

「認識兒童及青少年抑鬱症 - 學校介入及支援」 研討會

日期： 2024年5月8日（星期三）

時間： 下午2時正至5時正

地點： 九龍九龍塘沙福道19號教育局九龍塘教育服務中心西座四樓演講廳

「認識兒童及青少年抑鬱症 - 學校介入及支援」研討會

認識及治療有抑鬱症的兒童及青少年

主講嘉賓：
林偉忠醫生

1

醫院管理局 九龍東醫院聯網 精神科顧問醫生
香港大學 李嘉誠醫學院 精神科學系名譽臨床副教授
香港中文大學 醫學院 精神科學系名譽臨床副教授

概覽 內容	頁碼
相關數據	04 - 07
認識悲傷情緒	08 - 13
如何區分正常悲傷情緒和憂鬱症	14 - 15
認識抑鬱症 / 重度抑鬱障礙：診斷標準，嚴重度	16 - 21
兒童和青少年抑鬱症表現的特點	22
抑鬱症鑑別診斷	23
持續性抑鬱症	24 - 27
混合焦慮抑鬱症、適應障礙、躁狂抑鬱症	28 - 31
沒有明顯悲傷的憂鬱：隱性憂鬱、躁動性抑鬱、微笑憂鬱	32 - 35
青少年抑鬱症的共病症	36 - 39
抑鬱症的成因 - 前置因素	40 - 49
抑鬱症的成因 - 引發因素、持續因素	50 - 51
認識壓力	52 - 55
青春期的大腦發展	56 - 60
青春期的睡眠問題	61 - 67
家長和導師如何幫助受情緒困擾的青少年	68 - 82
抑鬱症的治療	83 - 91

現時在學兒童及青少年抑鬱症有幾嚴重？

教育局 2012 - 2022年 日校數量統計

1.1 2012年至2022年日校數目－按學校類別統計 Day Schools by Type/Sector, 2012-2022

學校類別 Type/Sector			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
幼稚園 ^(1,2) Kindergarten ^(1,2)	本地 Local		861	869	874	872	876	881	884	894	897	893	881
	非本地 Non-local		96	100	104	128	138	149	149	155	149	149	145
	合計	All	957	969	978	1 000	1 014	1 030	1 033	1 049	1 046	1 042	1 026
小學 Primary	官立 Government		34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	資助 Aided		421	419	418	420	420	420	422	421	421	422	422
	直接資助計劃 ⁽³⁾ DSS ⁽³⁾		21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	國際 ⁽⁴⁾ International ⁽⁴⁾		41	43	45	44	43	44	46	44	45	45	46
	其他私立 ⁽⁵⁾ Other Private ⁽⁵⁾		52	52	53	53	57	62	64	67	68	69	70
合計	All	569	569	571	572	575	581	587	587	589	591	593	
中學 Secondary	官立 Government		32	32	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	資助 Aided		362	362	362	360	360	359	359	359	359	359	358
	按位津貼 Caput		3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	直接資助計劃 ⁽³⁾ DSS ⁽³⁾		61	62	61	61	61	61	60	59	59	59	59
	國際 ⁽⁴⁾ International ⁽⁴⁾		29	29	30	30	31	33	34	33	33	33	33
	其他私立 ⁽⁵⁾ Other Private ^(5,5)		32	27	23	22	21	20	20	20	22	24	27
合計	All	519	514	509	506	506	506	506	504	506	508	510	
特殊學校 ⁽²⁾ Special School ⁽²⁾	本地／資助 Local/Aided		60	60	60	60	60	61	60	60	61	62	62
	國際 ⁽⁶⁾ International ⁽⁶⁾		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	合計	All	61	61	61	61	61	62	61	61	62	63	63

- 註：
- (1) 包括幼稚園暨幼兒中心。
 - (2) 不包括在社會福利署轄下註冊的特殊幼兒中心。
 - (3) 部分非公營學校開辦非本地正規課程。
 - (4) 國際學校可能同時開辦小學及中學。因此，將不同程度的國際學校數目相加並不等於所有國際學校的總數。
 - (5) 不包括晉修補習班、職業訓練及成人教育的私立學校。這些學校亦可能開辦日間中學課程。
 - (6) 指英基學校協會屬下的一所特殊學校。

- Notes:
- (1) Including kindergarten-cum-child care centres.
 - (2) Excluding special child care centres registered under the Social Welfare Department.
 - (3) Some of the non-public sector schools operate non-local formal curriculum courses.
 - (4) International schools may operate at both primary and secondary levels at the same time. Therefore, adding the respective numbers at different levels will not give the total number of international schools.
 - (5) Excluding private schools offering tutorial, vocational and adult education courses, which may also operate secondary day courses.
 - (6) Referring to one special school under the English Schools Foundation.

教育局
Education Bureau

2022/23 學年學生人數統計
(幼稚園、小學及中學)

Student Enrolment Statistics, 2022/23
(Kindergartens, Primary and Secondary Schools)

2023年7月
July 2023

學校教育統計處
School Education Statistics Section

教育局 2012 - 2022年日校學生人數統計

1.3 2012年至2022年日校學生人數 — 按學校類別統計 Student Enrolment in Day Schools by Type/Sector, 2012-2022

學校類別 Type/Sector			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
幼稚園 ⁽¹⁾ Kindergarten ⁽¹⁾	本地	Local	155 473	160 605	166 755	171 935	170 410	167 032	159 895	160 006	152 287	143 597	132 646
	非本地	Non-local	9 291	9 238	9 642	13 463	13 622	14 115	14 507	14 291	12 648	12 359	11 030
	合計	All	164 764	169 843	176 397	185 398	184 032	181 147	174 402	174 297	164 935	155 956	143 676
小學 Primary	官立	Government	20 972	20 979	21 131	21 466	22 000	22 618	23 159	23 043	22 393	21 084	19 750
	資助	Aided	237 555	238 888	245 022	251 540	260 482	270 839	278 732	278 030	270 930	258 571	246 900
	直接資助計劃 ⁽²⁾	DSS ⁽²⁾	14 275	14 562	14 839	15 120	15 326	15 590	15 759	15 935	15 918	15 744	15 544
	國際	International	18 844	19 492	20 193	20 439	21 093	21 912	22 720	23 156	22 783	22 933	22 143
	其他私立 ⁽²⁾	Other Private ⁽²⁾	25 796	26 997	28 115	28 993	30 107	31 090	32 095	33 064	32 233	30 662	29 214
合計	All	317 442	320 918	329 300	337 558	349 008	362 049	372 465	373 228	364 257	348 994	333 551	
中學 Secondary	官立	Government	26 313	24 937	23 540	22 260	21 360	21 013	20 574	20 551	20 467	19 910	19 071
	資助	Aided	318 624	297 177	277 105	258 899	245 956	238 971	233 630	234 319	235 991	233 724	230 407
	按位津貼	Caput	2 914	1 577	1 465	1 366	1 293	1 258	1 221	1 256	1 215	1 224	1 232
	直接資助計劃 ⁽²⁾	DSS ⁽²⁾	48 985	49 103	48 268	47 232	46 356	45 863	45 601	46 049	45 586	44 636	43 892
	國際	International	15 530	16 088	16 442	16 530	16 664	16 956	17 478	17 977	18 232	18 561	18 483
	其他私立 ^(2,3)	Other Private ^(2,3)	6 421	6 463	6 311	6 322	6 523	6 743	6 994	7 242	7 520	7 872	8 077
合計	All	418 787	395 345	373 131	352 609	338 152	330 804	325 498	327 394	329 011	325 927	321 162	
特殊教育 ⁽⁴⁾ Special Education ⁽⁴⁾	本地/資助	Local/Aided	7 883	7 834	7 643	7 703	7 682	7 826	7 939	8 201	8 223	8 311	8 389
	國際 ⁽⁵⁾	International ⁽⁵⁾	130	129	113	136	158	168	186	137	128	155	144
	其他私立	Other Private	8	2	4	8	3	8	5	6	5	5	6
合計	All	8 021	7 965	7 760	7 847	7 843	8 002	8 130	8 344	8 356	8 471	8 539	

註：數字反映該年9/10月的情況。

- (1) 包括幼稚園暨幼兒中心的幼兒班、低班及高班。
- (2) 部分非公營學校開辦非本地正規課程。
- (3) 不包括由督學補習班、職業訓練及成人教育的私立學校所開辦的日間中學課程。
- (4) 包括特殊學校和很少數的非公營普通學校開辦的特殊班，但不包括在社會福利署轄下註冊的特殊幼兒中心及那些在沒開辦特殊班的普通學校就讀而有特殊教育需要的學生。
- (5) 包括英基學校協會屬下的一所特殊學校及設於普通國際學校的特殊班。

Notes: Figures refer to the position as at September/October of the respective years.

- (1) Including nursery, lower and upper classes in kindergarten-cum-child care centres.
- (2) Some of the non-public sector schools operate non-local formal curriculum courses.
- (3) Excluding secondary day courses operated by private schools offering tutorial, vocational and adult education courses.
- (4) Including special schools and a very small number of special classes in non-public sector ordinary schools, but excluding special child care centres registered under the Social Welfare Department and those students with special educational needs who are enrolled in ordinary schools without operating special classes.
- (5) Including one special school under the English Schools Foundation and special classes in ordinary international schools.

