

DOI:10.13718/j.cnki.xdsk.2025.05.021

教育与心理研究

引用格式:黄永宜,陈娟,赵秀娟.青少年心理问题“泛医疗化”风险的反思与范式重构——基于质性访谈的实证研究[J].西南大学学报(社会科学版),2025(5):212-222.

青少年心理问题“泛医疗化”风险的 反思与范式重构

——基于质性访谈的实证研究

黄永宜,陈娟,赵秀娟

(重庆师范大学学生心理健康教育与咨询中心,重庆 401331)

摘 要:近年来,青少年心理问题呈现“泛医疗化”倾向,大量发展性心理问题被异化为心理疾病。为进一步揭示和探讨其中可能存在的问题和盲区,采用质性研究方法对医院、学校、社会、家庭、学生五大群体开展半结构化访谈,探讨青少年心理问题界定、干预程序及其效果评价。结果发现:当前大众心理保健意识整体提升,心理问题去污名化显著改善,但同时存在着青少年心理问题“风险外包”的主体责任转移、心理健康量表跨文化效度的发展性误判等“泛医疗化”风险,家校医社协同心理育人存在结构性盲区等。基于访谈结果,研究深度剖析了“泛医疗化”风险的底层逻辑和关键成因,从文化自觉、教育主导、系统协同三个维度提出青少年心理问题回归“育人本位”范式的重构路径,强调教育干预优先原则、技术赋能的本土化测评工具开发,以及跨系统一体化资源的整合,为激活疗愈因子、破除青少年心理问题“泛医疗化”陷阱提供理论参照。

关键词:青少年;心理问题;医疗化干预;心理育人;教育优先原则

中图分类号:B844.2 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-9841(2025)05-0212-11

一、引 言

一直以来,青少年心理健康问题都是全社会的关注焦点。近年来,10~19岁青少年心理健康问题日益严峻,呈现出低龄化、隐蔽化等倾向,抑郁症、焦虑症等向小学生蔓延^[1]。与此同时,应对青少年心理问题的干预体系正呈现出“泛医疗化”倾向,即将本应由非医疗手段(如教育、家庭、社区支持等)处理的心理问题或发展性挑战,优先以医疗手段(如药物治疗、物理治疗等)进行干预的现象^[2]。其具体体现为:将社会性越轨行为的根源定义为个体自身,推定导致行为越轨的原因为病理的、体质的、器官的、心因性的,从而将越轨行为视为具有潜在的病理基础,强调通过医疗手段进行治疗^[3]。这种倾向在政策层面表现为:超过20个省份相继出台文件要求二级以上公立精神专科医院开设心理门诊,国家卫生健康委员会将2025—2027年定为“儿科和精神卫生服务年”,着力强化心理健康和精神

作者简介:黄永宜,重庆师范大学学生心理健康教育与咨询中心,教授。

基金项目:重庆市教委人文社会科学研究项目“新时代高校心理育人新生态系统重构机制研究”(23SKSZ017),项目负责人:陈娟;重庆市教育科学“十四五”规划课题“中小学心理危机预警体系建构与精准干预防控研究”(K24YG2050070),项目负责人:陈娟;重庆市研究生教育教学改革研究项目“人工智能时代研究生‘3334’心理健康监测模式研究”(yjg250099),项目负责人:赵秀娟。

卫生医疗干预。同时,资本市场的推波助澜更使青少年心理医疗行业进入发展快车道。统计显示,2020—2023年我国精神心理健康领域已完成84起融资^[4]。与此同时,教育投入却相对不足。公告数据显示,2023年全国普通小学、普通初中的生均一般公共预算教育经费比上年分别增长了2.08%、0.58%,但诸多省市2023年普通小学、普通初中的生均一般公共预算教育经费比上年有所下降,如辽宁省的这两项经费分别下降了3.38%、1.97%,北京市分别下降了4.62%、3.29%,天津市分别下降了1.58%、6.17%^[5]。“泛医疗化”倾向在现实层面表现为:我国未成年人精神专科和综合医院心理科门诊人数正逐年递增,呈显著上升趋势。以上海市精神卫生中心统计数据为例,该院儿童精神科门诊量2006年为2.6万余人,2020年增加至5万余人^[6];2025年出现中小学“厌学潮”,北京大学第六医院儿童精神科门诊日均接待300人,全年人满为患^[7];北京儿童医院“拒绝上学门诊”一号难求,门诊开设10个月,接诊近一万人次^[8];四川省精神医学中心2022年儿童青少年情绪障碍、厌学门诊的就诊人数较2021年增加了24%,存在自伤、自杀未遂等行为的未成年人住院人数比2021年增加了36%^[9];等等。

实际上,青少年心理健康问题干预体系存在“生物—心理—社会”三元模式^[10]。其中生物医学模式以神经递质理论(如5-HT系统假说)为基础,主张通过药物治疗、物理干预等手段改善心理行为症状,主要适用于存在生物学因素主导、高自杀风险或社会功能崩溃的情况^[11];心理模式依托发展心理学理论、心理咨询与治疗理论等,通过认知行为疗法、系统家庭治疗、精神分析等技术手段提供行为矫正和干预,其有效性已被证实^[12],主要适用于由现实压力引发、功能轻度受损、无泛化或泛化较轻的情况;社会模式则强调生态系统理论,主张通过家校共育、朋辈支持、社区资源整合等途径优化社会支持网络,改善青少年社会功能^[13]。当前学界普遍认为,三管齐下协同作用的“整合模式”^[14],能实现青少年心理症状改善(生物层面)、认知重构(心理层面)和社会功能恢复(社会层面)的三维目标,反之任何单一模式都难以独立起效。简而言之,当心理问题威胁到生命安全或社会功能崩溃时,医疗干预须优先,而对于发展性、适应性的心理问题,教育是不可替代的核心主阵地^[15],在转介医疗资源(生物医学模式)、提供心理辅导(心理模式)、构建支持性环境(社会模式)等方面,教育均具有至关重要的枢纽作用^[16-18]。但现实困境是,以医疗干预为主的生物医学模式日趋凸显,学校教育的主导地位结构性失衡,呈现出“泛医疗化”倾向。

