

# 湖南省岳阳县青少年抑郁的流行病学调查

杨文辉<sup>1</sup>, 周烜<sup>1</sup>, 彭芳<sup>1</sup>, 刘海洪<sup>2</sup>

(1.湖南师范大学心理学系,长沙 410081;2.中南大学湘雅医院临床心理中心,长沙 410008)

**【摘要】 目的:**了解湖南省岳阳县青少年抑郁症状和抑郁症的发生情况及其特征。**方法:**抽取湖南省岳阳县 11~19 岁具有代表性的青少年样本 2731 人,采用两阶段调查法。第一阶段应用流调用抑郁量表(CES-D)筛查抑郁症状;第二阶段对 CES-D 总分 $\geq 20$  分的青少年采用学龄期儿童情感障碍和精神分裂症问卷(K-SADS)访谈,以美国精神障碍诊断与统计手册第 4 版(DSM-IV)为标准做出抑郁症诊断。**结果:**①抑郁症状发生率为 22.81%,其中 14~15 岁(24.71%)、16~19 岁(24.92%)年龄段高于 11~13 岁(20.17%, $P<0.05$ ),16~19 岁年龄段女性(29.35%)高于男性(21.17%, $P<0.05$ );单亲家庭青少年(30.97%)高于双亲(23.32%)和大家庭(20.36%, $P_s<0.05$ );②抑郁症时点患病率为 2.26%,其中 14~15 岁(2.89%)、16~19 岁(3.45%)年龄段高于 11~13 岁(1.00%, $P<0.01$ ),16~19 岁年龄段女性(5.95%)高于男性(1.39%, $P<0.01$ )。**结论:**在岳阳县青少年中抑郁症状和抑郁症以 14 岁为界,呈现显著上升现象,16 岁后出现性别差异,家庭环境与抑郁的发生有关。

**【关键词】** 青少年;抑郁症状;抑郁症;流行病学调查

中图分类号: R395.2 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2013)06-0937-05

## Prevalence of Depression in Adolescents in Yueyang County of Hunan Province

YANG Wen-hui, ZHOU Ting, PENG Fang, LIU Hai-hong

Department of Psychology, Hunan Normal University, Changsha 410081, China

**【Abstract】 Objective:** The present study investigated the prevalence of dysphoria and major depression disorder(MDD) in adolescents in Yueyang county of Hunan Province. **Methods:** Two-phase surveys were taken. A representative sample of 2731 adolescents aged from 11 to 19 years at intake was assessed for dysphoria by Center for Epidemiological Studies Depression Scale(CES-D) firstly. Then the adolescents whose CES-D scores were equal or above 20 were interviewed for MDD utilizing the Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children(K-SADS) and the diagnosis of MDD was made based on the criteria of DSM-IV. **Results:** ①The prevalence of dysphoria averaged 22.81%. The prevalence was higher in adolescents both aged from 14 to 15 years(24.71%) and 16 from to 19 years(24.92%) than adolescents aged from 11 to 13 years(20.17%,  $P<0.05$ ), and the prevalence in females(29.35%) was higher than males(21.17%,  $P<0.05$ ) aged from 16 to 19 year. Further, the depression prevalence was higher in adolescents from single-parent families(30.97%) than adolescents from two-parents families(23.32%) and big families(20.36%,  $P<0.05$ ) as well. ②The time-point prevalence of MDD averaged 2.26%. The time-point prevalence of MDD was higher in adolescents both aged from 14 to 15 years (2.89%) and from 16 to 19 years(3.45%) than adolescents aged from 11 to 13 years(1.00%,  $P<0.01$ ), and in females(5.95%) than in males(1.39%,  $P<0.01$ ) aged from 16 to 19 years. **Conclusion:** Depression is a common mental health problem in adolescents in Yueyang county. The prevalence of depression rises sharply in the time point of 14 years old and the difference in gender presents after age 16 years old. Family Environment is a risk factor of depression in adolescents.

