

近日，首都医科大学附属北京安定医院郑毅教授在《中华精神科杂志》发表“关注成人中的‘儿童精神障碍’”一文引起广泛关注。注意缺陷多动障碍、孤独性障碍、抽动秽语综合征一直以来被认为仅是儿童的精神障碍。郑毅教授指出，尽管其患病率较高，社会影响较大，但许多成人精神科医生却较少关注，甚至认为与成人精神障碍不相关。更有甚者，从未关注过这些分类章节和教科书中的相关内容，导致儿童至成年后问题和疾病的影响依然存在，但是病名改变或诊断为其他疾病。而有些成人精神科医生和专家从未诊断过成人注意缺陷多动障碍、成人孤独性障碍或成人抽动秽语综合征等疾病。



成人“儿童精神障碍”被忽视

我国仅有 500 余位儿童精神科医生，调动成人精神科医生是关键

▲本报记者 许奉彦



郑毅 教授

郑教授列举例子：目前，大部分注意缺陷多动障碍患者至成年期易被诊断为人格障碍。孤独性障碍，特别是智力和学习能力较好的高功能孤独性障碍患者，其儿童时期症状并不明显，到成年期后由于社会功能要求变高，患者适应不了复杂环境，缺乏与他人情感沟通的能力以及持续存在的刻板行为表现往往被诊断为不典型

精神分裂症。抽动秽语综合征患者到成年期后躯体抽动症状可能不再明显，而又因其突出表现的强迫症状而被贴上强迫症标签。

“有些临床医生认为诊断标签并不重要，殊不知由此带来的治疗影响令人震惊。”郑教授解释，原本成人注意缺陷多动障碍靠药物治疗就能改变其一生，而按病态人格处理却难以见效，甚至成为冲动犯罪的主要原因；当然，孤独性障碍与精神分裂症的治疗也是截然不同的，结局更是显而易见。

郑教授介绍，最新版美国精神病协会的 DSM-5 和将要发布的国际疾病诊断与分类第 11 版征求意见稿中，均已取消“特发于儿童和青少年时期的情绪和行为障碍”，及“心理发育障碍”等有关儿童的

分类，将儿童精神障碍全部纳入成人体系，按生命发展周期排序和分类。成人中完全应该并可诊断注意缺陷多动障碍、孤独谱系障碍和抽动秽语综合征。

除了几个典型疾病，DSM-5 中还将儿童情绪障碍取消并归入焦虑障碍中。最常见精神分裂症、双相障碍、抑郁症、焦虑障碍等也融入许多儿童青少年内容。因此，取消成人精神科与儿童精神科的界限，关注成人中儿童精神科的内容已成为国际趋势。

研究显示，半数精神问题在 14 岁前已初露端倪，而在 24 岁前，75% 已经显露出来。美国副总统 Joseph Biden 出席 2014 年美国精神科年会并致辞，强调了国民对于儿童精神

科医生的需要。他指出儿童精神科医师的短缺。“相比之下，我国目前 500 多名儿童精神科专职医生远远不够（图 1），因我国儿童人口比美国全国人口还要多。”郑教授颇感担忧。

近年，我国儿童精神科加强了与儿科和儿童保健科的合作，2013 年推动了中国卫生计生委颁布的《儿童心理保健技术规范》，要求儿童保健医生能够早期识别孤独障碍和注意缺陷多动障碍等常见心理障碍患者并能够转诊患者。

“然而，调动整个成人精神科医师队伍更为关键，特别是许多地区没有专职儿童精神科医生，儿童精神障碍的诊疗也是成人精神科医生的任务。”郑教授强调。

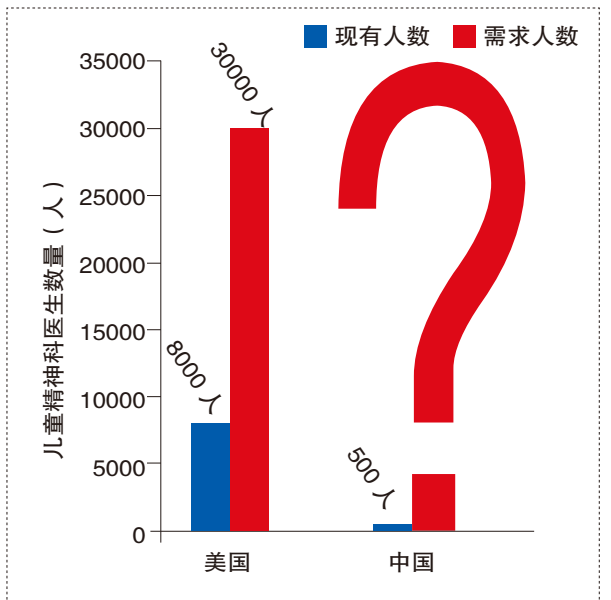


图 1 中美儿童精神科医生数量对比

成人注意缺陷多动障碍

常见但识别率低

DSM-5 中诊断注意缺陷多动障碍仍需要符合至少 6 项注意力不集中或多动/冲动的症状，持续至少 6 个月，与发育水平不相称，并对社交、学业/职业活动有负面影响。但增加了说明：强调 ≥ 17 岁的大龄青少年和成人符合两类症状的任何 5 项症状就可以诊断。并增加了举例和（或）说明，解释注意缺陷和多动冲动症状在成人中的表现；经常在学习、工作或娱乐活动中难以保持注意力集中；在演讲、谈话和长时间阅读时难以保持注意力集中；经常因外界刺激而容易分心。

