

2024

儿童青少年抑郁治疗 与康复痛点调研报告

基于患者家长群体的调研

出品方

中国科学院心理所国民心理健康评估发展中心
抑郁互助社区&青少年抑郁支持平台——渡过



灵北中国公益支持



编委会

主任委员 陈祉妍

副主任委员 李香枝

编委会委员

陈祉妍、郭菲、方圆、刘少然、王薪舒、李馨妹、王路石、王仪 (均来自中国科学院心理研究所国民心理健康评估发展中心)

李香枝、黄鑫、刘怡昕、王瑞 (均来自渡过)

装帧设计 蒋杏雨

目录

一、 调研背景	1
二、 调查方法	2
2.1 调查对象.....	2
2.2 调查工具.....	3
三、 调研结果	5
3.1 早期识别.....	5
3.1.1 共病情况.....	5
3.1.2 识别途径.....	6
3.1.3 疾病致因.....	8
3.2 求助就诊.....	10
3.2.1 求助就诊整体情况.....	10
3.2.2 就诊延误情况.....	11
3.2.3 治疗方式及效果.....	13
3.2.4 服药依从性情况.....	15
3.2.5 影响治疗效果的因素.....	16
3.3 康复情况.....	18
3.3.1 康复状况.....	18
3.3.2 功能恢复程度.....	18
3.3.3 康复过程中家长关注的方面.....	20
3.3.4 康复过程中存在的困难.....	22
3.4 休复学情况.....	25
3.4.1 休学、请假整体情况.....	25
3.4.2 休学的影响.....	31
3.4.3 复学情况.....	33



3.5 家长心理健康.....	36
3.5.1 家长心理健康整体情况.....	36
3.5.2 家长照顾负担.....	43
3.5.3 家长病耻感.....	46
3.5.4 家长的支持资源及治疗需求.....	46
四、 总体建议	50
五、 参考文献	53

一、 调研背景

抑郁症是儿童青少年常见且危害严重的心理健康问题之一。世界卫生组织报告显示，在全球范围内抑郁症是导致 10~19 岁儿童青少年患病和致残的主要原因，也是导致青少年伤残调整寿命年损失的第三大常见原因。而《中国国民心理健康发展报告(2021~2022)》也显示，针对全国范围内超过三万名青少年的调查表明：**他们中有 14.8%存在不同程度的抑郁风险，其中 10.8%有轻度抑郁风险，4.0%有重度抑郁风险**（郭菲，王薪舒，陈祉妍，2023）。

政府部门高度重视儿童青少年心理健康。2019 年国家卫生健康委员会同中宣部、教育部等 11 个部门印发《健康中国行动》，号召促进儿童青少年心理健康（国家卫生健康委员会，2019）；中共中央国务院（2019）发布《国务院关于实施健康中国行动的意见》部署开展心理健康促进行动；教育部等十七部门印发的《全面加强和改进新时代学生心理健康工作专项行动计划（2023—2025 年）》（教育部，2023）。多项政策文件均反映了国家大力关心学生心理健康工作。

本次调研由渡过联合中国科学院心理研究所国民心理健康评估发展中心共同发起，并得到灵北中国的公益支持。渡过是国内深具影响力的抑郁互助社区，自 2018 年开始专注于对抑郁症青少年及家庭的支持。在支持青少年治疗康复过程中，深感在**早期识别、治疗干预、功能恢复**等环节，患者及家属面临诸多困难。中国科学院心理研究所国民心理健康评估发展中心持续关注青少年心理健康问题，主导开展过一系列全国大规模的儿童青少年心理健康调研项目，助力我国青少年心理健康的相关政策制定与干预实践。本次调研项目通过集中双方在实践与研究方面各自的优势，通过对青少年抑郁症患者及照护者从生病到康复的全流程系统调研，全面深入了解青少年抑郁防治各环节的现状和痛点，**分析影响青少年抑郁症“知晓率、治疗率、康复率”的关键因素**，形成有建设性意见的专业分析报告。

希望通过本调研报告发布：一是呼吁社会各界关注青少年心理健康，共同营造良好的抑郁防治环境；二是为相关部门及从业机构进一步完善支持体系建设与优化解决方案提供参考；三是为我国儿童青少年抑郁症治疗与康复研究的科研人员提供数据参考；同时，也希望本报告为儿童青少年的家长们提供有价值的参考。囿于调研范围及样本量等因素，本报告仅呈现家属视角下的治疗与康复需求，未来可深入地探索儿童青少年患者本人在治疗与康复过程中的体验与需求，希望以此为起点，与相关部门、科研院所、从业机构交流合作，共同护航儿童青少年心理健康成长。

二、调查方法

2.1 调查对象

本次调查覆盖我国东、中、西部地区，调查对象为患有抑郁症等精神障碍孩子的家长。自 2024 年 2 月 15 日—2024 年 3 月 13 日共收集 1931 份问卷，问卷回收率为 95%，回收问卷的有效率为 88.4%，有效问卷总计 1622 份。本报告选取孩子年龄范围为 9-24 岁的家长，共包含 1232 份问卷。家长的平均年龄为 44.0，标准差为 7.5。家长在地区、性别、年龄、受教育程度、与孩子关系上的分布情况如表 1 所示。

表 1 家长的地区、性别、年龄、受教育程度、与孩子关系分布情况

变量	人数	百分比
地区		
东部	729	59.2%
中部	321	26.1%
西部	182	14.8%
性别		
男	496	40.3%
女	736	59.7%
年龄		
18-39 岁	282	23.6%
40-59 岁	901	75.5%
60 岁以上	11	0.9%
受教育程度		
初中及以下	100	8.1%
高中或中专	201	16.3%
大学专科或本科	803	65.2%
硕士研究生及以上	128	10.4%
与孩子的关系		
爸爸	430	34.9%
妈妈	698	56.7%
其他家长	104	8.4%

注：家长年龄的缺失值为 38。

孩子的年龄范围为 9-24 岁，平均年龄为 17.2，标准差为 3.7；男孩占 51.0%。孩子性别与年龄分布情况见表 2。本次调查样本中超过八成（83.3%）的孩子被诊断为抑郁障碍、双相情感障碍等情绪障碍，16.7%的孩子被诊断为精神分裂、神经发育障碍等其他精神疾病。被诊断为情绪障碍的子样本中，被确诊首次病发的平均年龄为 13.41 岁，标准差为 4.28。

表 2 孩子的性别、年龄分布情况

变量	人数	百分比
性别		
男	628	51.0%
女	604	49.0%
年龄		
7-10 岁	71	5.8%
11-18 岁	703	57.0%
19-24 岁	458	37.2%

2.2 调查工具

本研究采用问卷调查，分为 A 卷和 B 卷两部分。A 卷包括家长和孩子的背景信息、疾病识别、治疗、康复、休复学情况以及家长抑郁情况，家长抑郁采用流调中心抑郁量表测量，其他采用自编问卷，所有调查对象均需要作答 A 卷。B 卷包括家长连带病耻感、疾病和功能障碍接受程度、照顾者负担以及孩子服药依从性，在调查对象完成 A 卷作答后自愿选择是否继续完成 B 卷内容填答，B 卷填答率为 57.3%。调查工具如下所述。

2.2.1 流调中心抑郁量表（简版）

流调中心抑郁量表（The Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D）为美国国家心理健康中心的 Radloff 于 1977 年编制，被广泛用于对普通人群进行抑郁症状的筛查。本次调查使用了何津等（2013）修订的 CES-D 中文简版，共 9 题，包括情绪低落、积极情绪缺乏、绝望、人际交往困难、做事困难、睡眠困扰等症状。以 10 分为抑郁倾向划界分，17 分为抑郁高风险划界分。该量表在本研究中的内部一致性信度为 0.90。

2.2.2 家长连带病耻感问卷

该量表由 Mak 等于 2008 年编制，主要用于评估智力障碍和精神疾病患者照顾者的连带病耻感水平。该量表包括认知（条目 3、6、9、12、15、18、21）、情感（条目 1、4、7、

10、13、16、19) 和行为(条目 2、5、8、11、14、17、20、22) 3 个维度, 共 22 个条目。采用 Likert 4 级评分法, 1 分、2 分、3 分、4 分分别对应非常不同意、不同意、同意、非常同意, 总分为 22~88 分, 得分越高表明连带病耻感水平越高。在本研究中, 将原量表的“家人”改为“孩子”, 将“精神疾病”改为“心理问题”。该量表在本研究中的内部一致性信度为 0.95。

2.2.3 疾病和功能障碍接受程度问卷

疾病和功能障碍接受程度问卷(Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire, ADIQ)由 Boer 等于 2014 年编制, 本研究采用徐亚鹏等人 2017 年翻译的中文版。问卷共包括 4 个维度, 分别是拒绝维度(1-4 题)、抵抗维度(5-7 题)、伤心维度(8-10 题)和接受维度(11-14 题), 共计 14 个题目, 根据个体与问卷问题的符合程度进行评分, 其中 1 分为完全不同意, 2 分为稍微同意, 3 分为强烈同意, 4 分为完全同意, 某一维度的得分越高则表明该维度的心理特性越突出。该量表在本研究中的内部一致性信度为 0.80。

2.2.4 照顾者负担问卷

照顾者负担量表(Zarit Burden Interview, ZBI)是目前使用最广泛的评价照顾者负担的工具之一, 最初由 Zarit 等学者编制, 2006 年王烈译为中文版后广泛作为家属负担的评估工具。量表共包含 22 个条目, 主要涵盖照顾者主观感知和责任感知负担两个方面, 主观感知负担为 1、4、5、8、9、14、16、17、18、19、20 条目; 责任感知负担为 2、3、6、11、12、13 条目。该量表 Cronbach's $\alpha=0.87$, 具有良好的信度和效度。评估结果采用 5 级评分, 依据照顾者的作答情况进行评定, 量表总分最低分为 0 分, 最高分为 88 分。当照顾者评分处于 20 分以下时, 可认为该照顾者不存在照顾负担; 处于 20 分以上 40 分以下时, 认定该照顾者存在轻度负担; 处于 40 分以上 60 分以下时, 认定该照顾者存在中度负担, 当照顾者所得分值在 60 分及以上时, 认定该照顾者存在重度负担。该量表在本研究中的内部一致性信度为 0.94。

2.2.5 服药依从性问卷

Morisky 服药依从性量表由 Morisky 于 1986 年编制。本研究使用司在霞等人(2012)修订的版本。该量表应用于慢性疾病患者服药依从性研究, 共 8 个条目, 患者单项选择作答。1-7 题的备选答案为“是”、“否”, 答“否”计 1 分, 答“是”计 0 分, 其中第五题反向计分; 第 8 题备选答案为“从不”、“偶尔”、“有时”、“经常”、“所有时间”, 分别计 1.00、0.75、0.50、0.25 和 0 分。量表满分为 8 分, 得分 <6 分为依从性低, 得分 6~7 分为依从性中等, 得分 8 分为依从性高。在本研究中, 将“您”改为“您的孩子”, 第 8 题改为“是”、“否”, 答“否”计 1 分, 答“是”计 0 分。该量表在本研究中的内部一致性信度为 0.99。

三、 调研结果

3.1 早期识别

3.1.1 共病情况

被诊断为情绪障碍的子样本中，三成以上至少共病一种其他心理疾病，共病情况见图 1。

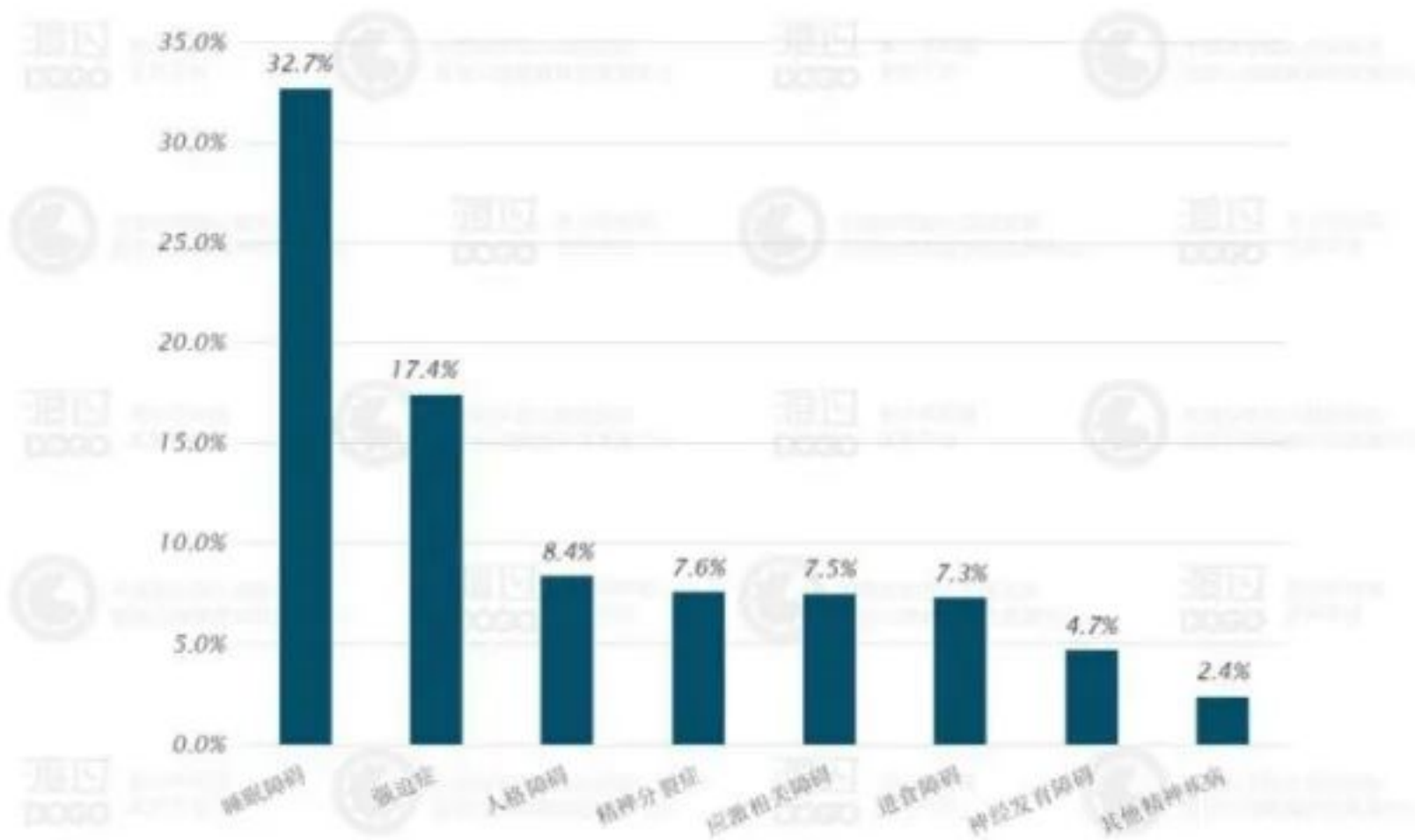


图 1 共病情况

被诊断为情绪障碍的子样本，多数（43.7%）当前已接受治疗，病情稳定。30.6%的孩子已接受治疗，但病情尚不稳定。孩子当前所在病情分布情况见图 2。

被诊断为情绪障碍的子样本，一半孩子患病时长处于 1 到 4 年之间，约三分之一的孩子患病时长为 3 个月至 1 年。孩子患病时长情况见图 3。

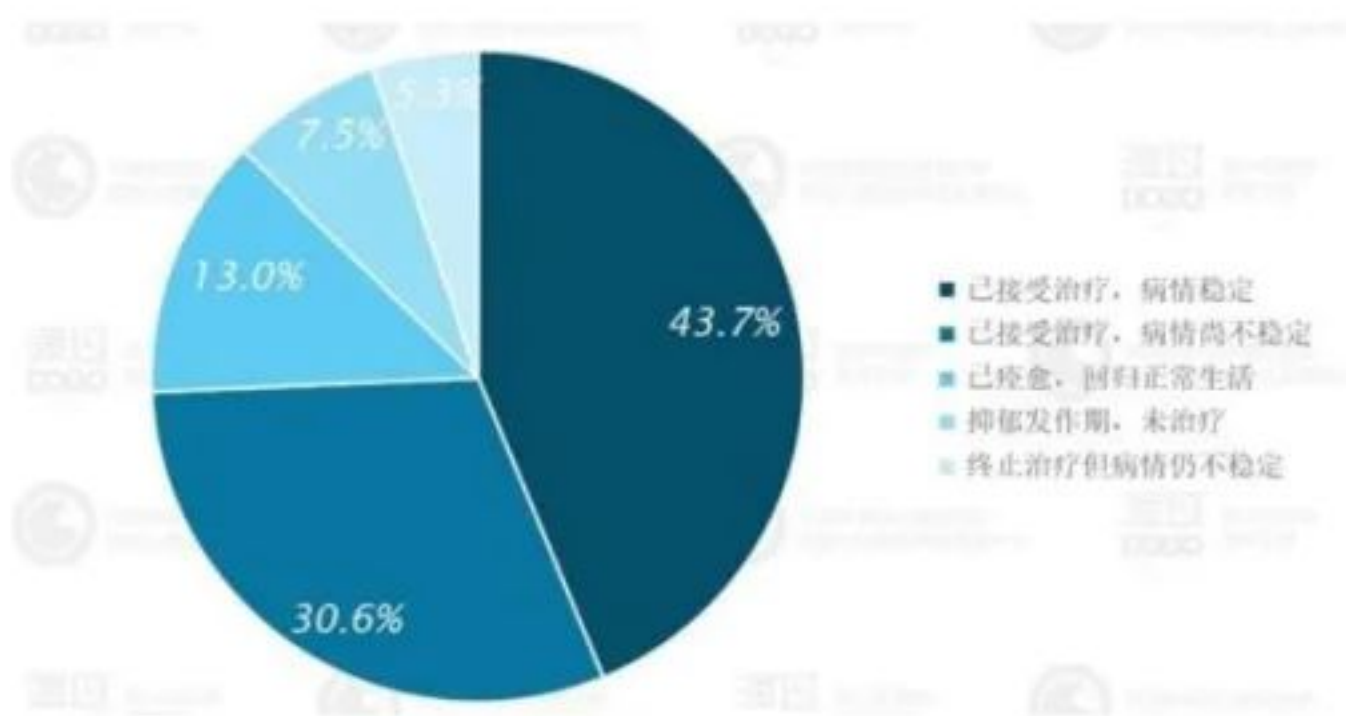


图 2 孩子当前所在的病情

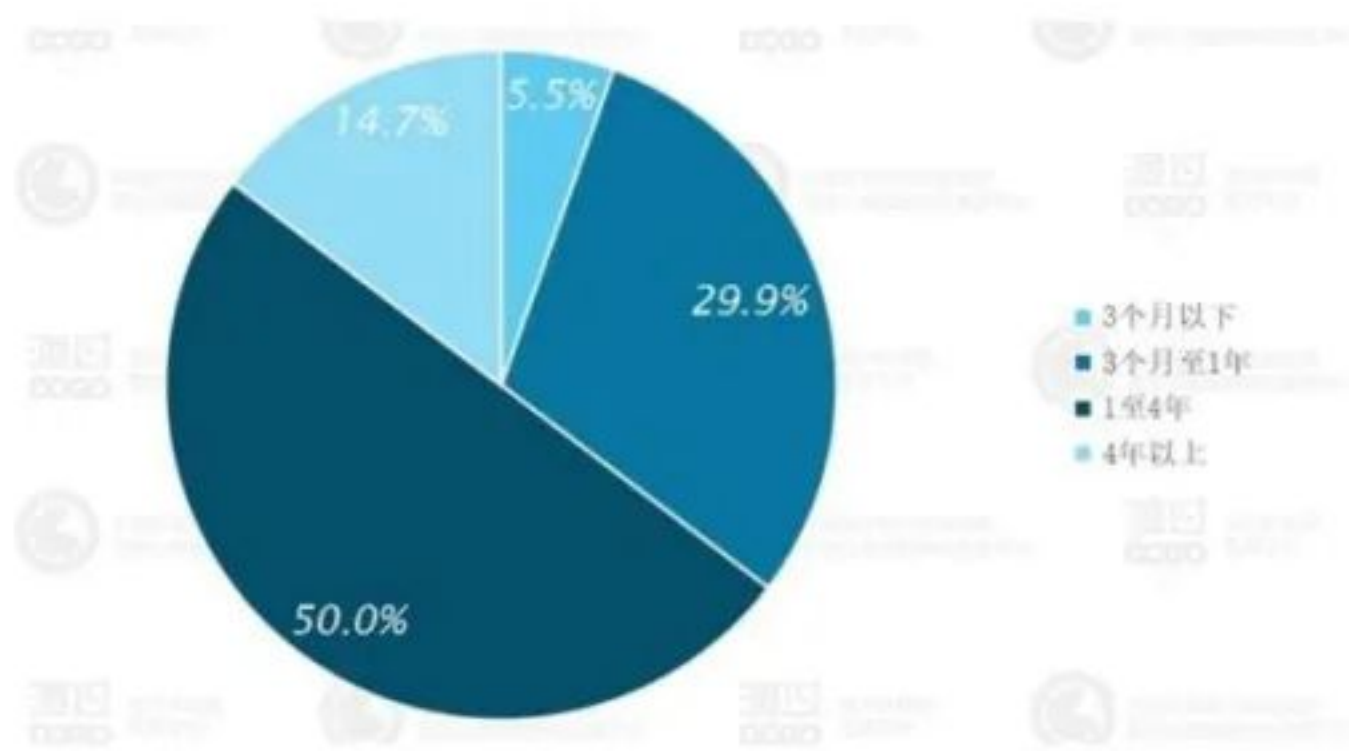


图3 孩子患病时长情况

3.1.2 识别途径

当青少年出现心理行为问题时，及时识别异常并寻求帮助对于促进青少年健康成长具有非常重要的意义。

本次调研发现，超过一半（56.0%）的家长报告，自己在孩子确诊前就已经认为孩子心理出现了问题。家长发现孩子异常的主要途径为：家长察觉异常，孩子主动求助，老师建议，占比分别为64.31%，42.74%，32.20%。家长发现孩子异常的途径分布情况见图4。

家长察觉异常是青少年抑郁治疗与康复过程中的主要识别途径之一，这提示家长在青少年抑郁防治过程中的重要作用。儿童由于年龄小，需要在很多事情上依附于父母，在心理问题的识别上需要依赖家长察觉异常；虽然青少年首要的发展任务是独立与分离，但大多数青少年在寻求心理求助时仍需要家长及老师的关注与帮助。

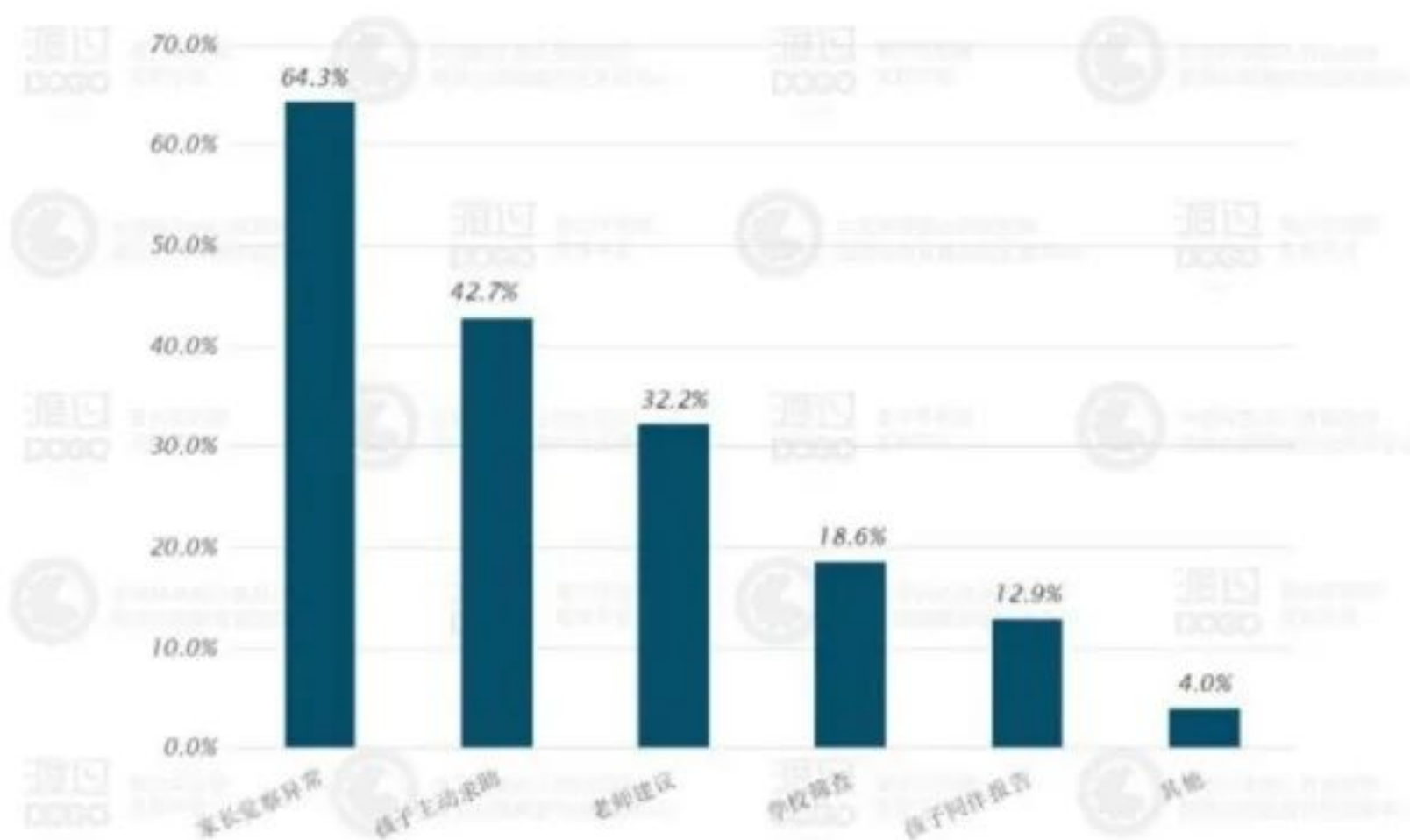


图4 家长发现孩子异常的途径

3.1.2.1 识别途径与就诊延误

将识别孩子异常的不同主体分为两类进行对比检验：家长觉察，与非家长觉察(包含学校筛查、同伴报告、老师建议与孩子主动求助)。卡方检验表明，不同识别途径对就诊延误程度存在显著差异 ($F=10.35, p<0.05$)。相较于非家长觉察的途径，通过家长觉察异常这一途径识别孩子问题存在更高比例的中等及以上的就诊延误。见图 5。

通常家长能觉察出孩子异常，已经是孩子症状非常明显的时候，因此那时再治疗往往已经存在就诊延误情况。

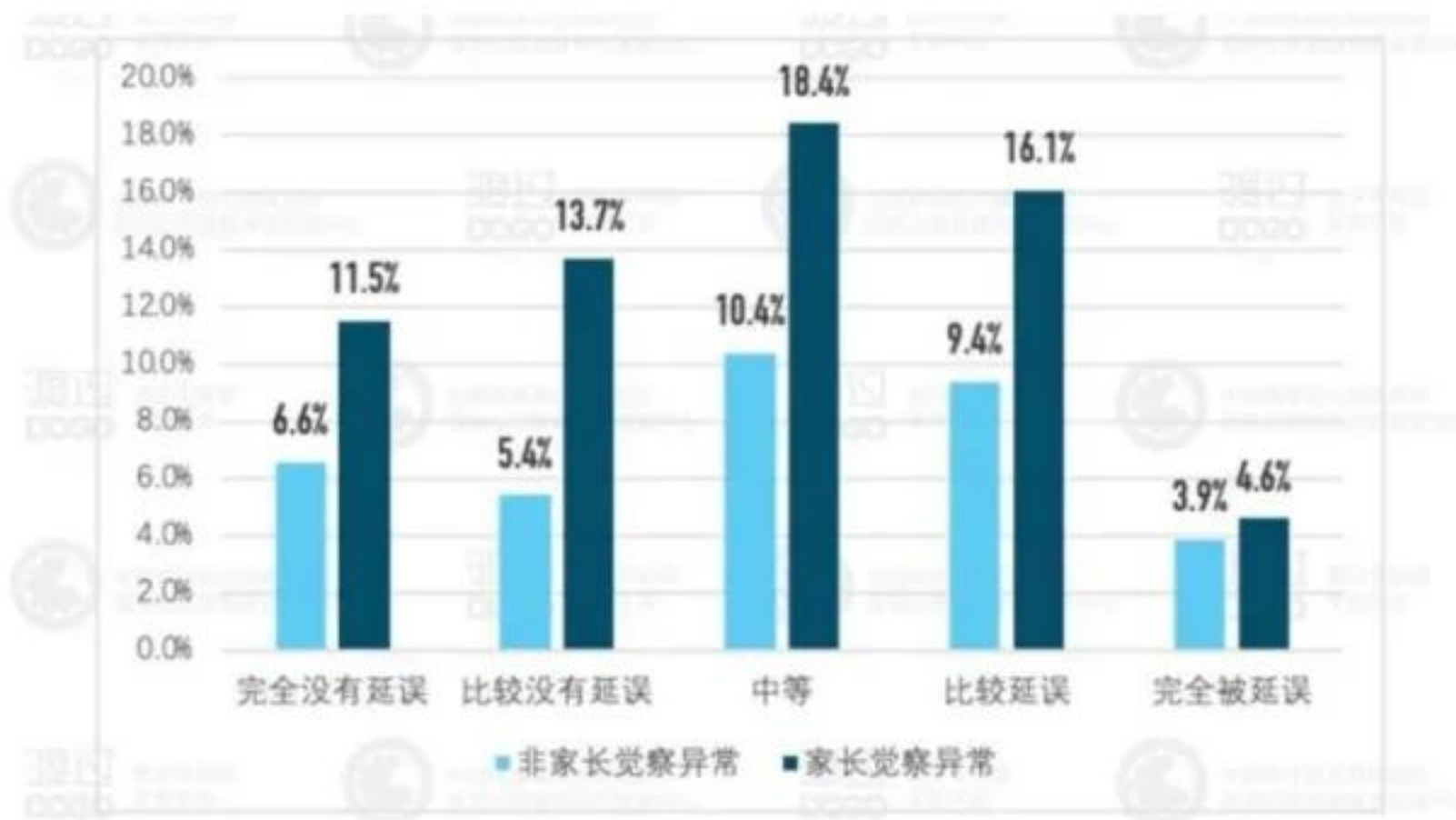


图 5 不同识别途径的就诊延误程度

3.1.2.2 对孩子求助的重视程度与识别途径

在本次调研中，家长对孩子求助重视程度进行 5 级评分，从极其不重视孩子求助到极其重视孩子求助。将识别孩子异常的不同主体分为两类进行对比检验：孩子主动求助，非孩子主动求助(包含学校筛查、同伴报告、老师建议与家长觉察异常)。

卡方检验表明，孩子是否主动求助与家长对孩子求助的重视程度之间存在显著差异 ($F=15.91, p<0.01$)。认为对孩子求助重视程度为中等的家长通过孩子主动求助识别孩子问题的比例最高，其次是认为对孩子求助程度为比较重视的家长，见图 6。

本次调研显示，家长对孩子求助重视程度与孩子主动求助行为呈倒 U 型发展，家长对孩子求助行为越重视，孩子主动求助行为反而越少。该结果表明如果家长不重视孩子主动求助，孩子将会减少求助行为。同时，家长对孩子的求助行为越重视，也越容易从其他途径发现孩子问题，不需要孩子主动求助就能及时察觉问题。

同时，家长对孩子求助重视程度与非孩子主动求助行为呈正相关，家长对孩子求助行为越重视，越倾向于通过非孩子主动求助(包含学校筛查、同伴报告、老师建议与家长觉

察异常)的渠道识别孩子异常。该结果可能因为来自学校筛查、同伴报告、老师建议均需要家长自身对于孩子情况重视，对孩子求助情况越重视，越容易采纳来自多方渠道提供的信息。

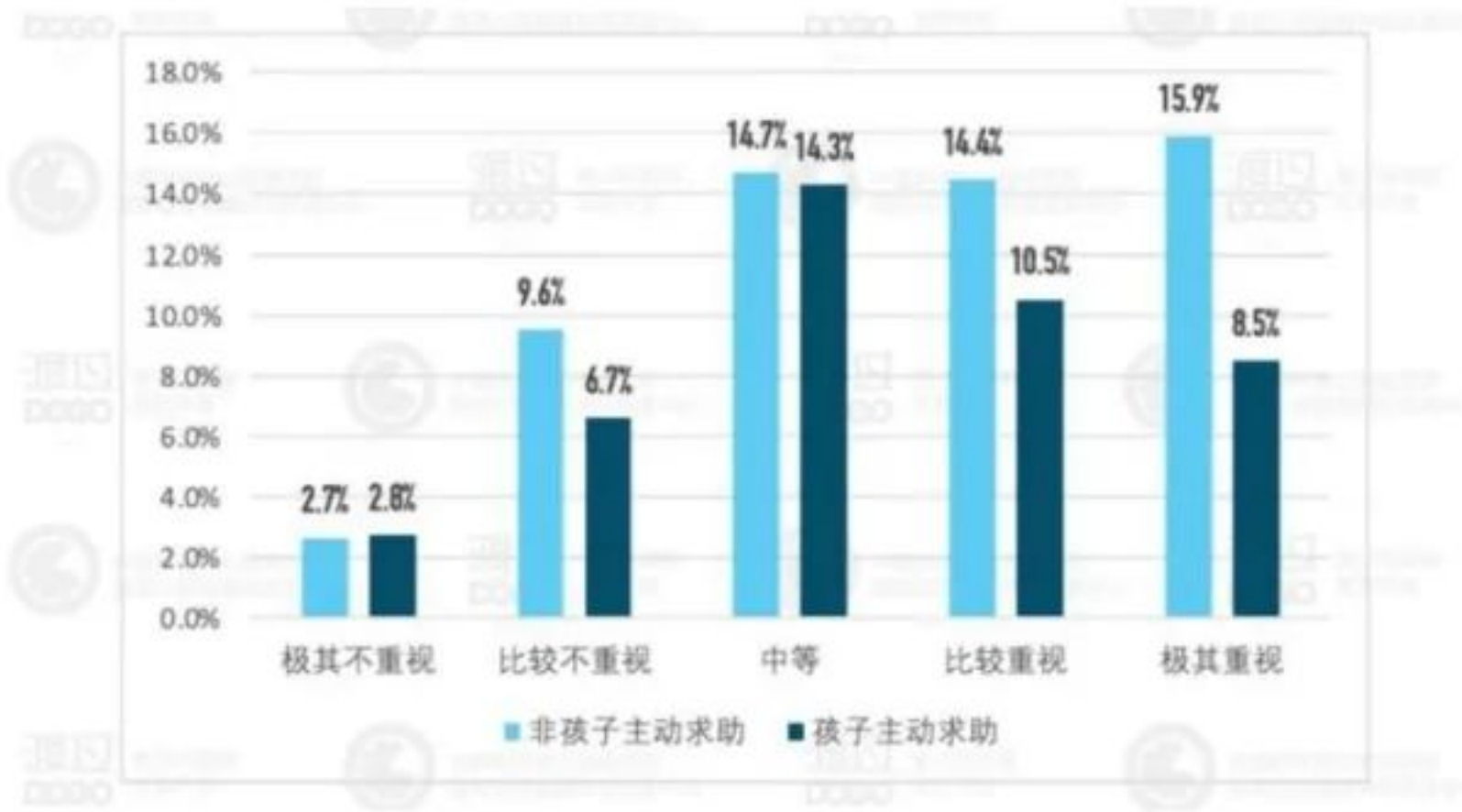


图 6 对孩子求助的重视程度与识别途径

3.1.3 疾病致因

3.1.3.1 整体情况

本次调研中，家长对可能造成孩子问题的几个因素进行了 1 到 5 级评分，1-5 分分别为：几乎没有影响、略微影响、一般影响、有影响和影响非常大。

以评分均值计算，家长认为对孩子生病影响最大的三个因素依次是：学习压力（均值为 4.21）、家庭环境（均值为 4.06）与个性特点（均值为 3.96）。见图 7。

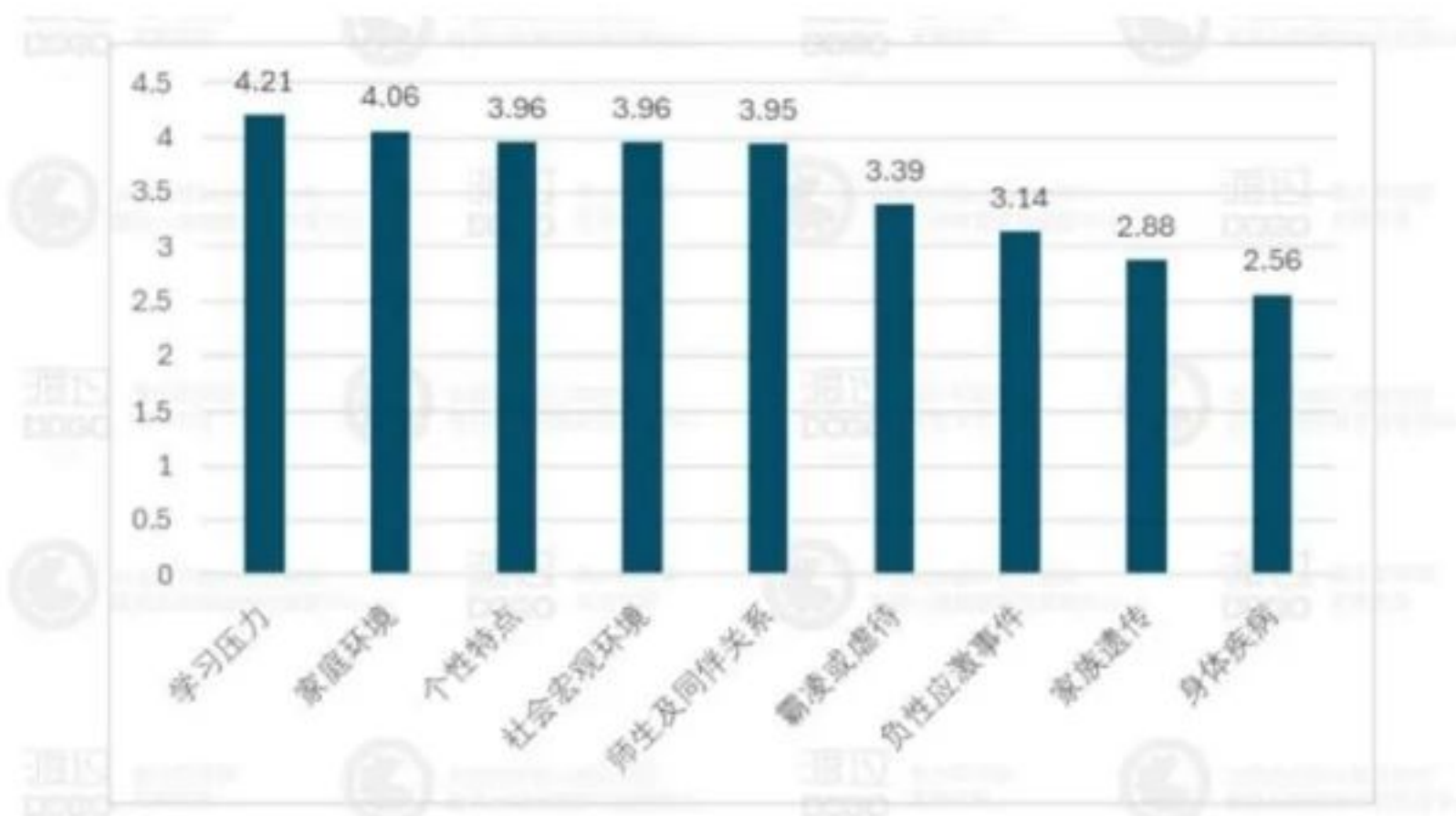


图 7 家长认为可能导致孩子出现问题的因素（1-5 分评分，分数越高代表影响越大）

多数的家长认为师生以及同伴关系（41.3%）和个性特点（46.2%）对孩子有影响。相当一部分家长认为学习压力对孩子有影响（43.5%）。一部分家长认为家庭环境霸凌或者虐待对孩子造成影响的程度非常大，占比分别为38.8%和34.0%。另一些家长认为社会宏观环境（38.4%）对孩子有影响。此外。其他家长认为家族遗传（27.6%）、身体疾病（24.5%）、和负性应激事件（28.1%）对孩子有影响，见图8。

