

实用精神医学丛书

---

总主编 肖泽萍 江开达



# 儿童青少年情绪障碍

主编 杜亚松



人民卫生出版社  
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

——★ 实用精神医学丛书 ★——

# 儿童青少年情绪障碍

---

主 编 杜亚松

副主编 范 娟

编 者 (以姓氏笔画为序)

卢建平 (深圳市康宁医院)

江文庆 (上海交通大学医学院附属精神卫生中心)

杜亚松 (上海交通大学医学院附属精神卫生中心)

范 娟 (上海交通大学医学院附属精神卫生中心)

洪 波 (上海交通大学医学院附属精神卫生中心)

钱 昀 (上海交通大学医学院附属精神卫生中心)

高雪屏 (中南大学湘雅二医院精神卫生研究所)



人民卫生出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

儿童青少年情绪障碍/杜亚松主编. —北京:人民卫生出版社,2013

(实用精神医学丛书)

ISBN 978-7-117-17282-0

I. ①儿… II. ①杜… III. ①小儿疾病-情绪障碍-诊疗  
②青少年-情绪障碍-诊疗 IV. ①R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 119360 号

人卫社官网	<a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	<a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

## 儿童青少年情绪障碍

主 编: 杜亚松

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京中新伟业印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 8

字 数: 207 千字

版 次: 2013 年 8 月第 1 版 2013 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17282-0/R·17283

定 价: 26.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

# 目 录

---

<b>第一章 儿童青少年情绪障碍概述</b> .....	1
<b>第一节 儿童青少年的情绪变化</b> .....	1
<b>第二节 儿童青少年的情绪障碍</b> .....	3
一、儿童青少年期焦虑障碍.....	3
二、儿童青少年期抑郁障碍.....	4
三、儿童青少年期强迫障碍.....	5
四、儿童和青少年分离(转换)性障碍.....	8
<b>第三节 儿童青少年情绪障碍的治疗</b> .....	8
一、心理治疗.....	8
二、药物治疗.....	9
三、家长的作用.....	10
<b>第二章 情绪障碍的病因和发病机制</b> .....	12
<b>第一节 遗传因素</b> .....	12
一、家系研究.....	12
二、双生子研究.....	13
三、寄养子研究.....	14
四、基因多态性研究.....	14
<b>第二节 神经生化因素</b> .....	18
一、生物胺.....	18
二、 $\gamma$ -氨基丁酸.....	20
三、第二信使系统.....	21
<b>第三节 神经影像学因素</b> .....	22

一、前额皮质 .....	22
二、前扣带回皮质 .....	23
三、杏仁核 .....	24
四、其他脑区 .....	24
第四节 免疫学因素 .....	25
一、应激事件对免疫系统的影响 .....	26
二、免疫系统对情绪影响的发生机制 .....	27
第五节 心理社会因素 .....	29
一、心理学理论 .....	29
二、社会因素 .....	32
<b>第三章 儿童青少年焦虑障碍 .....</b>	<b>39</b>
<b>第一节 概述 .....</b>	<b>39</b>
一、定义 .....	39
二、流行病学资料 .....	40
三、焦虑障碍的危险因素 .....	42
<b>第二节 病因和发病机制 .....</b>	<b>43</b>
一、遗传学研究 .....	43
二、认知-行为模式 .....	44
三、气质和人格 .....	45
四、神经影像学 .....	45
五、神经递质学说 .....	47
六、其他 .....	48
<b>第三节 临床表现、诊断和鉴别诊断 .....</b>	<b>49</b>
一、儿童和青少年期常见的焦虑和恐惧 .....	49
二、常见的焦虑障碍 .....	50
<b>第四节 治疗 .....</b>	<b>64</b>
一、药物治疗 .....	64
二、心理治疗 .....	68

第四章 儿童青少年抑郁障碍 .....	77
第一节 概述 .....	77
一、引言 .....	77
二、历史 .....	78
三、流行病学资料 .....	79
第二节 病因和发病机制 .....	80
一、遗传因素 .....	80
二、神经生化因素 .....	81
三、神经塑形假说 .....	82
四、环境及心理因素 .....	87
第三节 临床表现 .....	89
一、儿童抑郁症的症状特征 .....	89
二、不同年龄阶段儿童抑郁症状特征 .....	90
第四节 诊断和鉴别诊断 .....	91
一、儿童抑郁症的诊断 .....	91
二、儿童抑郁症的鉴别诊断 .....	94
第五节 共病 .....	96
一、焦虑障碍 .....	96
二、注意缺陷多动障碍 .....	97
三、品行障碍 .....	97
四、躯体疾病 .....	98
第六节 评估 .....	98
一、评估的目的 .....	99
二、评估的步骤 .....	99
三、评估量表 .....	99
第七节 治疗 .....	102
一、药物治疗 .....	102
二、心理治疗 .....	106
三、预防自杀 .....	113
第八节 病程和预后 .....	113

