·专家笔谈·

青少年抑郁症的评估与管理

罗学荣[1]，汤信海[2]，申艳梅[1]

1. 中南大学湘雅二医院精神病学科、国家精神心理疾病临床研究中心、国家精神疾病医学中心，湖南 长沙 410011；
2. 中南大学湘雅医学院附属株洲医院

摘 要： 青少年抑郁症是一种严重的公共卫生问题，影响全国数百万青少年的心理健康。本文概述了青少年抑郁症的现状、诊断所面临的挑战，介绍了评估过程（包括病史采集、躯体检查、采用量表及诊断工具进行评估），同时对共患病及自杀风险进行评估，治疗应根据个体的个体特征及需求，选择相应的治疗方法，包括心理治疗、药物治疗及必要时的住院治疗。心理治疗方法包括认知行为疗法和人际关系疗法，而药物治疗则需谨慎选择合适的抗抑郁药，并密切监测可能的副作用。

关键词： 青少年；抑郁症；评估；治疗

中图分类号：R749.4 **文献标识码：**A **文章编号：**1008-6579(2024)07-0700-04 doi:10.11852/zgetbjzz2024-0694

Assessment and management of depression in adolescents

LUO Xuerong[1], TANG Xinhai[2], SHEN Yanmei[1]

1. Department of Psychiatry, National Clinical Research Center for Mental Disorders, and National Center for Mental Disorders, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha, Hunan 410011, China;
2. Zhuzhou Hospital Affiliated of Xiangya School of Medicine, Central South University
Corresponding author: SHEN Yanmei, Email: ymshen@csu.edu.cn

Abstract: Adolescent depression is a serious public health issue that affects the mental health of millions of adolescents nationwide. This article outlines the current situation of adolescent depression, the challenges in diagnosis, and then introduces the assessment process, including collecting medical history, physical examination, using scales and diagnostic tools for assessment, as well as assessing comorbidities and suicide risk. Treatment should be based on individual's characteristics and needs, selecting appropriate treatment methods, including psychotherapy, medication, and hospitalization when necessary, inpatient treatment. Psychotherapeutic methods include cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy, while medication treatment requires careful selection of appropriate antidepressants and close monitoring of possible side effects.

Keywords: adolescents; depression; assessment; Treatment

青少年抑郁症是指发生在青少年时期的抑郁症，这个年龄阶段的青少年正处于生理和心理发展的关键时期，面临着学业、人际关系，身体变化等多方面的挑战，使其更容易陷入抑郁情绪。中国最新的流行病学调查显示，中国 6～16 岁学生抑郁症的患病率为 3%[1]，而青少年抑郁症状的检出率已达到 24.6%，其中轻度抑郁为 17.2%，重度抑郁为 7.4%，这意味着每四个青少年中就有一个可能有抑郁症状[2]。青少年抑郁症不仅会影响学习能力和社交技能，还会对其情绪和行为产生负面影响，甚至引发自伤、自杀等严重后果[3]。根据联合国儿童基金会发布的《2021 年世界儿童报告》显示，0～19 岁儿童抑郁症每年造成的人力资本损失为 744 亿美元，给家庭和社会造成了沉重的负担[4]。青少年抑郁症已经成为一项亟待解决的重要公共卫生问题。

1 青少年抑郁症的诊断挑战

青少年时期是一个充满变化的时期，身体和心理都在快速发展，这使得抑郁症的诊断变得复杂。青少年的抑郁表现与成人相似，但可能在不同的发育阶段存在一些症状上的差异，且青少年抑郁症有更多的共患病，这增加了诊断的复杂性。例如，学龄前儿童可能表现为缺乏愉快游戏[5]，而学龄期儿童可能更容易变得易怒、发脾气、情绪低落，并可能出

