

• 专栏 •

全国 22 个省市 26 个单位 24013 名城  
市在校少年儿童行为问题调查  
——独生子女精神卫生问题的调查,防治和  
Achenbach's 儿童行为量表中国标准化

上海市精神卫生中心儿童行为研究室

甘肃省天水市精神病院儿童心理室

陕西省教育科学研究所

河南省新乡医学院儿科系

深圳市康宁医院

山东省精神病院

哈尔滨市第一专科医院

华西医科大学附属一院精神科

广西省柳州市龙泉山医院

北京医科大学精神卫生研究所

北京市安定医院

新疆乌鲁木齐市中国人民解放军 23 医院

新疆乌鲁木齐第四人民医院

吉林省延吉市延边神经精神防治院

内蒙精神病防治院

武汉市精神病防治院

重庆市第二精神病医院

昆明精神卫生中心

辽宁省精神病院

辽宁省人民医院儿保科

沈阳市中国医科大学附属三院

南京儿童心理卫生研究中心

宁波市康宁医院

合肥市精神病医院

苏州市广济医院

忻仁斌

蔡小明

李宝林

唐慧琴等

张志雄等

程志屏等

于贵珍等

戴汉腾等

郭传琴等

刘晓春等

单友荷等

徐继梅等

杨晓玲等

常锦如等

郑宏斌等

伊其忠等

金凤镇等

刘玉卿等

秦国荣等

牟绍蓉等

杨芳等

李翔

武秀云

才淑阁

张菊芬

胡珍玉等

顾庆翠

蒋正言

随着时代的发展,社会向工业化、都市化发展,以及家庭结构的改变,父母对子女教育方式和期望在改变,儿童的心理压力日益加重,行为问题日趋突出。世界各国对儿童青少年精神卫生的关注也与日俱增。世界卫生组织曾指出“健康不仅是没有疾病,而是一种躯体、心理和社会适应方面的完好状态”。明确提出心理状态和社会功能是人们健康不可缺少的组成部份。为了改变我国以往对健康只注重躯体疾病的预防而忽视了心理卫生问题防治的现象,为了使我国儿童青少年心理卫生问题能早期发现、早期治疗和早期预防,为了提高我国人口素质,使儿童青少年能健康成长,我们必须重视对儿童精神卫生问题的防治研究。

研究儿童精神卫生问题,必须要有标准化研究工具,我们引进了美国 Achenbach's 儿童行为量表进行中国及各地区标准化测验,以填补我国在筛选儿童行为问题时工具的不足,并在此作为《独生子女精神卫生问题调查,防治研究》的工具。

## 方 法

(一)样本: 采取整群、随机、分层相结合的抽样方法,全国 22 个省市中(分别为上海、南京、合肥、山东、北京、哈尔滨、吉林、内蒙、新疆、甘肃、西安、重庆、成都、广西、昆明、武汉、河南、深圳、宁波、辽宁、苏州)。这些省市分布在中国的东、南、西、北及中部,调查结果一般说能代表中国的整体概况,也各具本省市特色。各地选择一调查点,要求这个点的经济、文化、教育、居住、生活水平等均属该区的中等水平。然后由教育局指定幼儿园及中、小学各 4 所(教育质量中等的中、小学及幼儿园各 2 所,教育质量好的和较差的各 1 所)作为样本单位。在这些调查单位中,选择各年级组的第一班中 1—30 号学生,按顺序抽取男、女学生各 10 名,作为调查对象。调查

对象的年龄为 4—16 岁。具体数字见表 1。

(二)方法: 采用调查表的方式,由调查对象的家长(一般为父或母)及青少年本人填写。调查表分两部分。第一部分是调查对象的家庭情况,包括家庭人口、父母情况、居住条件、儿童社交能力等。第二部分为调查对象的行为问题。调查时由各班主要教师进行协助。调查前由学校通知被调查学生的家长,约定时间同时到校。一个班级的学生家长集中在一个教室里,由调查人员发给表格,说明调查目的和表格填写方法。然后由家长各自填写,填写过程中有问题可随时提出,由调查组人员解答。第一次未能参加的家长由校方再约一次补填。表格收齐后按班级按人将各项数据输入计算机,进行分析。原始表格另行保存,以备查考。

