

## 儿童青少年抑郁障碍

2015 年版

Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah & Jing Liu

主审：刘靖（北京大学第六医院）

译者：王慧 阳雨露 汤欣舟 吉兆正 王铎 孙娅京 刘勤一 王铎 李磊（北京大学第六医院）



Joseph M Rey MD, PhD,  
FRANZCP

Professor of Psychiatry, Notre  
Dame University Medical  
School Sydney & Honorary  
Professor, University of  
Sydney Medical School,  
Sydney, Australia

Conflict of interest: none  
declared

Tolulope T Bella-Awusah  
MBBS(IB), FWACP

Department of Psychiatry,  
College of Medicine, University  
of Ibadan & University College  
Hospital, Ibadan, Nigeria

Conflict of interest: none  
declared

Jing Liu MD

Professor & Director, Clinical  
Department for Children  
and Adolescents, Mental  
Health Institute & the Sixth  
Hospital, Peking University,  
Beijing, China. Vice-President,  
Asian Society for Child and  
Adolescent Psychiatry & Allied  
Professions

本出版物旨在用于专业人员精神卫生的培训或实践，而不是大众科普。所述仅表达作者的观点而并不一定代表编辑或者 IACAPAP 的观点。本出版物基于写作时可用的经作者评估的科学证据来阐述最佳的治疗方法和临床实践，这些治疗方法和临床实践可能会因不断更新的研究而有所改变。读者在应用这些知识时，需要符合其所在国家的法律和准则。个别药物在某些国家可能无法使用，而且并非所有药物的剂量和不良反应都在文中被提及，所以读者需要自己去查阅具体的药物信息。文中引用或链接了一些组织、出版物以及网站的内容来阐明问题，通过这些链接，读者也可以掌握更多的信息，但这并不意味着作者、编辑或者 IACAPAP 认可他们的内容和建议，读者应该批判性地看待这些内容。其中个别网站的地址也可能已经改变，甚至注销。

## IACAPAP儿童青少年心理健康课本

©IACAPAP 2015. 这是知识共享署名非商业许可下的开放性阅读出版物。任何媒介对本出版物的使用、分享和复制都不需要得到事先的许可，但要保证原始内容被恰当地引用，并且用途非商业性。有关本电子书或章节的建议可发送至 [jmreyATbigpond.net.au](mailto:jmreyATbigpond.net.au)。

**建议引用：** Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

---

重性抑郁障碍是一种反复发作性的疾病，其特征为持续、弥漫的悲伤、不快乐，日常活动的愉快感丧失，易激惹以及诸如负性思维、精力缺乏、注意力不集中、食欲下降以及睡眠障碍等相关症状。它的临床表现可以随性别、受教育程度、文化背景不同而有所不同。根据症状的严重程度、泛化程度、功能受损、有无躁狂发作或精神病性症状，又可将抑郁分成多个亚型。然而在“抑郁是否是一种多维度疾病”的问题上仍有较多争议，一种说法是抑郁与非抑郁之间的差异是量化的、程度上的区别，就像高血压的分级一样；另一种说法是“质”的区别，即是否存在几种病因学上不同的抑郁类型（如伴有、不伴有忧郁特征）。

本章将使用“抑郁”，“抑郁发作”，“抑郁障碍”和“临床抑郁”这些名词来表示DSM-5定义的“重性抑郁发作”或“重性抑郁障碍”以及ICD-10中的“抑郁发作”和“复发性抑郁障碍”。没有特殊说明的情况下，本章所有信息均指单相抑郁。

**利益冲突：** 无声明。

**致谢：** 感谢 Olga Rusakovskaya (俄罗斯) 和 Jenifer Bergen (澳大利亚) 以及他们给予的评论

## 流行病学

重性抑郁障碍的患病率随人群（例如：国家）、时期（例如：在过去的三个月，过去一年或终身）、报告者（例如：父母，孩子，两者）以及诊断标准而变化。大多数研究认为，1%-2%的青春前期儿童、5%的青少年都有过显著的有临床意义的抑郁。累计患病率（在以前没病的个体中累积的新病例，也被称为终生患病率）则更高。例如：截止到16岁时，12%的女孩和7%的男孩在生命中某个时期会罹患重性抑郁障碍（Costello et al. 2003）。恶劣心境的患病率尚不太熟知，但研究表明，儿童的时点患病率为1%-2%，青少年的时点患病率为2%-8%。估计还有5%至10%的年轻人表现出了亚综合征抑郁（或轻度抑郁障碍）。患有亚综合征抑郁的青少年会有一些功能损害，还会增加他们自杀以及发展为重性抑郁障碍的风险。

### 性别和文化

男性和女性的重性抑郁障碍的比例在青春前期的儿童中是相似的，但是在青春期，女性的比例是男性的两倍。虽然信息有限，但现有的数据表明，患有慢性疾病的患者、特定的群体，比如：发育障碍儿童或土著少数民族儿童（如美洲原住民，爱斯基摩人，澳大利亚土著居民）重性抑郁障碍的发生率更高。

### 疾病的负担

重性抑郁障碍给患者本人以及社会造成沉重负担。当人们抑郁时，人际关系特别容易受到破坏，很少有家庭和朋友不受其影响。而且，如果不治疗，重性抑郁障碍可能会进展为慢性复发性疾病。重性抑郁障碍的负担在增加，因为其似乎与其他慢性疾病，如：吸烟、饮酒、缺乏运动、睡眠障碍等有联系，尽管其联系的本质尚不清楚（CDC, 2013）。

目前尚无针对儿童重性抑郁障碍经济负担的数据，但假设这种疾病持续到成年，负担可能会非常大。例如：一项研究估计，一名随机选择的21岁早发性重性抑郁障碍女性，预计其未来每年的收入将比一名随机选择的21岁后发病或不发生重性抑郁障碍的女性低12%至18%（Berndt等，2000）。

- 有疑问？
- 有评论？

点击[这里](#)登陆本书的 Facebook 页面，和其他读者分享你对本章的看法，向作者或编辑提问，留下您的评论。

## 发病年龄与病程

个体在任何年龄都可以出现重性抑郁障碍的症状。然而，随着发育阶段的不同，重性抑郁障碍的表现形式会有一些变化，从而导致在整个生命周期中重性抑郁障碍会有不同的表现方式，如表 E. 1. 1 所示。

我们似乎不能根据发病年龄定义出重性抑郁障碍亚组，但早期发病与多个成年期更重的疾病负担指标相关，这些指标涉及较广泛的范畴，如：一直未婚，社会和职业功能受损更严重，生活质量更差，存在更严重的内科和精神科共患病，更多的终生抑郁发作次数和自杀企图，以及更严重的症状 (Berndt et al, 2000)。

尽管重性抑郁障碍的诊断需要症状每天出现，且至少两周每天大部分时间都有症状，但青少年，特别是轻或中度抑郁发作的患者，通常有反应性的情感表现，而且他们可以通过努力来隐藏症状。

**表格 E. 1. 1 不同年龄段重性抑郁障碍的不同表现。这些症状可以在任何年龄的患者出现，但在特定的年龄群体里可能会更常见。**

青春期前儿童	青少年	成年
<ul style="list-style-type: none"> <li>易激惹（脾气暴躁；不服从）</li> <li>情感是反应性的*</li> <li>经常伴有焦虑、行为问题和注意缺陷多动障碍</li> <li>躯体主诉</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>易激惹（脾气暴躁，有敌意，容易受挫，愤怒的爆发）</li> <li>情感是反应性的*</li> <li>睡眠增多</li> <li>食欲和体重增加</li> <li>躯体主诉</li> <li>对他人的拒绝过分敏感（如错误地感知到羞辱或批评），可能导致维持人际关系的困难</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>愉快感缺失</li> <li>缺乏情感反应</li> <li>精神运动性激越或迟滞</li> <li>情绪的昼夜变化（早晨情绪更差）</li> <li>早醒</li> </ul>

\*指能够随时因为积极的事件短暂高兴起来的能力（比如同伴的拜访）

### 青少年重性抑郁障碍在增加？

一些研究者指出，20 世纪后期出生的人重性抑郁障碍的患病率较高，且患病率呈现一个持续上升的趋势。但是该情况尚未确定，因为支持这一发现的研究质量并非最佳，这些研究往往也并非回顾性研究。患病率数字的增加可能源于父母对症状有了更好的了解，又或是起病年龄的提前。

### 病程

与成年人的情况类似，青少年的重性抑郁障碍也是一个复发性病程。临床转诊的患者抑郁发作平均持续 7-9 个月，但未转诊的社区患者持续时间可能较短。也就是说，抑郁发作一般是一种自发缓解的疾病。但是 2 年内有 40% 的概率会复发，即使在经过治疗的人群里，复发率也很高。例如：青少年重性抑郁障碍治疗研究 (TADS) 5 年随访结果显示，虽然绝大多数 (96%) 患者当时的发作痊愈，但五年后几乎一半 (46%) 患者出现复发 (Curry 等人, 2010)。

成年期再次发作的可能性高达 60% (Birmaher 等, 1996)。因此，重性抑郁障碍

的最佳定义应该是一种可缓解和易复发的慢性疾病，这些对疾病管理具有重要意义，这不仅要求我们减少当前抑郁发作的持续时间，减少其不良影响，而且要预防复发。复发的预测因素包括：对治疗的反应较差，病情重，慢性化，既往多次发作，有共患病，有无望感，消极的认知方式，家庭问题，社会经济地位低下，经历虐待或家庭冲突（Curry et al, 2010）。

## 抑郁障碍的亚型

对抑郁障碍进行分型是有意义的，因为不同类型的抑郁障碍治疗和预后可能会有所不同。例如：季节性情绪障碍可能对光疗反应较好，双相抑郁的治疗与单相抑郁不同。除了单相/双相的区别之外，多年来许多其他亚型（例如：原发性和继发性，内源性和反应性，神经症性和精神病性）已被提出，但大多都没有令人信服的经验资料或具有临床价值的证据。目前对于“伴或不伴忧郁特征”的二分法是否仍然存在分歧。其中一些概念在部分国家或地区仍然很受欢迎。表 E. 1. 2 总结了最常用的抑郁障碍亚型，暂不论其科学有效性如何。

## 病因及危险因素

抑郁障碍的病因有许多学术争论，它是复杂的、多因素的。因此，这里将不作深入讨论。感兴趣的读者可以参考 Krishnan 和 Nestler 写的总结（2010）。研究已经发现多个与抑郁障碍发作、持续或复发相关的因素。这可能会引起混淆或产生错误的期望（例如，处理风险因素本身可能足以解决抑郁障碍）。表 E. 1. 3 列出了对预防、发现以及治疗有影响的危险因素。

总之，青少年抑郁障碍是生物易感性与环境因素之间复杂作用的结果。生物易感性可能源于孩子的遗传基因以及产前因素。环境影响则包括：孩子的家庭关系；认知模式-大部分抑郁的青少年似乎自发地对自身、世界或者未来产生负性的看法（自动性思维），而这会导致他们对应激生活事件、学校和邻里特点形成消极的认知模式；父母抑郁是后代抑郁最稳定的危险因素；应激生活事件，特别是“丧失”，可能会增加患抑郁障碍的风险，如果孩子用负性归因去处理丧失事件（或者应激生活事件），这种风险则会更高；缺乏父母照料或被父母拒绝也可能与抑郁障碍相关。

### 抑郁障碍青少年的情感反应

“‘今天早上我会起床。今天早上我会去上学。今天我会完成把数学考试。今天我会交英语作业，午饭的时候我会跟朋友交流。我会和朋友一起聊天、开玩笑、欢笑。我会幽默地分享我上个周末的事情，我甚至都没注意到已经放学了，没有人会知道我心里的感受。然后我回到了家，躺到了床上，再也不用为了任何人去伪装自己。’

上面是我在2000年4月20日写的日记，那时我14岁。”

Nathan B. “随后我的泪水逐渐平息…”

<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/AndThenMyTearsSubsided.pdf>

表格 E 1. 2 临床相关的抑郁障碍亚型

单相抑郁	没有躁狂、轻躁狂或混合性发作史。
双相抑郁	至少有一次非药物诱发的躁狂、轻躁狂或混合性发作史。
精神病性抑郁	在没有其他精神病性障碍的情况下，在重性抑郁障碍症状基础上出现幻觉或妄想。