综上，学习压力与家庭环境是对孩子生病影响最为广泛且深刻的两大因素，孩子的个性特点也被认为是影响孩子生病的重要因素，霸凌或者虐待也对孩子造成程度非常大的影响。

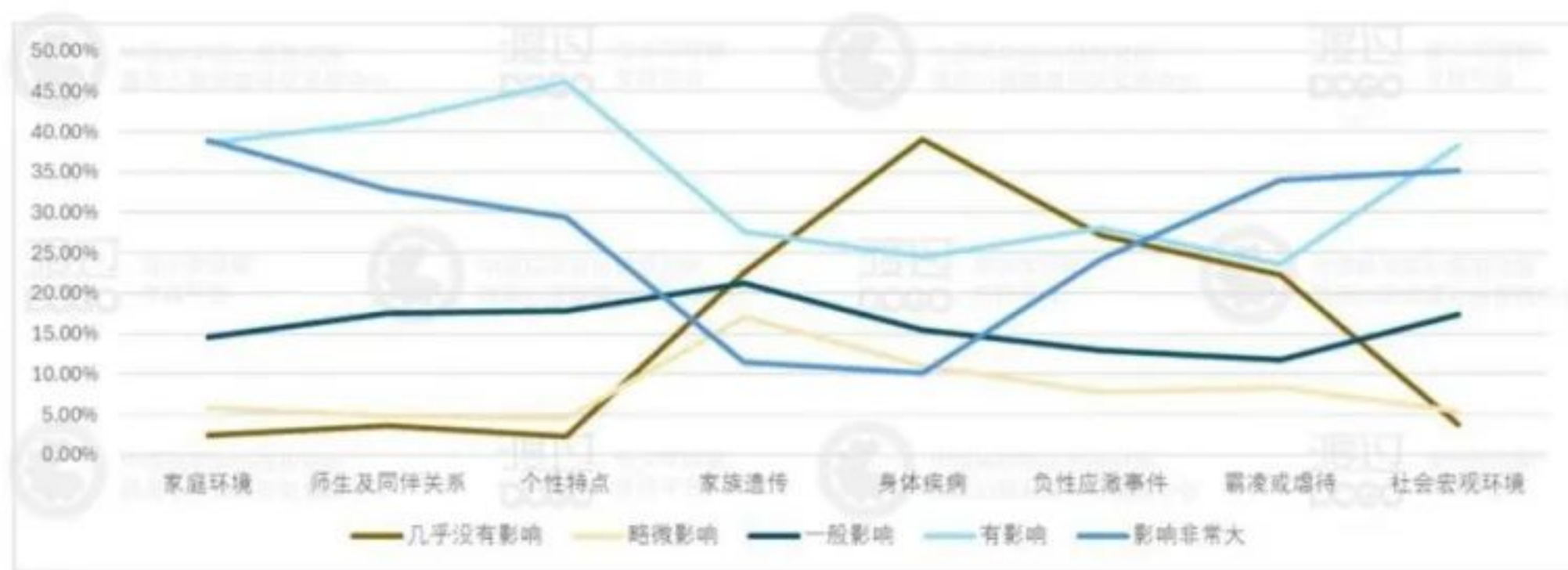


图8 家长认为可能导致孩子出现问题的因素

3.1.3.2 家长教育水平与疾病致因

不同教育水平的家长对于孩子心理疾病的原因有不同的看法和重视程度，见图9。

从学习压力来看，随着家长教育水平的提高，将孩子心理疾病归因为学习压力作逐渐增加，小学及以下的均值最低（4.05），博士学位的均值最高（4.37）。

家庭环境方面，不同教育背景的家长对此归因的看法也有所不同。硕士的家长归因为家庭环境的选中均值最高（4.30），而初中学历的家长最低（3.95）。

关于师生及同伴关系，随着家长教育水平的提高，对这一因素的选中均值也呈现上升趋势，小学及以下的均值最低（3.68），博士学位的均值最高（4.43）。

社会宏观环境的认同度在不同教育水平的家长中也有所不同，随着学历的升高，认为社会宏观环境对孩子心理存在影响的家长比例逐渐增加。

个性特点方面，各教育水平的家长对此的认同度相对稳定，但总体上较低，这可能意味着家长们认为个性特点对孩子心理健康的影响不如其他因素显著。家族遗传、身体疾病、负性应激事件和霸凌或虐待等因素，在不同教育水平的家长中的认同度差异不大，这可能

表明这些因素在所有教育背景下都被普遍认为是影响孩子心理健康的重要因素。从均值上看，越高学历家长将很多因素都视为孩子心理疾病的重要归因。

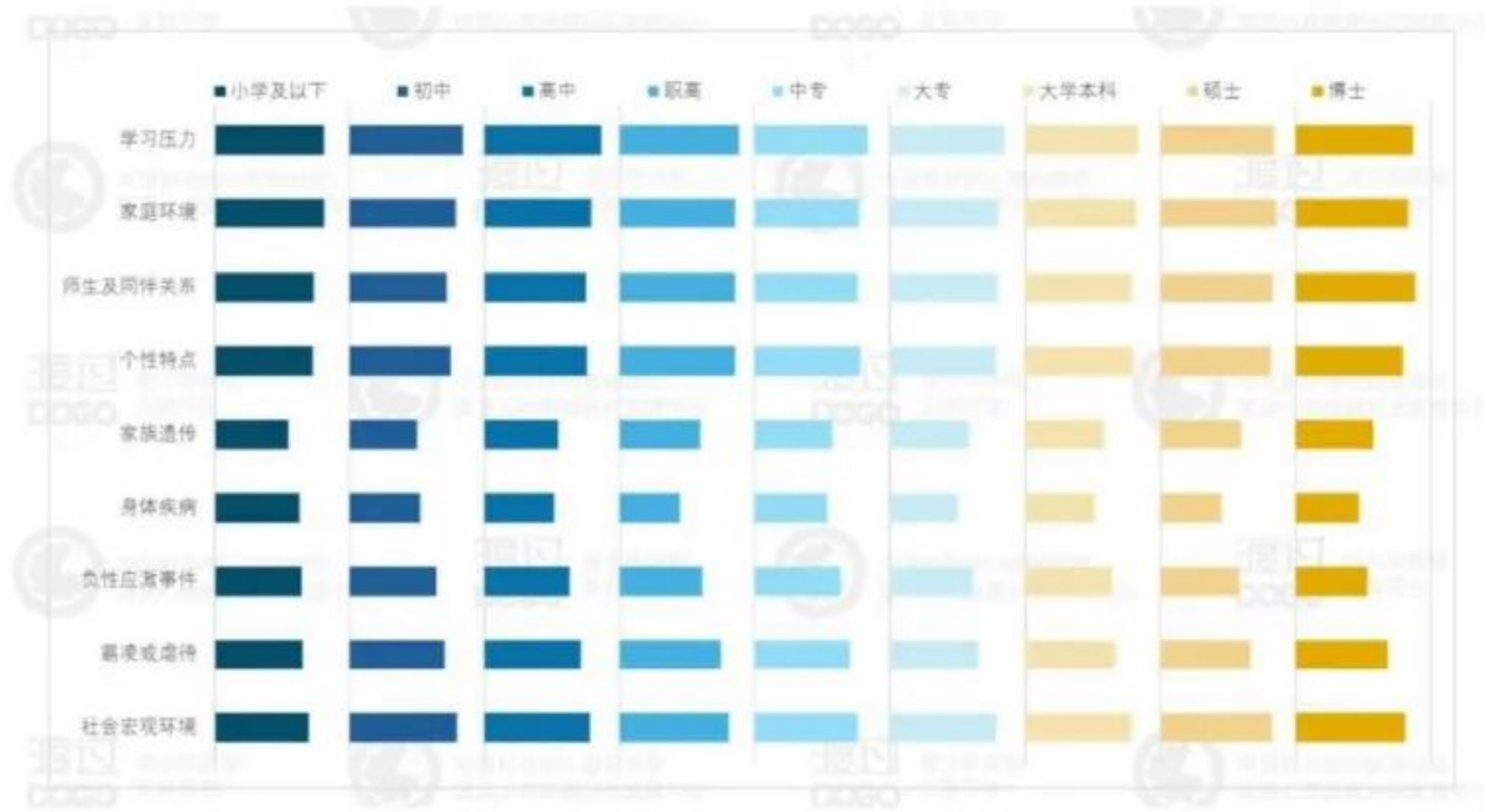


图 9 不同学历家长认为可能导致孩子出现问题的因素

3.2 求助就诊

3.2.1 求助就诊整体情况

本次调研发现，超过半数（51.2%）的家长表示孩子曾主动要求寻求专业心理咨询师的帮助或到精神科就诊。但是，孩子主动求助 3 次及以上才带孩子就医的家长超过四成（41.8%），孩子求助 2 次后带孩子就医的家长占 30.7%，孩子主动求助 1 次后带孩子就医的家长占 27.4%。孩子主动求助次数与家长带其就医情况分布，如图 10 所示。

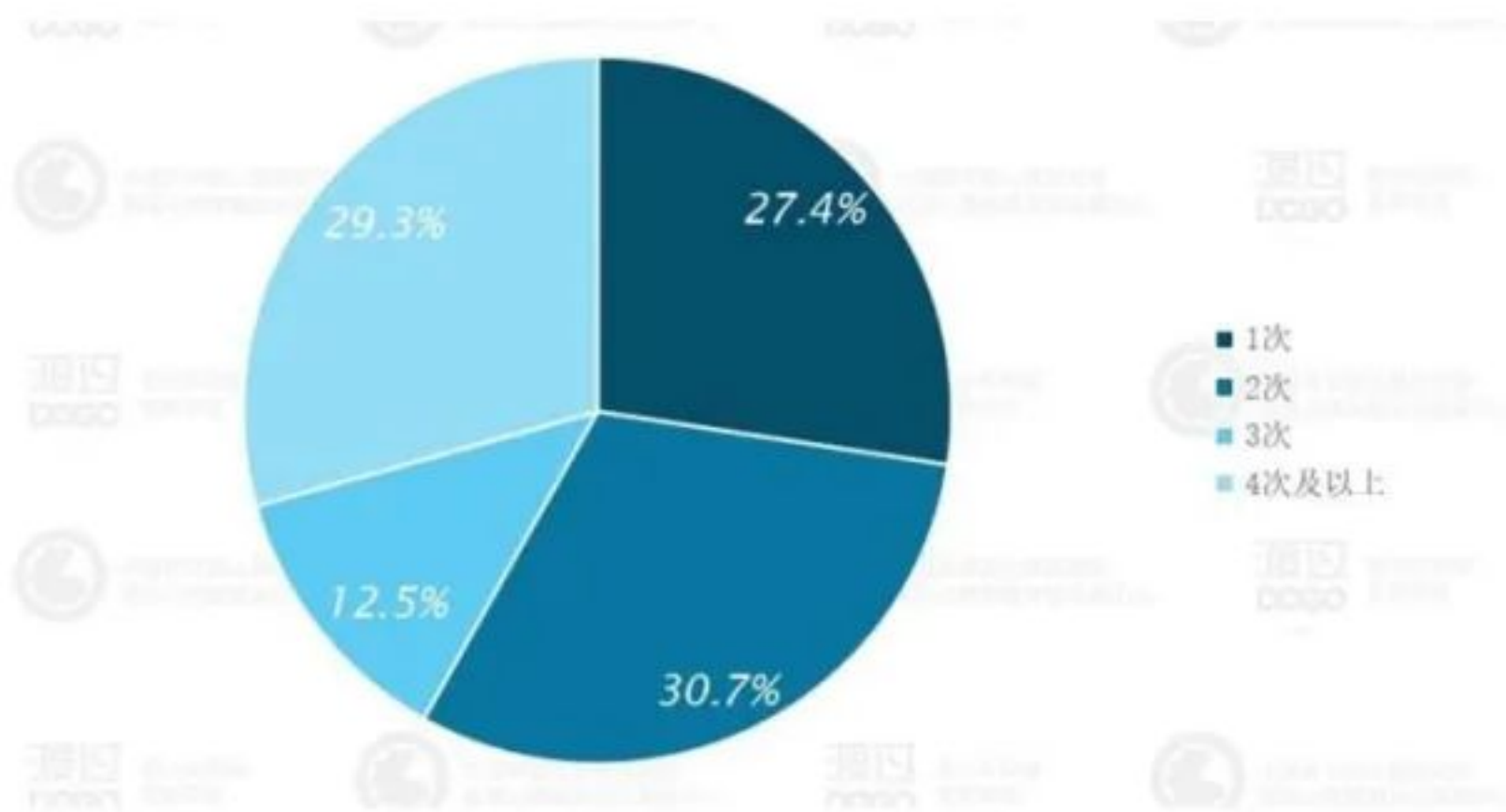


图 10 孩子主动求助次数与家长带其就医情况

大部分家长从发现孩子出现症状，到带他/她求医、就诊和治疗大约经历了一个月到三个月（占比 25.45%）或者一周到一个月（24.59%），经历了半年以上的占 21.2%，仅 12.68%的家长在发现孩子出现症状一周内就带孩子就诊。从家长发现孩子出现症状到带他/她求医、就诊和治疗，中间时长分布情况见图 11。



图 11 从家长发现孩子出现症状，到治疗的时长分布

3.2.2 就诊延误情况

本次调研中，家长对孩子就诊延误程度进行 1-5 打分，1 分表示完全没有延误，5 分表示完全被延误。认为孩子就诊延误程度为中等的家长最多，占比为 28.8%，其次为比较延误，占 25.5%。家长认为孩子就诊延误程度见图 12。

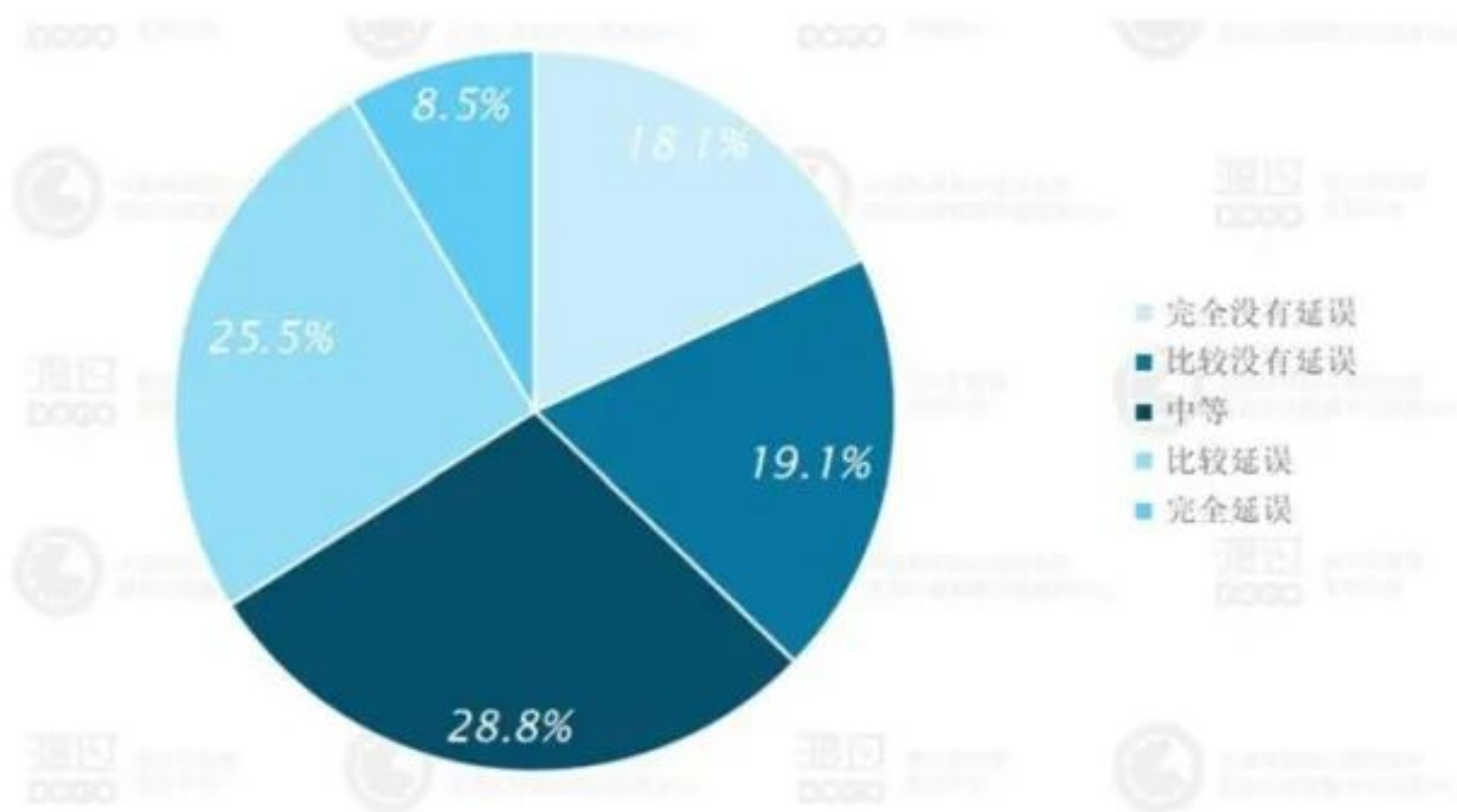


图 12 家长认为孩子就诊延误程度

3.2.2.1 就诊延误与病情

单因素方差分析表明，就诊延误程度在不同病情上存在显著差异 ($F = 18.63, p < 0.001$)。见图 13。

完全没有延误就诊的孩子相当一部分已痊愈且回归正常生活 (30.80%)，比较没有延误的孩子亦是如此 (28.60%)。中等延误就诊的孩子大部分处于两个病程阶段：已接受治疗且病情稳定 (31.40%) 和终止治疗但病情仍不稳定 (31.50%)。比较延误就诊和完全延误的孩子回归正常生活的最少，人数百分比为 15.00% 和 1.50%。

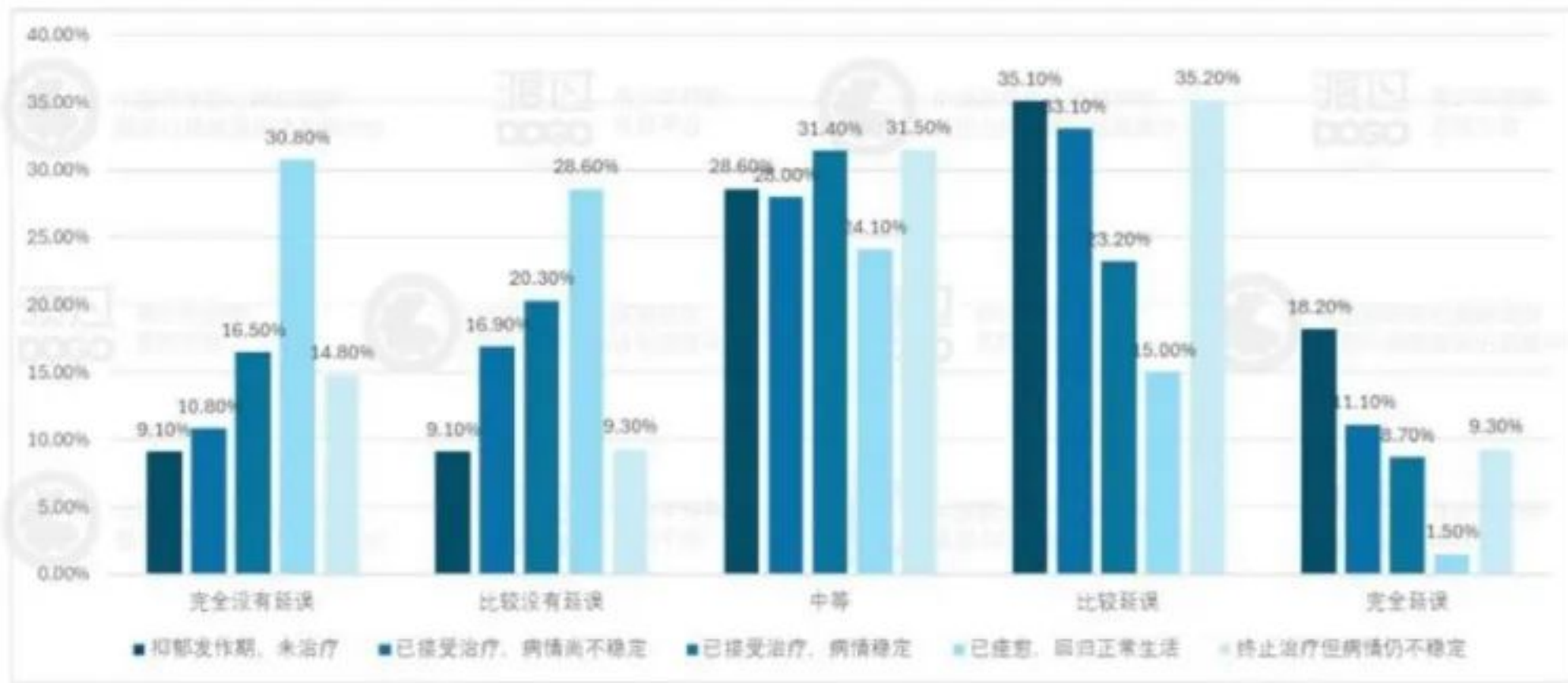


图 13 就诊延误在病情上的差异情况

3.2.2.2 就诊延误与患病时长

单因素方差分析表明，不同患病时长之间延误情况存在显著差异 ($F = 11.87, p < 0.001$)。见图 14。

完全没有延误就医的孩子处于 3 个月以下时长人数百分比最多 (32.10%)。比较没有延误的孩子多数带有 1-4 年的患病时长。中等延误的孩子的患病时长比较平均分布与各个患病时长分布上。比较延误就医的孩子多数处于 1-4 年 (29.20%) 及以上的患病时长 (30.50%)。完全延误的孩子带有 1-4 年，及 4 年以上的患病时长人数最多，分别占比 10.30%和 11.30%。

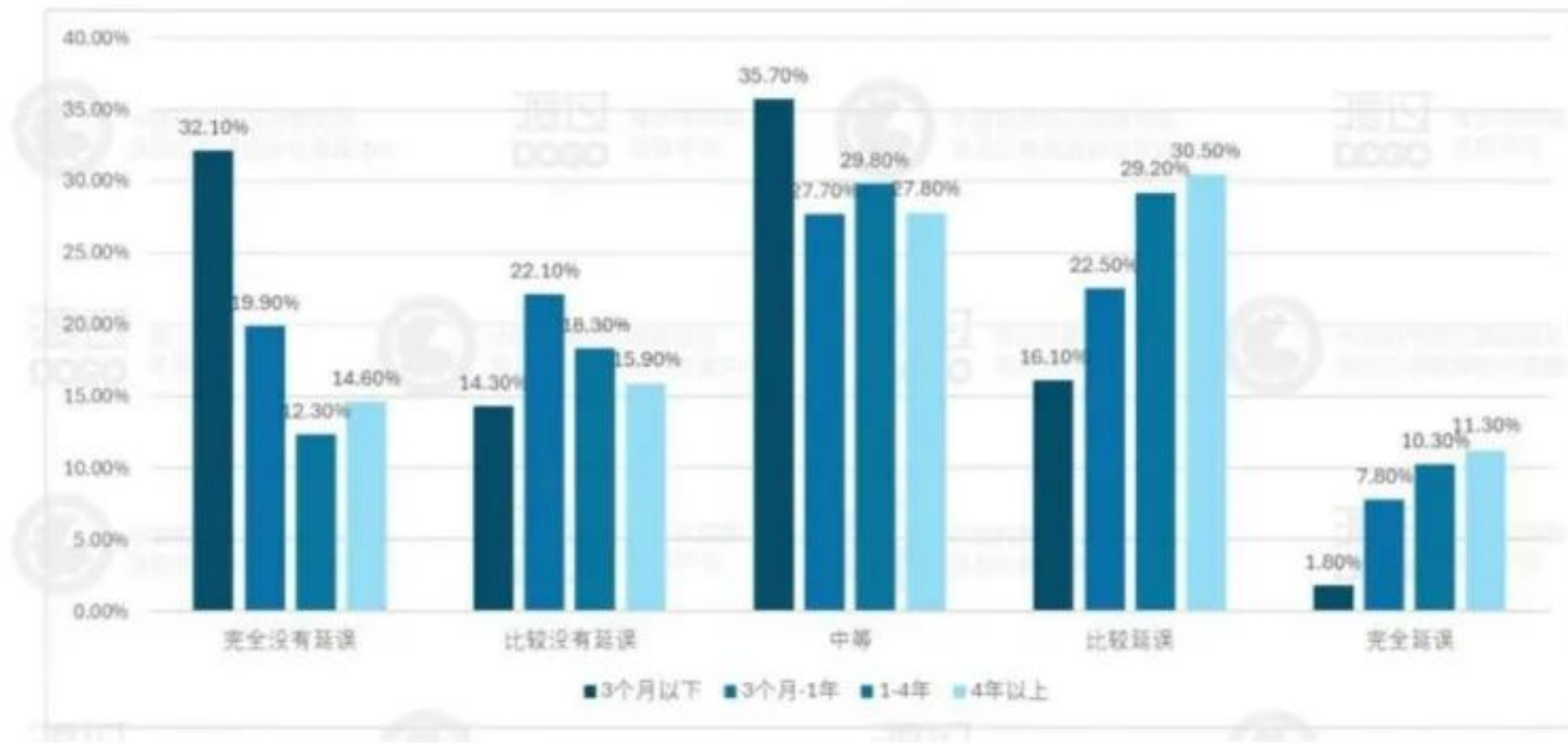


图 14 就诊延误在患病时长上的差异情况

3.2.2.3 家长教育水平与就诊延误

单因素方差分析结果表明差异不显著 ($p > 0.05$)。从百分比比例上看,高中教育水平家长的孩子延误程度中等的人数百分比最高(32.80%-40.90%),大专以上教育水平家长的孩子就诊延误较多的人数百分比最高(24.20%-34.00%)。

3.2.3 治疗方式及效果

家长通常首次带孩子寻求的治疗方式依次为:心理咨询与治疗(71.2%)、药物治疗(49.2%)、改变生活方式(41.2%)和物理治疗(17.4%)。家长带孩子寻求治疗的方式详见图 15。

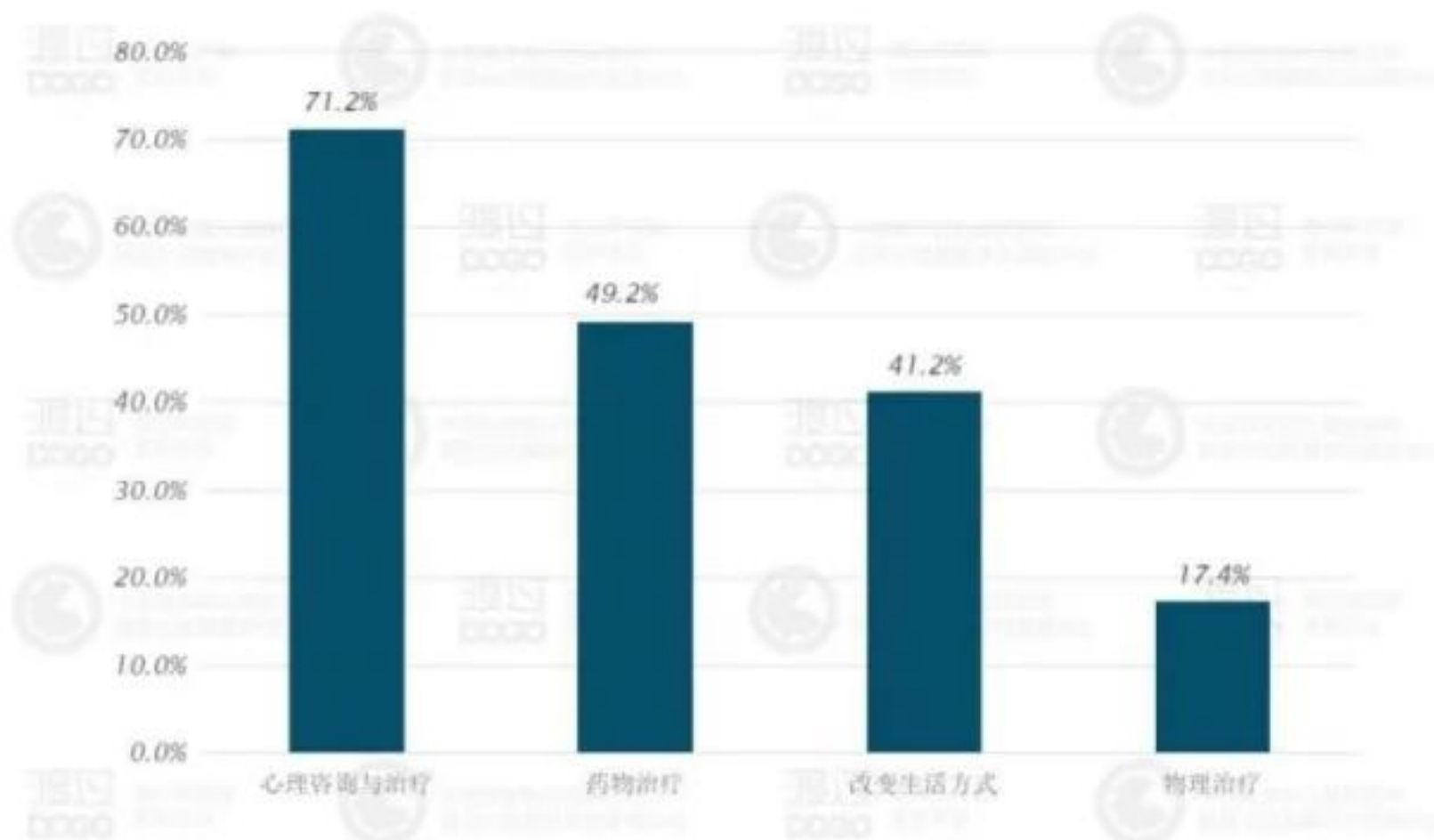


图 15 家长带孩子寻求治疗的方式

家长对各种治疗方式的效果进行评分，治疗方式的效果由高到低依次为：改变生活方式、药物治疗、心理咨询与治疗和物理治疗。各种治疗方式的效果见图 16。最普适性的药物治疗并不是家长第一次治疗首选，一定程度上与家长对药物治疗存在误解与偏见有关。

根据选择“效果极好”选项的人数百分比进行排序，家长认为治疗效果极好的治疗方式由高到低依次为：改变生活方式、心理咨询与治疗、物理治疗、药物治疗。各种治疗方式的效果。见图 17。

综合来看，改变生活方式（如运动、调整饮食作息等）是家长认为治疗效果最好且最稳定的治疗方式。心理治疗与药物治疗的治疗效果在家长的感知中稳定在中等水平。

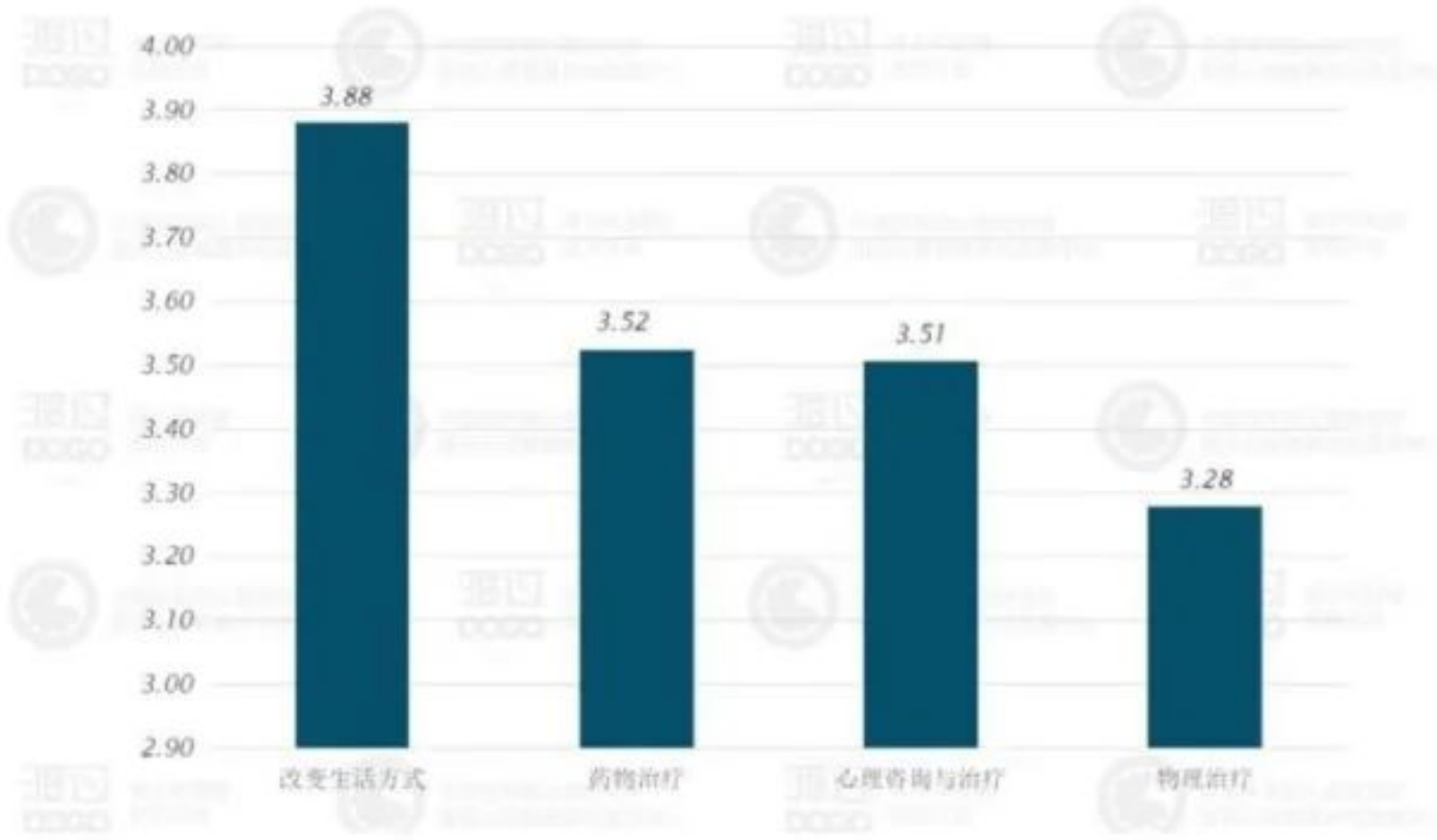


图 16 各种治疗方式的效果（1-5 点计分，分数越高代表效果越好）

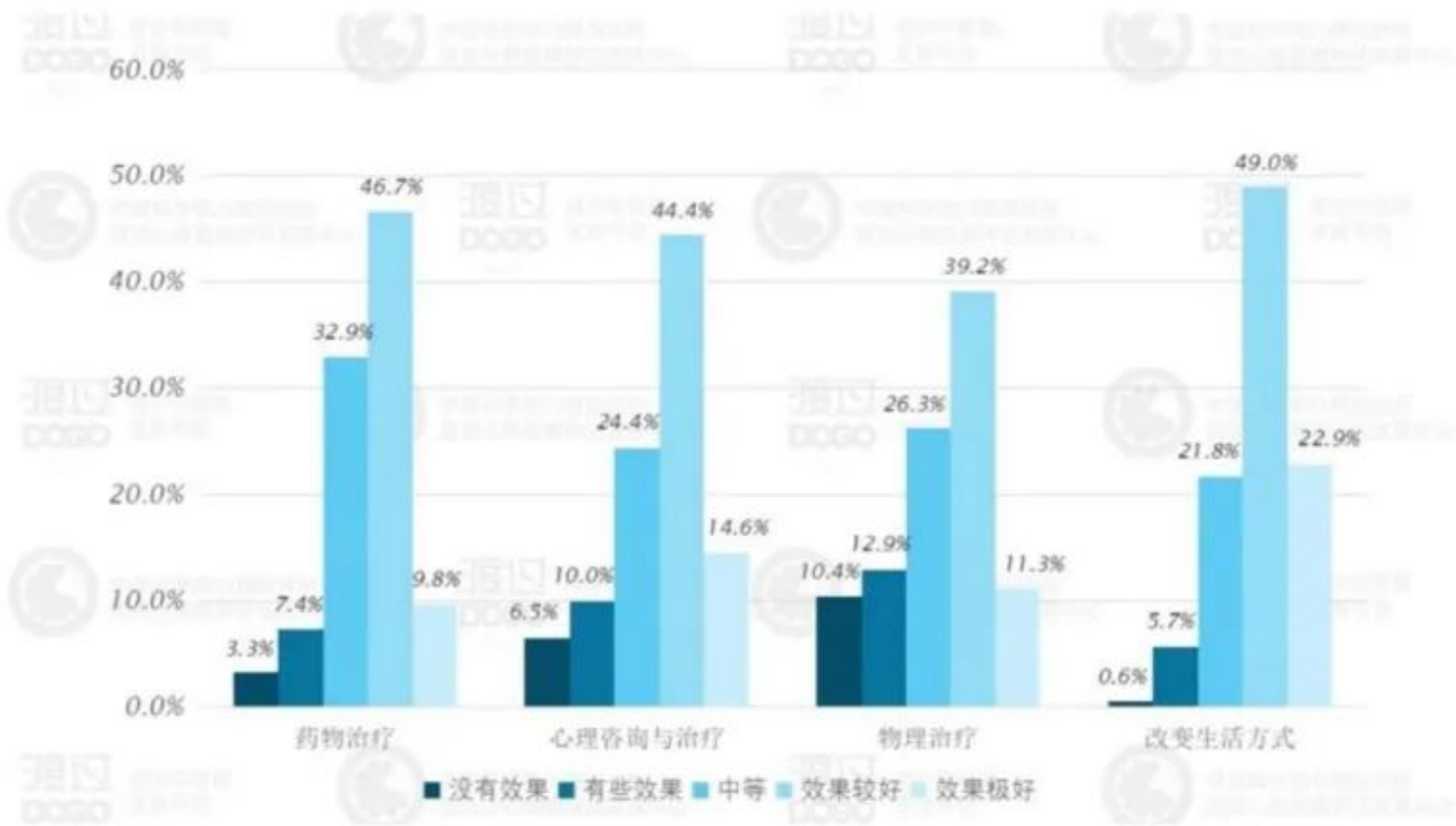


图 17 各种治疗方式的效果

药物治疗月均花费是 1146 元，标准差是 2760 元；心理治疗月均花费是 1410 元，标准差是 3160 元。平均来看，在治疗阶段平均每年为孩子治疗的费用占家庭可支配年收入的比例为 22.4%。

孩子中 42.3% 更换过治疗方案，其中大部分孩子更换过 2-3 次治疗方案，占比为 23.8%，10.7% 的孩子更换过 4-6 次治疗方案，7.6% 的孩子更换过 1 次治疗方案。

3.2.4 服药依从性情况

3.2.4.1 孩子服药依从性总体情况

本次调研发现，孩子的服药依从性平均分为 4.30，小于 6 分，标准差 2.04。因此整体用药属于依从性低。具体来说，小于 6 分人数占比 71.3%，6-7 分人数占比 25.7%，8 分人数占比 2.9%，见图 18。

