

# 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

## 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Likert4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。

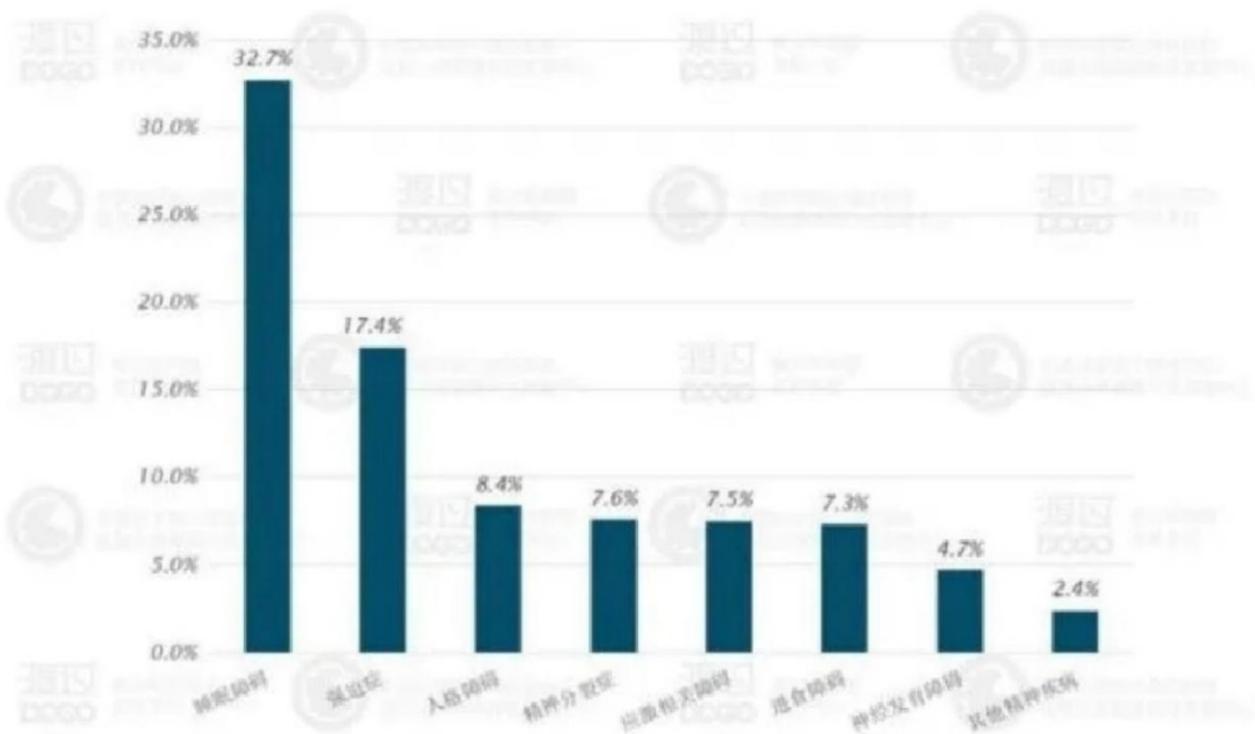


图1 共病情况

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。

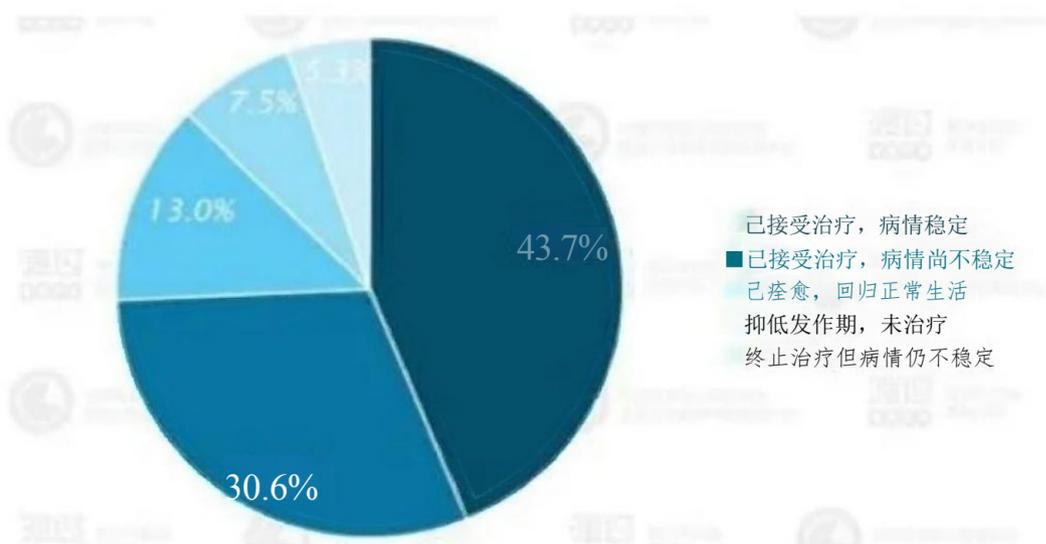


图2 孩子当前所在的病情

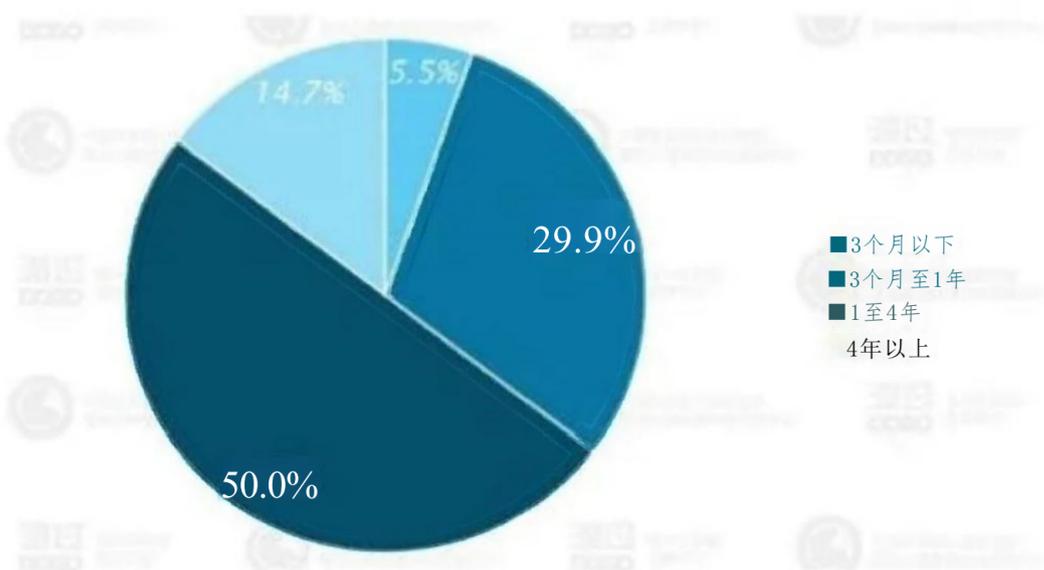


图3孩子患病时长情况

### 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。

家长觉察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觉察异常；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。

