

家庭健康促进视角下青少年抑郁的代际传递研究

——基于 CFPS2018 的实证分析

和 红^{1,2,3*} 王 攀^{2,3} 闫辰聿^{2,3} 王 鑫^{2,3} 张琳梓^{2,3}

1. 中国人民大学人口与发展研究中心 北京 100872

2. 中国人民大学健康科学研究所 北京 100872

3. 中国人民大学社会与人口学院 北京 100872

【摘要】目的:基于家庭健康促进视角,探究青少年抑郁的代际传递,为青少年心理健康促进提供理论和政策依据。方法:基于 2018 年 CFPS 数据,使用线性回归模型和 Shapley 值分解法分析父母抑郁水平对青少年抑郁水平的影响及其相对贡献度;利用中介和调节效应分析探讨父母日常关怀和家庭结构在抑郁代际传递中的作用机制。结果:父母抑郁水平显著影响青少年抑郁水平;亲子系统对青少年抑郁的相对贡献度最高;父母抑郁水平可通过青少年感知到的行踪关注来影响青少年抑郁水平;父母对青少年的学习和生活关怀可弱化父母抑郁对青少年抑郁的影响;与完整家庭相比,单亲家庭的抑郁代际传递效应更强。结论:青少年抑郁水平受其父母抑郁水平及所处家庭环境的影响,建议重视家庭心理健康建设,协同推进青少年心理健康促进与家庭教育形成政策合力。

【关键词】家庭健康促进;抑郁;代际传递;青少年;心理健康

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.07.007

Intergenerational transmission of depression in adolescents from the perspective of family-centered health promotion: An empirical analysis based on CFPS 2018

HE Hong^{1,2,3}, WANG Pan^{2,3}, YAN Chen-yu^{2,3}, WANG Xin^{2,3}, ZHANG Lin-zi^{2,3}

1. Population Development Studies Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Institute of Health Science Research, Renmin University of China, Beijing 100872, China

3. School of Sociology and Population Studies, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: To explore the intergenerational transmission of depression in adolescents from the perspective of family-centered health promotion, and to provide theoretical foundations and policy recommendations. Methods: Based on the CFPS 2018 database, OLS models and Shapley value decomposition were used to analyze the effects of parental depression levels on adolescent depression levels and calculate the relative contributions. Mediation and moderating effect analysis were used to test the impact mechanisms of daily parental care and family structure in the intergenerational transmission of depression. Results: Depression levels among parents were significantly associated with depression levels among adolescents, and the parent-child system had the highest relative contribution to adolescent depression levels. Meanwhile, adolescent depression levels can be affected by parental depression through adolescent's perceived parental concerns, and parental involvement in adolescent's education and daily life could weaken the impact of parental depression on adolescent depression. Furthermore, the effects of intergenerational transmission of depression are more pronounced in single-parent families than in dual-parent families. Conclusions: The levels of depression in adolescents are influenced by their parent's depression levels and the shared family environment. Therefore, it is recommended that policymakers and health practitioners should pay attention to the con-

* 基金项目:中国人民大学公共健康与疾病预防控制跨学科交叉重大创新平台成果(2022PDPC)

作者简介:和红(1969 年—),女,博士,教授,博士生导师,主要研究方向为社会医学、人口健康、家庭健康促进。E-mail:hehong@ruc.edu.cn

struction of family mental health. In addition, they should promote synergy between adolescent mental health promotion and family education policies.

【Key words】 Family-centered health promotion; Depression; Intergenerational transmission; Adolescent; Mental health

《中国国民心理健康发展报告(2019~2020)》调查数据显示,2020年我国青少年抑郁检出率24.6%(轻度抑郁17.2%,重度抑郁7.4%)。^[1]研究表明,抑郁与一系列认知、情感和社会功能损害相关联,将导致青少年面临更多的学业困难、人际交往问题,甚至引发自伤、自杀行为,其对青少年健康的危害可能贯穿整个生命历程。^[2-4]

《健康中国行动——儿童青少年心理健康行动方案(2019—2022年)》《中国儿童发展纲要(2021—2030年)》中均明确指出了儿童青少年心理健康促进是健康中国建设的重要内容,并强调了家庭的重要性。^[5-6]作为青少年最早、最重要的社会化场域,家庭对青少年抑郁的发生发展影响深远,其中父母亲抑郁是导致青少年抑郁的重要危险因素:父/母抑郁,子代抑郁发生的风险是正常父母子代的1.3~5倍,即抑郁存在代际传递性。^[7-9]目前,有关青少年抑郁代际传递的研究主要集中在国外文献,国内仅有少量研究来自发展心理学领域,缺少在家庭健康促进的整合性理论视角下对青少年抑郁代际传递的系统考察。此外,抑郁在家庭内部的代际传递机制仍不明确,且哪些家庭内部因素能够缓冲或调节亲代抑郁对子代抑郁的影响尚未在国内大规模调查数据中得到验证。因此,本文基于家庭健康促进视角,分析父/母抑郁对青少年抑郁的影响及传递机制,探究影响青少年抑郁代际传递的家庭因素,为以家庭为基础的青少年心理健康促进提供理论和政策依据,推进家庭健康促进行动落实。

1 文献回顾与理论框架

1.1 文献回顾

关于抑郁代际传递的探讨起源于精神病理学和发展心理学领域。Goodman等^[10]于1999年提出了母亲抑郁代际传递整合模型,认为抑郁代际传递可通过四类机制解释:(1)遗传;(2)先天的神经调节功能障碍;(3)暴露于抑郁母亲的消极认知、情感、行为;(4)儿童青少年生活的压力性环境(主要是家庭环境)。随后,大量研究关注于性别、个人气质、自尊

等青少年个体特征,教养方式、母子关系、家庭冲突等环境因素对抑郁代际传递的影响。^[11-13]

近年来,抑郁的代际传递受到社会医学和健康经济学领域学者的关注,相关文献主要基于具有代表性的大规模调查数据,探究非临床样本中抑郁的代际传递。如Livings利用美国脆弱家庭与儿童福利研究(FFCWS)调查数据进行分析,发现母亲抑郁显著影响青少年抑郁,女性样本代际传递效应更强^[14];Eyal等基于南非国民收入动态调查数据(NIDS)分析了父亲和母亲的抑郁症状对青少年抑郁症状的影响,并评估了南非抚养补助金计划对抑郁代际传递的溢出效应^[15]。国内尽管已有部分研究开始关注健康的代际传递,从健康状况、健康行为、健康认知等方面验证了父母亲健康对儿童、青少年健康的影响,但尚未对抑郁等心理健康方面的代际相关性进行探讨。^[16-17]

