

· 标准 · 方案 · 指南 ·

儿科临床服务中常见情绪与心身问题识别与应对路径专家共识(2026)

中国心理卫生协会儿童心理卫生专业委员会

中华医学会儿科学分会

通信作者:程文红,上海交通大学医学院附属精神卫生中心儿童青少年精神科,上海 200030, Email: chengwhb@aliyun.com; 江帆, 国家儿童医学中心上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心发育行为儿科, 上海 200127, Email: fanjiang@shsmu.edu.cn

【摘要】 儿童的心理健康问题日益普遍,已成为全社会共同关注的重大议题。而我国缺乏基于儿科服务体系、系统且可操作的心理问题识别流程。中国心理卫生协会儿童心理卫生专业委员会和中华医学会儿科学分会组织儿童精神科、临床心理科、儿内科、发育行为儿科和急诊科专家,共同制订“儿科临床服务中常见情绪与心身问题识别与应对路径专家共识(2026)”,为儿科医生对抑郁与焦虑、自杀和非自杀性自伤行为、躯体症状及相关障碍这3类儿童常见心理问题的早期识别和应对提供帮助。

基金项目: 脑科学与类脑研究国家科技重大专项(2022ZD0209100); 国家自然科学基金(U23A20170); 上海市科学技术委员会上海市儿童脑智发育重点实验室(24dz2260100); 上海交通大学文科青年人才培养计划(2024QN019); 美国中华医学基金会(23-538)

实践指南注册: 国际实践指南注册与透明化平台(PREPARE-2026CN251)

Expert consensus on the identification and management pathways of common emotional and psychosomatic problems in pediatric clinical services (2026)

Child Mental Health Committee, China Association for Mental Health; the Society of Pediatrics, Chinese Medical Association

Corresponding author: Cheng Wenhong, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China, Email: chengwhb@aliyun.com; Jiang Fan, Department of Developmental and Behavioral Pediatrics, Shanghai Children's Medical Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, National Children's Medical Center, Shanghai 200127, China, Email: fanjiang@shsmu.edu.cn

心理健康问题是当前全球范围内一项重大的公共卫生挑战^[1-2]。研究表明,许多心理问题的发生均可追溯至童年与青少年时期^[3]。近年来全球数据显示,青少年抑郁、焦虑症状的检出率分别高达25.2%和20.5%^[4],自杀意图、自杀行为与自伤检出率分别为15.1%、2.6%与6.2%^[5]。我国20岁以

下儿童及青少年精神障碍的年龄标准化患病率约为8.9%,6~16岁在校儿童心理问题检出率高达17.5%^[6-7],据此估算全国约有3 000万儿童正面临相关困扰。临床上,儿童因不明原因的躯体症状(如反复腹痛、呼吸困难)或自伤行为前来就诊,表现背后往往隐藏着焦虑、抑郁等常见心理问题。研

DOI: 10.3760/cma.j.cn112140-20260401-00260

收稿日期 2026-04-01 本文编辑 李伟

引用本文:中国心理卫生协会儿童心理卫生专业委员会,中华医学会儿科学分会. 儿科临床服务中常见情绪与心身问题识别与应对路径专家共识(2026)[J]. 中华儿科杂志, 2026, 64(7): 739-746. DOI: 10.3760/cma.j.cn112140-20260401-00260.



中华医学会儿科学分会
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究



究显示,慢性严重躯体疾病患儿中约 30% 并存情绪问题^[8],而儿科急诊就诊患儿中自伤或自杀行为的比例近年有显著增加趋势^[9-10]。若未能及时识别,不仅心理问题得不到干预,还可能加重原有躯体疾病、阻碍康复进程。然而,在大量存在潜在心理困扰的儿童中,实际获得专业识别、诊断及干预的比例仍极低^[11]。精神与心理专科资源的短缺是一个全球性现象。在此背景下,综合医院、儿童专科医院作为儿童接受医疗服务的首道窗口,被视为早期识别心理问题的关键环节。目前,国际权威机构已形成一系列面向基层儿科医生的识别指南与共识^[12-13]。美国儿科学会强调将心理健康筛查纳入常规健康访视^[14],为自杀风险等紧急问题制订了结构化评估路径^[15]。将筛查与管理、监测相结合时,干预效果能得到优化,能显著降低心理障碍的发病率、严重程度及长期负面影响^[16-17]。我国亦从国家战略高度重视儿童心理健康问题。《健康儿童行动提升计划(2021—2025 年)》与《“健康中国 2030”规划纲要》明确强调对儿童心理问题的“早发现”^[18-19]。然而,由于医疗卫生体系的差异,国际指南难以直接照搬至我国。在我国儿科医疗资源分布不均、精神心理专科资源极度短缺、服务门槛要求严格的背景下,国际指南中部分早期处置和干预的推荐难以落地。因此,借鉴国际经验并结合我国临床实际,构建适合我国儿科临床现状、科学且可操作的识别与筛查路径迫在眉睫。为此,中国心理卫生协会儿童心理卫生专业委员会和中华医学会儿科学分会组织儿童精神科、临床心理科、儿内科、发育行为儿科和急诊科专家,整合现有循证依据与临床资源现状,聚焦于抑郁与焦虑、自杀和非自杀性自伤行为、躯体症状及相关障碍(somatic symptom and related disorders, SSRD)这 3 类儿科常见心理问题,共同制订“儿科临床服务中常见情绪与心身问题识别与应对路径专家共识(2026)”(简称本共识),通过构建标准化的早期识别体系,为儿科医生提供早期识别与应对的实际操作指导。

