

青少年抑郁症患者述情障碍的潜在剖面分析及影响因素研究

宋果¹, 祝健瑛^{2a}, 朱丽^{2b}, 陶慧¹, 龚加美¹, 李若丹¹, 陈林¹

1. 昆明医科大学护理学院, 云南 昆明 650500; 2. 云南省精神病院 a. 儿童青少年科, b. 临床心理科, 云南 昆明 650224

【摘要】 目的 探索青少年抑郁症患者群体述情障碍的潜在类别及其影响因素。方法 本研究为横断面研究设计, 便利抽取 2025 年 1~5 月云南省某三级甲等精神病专科医院 342 例青少年抑郁症患者, 采用一般资料调查表、抑郁自评量表 (SDS)、多伦多述情障碍问卷 20 项 (TAS-20) 进行问卷调查。采用 Mplus 8.0 软件对青少年抑郁症患者述情障碍得分进行潜在剖面分析, SPSS 27.0 软件分析各剖面的影响因素。结果 青少年抑郁症患者的述情障碍可分为轻度情绪识别与描述困难型 (24.6%)、中度情绪识别与描述困难型 (57.2%) 和重度情绪识别与描述困难型 (18.2%) 3 个潜在类别, 不规则服药、汉族青少年、抑郁情绪较重者归属于重度情绪识别与描述困难型的可能性大。结论 青少年抑郁症患者述情障碍存在异质性, 医护人员可根据述情障碍潜在类别开展针对性干预, 促进其心理健康。

【关键词】 抑郁症, 青少年, 述情障碍, 潜在剖面分析, 影响因素

【中图分类号】 R473.34 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1672-6170(2026)03-0129-06

Latent profile analysis and influencing factors of alexithymia in adolescent depression patients
SONG Guo¹, ZHU Jian-ying^{2a}, ZHU Li^{2b}, TAO Hui¹, GONG Jia-mei¹, LI Ruo-dan¹, CHEN Lin¹ 1. School of Nursing, Kunming Medical University, Kunming 650500, China; 2a. Department of Child and Adolescent Psychiatry, 2b. Department of Clinical Psychology, Yunnan Provincial Mental Hospital, Kunming 650224, China

【Corresponding author】 TAO Hui

【Abstract】 **Objective** To explore the potential classes of alexithymia and their influencing factors in adolescents with depression. **Methods** A cross-sectional study design was adopted. A total of 342 adolescent depression patients from a tertiary grade A psychiatric hospital in Yunnan Province from January to May 2025 were conveniently selected. Questionnaire survey was conducted using the general information questionnaire, the Self-rating Depression Scale (SDS) and the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Latent profile analysis (LPA) of alexithymia scores was performed using Mplus 8.0. Influencing factors of profiles were analyzed using SPSS 27.0. **Results** The alexithymia of adolescent depression patients could be divided into three potential categories: mild emotion recognition and description difficulty type (24.6%), moderate emotion recognition and description difficulty type (57.2%), and severe emotion recognition and description difficulty type (18.2%). Irregular medication, Han adolescents and those with severe depression were more likely to belong to severe difficulty in emotion recognition and description. **Conclusions** Alexithymia in adolescents

