

基于父母的心理干预对治疗青少年抑郁障碍疗效的Meta分析



李婷婷^{1,2}, 韩琦^{1,2}, 杜巧荣^{1,2}

1. 山西医科大学第一医院精神卫生科(太原 030001)

2. 山西医科大学第一医院精神障碍人工智能辅助诊疗山西省重点实验室(太原 030001)

【摘要】目的 系统评价基于父母的心理干预(parent-based psychological intervention, PBPI)对改善青少年抑郁障碍的疗效。**方法** 计算机检索中国知网、万方、维普、PubMed、Web of Science、Embase、PsyINFO 数据库,检索时间为建库以来至 2024 年 4 月 17 日,以获取针对青少年抑郁障碍患者的父母进行心理干预的随机对照试验。采用 RevMan 5.1 和 Stata 14.0 软件对数据进行分析。**结果** 纳入 11 篇文献,共 932 例患者。Meta 分析结果显示,相较于对照组,PBPI 能够显著改善青少年抑郁障碍患者的抑郁水平[SMD=-0.77, 95%CI (-1.39, -0.15), $P=0.02$];当采用汉密尔顿抑郁量表 24 项版评估[SMD=-3.00, 95%CI (-4.10, -1.90), $P < 0.001$]、采用贝克抑郁量表评估[SMD=-5.21, 95%CI (-9.57, -0.85), $P=0.02$]、干预次数大于 8 次[SMD=-0.50, 95%CI (-0.93, -0.06), $P=0.03$]、采用非心理干预对照[SMD=-1.08, 95%CI (-1.81, -0.35), $P=0.004$]、结果采用他评[SMD=-0.87, 95%CI (-1.71, -0.04), $P=0.04$]以及对中国人群干预[SMD=-1.56, 95%CI (-2.46, -0.66), $P < 0.001$]时,PBPI 相较于对照组能够显著改善青少年抑郁障碍患者的抑郁水平。相较于对照组,PBPI 对焦虑水平的改善具有统计学差异[SMD=-0.78, 95%CI (-1.14, -0.43), $P < 0.001$],但对自伤行为[SMD=-1.24, 95%CI (-2.97, 0.30), $P=0.12$]和自杀意念[SMD=-0.04, 95%CI (-0.34, 0.25), $P=0.78$]的改善没有统计学差异。**结论** PBPI 能够改善青少年抑郁障碍患者的抑郁和焦虑水平,但对其自伤行为和自杀意念改善情况不明显,受研究数量的限制,该结论尚需更多大样本、高质量的研究进行验证。

【关键词】 抑郁障碍; 心理干预; 青少年; 父母; 家庭; Meta 分析

【中图分类号】 R 749.55 **【文献标识码】** A

A Meta-analysis of the effectiveness of parent-based psychological intervention in adolescents with depressive disorders

LI Tingting^{1,2}, HAN Qi^{1,2}, DU Qiaorong^{1,2}

1. Department of Psychiatry, First Hospital of Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

2. Shanxi Key Laboratory of Artificial Intelligence Assisted Diagnosis and Treatment for Mental Disorder, First Hospital of Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

Corresponding author: DU Qiaorong, Email: duqiaor715@163.com

【Abstract】Objective To systematically evaluate the effectiveness of parent-based

psychological intervention(PBPI) in the treatment of adolescents with depressive disorders. **Methods** CNKI, Wanfang, VIP, PubMed, Web of Science, Embase, and PsyINFO databases were searched from the inception to April 17, 2024, to obtain randomized controlled trials for psychological interventions for parents of adolescents with depressive disorders. RevMan 5.1 and Stata 14.0 software were used to analyze the data. **Results** A total of 11 articles with 932 patients were included. The Meta-analysis results showed that compared to the control group, PBPI could significantly reduce the levels of depression in adolescents with depression disorders [SMD=-0.77, 95%CI(-1.39, -0.15), $P=0.02$]. The effects were statistically significant when using the Hamilton Depression Scale 24-item version [SMD=-3.00, 95%CI(-4.10, -1.90), $P<0.001$] and the Beck Depression Inventory [SMD=-5.21, 95%CI(-9.57, -0.85), $P=0.02$], the number of interventions exceeded 8 times [SMD=-0.50, 95%CI(-0.93, -0.06), $P=0.03$], using conventional controls [SMD=-1.08, 95%CI(-1.81, -0.35), $P=0.004$], results assessed by others [SMD=-0.87, 95%CI(-1.71, -0.04), $P=0.04$], and when the intervention was conducted on the Chinese population [SMD=-1.56, 95%CI(-2.46, -0.66), $P<0.001$]. When compared with the control group, PBPI could significantly reduce the anxiety levels [SMD=-0.78, 95%CI(-1.14, -0.43), $P<0.001$], but could not reduce the self-harming behaviors [SMD=-1.24, 95%CI(-2.97, 0.30), $P=0.12$] and suicidal ideation [SMD=-0.04, 95%CI(-0.34, 0.25), $P=0.78$]. **Conclusion** PBPI can reduce the depression and anxiety levels in adolescents with depressive disorders, but it does not show a significant effect on self-harming behaviors or suicidal ideation. Due to the limitations in the number of studies, this conclusion needs further validation through larger sample sizes and higher-quality studies.

【Keywords】 Depressive disorder; Psychological intervention; Adolescent; Parent; Family; Meta-analysis

青少年面临青春期生理、心理和认知方面的剧烈变化,使其对精神障碍更具易感性。一项针对全球青少年抑郁障碍患病率的 Meta 分析表明,青少年抑郁障碍的年患病率和终身患病率分别为 8% 和 19%,有 37% 的青少年报告有较高的抑郁水平^[1]。抑郁障碍会影响个体的情绪、认知、行为、人际关系、社会功能和生活满意度,严重者伴有自伤、自杀行为^[2-3]。青少年抑郁障碍也与成年后的情绪行为问题相关,青春期首发的抑郁障碍比儿童期首发的抑郁障碍对未来的损害更严重^[4]。

家庭是青少年成长的主要环境之一,父母是青少年最主要的照护者,家庭功能对抑郁障碍的病程、复发和自杀行为都有显著影响^[5]。不良的家庭环境能够预测青少年抑郁障碍^[6-7],负性教养方式^[8]、夫妻矛盾^[9]、不良家庭沟通模式^[10]、非常规家庭结构(单亲、重组家庭)^[11]等均和抑郁的发生高度相关。其中,父母冲突越严重,青少年抑郁和自伤风险越高^[12]。同时,家庭也可提供保护因素,凝聚力强、支持性高且冲突少的家庭能够