基金项目：湖南省自然科学基金（2023JJ60085）；深圳市“医疗卫生三名工程”项目（SZSM202311025）

作者简介：罗学荣（1963-），主任医师，教授，博士生导师，主要从事儿童精神疾病的医教研工作。

通信作者：申艳梅，E-mail：ymshen@csu.edu.cn

现躯体症状，而青少年则更倾向于表现出悲伤情绪、自主神经功能紊乱和自杀倾向[6]。此外，青少年抑郁症临床表现上也存在性别差异：女生可能表现出悲伤、孤独感、易怒、悲观、自我厌恶和饮食问题；而男生则可能出现躯体症状、注意力或思维能力下降、决策困难、不安和缺乏乐趣感等[7-8]。在青少年抑郁症评估中需排除双相情感障碍的诊断，当儿童和青少年抑郁症起病年龄早、伴有精神病性症状、有明显的精神运动迟缓、睡眠多和食欲增加、易怒以及有双相障碍家族史时，需要考虑双相情感障碍的可能性。

2　青少年抑郁症的评估

2.1　*青少年抑郁症的临床评估*　青少年时期是个体成长过程中的关键阶段，面临着来自学业、家庭和社会的压力。这些压力使青少年成为抑郁症的易感人群，近年来，青少年抑郁症的患病率逐年增加，已经成为一个全球性的公共卫生问题，需要有效的筛查和评估工具。为了降低青少年抑郁症的发生率和致残率，一些国家已经建立了抑郁筛查指南和标准，利用量表和评估工具来识别儿童和青少年的抑郁症状，如美国预防服务工作组（USPSTF）建议在初级保健机构对 12～18 岁的青少年进行普遍抑郁症筛查，并采用科学的方法进行评估和干预，对于 11 岁及以下儿童，目前证据不充分，初筛阳性者需进一步由专业临床医生进行评估和诊断，根据 USPSTF 的建议，应该在初级保健机构对 12 岁及以上的青少年进行抑郁症的筛查，可以及早发现抑郁症状，为及时干预提供参考[9]。同时，关注有高危因素的青少年，如家庭不稳定、学业困难等，给予他们适当的关注和支持。其次，使用有效的评估工具进行初筛是青少年抑郁症评估的重要手段。如贝克抑郁量表（Beck Depression Inventory，BDI）和青少年患者健康问卷（Patient Health Questionnaire-Adolescent，PHQ-A）、流调中心抑郁量表（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale，CES-D）等是最常用的筛查工具，中国目前主要使用自评量表进行筛查。这些量表包括 CES-D、贝克抑郁自评量表及儿童抑郁量表等，筛查工具可以辅助临床工作者评估个体的抑郁症状及严重程度。此外，应该结合家长报告进行综合评估，可以更全面地了解青少年的心理健康状况。这里介绍了几个常用的筛查量表：

2.1.1　贝克抑郁量表　BDI 最初为成人设计，用于评估抑郁症状的严重程度，现已广泛应用于成人和青少年的研究中。该量表包括 21 个条目，每个条目的得分从“0”至“3”，根据参与者在过去两周内的体验进行自评。总分的范围是 0～63 分，分数越高，表示抑郁症状越严重。BDI-PC（Beck Depression Inventory-Personal Checklist）是 BDI 的改良版本，它包含 7 个问题，旨在快速评估个体的抑郁症状。

2.1.2　青少年患者健康问卷　PHQ-A 量表是专门为青少年设计的抑郁症评估工具。它基于 PHQ-9 成人版发展而来，PHQ-A 包括 9 个问题，这些问题询问青少年在过去两周的抑郁症状。

2.1.3　流调中心抑郁量表　CES-D 是由 RADLOFF 编制的一个包含 20 个问题的量表，用于评估个体在过去一周内的抑郁状况。该量表采用 4 级评分法，总分范围从 0～60 分，以 20 分为筛查抑郁症状的阈值，28 分为筛查抑郁症的阈值，该量表在中国人群具有良好的信效度[10]。

