＿

＼

精神健康疾病

'

，\_



＂＂

章

．．

叽

。

，＇，

．**．**

，＇

仙

第

，

，

仆

．千

儿

比叮于，

，

尸

, “

I

II Iii

,I '

-

1

111,

' 1

g

i

L

I j

ffi

II I',

I

h“

,t .

..,

11 ”“

t . d .

. I

· '

,

\_I

ti

|

\_

.f,'

**.**. ,

I '

,

,

“ \_

1 ' L

第126节精神卫生防治概述601

精神疾病的社会现状 601

精神疾病的分类与诊断 602

精神疾病的治疗 602

第127节躯体形式障碍604

躯体变形障碍 605

转换障碍 605

疑病症 606

躯体化障碍 607

第128节焦虑障碍607

广泛性焦虑障碍609

药物或躯体疾病导致的焦虑 610

惊恐发作和惊恐障碍610恐惧症 61l

强迫症 613

创伤后应激障碍 613

急性应激障碍 614

第129节心境障碍614

抑郁症 615

双相情感障碍 620

环性心境障碍 622

第130节自杀行为623第131节进食障碍625

神经性厌食症 625

神经性暴食症 627

暴食性障碍 628第132节人格障碍628第133节分离性障碍632

人格解体 632

分离性遗忘症 633

分离性神游症 633

分离性身份识别障碍 634

第134节精神分裂症和妄想障碍635精神分裂症 635

妄想障碍638第135节性身份640

性别身份 641

性变态 642

## 精神卫生防治概述



｀

＇

第

112

11 oii

g

\_ -

精神健康（精神性或心理性）疾病包括思维、情感和行为方面的异常。生活中常会出现思维、情感或行为方面小的波动，但当这些波动影响到日常生活便被称为精神疾病或精神健康障碍。这类疾病常被认为是由躯体、精神、社会、文化和遗传等因索综合作用而引发，其产生的影响或许是暂时的也可能是终身的。

###### 精神疾病的社会现状

大约有30%~40％的成人在他的一生中会患精神疾病。其中50％以上的患者会出现中到重度的临床症

601

状。事实上，在5岁以上的人群中，致残的前10位病因中有4种是精神疾病，而抑郁症列居第一位。然而，遗憾的是，尽管精神疾病发病率高，却只有20％的患者能够接受专业诊疗。

尽管对精神疾病的认识和治疗取得了巨大进步，但是围绕着精神疾病的污名化却一直存在。例如，精神病人常因为他们的疾病而受到责备或者被认为懒惰、没有责任感。一直以来，人们认为精神疾病较之躯体疾病缺少真实感与确切诊断手段一，以致政策制定者和保险公司均不愿支付治疗费用。患者的父母们也被指责为导致他们孩子患病的罪魁祸首。人们对精神疾病患者避之不及，不愿与他们住在较近的地方，不愿一起工作和避免和

602 第10章精神健康疾病

他们接触。

当前，人们认识到精神疾病是由遗传和环境因素的综合作用引起。研究发现，一些精神疾病是因为大脑中被称为神经递质的化学物质紊乱所致。通过脑功能成像技术，如磁共振成像(MRI)和正电子发射断层摄影 (PET），提示许多精神疾病存在一定的躯体基础。研究表明，许多精神疾病由遗传因素所引发。通常，遗传易感者遭遇一些来自家庭生活，社交和工作的过度的应激后，会导致精神疾病的发作。

精神疾病与正常行为的界限有时并不十分清晰。例如，很难区分正常的丧亲之痛和抑郁障碍，人们在面临重大丧失一一伴侣或孩子的死亡时可能非常艰难。又或者，因想到工作而焦虑不安却被诊断为焦虑症难免有些偏颇，因为这是大多数人都会有的情绪。存在于某些具有人格特质的正常人与人格障碍患者之间的人格界限有些模糊。所以，精神疾病和精神健康被认为处于一个连续动态的变化中。而所谓的分界线通常是基千症状的持续时间，个性特点与过去有多大程度的改变和临床症状对患者生活影响的严重程度得到的。

非住院化

近几十年来，有效抗精神病药物的发展及人们对精神病态度的转变，精神病人离开医院回归社会巳经成为可能。随着非住院化运动的发展，人们越来越重视让精神病人回归家庭和社会之中。

已有研究显示，精神病人和其家庭成员的某些联系能够改善或加重病情。因此，家庭治疗技术已被用来对慢性病人进行干预，并有效预防复发，减少反复住院。今天，精神疾病患者的家庭比过去更多地参与到治疗中，家庭医师在促进病人康复和回归社会过程中起着重要作用。另外，住院病人也不像过去那样受到隔离和严厉的管束。他们常很快就出院，继而被转入日间治疗中心。这些医疗服务的重点是对病人进行集体治疗而不是个体治疗，病人常在夜间返回家或去社会康复训练所。由于工作人员相对较少，病人在这些机构花费也要少得多。

然而，非住院化运动自身也存在一些问题。由于那些对自身和社会没有危险的精神病人不会被强迫住院或接受治疗，许多病人变得无家可归或最终进入监狱系统。法律政策虽然是用来保护人权，但有时它也会更难向许多精神疾病患者提供必要的治疗，而这些患者中有些人因为没有得到医治会变得极端不理智。同时，无家可归者也给社会带来很多问题。

社会支持

每个人都需要一定的社交网络来满足被关注、被接受和感情上被支持的需求，尤其是处于压力的时候。已有研究证实，强大的社会支待可以明显促进躯体疾病和精神疾病的康复(.)随着社会的变革且I家庭和邻居构成

的传统社会支持体系正在消失；应运而生的是，不同的自助小组和互助团体也在社会上蓬勃发展起来。

有些自助小组，如匿名戒酒协会，匿名戒毒协会，聚焦在成瘾行为。其他一些小组则主要针对特定的人群，如残疾人互助协会和老年人互助会。另外的一些团体，如美国精神病联盟，还会为重病患者家属提供支持和帮助。

###### 精神疾病的分类与诊断

美国精神病协会于1952年出版了《精神疾病诊断和统计手册》(DSM-1)标志着第一次用标准的定义和标准对精神病进行诊断的尝试。最近于2000年新出版的DSM-IV-TR则提出一种分类方法，即尝试根据症状的描述（即由病人所说的和所做的来反映思维和感受）和病程把精神疾病进行归类。最新修订的DSM则希望按照一个连续的症状谱系来描述精神障碍，而不是把它们分成几类。

由世界卫生组织出版的《国际疾病分类》第10版－临床版(ICD-10-CM)中精神疾病诊断标准与DSM-IV-TR相似。这说明某些精神疾病的诊断已变得比较规范，并且在世界各国都很一致。

在诊断方法上也有新的进展。一些新的脑成像技术也被用诊断，如计算机体层摄影(CT），磁共振成像 (MRI)，正电子发射断层摄影(PET），后者可以测定特定脑区的血流量。这些影像技术已被用来衡量正常或异常的脑结构和脑功能，使科学家们能够深入了解精神病病人和正常人的脑功能状况。对精神疾病分类的研究，使其诊断标准变得更为严谨和精确。

###### 精神疾病的治疗

在精神疾病的治疗方面已经取得巨大的进展。通过对一些精神疾病病因的了解，有助于医生进行不同精神疾病的个体化治疗。所以，许多精神疾病可以达到像躯体疾病一样的治疗效果。

精神疾病治疗基本上可以分为躯体治疗和精神治疗。躯体治疗主要有药物治疗和电休克治疗，心理治疗方法包括个体治疗，集体治疗，家庭治疗和婚姻治疗；行为治疗（如放松训练或情景暴露疗法）以及催眠治疗。许多研究显示，对于绝大多数精神障碍，药物和心理治疗的联合应用，比单一治疗的效果更好。

精神病学家不是唯一治疗精神疾病的专业人员。其他的还包括临床心理学家，社工，护士和一些神职咨询者。但精神病学家（和一些国家的精神护理人

圣- ...

｀

第126节精神卫生防治概述 603

员）却是唯一具有处方精神类药物的专业人员。其他的 和其他非精神病专业的医生也有开处方精神类药物的精神卫生医疗者主要实施心理治疗。许多基层医疗单位 权力。 ・

精神卫生专业人员分类

｀

专业人员 培训经历 专业化程度



精神病学家 医学院毕业后接受不少于4年的精神专业 能够进行电休克治疗5开处方，有权决定患者是否住院

培训的医学博士 ， 一些医师可以进行心理治疗，一些医师只能使用药物治疗，许多医师在这两方面均可

心理学家 有硕士或博士学位，但不一定是医学博士。 可以进行心理治疗，但不能进行体格检查，开处方（某些地许多经历了博士后的训练大多数能够进行 域），或决定患者是否需要住院

心理测验，帮助诊断

精神病社会工作者，在心理治疗某些方面，例如家庭／婚姻治疗 不能进行体格检查或开处方或个别心理治疗经过了专门培训的专业人

员。常用于面向社会服务系统Q需要硕士学位但有些也是博士学位

精神科护理人员

l.

精神分析学家

具有硕士及以上学历的注册护士，并接受过 可以独立进行心理治疗，也可以在医师监督下开处方行为健康方面的专业培训

可以是精神病学家、心理学家卫或者是在精 精神分析家若同时又是精神病学家，则可以开处方，决定患神分析领域培训多年的社会工作者（这是一 者是否住院

种深人的心理治疗，需要一周几次，旨在探



药物治疗

索- 思维、情感和行为的无意识模式

有短暂性记忆丧失。然而，与人们的理解相反的是，电

大量的精神药物疗效肯定，已广泛被精神科和其他科医师接受。精神药物通常是根据其主要治疗的精神疾病的性质进行分类。例如，抗抑郁药常用来治疗抑郁症。

｀

选择性5廿T再摄取抑制剂(SSRJs），如氯西汀、舍

曲林、西猷普兰，是最新和应用最广的一类抗抑郁药。其他的抗抑郁药包括5-HT和去甲肾上腺素的再摄取抑制剂(S.NRis），如文拉法辛或盐酸度洛西汀，以及去甲肾上腺素／多巴胺类药物？如安非他酮。

抗精神病药，如氯丙嗦，氯 醇，替沃嗟吨，可以用来治疗精神分裂症等精神障碍。新的抗精神病药物（常被称为非典型抗精神病药物），如维思通、奥氮平、嗤硫平、齐拉西酮和阿立 嗤，已经成为一线用药。对经典和非经典抗精神病药物反应均不佳的精神病患者使用氯氮平治疗的有所增加。

SSRis和抗焦虑药，如氯硝西洋、劳拉西洋和安

定，不仅属于抗抑郁药物，也可用于治疗焦虑性疾病，如恐慌症和恐惧症。情绪稳定剂，如悝盐，卡马西平，丙戊酸盐等治疗躁狂抑郁性疾病（即双相情感障碍）有效。

电休克治疗

电休克治疗是用电极紧贴头部，使病人在安静状态颅部接受短暂电休克而造成抽搞发作。这种治疗对严重抑郁症有良好效果。许多接受电休克治疗的患者会

抽描治疗是安全的，很少引起严重的副作用。现代改良电抽搞治疗使用麻醉剂和肌肉松弛剂，进一步降低病人的危险。其他的脑刺激治疗方式正在研究中，如反复经颅磁刺激(rTMS)和迷走神经刺激，希望那些对药物治疗或精神治疗反应不佳的重症抑郁症患者能从中获益。

心理治疗

近年来，心理治疗方面取得很大进步。心理治疗有时也被称为“交谈“治疗。它是建立在每个人期望治愈内心痛苦前提下的，而这一治疗可以通过与治疗师建立信任、支持的关系产生效果。在共情和接纳的氛围里，治疗师能够帮助患者找出其疾病的根源，与患者探讨其他的应对方式。患者通过治疗获得的情感觉察和领悟力常带来态度和行为的变化，从而帮助他们过上更充实和满意的生活。

心理治疗的应用范围很广。即使没有精神障碍的人

群在面对诸如就业困难、亲人死亡或家庭成员患有慢性病等问题时，也能从心理治疗中获益。集体心理治疗，夫妻治疗和家庭治疗也被广泛应用。

大多数心理卫生专业人员应用的心理治疗策略属于下列六种方法之一：支持性心理治疗，精神分析，心理动力学心理治疗，认知治疗，行为治疗，人际关系治疗。

604 第10章精神健康疾病



支待性心理治疗 是最常用的一种心理治疗策略。它产生作用依赖于患者和治疗师之间建立的信任、支待的关系。治疗师鼓励患者表达他们一的感受，并提出建议以帮助解决问题。问题——焦点心理治疗作为支持性心理治疗的一种形式可能更适于初级精神卫生专业人员使用。

精神分析是心理治疗中最古老的一种形式，20世

纪早期由S. Freud创立。经典的方法是患者每周治疗 4~5次，均躺在沙发上并试图述说大脑中的各种想法，这一方法称为自由联想。治疗的重点在于了解现实生活中患者如何重复过去的关系模式。患者与治疗师之间的关系至关重要。通过了解过去是如何影响现在的，有助于帮助患者建立新的、适应性强的社会功能去应对人际关系和工作。

心理动力学心理治疗 与精神分析一样，强调区分存在于现实思维、感觉和行为中的无意识模式的反映。然而，患者接受治疗的频次只是每周l~3次，并且通常是坐着而不是躺在沙发上。除此之外，也不十分强调患者与治疗师之间的关系。

认知治疗 帮助患者发现歪曲的思维和了解这些歪

曲的思维是如何导致生活中的各种问题的。这个前提就是人们对经历的解释决定了他们的感受和行为方式。通过对核心信念和假设的认同，患者开始用不同的方式进行体验，从而症状，行为和感受都会改善。

行为治疗与认知治疗相关。有时，二者常联合应用，被称为＂认知行为治疗＂。行为治疗的理论基础是学习理论，即异常的行为源于错误的学习。行为治疗包括许多干预旨在帮助患者放弃学习适应不良的行为，而是学习良好的适应行为。暴露疗法是行为治疗之一，常用于治疗恐惧症。

人际关系治疗 最初认为是抑郁症的短暂心理治疗，现在其目的是改善抑郁症患者的人际关系质量。其治疗重点是未解决的悲伤和冲突。这些悲伤和冲突是因为患者的社会角色与其期望值不同（例如，一位妇女希望成为全职太太，却发现自己必须就业来承担家庭的开支），或者是社会角色的转变（例如，退休），或是很难与人沟通。治疗师教导患者改善人际关系的各个方面，例如克服社会隔离，减少使用习惯性的方式与人交往。

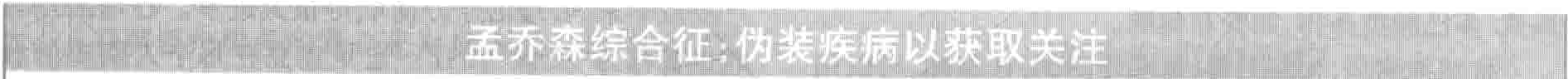
第127节 ...

# 躯体形式障碍

.,

躯体形式障碍包括几种不同类型的精神疾病。表现为患者的躯体症状或对躯体的关注均无法宪全用躯体疾

病解释；或者患者聚焦于一些轻微或不存在的不适表现。这些症状或关注导致明显的痛苦，严重影响日常生活。



孟乔森综合征并非躯体形式障碍，但两者有相似之处，即躯体疾病掩盖了精神健康问题。区别的关键是孟乔森综合征患者有意识地假装躯体疾病症状，他们重复某些症状，为了得到治疗，往返千不同医院。

然而，孟乔森综合征比单纯地伪装和模仿躯体不适复杂得多，它常说明存在严重的情感问题。本病患者通常很聪明，知识丰富，他们不仅知道如何模仿疾病，而且也熟悉各种医疗措施。他们善于获得关注以便于住

院治疗和进行更深入的检测和治疗，包括一些重要的

手术。虽然他们有意识的伪装疾病，但他们的动机和要求关注却是无意识的。

代理性孟乔森综合征是孟乔森综合征的奇怪变I

形。监护人（通常是父母）把被监护人（常是孩子）作为

—个替代病人，编造孩子的病史，或给孩子麻醉品，或将血液或细菌污染加到尿液标本中，其目的是装病。这种怪异行为的动机是一种病态的需要关注以及维持与孩子的关系。

躯体形式障碍是一个相对较新的概念，过去许多人称为心身疾病。本病中的躯体症状无法完全用某种躯体疾病解释。本病患者并非假装有病，他们确实认为自己患有严重的躯体疾病。

最常见的躯体形式障碍是躯体变性障碍、转换障碍、疑病症、躯体化障碍和躯体疼痛障碍。儿童也属于易发人群。诊断为躯体形式障碍的患者，其临床表现千差万别，其治疗方法也因人而异。

－壬

｀

－－

`

躯体变形障碍

躯体变形障碍是由外表缺陷这一先占观念所致的强烈痛苦或者影响社会；职业或其他重要的功能。

典型患者每日常会花费数小时用来担心他们的外形缺陷，这可能涉及身体各个部位。

躯体变形障碍的诊断要点是患者过度关注外表缺陷

而导致强烈痛苦或社会功能损伤。

某些抗抑郁药物和认知－行为治疗可能有帮助。

本病患者坚信自己有外形瑕疵或严重缺陷，而事实上患者本身根本不存在或仅有轻微的缺陷。本病一般起病于青少年期，男女发病率比例接近或者女性发病率较高。

 Iii.你知道吗" 重

躯体变形障碍患者可能因过分关注根本不存在或轻微的外形瑕疵而避免外出见人。

临床表现

临床症状可能逐渐出现或突然出现，病情程度变化较大，若不经治疗会持续存在。对于躯体外形缺陷的关注通常集中在面部或头部，但也可以是躯体的任何一个部位或几个部位，甚至可以是从躯体的一个部位转移到另一个部位。患者可能会关注头发的稀疏，粉刺，皱纹，伤疤，肤色，以及面部毛发或体毛过度。或者患者可能过多关注躯体某部分的形态或大小，如鼻子，眼睛，耳朵，嘴巴，乳房，腿或臀部。一些体型正常或身体强壮的人总认为自己瘦弱而强迫自己增加体重或肌肉，这种情况被称为肌肉上瘾症。

本病大多数患者很难控制自己的先占观念，以至于

每天花很多时间思考自己的躯体缺陷。许多人经常在镜子前检查自己，而一些人则避免照镜子，还有一些人在两种行为间变化。许多患者过分打扮，过分清洗皮肤，要求他人对自己保证外形没有问题，以及频繁更换衣服。大多数患者试图掩盖他们根本不存在或程度轻微的外形缺陷，如通过长胡子来掩盖自己的＂伤疤”或通过带帽子来掩盖＂稀疏＂的头发。也有许多患者通过专业美容（最常见的是皮肤科），牙科或外科手术的治疗矫正自己感觉到的缺陷，并可能重复多次。然而这些治疗收效很差并反过来强化了患者外形缺陷的先占观念。肌肉上瘾症患者可能还会服用合成的类固醇激素（如睾酮）以帮助改善形体。

因为本病患者自觉外表缺陷，可能会避免在公众

场合出现，包括去工作、学习和参加社交活动。一些

..,

第127节躯体形式障碍 605

病情严重的患者只在夜晚出门，另一些几乎不出门。这种行为可以导致社会隔离。由该病诱发的强烈痛苦和社会功能丧失会导致患者的反复住院和自杀行为。

诊断与治疗

因为本病患者不愿暴露症状，所以本病可能持续多年未被诊断。本病常需与正常的对外表关注进行区分，因前者常具有外表缺陷的先占观念，并花费大量时间关注外表缺陷且导致明显的痛苦或社会功能受损。

5轻色胺再摄取抑制剂尽管是一类抗抑郁药，但对

于本病是有效的治疗药物。针对于躯体变形障碍的认知行为治疗也是一种有效的治疗手段。

转换障碍

转换障碍是指躯体症状是由心理冲突或其他应激引起，并无意识地转换成类似神经系统的疾病。

转换障碍常表现为患者感觉一侧上肢或下肢麻痹，或

突发的触觉、视觉或听觉功能丧失。

11已诊断时常需进行大量体格检查和化验以除外临床症

状不是由躯体疾病引发。

I常用的治疗方法包括受到患者信任的医师的保证，催眠术和认知行为治疗。

转换障碍以往称为 症。是指患者将各种不适的心

理应激和冲突无意识地转换为各种各样的躯体症状。本病多发于童年末期和成年早期，但其他年龄也可发病。女性患病率较高。

临床表现

本病症状与某些神经系统受损后的临床表现相似，如一侧上肢或下肢麻痹，或部分肢体的感觉丧失，或出现癫痛及特殊感觉丧失，如视觉、听觉等。

通常情况下，本病的发生与痛苦的社会或心理事件有关。在患者的一生中本病可以单次发作也可以是零星发作，但每次发作均较短暂。如果患者住院治疗，通常2周内可以缓解。然而，仍有20%~25％的患者一年内复发，有些症状反复发作甚至转为慢性。

诊断

由于患者认为自己的症状源于躯体疾病而不愿意就诊于精神科医师或其他的精神疾病专业治疗师，所以医师对于首次发病的患者诊断困难。而且医师必须认真排除可能存在的躯体疾病。所以，只有在进行全面的体格检查和化验并排除躯体疾病后，才能作出该病的诊断。

治疗

相互信任支持的医患关系对治疗本病至关重要。最

606 第10章精神健康疾病

有效的方法莫过千首诊医师与精神科医师和其他专科的医师，如神经病学或内科学专家，联合对患者的临床表现进行评估。最终确定患者没有严重躯体疾病时，常使患者感觉很好，症状显著缓解。

常用的治疗手段如下：

·催眠治疗。患者被催眠后可以发现并学习控制导致临床症状的心理应激和其他精神疾病。

·麻醉精神分析。此类较少使用。本法与催眠术相似，但患者需接受镇静剂治疗而进入半睡眠状态。

·心理治疗。心理治疗包括认知－行为治疗对部分患者十分有效。

在治疗本病的同时若是存在其他精神疾病（如抑郁症），应一并进行治疗。



前面我们探讨了心理因素与躯体因素如何相互作 “心碎＂的体验描述为胸痛。另一些时候，躯体症状是用并影响身体健康，也就是所谓的“身心失调”。心身 对其他患者疼痛的认同。例如，当家庭成员或朋友发疾病通常是指患者出现的一些躯体症状是由心理因素 作心脏病，患者也会感觉胸痛。

所致或加重，而不是由潜在的躯体疾病引起的一类疾 由各种应激或精神症状发展为躯体症状的涉及面病，目前被称之为＂躯体形式障碍＂。然而，这类疾病并 很广，那些没有严重精神疾病的人也可能发生。只是不意味着患者有意想象或伪装躯体症状（如孟乔森综 他们的躯体症状表现轻微且为—过性。这类情况很难合征），而是患者的真实感受。 做出诊断，患者也会做各种诊断检查去排除某种躯体

除此之外，身心相互作用还表现为其他方式。 疾病。

许多社会和心理应激可使躯体疾病症状加重， 心理因素也会影响疾病过程。例如，高血压患者如糖尿病、冠心病和哮喘等。这些应激刺激可能是 可能会否认患有该病或否认疾病的严重程度。否认是各种躯体症状的始动因素，也可能使其加重或迁延 一种心理防御机制，可以缓解患者的焦虑。然而，否认不愈。 却妨碍患者接受规范的治疗。犹如高血压患者拒绝服

即使没有躯体疾病存在时，应激也会诱发躯体症 药而使病情加重。

状。一些患者的躯体症状是源于躯体对情感应激的自 一--.相反的，躯体疾病也会影响或诱发心理障碍。主反应，，犹如对恐惧的反应是心率加快，血压升高 例如，那些患有危及生命的，反复发作的，或慢性疾

一样。 病的患者通常很抑郁。而抑郁反过来又会加重躯体有时，躯体症状是心理问题的暗喻，例如患者将 疾病。 －

#### 疑病症

疑病症指患者有一种恐惧或相信患有严重疾病的先占观念，而这种感觉是在对自身正常感觉或小的躯体不适的误解基础上产生的。

患者常将机体的正常功能迹象，如肠道不适或多汗等，误解为严重的躯体疾病。

即使经反复医学检查证实没有躯体或其他的精神疾病，也不能打消患者的顾虑。

对于本病的治疗不仅需要支持性的、信任的医患关

系，也需要精神科医生的参与。

本病多发生于成年早期，男女患病率一致。临床表现

本病患者常将机体的正常功能迹象或轻微的躯体不适，如腹胀、肠鸣音加强、心跳有力、多汗、疼痛和乏力等，误解为严重的躯体疾病。患者常认真描述不适症状的每个细节，并怀疑这是某种严重疾病的征兆。例如，他们常将头痛误认为是脑部肿瘤。而患者对疾病

的担心常引起严重的焦虑。当患者过度关心自己的健康问题时，有可能会影响其正常的人际交往和工作表现。

医师的检查和保证均不能消除患者的怀疑；患者反而认为是医师没有查出自己的疾病。

部分疑病症患者也可伴发抑郁或焦虑。

疑病症常为慢性病，可持续数年。一部分患者可能反复出现。也有患者彻底痊愈。

诊断

当一个只有轻微的症状的健康人在医师保证其没有疾病时，仍重复强调症状的严重性，高度疑似患有疑病症。

当症状持续至少6个月，各种检查结果阴性和医师

保证其没有疾病，且患者的症状不能归因于抑郁或其他精神疾病，则本病诊断确立。 ．

治疗

因为患者坚信体内患有某种严重疾病，所以治疗比较困难。医师的解释和保证不能消除其怀疑。然而彼

｀

- ·

第128节焦虑障碍 607



此信任｀相互支持的医患关系对病人是非常有益的，尤其是在经常去看医师并得到医师的保证时。如果患者的症状不能有效缓解，辅助精神科医师的进一步检查和治疗、社区医师的随访关心，将取得很好的治疗效果。

