

焦虑症：

家长用药指南

AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY
WWW.AACAP.ORG

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

焦虑症：
家长用药指南工作组

联合主席：

John T. Walkup，医学博士
Jeffrey R. Strawn，医学博士

成员：
Kareem Ghalib，医学博士
Kimberly A. Gordon，医学博士
Tanya Murphy，医学博士、理学硕士
Daniel S. Pine，医学博士
Adelaide S. Robb，医学博士
Moira A. Rynn，医学博士
Timothy E. Wilens，医学博士

干事：
Carmen J. Thornton，公共卫生硕士、认证健康教育专家、研发与人才建设总监；
Sarah Hellwege，教育硕士、研究、培训和教育助理总监

顾问：
Esha Gupta，医学科学撰稿人

美国儿童和青少年精神病学会通过宣传、教育和研究，促进儿童、青少年及家庭的健康发展。儿童和青少年精神科医生是儿童心理健康领域最具权威的医师群体。

©2020 美国儿童和青少年精神病学会，版权所有。



目录

导言 4

焦虑症 6

评估和治疗 8

药物作为治疗焦虑的工具 9

焦虑症的社会心理治疗 16

资源 17

导言

《*焦虑症：家长用药指南*》旨在为家长提供一份关于治疗儿童焦虑症的通俗易懂的参考资料。在本指南中，我们讨论了最常见的焦虑和相关疾病形式，包括：

- 特定恐惧症
- 分离焦虑症
- 广泛性焦虑症
- 社交焦虑症
- 惊恐症
- 强迫症

什么是焦虑？

焦虑是一种正常的情绪，对我们的生存和功能至关重要。它可以帮助我们避免潜在的危险情况，并为挑战做好准备。压力性生活事件，如考试、转学或在众人面前发言，都可能引发儿童正常的焦虑反应，这些焦虑有助于孩子为未来的挑战做好准备。尽管如此，有时孩子在情绪表达方面也可能出现问题，并对日常生活造成负面影响。恐惧、焦虑、悲伤，甚至我们感受快乐的能力，如果变得过于极端，并损害了我们的正常功能，都可能成为问题。

焦虑症有多常见，谁会受到影响？

焦虑症在儿童和青少年中很常见，通常起病于童年和青春期。实际上，有数据显示，每 8 名儿童中就有 1 名可能患上焦虑症 。国家心理健康研究所 (NIMH) 估计，在 13 至 18 岁的青少年中，有 25.1% 会患焦虑症，5.9% 会患严重的焦虑症。在童年期，男孩和女孩的患病率相当，青春期之后，女孩似乎比男孩更常患病。

遗传和环境因素在焦虑症中都起着作用。焦虑症的遗传家族史会**讓一個**年轻人有罹患焦虑症的风险。此外，照护者或亲属在应对焦虑的孩子时，也可能以某种方式使孩子的焦虑加重，比如在无意中支持孩子的回避行为而非鼓励其正面应对，或在不自觉中强化了恐惧和担忧，而非良好的应对方式。

“正常” 焦虑和焦虑症有什么区别？

焦虑症不同于普通的或典型的焦虑，就像抑郁症不同于日常的悲伤，躁狂（高涨和夸张的情绪）也不同于普通的快乐和兴奋一样。

尽管来自不同背景和种族的儿童表达焦虑的方式不同，但焦虑症的症状在许多重要方面与正常焦虑的症状不同。

1. 正常的焦虑在人生的各个阶段都会出现。但是，焦虑症在**青春期前就会影响儿童**，并可能出人意料地“突然”出现或恶化。
2. 大多数儿童喜爱且符合其年龄发育水平的日常活动，焦虑症患儿却**无法应对** 。对于患有焦虑症的孩子来说，上学、参加过夜活动或去露营、在聚会上结交新朋友、“展示自己”以及参与新的可能有益的体验（游乐园），都有可能引起极大的焦虑。事实上，孩子的强烈反应往往让他们的照护者感到惊讶，因为引发这种因**為**引**發這種**反 **應**的起因通常只是某个年龄段的孩子本该能够完成的、再平常不过的生活事件。



3. 患有焦虑症的儿童通常会出现许多**无法解释的身体症状**，例如胃痛、头痛、呼吸短促、胸痛、担心窒息以及干呕或呕吐。他们经常担心自己的整体健康状况。焦虑的孩子可能会过分关注身体的感觉，并错误地认为这些感觉是疾病的症状。因此，这些孩子可能会在父母面前显得像生病了一样，也会更频繁地去校医室和/或儿科就诊，从而可能导致缺课，甚至接受不必要的医疗程序。