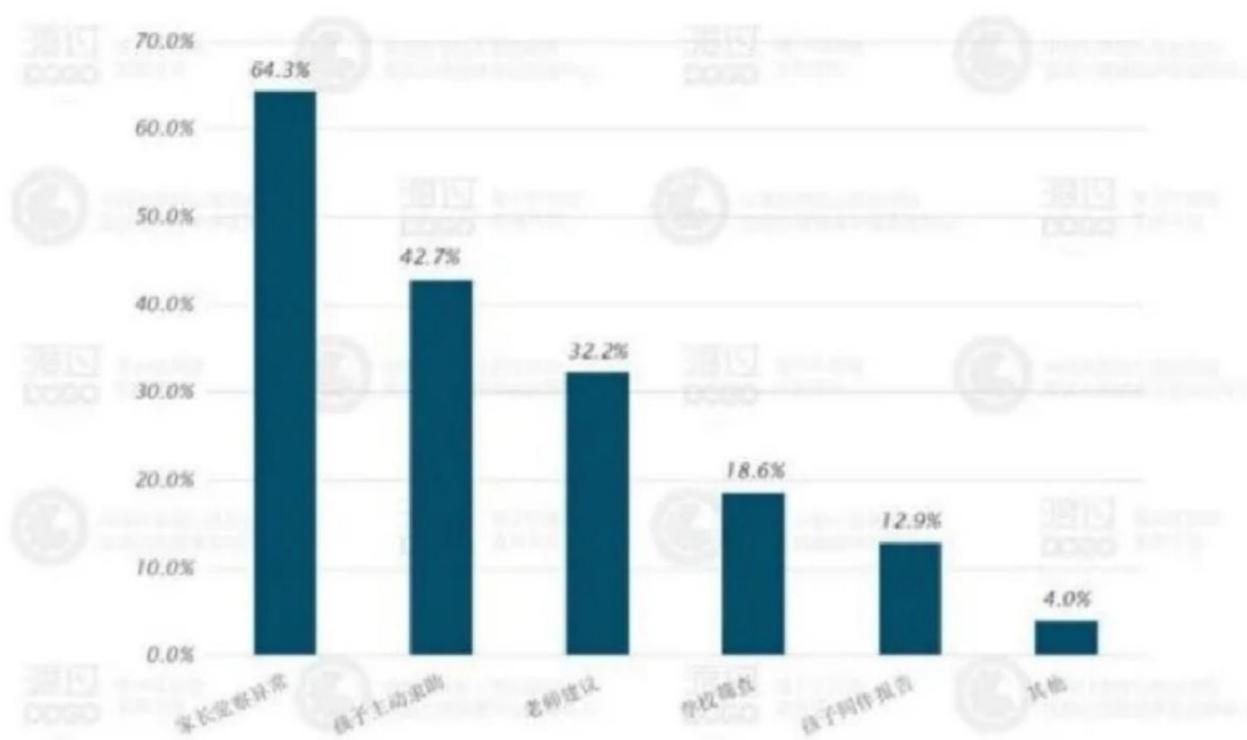


图4家长发现孩子异常的途径

### 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。

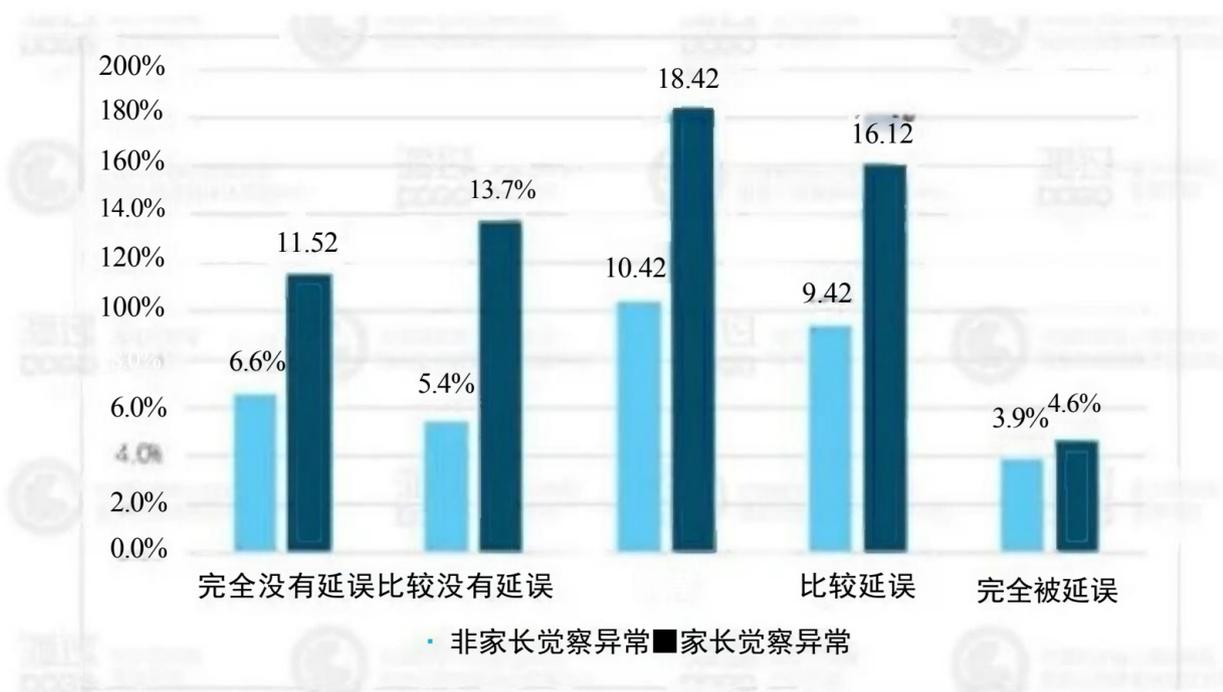


图5不同识别途径的就诊延误程度

### 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。

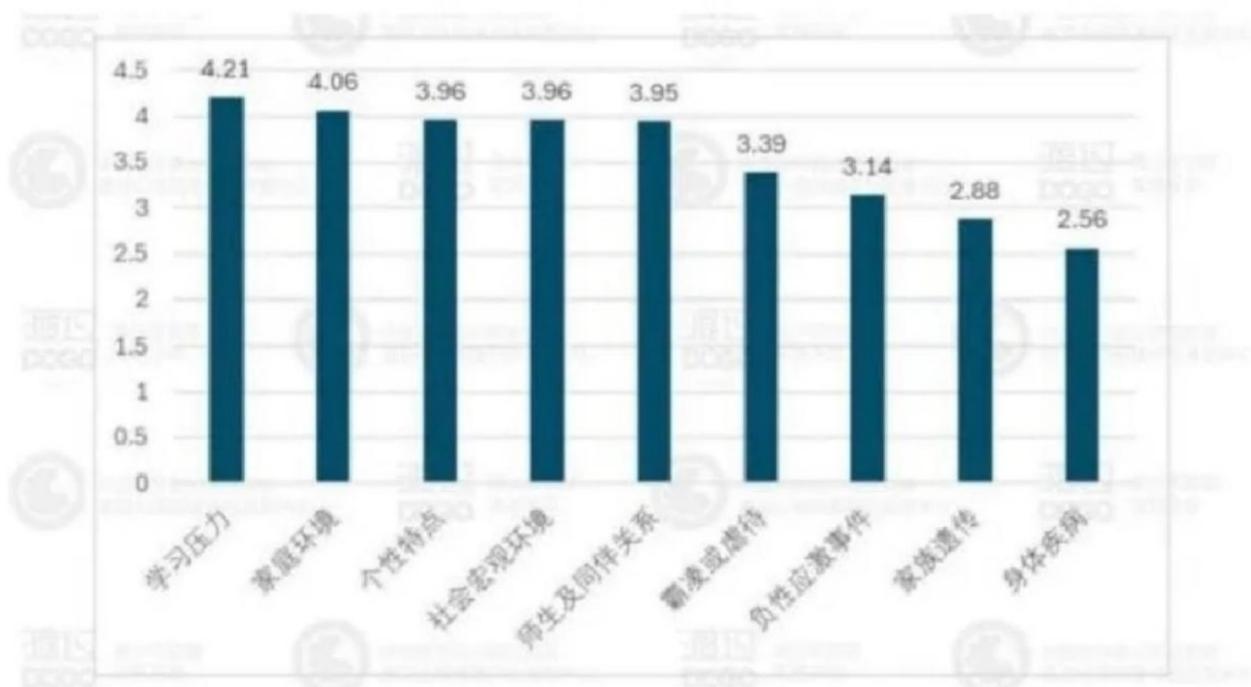


图7家长认为可能导致孩子出现问题的因素(1-5分评分,分数越高代表影响越大)