一、共识制订过程

1. 专家组组建:本共识由中国心理卫生协会儿童心理卫生专业委员会及中华医学会儿科学分会联合发起,2023 年 12 月组建由来自 38 家医院的儿童精神科、临床心理科、儿内科、发育行为儿科和急诊科等学科 53 名专家构成的共识专家组。

2. 文献检索:共识专家组讨论确定儿科临床诊疗中常见的 4 个心理问题即注意缺陷多动障碍、焦

虑与抑郁、躯体化症状和自伤自杀行为。检索数据库为中国知网、万方全文数据库和 Pubmed、Google scholar、Web of Science。中英文检索词分别为“注意缺陷多动障碍”“焦虑”“抑郁”“躯体症状”“躯体形式障碍”“躯体症状及相关障碍”“自杀”“自伤”“社区医院”“综合性医院”“儿科门诊”“儿科医生”“心理干预”“筛查”“管理路径”“儿童”“青少年”和“attention-deficit/hyperactivity disorder”“anxiety”“depression”“somatic symptom”“somatoform disorder”“somatic symptom and related disorders”“suicide”“self-injury”“community hospital”“general hospital”“pediatric outpatient clinic”“pediatrician”“psychological intervention”“screening”“management pathway”“child”“adolescent”。检索时间为建库至 2025 年 3 月,语种限制为中文或英文。文献检索过程发现,国内对注意缺陷多动障碍、抽动障碍及孤独症谱系障碍等神经发育障碍已有较成熟的指南,故本共识聚焦于儿科首诊中常见但容易漏诊、风险较高且转介路径不清的儿科常见情绪和心身问题。通过阅读文献题目、摘要,排除不相关的文献。对符合纳入标准的文献,通读全文提取相关内容,制订儿童抑郁与焦虑、自杀和非自杀性自伤行为、SSRD 的儿科诊疗路径。

3. 改良德尔菲法结合专家会议法:在文献研究和临床路径初稿形成的基础上,采用德尔菲法开展专家咨询,以达成专家共识并优化诊疗路径。于 2025 年 4 月及 6 月分别进行德尔菲调查,将临床路径转化为咨询问卷,以各模块为二级指标、具体处理步骤为三级指标,邀请专家对每一节点的清晰性与合理性、重要性和可行性分别进行 Likert 5 级评分(分值越高代表专家对该指标在该维度上的认可程度越高),针对每条指标提出开放性意见与建议。问卷回收后汇总评分及反馈意见,对指标进行修改、删除或增补,对专家评分进行一致性检验, $P < 0.05$ 表示专家意见一致性有统计学意义。根据专家权威性及领域匹配度,从共识专家组中邀请 15 名专家进行专家咨询。每轮发放问卷 15 份,两轮均全部回收有效问卷,专家积极系数为 100%。经过 2 轮咨询,专家评分的肯德尔协调系数由 0.238 ($P < 0.001$) 提升至 0.295 ($P < 0.001$),专家意见趋于一致,无需进行第三轮咨询。根据诊疗路径形成初步共识,于 2026 年 1 月召集共识专家组召开线上会议讨论,经专家讨论和修改后形成最终版本。

本共识已在国际实践指南注册平台完成注册,



计划书可通过平台获得。

二、儿童抑郁与焦虑问题的识别与应对

(一)工作目标与模式

1. 首要目标:儿科医生的工作重点是成为识别儿童心理问题的关键“守门人”。明确儿科医生的核心职责为识别预警信号,排除或处理相关躯体疾病,完成初步心理筛查和风险评估,进行基本心理教育、共情支持和安全告知,建立转介和随访闭环。对于诊断精神障碍、心理治疗、精神药物治疗、自杀高危干预等应明确由儿童精神科、心理治疗师或多学科团队承担。

2. 采取“躯体-心理”结合的评估模式:儿科医生在评估和治疗躯体疾病的同时,应将心理因素考虑在内。在安全、私密的沟通环境中,以不带主观偏向、温和态度与儿童及其家庭建立信任关系,为准确评估和有效转介奠定基础。完成转介后,在医疗机构条件和患儿监护人允许的情况下,与精神科医生、心理治疗师、社会工作者、学校老师等形成治疗联盟,参与患儿的长期疾病管理。

(二)临床预警信号及风险因素

儿科医师应该掌握儿童情绪问题特征表现及高危因素,做好早期临床表现及风险因素识别并进行必要的心理健康教育^[20-21]。

1. 临床预警信号:儿童表现出过度紧张、担忧,或与躯体疾病不符的疲乏、无力、不适,或有行为异

常、认知与功能减退表现,儿童抑郁与焦虑预警信号及识别要点详见表 1。

2. 近期诱发或者高风险因素:父母离婚、搬家(家人或朋友)、宠物丢失、学校或考试表现不佳等学业压力、亲属重病或死亡、过渡到中学、社交困难或人际冲突等社会交往问题、霸凌经历、家族史阳性、家庭近期重大变故、患有慢性或重性疾病、童年创伤(如忽视、虐待等)^[22]。