4. 随着时间的推移，焦虑症状的**持续性和一致性**是诊断焦虑症的关键。但是有些焦虑的孩子可能会出现焦虑症状的突然恶化。例如，一个8岁的孩子可能在年幼时曾有轻度焦虑但喜欢上学，现在却可能患有分离焦虑并拒绝上学。

5. 焦虑的儿**童**倾向于利用回避来应对**讓**他们感到焦虑的**情**况。如果引发焦虑的是一些日常的、成长中必须经历的事情，那么孩子的日常运作以及家庭或学校生活就可能受到干扰。

6. 患有焦虑症的儿童**也可能出现正常的焦虑**。经过专业培训的人员（比如儿童青少年精神科医生）能够识别焦虑症的症状模式，部分原因在于焦虑症儿童的症状类型非常相似。

7. 父母和照护者通常会陷入一种模式：他们会预判孩子的焦虑行为，并为了缓解孩子的痛苦，帮助孩子回避可能引发焦虑的情况。不幸的是，父母和照护者虽出于好意，这些行为反而可能加重孩子的焦虑，使其难以应对和适应正常且重要的成长任务。回避、情绪爆发或其他使孩子持续无法参与适龄活动的行为，都会导致“功能性”损害。此外，焦虑带来的身体和情绪上的痛苦，本身就是一种“心理”层面的功能损害。当焦虑患儿存在功能上和心理上的损害时，他们正在遭受焦虑症的困扰。

焦虑症

根据儿童表现出的症状，焦虑症分为不同的形式。**（表 1）**

所有焦虑症的常见症状

尽管表 1 中列出的每种焦虑症都有特定的症状，但这些焦虑症之间存在一些共同症状。

- 过度警觉——持续扫视环境中是否有任何新的和不同的事物。
- 反应性——尽管大多数孩子对新事物充满好奇和兴趣，焦虑症儿童通常会对新的或不断变化的事件或期望感到威胁，并做出相应的反应。
- 身体不适——头痛、担心干呕、噎住或呕吐、胸痛、呼吸短促、食欲不振、胃痛、频繁如厕、出汗增多、肌肉紧张、紧张不安和难以入睡。
- 回避——儿童应对焦虑的最常见和最简单的方法是回避。患有焦虑症的孩子不会像大多数孩子那样怀着好奇心去面对新情况，而是回避引发焦虑的情况。回避重要的成长任务表示孩子的焦虑必须被解决。
- 行为问题——如果孩子无法回避引发焦虑的情况，他/她可能会表现出严重的行为问题，通常被描述为“情绪爆发”，例如拒绝参与、对立违抗和大发脾气。对于大多数照护者来说，强烈的焦虑或情绪爆发非常具有挑战性，常常使他们感到无力帮助孩子。



表 1.

焦虑和相关疾病	
特定恐惧症	• 对某种物体或情况（例如动物、高处、装扮角色和某种交通工具）的非理性或极端的恐惧反应 • 导致在日常生活中回避这些物体或情况，或者在接触到它们时表现出痛苦 • 通常是焦虑症的首发表现，可能与其他焦虑症有关
分离焦虑	• 特别担心如果与照护者分开，自己或照护者会遭遇不测（例如，与照护者在家里不同的房间里、独自在床上入睡、早上上学、去好朋友家过夜，或者照护者不在家或回家晚了时感到担心） • 他们可能被描述为特别粘人或容易想家
广泛性焦虑症	• 对日常生活经历的各种恐惧和担忧（即，他们经常预想灾难性后果［例如灾难性思维］，担心自己的健康问题和财务状况以及家人的健康和财务状况，思考生与死的问题，以及家庭和人际关系问题，并感到巨大的学业压力） • 他们可能被描述为忧虑、紧张、放不开、不灵活、完美主义 • 可能会觉得“坏事总会发生”（如果恐惧感非常强烈，可能会被误诊为抑郁症） • 由于担心，晚上可能难以入睡 • 有时因满脑子都是担忧而在学校难以集中注意力（如果情况严重，可能会被误诊为注意力缺陷/多动症）
社交焦虑症	• 对他们社交互动中的表现感到恐惧或担忧（即，极度在意自己，害怕在社交场合受到评判或羞辱，害怕做一些愚蠢或令人尴尬的事情，一想到自己成为他人关注的焦点就感到害怕） • 可能仅限于特定场合（如在大庭广众面前发言），也可能是普遍性问题，甚至在一对一的情境中也会受到影响（例如，在餐厅点餐和/或向老师等安全可靠的陌生人提问、或向警察问路等） • 他们通常被认为是害羞、自我意识强、“慢热”、在社交场合中不愿开口说话、“说话轻声细语”、不愿向他人提问，或者回答问题只是简短几个字，并回避与他人进行适当的眼神交流 • 面对社交场合时经常出现身体症状（即脸红、出汗、颤抖或发抖，或感到恶心或胃部不适）
惊恐症	• 经历惊恐发作，其特征是突然（几分钟内）出现强烈的恐惧感，担心有不好的事情正在发生或即将发生，或害怕自己会失控 • 惊恐发作通常在 10 分钟内达到巅峰，持续大约 15 到 30 分钟，但惊恐发作后的影响可能会持续存在，因为患者会担心再次发作，以及惊恐发作是否意味着自身健康存在问题，导致他们回避与恐慌感相关的情境 • 惊恐发作的身体症状可能包括呼吸短促、胸痛、心跳不规律感、心跳过强或过快、呼吸加快（换气过度）伴有口周和手指刺痛或麻木、出汗和发抖；虽然这些症状让人感觉像危及生命，但实际上并不危险
强迫症	• 其特征是存在强迫思维，即反复出现的、不想要的念头、冲动或心理意象，这些会引起焦虑和痛苦，并与强迫行为相关联 • 强迫性仪式在短期内似乎能缓解由这些念头引发的焦虑，但孩子往往每天花费大量时间（超过 1 小时）沉溺于强迫思维或从事强迫行为，导致痛苦和日常功能受损 • 常见的强迫思维包括：害怕病菌或污染；与性、宗教、伤害自己或他人有关的不想要的禁忌想法；不想要的攻击性想法；以及对事物保持平衡、对称或完美秩序的需求 • 常见的强迫行为包括：过度梳洗和洗手；以特定的、精确的方式整理和摆放物品；反复检查诸如门是否锁上或炉子是否关闭之类的事情；以及进行心理仪式，例如用 “好主意” 代替 “坏想法”