<b>第五章 儿童青少年强迫障碍</b> .....	117
<b>第一节 概述</b> .....	117
<b>第二节 病因和发病机制</b> .....	119
一、遗传因素 .....	119
二、神经生化与内分泌 .....	121
三、神经结构和功能上的异常 .....	123
四、免疫因素 .....	124
五、心理社会因素 .....	125
<b>第三节 临床表现、诊断和鉴别诊断</b> .....	127
一、临床表现 .....	127
二、诊断 .....	128
三、鉴别诊断 .....	129
<b>第四节 治疗</b> .....	130
一、药物治疗 .....	130
二、心理治疗 .....	131
<b>第六章 儿童青少年分离(转换)性障碍</b> .....	138
<b>第一节 概述</b> .....	139
一、定义与特征 .....	139
二、流行病学资料 .....	141
<b>第二节 病因和发病机制</b> .....	142
一、病因学 .....	142
二、发病机制 .....	143
<b>第三节 临床表现</b> .....	145
一、分离(转换)性障碍 .....	145
二、流行性分离(转换)性障碍 .....	147
<b>第四节 诊断和鉴别诊断</b> .....	149
一、诊断 .....	150
二、鉴别诊断 .....	153
<b>第五节 治疗</b> .....	154

一、心理治疗 .....	154
二、药物治疗 .....	157
三、住院治疗 .....	157
四、心理教育 .....	157
<b>第七章 儿童青少年恐惧障碍</b> .....	<b>160</b>
第一节 概述 .....	160
第二节 病因和发病机制 .....	162
一、心理动力学理论 .....	162
二、生物学理论 .....	163
三、行为学习理论 .....	163
第三节 临床表现、诊断和鉴别诊断 .....	164
一、临床表现 .....	164
二、常见类型 .....	166
三、诊断 .....	166
四、鉴别诊断 .....	167
第四节 治疗 .....	169
一、药物治疗 .....	169
二、心理治疗 .....	169
<b>第八章 儿童青少年适应障碍</b> .....	<b>174</b>
第一节 概述 .....	174
第二节 病因和发病机制 .....	176
一、应激因素 .....	176
二、个体因素 .....	180
三、文化因素 .....	181
第三节 临床表现、诊断和鉴别诊断 .....	182
一、临床表现 .....	182
二、诊断 .....	183
三、鉴别诊断 .....	185



第四节 治疗	187
一、药物治疗	187
二、心理治疗	187
第五节 病程和预后	189
<b>第九章 儿童青少年创伤后应激障碍</b>	<b>194</b>
第一节 概述	194
第二节 病因和发病机制	195
一、应激源-创伤性事件	195
二、个体易感因素及遗传因素	196
三、认知和行为理论	197
四、神经内分泌因素	197
五、大脑神经解剖学与神经环路	197
第三节 临床表现、诊断和鉴别诊断	198
一、临床表现	198
二、诊断	200
三、儿童 PTSD 的共患病	204
四、鉴别诊断	204
第四节 治疗	206
一、药物治疗	206
二、心理治疗	207
第五节 病程和预后	209
<b>第十章 同胞竞争障碍</b>	<b>211</b>
第一节 同胞竞争与同胞竞争障碍	212
一、自然界中的同胞竞争及意义	212
二、人类的同胞关系与同胞竞争	214
第二节 病因和发病机制	219
一、人类正常的同胞竞争现象及发展	220
二、同胞竞争障碍的发病机制	222

第三节 临床表现、诊断及诊断标准 .....	226
一、临床表现 .....	227
二、诊断及诊断标准 .....	230
第四节 治疗 .....	231
一、父母亲的工作 .....	233
二、心理治疗和药物治疗 .....	236

①取决于遗传和环境因素的共同作用。遗传主要体现在大脑皮质和内分泌系统的成熟程度上；环境因素则表现在儿童与其生活中关系密切的人的依恋程度上。②在整个儿童时期，情绪的分化在不断增加。儿童本身能体验到的情绪活动逐渐成熟和分化，而且能用语言去形容或描述。③儿童情绪发展不断受到认知、行为结果的影响。

