

# 儿童青少年抑郁症现况调查

陈贵伟<sup>1</sup>, 白银霞<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>内蒙古医科大学精神卫生学院, 内蒙古 呼和浩特

<sup>2</sup>内蒙古自治区精神卫生中心, 内蒙古 呼和浩特

收稿日期: 2024年1月27日; 录用日期: 2024年2月21日; 发布日期: 2024年2月27日

## 摘要

儿童青少年抑郁症严重干扰患者的学习、生活和家庭, 本文查寻近年来儿童青少年抑郁症的相关文献进行综述, 探讨其诊断和治疗的最新进展。

## 关键词

儿童青少年, 抑郁症

# Survey of Depression in Children and Adolescents

Guiwei Chen<sup>1</sup>, Yinxia Bai<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>College of Mental Health, Inner Mongolia Medical University, Hohhot Inner Mongolia

<sup>2</sup>Mental Health Center of Inner Mongolia Autonomous Region, Hohhot Inner Mongolia

Received: Jan. 27<sup>th</sup>, 2024; accepted: Feb. 21<sup>st</sup>, 2024; published: Feb. 27<sup>th</sup>, 2024

## Abstract

Depression in children and adolescents seriously interferes with the study, life and family of patients, so this article reviews the relevant literature of depression in children and adolescents in recent years to discuss the latest progress in its diagnosis and treatment.

## Keywords

Children and Adolescents, Depression

\*通讯作者。

文章引用: 陈贵伟, 白银霞. 儿童青少年抑郁症现况调查[J]. 临床医学进展, 2024, 14(2): 3611-3615.

DOI: 10.12677/acm.2024.142505



## 1. 引言

抑郁症是指以显著和持久的心境低落(悲伤、易怒、空虚)或愉悦感丧失为主要临床特征,并伴有认知、行为和自主神经方面的症状,影响患者社会功能的一类心境障碍。重性单相抑郁带来明显的全球健康负担,青少年时期的发病风险最高。该时期的抑郁障碍与不良的长期预后有关,包括自杀、精神科共患病、人际关系问题、学业表现差、成人期就业水平差[1]。本篇综述基于近年来国内外相关文献及临床指南,总结儿童青少年抑郁症的流行病学、影响因素、干预研究等方面,为临床诊断和治疗提供参考。

## 2. 流行病学

根据世界卫生组织(WHO)的数据,全球约有 1.5 亿人患有抑郁症。儿童和青少年抑郁的患病率约为 5%~8% [2]。儿童青少年抑郁症患病率可能会因为使用的工具、研究人群及研究期限的不同而存在差异。青春期前的儿童中抑郁的估计患病率不足 1%,男女比例相当。青春期情况会发生极大变化,年患病率约为 4%,女性风险较高,男女比例为 1:2。国内外对于儿童青少年抑郁流行率的调查结果各不相同,差异较大。在美国 2007~2010 年儿童青少年抑郁症发病率范围在 2.1%~8.1% [3],而国内 2005~2014 年的部分研究报告中学生抑郁症状的发生率范围在 22%~44% [4] [5]。郑毅等人先前的研究报告,中国学龄儿童和青少年抑郁障碍患病率为 3.0% [6]。抑郁症是自杀的主要危险因素,是 15~24 岁年轻人死亡的第三大原因,也是 5~14 岁年轻人的第六大死亡原因[7]。

## 3. 临床特征

虽然儿童青少年抑郁症的临床表现在很多方面与成人抑郁症相似,但是很容易被忽视。青少年常见的症状可能是易激惹。儿童青少年可能不会像成人那样表达内疚,在描述悲伤情绪方面有些困难。而且,他们的睡眠障碍方式可能与成人抑郁障碍也不同,他们可能主诉一些难以解释的腹痛、头疼、厌食等症状。儿童青少年抑郁症症状从轻微到严重不等,可能包括:悲伤的感觉;全天和几乎每天的情绪低落;对过去享受的活动明显失去兴趣或乐趣;日常营养习惯和/或食欲的变化;与节食无关的显著体重减轻或体重增加;几乎每天都经历疲劳感;身体活动的减少和思维的减慢(对其他人来说很明显);无目的的身体活动(即徘徊,手拧)或动作和言语减慢(对他人明显)增加;睡眠障碍(包括难以入睡和/或保持睡眠,夜间频繁醒来或嗜睡);几乎每天都有无价值感或内疚感,或感到不足;几乎每天都有思考或集中注意力的能力下降,或者犹豫不决和难以做出决定的感觉;持续的死亡念头(经历自杀的感觉或表现出自杀目的,尽管没有具体的计划) [8]。