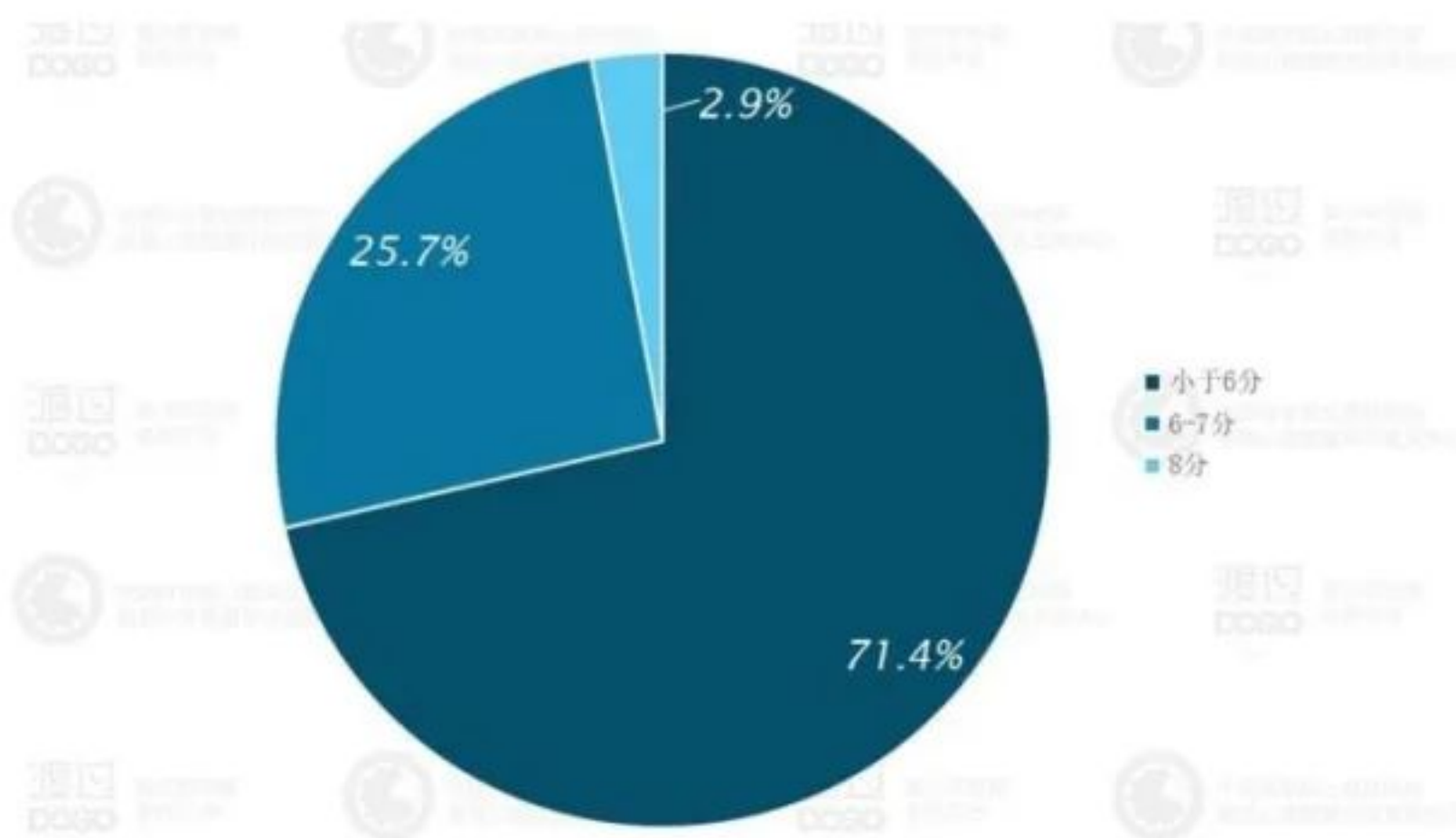


图 18 孩子服药依从性总体情况

3.2.4.2 孩子当前所处病情

单因素方差分析表明，不同病情孩子的用药依存性存在显著差异 ($F=3.77, p<0.01$)。具体来说，“已接受治疗，病情稳定”的孩子服药依从性最高 (4.69)，这些孩子在治疗过程中严格按照医生的指示进行药物治疗，可能是因为他们已经看到了一些积极的疗效，对治疗的信任和依从性更高。“已痊愈，回归正常生活”的孩子服药依从性 (4.36) 也相对较高，这表明尽管已经痊愈，家长和孩子仍然遵循治疗方案，可能是为了预防复发。“终止治疗但病情仍不稳定”的孩子服药依从性 (2.67) 显著低于其他组，可能因为失去对治疗的信心或对药物产生抵触情绪，从而不严格按照治疗方案进行。见图 19。

总的来说，服药依从性与治疗效果相关。

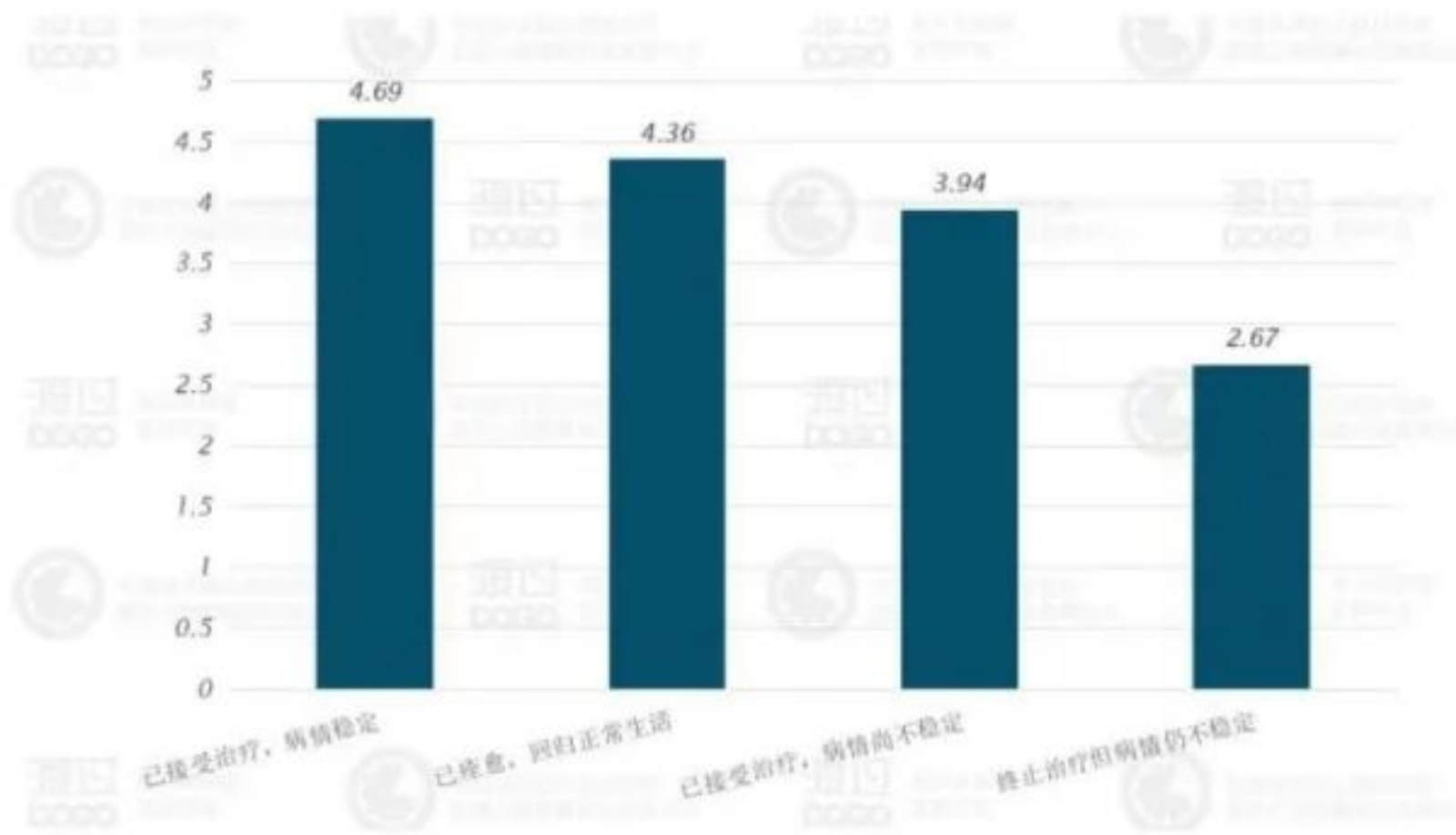


图 19 孩子病情与服药依从性

3.2.5 影响治疗效果的因素

本次调研发现, 在治疗过程中, 家长认为对孩子的治疗效果影响程度最大的是咨询师与孩子的匹配度, 其次是治疗方案匹配性、孩子按医嘱/规定进行治疗的行为、经济可负担性, 见图 20。

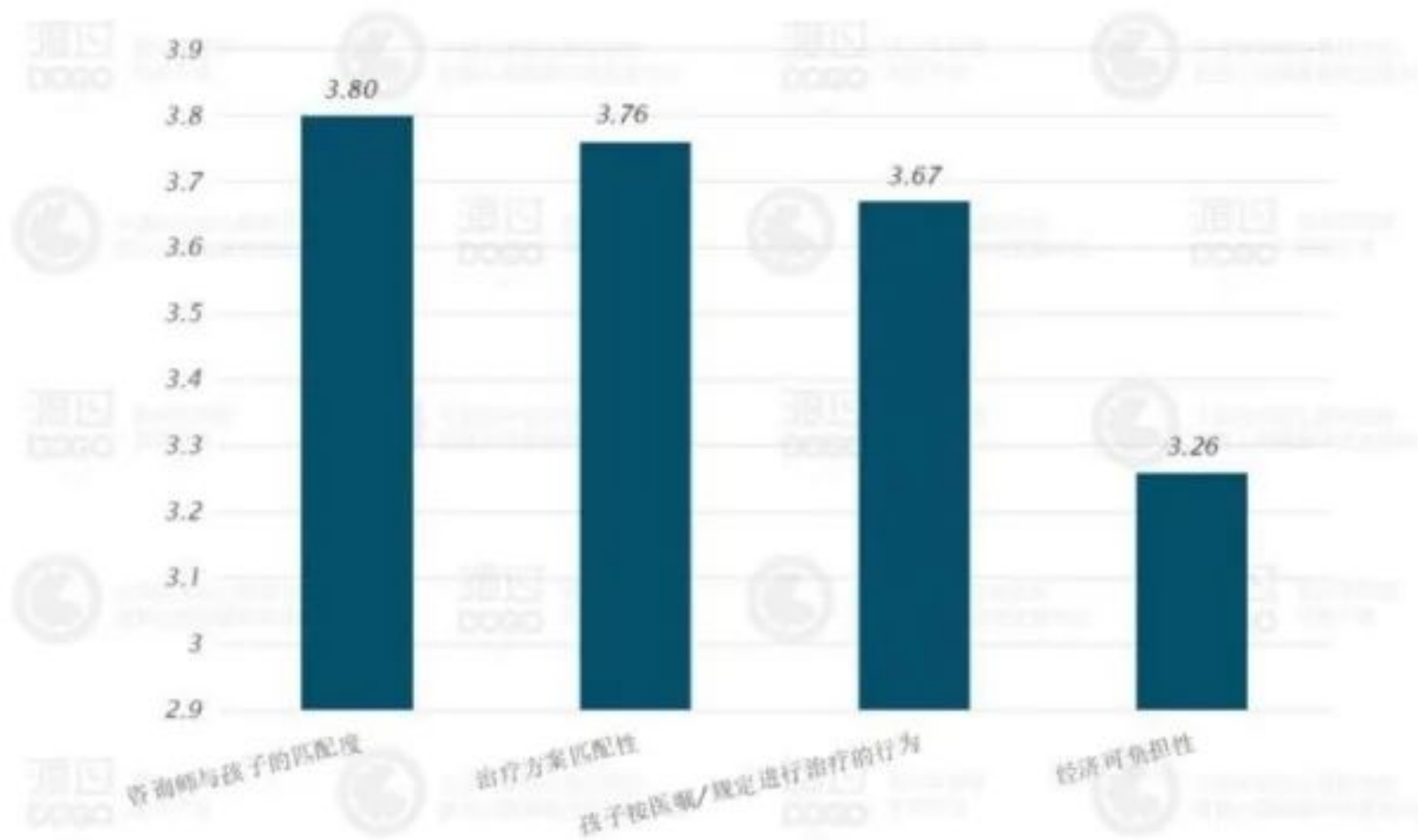


图 20 不同因素对治疗效果的影响程度

关于这四个方对于治疗效果的影响, 不同年龄段的孩子家长也有差异。

具体来说: 在儿童期, 家长认为治疗方案的匹配性对孩子治疗效果影响最大 (3.96), 这可能反映了在儿童期, 家长对找到适合孩子具体情况的治疗方案更加重视, 认为这对治疗效果至关重要, 见图 21。

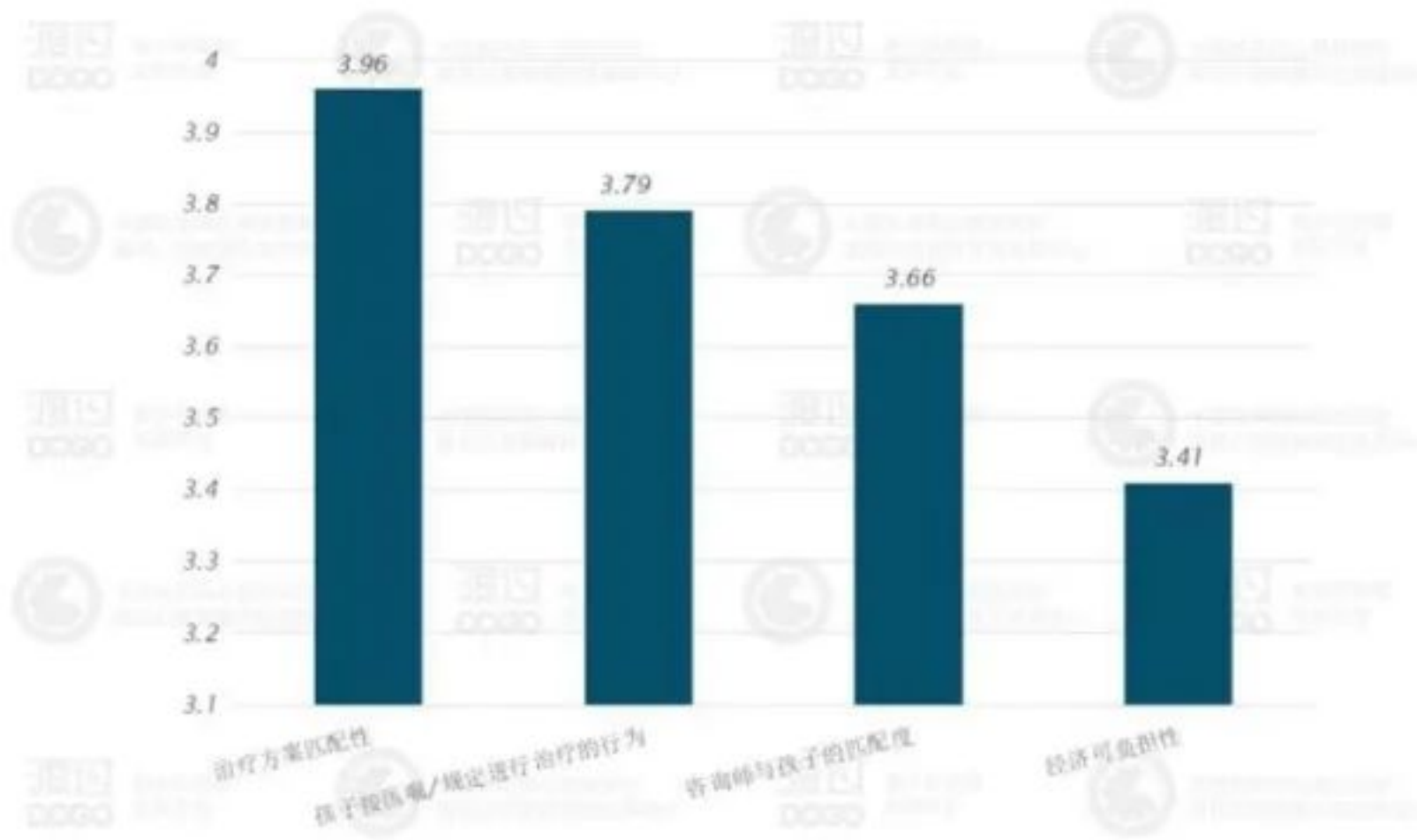


图 21 不同因素对儿童期孩子治疗效果的影响程度

咨询师与孩子的匹配度这一维度青少年的家长评分最高（3.81），家长认为找到与孩子匹配的咨询师对治疗效果至关重要。青少年期是一个敏感且变化迅速的阶段，孩子在这个时期的情感和心理学需求可能更加复杂，找到合适的咨询师可更好地帮助孩子建立信任关系和有效沟通，见图 22。

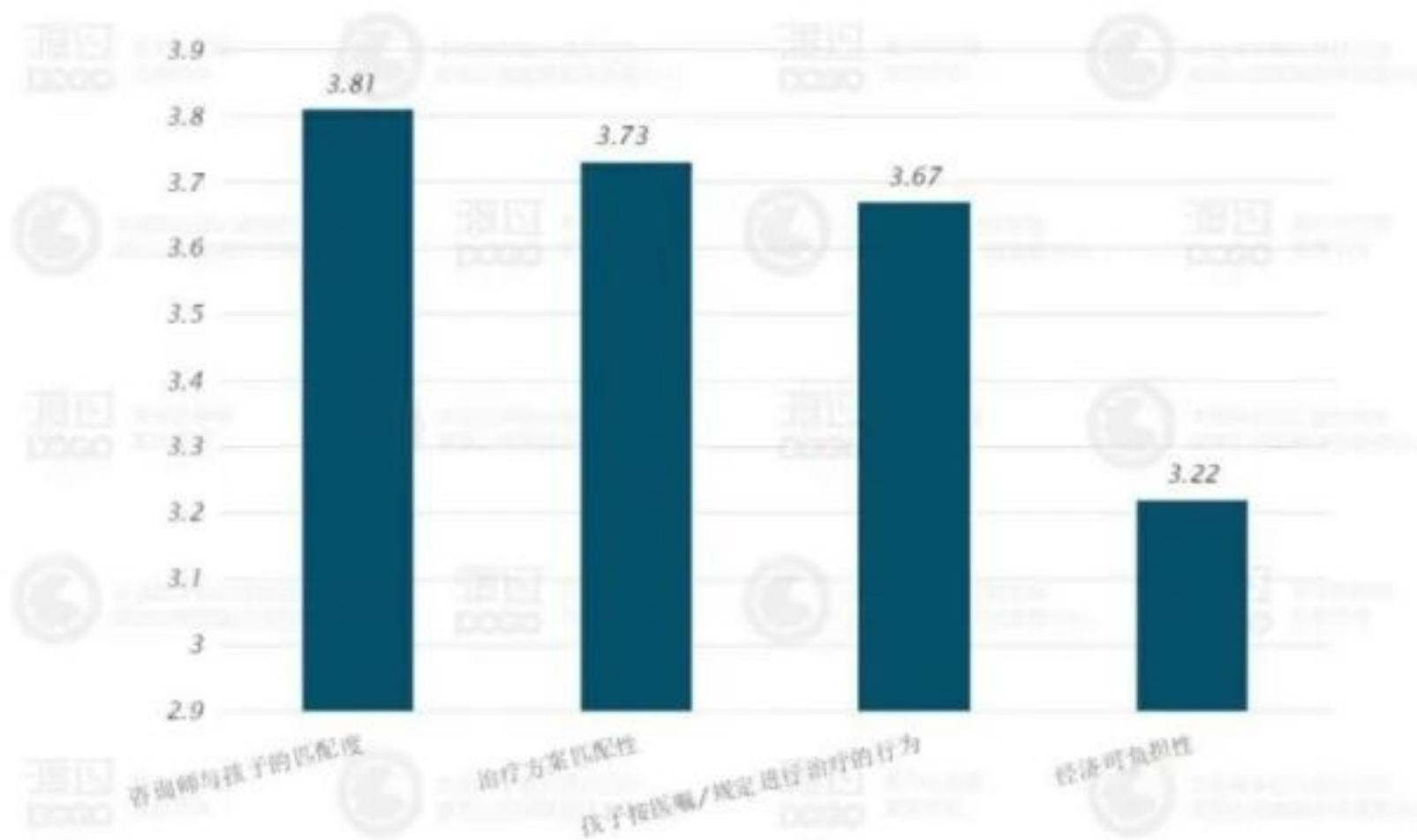


图 22 不同因素对青少年期孩子治疗效果的影响程度

成年早期的家长这一维度得分为 3.8，接近青少年的评分。成年早期的孩子需要在学业、职业和人际关系上做出重要决策，合适的咨询师能提供有效的支持和指导，见图 23。

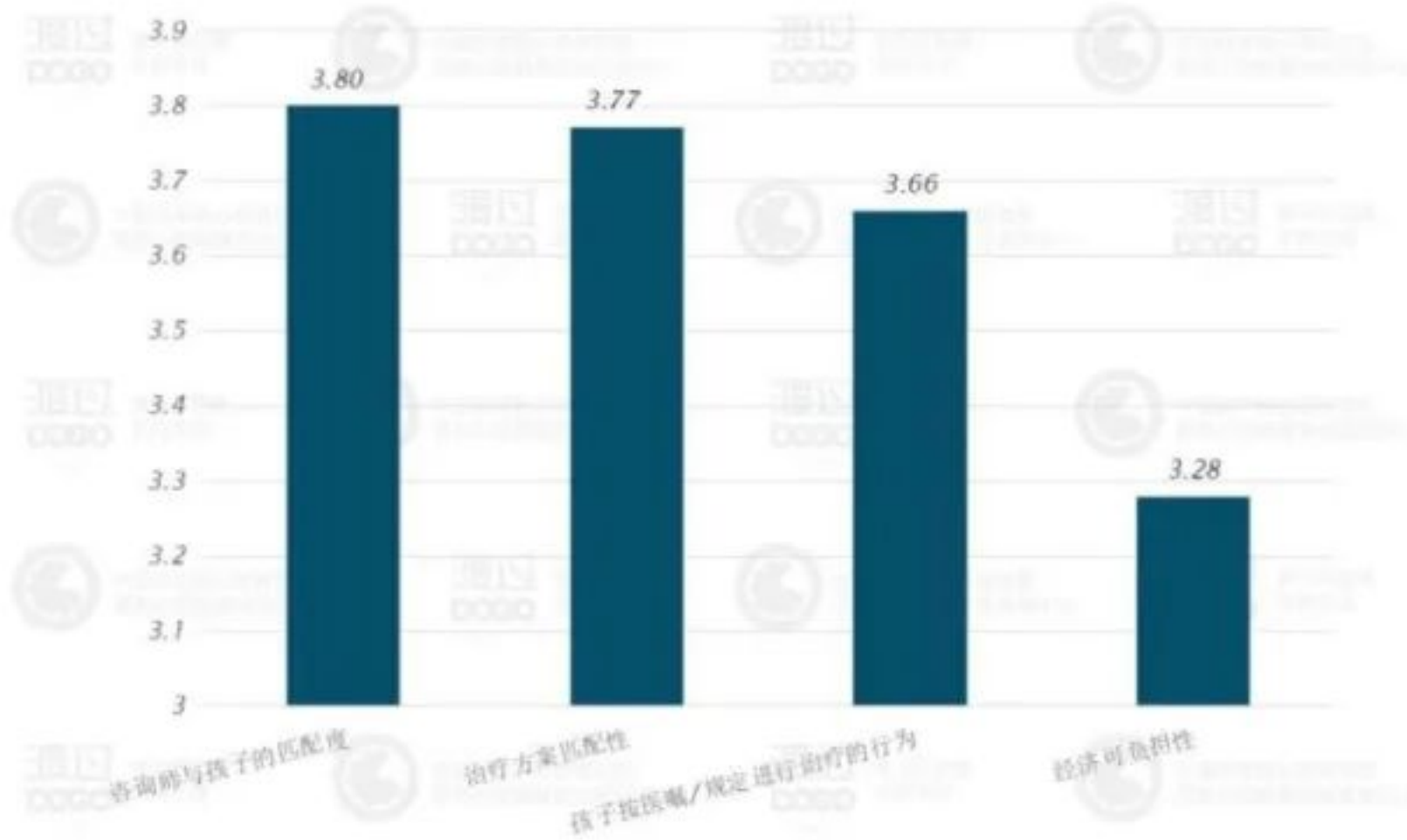


图 23 不同因素对成年早期孩子治疗效果的影响程度

3.3 康复情况

3.3.1 康复状况

本次调查样本中，有 28.79%的孩子有残留症状，社会功能未恢复；有 27.74%的孩子无明显症状，已恢复社会功能（回归社会）；有 27.09%的孩子有残留症状，但已恢复社会功能（如未能工作学习等）；另外有 16.38%的孩子持续有症状，未康复。见图 24。

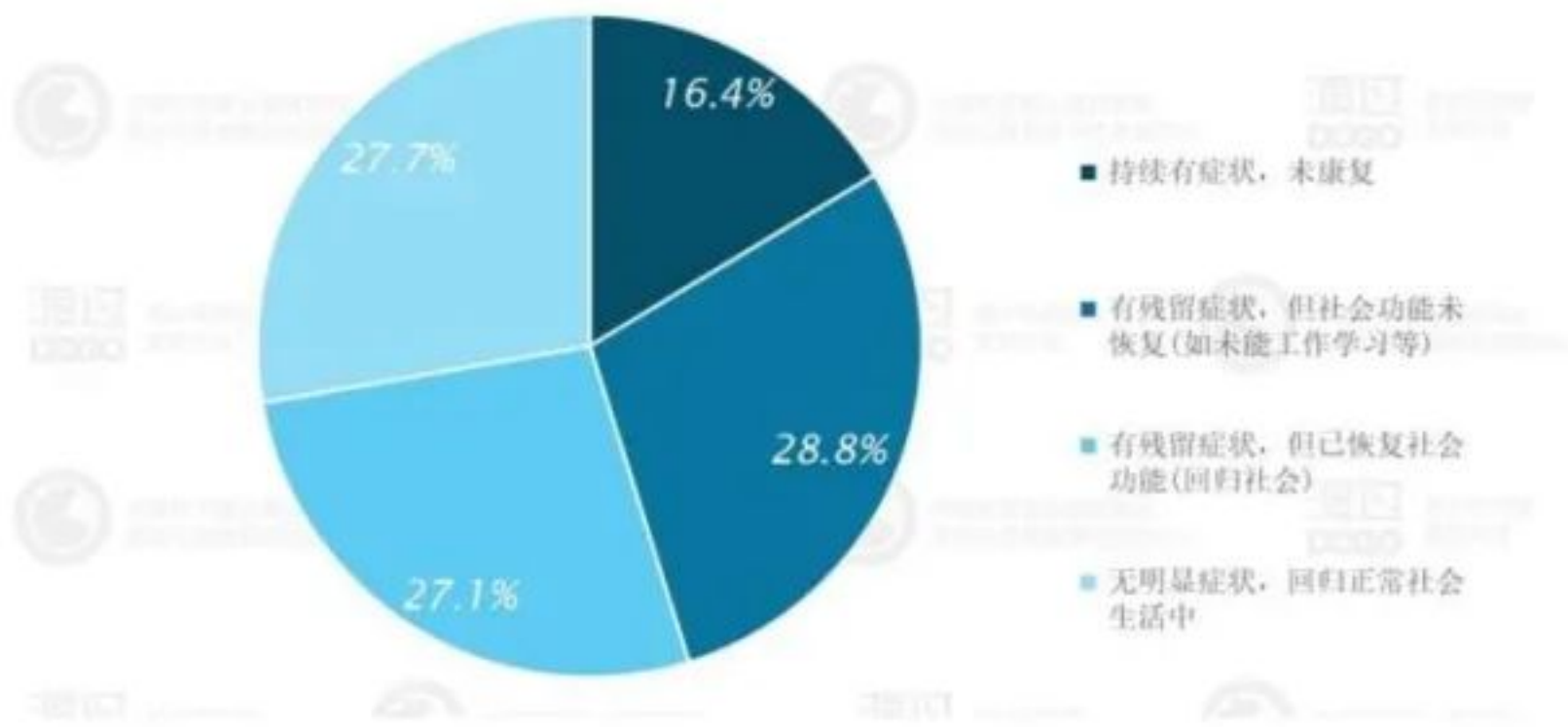


图 24 孩子康复状况

3.3.2 功能恢复程度

本次调研发现，在孩子的功能恢复过程中，家长认为孩子在家庭生活方面的恢复情况最好（3.56分），其次是身体功能的恢复，见图 25。

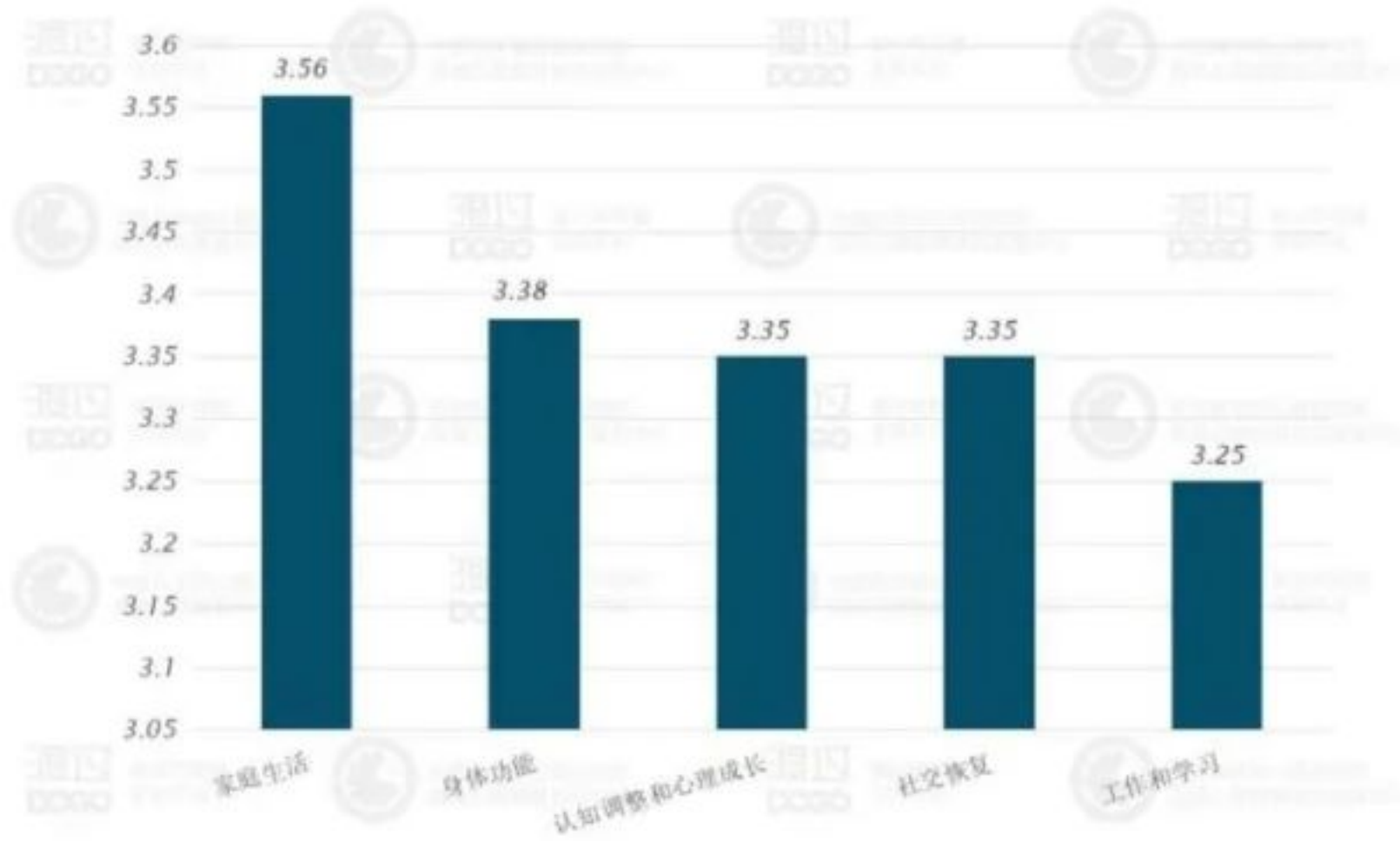


图 25 孩子功能恢复的程度

不同年龄阶段孩子家长的想法有所不同，见图 26-28。

具体如下：

儿童期的孩子在工作和学习、家庭生活和身体功能方面的恢复较好，表明家长对孩子在这些方面的进展较为满意。儿童期的孩子依赖性强，家长的监督和支持对他们的恢复起到重要作用。