教育局
Education Bureau

2022/23 學年學生人數統計
(幼稚園、小學及中學)

Student Enrolment Statistics, 2022/23
(Kindergarten, Primary and Secondary Schools)

2023年11月
16/2023

學校教育統計組
School Education Statistics Section

香港中文大學醫學院2023年11月公布

- 2019至2023於本港進行精神健康研究，共6082位 6至17歲在學參加者
- 24.4%的兒童及青少年在過去一年受至少一種精神疾病困擾
- 當中約半數同時有兩種或以上的精神疾病

最常見的精神疾病困擾為：	整體調查對象中，在學兒童及青少年
專注力不足或過度活躍症	10.2%
對立性反抗症和品行障礙	8.8%
焦慮症	6.1%
抑鬱症	5.4%
有睡眠失調問題	10%

過去一年	整體調查對象中，在6至17歲學兒童及青少年	整體調查對象中，在學中學生
自殺想法	3.9%	8.4%
自殺計劃	1.9%	3.8%
自殺行動	1.1%	2.3%

學童自殺的數據

- 2023年教育局接獲中、小學匯報 32 宗學生懷疑自殺身亡案，數字為 5 年來最高。

全港中、小學向教育局匯報的學生懷疑自殺身亡個案數字						
年	2018	2019	2020	2021	2022	2023
數字	14	23	21	25	25	32

- 教育局的數字顯示 過去5年的個案中：
 - 男女學生比例各佔約一半；
 - 12歲或以上的學生約佔總個案數目的九成半

認識抑鬱症從認識情緒開始

甚麼是情緒？

- 情緒是人類經驗的核心組成部分，
- 它影響人的思考、決策、行為、社交互動甚至身體健康。
- 情緒由大腦中多個結構和區域相互作用而產生的複雜現象，特別是大腦的邊緣系統（limbic system）和前額葉皮質（prefrontal cortex）
- 心理學中有七種核心情緒：
 1. 快樂（Happiness）
 2. 悲傷（Sadness）
 3. 憤怒（Anger）
 4. 恐懼（Fear）
 5. 驚訝（Surprise）
 6. 厭惡（Disgust）
 7. 罪惡感/羞愧（Guilt/Shame）

「情緒」狀態特徵

情緒在不同的文化和個體中可能會有所不同

「主觀性」

- 覺得就是；若不覺得，那就不是

「不一致性」

- 因人而異：遭遇同樣事件，不同人有不同情緒；
- 同一情緒，可能不同反應(生理、認知、與行為反應上的差異)
- 因時而異：同一事件，同一個人在不同時間面對，也會有差異

甚麼是悲傷 (SADNESS) ？

- 一種情緒低落的狀態，可以是溫和的，也可以是強烈的。
- 是對失去、失望、無助或其他形式的情感痛苦的自然反應：
哭泣、回想相關的記憶或情境、減少社交，喪失對活動興趣。
- 可以由多種情況引發，如親人的死亡、友誼的破裂、重大生活變化、或是對未實現的期望的反思。

感性行為與理性行為

感性行為

情緒驅動：

行為主要由個人的情緒狀態影響，例如快樂、悲傷、憤怒或恐懼。

直覺反應：

常是即時的、自發性的反應，可能不考慮長遠後果或深入理由。

主觀性：

強調個人的感受和主觀經驗，可能因人而異，難以用統一標準來衡量。

非理性因素：

可能不完全基於事實分析或理性推理，更依賴個人的感覺和經驗。

理性行為

邏輯分析：

行為前進行詳盡的分析與權衡，考慮不同選項的優缺點。

目標導向：

行為旨在實現具體的目標或結果，通常有明確的計劃和目的。

客觀性：

基於客觀事實和數據，盡量減少個人情緒的干擾。

預期結果：

行為是為了達到預期的效果或效益，通常有計算和預測的過程。

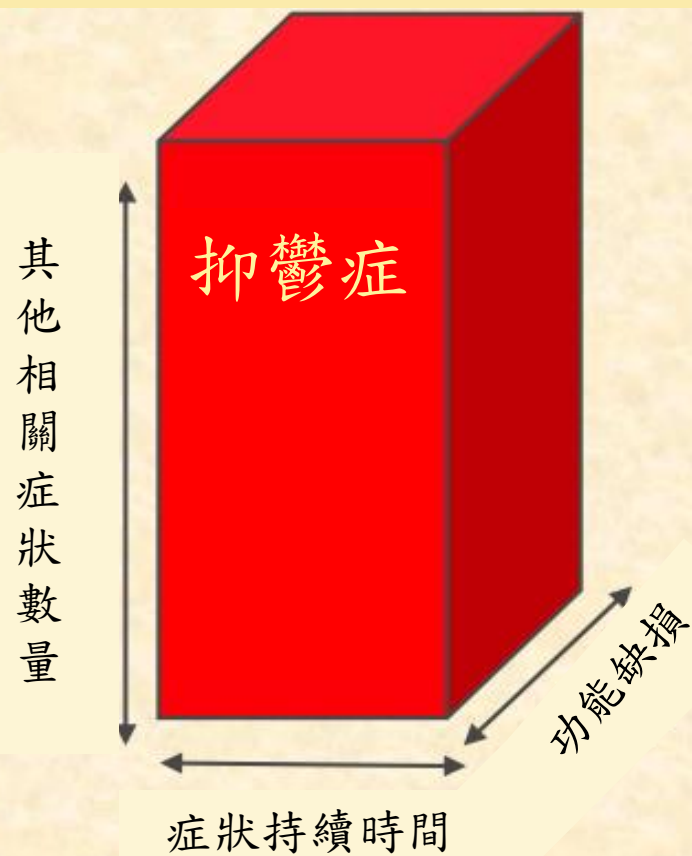
悲傷的處理

悲傷的感覺通常與特定事件有關，隨著時間的推移，人們會開始逐漸感到改善。

處理悲傷的方式因人而異，一些普遍有效的策略：

- **表達情感**：與信任的人談論感受，或透過寫作、繪畫等創意活動表達情緒。
- **允許自己哀悼**：給自己時間和空間來處理這些情感，不要急於「克服」悲傷。
- **維持日常活動**：盡可能維持正常的日常生活，這可以幫助帶來一定的穩定感和正常感。
- **尋求支持**：參與支持小組或尋求心理健康專業人士的協助，可以提供額外的情緒支持和策略。

如何區分正常悲傷情緒和憂鬱症



如何區分正常悲傷情緒和憂鬱症

正常悲傷	憂鬱症
是對重大失落或悲痛事件的自然情感反應，如親人去世。	是一種心理健康疾病，影響個體的情感、思維方式和行為。
可能會有起伏，但不會持續導致極端的自我厭惡或無價值感	症狀包括持續的悲傷、無價值感、過度或不合理的自責/內疚 / 罪惡感
即使在悲傷期間，人們仍能從日常活動中感受到快樂或滿足。	可能會導致持續的自殺念頭或企圖。
感覺通常會隨著時間逐漸減輕。	需要支持和介入；較嚴重的更需要專業的治療，如心理治療、藥物治療或兩者的結合。

抑鬱症（重度抑鬱障礙）

(MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, MDD)

美國精神醫學會《精神疾病診斷與統計手冊》第五版（DSM-5）

診斷標準：

主要情感症狀：

1. 心情憂鬱，感到悲傷、空虛、無望 或
表現哭泣、缺乏正面情緒反應

兒童和青少年可能表現持續的煩躁情緒（irritability）
而不是悲傷

2. 對之前喜歡的活動失去興趣或樂趣

抑鬱症（重度抑鬱障礙）

（MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, MDD）

DSM-5 其他相關症狀：

身體症狀：

- 3. 食慾降低或增加，無意的**體重明顯減輕或增加**
（一個月內超過5%）（兒童及青少年體重增加未能如預期）
- 4. 睡眠問題（**失眠**或過度睡眠）
- 5. 疲倦或**能量減少**
- 6. 心理動作變化：行動語言遲緩 或 憤怒煩躁

認知思維症狀：

- 7. 集中專注力降低，在學校表現可能下降
- 8. 感到自己毫無價值，過度或不合理的自責/內疚 / 罪惡感
- 9. 反覆出現死亡或自殺念頭

抑鬱症（重度抑鬱障礙）

（MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, MDD）

診斷標準：

○ 症狀持續：

上述症狀中至少有五項

包括至少一項主要症狀（“悲傷/煩躁情緒” “失去興趣/樂趣”）

幾乎每天持續至少兩週

○ 症狀引致患者困擾苦惱 及/或 導致功能（如學習、社交）顯著受損

○ 排除其他醫療狀況造成：症狀不是由於物質使用（如藥物、酒精）或其他醫療狀態（如甲狀腺疾病）。

○ 排除其他精神疾病：症狀不符合其他精神疾病的診斷標準。

抑鬱症 或稱為重度抑鬱障礙

(MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, MDD)