忧郁性抑郁障碍，重性抑郁障碍伴忧郁特征，或者忧郁症	发作以突出的植物神经系统变化为特点，如：体重减轻、精神运动性迟缓、明显的睡眠障碍、昼夜情绪变化、早醒和反应性下降。忧郁性抑郁障碍在很大程度上等同于“内源性”抑郁障碍。
恶劣心境或恶劣心境障碍	慢性抑郁心境持续至少一年，但严重程度不足以诊断抑郁障碍；无症状的间隔持续不到两个月。
双重抑郁	在恶劣心境基础上出现抑郁发作。
紧张症性抑郁	心境障碍伴有木僵症状。
精神病性障碍后抑郁	在精神分裂症病程中出现，通常在丰富的精神病性症状缓解之后出现。
经前焦虑障碍	经前期类似抑郁障碍的心境变化——烦躁不安，紧张，易激惹，敌意和情绪不稳。其本质和效度仍在争论中。
季节性抑郁；抑郁障碍伴季节性模式；季节性情感障碍	重性抑郁障碍的起始和缓解遵循一年中特定的时间模式（至少两年），通常在秋季或冬季发病，在春季缓解。
未特定的心境障碍	显著心境症状和损害，但不符合特定心境障碍标准，通常是由于混合表现所致（例如：抑郁和躁狂症状）。
伴有抑郁情绪的适应障碍	在存在可识别的压力源的三个月内，出现临床上显著的抑郁症状或功能损害，并且不符合重性抑郁障碍或居丧反应的诊断标准。预计症状将在压力源停止的六个月内消失。
轻度抑郁，亚综合征抑郁，亚临床抑郁	抑郁症状不符合重性抑郁障碍的诊断标准（例如：一个核心症状，1至3个相关症状，以及非常轻微的失能）。

## 共 病

共病是指个体同时出现两种或两种以上不同的疾病，这是所有儿童青少年精神障碍中普遍存在的复杂问题，这个问题具有重要的理论和实践意义，如：对于治疗，但目前却仍未被很好地阐明。

社区调查数据表明，重性抑郁障碍儿童青少年经常共患其他疾病。专科门诊的情况尤其如此，因为从社区转诊至门诊的可能性就是每种疾病各自被转诊的可能性的组合函数，即所谓的 Berkson 效应。存在共病的患者比单一诊断的患者表现出更加严重的功能损害。共病还与成年后更差的预后结局相关。例如：共患品行障碍或物质滥用的重性抑郁障碍患者到 24 岁时比没有共病的重性抑郁障碍、品行障碍、或物质滥用的患者有更大可能出现严重或暴力犯罪。(Copeland 等, 2007)。

包括焦虑障碍、品行障碍、注意缺陷多动障碍、强迫障碍、学习障碍在内的精神疾病经常会与重性抑郁障碍共病。一项流行病学研究 (Costello 等, 2003) 显示，在三个月的时间内，被诊断患有重性抑郁障碍的儿童少年中，28% 患焦虑症，7% 患多动症，3% 患品行障碍，3% 患对立违抗障碍，1% 患物质使用障碍。其临床意义是，确定孩子出现一种障碍的症状（例如抑郁障碍）只是评估的第一步，临床医生应该对其

他疾病的症状也进行询问。

抑郁和焦虑之间的联系早已为大家熟知，因为二者经常共存，个体往往在生命中的不同时间经历抑郁和焦虑发作。一次抑郁发作不仅增加下一次抑郁发作（同型连续性）的风险，而且增加焦虑障碍（异型连续性）的风险。

重性抑郁障碍还经常和创伤后应激障碍共病（见章节 F.5）。特别是青少年，他们在经历创伤事件后的一年里容易罹患重性抑郁障碍以及自杀。其机制包括所谓的幸存者内疚（经历事件的其他人死亡或严重受伤）、复杂性丧亲、由于注意力受损或侵入性回忆导致完成日常生活任务的困难以及由于慢性焦虑症状引起的痛苦。其他可能与重性抑郁障碍相互作用的创伤应激相关情况还包括惊恐障碍、其他焦虑障碍、破坏性行为、解离障碍和物质滥用。

### 抑郁和人格特质

人格特质在青春期和成人早期逐渐被建立起来，人格特质会影响重性抑郁障碍的表现形式。这在成年人显现得更清晰，不过也会发生在孩子身上。当青少年抑郁的时候，他们潜在的人格特征会被放大。举例来说，那些焦虑的青少年在抑郁（焦虑性的抑郁）的时候，会倾向于表现出更高水平的焦虑、逃避和躯体化症状；而那些外倾性的青少年则可能表现出更多的敌意和易激惹性。

边缘型人格特质与重性抑郁障碍尤其相关，因为具有这些特质的个体常焦虑不安并且对他人的拒绝极其敏感。他们那种害怕被抛弃的恐惧会伴随着强烈而又短暂的悲伤、愤怒或易激惹发作，有时这些情绪会在自伤事件中达到顶点。重性抑郁障碍和边缘性人格特质或障碍可以并存。但是，当具有边缘性人格特质的青少年同时伴有悲伤、易激惹等时，有可能被误诊为重性抑郁障碍。另一方面，抑郁发作可能会放大人格特征而提示人格障碍的存在，但实际并不存在。在后者这种情况中，一旦个体从抑郁发作中会恢复，他的人格障碍的症状也会缓解。人格障碍的诊断在青少年重性抑郁障碍的发作中应该是暂时的，这个诊断应基于抑郁发作之外的症状和功能情况做出。

#### 基因-环境相互作用：5-羟色胺转运体基因、儿童虐待以及抑郁障碍

新西兰但尼丁健康发展研究收集了一个 1037 名儿童组成的队列，从 3 岁到 26 岁仔细追踪各种精神障碍、严重生活事件以及儿童虐待等其他问题的发生与发展。基于这些数据的报告得出了结论：5-羟色胺转运体基因（5-HTT）的功能多态性减轻了压力性生活事件对重性抑郁障碍发展的影响。即是说，如果暴露于相同生活事件，与那些在该基因上拥有长等位基因的人相比，具有短等位基因的个体在儿童时期面对严重应激或虐待时更易发生重性抑郁障碍（Caspi 等，2003）。

这个发现激起热议，因其似乎终于证实了在重性抑郁障碍病因中一个貌似可信的基因-环境相互作用。然而，随后的荟萃分析指出，单独的 5-羟色胺转运蛋白基因的改变或其与应激性生活事件的结合都与抑郁风险的升高无关（Risch 等，2009）。之后发表的另一篇荟萃分析（Karg 等，2011 年）得出了相反的结论，而另一项来自新西兰的前瞻性研究未能证实这种关联（Fergusson et al, 2011）。显然，目前仍需要更多的研究来解决这个众人关注的问题，这其中强调接受研究结论之前结果可重复的重要性，然后才能讨论在临床实践中的使用（如探查抑郁的易感因素）。

### 隐匿性抑郁

直到 20 世纪下半叶，儿童抑郁障碍在很大程度上被认为不存在。20 世纪 50 年代出现了新的理论，提出在这个年龄段抑郁确实存在，但是并不表现为抑郁，而是表现为“抑郁等位症”。这些“等位症”包括问题行为、多动、躯体主诉、遗尿以及学校问题。即：孩子可以抑郁，但是会用不同于成人的方式表达抑郁，即：隐匿性抑郁。

隐匿性抑郁的概念受到了严重的批评，随后基本被废弃。直到 20 世纪 70 年代，研究者发现儿童期抑郁障碍确实存在，症状与成人大体相似。抑郁的儿童可能在最开始会表现出一系列可能掩盖抑郁情绪的症状（例如发脾气、头疼、疲倦、注意力不集中），但合格的医生应该有能力和发现抑郁。（Carlson & Cantwell, 1980）。

表 E.1.3 重性抑郁障碍的危险因素及其对预防、诊断或治疗的指导作用

	危险因素	对预防、诊断或治疗的指导
生物学	抑郁障碍家族史	有抑郁障碍或自杀家族史时要提高对重性抑郁障碍的警惕。
	父母物质滥用或酗酒	发现并治疗父母的物质滥用。
	双相障碍家族史	提高对重性抑郁障碍可能为双相障碍的警惕，调整药物治疗思路。
	女性	应该对家庭医生处就诊的青少年女性进行抑郁障碍的筛查。
	青春期	重性抑郁障碍在青春后期的青少年中发病率高，特别是女性。初潮过早（<11.5岁）会增加重性抑郁障碍的发生风险。要对青少年进行抑郁障碍筛查。
	慢性躯体疾病	要在患慢性躯体疾病或残疾的患者中排除抑郁。
	既往抑郁障碍病史	预防复发的策略是治疗中必须的部分。
心理学	共患精神障碍，特别是焦虑症	发现并治疗共患精神障碍。
	神经质或高度情绪化的气质特征	发现高危个体并有目标地进行预防干预。
	消极的认知风格，低自尊	发现高危个体并有目标地进行预防干预。
	创伤	发现高危个体并有目标地进行预防干预。
	丧亲和其他的“丧失”	发现高危个体并有目标地进行预防干预。
家庭因素	虐待，忽视	有目标地进行预防干预，比如：开展养育和预防虐待的课程。
	不良的养育方式：拒绝，缺乏照料	有目标地进行预防干预，比如：养育的课程。
	父母有精神障碍	发现并治疗父母的精神障碍。有目标地进行预防干预，比如：开展有关养育的课程和提供支持。
	亲子冲突	父母的教育，有关养育的课程。
社会因素	欺凌	开展预防校园欺凌的项目。
	儿童和青少年罪犯	发现高危个体并有目标地进行预防干预。
	在机构中长大或被收养的孩子，难民，无家可归者，寻求庇护者	发现高危个体并有目标地进行预防干预。



## 重性抑郁障碍与自杀行为

自杀是全世界青少年死亡的主要原因之一。青少年中大约每100次的企图自杀里，就有一次自杀成功。自杀观念在年轻人中很常见，大约六分之一的12到16岁女孩（十分之一的男孩）报告在过去的六个月里有过自杀观念，在临床样本中比例要高很多。虽然自杀是个体和社会心理因素以及心理健康问题复杂相互作用的结果，但有相当多的证据表明，抑郁是最强的个体危险因素（尽管也有一些例外，在某些国家，如中国，冲动似乎是最强的危险因素）。

大约60%的重性抑郁障碍年轻患者报告曾经想过自杀，30%的人尝试过自杀。在下列情况下，自杀风险会增加：

- 在家庭中发生过自杀事件；
- 自己曾经尝试过自杀；
- 共患其他精神障碍（比如：物质滥用），冲动，攻击；
- 可获取致命工具（比如：枪支）；
- 经历过一些负性事件（比如：学业的困难，身体虐待或性虐待）等等。

我们需要仔细评估每一个重性抑郁障碍年轻患者的自杀行为和风险（详见E.4章）。

AY是一个14岁的尼日利亚女孩，正在读中学四年级。她喝下少量的浓缩消毒液企图自杀，大约4小时后她被送到医院。她哭诉道在过去的6个月里，绝大多数时候她都感到沮丧并且思考了很多关于死亡的事。当她得知她将不得不在学校复读一年时，她便做出了喝毒药的决定。在此之前，她的成绩也变得越来越糟。她感到很内疚，因为她觉得自己糟糕的学习表现是对父亲钱财的浪费。AY说自己存在长期的入睡及维持睡眠困难。她依然喜欢看电视以及和朋友们玩，但是她逐渐觉得做家务有困难，因为她感到自己虚弱又疲倦。她的家人把这解释为懒惰，并且经常因为她没有完成家务而打骂她。她还感到自己因为糟糕的学习表现而被同学们孤立了。

AY的妈妈曾经患过一段时间的精神疾病，并且和AY的爸爸离婚了，而AY的爸爸也已经再婚。因为新的家庭害怕AY和她的兄弟姐妹会染上他们妈妈的精神疾病，所以AY和她的四个兄弟姐妹便与她的姑母生活在一起。即使她的妈妈现在在另一个镇上生活和工作得很好，AY也只能每年短暂地见她一两次。她的爸爸甚至住的更远，她几乎从来没有见过他。

## 诊 断

虽然重性抑郁障碍的诊断通常并不困难，但儿童和青少年的重性抑郁障碍往往不能被及时发现或得到治疗。年轻的患者最初往往会出现行为或躯体方面的症状，而这些症状可能会掩盖那些会在成年人身上出现的典型的重性抑郁障碍症状。当儿童青少年出现以下表现时，临床医生需警惕重性抑郁障碍的可能：

- 易激惹或情绪暴躁；

### 抑郁障碍症状：

#### 核心症状：

- ◇ 持续和普遍的悲伤与不快乐
- ◇ 对日常活动丧失乐趣
- ◇ 易激惹

#### 相关症状：

- ◇ 消极的想法和低自尊
- ◇ 无望感
- ◇ 无根据的负罪感和悔恨，无价值感
- ◇ 自杀或死亡的念头
- ◇ 精力缺乏，疲劳感增加，活动减少
- ◇ 难以集中注意
- ◇ 食欲受干扰（减少或增加）
- ◇ 睡眠问题（失眠或嗜睡）