值得注意的是,本研究所指“泛医疗化”并非简单否定医疗干预的积极作用,而是强调当心理健康问题干预体系被这种倾向裹挟时,其中非病理性的心理问题可能被整体打包纳入医疗框架而产生异化风险。这里的心理问题是心理健康问题全谱系的一个子集,主要指排除精神疾病、自杀风险和强烈应激之外的低风险或亚临床范畴。事实上,医院的心理门诊也提供非药物干预的心理咨询和辅导服务,其工作模式与学校及社会心理咨询服务存在一定的重叠交叉。哪些心理问题更适合教育优先?是不是所有的早期干预都应优先考虑医疗干预?这种边界的模糊性恰为“泛医疗化”讨论的核心——“医疗”与“教育”的深层博弈。当青少年心理健康问题的干预过度依赖医疗体系时,是否会造成干预重心的路径偏移与服务对象的角色错位?同时,我们需要谨慎思考:就诊人数的激增是否必然意味着心理问题本身的恶化?社会大众对心理健康重视程度的提升是否促进了求助意愿及潜在需求的显性化,并引发了“生物医学模式”的异化?当前的教育、家庭、社会等系统是否有足够的能力充分响应这种需求的显性化?学校作为“家校社”的主导是否充分发挥了其应有的功能?医疗的过度介入是否掩盖了教育、家庭等非医疗因素在青少年心理健康问题中的积极作用,从而形成一种“越干预越失控”的结构性悖论?

为回答以上疑问,本研究聚焦当前青少年心理问题的干预实际,通过对具有代表性的个体进行深入访谈,基于整合模式系统审视并追问:是否已经跌入青少年心理问题“泛医疗化”的陷阱?当前青少年心理问题的应对是否存在系统性偏移、结构性盲区或误区?科学有效的干预应当何去何从?

二、研究方法

(一)访谈取样

采用解释性质性研究范式,根据青少年心理健康相关问题所涉及的范围锁定医院、学校、社会、家庭、学生五大人群,基于质性研究理论饱和度的个案数量标准,选取医院($n=2$)、学校($n=5$)、社会($n=2$)、家庭($n=3$)、学生($n=3$)中具有代表性的典型样本共 15 人,进行半结构化访谈。所有被试均签署知情同意书,未成年被试均已征得其监护人的同意。被试构成详见表 1。

表 1 访谈被试基本信息

序号	编码	性别	年龄/岁	类别	说明	访谈方式	访谈时间/分
1	A1	男	43	医院	精神科副主任医师	电话	25
2	A2	女	39	医院	心理科主治医师	网络	31
3	B1	男	44	学校	中学德育主任	面对面	26
4	B2	男	35	学校	中学专职心理教师	面对面	46
5	B3	女	29	学校	中学专职心理教师	面对面	42
6	B4	女	30	学校	小学专职心理教师	电话	25
7	B5	女	28	学校	小学班主任	面对面	24
8	C1	女	51	社会	社区基层公务员	面对面	15
9	C2	女	29	社会	街道社工职员	面对面	10
10	D1	女	47	家庭	初二女生母亲	电话	43
11	D2	男	45	家庭	初三男生父亲	电话	23
12	D3	女	43	家庭	高一女生母亲	面对面	49
13	E1	男	17	学生	高二	电话	37
14	E2	女	14	学生	初一	电话	35
15	E3	女	12	学生	小学五年级	面对面	50

(二)研究工具

采用自编访谈提纲。根据相关文献并结合实际,编制形成半结构式预访谈提纲。通过对 5 名一线中小学教师(不列入正式被试)的预访谈,确定了正式访谈提纲,共 7 题,主要包含如下 4 个方面:

- 1. 被试基本信息。主要考察被试的代表性。
- 2. 对青少年心理问题的理解。主要考察被试对心理问题的界定,如:“你认为青少年有何表现时可判定其存在心理问题?”
- 3. 对青少年心理问题干预程序的认知。主要考察被试针对此情况的应对优先级排序,如:“当青少年出现心理困扰或问题时,你首先想到的是何种应对措施?”
- 4. 对当前青少年心理问题干预效果的反思。主要考察被试对青少年心理问题应对方式的审视,如:“你认为应对青少年心理问题最有效的方法是什么?”

(三)研究程序

1. 访谈

由熟练掌握质性研究方法的研究人员开展访谈。访谈前先自我介绍、解释访谈目的、强调匿名性与保密性,获得被试知情同意后对访谈过程同时进行纸笔记录和录音,结束后表达感谢。

2. 转录

梳理所有记录,将纸笔记录、录音资料均逐字转录成电子文本。对所有文本信息进行抽查校对,保证转录内容准确还原。转录后最终原始文本资料共 86 581 字($M=5\ 772.07,SD=2\ 213.21$),访谈时间为平均每人 32.07 分钟($SD=12.57$)。

3. 分析

以阿亨巴赫(Thomas M. Achenbach)心理行为问题双分类法理论^[19]为材料分析的理论框架,运

用 Colaizzi 现象学分析法和类属情境分析法对材料进行质性分析,采用质性分析软件 Nvivo 15 作为编码和分析的工具。

三、研究结果

通过对五大人群的多系统访谈探究当前青少年心理问题的应对现状,结果呈现出“整体改善—衍生风险—暴露盲区”的多维关联特征。青少年心理问题“去污名化”成效显著,但“泛医疗化”风险也愈发凸显,这背后暴露出协同心理育人存在盲区,青少年的真实心理需求难以得到有效响应。