嚴重度	次臨界級 (未達臨床診斷標準) Subclinical	輕度 Mild	中度 Moderate	嚴重 Severe
症狀數量	少於診斷標準所需的最低症狀數； 持續時間較短	剛好滿足診斷標準所需的最低症狀數 (5個症狀)	症狀數量多於診斷標準所需的最低數量，但未達到嚴重的程度	顯著多於診斷標準， 出現極端的絕望感； 自殺念頭或行為； 思覺失調症狀
功能障礙	能維持日常生活和社交活動	輕微影響日常生活和社交活動	日常功能的影響顯著，需較多的努力來維持正常生活	日常功能造成嚴重障礙， 無法自理日常生活

- 這些分級有助於臨床醫生評估病情，並根據病情的嚴重性制定合適的治療計劃，還能對病情進行長期跟蹤和管理

重度抑鬱症伴有精神病特徵

(MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH PSYCHOTIC FEATURES)

- 嚴重的重度抑鬱障礙
- 患者必須先符合重度憂鬱症的診斷
- 在憂鬱期間，患者出現了一種或多種思覺失調症狀
- 思覺失調症狀通常與抑鬱情緒直接相關：
 - 妄想：即扭曲虛假的固定信念，通常是與憂鬱情緒相關，例如罪惡妄想（患者認為自己犯了無可挽回的錯誤或罪行）；
 - 幻覺：即聽見別人聽或看不到的東西等症狀，內容通常是負面的和威脅性的，例如患者聽到貶低自己或指責自己的聲音；
 - 精神狀態的紊亂：思考過程受到嚴重影響，導致言語不連貫或行為異常。

重度抑鬱障礙 伴有焦慮表現

(MAJOR DEPRESSIVE DISORDER WITH ANXIOUS DISTRESS)

- ❑ 患者必須先符合重度憂鬱症的診斷
- ❑ 同時表現出焦慮症狀
- ❑ 但焦慮症狀不符合任何特定焦慮症的診斷標準時

焦慮症狀：

情緒上

- 焦慮：感覺到緊張或焦慮。
- 易怒：異常容易感到煩躁或易怒。

思想上

- 難以控制的擔憂：對多種事件或活動的擔憂難以控制。
- 恐懼感：害怕可能的事情發生，如擔心可能失控。

身體上

- 身體不安感：感覺身體上不自在或坐立不安。

兒童及青少年抑鬱症（重度抑鬱障礙）的特點

（MAJOR DEPRESSIVE DISORDER, MDD）

- 兒童及青少年抑鬱症的診斷標準與成人相似
- 但在臨床表現上可能有所不同
- 年幼患者可能無法清楚表達情緒或思維，因此其抑鬱症的症狀可能多以行為問題或學習困難的形式呈現，可能被誤認為是正常成長過程。
- 家庭成員和教育工作者應當注意到年輕患者可能不會用典型的「悲傷」來表達抑鬱，而是通過其他多樣化的方式呈現。

兒童和青少年抑鬱症表現的特點：

- **情緒變化**：可能表現出**易怒**的情緒，而不是常見的悲傷或絕望感。
- **行為問題**：如學校表現下降、與同齡人衝突、尤其青少年增加反抗性行為。
- **身體症狀**：多報告身體症狀，如頭痛、腹痛，有時被誤認為是身體疾病。
- **社交變化**：出現社交退縮，不再對與朋友出遊感興趣，或避免學校活動。
- **自我評價**：自我評價低下，表達方式可能通過行為顯示出來，如自我孤立。
- **學習困難**：注意力集中困難，導致學習成績下降。

憂鬱症狀的鑑別診斷 (DIFFERENTIAL DIAGNOSIS)

- 在臨床醫學確診過程中，區分某種症狀的可能病因，透過排除其他可能的病因來確定診斷，如甲狀腺功能減退症

進行鑑別診斷兒童及青少年抑鬱症時，需要考慮其他相似心理健康問題包括：

- 持續性抑鬱症
- 混合焦慮抑鬱症
- 適應障礙
- 躁鬱症
- 睡眠障礙

持續性抑鬱症

(PERSISTENT DEPRESSIVE DISORDER, PDD)

曾被稱為慢性抑鬱症 或 心境障礙性憂鬱症 (Dysthymia)

DSM-5 診斷標準：

- A. 一天之中大部分的時間都覺得心情憂鬱，至少持續兩年；
在兒童和青少年，心情可以是憂鬱/易怒，至少持續一年；
在這期間，沒有症狀的時間不會超過兩個月。

- B. 同時出現至少兩項下列症狀：
 - 1. 食慾變差或吃太多
 - 2. 失眠或嗜睡
 - 3. 無精打采或疲勞
 - 4. 專注力差或難以做決定
 - 5. 無望感
 - 6. 自卑

持續性抑鬱症

(PERSISTENT DEPRESSIVE DISORDER, PDD)

DSM-5 診斷標準：

- C. 症狀引致患者困擾苦惱 及/或 功能（如學習、社交）受損
- D. 在診斷持續性憂鬱症前，沒有重症憂鬱的發作
- E. 不曾出現躁鬱症發作，從未達到循環型情緒障礙症的準則
- F. 病症無法以思覺失調類群和其他精神病症來做更好的解釋
- G. 症狀無法歸因為使用物質（如成癮物質或醫藥）後或身體生理病況（如甲狀腺機能減退）所致

持續性抑鬱症

(PERSISTENT DEPRESSIVE DISORDER, PDD)

嚴重度級別	輕度 Mild	中度 Moderate	嚴重 Severe
症狀數量	剛好滿足診斷標準所需的最低症狀數	介於輕度和重度之間	顯著多於診斷標準
症狀嚴重度	症狀可以控制	介於輕度和重度之間	症狀難以控制
功能障礙	輕微功能影響	介於輕度和重度之間	顯著功能障礙

- 這些分級有助於臨床醫生評估病情，並根據病情的嚴重性制定合適的治療計劃，還能對病情進行長期跟蹤和管理

雙重憂鬱症

(DOUBLE DEPRESSION)

- 約40% 持續性憂鬱症患者，同時有重度憂鬱症。
- 雙重憂鬱症的症狀復雜和持續，治療可能比單一形式的抑鬱症更具挑戰性，需要長期且持續的關注和管理。

混合焦慮抑鬱症

(MIXED ANXIETY DEPRESSIVE DISORDER; MADD)

國際疾病分類第11版 (ICD11) 診斷標準：

- 患者同時面對抑鬱和焦慮情緒的困擾
- 程度：雖然症狀明顯，但不足以符合焦慮症或憂鬱症的診斷標準
- 持續時間：症狀持續時間至少 2 週
- 功能受損：症狀足以對患者造成顯著的困擾或影響他們的日常生活

DSM-5 沒有「混合焦慮憂鬱症」，DSM-5 中相關的分類可考慮：

- “其他指定的焦慮症”：當焦慮症狀不符合任何特定焦慮症的診斷標準時，可使用此類別。
- “其他指定的憂鬱症”：當憂鬱症狀不符合任何特定憂鬱症的診斷標準時，可使用此類別。

適應障礙 (ADJUSTMENT DISORDER)

診斷標準：

症狀時間：經歷壓力事件後三個月內出現顯著情緒或行為症狀。

症狀性質：症狀為對於該壓力源的過度反應。

嚴重程度： 症狀不是正常的文化反應，
並嚴重到造成顯著的苦惱或生活中的功能障礙。

排除其他疾病： 症狀不歸因於其他心理疾病，如重性憂鬱症。

持續時間： 如壓力源消除，症狀通常不會持續超過六個月。
如果壓力源是持續存在的，症狀可能會持續更長時間。

適應障礙的亞型

基於主要表現症狀，DSM-5將適應障礙分為幾個亞型：

- 憂鬱情緒型 (With Depressed Mood)
- 焦慮型 (With Anxiety)
- 混合焦慮和憂鬱情緒型 (With Mixed Anxiety & Depressed Mood)
- 行為問題型 (With Disturbance of Conduct)
- 混合情緒與行為問題型 (With Mixed Disturbance of Emotions & Conduct)
- 未特定的 (Unspecified)：症狀不符合上述任何一種模式

兒童及青少年的躁狂抑鬱症 (BIPOLAR DISORDER)

躁狂抑鬱症 又稱為雙相情感障礙的主要特徵是情緒狀態的顯著波動，包括抑鬱期 和 躁狂發作 / 輕躁狂發作期：

抑鬱期：在這個階段，患者可能感到悲傷或絕望，對常規活動失去興趣，能量和動力下降，睡眠和食慾可能增加或減少，感到疲倦，集中注意力困難，有自殺想法或行為。

躁狂發作期 診斷標準：

- 核心症狀：包括過度的興奮感或易怒情緒。
- 其他症狀：至少三個（如果只有易怒情緒則至少四個）以下症狀：
 - ❑ 自信心過度膨脹、自我評價過高
 - ❑ 睡眠需求減少
 - ❑ 說話速度加快、說話多或言語壓迫感
 - ❑ 思維飛速或跳躍
 - ❑ 易分散注意力
 - ❑ 活動增加或行為衝動、過度從事風險行為（如揮霍、不安全性行為）
- 持續期間：一般持續至少一周，每天大部分時間都在表現。
- 社會功能受損或需要住院以防止對自己或他人造成傷害
- 排除其他病因如成癮物質或甲狀腺機能過高
- 輕躁狂發作的症狀較輕，持續時間至少為4天，雖引起顯著功能障礙，但不至需要住院。