(三)调查工具: 1. Achenbach 儿童行为量表<sup>[1]</sup>(简称艾氏儿童行为量表,或 CBCL)。2. DSM—Ⅲ—R<sup>[2]</sup>

(四)人员培训: 全国 22 个省市的 26 个协作单位参加协作研究的主要人员于 1988 年 10 月在上海市精神卫生中心进行培训,并邀请美国 Cincinnati 大学医学院儿童及青少年科主任 McConville 教授担任主讲。培训期二周,除了学习与应用 Achenbach 儿童行为量表外,还学习有关研究中的各个问题,如信度效度测定、抽样方法、评定标准、数据处理等,以期统一标准、统一工具、统一流程、统一数据处理。1989 年 10 月,第二次协作组会议,研究统一总结格式,并讨论随访防治问题,平时协作组以简报通信形式相互联系。

(五)资料处理: 各省市将调查资料输入统一程序的计算机软盘,送往上海,由公安部第三研究所及上海市精神卫生中心生物统计室进行分析。

(六)调查时间: 1988 年 11 月—1989 年 6 月。

表 1 调查对象(按省市、年龄、性别分列)

	4—5 岁			6—11 岁			12—16 岁			共 计		
	男	女	总	男	女	总	男	女	总	总	男	女
西安	121	118	239	224	229	453	198	199	397	1089	543	546
上海	90	96	186	237	246	483	168	167	335	1004	495	509
甘肃	134	133	267	248	258	506	216	210	426	1199	598	601
云南,昆明	107	107	214	206	222	428	179	198	377	1019	490	529
北京	131	131	262	307	298	605	212	199	411	1278	646	632
苏州	80	86	166	244	244	488	210	208	418	1072	534	538
华西医科大学	127	128	255	232	228	460	190	181	371	1086	551	535
深圳	122	106	228	208	206	414	127	149	276	918	456	462
内蒙	82	83	165	213	220	433	226	230	456	1054	520	534
乌鲁木齐	86	85	171	229	250	479	224	230	454	1104	526	578
重庆	96	99	195	218	213	431	182	173	355	981	496	485
合肥	120	113	233	247	274	521	206	215	421	1175	572	603
宁波	90	82	172	239	238	471	224	227	451	1100	553	547
南京	111	108	219	241	240	481	174	165	339	1039	526	513
河南	134	133	267	253	253	506	213	213	426	1199	600	599
辽宁	109	82	191	253	246	499	219	212	431	1121	587	534
广西	121	129	250	223	215	438	218	213	431	1119	562	557
延边	75	66	141	243	236	479	206	200	406	1026	524	506
武汉	117	107	224	222	196	418	182	188	370	1012	519	493
山东	137	137	274	214	222	436	189	215	404	1114	535	579
哈尔滨	94	90	184	218	208	426	279	281	560	1170	593	577
长春	111	113	224	128	238	456	221	233	454	1134	565	569
总数	2395	2332	4727	5137	5180	10317	4463	4506	8969	24013	11991	12022

## 结 果

本研究结果分二大部分。第一部分为 Achenbach 儿童行为量表的中国常模,第二部份为儿童精神卫生问题调查结果和防治措施初步意见。

## 一、Achenbach 儿童行为量表的中国标准化

(一)信度与效度检验结果:中国儿童与美国儿童相比,有自己特有的生活环境。为论证 Achenbach 儿童行为量表在中国各地是否可行,我们在调查之前先进行了信度检验。选择上海、北京、山东、吉林、成都、广西、甘肃、西安、哈尔滨、南京、宁波等地,分别进行检验。结果表明信度与效度均佳。

(二)将调查对象按照性别、年龄分成六组,分析行为问题分的常模范围,并与美国常模进行比较。

## 1. 4—5 岁男孩组(共 1993 人)。

Achenbach 将这一年龄组男孩的行为问题归纳为 8 个因子,其中前 3 个属内向因子,后 3 个为外向因子。第 5 个不计内向或外向。内外因子所包含的条目及全国 4—5 岁男孩行为分正常范围列于表 2。