使用5轻色胺再摄取抑制剂，一类抗抑郁药，可能有效。认知行为治疗也可能会缓解一些症状。

躯体化障碍

躯体化障碍是一种严重的慢性疾病，以反复发作的各种躯体不适为特征，尤其是疼痛以及消化系统、生殖系统和神经系统症状，但均不能被相应的躯体疾病所觯释。

患者的临床症状丰富（如头痛、恶心、腹泻、便秘和乏

力），且迁延数年。

患者常因躯体症状反复求医，并且进行大量的临床检查和检验，以排除可能的可以解释其症状的躯体疾病。

患者通常更易从良好的医患关系中获益。另外，也可

以对患者进行认知行为治疗。

本病有家族聚集性，女性多见。女性患者的男性亲属中有反社会型人格和药物滥用的比例较高。多数患者也可表现为抑郁、焦虑、人格障碍和过度依赖他人（依赖型人格障碍）。

###### 你知道吗.,..…

躯体化障碍患者的临床症状并非刻意伪造

临床表现

常在青少年或成人早期发病。患者有许多躯体主诉，并常使用“难以忍受“,“无法形容”或者“无法想象”等词语进行描述。

身体的任何部位均可受累，而不同文化背景中其症

状特点和发病频率存在差异。典型的症状包括头痛，恶心，呕吐，腹痛，腹泻或便秘，痛经，乏力，晕厥，性交痛和性欲缺乏。男性患者经常抱怨勃起功能障碍或其他性功能障碍。焦虑和抑郁也经常发生。

患者对获得帮助或情感支持的需要不断增加。有

时，当这些需要没有得到满足时，他们会勃然大怒。患者常因对治疗不满意而频繁更换医师以获得更好的检查和治疗。

诊断

由于患者没有意识到他们的根本问题是心理问题，所以常逼迫医师给予检查和治疗。医师通常进行多次体格检查和许多检验来明确是否有某种躯体疾病可以解释这些症状。即使患者巳经与医师建立了良好的医患关系，他们仍经常向专家咨询。

一旦医师确诊患者是心理疾病，那么就可以根据症

状丰富多彩和慢性迁延的特征将躯体化障碍与其他类似精神疾病进行鉴别。

预后

本病症状波动较大，时好时坏，常持续终生，很少完全康复。一些患者患病多年后变得更加抑郁。存在自杀风险。

治疗

的。

患者的躯体症状反映了其渴望获得帮助、引起注意和得到关心的内心诉求。这些症状可能有其他的一些目的，例如避免一些成人的责任。然而这些症状并非患者刻意编造或伪装的。患者常受这些症状困扰，使他们很难投入到愉快的目标当中。

本病治疗十分困难。心理治疗，尤其是认知行为治

疗常可使患者获益。而药物治疗常可减轻由伴发的其他心理疾病（如抑郁）引发的临床症状。

良好的医患关系可能是最好的治疗方法。患者可通过支待性的信任的医患关系获得医疗关注、定期的随访和缓解症状，使患者避免不必要的诊断或治疗措施。但是，医师必须警惕，病人有可能患真正的躯体疾病。

第1128节

## 焦虑障碍

焦虑障碍是一种痛苦状态，慢性而且波动性的紧张不安，这种不安与个人的处境不相称。

｀

焦虑障碍的患者常表现为大汗，憋闷或头晕，心动过速，颤抖和逃避某种情景。

608第10章 精神健康疾病

焦虑障碍的诊断常依赖特定的诊断标准。

药物治疗，精神治疗或两者联用均可从根本上帮助大多数患者。

焦虑是对威胁和心理卢激的正常反应，每个人都有这种经历。正常的焦虑有一个恐惧的来源并是一种重要的生存本能。当人面临一个危险的情况，焦虑可引发战斗或逃跑反应。伴随这个反应机体产生一系列生理机能改变，如增加向心脏和肌肉血供，提高机体能量代谢，增强力量以应对威胁生命的情况，如躲避猛兽的侵袭或迎战对手。然而，当焦虑在不适当的时间出现并频繁发生，或程度强烈并长时间持续以致影响正常生活时，这种焦虑状态被视为疾病状态。

焦虑障碍比任何其他精神疾病更普遍。在美国有 15％的成年人患此病。然而，焦虑障碍常被患者或医务工作者所忽略，所以很少获得治疗。

病因

焦虑障碍的病因并不十分清楚，躯体和心理因素均可能参与疾病形成。因为焦虑障碍在一些家庭中发病率高，所以遗传在发病中有一定作用。焦虑在心理水平上被看做一种对外界应激（如重大关系的破裂或暴露于威胁生命的灾难）的反应。当一个人的应激反应过度或被某些事件淹没，焦虑障碍就可能发生。例如，一些人觉得在公众场合说话令人兴奋，而另一些人却感到害怕，并变得紧张不安，出现诸如出汗，恐惧，心率加快和颤抖等症状。因此，后者即使面对很少的人也可能尽量避免讲话。

焦虑障碍也可以由躯体疾病或药物引起。例如，甲状腺功能亢进或肾上腺功能障碍（如嗜铭细胞瘤）可引起焦虑。某些药物也可引起焦虑，如皮质醇激素，可卡因，安非他命，麻黄碱，以及过量的咖啡因。大量饮酒或使用某些镇定药物也可能是诱发焦虑障碍的原因。在老年患者痴呆是焦虑的常见原因。

临床表现

焦虑障碍可以突然发生如惊恐障碍，也可以经过数分钟，数小时或数天逐渐发生。焦虑持续时间长短不一，从儿秒到几年。焦虑强度有轻有重，从只表现为难以察觉的不安到出现呼吸困难，晕厥，心跳加快和颤栗等反应的惊恐发作。

焦虑障碍使患者痛苦不已并严重影响正常生活，以至于最终导致抑郁。焦虑障碍患者（除去非常特定的恐惧，例如害怕蜘蛛）同时患抑郁症的几率是无焦虑患者的2倍以上。有时候，抑郁是首发症状，焦虑障碍随之伴发。

诊断

焦虑障碍的诊断主要是根据其临床表现。每个人耐受焦虑的能力不同，决定了过度焦虑的界限可能是不同

的。诊断依靠特定的诊断标准，主要依赖患者的临床表现，并除外其他引发类似症状的疾病。

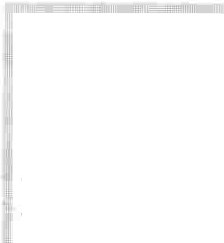
医生常需询问其他家庭成员是否有类似的焦虑障碍的临床表现。焦虑障碍的家族史（除了创伤后应激障碍）可能有助于医师的诊断。另外，常规体格检查以及血液和其他实验室化验检查可能有助于发现导致焦虑障碍的原因。

###### 你知道吗…．．．

焦虑障碍是最常见的精神健康疾病。焦虑障碍患者比其他人更易患抑郁症。

治疗

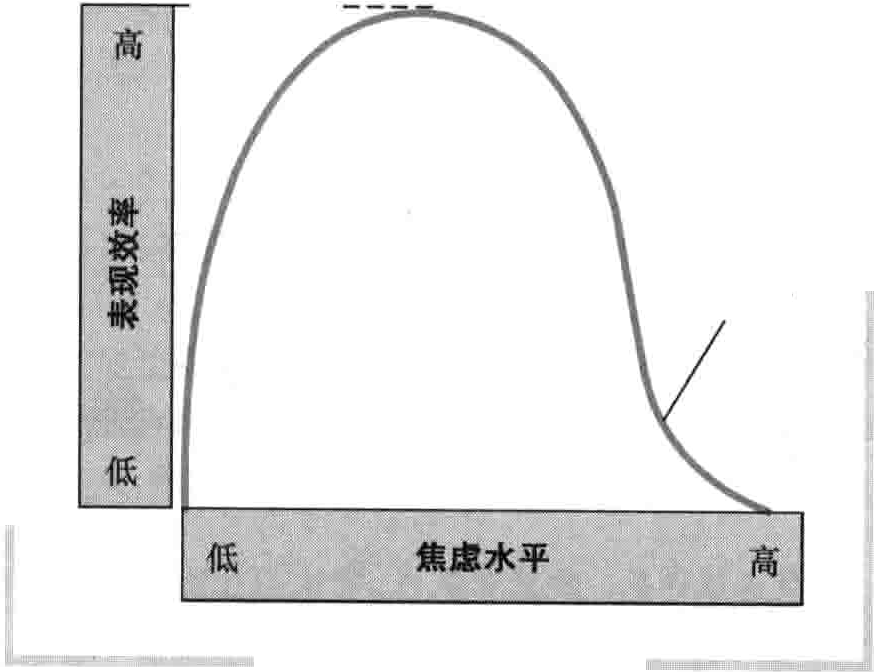
明确诊断十分重要，以便于采用不同的治疗方法纠正不同类型的焦虑障碍。另外，焦虑障碍必须与其他精神疾病伴发的焦虑状态进行区分，已选择适当的治疗方法。就焦虑障碍而言，药物治疗或心理治疗（如行为治疗），单独治疗或联合治疗，均能减轻大多数患者的痛苦和功能不良。

 II -L,.--

###### 焦虑如何影响 人们的行为表现？

焦虑对行为表现的作用可以用一条曲线来  表示。行为表现效率会随着焦虑水平的提高而

提高，但达到一个最高点后则会随着焦虑水平的进一步提高而开始下降。在曲线最高点之前，焦虑是积极适应性的，它帮助人们准备应付危机和提高他们的功能。超过顶峰之后，焦虑被认为是适应不良的，因为它可使人产生痛苦



并损伤他们的功能。

平

－－－－－＿」

无法应付

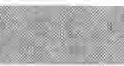
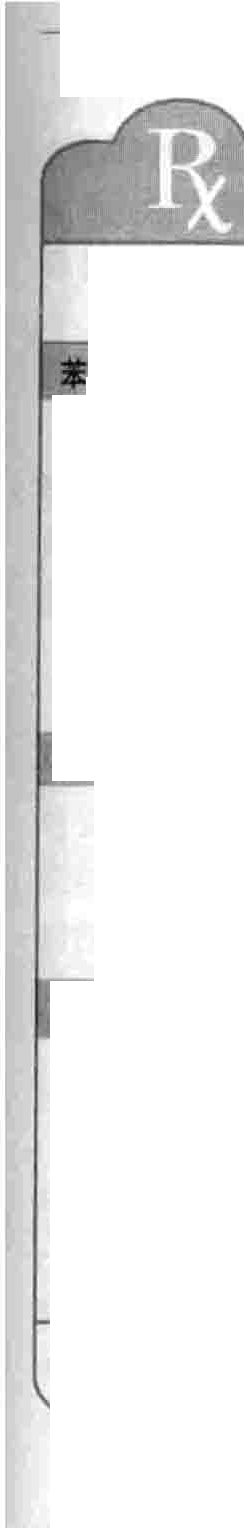
-==-

｀

, T

｀

第l28节焦虑障碍 609





药物 临床应用 副作用 备注



二＿氮革类f冷

阿普陛仑氯氮草氯硝安定氯氮

地西洋劳拉西洋奥沙西洋

主要用于抗焦虑可用于恐慌症 也适用于恐惧症

．玄＇， 各怂 贮您碗 蔡移1: ·"'嗜 补“心：



嗜睡，共济失调，反应迟缓 最常用的抗焦虑药物



可能产生药物依赖 通过减少脑区神经活性而使精神和躯体放松起效快，有时可在1小时内起效

不适用于酒精成瘾患者

丁蠕环嗣

抗抑郁药..

选择性5－胫色胺再摄取抑制剂（如帕罗西汀）

肾上腺素／5-轻色胺再摄取抑制剂（如度洛西丁和文拉法辛）

单胺氧化酶抑制剂

三环类抗抑郁药（如氯米帕明）

．不同抗抑郁药其临床适应证不同

主要用于抗焦虑

—面 · ·

主要用于抗焦虑用于抗恐慌症 用于抗恐惧症 用于治疗强迫症

也适用于创伤后应激

障碍

户．．

晕厥，头痛

髦

5

恣

书 疼

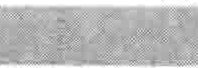
不会引起困倦或与酒精产生相互作用

不会引起药物依赖

起效缓慢，可能需要数周

沁衣

众

###### 广泛性焦虑障碍

广泛性焦虑障碍包括整天对各种活动和事情的过分紧张和担心（持续6个月以上）。

总体上很焦虑并且担心的主题不断变换。

诊断该疾病时，除焦虑外还需具备其他症状（如难以集中注意力）。

常需联合药物治疗（常使用抗焦虑药，有时也可使用抗抑郁药）和心理咨询进行治疗。

广泛性焦虑障碍普遍存在；成人的每年发病率大约是3%。女性发病率是男性的两倍。本病的症状经常始于儿童或青少年时期，但也可以始于任何年龄阶段。对大多数人而言，本病症状时有波动，或持续加重（特别是应激状态时），可以待续数年。

临床表现和诊断

广泛性焦虑障碍的患者常常感到担心或苦恼，觉得很难控制自己的情绪。这个担忧的严重程度、频率、或持续时间明显高于环境本身可能导致的焦虑状态。导致焦虑的原因广泛并且不断变化主题，主要包括工作任务，经济，健康，安全，汽车修理和繁琐日常琐事。

诊断广泛性焦虑障碍时，患者不仅要具备担心或焦

虑的体验而且需具备以下三个或以上的症状：

·坐立不安

·容易疲劳

·注意力不集中

·易激惹

·肌肉紧张

·睡眠紊乱

治疗

最理想的治疗是联合使用药物治疗和心理咨询治疗。心理咨询有助千找到导致焦虑的根源和应对的方式。

抗焦虑药物如苯二氮草类在临床上常常使用。但是，因为长期使用苯二氮草类可能导致药物依赖，所以，停药时必须逐渐减量而不能突然停用。权衡苯二氮草类 药物可以缓解症状，其轻微的不良反应和可能的药物依赖就不重要了。

丁螺环酮是另一类治疗广泛性焦虑障碍的有效抗焦虑药物，但它对部分患者有效。它不会导致药物依赖。但它起效缓慢，需服用两周或更长时间才开始发挥作用，而苯二氮草类在1小时内就可以起效。

一些抗抑郁药，如文拉法辛，帕罗西汀，和选择性5-轻色胺再摄取抑制剂也对广泛性焦虑障碍有效。这些抗

610 第10章精神健康疾病

－ － －一一

抑郁药起效较快，有时仅仅在使用几天就开始发挥抗焦

常伴有躯体症状。

虑作用。患者早期可能联合应用苯二氮草类和抗抑郁

惊恐发作诱发的躯体症状包括胸痛、呼吸困难、头晕、

药，随着抗抑郁药逐渐起效可将苯二氮草类药物逐渐减量直到停用。

中草药如卡法胡椒和缅草属植物好像有抗焦虑作用，尽管其治疗焦虑障碍如广泛性焦虑障碍的有效性和安全性还需要进一步研究。

认知－行为治疗对广泛性焦虑障碍是有帮助的(>患者通过认知行为疗法学会发现导致焦虑的根本原因，并学习控制自己的情绪以及调整自己的行为。放松，瑜伽，冥想，运动和生物反馈技术也可以有一定的帮助。

药物或躯体疾病导致的焦虑

焦虑可由躯体疾病或药物的使用或戒断症状引起。引起焦虑的躯体疾病包括：

大脑和神经系统疾病，如头部创伤、颅内感染或内耳疾病；

心血管系统疾病，如心力衰竭和心律失常（心律不齐）；

内分泌疾病，如肾上腺功能亢进或甲状腺功能亢进；呼吸系统疾病，如哮喘和慢性阻塞性肺病(COPD)。

甚至发热也可以引起焦虑。能引起焦虑的药物包括：

-

·酒精；

·兴奋剂；

·咖啡因；

·可卡因；

·许多处方药如茶碱（如治疗哮喘时）；

·一些非处方的减肥药，如那些含有瓜拉那、咖啡因成分或两者兼而有之的成药。

某些药物突然中断使用时会导致焦虑，如苯二氮罩类药物。

濒死患者常因恐惧死亡，疼痛和呼吸困难而出现焦虑。

治疗

治疗的主要目的是去除病因而非纠正继发的焦虑症状。通过治疗躯体疾病或停药时间足够、药物戒断症状消失时，焦虑障碍常会自行缓解。

如果纠正原发因素后焦虑症状仍持续存在，可考虑使用抗焦虑药物或心理治疗（如行为治疗）。而对于垂死的病人应尽量使其避免经历强烈的焦虑状态，常可选择强效镇痛药联合有效的抗焦虑药物（如吗啡）治疗。

惊恐发作和惊恐障碍

惊恐是指起病急骤、持续时间短而强烈的焦虑障碍，

恶心和气短等。

本病的诊断依据包括患者对惊恐发作的描述和对未来发作的恐惧。

常用的治疗方法包括抗抑郁药物、抗焦虑药、暴露治疗、认知－行为治疗和支待性心理治疗。

惊恐发作可见于多种焦虑性障碍，往往是对诱发焦虑障碍的因素做出的特殊的境遇性反应。例如对蛇恐惧的患者在遭遇蛇时可以出现惊恐发作。但是，这种特殊境遇诱发的惊恐作不同于自发性无诱因惊恐发作，后一种情况被称为惊恐障碍。

惊恐发作比较常见，每年均有10％以上的成年人出现惊恐发作。就惊恐发作和惊恐障碍的发病率而言，女性是男性的2~3倍。绝大多数人不需要治疗就可以从惊恐发作中自然恢复；部分可发展为惊恐障碍。惊恐障碍的每年发病率为2％，常在青少年晚期或成年早期发病。

临床表现

惊恐发作至少包括突然发生以下症状中的四项：

·胸部疼痛或不适

·窒息

·眩晕、步态不稳或晕厥

·害怕死亡

·害怕“发疯”或失控

·非真实感、对环境陌生或隔离感

·发热或寒战

·恶心胃痛或腹泻＿

·麻木或针刺感

·心悸或心动过速

·呼吸急促或窒息感

·出汗

·震颤或发抖

惊恐发作的症状常常在十分钟内达到高峰，持续几分钟就开始消失，除了患者为下一次发作而担心的焦虑状态外，医师很难观察到其他任何症状。由于惊恐发作没有明显的原因，具有不可预测性，特别是患者经历的惊恐发作作为惊恐障碍的一部分时，因此患者可能经常猜测和担心下一次发作一一被称之为预期性焦虑——而尽量避免去那些他们曾经出现过惊恐发作的地方。

由千惊恐发作症状涉及许多重要器官，患者经常担心患有心、肺或脑等严重的躯体疾病而到诊所或医院就诊。然而，如果惊恐发作没有被及时发现和诊断，则会导致患者进一步担心疾病加重并演变为不治之症。虽然惊恐发作会带来躯体不适感——有时甚至十分严重——但本病并不会危及生命。

惊恐障碍的诊断依据是患者至少经历两次无诱因的或不能预料的惊恐发作，而且伴随持续一个月以上的对

`”L

｀

第128节焦虑 碍 611

下一次发作的恐惧。不同患者惊恐发作的发病频率有明显差异：一些人可能每周甚至每天均有发作并持续数月，而另一些人则是发作数天后数周或数月未再发。

###### 你知道吗·

尽管惊恐发作是常出现心脏和／或其他重要器官不适症状，但本病并不危及生命。

治疗

部分患者不需要正规治疗就可自行恢复；而另一部分患者，惊恐障碍可能时好时坏并迁延数年。

如果患者理解本病的病因包括生理和心理两方面，而且其治疗必须针对这两个方面时，那么他们更容易接受治疗。药物治疗和行为治疗常可控制这些症状。

药物治疗：治疗惊恐障碍的药物包括抗抑郁剂和诸如苯二氮草类的抗焦虑药物。绝大多数抗抑郁剂一—三环类抗抑郁剂，单胺氧化酶抑制剂(MAOI)和5-HT再摄取抑制剂(SSRJs)-—廿邑有效的。相较于抗抑郁药物，苯二氮草类起效更快但可引起药物依赖并容易引起嗜睡、协调性损害和反应时间减慢一。5-ITT再摄取抑制剂 (SSRist与其他药物相比治疗效果相似但不良反应少，故常作为首选治疗药物。例如，尽管该类药物(SSRis和

SNRJs)骤然停药后会出现持续一周或更久的不适症状，龟爹

但很少引起嗜睡。治疗初期常会联用苯二氮罩类药物和一种抗抑有胖引勿；随着抗抑郁药物逐渐开始起效，就逐渐将苯二氮罩类药物减量直至停用。

有效的药物治疗可阻止惊恐发作或大大缩减发作次数。因为惊恐发作常在停药后复发，故药物治疗的周期较长。

心理治疗：暴露治疗经常有助于减少恐惧。作为一种行为治疗方式，暴露治疗将患者反复暴露于任何能激

信息包括疾病本身的信息，治疗的一般情况，改善症状的希望和良好医患关系带来的支持等等。



不同于逐渐暴露于焦虑源（此过程称为相互抑制）的系统脱敏疗法，暴露治疗是有目的地产生焦虑

（尽管有时焦虑并未发生）。利用反复暴露千引起惊

恐的事物或场景（可以是文字资料或想象的方式），让患者反复经历焦虑，直到对诱发焦虑的事件恐惧感消失为止。这个过程称为习惯形成。

两种不同的暴露治疗方法是：冲击疗法和逐级暴露法；

冲击疗法是指在1 ~2h内达到患者产生焦虑的刺激；逐级暴露法是指给患者—个渐进性刺激，控制患者暴露时长和频率。

这两种方法都是首先从最可怕的刺激开始。这与系统脱敏疗法首先从引起惊恐最小的刺激开始不同。

#### 恐惧症

恐惧症是指对特定场所、外界环境或事物强烈的持续的与现实不符的担心和恐惧。

因为患者常不自觉的逃避诱发焦虑的活动和场所，所以由恐惧症引发的焦虑常会影响日常生活。

本病的诊断主要依赖临床表现。

治疗方法包括暴露治疗、认知－行为治疗和药物治疗

（例如抗抑郁药物，对于某些恐怖症也可使用苯二氮罩类药物）。

患者常逃避诱发焦虑和恐惧的场景以减轻不安。然

发惊恐发作的情景或事物，一直持续到患者在面对以往

，

导致焦虑的情景时不再感到焦虑为止。另外，对于那些害怕他们在发作时晕厥的患者，可以采用一种练习进行治疗一一让他们坐在一个旋转的椅子上或很快呼吸（过度通气）直到出现晕厥症状。通过该练习使他们明白在惊恐发作时晕厥并不会真的发生。而浅慢的呼吸练习

（呼吸控制）有助千治疗那些倾向于过度通气的患者c

认知行为治疗也有助于治疗。患者常需谨记以下几点：

·不要试图逃避那些诱发惊恐发作的情景或因素。

·意识到他们的恐惧是没有根据的。

·当惊恐发作可尝试用浅慢呼吸或其他的方法使自己放松。

支持性心理治疗（包括教育和咨询）也是一种有效的治疗方式。因为治疗者可向患者提供疾病相关的全面

而，本病患者也相信自己异于正常的焦虑反应是一种病

态反应。

广场恐怖症

广场恐怖症是指患者担心被某些处境或者没有轻松脱险途径的场所困住，如果焦虑和惊恐进一步发展，患者常常回避这些场所。

本病的年患病率女性约为约4％，男性约2%。绝大多数患者常起病于20多岁，很少在40岁以后发病。

广场恐怖症原意是指对广场的恐惧，但更常用来描述患者害怕处于人群嘈杂的难以逃避或无法避免的场所。容易诱发广场恐怖症焦虑或恐惧情绪的场景包括：

·银行或超级市场排队；，

·坐在一个戏院或教室的长排中间；

·坐公共汽车或飞机。

612 第10章精神健康疾病

一．一

一些患者在特定场合经历惊恐发作后发展为广场恐怖症；而另一些患者在这些情况下仅仅感到不舒服，可能绝不会或很少发生惊恐发作。广场恐怖症经常影响日常生活，严重的患者甚至不敢出门。

治疗

广场恐怖症如果不进行治疗，病情波动明显，时重时轻；或因病人自已进行一些个人行为治疗而自行缓解。

暴露治疗作为一种行为治疗方式是广场恐怖症最好的治疗方法，对90％以上患者有效。该方法是让患者反复暴露于任何能引发强烈焦虑发作的情景或事物中。通过暴露治疗，患者逐渐认识到焦虑的产生是由于自己异常的想法，并学会控制这些想法，进而调整他们的行为。一些抑制中枢神经系统的物质，如酒精或大剂量的抗焦虑药，可以影响行为治疗效果，故必须在开始治疗前停止使用。

如果广场恐怖症患者同时合并严重的抑郁症或惊恐发作，则需接受抗抑郁药物治疗。

社交恐惧症

社交恐惧（社交恐惧症）是指暴露于一些社交或公开场合时引发严重焦虑或恐惧的精神疾病，经常导致回避社交。

人类是社会动物，在社交环境中从容地与他人相处

的能力将会影响到生活的许多重要方面，包括家庭，教

一．

对于以上两种社交恐惧症患者，使他们产生焦虑的根源是担心自己的表现不能像预期的那样完美而使其觉得尴尬和窘迫。

治疗

社交恐惧如果不治疗将持续存在，导致许多人回避那些他们不喜欢参加的活动。

暴露治疗对于减轻社交恐惧是一种有效的行为治疗方式，是指将患者反复暴露于任何能引起强烈焦虑发作的情景或事物。但使患者长时间暴露于令其恐惧的某种场景，并逐渐适应或从容自如并非易事。例如，一个害怕在老板面前说话的人并不能适应很多类似聚会和与老板交谈的训练。此时常可采用场所替代的方法，如让患者参加“会议主持训练班”（一种为当众说话出现紧张的人提供服务的组织），或在疗养院患者前进行阅读训练。