- [8] 杨婧, 马艳, 李瑞霞, 等. 红外线治疗联合盆底肌瑜伽对宫颈癌患者术后残余尿量、下肢水肿、心理弹性的影响[J]. 河南医学研究, 2023, 32(8): 1425-1429.
- [9] 邓影倩, 王洁, 任密. 复合消肿法对宫颈癌根治术后下肢淋巴水肿患者的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(21): 100-102.
- [10] Abakay H, Dogan H, Atilabey Güç A, et al. Association of lower extremity lymphedema with pelvic floor functions, sleep quality, kinesiophobia, body image in patients with gynecological cancers [J]. Women Health, 2023, 63(1): 27-34.
- [11] 周吉平, 林宇仪, 朱敏菲, 等. 体外冲击波疗法联合综合消肿治疗对宫颈癌术后下肢淋巴水肿的临床疗效[J]. 中华烧伤与创面修复杂志, 2025, 41(6): 543-551.
- [12] 韩倩倩, 张建华, 李丽, 等. 中医综合护理对妇科恶性肿瘤患者术后下肢水肿程度及生活质量的影响[J]. 中国医学创新, 2025, 22(7): 97-100.
- [13] 徐翠翠. 益气化痰利水汤联合温针灸治疗对乳腺癌术后上肢淋巴水肿患者上肢功能的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2025, 6(2): 63-66.
- [14] 刘小红, 董婕, 王咪, 等. 温针灸联合肌内效贴治疗宫颈癌术后下肢淋巴水肿的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(10): 931-933.
- [15] 董得喜. 温针灸配合肌内效贴对宫颈癌术后下肢淋巴水肿恢复效果的影响[J]. 青海医药杂志, 2022, 52(5): 50-52.
- [16] 李际涛, 闵振兴, 汪萌, 等. 防己黄芪汤化裁外敷联合温针灸治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2024, 26(5): 78-81.
- [17] 庞雪, 高芳宁, 孟英. 五皮饮结合温针灸促进乳腺癌术后上肢淋巴水肿患者康复效果观察[J]. 四川中医, 2022, 40(12): 169-173.
- [18] 张霞, 朱勇. 阳和利水汤联合温针灸治疗乳腺癌术后上肢淋巴水肿的疗效及对患肢周径变化和主观症状的影响[J]. 河北中医, 2021, 43(11): 1822-1826.
- [19] 刘鑫禹. 益气温阳通络方治疗妇科肿瘤放疗后下肢淋巴水肿的疗效观察及对血清相关炎症因子及 VEGF 的影响[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2024.
- [20] 何芸, 范焕芳, 马盼, 等. 不同针灸治疗方式干预乳腺癌术后上肢淋巴水肿效果的网状 Meta 分析[J]. 中国全科医学, 2025, 28(14): 1788-1794.

(收稿日期: 2025-11-06; 修回日期: 2026-01-22)

(本文编辑: 彭羽)

with depression exhibits heterogeneity. Medical staff can carry out targeted interventions based on potential categories of alexithymia to promote their mental health.

【Key words】 Depression; Adolescents; Alexithymia; Latent profile analysis; Influencing factors

青少年抑郁症作为青春期多发的精神心理问题,其核心特征包括持续性心境低落、兴趣缺失及认知功能损害^[1]。由于受到自我意识发展和身份认同发展的影响,青少年常常用行为表达抑郁情绪,临床表现往往不同于成人,具有隐蔽性且与成长状况紧密联系,典型表现涵盖社交回避、学业倦怠、情绪失控、人际敏感及自我价值感降低等^[2-4]方面。调查报告^[5]显示,我国青少年群体中抑郁症检出率为 24.6%,终身患病率为 15%~20%,终身患病率与成年人相近且逐渐向低龄化趋势发展^[6],严重危害青少年的心理健康与成长,对青少年、家庭和社会造成严重影响^[7, 8]。述情障碍是在躯体或精神疾病中较为常见的一种心理特点,是指个体难以识别、描述、表达和调节自己的情感^[9, 10],这在抑郁症患者中更为显著,述情障碍往往会加速神经系统的退化,导致疾病恶化与病程迁延,增加护理服务成本与治疗复杂性。