- 对以前喜欢的休闲活动慢慢厌倦或丧失兴趣；  
(例如：不再进行体育活动，或不再上舞蹈和音乐课)
- 社交退缩或不再想和朋友“出去玩”；
- 不去上学；
- 学习成绩下降；
- 睡眠觉醒模式改变(例如睡懒觉并拒绝去上学)；
- 经常感到不明原因的身体不适、头痛或腹痛；
- 行为问题(比如变得更加违抗，离家出走，欺负他人)；
- 酗酒或其他物质滥用。

对我们来说很重要的，当一名青少年出现问题时，我们需要去确定这些问题与他以往的社会功能水平或性格相比是否发生了变化。比如：一名14岁的男孩，他有6个月的对立违抗和品行方面症状，但是之前并没有行为问题，那么在鉴别诊断时需要考虑重性抑郁障碍的可能。同样，一个15岁的以往名列前茅的女孩最近却没有通过考试也有可能是重性抑郁障碍导致的。

虽然DSM-5和ICD-10关于重性抑郁障碍的定义是类似的，但是由于ICD-10的诊断标准比较模糊，因此在此章节，我们主要遵循DSM-5的诊断标准。在临床实践中，要做出重性抑郁障碍的诊断要求存在以下表现：

- 核心症状；
- 一些相关症状(通常应该存在四个)；
- 普遍性(症状必须每天大部分时间存在)；
- 持续性(至少两周)；
- 症状必须导致社会功能的损害或显著的主观痛苦；
- 症状并非物质使用或其他躯体疾病所导致。

**核心症状**是指悲伤、不高兴或易激惹，以及快感缺失。易激惹是最模棱两可的表现，因为它可以存在于多种精神科疾病中(比如：对立违抗障碍、强迫障碍、双相障碍)。

**相关症状**包括：

- 显著的体重或食欲改变(并非节食)；
- 失眠或嗜睡；
- 精神运动性激越或迟滞；
- 疲劳或精力丧失；
- 无价值感，或者过度或不适当的内疚感；
- 思考或集中注意力的能力减弱，或者犹豫不决；
- 反复出现死亡或自杀的想法。

在评估儿童青少年抑郁患者时，风险评估、尤其是自杀或过失杀人的风险评估非常重要。评估的结果对患者的后续处理非常重要，比如决定患者治疗的最佳场所(是门诊治疗还是住院治疗)。

在临床实践中，要做出重性抑郁障碍的诊断要求：

- ◇ 出现核心症状
- ◇ 一些相关症状
- ◇ 普遍性(每天大部分时间都必须出现症状)
- ◇ 持续性(至少两周)
- ◇ 出现社会功能的损害或显著的主观痛苦

## 信息提供者

父母和老师往往会低估孩子的抑郁情绪，年轻人可能会高估这些情绪。而来自不同信息提供者的报告和问卷资料也常常不一致。这并不一定意味着这些数据不真实——而是往往反映了观察者在解读孩子的情绪和行为时存在困难，以及他们对孩子的了解是有限的（例如：老师只是在教室里观察孩子们的行为和情绪，而不是在家里或社交场合中）。因此，为了获得关于孩子们的准确的感受描述，有必要经常在不同场合下观察孩子。整合不同来源的信息是一项关键的临床技能，但是常常比较困难。与其他情况，如：品行障碍或注意缺陷多动障碍相比，临床医生在诊断重性抑郁障碍时，尽管也应该考虑家长和老师提供的信息，但是应该更多地重视孩子们的报告，

## 严重程度

评估抑郁发作的严重程度非常重要，因为治疗指南将严重程度作为指标之一来指导应该先进行什么治疗。但是，目前严重程度的定义存在不足之处。严重程度的评估主要基于临床共识并且主要依靠临床医生的技能和经验。表E. 1.4提供了一些关于评估严重程度的指导。抑郁评定量表也可以帮助进行评估。

轻度	中度	重度
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5个抑郁障碍症状（至少包括1个核心症状）</li> <li>• 轻度功能损害（受到症状的困扰，在进行日常工作和社会活动时会出现一些困难，但可以通过额外的努力来克服）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6个或7个抑郁障碍症状（至少包括1个核心症状）</li> <li>• 进行日常工作和社会活动时感到有相当大的困难（上学、社交或家庭活动）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 超过7个抑郁障碍症状</li> <li>• 可以出现幻觉或妄想（精神病性抑郁障碍）</li> <li>• 在多个领域出现功能的严重损害（家庭、学校和社交）</li> <li>• 常常有较高的自杀风险</li> </ul>

除了重性抑郁障碍症状和社会功能的损害之外，其他因素（例如，针对自己或他人的风险）也会影响治疗方案的确立，特别是确定哪个治疗场所更合适。例如：一名自杀风险高的青少年可能需要住院治疗，而另一名同样存在重度抑郁但自杀风险较低的青少年可能不需要。

## 鉴别诊断

悲伤和不快乐是人类正常体验的组成部分，特别是在经历丧失和失望之后会产生这些感受。然而，有时候，这些感受过于强烈和持久，以至于个体无法回到以往的功能水平。我们把这种情况称作“临床抑郁障碍”，“重性抑郁障碍”，“抑郁障碍”或“忧郁症”。人们在日常生活中会说他们感到“抑郁”，意思其实是他们感到不快

乐、失望或悲伤。因此，一方面我们需要知道如何将临床抑郁障碍和青少年生活中的正常情绪起伏进行区分，另一方面需要区分临床抑郁障碍和假性抑郁障碍。

表E. 1.5 正常的青少年行为与抑郁障碍的鉴别	
正常青少年	青少年重性抑郁障碍
<ul style="list-style-type: none"> <li>尽管会有一些“忧虑”、闷闷不乐或其他困难，但他们并没有表现出显著而持久的行为改变。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>与以前的行为有所不同（例如，变得悲伤、易激惹，对日常活动失去兴趣，对他人的忽视或拒绝产生极大的反应，经常觉得厌倦、无聊）。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>虽然有时候他们会感到伤心和难过，但通常是对一些生活事件的反应，而且是短暂的。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>抑郁核心症状（情绪低落或快感缺乏）每天大部分时间都会出现，持续至少两周。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>功能没有显著的变化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以前的功能出现退化（例如，不去学校，考试分数变低，不再进行以前喜欢的活动）。他们需要花比以往更长的时间和更多的精力来完成功课和课堂作业；学校成绩可能会下降。他们可能会放弃之前建立的友谊和社交活动，而退回到自己的房间或者转向网络世界。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>想死或自杀的想法罕见。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自杀念头（“生活不值得过”，“我死了可能会更好”），并且尝试自杀常见。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>一些冒险行为，例如鲁莽驾驶、饮酒和尝试性爱是常见的，但通常局限在青少年性格的合理范围内。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>可能开始从事不寻常的、危险或高风险的行为，比如：鲁莽驾驶、酗酒、轻率的、不安全的性行为。</li> </ul>
<p>* 苦恼、恐惧、焦虑、忧虑常常用于描述青少年所体验到的一种忧虑、焦虑或者内在躁动不安的紧张的感觉。</p>	

### 重性抑郁障碍与正常的青少年行为

临床医生在诊断重性抑郁障碍时最常提到的问题之一就是：我们要如何区分正常的青少年行为和青少年重性抑郁障碍？这是因为人们常常觉得青少年在正常情况下就可以表现得比较情绪化、易激惹、快感缺乏以及感到无聊。表E. 1.5列出了二者的一些区别。

### 躯体疾病或药物

各种各样的躯体疾病、药物治疗以及物质滥用可以使儿童和青少年产生类似抑郁障碍的症状。

这些包括（以下列表并不包括所有）：

- 药物：异维甲酸，皮质类固醇和兴奋剂（例如：安非他明、哌甲酯）；

- 物质滥用：苯丙胺，可卡因，大麻，溶剂；
- 感染：获得性免疫缺陷综合征（AIDS），单核细胞增多症，流感；
- 神经系统疾病：癫痫，偏头痛，颅脑损伤；
- 内分泌：艾迪生氏病，库兴氏病，垂体机能减退症，甲状腺疾病。

### 单相还是双相？

在对抑郁发作进行处理时所面临的一个关键问题是确定诊断为单相抑郁还是双相抑郁，因为这对治疗会有影响。尽管两者的临床表现可完全相同，但有些特征的出现可增加该抑郁发作是双相抑郁的可能性，如：双相情感障碍家族史以及存在精神病症状或紧张症。然而，除非出现过至少一次非药物引起的躁狂、轻躁狂或混合发作的病史，否则不能做出双相情感障碍的诊断。

鼓励对可疑双相障碍的患者进行全面的病史回顾，寻找既往躁狂或轻躁狂症状。因双相障碍常常以抑郁发作在童年少年期起病，之前没有躁狂症状的病史，这也使区分单相抑郁和双相障碍变得更加困难。

#### 发现重性抑郁障碍

父母、老师和医生常常无法正确识别青少年重性抑郁障碍，有时这会产生悲剧性的后果。汉娜·莫德拉是一个17岁的聪明的优等生，她在自己的日记中记录了她最近出现的重性抑郁障碍症状。虽然她的家人都很关心她，也都受过良好的教育，意识到了她有些不对劲，但他们不明白这到底是怎么回事，也没有意识到它潜在的严重性。用她母亲的话来说：

“尽管我可以看到汉娜有些不对劲的地方，但是我对此毫无头绪。我不知道这是怎么回事，以及我能做什么，或者我该怎么做。因此，在一月二十九日那天，我说：“我带你去看医生吧？”医生实际上并不了解她。汉娜没怎么说话，她只是坐在那里。医生认为这个年龄段的女孩子出现症状往往可能与铁缺乏或贫血有关，所以我们给她抽了血就走了。然后我们回到了家里。汉娜说：“妈妈，我知道这跟我的血没有任何关系。”但我没有想太多。也许我本可以跟她说：“那么汉娜你觉得是什么原因呢？”但我没有这么说。我并没有问这个问题，她也没有给我答案。我以为她只是想说“我没事”。

现在回想起来汉娜是有清晰的重性抑郁障碍症状的，然而她第二天就自杀了（澳大利亚广播公司，2008）。

点击下面图片观看“这个女孩不太可能”(30分钟)，一部关于青少年重性抑郁障碍的优秀纪录片。



### 物质滥用

鉴于青少年物质滥用的常见性，鉴别抑郁障碍的病因是否与摄入如安非他明、可卡因、大麻等物质或溶剂相关是非常重要的。例如：安非他明戒断（特别是在大量频繁使用之后）可以表现为心境恶劣、疲劳、睡眠紊乱、精神运动性迟滞，这些症状与重性抑郁障碍症状非常相似。由物质滥用引发的症状，通常在戒用该物质几天后会消



失。如果重性抑郁障碍症状持续存在，或者重性抑郁障碍症状的发生先于物质滥用，会考虑存在重性抑郁障碍和物质滥用所致精神障碍共病的可能。

### 精神分裂症

当青少年的重性抑郁障碍伴有幻觉和妄想时，鉴别精神分裂症与伴精神病性症状的重性抑郁障碍非常重要。支持伴精神病性症状的重性抑郁障碍诊断的特征有：双相障碍或抑郁障碍的阳性家族史，没有前驱期的比较迅速的发作，幻觉（如：有声音告诉病人，他很差劲或他应该去自杀）或妄想（如：自罪妄想、贫穷妄想、灾难妄想、妄想自己是一名会加害他人的女巫等）与心境相协调。忽略以上差异，在临床中直接区分这两种疾病会非常困难。例如：表现为恶劣心境和自我忽视的精神分裂症前驱期被错误诊断为重性抑郁障碍的案例并不罕见。通常只有长时间的观察方能帮助我们明确诊断。当情况不太明确时，比起做出一个精神分裂症或伴精神病性症状的重性抑郁障碍的诊断，或许更好的做法是，先诊断“首发精神病”，等待病程足够清晰，证据更多的时候，再做出最终的诊断。

### 注意缺陷多动障碍与破坏性行为障碍

易激惹和情绪消沉是儿童的常见症状，尤其是患有注意缺陷多动障碍、对立违抗障碍或品行问题的青春前期儿童在如下情况会出现：严重家庭功能失调、贫穷、忽视、寄养看护、社会收容机构。在这种情况下，很难确定儿童的情绪消沉是因他所处的困境造成的，还是临床抑郁的表现。如果儿童符合重性抑郁障碍的诊断标准，DSM系统鼓励做出共病重性抑郁障碍的诊断，但ICD系统推荐只做出一种诊断—品行与情绪混合性障碍或抑郁性品行障碍。尽管有研究显示，相比重性抑郁障碍患儿，同时存在品行障碍和重性抑郁障碍的儿童的成长与品行障碍儿童更类似，但是目前这两种诊断方法哪种更好尚不清晰。