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。

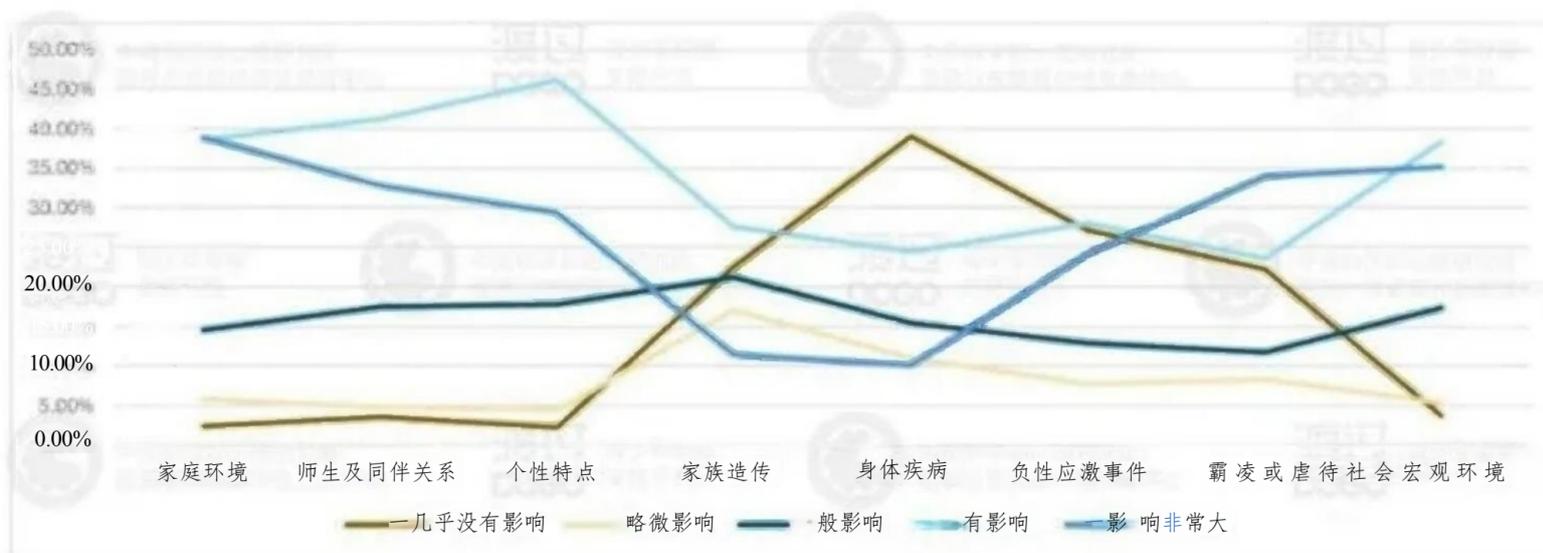


图8家长认为可能导致孩子出现问题的因素

### 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。

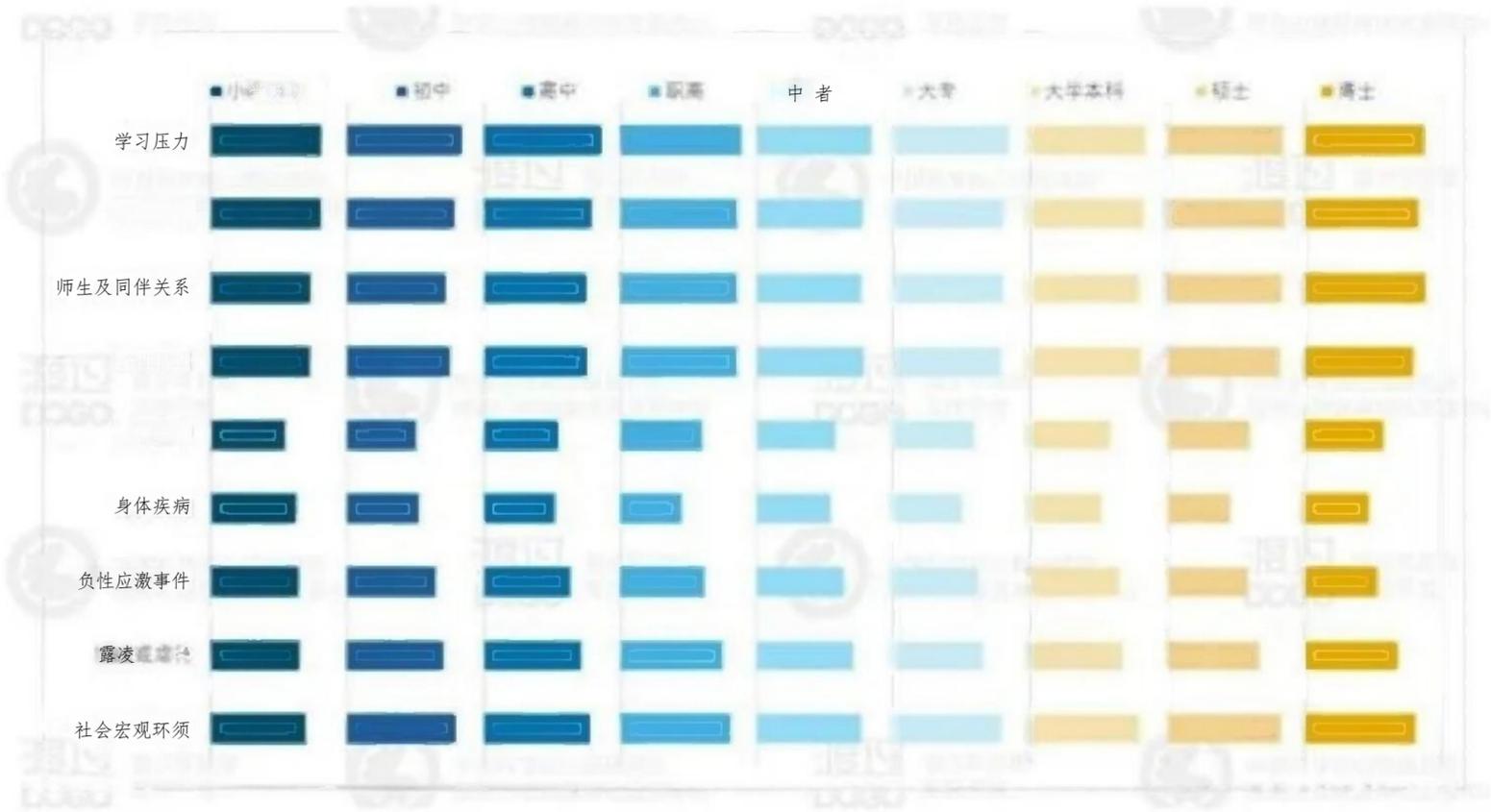


图9不同学历家长认为可能导致孩子出现问题的因素

### 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。

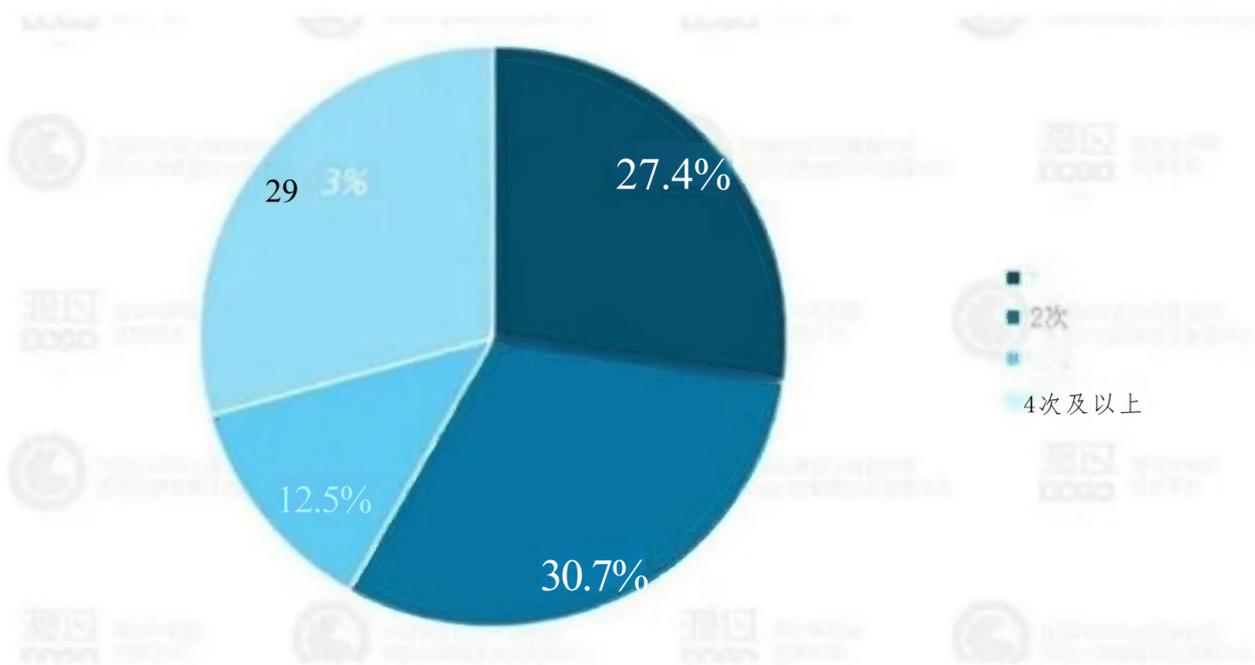


图10孩子主动求助次数与家长带其就医情况

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。

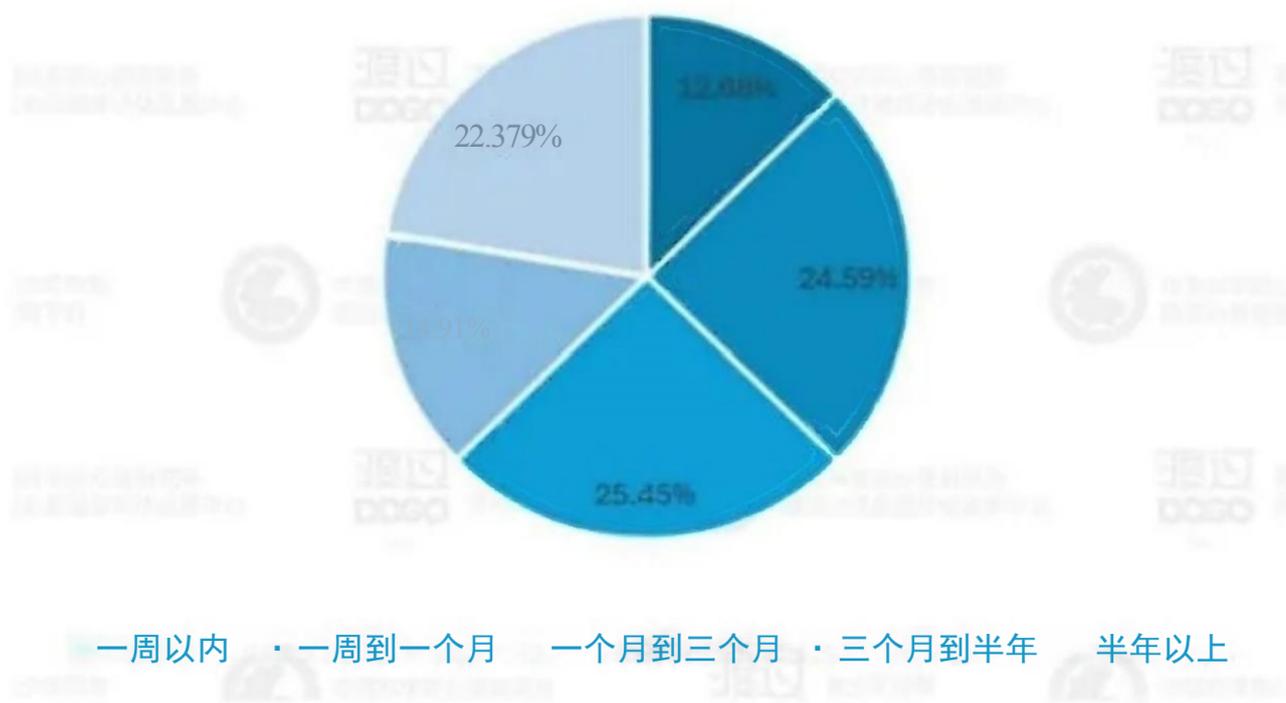


图11从家长发现孩子出现症状，到治疗的时长分布

### 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。

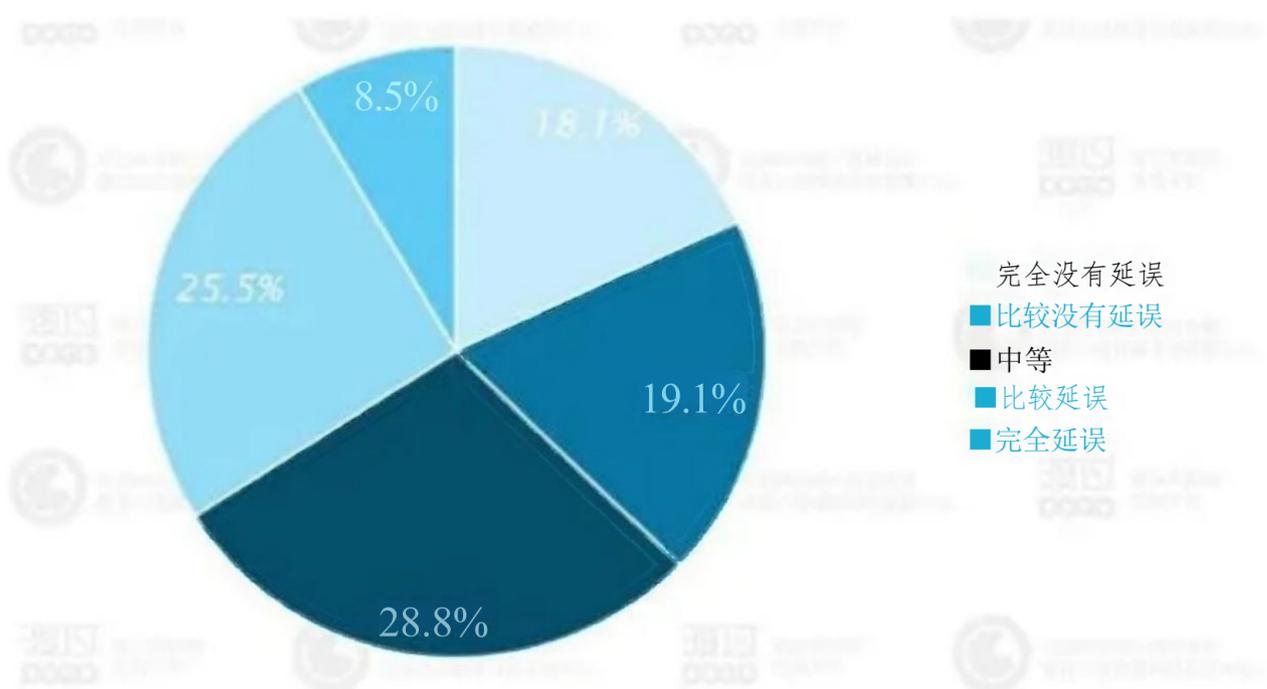


图12家长认为孩子就诊延误程度

### 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%。

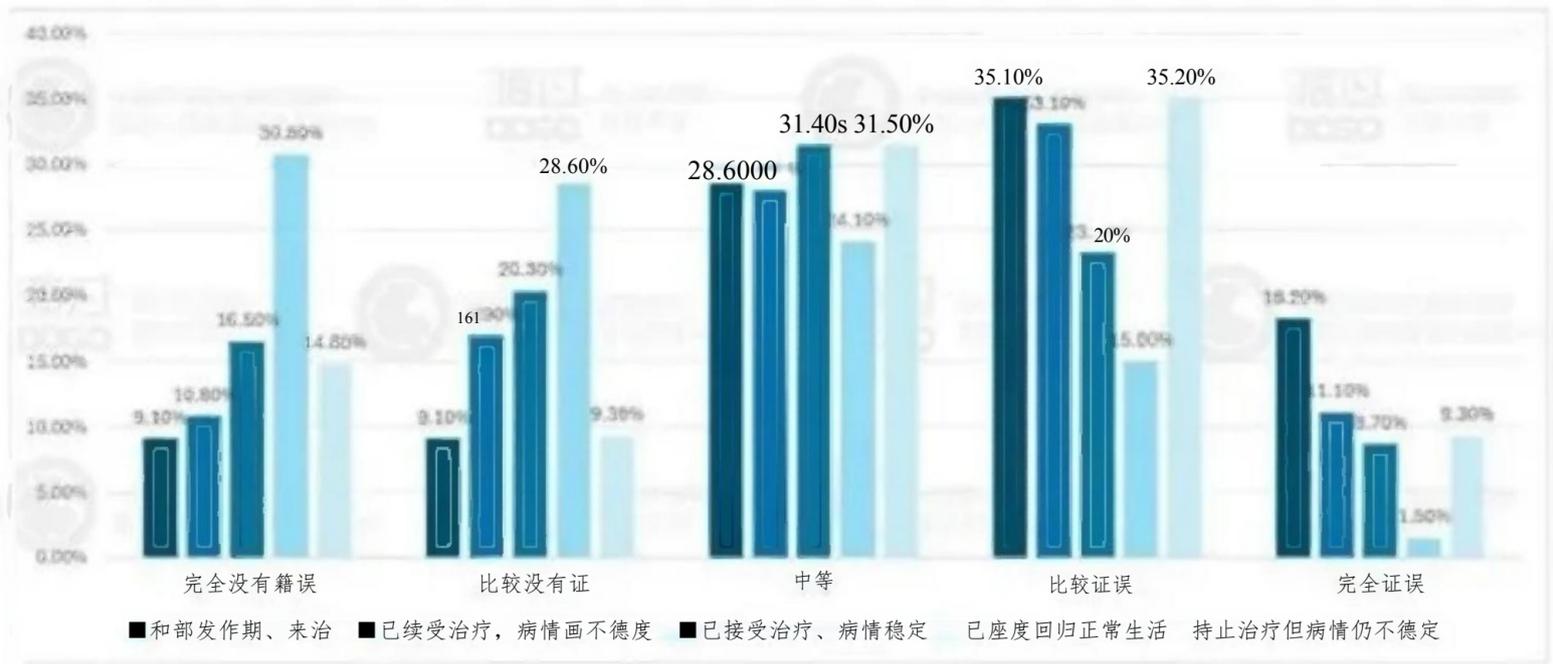


图13 就诊延误在病情上的差异情况

### 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%。

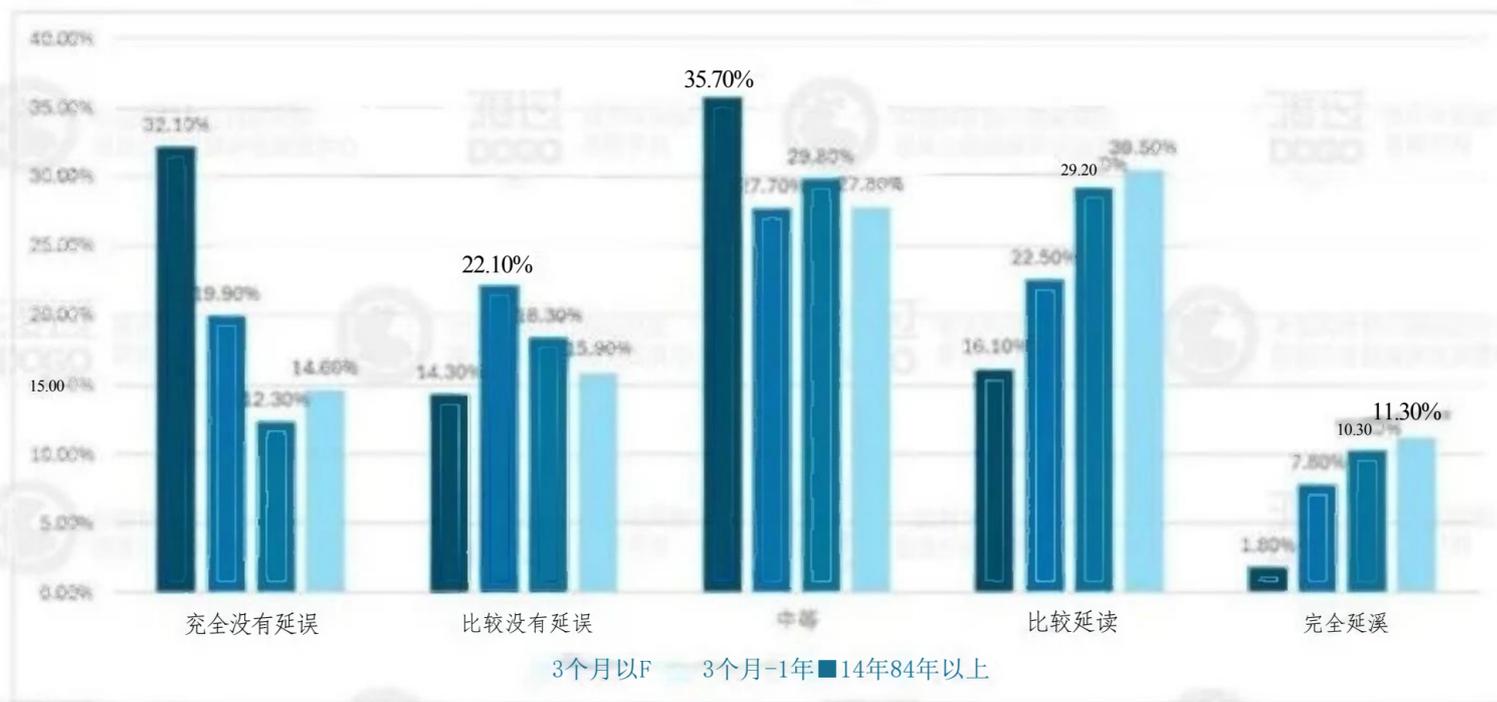


图14就诊延误在患病时长上的差异情况

### 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。

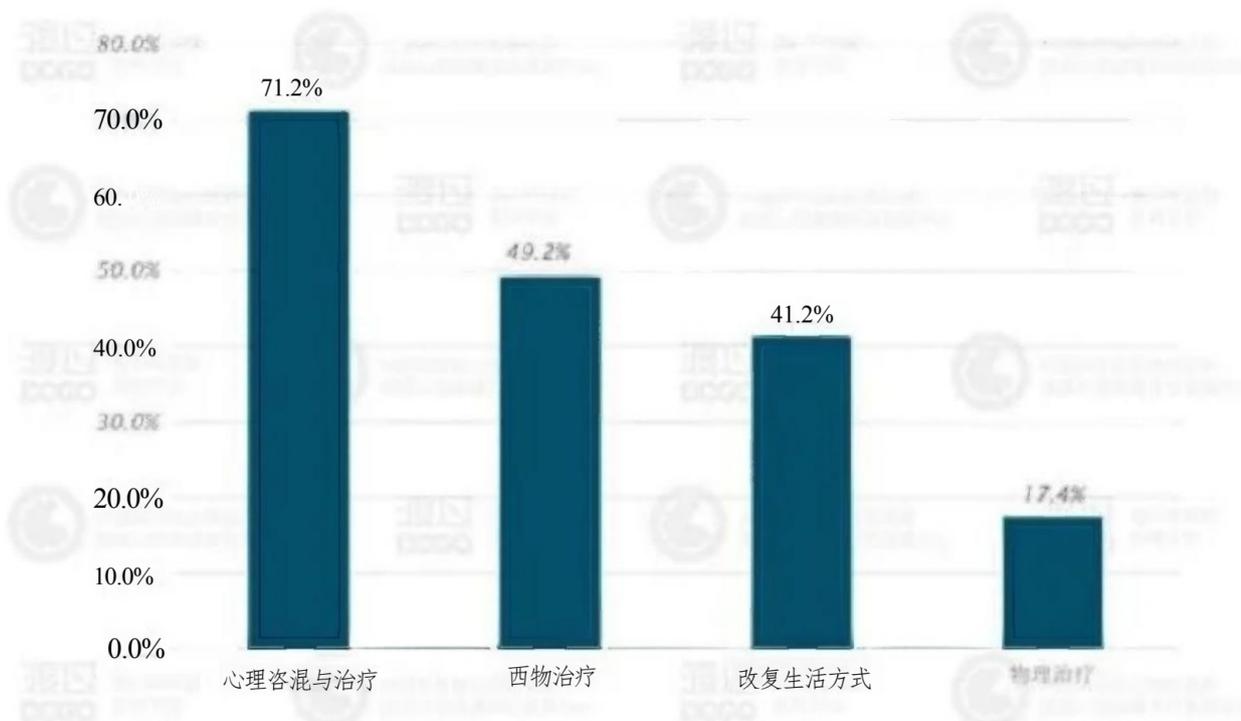


图15家长带孩子寻求治疗的方式

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、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。