(三)筛查及系统评估

1. 医学评估:对怀疑有抑郁与焦虑心理问题的儿童,需进行必要的体格和实验室检查等医学评估,排除可能导致类似症状的躯体疾病或药物影响。判断辅助检查结果及临床症状特点是否符合躯体疾病诊断和干预特点。寻找任何潜在的器质性或医学原因导致的心理问题(表 2)。儿科医生躯体检查时应同步评估是否存在虐待、自伤等证据,如陈旧损伤、规律性瘢痕、可疑瘀伤或自伤证据。

2. 心理学评估:儿科医生应掌握儿童常见情绪问题筛查工具的应用,进行心理学评估,实现抑郁与焦虑的早期识别。儿童的发育水平、家庭功能、物质使用和心理健康常常相互关联且相互影响,必要时可完善认知发育、家庭或学业功能及物质使用等相关筛查内容^[13]。常用的筛查问卷包括儿童焦虑性情绪障碍筛查表(screen for child anxiety

表 1 儿童抑郁与焦虑临床预警信号及识别要点

情绪问题	预警信号核心表现	观察及识别要点
情绪与心理 抑郁	持续情绪异常:每天大部分时间情绪低落、悲伤、易怒或烦躁	观察表情、语气、动作,询问儿童家长既往病史和风险因素等信息
	兴趣明显减退:对几乎所有活动、爱好或社交的兴趣明显减退	
焦虑	无价值感与绝望感:常表达无价值感、过度内疚,或出现绝望、厌世言论	严重程度提示:抑郁情绪持续超过 2 周,焦虑情绪持续超过半年,影响儿童的正常学习、社交等社会功能
	过度担忧:对日常事件产生持续且与实际情况不符的忧虑,内容常涉及未来	
	恐惧与害怕:对特定事物、人或情境表现出异常强烈、超出年龄应有的恐惧,内心痛苦	
	紧张不安:常自述感到紧张、烦躁、沮丧,“心总是悬着”,难以放松分离焦虑:与主要依恋对象分离时感到极度痛苦,过分担心他们会受到伤害	
	行为表现 社交回避或退缩:主动回避朋友、家人及日常社交活动	
认知与功能	特定场所回避:因恐惧或焦虑回避特定场所(如学校、公共场所等)	行为改变:与既往行为模式明显不同
	自伤或冒险行为:出现自伤(杀)行为,或鲁莽、不计后果的行为	
	过度使用电子产品	
生理与躯体	学业功能骤降:注意力、记忆力下降,成绩明显下滑,缺勤增加	功能损伤:导致学业、社交中断或者减退
	决策困难:即便小事也难以决断,优柔寡断	
	负性思维:思维内容悲观,常灾难化思考	
生理与躯体	作息紊乱:失眠、早醒、嗜睡或睡眠节律混乱	安全风险:自伤、自杀为紧急信号
	食欲、体重显著变化:食欲暴增或剧减,体重短期明显波动	
	不明原因躯体不适:反复头痛、胃痛、心慌、乏力,医学检查无明确病因	
生理与躯体		排除器质性疾病:需先进行医学检查
生理与躯体		与情绪有关:症状随情绪压力加重
生理与躯体		治疗反应差:常规治疗无效



表 2 儿科需排除的可导致心理问题的
常见器质性疾病清单

疾病	情绪行为表现
甲状腺功能亢进症	震颤、焦虑、烦躁、易怒、疲劳、注意力难集中、心率增快、多汗
贫血	疲劳、注意力难集中、易怒、头晕
癫痫尤其非典型或失神发作	发作性发呆或愣神、行为中断、注意力不集中、情绪不稳定
偏头痛	发作期可伴有激越、恐惧、烦躁,注意力和记忆力减退、学习能力下降
低血糖	烦躁不安、易怒、疲劳、注意力下降
心律失常	心慌、胸闷、恐惧感
哮喘	胸闷、气短、焦虑伴过度通气、运动受限
系统性红斑狼疮	疲劳、抑郁、易激惹

related emotional disorders, SCARED)、广泛性焦虑障碍量表(generalized anxiety disorder, GAD)-7、儿童焦虑敏感性指数(childhood anxiety sensitivity index, CASI)、抑郁障碍自评量表-儿童版(depression self-rating scale for children, DSRSC)、患者健康问卷-9项(patient health questionnaire-9, PHQ-9)、长处与困难问卷(strengths and difficulties questionnaire, SDQ)、儿童躯体化量表(children's somatization inventory, CSI)、疾病认知问卷(illness cognition questionnaire, ICQ)以及自杀风险筛查工具(ask suicide-screening questions, ASQ)^[23-31](附表,请扫描文章首页二维码查看)。

3. 评估流程:当就诊儿童和(或)家长报告焦虑与抑郁风险因素或情绪困扰,或儿科医生识别出临床预警表现时,儿科医生应向儿童及其家长进行心理健康筛查工作宣教,在获得儿童及家长同意后进行情绪问题筛查。结合医学评估及心理评估结果,考虑采取下一步应对措施,儿童抑郁与焦虑问题的识别与应对路径见图1。