2.1.4　儿童抑郁量表　儿童抑郁量表（Children′s Depression Inventory，CDI）包含 27 个条目，分为 5 个子量表，包括消极情绪、低自尊、低效能、人际关系问题和快感缺失，采用三级评分系统评估受测者在过去两周内的抑郁症状评分法评估过去 2 周的抑郁状况，总分数范围在 0～54 分之间。该量表适用于 7～17 岁的儿童和青少年，并且已经证明具有良好的信度和效度，以 20 分为抑郁症状的阈值[11]。

专业评估和诊断是青少年抑郁症评估的关键环节。初筛阳性者需由专业临床医生进行进一步评估和诊断，临床医生一般使《精神疾病诊断与统计手册第五版》（DSM-5）的抑郁障碍标准。根据 DSM-5，重性抑郁障碍的诊断标准包括至少持续两周的显著抑郁情绪或兴趣减退或快感缺失，并伴随至少 4 项其他症状，如体重明显变化、睡眠障碍、精神运动性改变、疲劳、感到无价值或罪恶感、注意力下降以及有自杀想法或行为，并对个人的学业、工作、社交等造成明显损害。诊断时，还需排除因药物滥用、其他医疗状况或其他精神疾病所引起的情况。在评估和诊断青少年抑郁症时，保密性和个体化是两个重要的原则。在筛查和评估过程中，需要注重保护青少年的隐私。采用适当的访谈方式，确保患者感到安全和舒适，并且能够自由表达内心的感受和想法。此外，提供个体化的关怀和支持也必不可少。

2.2　*青少年抑郁症共患病的评估*　在儿童和青少年中，抑郁症常常伴有其他共病情况，这些常见的共病包括焦虑症、物质使用障碍、人格障碍、行为障碍、对立违抗性障碍、注意缺陷多动障碍和解离/转化障碍。高共病率可能是因为抑郁症和这些常见共病之

间存在共同的环境病因和遗传影响。此外，还需要评估抑郁症状是否可以归因于医学疾病或其他精神障碍如甲状腺功能减退、代谢异常和占位性病变等器质性疾病。

2.3 *青少年抑郁症自杀风险的评估* 对于有抑郁症的儿童和青少年，评估自杀行为的风险是评估中非常重要的一部分。应询问患者是否有自杀意念、具体的自伤计划以及任何实际自伤或公开威胁或行为的历史。在评估青春期前儿童的自杀行为时，需要采取发展的视角，并且必须注意儿童自己对死亡的概念，因为有时儿童并不认为死亡是不可逆转的。其他需要评估的因素包括心理和人际因素、家庭和人际问题、身体和精神共病、抑郁症的慢性化、过去冒险行为的证据、冲动、攻击性和敌意、存在命令性幻听（要求儿童伤害或杀死他或她）等。

2.4 *功能障碍及支持系统* 对儿童和青少年抑郁症的评估还需要涵盖功能障碍的程度。功能障碍的评估应包括学业表现、家庭功能和同伴关系。这可以帮助了解抑郁症对日常生活的具体影响。评估支持系统也是至关重要的一步。治疗计划的成功很大程度上取决于儿童的支持系统。在评估支持系统时，重要的不仅是支持者的数量，更关键的是儿童与这些成人的互动质量和舒适度。有时候，尽管父母都在，但可能其中一方过于严厉，另一方则可能因负疚感而消沉。这种家庭环境对儿童的心理健康可能产生负面影响。

3 青少年抑郁症的管理

在治疗儿童和青少年的抑郁症时，治疗通常分为 3 个阶段：急性期、巩固期和维持期。治疗目标是达到症状缓解，减少患者的自杀风险，同时治疗共患病，提高自尊，减轻家庭痛苦，并防止症状的复发，改善患儿的生活质量及家庭功能[12]。