为青少年提供保护,减少抑郁的发生或复发^[13]。

以往对于青少年抑郁障碍的心理治疗研究主要集中于个人取向的治疗,包括认知行为治疗、人际心理治疗^[3],也有部分研究聚焦于父母的干预,如家庭治疗、父母训练等,但更多是同时针对有抑郁倾向的儿童和青少年的父母,少有研究单纯针对青少年患者的父母^[14]。因此,本研究针对基于父母的心理干预(parent-based psychological intervention, PBPI)对青少年抑郁障碍患者的效果进行 Meta 分析,以期为青少年抑郁障碍的临床干预提供参考。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准

纳入标准:①研究对象:12~18 岁的青少年,且符合《美国精神障碍诊断与统计手册》(DSM-III-R^[15]、DSM-IV^[16]、DSM-IV-TR^[17]、DSM-5^[18])、《国际疾病分类第 10 版》(ICD-10)^[19]或《中国精神障碍分类与诊断标准(第三版)》

(CCMD-3)^[20] 中抑郁障碍的诊断标准；②干预措施：试验组为包含对患者父母进行的心理干预，对照组为等待组（患者和父母均等待，不进行任何干预）、常规治疗（患者接受精神科一般性的治疗，包括药物治疗，健康宣教等）或传统心理干预（单纯针对青少年进行的心理干预）；③结局指标：主要结局指标为抑郁症状，次要结局指标包括焦虑症状、自伤行为和自杀意念；④研究类型：随机对照试验；⑤发表于中英文核心期刊，经同行评审的文章。“中英文核心期刊”指 SCI、SSCI 期刊，及收录于《中国科技论文统计源期刊》《中国科学引文数据库》《科学引文数据库》《中国科技论文与引文数据库（核心）》《中国人文社会科学核心期刊》《中国人文社会科学核心期刊》《中国社会科学引文索引期刊》《中

文核心期刊目录总览》的期刊。

排除标准：①硕博论文、会议论文、综述、系统评价等类型文献；②无法获取结局数据的文献；③重复发表的文献；④非中英文文献。

1.2 文献检索策略

计算机检索中国知网、万方数据库、维普数据库、PubMed、Web of Science、Embase、PsyINFO 数据库，检索时限为建库至 2024 年 4 月 17 日。采用主题词与自由词结合的方式进行检索，同时追溯纳入文献和相关综述的参考文献，以保证文献检索的查全率。中文检索词包括：抑郁障碍、青少年、父母、随机对照试验等，英文检索词包括：depressive disorders、adolescent、parents、randomized controlled trial 等。以 PubMed 为例，检索策略见框 1。

```
#1 "Depressive Disorder, Major"[Mesh]
#2 "Major Depressive Disorders"[Title/Abstract] OR "Major Depressive Disorder"[Title/Abstract] OR "Depressive Disorder" [Title/Abstract] OR "Depressive Disorders" [Title/Abstract] OR "depression" [Title/Abstract] " OR "Depressive Symptom" [Title/Abstract] OR "Depressive Symptoms" [Title/Abstract] OR "MDD[Title/Abstract] " OR "Melancholia" [Title/Abstract] " OR "Melancholias" [Title/Abstract] OR "Unipolar Depression" [Title/Abstract] OR "Unipolar Depressions" [Title/Abstract]
#3 #1 OR #2
#4 "Adolescent"[Mesh]
#5 "Adolescents"[Title/Abstract] OR "Adolescence"[Title/Abstract] OR "Teens" [Title/Abstract] OR "Teen"[Title/Abstract] OR "Teenagers"[Title/Abstract] OR "Teenager" [Title/Abstract] OR "Youth"[Title/Abstract] OR "Youths" [Title/Abstract]
#6 #4 OR #5
#7 "Parents"[Mesh]
#8 "parent" [Title/Abstract] OR "father" [Title/Abstract] OR "mother" [Title/Abstract] OR "family" [Title/Abstract] OR "families" [Title/Abstract] OR "caregiver" [Title/Abstract] OR "caregivers" [Title/Abstract]
#9 #7 OR #8
#10 "randomized controlled trial" [Publication Type] OR "randomized" [Title/Abstract] OR "placebo" [Title/Abstract]
#11 #3 AND #6 AND #9 AND #10
```

框1 PubMed检索策略

Box 1. Search strategy in PubMed

1.3 文献筛选与资料提取

由 2 名研究者根据纳排标准独立筛选文献和提取资料，如有分歧请第 3 名研究者协同裁决。对纳入文献提取以下信息：第一作者、发表年份、国家、题目、诊断标准、样本量、年龄、性别、干预措施、对照措施、疗程、结局测量工具、评价方式和主要结局指标。

1.4 偏倚风险评价

由 2 名研究者采用 Cochrane RoB 2.0 风险偏

倚评价工具对纳入研究进行评估^[21]，如有分歧请第 3 名研究者协同裁决。该工具评价内容包括：①随机过程引起的偏倚；②偏离既定干预引起的偏倚；③缺失结局数据引起的偏倚；④结局测量偏倚；⑤结果选择性报告偏倚。每一维度包括“低风险”、“高风险”和“有一定风险”。若所有领域均为“低风险”，则整体偏倚风险为低风险；若存在某一领域为“一定风险”且不存在“高风险”，则整体偏倚风险为一定风险；

若至少有一个领域为“高风险”，则整体偏倚风险为高风险。

1.5 统计学分析

采用 RevMan 5.1 和 Stata 14.0 软件进行数据分析。为消除不同研究数据单位不一致的影响，采用标准均值差 (standard mean difference, SMD) 及其 95% 置信区间 (confidence interval) 作为合并效应量。使用 χ^2 检验和 I^2 检验进行异质性分析，若 $I^2 < 50\%$, $P > 0.10$, 则认为各研究间不存在统计学异质性，采用固定效应模型进行分析；若 $I^2 \geq 50\%$, $P \leq 0.10$, 则认为各研究间存在统计学异质性，采用随机效应模型进行分析，并进行亚组分析探讨异质性来源。采用逐一剔除法进行敏感性分析。采用 Egger 检验与 Begg 检验评估发表偏倚。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 文献筛选流程与结果

共检索得到文献 4 298 篇，剔除重复文献后获得文献 2 998 篇，根据纳排标准阅读文题和摘要后获得文献 90 篇，阅读全文后最终纳入文献 11 篇，见图 1。