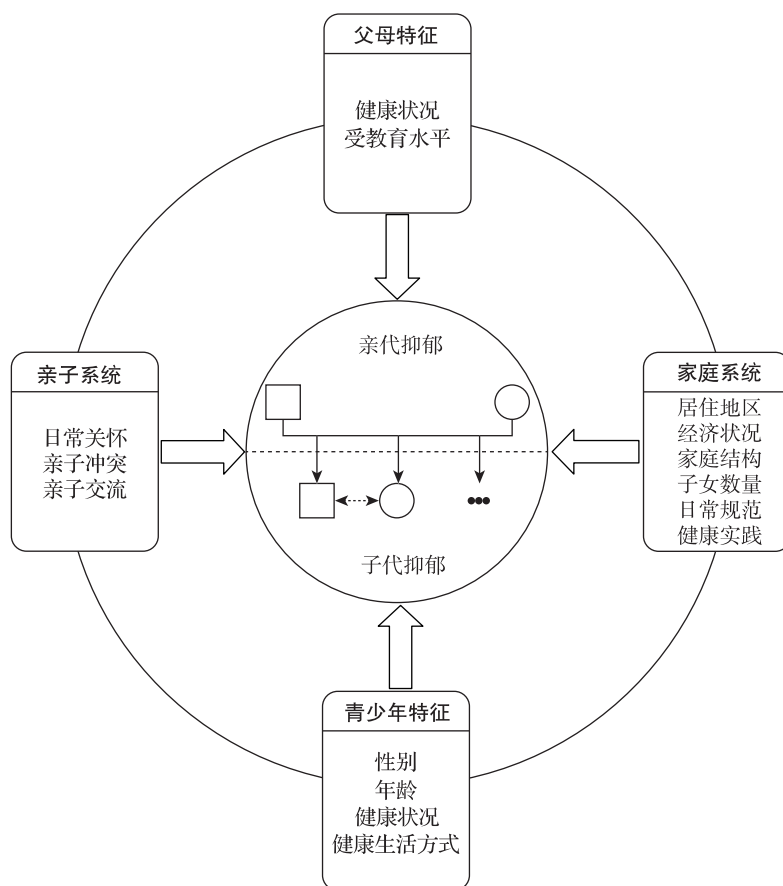
综上所述,抑郁的代际传递日渐受到不同学科的关注,现有文献从不同方面探究了抑郁在家庭内部的代际传递过程,但抑郁代际传递在国内青少年非临床样本中的研究仍较少,且有必要从家庭健康促进视角对已有研究中涉及的家庭因素进行整合,并基于这一整合性框架进一步探究青少年抑郁的代际传递机制。

1.2 研究框架

自丹麦学者Christensen提出“健康促进家庭(Health Promoting Family)”概念模型以来,诸多学者围绕该模型进行了理论探讨和实证研究。^[18-19]其中,德国学者Niermann聚焦家庭微系统内部,提出相互作用的家庭子系统层次(Levels of Interacting Family Environmental Subsystems, LIFES)框架。^[20]LIFES框架将家庭内部环境划分为三个子系统:(1)个人系统,包括与家庭成员相关的影响因素(如儿童/青少年、母亲、父亲);(2)亲子系统,包括与亲子互动相关的影响因素(如母亲—儿童/青少年、父亲—儿童/青少年);(3)家庭系统,包括与整个家庭相关的影响因素(如家庭经济状况、日常规范)。同时,不同子系统的影响被划分为三个水平:直接影响,即各子系统的

直接健康行为或表现;近端影响,即影响儿童/青少年健康的特定因素(如儿童个体特征);远端影响,即影响儿童健康的一般性因素(如父母的受教育水平、健康状况)。本研究基于 LIFES 框架分析青少年抑

郁的代际传递,各子系统的影响因素选择综合考虑了 LIFES 框架的基本设定和既往抑郁代际传递文献中普遍纳入分析的共性因素,以保证本研究框架(图 1)的科学性和适宜性。



注:中心圆内方框表示男性,圆圈表示女性;虚线之上表示亲代,虚线之下表示子代。

图 1 研究框架

Niermann 等^[20]认为,父母的健康认知、行为和心理状态会在亲子互动中有意(intentional process)或无意(unintentional process)地传递给子女,同时结合母亲抑郁代际传递整合模型,本研究提出假设 1:父母亲抑郁显著影响青少年抑郁。从 LIFES 框架相关的实证研究来看,父母对子女的日常关怀(监督、帮助和关注等行为)是亲子系统中的重要变量,能够在父母特征(社会人口学特征、健康状态等)与儿童/青少年健康间发挥中介或调节作用;家庭功能和结构等远端因素可以调节父母健康对儿童/青少年健康的影响。^[21-23]基于此,本研究提出假设 2:亲子系统中的日常关怀在青少年抑郁代际传递中起中介作

用;假设 3:家庭系统中的家庭结构和亲子系统中的日常关怀在青少年抑郁代际传递中起调节作用。

2 资料与方法

2.1 数据来源

本研究的数据来源于 2018 年中国家庭追踪调查(China Family Panel Studies, CFPS),CFPS 是由北京大学中国社会科学调查中心(Institute of Social Science Survey, ISSS)负责实施的一项全国性、大规模、多学科社会跟踪调查项目,收集了丰富的个人和家庭层面数据,并同时测量了 10~15 岁青少年^①及其

① 世界卫生组织(WHO)将 10~19 岁年龄段的人群界定为青少年(Adolescent),由于 CFPS 的少儿问卷仅针对 10~15 岁人群,故本文仅纳入 10~15 岁青少年样本进行分析。

父母的抑郁水平,为分析抑郁的代际传递提供了数据基础。^[24]根据研究目的,本研究仅纳入至少与父母一方同住的青少年样本进行分析,同时删除关键变量缺失过多的样本,最终样本量 1 941 人。

2.2 变量设定

本研究的因变量是青少年的抑郁水平,指受访者存在抑郁特征和情绪的可能性,采用 8 项流调中心抑郁量表(The Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CESD-8) 测量。^[25] CESD-8 共有 8 个条目(含 2 个反向计分条目),每个条目设有“几乎没有(不到一天)”“有些时候(1~2 天)”“经常有(3~4 天)”“大多数时候有(5~7 天)”4 个选项,分别赋值 0~3 分,总分区间为 0~24 分,分数越高表明受访者过去一周内抑郁倾向越严重。CESD-8 在本研究青少年样本中的 Cronbach's α 系数为 0.715,说明具有良好的内部一致性。