(一)好转:青少年心理问题“去污名化”显著改善

各系统对心理问题医疗干预的接受度与信任度整体向好。不同于以往对心理问题的否认和逃避,本次调研发现所有受访者均认可“健康第一”的理念,并表示如果存在心理问题需要去医院就诊时,不会讳疾忌医。如“有病治病,生病吃药,是很自然的事情”(C1);“以前还要给患者及家属进行大量的科普教育,他们才能配合治疗,现在大家似乎接受起来容易多了”(A2);“我没什么病耻感方面的负担,我的许多同学都有心理问题,大家都在吃药,我感觉没什么可忌讳的”(E1)。

其中,86.67%的受访者愿意为心理问题的医疗干预付费,如“为了孩子好,我很愿意花钱,医生开什么药我付款就行了”(D3)。66.67%的受访者表示相信医疗干预能治愈心理疾病,如“就像你得了中耳炎需要用青霉素一样,得了心理疾病也有药可治,乖乖吃药就好”(B1)。

(二)风险:青少年心理问题“泛医疗化”日益突出

研究显示,大众对医疗干预的接受度和信任度的提升,正衍生出对医疗诊断的过度依赖。面对青少年心理问题,各系统多优先考虑医疗干预,其副作用亦备受关注。访谈发现,73.33%的受访者表示,针对青少年心理问题会首先或主要考虑医疗干预。其中,来自医院和家庭系统的受访者均表示,优先采取医疗干预具有科学性。如“心理问题都应当首先排除重症精神症,进行严谨的鉴别性诊断,以避免可能出现的风险”(A1);“我们又不懂,万一耽搁了孩子的病情呢?先送去医院最保险”(D3)。80%来自学校系统的受访者认为,建议学生就医是应对青少年心理问题的首要策略。如“心理问题有专门的心理医生负责,我们做好转介工作就好”(B3);“学校要求必须提供医院诊断才能辅助心理辅导,我们只能建议家长尽快就医”(B2);“平均每周处理5例学生心理情绪问题,其中4例会转介给医院”(B1)。50%来自社会系统的受访者表示,医疗干预是应对青少年心理问题的主要手段。如“其他方法都是辅助手段,还是得主要依靠医院,毕竟心理问题本身就是一个医学问题”(C2)。33.33%的受访学生表示,服从以医疗干预为主的安排。如“医生让我吃药我肯定得吃呀!虽然我不想吃,也感觉其实没什么效果,但大家都在鼓励我坚持”(E2)。

同时,所有受访学生均提到了医疗干预的副作用。如“我觉得吃了药之后脑子都不转了,但爸妈觉得我安静了就是好转了”(E3);“医生不断给我加药,但其实我的绝望程度越来越重,经常会想死”(E1);“我做了几次经颅重复磁刺激治疗后也没啥好转,反而觉得记忆力下降了,情绪更低落,后期医生可能会给我上电休克治疗”(E2)。60%来自学校、社会和家庭系统的被试也谈到了医疗干预副作用的议题。如“那个不想上学的六年级孩子被送去医院,按照抑郁症治疗后闹了自杀,再回到学校时整个人都变了……就像没有灵魂的行尸走肉一样”(B4);“是药三分毒,有点儿副作用很正常,不吃药心理问题只会更严重”(C1);“孩子也哀求过我,说害怕医院、不想吃药,头痛、胃痛,越来越糟。可是我们还能有什么办法呢?听医生的话全力配合治疗是我们唯一的选择”(D1)。

(三)盲区:协同育人疗愈因子被遮蔽

青少年心理问题“泛医疗化”的背后存在着协同心理育人的盲区,相对于各方一致认可的疗愈价值,家校医社却均感到自身在其中的作用有限或能力不足。来自家庭系统的受访家长均表示自己已经采取了所有具有助益性的措施,如“学校让我们送医院我们就去了,医生让我们吃药我们也做了,孩子不见好转我们也不知道还能做什么了”(D2)。80%来自学校系统的被试表示学校只能做目前这些

处理,如“我们也很无奈,论专业我们不是医生,论陪伴我们不及家长,学校的专职心理教师只有我一人,我能做的实在很有限啊”(B2)。来自医院系统的被试均表示医生只能做好面向患者的诊疗,如“对于儿童青少年这种未成年人的心理治疗我们都很谨慎,治疗方案肯定需要家长执行、落实,但许多家长没这个认知并且不配合……学校也是其中的重要一环,但学校很多时候都是把心理治疗转介给我们医院”(A2)。来自社会系统的所有被试均表示不清楚自己可以提供哪些支持,如“我们确实不太清楚需要我们做些什么,有时我们会举办一些心理保健科普讲座,但来听的人比较少”(C2)。

关于家校医社协同的疗愈因子,其一,所有受访者均赞同家庭是疗愈的关键。如“原生家庭是一个人的心理底色,好多孩子出问题本身就是受家庭的影响,解铃还须系铃人,家庭改善一下氛围才是治标治本的核心”(A1)。但同时,家庭的情感供给存在欠缺,66.67%的受访家长存在“诊断依赖”现象。如“只有医院诊断后我们才敢与孩子谈心理问题,这样心里也有个底”(D2)。其二,所有受访者均赞同学校具有重要作用。如“我觉得老师的鼓励和同学的理解能让我开心许多”(E1);“当数学老师说我不‘是坏孩子,只是迷路了’时,我哭了一整晚”(E2)。但同时,学校系统主体性严重缺位,80%来自学校系统的受访者存在“风险外包”现象。如“存在心理危机的学生必须提供医院诊断康复证明方可复学,不然出了问题谁负责”(B1);“一旦学生有医院诊断证明,我们就不用担心他在学校出现突发状况被追责了”(B5)。其三,所有受访学生均表示自己的支持需求尚未得到响应。如“我唯一一次好转是表哥拉我喝了顿酒,和我促膝长谈,我那时候真觉得自己应该要改变了,好希望爸爸也能和我好好谈谈,但他只是又把我送去了医院”(E1);“我只想爸爸妈妈多陪陪我,离婚了一起吃顿饭也不行吗?别互相说坏话不行吗?家里没人听我说话,我一发脾气就送我去看病”(E3);“我很想王老师每天都能和我散散步、谈谈心,但我知道她太忙了,顾不上我”(E2)。