表 2: 4—5 岁男孩行为问题因子分正常范围

地区	中国	美国
社会退缩	6—7	6—7
忧郁	13—14	13—14
不成熟	10—11	8—9
躯体诉述	4—5	2—3
性问题	1—2	3—4
分裂样	4—5	4—5
攻击	19—20	22—23
违纪	4—5	4—5

由表 2 可见,美国 4—5 岁男孩中,不成熟、躯体诉述二个因子组的常模分略低于中国同组儿童。而性问题和攻击却相反。

## 2. 4—5 岁女孩组 (共 1943 人)

Achenbach 将这一组行为问题也归纳为 8 个与男孩组完全不同的因子(内外向同 4—5 岁男孩组),兹将本年龄组行为问题因子名称及因子分正常范围列于表 3。

表 3. 4—5 岁女孩行为问题因子分正常范围

地区	中国	美国
抑郁表现	9—10	9—10
体诉	10—11	6
分裂样表现	8—9	11—12
社交退缩	7—8	8—9
性问题	2—3	3—4
肥胖	3—4	5
攻击性行为	14—15	20—21
多动	5—6	8—9

由表 3 可见,美国 4—5 岁女孩中,体诉常模分较低于中国;而分裂样表现,肥胖,攻击性表现及多动常模分却相反。

## 3. 6—11 岁男孩组 (共 4653 人)

Achenbach 将这年龄组的男孩行为问题归纳为 9 个因子,其中前 5 个属内向,后 3 个属外向,第 6 个不计在内外向中。兹将本组行为问题因子分正常范围列于表 4。

表 4. 6—11 岁男孩行为问题因子分正常范围

地区	中国	美国
分裂焦虑	5—6	4—5
抑郁	9—10	12—13
交往不良	5—6	5—6
强迫行为	8—9	9
体诉	6—7	4
社交退缩	5—6	6
多动	10—11	10—11
攻击性表现	19—20	20
违纪表现	7—8	5—6

由表 4 可见,美国的 6—11 岁男孩中体诉,违纪表现常模分低于中国同组男孩,而抑郁部分正相反。

## 4. 6—11 岁女孩组 (共 4685 人)

Achenbach 将这一组也归纳为 9 个因子,前 4 个因子为内向因子,后 5 个因子为外向因子。

兹将 6—11 岁女孩子组行为问题因子分正常范围列表 5。

表 5 6—11 岁女孩行为问题因子分正常范围

地区	中国	美国
抑郁	13—14	12—13
社交退缩	8—9	6—7
体诉	8—9	7
分裂强迫	3—4	3—4
多动	10—11	10
性问题	3—4	2—3
违纪表现	2—3	2—3
攻击性表现	18—19	20—21
残忍表现	3—4	3—4

由表 5 可见,美国的 6—11 岁女孩中,社交退缩,体诉因子常模分略低于中国同组女孩,而违纪分正相反。

## 5. 12—16 岁男孩组 (共 3962 人)

这组青少年的行为问题也被 Achenbach 归纳为 9 个因子。前 5 个属内向因子,后 3 个属外向因子,兹将这组行为问题因子分正常范围列表 6。

表 6 12—16 岁男孩行为问题因子分正常范围

地区	中国	美国
体诉	10—11	7
分裂样	7—8	5
交往不良	14—15	13
不成熟	5—6	4—5
强迫行为	5—6	6
敌意行为	10—11	9
违纪	8—9	7—8
攻击性表现	18—19	21—22
多动	9—10	9—10

由表 6 可见,美国 12—16 岁男孩中,体诉,分裂样,交往不良,敌意退缩的因子常模分略低于中国同组男孩,而攻击表现却相反。

## 6. 12—16 岁女孩组 (共 4005 人)

该组行为问题被 Achenbach 归纳为 8 个因子。前 4 个属内向、后 3 个属外向。第 6 个不计在内外向,兹将该年龄组行为问题因子正常范围表 7。

表 7. 12—16 岁女孩行为问题因子分正常范围

地区	中国	美国
焦虑强迫	17—18	14
体诉	7—8	3—4
分裂症	3—4	3—4
抑郁退缩	12—13	10—11
不成熟性多动	11—12	12
攻击性表现	17—18	22
违纪表现	11—12	12
残忍表现	4—5	4