“ A depression without depression ”

“ 沒有明顯悲傷的憂鬱 ”

- 隱性憂鬱、躁動性抑鬱和微笑憂鬱是描述特定行為而非醫學診斷，缺乏正式定義
- 雖在公眾心理健康討論中廣為人知，但在正規醫學分類系統中，如DSM-5, ICD- 11中並沒有明確定義和診斷標準
- 因為缺乏一個清晰和廣泛接受的定義，準確資料數據收集困難，科學研究難以系統地進行。
- 但多一點知識和理解，可以幫助我們知道怎麼支持患者。

隱性憂鬱 (MASKED DEPRESSION)

- 不是一個正式的診斷類別，醫學上沒有一個廣泛認可的標準定義
- 不會表現出典型的憂鬱情緒和認知症狀，如持續的悲傷、沮喪或無價值感
- 是一種描述性的術語，用來指稱那些主要表現為非情緒症狀（如身體病症或行為問題）的憂鬱症狀。

兒童及青少年隱性憂鬱的常見表現：

- 患者未表現出典型的情緒症狀，如持續的悲傷、無望或自我價值低落
- 身體症狀：腸胃不適、便秘或其他無明顯醫療原因的身體痠痛。
- 行為問題：可能包括攻擊行為、學習行為、對抗性行為或沮喪性發脾氣。
- 學業表現下降：成績明顯或對學習失去興趣，
- 社交互動改變：從喜歡的活動中退縮，或開始與不同的同儕團體求助。
- 飲食和睡眠模式改變：體重顯著變化、體重顯著增加、睡眠過度或失眠：
- 使用酒精或藥物可能是自我醫治憂鬱情緒的一種方式。

診斷困難：由於缺乏明顯的情緒症狀，可能被誤診為其他身體疾病或心理問題，如慢性疲勞綜合症

躁動性抑鬱 (AGITATED DEPRESSION)

- 躁動性抑鬱 在DSM-5中，**不**是一個獨立的診斷類別
- 患者不僅感受到憂鬱的症狀，也伴隨顯著的躁動或焦慮表現
- 躁動：患者表現出身體上的不安和焦慮，如手腳不停地動、坐立不安、無法靜坐。
- 焦慮：強烈的內在焦慮、緊張或恐慌感。
- 易怒：比平常更易怒或對小事感到興奮。
- 言語增加：可能說話比平常快或多。

微笑 / 隱藏抑鬱 (SMILING / HIDDEN DEPRESSION)

- 不是一種精神疾病的診斷類別，是一種憂鬱的非典型表現模式
- 患者有意識或潛意識地隱藏自己的負面情緒，在人面前看起來快樂正面，實際上感到悲傷、空虛、孤獨，使症狀難被發現。

將憂鬱情緒隱藏起來可能的原因：

- 一種防禦機制，逃避接觸內心痛苦，壓抑憂鬱情緒在潛意識裡
- 符合社會 / 學校 / 家庭 的期望，展示正向樂觀優秀形象
- 怕被標籤化、怕尋求協助的錯誤偏見
- 缺乏有效的情緒表達和處理技巧
- 不想給他人帶來負擔
- 希望朋輩接受

兒童及青少年抑鬱症：共病症（COMORBIDITY）

- 共病症指與原發疾病同時病發的一種或多種疾病
- 這些共病條件會影響原發疾病的診斷、治療方案和預後
- 有些共病症症狀影響孩子情緒，引起憂鬱。
- 抑鬱症與共病症有時會相互重疊
- 共病症可能會加劇憂鬱症狀
- 憂鬱症作為本身可以成為多種其他身心健康問題的前置因素

兒童及青少年抑鬱症：共病症

例如包括：

1. 焦慮症
2. 專注不足/過度活躍症 (ADHD)
3. 對立性反抗症和品行障礙 (Oppositional Defiant Disorder)
4. 特殊學習困難 (Specific Learning Difficulties)
5. 自閉症譜系障礙 (Autism Spectrum Disorder)
6. 進食失調 (Eating Disorder) 包括厭食症、暴食症
7. 物質或酒精使用障礙 (Substance Use Disorder)
8. 失眠症 (Insomnia Disorder)
9. 日夜節律睡眠障礙, 睡眠相位後延型
(Circadian Rhythm Sleep-Wake disorder, delayed sleep phase type)
10. 遊戲障礙 (Gaming Disorder)

兒童及青少年抑鬱症：共病症

電玩失調（ Gaming Disorder ）

世界衛生組織（WHO）於 2018 年發表的第 11 版國際疾病分類編碼（ICD）中，將「電玩失調」（ Gaming disorder ）納入危害精神健康的疾病之一。

ICD-11 診斷標準：

一種電子 / 電玩遊戲行為（ digital/video gaming ）模式，其特徵是：

1. 控制電玩行為的能力受損：

患者不能控制玩遊戲的次數、頻率、強度、持續時間或結束時間；

2. 越來越重視電玩行為，以至於遊戲優先於其他生活興趣和日常活動

3. 即使負面後果發生，患者仍持續或升級電玩。

4. 相關行為必須造成個人、家庭、社會、教育或職業的功能損害，且持續 12 個月才能確診。

兒童及青少年抑鬱症：共病症

網路遊戲障礙（Internet Gaming Disorder, IGD）

DSM-5 目前仍未確認電玩上癮是精神健康問題，在DSM5 “研究附錄”中包含一個潛在的新診斷 “Internet Gaming Disorder:”，鼓勵相關研究，以確認有關問題應否被正式列為疾病

DSM-5 研究診斷標準：

一年內出現五種或更多症狀，且對個體的功能造成顯著損害：

- 1 過度沉迷：花費大量時間在網路遊戲上
- 2 情緒依賴：當被剝奪或無法玩遊戲時出現戒斷症狀（悲傷、焦慮、煩躁）
- 3 耐受性：需要花更多時間玩遊戲來滿足衝動
- 4 無法控制：無法減少玩遊戲時間，嘗試戒掉遊戲但失敗
- 5 放棄其他活動：對以前喜歡的活動失去興趣
- 6 忽視後果：儘管出現問題仍繼續玩遊戲，仍持續過度遊戲。
- 7 欺騙：欺騙家人或其他人花在遊戲上的時間
- 8 逃避或紓壓：利用遊戲來緩解負面情緒，例如內疚或絕望
- 9 風險：因遊戲而危及或失去工作或人際關係

抑鬱症 成因

抑鬱症成因複雜，可分為：

- 前置因素
- 引發因素
- 持續因素

抑鬱症 - 前置因素

前置因素 指各種可增加個人發生憂鬱症風險的因素。

憂鬱症的前置因素涉及廣泛的生物學、心理學和社會環境因素。這些因素相互作用，提高一個人患憂鬱症的風險。

例如：

- 家族中有憂鬱症病史
- 與生俱來的脾性（氣質）
- 童年逆境經驗
- 兒童發展障礙或長期身體健康問題
- 睡眠問題
- 青少年時期自我身份認同的困惑

抑鬱症前置因素：家族中有憂鬱症病史

家族病史中有憂鬱症，增加青少年發展憂鬱症的風險，這主要是由以下幾個面向的交互作用和影響所致：

- 1 遺傳因素 基因傳遞
- 2 家庭功能 缺乏支持
- 3 環境因素 學習模仿
- 4 認知風格 負面思維

抑鬱症前置因素：家族中有憂鬱症病史

1. 遺傳因素 基因傳遞：

- 抑鬱症的遺傳相關性 (heritability) 約為 0.3 到 0.4 (30%到40%的風險可以歸因於遺傳因素)
- 關於情緒調節和神經傳導物質活動等的基因可能存在變異，可影響大腦的化學平衡，而增加憂鬱症的風險。

2. 家庭功能 缺乏支持：

- 憂鬱症家庭成員可能影響家庭的整體功能，包括溝通模式、情緒支持和家庭穩定性等。
- 負面家庭功能，缺乏情緒安全感，可導致兒童依附障礙，感受到更多壓力焦慮，增加青少年憂鬱情緒的風險。

抑鬱症前置因素：家族中有憂鬱症病史

3. 環境因素 學習模仿：

- 兒童青少年觀察到和習染並模仿憂鬱症的家庭成員的負面情緒表達、處理方式、應對壓力的策略，增加其發展憂鬱症風險。

4. 認知風格 負面思維：

- 家庭中的憂鬱症患者可能具有特定的認知風格，如悲觀主義、對負面事件的過度關注等，這些認知方式可以透過家庭互動被青少年學習。
- 使青少年在遇到困難時容易產生負面思維，而增加憂鬱情緒。