**【Key words】** Adolescents; Dysphoria; Major depression disorder; Epidemiology research

抑郁在青少年中很常见,但常常被忽视。研究表明,进入青春期后,青少年抑郁的发病率急剧上升,如儿童抑郁症的患病率不到 1%,而到青春中到晚期抑郁症的患病率超过 4%~5%<sup>[1,2]</sup>。青少年时期不仅是抑郁发生的关键时期,而且青少年抑郁与当前和将来的疾病状况相关,也增加青少年自杀风险<sup>[3]</sup>。

**【基金项目】** 本研究受到湖南省自然科学基金项目(11JJ3027);湖南省教育科学规划重点课题项目(XJK011AXL002);国家自然科学基金青年科学基金(81000587);高等学校博士学科点专项科研基金(20100162120048)和国家自然科学基金面上项目(31171003)资助  
通讯作者:杨文辉

因此,掌握青少年抑郁的流行病学状况对于抑郁的早期预防,减少抑郁的发病率具有重要意义。

目前,我国青少年抑郁的流行病学调查主要局限于抑郁症状的发生情况<sup>[4-6]</sup>,很少关注青少年抑郁症的发生。而抑郁一词在现代精神病学里,主要是指抑郁症,即一种达到临床诊断标准、以显著而持久的负性心境和情绪调节障碍为特征的精神障碍,其严重影响个体的情绪、思维、自我感觉、人际交往、学业或工作。而抑郁症状通常是指一种亚临床形式的抑郁,是以量表评估自我报告的抑郁症候群,通过特定划界分来定义<sup>[7]</sup>。虽然抑郁无论是在亚临床水

平,还是在临床抑郁症水平,均可对青少年身心健康和社会功能造成影响,但是由于抑郁症是一种达到临床诊断的精神障碍,其对青少年身心健康、学业和社会功能危害更大,需要提供及时有效的临床干预。因此,在青少年中开展抑郁症的流行病学调查非常必要。

另外,对于抑郁的结构,研究表明抑郁不是一种分类结构,而是一种连续变化的维度结构,即亚临床抑郁和抑郁症反映的是抑郁从轻到重的一种量变过程<sup>[8]</sup>。大量研究也显示,随着抑郁症状的增加抑郁症的发病风险随之增加<sup>[9]</sup>,且抑郁症状是抑郁症发生的最强预测因素<sup>[10-12]</sup>。因此,为做好抑郁的早期预防,有必要对青少年的抑郁症状和抑郁症同时开展流行病学的调查。

本调查以湖南省岳阳县青少年为样本。岳阳县位于湖南省东北部,岳阳市中部,它的行政区划包括8乡12镇,经济发展处于湖南省县域经济的中等发展水平,相对于我省其他县城,岳阳县对于我国广大县城地区更具有代表性。本研究目的是通过对岳阳县青少年抑郁症状和抑郁症的流行病学现状和特征调查,以了解我国青少年抑郁症的发生情况,为开展抑郁症的早期预防干预提供初步依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

岳阳县共有25所初中,7所高中。本研究采用随机整群抽样的方法,抽取岳阳县4所初中,1所高中,在7~12年级共3273人中开展调查。发放问卷3000份,回收问卷2981份,回收有效问卷2731份,有效率为91.61%。其中男生1492人(54.6%),女生1239人(45.4%),年龄范围为11~19岁,平均年龄 $14.07 \pm 1.75$ 岁。调查时间为2012年10月~2013年1月。本研究得到湖南师范大学伦理委员会批准,参与调查者均知情同意。

### 1.2 工具

1.2.1 流调中心用抑郁量表(The Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D) 该量表由Radloff于1977年编制<sup>[13]</sup>,主要评定一周内抑郁相应症状或感觉出现的频度,共20个条目,为0~3级评分。所有条目得分之和为量表总分,分数越高表示抑郁程度越严重。根据国内<sup>[14]</sup>研究,将CES-D总分 $\geq 20$ 分作为划界分,区分有抑郁症状和无抑郁症状。