2.2 纳入文献基本特征与偏倚风险评价

纳入的 11 篇文献^[22-32]中，英文文献 6 篇^[22-27]，中文文献 5 篇^[28-32]。共纳入 932 名研究对象，其中试验组 472 例，对照组 460 例。纳入研究的干预形式有家庭治疗^[23, 27-28, 31-32]、青少年个体 + 父母 + 家庭组合治疗^[24-26, 30]、团体治疗^[22, 29]；对照组包括等待组^[22, 27]、常规对照 (药物治疗、健康宣教、物理治疗等)^[26, 28-32]、个体心理治疗^[23-25]。疗程为 8 周至 1 年，单次时长为 40~120 min，见表 1。

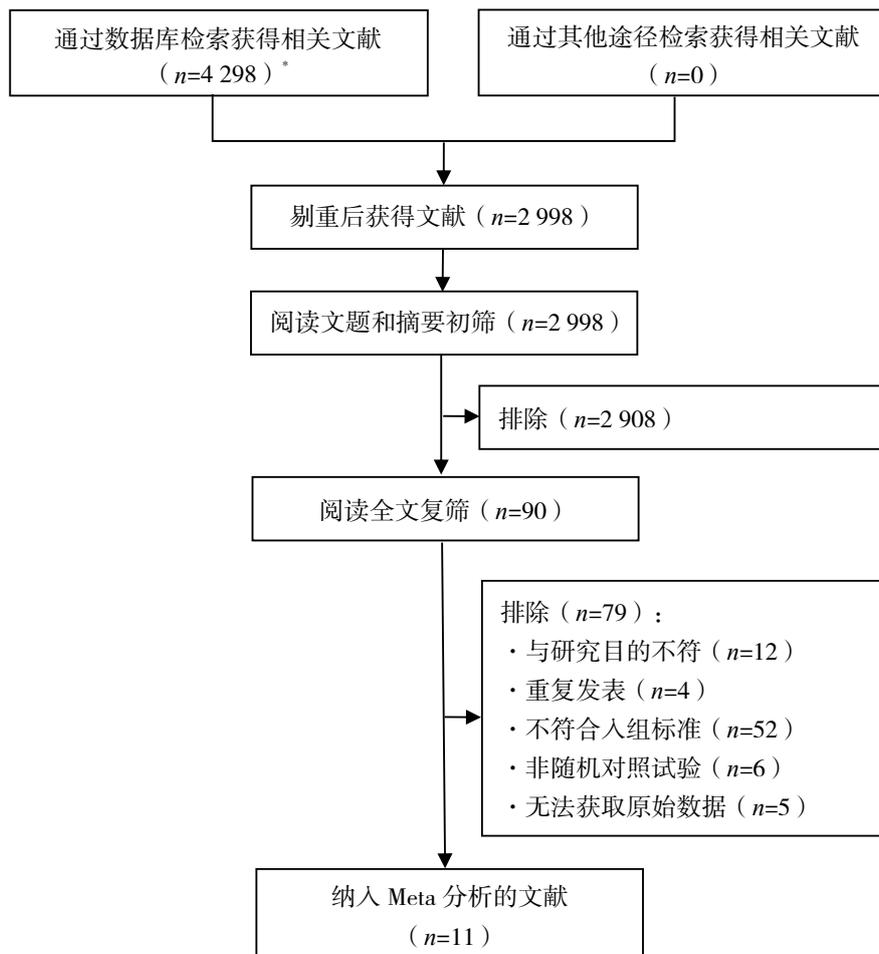


图1 文献筛选流程及结果

Figure 1. Flow chart and results of literature screening

注：*检索的数据库及检出文献数量具体为中国知网 (n=103)、万方 (n=91)、维普 (n=32)、PubMed (n=802)、Web of Science (n=1 974)、Embase (n=1 254)、PsylNFO (n=42)。

表1 纳入文献的基本特征
Table 1. Basic characteristics of included literature

纳入文献	诊断标准	国家	样本量 (男/女)	年龄 (T/C)	干预措施			结局测量工具	结局指标
					干预方法	周期 (周)	频率 (次/周)		
Clarke 1999 ^[22]	DSM-III-R	美国	T: 32 (-) C: 27 (-)	-	T: CBT+PG C: WL	8周, 25次	-	120	HAMD-14, BDI* ①
Brent 1997 ^[23]	DSM-III-R	美国	T: 35 (8/27) C: 35 (9/26)	T: 15.40 ± 1.40 C: 15.70 ± 1.50	T: SBFT C: NST	12~16 12~16	1 1	-	BDI* ①
Waraan 2021 ^[24]	DSM-IV	挪威	T: 30 (-) C: 30 (-)	T: 15.03 ± 1.35 C: 14.77 ± 1.36	T: ABFT C: TAU	≥ 16 ≥ 16	1 1	-	GRID-HAMD ①
Gunlicks-Stoessel 2016 ^[25]	DSM-IV	美国	T: 9 (-) C: 6 (-)	-	T: IPT-AP C: IPT-A	16周, 14次 16周, 12次	-	-	CDRS-R ①
Esposito-Smythers 2019 ^[26]	DSM-IV-TR	美国	T: 74 (17/57) C: 73 (18/55)	T: 15.50 ± 1.44 C: 14.75 ± 1.56	T: FCBT C: TAU	57	1~0.25	-	CDI-2*, SIQ-Jr*, SITBI* ①③④
Diamond 2002 ^[27]	DSM-III-R	美国	T: 16 (-) C: 16 (-)	-	T: ABFT C: WL	12	1	60~90	HAMD-24, BDI*, SIQ*, STAIC*, SITBI* ①②④
谢艳红 2015 ^[28]	CCMD-3	中国	T: 39 (27/12) C: 39 (26/13)	T: 15.00 ± 8.10 C: 13.90 ± 7.40	T: FT C: 药物治疗	12	1	60	HAMD-24 ①
程俊香 2023 ^[29]	ICD-10	中国	T: 61 (21/40) C: 57 (25/32)	T: 15.00 C: 15.00	T: 亲子团体 C: TAU	12	1	80	HAMD-24 ①
薛树龙 2023 ^[30]	ICD-10	中国	T: 84 (32/52) C: 84 (34/50)	T: 14.52 ± 1.04 C: 14.59 ± 1.01	T: CBT+FT C: 药物治疗	8	1	40	HAMD-24, BDI* ①
卢和丽 2022 ^[31]	DSM-5	中国	T: 49 (22/27) C: 49 (24/25)	T: 15.86 ± 1.04 C: 16.10 ± 1.07	T: SFT C: TAU	12	1	60~120	DSRS*, SCARED* ①②
韩利 2023 ^[32]	ICD-10	中国	T: 43 (20/23) C: 44 (22/22)	T: 16.13 ± 0.67 C: 16.10 ± 0.69	T: MBFT C: TAU	8	1	60	HAMD-24, OSI* ①③