社交恐惧症患者的药物治疗可选用抗抑郁剂如选择性5-HT再摄取抑制剂(SSRis)和单胺氧化酶抑制剂 (MAOls），以及抗焦虑药。很多人利用酒精作为社交润滑剂，但一些入易导致酒精滥用和依赖。6－受体阻滞剂常用来缓解患者因焦虑带来的心率加快、颤抖和出汗等症状，但并不能纠正焦虑状态。

### 一些常见的恐惧症



育，工作，娱乐，约会和交友等。

一般人对参加聚会或其他会暴露在公共场合的事情都会感到轻微紧张，但社交恐惧患者常会产生严重焦虑而导致他们回避社交场合或痛苦地忍受。约13％的人在一生中会出现社交恐惧；其年发病率在女性约为9%'男性约为7%。男性较女性更容易发生严重的社交焦虑，即回避性人格障碍。有些人天生害羞，早年表现为害怕见人，后来发展为社交恐惧。另一些患者则是由于青春期在社交场合经常出现焦虑而后来患此病。

社交恐惧症患者常过分关注自己在公众场合的表现或动作是否适当。他们常担心自己有十分明显的紧张情绪——如出汗、脸红、呕吐、颤抖或声音战栗；也担心自己处于在公众面前无所适从或忘词的尴尬状态。

一些社交恐惧与特定的表演境遇相关，即仅仅在一个人必须当众表现某种行为时才出现焦虑，而独自进行同样的行为时则不会出现焦虑。常见的诱发本病的境遇

包括：

 恐惧症

恐高症

灰尘恐惧症 ＂、

“ 匡

闪电恐惧症

飞行恐惧症端恐惧 电恐惧

幽闭恐惧症

女性生殖器恐惧症

立交桥恐惧症恐水症

牙医恐惧症鬼魂恐惧症恐恐怖症芦笋恐惧症

数字十三恐惧症注射恐怖症

动物恐惧症

定义

·I ',』'-

.',

害怕高处－"""'it:T "'°:i.;-.,.,....\_:'""''

害怕灰尘

害怕闪电害怕”飞行

害怕针头、大头针或其他很尖的事物害怕雷电

害怕有限空间

害怕女性生殖器

害怕立交桥

害怕水 ＿＿＿

害怕牙医

害怕鬼魂

担心恐怖发生或发展为恐怖症害怕芦笋

害怕所有与十三相关的数字

害怕注射

害怕动物（通常是蜘蛛，蛇，或老鼠）

- - -l l-

·当众演讲；

·当众表演，如在教堂朗读或弹奏乐器；

·与他人一起进餐；

·在公证人面前签署文件；

·使用公共浴室。

还有一种比较广泛地社交恐惧症是指在任何社交场所均会出现严重的焦虑。

申目前有500种以上的恐怖症，可在恐怖症名录网站查询。

绝大多数为少见疾病

特定恐惧症

特定恐惧是指对特定事物或情景不合理的害怕。 特定恐惧作为焦虑障碍的一种类型，尽管十分常见

但临床症状却较其他类型焦虑障碍轻。本病发病率女性

为13％而男性为4%。

．．．士＝鲁．

｀

－ －－ －

，

－ 广广

第l28节焦虑障碍 613

一些特定恐惧很少影响日常生活，而另一些却可能会严重影响一个人的正常生活。例如，城市居民怕蛇但却因很少有机会遇到蛇而不会给生活带来麻烦。然而，害怕小而密闭空间的城市居民（如电梯恐惧症）在日常生活中则会经常面临特定恐惧带来的尴尬。

一些特定恐惧可能在早年发病但随着年龄的增加而

逐渐消失，如害怕大的动物，怕黑，或陌生人等。另一些特定恐惧症则可能在中老年才发生，如害怕嗤齿类动物，昆虫，风暴，水，高处，坐飞机，或密闭空间等。

至少5％的人对血液，注射或伤害有某种程度的恐惧。这些患者由于心率和血压的下降确实可能晕厥，而这很少发生在其他类型恐惧症和焦虑障碍患者身上。相反，许多恐惧症和焦虑障碍患者有过度换气，这使他们感到好像要晕厥，尽管实质上他们绝不会晕厥。

治疗

特定恐惧患者常选择躲避恐惧对象或场景的方式。这类患者接受治疗时，暴露疗法常作为首选。尽管治疗过程中专业治疗师并非必需的，但专业治疗师能确保适当的治疗实施。恐血症或尖端恐惧症患者也可以通过暴露疗法获得良好疗效。例如，对于恐血症患者可以先将针头逐渐接近他的静脉血管，当出现心率下降时再把针头移开；重复该过程直至他在面对抽血时心率不再下降，从而避免抽血时晕厥发生。

对于特定恐惧症患者，药物治疗收效甚微。然而，苯．二氮草类（抗焦虑药）可以帮助患者（如恐飞机症）短期

内控制恐惧症。

·为了避免污染而去反复洗手或刷擦；

·为了消除疑虑而反复检查（例如反复检查以防止未关

rl) ;

·为了防止丢失而反复储存；

·为了避免攻击某人而回避某人。

大多数强迫行为是能被发现，如反复洗手或为了确保门锁好而反复检查等。而其他一些强迫行为并不易被发现，如反复计数或为了消除危险而不断喃喃自语的提醒等。强迫观念并不总是伴随强迫行为。

大多数患者能意识到他们的强迫观念与真实的风险不符，因而他们的强迫行为可能是无效的。因此，强迫障碍不同于精神障碍，后者的想法常完全脱离现实。强迫症也不同于强迫性人格障碍，后者常具有特定的个性素质基础（如完美主义者）。实际上，强迫症患者明白他们的强迫行为超出了正常范围甚至是古怪的，因而常担心陷入窘迫状态或被指责。所以他们的强迫行为常具有隐蔽性，为此不惜每天花费数个小时。

大约1/3的患者确诊本病时会发现伴有抑郁症。总的说来，有2/3的患者在某段时间会出现抑郁情绪。

你知诮吗`编,., ..

 大多数强迫症患者明白他们的强迫观念和行为是不理性的。



治疗

强迫症

强迫症的特征是患者不自觉的反复出现能够引发焦虑的侵入性想法、影像或冲动，这些想法、影像或冲动可能是愚蠢的、古怪的、丑陋的、甚或可怕的；而且患者同时控制不住地做某些事情以期缓解强迫性想法引起的焦虑不安。

绝大多数强迫性行为与对伤害或危险的过分关注相关。

常用的治疗方法包括暴露治疗（强迫行为的治疗）和抗抑郁药物治疗。

强迫症在男女中发病率相同，患病率约为2%。儿童也可发病。

强迫症通常与对伤害、风险或危险的关注有关。常见的强迫行为包括：

·担心污染（如担心接触门把手而引起疾病）；

·多疑（例如外出时担心家门没有锁）；

·担心丢失；

·担心情绪失控和伤害某人的身体。

95％以上的强迫症患者常强迫自已进行一些重复的有目的的意向明确的例行动作，而这些行为往往是为了预防相应强迫观点的发生，如：

暴露治疗是治疗强迫症的有效方法。暴露治疗是指使患者反复暴露于引发强迫观念、行为或不适感觉的某些场景或人，同时禁止患者实施强迫行为。通过反复的暴露治疗，患者的不适或焦虑情绪逐渐消失，从而使患者明白自己的强迫行为对于减轻由强迫观念引发的不适感是无效的。患者在接受正规治疗后，通过掌握这种自助方法并持续应用在日常生活中通常可使病情改善维持数年。

药物治疗主要包括选择性5-HT再摄取抑制剂（如 西汀）和氯丙咪嗦（一种三环类抗抑郁剂）。许多专家相

信行为治疗和药物治疗的联合是强迫症最好的治疗方法。精神动力学心理治疗和精神分析对于强迫症一般而

言可能效果不佳。

创伤后应激障碍

创伤后应激障碍(Posttraumatic Stress Disorder,PTSD)

是一种对创伤事件反复的闯入性的回忆。

威胁生命或严重的创伤事件可诱发强烈的长时间的悲痛。

患者可能反复体验创伤事件、做噩梦，因此常躲避可能使其想起创伤事件的事物。

治疗方法包括心理治疗（支持治疗和暴露疗法）和抗

614 第10章精神健康疾病

抑郁药物。

亲身经历或亲眼目睹威胁生命或带来严重创伤的事件会使当事人陷人极度恐惧、无助或惊骇的情绪中，即使在事件结束后这种影响也长期存在。

可导致创伤性应激障碍的事件包括：

·在战争中参与战斗；

·亲身经历或亲眼目睹性侵犯或身体攻击；

·经历自然（如腿风）或人为（如严重的车祸）的灾难。有时症状在创伤发生后数月甚至数年才发生。慢性

创伤性应激障碍是指相应症状持续3个月或更长CI

至少8％的人在他们一生中某个时候包括儿童时期可能发生创伤后应激障碍。许多遭遇或目击创伤性事件的人发生创伤后应激障碍，如老兵，强奸或其他暴力行为的受害者。

临床表现

创伤后应激障碍患者不愉快的记忆反复出现，不断重现创伤性事件。这些情景常以噩梦或闪回的形式再现。当患者遇到能使他们回忆起原来的创伤性经历的事件或场景时，会诱发强烈的痛苦。常见的能够唤醒患者创伤性记忆的事件如：创伤事件的周年纪念日；在被持枪抢劫后看到一支枪；在溺水事件后处千一只小舟上。

创伤后应激障碍患者试图永远逃避能唤起创伤的 ”提醒者”。他们试图逃避一切关于创伤性事件的思考感情或交流；设法回避能够唤起创伤性记忆的行动、场景或人。这种逃避有时也表现为对某个特定创伤事件的记忆丧失（遗忘症）。患者容易出现情感反应的麻木和衰退以及醒觉提高（如难以入睡、对危险信号敏感或容易惊醒）。本病患者中抑郁症状普遍存在，表现为对以前喜欢的活动兴趣减退。患者常易自责，例如他们活了下来，别人却没有。

治疗

创伤后应激障碍的治疗包括心理治疗（包括暴露疗法）和药物治疗。因为创伤性记忆常诱发严重的焦虑情绪，故支持性心理治疗也是一种重要的治疗方式。治疗师通过开放的移情和同情来认识患者内心的巨大伤痛，

不仅使患者明白他们的反应是有意义的，而且鼓励患者面对自己的记忆（是暴露疗法的一种形式）。通过教会患者控制焦虑的方法，使患者能够把这些痛苦的记忆调节和整合为他们人格的一部分。

心理治疗能帮助那些有负罪感的患者理解他们自我折磨的根源，从而摆脱负罪感。

药物治疗常选用抗抑郁药物，特别是选择性5-HT再摄取抑制剂(SSRis），三环类抗抑郁剂，和单胺氧化酶抑制剂(MAOis)的使用可使患者获益。

慢性创伤后应激障碍不易康复，但随着时间的推移即使没有得到治疗焦虑情绪也会相对减轻。然而，仍有部分慢性患者因本病出现严重的心理障碍。

###### 急性应激障碍

急性应激障碍是指在严重创伤性事件后很快发病，出现短暂的闯入性回忆。本症类似创伤后应激障碍，但本病起病急骤，在创伤事件后4周内即可出现症状，持续时间仅为2天至4周。

急性应激障碍患者的特征是曾经历可怕的事件，并对创伤经历反复回忆体验，回避任何使其想起创伤事件的境遇，伴有严重的焦虑情绪Cl临床表现至少符合下列症状中的三条：

·麻木、超然感或缺乏情感反应

·对环境感知降低（如处千茫然状态）

·对事物的非真实感

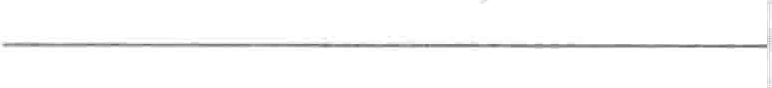
·对自我的非真实感

·不能记忆创伤事件的重要部分

急性应激障碍的患病率仍不清楚。创伤性事件越严重，发生急性创伤应激障碍的可能性越大。

治疗

很多患者离开创伤性境遇后即可很快康复。同样，给予患者一定的理解、同情，让其有机会诉说自己的经历和反应，均可以帮助其康复。一些病人通过多次诉说自身经历可以显著减轻症状。

!I;第129节II

## 心境障碍

心境障碍是一类情感紊乱的精神疾病，包括长期的过度悲伤（抑郁）和过度欣快（躁狂）。抑郁症和躁狂症代表着心境障碍的两个极端。

心境障碍有时被称为情感性疾患。情感是指通过面部表情和姿势表现出来的情绪状态。

悲伤和欢乐不同于表现为心境障碍的抑郁症和躁狂

.,一－

｀

＿吵－

｀

1 -

第129节心境障碍 615

症，是日常生活正常的情感组成。悲伤是对丧失、失败

失望创伤和灾难的自然反应，是一种有益的心理防御，使个体从愤怒和不愉快的境遇中摆脱出来，从而尽快恢复正常情绪。

悲伤或者哀伤是对失去亲人或分离的最常见的正常

反应，如失去所爱的人、离婚、失恋时。一般情况下，哀伤和丧失不会引起待续的影响日常生活的严重抑郁状态除非个体本来就易患心境障碍。

##### 你知道吗 ,.

约有六分之一的美国人存在需要专业治疗的抑郁障碍。

愉悦或兴高采烈的感觉通常和取得成功和实现目标有关，有时候，也是对抑郁的一种防御和对丧失带来的痛苦的一种否认。濒临死亡的患者在临终前有时会出现短暂的欣快和躁烦不安。刚刚失去亲人

，

的人有时可以出现欣快反应而不是正常的伤心。对千那些易患心境障碍的人，这些表现可能是躁狂症的前兆。

心境障碍是指个体在经历特殊的事件后，悲伤或

欣快感过度强烈并且持续时间超过了正常范围。不同于正常的情绪反应，抑郁和躁狂在很大程度上损害了机体的生理功能，影响了正常的社会活动和工作能力。

部分心境障碍主要表现为抑郁，是一种单极性的情

感性疾患。另一部分心境障碍则可能既有抑郁发作又有躁狂发作，被称为躁狂抑郁症（双相情感障碍）。而单纯性躁狂症（单极性躁狂）临床上极为少见。

约17％的美国入患有需要接受专业治疗抑郁障碍。其中约1/3患者发病待续时间长，被称为慢性抑郁；另外大多数患者则表现为抑郁反复发作，间断出现正常的情绪状态，被称为复发性抑郁。大约4％的美国人患有双相情感障碍，即躁狂抑郁症。



很多人在晚秋和冬季更易伤感，常抱怨日照时间太短，天气过－于寒冷。然而，一部分人会出现过度强烈的悲伤感觉，被称～作季节性情感障碍。它是抑郁障碍的一种类型。季节性情感障碍（也被称作秋冬季抑郁）表现为循环发作，一般开始于十月份或十一月份，第二年的二月或三月结束。这种情感障碍在南极和北极更常见，因为那里的冬天更漫长、更难过。一般认为季节性情感障碍的发生是由于褪黑素（由位于脑中部的松果体分泌的—种激素，多于夜间分泌增加）的分泌时间异常增加所致。

症状包括：嗜睡、日常活动减少且不易提起兴趣、睡眠增多和食欲增加。随着春季的到来，症状会逐渐消失。但有些季节性情感障碍的患者，随着春季的到来，会迅速转变为相反的症状（也称为春夏季轻躁狂），比如，精力旺盛、活动增加、睡眠需要减少和食欲下降。

光疗是治疗季节性情感隧碍最有效的方法。进行光疗时，需让病人处千密闭的房间，沐浴在人造的强光照中（平时的正常室内光是不够的），并由治疗师控制给光时间，尽量模仿季节的改变）即夏季白日较长，冬季白日较短。

##### 抑郁症

抑郁是一种影响日常生活的严重的悲伤情绪。尽管抑郁可能在近期丧失或其他悲伤的事件之后出现，但是这种悲伤情绪常表现为一种超出实际情况的不恰当的情绪反应且持续时间长。

诱发抑郁症的病因包括多种因素：遗传因素，药物副作用，痛苦的情感事件，机体功能紊乱及其他因素。抑郁症的常见临床表现为：心境低落，反应迟钝或焦虑，易恐惧等。

典型临床表现是正确诊断的依据。

治疗方法包括；抗抑郁药物，心理治疗和电休克疗法。抑郁症是除焦虑症外最常见的精神疾病。约有

30％的因躯体疾病就医的患者存在抑郁症症状，但其中仅有小部分患者临床表现严重。虽然抑郁症可能发生于任何年龄阶段（包括儿童时期），但通常起病于二十儿岁、三十几岁或四十几岁。在20世纪后半叶出生的人似乎比前人有更高的抑郁症患病率和自杀率，部分原因是 20世纪后药物滥用率增加。

抑郁症患者如果不接受治疗，典型的抑郁发作大约可持续6个月，或2年甚或更长时间。复发率高，并可多次发作u

病因

尽管引起抑郁症的确切病因仍不清楚，但目前发现以下几种因素可能与其发病有关：家族遗传性（遗传因素）、药物的副作用、痛苦的情感事件（特别是丧失）。抑郁症并非性格懦弱、人格障碍是童年时受严重创伤或父母照顾太差等性格缺陷或不良事件的反映。即使没有

616 第10章精神健康疾病

任何明显或有意义的生活应激，抑郁症也可以发生或加重。

遗传异常可能是诱发抑郁症的一种原因。它可能通

过影响沟通神经细胞间相互联系的物质（神经递质）表



###### 引起抑郁症的躯体疾病

一·嗣. -

病因 举 例

-

达而发挥作用。目前发现参与抑郁症发病的神经递质有

5轻色胺、多巴胺和去甲肾上腺素。

抑郁症的发病并不受社会阶层、人种和文化的影响，但与性别密切相关：女性的患病率可能是男性的两倍，其确切原因仍不清楚。但目前认为，两性间激素水平和代谢的差别可能其在抑郁症发病率上存在差异的物质基础。例如女性月经前或分挽后的激素水平变化会诱发短暂的心境改变。而且，女性体内影响情绪的酶含量可能较高。甲状腺功能的异常在女性中发病率高，也可能是一个致抑郁症发生的因素。

瞬态抑郁是指在某些特定事件后出现的短暂的抑郁

状态，如：

·假日（假期抑郁）

·重要的纪念日，如亲人的祭日

·月经期前（经前期综合征，如果抑郁症状进一步加重则称为经前期焦虑障碍）

·分挽后2周（产后抑郁）

以上反应都是一种正常的、不会导致严重的、持续时间长的抑郁情绪，但如果患者有易患抑郁的倾向，则可发展为抑郁症。

没有明显预期生活事件出现的抑郁称为忧郁症（以

前称为内源性抑郁）。这些差别不太重要，因为治疗方法和疗效均差不多。一些躯体疾病可以导致或诱发抑郁。躯体疾病可以是抑郁症的直接诱因（如甲状腺疾病影响激素的水平而导致抑郁）也可以是间接诱因（如类风湿关节炎，可以出现疼痛和残疾，从而导致抑郁）。然而，通常躯体疾病诱发抑郁时既有直接原因又有间接原因。例如，获得性免疫缺陷综合征（也称艾滋病，AIDS)既可以通过引发疾病的免疫缺陷病毒(HIV)破坏大脑而直接导致抑郁，也可以通过疾病本身对患者生活多方面的负面影响而间接导致抑郁。

一些处方药物也可能是抑郁症的病因之一。糖皮质激素常可诱发抑郁症，如库欣综合征时机体产生过量糖皮质激素而导致抑郁症，但是作为外源性处方用药时，糖皮质激素可导致轻躁狂或躁狂（很少见），其具体机制仍不清楚。

很多精神疾病同时可以诱发抑郁，如某些焦虑障碍、

酒精依赖、药物滥用和精神分裂症。本病常易复发。临床表现

抑郁症的临床症状通常经过几天或几周逐渐出现，＇

表现多样。比如有的抑郁症患者以行动迟缓和心境低落为主，而有些则表现为易激惹和焦虑不安。

神经系统疾病

癌症

结缔组织病

内分泌系统疾病

感染

1.

营养障碍

药物



颅脑肿瘤

痴呆（早期）

头部外伤

多发性硬化症帕金森病

睡眠呼吸暂停

卒中

起源于颖叶区的癫病发作（复杂性部分发作性癫病）

腹部肿瘤（卵巢或结肠）癌症全身转移（转移癌）

胰腺癌－～

系统性红斑狼疮（狼疮）

阿狄森病库兴综合征糖尿病

甲状旁腺功能亢进

甲状腺功能亢进或减低

垂体功能下降（垂体功能减退症）

获得性免疫缺乏综合征

流感

I 单核细胞增多症

梅毒（晚期）结核

一．一…II1-

病毒性肝炎

病毒性肺炎

糙皮病（维生素B6缺乏） 恶性贫血（维生素B12缺乏）

酒精

安非他命脱瘾两性霉素B 抗精神病药物

B受体阻滞剂（部分）

甲氧咪肌

避孕药（口服）

糖皮质激素

环丝氨酸

f

激素替代治疗（雌激素）

干扰素

采剂

甲基多巴胃复安 利血平铭

长春花碱

长春新碱

---

｀

～

｀

第129节心境障碍 617

许多抑郁症患者无法正常的体验如悲痛、愉悦和高兴等情感，病情严重者甚至觉得世界失去色彩、死气沉沉。他们可能具有强烈的负罪感和自卑感，且注意力很难集中。有些患者可能有绝望、孤独寂寞、自我否定的情绪。因此，这些患者常表现的犹豫不决、沉默寡言，有很强的无助感和无望感，甚至会想到死亡和自杀。

不同类型的抑郁症其临床表现也不尽相同：

·紧张性抑郁症：患者沉默寡言。思维、语言和日常活动都明显迟缓以至于许多正常活动都无法参加或进行。本病患者常无法照顾自己的子女、宠物甚或自已。有些患者会不自觉的模仿他人说话（模仿言语）或动作（模仿动作）。

·郁型抑郁症：患者常觉得生活无趣，甚至对以前感兴

趣的事或物都丧失兴趣，常表现为行动迟缓、心境低落沉默寡言、言语减少、食欲减低、体重减轻。他们常面无表情，并有强烈的或不恰当的负罪感。

·精神病性抑郁症患者常出现无法控制的错误信念（妄想），如曾犯过不可饶恕的罪行，或有无法治愈或羞于启齿的疾病，或被监视及被害妄想。患者可能出现幻觉，通常表现为耳边总是萦绕着斥责自己的罪行或逼迫自己一死了之的声音，甚至可以出现棺材或已故亲人的幻象。

·非典型抑郁症：这种类型的抑郁症患者常表现为焦虑不安和恐惧（尤其是在夜间）。他们食欲增加而导致体重增加；尽管早期出现睡眠障碍，但总体而言睡眠时间会随着发病逐渐延长。他们对于令人振奋的正面事件常表现的欢呼雀跃，但对于正常的批评和拒绝更加敏感。有些患者则表现为易激惹。患者通常焦躁不安，牒牒不休并不断扭搓双手。

睡眠问题很常见。大多数抑郁患者存在入睡困难、

反复觉醒，尤其早上更加明显。抑郁症患者表现为食欲下降和体重减轻并可致消瘦，女性则可出现停经。但是轻度抑郁可以出现进食过量和体重增加。

有些患者抱怨自己有躯体不适，如各种不适和疼痛；

有些患者担心自已发生不幸或发疯；另外有些患者则认为自已得了不治之症或羞于启齿的疾病，如癌症或性传染病，并认为己把疾病传染给了别人。

自杀：绝大多数严重抑郁症患者都有寻死的念头。

他们想结束自己的生命或觉得自己的人生毫无价值而失去生存的意义。大约15％未经治疗的抑郁症患者通过自杀结束自己的生命。患者一旦出现自杀的威胁，应接受紧急处理一—接受住院治疗，给予严密的监护直到通过有效的治疗，使自杀风险减低。当抑郁症患者处于下述情况时更易出现自杀倾向：

·治疗初期（患者的精神活动和生理机能变得更加敏感，但心境依然低落）

·患者返回到正常活动中，仍继续存在严重的情绪低落

·患者遇到特殊意义的纪念日

·患者存在抑郁和焦虑更替（双相精神障碍）

·患者出现严重焦虑

·患者酗酒或服用消遣性毒品或违禁药物等

药物滥用：抑郁症患者可能常试图通过酗酒或服用其他消遣性毒品缓解入睡困难或焦虑情绪，然而通常事与愿违，这些患者可能会发生酒精中毒和药物成瘾。有些患者试图通过吸烟缓解症状，最终却因大量吸烟导致或加重其他躯体疾病，如慢性阻塞性肺病的增加。

入你知道吗 最

抑郁不仅仅是每天情绪低落。患者可能有很强的无价值感和自责，对以往的爱好丧失兴趣，睡眠障碍或体重增加或减轻。

心境恶劣：部分抑郁症患者临床症状轻微，但持续时间较长，可达数十年，被称为心境恶劣。本病常于青春期发病并伴随明显的人格改变，主要表现为阴郁、悲观厌世疑神疑鬼、不喜言笑或缺乏幽默感，或者表现为被动、懒散和性格封闭。他们常不断抱怨，指责他人或自我责备。患者总是感到自己丧失了工作能力，是个失败者，并深陷一些不良生活事件而无法自拔；有时则可能对自己的失败产生病态的欢悦。