1.2.2 学龄期儿童情感障碍和精神分裂症访访问卷

(Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-age Children, K-SADS)<sup>[15]</sup> 该问卷由Puig-Antich和Ryan于1986年编制和修订,1997年Kaufman对其进一步修订。该问卷是根据美国精神障碍诊断与统计手册第4版(DSM-IV)诊断标准对6~18岁儿童青少年进行目前和过去精神疾患的评估。K-SADS是一种对儿童青少年和/或父母进行的半结构化的诊断性访谈问卷,包含对20个常见儿童青少年精神疾病的筛查和补充诊断。每个筛查包括了每个疾病诊断的核心症状,如果对一个核心症状的筛查是阳性的,就需要做补充诊断。本研究主要访谈抑郁症的诊断,访谈对象为学生,访谈时间需要45~60分钟。

1.2.3 诊断工具 参照DSM-IV诊断手册有关抑郁障碍中的重性抑郁障碍诊断标准,诊断抑郁症。

### 1.3 研究流程

2012年10月底,由经过统一培训的调查员进行现场调查,学生以班级为单位,集中独立填写问卷,并当场回收问卷。

2012年11月底~12月,对第一阶段筛查出有抑郁症状的青少年再次用CES-D进行筛查,对有抑郁症状的学生使用K-SADS进行一对一的访谈。以DSM-IV为金标准做出诊断,对符合DSM-IV“重性抑郁障碍”诊断标准的青少年认定其患有抑郁症。

随机抽取约6%( $n=164$ 人)的阴性样本(即CES-D $<20$ 分青少年),同样用K-SADS进行一对一的访谈,采用盲法评估,即访谈人员不知道访谈对象的筛查结果,164名青少年中未发现抑郁症患者。

调查前由2名精神卫生专业人员对参加访谈的心理专业人员进行了K-SADS培训,培训时间为一个月。培训后访谈人员对13名抑郁症患者的诊断结果进行了一致性评估,Kappa系数为0.88,具有较高的诊断一致性。

## 2 结 果

### 2.1 人口数据

完成调查青少年的性别和年龄分布见表1,其家庭模式构成包括单亲家庭(8.2%)、双亲家庭(43%)和大家族(46.3%)。父亲文化程度包括:小学(14.1%)、初中(56.4%)、高中(20.8%)和大学(2.2%),母亲文化程度包括:小学(18.4%)、初中(56.4%)、高中(16.3%)和大学(1.5%)。父亲职业包括:工人(46.3%)、农民(28.4%),商人或服务业人员(12.0%),国家机关或企业管理人员(4.9%),无业或其他(8.3%)。母亲职业包括:工人

(30.4%),农民(17.1%),商人或服务业人员(25.5%),国家机关或企业管理人员(2.4%),无业或其他(22.8%)。

## 2.2 抑郁症状发生率

经过筛查 CES-D $\geq$ 20 分的青少年共有 623 人,其中男 323 人,女 300 人,抑郁症状发生率为 22.81% (95%CI=22.66%~23.32%),其中女性抑郁症状发生率为 24.21%,男性抑郁症状发生率为 21.65%,二者差异无统计学意义( $\chi^2=2.35$ )。

表 1 青少年抑郁症状发生率性别和年龄的分布

年龄 (岁)	女性		男性		合计	
	人数	发生率	人数	发生率	人数	发生率
11~13	541	21.63%(117)	629	18.92%(119)	1170	20.17%(236)
14~15	422	24.17%(102)	537	25.14%(135)	959	24.71%(237)
16~19	276	29.35%(81)	326	21.17%(69)	602	24.92%(150)
合计	1239	24.21%(300)	1492	21.65%(323)	2731	22.81%(623)

注:括号内为有抑郁症状人数;\*经 $\chi^2$ 检验,11~13 岁年龄段与 14~15、16~19 岁年龄段进行比较, $P<0.05$ ;<sup>b</sup>经 $\chi^2$ 检验,16~19 岁年龄段女性与同年龄段男性比较, $P<0.05$