### 伴有抑郁心境的适应障碍和居丧反应

当抑郁症状出现在重大生活事件之后，临床医生常常会诊断为适应障碍。当具有临床意义的抑郁症状或功能损害发生在可识别的应激事件后3个月之内，且不符合重性抑郁障碍和居丧反应的诊断标准，这个诊断是正确的。对于适应障碍，抑郁症状会在应激源去除后6个月内消失。

当生活中有亲密的人去世时，人们可以表现出与抑郁发作相似的症状，但除非症状特别严重，呈持续性并导致功能受损（例如：不恰当的持续的负罪感，病态的专注于无价值感，严重的功能受损），否则不考虑诊断抑郁障碍。居丧的悲痛表现会在几天或几周之后逐渐减轻，且常常与提起或想起已故之人相关，而不像重性抑郁障碍那样弥漫性的悲伤。居丧时可能会出现一些积极的情绪，甚至幽默情绪，并且自尊通常保存，而重性抑郁障碍则相反，并通常伴有无价值感。

## 评定量表

现在有许多儿童青少年抑郁障碍的评定量表。在成人抑郁障碍的评估中，由临床

### 病耻感

自尊心及对难堪的恐惧让我对咨询师和药物敬而远之。但是如果我尝试这些，并且向公众反馈哪些是有效的、哪些是无效的，我会极大地帮助到其他人。虽然大家都会知道我有抑郁障碍这个弱点，但是这会帮助到我和其他人。（澳大利亚广播公司，2008）

青少年对其心理健康是有自觉的，但常将抑郁视为软弱标志或性格缺陷。这样造成的病耻感使得诊断和治疗更加困难。

医生来进行评定的汉密尔顿抑郁评定量表应用最为广泛，但是在儿童和青少年中的应用并不广泛。儿童抑郁评定量表(CDRS) (Poznanski& Mokros, 1996)也是由临床医生来评定、并专门为青少年设计的量表。这种专有的量表在重要的治疗试验如TADS (Curry et al, 2010)中应用。现在也有基于访谈的诊断工具，例如：儿童青少年精神病评估(CAPA) (Angold& Costello, 2000)，多在研究应用。

最广泛应用的是自评量表，通常包含儿童、家长、老师版本。因为做出诊断需要有资质的临床医生对患者当面访谈评估，并且最好访谈重要的信息提供者，因此，这些量表不能用于做出诊断，它们通常被作为筛查的工具来使用（例如：在学校或在高危人群中的筛查），或被用来评估治疗的效果（预后结局）。现在它们逐渐被改良，让年轻人可以使用电脑、智能手机和平板电脑来完成自评(Stevens et al, 2008)。

总体来说，自我报告的量表在青少年中更有帮助，在青春前期儿童中的应用则较为有限。新的技术，如：手机，没有被有效应用来提升这些量表的利用度。这些量表大部分是专有量表，且成本较高，没有一个量表相比其他量表具有更明显的优势。表 E. 16 列出了一些在临床中免费应用的量表，有些有多个语言的版本。

## 治 疗

我们有必要将目标定得高一些，尽量达到症状的完全缓解，并且回到病前的功能水平（痊愈）。未达标的结果都不是最理想的，因为持续的重性抑郁障碍症状会增加以下问题的可能性：较差的社会心理功能、自杀和其他问题（例如：物质滥用）及复燃和复发。

在大多数情况下，让孩子的父母参与评估和治疗的过程是好的（例如：让父母参与讨论可获得的治疗方法及其相对风险和益处），但是，参与的程度取决于孩子的年龄、所处的发育阶段、他们的愿望、所处的环境及国家的文化。花时间探讨以上内容将增进治疗关系，提高治疗的依从性和效果。通常我们推荐定期使用评估量表监测抑郁的严重程度（例如表 E. 1.6 中的表格）。自杀风险也需要定期评估而不能仅在初次访谈时评估，因为自杀风险会发生波动。

观察等待也是一种管理疾病的方法，在考虑进一步治疗之前，可以等待一段时间。当有很高的自愈可能或治疗风险大于获益（如：前列腺癌）时，经常使用观察等待法。观察等待的关键是要有明确的规则，以确保必要时及时过渡到其他的管理形式。英国国立健康与临床优化研究所(NICE) (2005) 指南认为观察等待策略适用于不想受到干预，或根据医疗保健专业人士的意见，可能不需要干预就可以康复的、被诊断为轻度抑郁的儿童青少年，这些个体通常在未来2周内应该安排进一步的评估。重要的是要注意到观察等待并不意味着没有治疗。在观察等待期间，需参考下文支持性管理部分的意见实施治疗。

### 支持性管理

美国儿童青少年精神医学会 (AACAP) 实践指南(Birmaher et al, 2007)指出，代替药物治疗，“对于一个轻度心理社会功能受损、没有临床上严重的自杀倾向或精

### 转相

在患有重性抑郁障碍的青少年人群中，转相至躁狂或轻躁狂的比率高于成年人。一些研究者称转躁率高达40%。在TADS的5年随访中，只有6%在5年后发展为双相障碍 (Curry et al, 2010)。根据这个研究和其他研究，可总结出双相障碍会发生于约10%的重性抑郁障碍青少年。在有双相障碍阳性家族史的儿童，或服用抗抑郁药时转相至躁狂的儿童中，这个概率可能会更高。

### 治疗的目标

- ◇ 将症状和损害减至最小
- ◇ 缩短抑郁发作的时间
- ◇ 防止复发

神病性症状、轻度或短暂抑郁的患者，以针对家庭和学校中应激源的教育、支持和案

表 E. 1. 6. 向公众公开的或在临床应用中可免费获得的评定抑郁症状的量表

量表	评定人	评价
<b>CES-DC:</b> 流调用抑郁自评量表 Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale(Faulstich et al, 1986)	儿童青少年 家长	<ul style="list-style-type: none"> <li>评价抑郁症状时特异性存在一些问题。</li> </ul>
<b>MFQ:</b> 情绪和情感问卷 Mood and Feelings Questionnaire (Angold et al, 1995)	儿童青少年 家长 教师	<ul style="list-style-type: none"> <li>获得许可后可免费用于临床或研究。</li> </ul>
<b>DSRS:</b> 抑郁自评量表 Depression Self-Rating Scale (Birlleson, 1981)	儿童青少年	<ul style="list-style-type: none"> <li>有多种语言版本。</li> <li>研究较少。</li> </ul>
<b>KADS:</b> Kutcher 青少年抑郁量表 Kutcher Adolescent Depressio Scale (Brooks et al., 2003)	青少年	<ul style="list-style-type: none"> <li>有两个版本：分别有 6 项和 11 项。</li> <li>KADS (6 项) 是针对机构场所 (如学校、初级保健部门) 设计。它可以作为筛查工具识别有抑郁风险的青少年，或由经过训练的卫生保健提供者 (如公共卫生护士，初级保健医生) 或教育工作者 (如指导顾问) 使用，来评估处于不良应激或可疑有心理健康问题的青少年。目前有英语、法语、汉语、德语、西班牙语、葡萄牙语、韩语、波兰语版本。</li> <li>KADS (11 项) 有英语版、葡萄牙语版、土耳其语版。</li> </ul>
<b>PHQ-A:</b> 患者健康问卷-青少年版 Patient Health Questionnaires-Adolescen t (JohnsonSDQet al, 2002)	青少年	<ul style="list-style-type: none"> <li>为一简短问卷，是辉瑞出资开发的 PRIME-MD 工具包的一部分。</li> </ul>
<b>SDQ:</b> 长处和困难问卷 StrengthsandDifficulties Questionnaire (Goodmanet al., 2000)	青少年 家长 教师	<ul style="list-style-type: none"> <li>是对精神病理的全面评估，其分量表可用于筛查抑郁风险。</li> <li>筛查可能存在的抑郁疾病有较好的灵敏度和特异度。</li> <li>青少年可以在网上完成并得到即时的反馈 (<a href="http://www.youthinmind.info/UK/sdqonline/Self/StartSelf.php">http://www.youthinmind.info/UK/sdqonline/Self/StartSelf.php</a>)。</li> </ul>

点击图片访问英国国立健康与临床优化研究所 (NICE) (2005) 指南。



例管理作为治疗的开始是合理的。预期可以在 4-6 周之后观察到支持性治疗的疗效”。也就是说，教育、支持和案例管理 — 支持性治疗 — 是一种有效的、被广泛应用的、但是还没有被很好研究的治疗选择。

很多患者会在危机（例如：自杀未遂）后寻求帮助。在这种情况下，症状往往会加重。处理危机本身可能足够解决感知到的抑郁，特别是在初级保健机构。作为支持性管理的一部分，对青少年，如果合适的话和父母一起，访谈 2-3 次可以对病情和疾病持续的原因有更全面的评估，并能更加详细地讨论治疗的选择、风险和副作用。因此，当自杀风险低，抑郁不严重时，支持性管理/观察等待是有用的策略。

### 心理社会干预

尽管验证特定疗法的研究的数量和质量有限，心理社会干预（总结在表 E.1.7），特别是认知行为疗法（CBT）和人际关系治疗（IPT），显示出对轻度或中度抑郁发作治疗的有效性。CBT 与 IPT 治疗的最佳次数目前尚不清楚，大多数研究每周治疗 1 小时，持续 8-16 周，但更多的治疗次数可能增进预后结局，减少复发。在临床中，治疗的次数可以根据病人的需要、疾病的严重程度和其他相关因素来调整。

尽管抗抑郁药可以在短期取得更好的疗效，但在 24-36 周之后，不同心理社会干预与抗抑郁药之间疗效的差异逐渐消失(TADS Team, 2007)。治疗师的质量（经过训练的治疗师与非专业治疗师）、治疗师-患者联盟的紧密度似乎是所有心理治疗疗效的相关因素。

### 认知行为治疗 (CBT)

CBT 基于的假设是抑郁心境与个体的行为和想法相关，而改变行为和认知模式可以缓解抑郁情绪并改善功能。个体暴露于一系列应激源并自动产生情绪反应，在抑郁的青少年中，这些自动的情绪反应是不切合实际的、负面的 — 常常是灾难性的，如：“没有人喜欢我”，“我一无是处”。这些抑郁的想法和随后的行为让他们感觉更糟糕，常常造成恶性循环：不开心的心情造成不切实际的负性想法和行为。治疗的目标是通过学习：(a) 一个人的情绪、想法和行为是互相关联的；(b) 发展更加积极思考和行为的模式策略，产生更加积极的情绪(Langer et al, 2009)，从而打断恶性循环。

CBT 的第一个目标是帮助患者识别在其生活中情绪、想法、行为之间的联系（例如，给朋友打电话改善了情绪），并且挑战他们的一些消极信念；与此同时，使用规划患者喜爱的活动的策略，促进患者的行动。最好再配合使用心情日记(见表 E.1.1)。另一个目标是帮助患者区分有益和无益的想法，形成可以产生更多有益想法的策略，并练习在遇到压力情景时使用有益的思维模式（认知重构）。第三个目标是，通过社交技能、沟通和建立自信的训练，让患者建立和维持受到抑郁障碍负面影响的人际关系。

### 人际关系治疗 (IPT)

人际关系治疗强调人际关系的重要性，强调当人们重要的关系出现裂痕时，人们会经历痛苦。这会导致社会支持的丧失，进一步导致抑郁情绪或使抑郁情绪持续存在。

[点击图片进入美国儿童、青少年精神病学会抑郁障碍实践指南](#)



[点击图片查看 Neal Ryan 博士对 CBT 和 IPT 的简要介绍](#)

“一个典型的 CBT 晤谈，首先与患者合作设定晤谈的流程，随后检查前一周的作业，教授和练习目前的认知行为技能，解决前一周青少年生活中出现的危机和问题，帮助青少年总结在晤谈中学习的技能，分配练习内容/家庭作业” (Langer 等, 2009)



IPT 治疗师并不探讨青少年的过去，而是专注于当前的人际冲突。通过改善抑郁青少年的人际交往技巧来改善他们的人际关系 (Mufson et al, 2009)。

IPT 与 CBT 有许多共同点。例如：它们的目标都是将情绪与当时的人际事件联系起来；提供对于抑郁障碍的心理健康教育；鼓励患者参与能使人感受更好的愉悦的活动（特别是在学校）。但是，IPT 的关注点在于人际交往问题（例如，审视并改正不良的交流模式和人际互动），并教青少年怎样建设性地处理它们。

近年来，正念方法经常在 CBT 和 IPT 的过程中被应用，而且越来越多的证据表明正念方法可以有效地治疗抑郁和预防抑郁复发。正念是一种个体将自己的意识集中于当下，平静地了解和接受自己的情绪、想法和身体感觉的技巧。点击 <http://www.blackdoginstitute.org.audocs/10.MindfulnessinEverydayLife.pdf> ] 可以了解一些日常生活中的正念练习。