## 4. 危险因素

很多家庭、社会因素与儿童青少年抑郁症有关,这些因素之间存在较强的关联,且可能影响症状的持续和预后。大多学者认为抑郁症的发生是生物学因素、心理因素、社会因素共同作用的结果,同时患者成长的家庭环境、性格特征、健康状况等对于抑郁症的发生也具有重要的作用。

单身家庭的青少年更容易患抑郁症。与双亲家庭相比,单亲家庭的经济状况普遍较差,更容易遭受社会压力,更容易受到单亲抑郁和焦虑的影响。因此,儿童青少年可能会经历更多的适应困难,如学业问题和社会缺陷,因此更容易患抑郁症[9] [10] [11]。研究表明,虽然单身母亲可能比男性面临更多的经

济问题,但同时,她们比单身父亲更容易养育子女,对子女表现出更多的关爱[12]。因此,他们可能更容易注意到青少年的情感需求,并根据需要寻求专业治疗。

不成比例的是,父母不太权威的青少年更容易患抑郁症,接受治疗和药物治疗的可能性更小。青春期是从依赖父母到日益独立的关键过渡阶段。通过以尊重的方式提供必要的界限,权威的父母可以给成熟的青少年适当的年龄自主权,从而帮助预防抑郁。此外,父母是抑郁症青少年获得心理健康服务的一条共同途径。通过开放的沟通和养育关系,权威的父母可能会认识到青少年的痛苦,并以及时和适当的方式作出回应,以获得帮助。

儿童由完全依赖别人进步到完全独立的过程需要稳定的、安全的家庭环境,需要有前后一致的温情、接纳、帮助和建设性的管教。与父母的持续的分离或丧失父母对儿童青少年的心理发展都有深远的影响。家庭中不良的人际关系可能产生类似的后果,其中父母之间外显的冲突似乎特别重要。儿童青少年所处的家庭如果有严重的婚姻或其他人际冲突、社会地位低下、过于拥挤以及父母患精神疾病,其患病风险显著增加。

家庭固然是对儿童发育影响最大的环境因素,但更广泛的社会因素也起到重要作用。在儿童期的早期,这些社会因素通过影响家庭生活的模式间接起作用。随着儿童年龄增加,在家庭外部活动的时间增加,社会因素也开始起到直接作用。

儿童青少年在学校的时间比其他任何机构都多,学校在儿童发育和促进儿童和教师的精神健康中起到的重要作用早已被认可。学校可能在多个方面对儿童产生重大影响:从学业成就到社交与同伴关系,以及身体发育和道德观念的发展。欺凌常常发生在学校,在高、中、低收入国家都会发生。英国的一项调查发现,45%的儿童都有过被欺凌和被同伴欺辱的经历。欺凌的施加方和受害方都有更高风险在儿童期或以后出现精神问题。

众所周知,抑郁症倾向于在家族中聚集,抑郁症患者的一级亲属患者抑郁症的风险增加3倍。环境影响在抑郁病因中也十分重要,但是环境主要是通过通过对特定个体发挥作用,而不是通过相同的家庭经历。单相抑郁患者的家属其双相障碍和分裂情感障碍的发生率并未增加。双生子研究提示,抑郁障碍在家族中的聚集某种程度上归因于遗传因素,同卵双生子的共患率约45%,较异卵双生子(约20%)更高。抑郁障碍的遗传度约37%,低于双相障碍和精神分裂症。

## 5. 儿童青少年抑郁症的干预

鉴于青少年抑郁症的残疾,预防或至少延迟疾病的发作很重要。预防战略可以旨在减少可改变的风险,并促进各种因素,以保护高风险儿童免受逆境的影响和中断风险途径。预防方法在医学研究所的报告和荟萃分析中得到了很好的讨论[13][14]。两人都得出结论认为,有针对性和有针对性的预防策略可有效预防青少年抑郁症的发展,而普遍预防则不然。

解决社会不平等问题的政府政策可能很重要,但在不平等现象很少的国家,青少年抑郁率降低的一致证据很少。一些国家已经实施了产前和学前(0~5岁)儿童发展规划,旨在提供支持,减少早期逆境,加强家庭早期刺激,并改善高危家庭的养育方式[13]。这种预防策略似乎对认知能力和反社会行为有一些直接和持续的积极影响,但关于预防青少年抑郁症的一致证据很少。