表 2 青少年抑郁症状发生率的家族因素差异

项目	调查 人数	抑郁症状 人数	抑郁症状 发生率	$\chi^2$
家庭模式				
单亲	226	70	30.97%	17.01*
双亲	1179	275	23.32%	
大家庭	1272	259	20.36%	
父亲文化程度				
小学	386	94	24.35%	0.92
初中	1549	361	23.30%	
高中	571	125	21.89%	
大学	60	13	21.67%	
母亲文化程度				
小学	505	120	23.76%	0.62
初中	1547	352	22.75%	
高中	448	101	22.54%	
大学	42	8	19.05%	

注:\* $P<0.01$

2.2.1 青少年抑郁症状发生率的年龄和性别差异 以岁为单位,先对各年龄和不同性别的抑郁症状发生率进行初步分析,然后将抑郁症状发生率相近的各

年龄进行组合,比较不同年龄段的差异。结果显示不同年龄阶段青少年抑郁症状发生率差异显著( $\chi^2=8.12$ ),14~15 岁(24.71%)和 16~19 岁(24.92%)年龄段抑郁症状发生率高于 11~13 岁(20.17%)。在性别上,16~19 岁年龄段女性的抑郁症状发生率(29.35%)显著高于男性(21.17%, $\chi^2=5.23$ ),其他年龄段(11~13 岁、14~15 岁)抑郁症状发生率的性别差异无统计学意义。

2.2.2 青少年抑郁症状发生率的家族因素差异 本调查主要选取家庭生活模式、父母的文化程度两种不同家庭因素进行分析。在不同家庭模式下,单亲家庭青少年抑郁症状发生率(30.97%)显著高于双亲(23.32%)和大家庭(20.36%)青少年(见表 2);父母不同文化程度的青少年抑郁症状发生率的比较,差异无统计学意义。

## 2.3 青少年抑郁症时点患病率

对筛查出有抑郁症状的学生用 K-SADS 进行一对一的访谈,由于家庭或个人原因未参加访谈的青少年共 178 人,最终访谈人数为 445 人,访谈率为 71.4%。其中参与访谈和未参加访谈的青少年在性别、年龄构成和 CES-D 分数之间差异无统计学意义( $P_s>0.05$ )。

经过访谈,最终符合 DSM-IV 抑郁症诊断的青少年共 44 人。由调整患病率的计算公式:调整患病率(%)=(抑郁症例数/用金标准评估的人数) $\times$ 筛查阳性人数/调查人数 $\times 100\%$ <sup>[16]</sup>。在 2731 名青少年中,抑郁症的时点患病率为 44/445 $\times$ 623/2731 $\times 100\%$ =2.26%(95%可信区间=2.18%~2.34%),其中,女性患病率为 2.61%,男性患病率为 1.95%,二者差异无统计学意义( $\chi^2=1.23$ ,见表 3)。

表 3 青少年抑郁症时点患病率性别和年龄的分布

项目	调查人数	筛 查 阳性人数	用金标准 评估人数	抑郁症 例 数	调整时点 患病率(%)	$\chi^2$	OR 值(95%CI)
年龄(岁)							
11~13	1170	236	161	8	1.00	14.23*	0.68(0.41~1.14)
14~15	959	237	154	18	2.89		0.26(0.14~0.49)
16~19	602	150	130	18	3.45		1.00
性别							
女	1239	300	223	24	2.61%	1.23	1.33(0.80~2.21)
男	1492	323	222	20	1.95%		

注:调整时点患病率=(抑郁症例数/用金标准评估的人数) $\times$ 筛查阳性人数/调查人数 $\times 100\%$ ; $*P<0.01$ ,下同。

2.3.1 青少年抑郁症时点患病率的年龄和性别差异 不同年龄段的划分方法同抑郁症状发生率。不同年龄段青少年抑郁症时点患病率(见表 3)差异显

著,其中 14~15 岁(2.89%)、16~19 岁(3.45%)年龄段显著高于 11~13 岁年龄段(1.00%, $\chi^2=13.68$ )。16~19 岁年龄段女性(5.95%)显著高于男性(1.39%),其他