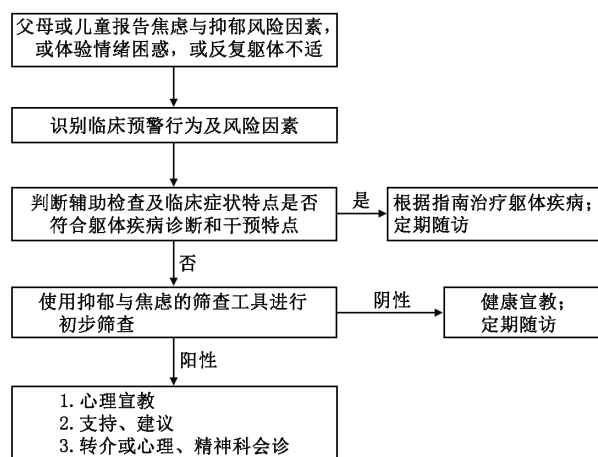


图1 儿童抑郁与焦虑问题的识别与应对路径

4. 儿科医生量表分层筛查策略:(1)初级筛查(每年或每次健康检查)可以SDQ作为起点,一次性扫描多维度问题。(2)若SDQ某维度异常,使用针对性工具进行细筛(如SCARED用于焦虑可疑,DSRSC或PHQ-9用于抑郁可疑)。(3)常规体检阴性的反复就医者使用CSI配合SCARED评估,不要遗漏焦虑相关的功能性躯体症状。(4)对任何筛查出情绪问题的患儿,建议使用ASQ或PHQ-9第9项进行最低限度的自杀风险评估。须反复强调所有筛查工具阳性结果均不构成诊断。作出精神障碍的诊断以及启动药物治疗或结构化心理治疗,必须由专业精神科医生完成。儿科医生的核心角色在于识别、初筛、支持和及时转介。

(四)处置与应对

当筛查出现阳性结果时,儿科医生在提供必要内外科治疗的同时,应展开心理健康教育,启动进一步信息采集及转介流程。医生应与家庭讨论,以确认养育者对儿童情绪问题的觉察和理解,进一步询问风险因素和相关病史,建议同时完善自伤自杀风险评估,根据问题严重性提供会诊或转诊建议。即使当筛查结果阴性时,儿科医生也应在儿童复诊时,定期监测心理状况或提供周期性心理评估,以确保第一时间发现情绪问题并提供及时应对。

当评估儿童存在可能的情绪问题时,儿科医生应提供心理健康宣教,减轻儿童和家长对心理疾病的歧视和污名化,以促进其采取更积极的应对措施,提高转介成功率。在问诊过程中积极倾听,让儿童和家长谈论他们的担忧和忧虑,厘清问题。提供支持性咨询,促进家长 and 儿童自我管理,寻求同伴和专业支持。强烈传递“在遇到无法独自处理的痛苦时,向可信赖的成人(父母、老师)或专业机构求助是勇敢且明智的选择”这一信息。若情绪症状较轻,未对就诊者的社会功能造成影响,可在医生能力范围内教授简单的情绪管理技巧(如情绪正常化、深呼吸)和积极应对策略等,对不良的生活方式和环境因素提出调整建议,同时建议至精神心理科就诊接受更专业的心理治疗。若情绪症状严重并对就诊者的社会功能造成损伤,应尽快启动联络会诊或转介至儿童精神心理科就诊。儿科医生可以向家庭提供关于心理健康服务的官方信息,包括在哪里可以获得帮助(如上海的“心灵地图”),危机干预热线号码(12356)等。

我国基层医疗卫生机构如社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室资源有限,基层医生应首先



与儿童建立安全、非评判的沟通氛围,比对表 1 中的预警信号初步识别可疑的情绪与心身问题,但不
对儿童作出“抑郁症”“焦虑症”等精神障碍诊断。
当无任何精神卫生资源可转介时,基层医生须向监
护人进行心理健康教育与安全监护指导(如避免儿
童独处、移除危险品),建议家长通过“12356”心理
援助热线获得即时远程支持并在病历中完整记录
沟通内容、告知事项及家属意见,安排 2 周内复诊
以动态评估风险变化。基层医疗机构应尽量创造
条件逐步引入标准化量表,主动了解辖区内县级及
以上医院儿科或精神心理科的服务资源、接收能力
与联系方式,争取与上级医疗机构建立正式或非正
式的转介联系。

三、儿童自杀和非自杀性自伤行为的识别与应对

当儿童因自杀或非自杀性自伤行为就诊于急
诊或儿科门诊时,其表现是心理痛苦与安全危机的
紧急信号^[15]。

1. 核心原则与目标:儿科医生的工作重点是在
稳定生命体征、处理躯体创伤的同时,启动初步风
险筛查,尽最大努力确保患儿安全,畅通精神心理
科绿色转介通道。沟通原则为确保谈话环境安全
私密,减少外界干扰。以温和、非评判的态度与儿
童及家属沟通,建立信任关系,避免让其感到被指
责或羞辱,影响后续治疗的依从性。条件允许的
情况下建议分别与患儿及家长谈话,避免因相互保
护而隐瞒信息。询问受伤具体过程(时间、地点、工
具、情境),核对伤情与描述是否一致,注意矛盾之
处。谈话过程中注意观察儿童的情绪状态、心理反
应,若发现其存在明显的情绪不稳定或异常言行,
建议及时转介或请会诊,由精神科医生进行进一步
评估。