抑鬱症前置因素：童年逆境經驗

(ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES ACEs)

童年不良經驗包含：

- ❑ 受到身體虐待、情緒虐待或性虐待
 - ❑ 受到生理或情感忽略
 - ❑ 父母患精神疾病
 - ❑ 父母有物質依賴
 - ❑ 父母入獄
 - ❑ 父母分居或離婚
 - ❑ 家暴
- 童年逆境經驗影響大腦發育、免疫系統、激素系統，讀取轉錄DNA遺傳信息方式。
- 經歷越多童年逆境經驗，個體發展成憂鬱症的機率越大，也與憂鬱症的早期發病、病情的嚴重程度、治療反應不佳等有關。

抑鬱症前置因素：氣質 (TEMPERAMENT)

氣質是與生俱來的脾性，影響如何與周圍的世界互動，某些氣質特質被認為會增加個人發生憂鬱症的風險：

1. 高度神經質性 (Neuroticism)

- 對壓力的反應敏感和強烈，易感受到負面情緒。

2. 困難的氣質

- 表現出高度活動性、易情緒反應性和差規律性。

3. 低抗挫折力 (Low Resilience)

- 缺乏有效應對壓力和逆境的策略，感到無助。

4. 社交撤退 (Social Withdrawal)

- 傾向避免社交互動，較少社交支持，易長期的社交孤立。

5. 負面偏見 (Negative Bias)

- 傾向看到生活中負面方面，易加劇情緒困擾。

抑鬱症前置因素：兒童的發展障礙或長期身體健康問題

兒童的發展障礙，例如學習障礙、自閉症譜系障礙等，或長期身體健康問題，會增加他們在青少年期憂鬱症的風險，以下是可能因素：

1. 神經生物學因素：

某些發展障礙大腦結構和功能可能與典型發展人群有差異，長期生理壓力可能改變神經傳導物質的平衡，這些與情緒調節密切相關。

2. 遺傳因素：

某些發展障礙或長期身體健康問題，和憂鬱症之間可能有共同的遺傳因素。

抑鬱症前置因素：兒童的發展障礙或長期身體健康問題

3. 社交困難：

發展障礙導致社交困難，或由於疾病導致的頻繁缺席或住院，兒童可能錯過與同齡人的互動和社交活動，導致在同儕中感到被孤立或被排斥，產生孤獨感和自我價值感的低落。

4. 學業困難：

自我形象低和長期學業相關的壓力。

5. 情緒調節困難：

可能直接影響情緒知覺和調節能力。

6. 對未來的擔憂：

有些意識到自己的障礙可能影響未來教育和職業機會，隨年齡增長，對未來的擔憂也可能增加。

7. 長期壓力：

影響大腦情緒結構功能（前額葉和杏仁核）發展

抑鬱症前置因素：青少年時期自我身份認同的困惑

青少年時期，開始探索和建構自我身份認同和角色，包括了解自己是誰、自己想成為什麼樣的人、以及如何在社會中找到自己的位置，過程複雜，涉及個人、社交和文化多個層面的互動：

1. **同儕關係**：透過與同儕的互動，求得認同與支持。
2. **獨立性**：在情感、經濟、決策過程中尋求更多的獨立性和自主權。
3. **探索與實驗**：會嘗試不同的社交圈、興趣、服裝風格或行為模式。
4. **教育與職涯規劃**：選擇學習的科目、發展興趣潛能、尋求職業志向
5. **情感和性發展**：探索自己的性取向、性別認同和情感關係
6. **文化和社會價值**：建立自己的價值觀和信念。

當自我觀念與社會規範期望或家庭價值觀不符時，青少年可能會對自己的角色和身份認同感到困惑或不確定，可以導致情緒不穩定。

抑鬱症引發因素

指那些直接觸發或導致個體開始表現出憂鬱症症狀的具體事件或情況

- 重大生活事件：如親人過世
- 突發的身體健康問題
- 持續或突發的嚴重壓力事件

抑鬱症持續因素

指使症狀持續存在或惡化的因素，這些因素可能阻礙復原過程：

- ❑ 不理想的應對方法：物質濫用、逃避行為
- ❑ 重複的負面思考，偏向負面的思考模式
- ❑ 家長的管教方法問題，例如過份嚴厲、過份保護、反覆無常
- ❑ 缺乏社交支持
- ❑ 持續的壓力源，尤其這年齡群體面臨獨特的社會和心理壓力，如學業壓力、人際關係問題和身份認同的探索等。

為什麼青春期的心理狀態較脆弱容易受到壓力？

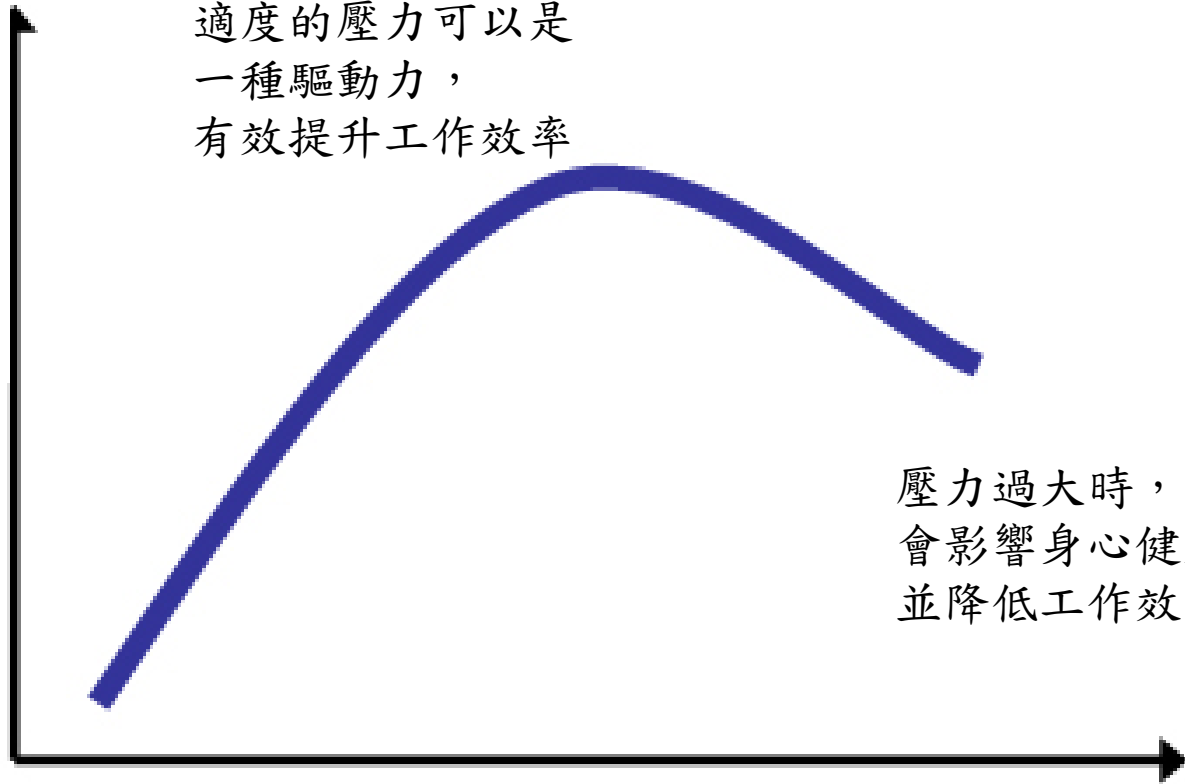
甚麼是壓力？

- 「壓力」是指一些負面感受和身心不適的經驗。
- 在生活遇上轉變、困難或挑戰時，當感到缺乏能力應付相時，便會產生身心的不適「壓力」反應。
- 適當的「壓力」可以是驅動力，促使改善工作效率和表現。
- 「壓力」 過大卻可誘發出一系列生理、心理和社交的問題。
- 要有效管理壓力，便要學懂如何善用「壓力」，同時又盡量避免其不良影響。

壓力影響工作效率

工作效率

適度的壓力可以是一種驅動力，有效提升工作效率



壓力

壓力荷爾蒙是甚麼？

- 當面對壓力時，腎上腺會分泌“皮質醇”，以調節身體對外來刺激帶來的反應。
- 在正常情況下，皮質醇可以促進血液循環及新陳代謝，增加身體能量以應付外來壓力。
- 隨著壓力消失，皮質醇的濃度就會回落至正常水平。
- 但長期壓力會使皮質醇過度分泌及處於高水平，失去平衡規律及引起一連串的健康問題，包括憂慮、**抑鬱**、腸胃不適及心血管等疾病。

青春期的大腦發展 - 突觸剪裁 (SYNAPTIC PRUNING)

青春期大腦發展有「減」有「增」：

- 突觸剪裁 涉及去除大腦不再需要的神經連接，特別是在前額葉皮質和頂葉灰質密度會減少。
- 大腦會保留重要或經常使用的信息和記憶
- 不常用的記憶和資訊則可能被刪除
- 大腦神經元修剪後，刪除不需要的神經連接，更專注於重要的連接，再持續的增加、增大，提高處理速度和效率，
- 且有空間容納新的知識，有助發展高階認知功能，如抽象思維、計劃和自我控制。