潜在剖面分析(latent profile analysis, LPA)是通过个体异质性识别群体潜在特征的一种统计学分析方法^[11-13],其核心原理在于通过数据驱动的分类模式探究研究对象的异质性特征,将具有相似特征的个体纳入同一类,有利于针对不同特征人群构建干预^[14]。目前对青少年抑郁症述情障碍的研究多为相关性研究,未能充分考虑个体在述情障碍三个维度上存在的异质性,不利于临床医务工作者实施针对性干预。因此本研究采用潜在剖面分析探索青少年抑郁症患者述情障碍的类别,并进一步分析各类别的影响因素,以期临床医务工作者采取针对性措施提供参考,促进患者心理健康。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究采用便利抽样法,于 2025 年 1~5 月招募在云南省某三级甲等精神病专科医院儿童青少年科与临床心理科就诊的 342 例住院青少年抑郁症患者。纳入标准:①符合 DSM-5 抑郁症诊断标准;②年龄 10~19 岁;③知情同意并对本研究自愿参加。排除标准:①存在认知障碍,不能正常交流者;②合并脑部结构/神经系统并发症、严重心、肺、肝、肾功能不全者。本研究已通过昆明医科大学伦理委员会批准(审批号为 MEC-259)。

【基金项目】2022 年度云南省研究生导师团队建设项目(编号:云学位[2022]7 号)

【通讯作者】陶 慧

1.2 方法

1.2.1 一般资料调查表 参考以往文献设计,用于收集青少年抑郁症患者的基本情况。内容包括性别、民族、年龄、患者文化程度、是否为独生子女、家庭居住地、是否担任学生干部、家庭收入、父母婚姻状况、生活习惯(是否吸烟喝酒)、童年心理创伤经历、病程、疾病了解程度、是否规律服药、是否伴随躯体症状等 15 项。

1.2.2 抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[15] 该量表包含 20 个问题,用于评估患者抑郁情绪的严重程度。总分 20~80 分,分数越高表示抑郁情绪越重。根据公式:标准分=原始总分/80×100,可将原始总分转换为标准分(范围 25~100 分),标准分低于 50 分通常表示情绪正常;50~59 分提示可能存在轻度抑郁;60~69 分提示中度抑郁;70 分及以上则提示重度抑郁。中文版 SDS 由王春芳等^[16]汉化验证,本研究采用该版本,本研究中量表的 Cronbach's α 系数为 0.797。

1.2.3 多伦多述情障碍问卷(Toronto alexithymia scale, TAS-20)^[17] 该量表包含情绪识别困难、情绪描述困难、外向性思维三个维度,共包含 20 个条目,总分范围为 20~100 分。得分在 61 分及以上被认为存在明显的述情障碍;52~60 分属于需要关注的临界范围;51 分及以下则被视为正常范畴。中文版 TAS-20 由袁勇贵等^[18]汉化验证,本研究采用该版本,本研究中量表的 Cronbach's α 系数为 0.711。

1.3 资料收集和质量控制 资料收集由 2 名研究者及数名儿童青少年科康复师、精神科专科护士完成,实施调查前均统一进行培训,调查人员首先向患者及其监护人说明本次研究的目的、意义,在获得同意之后发放纸质问卷。并采用统一的指导语解释填写要求,问卷当场回收,当场核对内容是否填写完整。本研究共发放问卷 360 份,回收有效问卷 342 份,问卷有效回收率为 95%。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 27.0 统计学软件进行数据分析。Mplus 8.0 软件将青少年抑郁症患者述情障碍的三个维度(情绪识别困难、情绪描述困难以及外向性思维)作为外显变量进行 LPA,拟合模型从“C1”开始,逐渐增加潜在类型数目,直到达到最佳模型适配度,确定综合拟合效果最好的模型为最终模型^[19]。使用赤池信息准则(AIC)、贝叶斯信息准则(BIC)、校正 BIC(aBIC)、罗蒙代-鲁本校正似然比(LMRT)和基于 Bootstrap 的似然比检验

(BLRT) 及熵 (Entropy) 来评价潜在模拟类别的差异, $P < 0.05$ 表示第 k 个模型拟合程度优于第 $k-1$ 个模型^[17]。同时需关注类别概率, 若某类人数比例过小(小于 5% 或者 3%)^[20], 则该类典型性不足、分类不合理, 分类后, 依据变量类均值高低概括各类特征并命名以作解释。其中计数资料用例数 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验和 Fisher 精确概率法; 计