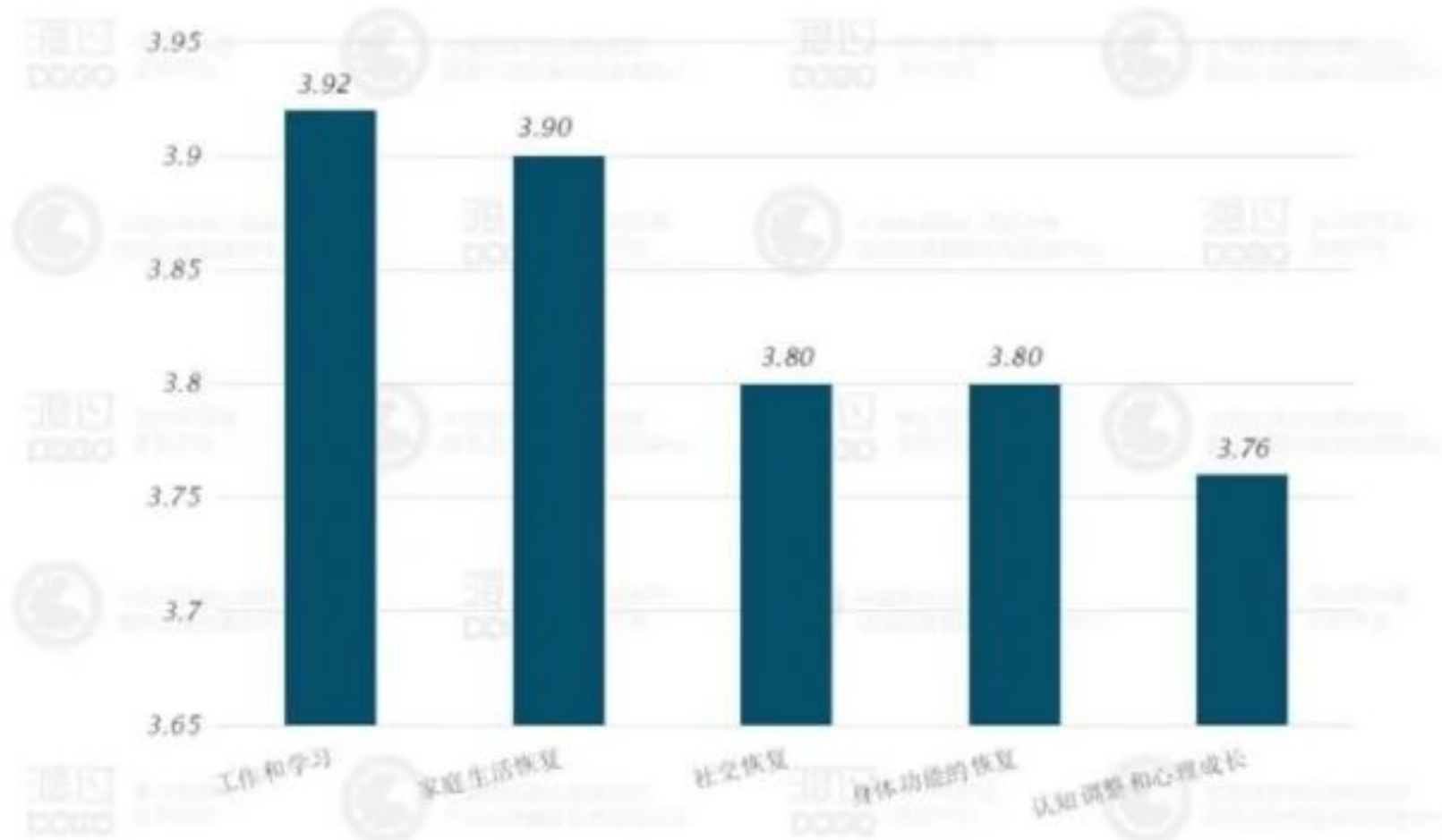


图 26 儿童期孩子功能恢复的程度

青少年在各方面的恢复得分相对较低，特别是在工作和学习方面。这可能是因为在青少年时期的心理和情感波动较大，学业压力对他们的恢复产生了较大影响。

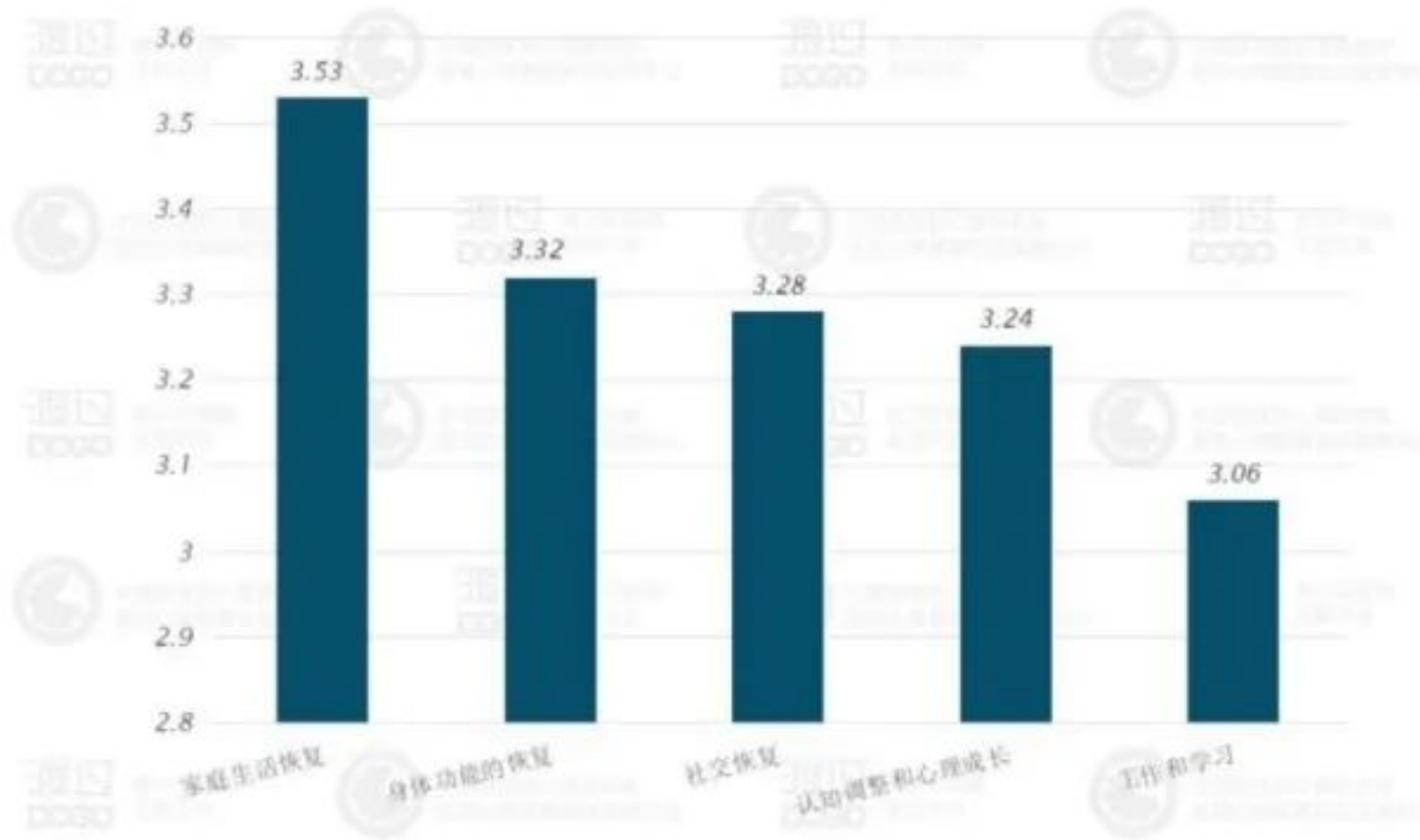


图 27 青少年期孩子功能恢复的程度

成年早期孩子在各方面的恢复得分介于儿童期和青少年期之间。成年早期的孩子面临着学业、职业和独立生活的多重挑战，尽管总体恢复情况良好，但仍存在一定的恢复困难。

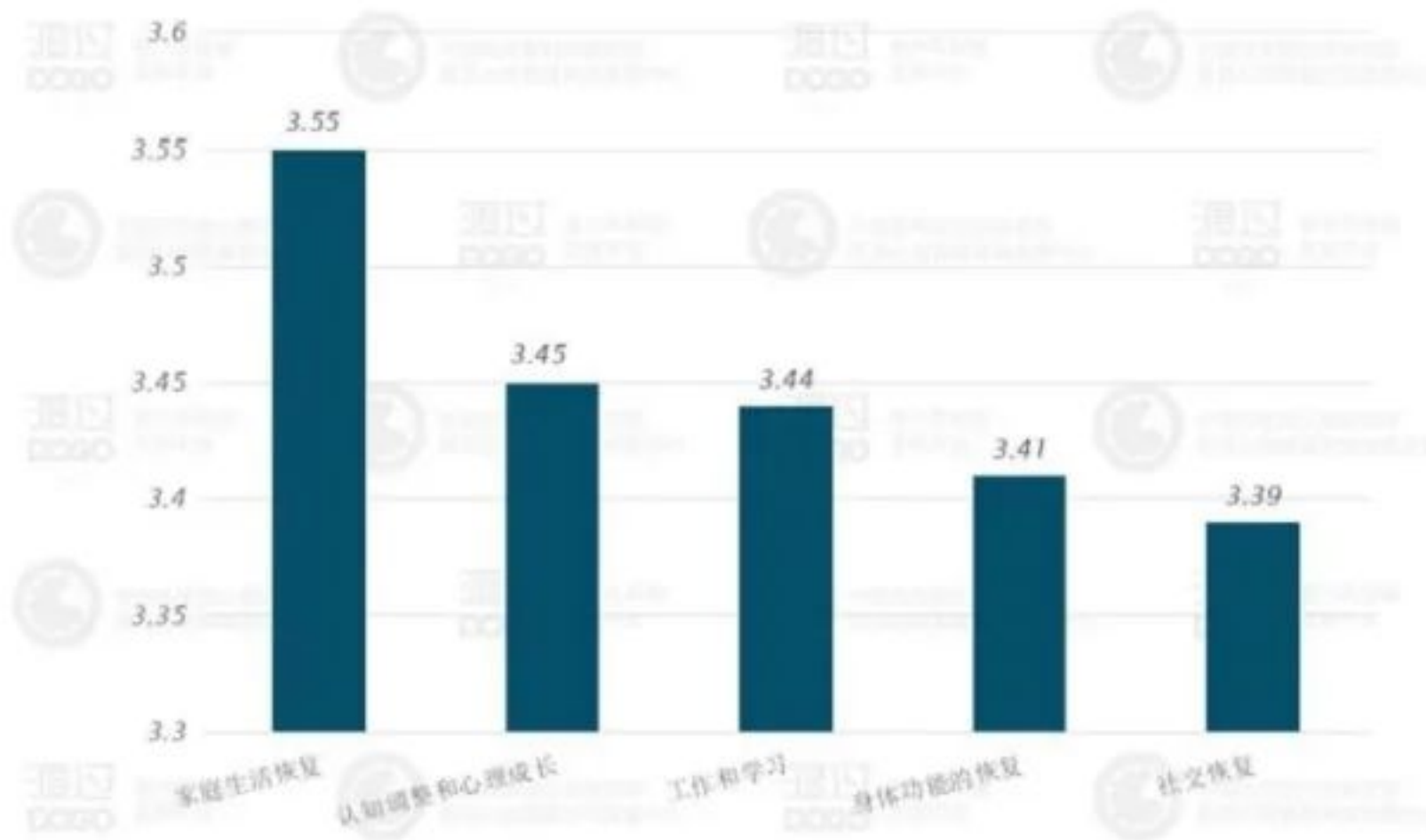


图 28 成年早期孩子功能恢复的程度

3.3.3 康复过程中家长关注的方面

本次调研发现，在孩子的抑郁康复过程中，家长对孩子身体功能的恢复关注最高，另一个高度关注的是孩子的认知调整和心理成长，见图 29。

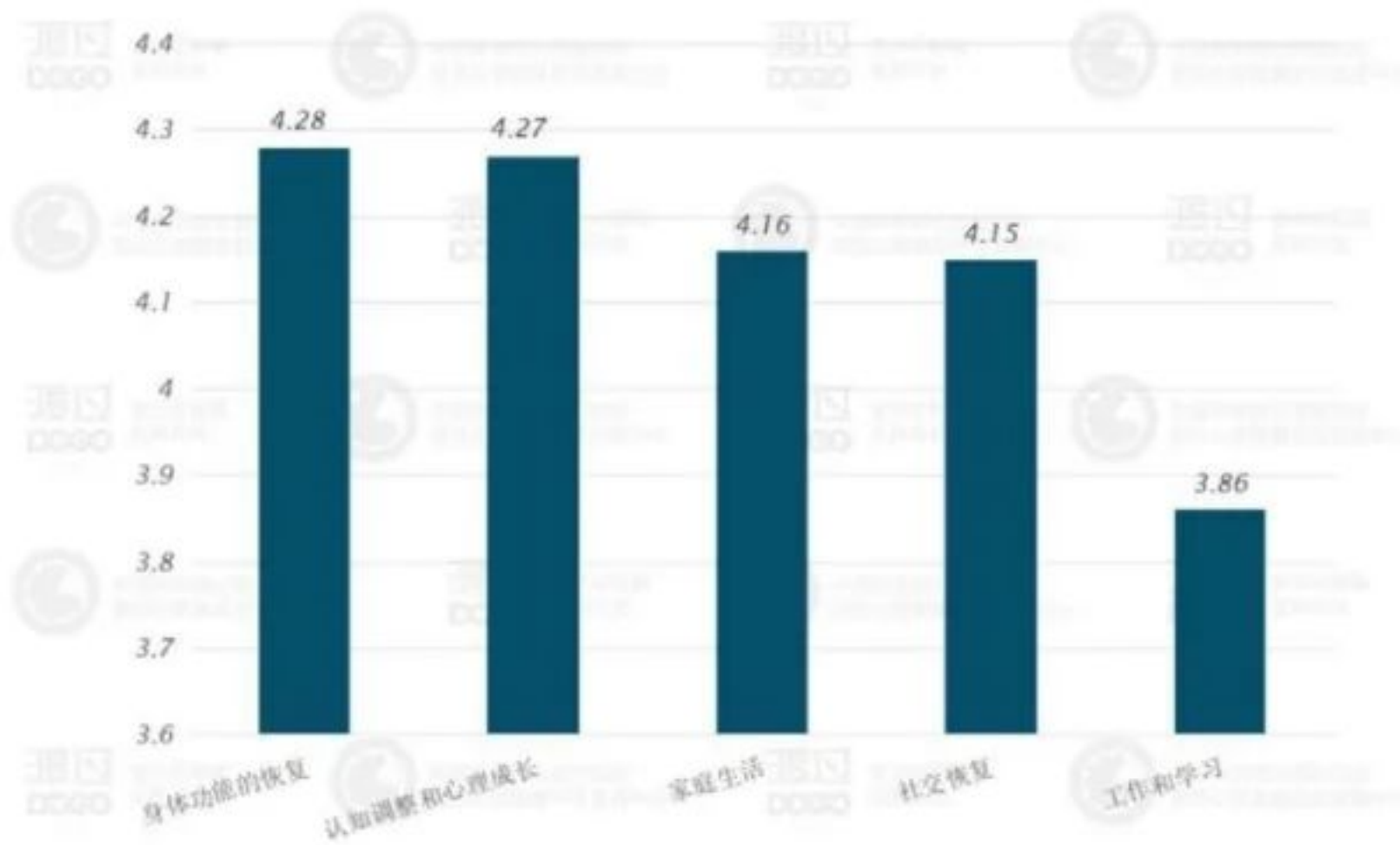


图 29 抑郁康复过程中家长关注的方面

不同年龄阶段孩子家长的关注点有所不同，见图 30-32：

儿童期孩子的家长最关注工作和学习（4.15 分）、身体功能的恢复（4.14 分）。这一阶段是基础教育的重要时期，家长重视孩子的学业和认知发展，良好的学业表现和认知发展是未来成功的基础。身体健康也是关注重点，说明家长希望通过健康管理来促进孩子的整体康复。

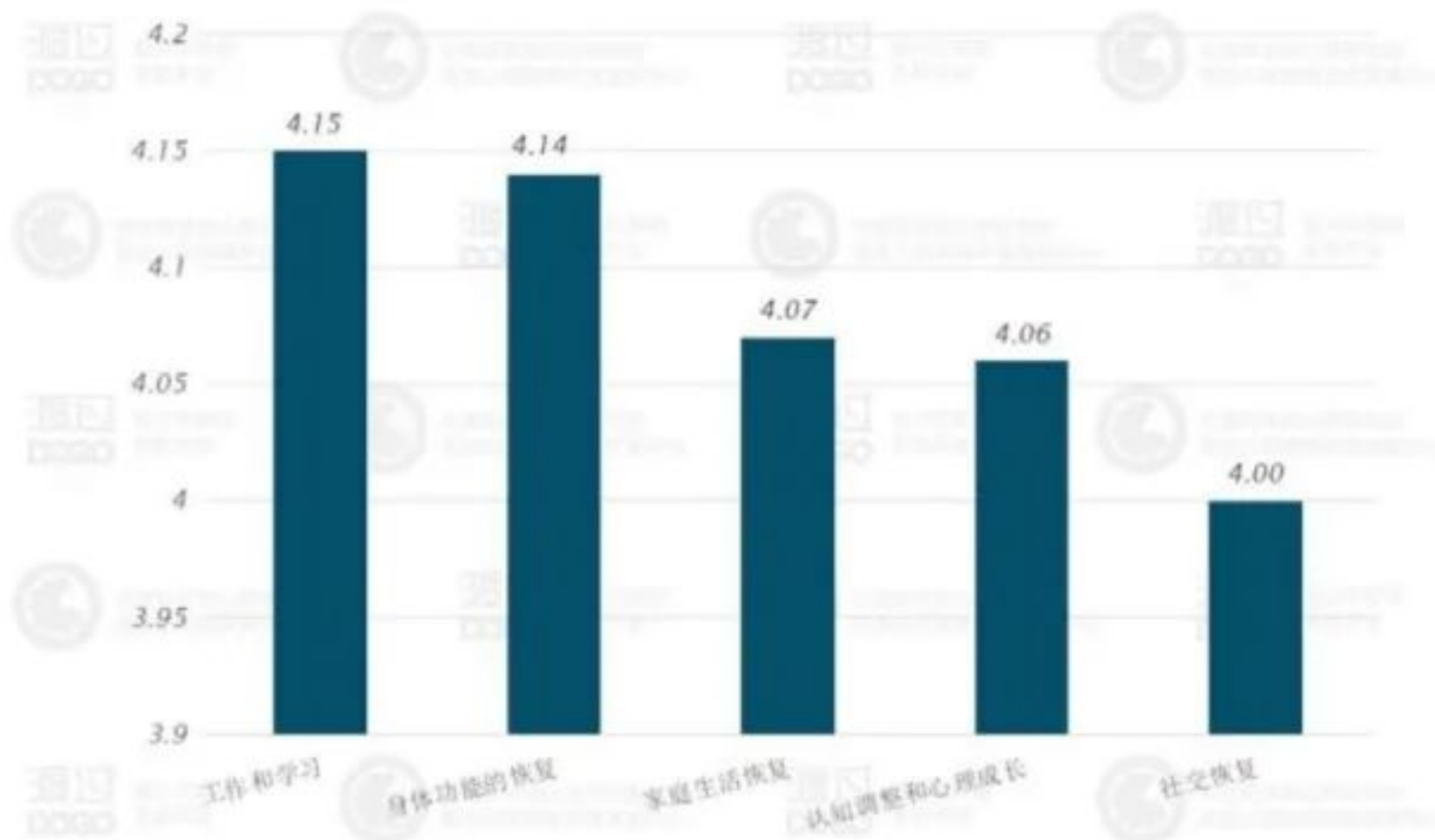


图 30 抑郁康复过程中儿童期孩子家长关注的方面

青少年期孩子的家长最关注认知调整和心理成长（4.30 分），同样也非常关注身体功能的恢复（4.29 分）。青少年期是心理变化的关键期，家长对孩子的心理健康和情绪调节高度重视，希望通过正确的指导和支持帮助孩子渡过这一时期。

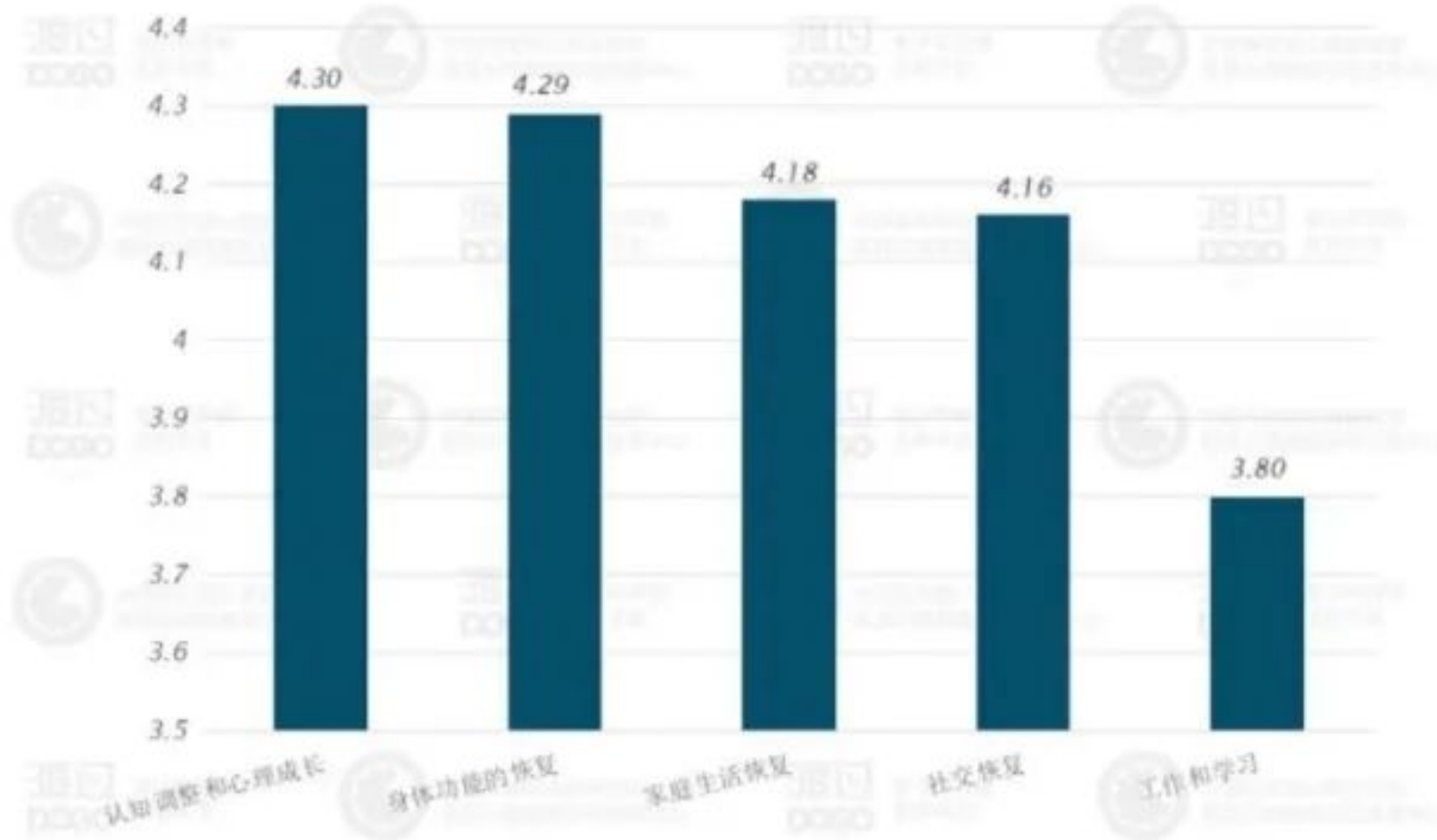


图 31 抑郁康复过程中青少年期孩子家长关注的方面

成年早期的家长非常关注孩子的身体功能的恢复（4.30 分），希望孩子在进入成人阶段后能够保持良好的健康状况，这是面对各种挑战的基础。见图 28。

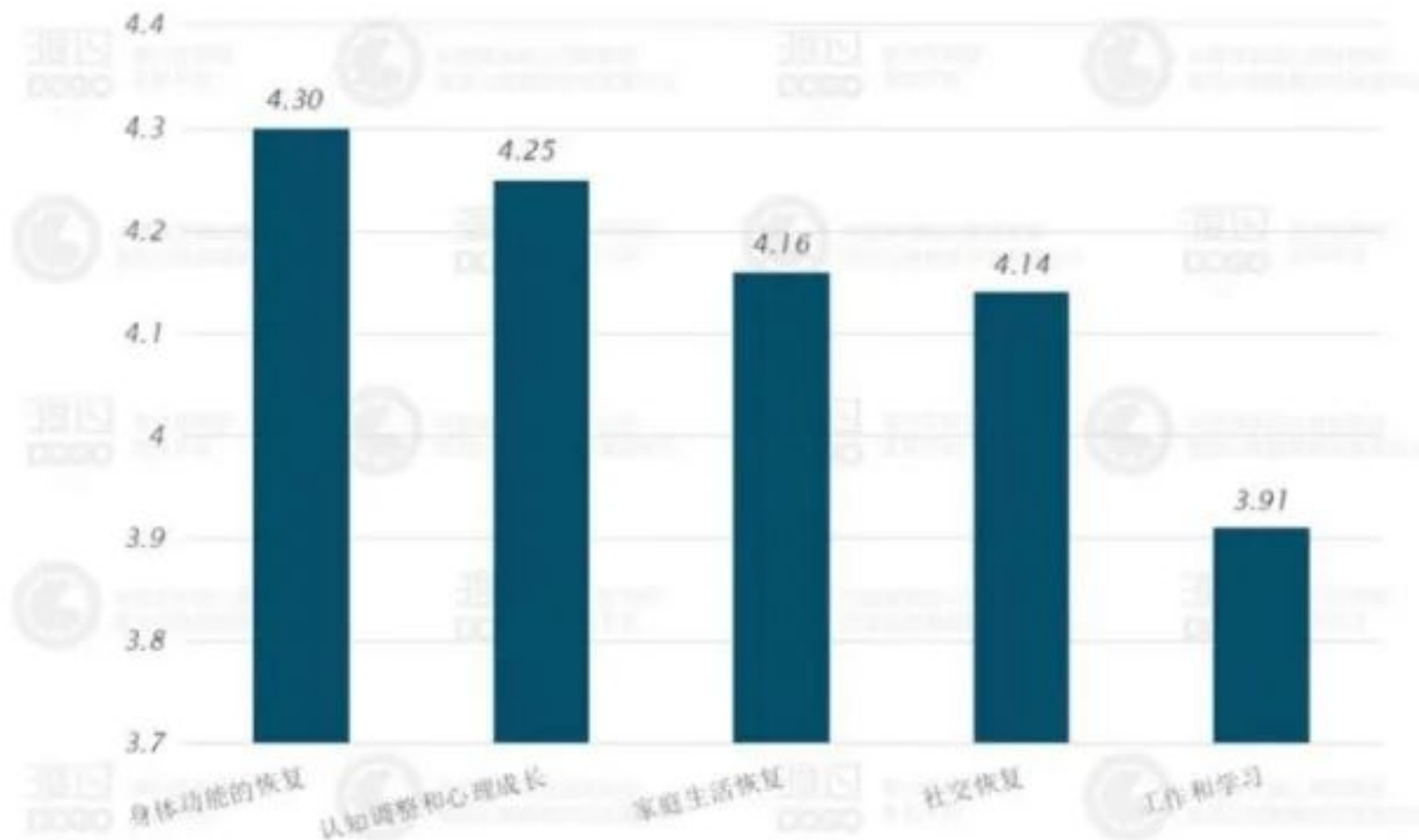


图 32 抑郁康复过程中成年早期孩子家长关注的方面

3.3.4 康复过程中存在的困难

本次调研发现，在孩子的康复过程中遇到的问题里最困难的是：孩子缺乏可交流的社交团体；另外病程反复也是孩子康复过程中的一大困难，见图 33。

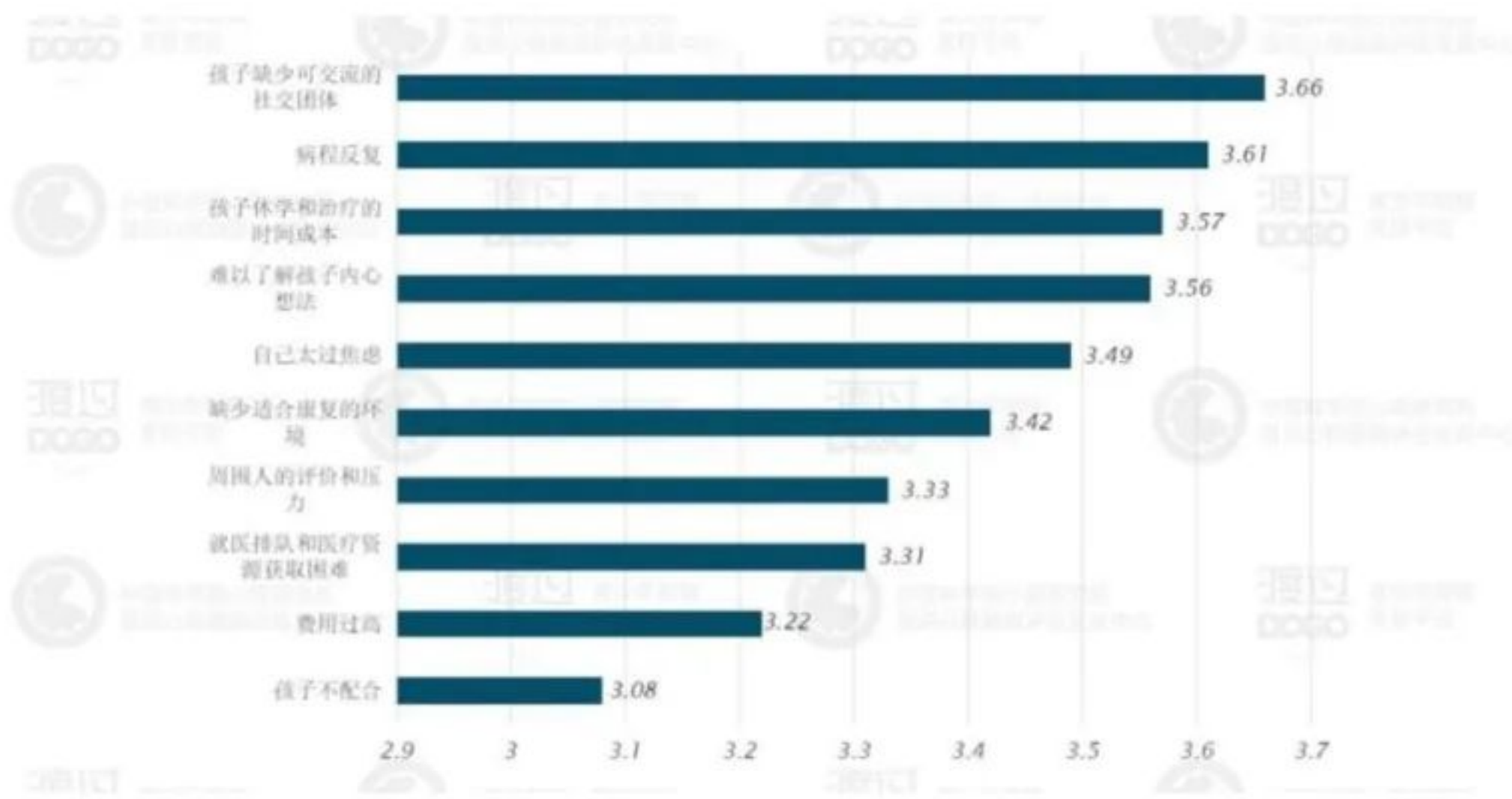


图 33 孩子康复过程中的困难

不同年龄阶段的孩子在康复过程中面临不同的挑战和需求，见图 34-36。

具体如下：

儿童期孩子家长认为自己太过焦虑（3.69）是康复中最困难的问题。可能是因为孩子依赖性强，家长在照顾孩子过程中感到非常焦虑，家长感到责任重大。

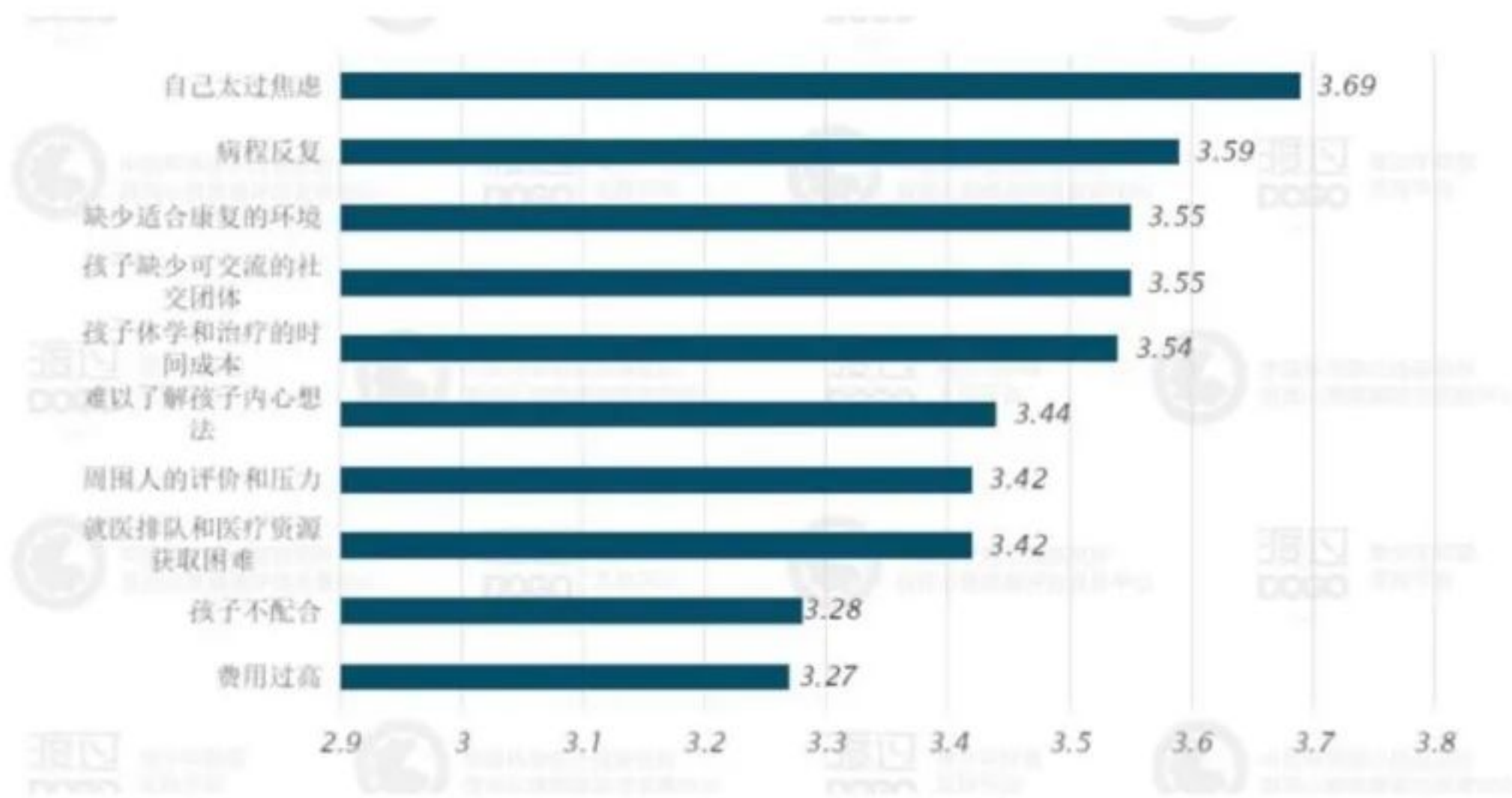


图 34 儿童期孩子康复过程中的困难

青少年期孩子的家长认为孩子缺乏可交流的社交团体（3.68），是康复过程中最主要的困难，孩子休学和治疗的时间成本也是一大困难（3.61）。一方面，青少年渴望建立同龄人的社交团体，缺乏社交支持会影响他们的心理康复；另一方面，青少年面临学业和治

疗的双重压力，休学和治疗的时间成本较高。

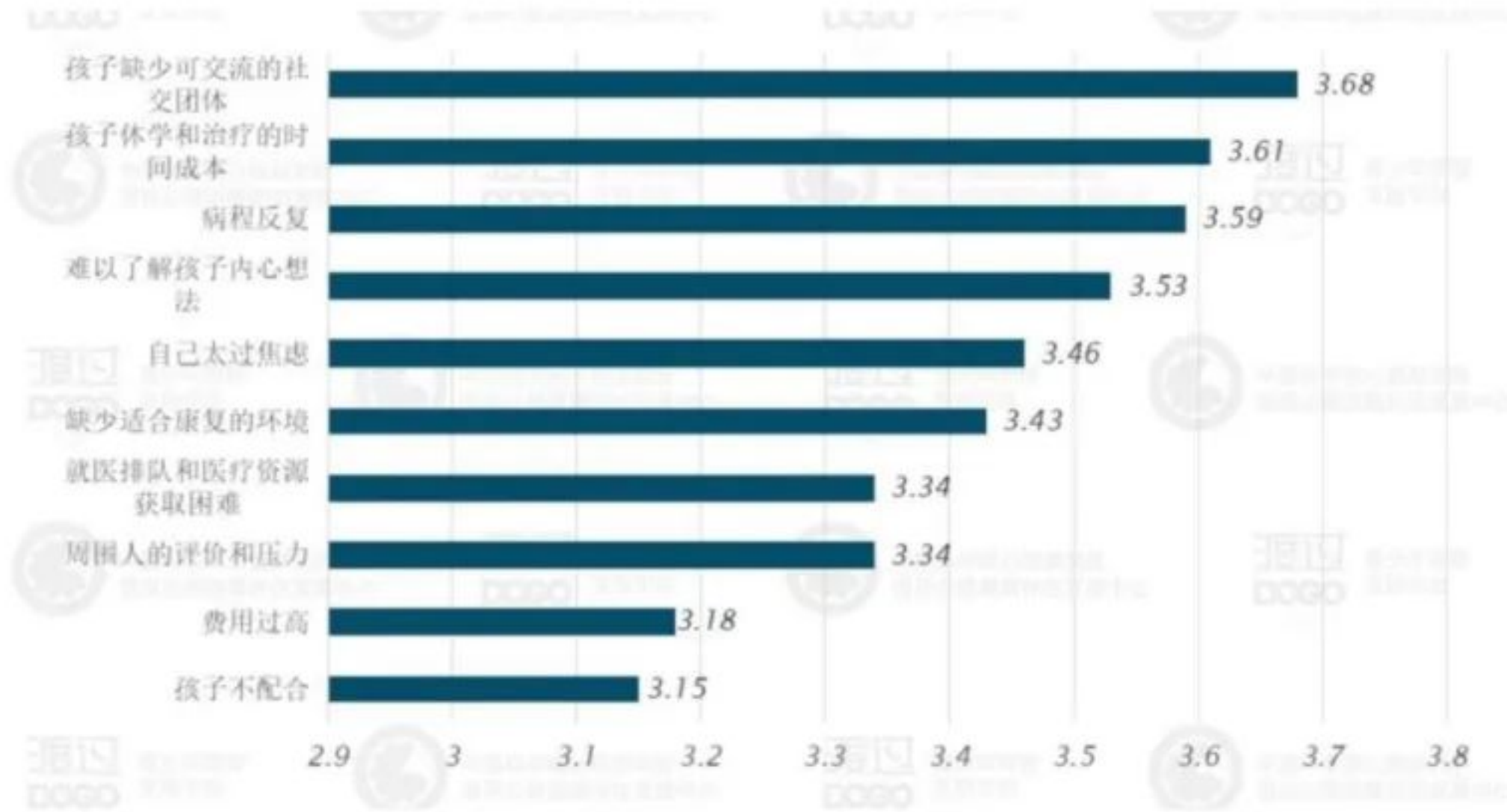


图 35 青少年期孩子康复过程中的困难

成年早期孩子的家长也认为孩子缺乏可交流的社交团体（3.66），是康复过程中最主要的困难，病程反复（3.63）和难以了解孩子内心想法（3.63）也是主要困难。一方面，成年早期孩子需要适合的康复环境和社交支持；另一方面，成年早期孩子逐渐走向独立，但家长仍需理解他们的内心想法，增加了沟通难度，同样这一时期也面临更多社会和职业压力，病情反复会影响其康复。

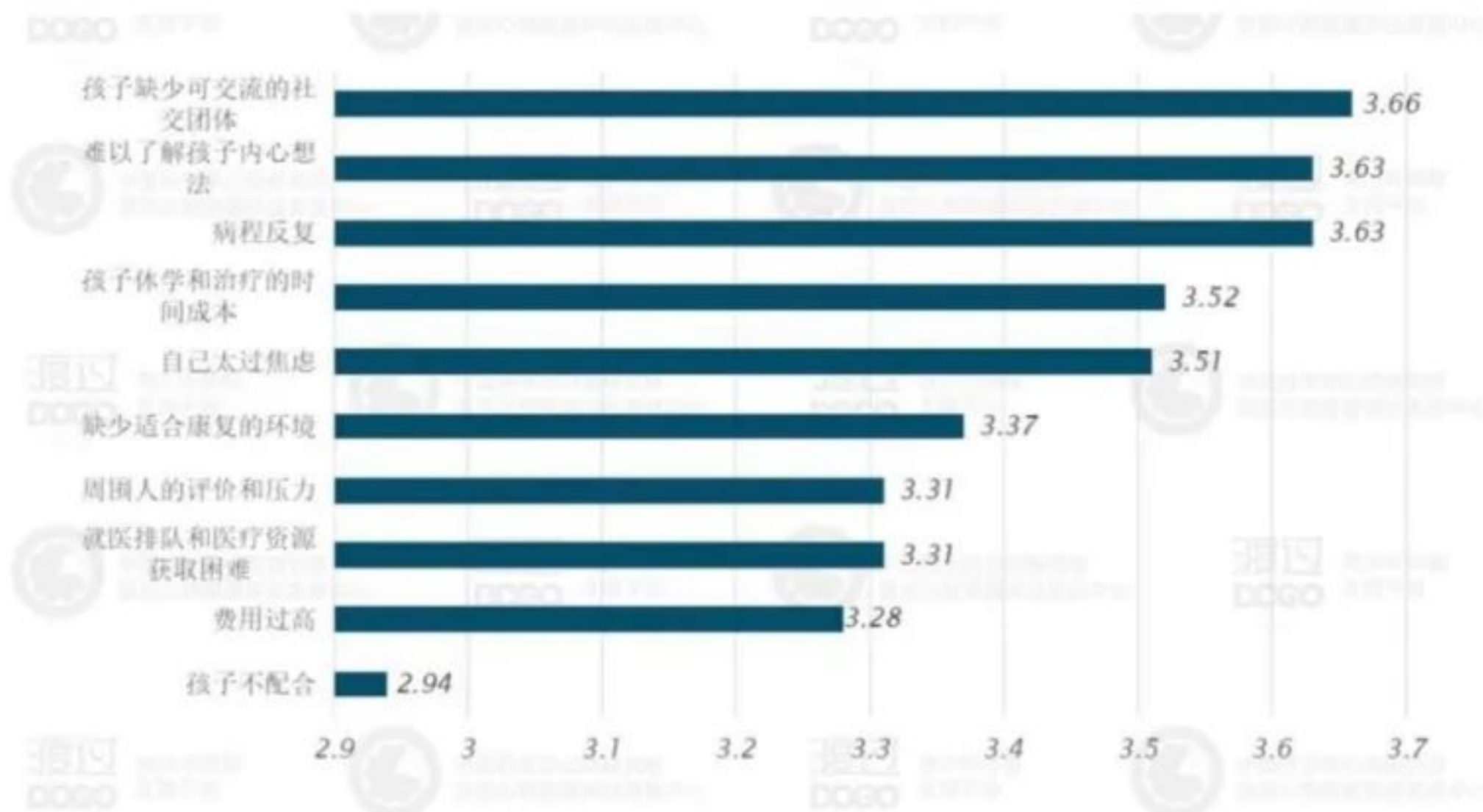


图 36 成年早期孩子康复过程中的困难

3.4 休复学情况

3.4.1 休学、请假整体情况

3.4.1.1 请假时长

被调查孩子中，当前正在请假的占比 39.7%；曾经有过请假经历的占比 82.3%。

当前请假的数据中，在一个学期内，超过一半（50.9%）的孩子请假时长为三个月以上。具体来说，小学阶段的孩子请假时长较为分散，三个月以上的请假比例最高（33.3%）；初中阶段的孩子中，59.9%的孩子请假时长在三个月以上，远高于其他时长；高中阶段的孩子也有 50.9%请假时长在三个月以上；大学及研究生阶段的请假情况与高中相似，51.2%的请假时长为三个月以上。见图 37。

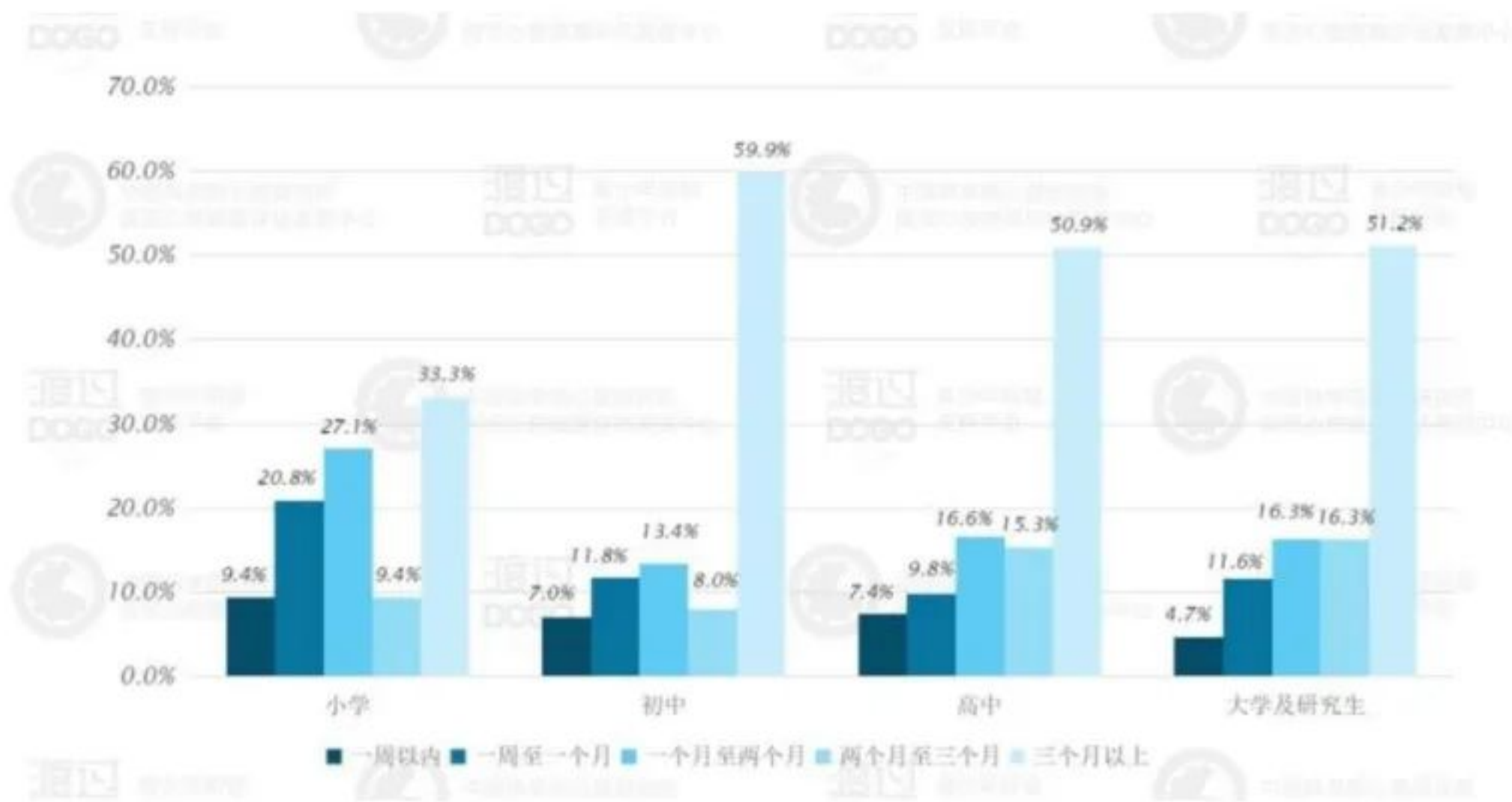


图 37 孩子当前请假的时长

曾经请假的数据中，小学阶段的请假时长较为分散，而初中和高中阶段的孩子请假时长明显集中在“三个月以上”，分别占 37.5%和 38.4%，反映出这一阶段的孩子可能面临更大的学业压力和心理挑战。大学阶段的请假时长也主要集中在“三个月以上”（30.9%），但较初高中阶段有所减少。见图 38。