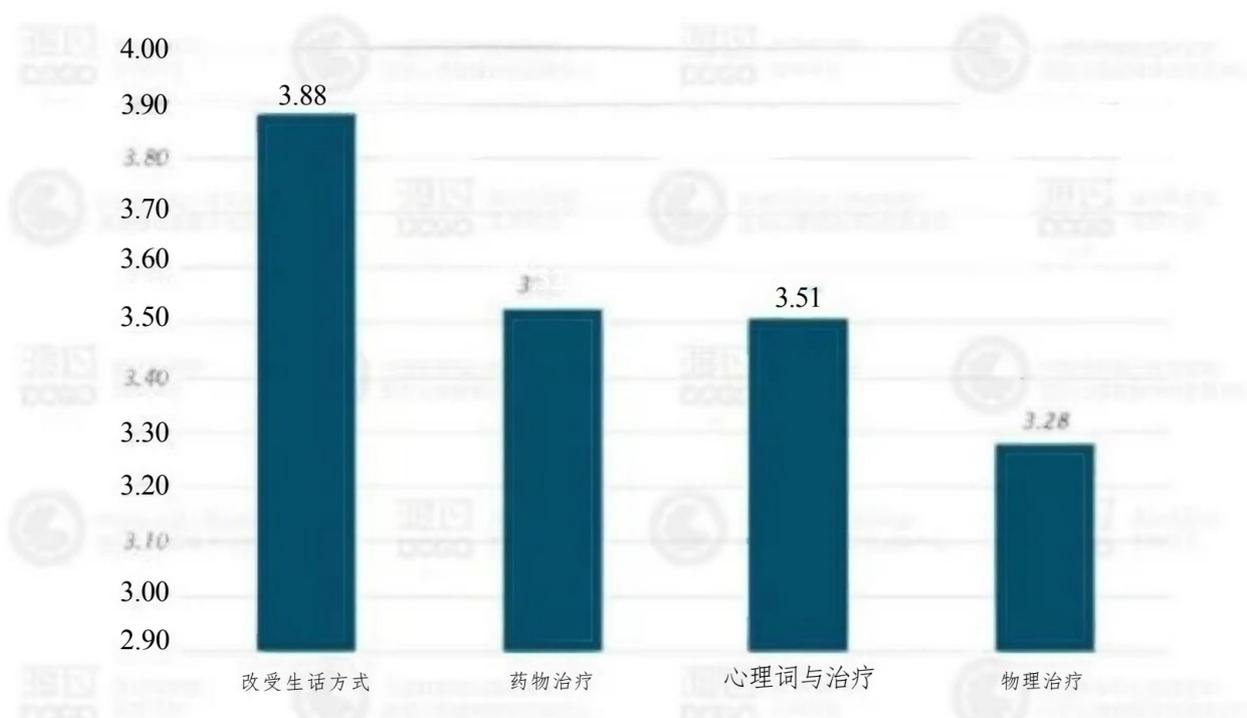


图16各种治疗方式的效果(1-5点计分，分数越高代表效果越好)