核心自变量为青少年主要监护人/与青少年相处时间较多的父母一方的抑郁水平,同样采用 CESD-8 测量, Cronbach's α 系数为 0.773。

中介变量为父母对青少年的日常关怀,参考刘保中等^[26]的方法,将其操作化为学习和生活关怀、行踪关注 2 组变量。学习和生活关怀依据 CFPS 中的 3 个题项测量,分别是“您和这个孩子讨论学校里的事

情的频率如何?”“您要求这个孩子完成家庭作业的频率如何?”“您检查这个孩子的家庭作业的频率如何?”。回答者需根据过去一年的实际情况,从“从不”“很少(每月 1 次)”“偶尔(每周 1 次)”“经常(每周 2~4 次)”“很经常(每周 5~7 次)”中进行选择,依次赋值 1~5 分。本文将 3 道题项得分累加后纳入分析(总分区间为 3~15 分)。父母对子女的行踪关注通过“当你不在家时,父母知道你和谁在一起吗?”进行测量,回答选项为“从不知道”“偶尔知道”“有时候知道”“大部分时候知道”“总是知道”,依次赋值 1~5 分。

调节变量为父母对青少年的日常关怀和家庭结构,日常关怀的测量同上。在家庭结构的测量上,本文借鉴张春泥^[27]的研究,基于 CFPS 在青少年家庭关系和父母婚姻史方面的数据,将父母是否居住在家划分为父母均在家、仅父亲在家、仅母亲在家 3 个类别;将单亲家庭界定为父母因离婚、去世而导致青少年仅与父母一方生活的家庭,并操作化为二分类变量。

控制变量的选取与研究框架相对应,且综合考虑既往研究^[28-29]和数据的可得性,主要包括父母特征、青少年特征、亲子系统和家庭系统 4 个子系统的变量(表 1)。

表 1 变量定义与测量

类别	名称	定义与测量
因变量	青少年抑郁水平	CESD-8 测量,0~24 分,连续变量
核心自变量	父/母抑郁水平	CESD-8 测量,0~24 分,连续变量
父母特征	受教育年限	选择父母中受教育年限较长的一方纳入分析、单亲家庭使用同住父/母的受教育年限,连续变量
	患慢性病/住院	父母一方过去半年内患慢性病或一年内因病住院 = 1,没有 = 0
青少年特征	性别	女 = 0,男 = 1
	年龄	10~15 岁,连续变量
	生病/住院	过去一个月内生病或一年内因病住院 = 1,没有 = 0
	BMI-Z 分	首先计算出青少年的 BMI,再参照 2007 年世界卫生组织(WHO)发布的 5~19 岁儿童青少年分年龄、分性别生长发育标准对 BMI 进行 Z 分转换,最后按照 WHO 发布的 BMI-Z 分评价标准进行划分:偏瘦 = 1,正常 = 2,超重/肥胖 = 3 ^[30]
	吸烟/喝酒	过去一个月内吸烟或每周喝酒超过 3 次 = 1,没有 = 0
	日均睡眠时长	首先按公式(工作日睡眠时长 × 5 + 休息日睡眠时长 × 2) / 7 计算出平均每日睡眠时长,再定义每日睡眠时长不足 7 小时 = 0,超过 7 小时 = 1 ^[31]
	身体活动	每天锻炼超过 30 分钟 = 1,不足 = 0 ^[32]
亲子系统	学习和生活关怀	3~15 分,连续变量
	行踪关注	1~5 分,连续变量
	亲子冲突	依据“过去一个月,你和父母大概争吵了几次”测量,0 次 = 0,1 次 = 1,2 次 = 2,3 次及以上 = 3
	亲子交流	依据“过去一个月,你和父母交心谈了几次”测量,0 次 = 0,1 次 = 1,2 次 = 2,3 次 = 3,4 次及以上 = 4
家庭系统	居住地	农村 = 0,城镇 = 1
	家庭人均纯收入	选择家庭人均纯收入的对数纳入模型分析,连续变量

续表 1 变量定义与测量

类别	名称	定义与测量
家庭系统	人不敷出	否 = 0, 是 = 1
	父母居住在家	父母均在家 = 1, 仅父亲在家 = 2, 仅母亲在家 = 3
	单亲家庭	否 = 0, 是 = 1
	兄弟姐妹数	独生子女 = 0, 1 个 = 1, 2 个 = 2, 3 个及以上 = 3
	家庭聚餐	依据“一般情况下,你每周有几个晚上会和家人一起吃饭”测量,从不 = 0,并非每天 = 1,每天 = 2
	生病处理	依据“孩子生小病(如发热、腹泻等)家长最常采取的处理方式”测量,立刻找医生看病 = 1,其他 = 0
	医疗保险	父母为青少年配置医疗保险,没有 = 0,有 = 1

2.3 统计分析方法

首先,对青少年抑郁水平进行单因素分析,以检验不同家庭子系统变量是否在青少年 CESD-8 得分上存在显著差异。其次,借鉴 Eyal 和 Burns 的研究思路分析青少年抑郁的代际传递,计量模型如下^[15]:

$$D_i = \beta_0 + \beta_1 PD_i + \beta_2 X_i + \beta_3 P_i + \beta_4 PC_h + \beta_5 HH_h + u_i \quad (1)$$

式(1)中, D_i 表示青少年的抑郁水平, PD_i 表示青少年父/母亲的抑郁水平, X_i 表示青少年特征, P_i 表示父母特征, PC_h 表示亲子系统中的变量, HH_h 表示家庭系统中的变量, u_i 为随机扰动项。同时,采用逐步添加变量的方法进行回归分析,通过以下公式反映不同家庭子系统影响抑郁代际传递系数 β_1 的程度^[33]:

$$Gradient_{PD} = (1 - \beta_1^* / \beta_1) \times 100\% \quad (2)$$

式(2)中, β_1^* 表示逐步添加控制变量后父/母亲的抑郁水平对青少年抑郁水平的影响大小。再次,基于 Shapley 值分解法衡量父/母亲抑郁和不同家庭子系统变量对因变量影响的贡献度,分解公式如下^[34]:

$$Sh_j(x_j) = \frac{1}{k!} \sum_{\pi \in \Pi(K)} MC(x_j, \pi) \quad (3)$$

式(3)中, $k!$ 表示自变量的所有排列组合数, $\Pi(K)$ 表示 K 的所有组合排序, $MC(x_j, \pi)$ 表示自变量 x_j 在一组排列 π 中的边际贡献。最后,通过逐步回归法和 Bootstrap 法检验日常关怀在抑郁代际传递中的中介作用,并向模型中添加交乘项以进一步分析日常关怀、家庭结构对抑郁代际传递过程的影响。^[35] 本文使用 Stata16.0 软件完成数据处理和统计学分析。