四、研究讨论

基于上述发现,进一步深入剖析“泛医疗化”风险的底层逻辑,厘清家校医社系统的“合谋”、全球化进程的影响等关键成因。同时,从文化自觉、教育主导、系统协同三个维度,针对性地提出协同育人范式的重构路径,为破解“泛医疗化”困境、激活疗愈因子、满足青少年心理成长需求提供解决思路。

(一)“泛医疗化”陷阱的生成机制

1.“泛医疗化”下的教育退场:家校的诊断依赖与医院的诊断防御

(1)家庭和学校缺乏底气折射出教育信心的结构性塌陷

本研究显示,学校、家长倾向于将青少年的心理问题直接转介给医疗机构。这类由青春期、学业压力、原生家庭、生活环境突变等四类原因引起的情绪波动,本该由一系列教育方法和措施提供引导和支持,却通过简单的“病理化”认定(如诊断)而使用更易“对症下药”的捷径,并通过“合谋”进一步强化了这种认定的路径倾向^[2]。医院诊断书成了学校的“免责金牌”,家长通过“就医仪式”完成了道德救赎,学生也通过就医实现了“我病了所以才这样”的心理解脱。不少学校将学生的各种问题进行心理方面的“有罪假定”^[20],将医院诊断作为心理问题和心理危机处置的前置条件,家长也认为学校不如医院“专业”,主张应当首先把孩子送去进行诊断。但实际上,进化精神病学研究显示许多心理问题的诊断只是基于现象学而非病因学。例如,抑郁并非疾病本身,而是情绪低落等一系列现象的症状。正如发烧、咳嗽是症状,而不是疾病本身一样,这种“生理—精神病学”对抑郁症的认识可能犯了“把症状当疾病”的错误^[21]。

家校系统的责任让渡,隐秘地实现了家校无能的防御,从侧面加剧了青少年心理问题的低龄化。《2024年儿童青少年抑郁治疗与康复痛点调研报告》显示,首次被诊断为情绪障碍的青少年平均年龄仅为13.41岁^[22]。家庭和学校通过医疗诊断干预实现了制度性脱责。当青少年拿到医院的心理问题诊断书后,其心理危机风险被成功“外包”给医院,青少年在发展过程中的学业失败、人际困难、迷茫困惑等教育引领和支持责任也随之被成功地一并打包转移至医疗系统。

(2) 绩效社会的效率暴力催生了教育场域的集体化退行

在“时间就是资本”的现代性逻辑下,教育干预的“慢艺术”与医疗干预的“快模式”形成结构性冲突。有研究显示,对于青少年情绪性问题,医疗干预特别是药物干预 8 周就能显著见效^[23],而教育干预往往需要更长时间^[24]。同时,对心理危机恐惧的防御和对医疗干预效率更高的期待,一起倒逼学校、教师选择“最快”而非“最优”路径处理和应对青少年心理问题。

此外,在“可量化绩效”背景下,医疗指标(如 PHQ-9 量表分数下降)比教育成果(如情绪调节能力提升)更易测量、汇报^[25],导致教育行政系统更偏好医疗化的解决方案。目前,学生心理普查仍然只包含了焦虑、抑郁等消极指标的测量^[26],积极心理品质的测量和培育等内容仍未纳入其中,“学生心理档案”实则被窄化为了“学生心理问题档案”。同时,学校年度考核中“心理危机医疗处置”(如转介与确诊)一直是显性指标,而“发展性支持案例数”却尚未纳入考核指标体系。

(3) 情感支持乏力的真空显示出心理养育力的代际赤字

首先,元宇宙与乌卡时代(VUCA)叠加的新背景造就了数字鸿沟^[27]。当代青少年作为数字原住民,其心理呈现双重提升^[28]:一是对自身情绪感受的敏锐性提升,如能够更敏锐地觉察自己的负面情绪;二是情感需求互动的期待度提升,如对及时、准确、共情式的回应诉求更加强烈。而作为数字移民的养育者群体(家长、教师),普遍存在适应滞后和能力断层现象,具体体现为:一是认知框架冲突,如数字原住民的多线程思维(如“既要学习也要好好玩”)与数字移民群体的单线性认知模式(如“好好学习就不要玩”)存在系统性兼容困难;二是权威身份红利解构,学生不再因为家长或教师的权威身份而简单服从;三是情感回应能力不足,如在使用非暴力沟通方式方面,许多家长和部分教师存在困难,共情、尊重等沟通技能亟待提升。

其次,社会转型对养育力代际传递形成了复合冲击。独生子女政策导致当代中国年轻父母普遍缺乏多子女养育经验。有研究显示,在面临多子女家庭、子代发展性问题时,许多家长选择依赖“科学诊断”而非传统智慧,祖辈育儿经验被污名化,当老人建议青少年心理问题应“慢慢引导”时,年轻父母普遍认为“不科学,会耽误治疗”。如盲目采用西方行为主义“哭声免疫”育儿法,导致许多婴幼儿经受早期依恋创伤^[29]。

最后,“万元美金社会”的来临推动个体需求从生存模式转向发展模式,青少年更加注重情感回应及其质量。同时,进入“百岁人生”时代,人的寿命延长进一步叠加放大了当前的情感体验^[30]。即如果当前的生活是痛苦的,那么这种痛苦也可能会延长和放大,这使青少年更加难以承受当前的痛苦。这些此前从未遇到过的问题进一步加剧了心理养育力的空前挑战。

2. 全球化背景下的文化折叠:西方认知暴力与发展性误判代价链

(1) 心理健康测评量表的跨文化失灵

当前,我国医院、学校等机构使用的常见心理测量工具(如 SCL-90、SDS、SAS 等)主要来自西方文化语境,存在明显的文化效度缺失问题^[31]。相关研究显示,抑郁量表(CES-D)、贝克抑郁量表(BDI-II-C)等在筛查我国青少年抑郁障碍时均呈现出较高的假阳性率^[32]。以美国《精神障碍诊断与统计手册》第 5 版(DSM-5)中的违抗性障碍(Oppositional Defiant Disorder, ODD)为例,其诊断标准“争辩的/对抗的行为”中包含“经常与权威人士辩论”“经常主动地对抗或拒绝遵守权威人士或规则的要求”等条目^[33],可能将中国孝道文化中代际协商的正常发展性冲突病理化。