诊断

抑郁症的诊断主要依赖典型的临床表现，但既往的抑郁症史和家族史对确诊亦有帮助。由于过度的焦虑惊恐发作和强迫在抑郁症中很常见，常易使医师误诊为焦虑障碍。

老年患者的抑郁比较难发现，特别是那些没有工作

或很少参加社交活动的老年人。因抑郁症与痴呆有相似的临床表现，故在诊断时常需与后者进行鉴别。抑郁症患者接受规律治疗后痴呆现象常会消失，而痴呆患者则不可能。

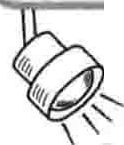
临床诊断时常可借助标准化问卷调查量表进行抑郁

症的诊断和严重程度判读。常用的调查量表有汉密尔顿抑郁量表和贝克抑郁调查量表。其中，前者是通过调查者询问患者进行评定，而后者则是一种自测量表。医生常会询问被调查人是否有伤害自己的想法或计划，如果患者确实存在这样的想法则说明其存在严重的抑郁障碍。

没有什么检查可以确诊抑郁症。不过实验室检查可帮助医生发现患者的抑郁状态是否继发于内分泌系统障碍或其他躯体疾病。例如，血液检查不仅有助千发现患者是否存在甲状腺功能紊乱或维生素缺乏症，而且有利于发现年轻患者是否存在药物滥用；全面的神经系统检查可除外继发于帕金森病的抑郁状态；多导睡眠监测则有助于明确患者的睡眠障碍是否与抑郁相关。

618 第JO章精神健康疾病

人？聚焦老龄化



＿



每6个老年人中可能就有l个患有抑郁症。有些老年人在年轻时就出现抑郁症，而有些则较晚才发病。能够诱发抑郁症的多种因素在老年人中更为常见。老年人更容易经历丧失亲友的感情打击，如爱

人的突然辞世、与挚友天人永隔或因为搬家而不断变换生活环境。其他可诱发抑郁的应激因素也增加，如收入减少、慢性疾病加重、因逐渐脱离原有的亲友或生活圈而变的性格孤僻。

能够诱发抑郁症的躯体疾病在老年人中发病率高，如癌症、心脏病发作、心力衰竭、甲状腺疾病、卒中、痴呆和帕金森疾病。

老年抑郁症常表现为类似痴呆的症状：思维缓慢、注意力不易集中、混沌和记忆力减退，以至于有时被称为抑

郁性痴呆综合征或假性痴呆。那么医生如何鉴别老年患者的抑郁症和痴呆呢？他们发现当抑郁状态缓解后，抑郁

I症患者的各种痴呆症状消失；而对于后者则无效。

老年抑郁的确诊较难，可能的原因如下：

由于老年人的社会活动或工作减少，各种抑郁症状较难被及时发现。

有些老年患者认为抑郁症是个弱点而羞于告诉周围的人他们所经历的悲伤或其他症状。老年人的情感缺失常被误认为冷漠。

老年患者家人和朋友将各种抑郁症状误认为是衰老的正常表现。与其他疾病相混淆，如痴呆。

由于以上各种原因导致老年抑郁症难以被及时发现，因此医生在诊断该病时需要向老年患者询问许多与情绪相关的问题。家人应警惕患者的性格改变，尤其是变得冷漠、缺乏自发性、幽默感丧失和新发的健忘症状。 

选择性5－径色胺再摄取抑制剂(SSRJs)因其副作用少而作为老年抑郁症患者首选的抗抑郁药物，其中西献普兰和依他普兰尤其常用。

治疗与预后

本病不经过治疗可能持续6个月或数年。虽然很多患者可遗留轻微的症状，但社会功能基本恢复正常。然而，大多数抑郁症患者会复发，平均一生要发作4~5次。

多数抑郁症患者采取非住院治疗方式，但有些患者必须住院接受相应治疗。尤其是那些有严重自杀企图或曾有自杀行为，或有明显体重减轻，或由于严重激越而产生心脏疾病的患者。

药物治疗是治疗抑郁的基石，除此之外还包括心理

治疗和电休克疗法。有时可以联合使用这些治疗方法。抑郁症通过规范治疗常可获得很好效果。尽管治疗时应首先除外各种继发因素（如药物副作用或其他疾病诱发），但药物治疗对于抑郁症患者的痊愈是非常必需的。

药物治疗：可供选择的几种抗抑郁药有：选择性5-轻色胺再摄取抑制剂（SSRis)、杂环类抗抑郁药、单胺氧化酶抑制剂(MAOls)和几种新型的精神兴奋剂。大部分药物需规律服用数周才可显效。各种抗抑郁药物的有效率约为65％，且其副作用随药物种类不同而不同。当使用某些抗抑郁药物无效时，可考虑联合其他类型的抗抑郁药物治疗。

选择性5－轻色胺再摄取抑制剂（SSRls) 是目前应用最普遍的一类抗抑郁药。SSRis不仅对治疗抑郁症和心境恶劣有效，而且对一些同时伴发抑郁症的其他类型精神障碍也有效。虽然SSRis可能引起恶心、腹泻、震

｀

颤、体重减轻和头痛等副反应，但这些不良反应通常症状轻微且随着继续用药可减轻甚至消失。相对千三环类抗抑郁药，SSRls诱发的副反应更易被多数患者耐受，且对心脏损害小。但少数患者在服用SSRls的初期（服药一周内）或剂量增加后，会出现激越、抑郁和焦虑状态加重的现象；尤其是在儿童和青年患者中，如果上述现象没有被及时发现和纠正则会导致自杀倾向增加。因此对于服用SSR[s的患者亲属，应密切观察患者的临床表现，若出现抑郁、焦虑状态加重的现象，需及时联系医生进行恰当处理。然而，由于抑郁症本身存在自杀倾向，所以患者和医生在药物选择时必须评估其治疗获益与药物副作用间的风险比。长期使用SSRis也可引起其他的副反应，如体重增加和性功能障碍（约可累及1/3患者）。如果突然停用SSRis、则可引起停药综合征，常出现眩晕、焦虑、易激惹、恶心和流感样症状。

新型的抗抑郁药物 是一类有效性、安全性与

SSRls类药物一致且副作用相似的抗抑郁药物，包括：

·去甲肾上腺素－多巴胺再摄取抑制剂

* 5－轻色胺调节剂
* 5－轻色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂

与SSRis类药物的副作用相似，服用这些新型的抗抑郁药物初期会导致自杀倾向的一过性升高；而且，突然停用5轻色胺－去甲肾上腺素再摄取抑制剂时会发生停药综合征。

杂环类（包括三环类）抗抑郁剂 曾经是治疗抑郁

＝ －

上｀

最主要的药物，但由于其副作用较严重．目前巳很少使用。它常常导致睡眠过多和体重增加，也可引起心率加快和直立性低血压。其他的副反应包括视物模糊、口干 意识障碍便秘和排尿困难。这些副反应均源于药物的抗胆碱能作用，其在老年患者中更加明显。与SSRis类药物相同，突然停用杂环类抗抑郁剂会诱导停药综合征。

单胺氧化酶抑制剂(MAOls) 很少作为抑郁治疗

的首选药物，主要用于其他抗抑郁药无效时。服用 MAOis的人必须严格控制饮食和采取特殊的预防措施，以避免血压骤然升高和严重的搏动性头痛（高血压危象），从而预防脑卒中发生。需注意的预防措施有：

·避免吃含有酪胺的食物或饮料，包括散装的啤酒、红酒（含雪利酒）、烈酒、煮烂的食物、意大利咸味肠、陈乳酪蚕豆、扁豆、酵母的提取物（酵母调味品）、无花果罐头、酸奶、奶酪、酸奶油、腌绯鱼、鱼子酱、肝脏、肉馅和酱油。

·避免使用伪麻黄碱。该成分常见于可以在药店直接

购买的止咳和抗感冒等非处方药物中。

·避免服用美沙芬（止咳药）、利血平（降压药）或 替

（镇痛药）。

·应随身携带拈抗剂，如氯丙唉。～如果出现严重的搏动性头痛应立即服用拈抗剂并尽快到最近的医疗机构就诊。服用MAOis的病人还应避免服用其他类型的抗抑郁

药物，如杂环类抗抑郁药、SSRls、安非他酮、5－轻色胺调节剂（米氮平、文拉法辛和奈法嗤酮）。MAOis与其他抗抑郁药物联用可引起危及生命的高热、肌溶解、肾衰竭和癫

第129节心境障碍 619

痛发作。这些副作用常被称为抗精神病药物恶性综合征。精神兴奋剂 有时也用于治疗抑郁症，如右旋苯异

丙胺和 甲酣及其他的一些药物。该药常与其他抗抑郁药物联合使用。

圣约翰草，是一种草药制剂，有时可以用来治疗轻度

抑郁，但是其有效性仍待证实。由于圣约翰草可以与许多处方药物产生相互作用并对人体有害，因此打算服用此类草药及其提取物的患者在服用前需要向自己的医师明确是否与在服的其他药物有相互作用。

心理治疗：轻度抑郁可以单独使用心理治疗，重度抑郁需要联合药物治疗。

个体心理治疗或集体心理治疗有助千抑郁患者逐渐

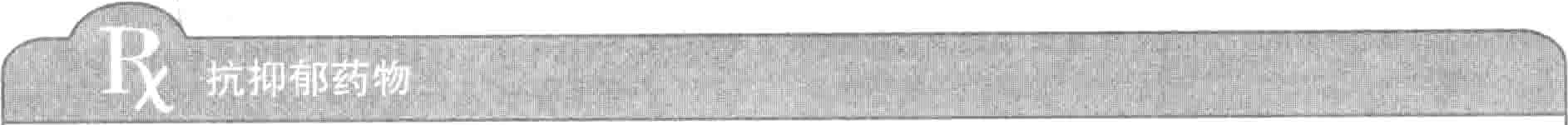
恢复以前的社会功能，适应日常生活的压力，巩固药物治疗的效果。患者通过人际关系治疗从周围人群获得支持和指导，从而更好的适应生活角色的改变；认知治疗则有助于重度抑郁，尤其是伴有精神病性症状、存在自杀企图或拒绝进食的悲者；而且可以用于治疗怀孕且无法使用药物治疗的抑郁症患者。不同于抗抑郁药物需要服用数周后才能起效，电休克治疗可以快速、有效的缓解抑郁症状，因而可以及时挽救病人的生命。

在电休克治疗过程中，电极被置于头部，产生的电流

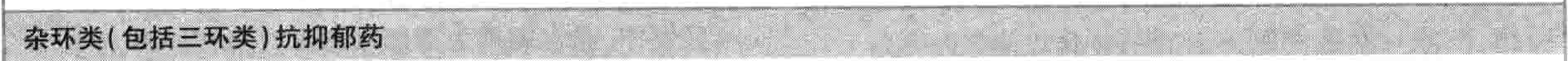
通过颅内诱发一次抽搞发作。这种抽描发作可以缓解抑郁，但其作用机制目前还不清楚。通常一个疗程需要

巳5~7次，隔日进行。由于电流会引起肌肉收缩和疼痛，因

而在治疗过程中患者需要接受全麻。电休克治疗可能引起短暂的记忆缺失（极少情况为永久性记忆丧失）。

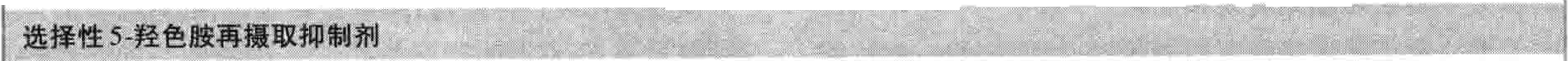


药物分类 副反应 备注



阿米替林阿莫沙平氯丙咪嗦地昔帕明多虑平丙咪嗦 马普替林去甲替林普罗替林

三甲丙咪唉



---

- -一

．｀一．

．一 ＿｀．．，-- .｀仁～～ 一刀一 －－．·么飞匕 ．，．． ，～ ． 一·一 ＿ ＿ ＿＿ ＿＿．

一－－，．．． ．二＿＿＿－＿＿下＿＿ 飞工·一＿守

，心一心个女丸沁名予九嘈忙：：。产、心心；．户－－矗．＂·－H,' ”“｀．心．心儿·＄戈天农吹石沁汹汹・・吐'""·"·心沁｀飞·:

睡眠增多、体重增加、心率快、低血压、口干、 副反应在老年患者中更明显；

意识障碍、视物模糊、便秘、排尿困难、性高 药物过量可引起严重的、威胁生命的毒潮延迟 性作用

氯丙咪嗦和马普替林还可引起癫病发作

西猷普兰

艾司西猷普兰

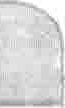
颌西汀伏沙明帕罗西汀舍曲林

性功能障碍（主要引起性高潮延迟，少数也可导致性欲减退），恶心腹泻，头痛，体重减轻（短期作用），体重增加（长期作用），停药综合征拿，健忘，情感受挫和易发青斑

SSRis是最常用的一类抗抑郁药物。对恶劣心境、广泛性焦虑障碍、强迫症、惊恐发作、恐惧症、创伤后应激障碍、经前紧张综合征及暴食症

药物过量使用较少引起不良作用

620 第10章精神健康疾病



氧化酶

＿

药物分类

副反应 备注



辱 ．纥姿 ＾．、咖入珈臣 ·:

1异嗤阱 苯乙阱 司来吉兰



!”嗯＇

抑制

反苯环丙胺

霾

失眠、体重增加、性功能障碍（性欲减退和性高潮延迟 针刺感、头晕、血压降低（尤其是站立位血压），和严重的高血压

年扫导 ·..

服用该类药物的患者常需限制饮食，且需避免服用某些特定药物

丙炊苯丙胺常可用作辅助药物，从而可使患者避免饮食限制，但大剂量服用时则无此作用

甲酷

虹蔽谓平和护打立责匐

乍妞k...“

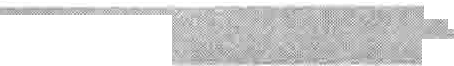
s，心t爷叨擘凶、 矿饭女喝·

神经过敏、震颤、失眠、口干

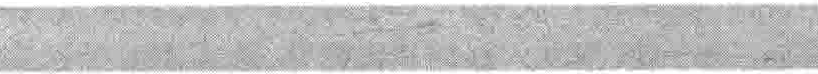
霖浮

泌啖＼沪壬气＇，节气屯足

唬



上煮＇， 岛令＼．玉安＇』．．一....,... .....,. 嫘，；

作为抗抑郁药单独使用无效．通常与其1他抗抑郁药联合使用

，古

给

笞 豁

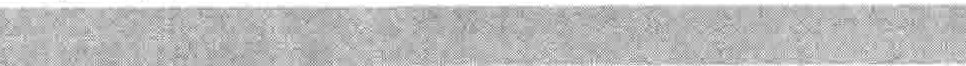
 铲

．呵，

心

米氮平 睡眠增加和体重增加

奈法嗤酮 ， 轻度睡眠增加，严重肝损伤（罕见）

曲哩酮 严重的睡眠增加，疼痛，待续勃起，严重的体位性低血压

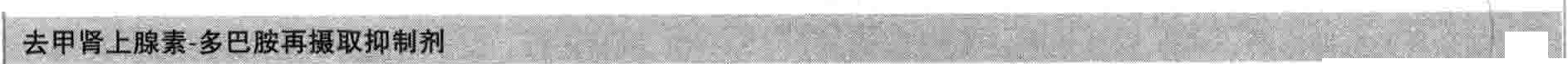
色配胡拽垣钮再叩如剂

．

米氮平不会引起恶心或性功能障碍奈法陛酮有助于睡眠安稳

岑

度洛西汀文拉法辛



嘉穿

恶心，口干，停药综合征事，过量使用可引起 小剂量服用和缓慢加矗可以避免或减少血压升高 药物副反应

苯丙胺

头痛，烦躁，停药综合征拿一，少数患者出现高 苯丙胺对伴有注意力缺陷多动症或可卡血压，罕有癫病发作 因成瘾和试图戒烟的患者有效，且不会

引起性功能障碍

．停药综合征是指突然停药后出现头晕、焦虑、易怒、恶心和流感样表现等症状

双相情感障碍

双相情感障碍（以前被称为躁狂抑郁症）的特点是抑郁相与躁狂相交替出现，或表现为轻度躁狂。躁狂主要表现为活动过多和与外界不相符的情绪高涨。

双相情感障碍的发病，遗传因素起了一定作用。抑郁相与躁狂相单独或同时存在。

患者常表现为过度情绪低落和对生活失去兴趣，被过度情绪高涨和精力旺盛，常常被易激惹代替，发作间期可恢复相对正常。

诊断主要依靠临床表现和症状。

治疗主要依赖情绪稳定剂的药物，如悝盐和一些抗癫病药物；有时心理治疗也有一定效果。

双相障碍的命名源于该病兼有两种情感的极端状态

或者是两极一一抑郁状态和躁狂状态。本病在美国的患病率少于4％，男女发病率几乎相等。但是，女性更有可能表现为抑郁症状，男性则更有可能表现为躁狂症状。常于青少年、二十多岁或三十多岁发病，也可能相当早。

双相障碍的分型：

·双相情感障碍I型：患者整个病程中至少出现一次躁狂发作，通常表现为抑郁状态。

·双相情感障碍Il型：患者主要表现为重度抑郁发作，

较少轻度躁狂，但几乎没有躁狂发作。

###### 你知道 ......

某些躯体疾病和药物可以诱发双相情感障碍。

l

处于躁狂状态时患者会认为他们状态极佳。





病因

双相情感障碍的发展过程中遗传因素起了一定作用口体内神经递质的含量异常也是双相情感障碍的常见病因，如去甲肾上腺素或5－轻色胺浓度异常。（神经递质是由神经细胞产生的用于信息传递的物质。）

双相情感障碍起病可能在经历一些应激性生活事件之后，或事件触发一次发作。然而，诱发事件和患病之间

｀

第129节心境障碍 621

｀｀

的因果关系还未得到证实。

某些疾病可出现双相情感症状，即抑郁和躁狂，如甲状腺激素水平增高（甲状腺功能亢进）。而且，包括可卡因和安非他命在内的某些药物也可诱发双相情感障碍。症状

双相情感障碍常包括情感发作期与无症状期（缓解

期）间歇出现。情感症状发作期可持续几周到3~6个

月。所谓的循环周期是从一次情感发作到下次发作所经历的时间。部分患者罕有症状出现，可能终其一生情感

混合状态：混合状态是指在同一时间段内，同时存在抑郁和躁狂或轻躁狂的表现。患者可能在兴高采烈的过程中突然出现痛哭流涕，或在抑郁状态发作过程中出现思维奔逸C.1通常表现为：晚上睡觉时还是抑郁状态，经过一夜休息，早上起床后即精力充沛、兴高采烈。每3个双相情感障碍患者中就有1个表现为混合状态。

诱发躁狂的其他因素



- "-一日

发作仅出现数次；然而，还有一些患者可能每年都会有至少4次情感发作（被称为快速循环发作）。尽管不同患者症状发作的频次相差甚大，但在同一个患者每次发作的循环周期是基本固定的。

情感发作形式不限，可以是抑郁发作、躁狂发作或轻

11

躁狂。仅有极少数患者表现为混合状态，抑郁与躁狂不 吵

断转换。而在绝大多数患者则以一种情绪障碍为主。

常见病因

神经系统疾病

举例

一 士广一＇，上 一．，」吓叩1

脑部肿瘤

颅脑外伤

亨廷顿舞蹈病

多发性硬化病

颜叶癫 （复杂部分发作）

卒中

小舞蹈病

肌

抑郁：双相情感障碍患者的抑郁状态与抑郁症的临 结缔组织疾病

床表现类似。患者常感到极度悲伤，对日常活动丧失兴 感染趣思维及行动缓慢，睡眠时间较平常显著延长，整个人

被无助感和负罪感所笼罩。

躁狂：躁狂症状相较于抑郁状态常突然结束且持续

时间短（一周或更久）。患者常表现为精力充沛、兴高采 内分泌系统疾病烈或易激惹；或者表现的过度自信，行为或衣着夸张，睡 药物

眠需要减少，夸夸其谈，思维奔逸，做事有头无尾，话题或 峰一

工作常变来变去。他们执着的不计后果的（如经济损失或受伤）追逐某种活动（例如商业活动、赌博或危险的性行为）。然而，患者自我感觉良好。

患者对自身病情缺乏认识能力。由于对行为缺乏自

控能力导致患者缺乏耐心、容易冲动、爱管闲事、易千与周围发生冲突，产生冲动行为。因此，患者的社会关系紧

张；常觉得自已被不公平对待或被迫害。部分患者可能 诊断

系统性红斑狼疮（狼疮）

艾滋病脑炎流感

梅毒（晚期）

甲状腺功能亢进安斗向他命

抗抑郁药（大多数）

抗抑郁药物停用

渎隐亭可卡因皮质醇

左旋多巴

醋甲酣

出现幻觉，包括听见和看见根本不存在的事物。

狂躁型精神病是躁狂症的严重状态，临床表现与精神分裂症类似。患者可能有严重的夸大妄想，觉得自己如上帝般无所不能；或者有被害妄想，觉得自己正被FBI追击。患者活动显著增多，跑来跑去，大声尖叫，反复祷告或不停歌唱。精神和躯体活动异常激越以至于丧失清晰的思维和行动能力（澹妄型躁狂），最终导致精疲力竭。此类患者一旦发现即要给予紧急治疗。

轻躁狂：轻躁狂与躁狂发作比较，临床症状常减轻。

该病的诊断以典型的临床表现为基础。然而，躁狂症患者很少就医，因为他们觉得自己一切正常。因此，医生需要向患者的家属了解病情。有时，医生也需要询问患者是否有自杀的想法。

为了明确诊断，需要除外是否继发于某种药物的副

反应，或者其他的躯体疾病。例如，需要通过检验分析除外患者是否为甲状腺功能亢进。

通过明确患者处于何种情感发作，即是抑郁发作还

是躁狂发作，而决定最佳的治疗方式。

患者保持愉悦感，睡眠需要减少，思维和行为活跃。对于 治疗某些患者而言，轻躁狂期是其最佳的创作状态，其间他们

严重的躁狂或抑郁发作患者常需住院治疗；而症状

的精力充沛，充满灵感和自信心，在社会活动中容易成为焦点。然而，轻躁狂患者往往夸大自己的能力，随便允诺，行为草率，做事有头无尾。他们易于被周围环境影响而转换注意力易激惹，有时会表现的怒气冲冲，情绪不稳定。当轻躁狂患者处在群体环境时，对自己的病情有一定的认识能力，可能意识到自己表现异常和对周围的影响。

不十分严重的躁狂发作患者，仅在行为过度活跃期需要住院治疗，以避免发生危及周围环境和家庭的严重的、不恰当的商业行为或性行为。绝大多数轻躁狂患者仅需门诊治疗。然而，目前仍没有适宜于快速循环发作患者的治疗方法。如果没有得到及时治疗，几乎所有的双相情感障碍患者都会有症状复发。

622 第10章精神健康疾病

治疗方法包括稳定心境的药物（心境稳定剂，如锥盐和抗惊厥药），抗精神病药物和某些抗抑郁药物，以及心理治疗。当心境稳定剂无效时，有时可选择电休克疗法；当情感发作与季节相关时可考虑光疗。

盐；锥盐可以减轻躁狂发作和抑郁发作的临床症状，并有助于预防情绪转换。锤盐需服用4~10天后才开始起效，因此常需联合快速起效的药物治疗，如抗惊厥药物或新一代（第二代）抗精神病药物，以便于控制思维和行动活跃。

锥盐的副反应有震颤、肌肉抽榴、恶心、呕吐、腹泻口渴、尿频和体重增加，并且会使痊疮或牛皮瘤加重。这些副反应常持续时间短，可以通过调整剂量减轻症状；然而，有时必须通过停药才能缓解。临床使用锤盐时必须监测锥盐的血药浓度，因为其血浓度越高，发生药物副反应的可能越大。长期服用锥盐可能导致甲状腺功能减退，极少情况下引起肾功能损伤。因此，服用悝盐的患者需要定期监测甲状腺功能和肾功能。

锥盐血药浓度异常升高的患者可出现持续性头痛，精神错乱，困倦，癫痛发作和心律失常等副反应。悝盐的药物副反应更常见于老年和肾功能不全的患者。计划怀孕的女性患者需停用锥盐，因其可导致胎儿心脏发育障碍。抗惊厥药物：抗惊厥药物，如卡马西平、奥卡西平和

丙戊酸，可用千治疗首次发作的躁狂症或混合状态（同一时间段的躁狂和抑郁发作同时存在）。不同于锥盐，抗惊厥药物很少引起肾损伤。但是，卡马西平可使血红细胞和白细胞数目显著降低；丙戊酸可引起肝损伤（主要在儿童患者）或严重的胰腺损伤。通过密切监测各种生化指标，医师可及时发现由药物引起的不良反应。卡马西平和丙戊酸临床效果明显，尤其对于那些其他药物治疗无效的患者。卡马西平的药物副反应较少。

其他的抗惊厥药还有拉莫三喷，适用于抑郁发作为主的双相情感障碍。拉莫三嗟可引起严重的皮疹。少数情况下，皮疹可演变成致命的史提芬－强森综合征。因此，服用拉莫三唉的患者需密切注意有无新出现的皮疹或流感样症状，并及时告知主管医师。

抗精神病药物：因第二代抗精神病药物相较于其他治疗双相情感障碍的药物，起效迅速且副反应少，所以正逐渐被用于治疗突然的狂躁发作。这类药物包括阿立 嗤，奥氮平，哩硫平，维思通和齐拉西酮。

长期使用的副反应可见体重增加和代谢综合征。代谢综合征主要表现为腹型肥胖伴胰岛素抵抗，高血糖，胆固醇水平异常和高血压。然而，阿立 哩和齐拉西酮则很少引起代谢综合征。

抗抑郁药物：几乎所有的抗抑郁药物都可引起双相情感障碍患者从抑郁发作到躁狂发作或轻躁狂的情感转

4 `

·-

换，甚至快速循环发作。因此，这类药物仅用于短期治疗，及与心境稳定剂联合使用。临床中需密切观察此类药物对千情绪转换的影响；一旦发现轻躁狂或躁狂症状，需尽快停药。

心理治疗：心理治疗适用于正在服用心境稳定剂的患者，多数时候可增加患者对治疗的依从性。集体治疗可帮助患者和他的治疗伙伴或亲友更好的理解双相情感障碍及其临床表现，从而更好的应对疾病。个别心理治疗则有助于患者学习如何更好的处理日常生活中可能面对的问题。

教育：了解各类药物的副反应有助于增加患者对治疗的依从性。患者常拒绝药物治疗，因其觉得药物会影响他们的反应能力和创造性。然而，各种副反应中影响创造性并不常见，因为心境稳定剂使患者情绪稳定，更容易适应工作、学习和各种社会、艺术活动。

患者应学会如何快速识别症状以及如何有效预防情感发作发生。例如，远离各类刺激物（如咖啡因和尼古丁）和酒精，保证充足睡眠。

医师或治疗师应告知患者各种情感发作导致的不良结果。如对千沉迷于纵欲的患者，应告知他们的行为会对婚姻带来种种不良影响和性乱交所带来的健康危害，特别是增加艾滋病的风险。而对于大肆挥霍的患者，应告知其最好将财务交给可信任的家庭成员管理。



环性心境障碍

-...