3 研究结果

3.1 青少年抑郁水平的单因素分析结果

青少年的 CESD-8 平均分为 3.85 ± 3.13 , 抑郁水平的单因素分析结果见表 2。父/母与青少年的 CESD-8 得分显著正相关 ($P < 0.001$); 父母特征中父

母受教育年限越长 ($P < 0.001$), 青少年 CESD-8 得分越低; 青少年特征中年龄越大 ($P = 0.010$)、一个月内生病或一年内因病住院 ($P = 0.003$)、有吸烟/喝酒 ($P < 0.001$)、每日睡眠不足 7 小时 ($P = 0.002$)、身体活动不足 ($P = 0.003$), 其 CESD-8 得分越高; 亲子系统中学习和生活关怀得分越低、行踪关注得分越低、一个月内亲子冲突次数越多, 青少年 CESD-8 得分越高; 家庭系统中居住地在农村 ($P = 0.046$)、家庭人均纯收入越低 ($P = 0.020$)、存在人不敷出 ($P = 0.006$)、仅父亲或母亲一方在家 ($P = 0.011$)、兄弟姐妹数越多 ($P < 0.001$)、家庭聚餐次数越少 ($P = 0.001$)、孩子生病时立刻找医生看病 ($P = 0.029$)、没有医疗保险 ($P = 0.040$), 青少年 CESD-8 得分越高。

3.2 青少年抑郁代际传递的回归分析结果

为验证青少年抑郁的代际传递性, 并评估不同家庭系统因素对抑郁代际传递的影响, 本研究构建了 5 个回归模型(表 3)。模型 1 仅纳入了父/母亲抑郁作为自变量, 结果显示父/母亲抑郁水平显著影响青少年抑郁水平 ($P < 0.001$)。模型 2 ~ 5 中依次添加了父母特征、青少年特征、亲子系统和家庭系统变量, 抑郁代际传递系数分别降低了 7.64%、14.58%、20.83%、23.61%, 说明父/母抑郁可能通过各家庭子系统对青少年抑郁产生影响, 且青少年个人特征和亲子系统在抑郁代际传递过程中的作用更强。同时, 模型 5 表明: 在控制了不同家庭子系统变量后, 父/母 CESD-8 得分仍然显著影响青少年的 CESD-8 得分 ($P < 0.001$), 抑郁在非临床样本中存在代际传递, 假设 1 得到证实。此外, 父母受教育年限越低、青少年有吸烟/喝酒、日均睡眠时长不足 7 小时、身体活动量不足、父母对青少年的行踪关注度越低、每月亲子冲突次数越多、居住在农村、仅父亲居住在家、兄弟姐妹数为 2 个及以上、家庭聚餐频次为从不, 青少年的 CESD-8 得分越高, 抑郁水平越严重。

表2 青少年抑郁水平的单因素分析结果(N=1941)

变量	CESD-8 Mean ± SD	r/F	P	变量	CESD-8 Mean ± SD	r/F	P
父/母抑郁水平		0.180 ^a	<0.001	亲子交流		1.04	0.385
6.01 ± 3.92	3.85 ± 3.13			0次	3.92 ± 3.19		
父母受教育年限(年)		-0.130 ^a	<0.001	1次	3.84 ± 3.03		
7.15 ± 4.52	3.85 ± 3.13			2次	3.62 ± 2.93		
父母患慢性病/住院		0.18	0.668	3次	3.49 ± 2.85		
否	3.83 ± 3.18			4次及以上	3.95 ± 3.27		
是	3.90 ± 3.00			居住地		4.00	0.046
青少年性别		0.93	0.335	农村	3.92 ± 3.12		
男	3.78 ± 2.99			城镇	3.55 ± 3.17		
女	3.92 ± 3.29			家庭人均纯收入(元)		3.29	0.020
青少年年龄(岁)		6.72	0.010	0~	4.13 ± 3.24		
10~	3.67 ± 3.10			7500~	3.95 ± 3.16		
13~	4.04 ± 3.16			15000~	3.70 ± 3.07		
青少年生病/住院		8.70	0.003	22500~	3.54 ± 3.01		
否	3.74 ± 3.13			是否存在人不敷出		7.73	0.006
是	4.25 ± 3.14			否	3.77 ± 3.09		
青少年BMI-Z分		2.02	0.133	是	4.32 ± 3.35		
偏瘦	4.08 ± 2.74			父母居住在家		4.54	0.011
正常	3.89 ± 3.19			父母均在家	3.76 ± 3.09		
超重/肥胖	3.58 ± 3.11			仅父亲在家	4.57 ± 3.27		
青少年吸烟/喝酒		12.04	<0.001	仅母亲在家	4.14 ± 3.27		
没有	3.82 ± 3.12			单亲家庭		1.32	0.251
有	5.96 ± 3.34			否	3.83 ± 3.14		
青少年日均睡眠时长		9.84	0.002	是	4.16 ± 3.06		
不足7小时	4.56 ± 3.27			兄弟姐妹数		7.58	<0.001
超过7小时	3.78 ± 3.11			独生子女	3.35 ± 3.02		
青少年身体活动		9.09	0.003	1个	3.79 ± 3.10		
不足	3.94 ± 3.18			2个	4.31 ± 3.25		
每天超过30分钟	3.36 ± 2.86			3个及以上	4.53 ± 3.22		
学习和生活关怀		-0.068 ^a	<0.001	家庭聚餐		6.76	0.001
10.19 ± 2.57	3.85 ± 3.13			从不	4.87 ± 3.33		
行踪关注		-0.179 ^a	<0.001	并非每天	4.21 ± 3.28		
3.68 ± 1.18	3.85 ± 3.13			每天	3.70 ± 3.07		
亲子冲突		18.62	<0.001	生病处理		4.76	0.029
0次	3.51 ± 2.90			立刻找医生看病	3.98 ± 3.20		
1次	4.03 ± 3.09			其他	3.66 ± 3.03		
2次	3.95 ± 3.09			配置医疗保险		4.21	0.040
3次及以上	4.96 ± 3.75			没有	4.33 ± 3.31		
				有	3.80 ± 3.11		