评估和治疗

无论情况如何，当孩子因焦虑而难以应对日常生活中的活动时，都应带他们去见临床医生进行全面评估，以确定是否建议接受治疗。

评估儿童是否患有焦虑症的临床医生必须熟悉焦虑症的诊断、病程和治疗，这点很重要。鉴于正常焦虑与焦虑症之间可能存在重叠，一些儿科医生、初级保健医生、学校工作人员和心理健康专业人员可能并不了解焦虑症在儿童中的具体表现，也可能未充分认识到焦虑症是一个重要的心理健康问题。

儿童青少年精神科医生是专门从事儿童和青少年心理健康状况诊断与治疗的医师，是您孩子心理健康医疗团队中的重要成员。他们能够为一個家庭提供多項专业优势，包括医学教育背景、 职业伦理的医学传统， 以及承担全面照护的医疗责任。

将对重大生活事件的严重且持续的焦虑反应（即对极端生活处境的“正常”焦虑反应）与焦虑症区分开来非常重要。焦虑症需要特定的治疗，而对极端生活处境下的焦虑反应，则通过为儿童提供安全、稳定、可预期的环境，甚至包括心理支持在内的治疗来进行管理。在这两种情况下，對处理日常活动有困难的儿童都应由临床医生进行全面评估，以了解需要什么样的治疗。

由于焦虑的许多症状是孩子的内在体验（例如恐惧或担忧），因此照护者只能识别孩子表现出的功能性损害；例如，入睡困难、不去上学、在需要表现的场合感到焦虑、不愿参与社交活动和结交朋友、强烈的情绪反应以及其他回避行为。临床医生的全面评估可能包括完成评分量表，以及对家长和孩子进行访谈，了解孩子的内在症状和功能损害情况。临床医生会努力了解孩子的焦虑症状模式、回避行为的严重程度，以及家庭参与治疗的意愿。他们还会评估孩子是否存在其他可能增加治疗计划复杂性的问题。

临床医生在决定患有焦虑症的儿童需要什么治疗时会考虑许多因素。在完成对孩子的评估后，临床医生应与家长沟通评估结果、具体治疗建议和治疗建议背后的原因。治疗建议通常包括有关家庭如何以最好的方式参与和支持孩子的具体建议，即家长实质上要成为“教练”，与孩子一起“应对”他们的恐惧和担忧。

尽管让孩子接受焦虑症治疗是一个重大决定，但重要的是要明白，不接受治疗也是一个重大决定。临床研究表明，患有焦虑症的儿童仅靠支持不会好转，长期研究表明，焦虑如果不加以治疗，会导致许多不良的后果，包括增加罹患抑郁症的风险、出现物质滥用、产生自杀念头及行为，以及在生活适应和压力应对方面出现障碍。

家庭在评估和治疗中的作用

让家人参与焦虑的评估和治疗非常重要。虽然临床医生对儿童焦虑症有充分的了解，但在评估和治疗过程中，他们高度依赖照护者的积极参与，才能为患儿提供最佳的治疗效果。孩子的照护者犹如临床医生的 “眼睛和耳朵”。如果家长和医生能一起努力帮孩子减轻焦虑，治疗效果会好得多。