对儿童和年轻人使用精神药物治疗存在争议,全世界儿童和青少年精神卫生服务的能力仍然资源不足[15]。经济模型研究表明,即使有最佳的卫生保健可及性和治疗,也只有不到30%的普通精神障碍负担可以得到缓解[16]。在这种背景下,对儿童和青年人的常见精神障碍进行一级预防的必要性日益增加。

一些临床实践指南建议,在儿童和青少年中,应将心理治疗视为治疗抑郁障碍的一线干预措施,而药物治疗通常用于更严重的疾病或心理治疗无效或不可用时[17][18]。然而,在治疗儿童和青少年抑郁症

方面, 心理治疗比抗抑郁药更有效、更安全的证据基础尚未得到充分证实。一项大型非行业资助的试验报告称, 与 CBT 相比, 氟西汀在重度抑郁症青少年中的疗效更高[19]。以前的研究支持心理治疗有其自身副作用的观点, 例如对治疗师的依赖, 并导致患者家属的痛苦[20]。然而, 与抗抑郁药不同, 它们很少被系统地测量, 这使得安全性和耐受性的比较更加困难[21]。此外, 成人研究的数据显示, 联合抗抑郁药和心理治疗优于单独干预[22] [23]。最近, Cochrane 常规荟萃分析基于非常有限的证据, 报告说, 心理干预, 抗抑郁药物以及这些干预措施的组合治疗儿童和青少年抑郁症的有效性尚无法确定[24]。

对于药物干预, 我们将包括任何常用的口服抗抑郁药, 这些将包括三环类抗抑郁药(TCAs, 阿米替林, 氯米帕明, 去甲替林, 地昔帕明, 丙咪嗪等), 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs; 艾司西酞普兰, 氟西汀, 帕罗西汀, 舍曲林等)和 5-羟色胺 - 去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs, 文拉法辛, 度洛西汀), 以及新型药物米氮平和奈法唑酮。选择性 5-HT 再摄取抑制剂类抗抑郁药中的氟西汀对于儿童青少年抑郁症患者具有显著的有效率和良好的耐受性, 现有指南也已推荐氟西汀作为治疗儿童青少年抑郁症的一线药物。目前其他儿童青少年抗抑郁药的系统评价中尚无艾司西酞普兰相关报道, 可能的原因是艾司西酞普兰在 2009 年才被美国食品药品监督管理局批准用于青少年抑郁症治疗。从药理学机制上看, 艾司西酞普兰是 5-HT 转运体抑制剂, 对细胞色素酶 P450 的影响小, 因此其耐受性较好, 安全性较高。综上所述, 氟西汀和艾司西酞普兰是儿童青少年抑郁症治疗的最佳选择[25]。在心理干预方面, 我们将包括任何手动或结构化的心理治疗, 例如, 行为疗法, CBT, 认知疗法, 家庭疗法, 人际关系疗法, 游戏疗法, 解决问题疗法, 心理动力学疗法和支持疗法。

## 6. 总结展望

儿童青少年抑郁症是一个重大的公共卫生问题, 与之相关的发病率和死亡率都很高。在整个生命周期中, 儿童青少年需要完成的生长发育任务十分繁多, 包括多项技能的学习, 身体和认知功能的发育, 以及通过恰当的沟通与情绪管理来进行社交活动并于同伴相处。精神疾病可以影响儿童的生长发育, 甚至对其未来的人生轨迹产生持久的不良影响。未来的研究应运用有效的手段鉴别儿童青少年的抑郁问题, 加以适当的干预和治疗, 为更多患儿提供更有效、更有价值的治疗参考。