注:^a为 Pearson 相关系数值。

表 3 青少年抑郁代际传递的逐步回归分析结果 (N=1 941)

变量(参照组)	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5
父/母抑郁水平	0.144*** (0.018)	0.133*** (0.018)	0.123*** (0.018)	0.114*** (0.018)	0.110*** (0.018)
代际传递系数变化	—	7.64%	14.58%	20.83%	23.61%
父母受教育年限		-0.071*** (0.016)	-0.064*** (0.016)	-0.051** (0.016)	-0.040* (0.019)
父母患慢性病/住院(否)					
是		-0.209 (0.163)	-0.221 (0.163)	-0.200 (0.159)	-0.175 (0.160)
青少年性别(女)					
男			-0.148 (0.142)	-0.216 (0.140)	-0.183 (0.141)
青少年年龄			0.044 (0.043)	0.042 (0.043)	0.033 (0.044)
青少年生病/住院(否)					
是			0.382* (0.170)	0.340* (0.166)	0.319 (0.166)
青少年 BMI-Z 分(正常)					
偏瘦			0.102 (0.227)	0.135 (0.222)	0.126 (0.222)
超重/肥胖			-0.189 (0.185)	-0.207 (0.181)	-0.171 (0.180)
青少年吸烟/喝酒(没有)					
有			1.664** (0.606)	1.180* (0.593)	1.217* (0.594)
青少年日均睡眠时长(不足 7 小时)					
超过 7 小时			-0.691** (0.246)	-0.661** (0.240)	-0.613* (0.240)
青少年身体活动(不足)					
每天超过 30 分钟			-0.432* (0.191)	-0.450* (0.187)	-0.408* (0.188)
学习和生活关怀				-0.026 (0.028)	-0.015 (0.028)
行踪关注				-0.395*** (0.059)	-0.391*** (0.060)
亲子冲突(0 次)					
1 次				0.489* (0.227)	0.505* (0.227)
2 次				0.493* (0.215)	0.550* (0.214)
3 次及以上				1.394*** (0.192)	1.452*** (0.193)
亲子交流(0 次)					
1 次				-0.172 (0.252)	-0.167 (0.253)
2 次				-0.294 (0.222)	-0.265 (0.222)
3 次				-0.421 (0.255)	-0.435 (0.255)
4 次及以上				0.073 (0.187)	0.092 (0.188)
居住地(农村)					
城镇					-0.471* (0.213)
家庭人均纯收入(对数)					-0.030 (0.094)
入不敷出(否)					
是					0.079 (0.204)

续表 3 青少年抑郁代际传递的逐步回归分析结果 (N=1 941)

变量(参照组)	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5
父母居住在家(父母均在家)					
仅父亲在家					0.845* (0.350)
仅母亲在家					0.210 (0.218)
单亲家庭(否)					
是					0.397 (0.333)
兄弟姐妹数(独生子女)					
1 个					0.349 (0.204)
2 个					0.760** (0.258)
3 个及以上					0.769* (0.352)
家庭聚餐(从不)					
并非每天					-0.714 (0.499)
每天					-0.991* (0.491)
生病处理(其他)					
立刻找医生看病					0.180 (0.142)
医疗保险(没有)					
有					-0.351 (0.244)
截距项	2.985*** (0.128)	3.615*** (0.186)	3.771*** (0.649)	5.238*** (0.733)	5.935*** (1.275)
R ²	0.032	0.043	0.058	0.109	0.123

注:括号内为家庭层面聚类稳健标准误;* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001。

3.3 父/母抑郁与家庭因素对青少年抑郁影响的相对贡献度

依据回归分析结果,本研究进一步运用 Shapley 值分解法计算父/母抑郁水平与各家庭子系统因素对青少年抑郁水平的相对贡献度。为优化分解过程,在研究框架的基础上对变量作如下处理:合并青少年年龄、性别,合并亲子冲突、亲子交流,合并居住地、家庭经济状况,合并家庭日常规范、健康实践。从 Shapley 值分解的结果来看(表 4),对青少年抑郁水平贡献度最大的前 3 位因素依次是亲子冲突与亲子交流(24.94%)、日常关怀(20.84%)和父/母抑郁水平(18.70%)。整体而言,亲子系统对青少年抑郁水平的贡献度最大,占全部因素贡献度的 45.78%。

3.4 日常关怀在青少年抑郁代际传递中的中介作用

由于模型 5 中父母对其学习和生活的关怀对青少年抑郁水平的影响并未通过显著性检验,故仅分析行踪关注的中介作用,结果见表 5。模型 6 显示父/母抑郁水平对青少年抑郁水平的总效应 $c = 0.117$,具有统计学意义($t = 6.38, P < 0.001$)。模型 7

表 4 父/母抑郁水平与家庭因素影响青少年抑郁水平的相对贡献度

影响因素	Shapley 值	相对贡献度(%)
父/母抑郁水平	0.023	18.70
父母特征	0.007	5.79
青少年年龄和性别	0.002	1.35
青少年健康状况	0.004	3.21
青少年健康生活方式	0.010	8.41
日常关怀	0.026	20.84
亲子冲突与亲子交流	0.031	24.94
居住地与经济状况	0.004	3.11
家庭结构	0.003	2.83
兄弟姐妹数	0.007	5.36
家庭日常与健康实践	0.007	5.47
合计	0.124	100.00

显示父/母抑郁水平对行踪关注的回归系数 $a = -0.016$,具有统计学意义($t = -2.31, P = 0.021$)。模型 8 显示,在控制行踪关注和全部家庭子系统后的变量后,父/母 CESD-8 得分对青少年 CESD-8 得分的直接效应为 $c' = 0.110$,具有统计学意义($t = 6.09, P < 0.001$);行踪关注对青少年 CESD-8 得分的效应

$b = -0.391$, 具有统计学意义 ($t = -6.55, P < 0.001$)。因此, 行踪关注在青少年抑郁代际传递中具有中介作用, 假设 2 得到部分证实。

表 5 日常关怀在青少年抑郁代际传递中的中介效应分析结果 ($N = 1\ 941$)

变量	模型 6	模型 7	模型 8
	青少年抑郁	行踪关注	青少年抑郁
父/母抑郁水平	0.117*** (0.018)	-0.016* (0.007)	0.110*** (0.018)
行踪关注			-0.391*** (0.060)
父母特征	控制	控制	控制
青少年特征	控制	控制	控制
亲子系统	控制	控制	控制
家庭系统	控制	控制	控制
截距项	4.619*** (1.311)	2.349*** (0.497)	5.538*** (1.304)
R ²	0.104	0.083	0.123