总体来看，各学龄段的抑郁症孩子请假时间普遍在三个月以上，尤其是初中阶段，反映出多数孩子需要较长时间来应对和恢复心理健康。

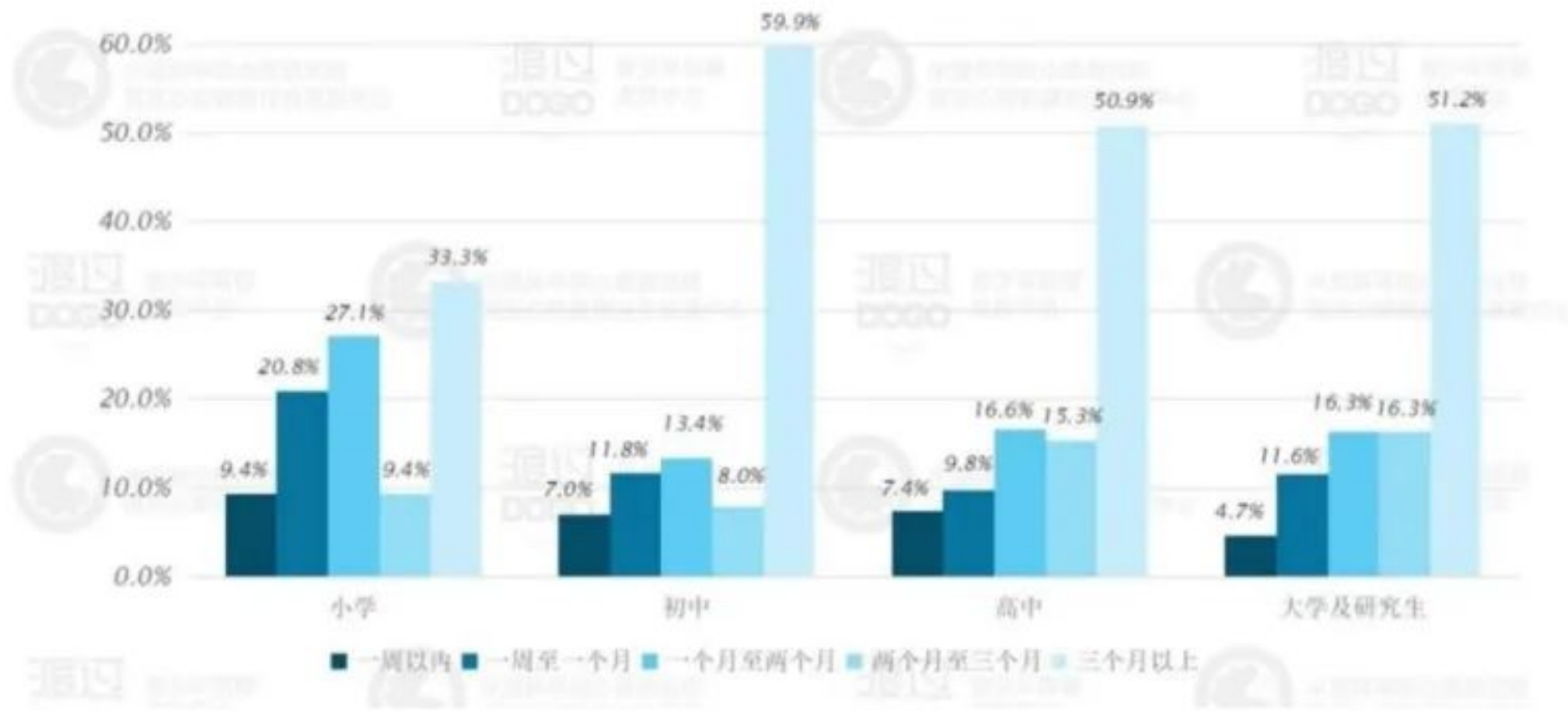


图 38 孩子曾经请假的时长

3.4.1.2 请假频率

本次调研发现，当前有一半以上的孩子每周请假 4-5 天，同时，当前每周请假 1-2 天的比例较低（15.7%）。见图 39。

具体来说，小学阶段的请假频率较为分散，但主要集中在每周 1-2 天和 2-3 天；初中和高中阶段的孩子请假频率显著集中在每周 4-5 天，分别占 62.0%和 49.1%；大学及研究生阶段的请假频率也主要集中在每周 4-5 天（51.2%）。

总体来看，较高的请假频率（4-5 天）在当前更加普遍，说明这些孩子的抑郁症状对其日常生活和功能造成了严重的影响，尤其是初中阶段的孩子由于面临较大的学业和心理压力，抑郁症状对其功能造成的损害更为严重。

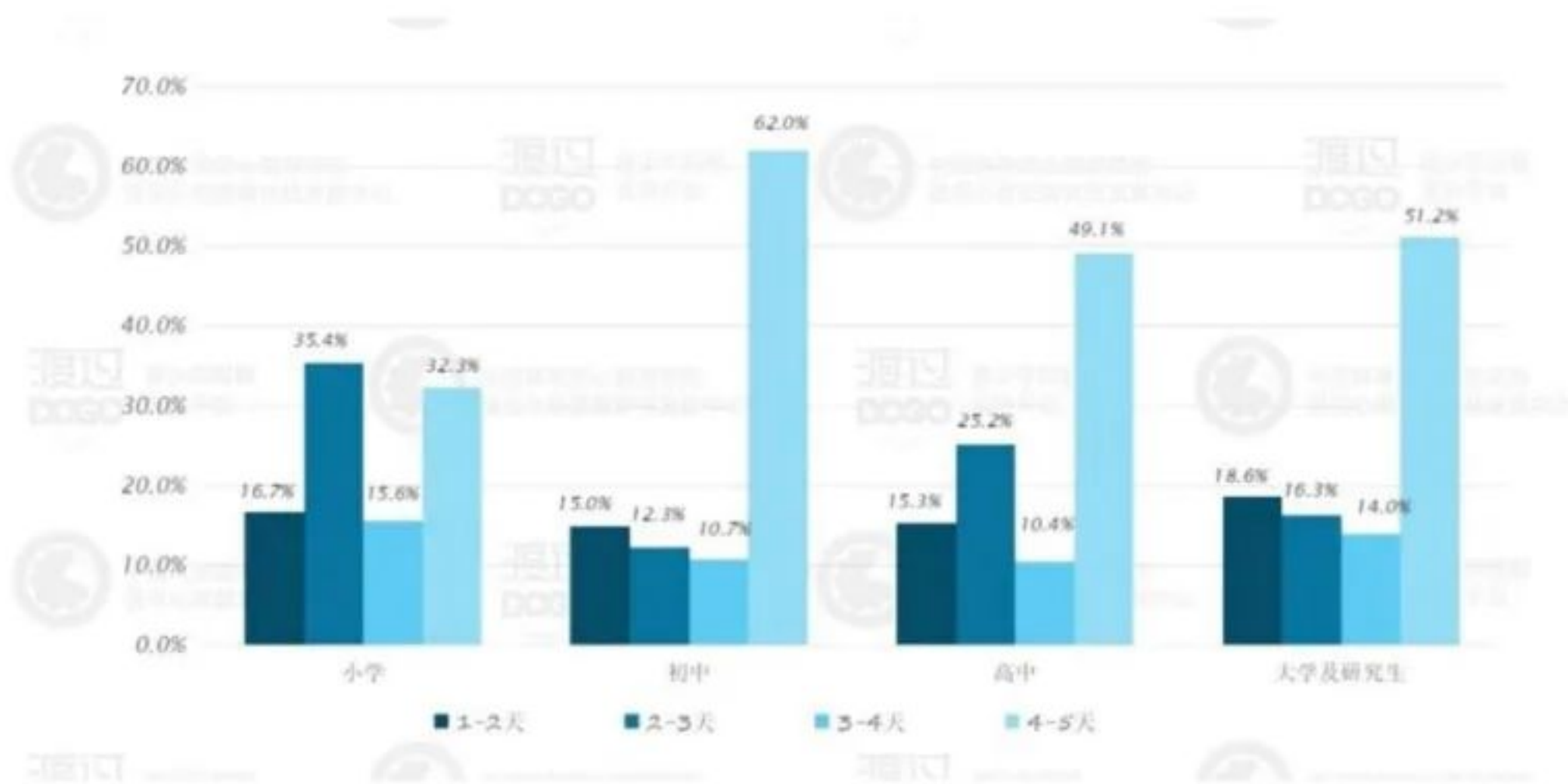


图 39 孩子请假的频率

3.4.1.3 休学情况

本次调研发现，孩子当前正在休学的人数占比 26.8%，曾经休学的人数占比 49.1%。总的来说，有过休学经历的占 53.85%。当前正在休学的数据中，小学阶段休学的比例为 26.6%；初中阶段休学的比例最高（39.0%）；高中阶段休学比例也较高（27.9%）；大学及研究生阶段 休学比例最低（11.0%），见图 40。总体来看，抑郁症状对初中和高中年龄段的孩子影响更大。

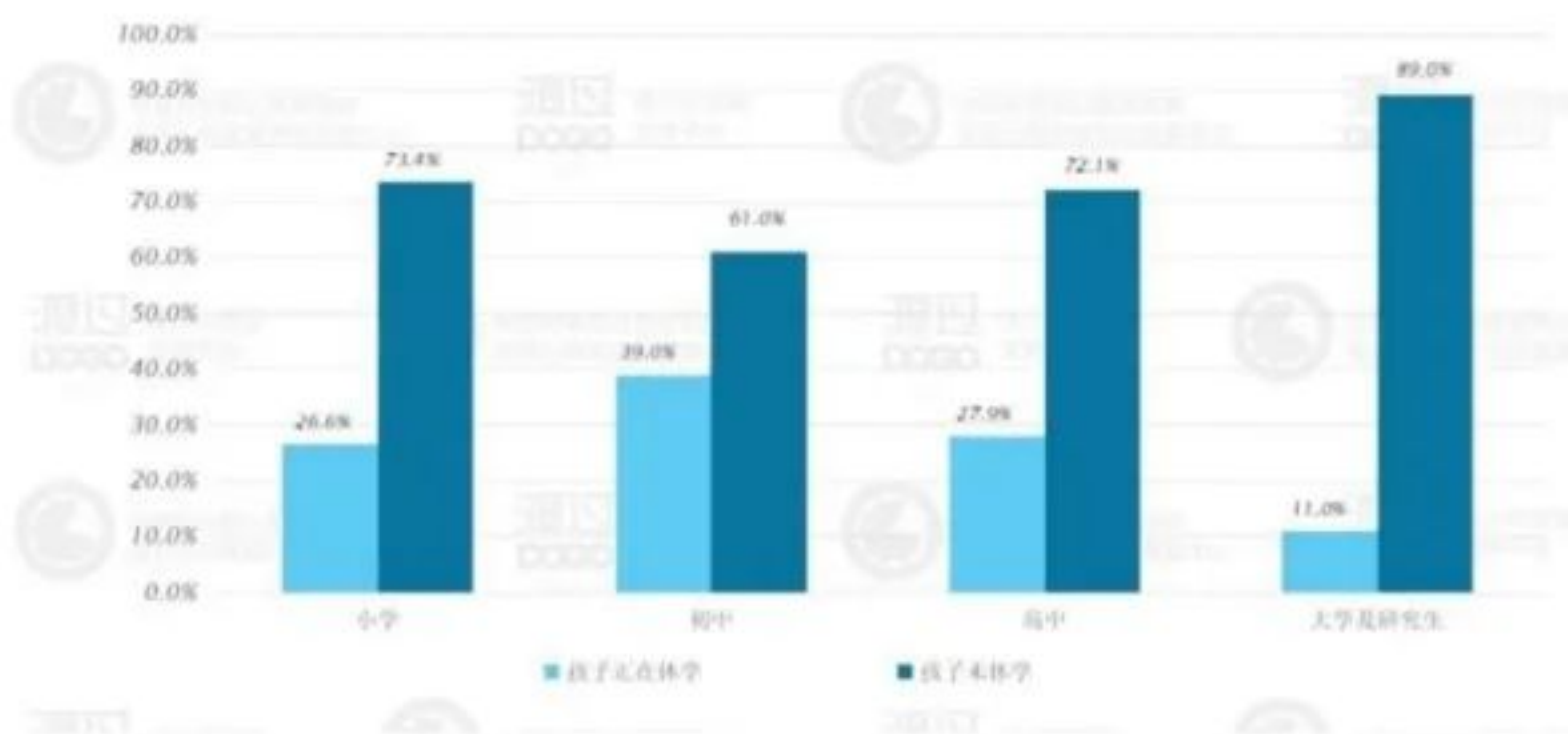


图 40 不同学龄阶段孩子的休学情况

本次调研发现，大多数孩子的休学次数集中在 1 次（57.4%）到 2 次（28.7%），少数孩子休学次数达到 3 次或更多，最高达到 13 次。平均休学次数为 1.71 次。休学次数的标准差为 1.30，数据离散程度较低，集中在 1 到 2 次之间。见图 41。

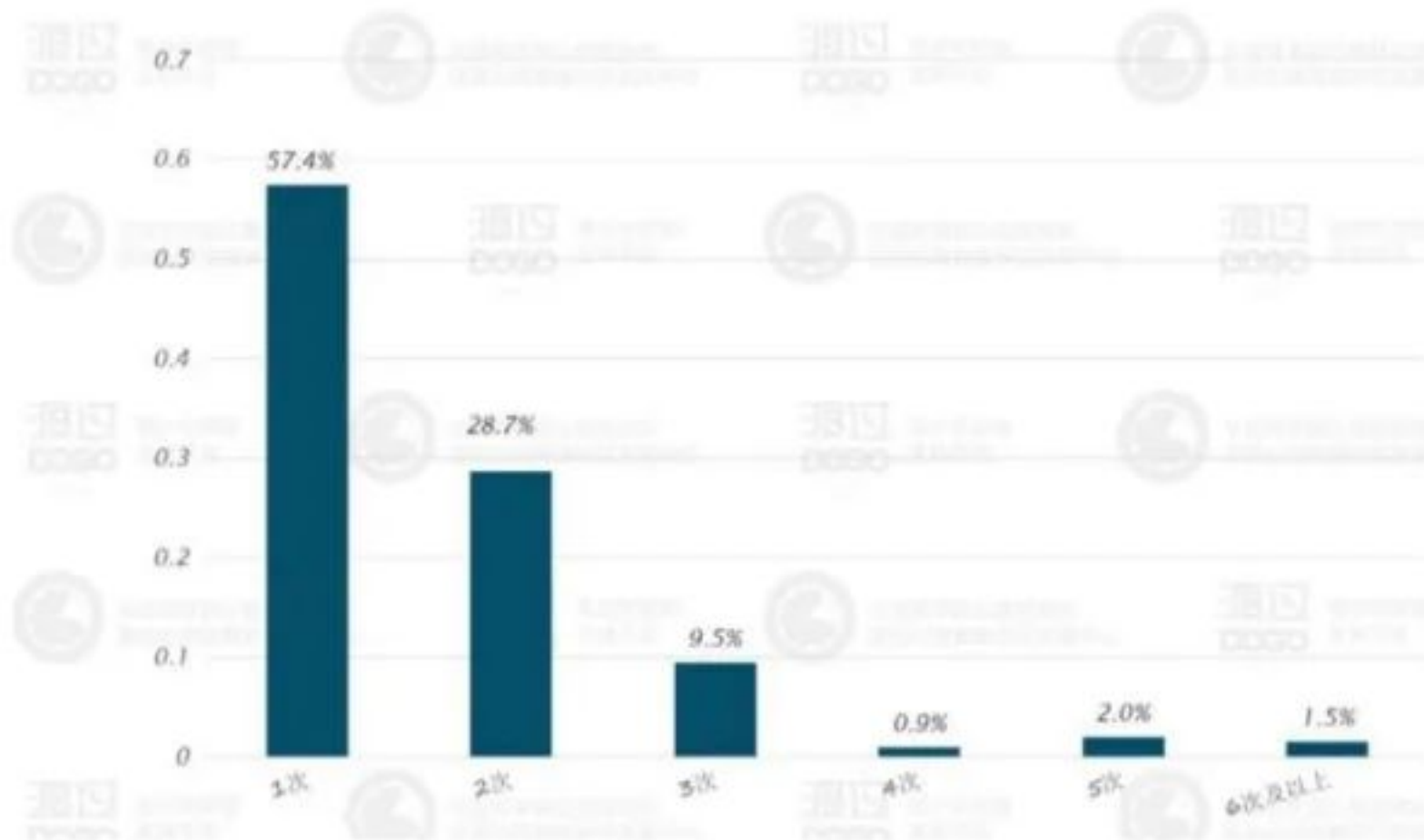


图 41 孩子休学的次数

具体来说，不同学龄阶段的孩子中，休学 1 次的比例最高，大学及研究生阶段这一比例最高（63.5%）其次是初中阶段（61.0%）、高中阶段（57.4%）。见图 42。

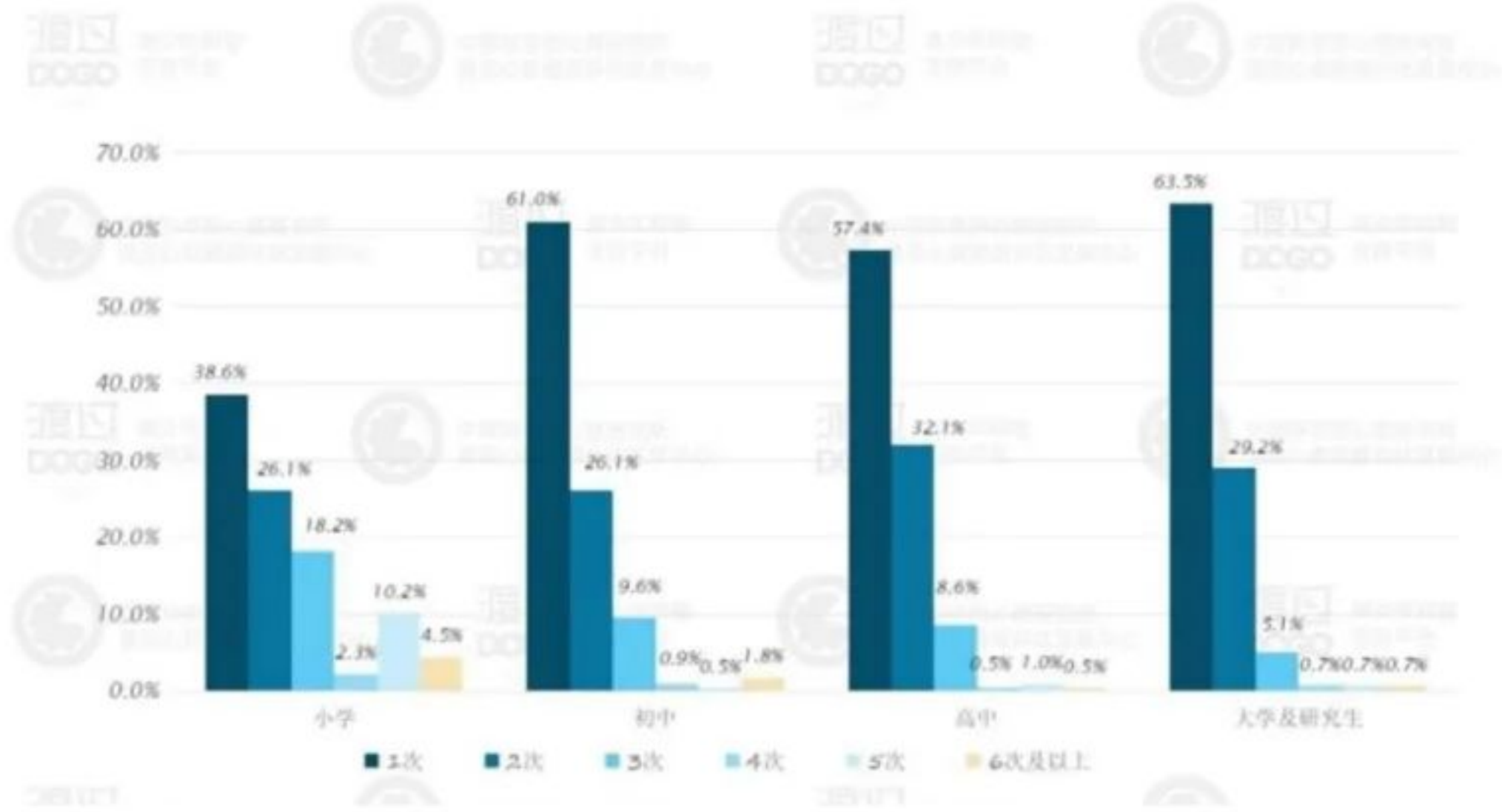


图 42 不同学龄阶段孩子的休学次数分布情况

3.4.1.4 第一次休学的年龄

在有休学经历的孩子中，第一次休学的平均年龄为 13.74 岁，中位数为 14 岁，主要集中在 14 岁（占比 17.2%）。休学时年龄最小的为 7 岁，最大的为 23 岁。大多数孩子在 11-18 岁间首次休学，这个年龄段是休学的高峰期。

根据孩子发展阶段来进行分组，11-18 岁正是青少年时期，这个年龄段的休学比例最高（82.4%）。青少年阶段面临较大的学业压力、心理变化和社交挑战，可能导致休学频率较高。儿童阶段休学的比例相对较低（10.3%），成年早期阶段的休学比例最低（7.3%）。见图 43。

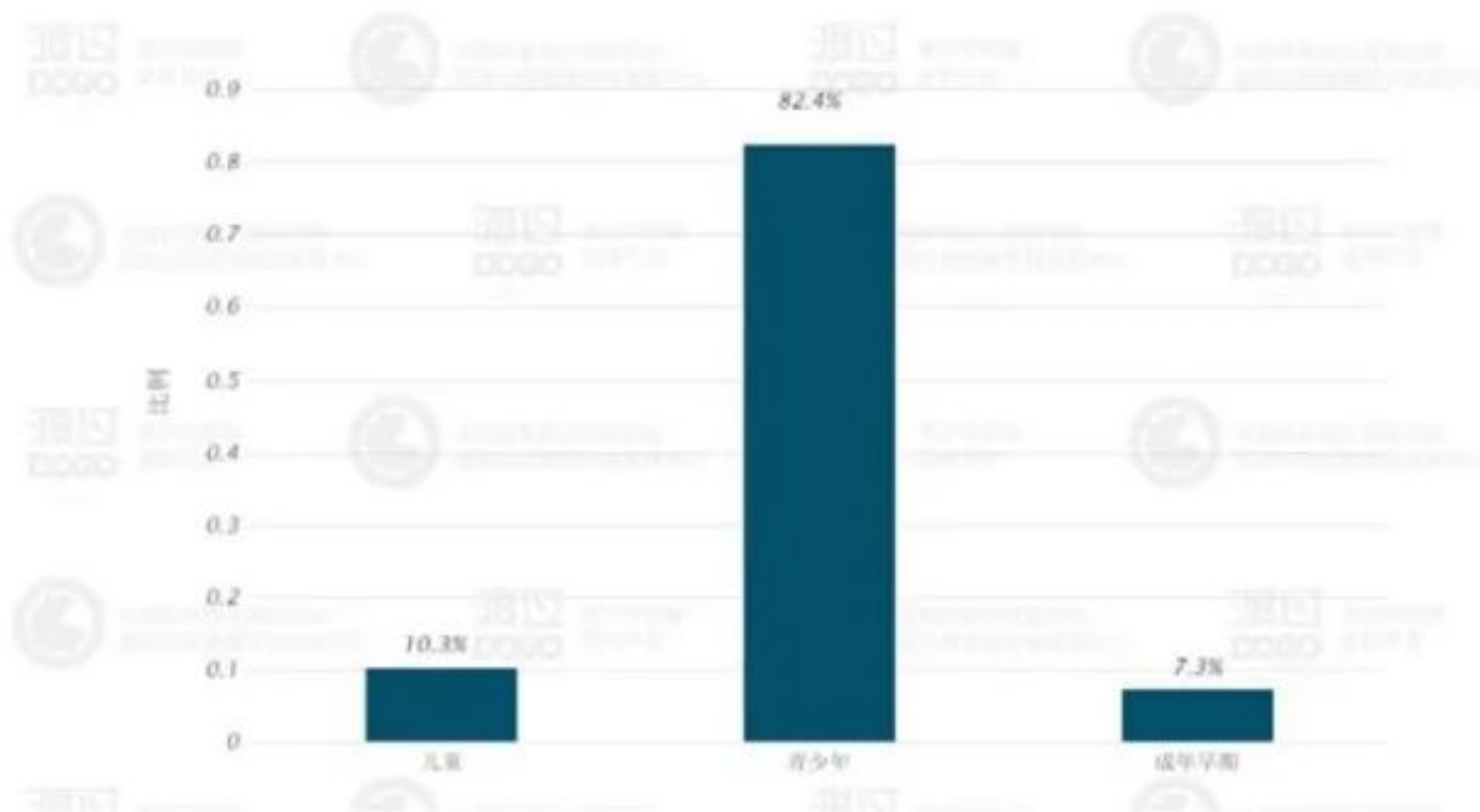


图 43 孩子第一次休学时的年龄

3.4.1.5 孩子出现症状到休学的时间间隔

本次调研发现，孩子从出现症状到休学的时间间隔存在显著的个体差异。孩子从出现症状到休学的平均时间间隔为 6.13 个月，标准差为 7.17，数据较为分散。最小的时间间隔为 0 个月，而最长的时间间隔为 30 个月。多数孩子在出现症状后的三个月左右休学，中位数和众数均为 3 个月。这可能是由于症状的严重性和对日常生活和学习的影响较大，使得家长和学校不得不采取休学的措施。然而，也有一部分孩子在症状出现后坚持较长时间最终依旧选择休学，这可能与个体的适应能力、家长和学校的支持力度以及对症状的认知和应对策略有关。见图 44。

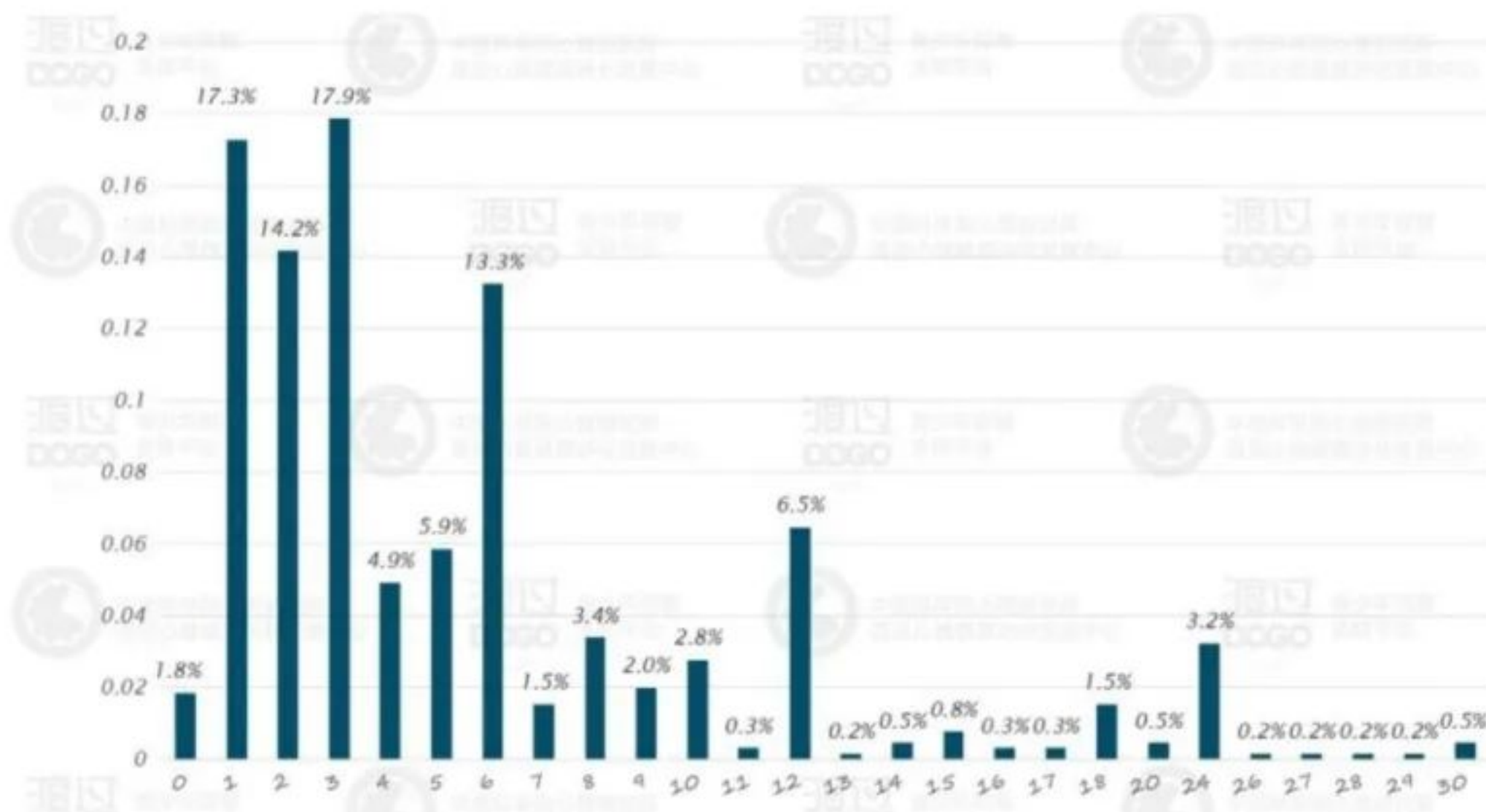


图 44 孩子出现症状到休学的时间间隔

3.4.1.6 休学过程中获得的社会支持

本次调研发现，在家长视角下，休学过程中孩子获得的社会支持主要来自于家庭内部，尤其是父母（4.2）和家里的其他亲戚或亲友（3.17）。然而，外部社交圈子的支持相对较少。同学（2.74）、患者圈子（2.67）和老师（2.62）提供了一定程度的支持，但不及家庭内部的支持强度。社区（2.02）和恋人（1.94）提供的支持最少。（1=几乎没有 2=很少 3=一般 4=多 5=非常多）。见图 45。

在家长视角下，家庭成员，尤其是父母，直接参与孩子的日常生活和康复过程，他们与孩子的接触频率高，能够提供持续的情感和实际支持。外部社交圈子的支持相对较少，可能因为家长没有充分了解学校、社区和其他外部支持系统的作用和资源，导致对这些支持体系的认知和评价较低。

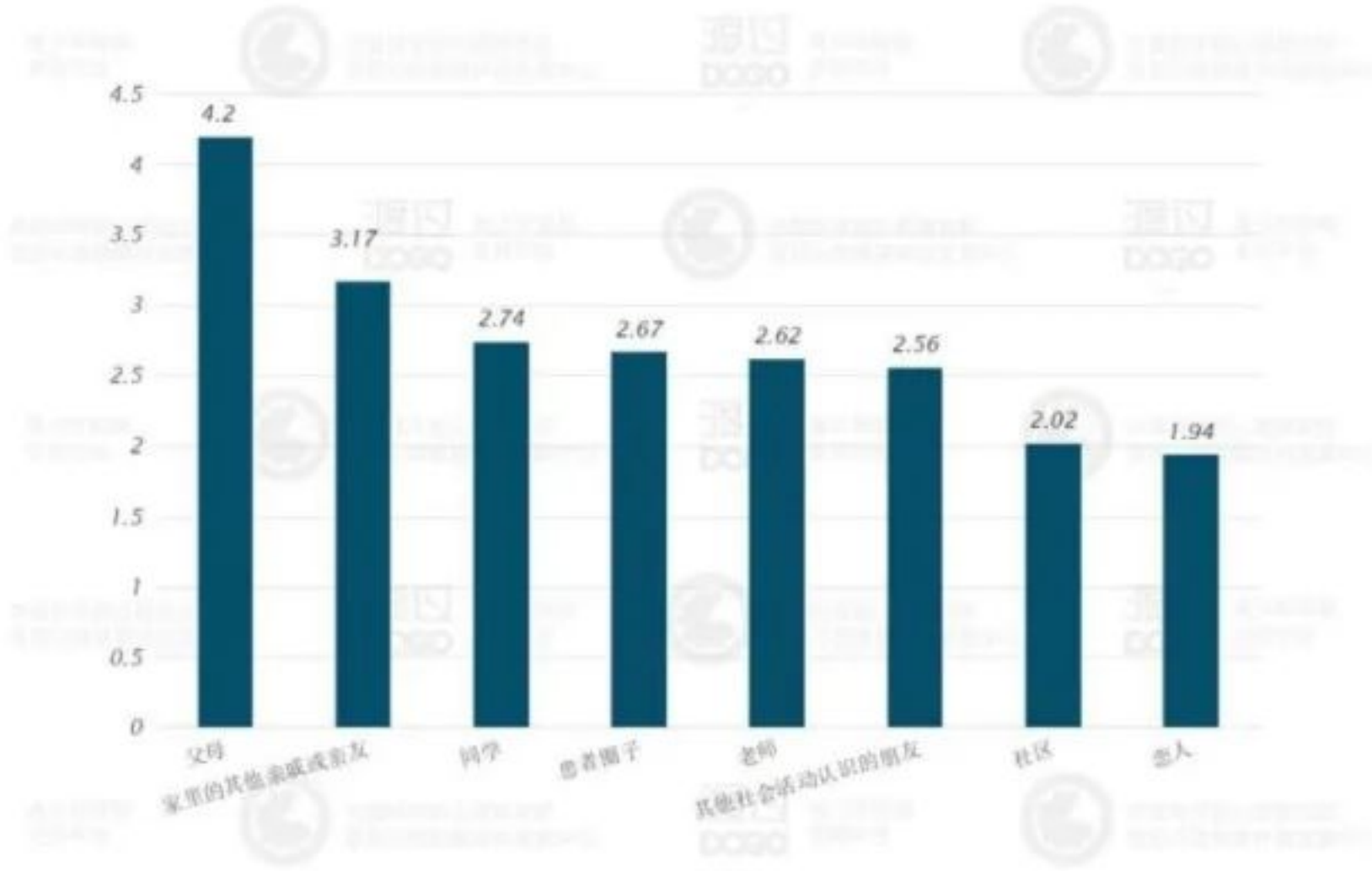


图 45 不同社交来源获得社会支持和关心的程度

3.4.1.7 休学对于抑郁康复的帮助

本次调研发现，绝大多数家长认为休学对孩子的抑郁康复有一定的积极作用，评分集中在 3 分和 4 分。具体来说，39.8%的家长认为休学对孩子的抑郁康复相当有用，32.1%的家长认为休学对孩子的抑郁康复一般有用，少数人认为休学没有明显帮助（1 分和 2 分），这部分人的比例相对较低（4.4%和 7.4%）。见图 46。

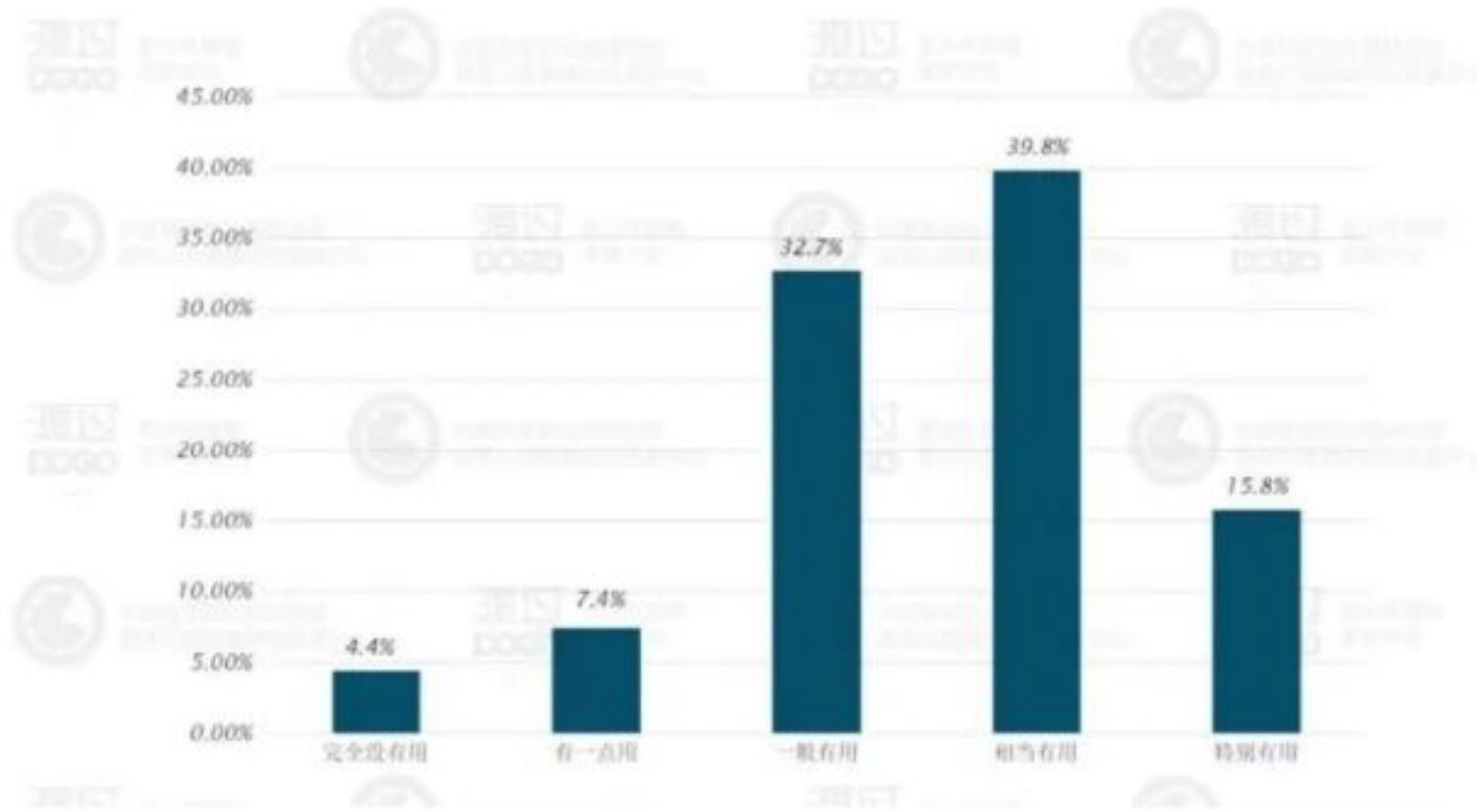


图 46 休学对于抑郁康复的帮助

3.4.2 休学的影响

3.4.2.1 休学与家长病耻感

独立样本 t 检验表明，孩子目前正在休学和未休学的家长病耻感存在显著差异 ($t=2.032, p<0.05$)。具体来说，正在休学的孩子家长的连带病耻感水平 (47.1 分) 显著高于未休学孩子的家长 (44.6 分)。见图 47。

孩子休学可能引发或加剧家长的病耻感可能有以下原因：一方面休学本身作为一种大众认知的“越轨”行为，会让孩子脱离正常的学习和社交环境，家长可能担心外界对孩子和家庭看法，产生较大的社会压力和自我责备。另一方面，休学的孩子及其家长可能会感到孤立和缺乏支持，增加了家长的负面情绪和病耻感。而且，休学意味着孩子的康复和重返正常生活的过程可能较为漫长，家长可能因未来的不确定性感到焦虑和无助。