年龄段性别差异上均无统计学意义。见表4。而在不同性别上,各年龄段的抑郁症时点患病率存在差异,即男性在14~15岁年龄段(3.63%)显著高于11~13岁(0.96%, $\chi^2=10.20$ ),边缘显著高于16~19岁(1.39%, $\chi^2=3.46$ );女性在16~19岁年龄段(5.95%)显著高于11~13岁(1.06%)和14~15岁(2.04%, $\chi^2$ 值分别

为16.18,7.00)。

2.3.2 青少年抑郁症时点患病率的家庭因素差异 来自单亲家庭、双亲和大家庭的青少年抑郁症时点患病率分别为:2.82%、2.30%、2.20%(见表5),三者之间差异无统计学意义。

表4 不同年龄段青少年抑郁症时点患病率的性别差异

年龄(岁)	性别	调查人数	筛查阳性人数	用金标准评估人数	抑郁症例数	调整时点患病率(%)	$\chi^2$	OR值(95%CI)
11~13	女	541	117	82	4	1.06	0.07	1.16(0.37~3.63)
	男	629	119	79	4	0.96		
14~15	女	422	102	71	6	2.04	2.04	0.56(0.25~1.25)
	男	537	135	83	12	3.63		
16~19	女	276	81	69	14	5.95	8.55*	4.06(1.48~11.14)
	男	326	69	61	4	1.39		

表5 青少年抑郁症时点患病率的家庭因素差异

家庭模式	调查人数	筛查阳性人数	用金标准评估人数	抑郁症例数	调整时点患病率(%)	$\chi^2$	OR值(95%CI)
单亲	226	70	55	5	2.82	0.18	1.21(0.50~2.96)
双亲	1179	275	193	19	2.30		1.04(0.61~1.78)
大家庭	1272	259	185	20	2.20		1.00

### 3 讨 论

本调查结果显示,湖南省岳阳县青少年抑郁症状发生率为22.81%,抑郁症时点患病率为2.26%;不同年龄段及不同性别在抑郁症状发生率和抑郁症时点患病率上均存在差异,表现为14~19岁年龄段抑郁症状发生率及抑郁症时点患病率均高于11~13岁,16~19岁年龄段女性均高于男性;男女性别在不同年龄段抑郁症时点患病率上存在差异,表现为男性在14~15岁年龄段高于11~13岁和16~19岁,女性在16~19岁年龄段高于11~15岁。

本调查结果提示在岳阳县青少年中抑郁症状很常见,该结果与使用同种抑郁症状筛查工具即CES-D的研究结果一致<sup>[3]</sup>。不同年龄段抑郁症状的发生率和性别差异与国内研究结果一致<sup>[5,6]</sup>,即青少年在14岁后抑郁症状发生率显著升高,16岁后表现出性别差异。本调查也发现单亲家庭的青少年较双亲或大家庭青少年具有更高的抑郁症状发生率,该结果与国内外的研究结果一致,提示家庭因素可能与青少年抑郁症状的发生有关<sup>[17,18]</sup>。

有关青少年抑郁症时点患病率,中国内地尚缺乏二阶段调查法的诊断筛查结果。而Yang等<sup>[19]</sup>在台北的二阶段流行病学调查结果显示,青少年抑郁

症的时点患病率为2.4%,与本研究结果一致。而国外报告的青少年抑郁症的时点患病率在4%~7%之间<sup>[20]</sup>,总体高于国内青少年,这可能与各国之间的文化差异有关,同时不同风险因素如家族史、成瘾行为、家庭婚姻情况等同样影响抑郁症的患病率<sup>[18]</sup>。另外,国外研究显示青少年抑郁症的易发年龄为12~13岁<sup>[20,21]</sup>,略早于本研究结果。