2. 系统化评估流程:儿科医生
发现异常伤口或可疑伤害时,均应
优先处理外伤或躯体症状,确保儿
童生命安全。在确保儿童安全并获
得家长知情同意后,进行自杀和非
自杀性自伤风险筛查,筛查流程见
图 2。(1)首先进行自伤行为评估。
①行为判定即详细询问行为意图,
鉴别自杀企图、非自杀性自伤或意
外伤害。②全面检查有无陈旧性伤
痕、询问有无过量服药或吞服危险
物质史。③情境了解即主动询问近

期是否遭遇重大应激事件。④线索识别即留意儿
童的情绪状态、消极言语、不合时宜的赠送财物或
着装异常、携带无法解释的随身物品及家长提及的
预警信号。(2)自杀风险筛查即当儿科医生怀疑或
确认儿童的伤害为故意为之,应立刻进行自杀风险
筛查。推荐使用 ASQ 等标准化工具进行快速筛查。
若条件有限,可将核心问题转化为温和而直接的临
床询问(如“你这样做的时候,是不是觉得活着没意
思了?”)。筛查阳性者需进行简明但全面的安全评
估。通过观察及沟通,判断其当前自杀意念的强
度、具体计划、工具可获得性及是否处于无法沟通
或明显的言行异常状态。与监护人沟通了解近期
不良应激事件及校园社会压力(如家庭冲突、遭受
霸凌、考试失败),既往自伤自杀史或精神心理疾
病史,有无精神活性物质使用情况,家庭的功能和
支持系统等。根据评估结果,将风险划分为低风险
(存在自杀意念但强度弱、无明确计划、有良好家
庭支持)、高风险(自杀意念强烈、有具体计划或高
致命性方法、多次自杀史、精神病性症状、严重冲
动行为、家庭支持系统不良或无法获得家庭监护)、
即刻或极高危(意念强烈且无法控制,随时可能
实施)。

3. 处置与应对:儿科医生一旦怀疑或确认儿童
为故意自伤或自杀未遂,应将其安置于安全环境
中,加强护理巡视和监护。儿科医生需向家长充分
说明转诊的必要性,在家长同意的情况下尽快请会
诊,或当儿童病情稳定时建议家长尽快带患儿至精
神专科就诊。病史中明确记录风险评估、知情同
意、宣教和转诊建议。

4. 风险告知及家长教育:当筛查发现可疑自伤
风险时,必须立即告知监护人儿童存在自我伤害的

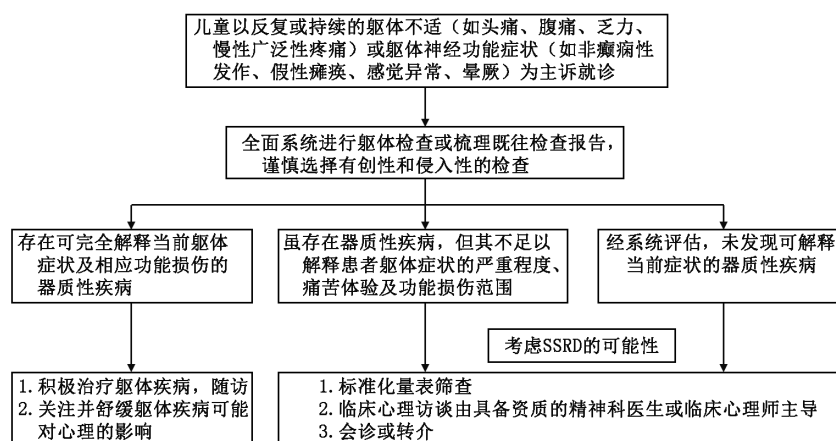


图 2 儿童自杀和非自杀性自伤行为的识别与应对路径



风险,对家长进行安全教育,指导其进行短期安全监护,例如避免让儿童独处、妥善管理或移除非必须的危险品(药品、刀具)等。教育家长帮助儿童稳定情绪,避免指责,减少家庭冲突和压力,密切观察儿童的情绪变化。当低风险儿童言语流露自杀观念,可与儿童和家长一起制订安全计划,告知家庭安全计划需随情况变化而修改,强调定期精神心理随访的必要性。计划需具体、可行、个性化,内容包括识别自身危机预警信号;确保消极意念出现时有应对策略,包括运用内部应对策略,利用安全社交联系作为分散自杀念头的途径,联系可能帮助解决危机的家庭成员或老师等成年人,联系心理健康专业人员或机构等(如心理援助热线 12356);限制接触潜在的自杀手段,减少使用致命手段的可能性。

5. 针对高或极高自杀风险儿童的紧急干预:当儿童存在明确自杀计划、工具可及、既往自杀未遂、精神病性症状、严重冲动行为、无法获得家庭监护等境况,接诊医生的首要任务是确保环境安全,需由监护人 24 h 不间断看护,不得让儿童独自离院。必须立即启动精神科紧急会诊流程,或由家长在充分知情并签字后,立即护送儿童前往精神专科医疗机构。若家属拒绝,需在病历中详尽记录已履行的告知义务、转介建议及家属意见。