注: 括号内为家庭层面聚类稳健标准误; * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

为进一步检验中介效应的稳健性, 本研究使用非参数百分位 Bootstrap 法 ($N = 1\ 000$) 再次检验, 如表 6 所示: 父/母抑郁水平对青少年抑郁水平影响的直接效应为 0.110, 95% 置信区间为 [0.073, 0.148], 具有统计学意义 ($z = 5.73, P < 0.001$); 父/母抑郁水平对青少年抑郁水平影响的间接效应为 0.006, 95% 置信区间为 [0.001, 0.012], 具有统计学意义 ($z = 2.13, P = 0.033$)。父/母抑郁水平对青少年抑郁水平影响的总效应为 $0.110 + 0.006 = 0.116$,

中介效应在总效应中的占比为 $(0.006/0.116) \times 100\% = 5.384\%$ 。

表 6 利用 Bootstrap 法检验中介效应的结果

	系数	标准误	z	P	95% 置信区间	
					下限	上限
直接效应	0.110	0.003	5.73	<0.001	0.073	0.148
间接效应	0.006	0.192	2.13	0.033	0.001	0.012

3.5 日常关怀和家庭结构在青少年抑郁代际传递中的调节作用

在构造交乘项前对学习和生活关怀、行踪关注 2 个变量进行中心化处理, 分析结果见表 7。整体而言, 仅模型 10 和模型 13 中纳入的交乘项系数显著。模型 10 显示, 父/母抑郁水平对青少年抑郁水平有显著正向影响 ($P < 0.001$, 主效应显著); 学习和生活关怀得分与父/母 CESD-8 得分的交乘项系数为 -0.020 ($t = -3.12, P = 0.002$), 说明父母对青少年的学习和生活关怀能够弱化父/母抑郁水平对青少年抑郁水平的影响。模型 13 显示, 父/母抑郁水平对青少年抑郁水平有显著正向影响 ($P < 0.001$, 主效应显著); 单亲家庭与父/母 CESD-8 得分的交乘项系数为 0.145 ($t = 2.49, P = 0.013$), 说明单亲家庭背景将强化父/母抑郁水平对青少年抑郁水平的影响。因此, 学习和生活关怀、家庭结构在青少年抑郁代际传递中具有调节作用, 假设 3 得到部分证实。

表 7 日常关怀和家庭结构在青少年抑郁代际传递中的调节效应分析结果 ($N = 1\ 941$)

变量(参照组)	模型 9	模型 10	模型 11	模型 12	模型 13
父/母抑郁水平	0.110*** (0.018)	0.109*** (0.018)	0.111*** (0.018)	0.118*** (0.020)	0.125*** (0.019)
学习和生活关怀	-0.015 (0.028)	-0.017 (0.028)	-0.015 (0.028)	-0.014 (0.028)	-0.013 (0.028)
行踪关注	-0.391*** (0.060)	-0.390*** (0.060)	-0.392*** (0.060)	-0.390*** (0.060)	-0.383*** (0.060)
父母居住在家(父母均在家)					
仅父亲在家	0.845* (0.350)	0.845* (0.349)	0.847* (0.350)	0.933** (0.354)	0.845* (0.349)
仅母亲在家	0.210 (0.218)	0.182 (0.218)	0.207 (0.219)	0.187 (0.221)	0.191 (0.218)
单亲家庭(否)					
是	0.397 (0.333)	0.381 (0.332)	0.400 (0.333)	0.333 (0.337)	0.133 (0.349)
学习和生活关怀 × 父/母抑郁水平		-0.020** (0.006)			

续表 7 日常关怀和家庭结构在青少年抑郁代际传递中的调节效应分析结果 (N = 1 941)

变量(参照组)	模型 9	模型 10	模型 11	模型 12	模型 13
行踪关注 × 父/母抑郁水平			0.009 (0.015)		
(父母均在家 × 父/母抑郁水平)					
仅父亲在家 × 父/母抑郁水平				0.110 (0.070)	
仅母亲在家 × 父/母抑郁水平				0.001 (0.048)	
(完整家庭 × 父/母抑郁水平)					
单亲家庭 × 父/母抑郁水平					0.145 * (0.058)
父母特征	控制	控制	控制	控制	控制
青少年特征	控制	控制	控制	控制	控制
亲子系统	控制	控制	控制	控制	控制
家庭系统	控制	控制	控制	控制	控制
截距项	5.538 *** (1.304)	5.617 *** (1.301)	5.558 *** (1.305)	5.455 *** (1.305)	5.561 *** (1.302)
R ²	0.123	0.128	0.124	0.125	0.126

注:括号内为家庭层面聚类稳健标准误; * P < 0.05, ** P < 0.01, *** P < 0.001。

4 讨论

4.1 父母抑郁水平显著影响青少年抑郁水平,代际传递效应受家庭环境影响

本研究发现,在控制全部家庭因素后,父母抑郁水平仍显著影响青少年抑郁水平,表明在我国非临床青少年样本中,抑郁同样存在代际传递性,与现有发达国家和发展中国家的研究证据一致。^[36-37]同时,家庭因素使抑郁代际传递系数降低了 23.61%,父母抑郁可能通过家庭环境间接影响青少年抑郁水平,这说明亲代和子代的共同生活环境在抑郁代际传递中具有重要作用。^[38]例如,母子关系在抑郁代际传递中起中介作用,母亲抑郁可通过增加母子冲突强度、降低母子亲合水平,进而导致青少年抑郁。^[39]

4.2 家庭内部环境中亲子系统对青少年抑郁水平的贡献度最大

Shapley 值分解的结果显示,父母抑郁水平并非影响青少年抑郁水平的最重要因素,亲子系统中的日常关怀、亲子冲突和亲子交流对青少年抑郁水平的贡献度最高(占全部因素贡献度的 45.78%),与 Andersen 基于丹麦家庭数据的分析结果相似。^[40]这说明在非临床样本中,青少年抑郁水平更多受到家庭内部环境中亲子系统的影响,父母对子女的理