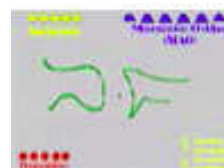


点击图片观看解释正念的剪辑 (18:05)

### 药物治疗

表 E.1.8 是抗抑郁药及其有效性总结。抗抑郁药是治疗儿童青少年重性抑郁障碍的重要武器，但是有些成人使用有效的抗抑郁药在儿童青少年中却无效（例如：三环类抗抑郁药）或在儿童青少年中使用危险性过高（例如：单胺氧化酶抑制剂类）。这提示成人治疗试验中获得的数据不能一概而论地推广到儿童青少年。如果存在安慰剂效应的话，它在儿童青少年中比在成人中更强，抑郁发作的严重程度是一个重要的考虑因素：在轻度抑郁发作中，抗抑郁药并没有比安慰剂更有效；但对于重度抑郁发作，抗抑郁药显示更为有效。

点击图片观看 SSRI 和 MAOI 如何发挥作用



开药和获得知情同意的重要环节是和患者讨论以下问题，如果合适的话，家属也要参与。

- 用药的原因；
- 可能的药物副作用（包括自杀想法的出现或加重、紧张、激越、易激惹和情绪不稳定）；
- 需要遵医嘱用药；
- 抗抑郁药起效较慢（降低服药后马上好转的期望）。

良好的实践建议一旦给予药物治疗，在第一个月的每一周均要对患者进行评估（面对面或无法面对面时通过电话）。这些评估有助于对患者进行进一步支持性管理，并监测药物不良作用和评估疗效（每次访谈时均应用抑郁评定量表对患者进行评定）。

治疗不足 — 药物剂量不足或治疗时间不足 — 是临床实践中常见的错误。虽然从低剂量开始很重要，但应逐渐增加药物剂量，直到出现症状减轻或出现副作用为止。记住患者所需药物的剂量存在广泛的个体差异。

### 药物的副作用



由于SSRIs以外的抗抑郁药很少用于青少年，所以只详细讨论SSRIs的副作用。TCA以抗胆碱能副作用和心脏毒性为主，高血压危象是MAOI的主要风险。

表 E. 1. 7. 单相抑郁的心理社会治疗的有效性证据总结

治疗	评价
认知行为治疗 (CBT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>一些研究显示个别 CBT 治疗(每周 1 次, 每次 1 小时, 持续 8 到 16 周)短期内显示有效。</li> </ul>
人际心理治疗 (IPT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>一些证据显示 IPT 短期内显示有效。</li> </ul>
精神动力治疗 (精神分析治疗)	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究很少, 但是有些证据显示可能有效。</li> <li>需要更长的治疗时间 (例如一年)。</li> </ul>
家庭治疗	<ul style="list-style-type: none"> <li>比没有治疗有效得多, 但与其他治疗相比疗效如何尚未知。</li> <li>对于存在家庭冲突或家庭不和的案例可能特别有用。</li> </ul>
团体治疗 (通常基于)	<ul style="list-style-type: none"> <li>证据有限且结果互相矛盾。</li> <li>通常是作为一种针对高危人群的预防干预来应用。</li> </ul>
自我帮助(例如放松, 阅读教育资料或书籍, 参加支持小组)	<ul style="list-style-type: none"> <li>数据有限且结果互相矛盾。</li> <li>目前的研究对基于 CBT 的通过网络的自我帮助平台的兴趣越来越大, 但是还没有证据证明其有效性。</li> <li>心理教育常常作为临床治疗的一部分。</li> </ul>

图 E. 1. 1. 已完成的心境图示例

		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
情绪	上午	2	1	4	1	3	6	5
	下午	4	3	2	2	5	6	7
活动	上午	在学校被欺负	在学校有不好的记录; 无法完成数学任务	在学校和朋友呆了一段时间	在学校吸烟: 拘留	学校	在打网球时睡觉	在医院探望祖母
	下午	电脑游戏 遛狗	电脑游戏 家庭作业	电脑游戏 与姐姐争论	电脑游戏 与母亲争论	和朋友去看电影	帮助爸爸做园艺	拜访了好朋友遛狗
记下每天 (上午和下午) 的相关活动, 并从 0 (非常不高兴)、5 (既不高兴也没有不高兴)、10 (非常高兴) 评估你的情绪。使用所有评分范围。								

## 自杀

矛盾的是，有人认为，SSRIs可能诱发青少年的自杀行为。确定这是否属实并不容易，因为重性抑郁障碍也增加了自杀风险。目前为止，研究结果是相互矛盾的。一方面，药物流行病学和生态学研究表明，SSRIs使用的增加可能并未导致青少年自杀的增加，而是减少了青少年的自杀。另一方面，FDA对包含4400多名儿童青少年的对照研究进行综述，结果显示与安慰剂比较，接受抗抑郁药（主要是SSRIs）治疗者自杀倾向（自杀想法或尝试）短期小幅度增加（2%），但是没有自杀。这使得FDA和其他国家的监管机构对抗抑郁药的这一风险提出了警告。我们尚不清楚这种现象背后的机制。SSRIs可以诱发静坐不能、激越、易激惹和脱抑制。像其他抗抑郁药一样，SSRI也可以诱发躁狂。

### 帮助青少年以结构化的方式解决问题

1. “问题是什么？”— 请青少年把它写下来。
2. 列出所有可能的解决方案 — 集思广益/头脑风暴，列出所有可能的解决方案。青少年应该写下他们所能想到的所有解决方案，不要对方案进行评价（即所有好的和坏的解决方案）。
3. 把每个可能的解决方案列在单子上，思考利弊。
4. 请青少年选择最好的或最切合实际的解决方案。
5. 研究如何实施最佳的解决方案和获取所需的资源。你可能需要与青少年一起预演困难的步骤。
6. 青少年实施解决方案后，对其进行评估并称赞孩子的所有努力。如果解决方案不起作用，请再次执行这些步骤找出替代的解决方案。

这些研究结果的意义在于，需要告诉患者警惕这种风险，临床医生也应该制定相应的策略来降低风险，比如：在治疗第一个月进行每周一次的复查，也可以在开始药物治疗后，教导患者和家人监测患者行为变化（例如：激越、自伤的想法）。

### 其他副作用

SSRIs也与较高概率的易激惹、静坐不能、恶梦和睡眠障碍、胃肠问题、体重增加、性功能障碍（性欲降低、难以达到性高潮、无法维持勃起）以及出血风险增加有关。这些副作用大多数是剂量相关的，可以通过减少药物剂量来控制。

根据具体的SSRI半衰期，突然停止治疗或漏服几次药可引起撤药症状，也称为停药综合征，包括：恶心、头痛、头晕和流感样症状（氟西汀不常见，帕罗西汀常见）。药物突然中止也可能增加抑郁复燃或复发的可能性。

### 怀孕期间使用抗抑郁药

#### 安慰剂效应和抑郁障碍的严重程度

抑郁障碍治疗中最令人费解之一是安慰剂效应的高发生率，在青少年临床抑郁障碍药物治疗的RCT研究中，安慰剂效应估计为50%至60%。一项随机对照研究的综述发现，儿童被试的安慰剂效应较青少年高，轻度抑郁、参与研究的中心数多，安慰剂效应也增强（Bridge et al, 2009）。

随着严重程度的增加，抗抑郁药的有效性似乎不会增加，但安慰剂效应会降低。也就是说，在轻度抑郁发作中，安慰剂与抗抑郁药的效应差不多；在重度抑郁发作中，安慰剂的效应明显低于抗抑郁药。例如，在TADS中，参与者为重度抑郁发作的患者，在12周时，服用安慰剂的患者中有35%有效，而用氟西汀治疗的患者有61%有效。成年人也有类似的结果。这是抗抑郁药通常不被推荐作为轻度抑郁发作一线治疗的原因之一。

有报道称SSRI与致畸、自然流产和早产、低出生体重和肺动脉高压有关。怀孕期间能否使用SSRIs（其他抗抑郁药通常不被推荐用于年轻人）是一个重要的问题。虽然研究证据是矛盾的，但这些研究的权重证明孕期正确使用SSRIs是安全的。因此，大多数治疗指南指出，考虑到怀孕期间的抑郁障碍给自身带来的危险，一旦潜在的获益超过了风险，这些风险就不能阻碍SSRIs（帕罗西汀除外）用于治疗妊娠期重度抑郁障碍。帕罗西汀不应使用，因为它与畸形和心脏异常有关（Bellantuono等，2007）。（Bellantuono C, Migliarese G, Gentile S (2007). Serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of major malformations: A systematic review. *Human Psychopharmacology*, 22:121-128）

表E. 1. 8 抗抑郁药物对单相抑郁有效性的证据总结。

治疗	评价
<ul style="list-style-type: none"> <li>三环类抗抑郁药（TCAs）：阿米替林，氯米帕明，地昔帕明，度硫平，多塞平，丙咪嗪，洛非普拉明，去甲替林，普罗替林，曲米帕明</li> <li>四环类抗抑郁药（TeCAs）：阿莫沙平，马普替林，米安色林，米氮平</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>没有任何证据表明其效果优于安慰剂，尤其是在青春期前的儿童中；</li> <li>有显著的副作用（抗胆碱能，QT延长）；</li> <li>过量使用产生毒性（心脏毒性）（除了米氮平）；</li> <li>避免在儿童和青少年使用。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）： <ul style="list-style-type: none"> <li>西酞普兰</li> <li>艾司西酞普兰</li> <li>氟西汀</li> <li>氟伏沙明</li> <li>帕罗西汀</li> <li>舍曲林</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>作为一类药物，SSRIs比安慰剂更有效，特别是对于重度抑郁发作的青少年；</li> <li>很少有副作用，但可能会增加自杀倾向；</li> <li>氟西汀的研究最多，并有最好的证据证明其有效性。FDA和EMA*批准其用于8岁或8岁以上的患者治疗；</li> <li>舍曲林、西酞普兰、艾司西酞普兰：尽管对氟西汀治疗无效的患者可能有效（Brent等人，2008），但有效性证据少一些。艾司西酞普兰已被FDA批准用于治疗青少年重性抑郁障碍；</li> <li>帕罗西汀：在青少年中似乎没有效果，并且表现出比其他SSRIs更多的副作用。半衰期短易导致撤药症状，不推荐使用。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）：文拉法辛，去甲文拉法辛，度洛西汀，米那普仑，左旋米那普仑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一项研究显示文拉法辛在治疗难治性重性抑郁障碍患者时与SSRIs一样有效，但有更大的副作用（Brent等，2008），不建议青少年使用；</li> <li>对于其他药物，没有一致的证据。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>单胺氧化酶抑制剂（MAOIs）：异</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>没有对青少年有效的证据；</li> </ul>

卡波肼，吗氯贝胺，苯乙肼，司来吉兰，反苯环丙胺，吡叻咪	<ul style="list-style-type: none"> <li>有由于不遵守饮食限制而产生副作用的重大风险；</li> <li>避免在儿童和青少年使用。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>其他抗抑郁药：阿戈美拉丁，丁螺环酮，奈法唑酮，维拉佐酮，沃替西汀。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>缺乏这个年龄组的有效性证据。</li> </ul>

\*EMA: 欧洲药品管理局

### 抗抑郁药的好处和自杀风险

一项包括15项重性抑郁障碍的随机对照研究的荟萃分析显示，在抗抑郁药（主要是SSRIs）中，需治疗例数（NNT）为4（氟西汀）至20（奈法唑酮），平均为10（Bridge et al, 2007）。也就是说，需要用氟西汀治疗四名重性抑郁障碍青少年，可以获得一例因为治疗而好转的病例（与安慰剂效应或自然病程等其他因素相比）。

相同的荟萃分析报告了处理多少病例可以引起1次副作用（NNH）-标准为出现自杀行为-范围从112（包括13个重性抑郁障碍试验）到200（包括6个强迫症试验）和143（包括6个非强迫症焦虑障碍试验），平均为143。也就是说，112名重性抑郁障碍青少年接受抗抑郁药治疗，有1个可能出现归因于治疗的自杀行为。总之，在各种适应证下，抗抑郁药的获益远远大于自杀意念/自杀企图风险。

### 药物基因组学和个性化治疗

总体而言，抗抑郁药疗效中等，但患者对各种抗抑郁药的反应差异很大。临床特征（如是否有抑郁）并不是抗抑郁药治疗反应的有效指征。目前唯一可用的选择是试验（即尝试使用一种抗抑郁药，如果不起作用，则尝试另一种抗抑郁药），这是非常耗时、非常麻烦的。