儿科医务人员在儿童进行常见心理问题筛查时,应同步评估是否存在虐待、校园霸凌、家庭暴力、性侵等高危情境。一经发现或高度怀疑,只要有合理依据,应向公安机关履行强制报告义务。若怀疑陪同人员为施暴者,应在借口离开诊室后再行报告,避免当面激化冲突。必要时启动医疗、公安、司法、民政、教育等多部门协作机制(包括但不限于临时庇护、学校干预、心理危机介入)。此外,医疗机构应建立院内强制报告流程与培训制度。

四、儿童 SSRD 的识别与应对

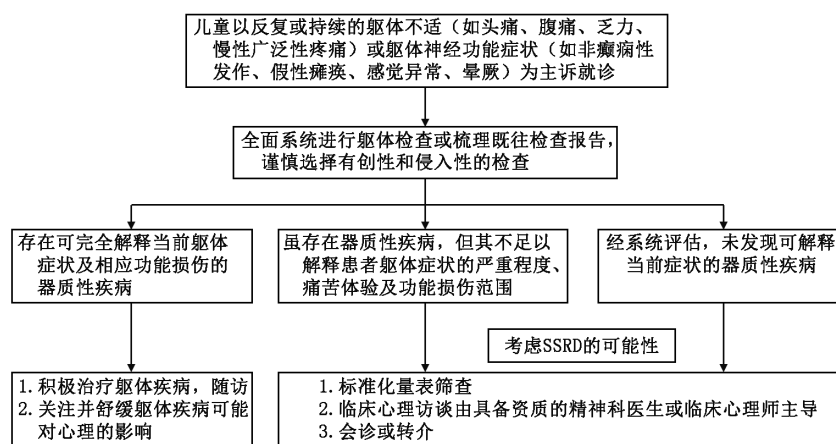
当儿童以反复或持续的躯体不适(如头痛、腹痛、乏力、慢性广泛性疼痛)或躯体神经功能症状(如非癫痫性发作、假性瘫痪、感觉异常、晕厥)为主诉就诊,经全面医学检查后,其症状的严重程度与所致功能损伤无法被现有器质性病因充分解释时,需考虑儿童 SSRD 可能^[32-33]。

1. 核心原则与目标:遵循“心身整合”原则,实行系统化医学评估与

心理社会评估并行的双路径模式^[34]。慢性躯体疾病与 SSRD 常呈高共病关系,二者相互影响,可使症状表现更复杂、功能损伤更重。对于任何确诊的躯体疾病,应主动评估心理社会因素对患儿症状体验、功能状态及治疗依从性的影响。相反,即使已发现显著的心理社会因素,仍须保持对潜在或共存的器质性疾病的警惕。儿科医生的核心任务是从单一的诊疗思维转向“功能理解与系统干预”。

2. 系统化评估流程:SSRD 的识别要点为令人困扰、持续存在的躯体症状,与之相关的异常认知(如灾难化解读)、过度情感反应(如健康焦虑)及适应不良行为(如反复就医或功能回避),筛查与应对流程见图 3。(1)医学评估应遵循分层、审慎的原则进行医学检查。优先进行症状导向的无创性或常规检查。若近期已完善相关检查,应首先系统梳理现有结果,评估其充分性。但必须明确,医学检查结果的阴性或不符合某一躯体疾病的严格诊断标准并非排除 SSRD 的依据,亦非其诊断的核心,需要随访观察。(2)心理社会评估可采用标准化问卷筛查和临床访谈相结合的方式。评估需系统涵盖情绪状态(如焦虑、抑郁)、行为表现、学业与社会功能、家庭动力与环境以及应激生活事件等关键维度。推荐选用在临床与研究中广泛使用且经过信效度检验的标准化量表作为筛查工具,如 CSI 和 ICQ。对于病情较为复杂的个案,在条件允许的情况下,建议与专业心理工作者合作,开展较为系统的临床访谈,完善“心理-家庭-社会”多层面综合评估。

3. 处置与应对:当医学评估发现虽存在器质性疾病,但其不足以解释儿童躯体症状的严重程度、痛苦体验及功能损伤范围,或未发现可解释当前症



注:SSRD 为躯体症状及相关障碍

图3 儿童躯体化症状及相关障碍的识别与应对路径



状的器质性疾病或其他精神疾病时,均应考虑SSRD的可能性。以躯体不适为主要表现的身心健康问题管理应遵循全周期、分阶段、动态调整的原则。儿科医生接诊此类儿童的首要目标在于理解并共情儿童及其家庭的痛苦体验。临床沟通中可强调症状的真实性与可理解性,避免使用“装病”等贬损性语言,以减少儿童羞耻感和焦虑担忧。在获得儿童及家长的理解与合作后,逐步过渡至系统性的躯体-心理-社会综合干预。