解和关怀、积极交流与互动能够增加青少年的积极情感,降低其抑郁水平。^[41]事实上,这一发现也验证了 LIFES 框架中的基本假设:家庭内部环境中的近端因素(如亲子互动)直接影响儿童青少年的健康,而远端因素(如父母特征、家庭功能)多通过近端因素发挥作用。此外,家庭系统中仅父亲在家、有 2 个及以上兄弟姐妹、从不进行家庭聚餐(未能形成家庭日常规范)的青少年抑郁水平更高,提示开展青少年心理健康促进时应重点关注具有这些特征的家庭。

4.3 父母抑郁水平通过日常关怀的中介作用影响青少年抑郁水平

本研究结果证实了父母对青少年的行踪关注在抑郁代际传递中的中介作用,父母抑郁通过减少对青少年的行踪关注,进而影响青少年抑郁水平。由于本研究对行踪关注的测量是以青少年自身感受为依据,故而该变量可在一定程度上反映青少年主观感受到的父母关怀。关于亲子关系的研究表明,抑郁父母更可能采取拒绝或退缩的方式与子女相处,较少参与养育实践,容易形成疏离或低支持的亲子关系,导致青少年感知到较低的父母关怀而产生抑郁情绪,这可能是父母抑郁通过行踪关注影响青少年抑郁水平的原因。^[42]同时,该中介机制提

示帮助家庭建立良好亲子关系,增进父母与青少年的情感联结,是抑制抑郁代际传递的重要健康促进策略。

4.4 日常关怀和家庭结构可调节父母抑郁水平对青少年抑郁水平的影响

积极、正向的养育环境是健康家庭的重要特征。本研究结果显示,父母对青少年的学习和生活关怀能够缓冲、弱化父母抑郁对青少年抑郁水平的影响,说明父母对青少年学业和生活的积极参与是抑郁代际传递中的保护因素。Wang 等的研究表明,抑郁父母的养育方式同样存在异质性,冷漠、低参与的育儿方式将增强父母抑郁和青少年抑郁间的关联,与本研究结果类似。^[43]此外,与单亲家庭相比,双亲完整的家庭抑郁代际传递效应更低,可能原因在于:双亲家庭中存在抑郁症状更少(心理更健康)的父/母,青少年能够学习更积极的认知、情感和行为,并且可在一定程度上改善消极、低支持的育儿环境。^[44]

4.5 本研究的局限性

首先,本文使用的是截面数据,并不足以论证因果关系,未来研究可基于纵向追踪数据,寻找合适的工具变量解决内生性问题,剥离出抑郁代际传递的因果效应,并与国外发达国家、发展中国家的研究结果进行对比分析;其次,由于 CFPS 中同时测量了父母双方抑郁水平的样本相对较少,故本文并未充分探究父母双方抑郁水平对青少年抑郁影响的差异性,这在后续研究中需进一步完善;最后,本文仅基于家庭健康促进视角探究青少年抑郁的代际传递过程,对青少年抑郁代际传递机制的把握可能并不充分,未来研究可从不同视角和理论出发,进一步挖掘抑郁代际传递机制,为儿童青少年心理健康促进提供政策干预的靶点。

5 建议

家庭是全人群全生命周期健康促进的有效切入点,青少年心理健康促进应以家庭为基本单位:一方面,重视父母抑郁对青少年抑郁的影响,将青少年及其父母共同参与的理念融入心理健康干预设计,抑制父母抑郁情绪向青少年传递,推动青少年抑郁症的防治关口前移;另一方面,针对影响青少年抑郁的家庭因素精准施策,基于不同家庭子系统(个人系

统、亲子系统、家庭系统)开展家庭心理健康促进,提升家庭对抑郁症状的识别和应对能力。

5.1 以家庭心理健康建设为基础,阻遏青少年抑郁的代际传递

家庭是与学校、社区、专业机构连接的纽带,在青少年心理健康促进中具有关键性作用,应将家庭心理健康建设作为推进落实青少年抑郁症防治的抓手。具体而言:通过多样化途径向父母宣传抑郁防治知识,强化源头防控;重视青少年健康行为与抑郁症状的关联,对生活方式不健康(如吸烟喝酒、睡眠不佳、身体活动不足)的青少年予以针对性干预;帮助家庭构建温暖、积极的育儿环境;制定特殊家庭(如父母低关怀/参与、单亲家庭)的心理健康促进策略,减轻、阻遏抑郁的代际传递。

5.2 推进青少年心理健康促进与家庭教育形成政策合力,构筑有利于青少年健康发展的家庭政策体系

鉴于家庭中亲子系统是影响青少年抑郁水平的最重要因素,有必要整合资源,协同推进《健康中国行动——儿童青少年心理健康行动方案(2019—2022年)》与《中华人民共和国家庭教育促进法》形成政策合力,鼓励青少年父母践行“亲自养育、共同参与、相互促进”的育儿理念,帮助每一个家庭营造温暖、关怀、安全、包容、接纳的健康家庭氛围,联动多主体、多领域构筑有利于青少年健康发展的家庭政策体系,促进家庭教育和青少年心理健康工作高质量发展,助力健康中国行动进一步落实。

参 考 文 献

- [1] 傅小兰,张侃,陈雪峰.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.
- [2] Shorey S, Ng E D, Wong C H J. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis[J]. British Journal of Clinical Psychology, 2021, 61(2): 287-305.
- [3] Ghobadzadeh M, McMorris B J, Sieving R E, et al. Relationships between adolescent stress, depressive symptoms, and sexual risk behavior in young adulthood: A structural equation modeling analysis[J]. Journal of Pediatric Health Care, 2019, 33(4): 394-403.
- [4] Smith Z R, Zald D H, Lahey B B. Sluggish cognitive tempo and depressive symptoms in children and adolescents predict