此类文化折叠现象致使青少年发展性问题被过早医疗化处理。这些问题本应在个体发展进程中予以解决,然而个体的成长轨迹却可能因医疗干预而发生不可逆的偏移,甚至错失发展的关键机会。相关研究显示,过早将青少年学业适应不良等问题进行病理化归因,从而采取医疗化处理,可能导致药物滥用、健康受损、教育不公平加剧等不良后果^[34]。也就是说,失灵的工具体测出了有偏的结论,基于有偏的结论采取了错误的干预,而错误的干预进一步引发了不良的后果。即跨文化测评工具的失灵通过“诊断—干预”链条引发了二次创伤。

(2) 聚焦病理特征的发展性系统误判

当前的青少年心理测评体系存在单向度病理化倾向。一些心理健康测评系统的筛查框架仅涵盖焦虑、抑郁等消极指标,缺乏对心理弹性、文化适应力等发展性维度的评估。这种危机干预导向的评估范式,可能将大量亚临床状态个体错误归类^[32]。例如,住读新生的短期适应困难(包括思乡情绪、作息调整等)可能被识别为潜在心理问题,导致假阳性误判^[35]。

本研究显示,医疗干预具有一定的副作用,这与青少年心理问题的药物治疗可能存在临床失效的相关研究结果一致^[36]。例如,青少年在服用抗抑郁药物时,初期可能面临自杀念头或行为发生风险上升的情况^[37],后期则可能引发情感钝化^[38]。为此,美国食品药品监督管理局(USFDA)发布了严格的“黑框警告”,强调对儿童青少年使用SSRIs类药物(如氟西汀)时须持谨慎态度。此外,量表筛查结合面询访谈的调查显示,我国儿童青少年(6~16岁)重度抑郁障碍的患病率仅为约2%,其中青少年群体(15~16岁)的抑郁症患病率为6%~7%^[39]。而仅采用量表筛查的数据则显示,我国青少年抑郁风险检出率高达14.80%^[40],但他们属于抑郁风险人群,并非抑郁症患者。对于这类人群,医疗干预是否为最优首选?有研究表示,在无充分证据支持抑郁症诊断的情况下,过早使用药物治疗可能会掩盖青少年成长过程中的自然适应过程,甚至可能对其心理发展产生不利的负面影响^[41]。

此外,积极心理学指标的系统性缺失也加剧了评估偏差。现有工具未纳入创造力、好奇心、感恩等积极心理品质的成长性指标^[42],致使教育干预停留于“问题修补”,而非“潜能激发”的救火层面,难以精准识别学生的潜在优势与成长点,对学生积极心理品质的培养也难以提供针对性的教育对策和指导建议。这种评估范式的文化盲视,实质上消解了因材施教传统智慧在现代心理健康服务体系中的实践空间^[43],也削弱了教育在培养学生健全人格方面的正向引导作用。

(二) 协同育人范式的重构路径

1. 文化自觉:本土化模式,从工具到程序

(1) 技术赋能的工具革新

基于人工智能、多模态生物信号识别等技术融合,通过深度整合虚拟仿真、人机交互、脑机接口等前沿技术,构建智能化青少年心理健康动态测评体系,在提升评估信效度的同时规避西方量表的跨文化偏差风险。建议引入数智化全景画像为学生提供全视角、动态化的发展过程轨迹描述,以积极心理学PERMA模型和《中国学生发展核心素养》为框架,开发整合病理指标与发展性指标的本土化量表,如在焦虑、抑郁等广谱症状筛查中嵌入心理资本模块,突出心理潜能的激发和积极心理品质的持续培养。通过构建“发展—文化—情境”三维评估模型,将AI个性化评估与中医“七情致病”“致中和”等身心一体的理论以及传统身心调节技术(如八段锦)相结合,实现评估工具的文化适应性创新。

(2) 符合伦理的程序正义

探索建立青少年心理问题应对的伦理标准,在智能评估工具开发中包含三个维度:一是数据安全维度,在心理相关数据采集环节按照伦理规范执行标准化去标识的脱敏处理,确保评估结果严格遵守隐私保密原则并与关键决策(如升学)脱钩^[44];二是算法优化维度,构建“心理问题干预效益”计算模型,结合“一生一策”个性化心理健康成长档案,通过周期性评估与行为数据的多模态动态分析降低误判率;三是决策解释维度,开发基于教育心理学理论及神经认知发展模型的“可视化决策树”系统,确保决策者理解其算法判断依据和测评结果的解释意义,提升算法透明度。三者共同构成“采集—分析—应用”全流程的伦理保障机制。

2. 教育在场:重掌主导权,从救火到滋养

(1) 教育优先的资源重构

坚持教育优先原则,构建发展性心理干预体系。秉承“百年树人”的理念,充分信任青少年的自愈力和生命力,高度重视教育慢艺术的疗愈与赋能力量,为青少年青春期神经发育和大脑重塑升级留足时间和空间。一是建立以学校为主导的多主体会商机制。成立“学生心理问题会商小组”,整合教师、

家长、心理咨询师及心理医生等进行会商研讨和谨慎评估,通过多重过滤以保证教育优先,在进行医疗干预前再次审视教育的可能性,并将医疗干预作为穷尽其他选项后的最后选择^[34]。二是实施双阈值分级响应机制,设置教育干预和医疗转介分级标准。通过早期筛查和动态评估分离出必须医疗优先的心理危机与严重心理问题后,将其余心理问题全部纳入教育优先的范畴。其中,医疗优先的心理问题主要包括三类:即时性风险问题,如自杀、伤人冲动、急性应激等;精神障碍类疾病,如抑郁发作、双相情感障碍、精神分裂症等;器质性病变,如神经发育迟滞、内分泌紊乱异常引起的情绪波动等。三是引入成长观察期制度。设立青少年“心理健康成长观察期”,同步监测并双线评估潜在心理风险因素与积极心理品质发展,通过预留神经发育缓冲期,实现教育疗愈与医疗干预的有机衔接。