儿童期情绪障碍的特殊行为表现各有不同，但有某些相同的特征，大多数临床学家认为明显的焦虑是其主要表现，这些儿童比其他儿童显得更为苦恼、不愉快、易激动、害怕，或者表现为躯体功能失调。由于儿童是一个正在发育的个体，许多儿童青少年情绪障碍似乎是情绪发育阶段的突出化，还不完全构成十分肯定的质的异常。临床症状不典型，年龄越小，症状就越不典型，常常以行为障碍为突出表现，如多动不宁、发脾气、摔东西、无故哭闹、打人、自伤、学习成绩下降，甚至拒绝上学等，须注意问患儿的内心体验才会发现明显的情绪障碍。常常多种症状同时或交替出现，如强迫与恐怖、恐怖与焦虑、抑郁与焦虑等，有时3种以上的症状混合或交替出现。对儿童期情绪障碍的随访研究发现，多数儿童青少年情绪障碍患者到成年期表现正常，但也有40%~50%成年期表现神经症性障碍、人格障碍或其他精神病。

儿童青少年情绪障碍是指发生在儿童期，以焦虑、恐怖、抑郁、强迫等症状为主要临床表现的一组疾病。过去的文献多称为儿童期神经症(childhood neurosis)，由于儿童情绪的分化不像成人那样明显，所以，目前很少使用儿童神经症一词，而改称儿童青少年情绪障碍(emotional disorder)。

儿童青少年情绪障碍不同于成人的神经症，其主要区别在于：①临床表现较成人简单，往往是躯体症状或某一症状突出，自主神经系统症状明显；②学龄前儿童的情绪障碍类型难以划分，随着年龄增长，临床类型逐渐与成人接近；③儿童阶段男女患病率差别不大，少年期以后女性患病率逐渐增多；④病程多是

暂时性的,很少持续到成年期;⑤儿童期情绪障碍与成人期神经症之间没有明显的内在联系,它似乎只是情绪正常发育趋向的突出化,而不是本质的异常。

## 第二节 儿童青少年的情绪障碍

儿童青少年的情绪障碍有很大一部分不能被归类,所以被称为“儿童青少年情绪障碍”,除非已经很明显地影响了他们的日常生活、学习成绩时,才会被重视。

### 一、儿童青少年期焦虑障碍

焦虑是每个人都会体验到的自然的情感状态,是人类所共同具有的体验之一,只要人们认为有不好的事情或是威胁性的事情可能发生,就会出现焦虑。这些威胁性的事情包括身体的威胁,如可能生病、发生事故或死亡;社会的威胁,如可能被羞辱、拒绝或嘲笑;或是心理的威胁,如可能发疯、失去控制或是丧失能力。即时或短期的焦虑被称为战斗-逃跑反应,之所以这样命名,是因为它的作用在于影响机体做好准备,采取攻击的行为,或是尽快逃避危险,因此,这种情绪最重要的目的是保护人们远离危险。比如,如果一个人穿越马路时,看到一辆汽车突然朝他开过来,如果这个人一点儿都不紧张、不焦虑,可能的后果是被撞死;事实上,真正发生的是这个人的战斗-逃跑机制发挥作用,他立即跑开了,避免了危险。当然,焦虑是一种常见的反应,大多数情况下是正常的,对人类是有益处的,但当这种害怕反应异常强烈且导致回避行为,损害了正常生活时,就会成为心理障碍。

焦虑障碍是儿童少年中最常见的情绪障碍,国外研究显示儿童青少年焦虑障碍的患病率在5%~15%之间,至少5%的儿童体验到焦虑情绪。儿童早期的分离焦虑障碍、学校恐怖症多在少年期以后缓解,广泛性焦虑障碍、惊恐障碍、社交性焦虑障

碍、强迫障碍持续时间可能更长。

## 二、儿童青少年期抑郁障碍

可以肯定地说,儿童青少年和成人一样可以罹患抑郁症。只是有些儿童青少年的表现是情绪低落,有些表现为焦虑或恐惧,有些表现为行为问题,只是表现出的症状差别较大。在临床上,如果关注儿童的症状,对儿童进行一对一的定式问卷检查,会发现更多的抑郁症。

儿童抑郁症不同于儿童的悲伤和不高兴,儿童的不高兴和悲伤往往有诱发因素,所表现出来的情绪反应与诱发因素有关,经历时间短暂。儿童抑郁症是抑郁情绪与负性思维模式、兴趣丧失、躯体症状,例如动力缺乏、睡眠减少的共同存在。与表现在成人的三低症状,即情绪低落、思维迟缓和意志行为减少不完全一样,更不典型。