环性心境障碍常表现为欣快状态（轻躁狂）被悲伤状态（抑郁发作）所替代，两种发作程度均较轻且持续时间短暂。

环性心境障碍的临床表现与双相情感障碍类似，但

程度较轻。欣快和悲伤程度不严重，仅持续数天，常易复发，且发作间期不规律。它常可发展成为双相情感障碍或表现为严重的持续性喜怒无常。

环性心境障碍患者可能较易获得商业活动的成功，成为领导者，取得较好的工作业绩，进行更多的艺术创作c然而这类患者也可能表现为工作、学习状态艰难｀经常变换住所，不断的经历失恋或婚姻失败，酒精或药物成瘾。治疗

患者需要学会如何使自己喜怒无常的情绪状态适应

环境。但是，想要与环性心境障碍患者维持良好的人际关系是非常困难的。对于追求艺术生活的患者，获得一份时间安排自由或与艺术相关的工作，有利于病情控制。

当情绪障碍影响正常生活时，可使用心境稳定剂（如锥盐或抗惊厥药物）进行治疗。相较于悝盐，患者对于抗惊厥药物有更好的耐受性。因为抗抑郁药物会引起一种

＿，一

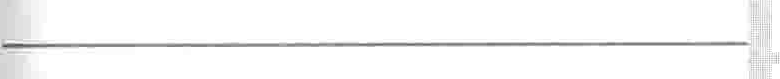
第130节 自杀行为 623

**`**

情感发作向另一种的快速转换（快速循环发作），所以临 团体支持治疗可以为环性心境障碍患者提供一个分享床较少适用，除非有严重的或持续时间长的抑郁状态。 自已经历和内心感受的平台，因此常有不错的治疗效果。



\_



## 自杀行为

自杀行为包括三类自我毁灭性活动：自杀死亡，自杀未遂和自杀姿态。患者有关于自杀的想法和计划被称为自杀观念。

°

1

3 I

1

.; …Ii 1

厂

卓

忭

第／

自杀行为通常由多个因素混合作用引起，最常见的是

抑郁。

一些自杀方式，如开枪，通常致命；但自杀者选择非致命方式自杀，并不能说明其自杀动机不强烈。

胃任何自杀威胁或自杀未遂都应引起高度重视，并及时提供相应的帮助和支持。

建立危机热线（电话和网络邮件），对有自杀意念的患

者进行帮助以预防自杀事件。

常见的自杀行为包括以下几种：

·自杀死亡：一种导致死亡的自我伤害的故意行为。

·自杀未遂：一次未致命的自我伤害行为。通常情况下，自杀未遂至少会出现希望结束生命但又寻求救助的矛盾行为。

·自杀姿态：一次不太可能导致死亡的自我伤害行为。例如割伤腕部但伤口表浅，或吞服过量的维生素。

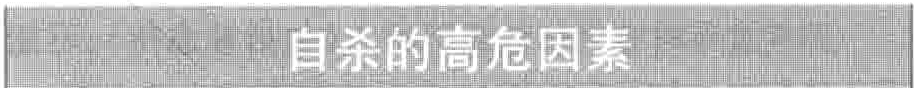
自杀姿态和自杀意念可能反映了那些仍有求生欲望的人群的一种求助愿望，不应为轻易忽视。关于自杀率的信息主要来自于死亡证书和验尸报告，仍可能与真实情况有一定偏差。即使如此，通过这些数字还是说明自杀行为是一种常见的大众健康问题。自杀行为可以在不同年龄段发生，且与性别无关。自杀在10~24岁的美国青少年死因中位居第三，在全美导致死亡的因素中排名第十一位。70岁以上的老年人群自杀死亡率最高。然而，自杀企图在中年以下人群中普遍存在，在青少年女性和30岁左右的单身男性中尤其多见。在所有年龄段人群中，具有自杀企图的女性是男性的2倍，但具有自杀企图的男性死亡率却至少是女性的4倍。儿童和青少年的自杀行为将在第287节进行说明。

1• :沁你知道吗......

卫

北自杀在美国青少年死因中位居第三，而70岁

以上的老年人群自杀死亡率最高。

一，皇年龄大于65岁

m男性

区疼痛或致残的疾病

,I独居

匡债务或贫穷旧血丧亲或丧失冒蒙羞或丢脸

巨抑郁，特别是伴不安或焦虑

回1持续悲哀，即使当抑郁的其他症状有所改善

口服药或酒精滥用即既往有自杀企图 E自杀家族史

仙儿童时期的创伤性经历，包括家庭暴力或性侵犯

口自杀的先占观念或语言

l有详细的自杀计划

分居、离异或寡居者具有自杀企图的可能性较高。独居者的自杀企图和自杀成功的比率都相当高。若家庭成员中有自杀企图，则此类人群的自杀风险也增加。

白人较其他人种的自杀企图更为常见。具有自杀

企图的黑人女性与白人女性比例相当，但前者死亡率较低。

具有良好社会关系的人群与独居者比较，其自杀行

为较为少见。而且绝大多数宗教团体成员，尤其是罗马天主教徒的自杀行为少见。

病因

自杀行为通常由多个因素混合作用引起，最常见的是抑郁。50％以上的自杀企图者都患有抑郁症。婚姻问题，恋爱不顺或失恋，与父母争执（常见于青少年），或者是最近失去爱人都是诱发抑郁的常见原因。然而，某种

624 第10章精神健康疾病

单一因素，如一段重要关系的破裂，常成为压死骆驼的最后一根稻草——导致自杀行为发生。六分之一的人在自杀前常会留下日记，有时可据此发现诱发自杀行为的原因。

某些常见的躯体疾病可能诱发抑郁并导致自杀企图。多数诱发自杀的躯体疾病可直接影响患者的神经系统（如艾滋病，痴呆或颇叶癫病），或者其治疗过程可诱发严重抑郁（如用于治疗高血压的某种药物）。如果抑郁症患者伴随有焦虑或其他精神症状，如错误的认知

（妄想），其自杀的危险性较不伴有此类症状的患者显著升高。

那些童年时有创伤性经历的人（包括被虐待），可能因为他们患抑郁的风险增加，往往有较高的自杀企图。

饮酒加重抑郁症状，从而使自杀可能性增大。约 30％的自杀者在发生自杀行为前有饮酒史。酒精中毒者，特别是酗酒者在戒酒过程中常感到极度懊悔，因此即使在清醒时他们也具有很高的自杀倾向。

除了抑郁症，患有其他心理疾病的人自杀风险亦增加。精神分裂症和其他精神疾病患者可能听到有声音

（幻听）命令其自杀。有边缘型人格障碍或反社会型人格障碍的人，特别是曾有过暴力史，可能以自杀姿态或自杀企图作为报复他人或表明态度的一种方式。

抗抑郁药物及其诱发的自杀风险：开始抗抑郁药物治疗之前的几个月是自杀企图出现的最高危时期，而开始服用抗抑郁药物时和随后的几个月相比，自杀死亡风险并未增加。然而，某些抗抑郁药物可使自杀观念（而非自杀死亡）轻度增加，因此对于服用抗抑郁药物的患者要密切关注其自杀风险。

最近的公众健康问题暴露出自杀风险增加可能与使用抗抑郁药物相关，因此医师处方此类药物时应更加谨慎，并应减少儿童和青少年的使用。然而，同一时期青少年自杀死亡率却增加14%。究其原因，可能是因为种种慎用抗抑郁药物治疗抑郁症的警告，使抑郁状态无法得到有效控制，进而导致自杀死亡增加。许多医师认为最佳的治疗方法是：治疗抑郁症的同时告诫患者及其家属应密切注意病情是否加重或是否出现自杀观念，如果发生上述改变应立即联系医师或住院治疗。

方式

自杀方式的选择常常取决千自杀者的文化背景和自杀工具，同时也可能反映自杀动机的强烈程度。有些方式（如从高楼跳下）几乎没有生还可能，反之 其他方式（如过量服用药物）则有可能获救。然而，自杀者选择非致命方式自杀，并不能说明其自杀动机不强烈。

 服用抗抑郁药物与自杀风险或自杀观念增加相关，然而不服抗抑郁药物风险更大。



你知 吗......

尽管绝大多数的男性和女性都会选择使用枪支作为自杀方式，但男性选用此类方式的几率是女性的两倍以上。

过量服用药物和毒药是有自杀企图的人最常采用的方式。暴力的方法如开枪或上吊，在有自杀企图者中并不常见，因为它们通常致命。

在美国的自杀死亡中，枪击致死在男性(74%)和女性(31%)中均最为常见。在男性中仅次于枪击致死的自杀方式是上吊，女性则更倾向千选择过最服用药物。预防

对于家人和朋友而言，自杀企图或自杀死亡都是一个冲击，但是大多数自杀企图者都有明显的先兆。任何自杀企图或自杀威胁实质上都是一种求助，必须得到重视。如果自杀企图和自杀威胁被忽视，活生生的人可能从此消失。

如果有人威胁要自杀或曾有过自杀未遂，应立即联系警察，使救援人员尽可能快地到达现场。而在救援到达之前，应与自杀者进行冷静且具有支待性的谈话。

医师通常将有自杀威胁或自杀企图的人收住院。如果医师认为自杀者处于伤害自己或他人的高度危险之中，那么即使自杀者拒绝入院，在美国绝大多数州允许医师可以违背自杀者意愿而将其收入院。

自杀的影响

任何自杀行为都会对相关人员产生巨大的情绪影响。自杀者的家人、朋友、医师都可能因为没能阻止其自杀行为而觉得有罪羞愧和自责，也可能对自杀者产生怨恨的情绪。甚至他们也许会觉得自己无力阻止自杀发生。

有时，一次心理咨询或一些自助群体将有助于家人

和朋友走出负罪感和悲哀的阴影，如自杀幸存者组织。医师或当地心理健康机构（县以上水平）可以提供基本的帮助。此外，一些国家机构如美国预防自杀基金也与上述机构保持联系并进行指导。有时，也可利用网络资源获得帮助。

自杀企图也会带来同样的影响，但是自杀者亲友可以通过对自杀者的求助做出的适当反应，来减轻自己的自责感。

自杀援助

自杀援助指的是针对想结束自己生命的人，医师、健康机构、家属或朋友所提供协助行为。自杀援助由千违背了医师延续生命的初衷而非常具有争议。

除了在俄勒冈州，自杀援助都是违法的。在美国其余各州，医师可以提供一切方法来减轻患者身心痛苦，但却不能帮助人实行安乐死。

二

｀

'- --+--

｀

第131节进食障碍 625

．



一个人一旦想自杀就处千危机当中。遍布各地的自杀预防中心24小时热线为那些处千绝望的人提供帮助（互联网上的邮件热线同样开通）。自杀预防中心的工作人员由训练有素的志愿者组成。



1...

当一位可能自杀者打通热线，一位志愿者就会与自杀者建立联系，了解他的身份（如反复提及他的名字），志愿者可以针对引发危机的问题提供一些建设性意见，鼓励自杀者面对问题，志愿者亦可提醒自杀者他



还有家庭需要照顾、有朋友需要帮助。最后志愿者还可利用一些急救措施，为自杀者提供专业的帮助。

有时，打来热线的人会称他已经实施了自杀行动

（如过量服用药物或打开煤气开关），或者行动正在进行中。在这种情况下，志愿者将试图让自杀者说出自己的地址1如果自杀者拒绝提供，另—位志愿者将与警察联系，追踪电话，展开营救。与自杀者的交谈在警察到达现场之前将尽力维持。

,,且女第1 节

# 进食障碍

进食障碍可分为三类：

·神经性厌食症：拒绝维待最低的正常体重，伴或不伴暴食和催泻。

·神经性贪食症：暴食后催泻，但不引起体重减低。

·暴食性障碍：暴食后不伴有催泻。

暴食是指因无法自控而在短时间内消耗大量的食物，远远超出正常人在同等时间相同环境的食物消耗量。催泻指的是自我诱发的呕吐或滥用泻药和灌肠药。

进食障碍在女性中比在男性中普遍得多，尤其是年轻女性。

###### 神经性厌食症

神经性厌食症有如下特点：一味追求体重减轻、体象障碍、极度害怕发胖、拒绝维持正常的最低体重；女性则伴有月经停止。

神经性厌食症常于青春期开始出现，在女性人群更为普遍。

尽管神经性厌食症体重不断减轻，但他们仍进行节

食，并否认自己的病情。

严重或快速的体重减轻会引起一系列危及生命的并发症。

本病的诊断依靠典型的临床症状，并需进行体格检查、实验室检查以明确有无过度减重后引起的副作用。

治疗常采用认知－行为疗法，周期约为1~2年。

遗传因素和社会因素均在厌食症的发展中扮演了重

要角色。在西方追求体格纤细是一种潮流，而肥胖被视为缺乏魅力、不健康和不受欢迎。甚至在青春期前的儿童中，这种潮流也被普遍接受。一半以上的女童采用节食或其他方式来控制体重。然而，其中只有较少的部分发展成神经性厌食症。其他因素，如心理敏感者在特定人群中亦可发展成神经性厌食症。但是，在真正食物匮乏的地方，厌食症反而罕见。

本病常起病于青少年，偶见于青少年早期发病，成年起病少见。厌食症主要存在于中产阶级（包括以上）人群中。在西方，患病人数呈上升趋势，大约0.9％的女性和O3％的男性患有严重的神经性厌食症。然而，症状轻微的厌食症很难被发现。

你知道吗...,..噜

1/3至1/2的神经性厌食症患者存在暴食后催泻的现象。

临床表现

厌食症可以是轻微的、短暂的，也可以是严重的、待久的。

本病最初表现为摄入障碍并注意营养和关心体重。由于大多数患者已经很瘦，所以这种对体重的关注似乎已经过度了。尽管他们已经开始变瘦，但仍专注千体重并为之焦虑。即使已经十分瘦弱，他们依旧认为自己肥胖，否认自己病了，对体重减轻并不担心，并拒绝求医。

厌食意味着“缺乏食欲＂，但厌食症患者实际上是饥

626 第10章精神健康疾病

饿的并热衷于研究食物口他们研究食物的营养、计算热量储藏、隐藏、浪费食物；他们收集食谱，为他人准备精美的食物。

约30%~50％的厌食症者有暴食行为，然后自我催吐或服用泻药。其他人则是严格控制进食量。当被询问进食多少时，他们常为此而撒谎，以掩盖他们催吐的事实和特殊的进食习惯。许多患者服用利尿剂（一种作用于肾脏以排出体内水分的药物）来治疗明显的水肿和减轻体重。

女性厌食症患者有时在体重减轻之前就出现停经。男女患者都可出现性欲减退。典型体征还有：心率降低、血压降低、体温降低，毛发细软或长出过多的体毛，由于体液蓄积而导致组织肿胀（水肿），并常主诉有腹胀、腹部不适感和便秘。自我催吐可导致牙釉质被腐蚀，颊部的唾液腺（腮腺）肿大和食管炎症。抑郁在这些患者中很常见。

即使厌食症患者已经变得非常消瘦，他们仍积极运动，甚至进行超负荷运动来控制体重。尽管已经出现体重过度减轻｀但是他们很少有营养不良的症状。

由厌食症引起的激素变化十分显著，包括雌激素

（女性）和甲状腺激素水平明显降低，伴皮质类固醇水平升高。当一个人出现严重营养不良时，机体的每一个重要器官和系统都会受到影响，如骨密度减低致发生骨质疏松的风险增加。

体重减轻得过快或很严重会引发危及生命的并发症。心脏功能紊乱和水电解质（钠、钾、氯）失衡最具危险：

·心脏功能减弱，心排出量减少。

·易发生心律失常。

·患者可以出现脱水，并易出现晕厥。

·血液可能变成碱性（代谢性碱中毒）。

·血钾浓度下降。

呕吐、自服泻剂和利尿剂会使上述情况恶化。由于易发生心律失常，患者可以出现猝死。

诊断

由于厌食症患者否认自己有病，因此他们常拒绝各种检查和治疗。他们通常被家属带到医院或因为其他疾病而就医。医师需询问患者的身高、体重以及他们对目前机体和体重的感觉如何，是否还存在其他症状。通常医师利用调查问卷来诊断神经性厌食症。如果患者具有以下症状，则可考虑厌食症诊断：

·体重过度减轻，体重指数小于(BMI) 17. 5

·担心发胖

·否认有病

·女性患者出现月经停止

医师还需通过体格检查，血、尿的实验室检查来判断是否存在由体重减轻和营养不良引发的机体功能紊乱。

＼

骨密度检查有利于发现是否存在骨质疏松；心电图检查则利于发现是否存在心律失常。

你知道吗霓......

7如果不及时治疗，近10o/£J的严重厌食症者会

死于本病。

 I

厌食症患者常否认有病，并隐藏自己的饮食习惯、拒绝就医。许多患者通常是谨小慎微的、自制力很强的、智力出众的、对事业高标准的成功人士，依靠隐藏自己的饮食习惯，他们的家人和朋友早期也难于发现他们的进食障碍。由于厌食症可引起严重的、危及生命的并发症，因此当一个人出现习惯性节食或过分关注体重时，他的家人和朋友就应引起高度关注。

厌食症患者常有以下表现：

尽管他们已经十分消瘦，但仍担心变胖否认体重过轻

热衷千研究食物分析食物的热量

储藏、隐藏或故意浪费食物

I为他人准备精美的食物

漏餐

假装进食或欺瞒真实的进食量超负荷运动

穿着宽松或多层的衣物

一天内多次称量体重

因不够消瘦而使自尊心受到打击

预后

如果不及时接受治疗，近10％的严重厌食症者会死于本病。轻微厌食症尽管无法确诊但死亡率很低。通过治疗，约半数患者可几乎或完全恢复体重，使体内激素水平和躯体功能恢复正常；1/4的患者可恢复部分体重，但过一段时间仍会恢复到以前的饮食习惯（复发）；还有 1/4的患者仍会反复发作，由体重减轻引起的生理和心理功能紊乱将持续存在。

治疗

当体重减轻的很快会很严重—一如果体重减轻超过正常体重的25％，及时恢复体重就成为当务之急。厌食症患者需住院治疗以保证摄入足够的热量和营养。经口进食是最佳的治疗方案，但少数人要通过鼻饲恢复营养。同时，医师还需要对由体重减轻引发的并发症进行检查和治疗。例如，如果患者出现骨密度减低，应及时补充钙和维生素D，有时也可给予二磷酸盐类药物治疗，常用的

第131节进食障碍 627

｀

有阿仑腊酸钠、伊班 酸钠和利塞膳酸钠。住院期间，还应向患者提供心理咨询和营养顾问。通过住院使患者脱离日常的生活环境，易于帮助其打破不正常的饮食和生活习惯，从而促进患者恢复。

然而多数厌食症患者主要在门诊进行治疗，其中认

知行为疗法常可获得不错的治疗效果。通常，对于恢复体重的厌食症患者该疗法需持续1年，而对于持续低体重的患者则需延长到两年以上。认知－行为疗法更适用于出现厌食症不足半年的青少年患者。由于多数厌食症者否认有病并拒绝就医或恢复体重，因此这种治疗方法显得尤为重要。对于青少年患者家庭治疗也十分有效。通过家庭治疗，不仅有助于改善家庭成员间的关系，而且可以教会家长帮助青少年恢复体重的方法。

厌食症的治疗还应包括规律复诊并进行相关检查·

接受营养师的建议，从而学会如何通过特殊的营养餐搭配或合适的热量补充使体重恢复到正常水平。

目前并没有专门用于治疗厌食症的药物。但是，新

一代抗精神病药物如奥氮平有助于患者恢复体重和缓解他们对肥胖的恐惧感。选择性5-胫色胺再摄取抑制剂

（一类抗抑郁药），如氛西汀，可预防厌食症复发；对于同时存在抑郁状态的患者效果更佳，3

＿

###### 神经性暴食症

神经性暴食症的特征是：反复在短时间内摄入大量食物（暴食），继而尽力避免因食物被吸收引起的体重增加（催泻）。

巨患者进食大量食物后再通过呕吐、服用泻药、利尿剂，

或超负荷运动来控制体重

i．当一个人过度关注自己的体重，且体重波动明显时，应高度怀疑本病

巴常用的治疗方法包括：认知行为疗法，5轻色胺再摄

取抑制剂（一类抗抑郁药），或两者联用。

同神经性厌食症一样，神经性暴食症也受遗传和社会因素的影响，也好发于年轻女性，她们过于关注自己的体形和体重，多发于中上社会阶层。神经性厌食症主要的发病人群为青少年和年轻女性，女性和男性的发病率分别为I. 6％和0.5%。

临床表现

暴食症者的暴食行为反复发作，她们在相当短的时间内，常在两小时以内摄入大量食物。情绪压力常引发暴饮暴食和催吐的不良循环，这类行为通常在暗中进行。暴食症者常在非饥饿状态下进食，吃到胃疼，并抱怨自己的行为失控。患者常进食大量的高热量食物，如冰激凌和蛋糕。每次暴食的摄入量不尽相同，有时可达到上千卡路里；暴食频率较多，通常每日数次。

厂、；，心你知道吗 :垦··

暴食症者常对自己的行为感到懊悔或羞愧。由于经常利用手指自行催吐，因此暴食症者的

指关节常可见瘢痕组织。

为了对抗暴食带来的后果，暴食症者常通过以下方式催泻：

·呕吐

·服用泻药

·严格控制进食或禁食

·超负荷运动

·以上行为联用

很多患者用利尿剂来治疗浮肿。不同于厌食症者，暴食症者的体重在正常范围波动。

自我诱发呕吐会引起牙釉质腐蚀、使颊部唾液腺

（腮腺）肿大和食管炎症。呕吐和催泻使血钾水平降低，导致心律失常。有报道多次服用大量催吐剂来诱发呕吐可引发心律失常，进而导致猝死。而在一次暴食后，因摄入大量食物引起胃破裂和食管撕裂，进而引发致命并发症者少见。

与厌食症相比，暴食症患者能意识到自己行为异常，

并自觉懊悔和自罪。他们承认自己有问题并去看医师或寻求其他帮助。一般来说暴食症患者比较外向、行为冲动型、伴有滥用药物、酗酒及抑郁。

诊断

如果一个人，特别是青年女性，过分担心自己体重增加，并且体重波动较大，尤其是有过度使用泻剂的现象

（如腹泻和肠痉挛），医师应考虑暴食症诊断。其他的证据还有：

·腮腺肿大

·用手指自我催吐时造成的指关节划痕

·胃酸造成的牙釉质腐蚀

·低钾血症

明确诊断应包括：患者描述有暴食－催吐的行为，一周有两次以上的暴食史，且病史持续至少三个月。但当患者症状典型时，仅通过临床表现即可确诊。

治疗

认知行为治疗和药物治疗是两种治疗本病的最有效方法。两者联合使用效果更佳。

在认知行为治疗中，应先检查确定有否躯体功能障

碍，并给予相应治疗。患者与治疗师需每周见面l ~2次，持续4~5个月，共约16~20次。通过认知行为疗法，大约2/3的暴食症患者可以减少他们暴食的频率， 1/3的患者可以停止暴食。进行此种疗法的病人的暴食习惯将逐渐减轻而戒断则需至少l年。

5－经色胺再摄取抑制剂，一类抗抑郁药，治疗暴食症

628 第10章精神健康疾病

-

-- --

可达到一定效果，当与认知行为疗法联合使用时效果最佳。然而，一旦停药则易复发。

###### 暴食性障碍

暴食性障碍的特征是无法自控地进食大量食物（暴食），但随之并无减轻体重的尝试（催吐）。

暴食性障碍多发于肥胖人群

暴食性障碍者短时间内摄入大量食物后并不进行催吐，常为其暴食行为而烦恼

调诊断依据千患者对其异常行为的描述

减肥锻炼和减肥药物西布曲明有助于控制体重；认知行为疗法有助于控制暴食行为

暴食性障碍的发病率在女性和男性分别为3.5％和 2％，在肥胖人群中多见。在一些减肥训练营中，30％的肥胖者患有本病。

绝大多数暴食性障碍患者尽管已属于肥胖，但仍不断摄入过量的热量。与神经性厌食症患者的过度消瘦不同，多数暴食性障碍患者体重正常或接近正常。本病患者的年龄比神经性厌食症或神经性暴食症高，近半数为男性。

###### il你知道吗......

心＂＇近半数的暴食性障碍患者为男性。

约一半的肥胖暴食性障碍患者有抑郁症。

临床表现

暴食症障碍患者在短时间内摄入大量的食物，远远超出正常人在同等时间相同环境的食物消耗量，且在暴食过程中或暴食后自觉行为失控。此类患者的暴食行为为间断性，并非持续出现。他们可能也具有以下表现：

·进食速度较正常人增快

·过度进食直到感到胃部不适

·非饥饿状态下进食大量食物

·因对自己的行为感到羞愧，常独自就餐

·暴食后常感到自责、抑郁或自罪

暴食性障碍患者常为其暴食行为而烦恼，特别是当他们正在努力减肥时。大约50％的肥胖暴食性障碍患者伴有抑郁，而体重正常的暴食性障碍患者并发抑郁的几率则不足5%。

诊断

明确诊断应包括：患者每周有两天出现暴食行为，病史待续至少6个月，且自觉行为失控。但当患者症状典型时，仅通过临床表现即可确诊。

治疗

绝大多数患者选择减肥训练营作为治疗方法。尽管这些减肥训练营很少有针对暴食性障碍的治疗，但是此类患者更多关注的是自己的体重减轻而非控制暴食行为。传统的减肥训练不仅可以有效的减轻体重，而且有利千减少暴食频率。因为，在这些训练营中暴食无疑与体重增加相关。

其他的治疗方法还包括：

·认知行为疗法有助于控制暴食频率，但却对减轻体重效果甚微。

·西布曲明，一种减肥药物，有助于减轻体重，并对减少暴食频率有一定效果。

·选择性5－轻色胺再摄取抑制剂（一类抗抑郁药），如氛西汀，可减少暴食频率同时减轻体重。但是，一旦停药则易复发。

·与＂匿名戒酒自助会”类似的自助团体（如匿名暴食和食物成瘾自助会）分布广泛，但作用仍不确定。

·手术治疗可用于减轻体重，但是否对减少暴食频

率有效仍不清楚。

第132节

## 人格障碍

人格障碍的特征是一种相对僵化的、社会环境适应不良的认知、反应和与人际关系模式。

行为特点：古怪偏离正常，或具有戏剧性、不稳定性，或表现的焦虑、压抑。

诊断依据：反复出现偏离正常的想法或行为，尽管这些想法或行为可能带来不良后果。

药物治疗对于人格特征的改变常是无效的，但是可以通过心理治疗使病人认识到自己的问题并改变那些偏离社会正常认知的行为。

每个人都有特定的待人接物的认知和相处的模式

（人格特征）。也就是说，每一个人在应对压力时，有其独特的、一贯的风格。例如，遇到麻烦时，一些人寄希望

,---.