注: T. 试验组; C. 对照组; DSM. 精神障碍诊断与统计手册; CCMD-3. 中国精神障碍分类与诊断标准 (第三版); ICD-10. 国际疾病分类第10版; PG. 父母小组治疗; WL. 等待组; SBFT. 系统性行为家庭治疗; NST. 非指导性支持治疗; ABFT. 基于依恋的家庭治疗; TAU. 常规治疗; IPT-AP. 青少年与父母的人际心理治疗; IPT-A. 青少年人际心理治疗; FCBT. 基于家庭的认知行为治疗; FT. 家庭治疗; SFT. 萨提亚家庭治疗; MBFT. 心智化家庭治疗; HAMD-14. 汉密尔顿抑郁量表14项版; BDI. 贝克抑郁量表; GRID-HAMD. GRID-汉密尔顿抑郁量表; CDRS-R. 儿童抑郁评定量表修订版; CDI-2. 儿童抑郁量表第二版; SIQ-Jr. 青少年自杀意念问卷; SITBI. 自我伤害想法和行为访谈表; HAMD-24. 汉密尔顿抑郁量表24项版; SIQ. 自杀意念问卷; STAIC. 儿童状态-特质焦虑量表; DSRS. 儿童抑郁障碍自评量表; SCARED. 儿童焦虑性情绪障碍筛查表; OSI. 渥太华自我伤害调查表; ①抑郁量表; ②焦虑量表; ③自杀意念; ④自杀意念; 干预形式一栏中个体指青少年个体治疗, 父母指单独父母治疗, 家庭指青少年和父母共同参与的治疗; *为自评量表; -未报告。

所有研究在随机过程均为低偏倚风险；由于心理干预的特殊性，无法施盲，故所有研究在偏离既定干预方面均有一定偏倚风险；1 篇文献在偏离既定干预和结局数据缺失方面为高偏倚风险^[22]，8 篇文献由于未报告结局测量施盲^[28, 30]或采用自评量表^[22-23, 26-27, 31-32]，在结局测量方面有一定偏倚风险。纳入的 11 篇文献中，2 篇整体偏倚分析为高风险，其余 9 篇偏倚风险均为有一定偏倚风险，见图 2。

2.3 Meta分析结果

2.3.1 抑郁症状

11 篇文献^[22-32]报道了抑郁症状结果，研究间存在统计学异质性 ($I^2=95\%$, $P < 0.001$)，采用随机效应模型进行 Meta 分析，结果显示 PBPI

组抑郁症状水平的改善优于对照组 [SMD=-0.77, 95%CI (-1.39, -0.15), $P=0.02$]，差异具有统计学意义，见图 3。

为探索异质性来源，进行亚组分析。①不同结局评价量表：使用 HAMD-24 评价时，PBPI 组抑郁症状水平的改善优于对照组 [SMD=-3.00, 95%CI (-4.10, -1.90), $P < 0.001$]；使用 BDI 评价时，PBPI 组抑郁症状水平的改善优于对照组 [SMD=-5.21, 95%CI (-9.57, -0.85), $P=0.02$]；②不同干预次数 (≤ 8 次 vs. > 8 次)：干预次数 ≤ 8 次时 PBPI 组与对照组的疗效差异无统计学意义 [SMD=-1.22, 95%CI (-2.85, 0.40), $P=0.14$]，干预次数 > 8 次时 PBPI 对抑郁症状的改善优于对照组 [SMD=-0.50, 95%CI (-0.93, -0.06), $P=0.03$]；③不同对照组类别：按照对照组是否包含系统心理干预进行亚组分析，对照组非心理干预时，PBPI 组较对照组能够显著改善抑郁症状 [SMD=-1.08, 95%CI (-1.81, -0.35), $P=0.004$]，对照组心理干预时，PBPI 组与对照组的疗效差异无统计学意义 [SMD=0.12, 95%CI (-0.21, 0.46), $P=0.48$]；④不同评估方式：结果采用他评时，PBPI 组较对照组能显著改善抑郁症状 [SMD=-0.87, 95%CI (-1.71, -0.04), $P=0.04$]，结果采用自评时，PBPI 组与对照组的疗效差异无统计学意义 [SMD=-0.48, 95%CI (-1.30, 0.33), $P=0.24$]；⑤不同国家：中国研究亚组中 PBPI 组较对照组能够显著改善抑郁症状 [SMD=-1.56, 95%CI (-2.46, -0.66), $P < 0.001$]，其他国家亚组中 PBPI 组与对照组的疗效差异无统计学意义 [SMD=-0.05, 95%CI (-0.26, 0.15), $P=0.60$]，见表 2。