药物作为治疗焦虑的工具

美国食品药品监督管理局（FDA）对药物的审批流程进行监管，以证明药物对特定疾病（例如广泛性焦虑症）的安全性和有效性。在药物获得 FDA 批准后，临床医生可以将其用于该药物所针对的特定适应症（即，按说明书用药），也可用于其他经研究证明有效、或医生认为安全有效的病症（即，超说明书用药）。

重要的是要认识到，为焦虑症儿童和青少年提供高质量“循证”药物治疗的临床医生，通常会推荐并开具安全有效的“超说明书”用药。这并非坏事，因为这些药物虽然尚未通过 FDA 的批准程序，但其有效性和安全性已得到证实。

在儿童焦虑症的治疗药物中，目前只有度洛西汀一种药物已获得 FDA 的批准，可以作为“按说明书用药”用于 7 岁及以上患有广泛性焦虑症的儿童。不过，许多其他药物已被证实对儿童焦虑症安全有效，只是尚未通过 FDA 的批准程序。



重要的是要认识到，为焦虑症儿童和青少年提供高质量“循证”药物治疗的临床医生，通常会推荐并开具安全有效的“超说明书”药物。



对儿童而言，治疗的目标始终是实现焦虑症的缓解（即症状极少，甚至完全没有症状）。

哪些药物能够长期、稳定地缓解焦虑及其症状？

抗抑郁药物是治疗青少年焦虑症及强迫症的基石性药物。许多有益于焦虑症和强迫症的药物最初被认为是治疗抑郁症的药物，因此被称为抗抑郁药。最有效的抗抑郁药物，即选择性血清素再摄取抑制剂（SSRI）和选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRI），会增加血清素和去甲肾上腺素的作用，这两种化学神经递质在人体中有助于调节焦虑、情绪和社交行为。

已被证实对儿童焦虑症有效的抗抑郁药物中，可以“按说明书用药”来处方的药物包括度洛西汀（欣百达™），“超说明书”处方的药物包括舍曲林（左洛复™）、氟西汀（百忧解™）、氟伏沙明（兰释™）、帕罗西汀（赛乐特™）和文拉法辛缓释剂（怡诺思™）。

治疗焦虑症儿童或青少年的目标是什么？

对儿童而言，治疗的目标始终是实现焦虑症的缓解（即症状极少，甚至完全没有症状）。如果单用抗抑郁药物治疗，或抗抑郁药物联合心理治疗后均未能实现缓解，则临床医生可以考虑多种方案，包括更换药物或增加其他心理干预措施。重要的是要记住，如果医生建议更换药物以达到缓解目标，这是完全可以接受的，因为孩子可能对第二种药物反应更好。事实证明，对初始药物治疗反应不佳的青少年，更换治疗方案是有益的。

关于焦虑症儿童和青少年使用抗抑郁药物的研究有什么发现？

近十二项研究评估了抗抑郁药物在患有广泛性焦虑症、社交焦虑症和分离焦虑症的儿童及青少年中的应用情况。**（表 2）**

在几乎所有研究中，接受抗抑郁药物的青少年比接受安慰剂（糖丸）的青少年效果更好。而那些同时接受药物治疗和焦虑心理治疗的儿童，治疗成效最为显著。

同样，在患有强迫症的儿童中，SSRI 类药物也经过了研究，并证实能够有效减轻强迫症状。在患有强迫症的青少年中，比较 SSRI 类药物与心理治疗的研究普遍表明，抗抑郁药物联合心理治疗的疗效远优于单纯心理治疗或单纯药物治疗。



如何选择药物?

临床医生在为孩子选择是否开具某种特定药物时，会考虑多个因素。

- 诊断
- 孩子的年龄
- 药物疗效
- 副作用
- 药物起效的速度
- 与孩子使用的其他药物的相互作用
- 药物的使用方式（胶囊、片剂、液体）

药物需要多长时间才能起作用?

通常，抗抑郁药物在用药后 2 至 4 周开始起效，且在 8 至 12 周内疗效会持续增强。有些儿童在治疗初期使用低剂量抗抑郁药时就会出现改善，但临床医生可能会增加药物的剂量，以确保孩子有最大的机会达到缓解。在药物临床研究中，最佳治疗剂量通常在治疗 8 至 12 周时得以确定，而症状在此之后仍会持续改善。研究表明，无论是否联合认知行为疗法（CBT），SSRI 治疗的获益均在治疗 6–9 个月时达到最大效果。

哪些药物可偶尔於焦虑急性发作时使用?