由于儿童抑郁症在很多方面不同于成人抑郁症,儿童抑郁症本身的特征和界限也不清楚。因此,要用发展的观点来看待儿童抑郁症:①儿童抑郁症的发作形式多样,抑郁情绪不典型,常常表现出悲伤和愤怒的混合情绪;②儿童的认知发展尚不成熟,负性思维特征不突出,例如抑郁症常见的罪恶感在儿童就不突出;③如果采用成人的诊断标准去诊断的话,则要求儿童不仅要有抑郁的体验,而且能用语言准确地把情绪体验表达出来,这些在儿童均做不到。

十多年以前,对儿童和青少年抑郁症的概念还不清楚,所用的诊断标准和评估方法也不标准,在方法学上的不同,例如样本量大小;与儿童进行面对面的访谈,还是由家长填写调查表作为诊断的依据等,使得调查出的儿童和青少年抑郁症的患病率差别很大。

近几年,由于有了 ICD-10 和 DSM-IV 的诊断标准,一致的诊断标准和类似的收集资料的方法,使得儿童抑郁症的患病率的研究有了高度的一致性。对社区的流行病学研究显示,儿童

抑郁症的患病率在 0.5%~2.5% 之间,青少年抑郁症的患病率在 2.0%~8.0% 之间。心境恶劣障碍在儿童中的患病率为 0.6%~1.7%,在少年中的患病率为 1.6%~8.0%。世界卫生组织和联合国儿童基金会(2001)的资料显示,儿童抑郁症的患病率为 3.8%,青少年抑郁症的患病率为 8.3%。顾红亮(2012)在上海浦东对 10~12 岁儿童的调查显示,该年龄段儿童抑郁症的患病率为 1.6%。

来自精神卫生机构或门诊的资料与社区的流行病学资料不一样,门诊儿童中的抑郁症患儿相当常见。Carlson & Cantwell (1980) 报告,来门诊就诊的儿童中 60% 有抑郁症状,49% 存在抑郁症状群,28% 存在情感障碍。Kolvin 等(1991)估计儿童精神科门诊,1/3 存在明显抑郁症状,1/4 存在重症抑郁。

儿童青少年抑郁症存在以下共病:品行障碍(30%)、焦虑症(40%)、学习困难(28%)、注意缺陷多动障碍(24%)、神经性畏食、学校恐怖症、功能性遗粪或遗尿(15%)。大约 15% 的患儿合并 2 种或 2 种以上的精神障碍。

### 三、儿童青少年期强迫障碍

儿童青少年强迫症有逐年增加的趋势,美国 2012 年的调查显示,学龄期儿童中强迫症的患病率约 2%。

强迫情绪是正常的,任何一个人,不管成人还是儿童都有这样的表现,如果强迫情绪引起的行为比较明显,就会出现强迫行为。儿童青少年的表现多数是反复折叠手绢、跳格子走路、沿着路沿走、睡觉以前把鞋子摆成一排等。

在儿童的不同发展阶段,常常还能观察到儿童这样或者那样的“强迫”行为,这些行为主要以重复行为和仪式化行为多见,如将枕头或被子叠放成某种形状、按一定顺序洗漱、一定要把衣服和鞋子放在固定的位置、偏好对称(如两只手分别各拿一个玩具熊)、对玩具和衣服上的小瑕疵十分注意(如因袖子上的小线头而感到不安)、喜欢以一定的次序安排事物(如坚持不

同的食物在碟子上不能互相碰到)。这些童年期行为不仅具有一定的年龄分布特征,而且还具有普遍性特征,是每个孩子都可能经历的过程。这些都提示应当从生理的角度来讨论其中的意义。

实际上,儿童青少年强迫情绪具有两个特点:①情绪是“自我”的,儿童会形容这些情绪体验是属于自己的,出于自己的感受,并不是他人所强加的,这一点就与“情感强加体验”相区别,而强加的体验往往是精神病的表现。②情绪是“冲突”的,一方面他们感到这样担心是没有必要的,只会伤害自己,但另一方面,他们没有办法克制自己的这种担忧与恐惧。

看待儿童永远都不能像看待成人那样,因为儿童处于特定的生命发育时期,无论是生理(身高、体重、性特征)还是心理(语言、情绪、认知、能力)的发育都处于逐步成熟和完善的过程。因此,儿童的情绪分化还不完善、不清晰,对自己的情绪感受很难清楚地用语言进行描述和表达。

#### 儿童青少年强迫症最主要的特征

(1)鲜明的年龄特点:与儿童的生理心理发展阶段相一致,比如:学龄前的孩子会不停地想“为什么‘妈妈’要叫‘妈妈’,不能叫别的”;长大一点儿的孩子会担心“空气中有细菌,我会不会得病”;上了学发现自己总是要把今天上课的内容回想一遍,如果有人打断就“很不开心”,就意味着读书会“不好”,因此就发脾气;男孩到了青春期开始不允许自己想“女孩子的事”,儿童青少年强迫症的表现总是与这一年龄段的基本心理特点相一致。