(2) 聚焦育人的价值回归

构建家、校、社“三位一体”情感支持系统。充分认可和重视青少年的情感需求,高度重视理解、尊重、欣赏等情感连接对青少年心理问题不可替代的疗愈作用。同时,坦诚面对当前家长、教师等在提供情感支持方面存在能力不足的困境。一是家庭层面,依托《中华人民共和国家庭教育促进法》,通过家风建设^[45]、家长胜任力提升等激活并强化家庭的疗愈支持功能。研究显示,当前青少年心理需求排名第一位的仍然是父母^[46],亲子深度对话可使青少年抑郁症状明显减轻^[47]。二是学校层面,以“四有好老师”为标准提升教师心理育人能力,构建积极校园文化。不断强化班风、学风建设,营造积极向上的“大心育”校园文化良好氛围。构建提升教师进行家庭教育指导效能的共生系统^[48],大力加强家庭教育指导,开发并优化家长课堂、家庭治疗工作坊、代际对话剧场等,通过心理剧、角色反转、情景模拟等方式帮助家庭改善亲子沟通。三是社会层面,建立发展包容性支持系统和评价体系。激活社会支持力量,整合社会资源体系,扩大公共服务供给,重视网络空间环境建设,媒体加强正向宣传引导,营造积极正向的舆论氛围。家庭、学校和社会三者协同合作,可化解当前青少年情感支持不足的实践困境,营造更加理性平和的社会心态,充分遵循青少年成长发展的规律,避免舆论压力和二次伤害。

3. 协同育人:一体化整合,从孤岛到系统

(1) 生态优化的横向主体协同

本研究显示,在处理青少年心理问题时,家校医社协同体系结点权责不清。因此,建立权责分明、良性循环且可持续发展的支持性协同生态体系尤为重要。建议以“教联体”为抓手,明确“教联体”的核心机制与权责边界,建立家、校、医、社四方联席会并作为核心组织形态,建立规范化、常态化的会议制度,研究制订《青少年心理健康协同育人责任清单》,明确界定各方在预防、预警、干预、转介、康复、跟踪等各个环节的主要责任与协同责任,为青少年心理健康发展提供全方位的支持和保障。

在学校方面,突出学校主导性,着力强化五育并举^[49],加强家庭教育指导,提高教师心理育人胜任力。在家庭方面,聚焦优良家风营造和亲子关系质量提升,不断优化亲子深度对话及良性互动模式,为孩子提供良好的家庭环境。同时,倡导家长积极参与家校沟通。在医院方面,探索聚焦生命的整合医疗模式,细化“医教联合”的关键流程,制订医校双向转介制度与信息共享标准化程序,帮助心理医生在接诊青少年前获取学校教育评估及干预报告,从而指导家校配合治疗。在社会方面,打破社会资源壁垒及协同真空,创设和谐社区环境、良好社会风貌和舆论环境。以社区为依托,整合各方多元资源,建立“社区心理服务圈”,提供普惠性心理服务资源(如社区家长学校)。充分调动社区内博物馆、图书馆、大学等环境资源与人才资源,构建支持性社群并开展相关主题活动,助力信息传递与资源链接,营造温暖、包容的社区环境。

(2) 全链贯通的纵向服务延伸

本研究显示,青少年心理问题具有发展性和可塑性。因此,必须打通大中小学各学段间的壁垒,形成心理育人全链贯通的一体化格局。聚焦病因预防与源头治理,以“一级预防”为核心强化心理健康工作的前置性。聚焦积极心理品质培养,以“学生心理发展连续性规律”为基石,以阶段递进性、系

统协同性、文化适应性为原则,在大中小学各学段有序落实心理育人工作。

一是课程教学的一体化。基于《中国学生发展核心素养》框架构建心理健康“核心素养轴心”课程框架,采用螺旋上升式课程设计建立学段间心理健康课程标准与核心能力培养目标的对接审核机制,依托专家委员会定期审核并发布《学生心理健康教育核心素养进阶指南》,明确规定相邻学段间能力培养目标的衔接点和递进梯度。确定课程整体目标、分学段教学重点及各学段衔接标准,增设跨学段衔接课程模块。设立学段衔接教研组,由相邻学段教师共同设计“衔接心理适应课”等标准化过渡课程,并在此基础上开发相应的教材、教案等教学资源。同时,高度重视课程横向融合,探索心理健康教育课程的跨学科渗透(如语文阅读疗法、美术艺术疗法等),创建“心理+X”跨学科课程,充分彰显五育并举心理育人理念。

二是师资队伍的一体化。构建职前职后一体化、学段贯通一体化的师资培育与专业发展支持体系。职前聚焦师范生心理育人实践能力,强化高校“心理健康教育”微专业建设,推广心理育人胜任力提升培训,内容包括核心板块(如发展与教育心理学、心理咨询与辅导、心理危机干预)和拓展板块(如心理主题班会、心理健康活动设计等),明确要求师范生实习实训需在不同学段轮转(如小学2周+初中2周)。职后深化胜任力提升,与教师继续教育学时、职称评聘挂钩,同时通过督导培训、朋辈互助、AI助手等途径不断优化教师关怀与支持系统,促进教师职业深度发展。此外,还要构建跨学段协同教研共同体,建立“区域跨学段心理健康教育教研联盟”,建立线上资源共建共享平台(如教案库、案例库、优质课程视频库),定期开展线下跨学段教研活动。