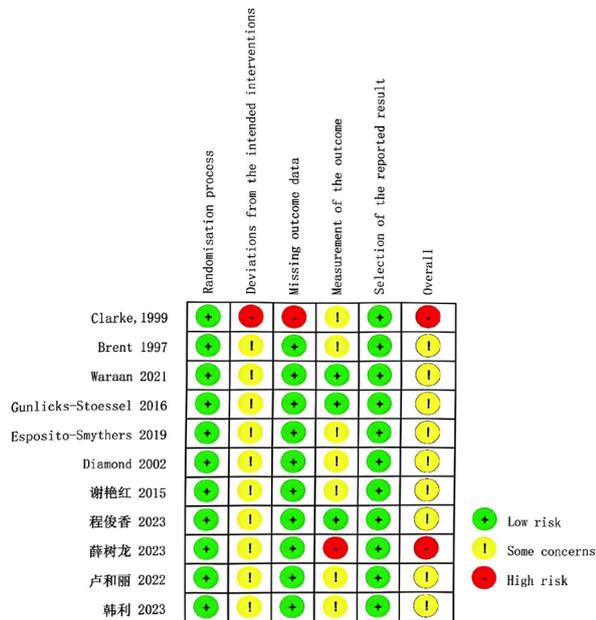


图2 纳入文献的质量评价

Figure 2. Results of risk bias assessment

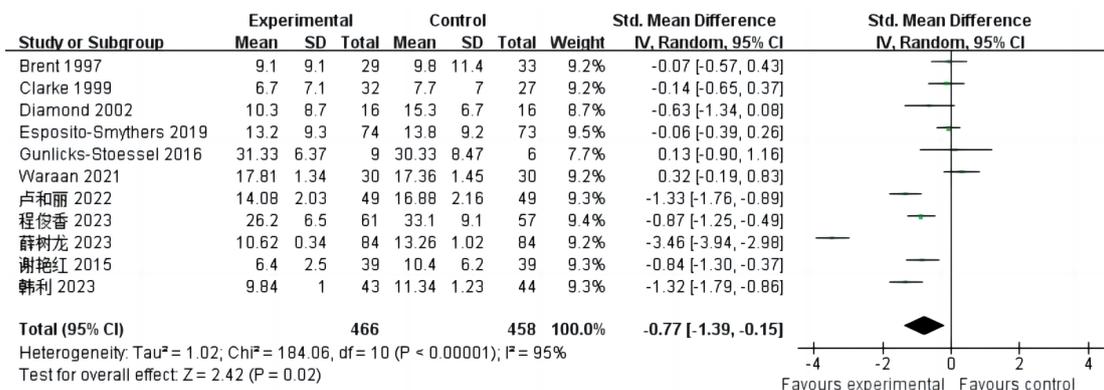


图3 PBPI对青少年抑郁障碍患者抑郁水平影响的森林图

Figure 3. Forest plot of the effect of PBPI on depression levels in adolescents with depressive disorders

表2 亚组分析结果

Table 2. Subgroup analysis results

分层亚组	数量	SMD (95%CI)	P值	异质性	
				I ² 值 (%)	P值
评价量表					
HAMD-24	5 ^[27-30, 32]	-3.00 (-4.10, -1.90)	<0.001	87	<0.001
BDI	4 ^[22-23, 27, 30]	-5.21 (-9.57, -0.85)	0.020	75	0.007
干预次数 (次)					
≤8	4 ^[22, 25, 30, 32]	-1.22 (-2.85, 0.40)	0.140	97	<0.001
>8	7 ^[23-24, 26-29, 31]	-0.50 (-0.93, -0.06)	0.030	85	<0.001
对照组类别					
非心理干预	8 ^[22, 26-32]	-1.08 (-1.81, -0.35)	0.004	95	<0.001
心理干预	3 ^[23-25]	0.12 (-0.21, 0.46)	0.480	0	0.570
评估方式					
他评	8 ^[22, 24-25, 27-30, 32]	-0.87 (-1.71, -0.04)	0.040	95	<0.001
自评	3 ^[23, 26, 31]	-0.48 (-1.30, 0.33)	0.240	91	<0.001
国家					
中国	5 ^[28-32]	-1.56 (-2.46, -0.66)	<0.001	95	<0.001
其他国家	6 ^[22-27]	-0.05 (-0.26, 0.15)	0.600	0	0.440

注: HAMD-24. 汉密尔顿抑郁量表24项; BDI. 贝克抑郁量表。

2.3.2 焦虑症状

2 篇文献^[27, 31]报告了焦虑的研究结果, 研究间不存在统计学异质性 ($I^2=0\%$, $P=0.46$), 采用固定效应模型进行 Meta 分析, 结果显示 PBPI 对焦虑的改善优于对照组 [SMD=-0.78, 95%CI (-1.14, -0.43)], $P < 0.001$, 差异具有统计学意义, 见图 4。

2.3.3 自伤行为

2 篇文献^[26, 32]报告了自伤行为的研究结果, 研究间存在统计学异质性 ($I^2=96\%$, $P < 0.001$), 采用随机效应模型进行 Meta 分析, 结果显示 PBPI 对自伤行为的改善同对照组相比差异无统计学意义 [SMD=-1.24, 95%CI (-2.97, 0.30)], $P=0.12$, 见图 5。

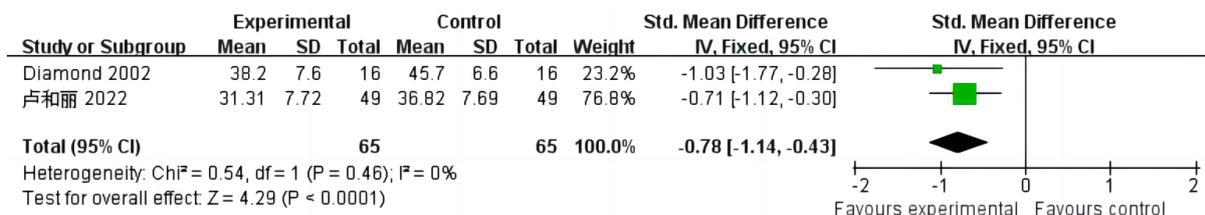


图4 PBPI对青少年抑郁障碍患者焦虑症状影响的森林图

Figure 4. Forest plot of the effect of PBPI on anxiety in adolescents with depressive disorders

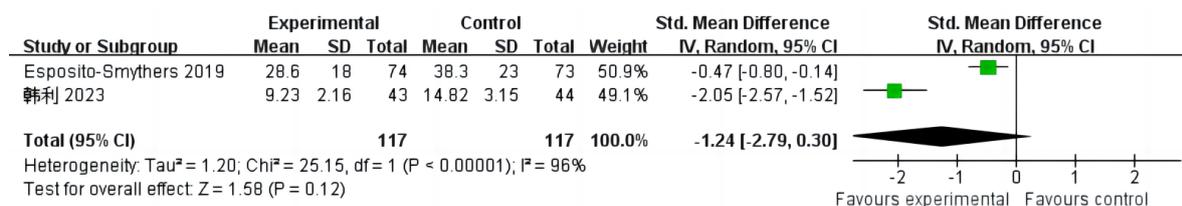


图5 PBPI对青少年抑郁障碍患者自伤行为影响的森林图

Figure 5. Forest plot of the effect of PBPI on self-injury behavior in adolescents with depressive disorders

2.3.4 自杀意念

2 篇文献^[26-27]报告了自杀意念的研究结果，研究间不存在统计学异质性 ($I^2=0\%$, $P=0.32$)，采用固定效应模型进行 Meta 分析，结果显示 PBPI 对自杀意念的改善同对照组相比无统计学意义[SMD=-0.04, 95%CI (-0.34, 0.25)， $P=0.78$]，见图 6。