表 7 中可见美国的 12—16 岁女孩组中焦虑、体诉、抑郁、不成熟因子常模分低于中国同组女孩,而攻击表现相反。

二、全国 4—16 岁儿童青少年精神卫生问题发生率 发生率为 12.97%(标准差 2.19)。用 DSM—Ⅲ—R 复查有问题的儿童,符合率为 86.4%。

### 三、儿童行为问题的有关因素分析:

(以下均用  $\chi^2$  分析,统计数字均为%,各组总数均不一致,原因是每份调查表中都有 2 格左右来填写)

#### 1. 儿童精神卫生问题与性格关系分析:

儿童的行为问题与性别、母亲围产期因素均有显著关系  $P<0.05$ 。

表 8 性别比较( $P<0.05$ )

	正常人数	异常人数	总数	%
男性	10196	1583	11779	13.4
女性	10307	1475	11789	12.5

由表 8 可见:男性儿童行为问题发生率(13.4)高于女性儿童(12.5)。

2. 儿童精神卫生问题与母亲妊娠及围产期关系分析:儿童精神卫生问题与是否有新生儿窒息有明显关系, $P<0.05$ ,与母亲妊娠时有无严重并发症、有无接触放射线、有无感染、有非常显著关系, $P<0.01$ 。

表 9. 母亲妊娠及围产期情况分析( $P<0.01$ )

	正常人数	异常人数	总数	%
围产期				

顺产	16263	2395	18659	12.83
窒息史	170	39	209	22.94
怀孕情况				
毒物接触史	882	146	1028	14.20
放射物质接触史	173	41	214	19.15
严重妊娠反应	1879	458	2337	19.59
严重感染	100	25	125	20
并发症	230	59	289	20.41

由表 9 可见,母亲怀孕时接触放射物质、有严重妊娠反应、产前和产时严重感染,或分娩期间有并发症时,行为问题发生率明显较高。

3. 儿童精神卫生问题与家庭环境关系的分析:孩子主要照顾人、养育类型、家庭类型及独生与否,与儿童精神卫生问题的发生有极显著关系, $P<0.01$ 。

表 10. 家庭环境因素比较( $P<0.01$ )

	正常人数	异常人数	总数	%
照顾人:				
父母亲	17966	2625	20591	12.74
近亲	98	22	120	18.33
养育类型				
混合领养	1983	390	2373	16.43
托儿所养育	10454	1499	11953	12.54
家庭类型				
小家庭	15110	2151	17261	12.46
寄养亲戚处	195	45	240	18.75
是否独生				
独生	1000	1711	2711	13.5
二个子女	6186	850	7036	12.1
三个子女以上	3147	486	3633	13.4

由表 10 可见,孩子主要照顾人是父母者,行为问题发生率(12.74)明显低于其他近亲照顾者(18.33)。混合领养的儿童行为问题发生率(16.43)明显高于托儿所养育的孩子(12.54)。寄养在亲戚处的儿童行为问题发生率(18.75)明显高于小家庭养育的(12.46)。独生子女行为问题发生率(13.5)明显低于二个子女(12.1)及多子女(13.4)。

#### 4. 儿童精神卫生问题与父母情况分析:

父母亲年龄、文化、职业、母亲健康情况、与儿童精神卫生问题的发生有极显著关系。 $P<0.01$ 。

表 11 父母情况( $P<0.01$ )

父母年龄	正常人数	异常人数	总数	%
父亲<30y	525	92	617	14.91
母亲<30y	1148	264	1412	18.69
父亲>40y	9625	1309	10934	11.97
母亲>40y	6551	848	7399	11.46
文化程度				
父	5692	776	6468	11.99
大专大学				
母	2802	303	3105	9.75
父亲	225	45	270	16.66
文盲				
母亲	692	156	848	18.39
职业				
父	5268	683	5951	14.47
专业技术				
母	4248	524	4772	10.98
父	884	171	1055	16.20
服务性工作				
母	2510	429	2939	14.59
父	307	67	374	17.91
个体户				
母	464	110	574	19.16
母亲身体情况				
健康	11007	1408	12415	11.34
体弱	974	243	1217	19.96

