从小剂量开始，应缓慢增量。

2. 硫必利。

（1）方法：小剂量开始 50~100mg / d，大约 1~2 周见效，治疗剂量一般为 100~600mg/d，常用于症状较轻者。

（2）常见不良反应：轻度头昏、无力、嗜睡。一般剂量不宜过大，从小剂量开始，应缓慢增量。

3. 可乐定。

（1）方法：有口服和贴片两种治疗剂型。

口服剂量：0.075mg 每片，起始可从 1/3 片小量服用，逐渐增加。按体重计算剂量为 3μg/(kg·d)。一般剂量范围为 1/2~1 片，每日 2~3 次。

贴片剂量：贴片从小剂量开始，按体重逐渐增加剂量，剂量范围 1.0mg~2.0mg/w。

（2）常见不良反应：可乐定主要不良反应为嗜睡、头昏、口干、直立性低血压。在服药过程应定期监测血压和心电图检查。

4. 非典型抗精神病药：可使用具有循证依据的二代抗精神病药物，如阿立哌唑、利培酮、喹硫平、奥氮平等，都有应用的报道。

（二）心理社会支持：除药物治疗之外，应适当安排患儿日常的作息制度和活动内容，避

免过度兴奋活动和紧张疲劳，开展韵律性体育活动锻炼。包括行为转移、心理疏导、习惯训练及行为矫正疗等有助于病情恢复。帮助患儿的家长和学校老师理解患儿所患抽动症和抽动秽语综合征的症状特征和性质，取得他们对于治疗的支持和帮助。良好的社会支持、正确的对待患儿，消除心理上的困扰，对促进康复具有重要意义。

(三) 中医药治疗对某些病例有一定疗效。

第六节 通常起病于童年和少年期的其他行为与情绪障碍

通常起病于童年和少年期的其他行为与情绪障碍 (other behavioral disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence) 是一类儿童日常生活 (如排泄、睡眠、进食和说话等) 过程中出现的行为与情绪障碍，并非由于器质性疾病所引起。本障碍包容了一组异源性障碍，如：非器质性遗尿症、非器质性遗粪症、婴幼儿和童年喂食障碍、婴幼儿和童年异食癖、刻板性运动障碍、口吃、通常起病于童年和少年期的其它特定性行为与情绪障碍和通常起病于童年与少年期的未特定性行为与情绪障碍，共同特点是起病于童年，但在其它许多方面都不一致。

一、非器质性遗尿症

指发生于白天或黑夜的排尿失控现象，与患儿的智龄不符，并非是神经系统障碍、癫痫发作，或尿路结构异常所致的膀胱失控。

【治疗原则】

1. 习惯行为治疗。充分了解病史，分析造成遗尿的原因，给以相应的治疗措施。建立良好的作息制度和卫生习惯，掌握其尿床时间的规律，定时唤醒或使用闹钟，使之逐渐形成时间条件反射，能及时醒来排尿。此外，控制晚餐后任何形式液体的摄入量，以减少晚间的尿量。

2. 缓解精神压力。首先应了解可能存在的心理矛盾及可能导致遗尿的精神因素，对于可以解决的精神刺激因素，医师应指导父母予以解决，对于已发生的或无法解决的心理因素，则应指导患儿正确对待，帮助解除心理上的压力。

3. 药物治疗。①常选用小剂量丙咪嗪或氯丙咪嗪，有效剂量每晚 25~75mg，对大多数患者可使遗尿次数减少，服药后一周左右即可出现疗效，但停药后易复发。严重不良反应是心脏毒性作用，应慎用；②抗胆碱能药物：阿托品或东莨菪碱 0.1-0.3mg，每晚睡前服一次，但疗效不如前两种药物。

4. 行为疗法是目前治疗遗尿最有效安全的方法，目前采用较多的是各种操作性处理技术，如 Finley 提出的间断强化法。

5. 中医药治疗对某些病例有一定疗效。

二、非器质性遗粪症

反复随意或不随意地在社会文化背景不能认可的地方大便，大便的物理性质通常正常或接近正常。可以是正常的婴儿大便失控的异常伸延，也可在学会控制大便之后又丧失，还可以是在大便控制正常的情况下故意在不适当的地方大便。

【治疗原则】

从小训练儿童良好的排便习惯是预防本病的关键。最佳训练时期是 1-2 岁，培养儿童每天定时排便，并到允许排便的场所，如厕所、马桶等处排便。及时治愈腹泻、便秘等躯体疾病，避免精神创伤等，对于预防本症的发生均有意义。

1. 寻找发病的可能诱因。对于有明显心因者，应给予解除，对于无法去掉的心因或已经过去了的心因刺激，应帮助患儿能正确认识，消除这些因素对患儿的影响。

2. 行为治疗。可采用操作性行为疗法。当患儿能正确的排便，不弄脏衣服时，给予阳性强化，而对于不良排便习惯形成的有关因素给予消退性抑制。许多报道此类方法疗效较好。

3. 药物治疗。对于单用训练、心理治疗等方法不能解决问题的患儿，可试用丙咪嗪或氯丙咪嗪 25~50mg / d，但应注意毒副作用。

三、婴儿和儿童期喂食障碍

指一种具有多种表现形式的婴幼儿和童年喂食障碍，以拒食和极端追求新奇和不适当的进食方式为主。在食物充足、养育方式比较满意，又没有器质性疾病的情况下，表现进食困难显然超出了正常范围，或者体重不增或下降至少 1 个月。