(2)儿童青少年的强迫症状有局限性:受神经系统发育不成熟的限制,年幼儿童习惯用具体形象思维来表达自己的想法,抽象思维和言语表达能力薄弱,因此有人认为年幼儿童强迫思维不显著,而强迫表象和复杂的仪式动作更突出,就是由于儿童还没有发展出相当的抽象思维能力。随着年龄的增长,强迫症状也会逐渐向成人接近。

(3) 儿童青少年的认知水平有限:对事物的认识也没有成人那么理性,有时甚至会出现一些奇异的想法,加上他们不能把自身真实的想法表达清楚,别人的问话也可能让他们感到不解,因此非常容易与儿童青少年精神疾病的症状相混淆。例如当儿童急于要到某个地方时,他们会说“有一把(飞天)扫帚就好了”,对一个成人来说并不能理解,其实,在儿童眼中就像哈利波特一样容易。童话、传说甚至是游戏中的人物,对儿童来说如同现实一样真实,甚至能构成生活的全部。如果不能理解他们,就可能造成误诊。陈思是一个多动的孩子,但是天生聪明的他从小学一年级开始成绩就名列前茅,直到中学,他发现老师说的,自己越来越听不明白,成绩也越来越差。有一次,张成无意间从他身边走过,陈思突然觉得就是张成把“晦气”带给了自己,让自己的成绩下降。从此,他一看到张成从身边走过,就赶快把张成碰过的地方洗一遍,把“晦气”洗干净。“晦气”是迷信的说法,成人当然不能理解,但是陈思却是典型的“强迫症”,他利用清洗的过程减低了自身对成绩下降的恐惧,如果他的“奇异想法”无限扩大,陈思就很难被他人理解了。

(4) 对自己疾病没有认知能力:用个医学专业术语来说是自知力缺乏。这一特点也与儿童青少年的认知发展水平有关,他们缺乏自我洞悉以及对自我症状的认知能力,对强迫症状带来的痛苦体验不深刻,主动求治或寻求帮助的愿望就不强烈。相对应的,儿童青少年强迫症患者缺乏反强迫意识者更多。

(5) 儿童青少年强迫症的症状没有特异性:有观点认为,儿童和少年强迫症状表现更复杂,如强迫表象、强迫触摸、强迫询问、仪式动作等形式更多,花样更多。

(6) 儿童青少年的强迫仪式中把家庭成员牵涉在内的发生率更高:强迫症患者常常要求父母反复回答一些毫无意义的问题,答案是预定的,直到回答满意为止。这种家长的高度卷入,原因在于儿童青少年的生活环境相对于成人来说更狭窄,他们可以控制的范围有限,而儿童青少年本身的能力也有限,要独立



达到一定的目的存在困难,因此需要家人的加盟。如果换一种角度来看,儿童青少年强迫症家庭成员的高度卷入性也体现了症状的功能性,通过一定的强迫模式,儿童达到了对家人的控制,或者通过这样的控制行为达到了“反控制”的目的。

(7) 儿童青少年强迫症的共病多:伴有更多不典型的症状,这些问题可以概括为内化问题和外化问题。内化问题包括不典型的焦虑、明显的恐惧感、更多躯体主诉。外化问题常见的有注意缺陷多动障碍、品行问题、攻击行为,一种突出的表现是儿童青少年在完成强迫行为或强迫仪式时,如果父母亲不能配合参与或无法确切(按照儿童青少年的意愿)完成时,儿童青少年常常出现烦躁、坐立不定、浑身不适,甚至打骂父母等行为。

#### 四、儿童和青少年分离(转换)性障碍

儿童和青少年分离(转换)性障碍的发作较成人分离(转换)性障碍少,儿童和青少年分离(转换)性障碍的群体发作较成人显得突出。

儿童和青少年分离(转换)性障碍的群体发作多发生在群体生活的儿童青少年中,如寄宿制学校、集体旅游、集中注射疫苗等场合,是儿童青少年情绪中必须关注的问题。

### 第三节 儿童青少年情绪障碍的治疗

儿童青少年情绪障碍的治疗,采用的是多模式的综合治疗策略。包括心理治疗、药物治疗、家庭干预等。

#### 一、心理治疗

针对儿童和青少年情绪障碍的心理治疗与提供给成人的心理治疗非常不同,它涉及患儿、父母亲、家庭其他成员,甚至老师。儿童青少年可能需要大量的心理帮助,但是他们很少得到帮助。