青春期的大腦發展- 神經可塑性 (NEUROPLASTICITY)

大腦神經可塑性：

- 是指大腦細胞（尤其是神經元）對經驗、學習或環境變化做出結構和功能的適應性改變的能力。
- 是大腦發展、學習、記憶形成、從傷害中恢復等過程基礎。
- 青春期的大腦發展- 神經可塑性特別高

可塑的性形式：

- **結構性可塑性**：涉及神經元的物理結構的改變，如神經元的生長、新突觸的形成或現有突觸的消失。
- **功能性可塑性**：神經元對相同輸入的反應強度的改變，如突觸強度的增強或減弱。

青春期中腦發展－ 認知發展和風險行為

- 在青春期中，大腦高神經可塑性和突觸剪裁共同作用，顯著的結構和功能變化，以適應生理和心理的快速變化。

迅速和複雜認知發展：

- 透過大腦突觸剪裁，消除兒童早期過度生成的突觸，青少年期中腦變得更有效率和專業化。
- 大腦結構和功能的快速變化，能夠迅速學習新訊息和適應環境挑戰；
- 發展複雜的認知技能：如抽象思考、自我意識、同理心和解決問題的能力。

風險行為：

- 冒險、探索和學習應對挑戰，同時潛在對風險行為的傾向

青春期大腦發展－情緒健康發展和風險

大腦情緒區域發展：

- 情緒由大腦中多個結構和區域相互作用而產生的複雜現象，特別是大腦的邊緣系統（limbic system）和前額葉皮質（prefrontal cortex）
- 青春期大腦的情緒和社交互動相關區域（如杏仁核和前額葉）也發生變化
- 隨著前額葉和其他大腦區域的發展，青少年的自我控制、決策和情緒調節能力得到提升。

青春期大腦發展－情緒健康發展和風險

壓力影響大腦情緒功能：

- 但同時青春期發展中大腦的更脆弱，對外在環境特別敏感，更容易經歷情緒波動和受到壓力影響
- 不良社交經驗（欺凌、排斥、忽視）對大腦情緒調節和社交能力發展，產生負面影響
- 長期持續或過度壓力，導致皮質醇水平過高，對邊緣系統和前額葉皮質產生毒性效應，影響其功能，導致過度緊張、情緒調節困難、負面記憶固化。
- 提供一個支持性強的環境對青少年的的大腦發展至關重要

青春期睡眠問題因素如何導致抑鬱症？

青春期的睡眠對大腦發展非常重要

- 充足的睡眠可能支持青春期大腦結構的正常發展。
- 青少年在「睡覺」的時候，大腦有充分時間執行「突觸剪裁」修剪神經元，大腦有充分的空間容納更多學習，和提高處理速度和效率。
- 睡眠期間，快速動眼（REM）睡眠階段，大腦會重新整理和加強白天學到的訊息，有助於知識的長期記憶。
- 情緒調節：睡眠對情緒穩定和調節有重要作用。

抑鬱症前置因素：睡眠問題

3. 大腦神經突觸剪裁

- 青春期大腦突觸剪裁功能，優化神經網路
- 透過消除兒童早期過度生成的突觸，大腦在青少年期變得更有效率和專業化。
- 睡眠在青少年突觸剪裁過程中扮演核心作用，在「睡覺」的時候，大腦有充分時間執行「突觸剪裁」修剪神經元，大腦有充分的空間容納更多學習，和提高處理速度和效率。
- 睡眠不足可能干擾正常的突觸剪裁過程，這可能導致神經網路的效率下降，影響認知功能和情緒穩定。這種干擾可能使得青少年更難以應付日常壓力，進而增加發展憂鬱症的風險。

4. 快速動眼（REM）睡眠階段

- 睡眠不足，快速動眼（REM）睡眠階段減少，大腦重新整理和加強白天學到的訊息的效率下降，影響知識的長期記憶。

5. 壓力激素：

- 長期睡眠不足增加壓力激素（如皮質醇）的水平，會影響情緒穩定性，增加憂鬱症的風險。

日夜節律睡眠障礙，睡眠相位後延型

(CIRCADIAN RHYTHM SLEEP-WAKE DISORDER DELAYED PHASE TYPE)

一種青少年中常見的睡眠障礙，**特徵**：

○ 晚睡晚起：

患者的睡眠和覺醒時間比平常的睡眠模式延遲兩小時或更長

○ 入睡困難：

晚上常規睡覺時間難以入睡，入睡時間延遲到深夜甚至凌晨

○ 睡眠品質正常：

一旦入睡，睡眠品質通常正常

○ 難以早起：

早上難以按時起床，總睡眠時間因需要早起而減少。

○ 日間疲勞：

由於入睡時間延遲，日間感到疲倦和嗜睡。

日夜節律睡眠障礙，睡眠相位後延型

(CIRCADIAN RHYTHM SLEEP-WAKE DISORDER DELAYED PHASE TYPE)

形成因素：

- ❑ 在青春期的時候，促進睡眠的褪黑激素分泌時間延遲，影響晝夜節律生理時鐘
- ❑ 睡前過度使用手機 / 電腦，藍光抑制褪黑激素分泌，延遲睡眠時間。
- ❑ 學校作業溫習、社交活動，導致晚上延遲入睡。
- ❑ 家庭遺傳因素

失眠症 (INSOMNIA DISORDER)

診斷標準 (DSM5)

- ❑ **主訴**：難以入睡、難以維持睡眠、早晨提前醒來無法再睡。
- ❑ **頻率**：問題至少每週發生三次。
- ❑ **持續時間**：問題已持續至少三個月。
- ❑ **睡眠困難**：儘管有足夠的機會睡眠，患者仍有睡眠困難。
- ❑ **日間功能受損** 或對日間活動的動力降低。
- ❑ 排除其他睡眠障礙、環境或心理社會因素、藥物或酒精影響。
- ❑ 即使有其他共病，失眠問題本身不僅僅是這些共病的症狀。

誘因：

- 焦慮、壓力、生活習慣、使用電子設備導致光害等。

青少年長期睡眠不足：憂鬱症風險因素

長期睡眠不足 增加青少年憂鬱症的風險：

- 長期遲到、上課睡覺，行為被誤解故意，被標籤為無紀律或懶惰；
- 白天疲倦精，錯過白天的社交機會，孤立感增加；
- 增加壓力激素（如皮質醇）的水平，影響情緒穩定性
- 影響發展中的前額葉（負責調節情緒、抑制控制）和杏仁核（處理情緒反應）的結構和連接功能：導致情緒管理能力下降，對負面刺激反應過度，增加情緒波動、易怒和憂鬱的風險；
- 大腦缺乏充分時間執行「突觸剪裁」修剪神經元、影響前額葉（負責高階認知功能）發展、快速動眼（REM）睡眠階段減少，大腦整理學到的訊息效率下降，影響知識的長期記憶，削弱學習能力，導致學業表現和學習動力下降，增加心理壓力和影響自我價值感。
- 可導致身體免疫功能下降、新陳代謝失調、心血管相關問題；

家長和導師如何幫助受情緒困擾的青少年？

抑鬱症保護因素

指那些減低患病風險及症狀嚴重性

- 良好家庭關係
- 健康生活模式
- 適當壓力處理
- 情緒識別，表達和管理技巧

家長和導師如何幫助受情緒困擾的青少年

1. 傾聽並展現同理心， 建立信任關係

點樣聆聽才更有效？

- 「不做什麼」也是一種選項，青少年心情低落時，可能唔想聽勸告
- 但陪伴和仔細聆聽，令孩子感到安全及受重視，可以降低自殺風險
- 可以說：「我不知道你發生什麼事，但我願聽你慢慢說。」
- 以簡單的語句例如：「明白」、「原來如此」回應，讓他感覺被理解、被聽懂
- 表達“同理心”，例如回應說：「明白到你很難過、好無助。」
- 多表達「支持」：例如回應：「你若想要說說時，可以找我喔！」
「我會陪你一起。」
- 避免打斷他說話、避免當下給建議與回答。
- 避免反問，不要埋怨批判命令說話。

家長和導師如何幫助受情緒困擾的青少年

1. 傾聽並展現同理心， 建立信任關係
2. 建立健康的生活習慣

健康生活方式

○ 充足睡眠，讓身體休息及自然復元

良好的睡眠衛生：

- 設定固定的睡眠和起床時間。
- 確保睡眠環境安靜、舒適、暗淡。
- 限制晚間使用電子產品。

生活方式的調整：

- 增加日間的身體活動，但避免在睡前過度活躍。
- 注意營養均衡，避免晚上攝入過多刺激性食物或飲料

健康生活方式

- 充足睡眠，讓身體休息及自然復元
- 定時進行帶氧運動有助減壓，產生愉快感覺。

- 運動釋放體內「內啡肽」，也稱為「安多酚」endorphins，可提升運動期間的耐力，也可以提升情緒，讓人感覺更快樂、積極和滿足，改善整體幸福感。
- 運動可減少身體的壓力荷爾蒙，如皮質醇，有助減輕壓力。
- 規律的運動可改善睡眠質量和睡眠模式。
- 定期運動可以提高自我效能感、自我形象和自信心，尤其在達到運動目標時，改善整體幸福感。