临床医生经常会使用不同类别的药物来应对特定的焦虑情境，例如乘飞机、发表演讲或其他公开表现活动。其中一些药物属于苯二氮䓬类药物，例如劳拉西泮（Ativan™）和氯硝西泮（Klonipin™）。苯二氮䓬类药物通常用于短期治疗。若长期使用，部分患者会出现停药困难和戒断症状。

一些临床医生还会使用抗组胺药，如苯海拉明（Benadryl™）或羟嗪（Atarax™、Vistaril™），来短时间内减轻焦虑。此外，β 受体阻滞剂类药物，如普萘洛尔（心得安™）也被用于应对公开演讲等公开表现的挑战性场合的焦虑。

针对焦虑症青少年偶尔出现的睡眠问题，可以使用哪些药物?

在患有焦虑的青少年中，睡眠通常是一个重大问题。使用抗抑郁药和/或认知行为疗法（CBT）治疗焦虑症，通常有助于减轻焦虑症状并恢复正常的睡眠模式。如果孩子的焦

在药物临床研究中，最佳治疗剂量通常在治疗 8 至 12 周时得以确定，而症状在此之后仍会持续改善。

表 2.

可用于治疗儿童和青少年焦虑症的药物。						
类别	**药物（商品名）**	**常用剂量范围（mg/天）**	**片剂规格（mg）**	**常见的副作用**	**严重的副作用**	**罕见的严重副作用**
SSRI	西酞普兰/艾司西酞普兰（喜普妙/来士普™）	10/5–40/20	10/5、20/10、40	• 头痛 • 失眠 • 腹泻 • 食欲下降 • 多动症/坐立不安 • 呕吐 • 愤怒/易怒情绪加剧 • 性功能障碍 • 肌肉疼痛 • 体重减轻/增加	• 黑框警告：该药会增加儿童、青少年和年轻成人产生自杀念头和行为的风险 • 可能出现心律异常 • 狂躁	• 血清素综合症 • 出血问题
	氟伏沙明（兰释™、兰释控释剂™）	100–300	25、50、100、150			
	舍曲林（左洛复™）	25–200	25、50、100			
	氟西汀（百忧解™、Sarafem™）	10–60	10、20、40、60			
	帕罗西汀（赛乐特™、Pexeva™）	10–50	10、20、40			
SNRI **去甲肾上腺素药物**	文拉法辛缓释剂（怡诺思™）	37.5–225	37.5、75、150、225	• 困倦 • 失眠 • 坐立不安 • 性功能障碍 • 头痛 • 口干 • 愤怒/易怒情绪加剧 • 血压升高 • 心率加快 • 肌肉疼痛 • 体重减轻/增加	• 黑框警告：该药会增加儿童、青少年和年轻成人产生自杀念头和行为的风险 • 狂躁	• 血清素综合症 • 出血问题
	度洛西汀（欣百达™）	30–120	20、30、40、60			
	托莫西汀（择思达™）	10–100	10、18、25、40、60、80、100			
三环类抗抑郁药	氯米帕明（安拿芬尼™）	75–250	25、50、75	• 困倦 • 口干 • 体重增加	• 黑框警告：该药会增加儿童、青少年和年轻成人产生自杀念头和行为的风险 • 心律问题；心电图和血液水平 • 狂躁	血清素综合症
	丙咪嗪（Trofanil™、Trofranil-PM™）		10、25、50			
苯二氮䓬类药物	阿普唑仑（Xanax™、Alprazolam Intensol™）	0.5–1.5	0.25、0.5、1、2	• 嗜睡 • 动作不协调 • 口干 • 头晕 • 腹痛	• 可能出现依赖 • 高剂量使用，尤其是在长期给药的情况下，可能出现戒断症状。逐渐减少剂量是降低戒断症状风险的常用策略。 • 去抑制 • 记忆力下降 • 抑郁症加重	呼吸抑制（可能在高剂量下或与其他中枢神经系统抑制剂合用时出现）
	氯硝西泮 (Klonopin™)	0.5–3	0.5、1、2			
	劳拉西泮 (Ativan™、Lorazepam Intensol™)	1–2	1、2			
非典型抗焦虑药	丁螺环酮 (Buspar™)	15–60	5、10、15、30	• 头晕 • 头昏眼花 • 疲劳		
抗组胺药	苯海拉明（Benadryl™、Banophen™、Diphenhist™）	12.5–50	25、50	• 困倦 • 口干 • 出汗减少	• 心律异常 • 激动 • 膀胱排空困难 • 对特定类型血细胞的损害 • 癫痫发作	
	多西拉明（Unisom™、WalSom™）	12.5–50	25、50			
	羟嗪（Atarax™）	25–50	10、25、50			

改编自 Wilens、Hammerness 著《直言相告：儿童精神药物》（Guilford 出版社，2016年）

FDA 发布了哪些警告?