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。

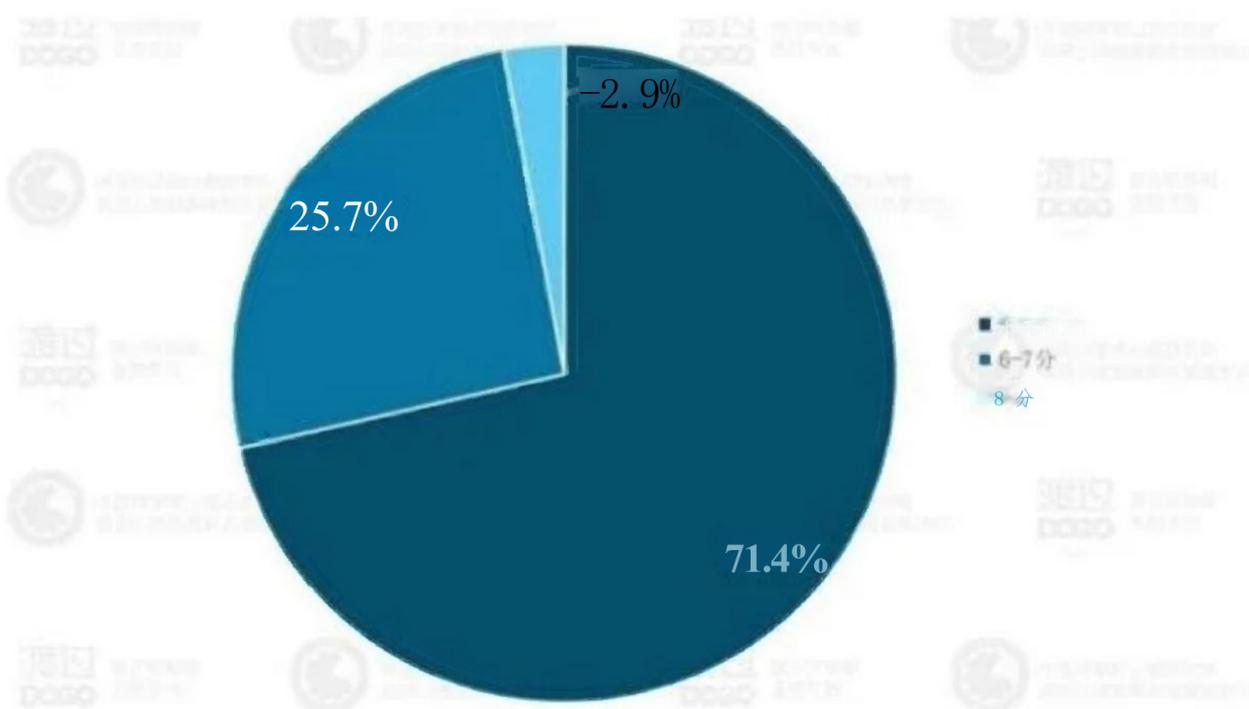


图18孩子服药依从性总体情况

#### 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。

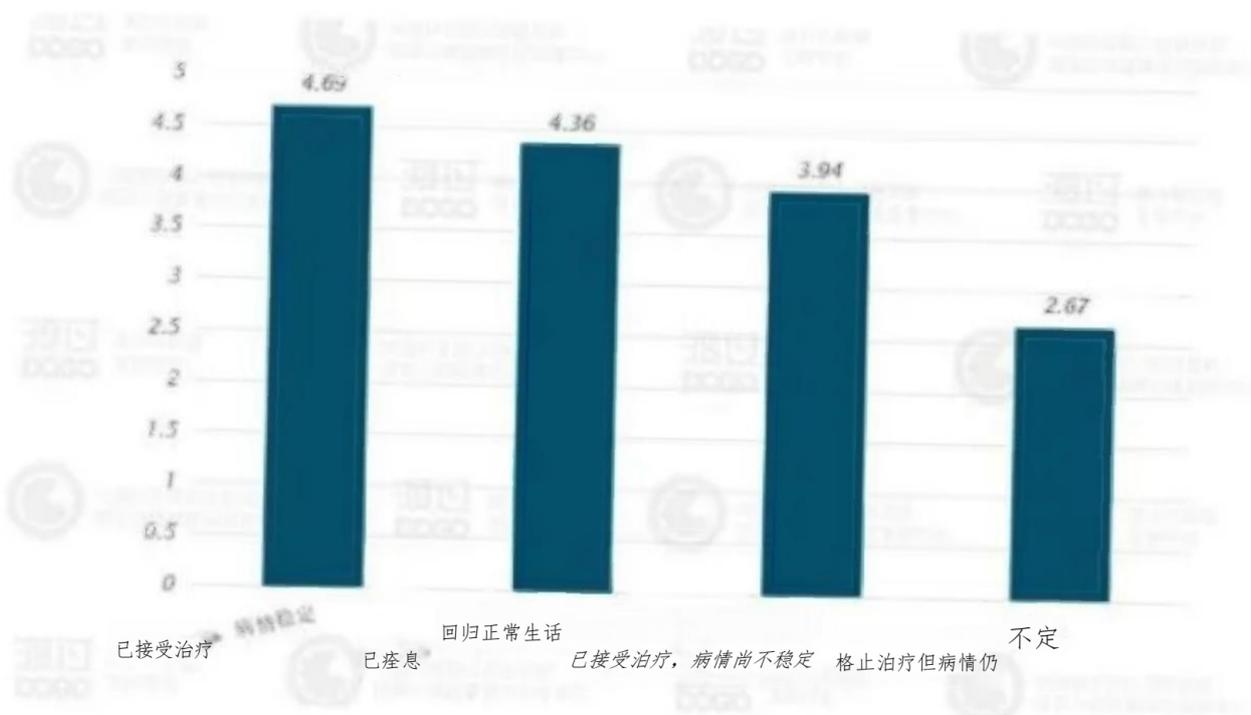


图19孩子病情与服药依从性

### 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。

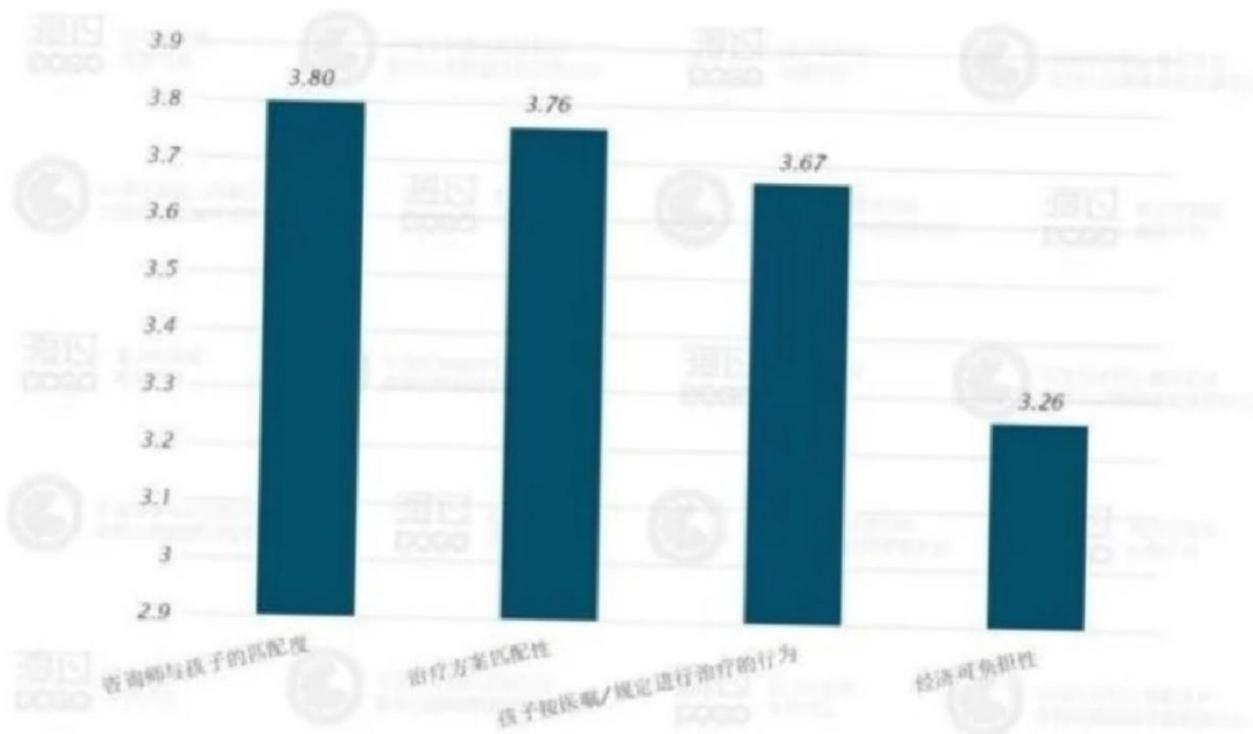


图20不同因素对治疗效果的影响程度

关于这四个方面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。

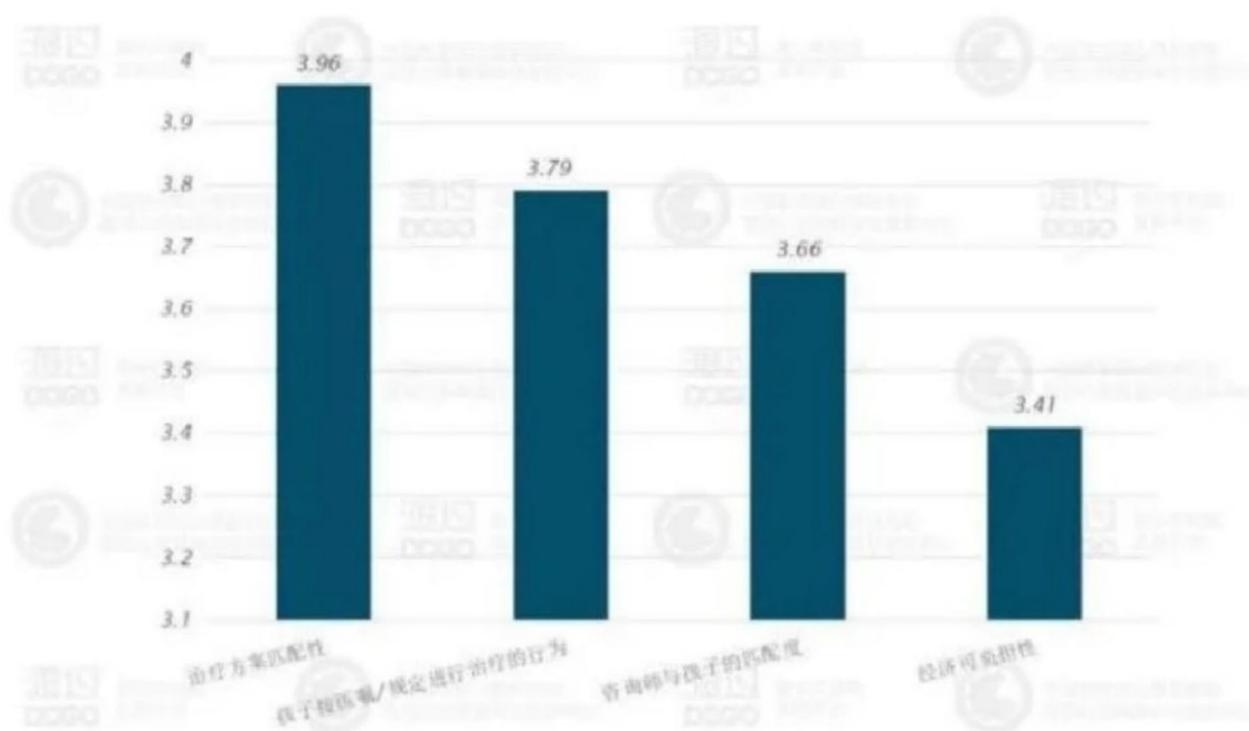


图21不同因素对儿童期孩子治疗效果的影响程度

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。

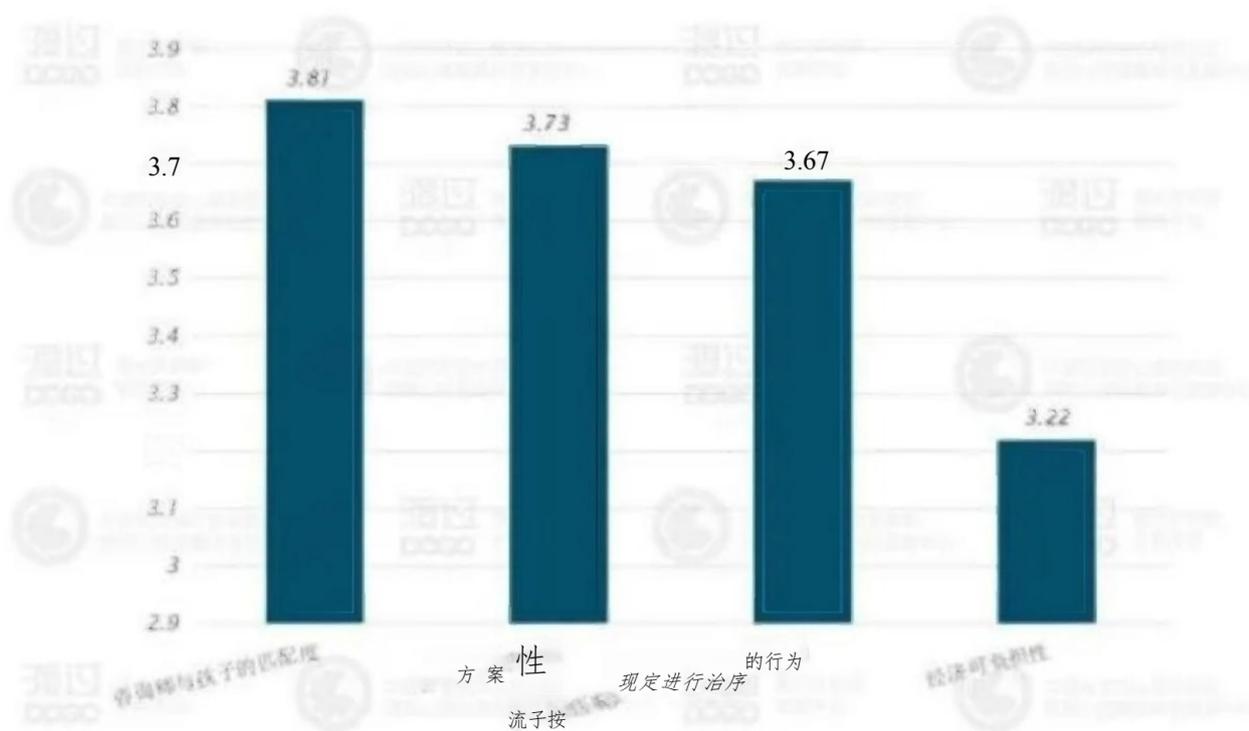


图22不同因素对青少年期孩子治疗效果的影响程度