众所周知，当父母对一种抗抑郁药物反应良好时，儿童也可能对同一种药物产生反应。因此，人们对检测可能与抗抑郁药疗效相关的基因变异（例如：5-羟色胺转运蛋白、去甲肾上腺素转运蛋白）的兴趣日益增加。但这种情况正在进一步复杂化，因为抗抑郁药的代谢酶个体差异非常大。例如：细胞色素P450（CYP）2D6酶在许多抗抑郁药物的代谢中起作用，但已发现超过74种CYP2D6酶的等位基因变异，并且这个数量仍在增长。这导致CYP2D6酶活性在人群中变异非常大，从“超快速”代谢到“强”代谢、“中间”代谢和“弱”代谢。这些等位基因的分布在不同民族也不相同。CYP2D6基因的多态性的临床后果可能是药物不良反应的发生或疗效的缺乏。我们期望在未来基因检测可以帮助我们为特定个体选择正确的抗抑郁药，但是目前还不可能做到。

## 物理治疗

表E. 1. 9总结了物理治疗。除了药物，还有一些物理治疗方法用于治疗儿童青少年重性抑郁障碍。其中，电抽搐治疗（ECT）已被用于青少年重性抑郁障碍治疗约60年，在一些案例中被称为“救命的方法”。ECT在治疗重性抑郁障碍的医疗设备中占有一定位置，然而，没有针对青少年的对照试验（这些试验构成重大的伦理挑战），何时使用ECT，治疗过程中早期使用ECT是否合理（例如：当抗抑郁药不耐受时），还是作为最后手段使用，还是不使用，这些问题还没有形成广泛共识。这在很大程度上反映了个别国家对ECT的态度，由于ECT偶尔被用作政治控制手段，被媒体负面描绘或被一些精神病学家滥用，ECT受到了严重的谴责。因此，许多国家对ECT的使用进行了法律限制——一些国家（例如：斯洛文尼亚）甚至已经将其使用视为非法。

最近，经颅磁刺激（TMS）已被用于年轻人，但目前它只能被认为是一种实验性治疗。想了解更多细节，请参阅Walter和Ghaziuddin（2009）的文章。光疗已被用于季节性情绪障碍，取得了一些成功。

## 补充和替代性药物治疗

补充和替代性药物治疗（CAM）的使用非常普遍（见章节J. 2）。例如：圣约翰草是德国儿童最常用的抗抑郁药之一。大量的CAM干预措施已经被推荐或使用来治疗抑郁障碍，但几乎没有可靠的有效性证据，特别是在儿童和青少年中。CAM治疗药物相比处方药，安全标准和有效性的要求都不是很严格，使得情况更加复杂。例如：它们缺乏标准化的制剂，更容易有污染、掺假和剂量不准确等问题。当临床医生认识到患者和家属对CAM疗法的兴趣时，往往不愿意询问原因、讨论或推荐使用。然而，一个合格的临床评估应包括有关CAM使用的常规问题。临床治疗医生开放性的态度，往往可以获悉患者不喜欢的治疗和对治疗的想法，从而促进更好的患者教育和预后。表E. 1. 10总结了替代性的药物治疗。

### 毒性

SSRIs 单一用药急性中毒（无论是否摄入酒精）造成的死亡（每百万处方中有 1.3 人死亡）比 TCAs（每百万处方中有 34.8 人死亡）和 MAOIs（每百万处方中有 20.0 人死亡）低得多。也就是说，TCA 的毒性比 SSRI 高 27 倍。文拉法辛的毒性也很高（每百万处方中有 13.2 人死亡）（Buckley & McManus, 2002）。

## 急性抑郁发作的管理

### 单相抑郁发作

目前青少年单相抑郁发作的治疗主要基于其严重程度。初步评估后，临床医师应与不愿复诊的重性抑郁障碍儿童青少年联系。

- 轻度抑郁发作：支持管理或社会心理治疗（如果可获得的话）。如果治疗4到6周后无效，进行认知行为治疗、人际关系治疗或药物治疗。
- 中度抑郁发作：支持管理或心理社会治疗（如果可获得的话）。在一些情况下（例如：患者偏好药物治疗或者没有社会心理治疗的情况下），可以使用药物治疗。如果患者没有从4至6周的支持治疗或心理社会治疗中获益，也应使用药物治疗。
- 重度抑郁发作：心理社会治疗联合抗抑郁药物治疗。
- 伴精神病性症状的抑郁发作：按照重度抑郁发作治疗，同时增加第二代抗精神病药物。



## 双相抑郁发作（也见章节E.2）

很少有可获得的证据指导青少年双相抑郁发作的治疗，因此建议是从成人数据推断而来（Frye, 2011）：

- 初始治疗（一线用药）通常是碳酸锂或喹硫平。
- 二线治疗是：
  - (a) 锂或丙戊酸合并SSRI；
  - (b) 奥氮平合并SSRI；
  - (c) 拉莫三嗪。
- 没有证据表明单独使用抗抑郁药（不和心境稳定剂联用使用）是有帮助的，并且抗抑郁药有诱导躁狂发作或快速循环的风险，因此不推荐单独使用抗抑郁药。
- 育龄妇女应避免使用锂和丙戊酸（可能会致畸）。

表E.1.9 单相抑郁发作物理治疗有效性的证据总结

治疗	评价
电抽搐治疗（ECT）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECT在这个年龄段很少使用，可能有与成人可比的疗效；</li> <li>• 用于其他治疗失败或不能耐受的重度抑郁发作；</li> <li>• 除极端情况外，ECT不应用于青春期前的儿童；</li> <li>• 很少有副作用，逆行性遗忘是主要的副作用；</li> <li>• 在某些国家使用受法律限制。</li> </ul>
经颅磁刺激治疗（TMS）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 研究很少，但早期结果显示是有希望的一种治疗方法；</li> <li>• 目前属于试验性治疗阶段；</li> <li>• 副作用一般是轻微和短暂的，主要是头痛和头皮疼痛。</li> </ul>
光疗	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 资料有限，但有对照研究报告阳性结果；</li> <li>• 用于季节性心境障碍，可能在非季节性心境障碍中也有效（例如在老年患者中）；</li> <li>• 不良反应很少。</li> </ul>

表E.1.10. 单相抑郁替代治疗有效性的证据总结

治疗	评价
圣约翰草（金丝桃属植物）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 成人患者中有许多随机对照试验，大部分为轻度抑郁障碍患者。研究结果不一致。相比小样本、轻度抑郁障碍患者</li> </ul>

### 5-羟色胺综合征

5-羟色胺综合征是5-羟色胺过多引起的潜在的严重毒性作用，在以下药物使用过量的情况曾出现：(a) 单一药物（通常是SSRI）；(b) 同时使用两种增加5-羟色胺水平或5-羟色胺能传导的药物（例如：单胺氧化酶抑制剂或吗氯贝胺与任何一种抑制5-羟色胺再摄取的药物一起使用，例如：SSRIs和一些三环类抗抑郁药），或(c) 当换抗抑郁药时没有足够的观察洗脱期。还存在风险的情况包括：同时使用多种药物，使用非处方药或替代药物，如：圣约翰草，或者使用摇头丸等非法药物。

5-羟色胺综合征的临床表现包括：

- 精神症状：意识模糊，激越，轻躁狂，多动，不安
- 神经肌肉症状：肌阵挛（自发的，诱导的或眼肌阵挛），肌张力高，反射亢进，共济失调，震颤（肌张力高和肌阵挛是对称的，从下肢的明显症状开始）。肌阵挛是最重要的诊断特征。
- 自主神经症状：高热，出汗，心动过速，高血压，瞳孔散大，潮红，发抖

	<p>的研究，大样本、严格设计、抑郁更严重的患者研究更多得到阴性结果。针对儿童群体的数据非常有限；</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在轻度抑郁障碍中，金丝桃素可能与抗抑郁药一样有益；</li> <li>很少有不良影响；</li> <li>由于可激活细胞色素P450酶系统，与其他药物产生相互作用的风险较大。</li> </ul>
欧米伽-3脂肪酸	<ul style="list-style-type: none"> <li>成人中有几项质量参差不齐的随机对照试验（RCT），但针对青少年的研究很少；</li> <li>尚不清楚是否有效；</li> <li>很少有副作用。</li> </ul>
S-腺苷甲硫胺酸（S-AMe）	<ul style="list-style-type: none"> <li>质量不一致的试验表明S-AMe可能和TCA一样对成年人有效。对儿童目前还没有证据。</li> </ul>
锻炼	<ul style="list-style-type: none"> <li>一些证据表明，对老年轻度抑郁有利。在年轻人没有确切的证据。</li> </ul>

### 抗抑郁药的选择

- 抗抑郁药的选择应以两个要素为导向：有效性和安全性。从群体角度出发，SSRIs是最安全的抗抑郁药；其中氟西汀在儿童青少年这个年龄段有最佳的证据证明其有效性；
- 既往发作中所用药物的疗效和副作用将影响此次发作的治疗药物选择；
- 氟西汀的初始剂量从10mg/日开始。如果耐受性良好，一周后剂量增加至20mg/日。20mg/日对青春期前的孩子通常是足够的。在青少年中，尽管20mg/日对于多数患者是足够的，但是如果20mg/日疗效不够，同时耐受性良好，剂量可能需要增加到30mg/日或40mg/日；
- 如果氟西汀的耐受性不好，或者有其他不能使用氟西汀的原因，可以试试另一种SSRI（如：舍曲林或艾司西酞普兰）。

### 治疗的持续时间

人们普遍认为，当患者好转时，可以尽快停止治疗（例如：8至12周后），这往往导致复燃。临床经验提示，病情痊愈后至少持续治疗6个月。在停用抗抑郁药时，应该逐渐减量而非突然停药，以免出现抗抑郁药常见的撤药反应，尤其当使用半衰期短的SSRIs时。

### 无明显改善的患者

大部分患者在治疗12周后，随着治疗的延续，症状持续改善而最终获得痊愈。例如：在TADS随访研究中，88%的患者治疗2年痊愈，96%患者治疗5年痊愈（Curry et al，

**优化治疗**是指增加当前药物（或心理治疗）至最大剂量（或强度），或延长治疗的时间。这是当患者治疗无效时的首要策略，除非患者有药物副作用，或者不愿意继续当前治疗。

**增效治疗**是指通过添加另一种类型的药物（例如锂盐，或另一类抗抑郁药）来加强目前的治疗。如果没有用过 CBT 或 IPT，也可加用 CBT 或 IPT 治疗。

**换药治疗**即停止或逐渐减少当前的一种药物，而逐渐增加另一种药物的剂量。换药可为：（a）换为相同类别的不同药物（例如：将一种 SSRI 换为另一种 SSRI）；（b）换为不同类别的抗抑郁药（例如从 SSRI 换为 SNRI）；或（c）换为心理治疗。

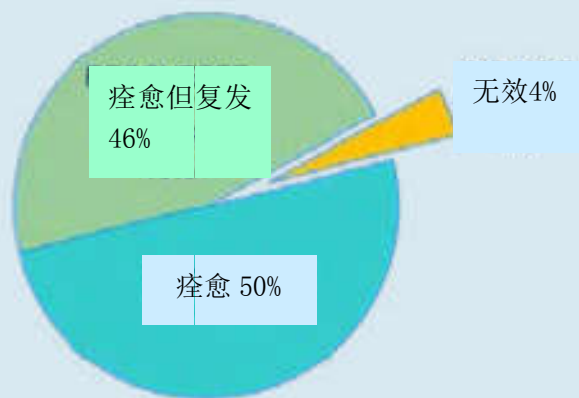
2010)，但这也表明有少数患者未痊愈（见图E. 2. 2）。在判定患者治疗部分有效、无效或难治之前，必须回顾所有可能导致其对治疗反应不佳的潜在因素（见表E. 1. 11）。例如：一个孩子的抑郁障碍没有改善，进一步评估显示其母亲也患有抑郁，治疗其母亲的抑郁使孩子的病情得以改善；在一篇描述某个抑郁障碍症状得不到改善的青少年的临床综述中提到，该患者曾有短期的轻躁狂症状，而且其祖父也患有双相情感障碍，最后使用碳酸锂治疗使得该青少年症状改善。

关键问题之一是确定患者是否已经得到有效抗抑郁药的足量（例如：40mg氟西汀）足疗程（例如：12周）治疗。患者有意或无意地对治疗的依从性差也可能导致服用药物剂量的不足。

### 难治性患者

尽管这个问题十分重要，但关于青少年难治性抑郁的经验性资料非常有限，而且青少年难治性抑郁也没有达成一致的定義。Birmaher与其同事（2009）提出以下描述难治性抑郁的定义：一个青少年抑郁障碍患者在经过8-12周的最佳方案的药物治疗或8-16次IPT或CBT治疗后，又换用另一种抗抑郁药或合用其他增效药或用有循证依据的心理治疗治疗8-12周，患者抑郁障碍症状和功能损害仍持续存在。也就是说，应该在两次足量和足疗程（例如：12周）的有循证依据的治疗后才能考虑难治性抑郁的诊断。