2.4 敏感性分析

采用逐步剔除文献法对抑郁症状指标进行敏感性分析，发现任意剔除一项研究后结果未发

生明显变化，表明 Meta 分析结果较为稳定。其余 3 个指标由于均仅纳入 2 篇文献，未进行敏感性分析。

2.5 发表偏倚分析

对抑郁症状指标纳入文献进行发表偏倚检验，Egger 检验 ($P=0.973$) 与 Begg 检验 ($P=0.755$) 结果均显示无统计学意义，表明该指标纳入研究存在发表偏倚的可能性较小。其余 3 个指标由于均仅纳入 2 篇文献，未进行发表偏倚分析。

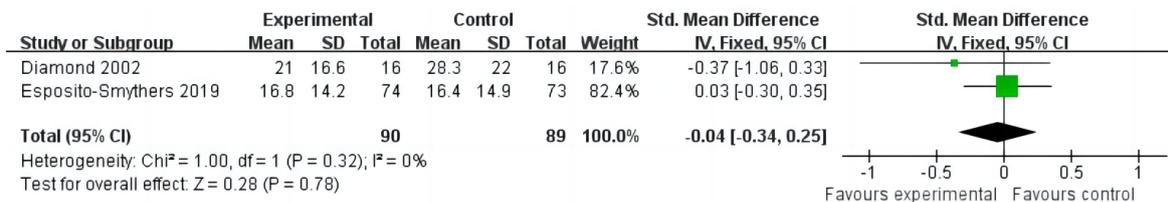


图6 PBPI对青少年抑郁障碍患者自杀意念影响的森林图

Figure 6. Forest plot of the effect of PBPI on suicidal ideation in adolescents with depressive disorders

3 讨论

家庭是青少年的主要生活环境之一，父母作为关键支持者，在青少年抑郁障碍的恢复中扮演着重要的角色，因此本研究探讨了父母接受干预是否能够改善青少年抑郁障碍患者的抑郁症状，或者是否优于单纯个体治疗的效果。本文中 PBPI 指对青少年抑郁障碍患者的父母进行心理干预，其形式包括单纯父母干预和父母与患者共同参与的干预。将后者也纳入研究范畴是由于在家庭结构中，家长往往拥有更多的权力，通过亲子干预帮助双方互相呈现和理解，从而使家长了解青少年的发育特点，更好地理解青少年，同时掌握更多、更灵活的策略去帮助青少年，其侧重点仍在家长，因此将其纳入。

本研究发现 PBPI 能够显著改善青少年抑郁障碍患者的抑郁症状。对纳入研究进行分析，发现其共通的治疗成分包含疾病的心理教育、认知重构、人际技能训练和情绪调控，此外，一些研究还纳入了健康生活方式干预和父母的自我关照等。这些干预能够降低父母的压力水平，提高他们的应对技能，进而帮助青少年重建对父母的信任和依赖，获得情感支持，从而缓解抑郁症状。已有研究表明，增加青少年抑郁障碍患者的父母对疾病的理解，减少病耻感，鼓励父母关注青少

年的积极特质，提高他们对青少年的回应性^[33]，能够减少青少年的压力，增加积极情感^[34]。凝聚力高、冲突和控制少、沟通开放性强的家庭更容易让孩子形成积极应对方式^[13]、较高的自尊水平^[35]，降低负性生活事件对青少年行为问题的不良影响，减少抑郁的发生^[36]。

亚组分析显示，PBPI 能够改善青少年抑郁障碍患者抑郁症状，但并没有优于青少年个体心理治疗的效果，且当治疗次数大于 8 次时才有显著效果。这与以往的研究结果一致。Waraan 等^[37]发现家庭治疗并没有优于其他心理治疗的效果，Huang 等^[38]发现系统治疗的效果优于等待组，和常规对照以及支持性治疗效果相当，优于精神分析治疗而劣于认知行为治疗。Brent 等^[23]发现认知行为治疗对抑郁障碍的改善效果和起效速度均优于家庭治疗。这可能是由于家庭作为一个系统，其自身具有稳态，且父母作为认知相对固定的成年人，其改变需要一个更长的过程，而多数研究都集中于 8~12 周的干预，使得这一改变未能充分进行；在家庭治疗的过程中，会对家庭存在的矛盾等进行讨论，这可能会引起青少年的情绪波动；由于多个家庭成员的存在，彼此之间需求不一致，也可能导致家庭治疗进程的拖延。当采用他评评估时，PBPI 对抑郁的改善具有统计学意义，这可能与青少年抑郁障碍患者年龄较小、低

自尊, 常有不良思维模式等特点有关, 这些特点可能引出较高的自评抑郁分数^[39]; 青少年为了维持疾病带来的获益, 也可能会报告较高的抑郁水平, 今后研究可以结合他评与父母评估的方式来校正此偏倚。PBPI 在改善青少年抑郁障碍患者抑郁水平的疗效方面存在国内外差异, 国外研究中 PBPI 并没有显著疗效, 这与 Waraan 等^[37]的研究结果一致。这种差异可能和东西方文化有关, 个人主义文化强调情绪表达和个人选择的权力, 而集体主义文化中人们更重视人际关系的和谐, 倾向于抑制情绪表达^[40], 因此较少报告感到抑郁或悲伤, 而更多主诉感到无聊或躯体不适^[41], 这些主诉容易被家长忽视, 导致治疗延迟。当青少年感到父母无法提供支持, 甚至让自己感觉更糟糕时, 便可能放弃和父母沟通的努力, 转而采用自伤、自残等方式来消解情绪^[42], 因此, 早期识别并及时进行干预显得非常必要。

本研究还发现 PBPI 能够显著改善青少年抑郁障碍患者的焦虑水平, 而对自伤行为和自杀意念没有明显改善。有两项 Meta 分析结果与本研究不一致, Waraan 等^[37]发现家庭治疗和其他心理治疗相比能够更有效的减少自杀意念, Kothgassner 等^[43]认为家庭疗法对自杀意念有中等疗效。这些差异可能与研究对象疾病的严重程度、自杀的评估方式或对照方式有关。

本研究还存在一定局限性。第一, 纳入文献的症状评估工具不统一, 虽然使用 SMD 作为效应量, 但仍可能导致研究结果存在较大异质性, 因此本研究针对 HAMD-24、BDI 这两种常用的评价工具进行了亚组分析; 第二, 对照组纳入标准宽泛, 其不同的控制方式可能会对结果造成影响; 第三, 基于纳入文献的数据, 只进行了干预后疗效比较, 未来研究应对 PBPI 的远期疗效进行追踪。