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。

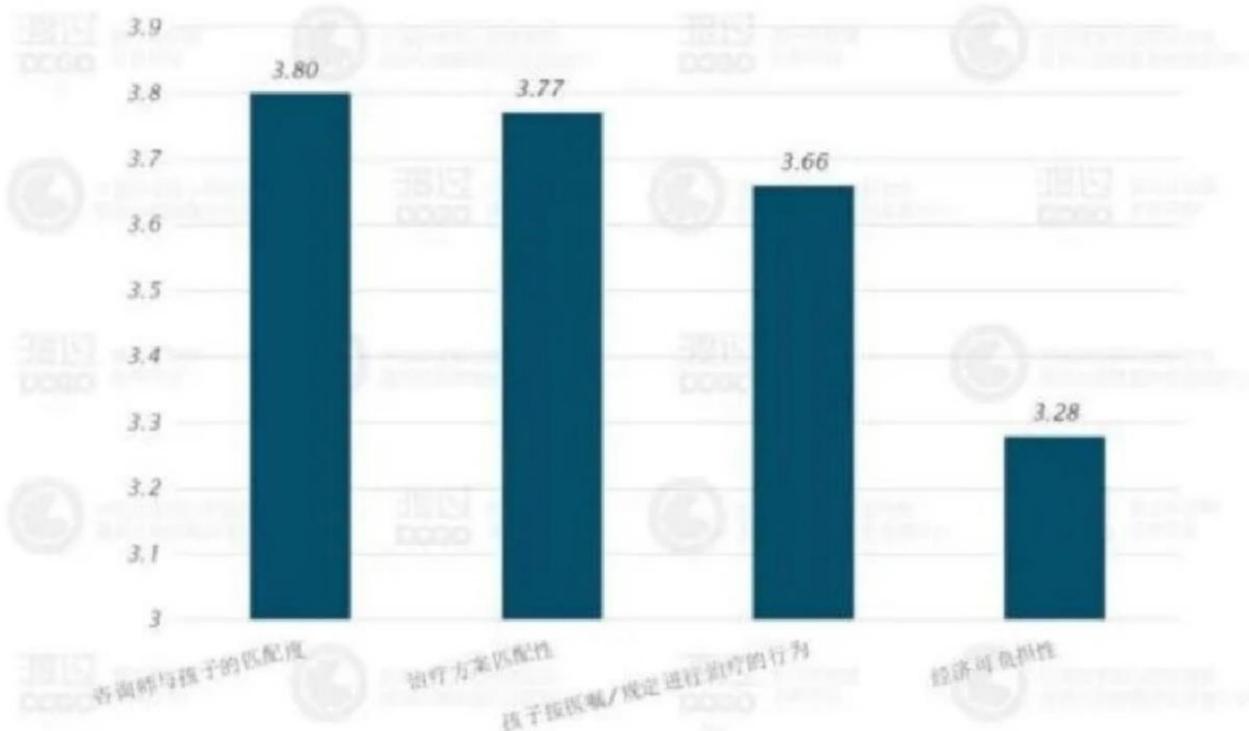


图23不同因素对成年早期孩子治疗效果的影响程度

### 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。

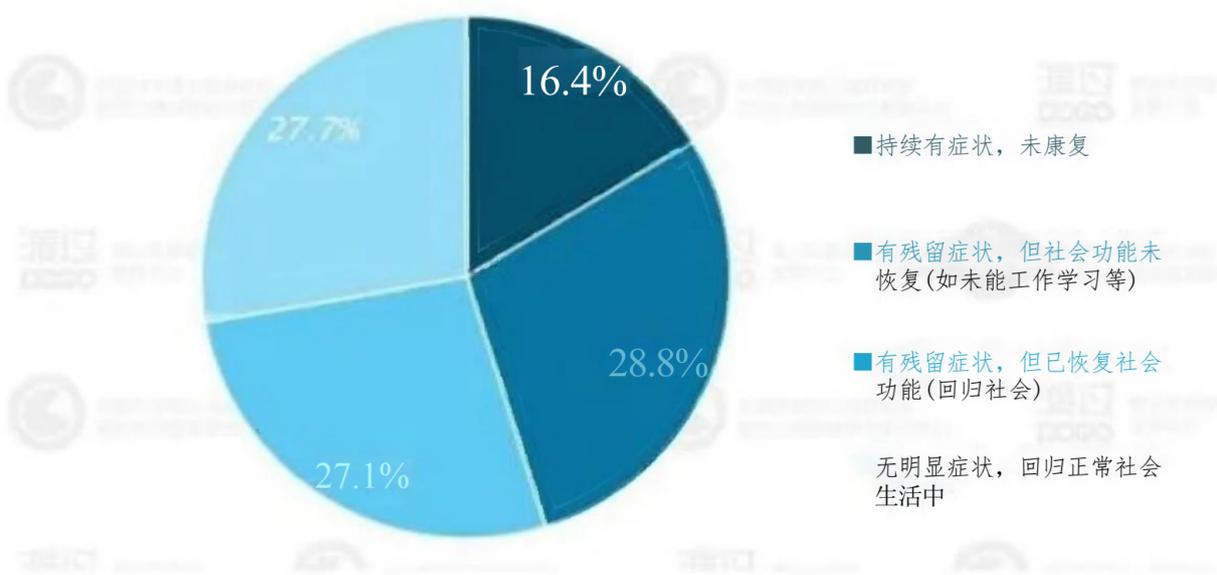


图24孩子康复状况

#### 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。

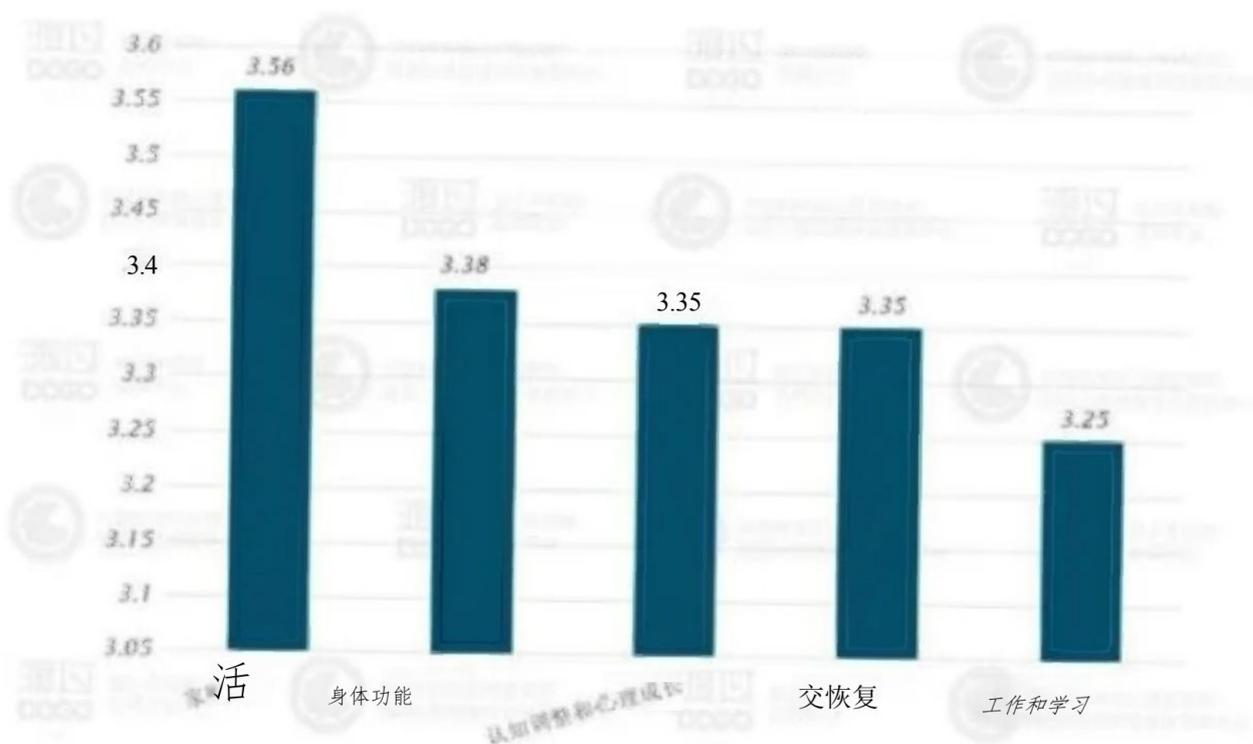


图25孩子功能恢复的程度

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。

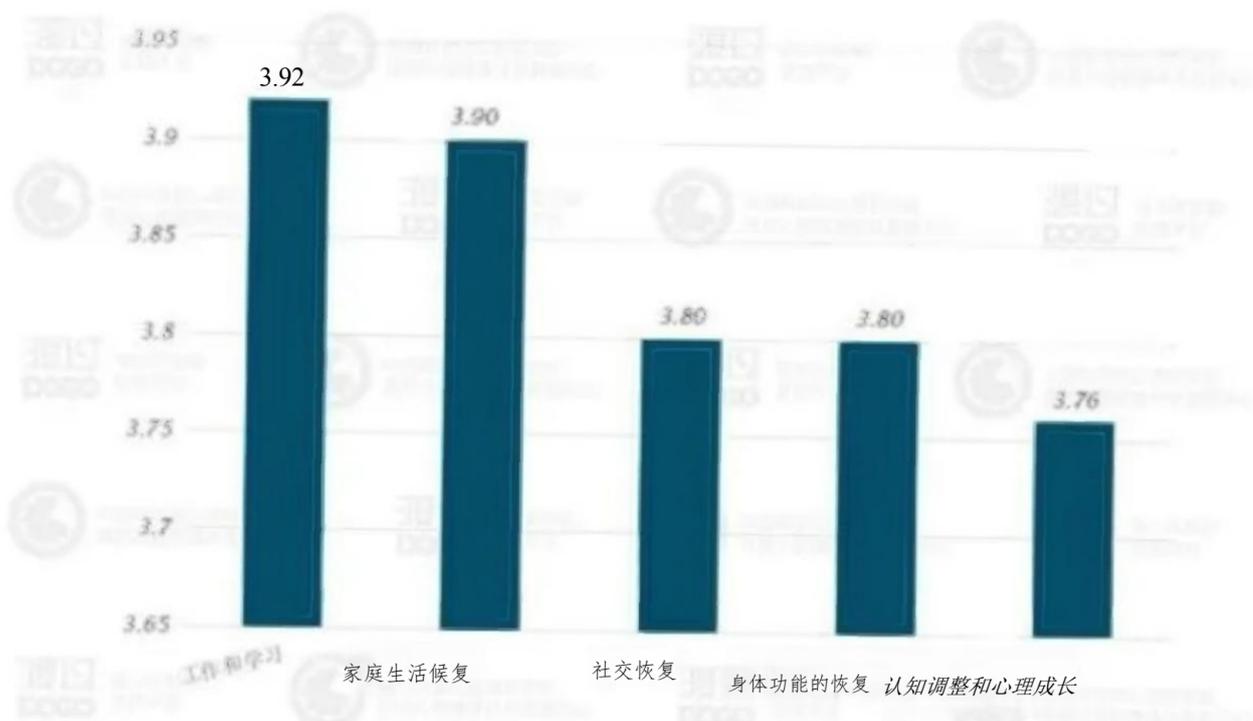


图26儿童期孩子功能恢复的程度

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。

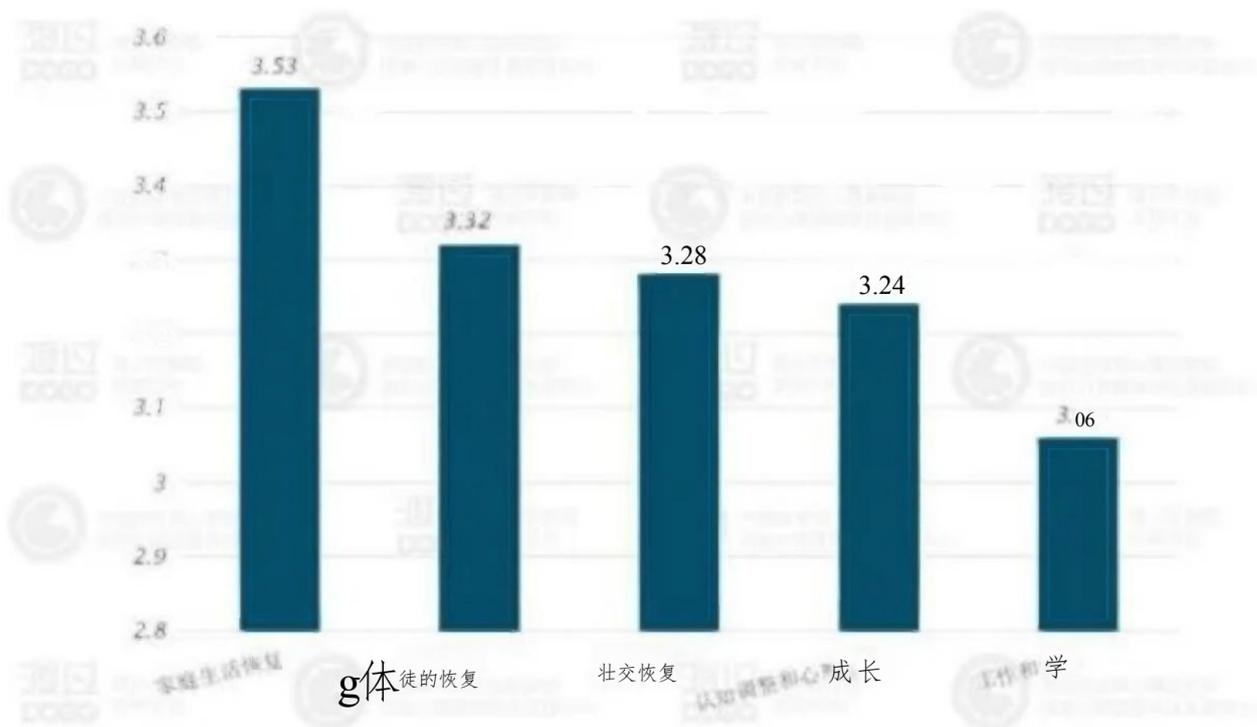


图27青少年期孩子功能恢复的程度

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。