图 E.2.2 痊愈和复发：TADS 研究被试的 5 年疗效 (Curry J 等, 2010)



一旦患者确诊为难治性抑郁，有几种方案可供选择（来自临床经验和根据成人资料推断，无证据支持），其中包括：优化治疗，换药治疗，增效治疗和ECT治疗。应注意的是治疗方案的调整每次只做一种改变，否则很难确定哪种改变产生了疗效。

至于换药与增效治疗哪个更具优势，目前很少有经验性资料给予我们指导。尽管约三分之一的患者从氟西汀换为另一个SSRI或文拉法辛时有效，这与成年人的数据一致（Brent et al, 2008），然而，用文拉法辛治疗时副作用更多。因此，如果选择换药，应首选换用另一个SSRI而非文拉法辛。

### 抗抑郁药物治疗和CBT的联用

TADS 提示，一种SSRI（氟西汀）和CBT联合应用较两者单独使用效果好。成年抑郁障碍患者的研究也表明联用CBT和抗抑郁药物可获得更高的疾病改善率。因此，许多治疗指南建议使用SSRI联合CBT治疗青少年重度抑郁发作。

一项荟萃分析（Dubicka B 等, 2010）着眼于抗抑郁药物联合CBT究竟是否能使单相抑郁青少年额外获益。结果显示，经过急性期治疗和随访期，没有证据显示两者联合使用较单独用药在改善抑郁障碍症状、减少自杀风险和总体改善方面有更多的优势。但综合治疗的确短期（12周）减少了疾病损害。这些结果质疑了目前的临床经验，但需要进一步研究证明这些结果的可重复性。然而，一些特定的年轻患病群体可能会从联合治疗中受益。有证据表明，对适当疗程抗抑郁药物治疗无效的青少年，相比其他干预措施，一种抗抑郁药和CBT的联合应用会更有效。

## 治疗场所

大多数患重性抑郁障碍的儿童青少年最好是在门诊治疗，以最大限度地减少对上学、家庭和社会关系的干扰和病耻感。但当患者的安全得不到保证（例如：高度自杀风险），或重性抑郁障碍已非常严重（例如：伴严重的精神病症状）或治疗无效时，需住院治疗。对于治疗无效者，住院可以更准确地评估治疗无效的原因，并更密切地监测治疗的依从性和治疗的效果。

表格E. 1. 11. 治疗部分有效或无效的相关因素

患者	家庭	环境	医生
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 年龄小</li> <li>• 重度抑郁</li> <li>• 短期疗效差</li> <li>• 功能受损严重</li> <li>• 食欲和体重紊乱</li> <li>• 睡眠障碍</li> <li>• 治疗依从性差</li> <li>• 共病其他精神科疾病或躯体疾病</li> <li>• 药物副作用</li> <li>• 药物因素(如：类固醇)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 母亲患抑郁障碍</li> <li>• 合作欠佳</li> <li>• 不可靠</li> <li>• 虐待，冲突</li> <li>• 精神病理（例如：药物和酒精滥用）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 欺凌</li> <li>• 应激</li> <li>• 学校或邻里环境差</li> <li>• 反社会的同伴群体</li> <li>• 文化/种族问题</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 误诊</li> <li>• 治疗不规范（非基于循证的治疗，剂量或疗程不足）</li> <li>• 副作用未被识别</li> <li>• 医患治疗关系差</li> </ul>

## 复发性抑郁障碍

值得强调的是，年轻人的重性抑郁障碍易复发。例如：在TADS随访研究中，近一半（47%）的痊愈患者在5年随访时复发。短期内治疗反应欠佳、女性和共病焦虑障碍的青少年患者更可能再次发作。然而，不论接受何种治疗，复发率都是相同的（例如：那些接受氟西汀联合CBT治疗的患者似乎并没有更低的复发率）（Curry等，2010）。复发抑郁的治疗应与抑郁急性发作相同。若复发频繁，可能需要一种抗抑郁药物持续治疗。

## 治疗共患其他障碍的抑郁障碍

治疗共患其他精神障碍（如：焦虑、ADHD）的青少年的重性抑郁障碍需要特别的技能。首先需要先减轻最严重的疾病的症状，并使用特定的评定量表监测症状变化，而不是仅评估总体功能。

- 如果可能的话，从一种药物治疗开始；
- 一次更换或添加一种药物，并留出足够的时间以使药物充分起效和调整剂量；
- 在治疗4到8周后，如果剂量足够却没有或只有很弱的疗效，可能需要换药治疗。如果有一些疗效，应在确保足量的同时继续当前治疗；
- 如果经过两种具有循证依据的治疗后症状仍然持续，按照治疗难治性抑郁障碍的章节内容进行治疗；
- 如果在临床上需要使用多种药物（例如：治疗合并症），必须了解并监测其潜在的药物相互作用。

### 共病物质使用障碍

重性抑郁障碍共患物质使用障碍给治疗带来特别的挑战，这种情况下，取得父母的建设性合作尤为重要。由于这类青少年具有更高的伤害性风险，第一次对他们进行评估时实施安全计划以及整个治疗过程中保持高度警惕是非常重要的。这个过程可能包括对青少年进行安全性行为、艾滋病等性传播疾病、避孕方法的科普教育，还要科普抑郁和物质滥用增加上述问题的风险。需要强调的是，滥用的药物和酒精绝不是重性抑郁障碍可接受的治疗方法，它们看似短期内缓解抑郁障碍症状，但长期来看会加重抑郁障碍。

针对各个疾病的治疗应整合进行，即同时进行而非顺序进行。例如：不要等待戒药完成再开始抗抑郁药物治疗。各类心理治疗如家庭治疗、动机增强治疗和CBT也应同时进行。

管理物质使用障碍患者时，我们需要定期收集实验室标本，如：定期收集尿液进行药物筛检。通常应当提前与患病青少年讨论以便提前知道你会将化验结果通知谁、以及你会在什么情况下以何种方式使用这些化验结果（参见G. 1，G. 2和G. 3）。

### 共患智能障碍

重性抑郁障碍在智能障碍患者中诊断难度高，难以被识别。尽管有人估计其患病率可能较普通人群高出数倍，但目前还没有关于智能障碍儿童（精神发育迟滞儿童）重性抑郁障碍患病率的可靠数据。与既往行为比，抑郁的智能障碍青少年常出现悲伤或痛苦的面部表情，哭闹、易激惹，对日常活动失去兴趣或兴趣刻板，食欲和睡眠紊乱等。在重度智力障碍患者中，进食量减少或拒食、活动迟缓、自我照料差和紧张症对重性抑郁障碍有提示作用。轻度智力障碍的青少年往往能够报告他们的内心世界，并描述悲伤、绝望和自杀观念等症状。家长、护理人员、教师和临时照料者等提供的信息非常重要。



鉴于目前还没有针对共患智能障碍和重性抑郁障碍的儿童青少年治疗的经验性证据，所以推荐的治疗方法与非智能障碍青少年患者相同，但需要适当调整（如：认知方面等治疗往往不适用）。治疗知情同意（特别是某些侵入性治疗，如：ECT）在这些患者中存在特殊的问题。

### 共患躯体疾病

重性抑郁障碍在患有慢性躯体疾病的青少年中很常见，对患者的生活质量造成很大的影响。用Ortiz-Aguayo和Campo（2009）的话说，“抑郁不仅仅是躯体疾病孩子罹患的另外一种障碍，抑郁障碍和躯体疾病之间的关系往往是复杂而双向的”。由此导致躯体疾病的症状（例如：疲劳、睡眠差或食欲不振）错误地归因于重性抑郁障碍或重性抑郁障碍症状错误地归因于躯体疾病的风险。因此在慢性躯体疾病患儿中识别和诊断重性抑郁障碍常常是一个挑战。对患者功能变化的评估也非常重要。

虽然共患躯体障碍的重性抑郁障碍的治疗与其他青少年的抑郁发作大体一样，但药物治疗尤其适合处于医疗场所中重性抑郁障碍患者的治疗。但也存在风险，如：不良反应发生的可能性增加，药物相互作用风险增加。所以需要仔细地调整用药。例如：SSRIs与非甾体类抗炎药物联合使用，或用于患有凝血功能障碍的儿童时，可能会增加胃肠道出血的风险。

## 跨文化视角

患有重性抑郁障碍的青少年的症状表现和抑郁体验，是大致一样还是随文化背景的不同而有所不同？这个问题很难回答。发展中国家有关儿童精神障碍的流行病学资料的缺乏是原因之一。已有的相关研究有限且不可靠，诊断方法也不一致。尽管在评估、诊断和治疗儿童抑郁障碍方面需要纳入文化方面的因素，但很难区分哪些是生物性问题，哪些是文化性问题，什么是社会服务所造成的问题。例如：北美和欧洲儿童重性抑郁障碍报告率的增加可能只是因为诊断阈值的降低；而中国年轻女性比男性自杀率高，很大程度上与中国农村地区很容易获得农药但很难获得紧急医疗服务有关，而与重性抑郁障碍相关性却不大。现有资料表明，尽管文化并不与重性抑郁障碍症状特定相关，但总体上与行为情绪症状相关，在一个社会群体内的差异可能大于社会文化之间的差异（Achenbach 等，2008）。

目前已有许多关于重性抑郁障碍的症状表现存在文化差异的病例报告。例如：阿富汗绝大多数重性抑郁障碍患者会表达消极的死亡愿望，而非积极的自杀想法，其他重性抑郁障碍症状与其他国家大体相似。尽管有人将西方国家重性抑郁障碍患者自罪感出现频率较高归因于犹太教和基督教信仰，但是不同宗教信仰者间比较时，发现自罪感的存在与否与教育水平和抑郁严重程度相关，而不是与患者的宗教背景相关（Inal-Emiroglu&Diler, 2009）。日本患者在描述抑郁和表达情感的方式上与美国患者不同，对于日本人来说，某些大自然的图像可以让个人情感被客观地表达出来，因此在表达情感时往往缺乏人际间的参照或联系。西班牙裔人群，重性抑郁障碍症状常被体验为躯体不适，而非自罪感或情绪低落。临床医生必须意识到，西班牙青少年可能会出现头痛、胃肠道和心血管症状，或抱怨他们“神经紧张”。很多中国人抑郁

克莱因曼  
（Kleinman, 2004）提出：“文化影响着抑郁障碍的体验、寻求帮助的方式、患者和专业人员沟通的模式和治疗实践，从而使抑郁障碍的诊断和治疗变得复杂。文化也影响着与抑郁发生相关的风险因素与社会支持和保护性心理因素间的相互作用。文化甚至可能创造出独特的与基因表达和生理反应相关的环境，产生当地特有的抑郁障碍生物学表现——已有研究显示来自不同种族背景的人抗抑郁药物的代谢方式有所不同。”

时不诉悲伤，他们抱怨厌倦、内心压力感、疼痛、头晕和疲劳感，并经常认为诊断抑郁障碍是道德上不能接受且毫无意义的。

## 低收入国家实施循证治疗的阻碍

在发展中国家实施重性抑郁障碍的循证治疗需克服许多阻碍（详见Inal-Emiroglu & Diler, 2009），这个问题备受关注，因为低收入国家18岁以下人口所占比例比富裕国家18岁以下人口所占比例高得多。

实施治疗在所有国家都会遇到障碍，而在低收入国家更为明显。除了交通情况和支付能力等问题，另一个全球性的问题是本领域和相关卫生领域经过培训的专业人员缺乏。儿童青少年精神科医生不仅稀少，而且在许多国家，甚至在一些发达国家，这个专业也没有被正式公认。据估计，2006年左右，每百万人中的儿童精神科医生人数在美国为21，在新加坡为2.8，在香港为2.5，在马来西亚为0.5。除少数例外，在非洲大部分地区、东地中海地区、东南亚和西太平洋国家，儿童青少年精神科医生的数目可以忽略不计。在这方面受过训练的儿童心理学家、社会工作者和护士，以及可获得的服务也同样稀少。其需求缺口往往由宗教人士（即牧师，伊玛目等）等（见第J.2章）来填补。许多国家甚至发达国家都缺乏儿童青少年的住院设施。

在这里值得一提的是中欧和东欧国家，包括三十个新的民主国家，总人口约四亿。它们曾有50到70年的共产主义体制，并且在二十世纪末转向了民主政体（见J.10章）。中东欧国家在苏维埃意识形态之下，发展出了一套独特的精神卫生保健系统，主要是基于弱势群体被社会排斥的情况，成立了反映国家政策的寄宿机构。通常的办法是在家庭陷入危机或儿童出现问题时将儿童纳入机构化管理。对社会心理因素的忽视是相信社会心理问题已经被苏维埃政体成功解决的结果，但这些态度和结构正在逐渐改变中（Puras, 2009）。