综上所述, PBPI 能改善青少年抑郁障碍患者的抑郁情绪、焦虑情绪, 但对自杀意念和自伤行为的改善并不显著。PBPI 对抑郁症状具有和个体治疗相当的疗效, 且干预次数大于 8 次时才达到显著水平。未来可进行大样本、高质量、评估标准统一的临床试验, 也可与个体治疗进行比较, 对远期疗效进行追踪, 以进一步验证 PBPI 的有效性。

参考文献

1 Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression

- and elevated depressive symptoms among adolescents: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Br J Clin Psychol*, 2022, 61(2): 287–305. DOI: [10.1111/bjc.12333](https://doi.org/10.1111/bjc.12333).
- 2 Hankin BL. Adolescent depression: description, causes, and interventions[J]. *Epilepsy Behav*, 2006, 8(1): 102–114. DOI: [10.1016/j.yebeh.2005.10.012](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.10.012).
- 3 Thapar A, Collishaw S, Pine DS, et al. Depression in adolescence[J]. *Lancet*, 2012, 379(9820): 1056–1067. DOI: [10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4).
- 4 Copeland WE, Alaie I, Jonsson U, et al. Associations of childhood and adolescent depression with adult psychiatric and functional outcomes[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2021, 60(5): 604–611. DOI: [10.1016/j.jaac.2020.07.895](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.895).
- 5 Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview[J]. *Am J Psychiatry*, 1990, 147(9): 1128–1137. DOI: [10.1176/ajp.147.9.1128](https://doi.org/10.1176/ajp.147.9.1128).
- 6 Huang X, Hu N, Yao Z, et al. Family functioning and adolescent depression: a moderated mediation model of self-esteem and peer relationships[J]. *Front Psychol*, 2022, 13: 962147. DOI: [10.3389/fpsyg.2022.962147](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.962147).
- 7 Wahid SS, Ottman K, Hudhud R, et al. Identifying risk factors and detection strategies for adolescent depression in diverse global settings: a Delphi consensus study[J]. *J Affect Disord*, 2021, 279: 66–74. DOI: [10.1016/j.jad.2020.09.098](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.098).
- 8 Kang B, Li Y, Zhao X, et al. Negative parenting style and depression in adolescents: a moderated mediation of self-esteem and perceived social support[J]. *J Affect Disord*, 2024, 345: 149–156. DOI: [10.1016/j.jad.2023.10.132](https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.132).
- 9 Yap MB, Pilkington PD, Ryan SM, et al. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and Meta-analysis[J]. *J Affect Disord*, 2014, 156: 8–23. DOI: [10.1016/j.jad.2013.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007).
- 10 López R Jr, Maultsby K, Defayette AB, et al. A prospective investigation of the relation between dysfunctional family communication and suicidal ideation severity in a clinical adolescent sample: a serial mediation model[J]. *J Affect Disord*, 2022, 310: 241–248. DOI: [10.1016/j.jad.2022.05.021](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.021).
- 11 丁吉, 万芹, 干敏雷, 等. 青少年家庭环境与抑郁症状的相关性[J]. *中国学校卫生*, 2023, 44(5): 677–681. [Ding J, Wan Q, Gan ML, et al. Correlation between family environment and depressive symptoms among adolescents[J]. *Chinese Journal of School Health*, 2023, 44(5): 677–681.]

- DOI: [10.16835/j.cnki.1000-9817.2023.05.009](https://doi.org/10.16835/j.cnki.1000-9817.2023.05.009).
- 12 王玉龙, 李荣, 陈慧玲, 等. 父母冲突对早期青少年自伤的影响: 抑郁的纵向中介作用 [J/OL]. 心理发展与教育, 2025, (2): 276–283. [Wang YL, Li R, Chen HL, et al. The relationship between interparental conflict and adolescents' self-injury: a moderate mediation model[J/OL]. Psychological Development and Education, 2025(2): 276–283.] <https://doi.org/10.16187/j.cnki.issn1001-4918.2025.02.13>.
 - 13 Hamid PN, Yue XD, Leung CM. Adolescent coping in different Chinese family environments[J]. Adolescence, 2003, 38(149): 111–130. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12803457/>.
 - 14 Eckshtain D, Horn R, Weisz JR. Family-based interventions for youth depression: Meta-analysis of randomized clinical trials[J]. Child Psychiatry Hum Dev, 2023, 54(6): 1737–1748. DOI: [10.1007/s10578-022-01375-y](https://doi.org/10.1007/s10578-022-01375-y).
 - 15 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, revised[M]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
 - 16 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed[M]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
 - 17 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR[M]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
 - 18 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5) 5th ed[M]. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
 - 19 World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)[M]. World Health Organization, 1992.
 - 20 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 (第三版)[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. [Chinese Society of Psychiatry. Chinese classification and diagnostic criteria of mental disease, 3th ed[M]. Jinan: Shandong Science and Technology Press, 2001.]
 - 21 李柄辉, 訾豪, 李路遥, 等. 医学领域一次研究和二次研究的方法学质量 (偏倚风险) 评价工具 [J]. 医学新知, 2021, 31(1): 51–58. [Li BH, Zi H, Li LY, et al. Methodological quality (risk of bias) assessment tools for primary and secondary medical studies: what are they and which is better?[J]. Yixue Xinzhi Zazhi, 2021, 31(1): 51–58.] DOI: [10.12173/j.issn.1004-5511.2021.01.07](https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-5511.2021.01.07).
 - 22 Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, et al. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38(3): 272–279. DOI: [10.1097/00004583-199903000-00014](https://doi.org/10.1097/00004583-199903000-00014).
 - 23 Brent DA, Holder D, Kolko D, et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy[J]. Arch Gen Psychiatry, 1997, 54(9): 877–885. DOI: [10.1001/archpsyc.1997.01830210125017](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830210125017).
 - 24 Waraan L, Rognli EW, Czajkowski NO, et al. Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics[J]. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2021, 15(1): 8. DOI: [10.1186/s13034-021-00361-x](https://doi.org/10.1186/s13034-021-00361-x).
 - 25 Gunlicks-Stoessel M, Mufson L. Innovations in practice: a pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents and their parents[J]. Child Adolesc Ment Health, 2016, 21(4): 225–230. DOI: [10.1111/camh.12167](https://doi.org/10.1111/camh.12167).
 - 26 Esposito-Smythers C, Wolff JC, Liu RT, et al. Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial[J]. J Child Psychol Psychiatry, 2019, 60(10): 1133–1141. DOI: [10.1111/jcpp.13095](https://doi.org/10.1111/jcpp.13095).
 - 27 Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, et al. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002, 41(10): 1190–1196. DOI: [10.1097/00004583-200210000-00008](https://doi.org/10.1097/00004583-200210000-00008).
 - 28 谢艳红, 李映娟, 王相兰, 等. 家庭治疗联合药物治疗对首发青少年抑郁症的效果 [J]. 新乡医学院学报, 2015, 32(6): 543–545, 548. [Xie YH, Li YJ, Wang XL, et al. Effect of family therapy combined with antidepressants on the first-onset adolescent depression[J]. Journal of Xinxiang Medical University, 2015, 32(6): 543–545, 548.] DOI: [10.7683/xxyxyxb.2015.06.019](https://doi.org/10.7683/xxyxyxb.2015.06.019).
 - 29 程俊香, 赵娟, 冯耀清, 等. 亲子团体情绪调节及心理韧性训练在青少年抑郁症患者中的疗效 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2023, 32(12): 1078–1085. [Cheng JX, Zhao J, Feng YQ, et al. Efficacy of parent-child emotional regulation and resilience group training on adolescent depression[J]. Chinese Journal of Behavioral Medicine and