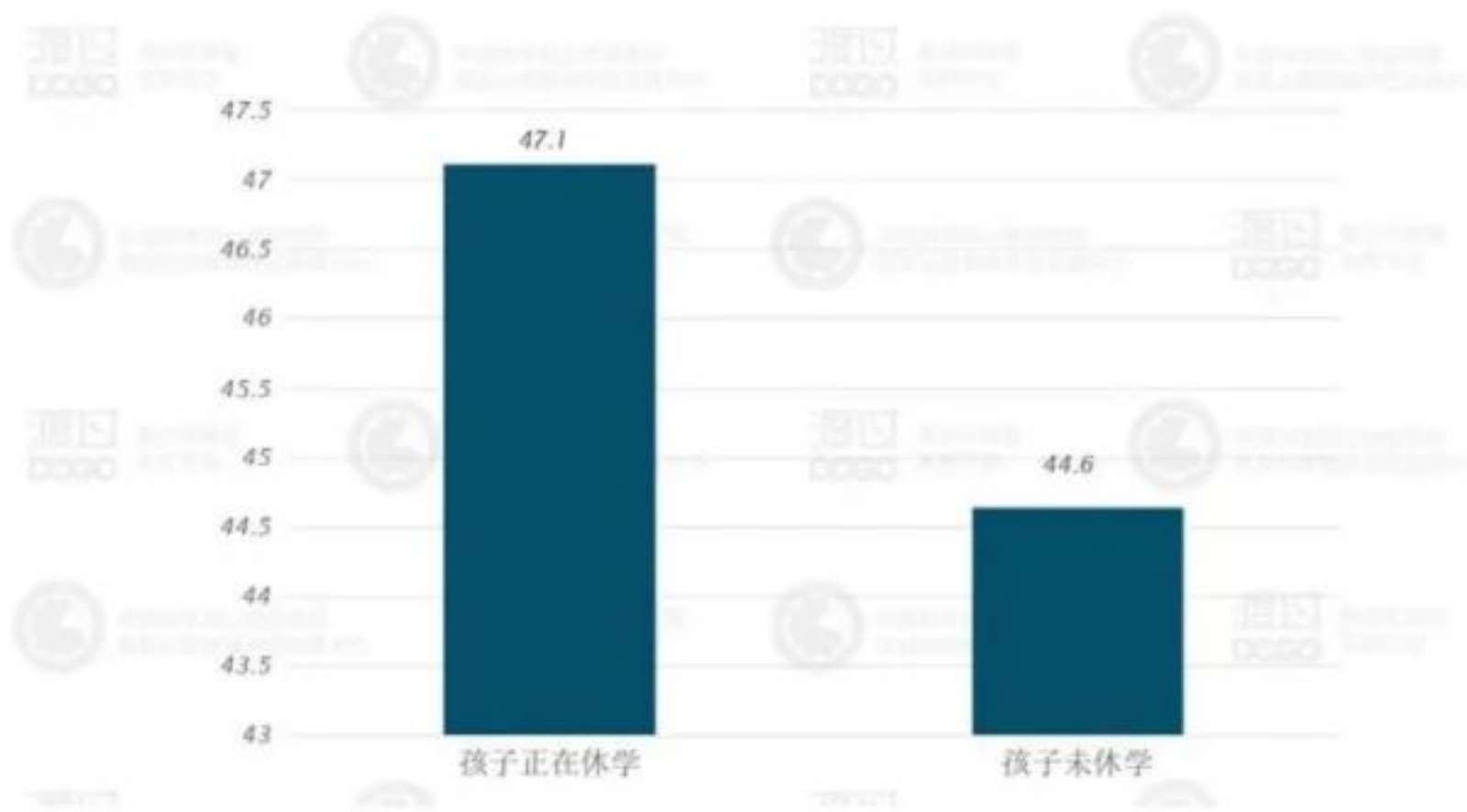


图 47 休学与家长连带病耻感

3.4.2.2 休学与家长照顾负担

独立样本 t 检验表明，孩子目前正在休学和未休学的家长感受到的照顾负担存在一定差异 ($t=1.914, p<0.1$)。具体来说，正在休学的孩子家长感受到的照顾负担 (62.1) 略高于未休学孩子的家长 (59.3)。见图 48。

一方面，休学的孩子需要更多的日常照顾和支持，家长需要投入更多的时间和精力来管理孩子的日常生活和学习，导致照顾负担增加；另一方面，休学可能会增加家庭的经济压力，如额外的医疗费用、辅导费用等，增加了家长的负担感。此外，休学带来的不确定性和对孩子未来的担忧，可能使家长感受到更大的心理压力和焦虑，从而增加照顾负担。

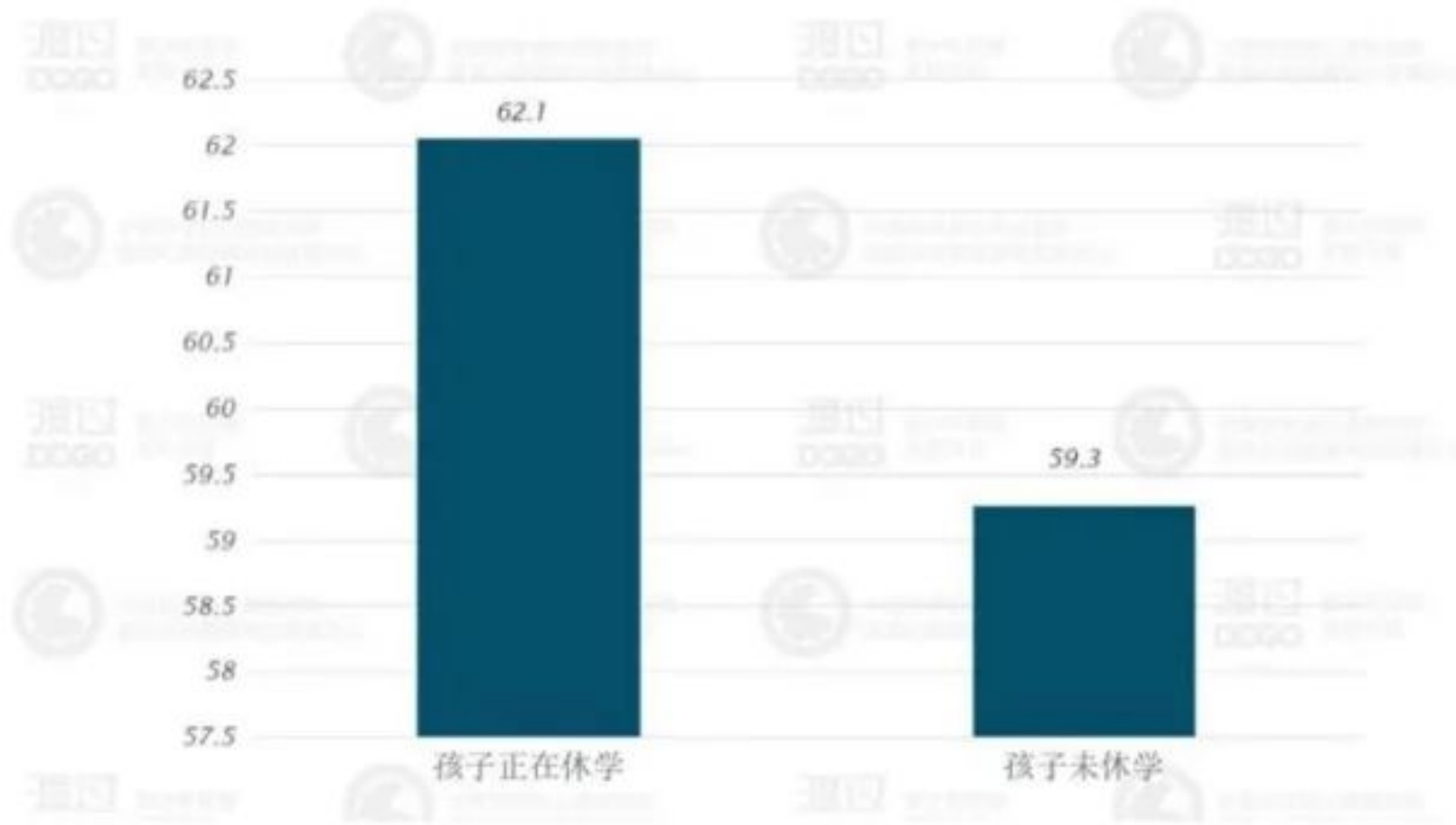


图 48 休学与家长照顾负担

3.4.2.3 休学与就诊延误

卡方检验表明，孩子是否休学的就诊延误程度存在显著差异 ($\chi^2=4, p<0.001$)。具体来说，正在休学孩子的家长对就诊延误的感知较低，更多认为就诊延误程度较低 (41.7%)，而未休学孩子的家长相对更少认为就诊延误程度较低 (31.2%)；正在休学和未休学孩子的家长对中等延误的感知相对接近 (30.2% vs. 29.5%)；未休学孩子的家长认为就诊延误程度较高的比例更大 (40.5%)，而休学孩子的家长这一比例较低 (27.1%)。见图 49。

一方面，休学可能影响治疗安排：休学的孩子可能有更多时间和机会进行治疗，家长因此感受到的就诊延误较少。未休学的孩子因为学业和日常生活的压力，可能导致治疗安排受到影响，家长因此感受到更多的就诊延误。另一方面，家长关注点不同：休学孩子的家长可能更关注孩子的治疗和康复，积极安排治疗计划，因此认为就诊延误较少。未休学孩子的家长可能对孩子的日常学业和治疗之间的平衡更为担忧，导致对就诊延误的感知更高。

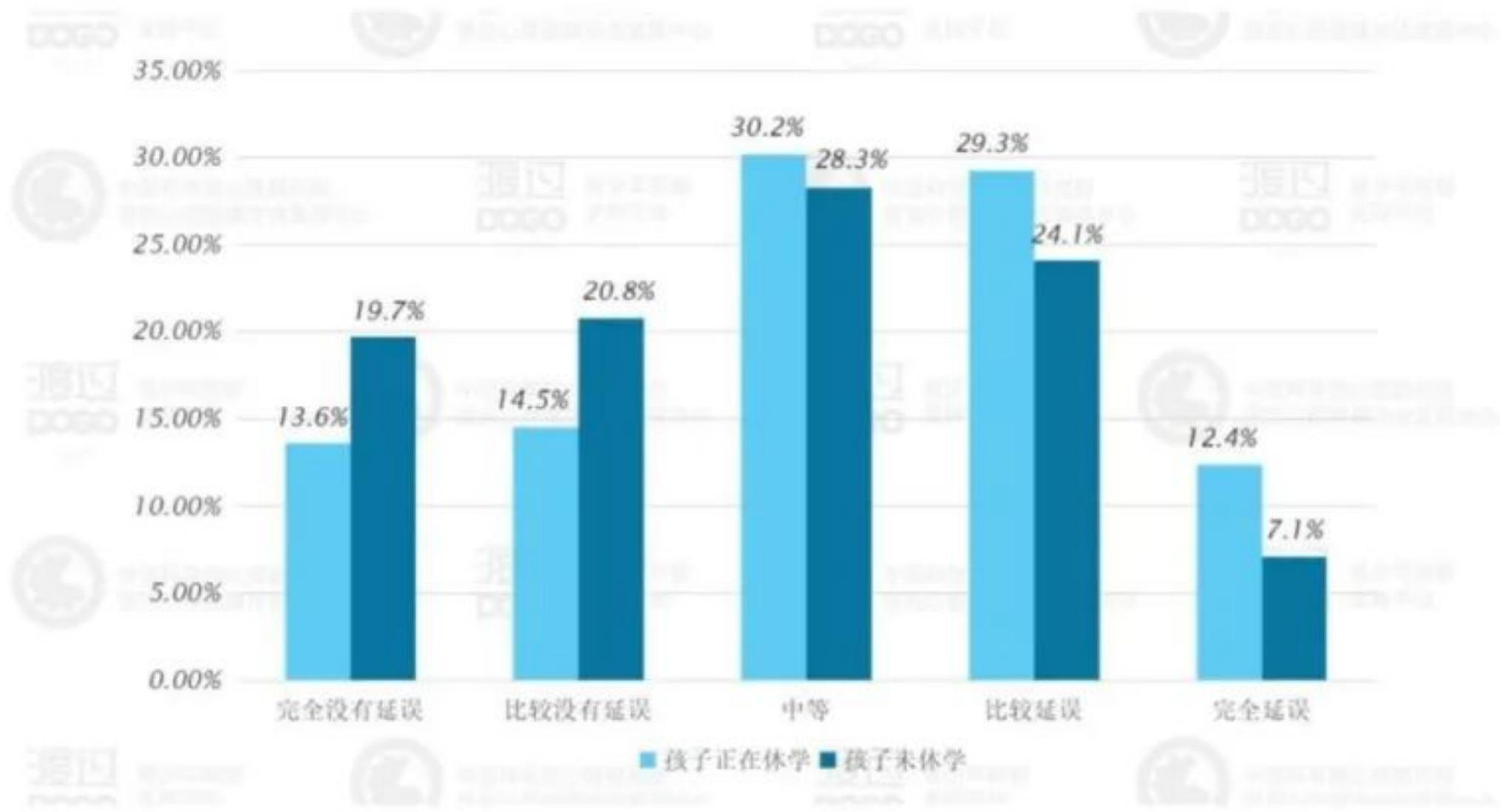


图 49 休学在就诊延误程度上的差异

3.4.3 复学情况

3.4.3.1 孩子复学整体情况

本次调研样本中，有休学经历的样本占总样本的 53.85%，其中孩子目前已复学的占比 52.7%，曾经经历过复学的占比 70.8%。

本次调研发现，复学次数的平均值为 1.72，标准偏差为 0.977，总体分布较为集中。中位数和众数都为 1，大多数孩子的复学次数集中在 1 次（53.9%），有 28.2%的孩子经历了 2 次复学，复学次数较多（3 次及以上）的孩子比例相对较少。见图 50。

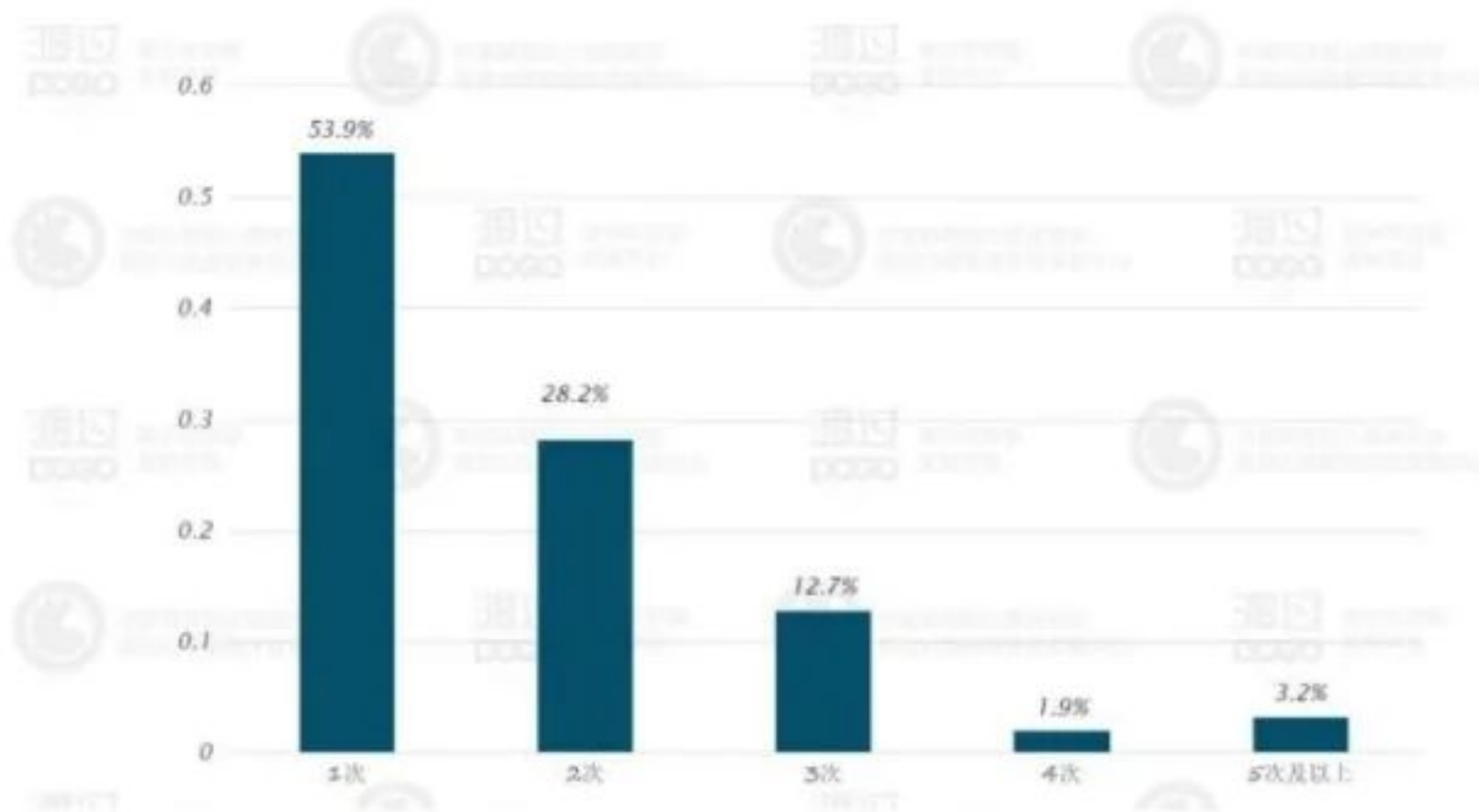


图 50 复学情况

3.4.3.2 家长对于孩子复学的态度

本次调研发现，57.5%的家长表示比较着急或非常着急（分别为 31.0%和 26.5%），这反映了他们对孩子尽快复学的强烈愿望，可能是因为担心孩子长期休学对学业和心理健康的不利影响。有 26.5%的家长表示一般着急。只有 16%的家长表示不太着急或完全不着急（分别为 9.8%和 6.2%）。见图 51。

大多数家长希望孩子尽快复学，这反映了他们对孩子尽快复学的强烈愿望，可能是因为担心孩子长期休学对学业和心理健康的不利影响。

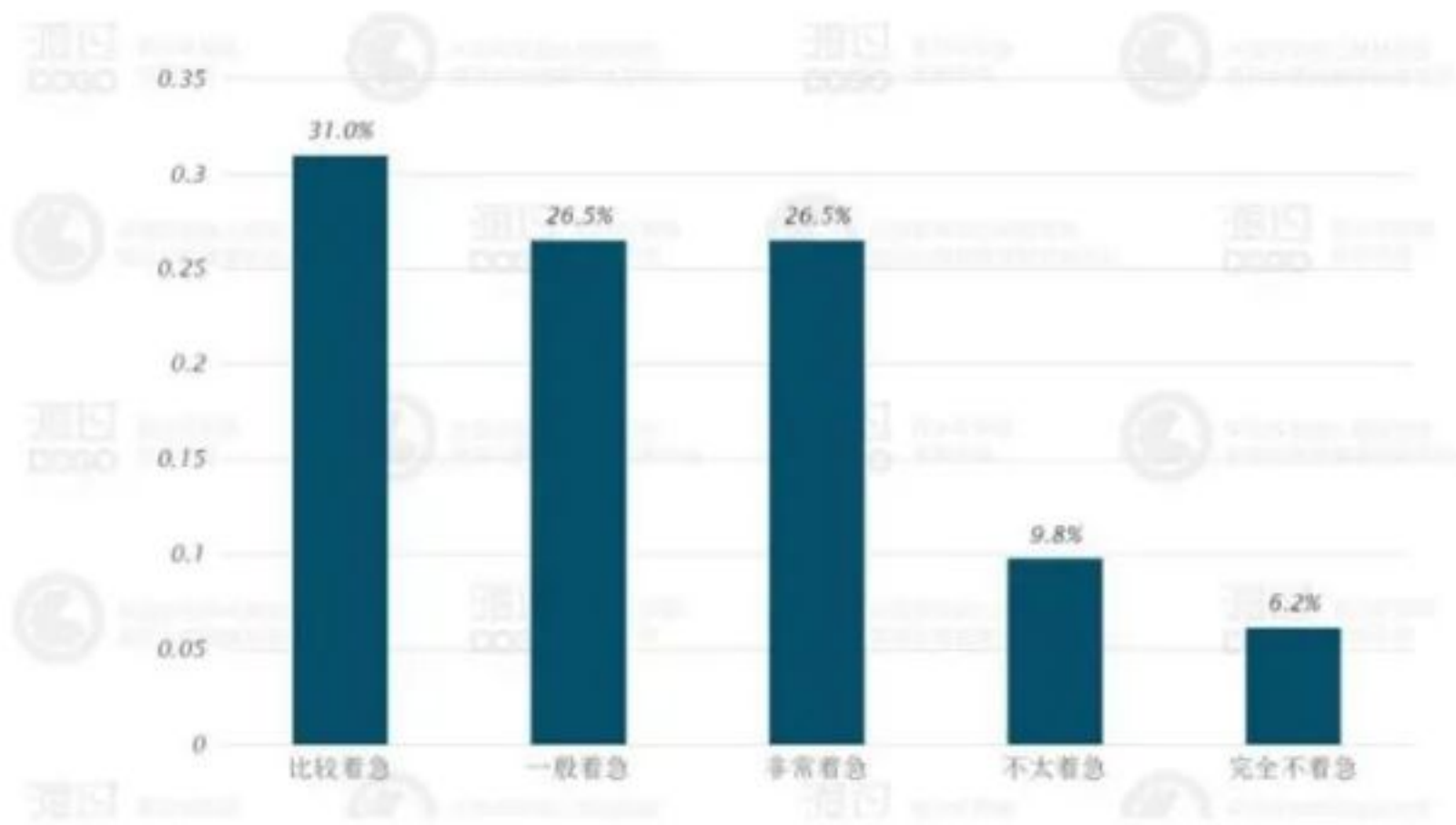


图 51 家长对复学的态度

3.4.3.3 复学过程中面临的主要困难

本次调研发现，在复学过程中，孩子们面临的主要困难集中在：无法适应复学后的学习压力和标准化管理、新环境和人际关系、以及主观上没有做好准备。见图 52。

学习压力和环境适应是最主要的挑战，反映了复学后的学业要求和社交压力的严峻性。同时，不少孩子主观上尚未做好复学准备，需要更多的心理支持和过渡时间。

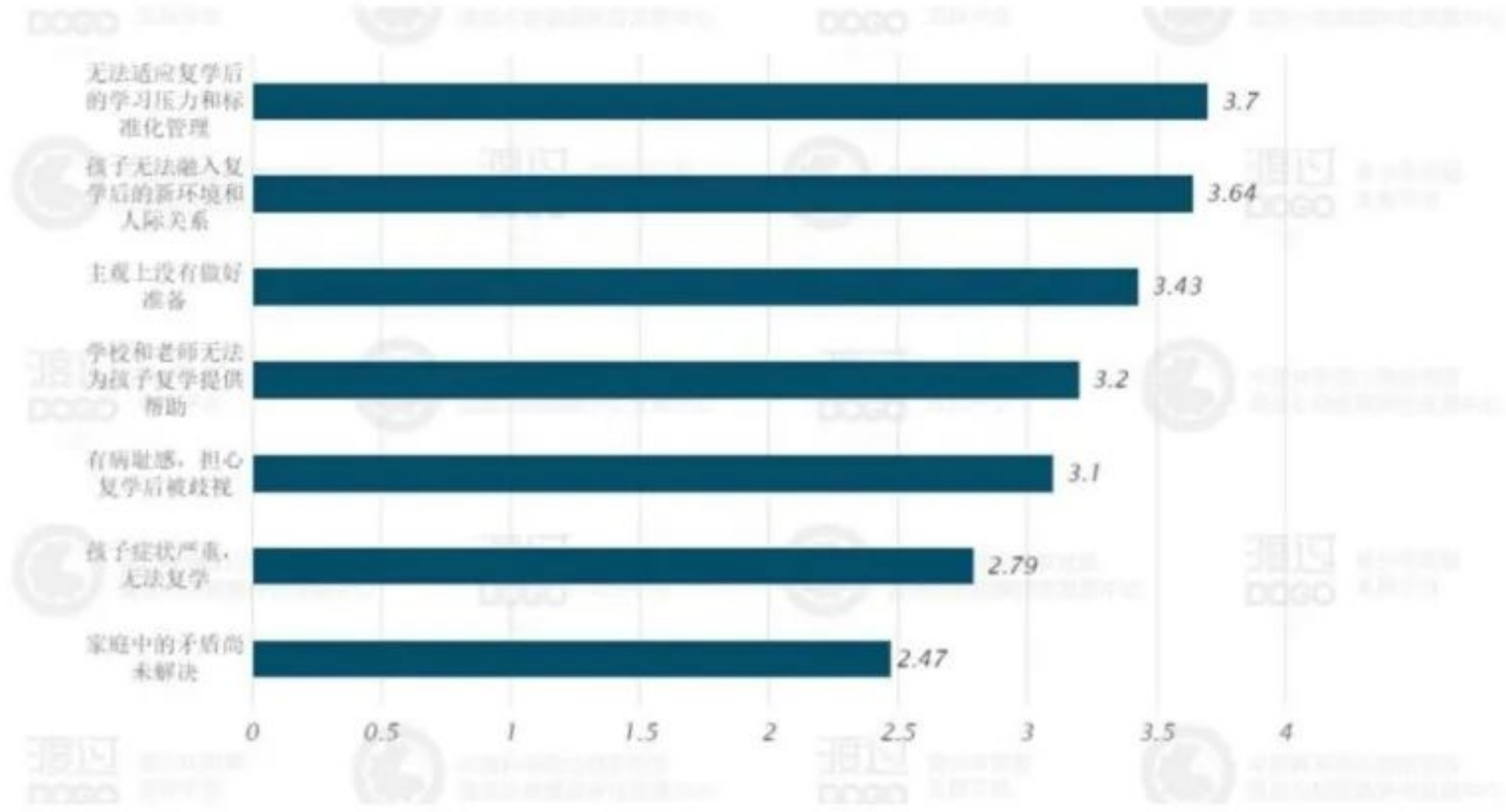


图 52 孩子在复学中面临的困难 (1-5 点评分, 分数越高代表越困难)

3.4.3.4 就诊延误与复学

卡方检验表明, 孩子是否复学的就诊延误程度存在显著差异 ($\chi^2=4, p<0.05$)。具体来说, 已复学孩子的家长认为就诊延误程度较低的比例更大 (完全没有延误 16.1%、比较没有延误 21.2%, 共 37.3%), 而未复学孩子的家长认为就诊延误程度较高的比例更大 (46.5%), 而已复学孩子的家长这一比例较低 (34.0%)。见图 53。

一方面, 已复学的孩子可能有更多的结构化时间安排和支持系统, 有助于及时治疗, 而未复学的孩子可能因缺乏结构化时间安排, 导致就诊延误更高。另一方面, 已复学孩子的家长可能更加关注孩子的学业和社交恢复, 因此感受到的就诊延误较少, 而未复学孩子的家长可能对孩子的全职治疗和康复进展更加关注, 导致对就诊延误的感知更高。

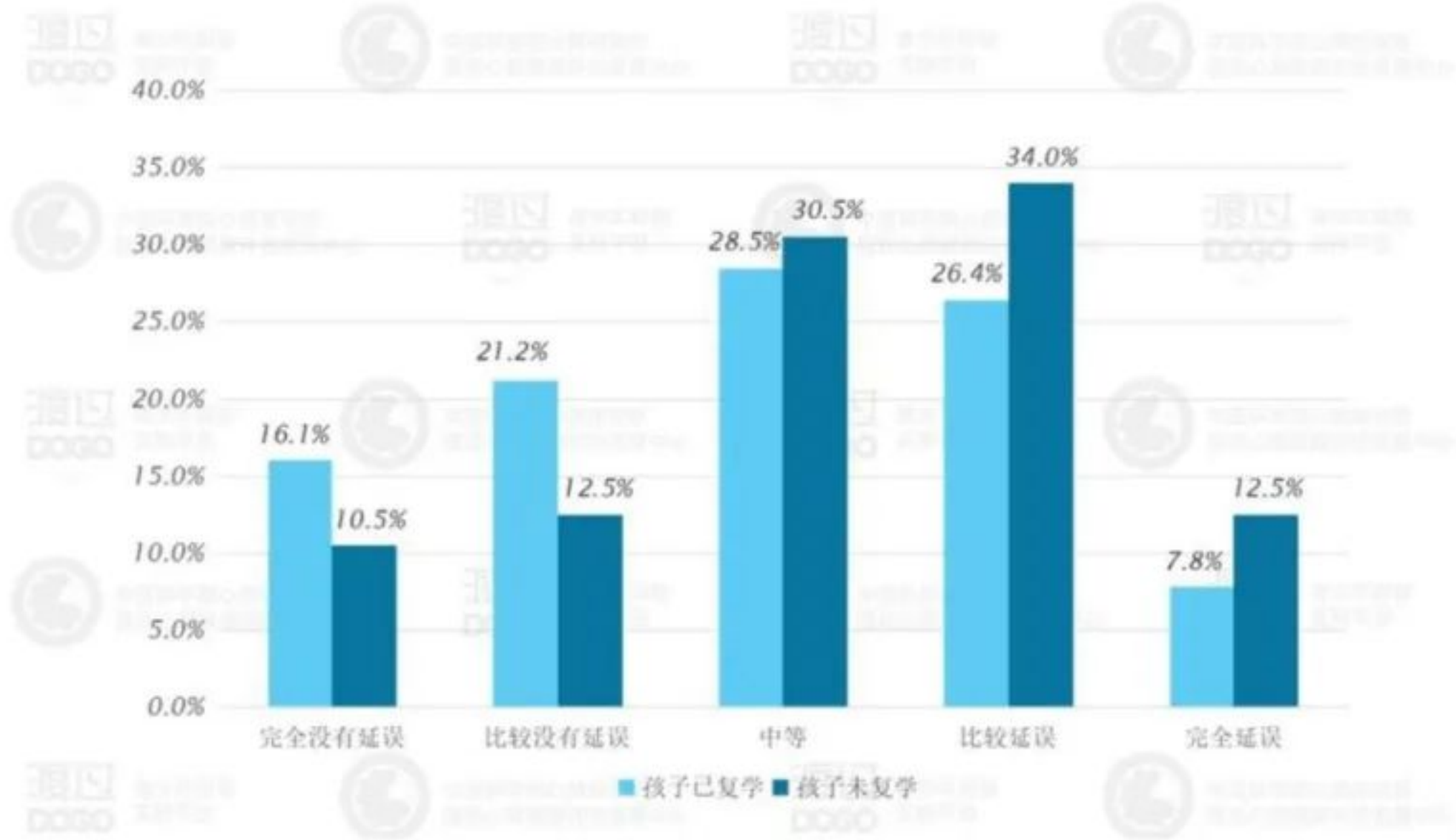


图 53 孩子复学在就诊延误程度上的差异

3.5 家长心理健康

3.5.1 家长心理健康整体情况

本次调查采用流调抑郁量表简版（CESD-9）作为测量工具。结果显示，患者家长的抑郁平均得分 10.58 分，标准差 6.58。以 10 分和 17 分为抑郁倾向和抑郁高风险的划界分，有 46.0% 的家长无抑郁倾向，有 33.8% 的家长有抑郁倾向，有 20.2% 的家长有高抑郁风险。见图 54。

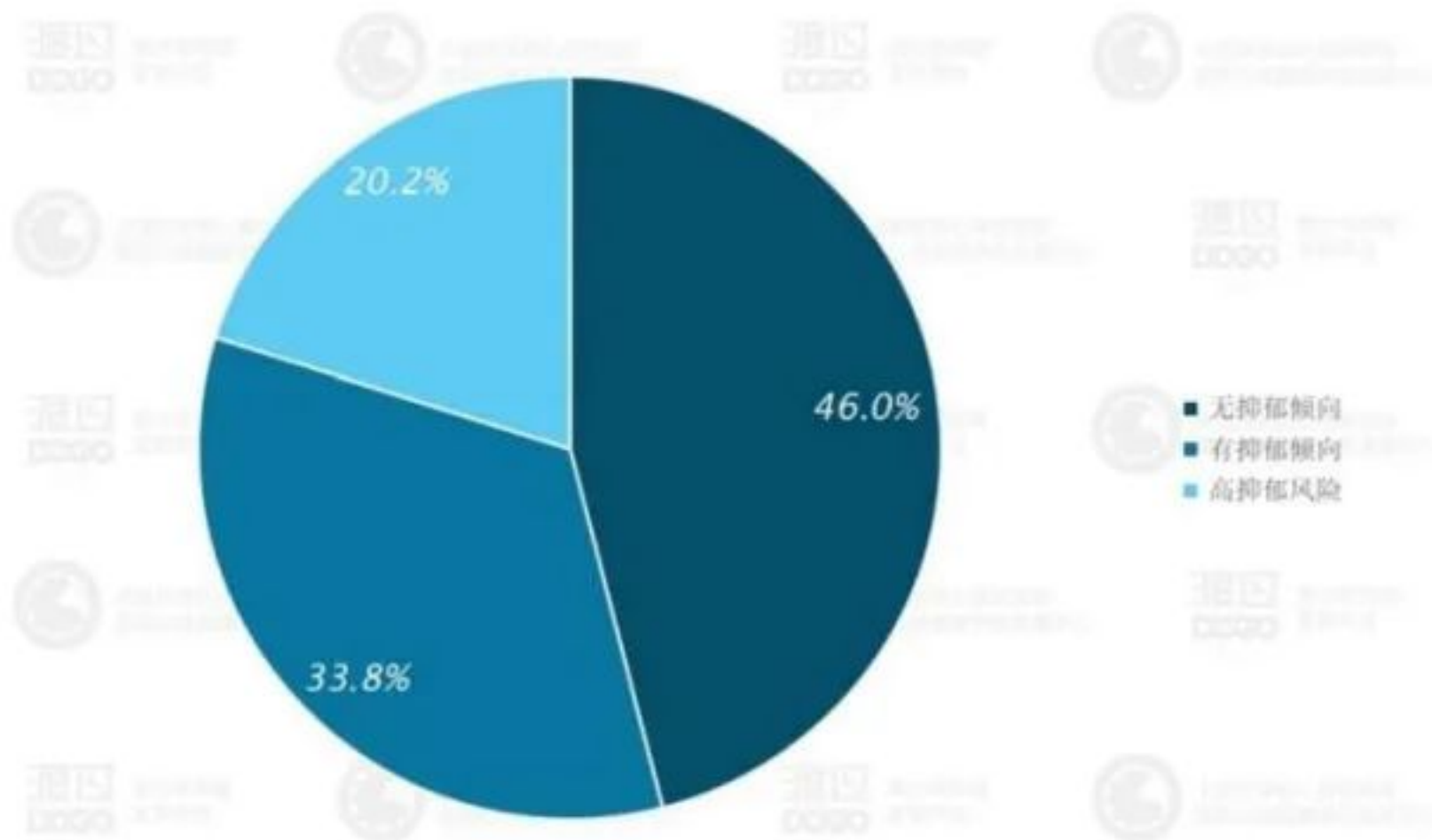


图 54 家长抑郁状况分布

3.5.1.1 家长性别差异

卡方检验表明，家长高抑郁风险存在显著性别差异 ($\chi^2=2, p<0.001$)。具体来说，男性家长中高抑郁风险占比 (24.8%) 显著高于女性家长 (17.1%)。见图 55。

社会通常对男性有更高的经济支撑和家庭责任的期望，这可能导致他们承受更大的压力。当面临子女患有抑郁症等心理健康问题时，这种压力可能会进一步加剧，增加了抑郁的风险。此外，文化也常常限制男性表达脆弱和寻求帮助的方式。因此，男性可能不如女性那样愿意或能够寻求社会支持和专业心理健康服务，这可能使他们更容易积累压力和负面情绪，从而增加抑郁风险。理解这些差异有助于为家长提供更有针对性的支持和干预措施，特别是在应对孩子的心理健康挑战时需要考虑到性别角色对心理健康的影响。

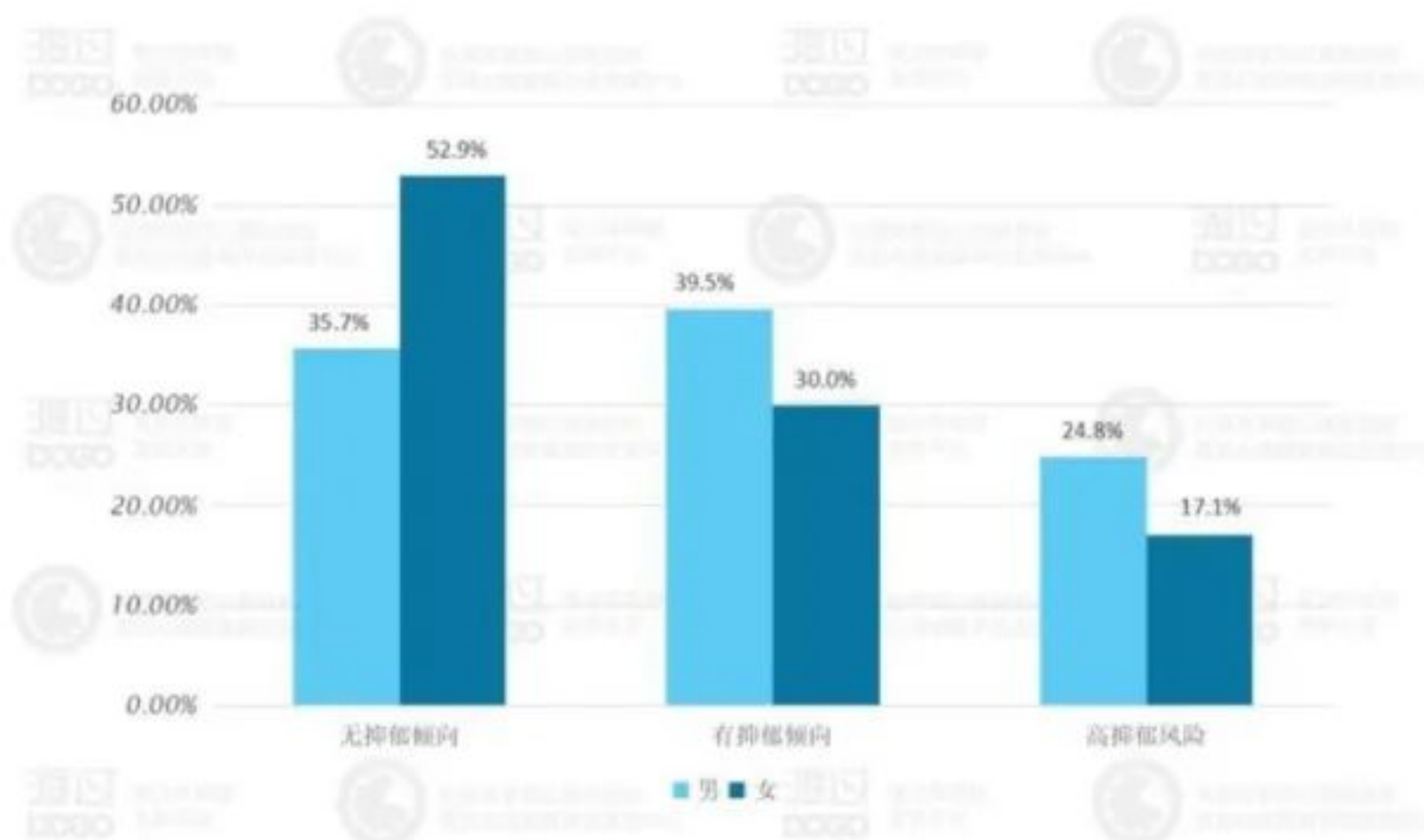


图 55 家长抑郁状况分布的性别差异

3.5.1.2 家庭经济状况

卡方检验表明，家庭可支配年收入不同的家长的抑郁状况存在显著差异 ($\chi^2=8, p<0.001$)。具体来说，家庭可支配年收入 5 万元以下和 5-10 万元的家长无抑郁倾向的人数占比分别为 35.4%、36.2%，显著低于家庭可支配年收入 10 万元以上的家长；而且，家庭可支配年收入 5-10 万元的家长高抑郁风险占比 23.7%，显著高于家庭可支配年收入 30 万元以上的家长。见图 56。

结果发现，家庭可支配年收入较低的家长抑郁风险更高。一方面可能是因为经济状况不佳会增加日常生活的压力，尤其是当家庭中有需要特别照顾的抑郁症患者时。医疗费用、教育支持等额外开销可能对这些家庭造成重大负担。另一方面，低收入家庭可能难以获得高质量的医疗和心理健康支持服务，这种服务的不足可能加剧了家长的心理压力，因为他

