

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

憂鬱雙親之子女行為問題、精神疾患及神經心理問題之流行 病學研究

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC94-2314-B-040-037-

執行期間：94年08月01日至95年07月31日

執行單位：中山醫學大學公共衛生系

計畫主持人：楊浩然

共同主持人：賴德仁，陳為堅，宋維村

計畫參與人員：陳舒婷、謝孟綦

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 95 年 10 月 31 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
 期中進度報告

憂鬱雙親之子女行為問題、精神疾患及神經心理問題
之流行病學研究

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC 94-2314-B-040-037-

執行期間：94 年 08 月 1 日至 95 年 7 月 31 日

計畫主持人：楊浩然助理教授

共同主持人：賴德仁副教授；陳為堅教授；宋維村副教授

計畫參與人員：謝孟蓁、陳舒亭

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年 二年後可公開查詢

執行單位：中山醫學大學公衛系

中華民國 95 年 10 月 19 日

壹、中、英文摘要及關鍵詞(keywords)

本研究旨在探討並比較憂鬱雙親之子女，其精神疾患之盛行率，是否與未憂鬱之雙親之子女不同，其行為問題及神經心理問題也同時加以探討。樣本的來源將自中山醫院的身心科門診中，而對照組則來自台中縣市社區之家庭。診斷問卷以迷你國際神經精神醫學面談問卷(Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)針對家戶中之成人進行診斷；而以兒童版情感性疾患及精神分裂症診斷問卷(The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents, K-SADS-E) 針對家戶中之兒童及青少年進行精神疾患之評估；兒童之行為，以父母報告的「兒童行為檢核表」(Child Behavior Checklist, CBCL) 以及自填報告(Youth Self-Report, YSR)做測量。截至計畫結束時，精神疾患組之指標個案共 55 人，在這 55 個家庭中包括 72 位子女；對照組則已完成 60 個家庭的收案，其中包括 94 位子女之資料。本研究中，指標個案在各組之間的基本人口學變項並無太大差異，僅有在教育程度及年齡上達到統計上的顯著。子女之精神疾病在精神疾患組與對照組中均呈現出盛行率相當高的情形，但兩組之間並未達到統計上的顯著。在行為問題的評估上，子女自陳之報告均較父母報告來的高，但具有精神疾患以及不具有精神疾患的家庭之間，父母報告並未呈現出顯著差異，子女自陳的結果亦然。

關鍵詞：憂鬱、青少年、盛行率、家庭、雙親

The present study aimed at comparing the prevalence rates of psychiatric disorders between offsprings of parent with and without psychiatric disorders. Behavioral problems and neuropsychological problems of these children were also assessed. Subjects were derived from outpatients of the Department of Psychiatry, Chung Shan Hospital. Controls were selected from families which represented to those in Taichung city and county. Psychopathology of adults of participated families was assessed by the Mini International Neuropsychiatric Interview; whereas children aged 6-18 were interviewed by The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents. Behavior problems for the children were assessed using the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report. Neuropsychological problems were assessed for all participants as well. At the end of the study, fifty-five adult probands with psychiatric disorders and their children (N=72) completed the diagnostic interview and filled out the behavior checklist. Sixty adult probands without psychiatric disorders and their children (N=94) were also included in the study. In the present study, demographic characteristics among probands of the two groups showed no significant differences except for educational level ($\chi^2=16.8, p<0.05$) and age ($t=-2.0, p=0.04$). Prevalence rates of psychiatry disorders among offspring of parents with psychiatric disorders were higher than those of parents without psychiatric disorders albeit the statistical tests did not show significant differences. Mean values of behavior problems reported by children of those two groups were higher than those reported by parents; while parent reports and self-reports between the two groups did not show significant differences.