- Brain Science, 2023, 32(12): 1078–1085.] DOI: [10.3760/cma.j.cn371468-20230203-00047](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn371468-20230203-00047).
- 30 薛树龙, 黄群群, 乔云云, 等. 认知行为治疗联合家庭治疗对首发青少年抑郁症患者的疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2023, 50(1): 48–51. [Xue SL, Huang QQ, Qiao YY, et al. Effect of cognitive behavioral therapy combined with family therapy on first-episode adolescent depression[J]. Journal of International Psychiatry, 2023, 50(1): 48–51.] DOI: [10.13479/j.cnki.jip.2023.01.043](https://doi.org/10.13479/j.cnki.jip.2023.01.043).
- 31 卢和丽, 蔡凤, 刘云, 等. 线上与线下结合的萨提亚家庭治疗对抑郁障碍青少年及其父母情绪的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2022, 31(10): 893–898. [Lu HL, Cai F, Liu Y, et al. Influence of online and offline satir family therapy on emotions of adolescents with depressive disorder and their parents[J]. Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science, 2022, 31(10): 893–898.] DOI: [10.3760/cma.j.cn371468-20220127-00038](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn371468-20220127-00038).
- 32 韩利, 王娟, 张小梅, 等. 心智化家庭治疗对青少年抑郁障碍患者抑郁症状及非自杀性自伤行为的影响[J]. 四川精神卫生, 2023, 36(6): 491–496. [Han L, Wang J, Zhang XM, et al. Effect of mentalization-based family therapy on depressive symptoms and non-suicidal self-injury behavior in adolescents with major depressive disorder[J]. Sichuan Mental Health, 2023, 36(6): 491–496.] DOI: [10.11886/scjsws20230712001](https://doi.org/10.11886/scjsws20230712001).
- 33 Johnco C, Rapee RM. Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms[J]. J Affect Disord, 2018, 241: 599–607. DOI: [10.1016/j.jad.2018.08.062](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.062).
- 34 Miller VA, Silva K, Friedrich E, et al. Efficacy of a primary care-based intervention to promote parent-teen communication and well-being: a randomized controlled trial[J]. J Pediatr, 2020, 222: 200–206. e2. DOI: [10.1016/j.jpeds.2020.03.050](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.050).
- 35 Orth U. The family environment in early childhood has a long-term effect on self-esteem: a longitudinal study from birth to age 27 years[J]. J Pers Soc Psychol, 2018, 114(4): 637–655. DOI: [10.1037/pspp0000143](https://doi.org/10.1037/pspp0000143).
- 36 Oliva A, Jimenez JM, Parra A. Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment[J]. Anxiety Stress Coping, 2009, 22(2): 137–152. DOI: [10.1080/10615800802082296](https://doi.org/10.1080/10615800802082296).
- 37 Waraan L, Siqveland J, Hanssen-Bauer K, et al. Family therapy for adolescents with depression and suicidal ideation: a systematic review and Meta-analysis[J]. Clin Child Psychol Psychiatry, 2023, 28(2): 831–849. DOI: [10.1177/13591045221125005](https://doi.org/10.1177/13591045221125005).
- 38 Huang Y, Li Y, Haun MW, et al. Systemic therapy for children and adolescents with depression: a systematic review and Meta-analysis[J]. Curr Psychol, 2024, 43: 3355–3367. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-023-04558-5>.
- 39 吕洞宾, 王嫩妮, 曹岚, 等. 自评能否替代他评: 抑郁症评估中的循证依据[J]. 中华精神科杂志, 2020, 53(3): 271–274. [Lyu DB, Wang MT, Cao L, et al. Can self-report replace clinician rating: an evidence-based review for depression assessment[J]. Chinese Journal of Psychiatry, 2020, 53(3): 271–274.] DOI: [10.3760/cma.j.cn113661-20200317-00120](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn113661-20200317-00120).
- 40 Butler EA, Lee TL, Gross JJ. Emotion regulation and culture: are the social consequences of emotion suppression culture-specific?[J]. Emotion, 2007, 7(1): 30–48. DOI: [10.1037/1528-3542.7.1.30](https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.1.30).
- 41 Kleinman A. Culture and depression[J]. N Engl J Med, 2004, 351(10): 951–953. DOI: [10.1056/NEJMp048078](https://doi.org/10.1056/NEJMp048078).
- 42 Tatnell R, Kelada L, Hasking P, et al. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors[J]. J Abnorm Child Psychol, 2014, 42(6): 885–896. DOI: [10.1007/s10802-013-9837-6](https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6).
- 43 Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, et al. Does treatment method matter? A Meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents[J]. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2020, 7: 9. DOI: [10.1186/s40479-020-00123-9](https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9).

收稿日期: 2024 年 07 月 22 日 修回日期: 2024 年 09 月 09 日
 本文编辑: 李绪辉 曹越

引用本文: 李婷婷, 韩琦, 杜巧荣. 基于父母的心理干预对治疗青少年抑郁障碍疗效的Meta分析[J]. 医学新知, 2024, 34(10): 1140–1150. DOI: [10.12173/j.issn.1004-5511.202407066](https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-5511.202407066).
 Li TT, Han Q, Du QR. A Meta-analysis of the effectiveness of parent-based psychological intervention in adolescents with depressive disorders[J]. Yixue Xinzhi Zazhi, 2024, 34(10): 1140–1150. DOI: [10.12173/j.issn.1004-5511.202407066](https://doi.org/10.12173/j.issn.1004-5511.202407066).