三是资源整合的一体化。整合区域内师资团队、服务机构、线上课程等优质资源,建设国家级、省部级等各级心理健康教育资源库,建设区域心理健康教育联盟,打通和建立跨学段管理机制,实现教育资源全链贯通共建共享。开发数字化衔接平台,支持按需(如问题类型、学段、地区)智能检索与个性化推荐,拟定统一的档案数据采集标准(包含发展性指标、风险性指标、干预记录等),实现学生心理档案跨学段、跨机构(有权限限制)的安全加密流转,促进教育的系统连续性。明确资源平台由教育行政部门牵头建设并管理,建立跨部门(如教育、卫健、民政)的协调小组,负责平台的运营与数据治理工作,实现转介申请、信息反馈、联席会议预约、任务派发等协同流程的智能化。

五、结 语

当教育系统放弃了对青少年心灵世界的精耕细作,医疗系统便成为了集体焦虑的镇静剂。当青少年的成长迷茫被误读为心理疾病时,实则体现的是成人世界的认知贫乏。本研究聚焦当前青少年心理问题的应对策略和基本程序,通过对医院、学校、社会、家庭、学生五大群体的深入访谈,揭示了“泛医疗化”对当前青少年心理问题的异化现象,从本质上聚焦并探讨了育人的底层逻辑——承认青少年成长的蜿蜒曲折,尊重个体发展的混沌力量,在耐心守护中见证生命的自我修复与勃发超越。

本研究反映了当前社会大众整体心理保健意识的提升,也揭示了当前青少年心理问题“泛医疗化”的风险以及协同心理育人的盲区,在深入分析成因的基础上提出了青少年心理问题回归“育人本位”范式的重构路径,提出要实现从“治病”到“育人”的价值回归。未来可进一步采用混合研究方法,在访谈的基础上在全国不同区域进行验证,以检验结论的普遍适用性。本研究强调教育优先的干预原则、技术赋能的本土化工具开发,以及跨系统一体化的资源整合。心理健康教育需要在承认自身短板的基础上,责无旁贷地重掌主导权,在文化自觉中重建育人自信——这不是否定医学的价值,而是拒绝让听诊器替代课堂,拒绝让药片淹没书香。唯有承认教育过程的“慢”哲学,才能换来青少年成长的“真”质量。

参考文献:

- [1] 周周围. 加强青少年心理健康社会化支持体系建设[N]. 中国青年报, 2023-03-11(8).

- [2] 刘超. 共谋与失序:青少年抑郁的“泛疾病化”[J]. 当代青年研究,2023(2):74-84.
- [3] CONRAD P,SCHNEIDER J W. Deviance and Medicalization:From Badness to Sickness[M]. Expanded ed. Philadelphia: Temple University Press,1992:28-45.
- [4] 好心情互联网医院.《2023 年度中国精神心理健康》蓝皮书发布[EB/OL]. (2023-10-09)[2025-06-05]. <https://www.haoxing-qing.cn/article/detail31087.html>.
- [5] 中华人民共和国教育部. 教育部 国家统计局 财政部关于 2023 年全国教育经费执行情况统计公告[EB/OL]. (2024-11-25) [2025-06-05]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A05/s3040/202412/t20241219_1167656.html.
- [6] 文丽娟,毕冉. 儿童精神科门诊为何熙熙攘攘? [N]. 法治日报,2023-11-21(4).
- [7] 澎湃新闻·澎湃号·湃客. 成绩差=不努力? 孩子“学习困难”其实是生病了?[EB/OL]. (2025-04-07)[2025-09-17]. https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_30584467.
- [8] 李哲.“拒绝上学门诊”一号难求,治本药方或在医院外[EB/OL]. (2025-04-16)[2025-09-17]. <https://www.peopleapp.com/column/30048805929-500006205526>.
- [9] 张爽. 多地心理门诊“爆满”,青少年患者比例显著上升[EB/OL]. (2023-03-25)[2025-09-17]. https://m.baidu.com/bh/m/detail/ar_9967626342352238613.
- [10] 于青,陈敏,翟金国,等. 药物-心理-社会综合干预模式对精神分裂症患者结局的疗效[J]. 中华脑科疾病与康复杂志(电子版),2012(1):57-61.
- [11] DEACON B J. The Biomedical Model of Mental Disorder:A Critical Analysis of Its Validity,Utility,and Effects on Psychotherapy Research[J]. Clinical Psychology Review,2013(7):846-861.
- [12] 关心,乔正学,邱晓惠,等. 大学生抑郁心理干预效果分析[J]. 中国学校卫生,2014(2):240-242.
- [13] 俞国良,李建良,王勃. 生态系统理论与青少年心理健康教育[J]. 教育研究,2018(3):110-117.
- [14] AYYASH-ABDO H. Adolescent Suicide:An Ecological Approach[J]. Psychology in the Schools,2002(4):459-475.
- [15] 中华人民共和国教育部. 教育部等十七部门联合印发《家校社协同育人“教联体”工作方案》[EB/OL]. (2024-11-01)[2025-09-17]. http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/gzdt_gzdt/s5987/202411/t20241101_1160204.html.
- [16] 中华人民共和国教育部. 教育部等十七部门关于印发《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)》的通知[EB/OL]. (2023-04-27) [2025-09-17]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A17/moe_943/moe_946/202305/t20230511_1059219.html.
- [17] 中华人民共和国教育部. 第 2 个全国学生心理健康宣传教育月主题推进活动举行[EB/OL]. (2023-05-09)[2025-09-17]. http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/gzdt_gzdt/s5987/202505/t20250509_1189828.html.
- [18] 中华人民共和国教育部. 教育部办公厅关于加强学生心理健康管理工作的通知[EB/OL]. (2021-07-12)[2025-09-17]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A12/moe_1407/s3020/202107/t20210720_545789.html.
- [19] 俞国良. 我国学校心理健康状况与教育效能的基本估计:调研证据[J]. 基础教育参考,2023(9):3-14.
- [20] 芜湖市弋江区人民政府. 弋江区中小学生心理危机干预制度及应急处置方案(试行版)[EB/OL]. (2021-06-10)[2025-09-20]. <https://www.yjq.gov.cn/openness/grassroots/6603431/33732601.html>.
- [21] NESSE R M. Good Reasons for Bad Feelings:Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry[M]. New York:Penguin Books,2019:4.
- [22] 杨岚.《2024 儿童青少年抑郁治疗与康复痛点调研报告》发布[EB/OL]. (2024-05-30)[2025-03-20]. <https://www.rmzxw.com.cn/c/2024-05-30/3554671.shtml>.
- [23] AMITAI M,TALER M,CARMEL M,et al. The Relationship Between Plasma Cytokine Levels and Response to Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Treatment in Children and Adolescents with Depression and/or Anxiety Disorders[J]. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology,2016(8):727-732.
- [24] GARCÍA-ESCALERA J,VALIENTE R M,SANDÍN B,et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) Adapted as a School-Based Anxiety and Depression Prevention Program:An Initial Cluster Randomized Wait-List-Controlled Trial[J]. Behavior Therapy,2020(3):461-473.
- [25] CUIJPERS P,PINEDA B S,NG M Y,et al. A Meta-Analytic Review:Psychological Treatment of Subthreshold Depression in Children and Adolescents[J]. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,2021(9):1072-1084.
- [26] 俞国良. 中国学生心理健康问题的检出率及其教育启示[J]. 清华大学教育研究,2022(4):20-32.
- [27] REYNOLDS N F. V. U. C. A. Revolution:Young Generations in a Dynamic World[M]. eBookIt.com,2024:457.
- [28] LINCENBERG J. Emotional Self-Awareness as a Digital Literacy[M]//COWLS J,MORLEY J. The 2020 Yearbook of the Digital Ethics Lab. Cham:Springer International Publishing,2021:23-34.

