

挣扎在“休学-复学-再休学”的怪圈



每年秋季,全国数以万计的中小学都会进行心理健康普查。然而,发现“问题”之后,学校无力承接干预,医院一号难求,手持筛查报告的家长茫然无措——一个本该环环相扣的支持链条悄然断裂。更令人痛心的是,许多孩子在复学后陷入“症状消失功能却未恢复”的境地,在“休学-复学-再休学”的怪圈里反复挣扎。

如何打破阻碍“医院-机构-家庭-学校”四端协同的壁垒,将碎片化的救治拼凑成一张完整的“全病程管理”地图?



网络图

鸿沟难平:从“发现”到“干预”

2025年秋天,北京某初中的期初心理健康测评结束后,班主任把一张折叠的纸条悄悄递给了陈女士。纸条上写着“PHQ-9(患者健康问卷-9项)得分偏高,请家长带孩子到专业机构进一步评估”。陈女士拿着纸条站在走廊里,愣了很久。她不知道PHQ-9是什么,更不知道该去医院还是去咨询机构,那张纸条让她感到非常慌张。

根据《柳叶刀-精神病学》发布的流行病学研究,我国儿童青少年整体精神障碍流行率约为17.5%,其中焦虑

障碍占4.7%,重性抑郁障碍占2.0%,儿童多动症总体患病率达6.3%。近年来,随着教育部、国家卫生健康委相继发文,青少年心理健康筛查的覆盖面持续扩大。然而,从“发现疾病”到“有效干预”之间,仍然横亘着一道令人忧虑的鸿沟。

——学校端面临能力瓶颈。目前,大多数学校都是由一名老师负责全校学生的心理工作,既要做普查,又要做辅导,还要做危机处理。当一份筛查报告显示“高风险”时,老师能做

的往往只是通知家长。

——医疗端的压力同样不可忽视。儿童青少年精神科的资源长期紧缺,大城市三甲医院的儿少精神科常常一号难求。即便挂到了号,门诊的接诊时间通常不超过20分钟,能做的主要是诊断和用药决策,而大量需要系统心理治疗的孩子,在急性期之后便无处可去。

——家庭端存在认知断层。这是最容易被忽视的一环。许多家长对心理问题和思想问题的边界认知模

糊,不清楚孩子的状态是否需要就医,不知道心理咨询和精神科就诊有何不同,更不知道治疗完成后还需要康复。

于是,一个本应环环相扣的支持链条,在现实中断成了三截:学校发现问题后,把球踢给家长;家长迷茫,把球踢给医院;医院处置急性症状,再把球踢给家庭。一个孩子从被筛出高风险,到真正得到系统干预并走向康复,缺的不只是一个专业机构,而是一个完整的、相互衔接的支持体系。

复学的陷阱:症状缓解不等于社会功能恢复

武汉某心理医疗机构医生王晶在临床中观察到一个令她忧虑的趋势——越来越多的孩子出现“反复休学”的情况,形成一个令家庭痛苦的循环。一位拥有超过13年三甲医院精神科从业经验的心理治疗师说,很多孩子在住院或密集治疗期间恢复得不错,可一旦回到家中,往往撑不过两周就再度崩溃。

“他们回去后环境没有变——家庭互动模式没变,学业压力没变,社交恐惧没消。症状消失了,但他们的社会功能还没有恢复。”王晶说,“这是两回事,不是一回事。”

《中国抑郁障碍防治指南(2025版)》明确指出,抑郁障碍的治疗目标不只是“症状缓解”,而是“社会功能的全面恢复”;高复发率是抑郁障碍的重要特征,维持期治疗和长程随访不可或缺。

当前的治疗,恰恰在“症状缓解”节点就基本结束了。至于孩子是否真的已准备好回到同伴关系、课堂压力和家庭生活中,没有系统评估,也没有人跟进。复学这件事看似皆大欢喜的事,实际上是一道高风险关口。

理解这一困境,需要引入全病程管理理念。这意味着,心理障碍的干预不是一次就诊、一次住院、一段咨询

可以完成的事,而是一个横跨急性期、巩固期、康复期、维持期的连续过程,每个阶段有不同的需求,需要不同的专业支持。《中国抑郁障碍防治指南(2025版)》体现了全病程管理的核心思想,不仅将全病程管理作为核心原则,还强调了“全病程治疗”和“序贯心理治疗”的重要性。

以青少年抑郁症为例,粗略梳理各阶段的核心任务如下:急性期的核心任务是精准诊断与评估,决定是否用药及用药方案,这通常需要精神科医生主导;巩固期需要在稳定用药的同时,开展系统的心理治疗,使用认知

行为治疗(CBT)、辩证行为治疗(DBT)等有循证依据的手段;康复期的重点,是帮助孩子恢复社会功能,包括重建同伴关系、应对学业压力、推进复学过渡,这一阶段需要更综合的团队协作;维持期着眼于预防复发,需要对家庭系统进行调整,建立长期支持网络。

这套框架,在现行的医疗体系中,往往只有第一个阶段受到重视。其余三个阶段,因为不属于传统的医疗服务范畴,长期处于空白状态。这也解释了为什么许多家庭即便付出了极大的时间和金钱代价,仍然感觉“治不好”——其实只治了四分之一。

四端协同:探索“全病程管理”

上海市精神卫生中心儿少精神科原主任杜亚松指出,中国青少年心理问题的诊疗现状呈现出“医疗资源高度集中、康复支持严重不足”的结构失衡。他认为,推动“医院-机构-家庭-学校”四端协同,是下一阶段改善青少年心理健康服务质量的核心理念。

在传统模式下,家长通常是治疗过程的旁观者,顶多是孩子就诊的“陪同人”。但在家庭系统视角下,家长自身的焦虑状态、亲子互动的模式、家庭对孩子情绪的回应方式,都是影响康

复的关键变量。

为破解青少年心理干预难题,教育部、国家卫生健康委等多部门相继出台文件,要求加强学校心理健康监测、完善转介机制、推进医校合作。但在执行层面,仍有若干空白点亟待填补。

一是标准转介路径缺失。目前,当学校发现高危学生后,是否转介、转介给谁、由谁跟进,尚缺乏可操作的规范流程。家长的信息获取有极大的随机性,有必要在国家层面推动建立标

准转介协议,明确各环节的责任主体。

二是专业衔接岗位缺失。心理老师负责学校端,精神科医生负责医疗端,两端之间的连接者几乎不存在。部分发达国家设有“学校-临床衔接协调员”一类的岗位,专门负责跟踪高危学生的干预进程,帮助家庭对接医疗资源。

三是复学评估机制缺位。目前,孩子是否复学,主要依据家长和孩子的主观意愿,缺乏标准化的功能评估。系统的复学评估机制,不仅能降

低孩子二次崩溃的风险,还能保证学校在接收“特殊状态”学生时具备支持能力。

四是支付机制不健全。心理治疗和康复服务在我国目前的医保报销体系中覆盖有限,长程干预的经济负担大部分落在家庭肩上,导致许多家庭在症状初步缓解后就中断了治疗。探索将心理治疗纳入医保报销、推动商业保险在这一领域的产品创新,是降低干预中断率的重要措施。

(据《半月谈》)