健康生活方式

- 充足睡眠，讓身體休息及自然復元
- 定時進行帶氧運動有助減壓，產生愉快感覺。
- 不適當的飲食會增添身體壓力，因此長期受壓的人士更需要保持均衡健康飲食
- 建立恆常的興趣及習慣
- 保持良好社交
- 將開心的人和事寫下或用相片記下，與朋友或親友分享

家長和導師如何幫助受情緒困擾的青少年

1. 傾聽並展現同理心， 建立信任關係
2. 建立健康的生活習慣
3. 培養良好心理質素

培養良好心理質素：

1. 增強自我認識

- 教育識別和表達情緒，提供情緒管理技巧，如深呼吸、靜觀等
- 鼓勵進行自我反思，幫助了解自己的優點和改進的地方。

2. 建立積極的人際關係

- 社交技巧培訓，以及如何在衝突中尋求妥協和解決方案
- 通過團體活動和項目，培養合作和團隊精神。

3. 增強抗壓能力

- 教育如何面對問題，評估選項，並制定行動計劃。
- 鼓勵從挑戰中學習機會，培養樂觀和積極的生活態度。

4. 鼓勵責任感和自律

- 幫助設定實際且有意義的個人目標，並計劃如何達成目標
- 教授時間管理的技巧，有效地安排學習和休閒時間

培養良好心理質素：

5. 培養應對失敗的能力

- 學習如何從失敗中進步成長，理解失敗是成功路上的一部分
- 避免過度保護，經歷挑戰和挫折

6. 增進自尊

- 給予青少年具體的正面反饋，幫他們認識自己的成就和優點
- 支持在安全的範圍內做出自己的決定，增強自信心和自主性

7. 創建支持網絡

- 鼓勵參與社區活動和服務：培養社會責任感，擴大社交網絡
- 尋找榜樣：提供機會與正面的成年榜樣和導師建立聯繫

8. 提供心理健康教育

- 消除對心理健康問題的污名，明白尋求幫助是正常且健康的
- 提供諮詢和心理支持資源，需要時可以尋求專業幫助。

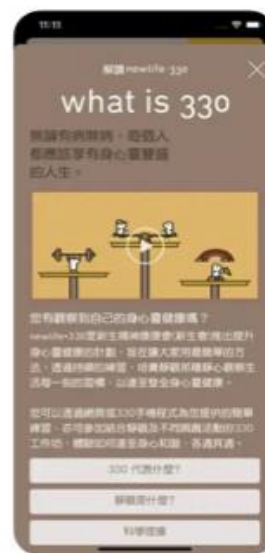
培養良好心理質素：

「NEWLIFE 330」的手機應用程式

靜觀訓練體驗



newlife.330 [4+]
New Life Psychiatric Rehabilitation Association
專為 iPhone 設計
#70 (健康與健身)
★★★★★ 3.8 • 85 則
免費



- 鼓勵大眾培養靜觀
- 靜心觀察生活的習慣
- 提升身心靈健康

培養良好心理質素：

賽馬會「樂天心澄」靜觀校園文化行動

JOCKEY CLUB "PEACE AND AWARENESS" MINDFUL CULTURE IN SCHOOLS INITIATIVE

靜觀訓練



樂天心澄 4+
「樂天心澄」手機應用程式期望大眾認識靜觀、體驗靜觀
hato
★★★★★ 4.8 • 25 個評分
免費

- 校園靜觀文化計劃
- 透過靜觀訓練，培養正面態度和方法處理情緒及應付壓力



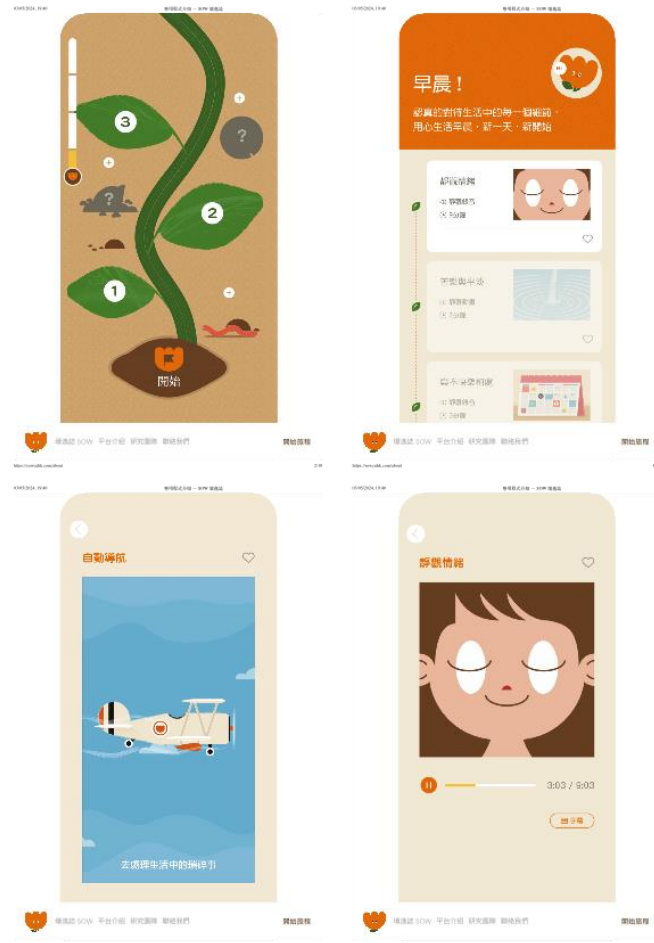
培養良好心理質素：

「壤逸誌 SOW」的手機應用程式

- 中大醫學院精神科系為青少年家長設計一個名為：

「壤逸誌 SOW」的手機應用程式

- 係一個四星期的手機課程，涵蓋了靜觀的概念和實踐
- 幫家長重新認識自己情緒，學習與子女相處的技巧。



家長和導師如何幫助受情緒困擾的青少年

1. 傾聽並展現同理心， 建立信任關係

2. 建立健康的生活習慣

3. 培養良好心理質素

2. 尋求專業幫助：

- ❖ 如果情緒困擾嚴重或持續，尋求專業協助
- ❖ 提供適當的評估和治療方案

評估診斷治療學生精神情緒問題

1. 評估訪談

- 進行病史訪談，評估症狀的性質、持續時間、影響的程度等
- 患者功能例如自理日、社交、學業
- 風險評估
- 了解個人成長及心理健康
- 家庭背景資料，社會環境關係

2. 鑑別診斷

- 排除因物質使用、身體問題或其他精神疾病導致類似症狀
- 確認診斷，及有或沒有其他共病症

3. 評估相關的因素（前置、引發、持續及保護因素）

- ## 4. 制定治療方案，追蹤進展，定期評估治療效果，必要時緊急干預及調整治療方案

兒童和青少年憂鬱症治療方案參考

英國國家健康與照顧卓越研究院指引 (Nice Guideline)

NICE National Institute for
Health and Care Excellence



Depression in children and young people: identification and management

NICE guideline
Published: 25 June 2019

www.nice.org.uk/guidance/ng134

兒童和青少年憂鬱症治療方案參考

美國兒童和青少年精神病學學會臨床實踐指南

(AACAP CLINICAL PRACTICE GUIDELINE)

AACAP OFFICIAL ACTION

Check for updates

Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders

Heather J. Walter, MD, MPH¹, A. Reese Abright, MD², Oscar G. Bukstein, MD, MPH³, John Diamond, MD⁴, Helene Keable, MD⁵, Jane Ripperger-Suhler, MD⁶, Carol Rockhill, MD, PhD, MPH⁷

Objective: To enhance the quality of care and clinical outcomes for children and adolescents with major depressive disorder (MDD) and persistent depressive disorder (PDD). The aims are as follows: (1) to summarize empirically based guidance about the psychosocial and psychopharmacologic treatment of MDD and PDD in children and adolescents; and (2) to summarize expert-based guidance about the assessment of these disorders as an integral part of treatment, and the implementation of empirically based treatments for these disorders in clinical practice.

Method: Statements about the treatment of MDD and PDD are based upon empirical evidence derived from a critical systematic review of the scientific literature conducted by the Research Triangle Institute International–University of North Carolina at Chapel Hill (RTI-UNC) Evidence-based Practice Center under contract with the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Evidence from meta-analyses published since the AHRQ/RTI-UNC review is also presented to support or refute the AHRQ findings. Guidance about the assessment and clinical implementation of treatments for MDD and PDD is informed by expert opinion and consensus as presented in previously published clinical practice guidelines, chapters in leading textbooks of child and adolescent psychiatry, the *DSM-5-TR*, and government-affiliated prescription drug information websites.