们难以为患病的孩子提供最佳照顾。

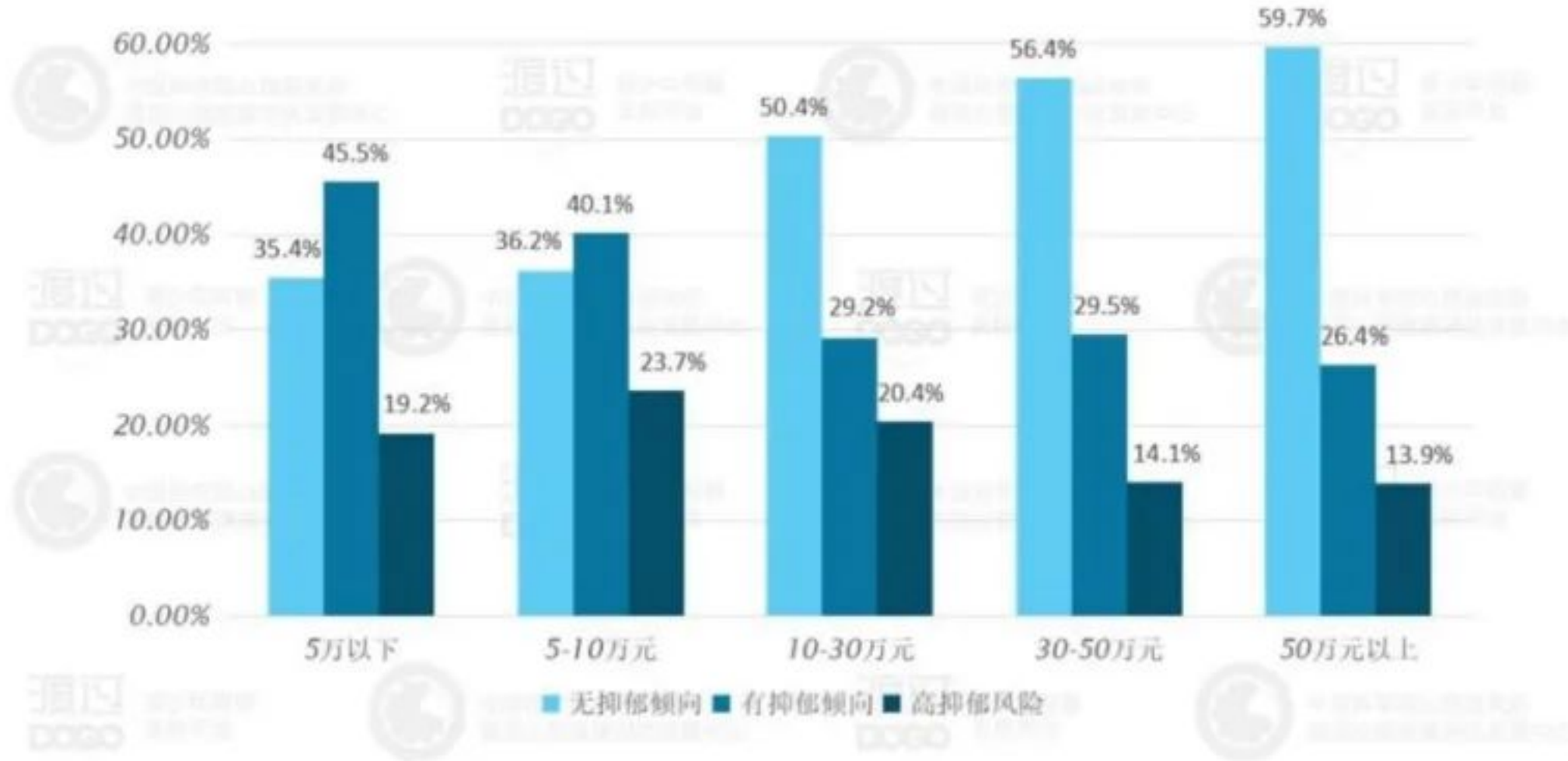


图 56 家庭可支配收入与家长抑郁状况

3.5.1.3 孩子性别与家长抑郁状况

卡方检验表明，孩子性别不同，家长的抑郁倾向存在显著差异 ($\chi^2=2, p<0.001$)。具体来说，男孩家长无抑郁倾向占比为 40.6%，显著低于女孩家长 (51.6%)；而且，男孩家长有抑郁倾向占比为 37.1%，显著高于女孩家长 (30.4%)。见图 57。

男孩和女孩在行为和心理发展上可能有差异，男孩可能更易表现出外向的行为问题，这可能对家长尤其是患者家长造成更大的应对挑战。

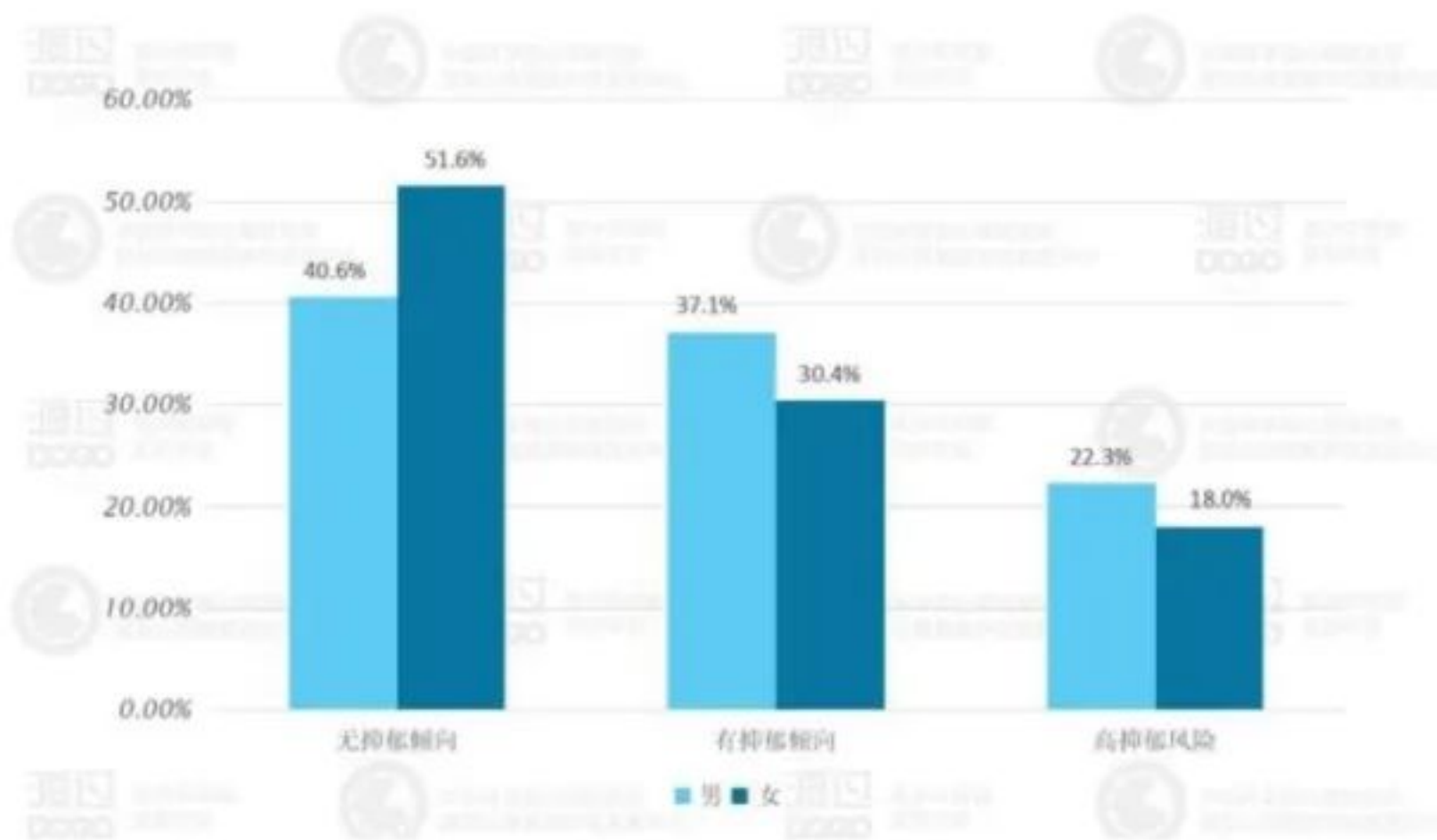


图 57 孩子性别与家长抑郁状况

3.5.1.4 孩子年龄段与家长抑郁状况

卡方检验表明，不同发展阶段的孩子家长的抑郁倾向和高抑郁风险比例均存在显著差异 ($\chi^2=4, p<0.05$)。具体来说，儿童的家长无抑郁倾向人数占比为 31.0%，显著低于青少年家长 (44.7%) 和成年早期家长 (50.2%)；而且，儿童家长的高抑郁风险人数占比为 28.2%，也显著高于青少年家长 (20.2%) 和成年早期家长 (18.1%)。见图 58。

在儿童阶段，家长需要投入大量的时间和精力来照顾孩子的基本生活需求和早期教育。如果孩子有特殊的健康或发展需求，这一挑战会更为严峻，可能导致家长感到更大的压力和焦虑。到了青少年阶段，孩子开始发展更多的自我独立性，可能会减轻家长的某些照护压力。此外，青少年能更有效地沟通自己的需求和问题，可能使得家长更容易管理和应对。进入成年早期，许多年轻人开始学业完成、就业或自立生活，进一步减少了对家长日常支持的需求，可能对家长的心理压力有进一步的缓解作用。

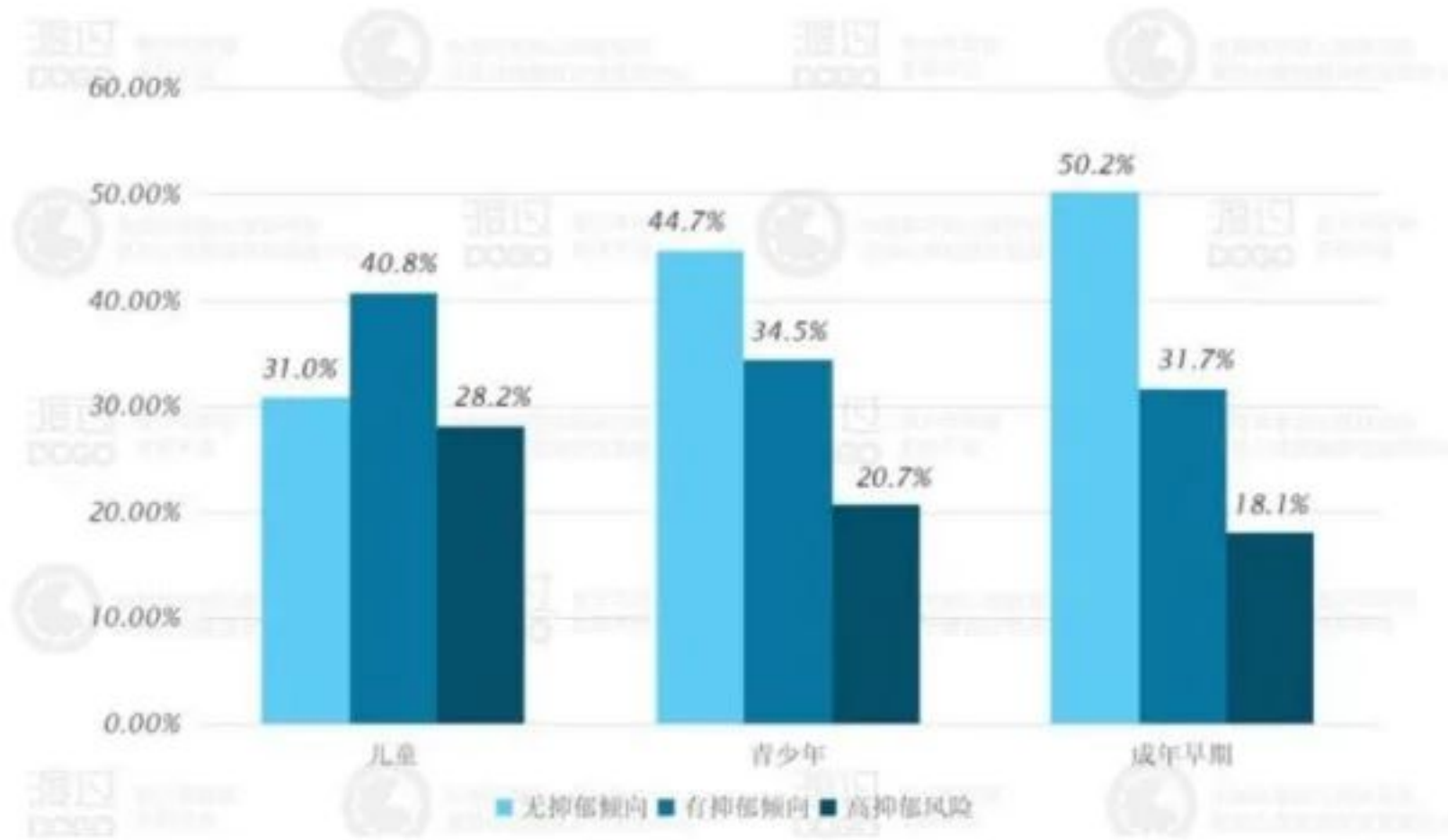


图 58 孩子年龄段与家长抑郁状况

3.5.1.5 孩子康复状况与家长抑郁状况

卡方检验表明，孩子康复状况不同，家长的高抑郁风险也存在显著差异 ($\chi^2=6, p<0.001$)。具体来说，孩子“持续有症状，未康复”的家长高抑郁风险人数占比显著高于其他组为 32.2%，孩子“无明显症状，回归正常社会生活中”的家长高抑郁风险人数占比最低为 12.0%。见图 59。

这一结果发现，孩子“持续有症状，未康复”组的家长表现出更高的高抑郁风险比例，反映出孩子健康状况对家长心理健康的重大影响。家长可能因为孩子的健康问题感到持续的心理压力和无助感。孩子“无明显症状，回归正常社会生活”的家长高抑郁风险比例最低，

这表明孩子的社会功能恢复对家长产生了正面的心理效应，可能减轻了家长的关心和担忧。

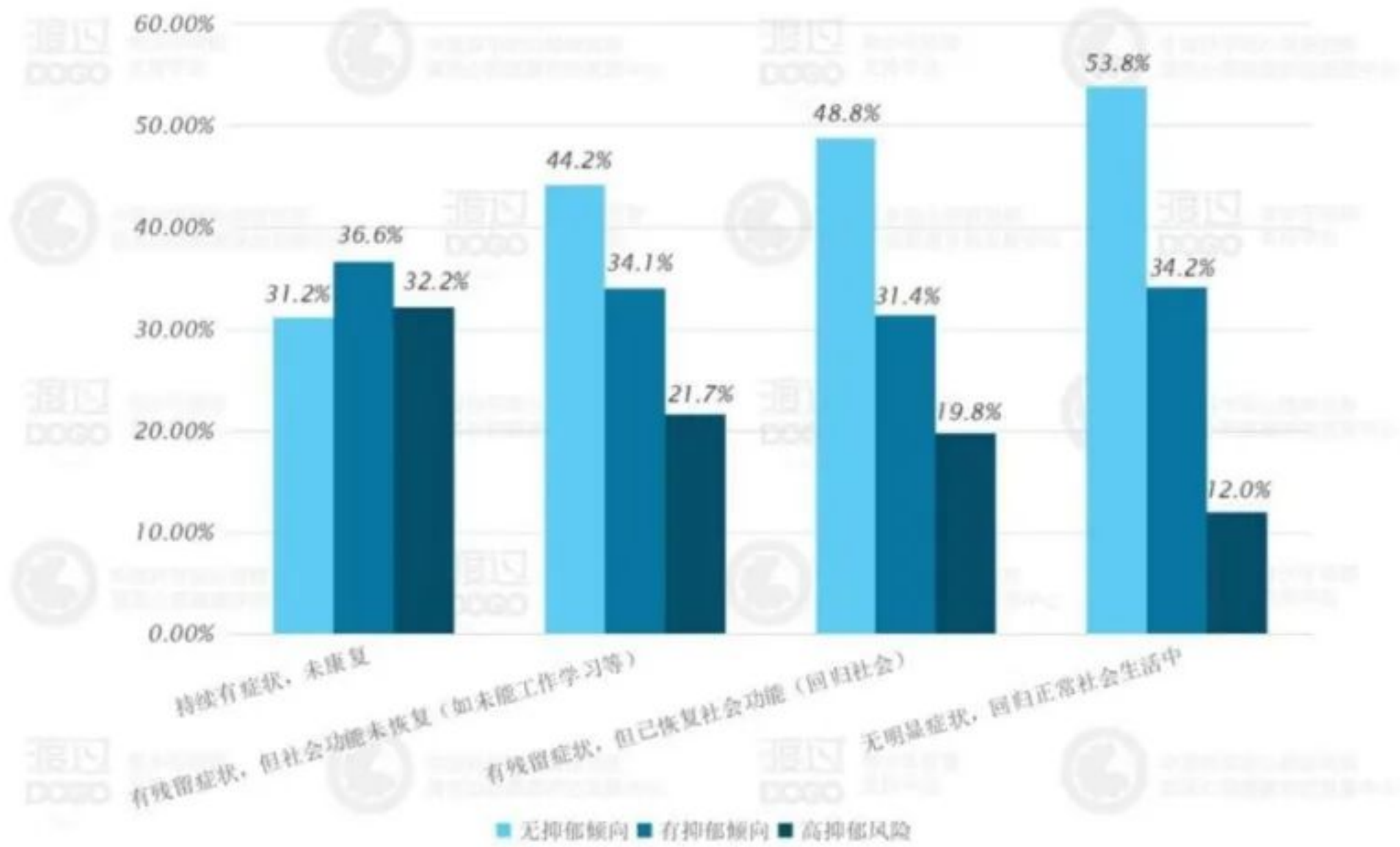


图 59 孩子康复状况与家长抑郁状况

3.5.1.6 孩子当前病情与家长抑郁状况

卡方检验表明，当前处在不同病情状况的孩子家长的抑郁倾向和高抑郁风险均存在显著差异 ($\chi^2 = 10, p < 0.001$)。具体来说，孩子处在“抑郁发作期，未治疗”和“已接受治疗，病情尚不稳定”阶段的家长中，高抑郁风险比例较高（分别为 33.8%和 29.6%），这可能是因为家长对孩子的疾病和治疗前景的不确定性感到焦虑和压力；孩子“已接受治疗，病情稳定”的家长高抑郁风险低于前两组（16.0%），表明家长可能开始适应孩子的健康状况和治疗过程，感到相对更多的心理安定；孩子“已痊愈，回归正常生活”的家长高抑郁风险比例最低（9.8%），显示出对疾病管理和适应有更好的心理调适。见图 60。

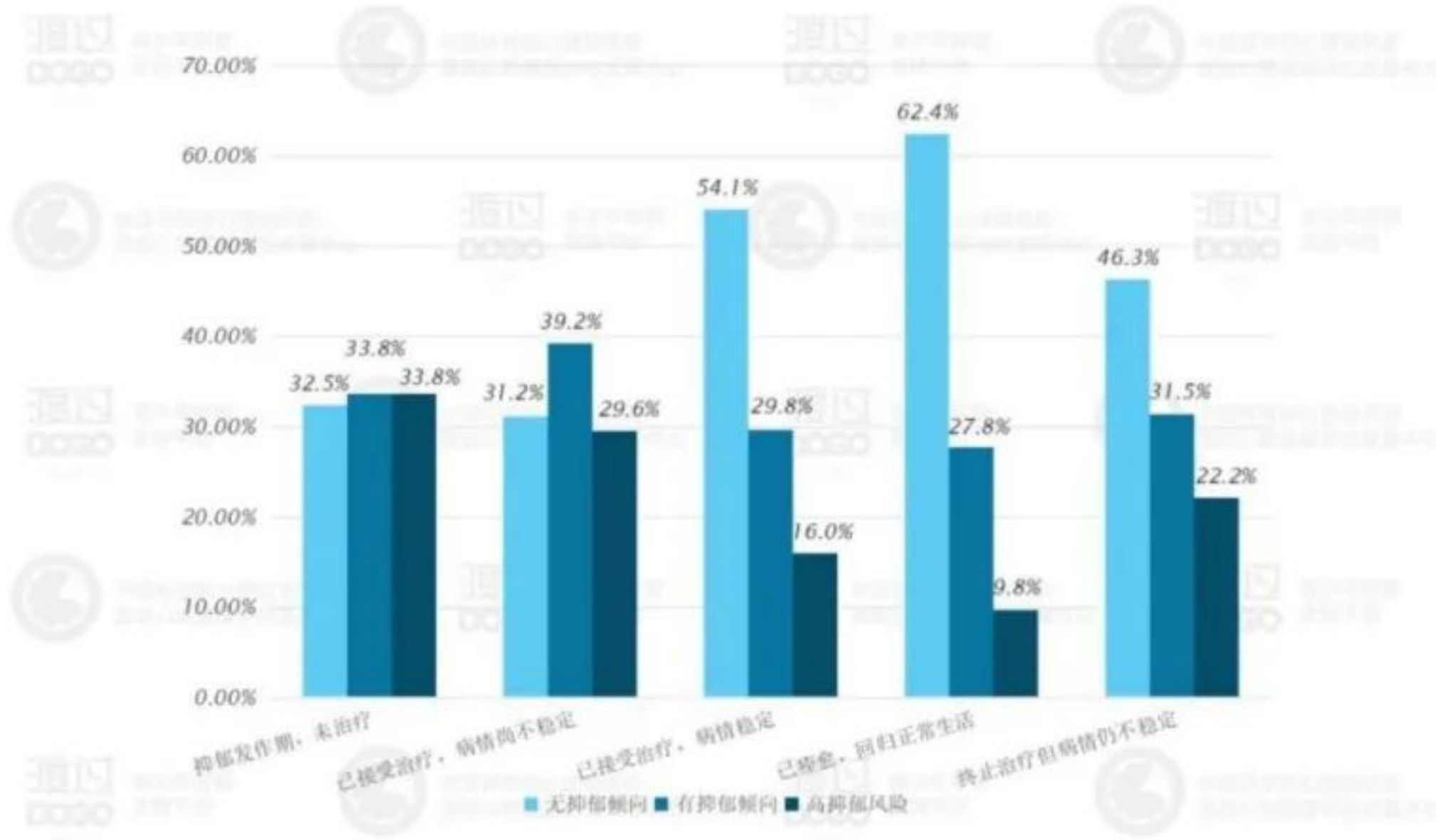


图 60 孩子病情与家长抑郁状况

3.5.1.7 孩子患病时长与家长抑郁状况

卡方检验表明，孩子患病时长不同的家长的抑郁状况分布存在显著差异 ($\chi^2=8$, $p<0.01$)。具体来说，孩子患病时长为 3 个月以下的家长有抑郁倾向的比例最高，为 50.0%；孩子患病时长越长的家长有抑郁倾向的比例相对更低，孩子患病时长 1-4 年及 4 年以上的家长有抑郁倾向的比例为 29.6%、29.1%。可能在确诊初期对疾病的不确定性较高，随着时间的推移和治疗的进行，家长的应对能力得到增强，家长的抑郁状况表现出逐渐稳定和改善的趋势，逐渐适应孩子的病情和治疗。见图 61。

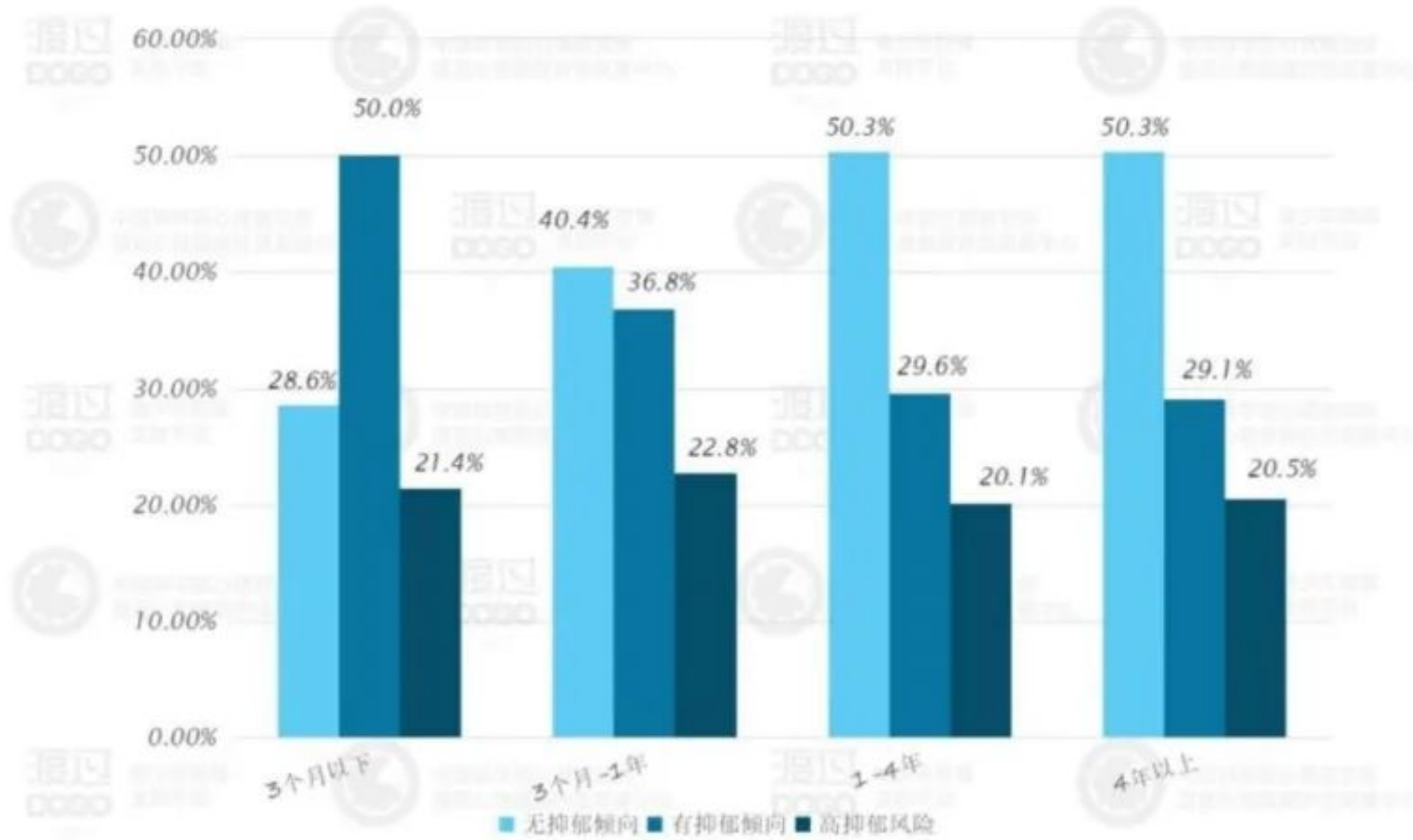


图 61 孩子患病时长与家长抑郁状况

3.5.1.8 加入社群与家长抑郁状况

卡方检验表明，加入渡过社群时长的不同的家长的抑郁状况分布存在显著差异 ($\chi^2=14, p<0.01$)。具体来说，加入渡过一年至三年以上的家长，无抑郁倾向的比例最高为 61.3%，有抑郁倾向的比例为 19.7%，高抑郁风险的比例最低为 19.0%，见图 62。加入渡过时间较长的家长的高抑郁风险比例显著低于其他家长，这可能表明社群支持对缓解心理压力和提高情绪管理有积极效果，长期参与社群的家长可能更好地适应了孩子的抑郁症状和治疗需求，他们可能学会了如何管理和应对孩子的情绪，同时也可能从社群中获得了更多支持和资源。

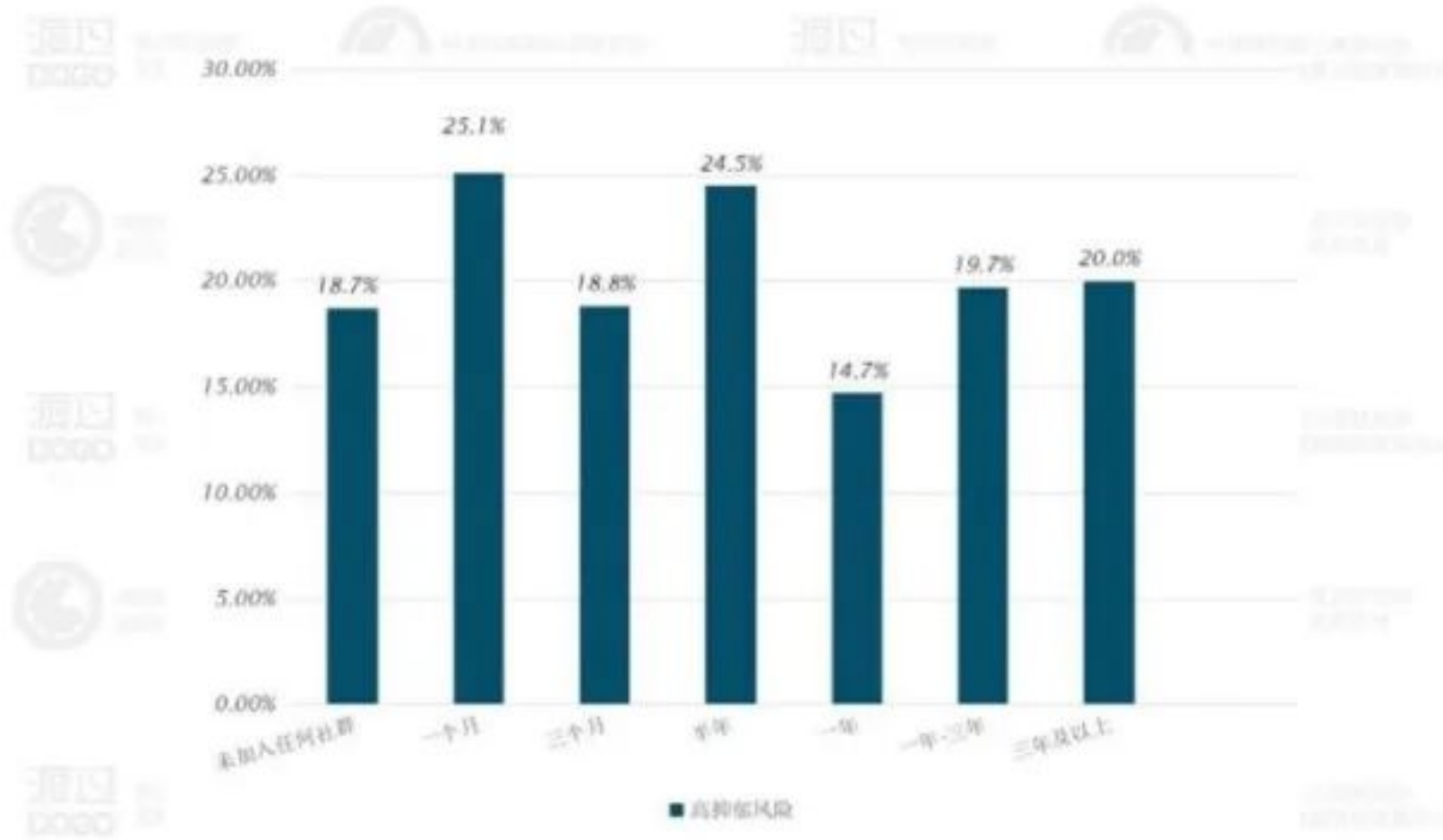


图 62 加入渡过社群时长与家长高抑郁风险比例

3.5.2 家长照顾负担

3.5.2.1 家长照顾负担整体情况

本次调研发现，总体来说，家长照顾负担较大。具体来说，近半数家长（49.20%）的照顾负担为重度，超过三分之一家长（38.70%）照顾负担为中度，认为自己照顾负担为轻度的家长仅占比为 12.20%。见图 63。

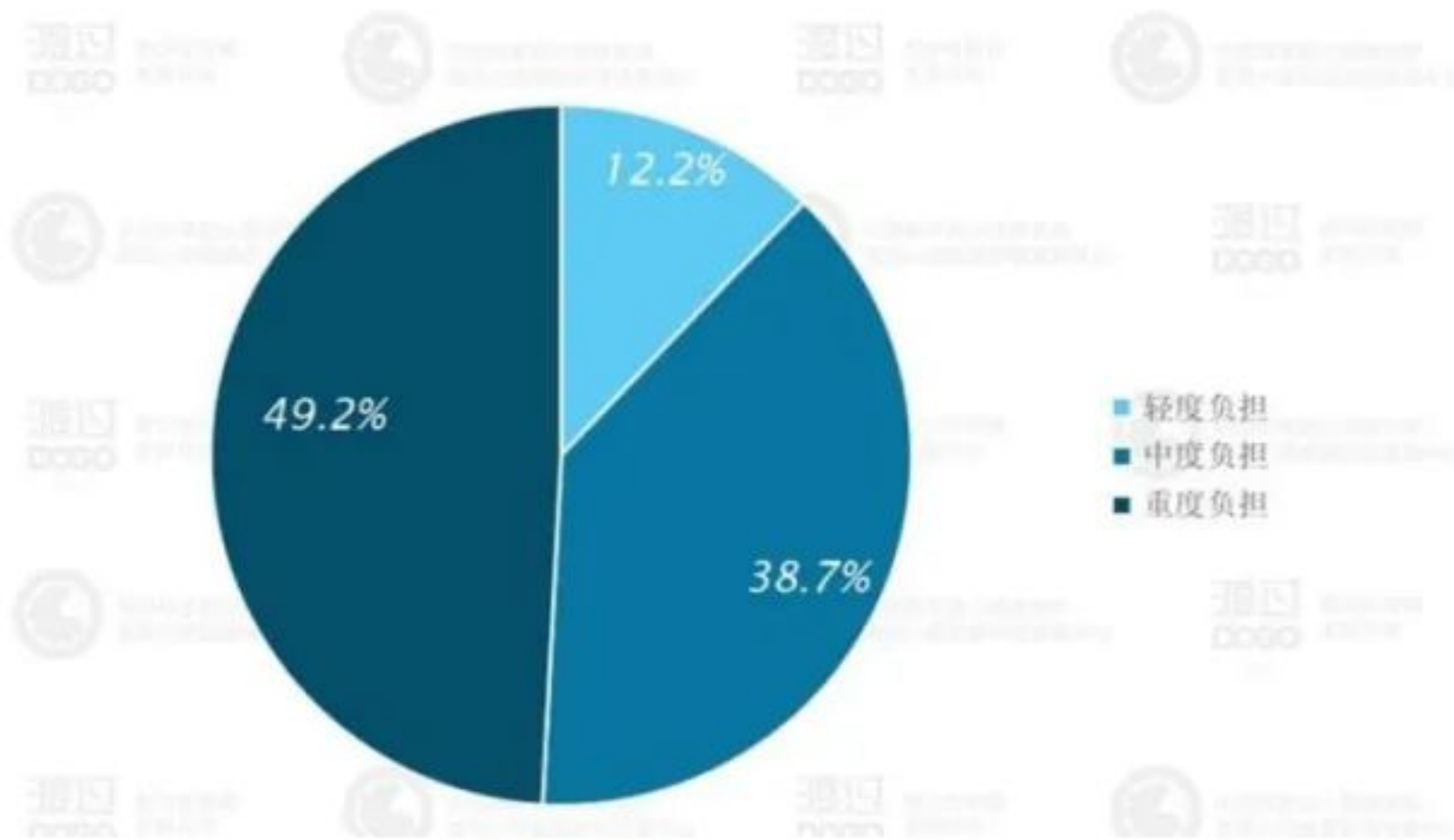


图 63 家长照顾负担状况

3.5.2.2 家长性别与家长照顾负担

卡方检验表明，家长感知到的照顾负担存在显著性别差异 ($\chi^2=2, p<0.05$)。具体来

说，男性家长中 56.2% 报告感受到较高的照顾负担，33.1% 感受到中等负担，而 10.8% 感受到较低的负担；女性家长中 45.3% 报告感受到较高的照顾负担，41.8% 感受到中等负担，而 13.0% 感受到较低的负担。见图 64。总的来说，男性家长感受到的照顾负担显著高于女性家长。

在社会期望和文化背景中，女性往往被期望担当照顾者的角色，可能更熟悉并且更能适应照顾任务。相比之下，男性可能不那么习惯于传统的照顾者角色，因此在面对照顾抑郁症孩子时可能感到更大的压力和挑战。另外，男性可能较少表达和分享他们的压力感受，这可能导致内心的压力积累，感受到更高的照顾负担；女性可能更频繁地通过社交或求助来缓解压力，这有助于减轻负担感。

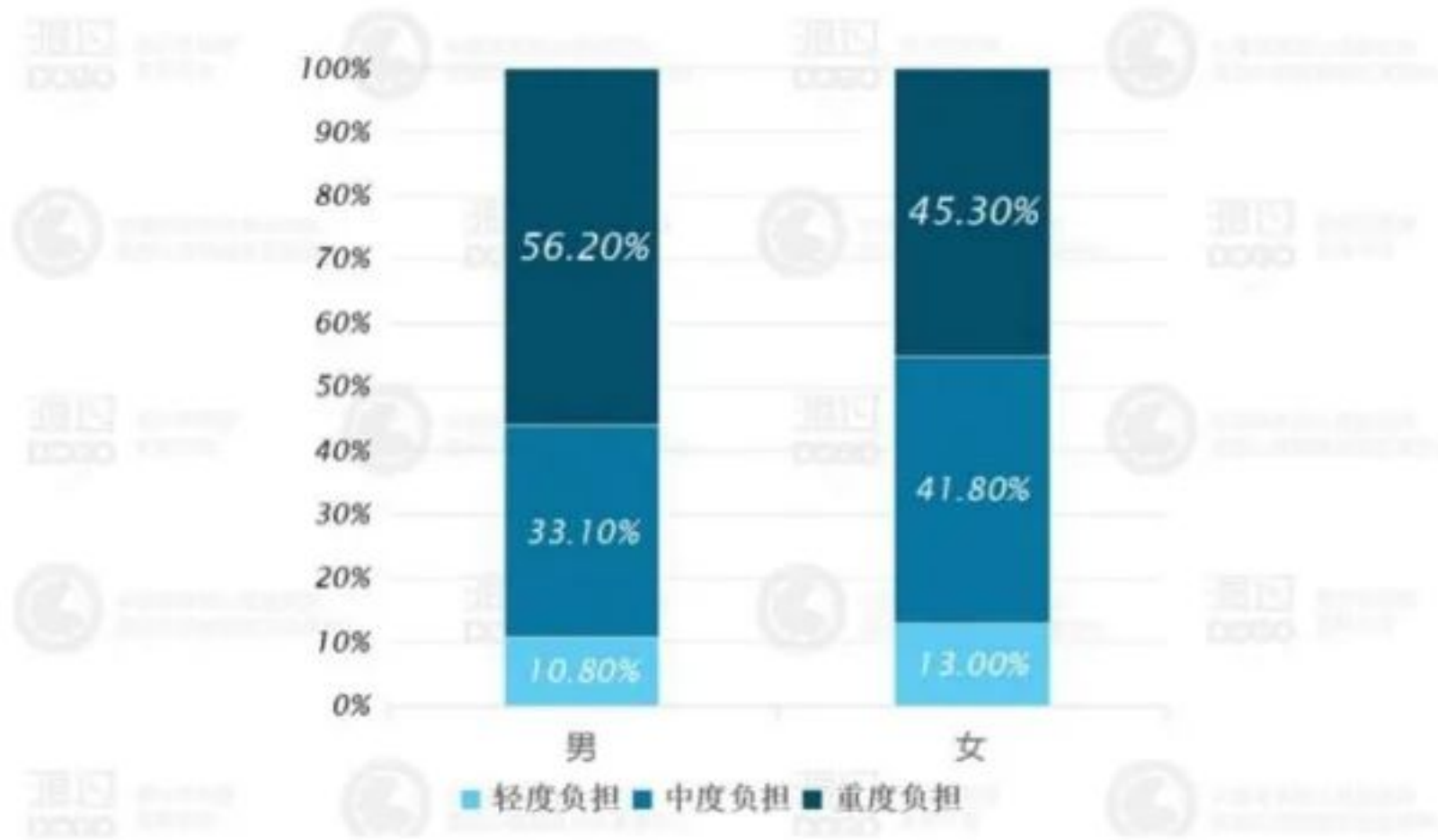


图 64 家长照顾负担的性别差异

3.5.2.3 孩子年龄段与家长照顾负担

单因素方差分析表明，孩子处在儿童期的家长感受到的照顾负担显著高于青少年时期和成年早期的家长 ($F=3.52, p<0.05$)，其中儿童期家长主观感知到的负担显著高于其他家长 ($F=4.38, p<0.05$)。见图 65。