- adulthood psychopathology [J]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2020, 48(12): 1591-1601.
- [5] 国家卫生健康委等 12 部门. 健康中国行动——儿童青少年心理健康行动方案(2019-2022 年) [EB/OL]. (2019-12-18) [2022-05-20]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-12/27/content_5464437.htm
- [6] 国务院. 中国儿童发展纲要(2021-2030 年) [EB/OL]. (2021-09-08) [2022-05-20]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-09/27/content_5639412.htm
- [7] Hammen C, Hazel N A, Brennan P A, et al. Intergenerational transmission and continuity of stress and depression: Depressed women and their offspring in 20 years of follow-up [J]. *Psychological Medicine*, 2012, 42(5): 931-942.
- [8] Weissman M M. Intergenerational study of depression: A convergence of findings and opportunities [J]. *Psychological Medicine*, 2020, 50(1): 170-172.
- [9] Goodman S H. Intergenerational transmission of depression [J]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2020 (16): 213-238.
- [10] Goodman S H, Gotlib I H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission [J]. *Psychological Review*, 1999, 106(3): 458-490.
- [11] Chang L Y, Fu M. Disentangling the effects of intergenerational transmission of depression from adolescence to adulthood: The protective role of self-esteem [J]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, 29(5): 679-689.
- [12] Mason W A, Chmelka M B, Trudeau L, et al. Gender moderation of the intergenerational transmission and stability of depressive symptoms from early adolescence to early adulthood [J]. *Journal of Youth and Adolescence*, 2017, 46(1): 248-260.
- [13] Goodman S H, Simon H F M, Shamblaw A L, et al. Parenting as a mediator of associations between depression in mothers and children's functioning: A systematic review and meta-analysis [J]. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2020, 23(4): 427-460.
- [14] Livings M S. The gendered relationship between maternal depression and adolescent internalizing symptoms [J]. *Social Science & Medicine*, 2021, 291: 114464.
- [15] Eyal K, Burns J. The parent trap: Cash transfers and the intergenerational transmission of depressive symptoms in South Africa [J]. *World Development*, 2019, 117: 211-229.
- [16] 谈甜, 和红. 家庭健康循环视角下的健康代际传递研究: 基于 CHNS 2015 的实证分析 [J]. *中国卫生政策研究*, 2021, 14(1): 50-58.
- [17] 谢东虹, 朱志胜. 健康的代际传递 [J]. *青年研究*, 2020(6): 1-12.
- [18] Christensen P. The health-promoting family: A conceptual framework for future research [J]. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(2): 377-387.
- [19] Michaelson V, Pilato K A, Davison C M. Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family [J]. *PloS ONE*, 2021, 16(4): e0249707.
- [20] Niermann C Y N, Gerards S M P L, Kremers S P J. Conceptualizing family influences on children's energy balance-related behaviors: Levels of Interacting Family Environmental Subsystems (The LIFES Framework) [J]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, 15(12): 2714.
- [21] Wäsche H, Niermann C, Bezold J, et al. Family health climate: A qualitative exploration of everyday family life and health [J]. *BMC public health*, 2021, 21(1): 1-13.
- [22] Geurts S M, Koning I M, Vossen H G M, et al. Rules, role models or overall climate at home? Relative associations of different family aspects with adolescents' problematic social media use [J]. *Comprehensive Psychiatry*, 2022, 116: 152318.
- [23] 杜本峰, 周丽金, 王翊, 等. 困境家庭环境与儿童健康机会不平等研究: 来自全国 7 省调查分析 [J]. *中国卫生政策研究*, 2021, 14(2): 64-71.
- [24] Xie Y, Hu J. An introduction to the China family panel studies (CFPS) [J]. *Chinese Sociological Review*, 2014, 47(1): 3-29.
- [25] Van de Velde S, Bracke P, Levecque K, et al. Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8 [J]. *Social Science Research*, 2010, 39(3): 396-404.
- [26] 刘保中, 张月云, 李建新. 家庭社会经济地位与青少年教育期望: 父母参与的中介作用 [J]. *北京大学教育评论*, 2015, 13(3): 158-176.
- [27] 张春泥. 当代中国青年父母离婚对子女发展的影响: 基于 CFPS 2010-2014 的经验研究 [J]. *中国青年研究*, 2017(1): 4-16.
- [28] 吴菲. 如何用锚点情境法降低自评健康的回答偏误?: 一项基于 CFPS2012 数据的实证分析 [J]. *人口与发展*, 2019, 25(2): 117-128.
- [29] Hooper L M, Burnham J J, Richey R, et al. The Fit Families pilot study: Preliminary findings on how parental health and other family system factors relate to and predict adoles-

- cent obesity and depressive symptoms[J]. *Journal of Family Therapy*, 2014, 36(3): 308-336.
- [30] Onis M, Onyango A W, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents[J]. *Bulletin of the World health Organization*, 2007, 85: 660-667.
- [31] Hirshkowitz M, Whiton K, Albert S M, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations [J]. *Sleep Health*, 2015, 1(4): 233-243.
- [32] 中国儿童青少年身体活动指南制作工作组. 中国儿童青少年身体活动指南[J]. *中国循证儿科杂志*, 2017, 12(6): 401-409.
- [33] Cutler D M, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education[J]. *Journal of Health Economics*, 2010, 29(1): 1-28.
- [34] Shorrocks A F. Decomposition procedures for distributional analysis: A unified framework based on the Shapley value [J]. *Journal of Economic Inequality*, 2013, 11(1): 99-126.
- [35] 温忠麟, 侯杰泰, 张雷. 调节效应与中介效应的比较和应用[J]. *心理学报*, 2005, 37(2): 268-274.
- [36] Vera-Toscano E, Brown H. The intergenerational transmission of mental and physical health in Australia: Evidence using data from the household income and labor dynamics of Australia survey [J]. *Frontiers in Public Health*, 2021(9): 763589.
- [37] Gugushvili A, Präg P. Intergenerational social mobility and health in Russia: Mind over matter? [J]. *Advances in Life Course Research*, 2021, 47: 100390.
- [38] Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review[J]. *Annual review of clinical psychology*, 2018(14): 1-28.
- [39] 杨逸群, 陈亮, 纪林芹, 等. 母亲抑郁对青少年抑郁的影响: 亲子关系的中介作用与青少年消极情绪性的调节作用[J]. *心理发展与教育*, 2017, 33(3): 368-377.
- [40] Andersen C. Intergenerational health mobility: Evidence from Danish registers [J]. *Health Economics*, 2021, 30(12): 3186-3202.
- [41] Novak D, Popovic S, Emeljanovas A, et al. Are family, neighbourhood and school social capital associated with psychological distress among Lithuanian high-school students? A cross-sectional study [J]. *International Journal of Sport Management, Recreation & Tourism*, 2016, 23: 75-89.
- [42] Dix T, Meunier L N. Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes [J]. *Developmental Review*, 2009, 29(1): 45-68.
- [43] Wang Y, Shi H, Wang Y, et al. The association of different parenting styles among depressed parents and their offspring's depression and anxiety: A cross-sectional study [J]. *BMC Psychiatry*, 2021, 21(1): 1-10.
- [44] Schleider J L, Chorpita B F, Weisz J R. Relation between parent psychiatric symptoms and youth problems: Moderation through family structure and youth gender [J]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2014, 42(2): 195-204.

[收稿日期:2022-05-23 修回日期:2022-07-11]

(编辑 薛云)