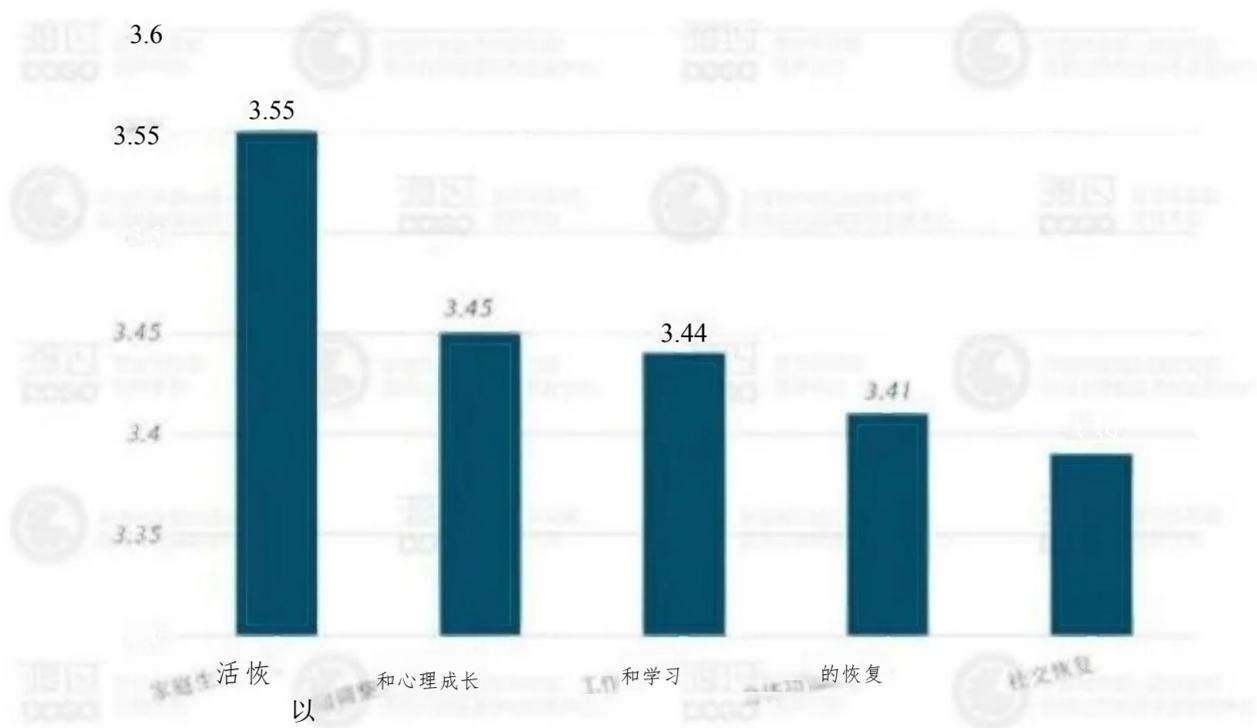


图28成年早期孩子功能恢复的程度

### 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。

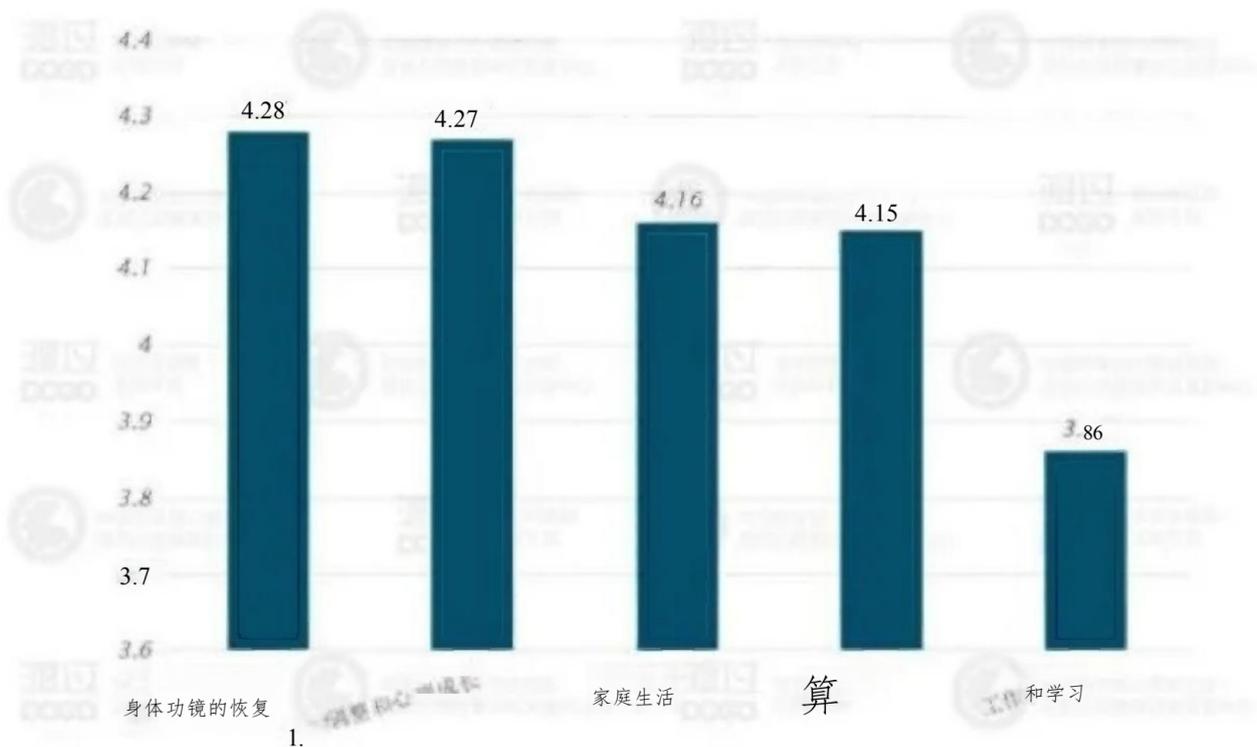


图29抑郁康复过程中家长关注的方面

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。

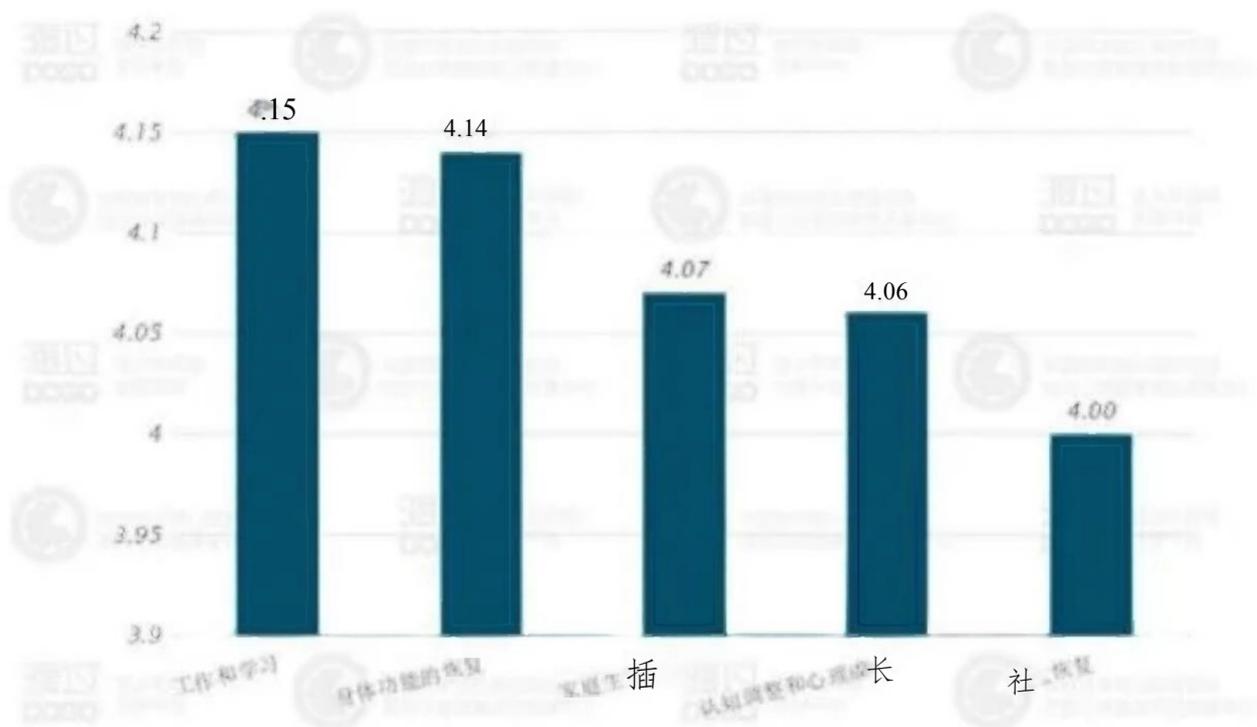


图30抑郁康复过程中儿童期孩子家长关注的方面

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。

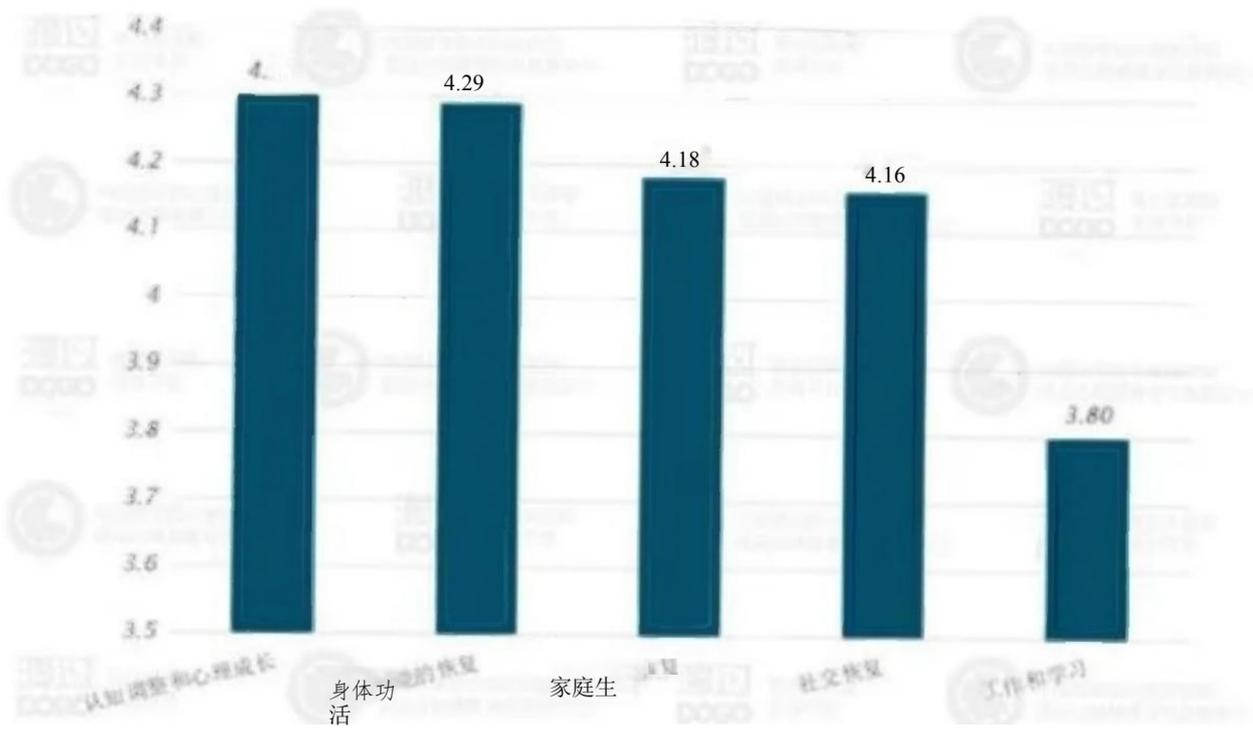


图31抑郁康复过程中青少年期孩子家长关注的方面

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。

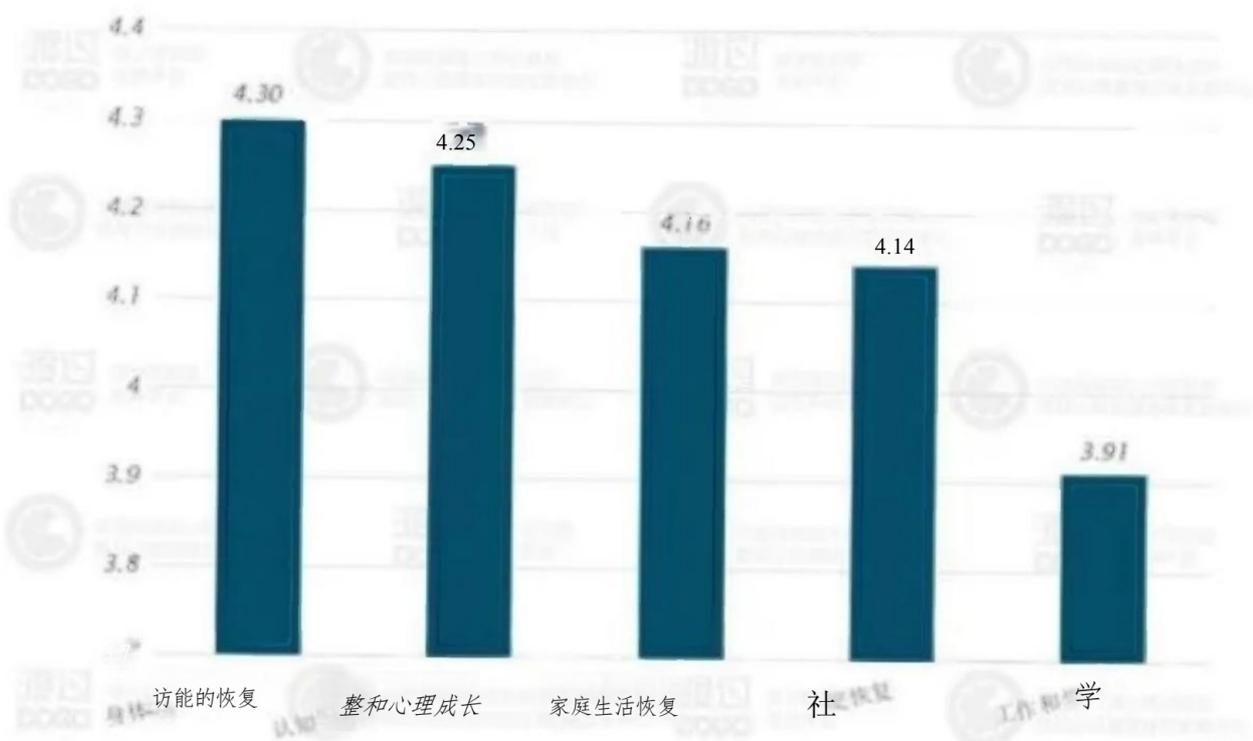


图32抑郁康复过程中成年早期孩子家长关注的方面

### 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。

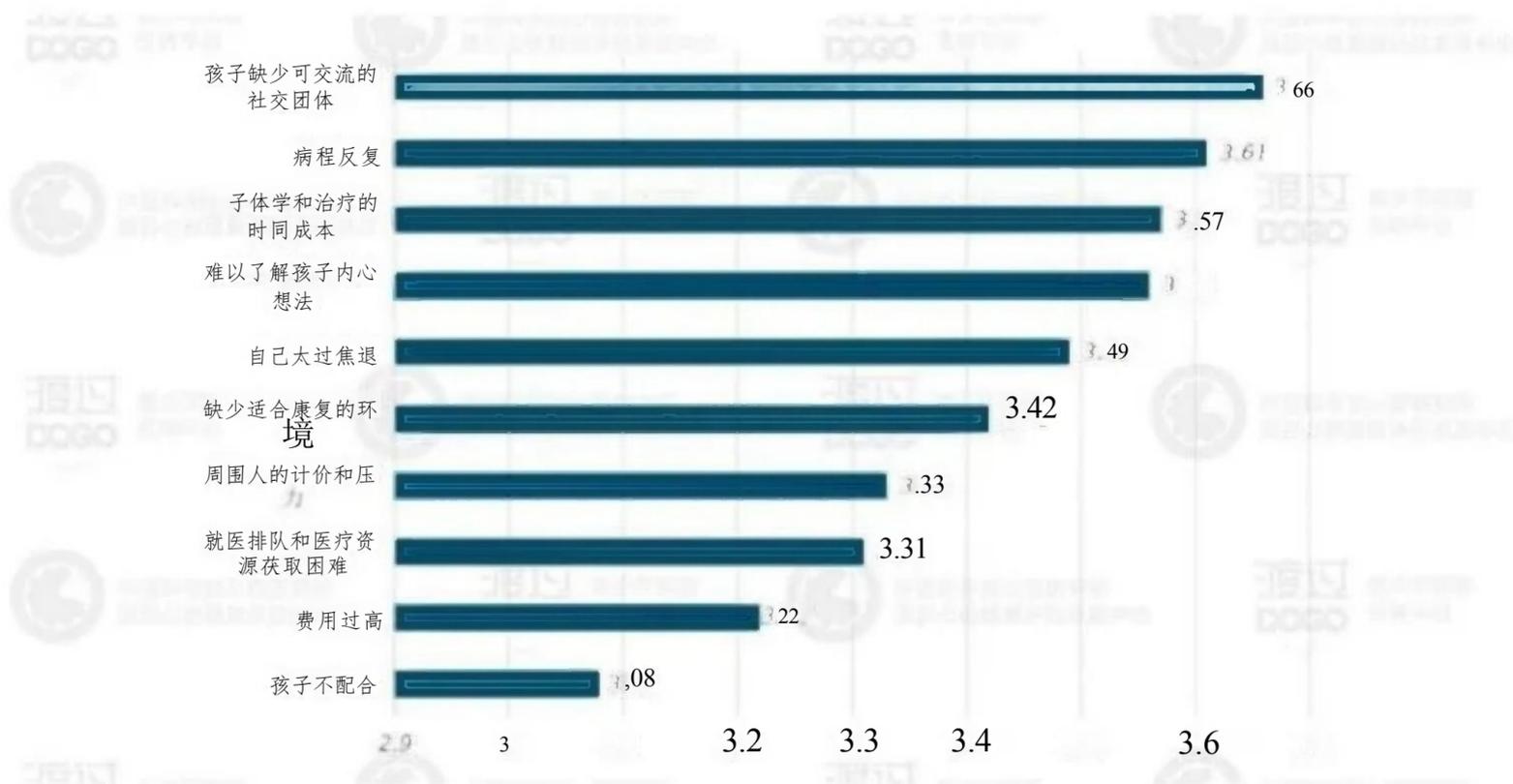