## 参考文献

- [1] Cousins, L. and Goodyer, I.M. (2015) Antidepressants and the Adolescent Brain. *Journal of Psychopharmacology*, **29**, 545-555. <https://doi.org/10.1177/0269881115573542>
- [2] Li, J.Y., Zhou, X.X., Huang, Z. and Shao, T.Y. (2023) Effect of Exercise Intervention on Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *BMC Public Health*, **23**, Article No. 1918. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16824-z>
- [3] Perou, R., Bitsko, R.H., Blumberg, S.J., et al. (2013) Mental Health Surveillance among Children-United States, 2005-2011. *MMWR Supplements*, **62**, 1-35. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>
- [4] 陈学彬, 王文, 梁妍, 等. 兰州市中学生抑郁症状流行状况调查[J]. 中国学校卫生, 2011, 32(8): 988-990.
- [5] 徐伏莲, 黄奕祥, 钟明洁, 等. 江门市中学生抑郁症状流行病学特征及相关因素分析[J]. 中国学校卫生, 2014, 35(6): 847-849.
- [6] Li, F.H., Cui, Y.H., Li, Y., et al. (2022) Prevalence of Mental Disorders in School Children and Adolescents in China: Diagnostic Data from Detailed Clinical Assessments of 17,524 Individuals. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **63**, 34-46. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13445>
- [7] Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. and Andrews, J.A. (1993) Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**, 133-144. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.133>
- [8] Petito, A., Pop, T.L., Namazova-Baranova, L., Giardino, I., et al. (2020) The Burden of Depression in Adolescents and the Importance of Early Recognition. *The Journal of Pediatrics*, **218**, 265-267.E1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.003>

- [9] Kendig, S.M. and Bianchi, S.M. (2008) Single, Cohabiting, and Married Mother's Time with Children. *Journal of Marriage and Family*, **70**, 1128-1240. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00562.x>
- [10] Daryanani, I., Hamilton, J.L., Abramson, L.Y. and Alloy, L.B. (2016) Single Mother Parenting and Adolescent Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **44**, 1411-1423. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0128-x>
- [11] Schleider, J.L., Chorpita, B.F. and Weisz, J.R. (2014) Relation between Parent Psychiatric Symptoms and Youth Problems: Moderation through Family Structure and Youth Gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **42**, 195-204. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9780-6>
- [12] Benzie, K. and Mychasiuk, R. (2009) Fostering Family Resiliency: A Review of the Key Protective Factors. *Child & Family Social Work*, **14**, 103-114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x>
- [13] Scourfield, J., Rice, F., Thapar, A., *et al.* (2003) Depressive Symptoms in Children and Adolescents: Changing Aetiological Influences with Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **44**, 968-976. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00181>
- [14] Cipriani, A., Zhou, X. and Del Giovane, C. (2016) Comparative Efficacy and Tolerability of Antidepressants for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Network Meta-Analysis. *The Lancet*, **388**, 881-890. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30385-3)
- [15] Locher, C., Koechlin, H. and Zion, S.R. (2017) Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Placebo for Common Psychiatric Disorders among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, **74**, 1011-1020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2432>
- [16] Rocha, T.B., Graeff-Martins, A.S., Kieling, C. and Rohde, L.A. (2015) Provision of Mental Healthcare for Children and Adolescents: A Worldwide View. *Current Opinion in Psychiatry*, **28**, 330-335. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000169>
- [17] Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. and Lapsley, H. (2004) Utilising Survey Data to Inform Public Policy: Comparison of the Cost-Effectiveness of Treatment of Ten Mental Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, **184**, 526-533. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.526>
- [18] National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2005) Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care. British Psychological Society, London.
- [19] McDermott, B., Baigent, M., Chanen, A., *et al.* (2011) Clinical Practice Guidelines: Depression in Adolescents and Young Adults. The National Depression Initiative, Melbourne.
- [20] March, J., Silva, S., Petrycki, S., *et al.* (2004) Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents with Depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *JAMA*, **292**, 807-820. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.807>
- [21] Nutt, D.J. and Sharpe, M. (2008) Uncritical Positive Regard? Issues in the Efficacy and Safety of Psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, **22**, 3-6. <https://doi.org/10.1177/0269881107086283>
- [22] Linden, M. and Schermuly-Haupt, M.L. (2014) Definition S-HML. Definition, Assessment and Rate of Psychotherapy Side Effects. *World Psychiatry*, **13**, 306-309. <https://doi.org/10.1002/wps.20153>
- [23] Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., *et al.* (2004) Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression: A Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*, **61**, Article No. 714. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.7.714>
- [24] De Maat, S.M., Dekker, J., Schoevers, R.A., *et al.* (2007) Relative Efficacy of Psychotherapy and Combined Therapy in the Treatment of Depression: A Meta-Analysis. *European Psychiatry*, **22**, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.008>
- [25] Rao, Y.X., Yang, R.W., Zhao, J. and Cao, Q.J. (2022) Efficacy and Tolerability of Antidepressant Drugs in Treatment of Depression in Children and Adolescents: A Network Meta-Analysis. *Journal of Zhejiang University (Medical Sciences)*, **51**, 480-490. <https://doi.org/10.3724/zdxbyxb-2022-0145>