量资料以均数 \pm 标准差表示, 比较采用 t 检验和方差分析; Logistic 回归分析各潜在剖面存在的影响因素。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般资料 342 例患者中男女比例约为 1 : 3, 患者平均年龄 (15.18 \pm 1.96) 岁。一般资料见表 1。

表 1 青少年抑郁症患者一般资料

变量	分组	人数	构成比 (%)	变量	分组	人数	构成比 (%)
性别	男	90	26.30	家庭月收入	<1000 元	30	8.80
	女	252	73.70		1001~3000 元	161	47.10
民族	汉族	240	70.20		3001~5000 元	68	19.90
	其他	102	29.80	>5000 元	83	24.30	
年龄	10~13 岁	73	21.35	父母婚姻状况	正常	256	74.85
	14~17 岁	234	68.42		其他	86	25.15
	18~19 岁	35	10.23	疾病了解情况	不太了解	3	0.90
病程	0-12 月	164	47.95		基本了解	49	14.30
	12-36 月	84	24.56		比较了解	44	12.90
	>36 月	94	27.49	完全了解	246	71.90	
居住地	城市	171	50.00	担任学生干部	是	214	62.60
	农村	171	50.00		否	128	37.40
患者文化程度	小学及以下	22	6.40	心理创伤经历	是	200	58.50
	初中	166	48.50		否	142	41.50
	高中或职业教育	146	42.70	规律服药	是	275	80.40
	本科及以上	8	2.30		否	67	19.60
独生子女	是	85	24.90	躯体伴随症状	是	223	65.20
	否	257	75.10		否	119	34.80
生活习惯(吸烟、喝酒)	是	71	20.80				
	否	271	79.20				

2.2 青少年抑郁症患者抑郁情绪与述情障碍得分 342 例患者抑郁情绪与述情障碍得分经 Shapiro-Wilk 分析, 符合正态分布 ($P = 0.116$)。患者抑郁情绪得分为 41~94 分 [(73.53 \pm 10.60) 分]; 述情障碍得分为 36~89 分 [(68.07 \pm 8.36) 分], 其中情绪识别困难平均分 (26.66 \pm 5.02) 分、情绪描述困难平均分 (17.91 \pm 3.27) 分、外向性思维平均分 (23.49 \pm 3.37) 分。

2.3 青少年抑郁症患者述情障碍问卷得分潜在剖面分析结果 以 342 例青少年抑郁症患者述情障碍得分进行潜在剖面分析, 以情绪识别困难、情绪描

述困难、外向性思维 3 个维度为指标, 本研究共拟合 5 个潜在剖面模型, 各模型的拟合指标见表 2。当提取的潜在剖面个数由 1 个增加至 4 个时, AIC/BIC 和 aBIC 均下降, LMRT 和 BLRT 检验均具有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。但剖面个数为 4 个时, 类别 1 ($n = 11$) 占比仅 3.2%, 低于“可接受最小剖面相对规模”5% 的标准^[21], 存在剖面稳定性风险。因此, 遵循“简约-适配”原则^[22], 保留模型 3 作为最佳拟合模型。见表 2。基于模型 3 个剖面在多伦多述情障碍问卷 3 个维度中的得分均值见图 1。

表 2 青少年抑郁症患者述情障碍潜在剖面模型拟合结果 ($n = 342$)

拟合模型	AIC	BIC	aBIC	LMRT	BLRT	Entropy	K	类别占比
1	5688.446	5711.437	5692.404				6	1
2	5569.662	5607.981	5576.259	0.002	<0.001	0.63	10	0.449/0.551
3	5523.889	5577.535	5533.124	0.026	<0.001	0.703	14	0.246/0.572/0.182
4	5488.953	5557.927	5500.827	0.037	<0.001	0.833	18	0.032/0.284/0.467/0.217
5	5456.822	5541.123	5471.334	0.005	0.25	0.852	22	0.032/0.003/0.284/0.214/0.466