FDA 已在所有抗抑郁药物的说明书上添加了一项“黑框警告”，旨在提醒开药医生和患者：在给儿童、青少年及年轻成人使用抗抑郁药物时，需要特别谨慎。该警告指出，抗抑郁药物“与一小部分儿童和青少年自杀念头和/或自杀行为的风险增加有关，尤其是在治疗的早期阶段。” 在所有使用药物的儿童和青少年中，约有 4% 报告了这种“不良事件”（主要是自杀念头），而使用安慰剂的儿童和青少年中，这一比例为 2%。更近期、规模更大的研究表明，相关的风险甚至更低。需要了解的是，目前尚不清楚为何用药后出现自杀念头或行为的风险会略高于安慰剂（尽管这种差异很小）。

虑已得到很好的控制，但入睡仍然困难，那么接下来应该尝试行为疗法。如果行为干预效果不理想，还有多种药物可以帮助焦虑症儿童改善睡眠。临床医生通常会在多种药物中进行选择，例如褪黑素、抗组胺药、米氮平等具有镇静作用的抗抑郁药，甚至还有一些专门用于治疗成人失眠的药物，例如唑吡坦（Ambien™）和扎来普隆（Sonata™）。虽然用于成人失眠的药物可能对儿童有一定效果，但它们尚未在儿童中进行广泛研究。

如何选择和调整药物剂量?

对于抗抑郁药物，医生会根据在儿童和青少年中进行的研究结果来选择初始剂量。通常，焦虑症患儿会从低剂量开始用药，然后逐步增加剂量，以达到适当的剂量，从而在最小副作用（如果有的话）的情况下，最大限度地提高症状缓解的可能性。在治疗过程中，照护者和孩子会与临床医生会面，讨论焦虑症状的变化情况以及是否存在副作用。有些临床医生会很快地调整剂量（通过更频繁地复诊），而另一些临床医生則可能更傾向於緩慢渐进的方式。“从低剂量开始、缓慢加量”是可行的；但需要认识到，起步剂量过低、加量速度过慢，可能不必要地延长孩子的痛苦。用于治疗儿童焦虑症的药物常用剂量范围如**表 2**所示。

副作用是如何管理的?

抗抑郁药，如 SSRI 和 SNRI 可能产生各种副作用，如**表 2**所示。与孩子的医生讨论药物副作用很重要。每个人都会担心药物的副作用，而焦虑症患者（包括孩子）往往会比其他人更加担忧。副作用的存在是剂量调整决策中的重要考量因素。有时很难判断孩子出现的是药物副作用，有时很难判断孩子是否出现药物副作用的影响，還是焦虑本身仍在影响孩子（例如胃痛）。

常见的副作用包括头痛、入睡困难、食欲改变、腹痛和腹泻，约 10%～20% 的患者会出现这些反应。可能出现的副作用（约 5% 的患者会发生）包括体重增加、肌肉疼痛和普通感冒症状。罕见的副作用包括癫痫发作、故意自残、心律异常和躁狂症，其发生频率要低得多。有关自杀念头和自杀行为的详细说明，请参见左侧专栏。重要的是要知道，大多数针对焦虑症青少年使用 SSRI 的研究并未显示出这种风险。

或许家长最为担心的是，药物是否会以某种不理想的方式改变孩子的行为或性格。通常，当 SSRI 和 SNRI 类药物起效良好时，它们能大幅减轻孩子的焦虑，使孩子能够像没有焦虑时那样正常生活。需要了解的是，药物可以减轻焦虑，但并不能解决孩子可能面临的所有问题。

最后，在所有 SSRI 和 SNRI 研究中，存在一种常见的副作用模式，我们称之为“激活综合症”，即在治疗初期或剂量调整后不久出现的过度且令人不适的烦躁不安。这种激活状态可能会使孩子变得更易怒、更冲动，总体上更难控制。减少药物剂量或暂停用药，是处理激活症状直至其消退的最佳管理策略。由于激活症状最常出现在治疗初期和较低剂量时，如果药物似乎引起了激活反应，可能很难将孩子的剂量增加到完整的治疗剂量。

管理副作用的常用策略是减少剂量或停药。但是，以调整剂量來最小化副作用也可能会导致药物部分疗效的損失。这可能是照护者和临床医生需要共同把握的一个微妙平衡。如果临床医生为了减轻副作用而不得不减少药物剂量，导致症状复发，医生将与照护者重新评估治疗方案，以确保孩子获得最佳疗效。当第一种药物不起作用或出现副作用时，通常会更换药物。

我如何知道药物是否起效了?