3.1 *急性期治疗* 初步治疗的选择通常取决于多种因素，包括抑郁的严重程度、过去发作次数、病程的慢性程度、患者年龄、家庭冲突、学业困难以及过去治疗的反应和依从性。此外，患者和家庭的偏好是一个重要考虑因素。例如，伴有社交恐惧症的儿童可能会拒绝团体治疗，而焦虑的家长或患者可能不喜欢药物作为首选治疗方法等。对于轻度至中度抑郁症，通常首选心理治疗，具体类型的选择应考虑到治疗提供者的经验和舒适度。认知行为治疗（cognitive behavioral therapy，CBT）适用于存在认知扭曲和共病焦虑症的患者。在遇到如父母分离、权威问题或亲人死亡等压力源时，人际治疗（interpersonal therapy，IPT）可能有益。在应对急性压力源时，支持性心理治疗也可能有效。

在使用抗抑郁药物时，氟西汀被认为是 8 岁及以上儿童的首选药物。在药物治疗开始前，必须向家长和其他照顾者充分说明抗抑郁药的潜在风险与益处，并取得其知情同意。在治疗过程中，对于有自杀风险的患者，应确保其家属负责管理药物，尤其是在治疗初期及症状完全缓解后的前 2～4 个月内。此外，应加强家属对抗抑郁药可能引起自杀风险的认识，促使其对患者的行为保持警觉。

如果初始治疗使用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitors，SSRI）（例如氟西汀）治疗未能达到预期效果，可以停用并转换到另一种 SSRI，并逐渐调整剂量。如果患者对第一种 SSRI 出现不可忍受的副作用，建议以较低剂量开始第二种 SSRI。如果最初的心理治疗未见效，可以考虑使用 SSRI 或尝试其他形式的心理治疗。对于对初次 SSRI 治疗有部分反应的患者，可以采用增强策略，这种策略的优势在于不需要停用原始的抗抑郁药物，同时减少了响应的延迟时间。此外，结合抗抑郁药物与 CBT 可能比单独使用抗抑郁药更有效。

当患者连续两次抗抑郁药物治疗均无效时，应重新对患者进行评估。评估应当包括对药物治疗的依从性、合并症状以及可能导致治疗无效的其他社会心理因素。同时，还需要评估已经进行的心理治疗是否充分，并尝试进行必要的调整以改善病情。如果在进行了上述评估和调整后，诊断明确且其他可能影响治疗效果的因素已得到妥善处理，但患者对第二种抗抑郁药物仍然没有反应，可以考虑使用其他药物如文拉法辛、安非他酮或米氮平。对于那些对两种抗抑郁药物治疗均无效，或存在紧急情况如拒食、严重自杀倾向和紧张症，而且其他治疗方式不可用的患者，通常应考虑使用电休克治疗（modified electroconvulsive therapy，MECT）。对未成年人使用 MECT 需要获得监护人的知情同意。

3.2 *巩固期* 在巩固治疗阶段，尽管缺乏专门针对儿童和青少年治疗抑郁症的数据，但考虑到抑郁症的高复发率和复发率，建议在急性症状消退后至少进行 6～12 个月的延续期治疗。在这一阶段，就诊频率可以降至每月一次，具体频率应根据患者的临床状态、功能水平、支持系统、是否存在压力源及患者应对压力源的能力、治疗动机以及是否存在共病

的精神或医学疾病来决定。如果患者在急性期使用了心理治疗，那么在持续治疗阶段应继续同样的治疗，但可以根据患者的需要减少治疗频率。对于最初使用抗抑郁药物的患者，通常建议在持续治疗阶段继续使用与急性期相同剂量的抗抑郁药。