｀

勹「于，

｀｀

第132节人格障碍 629



于寻求他人的帮助，另一些人则是独立解决问题；一些人总是希望大事化小、小事化了，而另一些人则习惯于把问题扩大化。对于心理健康的人而言，如果他们的第一次努力失败了，不论其一贯行为风格如何，他们都喜欢试用其他的方法。

相反，人格障碍患者的行为方式僵化，处理间题的方式不恰当，以至于影响到与家人、朋友和同事的关系。这种适应不良可以追溯到青少年，或成人早期阶段，且长期固定不变。本病的严重程度多变，其中轻度人格障碍较普遍，而严重的人格障碍十分罕见。

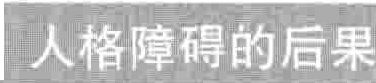
大多数人格障碍患者不满意自己的生活状况，并在工作或社会交往中存在许多问题，会出现情绪障碍、焦虑、药物滥用或进食障碍。

人格障碍患者并未意识到其思维或行为模式是不恰当的，所以自己不会寻求帮助。然而，由于人格障碍患者的行为给他入带来麻烦，所以其朋友、家人或单位会替他们寻求帮助。当患者主动寻求帮助时，往往是因为一些痛苦的症状（例如焦虑、抑郁或药物滥用）或由人格障碍导致的生活压力。他们认为自己的问题是其他人或环境引起的，而与自己无关。

直到最近，许多精神病学家和心理学家都认为目前没有很好的治疗方法适用于人格障碍。然而，某些心理治疗的特殊形式（谈话治疗）结合药物治疗，有时可能有意想不到的治疗效果。其中，选择一位经验丰富、善于沟通的心理治疗师尤为重要。

人格障碍可以分为三大群。A群“古怪群”;B群 “戏剧化群”或“情绪化群”;C群”焦虑群”。





人格障碍患者通常有脱离正常的危险行为，易千导致躯体疾病（如酒精或药物依赖儿自我伤害，危险的性行为，疑病症和与社会价值的对抗。

人格障碍患者幼年时期可能经历环境多变的、脱离社会的过度情绪化的、滥用药物的、或不负责任的养育方式，进而导致躯体和精神问题。

人格障碍患者面对压力时容易发生精神崩溃（即

使处理日常的心理问题也变得十分困难）。

人格障碍患者可能最终发展成为不同类型的精神疾病，其类型与早期的人格障碍分类相关（例如，焦虑、抑郁、精神病）。

人格障碍患者的依从性较差，即使遵从治疗，其对药物的反应也较正常人差。

人格障碍患者的医患关系较差。因为他们拒绝对自己的行为负责，或对人缺乏信任，或要求过多。医师对他们也充满责备和不信任，最终可能会拒绝他们。

A群：古怪群

偏执型人格：本病患者往往不信任、怀疑他人。他们毫无根据地怀疑他人会伤害自己和认为对方的行为充满敌意。因此，偏执型人格障碍患者可能会维护自己的权益而报复对方，然而这些行为必然引起他人的拒绝或排斥这样反而证明了他们原来的疑虑。本病患者在人际关系中，总是表现的冷淡且不易亲近。

偏执型人格障碍患者经常起诉他人，尤其当他们觉得自己代表公义时。冲突发生时，本病患者很难意识到自己问题，常归咎于他人。他们的工作相对独立，但效率很高且态度认真。

有些因自身缺陷或残疾（如耳聋）的性格孤僻的患者更容易怀疑别人。然而，这种多疑并非偏执型人格障碍的诊断证据，除非同时存在对他人的不良敌意。

分裂样人格：本病患者性格内向、退缩、孤独，情感冷淡，与家庭和社会疏远。过分沉涌于自己的情感和思想之中，害怕与人亲近。他们沉默寡言，爱做白日梦，喜欢腌想，而不爱实际行动。幻想是本病患者常用的处事方法（防御机制）。

分裂型人格：本病患者像分裂样人格一样，表现的与社会疏远，难以接触。另外，他们常出现一些与精神分裂症类似的奇怪的思维、认知和交流的方式。虽然分裂型人格较常见千精神分裂症患者发病前，但大多数患者不会发展为精神分裂症。

一些患者会有许多奇幻的想法——认为自己的思维或行动能够控制一些人或事。例如，，他们的怨念能够伤害到其他人。本病患者也可以有偏执的想法。

B群：＂戏剧化群”或“情绪化群”

做作性（表演性）人格障碍：本病患者常过度追求关注，情感夸张且富有戏剧性，过分注重外表。他们生动的表达方式容易建立人际关系，但却肤浅而短暂。他们的情感表达往往过分夸张、幼稚、惹人同情或关注（常是色情或性感的表现）。

本病患者倾向于性挑衅行为或非性关系性化。然而，他们可能并非真的想要性关系；在他们性感行为的背后潜藏着被依赖和被保护的欲望。有些患者有疑病症状，夸大他们的躯体问题以期获得关注。

自恋性人格障碍：本病患者往往有一种优越感，渴望赞美，且缺乏同情心，夸大自己的价值和作用，常被精神科医师称为“自大狂＂。他们对失败、挫折和批评极度敏感；因过度自信，所以当面对失败时易于变得愤怒或重度抑郁。在人际关系中，由于总认为比别人优越，应该得到赞美和羡慕，因此他们有时会怀疑别人在嫉妒自己。本病患者总觉得自己的要求应立刻被满足，而欺压他人，并且认为别人的想法和要求无足轻重。他们的行为往往会冒犯别人，被认为是以自我为中心，骄傲自大或自私的。这类典型的患者多见于成功人士，也可以发生于尚

63!!\_ 第10章精神健康疾病

无成就者。

反社会性人格障碍：本病（以往称为病态人格或社会病态人格）患者多为男性，表现为对别人权利和感觉的漠视。欺骗充斥着他们的入际关系。为了功利和个人的满足（不像自恋性人格，他们认为自己比别人优越），他们利用、剥削他人。

反社会性人格障碍患者的特点是：冲动地、不负责任

地宣泄内心冲突，对挫折的耐受力很差，对外部充满敌意和暴力。他们往往不能预测其反社会行为的不良后果。尽管已经对别人造成伤害，但他们不会产生懊悔和负罪感C相反，他们习惯于把自己的行为合理化、并且推卸责任。对于反社会性人格患者，挫折和惩罚不会令其改变行为，不会改善他们的预测和判断，相反，会让他们更坚信世界的冷酷无情。

本病患者常有酗酒，性变态，乱交和屡次入狱的经历，

工作容易失败，经常搬家。他们通常有反社会行为、药物滥用离婚、体罚等家族史。幼年时期，他们常有情感上被忽视和受虐待的经历。本病患者的寿命短千普通人群的平均寿命。随着年龄的增加，本病症状趋于消失和稳定。

边缘性人格障碍：本病患者多为女性，其自我形象、

情绪、行为和人际关系不稳定。他们的思维过程较反社会性人格障碍患者更混乱，攻击性总指向自身。他们较做作性人格障碍患者更易发怒、冲动，自知力更混乱。本病多在童年起病，随着年龄增长，发病率降低。

本病患者往往在童年缺乏适当的爱护或被虐待，导致他们成人后感觉空虚，易于发怒，极度需要照顾。与A群人格障碍患者相比，他们的人际关系更为激烈动荡。当他们担心被看护人抛弃时，常常表现的异常愤怒。对事物的看法比较极端一—所有事物非黑即白，非好即坏，绝对没有中性的。

当边缘性人格障碍患者感到被遗弃时，他们常会对

自己的存在产生怀疑（也就是说，他们有不真实感）。他们会有极度冲动、危险性性行为、药物滥用倾向，自我伤害。当他们逐渐与社会脱离联系时，通常会有精神病症状，和妄想、幻想等。

这类患者多于基层保健门诊就诊。他们也是由临床

医师治疗最多的一类人格障碍，因其总是不断地寻求别人的关注。然而，经过反复的就诊、模糊的主诉、不遵循医嘱，包括医师在内的照料者经常感到很受挫，认为他们是一群拒绝帮助的抱怨者。

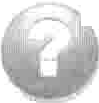
C群：焦虑群

回避性人格障碍：本病患者对拒绝表现的过度敏感，害怕开始新的人际关系或任何新事物。他们渴望被喜爱和接受，却又因为害怕失望和批评而避免亲密的关系和社交。不同于分裂样人格障碍患者，本病患者由于孤独和不能很好地与人相处而显得非常痛苦；不同于边缘性人

格障碍患者，本病患者对拒绝的态度不是愤怒，而是退缩、害羞、胆小。回避性人格障碍与社交恐惧症类似。

..--., -.....你知道吗...,..

人格障碍患者并没有意识到自身的想法或



行为存在问题。

依赖性人格障碍：本病患者通常逃避做重大决定和担负责任，让他所依赖的人的需求取代了自己的需求。他们缺乏自信，对自己独立生活的能力充满怀疑；常常声称自己不会做决定，，不知道要做什么和怎么去做。这些行为的根源部分因为他们总认为别人比自己能干，另一部分原因则是他们担心自己的话会冒犯自己需要的人。其他的人格障碍患者也有依赖性人格特征，但多隐藏在主要症状的背后。有些慢性病患者或身体残疾者也会出现依赖性人格。

强迫性人格障碍：本病患者总是机械地遵守规章制

度，追求完美，有强烈的控制欲。他们往往很可信、可靠、遵守制度、做事很有条理，但也因过分固执而对环境的变化适应能力很差。他们非常小心谨慎，对事情的各个方面都再三权衡，最终使其做决定时变得优柔寡断。他们责任心过强，不能容忍一点失误，所以往往不能完成任务。不像强迫症这种精神疾病，本病患者没有反复的、非必要的强迫观念和仪式化的行为。

这种人往往会取得很高的成就，尤其在需要程序化

和细心的科学及其他文化领域。然而，他们的责任感使他们很焦虑，他们体会不到成功的喜悦。本病患者对他们自己的感受及人际关系均不满，对那些自己不能控制而需要依赖别人的清况不能适应，对那些无法预测的事件也感觉不安。

其他人格障碍类型

除外上述分类外，还有一些非典型的人格类型。

被动－攻击性（消极性）人格：此类人格障碍患者常表现的行动笨拙或被动消极。然而，这些行为实质上是为了逃避责任、控制或惩罚他人。被动－攻击性人格患者常常有拖延症、效率低下，或宣称自己有严重的能力缺陷。他们经常会承担一些内心排斥的任务，继而利用不被察觉的方法阻碍任务完成，并掩盖自己的敌意或不满。

环性人格：此类人格障碍患者的心境一直在高涨夸大和抑郁悲观之间波动，每一种心境可持续数周或更长时间。这种有节律的心境变化相当规则，而且事前并无值得关注的外界诱因。许多有天赋和创造力的人都有表现。

忧郁性人格：此类人格障碍患者的特点是长期阴郁、担心和害羞。他们被悲观情绪主导，不仅自己行为被动，而且影响他人的积极性。对他们而言，使他人满意是完全没有可能的。他们在潜意识里认为自己的痛苦可以换来别人的爱或羡慕。

．圃

｀

．一

第132节人格障碍 6打1

`



诊断

医师对人格障碍的诊断基于患者的病史，尤其是反复出现的适应不良的思维或行为模式。此类患者的思维、行为模式非常明显，因为即使巳经出现不良后果，他们依然顽固地拒绝改变。另外，医师应注意到患者不恰当的、影响日常生活的心理应对机制（防御机制），也应对通过与患者经常接触的人谈话进一步了解病情。

治疗

治疗的首要目标是缓解焦虑、抑郁和其他令患者痛苦的症状（如果存在），此时药物治疗可能有效。例如选择性5－胫色胺再摄取抑制剂(SSRls)对治疗抑郁和冲动行为均有效。抗惊厥药物则有助于减少冲动行为和愤怒情绪。其他的药物，如利培酮对缓解边缘性人格障碍患者的抑郁和人格解离症状有效。另外，减少环境应激也有利于快速缓解症状。

然而药物治疗并不能改变人格特征。人格的形成需

要很长时间，所以人格障碍的治疗也需要很长时间。人格障碍仅通过短期治疗无法治愈，但是一些症状可以较 快得到缓解。一年以内，行为会发生改变，人际关系的改 变需要更长时间。例如，一个依赖性人格障碍患者，当不再诉说自己无法做决定时其行为已经发生改变；而人际关系的改变则需要患者通过工作或家庭中的人际交往，恢复或承担做决定的能力。

虽然不同类型的人格障碍其治疗措施并不相同，但

有些基本原则是相同的。多数患者并未意识到自己的行为存在异常，以及他们必须承担因为适应不良的思维和行为导致的严重后果。因此，医师需要反复指出患者的思维和行为导致的不良后果。有时，医师发现对约束患

者的行为是有必要的（例如，患者被告知发怒时不能提高嗓门儿，而必须以平常的语调进行）。在治疗过程中有家人的参与是十分有益也是非常必要的，因为家庭化的言行能够强化或削弱患者的问题行为。集体和家庭治疗，集体居住生活，参加治疗性的俱乐部或互助小组均会对改变社会环境适应不良的行为有所帮助。

因为人格障碍的治疗十分困难，故选择一位经验丰富充满热情专业知识扎实的医师显得非常重要。仅是依靠善意和对疾病的解释说明并不能有效治疗人格障碍。心理治疗是所有治疗方法的基石，通常需要持续1年以上才可能改变患者的适应不良行为或人际关系模式。

只有在亲密无间且相互配合的医患关系中，患者才能发现令其痛苦的根源和自己的不良行为。心理治疗能够帮助患者意识到自己态度和行为导致了不良的人际关系，例如依赖缺乏信任、傲慢操纵指使等。

集体治疗和行为矫正疗法对于纠正偏离正常的行

为，如鲁莽、社交孤立、缺乏自信或脾气暴躁等是有效的，常在数月内就可见到成效。参加自助小组或家庭治疗也有助于改善偏离正常的行为。行为辨证疗法适用千边缘性人格障碍患者。该疗法包括每周进行的个体心理治疗和集体治疗，以及与医师之间定期的电话交流。其目的是帮助患者了解自身行为，并教会他们解决问题的方法和适应社会的行为模式。对边缘性或回避性人格障碍患

j者也可采用心理动力学疗法。通过这些治疗使患者逐步认识到自己的行为对他人的影响。对千一些人格障碍患者，主要是那些表现为适应不良的态度、期望和信念（例如，自恋性或强迫性人格）者，精神分析可能有效，通常至少待续3年。

常见的防御机制



防御机制 定I1义 结局 相关的人格障碍

I I I l,'l l,'\_

［由＇，心

投射

， 一一一 ，I，'l --- -- -

把自己的思想和感觉归因千其 导致偏见，敏感多疑，过度担心外

他人 ， ＇， ． －i 1 部危险

- - - I

典型的偏执型和分裂型人格障碍；当边缘性，反社会性或自恋性人格障碍在急性应激时会使用这一机制

分裂

见诸行孰

转为攻击自身

幻想

疑病

用非黑即白，全或无的态度把人分为J理想化的大好人或恶棍

一种无意识或冲动的直接行为表达，从而避免思考痛苦的情况或体验痛苦的情感

向他人表达愤怒，转而指向自身，I直接的方式（例如，自我伤害），间接的行为（例如躯体形式障碍）；后者成为被动攻击

应用想象的人际关系和自我的信仰体系去解决冲突，逃避痛苦的现炙例如孤独

通过躯体的主诉获得他人的关注

逃避对同一个人产生既爱又恨的痛苦感及不确定和无助感

导致不负责任、鲁莽和愚蠢的行为口包括青少年犯罪、乱交、药物滥用行为，并且变成一种无意识习惯和驱动力

包括失败和对他人影响大于自身的疾病以及愚蠢的小丑行为

常表现为古怪避免亲密的人际关系，逃避外部世界

获得他人的照顾，也许是对他人愤怒的一种表现

典型的边缘性人格

常见于边缘性和反社会型人格障碍

边缘性人格障碍患者多见

常见于回避性或分裂样人格障碍患者，与精神病患者不同，前者不相信幻想，所以不会按幻想行事

见于依赖性、表演型或边缘性人格障碍患者

632 第10章精神健康疾病

第133节

## 分离性障碍

每个人偶尔会遇到一些影响其记忆、认知、识别能力和意识状态完整性的小问题。例如，一个人驾车到达某地却突然不记得为什么要到这个地方，可能的原因是他在驾车的过程中被其他事物（担心某事、收音机里正在播放的节目或与同伴谈话）吸引或沉浸在自己的白日梦中。这些问题被称为正常的分离性行为，并不影响我们的日常生活。

相对地，分离性障碍患者总是遗忘他们的一系列活动，这些活动可能仅持续数分钟，也可能长达数小时甚或更久。但是，他们有种忘记某些事情的印象，但却无法记起。分离性障碍常会破坏自我的连续性和记忆中生活事件的完整性。分离性障碍包括以下几类：

·部分记忆丧失（分离性遗忘症）

·身份识别和记忆被分成多个部分（分离性神游症或分离性身份识别障碍）

·自我经历和认知的破坏（人格解体障碍）

你知道吗……

，'-'头部受到小的打击并不能导致人们突然忘记自己是谁和他们所经历的事情。



分离性障碍通常因压力过度或严重的创伤事件而发病，如有些患者可能在儿童时期有被虐待的经历。本病患者可能体验或目睹了创伤性事件，如事故或灾难；或者是体验到无法承受的内心冲突，导致这些让人无法接受的信息和情感从意识层面分离出来。

##### 人格解体

本病的特征是持续性地或反复发生地感到与自己的身体或精神活动相分离（人格解体），患者对自己生活有一种旁观者的感觉。

本病通常因一些危及生命危险事件或其他严重应激事件而发病

间断性或持续性的感到与自身分离

心理测试有助于该病的诊断，但应通过实验室检查除外其他可能因素

心理治疗和认知－行为疗法对某些患者有效

人格解体的症状是第三位常见的精神症状（紧随焦虑和抑郁之后）。本病常出现于遭遇危及生命的危险之

后，服用某些药物后（如大麻，迷幻剂，氯胺酮，摇头丸），疲倦，或睡眠剥夺、感官刺激剥夺（常见于重症监护病房治疗过程中）后。人格解体的总患病率约为2%。

临床表现

患者常感到与自我的躯体、精神活动、情感或感觉脱离，有一种不真实感，自己如同一个机器人，或者犹如生活在梦中，或者从世界中剥离出来。他们常形容自己如同“行尸走肉”一般。这些症状往往使患者感到不安，有些人甚至无法忍受自己n

人格解体的症状通常持续存在。其中，1/3患者的症状为间断出现，另2/3患者的症状为持续性。对某些患者而言，间断发作的症状可逐渐转变为持续性。

患者很难描述自己的症状，并且担心或认为自己将要发疯了。然而，患者对自己不真实的经历总是留有意识，他们能认识到这些并非真实感受，而是自己的一种感受方式。正是这种自我意识将人格解体与精神病区别开来。因为精神病患者总是丧失自知力。

诊断

对于本病的诊断主要基于临床表现。医师需通过体格检查和实验室检查排除其他可引发相似症状的疾病，包括其他精神疾病和药物滥用。常用的检查手段有磁共振成像(MRI），脑电图(EEG)和针对药物的尿液检查。心理测验和特殊的结构式访谈、问卷调查有助于医师对千疾病的诊断。

治疗和预后

人格解体往往不经过任何治疗亦可消失，但是当症状持续存在、反复发生或使患者痛苦时，则必须进行治疗。对于一些患者，精神动力心理治疗、认知－行为治疗均可起效。人格解体经常伴随其他精神疾病或因为其他精神疾病而触发，所以治疗本病的同时也需对其他疾病进行治疗。任何与本病起病有关的应激也必须提醒患者注意回避。

常用的治疗手段有：

·认知疗法有助于使患者从持续的不真实的感受中恢复。

·行为疗法通过一种患者感兴趣的工作或任务，使其从人格解体状态恢复。

·接地疗法则是利用五种感觉（听觉，触觉，嗅觉，味觉和视觉）帮助患者感受到自己与真实世界密切相连。例如，当患者症状发作时，通过大声歌唱或紧握冰块，

｀

-k,\_

第133节分离性障碍 633

么｀

这些很难被忽视的感觉来提醒患者自己目前的状态。昌精神动力学疗法是通过帮助患者完成那些从意识状

态分离出的难以忍受的冲突和与此相关的感受。

通过治疗，本病部分缓解是完全可能的。很多人亦可完全恢复，尤其是那些发病与应激有关的患者。治疗期间通过消除应激因素而改善治疗效果。但部分患者的治疗效果不好，虽然他们中有些人可以自行康复。有少数患者对治疗完全无反应。有时，抗焦虑药物和抗抑郁药物可能有效，尤其当患者伴有焦虑或抑郁症状时。

###### 分离性遗忘症

分离性遗忘症是一种由创伤和应激引起的遗忘，往往不能回忆起过去重要的事情，个人信息等。

本病患者的记忆有大段缺失，范围可从几分钟到数年

心理测试有助于该病的诊断，但应通过实验室检查除外其他可能因素

可以采用记忆提取技术，如催眠和药物辅助下的谈话

治疗，帮助记忆恢复

霍心理治疗有助于患者应对激发汾离性遗忘的事件

遗忘是指全部或部分地不能回忆最近或遥远的经历。当遗忘是因为心理而非躯体疾病所致时，被称为分离性遗忘。

在分离性遗忘中，丧失的记忆常是清醒意识状态下

的正常现象或是一种“自传性”的记忆－他是谁，他要去哪儿，他对谁说了什么，以及所做、所说、所想和所感觉到的等。这些信息总是与创伤或应激事件相关。有时，尽管这些内容被忘记了，仍可继续对患者的行为产生影响。

本病最常见于青年人，尤其是经历战争、事故或自然

灾难的人群。本病也可能是压抑了童年时期的性虐待，在成人后恢复了记忆。这种遗忘可在创伤性事件发生后持续一段时间。有时，患者的记忆可自行恢复。这种恢复的记忆是否能真实地反映过去尚不清楚，除非有其他人的证实。

临床表现

本病最常见的症状就是记忆缺失。部分患者在记忆缺损的早期出现意识混乱，许多患者则因为遗忘而表现的抑郁或十分痛苦。绝大多数患者发生一段或多个部分的记忆缺损，这些缺失的记忆常可为几分钟、儿小时或数天，有时也可能波及数年甚至整个一生。大多数患者意识到自己＂丢失了一些时间”，而部分患者只有在记忆恢复或发现一些证据表明自己曾经做过一些无法记起的事情时，才意识到自己丧失了一段记忆。一些患者只是遗忘了一段时间的部分事情，而不是全部；一些患者则是对以前的全部生活均不能回忆。