- [29] BILGIN A, WOLKE D. Commentary: Response to Commentary by Davis and Kramer[J]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2021(12): 1491-1493.
- [30] CHENG A, LEUNG Y, BRODATY H. A Systematic Review of the Associations, Mediators and Moderators of Life Satisfaction, Positive Affect and Happiness in Near-Centenarians and Centenarians[J]. *Aging & Mental Health*, 2022(4): 651-666.
- [31] FENG B Y, SHEEHAN R, UTAMA P, et al. Cross-Cultural Differences on Affective, Cognitive, and Psychiatric Measures: Evidence From a British-Chinese Comparison[J]. *Mental Health Science*, 2025(2): e70020.
- [32] 杨文辉, 熊戈. 常用抑郁量表筛查我国青少年抑郁的效度和划界分[J]. *中国临床心理学杂志*, 2016(6): 1010-1015.
- [33] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册: 第 5 版[M]. 张道龙, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 454.
- [34] ENEDESI M A Jr, MORAGA L M V M, FERREIRA L P, et al. The Pathologization of Education: Resulting Excessive Medicalization of Children and Adolescents in School Age[J]. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, 2024(3): e3673.
- [35] CAO C, MENG Q. A Systematic Review of Predictors of International Students' Cross-Cultural Adjustment in China: Current Knowledge and Agenda for Future Research[J]. *Asia Pacific Education Review*, 2022(1): 45-67.
- [36] MAROUN R A, THACKERAY L A, MIDGLEY N. Meaning and Medication: A Thematic Analysis of Depressed Adolescents' Views and Experiences of SSRI Antidepressants Alongside Psychological Therapies[J]. *BMC Psychiatry*, 2018(1): 374.
- [37] PIERSON E E. Antidepressants and Suicidal Ideation in Adolescence: A Paradoxical Effect[J]. *Psychology in the Schools*, 2009(9): 910-914.
- [38] MA H, CAI M, WANG H. Emotional Blunting in Patients With Major Depressive Disorder: A Brief Non-systematic Review of Current Research[J]. *Frontiers in Psychiatry*, 2021, 12: 792960.
- [39] LI F, CUI Y, LI Y, et al. Prevalence of Mental Disorders in School Children and Adolescents in China: Diagnostic Data from Detailed Clinical Assessments of 17,524 Individuals[J]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2022(1): 34-46.
- [40] 傅小兰, 张侃. 中国国民心理健康发展报告(2021~2022)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2023: 192.
- [41] 高雅芳, 谷亚红, 杨丽君. SSRI 单药与 SSRI 联合认知行为疗法对青少年抑郁症康复的影响研究[J]. *中国药物滥用防治杂志*, 2025(9): 1588-1591.
- [42] MACASKILL A, DENO VAN A. Assessing Psychological Health: The Contribution of Psychological Strengths[J]. *British Journal of Guidance & Counselling*, 2014(3): 320-337.
- [43] 俞国良. 高等学校心理健康教育体制观: 体系建设探微[J]. *国家教育行政学院学报*, 2021(7): 17-27.
- [44] 中国心理学会. 中国心理学会临床与咨询心理学工作伦理守则(第二版)[J]. *心理学报*, 2018(11): 1314-1322.
- [45] 王磊, 李龙. 习近平关于注重家庭家教家风建设重要论述的逻辑、要义和实践指向[J]. *中共太原市委党校学报*, 2025(1): 60-63.
- [46] 北京师范大学中国基础教育质量监测协同创新中心. 《全国家庭教育状况调查报告(2018)》发布[J]. *教育学报*, 2018(5): 101.
- [47] WANG R N, LI D, ZHANG J W, et al. The Relationship Between Parent-Adolescent Communication and Depressive Symptoms: The Roles of School Life Experience, Learning Difficulties and Confidence in the Future[J]. *Psychology Research and Behavior Management*, 2022, 15: 1295-1310.
- [48] 牟映雪, 李娅坤. 共生理论视域下提升教师家庭教育指导效能的路径探索[J]. *重庆师范大学学报(社会科学版)*, 2025(1): 37-47.
- [49] 朱永新. “五育并举”构建一体化青少年心理健康教育体系——关于青少年心理健康教育问题的探讨[J]. *苏州大学学报(教育科学版)*, 2025(1): 1-12.

责任编辑 蒋 秋 高阿蕊

网 址: <http://xbbjb.swu.edu.cn>