4. 多学科团队协作:SSRD的复杂性决定了其评估与诊断工作通常需要儿科、精神心理科及相关专业组成的多学科团队协作完成。建议在评估初期即启动多学科团队协作模式,由精神科医生负责精神障碍的鉴别诊断与药物治疗评估,临床心理学家主导心理社会评估、标准化测试及心理干预规划,儿科医生确保器质性疾病得到充分评估与管理,康复治疗师可提供康复治疗以改善与症状相关的功能限制,临床社会工作者评估家庭系统、社会支持与经济资源、链接社区服务。

5. 慢性躯体疾病的心理问题管理:对于患有慢性躯体疾病的儿童,必须坚持“躯体治疗优先,身心同步关怀”的原则。当医学评估发现存在可完全解释当前躯体症状及相应功能损伤的器质性疾病时,儿科医生的首要任务是遵循相关专科指南,确保原发疾病得到规范、有效的生物医学治疗,保障患儿生理健康与安全。在此坚实基础上,必须主动、常规地关注疾病及治疗过程给患儿带来的心理社会挑战,及时提供心理支持。

针对当前儿童心理问题高发态势,儿科医生作为儿童健康的首诊者和长期管理者,在早期识别心理问题上扮演着重要角色。本共识旨在通过标准化管理路径,为儿科医生提供临床服务中儿童常见心理问题的识别、应对和转介的实践指导。为推动本共识落地实施,拟通过开发配套的“儿科心理问题识别工具包”便于临床使用,制作面向基层儿科医生和家长的科普宣传材料提升公众认知。本共识拟在发布后第3年启动更新评估,以确保共识的时效性与临床指导价值。

(李焱 刘文敬 张芳 陈静 单文婕
孙莞绮 江帆 程文红 执笔)

共识指导委员会成员(按单位和姓名拼音排序):上海交通大学医学院附属精神卫生中心(程文红、赵敏);上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心(江帆);首都医科大学附属北京安定医院(郑毅)

参与共识制订专家(按单位和姓名拼音排序):安徽医科大学第四附属医院(安徽医科大学附属巢湖医院)(刘寰忠);北京大学第六医院(曹庆久、刘靖);重庆医科大学附属大学城医院(王我);大理白族自治州第二人民医院(杨俊);复旦大学附属儿科医院(贡海蓉、张晓波);广州医科大学附属妇女儿童医疗中心(胡丹丹、雷灵、梁晶晶);国家心理健康和精神卫生防治中心(王钢、周想);海南省妇女儿童医学中心(向伟);海南医科大学第一附属医院(周圆月);华中科技大学同济医学院附属湖北省妇幼保健院(郝燕);江西省儿童医院(钟霞);南京医科大学附属脑科医院(柯晓燕);宁波大学附属康宁医院(张文武);宁夏回族自治区安宁医院(宁夏精神卫生中心)(马欣荣);青海省第三人民医院(阿怀仁);山东省戴庄医院(张跃兵);山西省儿童医院(胡先明);上海交通大学基础医学院(张晓波);上海交通大学医学院附属第一人民医院(李雅春);上海交通大学医学院附属儿童医院(陈津津、王瑜);上海交通大学医学院附属精神卫生中心(陈静、李焱、刘文敬、孙莞绮、张芳);上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心(姜艳蕊、单文婕);上海交通大学医学院附属新华医院(张劲松);深圳市妇幼保健院(韦臻);深圳市康宁医院(卢建平);首都医科大学附属北京安定医院(陈旭);首都医科大学附属北京友谊医院(崔红);天津市安定医院(随广红);天津医科大学总医院(郑荣秀);武汉大学人民医院(舒畅);西安交通大学附属儿童医院(陈艳妮);西安市精神卫生中心(苏艳丽);厦门市仙岳医院(李韵);新疆维吾尔自治区人民医院(佟钙玉);郑州大学第三附属医院(禹东川);中国医科大学附属盛京医院(许巍);中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院(宋红梅);中南大学湘雅二医院(高雪屏)

^a为15名咨询专家

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development[J]. Lancet, 2018, 392(10157): 1553-1598. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
- Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, et al. Mental health surveillance among children-United States, 2013-2019[J]. MMWR Suppl, 2022, 71(2): 1-42. DOI: 10.15585/mmwr.su7102a1.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication [J]. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62(6): 593-602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Racine N, McArthur BA, Cooke JE, et al. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis[J]. JAMA Pediatr, 2021, 175(11): 1142-1150. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
- Liu RT, Walsh R, Sheehan AE, et al. Prevalence and correlates of suicide and nonsuicidal self-injury in children: a systematic review and meta-analysis[J]. JAMA Psychiatry, 2022, 79(7): 718-726. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.1256.
- Dong W, Liu Y, Bai R, et al. The prevalence and associated