诊断

对于本病的诊断需要医师仔细地回顾患者的临床表现，并且通过体格检查排除其他可引发相似症状的疾病。常用来除外其他躯体疾病的检查手段有：磁共振成像 (MRI），脑电图(EEG)及针对毒物和药物的血液化验。心理测验对于本病确诊也是必需的。一些特殊的心理测试有助于医师更好地区分分离性遗忘症的特点，进而制定行之有效的治疗方案。

##### 你知道吗..,...,.

当医师通过记忆提取疗法帮助患者恢复缺损的记忆时，要谨记不能做或说任何事，以防止让患者产生新的错误记忆。

治疗和预后

医师早期的治疗目的是帮助患者恢复安全感。如果丧失的记忆不能自发地恢复或恢复记忆迫在眉睫，常可借助记忆康复技术达到目的。通过催眠术或药物强化催眠后进行接谈（静脉给予异戊巴比妥或苯二氮草类药物使患者安静后进行接谈），医师询问患者的过去经历。医师应用催眠术和药物强化催眠后进行接谈可以降低患者因遗忘而产生的焦虑，并且克服或绕过患者的防御机制—一为了避免回忆起痛苦的经历或冲突由患者自己设立的保护反应。医师必须小心谨慎，避免建议哪些事件应该被忆起或诱发强烈的焦虑反应。通过这种技术恢复的记忆不一定很准确，需要其他人的印证或其他信息的补充。所以，在进行催眠术或药物强化催眠术接谈前，医师必须告知患者恢复的记忆不一定准确，并在获得患者的同意后方能进行。

最大限度地修补记忆缺损有可能使患者逐渐恢复自我体验和对自我身份的认识。一旦记忆恢复，待续的心理治疗有助于患者正确面对导致失忆的创伤或冲突，并有助于找到解决问题的方法，尽快地回归正常生活。

大多数患者能够恢复记忆，并解决那些导致失忆的冲突。然而，部分患者却不能逾越阻碍他们重建记忆缺失的屏障。

###### 分离性神游症

本病的特征是患者一次或多次的突然地、出人意料地，但有目的地从他生活的环境中出走，到一个新的地方，并部分或全部忘却了过去的事情。

本病的发生可能与严重的应激事件或创伤事件有关

l神游发生时，患者会抛弃以前的生活习惯而以假想的新身份生活，并部分或全部忘记了以前的事情

634 第10章精神健康疾病

本病的诊断通常需要回顾病史并收集离家出走之前旅行中和改变身份建立新生活后的相关信息

||『通常神游可持续数小时或数天，然后自行恢复

可尝试采用记忆康复技术，如催眠和药物强化催眠后接谈治疗，但效果难以确定。

在美国，本病的发病率为0.2%。分离性神游症在

那些经历战争、事故和自然灾难的人群中较为常见。

11！你知道吗…．号，等

分离性神游有时很难与诈病区别，因为两者都能让人逃避责任或不愿意面对的事情或危险的境遇，如一段破裂的婚姻或战争。



治疗

病因

分离性神游通常可由严重的创伤性事件引发，如战争、事故、自然灾害或发生在儿童时期的性虐待。

本病常被误认为是诈病，因为两者均发生于患者希望以某种借口逃避责任（如一场无法忍受的婚姻），或避免承担因自己的行为引发的严重后果，或尽量使自己逃避巳知的危险，如一场战争等。然而，与诈病不同的是分离性神游是自发地发病而非假装。

许多神游仿佛暴露了一种隐藏的愿望（例如逃避巨大的压力，像离婚和财政崩溃）。另一些神游与遭受反对和隔离感有关，或是在压抑自杀或杀人的冲动。

临床表现

分离性神游可以持续几小时、几周或数月，偶尔甚至更长。患者处于神游状态时，失去以往的身份，离开家庭和工作场所，从常居地消失。如果神游时间较短，可能只表现为错过工作或回家较晚。如果神游持续数日或更长，患者可能离家太远，会以新的身份开始新的工作，自己却没有意识到生活的变化。

患者在神游期间，表现正常，不会引起注意。然而患者会突然意识到自己丧失了记忆（遗忘）或对自己的身份产生怀疑。如果患者出现了意识混乱，则会引起医疗或法律机构的关注。患者处于神游状态时，可以没有任何症状，或只有轻微的意识混乱。然而，当神游结束时，患者可能会感到抑郁、不适、悲伤、羞愧，或产生强烈的内心冲突、自杀或攻击的冲动等。

诊断

当一个人对自己的身份产生疑惑，或对自己的过去迷惑不解，或者当一个人没有形成新的身份或对新身份缺乏坚信时，医师应该怀疑他是否患分离性神游症。为了明确诊断，医师应该仔细了解患者的症状，并通过全面的体格检查排除导致记忆缺损的躯体疾病。同时心理检测也须进行以确定诊断。

有时，只有当患者突然回归以往的身份或对现在不熟悉的环境感到痛苦时，分离性神游的诊断才可以确立。医师通过回顾患者的病史，收集患者离家出走前的信息，以及旅行和改变身份后的生活经历，从而做出回顾性诊断。

大多数神游持续数小时或数天，并自行消失。

本病的治包括催眠术或药物强化催眠后接谈（静脉给予镇静剂使患者放松后再进行接谈）。然而，恢复神游期间的记忆很难成功。

医师可以帮助患者寻找处理各种诱发本病发生的情景、冲突和情绪的方式以避免再次发病。

分离性身份识别障碍

本病以前又称为多重人格障碍，是指一种个体有两种或多种可以转换的不同的人格。

童年时期经历的严重应激事件可能使某些儿童把其从统一的人格中分离出来

患者存在多个人格，这些人格可能知道也可能不知道对方的存在及之间的相互联系。本病患者还有许多其他症状，如严重头痛，记忆缺损，自毁倾向

一．一次深入的心理接谈和一些特殊的调查问卷（有时需要催眠术或镇静剂的辅助）可能有助千医师对本病的诊断

广泛的心理治疗有助于患者对多种的人格的整合或至少使多种人格间和谐共存

本病的发病率为1%。病因

分离性身份识别障碍是由多种因素交互作用引起的，包括：

·过度的压力

·把记忆、知觉和身份从意识状态分离开来的能力

·异常心理发育

·在儿童时期缺乏保护和关爱

随着儿童的成长，他们必须学会对各种复杂的多变的信息和经历进行整合。而那些经历过虐待或严重失意创伤的儿童则保留了不同的情绪和认知并将它们分离开来，进而形成多相人格。然而这些较易受到伤害的儿童如果有父母的保护和安抚，往往不会出现分离性身份障碍。

临床表现

本病患者经常描述一系列类似于精神疾病和躯体疾病的症状，如严重的头痛或其他部位疼痛，性功能障碍等。不同的时间可能出现不同的症状群。一些症状表明另一种疾病确实存在，而另一些症状则提示是过去经历

＿，皇，

｀

一一＿＂一·

第134节 精神一分裂症和妄想障碍 635

`

的闯入。例如，悲伤可能表明抑郁症是其伴随疾病，但也可能只是多相人格之一，即重新生活在往昔的不幸中。

本病患者易于自伤。药物滥用，自毁行为和自杀企

图在这类患者比较多见。一些患者对于曾经虐待过自己的人有强烈的报复企图。

本病患者的一些人格能够了解个人的一些重要信

息而另一些人格却不了解。一些人格知道并与内心世界的另一种人格相互影响。例如，人格A了解人格B，并且知道人格B所做的一切，仿佛在观察人格B一样；而B也许知道或不知道人格A。其他的人格也许知道或不知人格B，人格B也可能知道或不知道其他人格。

人格的转换以及对其他人格的行为缺乏认识往往使

患者的生活处于混乱状态。因为多相人格间的相互作用，患者可以听到内心世界的谈话，可以听到评论或称呼自己的声音。

随着时间的流逝和遗忘，患者可以体验到时间的扭

曲。在一次遗忘之后，患者可能发现遗留的物品或笔迹，但自已无法记起或辨识；也可能发现自己处于一个完全 陌生的地方，并且完全记不起自己为什么或是如何到这里。本病患者往往不能回忆以前做过的事，或不能解释 自己行为的变化。患者经常称自已为“我们”,“他“，或 “她＂。大多数人不能回忆3 ~5岁的生活，而本病患者往往不能回忆6~11岁间发生的事情。

分离性身份识别障碍患者可能产生与自身分离的感

觉（人格解体），并对曾经熟悉的人和环境感到陌生、奇怪或不真实（现实解体）。他们很关注有关控制的问题，控制自己，控制他人。

尽管多数患者的社会功能良好并能从事创造性的工

作，但本病是一种慢性病并有致残或危及生命的风险。诊断

医师通过心理访谈和一些特殊的问卷可以对本病做

出诊断。通过体检排除导致本病症状的躯体疾病。

访谈的时间较长，常需要在催眠术或药物强化催眠后进行。镇静剂使医师更容易和患者的其他人格进行交流，或发现失忆时的信息。但是有些医师则认为不应该使用催眠或药物强化催眠，因为这项技术本身较易产生分离性身份障碍。

预后

一些症状可以自发地产生或消失（波动），但疾病本身却不能自行消失。患者的康复程度与本身的症状和疾病特点有关。例如，本病患者还存在其他严重的精神疾病，或生活状况不佳，或对虐待自己的人有强烈的报复心，则预后较差。

治疗

治疗的目的是将多种人格整合为一个统一的人格。但是整合往往很难做到。在这种情况下，治疗目的则是使多种人格和谐共处，使患者拥有更正常的社会功能。

药物治疗可以缓解一些共病症状，如焦虑或抑郁，但是却不能治疗疾病本身。

心理治疗是相当艰辛的痛苦历程。患者可能体验

到许多源于多种人格活动的情感危机，也可能体验到在治疗过程中回忆起的创伤记忆诱发的情感危机。因此，为了帮助患者度过艰难时期和逐渐找回那些痛苦的记忆，必要时需接受精神科住院治疗。总体而言，每周两次或更多次并至少待续3~6年的心理治疗是必需的。

－－ 第134节

## 精神分裂症和妄想障碍

精神分裂症和妄想障碍是两种不同的疾病，但却有一些共同特征，如偏执、敏感多疑和非真实思维。精神分裂症是一种与现实脱离，社会功能普遍下降的精神病。而妄想障碍除了特定的、与妄想相关的非真实思维外，其余与现实接触均保存；社会功能也仅部分受损。另外，精神分裂症相对常见，而妄想障碍则较少见。

精神分裂症

精神分裂症是一种严重的精神疾病，患者脱离现实

（精神错乱），存在幻觉（通常是幻听），坚持虚假的信念

（妄想），异常思维，情感范围局限（情感平淡），动机消失及工作和社会功能受损。

遗传和社会因素均和精神分裂症的发生有关

本病患者症状多样，包括行为怪异，言语凌乱，情感平

淡，赘述

医师对于本病的诊断是基于临床表现，并需通过化验检查除外其他疾病

预后主要患者是否规律服用专科医师处方的精神病

类药物

636 第10章精神健康疾病

治疗方法包括抗精神病药物，康复和社区支待活动，心理治疗

精神分裂症是一个全球性的公共卫生问题。典型的

精神分裂症好发于青年，可能导致终身残疾并影响其一生。就个人和经济费用而言，精神分裂症是影响人类最严重的疾病。

精神分裂症位居全球伤残病因的第九位，患病率近

1％，且无性别差异。在美国，每5个社会保险残疾，精神分裂症就占有1个；本病占所有医疗保险费用的2.5%。精神分裂症的患病率远高于阿尔茨海默病和多发性硬化。

由于对精神分裂症的症状不太熟悉，故确定其发病时间往往十分困难，甚至会延误就诊多年。精神分裂症的平均发病年龄男性是18岁，女性是25岁。儿童期及青少年期发病较少见。晚年亦罕有发病。

社会功能的减退会导致患者滥用药物、穷困潦倒、无家可归。未经治疗的精神分裂症患者可能会因同家人和朋友失去联系，而变的流离失所。

今沁你知道吗...…

精神分裂症的患病率远高于阿尔茨海默病和多发性硬化。

许多躯体疾病，如甲状腺功能异常，脑部肿瘤，

件。药物滥用，包括吸食大麻可能触发或加重症状。分类：总之，精神分裂症的症状主要分为4大类：

·阳性症状

·阴性症状

·混乱

·认知功能受损

患者可能出现一种，两种症状或同时具有以上所有症状。

阳性症状表现为正常功能的放大或扭曲。主要有以

下表现：

·妄想是一种病态的信念，常常是对个人认知或经历的错解。如本病患者可以出现被害妄想，认为自已被人折磨跟踪欺骗或监视。患者还可以出现关系妄想，认为书刊、报纸或歌曲的内容是针对自己或与自已有关。患者还可以出现思维中断或思维被插入，认为其他人知道自己的想法，或自己的思想被传输给其他人，或由于外界的力量把某种思想和冲动强加给自己。

·本病患者还可以出现幻听、幻视、幻嗅、幻味或幻触等

幻觉，但幻听最为常见。患者常听到有人在脑中说话，内容可以是互相谈话，对其行为进行评价，也可以是对患者批评或侮辱性言语。

阴性症状表现为正常功能的削弱或缺失。主要有以

癫病和其他精神疾病可引起与精神分裂症类似的

病因

--＿下表现：

·情感迟钝是指情感平淡，患者无面部活动心目光呆滞，及情感表达缺乏，对正常人的快乐或痛苦没有体验或反应。



症状。

·言语贫乏是指思维活动的减少反映为语言量的减少，

精神分裂症的确切病因目前尚不清楚，但现在的研究表明遗传和环境因素共同起作用。基本上看，本病的发生有一定的生物学方面的基础，而不单单是由于贫穷的养育条件和不健康的心理环境所致。父母或兄弟姐妹患有精神分裂症的人，其患该病的可能性是10％，而无家族史的患病率为1%。同卵双胞胎中有一个患病，则另一个患病的概率高达50o/{)。这些数据说明遗传因素在精神分裂症的发病过程中起重要作用。

其他的病因可能包括产前、产中和产后的问题，如怀

孕2个月时感染流感病毒，分挽时缺氧，低体重儿，母婴血型不合等。

临床表现

精神分裂症的发病可以是突然的，历经几天或几周；或缓慢隐匿的，需历经数年。虽然症状的严重程度和分型不同，但均严重影响患者的工作能力、社交能力和自理能力。一些患者精神系统受损，导致注意力、抽象思维能力解决问题的能力下降。精神受损的严重程度决定了精神分裂症患者的伤残率。

外界应激可触发或加重临床症状，如创伤性生活事

回答问题简单，三言两语，给人以内心世界空洞的感觉。

·快感缺失是指体验快乐的能力减弱，对以前感兴趣的

事情现在不感兴趣了，花费大截时间做无目的的事。

-■孤僻不合群是指对人际关系不感兴趣。这些阴性症状往往普遍存在动机不足，目的或目标感缺乏

混乱表现为思维障碍和行为障碍：

·思维障碍是指思维紊乱，在本病表现为言语散漫，从一个主题转换到另一个主题而没有中心目标。患者的语言可以是轻度紊乱，也可以是完全缺乏连贯性让人无法理解。

·怪异行为可以表现为幼稚愚蠢的行为，激越或不合

适的外表、卫生习惯或行为。紧张性运动是行为障碍的一种极端形式，患者保持固定的姿势，被移动时表现出抵抗；另一种行为障碍表现为无目的和自主性活动。

认知功能受损是指注意力、记忆力、组织能力、计划能力或解决问题的能力下降。部分患者不能集中注意力阅读，不能跟上电影或电视剧的剧情发展，不能按指示行

~

`

第134节精神分裂症和妄想障碍 637

事。部分患者会表现出分心，不能专注做某件事。于是，患者无法胜任一些需要注意细节的，程序复杂的，需要作出决定的工作。

精神分裂症的亚型：一些研究者认为精神分裂症是单一的疾病，而另一些研究者则认为精神分裂症是包含有多种疾病的综合征（症状的集合）。精神分裂症的亚型旨在将患者划分为不同的综合征。然而，同一个患者随着时间的推移，其亚型也在发生变化。主要的亚型有：

·偏执型精神分裂症的主要特征是妄想或幻听；语言杂乱及不合时宜的情感表达不突出。



·青春型精神分裂症的主要特征是语言杂乱，行为怪异，情感平淡或不合时宜的情感表达。

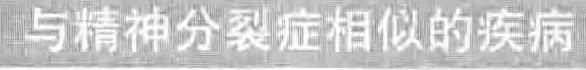
·紧张型精神分裂症的主要特征是肢体症状异常，包括木僵，活动增加，或姿势怪异。

·未分类的精神分裂症的主要特征是有各种亚型的症

状：妄想，幻觉，思维障碍，行为怪异及各种阴性症状。

·残留型精神分裂症的主要特征是患者具有明确的精

神分裂症病史，包括症状显著期和随后一个较长阶段的阴性症状期。

叱lLII

诸如甲状腺疾病，脑肿瘤，癫病，肾衰竭，药物中毒反应及维生素缺乏等内科和神经系统病症，有时会出现类似千精神分裂症的症状。此外，许多精神疾病也会表现精神分裂症的一些特征。

，

短暂性精神障碍：本病症状与精神分裂症相似，但持续时间仅为1天至1个月。这种时间限制性疾病常发生千已经患有人格障碍或者经历了严重的应激的

患者，例如，失去爱人。 －

精神分裂症样障碍：本病具有精神分裂症样的症状特征，持续1 ~6个月。本病可以治愈或发展为双相情

诊断

目前尚无特异的检查方法用于诊断该病。医师诊断该病必须全面评估患者的病史和临床症状。只有症状持续6个月以上并且有明显的工作、学习和社会功能受损，才能考虑本病。在发病初期，由家人、朋友和老师提供的关于患者的信息对诊断非常重要。

实验室检查常用于排除药物滥用或可能导致精神病症状的内科、神经科及内分泌科的疾病，例如颅内肿瘤，颇叶癫病，甲状腺疾病，自身免疫性疾病，亨廷顿病，肝脏疾病及药物副反应。有时也许检测是否存在药物滥用。

通过CT和MRI可以发现精神分裂症患者是否存在

颅内异常，但这些异常对诊断精神分裂症没有特异性。

###### 你知道吗......

10％的精神分裂症患者会自杀。

预后

对于精神分裂症患者，其远期预后与是否坚持药物治疗密切相关。不用药物治疗，70%~80％的精神分裂症会在1年内再次发作，而持续的药物治疗可以使本病的复发率降低至20%~30％，且明显减轻症状。精神分裂症患者出院后如果不坚持服药，很可能在1年内再次住院；反之，再住院率将明显下降。

感暗碍或精神分裂症。

分裂情感性障碍：本病特征是以心境障碍为主，例如，抑郁或躁狂，同时伴随有许多精神分裂症典型的症状。

分裂样人格障碍：分裂样人格障碍具有一些精神分裂症的症状，但严重程度尚未达到精神病的诊断。本病患者通常表现为害羞，不合群，并出现轻微的猜疑及轻度的思维紊乱。遗传研究显示，本病可能是一种程度较轻的精神分裂症。

尽管药物治疗的效果已被证实，仍有一半的精神分裂症患者没有服药。一部分是因为否认自己患病而拒绝；另一部分则是因为药物的不良作用而停药。忘记服药，管理不当，或经济桔据都是不能坚持服药的原因。

当找到不能坚持服药的明确原因时，针对性地改善可以有效提高患者的药物依从性。如果药物不良作用是停药的原因，则可以选择换药。长期信任的医患关系有助于精神分裂症患者更加快速的接受疾病，并且有助千坚持治疗。

本病的远期预后不尽相同。总体上，1/3的患者可以获得明显而持续的改善，1/3的患者病情部分改善，并间断发作和留有残疾，另有1/3的患者病情严重且有明显的功能丧失。影响预后良好的因素包括：

·起病急

·发病年龄晚

·发病前有良好的社会功能

·临床症状以阳性症状为主的患者导致预后不良的因素有：

·发病年龄早

·发病前社会技能或职业技能差

·有精神分裂症家族史

·临床症状以阴性症状为主的患者本病有10%的自杀风险。

638 第10章精神健康疾病

治疗

治疗的总体目标是：

·减轻症状

，一

·避免复发，恢复功能缺陷

·尽可能增进康复

本病主要有三种治疗措施：应用抗精神病药物，康复和社区支待措施，心理治疗。

抗精神病药物治疗：药物治疗可以减轻或消除症状，如妄想，幻觉和思维障碍等。在快速消除症状后，持续使用抗精神病药物可以减少复发的可能。遗憾的是，抗精神病药物的药物副反应明显，如可以导致镇静，肌肉强直，肌肉震颤，体重增加，及不自主运动。抗精神病药物也可以引起迟发性运动障碍——一种不自主地以唇部和舌部皱缩或臀部和腿部的扭转为特征的运动障碍。即使停药后，迟发性运动障碍也不会消失，并且缺乏有效的治疗措施。抗精神病药物的另一种非常罕见却十分危险的副反应是抗精神病药恶性综合征。其特征是肌肉强直，发热，高血

压，精神功能的改变（例如意识模糊和倦怠乏力）。

已有大量新药（第二代抗精神病药物）面市，其副作用很少，但似乎可引起明显的体重增加。这类药物还可使代谢综合征—一腹型肥胖、高密度脂蛋白(HDL，对机体有益的胆固醇）水平降低、血压升高一—发生率增加；也影响胰岛素功能（胰岛素抵抗）而致糖尿病发病率增加。它们可以缓解阳性症状（如幻觉），阴性症状（如情感缺乏），和认知功能受损（如精神功能减少和注意力狭窄），且药物疗效很大程度上优于经典抗精神病药物。但仍有部分医师对此类药物的治疗优势表示质疑。

氯氮平，作为最早使用的第二代抗精神病药物，可改善50％以上的其他药物治疗无效的患者的治疗效果。但是，氯氮平可导致严重的副反应，例如抽描，致命的骨髓抑制（包括造血细胞）；所以，它只用于其他药物治疗无效的患者。服用氯氮平的患者至少在开始用药的前6个月必须每周监测血白细胞数量；一旦发现白细胞计数下降，应立即停用氯氮平。



抗精神病药物恶性综合征是由抗精神病药物引起的无反应性状态。在使用抗精神病药物治疗者中，有 3％患者可能出现该病，通常在服用的前几周发病。本病多见千男性患者，可能是因为男性患者较易激惹，剂量增加较快，或初始剂量较大。

症状包括肌肉强直，严重高热，心动过速，呼吸急促，血压升高，昏迷等。肌肉损伤释放的肌红蛋白经肾排泄（肌红蛋白尿）可以导致肾脏损伤，甚至肾衰竭。

本病患者需要在监护室密切观察病情变化，并停用抗精神病药，控制高热（通常使用冰水浴，湿毛巾或特殊的冰毯），使用肌肉松弛剂（ 隐亭或硝苯映海因），静脉给予碳酸氢钠以缄化尿液从而缓解肌红蛋白尿。

大多数患者可以完全恢复，但仍有30％的死亡率。如果在恢复后再次使用同样的抗精神病药，30％以上患者会复发。

康复和社区支持措施：诸如职业训练等社区支持措施旨在教会患者在社区生活的技能。这些技能使精神分裂症患者能够工作，购物，自理，处理家务，与他人相处。虽然疾病加重时必须住院治疗；或者当精神分裂症患者伤及自己或他人时，必须强制住院，但是，总的治疗目标是使患者回归社会。为了实现这一目标，有些患者需要住在社区诊疗所或康复中心，以便有人督促其按医嘱服药。

由于症状严重和疗效不好或者缺乏社会生活的技能，有小部分患者不能独立生活。他们需要在一个安全的和有支持的康复中心接受全日制照料。

心理治疗：心理治疗的总体目标是在患者、家庭和医师之间建立一种信任和合作关系。通过心理治疗，患者可以了解并学会控制自己的病情，按医嘱服药及处理诱发疾病的各种应激。良好的医患关系是治疗能否成功的决定因素。心理治疗可以减轻部分患者的症状，还可以在预防另一部分患者的复发。

#### 妄想障碍

妄想障碍的主要特征是存在一种或多种病理信念且持续至少一个月。

本病的妄想常是生活中常见事件，如被配偶欺骗本病可由偏执型人格障碍发展而来

诊断主要基于病史，并需除外其他可能诱发妄想的疾病

患者的社会功能没有丧失，仍可工作

良贡咱勺医患关系是决定治疗成功的重要因素

妄想障碍往往在成年中期或晚期首次发病。本病的妄想往往并非稀奇古怪，而与生活中的常见事件相关，如被跟踪，被毒害，被感染，被某人爱恋或被配偶、情人欺骗。妄想障碍有多种亚型，包括：

钟情妄想：其主要特征是认为某个人巳爱上自己，并通过各种方式干扰对方，如用电话，书信，甚至是跟踪或监视等。这种妄想导致的行为常是违法的。

夸大妄想：认为自己是伟大的天才．或者已经有了某

些方面的重大发现。

嫉妒妄想：坚信配偶或情人对自己不忠，通过一些可疑证据、错误推理而得出这种病理信念。患者有可能因此向对方进行危险的身体攻击。

被害妄想：坚信自已被谋害，监视，跟踪或骚扰等。因此患者反复地希望通过诉讼和政府机构获得保护，亦

\_「

｀

一．止且一．

，

第l34节精神分裂症和妄想障碍 639

有可能采用暴力对想象中迫害自己的人进行报复。

躯体妄想：涉及躯体功能或属性的妄想，例如想象的躯体变形或异味C这种妄想也会涉及想象中的医学状况，例如寄生虫感染。

临床表现

妄想性障碍可以源于先前存在的偏执性人格障碍。在成年早期，有偏执性人格障碍的患者存在对他人广泛地不信任和怀疑。妄想障碍的早期症状包括感觉自已被利用，朋友对自己不忠诚或不信任，从别人简短谈话或无关紧要的事情中发现对自己有威胁的信息，长期忍受别人的抱怨，易于对感觉到轻微情况做出反应。