无论是药物治疗、心理治疗，还是两者联合，判断治疗是否有效的最佳方式，就是观察孩子的焦虑是否在频率和严重程度上有所减轻，以及孩子整体上是否更

自在、更有能力去做事情。家长、照护者和临床医生还可以通过观察特定目标症状（如过度担心）的改善情况，来回答这个问题。通常，对于患有焦虑症的孩子，家长和照护者会观察到孩子现在能够做一些以前做不到的事情，比如快速入睡、在朋友家过夜、参加聚会、正常上学和参加夏令营、身处人群之中、去商场或餐厅等。与焦虑相关的身体症状（例如头痛、胃痛、吞咽困难等）会减轻或完全消失。

药物治疗应该持续多长时间？

当照护者和孩子考虑何时停止抗抑郁治疗时，重要的是要记住，治疗的最终目标是使症状极少甚至消失。如果孩子已经达到症状缓解和功能恢复，则他们停药成功的可能性最大。任何关于是否以及何时停止治疗的讨论，都应在此条件下进行。存在持续焦虑症状及相关功能损害的孩子，可能不适合停药。在考虑停止治疗之前，先增加药物剂量或强化心理治疗以达到缓解状态，可能是最佳选择。

虽然具体的时间范围尚不清楚，但一些专家建议在达到缓解状态后 6–12 个月再考虑停止用药。如果孩子在接受药物治疗的同时，与家人一起积极参与了心理治疗并取得良好效果，或者孩子本身对治疗的反应较快（在药物联合心理治疗的模式下更为常见），那么这类孩子可能会更早具备停药的条件。值得注意的是，当药物整体耐受性良好时，没有证据表明长期抗抑郁治疗是不安全的。

停药的风险是即使在已经康复的儿童中，焦虑症状也有可能复发。家长应尽量选择



在孩子压力较小的时期来考虑停药，尤其要避免在孩子可能面临最大焦虑压力的时间段尝试停药。例如，对于患有分离焦虑、之前上学就很困难的孩子，在秋季开学前停药可能不是明智之选。此外，对于一些患有焦虑症的孩子来说，看似压力较小的时期，例如家庭度假或节假日，可能看起来是停药的好时机，但实际上这些时期本身也可能带来压力，而由此产生的焦虑可能会被错误地归咎于停药。

如果孩子已成功停药，建议在停药后继续关注孩子的状态，以确保细微的焦虑症状不会复发，且孩子能维持其功能恢复状态。



焦虑症的社会心理治疗

对儿童进行评估的临床医生可能会推荐特定的心理治疗方法，例如认知行为疗法（CBT），或 CBT 与药物治疗的联合方案，这些都是针对儿童期发病的焦虑症的循证治疗方法，具体包括分离焦虑症、广泛性焦虑症、社交焦虑症和强迫症。

针对焦虑症和强迫症的循证心理治疗（CBT），首先会向孩子和家长进行教育，帮助他们了解焦虑症状的本质，以及如果不加以有效干预，症状可能随时间推移而加重。例如，一个焦虑的孩子通过回避来应对，虽然短期内会感觉好一些，但从长期来看，回避行为实际上会加重焦虑。在孩子和家人了解了这一重要机制之后，临床医生应让孩子参与一个称为“暴露与反应预防”的过程。暴露和反应预防治疗可以教会孩子两件重要的事情：1）对于正常的成长任务而言，并不需要这种恐惧或担忧；2）随着时间的推移，恐惧或担忧会消失或变得更能被容忍，**讓**孩子学会如何在不回避的情况下应对。

尽管对于某些患有焦虑症的儿童，心理治疗可能是一种非常有效的治疗形式，但本指南侧重于药物治疗。其他更详细讨论 CBT 的资源可供参考。此外，心理治疗可以与药物联合使用。与仅接受药物治疗或仅接受心理治疗的儿童相比，接受心理治疗联合药物治疗的儿童的焦虑症状较少。

针对焦虑症和强迫症的循证心理治疗（CBT），首先会向孩子和家长进行教育，帮助他们了解焦虑症状的本质，以及这些症状如何可能随着时间的推移而加重。



资源

- 美国儿童和青少年精神病学会（AACAP）
  https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Anxiety_Disorder_Resource_Center/Home.aspx
- 美国焦虑与抑郁协会
  https://adaa.org
- 美国疾病控制与预防中心 (CDC)
  https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/depression.html
- 全国精神疾病联盟（NAMI）
  https://www.nami.org/Find-Support/Family-Members-and-Caregivers
- 国家心理健康研究所（NIMH）
  https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml
- https://www.nimh.nih.gov/health/publications/anxiety-disorders-listing.shtml