3.3　维持期　维持治疗的决定应基于患者和家庭的偏好以及复发风险，并考虑既往发作次数、发作的严重程度（如自杀倾向、精神病性症状和功能损害）、合并症、药物副作用以及患者和家属的意愿。也需考虑家庭稳定性、家庭精神病史、教育目标和治疗禁忌等环境因素。根据成人的证据，建议在出现两次（如果发作以精神病症状为特征）或三次抑郁发作的儿童和青少年中进行维持治疗，特别是那些与严重自杀倾向相关，且发作期间存在严重功能障碍、有情感性障碍家族史和治疗抵抗史的患者。维持治疗的最佳持续时间尚未确定，可根据风险因素决定持续时间，范围从 3 年到终生不等。除非存在禁忌症，应继续使用在急性期和巩固期证明有效的心理治疗或药物治疗方法。如果考虑进行维持期治疗，建议根据患者的临床状态、环境压力、功能水平和可获取的社会支持，至少每月到每三个月进行一次监测。

3.4　自杀的管理　需要对儿童和青少年自杀行为进行适当的评估、监测和干预。如果患者的自杀风险很高，应作为住院患者进行管理。如果无法住院，建议家庭成员在家中进行高风险管理，并确保所有可能致命的药物和危险品，如利器和有毒物质，放在患者触及不到的地方。此外，如果存在家庭冲突，可以考虑进行家庭治疗。对于表现出绝望和认知扭曲的患者，可以采用心理教育和 CBT。如果抑郁症严重影响患者参与心理治疗的能力，或者病情恶化，应考虑使用抗抑郁药。对于有严重自杀倾向且对其他治疗方式无效的患者，可以考虑使用 MECT。

青少年抑郁症的评估与管理是当前心理健康领域中的重点。抑郁症不仅影响青少年的情绪和心理状态，还可能对其学业、社交能力和生活质量产生不良影响。因此，早期筛查、诊断与预警至关重要。早期干预和管理，包括药物、心理治疗及两者的结合，可以有效提升青少年抑郁症患者的心理健康水平，减轻患者的痛苦，改善其临床预后，具有非常重要的意义。

参考文献

[1] Li F., Cui Y., Li Y., et al Prevalence of mental disorders in school children and adolescents in China: Diagnostic data from detailed clinical assessments of 17,524 individuals[J]. J Child Psychol Psychiatry. 2022;63(1):34-461.

[2] 傅小兰，张侃. 中国国民心理健康发展报告（2019-2020）[M]. 北京：社会科学文献出版社，2021.

[3] Thapar A, Eyre O, Patel V, et al. Depression in young people[J]. Lancet, 2022, 400(10352):617-631.

[4] Unicef. The State of the World's Children 2021: On My Mind-Promoting, protecting and caring for children's mental health[EB/OL]. https://www.unicef.org/ukraine/en/reports/state-worlds-children.

[5] Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL: Depression and anxiety in preschoolers: A review of the past 7 years[J]. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2017, 26(3):503-522.

[6] Goldman S. Developmental epidemiology of depressive disorders[J]. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2012, 21(2):217-235, vii.

[7] Kovacs M, Obrosky DS, Sherrill J. Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward[J]. J Affect Disord, 2003, 74(1):33-48.

[8] Price RB, Rosen D, Siegle GJ, et al. From anxious youth to depressed adolescents: Prospective prediction of 2-year depression symptoms via attentional bias measures[J]. J Abnorm Psychol, 2016, 125(2):267-278.

[9] Siu AL. Screening for depression in children and adolescents: U.S. Preventive services task force recommendation statement[J]. Ann Intern Med, 2016, 164(5):360-366.

[10] Radloff LS. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults[J]. J Youth Adolesc, 1991, 20(2):149-166.

[11] 吴文峰，卢永彪，谭芙蓉，等. 儿童抑郁量表中文版在中小学生中的信效度[J]. 中国心理卫生杂志，2010，24(10)：775-779.
Wu WF, Lu YB, Tan FR, et al. Reliability and validity of the Chinese version of Children's Depression Inventory[J]. Chinese Mental Health Journal, 2010, 24(10):775-779.

[12] Grover S, Avasthi A. Clinical practice guidelines for the management of depression in children and adolescents[J]. Indian J Psychiatry, 2019, 61(Suppl 2):226-240.

收稿日期：2024-05-01　**修回日期**：2024-05-15　**本文编辑**：杨媛媛