而对较大年龄的青少年和成人，可包括无关思维表现；经常在不适宜的场合中跑来跑去、爬上爬下。在青少年或成人中可能表现为只有坐立不安的感受。

显然，成人注意缺陷多动障碍是较常见的。WHO 多中心调查显示成人注意缺陷多动障碍患病率为 3.4%，美国为 4.4%。而我国

很多成人精神科医生较少了解这一诊断，由此而知我国的识别率是极低的。注意缺陷多动障碍是一种罹患终生的慢性神经发育性精神障碍，从儿童到成人神经生物学的变化明显，药物治疗效果较好，托莫西汀和哌甲酯对成人治疗同样有效，只是应注意成人共患其他精神障碍较多，治疗应综合分析，强调个体化治疗。

成人抽动障碍

症状消失并不等于治愈

抽动障碍是一种起病于儿童和青少年时期，以不自主的突发、快速、重复、非节律性、刻板的单一或多部位肌肉运动和（或）发声抽动为特点的一种复杂的、慢性神经精神障碍疾病。其包括短暂性抽动障碍、慢性运动或发声抽动障碍、发声与多种运动联合抽动障碍（抽动秽语综合征或图雷特综合征）。约 5%~20% 的学龄儿童曾有短暂性抽动障碍病史，慢性抽动障碍在儿童青少年期的患病率为 1%~2%，图雷特综合征的患病率为 0.05%~3.00%。症状的多变性、反复发作性和共患多种精神障碍是其特点。

由于短暂性抽动障碍的一过性和自愈性，多年来形成了一个不良定式，许多医生认为只要主要抽动症状消失即为治愈，甚至认为该病不需要治疗，成年后即可自愈。然而如不积极治疗慢性抽动和抽动秽语综合征将影响患者终身。特别是随着年龄的增长，到了成年期抽动症状可能缓解或减轻，但伴随的注意力不集中、冲动、强迫甚至精神病性症状逐渐突出。

多数患者被诊断为强迫症、人格障碍甚至精神分裂症。

抽动障碍诊断其实并不难，症状特点较明显，关键是要追问抽动症状的病史，强化“人的整体发展观”，应综合考虑。当然，正确的诊断对治疗影响很大。抽动障碍中强迫症和精神症状对药物治疗较敏感，但应在治疗抽动障碍的基础上再加上针对强迫和注意力缺陷治疗的药物。

成人孤独谱系障碍

多数患者症状并不典型

越来越多观点认为孤独障碍患者病情的轻与重差别很大，重者很难与人交往，表现为极度孤独并伴有严重智力问题，较易察觉；而轻者智力和学习能力正常，往往有些功课还非常优秀。孤独、不理解他人感情和执着刻板的行为等这些核心症状，在中学时期前很难被当成疾病诊断，但至成年期因其不能理解他人的感情和怪异刻板行为的表现极易被误诊为精神分裂症。特别是孤独障碍在早期的诊断分类中与儿童精神分裂症同归为儿童重性精神病，两种疾病确有许多难以区分之处。

20 世纪 80 年代研究者提出了孤独谱系障碍，2013 年 DSM-5 正式确立疾病分类，取消了孤独障碍、Asperger 综合征、Heller 综合征、不典型孤独障碍等病名，均归属于神经发育障碍，对既往许多高功能、智力和学习能力正常的轻度孤独障碍患者更加重视，强调终身影响。孤独谱系障碍患病率约为 1/66，而我国临床上漏诊和误诊病例较多，主要原因可能为成人精神科医生对孤独谱系障碍的诊断不够重视，简单地认为这类患者应表现为极度孤独，

不与人交流，行为古怪。其实，典型病例并不多见，特别是成年期，多数患者症状并不典型。孤独障碍除严重者从儿童期诊断延续到成年期外，许多成年期患者出现适应困难而被诊断，表现为：深度交往和交流障碍；理解他人的情感和感受困难，不善于察言观色；行为刻板，甚至令人觉得古怪；很难被说服，不能随机应变。孤独障碍的诊断关键是要追问既往发育情况和症状的持续性。治疗以理解和行为训练为主，而不是大量的使用抗精神病药。