有关青少年抑郁症时点患病率的性别构成上,本调查结果与国内外研究结果一致,即抑郁症时点患病率女性高于男性,其可能的生理原因是女性进入青春期后雌激素水平的变化使大脑对负性刺激的敏感性提高,导致在同样的压力环境下,女性的情绪体验较男性更为深刻<sup>[6,22,23]</sup>。值得注意的是,本研究中青少年抑郁症时点患病率在16岁后表现出性别差异,晚于国外研究中青少年性别差异发生的时间,即13~14岁<sup>[3,20]</sup>。

同时,本调查结果发现,抑郁症状发生率和抑郁症时点患病率在不同年龄段及其性别差异上具有高度的一致性,提示抑郁症状和抑郁症的发生可能具有关联。(致谢:感谢刘细梅,丁智睿,杨朝明,李莉,刘绍亮,谢莲、陈泉和李梅对本调查的问卷取样和学生访谈数据的收集工作;感谢岳阳县四中何卫兵校

长,岳阳县甘田中学彭细斌校长,岳阳县杨林中学龙光宇校长,岳阳县柏祥中学姚卫星校长和岳阳县公田中学汪红春校长对本调查取样给予的大力支持和帮助。)

### 参 考 文 献

- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(10): 972-986
- Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 47(12): 1263-1271
- Thapar A, Collishaw S, Pine DS, et al. Depression in adolescence. *The Lancet*, 2012, 379: 1056-1067
- 黄莹,李燕,胡安艳,等. 云南省中学生抑郁症状流行特征分析. *中国学校卫生*, 2011, 32(2): 241-242
- 冯正直,张大均. 中学生抑郁症状发展的性别、年龄、年级差异. *中国临床康复*, 2005, 9(36): 32-34
- 罗英姿,王湘,朱熊兆,等. 高中生抑郁水平调查及其影响因素研究. *中国临床心理学杂志*, 2008, 16(3): 274-277
- Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2010, 6: 285-312
- Hankin BL, Fraley RC, Lahey BB, et al. Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 114(1): 96-110
- Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(5): 325-331
- Pine DS, Cohen E, Cohen P, et al. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder?. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156(1): 133-135
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, et al. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34(3): 312-321
- Horwath E, Johnson J, Klerman GL, et al. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49(10): 817-823
- Radloff LS. The use of the center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and adolescence*, 1991, 20(2): 149-166
- 张明园. 精神科评定量表手册.长沙:湖南科学技术出版社,1998. 27-31
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version(K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36(7): 980-988
- 范娟,顾红亮,杨慧琳,等. 上海市浦东新区 8~12 岁儿童抑郁障碍的患病率调查. *上海精神医学*, 2010, 22(6): 335-338
- 郭兰婷,张志群. 中学生抑郁情绪与童年经历,家庭和学校因素分析. *中国心理卫生杂志*, 2003, 17(7): 458-461
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 1996, 276(4): 293-299
- Yang HJ, Soong WT, Kuo PH, et al. Using the CES-D in a two-phase survey for depressive disorders among nonreferred adolescents in Taipei: a stratum-specific likelihood ratio analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2004, 82(3): 419-430
- Costello EJ, Pine DS, Hammen C, et al. Development and natural history of mood disorders. *Biological psychiatry*, 2002, 52(6): 529-542
- Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 2001, 49(12): 1002-1014
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A, et al. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological medicine*, 1999, 29(5): 1043-1053
- Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 2008, 33(4): 331-343

(收稿日期:2013-06-07)

### 关于本刊第21卷第3期《攻击行为的启动效应》一文通讯作者的说明

本刊2013年第21卷第3期发表的《攻击行为的启动效应》一文,第二作者田录梅为该文通讯作者。因本刊工作疏忽未注明通讯作者信息。特此说明。

中国临床心理学杂志编辑部