根据每个潜在剖面类别在青少年抑郁症患者述情障碍量表各维度上的得分情况来命名, 三个类

别在外向性思维维度表现一致, 类别命名考虑情绪识别与情绪描述两个维度。类别 1 共 84 例

(24.6%), 该类型患者在情绪识别困难与情绪描述困难维度得分最低, 总分位于临界值水平, 表明青少年抑郁症患者在可疑述情障碍时情绪识别与描述能力处于低水平, 据此命名为轻度情绪识别与描述困难型。类别 2 共 196 例(57.2%), 该类型患者在情绪识别困难与情绪描述困难维度得分显著高于类别 1, 总分位于典型述情障碍水平, 表明此类患者在患有述情障碍时情绪识别与描述能力可能受损, 据此命名为中度情绪识别与描述困难型。类别 3 共 62 例(18.2%), 该类型患者在情绪识别维度得分达到最高值, 总分位于较高述情障碍水平, 表明此类患者在面对疾病所带来的情绪时难以改善认知功能, 据此命名为重度情绪识别与描述困难型。

2.4 青少年抑郁症患者述情障碍潜在剖面单因素分析

单因素分析显示, 青少年抑郁症患者述情

障碍的 3 个潜在类别在民族、规律服药、抑郁情绪得分等方面比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。不规律服药、汉族青少年、抑郁情绪较重者归属于重度情绪识别与描述困难型的可能性大。

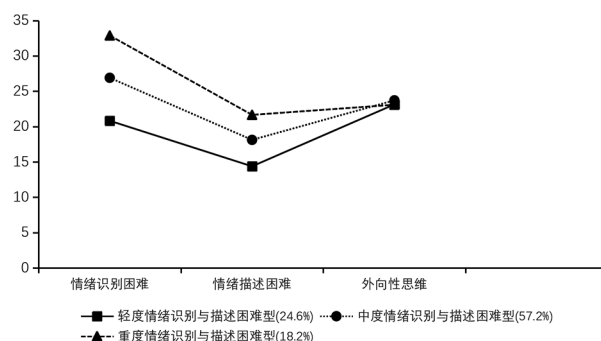


图 1 青少年抑郁症患者述情障碍 3 个潜在剖面的特征分布

表 3 青少年抑郁症患者述情障碍潜在剖面单因素分析 (n = 342)

因素		轻度情绪识别 与描述困难型 (n = 84)	中度情绪识别 与描述困难型 (n = 196)	重度情绪识别 与描述困难型 (n = 62)	统计量	P
性别	男	30	46	14	$\chi^2 = 5.01$	0.082
	女	54	150	48		
民族	汉族	50	142	48	$\chi^2 = 6.78$	0.034
	其他	34	54	14		
年龄	10~13 岁	25	74	24	$H = 4.48$	0.345
	14~16 岁	52	103	29		
	17~19 岁	7	19	9		
独生子女	是	19	47	19	$\chi^2 = 1.51$	0.471
	否	65	149	43		
家庭居住地	城市	41	97	33	$\chi^2 = 0.35$	0.84
	农村	43	99	29		
担任学生干部	是	52	108	40	$\chi^2 = 2.38$	0.305
	否	32	88	20		
文化程度	小学及以下	6	11	5	$H = 4.95$	0.55
	初中	40	91	35		
	高中或职业教育	37	89	20		
	本科及以上	1	5	2		
父母婚姻状况	正常	56	148	52	$F = 2.92$	0.088
	其他	28	48	10		
生活习惯(如吸烟饮酒)	有	21	31	19	$\chi^2 = 5.55$	0.063
	无	63	165	43		
童年心理创伤经历	有	44	128	30	$\chi^2 = 3.05$	0.218
	无	40	68	32		
病程	<1 年	46	79	39	$H = 5.39$	0.25
	1-3 年	26	40	18		
	>3 年	12	77	5		
家庭收入	<1000 元	7	19	4	$H = 2.48$	0.115
	1000~3000 元	43	93	25		
	3001~5000 元	14	43	11		
	>5000 元	20	41	22		
规律服药	是	19	38	9	$\chi^2 = 1.51$	0.047
	否	65	157	53		
伴随躯体症状	有	63	157	50	$\chi^2 = 1.18$	0.554
	无	21	39	12		