图33孩子康复过程中的困难

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。

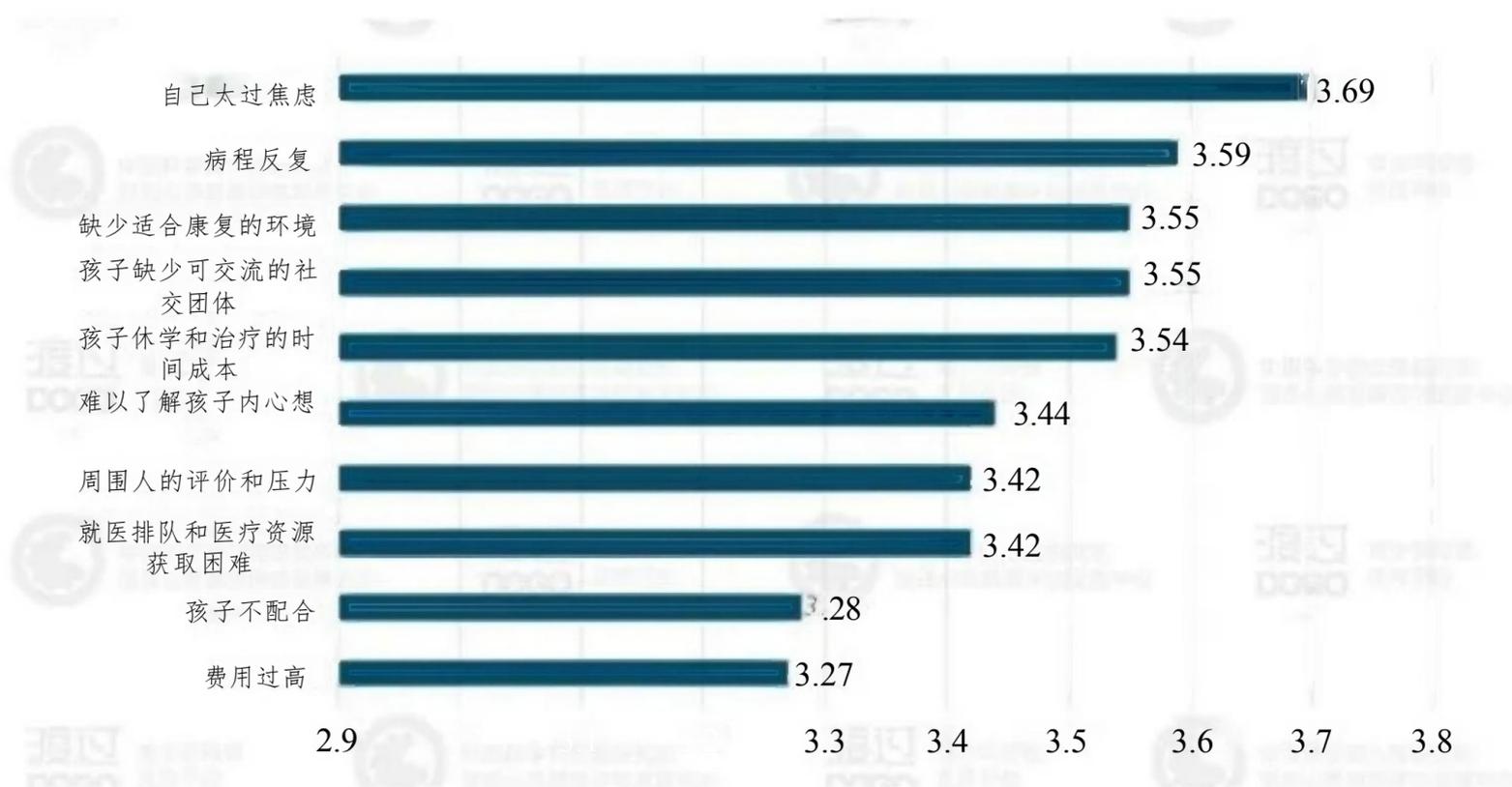


图34儿童期孩子康复过程中的困难

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。

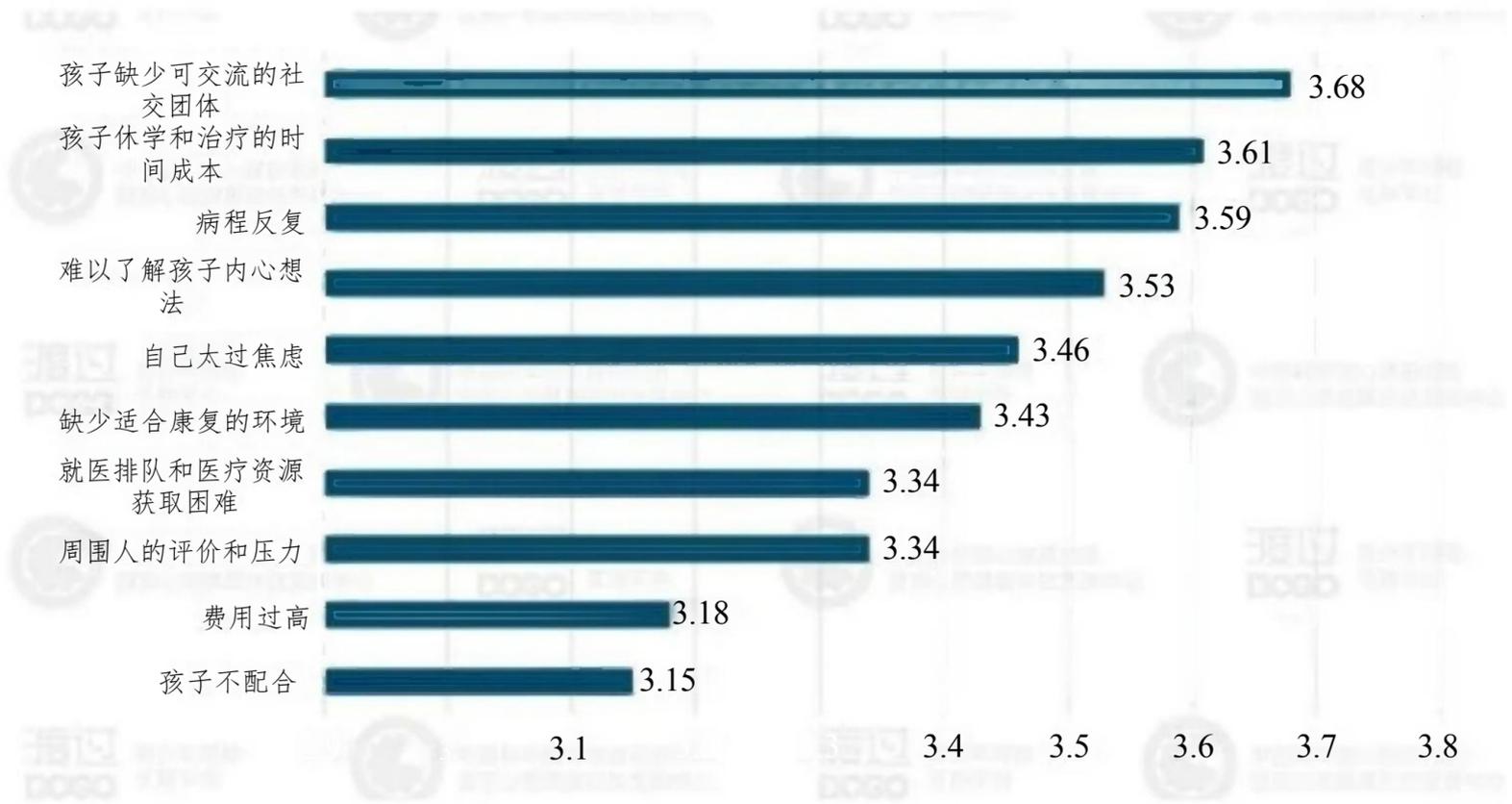


图35青少年期孩子康复过程中的困难

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。

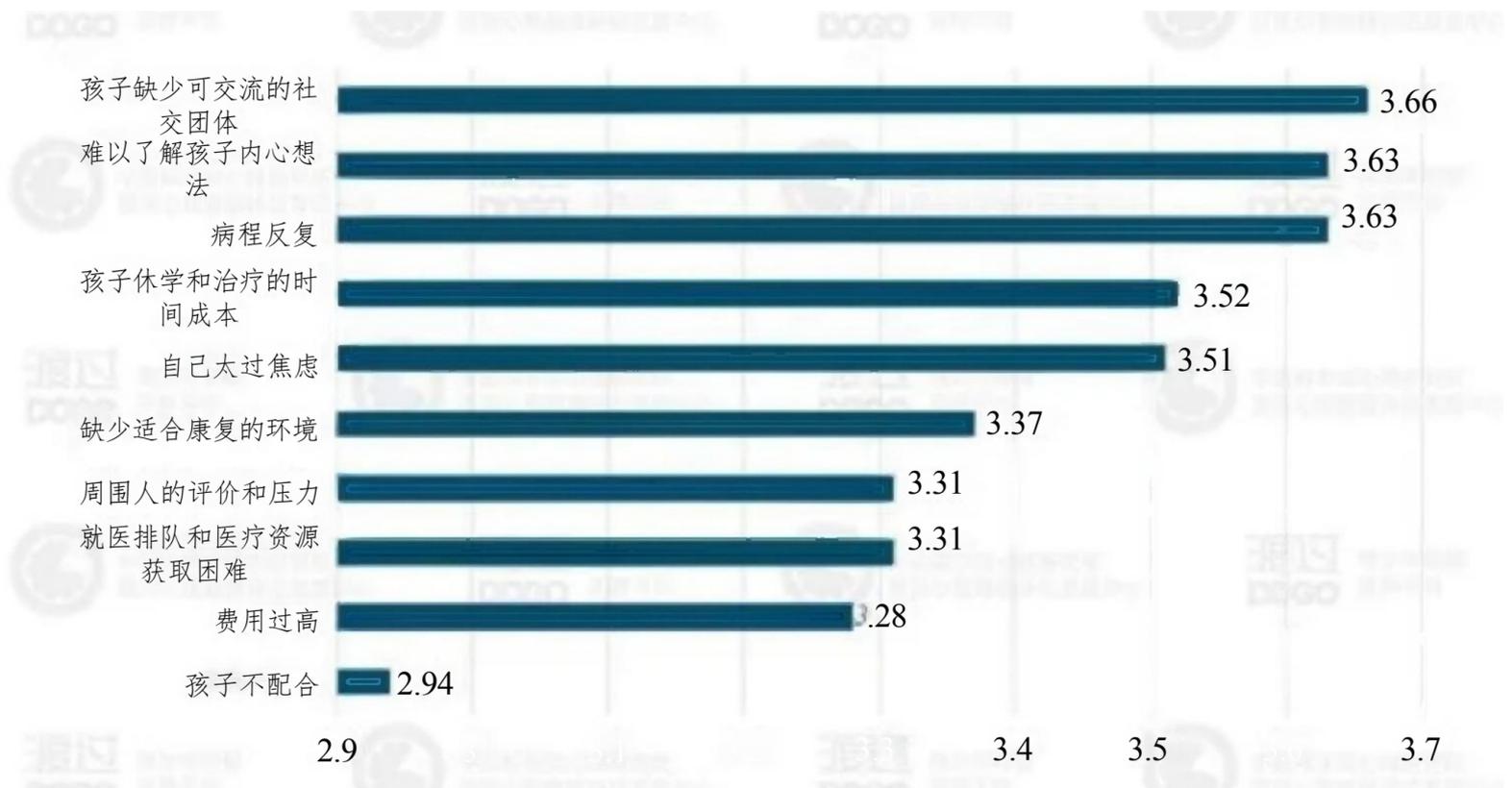


图36成年早期孩子康复过程中的困难

### 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。

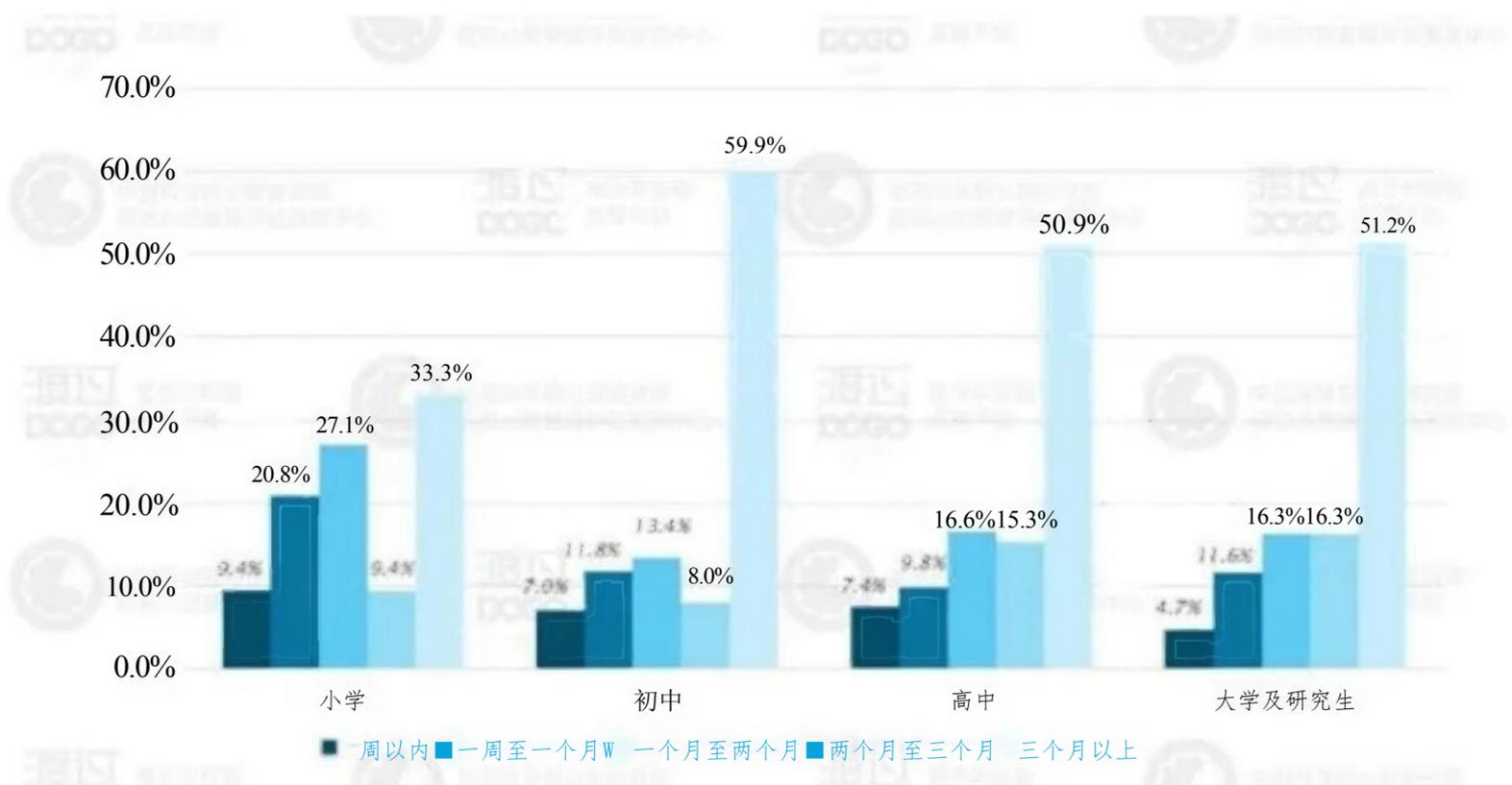


图37孩子当前请假的时长

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。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：  
<https://d.book118.com/445041122031011303>