由表 11 可见,父母年龄在 30 岁以下者,精神卫生问题发生率(14.91)明显高于 40 岁以上者(11.97),母亲年龄<30 岁,行为问题发生率为 18.69,40 岁以上者为 11.46;这可能因为父母年轻时对子女教育经验少。

父亲大专大学程度,儿童精神卫生问题发生率为 11.99,文盲为 16.66。母亲大专大学程度,儿童精神卫生问题发生率为 9.75,文盲为 18.39。说明父母文化程度高,精神卫生问题发生率就低,尤以母亲对儿童影响更大。

父母职业为专业技术人员,儿童精神卫生问题发生率分别为 11.47 和 10.98。父亲服务工作者,为 16.20,母亲为 14.59。个体户(父 17.91,母 19.16)的精神卫生问题发生率明显高于专业技术人员,可能与父母文化层次有关。

母亲健康的儿童,精卫问题发生率为

11.34,较体弱有病(19.96)低,看来,母亲体质不好,可能精力不足,对孩子教育关心少,儿童精卫问题发生率明显增高。

#### 5. 儿童精神卫生问题与父母对子女态度

父母关系、父母对子女期望、父母对子女管教方式、孩子成绩差时父母态度及考试前父母态度,与儿童精神卫生问题有极显著关系  $P<0.01$ 。

表 12 父母对子女的态度( $P<0.01$ )

	正常人数	异常人数	总数	%
父母关系	17211	2274	19485	11.67
不和	108	30	138	21.73
离婚	225	44	269	18.62
父母期望(学习成绩)				
优秀	7962	1040	9002	11.55
过得去	2813	658	3471	18.85
管教方式				
说服教育	15134	1800	16934	10.62
打骂为主	1179	455	1634	27.84
教育态度				
一致	14595	1919	16514	11.62
一方护短	253	105	358	29.32
成绩差时				
帮找原因	13846	1750	15596	11.22
打骂	395	158	553	28.57
临考前				
谆谆善诱	12320	1464	13784	10.62
威胁	229	104	333	31.23

由表 12 可见,父母关系不好,或离婚家庭,儿童行为问题发生率(21.78,18.62),均高于父母关系和睦的(11.67),父母希望子女学习成绩好的,精神卫生发生率(11.55),明显低于父母只要求子女成绩过得去的(18.95)。

父母管教方式,以说服教育为主的,儿童精神卫生问题发生率为 10.62,而采取打骂为主教育方法的,发生率达 27.84,父母教育态度一致,发生率为 11.62,一方护短的高

达 29.32。说明父母教育方法与态度明显影响子女的精神卫生问题。

当孩子成绩差时,父母能找原因设法提高成绩,儿童精神卫生问题发生率为 11.22,而取打骂者发生率高达 28.57。孩子临考前父母谆谆善诱,不加压力,儿童精神卫生问题发生率为 10.62,威胁孩子考不好要罚,则高达 31.23。

6. 儿童精神卫生问题与环境关系的分析: 儿童读书环境、学校性质、社会风气影响与儿童精神卫生问题发生有极显著关系  $P<0.01$ 。

表 13. 环境因素比较( $P<0.01$ )

	正常人数	异常人数	总数	%
读书环境				
安静	16600	2322	18922	12.27
无安静环境	3639	695	4334	16.03
社会风气影响				
大	1619	348	1967	17.69
小	6120	695	6815	10.10
学校性质				
好	4765	678	5444	12.45
差	3888	724	4611	15.70

由表 13 可见,住家地区风气不好,精神卫生问题发生率(17.69)。明显高于风气好的(10.19)。

无安静读书环境,儿童精神卫生问题发生率(16.03)明显高于有安静读书环境的(12.27)。

学校性质差的学生精神卫生问题发生率为(15.70)明显高于学校质量好的(12.45)。

7. 儿童精神卫生问题与儿童素质的关系: 孩子与姐妹兄弟关系、与父母关系、是否有好朋友、有无娱乐活动、是否在校担任学生干部及与其他孩子关系等,与儿童精神卫生问题的发生有极显著关系,  $P<0.01$ 。

表 14. 儿童素质与精神卫生( $P<0.01$ )