父母、教师和卫生专业人员对抑郁障碍的认识和态度可能造成延迟的、不适当的寻求帮助，或降低对临床医师建议的依从性。总体来说，发展中国家对于抑郁障碍的认识有限，情绪问题常常带来耻感，在某些文化中抑郁意味着软弱，甚至有传染性。然而，相比较低收入国家，高收入国家的人群的病耻感似乎对治疗造成了更大阻碍。人们对抑郁障碍的看法往往是不一致的。例如：一项调查显示，土耳其人认为抑郁障碍是一种疾病，是一个社会问题，他们相信抑郁障碍可以用药物治疗，但对药物和治疗了解甚少，并且对社会是否能接受抑郁障碍患者持怀疑态度（Inal-Emiroglu & Diler, 2009）。对初级保健医生进行抑郁障碍的诊断和治疗培训可能是改善目前治疗情况的最佳方法。

由于缺乏经过培训的专业人员，在发展中国家中获得心理社会治疗是很困难的，对于药物治疗的获得也不例外。世界卫生组织（2010年）的儿科患者基本药物清单仅包括氟西汀，而成人心境障碍的治疗仅包括氟西汀和阿米替林，以及用于治疗双相障碍的碳酸锂、卡马西平和丙戊酸。世界上只有不到一半的国家提供某种形式的药物补贴，即使予以了药物治疗，后续的持续治疗也可能是不足的。

### 相关障碍涉及：

- ◇ 资源：  
受过培训的人员、服务的可获得性，费用；
- ◇ 文化问题：  
对抑郁的看法、病耻感；
- ◇ 药物应用

### “帮扶” (CATCH-IT) 项目

这是一个由芝加哥大学研发的免费的互联网干预项目。目的是利用认知行为模式来增强青少年和年轻成人的心理弹性，从而降低抑郁障碍的发生风险。初步研究显示可能有效。访问该项目请点击下面的图片



## 预 防

预防的目标是降低抑郁障碍症状和抑郁障碍在人群中发生的可能性(普遍性干预)。其他更有针对性、更有效的预防措施包括：对具有亚临床水平的抑郁障碍症状的个体进行早期干预，减轻抑郁障碍症状并防止这些症状发展为抑郁发作；选择性（如果目标个体有明显风险因素）或指向性预防（当个体已经表现出亚临床水平的抑郁障碍症状）。表E. 1. 3列出了主要风险因素及其对预防的意义。

总的来说，预防项目的结果有喜有忧。针对性的（选择性的和指向性的）项目显示出小到中等的效果，但比普遍性预防项目效果更好。相比之下，大部分普遍性预防效果欠佳。最有效的方案是聚焦于个体或团体的认知重建、社交问题解决、人际沟通技巧和应对事务技能的增进和自信心训练。预防项目通常在学校或诊所中以儿童或青少年团体活动形式进行（Garber, 2009；美国预防服务工作组，2009）。“青少年抑郁障碍应对课程”似乎取得了更大的成功。这个项目包括8周的、每周90分钟的小组课程，之后是六场后续课程。一项研究显示，与常规保健相比，该项目显示出在3年内具有预防有危险因素的青少年抑郁发作的持续作用（Beardslee等，2013）。

预防的指导原则（Garber 2009）是：

- ◇ 简单
- ◇ 有趣
- ◇ 目的明确



## 参考文献

- Angold A, Costello EJ, Messer SC et al. The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:237–249.
- Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:39–48.
- Australian Broadcasting Corporation. *The Girl Less Likely*. 15 September 2008.
- Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR et al (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects, *JAMA Psychiatry*, 70:1161-1170.
- Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 940-947.
- Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1981;22:73-88.
- Birmaher B, Brent D and the AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007; 46:1503-1526.
- Birmaher B, Brent D. Treatment resistant depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:209-219.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1427-1439.
- Brent D, Emslie G, Clarke G et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression. The TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*, 2008; 299:901-913.
- Bridge JA, Birmaher B, Iyengar S et al. Placebo response in randomized controlled trials of antidepressants for pediatric major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2009;166: 42–49.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 2007; 297:1683-1996.
- Brooks SJ, Krulwicz S, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2003; 13:337–349.
- Buckley NA, McManus PR. Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data. *BMJ* 2002;325:1332–1333.
- Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137:445-449.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 18;301(5631):386-389.
- Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G et al. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:1668–1675.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:837-844.
- Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry* 2010. Published online November 1, 2010. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.150.
- Dubicka B, Elvins R, Roberts C et al. Combined treatment with cognitive behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197: 433-440.
- Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L et al. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(8):1024–1027.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Miller AL, Kennedy MA. Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 2011;198:129-135.
- Frye MA. Bipolar disorder. A focus on depression. *New England Journal of Medicine*, 2011;364:51-59.
- Garber J. Prevention of depression and early intervention with sub-clinical depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:274-294.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 177: 534-539.
- Inal-Emiroglu FN, Diler RS. International views and treatment practices. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:332-340.

## IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health

- Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL et al. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30:196-204.
- Kleinman A. Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351:951-953.
- Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*. Published online January 3, 2011. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Krishnan V, Nestler EJ. Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167:1305–1320.
- Langer DA, Chiu A, Asarnow JR. How to use CBT for youth depression: A guide to implementation. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:100-113.
- Mufson L, Verdelli H, Clougherty KF et al. How to use interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:114-127.
- Nathan B. "And Then My Tears Subsided..."
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. National Clinical Practice Guideline Number 28. Leicester, UK: The British Psychological Society 2005.
- Ortiz-Aguayo R, Campo JV. Treating depression in children and adolescents with chronic physical illness. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:295-309.
- Puras D. Development of child mental health services in Central and Eastern Europe. *IACAPAP Bulletin*, 2009; 24:9-10.
- Poznanski E, Mokros H. *Children's Depression Rating Scale—Revised Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1996.
- Rey JM. How to use complementary and alternative medicine treatments. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:151-161.
- Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. A meta-analysis. *JAMA*, 2009; 301:2462-2471.
- Stevens J, Kelleher KJ, Gardner W et al. Trial of computerized screening for adolescent behavioral concerns. *Pediatrics* 2008; 121: 1099-1105.
- US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 2009; 123:1223-1228.
- TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:1132-1144.
- Walter G, Ghaziuddin N. Using other biological treatments: Electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation, vagus nerve stimulation, and light therapy. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:87-99.
- WHO *Model List of Essential Medicines 16th list (updated) March 2010*.
-



## 附录 E1. 1

### 自学练习题及自我评估

- 访谈一位有抑郁症状主诉的孩子或者成人。
- 给家庭医生或者转诊机构写一封信，总结上述案例，包括初步诊断及处理计划（按照 A. 10 章）。
- 看纪录片“The Girl Less Likely（这个女孩不太可能）”（30 分钟），完成一份一页以内突出由其提出的主要问题的总结，网址如下：  
<http://www.abc.net.au/austory/specials/leastlikely/default.htm>
- 在我们做出重性抑郁障碍诊断之前，应该考虑到的抑郁症状的重要医学原因是什么？
- 简短地总结重性抑郁障碍的危险因素。
- 描述和对比轻度、中度和重度单相抑郁发作的治疗措施。
- 描述单相抑郁发作和双相抑郁发作治疗的区别及其原因。

**选择题 E. 1. 1** 在心理治疗无效的重度抑郁或中度抑郁儿童青少年中，哪一类药物是一线治疗方法？

- A. 单胺氧化酶抑制剂
- B. 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂
- C. 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂
- D. 四环类抗抑郁药
- E. 三环类抗抑郁药

**选择题 E. 1. 2** 在儿童青少年重性抑郁障碍治疗过程中，氟西汀：

- A. 研究最好、并有最好的有效性证据
- B. 是一个选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂
- C. 比其他选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂副作用更多
- D. 是单胺氧化酶抑制剂
- E. 是三环类抗抑郁药

**选择题 E. 1. 3** 帕罗西汀在治疗青少年重性抑郁障碍过程中：

- A. 比其他选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂半衰期更长
- B. 和其他抗抑郁药是同等有效
- C. 比其他选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂副作用更多
- D. 没有撤药症状
- E. 引起五羟色胺综合征的可能性小

**选择题 E. 1. 4** 下列药物的使用可导致儿童青少年出现类似抑郁障碍的症状，除了：

- A. 糖皮质激素
- B. 异维甲酸
- C. 大麻
- D. 溶剂

E. 四环素

**选择题 E. 1. 5 儿童青少年重性抑郁障碍的患病率：**

- A. 青少年女性的患病率比青少年男性要低
- B. 慢性躯体病患者中患病率更高
- C. 原住民少数民族儿童患病率更低
- D. 青少年比儿童患病率更低
- E. 各国患病率均相同

**选择题 E. 1. 6 儿童青少年重性抑郁障碍病程：**

- A. 一般来说不会反复发作
- B. 起病早，预后更好
- C. 会持续到成年
- D. 和成年抑郁障碍不太一样
- E. 一般来说，病情不会自发缓解

**多项选择题 E. 1. 7 下列哪些不是儿童青少年重性抑郁障碍复发的预测因素：**

- A. 共患病
- B. 更多的无望感
- C. 更好的社会经济地位
- D. 负性的认知模式
- E. 之前的发作

**选择题 E. 1. 8 下列躯体疾病可以使儿童青少年产生类似重性抑郁障碍的表现，除了：**

- A. 获得性免疫缺陷综合征（AIDS）
- B. 幽门狭窄
- C. 单核细胞增多症
- D. 甲状腺疾病
- E. 偏头痛

**选择题 E. 1. 9 以下症状都有可能提示单相抑郁发作是双相障碍的一部分，除了：**

- A. 紧张症症状
- B. 共患甲状腺疾病
- C. 双相障碍家族史
- D. 使用抗抑郁药后出现躁狂症状
- E. 精神病性症状

**问题 E. 1. 10 父母患重性抑郁障碍可能是后代患重性抑郁障碍的最常见的危险因素，这个观点正确与否？**

**问题 E. 1. 11 人格障碍的诊断在青少年重性抑郁障碍发作中应该是暂时的，应该在重性抑郁障碍缓解期根据症状和功能来诊断，这个说法正确与否？**

**选择题 E. 1. 12 下列哪一种心理社会治疗方法有循证依据证明可以有效治疗轻至中度抑郁发作(经过 8-16**

次治疗)？

- A. 认知行为治疗
- B. 家庭治疗
- C. 小组治疗
- D. 精神动力学治疗
- E. 自我帮助

**选择题 E. 1. 13 抗抑郁药短期会获得更好的效果，药物和心理疗法之间的差异往往会在多久后消失：**

- A. 2-5 周
- B. 6-10 周
- C. 11-18 周
- D. 19-23 周
- E. 24-36 周

**选择题 E. 1. 14 在诊断五羟色胺综合征过程中，最重要的症状是：**

- A. 共济失调
- B. 心动过缓
- C. 阵挛
- D. 意识模糊
- E. 腹泻

**选择题 E. 1. 15 对于一个轻度的单相抑郁发作的 10 岁儿童，最合适的治疗是：**

- A. 抗抑郁剂
- B. 电休克治疗
- C. 服用活性腺苷甲硫胺酸
- D. 第二代抗精神病药
- E. 支持性处理和社会心理治疗

**选择题 E. 1. 16 青少年双相抑郁发作的一线治疗通常是：**

- A. 抗抑郁药
- B. 拉莫三嗪
- C. 碳酸锂或者喹硫平
- D. 奥氮平和抗抑郁药
- E. 丙戊酸钠和抗抑郁药

**选择题 E. 1. 17 抗抑郁药在治疗青少年单相抑郁首次发作时，应该：**

- A. 完全康复后至少再用 6 个月
- B. 一直服用
- C. 一直服用至康复为止
- D. 6 月后停用
- E. 8 周后停用

## 答案

- 选择题 E. 1. 1: B
- 选择题 E. 1. 2: A.
- 选择题 E. 1. 3: C
- 选择题 E. 1. 4: E
- 选择题 E. 1. 5: B
- 选择题 E. 1. 6: C
- 选择题 E. 1. 7: C
- 选择题 E. 1. 8: B
- 选择题 E. 1. 9: B
- 问题 E. 1. 10: 正确
- 问题 E. 1. 11: 正确
- 选择题 E. 1. 12: A
- 选择题 E. 1. 13; E
- 选择题 E. 1. 14: C
- 选择题 E. 1. 15: E
- 选择题 E. 1. 16: C
- 问题 E. 1. 17: A