用药追踪表

请使用此表记录您孩子的用药史。在去预约的医生处就诊时，请带上此表，并记录药物、剂量、副作用和结果的变化。

日期	用药	剂量	副作用	继续/停用原因

作者声明

KAREEM GHALIB，医学博士
临床助理教授
精神科
哥伦比亚大学医学中心
无利益冲突需要披露

KIMBERLY A. GORDON-ACHEBE，医学博士
医务总监
Hope Health Systems, Inc.
*领导职务：*黑人精神科医生核心小组；美国精神病学协会儿童、青少年及其家庭理事会

TANYA MURPHY，医学博士、理学硕士
医学院儿科学系讲席教授；**Rothman** 儿童神经精神医学中心主任及教授；医学院儿科学系儿科学与精神病学教授
南佛罗里达大学
*研究经费：*美国疾病控制与预防中心；F. Hoffmann-La Roche Ltd.；国家心理健康研究所；Neurocrine Biosciences, Inc.；PANDAS Network；辉瑞公司；Psyadon Pharmaceuticals, Inc.；Shire；Teva Pharmaceuticals Industries, Ltd.；美国 Tourette 协会

*科学顾问委员会：*国际强迫症基金会、PANDAS Network、美国 Tourette 协会

DANIEL S. PINE，医学博士
情感与发育处处长；发育与情感神经科学科主任
国家心理健康研究所
无利益冲突需要披露

ADELAIDE S. ROBB，医学博士
精神病学和行为科学主任
儿童国家卫生系统
*顾问/咨询顾问：*Allergan, Inc.；Neuronetics；国家心理健康研究所；Supernus Pharmaceuticals, Inc.；剑桥大学

*数据和安全监查委员会：*辛辛那提大学国家心理健康研究所；Neuronetics；大冢美国制药公司

*会议演讲酬金：*美国儿童和青少年精神病学会；美国儿科学会

*非现金服务：*Allergan, Inc.；美国儿童和青少年精神病学会；美国儿科学会；Supernus Pharmaceuticals, Inc.

*研究经费：*Allergan, Inc.；Lundbeck；国家转化科学促进中心；国家心理健康研究所；美国国家神经疾病与卒中研究所；辉瑞公司； Supernus Pharmaceuticals, Inc.

*个人退休账户（IRA）股票：*礼来公司；葛兰素史克；强生服务公司；辉瑞公司

MOIRA A. RYNN，医学博士
精神病学和行为科学系主任
杜克大学医学院
著作及知识产权：
美国精神医学学会出版社；UpToDate

*顾问：*Allergan, Inc.

*数据安全监查委员会：*Allergan, Inc.

*研究经费：*国立儿童健康与发展研究所；国家心理健康研究所

JEFFREY R. STRAWN，医学博士
副教授
辛辛那提大学
*著作及知识产权：*Springer

*非现金服务：*美国儿童和青少年精神病学会的差旅支持

*酬金：*CMEology

*物资支持：*GeneSight/Assurex Health, Inc.

*研究经费：*Allergan, Inc.；Lundbeck；国立儿童健康与发展研究所；国家环境健康科学研究所；国家心理健康研究所；Neuronetics；大冢美国制药公司；Yung Family Foundation

JOHN T. WALKUP，医学博士
西北大学 **Feinberg** 医学院精神病学系教授；精神病学系主任
芝加哥 Ann and Robert H. Lurie 儿童医院
*著作及知识产权：*Guilford 出版社；牛津大学出版社

*酬金：*美国儿童和青少年精神病学会、美国精神病学协会、美国 Tourette 协会

*研究经费：*雅培实验室；礼来公司；Hartwell 基金会；辉瑞公司；美国 Tourette 协会

TIMOTHY E. WILENS，医学博士
儿童和青少年精神病学系主任；成瘾医学中心联合主任
马萨诸塞州综合医院
*顾问/咨询顾问：*Bay Cove Human Services；Gavin Foundation；Ironshore Pharmaceuticals Inc.；KemPharm, Inc.；国家药物滥用研究所；大冢美国制药公司；美国职业棒球小联盟/大联盟；美国国家橄榄球联盟（ERM Associates）

*著作及知识产权：*剑桥大学出版社；爱思唯尔；Guilford 出版社

受版权保护的诊断问卷的共同所有者：
课前运作问卷（BSFQ）

*许可协议：*Ironshore Pharmaceuticals Inc.

*研究经费：*Lloyd 基金会；国家药物滥用研究所



AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY

WWW.AACAP.ORG

3615 Wisconsin Avenue, NW | Washington, DC 20016-3007 | www.aacap.org

©2020 美国儿童和青少年精神病学会，版权所有。