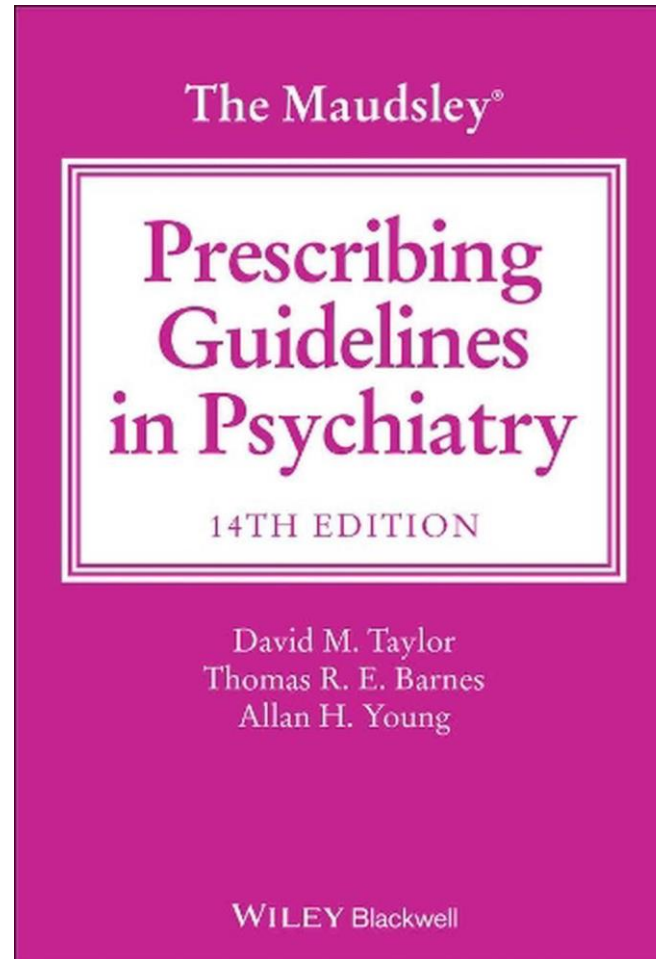
Results: Psychotherapy (specifically, cognitive–behavioral and interpersonal therapies) and selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) medication have some rigorous (randomized controlled trials, meta-analyses) empirical support as treatment options. Because effective treatment outcomes are predicated in part upon accuracy of the diagnosis, depth of the clinical formulation, and breadth of the treatment plan, comprehensive, evidence-based assessment may enhance evidence-based treatment outcomes.

Conclusion: Disproportionate to the magnitude of the problem, there are significant limitations in the quality and quantity of rigorous empirical support for the etiology, assessment, and treatment of depression in children and adolescents. In the context of a protracted severe shortage of child and adolescent–trained behavioral health specialists, the demonstration of convenient, efficient, cost-effective, and user-friendly delivery mechanisms for safe and effective treatment of MDD and PDD is a key research need. Other research priorities include the sequencing and comparative effectiveness of depression treatments, delineation of treatment mediators and moderators, effective approaches to treatment nonresponders and disorder relapse/recurrence, long-term effects and degree of suicide risk with SSRI use, and the discovery of novel pharmacologic or interventional treatments.

Key words: clinical practice guideline; depression, depressive disorders; child psychiatry; child and adolescent psychiatry assessment; treatment

兒童和青少年憂鬱症治療方案參考

THE MAUDSLEY PRESCRIBING GUIDELINES IN PSYCHIATRY



輕度兒童和青少年憂鬱症治療

- ❑ 第一線治療不建議抗憂鬱藥物；
- ❑ 建議支持性護理和心理介入，建立支持網絡，提高生活質量，改善心理社會功能，預防症狀惡化。

支持性護理和心理介入	
心理教育	教育患者和家庭成員關於憂鬱症基本知識，包括症狀、成因和管理方法 幫助理解憂鬱症是常見疾病，強調有憂鬱症狀不代表個人弱點或失敗
家庭支持	鼓勵開放和支持性的家庭溝通 教育家庭成員如何提供情感支持和理解，並如何有效應對憂鬱症狀。
行為活動	鼓勵參與體育和戶外活動，有助於提高心情和身體健康 協助他們設定可實現的目標，並逐步建立成功經驗
學校支持	與學校教師、社工和輔導員合作，確保他們了解學生的情況 學校提供必要的支持，如課業輔導或考試調整。
心理諮詢	心理諮詢服務，幫助發展應對策略，改變消極思維模式
社交技能	幫助青少年發展和增強社交技能，學習如何建立和維持積極的人際關係

- ❑ 定期評估和監測憂鬱症狀的變化，必要時調整治療計劃

中度至嚴重兒童和青少年憂鬱症治療

- 繼續支持性護理和心理介入
- 根據個體的需求，定制需要更為積極和綜合的治療方法，包括學習計劃的調整、心理治療、藥物治療。
- 鑑於抗抑鬱藥物在兒童和青少年中使用的復雜性，首選是心理治療（如認知行為治療或家庭治療或人際治療）或與藥物治療結合使用的治療選項，可更全面地處理憂鬱症的多方面問題。
- 如果患者無法進行會談治療、或心理治療無法安排、或患者或家人的選擇，也可考慮單獨使用抗憂鬱藥。
- 必要時緊急干預：如表現出自殘或自殺意圖，需立即進行緊急干預，確保他們的安全，以及提供密集的治療和監測。
- 定期評估治療效果和進行必要的調整。

兒童和青少年憂鬱症 - 藥物治療

The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 14th edition

兒童和青少年憂鬱症 - 藥物治療

第一線	氟西汀 fluoxetine (FDA核准可用於8歲以上憂鬱症患者)	血清素再攝取抑制劑 Specific Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)
第二線	舍曲林 sertraline 西酞普蘭 citalopram	
第三線	艾司西酞普 escitalopram (FDA核准可用於12歲以上憂鬱症患者)	
第四線# (需要更加謹慎)	加另一種藥物來增強 (augmentation) 抗憂鬱藥，包括： 第二代抗精神病藥(2 nd generation antipsychotic) 或 鋰 (lithium) 或	四環抗憂鬱藥 (Tetracyclic antidepressant) (TeCA)
	改用米氮平 (mirtazapine) (有促進睡眠和 增加食欲的特性)	
# 只基於成人科研證據，沒足夠的科研數據針對18歲以下人群的憂鬱症		

美國食品藥物管理局 (FDA)

「黑盒警示」 (BLACK-BOX WARNING)

WARNINGS: SUICIDALITY AND ANTIDEPRESSANT DRUGS

Antidepressants increased the risk compared to placebo of suicidal thinking and behavior (suicidality) in children, adolescents, and young adults in short-term studies of major depressive disorder (MDD) and other psychiatric disorders. Anyone considering the use of Lexapro or any other antidepressant in a child, adolescent, or young adult must balance this risk with the clinical need. Short-term studies did not show an increase in the risk of suicidality with antidepressants compared to placebo in adults beyond age 24; there was a reduction in risk with antidepressants compared to placebo in adults aged 65 and older. Depression and certain other psychiatric disorders are themselves associated with increases in the risk of suicide. Patients of all ages who are started on antidepressant therapy should be monitored appropriately and observed closely for clinical worsening, suicidality, or unusual changes in behavior. Families and caregivers should be advised of the need for close observation and communication with the prescriber. Lexapro is not approved for use in pediatric patients less than 12 years of age. [See Warnings and Precautions: Clinical Worsening and Suicide Risk (5.1), Patient Counseling Information: Information for Patients (17.1), and Use in Specific Populations: Pediatric Use (8.4)].

- ❑ 美國食品和藥物管理局FDA要求所有抗抑鬱藥物在美國市場上必須附帶有關增加自殺風險的警告。
- ❑ 指出在治療初期（通常是開始治療後的前幾周），24歲或以下青少年使用抗抑鬱藥物可能會增加自殺思維和行為的風險。
- ❑ 醫學數據和臨指引床支持某些「血清素再攝取抑制劑」SSRI 抗抑鬱藥用於中度及重度青少年抑鬱症，但這些藥物的使用應嚴格在精神健康專業人士的監督下進行，並密切注意任何副作用和監控患者的自殺風險。

抗抑鬱藥物增加24歲以下青少年自殺風險

原因尚未完全明確，研究和臨床觀察提出以下一些可能的理論解釋：

□ 行動力增加：

原本有自殺想法但缺乏行動力的憂鬱症狀患者，在抗抑鬱藥物治療初期，極度疲勞的憂鬱症狀減輕，身體能量水平增加，但自殺想法還沒有減少，這可能讓患者變得有行動力去執行自殺想法。

□ 大腦神經遞質變化：

青少年的大腦在發展階段，對神經遞質的調節敏感；在治療初期，抗抑鬱藥物調節大腦中的神經遞質，反而導致情緒不穩定，可能增加自殺行為的風險。

□ 壓力源的感知：

當抗抑鬱藥物發揮作用時，改善患者的認知和處理信息，但青少年獨特的社會和心理壓力繼續存在，如學業壓力、人際關係問題和身份認同的探索等，導致對壓力源的感知增強，從而在短時間內增加焦慮或痛苦感。

“只有透過了解，我們才懂得關心”