因素		轻度情绪识别	中度情绪识别	重度情绪识别	统计量	P
		与描述困难型 (n=84)	与描述困难型 (n=196)	与描述困难型 (n=62)		
疾病了解程度	不太了解	6	18	5	H=4.95	0.55
	基本了解	40	85	35		
	比较了解	37	89	20		
	完全了解	1	4	2		
抑郁情绪得分(分)		69.4±9.8	75.4±9.78	85.8±11.9	F=50.64	<0.001

2.5 青少年抑郁症患者述情障碍潜在类别的差异性比较 述情障碍总分及各维度得分差异性比较中,3个潜在类别在 TAS-20 量表总分、情绪识别困

难与情绪描述困难得分方面差异具有统计学意义 ($P<0.001$), 在外向性思维维度差异无统计学意义 ($P=0.061$)。见表 4。

表 4 不同潜在类别患者在述情障碍总分及各维度得分比较(分)

项目	TAS-20 量表总分	情绪识别困难得分	情绪描述困难得分	外向性思维得分
轻度情绪识别与描述困难型	58.31 ± 4.61	20.81 ± 0.83	14.37 ± 0.46	23.13 ± 0.33
中度情绪识别与描述困难型	68.72 ± 4.40	26.90 ± 0.7	18.11 ± 0.39	23.71 ± 0.3
重度情绪识别与描述困难型	78.33 ± 5.72	32.88 ± 0.54	21.65 ± 0.68	23.8 ± 0.62
F	283.4	514.7	368.9	2.84**
P	<0.001	<0.001	<0.001	0.061
效应量	0.66	0.78	0.71	0.02

** 方差不齐使用韦尔奇检验

3 讨论

3.1 青少年抑郁症患者的述情障碍存在异质性 本研究识别了青少年抑郁症患者述情障碍异质性明显的 3 个类别,效应量分析显示,TAS-20 总分、情绪识别困难、情绪描述困难得分及效应量均处于中高水平,表明这一述情障碍的分类对于区分抑郁症青少年的情绪加工特征具有重要临床意义。值得注意的是,3 个组别的外向性思维维度得分组间比较差异无统计学意义 ($P=0.061$),提示抑郁症青少年普遍存在外向性思维过度的问题,这与既往研究发现抑郁症患者普遍存在情绪加工偏向外部事件、忽略内心体验的特点相符^[23, 24]。临床工作者可采用计算机化情绪识别训练^[25]和微表情识别训练^[26],提升情绪识别与加工能力。中、重度情绪识别与描述困难型的 TAS-20 量表总分及情绪识别困难、情绪描述困难维度得分显著较高,临床工作者应针对性开展团体社交训练^[27]和表达性写作疗法^[28],帮助患者通过改善人际功能提升言语化表达能力,降低述情障碍程度。

3.2 述情障碍潜在类别在患者民族、规律服药等人口学资料上的差异 述情障碍潜在类别在青少年抑郁症患者规律服药、民族等人口学资料中存在差异。由表 1 可知,未规律服药的青少年抑郁症患者归属于重度情绪识别与描述困难型的可能性更大,可能是药物治疗依从性差导致抑郁情绪控制不佳,而持续的低落情绪进一步损害前额叶皮层与杏仁核的功能连接,削弱情绪加工能力,进而增加难以识别和描述内心情绪痛苦的风险^[29]。汉族青少年