诊断

医师排除产生妄想的其他疾病后，根据病史可以对

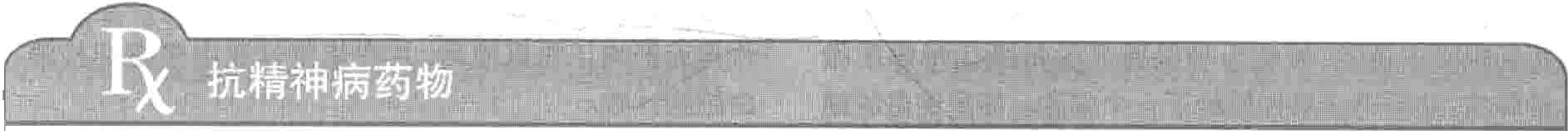
本病做出诊断。医师必须对患者可能会出现的危险情况进行全面评价，尤其是患者是否会桉照其妄想内容采用某些危险行为。

治疗与预后

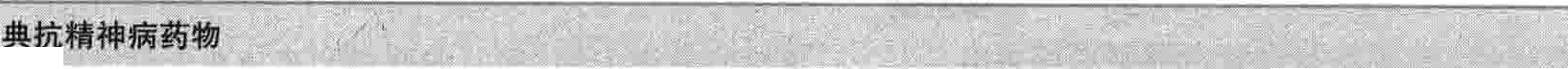
妄想障碍通常不会导致严重的损害、但其妄想的严重程度会不断加重，大多数患者可以维持其职业功能。

良好的医患关系有利于本病的治疗，如果医师认为患者的妄想存在潜在危险则需要住院治疗。

抗精神病药物并非常规使用的治疗方法，但有时对某些患者的症状可以起到缓解作用。长期的治疗目的是使患者的注意力从妄想状态转移到一些富有建设性而且令人愉快的领域，虽然这个目标很难达到。



药物种类 药物副作用 评价



，心夕令

发经

氯丙喷 口干 不良作用较常发生于老年人、平衡功能受损或有严重疾病的患者

氮奋乃静 视物模糊 长效的可注射的针剂：氛 醇，氯奋乃静可以使用

氪 醇-=-抽篮 当使用硫利达喷时，需进行视力检查和心电图检查克赛平 心动过速，血压下降

美索达嗦 便秘

奋乃静、 突然发生但可逆的震颤．肌肉僵硬，可进行性发展为肌肉强直

嘈．仁

咪清

硫利达嗦

替沃嗟吨三氪拉嗦



不能控制的面部或手臂的运动（迟发性运动异常）

肌肉强直，发热，血压升高，精神症状（抗精神病药物恶性综合征）

霄三代抗前如耘心沪寸；了三3

界 贮，赞孕筐熹产帚气聂气扛亨

5飞歹勹巨王歹云王／：｀｀＇『：匕，扫

阿立 嗤 头昏和体重增加（最常见）是重要的不良 第二代抗精神病药物很少产生震颤，肌肉僵硬，不能控制的运动作用 （迟发性运动障碍）和抗精神病药物恶性综合征

氯氮平 可能增加腹部脂肪堆积、血胆固醇异常、高 长期使用时可考虑长效的利培酮针剂血压和胰岛素抵抗（代谢综合征）发生的

风险

奥氮平 增加2型糖尿病和高甘油三酷血症发病的 氯氮平会导致骨髓抑制，白细胞减少，抽搞，所以较少使用。然而，危险。肌肉霞颤，不能控制的面部和手臂的 当其他药物无效时，可考虑该药

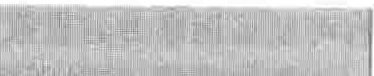
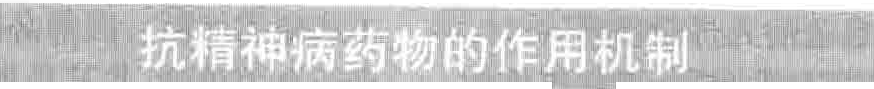
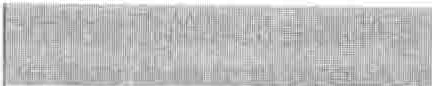
运动（迟发性运动异常），肌肉损伤也可能发生但较经典抗精神病药少发

帕利 酮嗤硫平 利培酮 齐拉西酮

氯氮平和奥氮平最易导致体重增加，而阿立 嗤较少发生齐拉西酮不增加体重，但可能导致心电图异常

640 第10章精神健康疾病

抗精神病药物往往在治疗幻觉，妄想，思维紊乱和攻击行为方面最为有效。虽然抗精神病药物最常用千治疗精神分裂症，但它们对所有可以引起以上精神症状的疾病均有效，如精神分裂症，躁狂，痴呆或由像安非他命这类药物引起的中毒反应。



Iil ”

抗精神病药物是通过影响信息在脑细胞间的传递而起作用。成人的大脑是由100亿个神经细胞（神经元）构成。每—个神经元有—个长纤维，称为轴突，它能将信息传递给其他的神经元。就像巨大的电话总机连接的电线一样，每一个神经元与几千个神经元相联系。

信息以电冲动的形式沿着轴突向下传送。当冲动传到轴突末梢时，被称为神经递质的特殊化学物质微量释放，从而将信息传递给下一个细胞。接受信息的细

胞上有受体，能够接受相应的神经递质产生新的信号。

出现精神病症状是因为对多巴胺类神经递质敏感的细胞活动过度所致。所以，抗精神病药物通过阻断受体来减弱细胞间的信息传递。

不同的抗精神病药阻断不同类型的神经递质。经典的抗精神病药物是阻断多巴胺受体，新一代抗精神病药物（氯氮平，奥氮平，嗤硫平，利培酮和齐拉西酮）可能效果更好，因为它们同时阻断了5－轻色胺受体，并且不良作用也明显减少。然而，近期的脑成像研究并支持这种理论。氯氮平因其可阻断多种神经递质受体而是目前最有效的抗精神病药物，但却因为严重的副作用而影响了临床使用，并在使用过程中需密切检测白细胞计数。

第135节

## 性身份

性身份是人生经历的正常组成部分。但在不同的文化背景中，人们对正常性行为的定义各不相同。事实上，对千正常的性行为很难有明确的定义，因其具有很强的变化性，如每个人性释放的频率及需要有很大差异。一些人需要一天儿次的性生活来满足需要，而另一些人的性需要则很少（例如，一年几次）。

虽然年轻人认为老年人对性兴趣不大，但是实际上多数老年人对性仍有兴趣，并有相当满意的性生活。诸如男性勃起功能障碍，女性的性交疼痛，阴道痉挛，性快感缺失等性功能障碍可以出现在各个年龄层，但在老年人中更为常见。目前，多数的性功能障碍都可以通过药物进行治疗（效果最好的是勃起功能障碍的治疗）。

一个人对千性行为的态度深受父母的影响。如果童

年时期父母禁止或十分排斥类似接触样的身体爱抚行为，当儿童成年后对性的态度容易出现问题，很难发展正常亲密的性关系。父母通常因为以下行为对儿童正常性关系带来不良影响：

·情感上保持距离，不易接近

·严厉地惩罚孩子

·在孩子面前公开自己的性行为，对孩子进行性挑逗

·言语和行为上对孩子充满敌意

·拒绝孩子

＿

·恐吓或威胁孩子

不同时代对于性的社会态度不尽相同，如下所示：手淫：手淫一度被视为性变态，甚至被视为精神病的

原因之一，现在已经被视为一种正常的性生活。据估计，

大约有97％以上的男性和80％的女性发生过手淫、即男性的发生率通常高于女性。即使有令人满意的性关系，仍有出现手淫的可能。但由于外界对手淫的反对态度，毛淫者会出现罪恶感和心理上的烦恼，从而导致焦虑不安，甚至影响到性生活。

同性恋：同手淫一样，同性恋一度被医学专家认为是一种性变态行为，但在近30年人们对其态度巳发生改变一—认为同性恋也是人类发展中一种正常的性行为。目前普遍认为性取向自童年时期即开始形成。据估计，有4%~5％的成人终身是同性恋，另有2%~5％的人间断的有同性恋行为（双性恋）。青少年可能会体验同性恋角色，但这并不表明他们成年后就会成为同性恋或双性恋。

同性恋对同性感兴趣，就如同异性恋者对异性感兴趣一样。这种性别吸引力似乎是环境因素和生物学因素共同作用的结果，而不是主观上的选择。因而“性偏好”这个流行词汇并不能代表性取向的意义。

虽然同性恋者在社会上要遇到很多歧视和偏见，但

缸｀

叠

第135节性身份 641

｀｀

＇，－ －－

他们中的大多数人对自己的性取向适应良好。这种适应过程要经历很长时间，并伴有许多心理压力。很多同性恋者在其社会生活和工作环境中都会面对别人的不理解，也增加了他们的痛苦。尽管在美国同性恋已经是合法行为，但对这种性取向的歧视仍广泛存在。

性乱行为：有些异性恋和同性恋者在其一生中可能

和很多性伴侣发生性关系。有些人可能会因此就医，因为性乱行为与某些传染病的传播有关（如艾滋病，单纯胞疹病毒，肝炎，梅毒，淋病及宫颈癌），而且这种不专一的性行为也很难形成亲密而待久的情感。

婚外恋：在美国，多数人在婚前或单身时对性行为比

较放纵。目前，这种观念在发达国家普遍存在。世界上绝大多数国家的文化都不支持婚外恋行为，尽管这种行为十分常见。因为由其产生的最直接的问题就是增加了某些性传播疾病的发生率，尤其是对于不知清的配偶。

#### 性别身份

性身份指个体对自己性别的认同，即认为自己是男性还是女性，或者介于二者之间。而性别角色是客观的，是社会中根据性别而规定的一种表现模式，包括穿着、言语和发型等。实际上就是一个人的言他举止应与其性别

相符。对千大多数人而言，其性身份与自己的生理性别－和性别角色相吻合（如当一个男子有男性的内在感觉，其外在的行为也与此相一致）。

性身份在儿童早期形成(18~24个月）。在儿童时

期，两性意识逐渐形成，即男孩逐渐知道自己是男性，女孩逐渐知道自己是女性。有时，孩子会喜欢更适合于异性的活动，但具有正常性身份的儿童不会把自己当作异性看待，而是把自己看成与自己的生理性别一致。例如，喜欢踢足球和吹口哨的女孩，只要她认为自己是女孩，就不存在性身份障碍。同样的，一个喜欢洋娃娃和烹调而不喜欢体育和较粗暴游戏的男孩，只要他认为自己是男性，并对此角色没有不适之感，也没有性身份障碍。许多男孩儿都经历过喜欢洋娃娃或女性服饰的阶段，但只有很少一部分会在成人后出现性身份障碍。

###### ,“你知道吗......

j许多男孩儿都经历过喜欢洋娃娃的阶段。



出生后男性或女性生殖器不明显的儿童｀如果按照特定的性别抚养，甚至按照与其生理性别相反的性别抚养通常也不会发生性身份障碍。然而，有一些公开报道的病例的结果却与上述说法相反。

性身份障碍和易性癖

性身份的特点是人们生理性别与内心的性别存在矛

盾，而易性癖是性身份障碍的一种极端形式。

儿童喜欢更适合异性的活动并对自己的性别和生殖器表现出不喜欢

哑当一个人表现出想成为异性的强烈愿望时｀医师应考

虑本病诊断

I!当患者有想以异性的方式生活的强烈愿望时，可考虑

咨询、激素治疗和变性手术等治疗方式

性身份障碍患者深信自己是生物性意外事故的牺牲品，这种意外把自己残酷地禁铜在一个与其真实性别相反的躯壳之中。也就是说，一个渴望成为女性的男性认为自己的生理性别是禁铜自己内心的一个工具，反之亦然。对于易性癖而言，这种生理性别和心理性别的不相容性更加彻底、严重和令人不安，并长期存在。易性癖在男性和女性的发生率分别为1/119 000和1/30 000。

大多数易性癖是男性，认为自己是女性身份而厌恶外生殖器和男性特征。往往在早期起病，女性少见。然而，大多数患性身份障碍的儿童在成年后并不会发展为易性癖。

出生时生殖器性别特征不明显（性别模糊）或患有

遗传性疾病的人，如特纳氏综合征或先天性睾丸发育不全，很少发展成为易性癖。然而，如果儿童可以清晰地了解并坚信自己的生理性别，即使他们的生殖器不明显，也很少出现性身份障碍。

临床表现

性身份障碍通常于2岁发病。患病儿童具有以下特征：

·喜欢穿着裙装

·坚决否定自己的生理性别，认为自己是异性性别

·十分喜欢参加更适合异性的游戏和活动

·厌恶自己的生殖器

例如，一个女孩坚信自已将会长出阴茎从而变成男孩儿，并坚持站着小便；而相反的，一个男孩则喜欢坐着小便并希望将自己的阴茎和睾丸切除。对千男性性身份障碍患者青春期躯体的生理变化令其非常苦恼，他们常会要求通过治疗是自己的身体更趋于女性。

多数易性癖患者在儿童时期即显露存在性身份障

碍，但是仍有部分性身份障碍的患者在成年时期首发。一些人，尤其是男性在早期仅表现为变装癖，直到晚年才承认自己患有性身份障碍。其中部分患者可能会通过结婚或参军来隐藏或否认自己想变成异性的性别。但他们一旦接受自己的内心想法，就会彻底地以女性身份出现在公众场合。而另一部分患者则可能会出现抑郁状态和自杀行为。

许多儿童时期存在性身份障碍的男性随着成长可能

会自行恢复，但他们可能会成为同性恋或双性恋者。诊断

只有当儿童到6~9岁时，才可以根据临床表现诊断

642 第10章精神健康疾病

是否患有性身份障碍。

对千儿童患者，医师做出性身份障碍诊断时应考虑患者是否具有以下特点：

·有强烈而持续的愿望变成异性或坚持否认自己的生理性别

·对自己的生理性别有强烈而持续的不适感，或认为自己的性别是一个错误

·因为自己对生理性别的不适应而深感痛苦或给正常生活带来影响

而对于青少年和成年患者，医师做出性身份障碍诊断时应考虑患者是否具有以下特点：

·经常出现希望成为异性的愿望

·通过各种尝试试图变成异性

·希望以异性的方式生活或被对待

·认为自己感觉和反应都是符合异性的表达方式治疗

有跨性别行为的成年，如异装癖患者，只要不出现抑郁症或生活功能丧失，可以不接受治疗。

易性癖患者常常寻求心理上的帮助，一方面可以通过心理帮助应对身体的不适，一方面可以有助于性别转换。许多易性癖患者通过综合的治疗而获得帮助，例如咨询激素治疗、电治疗和变性手术治疗（常为不可逆的）。

有些易性癖患者对自己性身份的转变很满意，他们在社会的工作、生活、衣着打扮完全与异性一样。为便于他们能够以异性的身份工作和生活，常用的手段包括获得异性身份的证明（例如驾驶证照）。他们可能不会通过任何方式去寻求解剖结构的改变。他们中的许多人有时因为没有达到心理障碍的标准而被称为“异性者”。



1＼你知道吗·噜妒．．．



生理性别。

其他易性癖患者除了接受异性的行为，衣着，举止外，也接受激素治疗以改变他们的第二特征。男性患者使用雌激素促进乳房发育和其他生理改变例如生殖器的废退（生殖器萎缩）及不能勃起。女性患者使用男性激素睾丸酮已达到面部长毛、嗓音变浑厚及体味的改变。

仍有一些易性癖患者会寻求进行生殖器手术。男性患者会通过手术切除阴茎与睾丸及安置人工阴道而实现，女性患者会通过手术切除乳房和内生殖器（卵巢和子宫），关闭阴道，安置人工阴茎而实现。对于双性人，手术前需使用激素（男性转换为女性使用雌激素，女性转换为男性使用睾酮），并以异性的生活方式生活 1年。

虽然易性癖患者实施了性别重建手术后不能生育，但许多患者可以拥有满意的性关系。他们在手术后即有获得性欲高潮的能力，有些人是在术后第一次发现性快乐。但很少有易性癖患者为了具备异性的性功能而进行性别重建手术，获得异性性身份的认可才是他们进行手术的主要动机。

#### 性变态

性变态是指一种由特定物件、儿童或非成年人引起，或在施虐、被虐待过程中产生持续的、强烈的性幻想或性行为。

性变态患者性兴奋的出现需依赖上述因素，一旦这种关系建立就会持续终身。这种异常的性吸引和性关系常在童年晚期或近青春期建立。

在健康的成人性关系和性幻想中，性行为方式的改变十分常见。当性关系双方均接受这种无害的但超出常规的性行为，那么这种行为可能是性关系双方表达爱与关心的一种重要手段。然而，当这种性行为方式过于极端以至于严重损害亲密且互动的性活动时，被认为是性变态即一种性心理障碍。这种关系中的性伴侣可能感觉自己像一个没有生机的物体或感觉自己在性生活中根本不重要或不是必须存在的。性变态会使患者感到十分痛苦和社会功能障碍受损。本病诱发的抑郁通常是因为外界的反应或患者进行了社会所不能接受的行为。

性变态的常见行为有异装癖，恋童癖，露阴癖，窥阴癖，受虐狂或施虐狂等。大多数患者为男性，许多人可以有一种以上的性变态。部分患者有严重的人格障碍，如反社会性人格或自恋性人格。部分本病患者进行违法活动。

恋物癖

本病患者往往是通过非生命物体（恋物）作为产生性兴奋的最佳方式。

本病患者获得性刺激或性满足的方式有多种：穿他人的内衣，穿橡胶或皮革制品，或玩弄，摩擦及用鼻子闻某些物体，如高跟鞋等。本病患者如果脱离了所恋物品将不能产生性功能，而所恋物品常被用来替代性伴侣或是一次满意的性活动中的必需因素。

异装癖：异装癖是指男性喜欢穿女性服装，或女性喜欢穿男性服装，其中后者较少见。但本病与易性癖不同的是他们不想改变自己的性别。尽管异装癖患者性生活不和谐，但异装并不影响与伴侣的性关系。本病患者可能出现焦虑、抑郁及由自身行为带来的负罪和羞耻感。

异装癖只有在引起烦恼，造成功能缺陷，或出现“胆

\_「

｀

第135节性身份 643

`

大妄为＂的行为而导致受伤，失业或坐牢时，才被认为是一种精神疾病。患者异装不是为了性刺激，而是其他原因，如减轻焦虑、缓解紧张；部分男性异装癖患者可能是为了体验与自身性别相反的女性特征。一些男性患者尽在JO~20岁左右时表现为异装癖、随着成长慢慢发展为性身份障碍并试图通过激素治疗和变性手术治疗来改变自己的性别。

恋童癖

恋童癖是指患者偏爱与年少儿童进行性活动。

在西方社会，恋童癖被定义为l6岁以上的人与l3岁以下的儿童发生性关系或对后者产生性幻想。一些患者只对一定年龄段或发展阶段的儿童感兴趣，而另一些患者对儿童或成人均感兴趣。恋童癖患者可能对男童、女童或两者均感兴趣，但是绝大多数患者仅对异性儿童感兴趣。本病患者通常是孩子的熟人，家庭成员，继父

（母）或权威人士（如老师）。视觉骚扰或普通接触似乎比接触生殖器或发生性交更为常见。

虽然在美国各州的法律不尽相同，但法律通常认为

年满18周岁，且受害者不及16周岁的，在法律上构成强奸罪。法律上的强奸罪与恋童癖的定义不相符，强调在医学上或法律上选择特定年龄作为区别点。在其他国家和文化背景下，年龄满12岁即到了法定结婚年龄，因此其对恋童癖和强奸罪的定义更为复杂。

恋童癖在男性较女性更为常见C尽管报道的受害者中女孩例数较多，但男孩和女孩均可能是受害者。患者可能专门侵犯家中的儿童（乱伦），或猎寻社区中的儿童。强迫或哄骗儿童与其发生性行为，并威胁（例如，通过伤害儿童或其宠物）儿童不得揭发自己。

本病许多患者具有或可出现药物滥用或依赖，以及

抑郁。他们常出身于问题家庭，目出现婚姻冲突的比例较高。

治疗

本病可进行长期的心理治疗和药物治疗、以改变患者的性驱动力和体内睾酮水平，但疗效迥异。当患者自愿接受治疗和社会技能训练时，并同时治疗伴随的其他疾病如药物滥用或抑郁，常可获得令人满意的效果。而仅是因犯罪被逮捕或被判刑后而被迫接受治疗，通常效果不佳。禁闭即使是时间很长，也不能改变患者恋童的欲望和幻想。然而，许多被判刑的长期恋童癖者经过控制性治疗（通常指药物）可以控制自己的恋童行为，并逐渐回归社会。

在美国，医师进行药物治疗时常采用一种类似千雌激素的药物（孕酮）——醋酸甲胫孕酮的肌肉注射。一些替代药物，如亮丙瑞林和戈舍瑞林，通过抑制垂体功能而阻抑睾丸产生睾酮n但是对于女性恋童癖者这些药物发挥作用的机制仍不清楚。

露阴癖

露阴癖是指通过暴露生殖器产生性兴奋或在性活动过程中渴望生殖器被对方观赏。

患者（通常是男性）常出人意料地在陌生人面前暴

露自己的生殖器，通过这种行为而产生性兴奋。本病患者可能意识到自己希望看到陌生人被惊吓、被震惊时的表现。受害者往往是女性或异性的儿童。但他们对受害者决不会有进一步的接触，所以不会构成强奸。大多数患者在20岁左右发病，已婚或未婚者均可患病但已婚者相对较多。

30％的被逮捕的男性性侵犯者是露阴癖患者。他们

往往很难被纠正｀因此约有20%~50％的患者会反复入狱。

女性露阴癖患者较少，因其可通过其他方式暴露自

己，如在不同的媒介和娱乐场所穿着性感的衣服（这种行为越来越多地被社会接受）。这种行为并未构成性心理障碍。

一些露阴癖患者表现为希望进行性活动被他人观

看，而观赏者须得到患者的认可而不是任意一个陌生人。这类患者往往喜欢拍摄色情电影或成为色情演员。由千他们很少受到自身行为和想法的困扰，因此发生精神疾病的几率较小。

治疗

露阴癖患者通常于被逮捕后才开始接受治疗。治疗方式包括：心理治疗支持小组和选择性5－轻色胺再摄取抑制剂类(SSRls)抗抑郁药物治疗。如果SSRis类药物无效时也可选用能够改变性驱动力和血睾酮水平的药物治疗，但在使用此类药物时应注意监测患者的肝功能和血清睾酮水平以便调节药物剂量。

窥阴癖

本病患者在观看别人脱衣服、裸体或进行性活动时可以产生性兴奋。

患者仅通过观看（窥视）而获得性兴奋，而不是与被

观看者有进一步的性活动。本病患者并不期望与被观看者有性接触。当被观看者并非自愿时，本病患者可能触犯了法律。

本病常于青少年或成年早期起病。在男孩或成年男子中，一定程度的窥阴行为较常见。现在，越来越多的女性也有这种行为。男性同性恋者中轻度的窥阴行为被社会视为正常行为。越来越多的人选择私下里在网络上看色情图片和视频，但是这种行为并不属于窥阴癖，因其缺少本病特征性因素——偷偷地观看。

作为一种疾病｀窥阴癖患者中，男性远多于女性；他们常花费大最时间寻找偷窥的机会。他们偏爱这种性活动，并且花费大量时间窥视。

644 - -

治疗

第10章精神健康疾病

度打击，在同意的双方中，这种情况较常见，通常也不视

窥阴癖患者通常于被逮捕后才开始接受治疗。治疗方式包括：支持小组和选择性5－羚色胺再摄取抑制剂类 (SSRis)抗抑郁药物治疗。如果SSRis类药物无效时也可选用能够改变性驱动力和血睾酮水平的药物治疗，但在使用此类药物时应注意监测患者的肝功能和血清睾酮水平以便调节药物剂量。

性施虐狂和性受虐狂

性受虐狂是指通过使自己受到屈辱，鞭打，捆绑或其他虐待而获得性兴奋。性施虐狂则是通过对性伴侣施以躯体上或心理上的痛苦或折磨，从而获得性快感。

在健康性关系中，也比较常见某种程度的性施虐和性受虐，性伴侣相互之间能够良好地适应这种性行为。例如，在性活动中，用丝手绢假装捆绑，对性伴侣进行轻

为性受虐或施虐。

有些施虐者是征得性伴侣同意的（性伴侣可能是受虐狂）。在这种关系中，羞辱和鞭打常是一种扮演行为，因参与者都知道这仅是一种游戏，所以会控制自己的行为而避免受伤。控制和支配的幻想对于施虐者很重要，他们往往会精心捆绑性伴侣或塞住性伴侣的嘴。

相反的，性施虐狂或受虐狂患者会采取极端的方式或性关系的另一方并非自愿（可构成犯罪），可能导致严重的躯体或心理损伤，甚至死亡。例如，受虐狂患者的性行为包括窒息控一一性活动中患者产生部分窒息（由性伴侣或自己用绳索勒自己的颈部），而在性高潮时，短暂的脑缺氧增加了性释放，但这种行为有时会导致意外的死亡。

目前对千这种疾病没有有效的治疗方式。

｀

二．-

一飞