【治疗原则】

1. 寻找发病的可能诱因。对于有明显心因者，应给予解除，对于无法去除的心因，或已经过去了的心因刺激，应帮助患儿能正确认识，消除这些因素对患儿的影响。

2. 培养良好的进食行为并配合心理行为治疗。包括改善环境、对父母的指导及对患儿的行为治疗。有几种行为治疗方法对改善进食症状有效。可采用操作性行为疗法。当患儿能正确进食，给予阳性强化，而对于不良进食行为给予消退性抑制。

3. 对于并发的躯体疾病必须同时给予相应的治疗。

一般随年龄长大这种症状可逐渐消失，很少持续至成人期。如果不及时治疗会对儿童生长

发育带来不可弥补的影响。

四、婴幼儿和童年异食癖

指发生于婴幼儿和童年期的一种进食障碍，特点为进食不可作为食物的东西(如泥土、肥皂等)。本症可以独立存在，也可以是更广泛的精神障碍(如精神发育迟滞、孤独症等)的组成部分。

【治疗原则】

1. 寻找发病的可能诱因。积极检查和治疗躯体疾病及相关的精神疾病，培养良好的进食行为。对于有明显心因者，应给予解除，对于无法去掉的心因，或已经过去了的心因刺激，应帮助患儿能正确认识，消除这些因素对患儿的影响。

2. 心理行为治疗。包括改善环境、对父母的指导及对患儿的行为治疗。有几种行为治疗方法对改善异食症状有效。可采用操作性行为疗法。当患儿能正确进食，给予阳性强化，而对于不良进食行为给予消退性抑制；可采用厌恶疗法，使用中度电刺激、催吐药物。阳性强化法与厌恶疗法相比，作用要慢。

3. 对于并发的躯体疾病必须同时给予相应的治疗。

一般随年龄长大这种症状可逐渐消失，很少持续至成人期。对于并发严重躯体疾病者，如不及时治疗，可因躯体疾病导致死亡。

五、刻板性运动障碍

刻板性运动障碍指一种随意的、反复的、无意义的(常为节律性)运动，表现为摇摆躯体、摇摆头颅、拔毛、捻发、咬指甲、吮拇指或挖鼻孔等。

【治疗原则】

1. 寻找发病的可能诱因。积极检查和治疗躯体疾病及相关的精神疾病，培养良好的行为习惯。对于有明显心因者，应给予解除，对于无法去除的心因，或已经过去了的心因刺激，应帮助患儿能正确认识，消除这些因素对患儿的影响。

2. 心理治疗。包括改善环境、对父母的指导及对患儿的行为矫正。常用阳性强化法，当患儿的刻板性运动减少时，应给予阳性强化；而对于不良行为则给予消退性抑制。

3. 对于并发的躯体疾病必须同时给予相应的治疗。

六、口吃

口吃指一种口语障碍，讲话的特征为频繁地重复或延长声音、音节或单词，或频繁出现跨

蹇或停顿以致破坏讲话的节律。一过性轻微讲话节律障碍在童年期很常见，在童年晚期乃至成人也可长期存在，但很轻。只有当严重程度足以妨碍讲话的流畅性时，才能定为一种障碍。口吃可伴有言语或语言发育障碍，此时应并列诊断。

【治疗原则】

首先是预防，要避免正常儿童发育过程出现的语言不流畅发展为口吃，幼儿出现说话不流畅时，不要指责他，也不要催促说话，不要给予过分的关注，让其放松，使之说话放慢速度，经过一段时间即可自然恢复。其次要让儿童养成良好的说话习惯，吐词清楚，避免模仿口吃患者说话；另外要避免儿童在过分焦虑、着急的情况下说话，更不要去催促他们说话，这样可以减少口吃的发生。

口吃的治疗是要改善口吃症状，防止口吃发展为慢性口吃，以及防止出现心理并发症。因此，主要治疗是言语治疗，学龄前期儿童不必进行特殊的言语训练，指导和劝告父母及养育者，减少造成或加重口吃的应激性因素，让儿童得到一个自然松弛的说话环境，使口吃自然消失。学龄期儿童则要进行言语矫正训练，训练包括肌肉放松、协调呼吸和说话、控制言语速度、延长元音(母音)的发音等措施。对于焦虑明显患者可以服用一些抗焦虑药物，帮助减轻焦虑情绪，放松肌肉，加强言语训练效果。对于伴有情绪障碍的患儿，应采取一些心理支持治疗以帮助消除情绪障碍，鼓励他们重建人际关系，增强自信心。

部分口吃患儿不经任何治疗数年后即自愈。经过语言矫正绝大部分儿童均可以恢复正常。继续口吃者往往变得复杂化与顽固化，进而形成慢性口吃，持续进入成年期，发展至终生。