抑郁症患者在重度情绪识别与描述困难型中的占比更高,可能源于儒家思想中“中和”理念下的情绪调节规范,要求通过“克己复礼”实现情绪平衡,这种文化规训可能通过社会化过程抑制情绪的自然表达,导致情绪识别与描述能力的后天弱化^[29],减少了对青少年的情感支持,使其内化的情绪体验缺乏外化的安全出口,进而发展为识别困难^[4]。从更深层次看,青少年抑郁症患者的述情障碍异质性与人口学特征的关联,本质上反映了生物-心理-社会多层次因素的动态交互,这提示临床工作者应重点关注具有上述特征的青少年群体,重视患者家庭关系,制定个体化的干预措施以改善其述情障碍症状及抑郁情绪。

3.3 抑郁情绪较重的患者归属重度情绪识别与描述困难型的可能性更大 由表 3 可知,抑郁情绪得分随情绪识别与描述困难程度的增加呈阶梯式升高,提示抑郁情绪与述情障碍严重程度之间存在强关联,抑郁情绪较重患者常存在“情绪表达羞耻感”,担心负面情绪会给他人带来负担,从而刻意抑制情绪描述^[30-32],这种抑制会进一步加重内心情绪体验的混乱感。因此,在临床实践中,提示医护人员需针对不同程度述情障碍患者的抑郁情绪干预实施阶梯式方案,可以通过情绪日记、情绪模块训练及多模态联合干预^[33, 34]来改善语言能力,促进情绪识别与描述能力得到提升,同时缓解患者抑郁情绪。

综上,本研究通过潜在剖面分析将青少年抑郁症患者述情障碍分为轻度情绪识别与描述困难型、中度情绪识别与描述困难型以及重度情绪识别与

描述困难型,提示其述情障碍存在异质性,且不同述情障碍潜在类别青少年抑郁症患者的抑郁情绪存在差异。提示医护人员应及早开展青少年抑郁症患者述情障碍的评估,以便为患者制订针对性的干预措施。但本研究调研范围仅限某一家医院,因此不能反映更大范围青少年抑郁症患者的述情障碍水平情况,结论外推范围有限。本研究为横断面调研且样本量偏少,可能导致述情障碍的潜在分类不稳定,对于述情障碍的纵向发展无法预测,未来的研究可考虑扩大样本量开展多中心、纵向深入研究,进一步验证潜在剖面的稳定性。