儿童期的孩子在情感和日常生活上对家长的依赖性更高。家长需要花费大量时间和精力来照顾孩子的基本生活需求及情感需求，这可能是儿童期家长感受到更大负担的主要原因。

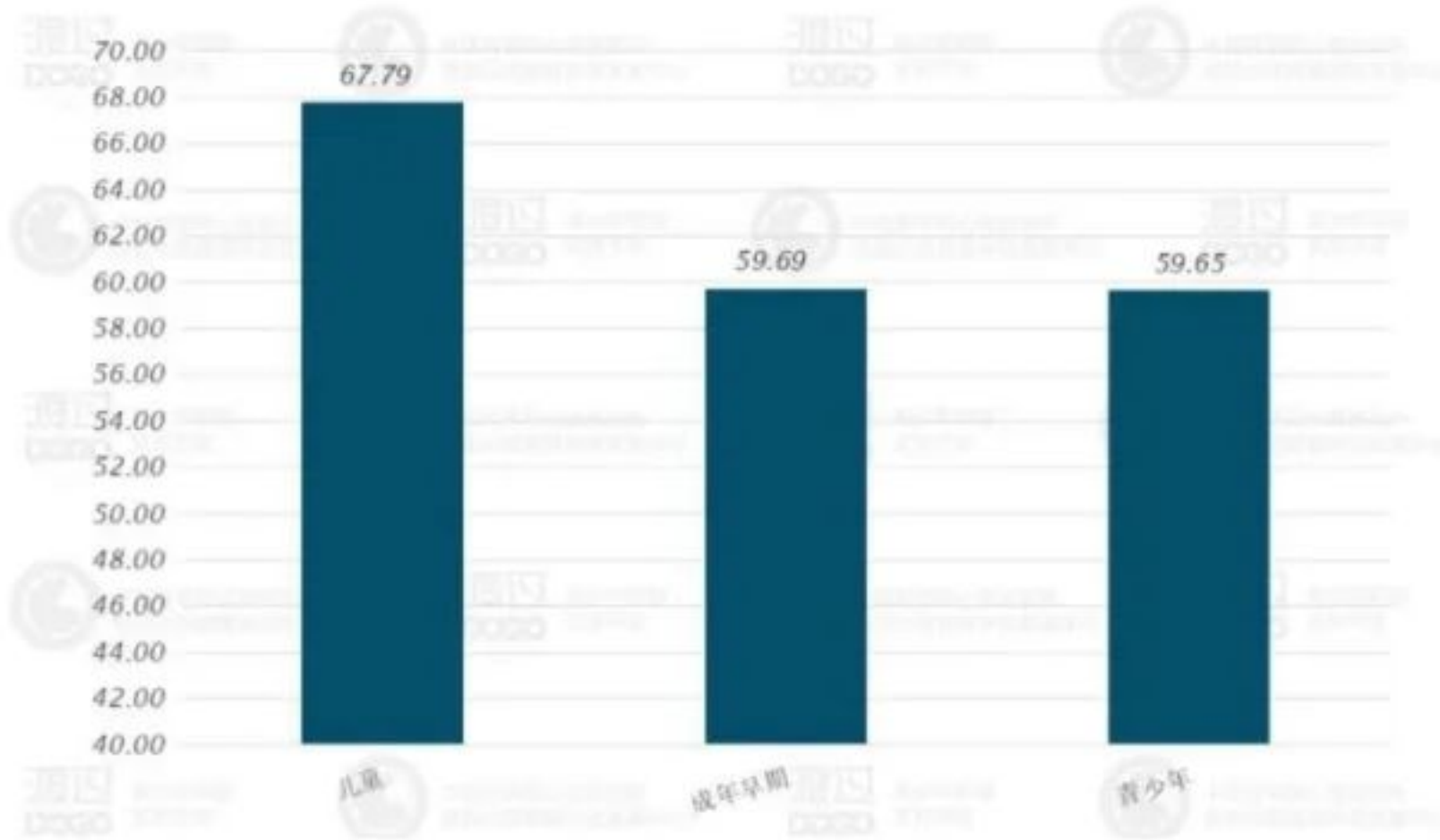


图 65 孩子发展阶段与家长照顾负担

3.5.2.4 孩子当前病情与家长照顾负担

单因素方差分析表明，“孩子抑郁发作期，未治疗”和“孩子已接受治疗，病情尚不稳定”的家长感受到的照顾负担显著高于“孩子已接受治疗，病情稳定”和“孩子已痊愈，回归正常生活”的家长 ($F=7.33, p<0.001$)。见图 66。

在孩子抑郁症发作初期或病情未稳定时，不确定性和对孩子健康的担忧是家长感受到巨大负担的主要原因，家长可能对如何有效帮助孩子或对治疗的结果缺乏把握。另外，未治疗或病情不稳定的孩子可能表现出更为剧烈的情绪波动和行为问题，这要求家长投入更多的精力和耐心进行日常管理和应对。随着孩子病情的稳定和痊愈，家长所需应对的紧急和严重情况减少，心理负担相应降低，治疗的积极进展为家长带来希望，减轻压力。孩子终止治疗且病情不稳定，可能再次发病，这种反复的病程使得家长的负担感有所上升。

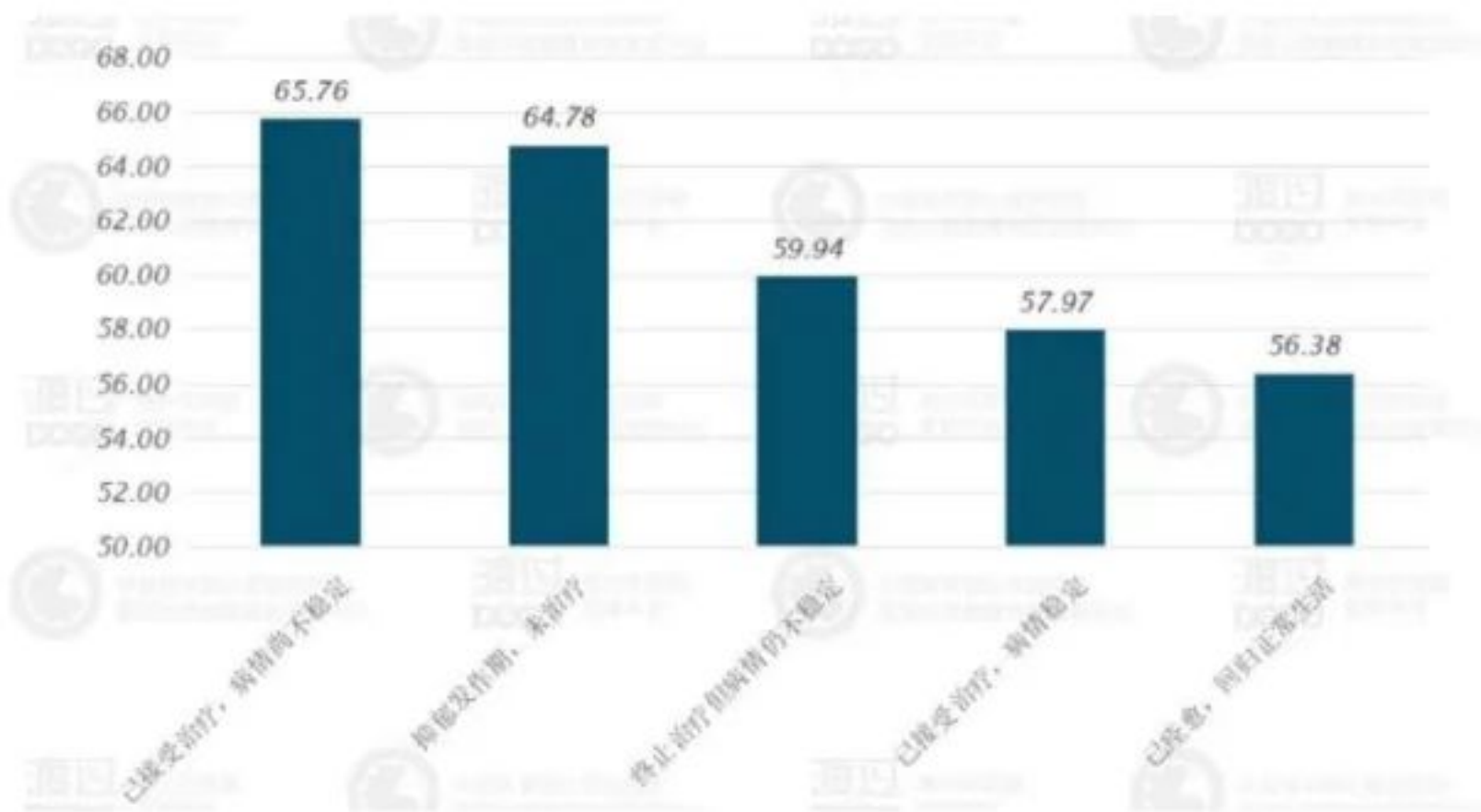


图 66 孩子病情与家长照顾负担

3.5.3 家长病耻感

3.5.3.1 家长病耻感整体情况

家长的“病耻感”现象在青少年心理健康问题中比较常见，而家长的病耻感对于孩子的抑郁康复也有一定影响。在本次调研中，总体来看，家长的连带病耻感水平为中等，得分均值 45.35 分（总分为 22~88 分），标准差 14.60。

3.5.3.2 孩子当前病情与病耻感

单因素方差分析表明，不同病情的孩子家长的连带病耻感水平存在显著差异 ($F=6.00, p<0.001$)。具体来说，孩子“已痊愈，回归正常生活”的家长连带病耻感水平最低，而孩子“已接受治疗，病情尚不稳定”的家长连带病耻感水平最高。见图 67。

孩子处在“抑郁发作期，未治疗”阶段，家长可能会面临更多的外界压力和内心负担，感到无助和孤立，因此病耻感水平较高。而孩子处在“已接受治疗，病情尚不稳定”家长病耻感最高，可能是因为虽然进行了治疗，但还没看不到明显的疗效，容易产生焦虑和无力感，外界的关注和质疑可能会增加家长的病耻感。

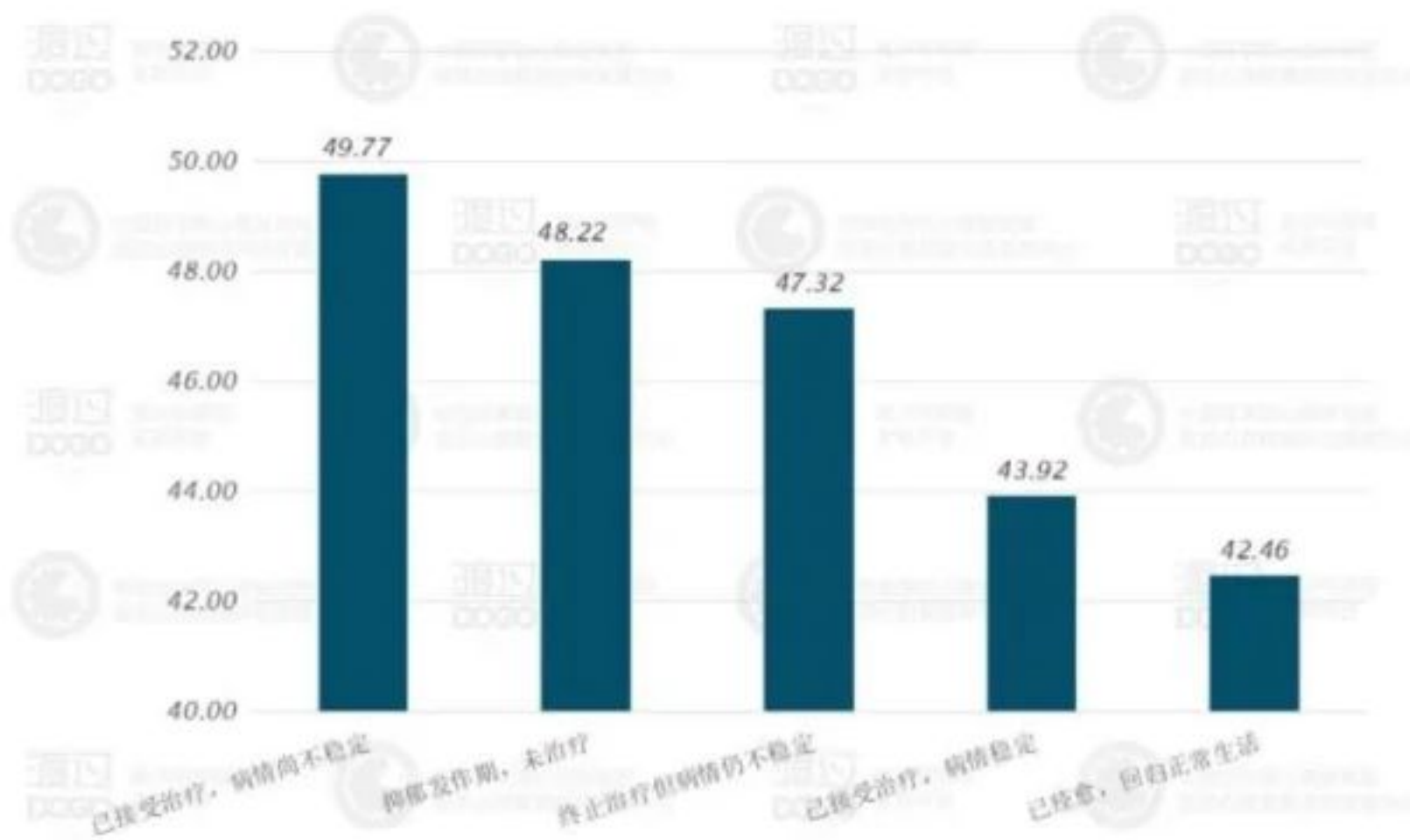


图 67 孩子病情与家长病耻感

3.5.4 家长的支持资源及治疗需求

3.5.4.1 对当前支持资源的满意度

本次调研发现，多数家长（55.6%）未接受过教育、健康部门的心理健康培训。孩子所在学校有心理健康课/团体辅导课的仅占三成（30.3%），定期进行心理健康监测的学校

占比 43.8%。

家长对当地治疗资源充足程度、交通便利程度、求助的可能性整体上评价较为积极，17.3%的家长认为当地治疗资源非常充足，35.2%的家长认为比较充足；22.6%的家长认为交通非常便利，38.0%的家长认为交通比较便利；32.6%的家长认为自己现在遇到心理和情绪上的困扰时极其愿意求助，35.0%的家长比较愿意求助。

本次调研中，家长就他们以及他们认为孩子获得的各种支持进行 1-5 打分，他们认为孩子获得的家庭经济支持和家长自己获得的家庭感情支持得分较高（3.25 和 3.24）。朋友的帮助也相对较好，但低于家庭支持。学校和社会组织的支持相对较弱。见图 68。

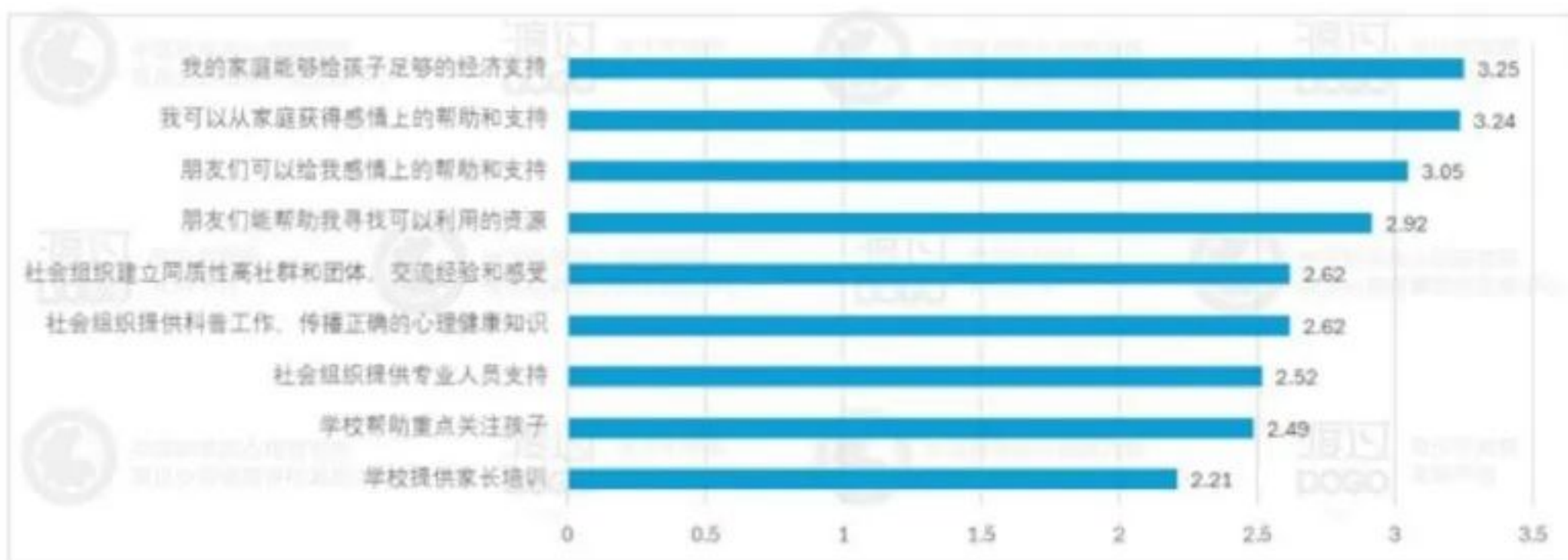


图 68 家长认为他们自己以及孩子获得的各种支持情况

此外，针对“1-5 分打分，您对孩子患病以来，您接受的社会支持的满意度？”调研，发现家长对家庭支持的满意度评分最高（3.31），对社区支持的满意度评分最低（2.43），如图 69 所示。

计算家长对各类社会支持中评为满意和非常满意的百分比，发现自孩子患病以来，家长对接受社会支持的满意度最高的是家庭支持（62.4%），最低的是社区支持（33.4%），如图 70 所示。

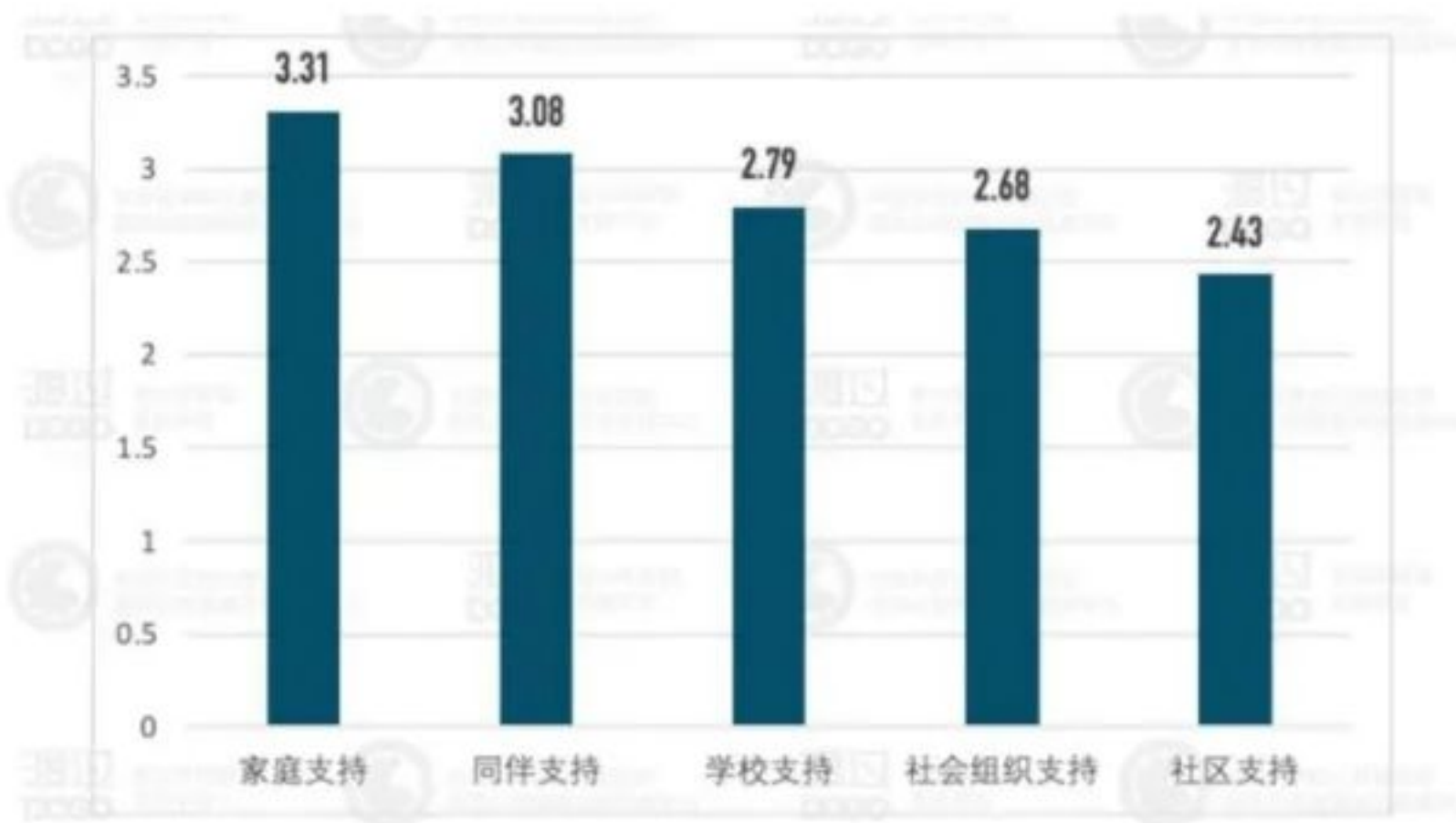


图 69 家长对接受社会支持的满意度（1-5 分计分，分数越高代表越满意）

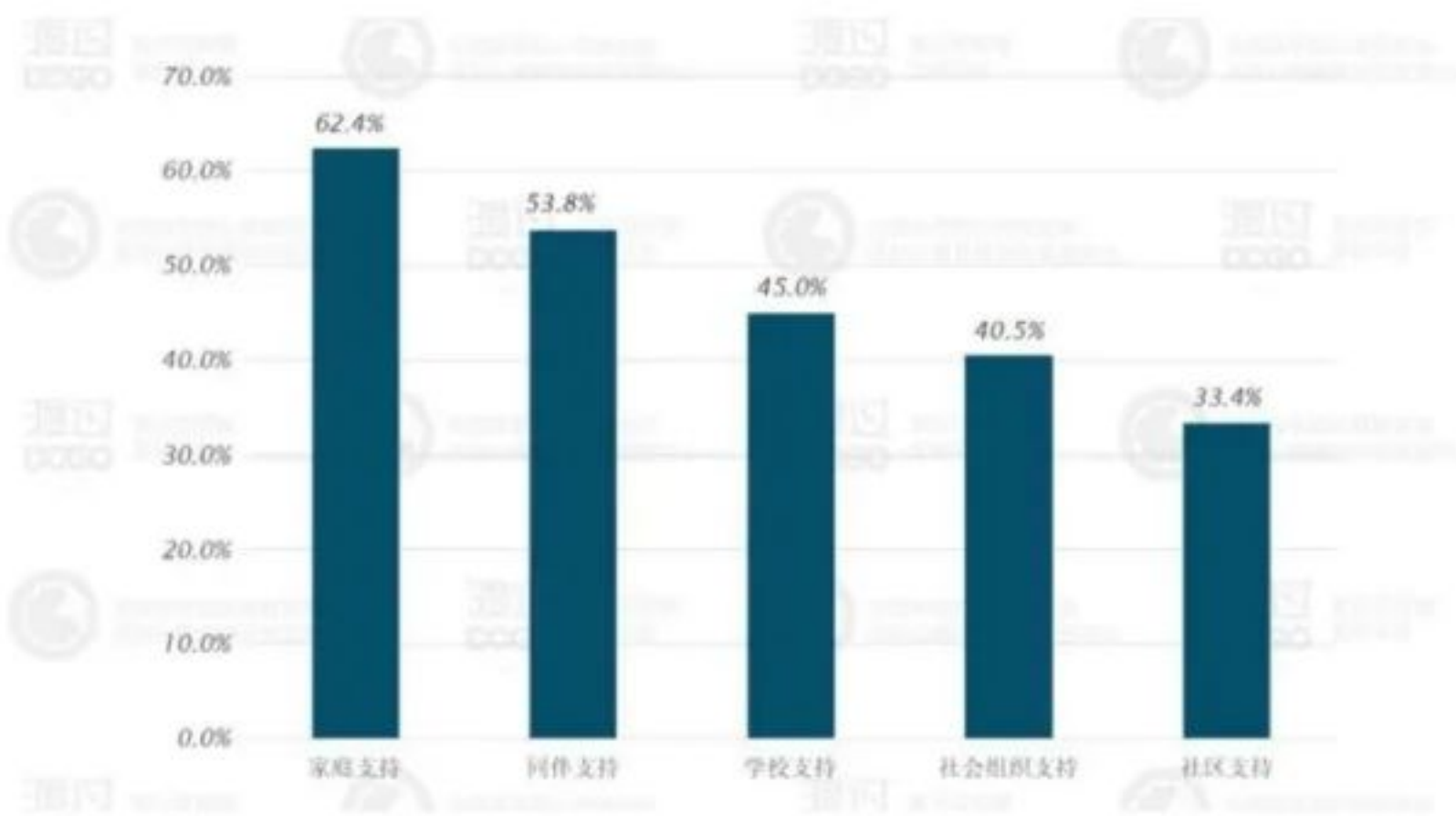


图 70 家长对接受社会支持的满意度（满意和非常满意的百分比）

3.5.4.2 寻求心理健康服务的困难

本次调研中，家长就他们认为阻碍孩子寻求心理健康服务的困难程度进行 5 级评估。针对选择有影响或影响非常大的人数百分比进行排序后发现，对孩子寻求心理健康服务的阻碍有影响或影响非常大的三大因素：家属缺乏心理健康常识、不知道怎样或到哪里求助、费用过高。如图 71 所示。

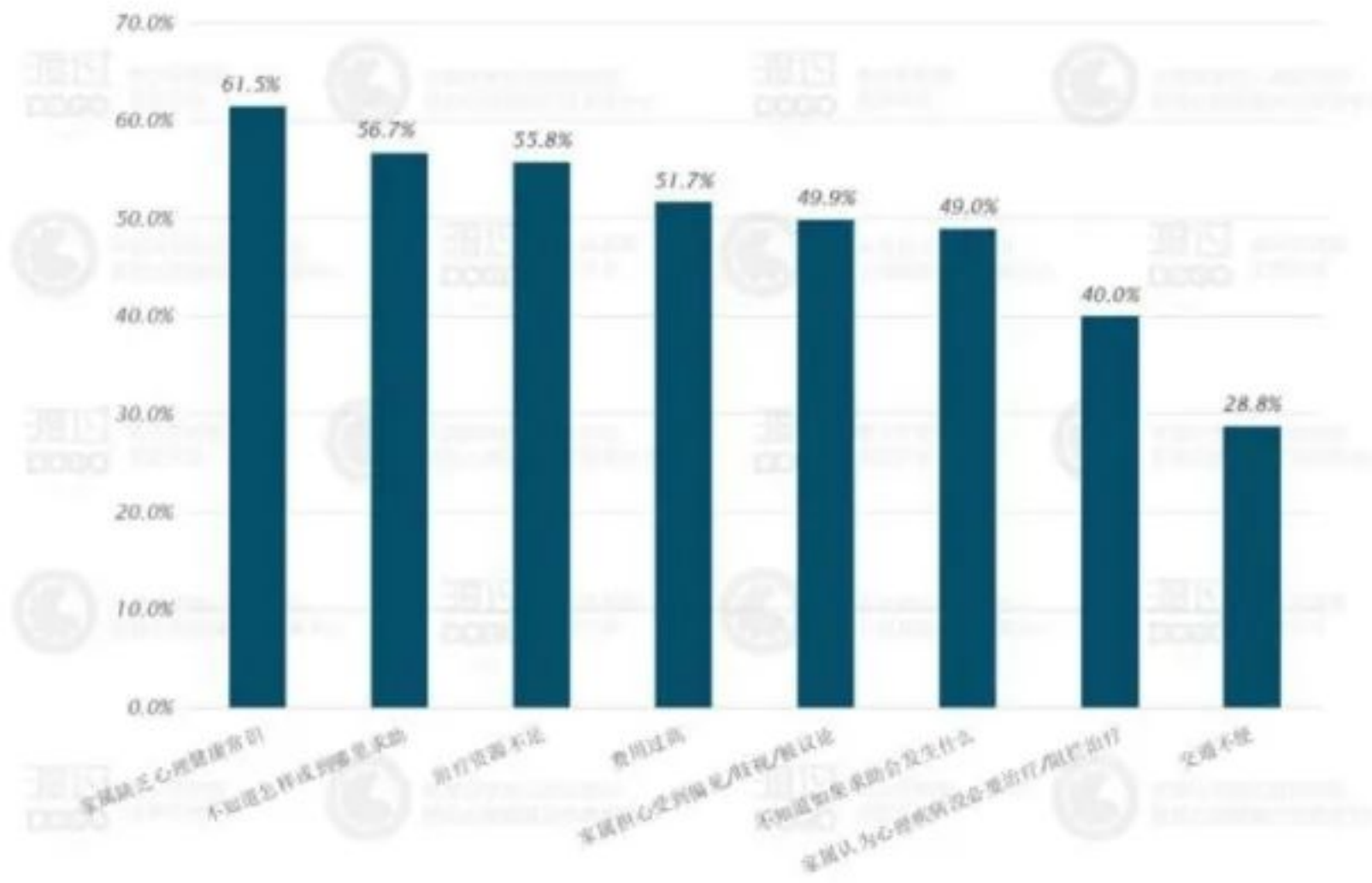


图 71 家长认为阻碍孩子寻求心理健康服务的因素分布

3.5.4.3 家长对治疗知识的需求

本次调研发现，家长在带孩子求助的过程中，最想了解的是疾病治疗方式（药物治疗、心理治疗等）相关的知识，其次是疾病相关基础知识（症状、表现等）和疾病治疗机构（怎么找、什么样的机构好），占比分别为 79.3%、75.7%和 74.4%。如图 72 所示。

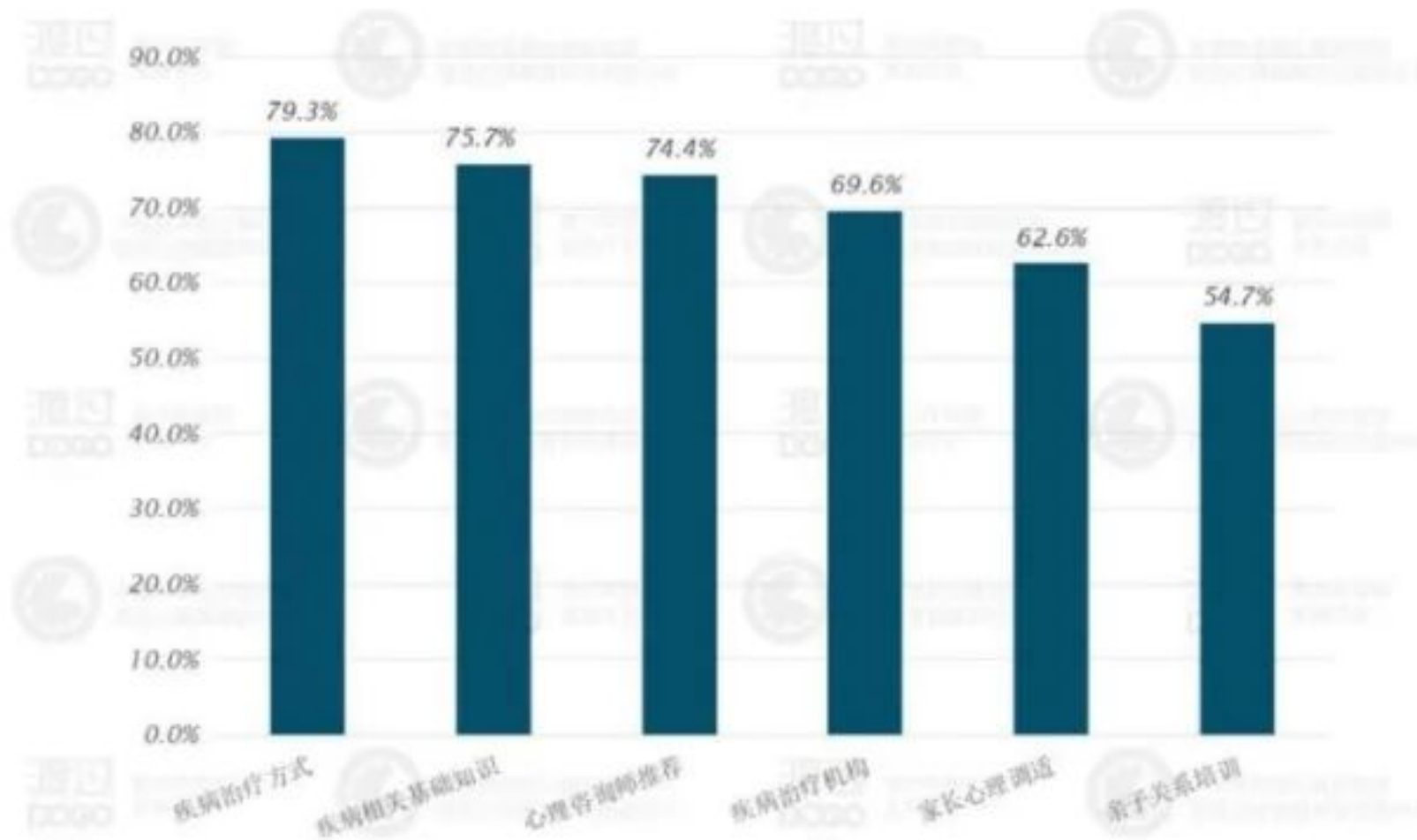


图 72 家长对治疗知识的需求

四、总体建议

4.1 从源头入手多方联动，加大儿童青少年抑郁防控力度

继续深化落实“双减”政策，从社会-学校-家庭各个层面倡导多元化的价值评价体系。打破“唯分数论、唯名校论”的价值导向，优化学校评价体系，采取有效手段，推动儿童青少年教育进一步减负，缓解家长的教育焦虑。家长需注意平衡对孩子学业成绩的期望与其心理健康之间的关系，重视孩子的整体发展。

加大预防校园欺凌的宣传和管理，学校切实肩负起教育管理责任，采取有效措施防治校园暴力；对儿童青少年进行反欺凌及相关普法教育；加强家校联动，提高家长对校园暴力的关注。

推进落实学校心理支持体系建设，加强儿童青少年心理知识教育和心理技能训练，提高儿童青少年的心理韧性、情绪调节能力、应对能力等积极心理素养。

建立和谐的家庭氛围。家长可以通过建立一个安全、支持和理解的家庭环境，帮助孩子感到被爱和被接纳。家庭成员之间应保持开放的沟通，分享彼此的感受和想法，以建立信任和理解。

提高家长的识别能力培养积极应对策略。家长应学会识别孩子压力和焦虑的早期信号，如情绪变化、食欲变化、睡眠问题等。一旦发现这些信号，应及时采取行动，与孩子沟通，并寻求必要的帮助。

4.2 加强心理科普，提高心理疾病认知

为减少就诊延误，可以采取以下措施：

加强宣传与教育。通过媒体平台、学校、社区，广泛开展心理知识普及，并对抑郁症等常见心理疾病的预防、早期表现、治疗方法、求助渠道等进行科普。科普对象应全面覆盖与儿童青少年密切相关群体，如家长、学校老师、同伴及儿童青少年本人。推进心理科普教材进校园、心理科普手册进社区，广泛宣传心理知识。

增加专业培训。通过政府购买公共服务等方式，为教师、社区等工作人员提供抑郁症等相关心理知识培训，使这些与儿童青少年密切相关的人员具备基本的儿童青少年心理发展常识，以及疾病识别、转介、陪伴等基本心理知识，使其成为守护儿童青少年心理健康的重要屏障。

加强患病青少年家长的疾病科普。家长是儿童青少年治疗中的重要决策者与陪伴者，

因此医院、社区、互助组织等机构可以通过医生普及、科普手册、公益讲座、家长课程等多元化方式，提高家长对疾病的认识，助力家长建立科学治疗和陪伴观。

4.3 整合资源，支持孩子和家长和孩子

为提高治愈率，建议如下：

由政府部门整合治疗资源，构建区域儿童青少年精神心理问题筛查和诊治网，形成共同参与、相互转介的预防、诊疗、康复共同体。建立医院、学校、心理咨询等不同主体机构间的联动机制，建立从“识别-干预-转介”等环节顺畅的流程和机制，确保儿童青少年在治疗和康复的关键节点得到充分有效支持。

关注对患病青少年家长的支持体系建设。建议医院以及社会机构开展针对患病青少年家长各类活动，以及鼓励建立类似渡过这样的家长互助社区，通过开展科普讲座、互助团体等形式为家长提供心理帮扶，帮助家长建立信心、关照自我、提升自我，成为孩子有力的支持者。

增加并规范医疗及心理咨询等服务供给。希望有关部门出台相关政策措施，支持精神心理行业发展，解决当下服务供给不足及心理市场相对不规范的问题。增加儿童青少年患病后匹配治疗资源的可及性，尤其需要关注相对欠发达地区治疗资源稀缺现状。在政策与资金上支持多元化支持康复体系，例如发展互联网医疗以及新兴工具和自助手段等。

减轻抑郁青少年家庭疾病负担。一是优化社会保障与商业保险体系构建，针对心理健康服务费用过高等问题，建议有关部门推进心理治疗项目纳入医保支付，并积极探索商业保险参与的可行性，提高患者就医与心理咨询的积极性。二是政府和社会机构可以设立专项心理健康基金，对贫困群体提供必要经济援助。同时，加大社区心理健康支持网络建立，通过建立心理咨询、支持小组和家庭教育项目，构建分级支持体系。

4.4 减少污名化，降低病耻感

为减少污名化，可以采取以下措施：

加大教育和宣传，降低疾病污名化。通过学校、社区和媒体平台，广泛开展抑郁症知识的普及教育，让公众了解抑郁症的成因、症状及其对个人的影响。倡导使用非污名化的语言描述抑郁症。

发挥媒体正向引导作用，助力消除病耻感。在因抑郁症出现负性极端事件时，应注意把握导向使人们了解如何预防疾病，并激发开展公开和积极的对话。通过分享真实的抑郁症患者及其家人的故事，增强公众的理解与同理心，推动减轻患者病耻感。

增加专业培训。为教师、医生、社会工作者等专业人士提供关于抑郁症及其影响的培训，使他们能够更好地识别和支持抑郁症患者。通过培训，专业人士可以成为反污名化的倡导者，帮助患者更好地理解并接受自己的状况。

增加家庭支持，鼓励患者群体互助。鼓励家庭成员参与心理健康教育，提高他们对抑郁症的理解，并为孩子提供积极的情感支持；同时，鼓励家长加入类似渡过这样的专业互助组织，通过疾病知识学习、家长互助小组等形式，建立对疾病的科学认知和接纳。

4.5 为抑郁儿童青少年功能康复提供有力支持

抑郁症治疗目标是彻底消除症状、恢复社会功能、实现临床治愈、减少病残率。社会恢复功能恢复是抑郁症治疗的重要目标之一，而儿童青少年抑郁患者的功能恢复以恢复社交、回归校园为重要标志。对于因病休学的青少年，需要家庭、学校、相关机构提供多方位支持：

政府层面：关注因病失学休学儿童青少年群体，联动教育、医疗、社区以及公共资源，提供持续的保障和支持。

学校层面：对患病儿童青少年给予更加人性化的请假、休学和复学制度，保障每个学生的上学权。建立入学复学的“绿色通道”，提升复学政策及手续的人性化，例如允许半天上课，半天请假的复学政策。建立学校与医院的转介机制及复学评估机制，为家庭办理复学手续增加便利性。同时呼吁学校设立专门的心理咨询服务和支持团体，帮助孩子适应复学后的环境，帮助困境学生完成学业，避免因休学年限限制而在未达成复学条件时返校，造成多次休学或辍学。

家庭层面：父母需觉察并调整自身的焦虑，改善家庭的生态环境，以理解和支持的态度来面对拒学与休学问题，需尊重孩子的感受和想法，了解他们回归学校的困难，并给予积极有效的支持。

社会层面：为患病青少年提供支持性团队，帮助青少年渡过治疗康复期。例如，渡过为休学青少年推出的线下营会、日间走读制支持团体、线上同伴支持团体等。鼓励更多机构参与为患病儿童青少年功能恢复提供多元化的服务，增加康复支持的供给。

联合出品方



项目联合发起方

中国科学院心理研究所国民心理健康评估发展中心——
持续关注青少年及各类人群心理健康。

渡过——涵盖“医疗-心理-康复支持”的青少年抑郁支持平台，并持续面向公众及患者&家属开展抑郁科普与倡议，建立了服务10万抑郁患者和家属的公益互助社区。

特别感谢灵北中国为本项目提供的公益支持。灵北是一家专注于探索和开发精神和神经疾病治疗方案的全球生物制药公司。



中国科学院心理研究所
国民心理健康评估发展中心



渡过



灵北中国