	正常人数	异常人数	总数	%
--	------	------	----	---

与兄弟姐妹关系				
较好	9137	1241	11028	11.25
较差	338	104	442	23.52
与父母关系				
较好	16915	2347	19262	12.18
较差	273	67	340	19.70
是否有好朋友				
三个以上	9703	1329	11032	12.04
没有好朋友	2345	439	2784	15.76
喜欢孤独				
无	19485	2818	22303	12.63
有	315	74	389	19.02
娱乐活动				
有	15435	2243	17678	12.68
无	476	86	562	15.30
是否担任学生干部				
是	3487	370	3857	9.59
不是	8367	1653	10025	16.53
与其他孩子关系				
好	12582	1522	14104	10.79
较差	198	75	273	27.47

由表 14 可见,与兄弟姐妹关系好或坏,精神卫生问题发生率也分别为 11.25 和 23.52,有明显差异。与父关系较好,发生率为 12.18,较差者高达 19.70。孩子平时爱与朋友相处,有三个以上要好朋友,精神卫生问题发生率为(12.04)明显低于没有要好朋友(15.76)。平时喜欢孤独的,发生率也高达 29.02。

孩子平时有娱乐活动,精神卫生问题发生率为 12.63,无娱乐活动为 15.30。孩子平时欢喜参加各种体育活动有各种业余爱好者,行为问题也明显低于无爱好者。孩子在校任干部,精神卫生问题发生率为 9.59,低于不是干部(16.53)。儿童与其他孩子关系较好,行为问题为 10.79,较差者高达 27.47。

7. 与儿童精神卫生问题无显著关系的因素: 统计分析表明,住房层次、住房面积、父亲健康状况、是否近亲婚配与儿童精神卫生问题发生无明显关系。  $P>0.05$ 。

## 讨 论

我们引进了美国的 Achenbach 儿童行为量表(简称艾氏量表或 CBCL),并在中国 22 个省市中进行标准化过程,制定了中国及各地的 Achenbach 儿童行为量表常模分,作为筛查儿童精神卫生问题的标准化工具,为防治独生子女心理卫生问题创造了有利条件。

艾氏儿童行为量表由美国心理学博士 Achenbach 研制。开始于 60 年代初期,经 20 多年的努力,于 1983 年修订而成。以后经美国、法国、荷兰、香港、泰国<sup>[3][4]</sup>中国上海<sup>[5]</sup>等地区使用,一致认为艾氏量表是较好的一种。这量表主要用于筛查儿童行为问题和社交能力。表格共有三种,即家长、教师和年长儿童自填的。其中家长表使用经验最多,是该量表的基础。此量表适用于 4—16 岁儿童。因该年龄组儿童和青少年的主要生活环境是家庭,父母能较多了解自己的孩子。教师表是为了获得群体中对比观察的资料,有较高参考价值。12—16 岁的中学生对自己心理状态已有相当判定能力,只要如实填写,就能获得真实心理情况。

艾氏量表的中国常模分与美国的略有差别,主要反映在美国男女孩子的不成熟和躯体诉述的常模分略低于中国。而性问题及攻击行为常模分却略高于中国。这些轻微差别,恰好反映了二国儿童的个性区别。一般认为美国人的感情较易外露,他们的行为也易随感情而发生变化,因此攻击行为较易发生,攻击因子组常模分相对比中国高。又因美国对性问题的看法很开放,主张早恋,他们把性行为看成吃饭、穿衣那样是日常的需求,因此美国孩子中性问题常模分略高于中国孩子,是合乎国情的。又因美国的社会习惯是强调培养孩子的独立性,培养自我料理的能力,因此,他们的孩子缺少娇气,成熟得较早,所以他们的不成熟与躯体诉述常模分比中国孩子稍低一些,这也与民情相符。鉴于以上探讨,

我们认为中美二国的 CBCL 常模分,虽在某些因子组中略有差异,但这种差异与实际国情相符,因此,艾氏儿童行为量表的中国常模仍有推广应用的价值。

采用艾氏儿童行为量表中国常模分,筛查全国 22 个省市 24013 名儿童及青少年精神卫生问题发生率为 12.93%。对有问题儿童采用 DSM—Ⅱ—R 诊断标准进行复查,符合率为 86.4%。因此推论儿童精神卫生问题实际发生率为 11.17%,进一步证实,艾氏量表作为儿童精神卫生问题筛查工具具有很高的灵敏度。