- disability burden of mental disorders in children and adolescents in China: a systematic analysis of data from the Global Burden of Disease Study[J]. *Lancet Reg Health West Pac*, 2025, 55: 101486. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2025.101486.
- [7] 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]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2022, 63(1): 34-46. DOI: 10.1111/jcpp.13445.
 - [8] Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, et al. Comorbidity of physical and anxiety symptoms in adolescent: functional impairment, self-rated health and subjective well-being [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2018, 15(8):1698. DOI: 10.3390/ijerph15081698.
 - [9] Cutler GJ, Rodean J, Zima BT, et al. Trends in pediatric emergency department visits for mental health conditions and disposition by presence of a psychiatric unit[J]. *Acad Pediatr*, 2019, 19(8):948-955. DOI: 10.1016/j.acap.2019.05.132.
 - [10] Brino K. Pediatric mental health and the power of primary care: practical approaches and validating challenges[J]. *J Pediatr Health Care*, 2020, 34(2):e12-e20. DOI: 10.1016/j.pedhc.2019.09.013.
 - [11] 傅小兰, 张倪, 陈雪峰, 等. 中国国民心理健康发展报告 (2019-2020)[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2021.
 - [12] US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, et al. Screening for anxiety in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement[J]. *JAMA*, 2022, 328(14): 1438-1444. DOI: 10.1001/jama.2022.16936.
 - [13] US Preventive Services Task Force, Mangione CM, Barry MJ, et al. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement[J]. *JAMA*, 2022, 328(15):1534-1542. DOI: 10.1001/jama.2022.16946.
 - [14] Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. Policy statement--the future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care[J]. *Pediatrics*, 2009, 124(1):410-421. DOI: 10.1542/peds.2009-1061.
 - [15] Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, et al. Suicide and suicide risk in adolescents[J]. *Pediatrics*, 2024, 153(1): e2023065800. DOI: 10.1542/peds.2023-064800.
 - [16] Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health[J]. *Lancet Psychiatry*, 2018, 5(7):591-604. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9.
 - [17] Lyon AR, Whitaker K, French WP, et al. Collaborative care in schools: enhancing integration and impact in youth mental health[J]. *Adv Sch Ment Health Promot*, 2016, 9(3-4):148-168. DOI: 10.1080/1754730X.2016.1215928.
 - [18] 国家卫生健康委. 国家卫生健康委关于印发健康儿童行动提升计划 (2021-2025 年) 的通知 [EB/OL]. (2021-10-29) [2026-3-30]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-11/05/content_5649019.htm.
 - [19] 中共中央、国务院. 中共中央国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL]. 2016[2026-02-05]. https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.
 - [20] Butler AM, George SM. Addressing mental health, earlier in pediatric primary care: introduction to the special section[J]. *Fam Syst Health*, 2024, 42(1): 1-5. DOI: 10.1037/fsh0000887.
 - [21] Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management[J]. *Pediatrics*, 2018, 141(3): e20174081. DOI: 10.1542/peds.2017-4081.
 - [22] Thapar A, Collishaw S, Pine DS, et al. Depression in adolescence[J]. *Lancet*, 2012, 17; 379(9820): 1056-1067. DOI: 10.1177/0884217503252133.
 - [23] 王凯, 苏林雁, 朱焱, 等. 儿童焦虑性情绪障碍筛查表的中国城市常模 [J]. 中国临床心理学杂志, 2002, 10(4): 270-272. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3611.2002.04.009.
 - [24] 蔡丞俊. 广泛性焦虑障碍量表在基层医疗中应用的信度和效度[D]. 上海: 复旦大学, 2018.
 - [25] 苏林雁, 王凯, 朱焱, 等. 儿童抑郁障碍自评量表的中国城市常模 [J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(8): 547-549. DOI: 10.3321/j.issn.1000-6729.2003.08.011.
 - [26] 胡星辰, 张迎黎, 梁伟, 等. 病人健康问卷抑郁量表(PHQ-9)在青少年中应用的信效度检验 [J]. 四川精神卫生, 2014, 27(4): 357-360. DOI: 10.3969/j.issn.1007-3256.2014.04.021.
 - [27] Sint Nicolaas SM, Schepers SA, van den Bergh E, et al. Illness cognitions and family adjustment: psychometric properties of the Illness Cognition Questionnaire for parents of a child with cancer[J]. *Support Care Cancer*, 2016, 24(2):529-537. DOI: 10.1007/s00520-015-2795-5.
 - [28] 张园园, 刘果, 黄俊峰, 等. 儿童躯体化量表中文版的修订及信效度检验 [J]. 国际精神病学杂志, 2015, 42(4): 12-15.
 - [29] 寇建华, 杜亚松, 夏黎明. 长处和困难问卷(学生版)上海常模的制订 [J]. 中国健康心理学杂志, 2007, 15(1): 3-5. DOI: 10.3969/j.issn.1005-1252.2007.01.035.
 - [30] Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department[J]. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2012, 166(12): 1170-1176. DOI: 10.1001/archpediatrics.2012.1276.
 - [31] Sun J, Liang K, Chi X, et al. Psychometric properties of the generalized anxiety disorder scale-7 item (GAD-7) in a large sample of Chinese adolescents[J]. *Healthcare (Basel)*, 2021, 9; 9(12): 1709. DOI: 10.3390/healthcare9121709.
 - [32] American Psychiatric Association. Physical symptoms of emotional distress: somatic symptom and related disorders facts for families[R]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2019.
 - [33] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5[M]. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
 - [34] Førde S, Herner LB, Helland IB, et al. The biopsychosocial model in paediatric clinical practice-an interdisciplinary approach to somatic symptom disorders[J]. *Acta Paediatr*, 2022, 111(11):2115-2124. DOI: 10.1111/apa.16517.