【参考文献】

- [1] Herrman H, Kieling C, McGorry P, et al. Reducing the global burden of depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission[J]. LANCET, 2019, 393(10189):42-43.
- [2] 徐彩华. 青少年抑郁症的主要症状及主要诱发因素和防治措施[J]. 山东青年, 2021(1):197-198.
- [3] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [4] 王膺杰,李禾婷,石丹理,等. 青少年非自杀性自伤与家庭复原力的关系:一项有调节的中介效应研究[J]. 四川大学学报(医学版), 2025,56(6):1683-1690.
- [5] 蒋毅主编孙向红. 心理健康蓝皮书:中国国民心理健康发展报告(2023—2024)[M]. 北京:社会科学文献出版社, 2025.
- [6] Huang Y, Wang Y, Wang H. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. Lancet Psychiatry, 2019,6(4):11.
- [7] 周惠至,杨舒然,韩冬,等. 家庭动力学特征和负性生活事件与青少年抑郁症状的相关性分析[J]. 解放军医学杂志, 2024,49(12):1360-1365.
- [8] 吴慧攀,干敏雷,尹小俭,等. 青少年抑郁症状影响因素研究进展[J]. 中国学校卫生, 2023,44(5):786-790.
- [9] 陈航. 青少年早期述情障碍和自我概念清晰性对抑郁情绪的影响:横断与纵向研究[D]. 贵州:贵州师范大学, 2024.
- [10] Pe S. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients[J]. Psychother Psychosom, 1973,22(2):255-262.
- [11] 游展鸿,孙国珍,卢静,等. 心房颤动患者身体活动的潜在剖面分析及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2025,28(12):1486-1493.
- [12] 温忠麟,谢晋艳,王惠惠. 潜在类别模型的原理、步骤及程序[J]. 华东师范大学学报(教育科学版), 2023,41(1):1-15.
- [13] 王孟成,毕向阳. 潜变量建模与Mplus应用[M]. 重庆:重庆大学出版社, 2018.
- [14] 徐梅,林雯雯,宁丽,等. 肺癌患者自我管理行为的潜在剖面分析[J]. 中华护理杂志, 2024,59(20):2487-2495.
- [15] Zung WW. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS[J]. Arch Gen Psychiatry, 1965,13(6):508.
- [16] 王春芳,蔡则环,徐清. 抑郁自评量表—SDS对1,340例正常人评定分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1986,12(5):267-268.
- [17] Bagby RM. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. [J]. J Psychosom Res, 1994,38(1):23-32.
- [18] 袁勇贵,沈鑫华,张向荣,等. 多伦多述情障碍量表(TAS-20)的信度和效度研究[J]. 四川精神卫生, 2003,16(1):25-27.
- [19] 王斐,丁雯,刘娟,等. 老年慢性心力衰竭患者自我管理轨迹及其影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2024,24(9):1308-1313.
- [20] Jung T, Wickrama KAS. An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling[J]. Social and Personality Psychology Compass, 2008,2(1):302-317.
- [21] Tein J, Coxe S, Cham H. Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis[J]. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 2013,20(4):640-657.
- [22] Lubke G, Muthén B. Investigating population heterogeneity with factor mixture models[J]. Psychological Methods, 2005,10(1):21-39.
- [23] Gul H, Torun YT, Cakmak FH. Facial emotion recognition in adolescent depression: The role of childhood traumas, emotion regulation difficulties, alexithymia and empathy[J]. Indian J Psychiatry, 2023,65(4):443-452.
- [24] Zhang B, Tian S. Social cognition in adolescent depression: Evolution of research content and future perspectives[J]. World J Psychiatry, 2025,15(10):8-15.
- [25] Preis MA, Schlegel K, Rehbein S. Training emotion recognition in depression—An experimental study[J]. British Journal of Clinical Psychology, 2025,64(3):817-828.
- [26] Wezowski K, Penton-Voak IS. An open label pilot study of micro expression recognition training as an intervention for low mood[J]. Scientific Reports, 2025,15(1):1-12.
- [27] Shin J, Bae SM. Moderating effects of emotional recognition competency in rejective parenting and adolescent depression and aggression[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023,20(18):6775.
- [28] Hunt X, Shakespeare T, Vilyte G. Effectiveness of social inclusion interventions for anxiety and depression among adolescents: a systematic review[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023,20(3):1895.
- [29] Gul H, Torun YT, Cakmak FH. Facial emotion recognition in adolescent depression: The role of childhood traumas, emotion regulation difficulties, alexithymia and empathy[J]. Indian Journal of Psychiatry, 2023,65(4):443-452.
- [30] Liu Z, He S, Hou C. The effect of alexithymia on depression: evidence from meta-analysis[J]. Front Psychol, 2025,16:1465286.
- [31] 龙宇,徐新茂,张换芳,等. 青少年共情与抑郁的关系:家庭功能的中介作用[J]. 四川大学学报(医学版), 2024,55(3):680-686.
- [32] 刘影,柴晓运,桑标,等. 情绪抑制和表达与青少年学业情绪的关系:优势和劣势情境的差异[J]. 中国临床心理学杂志, 2024,32(6):1318-1322.
- [33] Tsubaki K, Shimizu E. Psychological treatments for alexithymia: a systematic review[J]. Behavioral Sciences, 2024,14(12):1173.
- [34] Preis MA, Schlegel K, Rehbein S. Training emotion recognition in depression—An experimental study[J]. British Journal of Clinical Psychology, 2025,64(3):817-828.

(收稿日期:2025-12-05;修回日期:2026-02-05)

(本文编辑:彭羽)