进一步分析与儿童精神卫生问题有关的因素,认为关系错综复杂,影响因素很多,其中母亲妊娠时体质状况、围产期的危安、父母的文化素质、父母间关系和睦与否、养育孩子的方式、对孩子的期望、周围环境的影响和学校性质,都有明显的关系。

这些研究结果,与国内外某些报告很为一致<sup>[6][7]</sup>,但本文所报告的与精神卫生问题有关的因素项目明显多于国内外以往任何报告,其原因可能与样本大、分布地区广有关系。虽然各地样本研究结果力略有不同,但总的提示,若要提高儿童心理素质,预防儿童精神卫生问题的发生,首先要注重父母的素质及改善家庭、学校、周围环境的情况。

本文研究结果,认为独生子女与非独生子女的精神卫生问题发生率,独生子女精神卫生问题为 13.5%、三个子女以上者为 13.40%,二个子女(13.37%),三者无显著差异, $P < 0.05$  这与国内以往调查报告<sup>[8][9][10]</sup>报告一致,与 Rutter 的调查结果<sup>[11]</sup>也相同,Rutter 认为独生子女与多子女(三个以上)之间的精神卫生问题有显著差异,而与二个子女之间却无差异,认为父母对独生子女的养育方式可能与二个子女十分接近,所以前者发生显著差异,而后者无显著差异。我国以往所有报告中的研究对象无一为多子女,都是独生子女与二个子女的研究,所以与 Rutter 的研究



结果结论一致。本研究因样本大,因此细微差异较易累计后明朗化起来。但总的反映了一个问题,即子女多少与精神卫生问题之间的关系只是表象,实质问题是父母对子女的养育方式及态度,因此要提高独生子女的素质,重点在于关心父母及家庭情况,而不是强调子女人数的多少。

### 参考文献

1. Achenbach TM and Edelbrock C. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1983.
2. American Psychiatric Association. DSM-III-R, Washington, DC: American psychiatric Association, 1987.

3. Achenbach TM, et al. J Child Psychol Psychiatry 1987, 28(3):437—453.
4. Weisz JR, et al. J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry 1987, 26(6):890—897.
5. 徐韬圆等:上海精神医学. 1990年第3卷第1期.
6. Rac Grant N, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989, 28(6):262—268.
7. Costello EJ. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989, 28(6):836—841.
8. Jseng W—S, et al. Am J psychiatry 1988, 145(11):1396—1403.
9. Magnusson D. Paths through life, a longitudinal research program. Hillsdale, NJ, Erlbaum 1988.
10. Rutter M. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989, 28(5):633—653.

## 上海地区少年儿童行为问题调查(摘要)

唐慧琴 忻仁斌  
上海市精神卫生中心 林霞凤

用艾氏儿童行为量表调查了上海地区4~16岁儿童1702名。市区1004名,其中独生子女745人,占74.2%;农村698名,其中独生子女455人,占65.18%。共筛查出有行为问题儿童123例,检出率为12.25%。市区与农村无明显差异。独生与否也无明显差异。与全国常模相比,4~5岁女孩多动分较高;6~11岁男孩分裂样或焦虑分略高;6~11岁女孩残忍分较低。

### 上海地区儿童青少年行为问题常模

	4—5岁		6—11岁		12—16岁	
	男	女	男	女	男	女
社交退缩	6—7	8—9	6—7	7—8		
忧郁	11—12	9—11	9—10	11—12		
不成熟	11—14				5—6	
躯体诉述	4—5	8—9	6—7	7—8	8—9	4—5
性问题	2—3	3—4		3—4		
分裂样	3—4	9			6—7	1—2
攻击	20—22	12—14	17—19	16—17	16—17	12—13
违纪	3—4		6—7	2	8—9	11—12
分裂样焦虑			7			
强迫			9—10		3—4	
多动		7—8	10—11	10—11	12—3	
交往不良			5—6		10—12	
分裂样或强迫				3—4		
残忍				2		3—4
敌对性退缩					10—11	
焦虑强迫						14—15
多动不成熟						11—12
忧郁退缩						10—11
肥胖						