Keywords: depression, adolescents, prevalence, family, parents

貳、前言與文獻探討

憂鬱疾患是一個家族聚集性強且易復發的疾患，它顯著地影響孩童的正常發展，並且與自

殺行為、精神疾病、及精神社會疾病危險性的提高有關。青少年憂鬱的情況在過去二十年來明顯地增加 (Birmaher et al., 1996)。我們先前針對台北市的國中生所做的研究發現，台灣青少年憂鬱疾患的盛行率與西方國家青少年相仿，其中重鬱症的點盛行率(point estimate)可達 3.4% (Yang et al., 2004)。而一些相關的心理社會因子(psychosocial factors)也與西方國家的報告相似。可見針對國內青少年憂鬱的問題進行研究，是刻不容緩的。

許多流行病學的研究一致地指出，儘管憂鬱疾患的危險因子相當廣泛而複雜，家族中成員有病史是最有預測能力的變項之一。其中最廣為注意的便是憂鬱雙親之子女較易具有精神疾患。研究指出，憂鬱雙親之 6-18 歲子女，罹患憂鬱症的比率介於 7% 至 43% 之間 (Cytryn et al., 1982; Wessman et al., 1984a,b, 1987; Welner and Rice, 1988)；Meta-analysis 的結果也指出，大約 61% 具有重鬱症雙親的子女會在兒童或青少年期發展出精神疾患，並且相較於不具有重鬱症雙親的子女，得到情感性疾患的危險性高達 4 倍 (Lavoie and Hodgins, 1994)。不僅如此，與健康成人的子女相比，憂鬱成人的子女具有較高比率之情緒與行為的問題，包括：具有較高之憂鬱及焦慮症狀之分數、較高之自殺率、社會適應失調、學業成就低落以及較高頻率之違紀行為 (Biederman et al., 2001; Lieb et al., 2000, 2002; Rosenbaum et al., 2000; Warner et al., 1999; Weissman et al., 1992, 1997; Wickramaratne et al., 1998)。除此之外，患有憂鬱之青少年其父母之一患有憂鬱疾患得可能性是未患有憂鬱青少年的三倍 (Shiner and Marmorstein, 1998)。同時，憂鬱雙親之子女同時易經歷較多社會的、行為的、教育的及職業上的困擾 (Billings and Moos, 1983; Beardslee et al., 1985; Downey and Coyen, 1990)。

除了遺傳的因素之外，來自於生物性、心理性、以及社會性的環境因子，同樣對於憂鬱父母家庭的子女的精神疾患、行為及情緒問題具有重要的貢獻，不能加以忽略。譬如，過去二十年中，研究者在青少年的生活事件及憂鬱症或憂鬱疾患的相關研究上發現，青少年負向生活事件的數目與其得到憂鬱疾患 (Daniels and Moos, 1990; Williamson et al., 1995) 的機會成正相關。雖然負向生活事件及憂鬱疾患兩者均被共同的遺傳因素所影響 (Kendler et al., 1993; Kendler and Karkowski-Shuman, 1997; Silberg et al., 1999)，不過 Kendler 等人 (1999) 將壓力生活事件分成「衍生性」事件 (dependent events) 及「獨立性」事件 (independent events) 之後，發現上述的非因果關係只佔約三分之一，並指出壓力生活事件及憂鬱疾患的發生之間存在潛在的因果關係。這個發現支持先前 Dohrenwend 等人 (1992) 的論點。而另外一些非著眼於遺傳的研究也在負向生活事件引發憂鬱症狀或憂鬱疾患的時序上得到印證 (Goodyer et al., 1985; Williamson et al., 1998)。由此可知，儘管愈來愈多的研究著眼於遺傳因素對憂鬱疾患的影響，探討負向生活事件這類社會心理因子對憂鬱疾患的機制仍然是相當重要的。

近年兩個研究指出，母親憂鬱的學齡前兒童及前額葉的活動性在 EEG 上呈現變化，而前額

葉的功能變化與冷淡的情感及其他行為問題有關 (Jones et al., 2000)。過去這個領域的研究並不多見，主要是前額葉皮質 (frontal cortex) 執行相當廣泛的功能，並不容易清楚細分，我們通常粗略地稱之為認知 (cognition)。不過以目前的瞭解，前額葉皮質的功能缺損與計畫及執行功能的缺損有關，並且會降低創造力，且造成個性上的轉變。一些精神疾病與前葉皮質功能的改變也有關，如：精神分裂症、強迫症、及憂鬱症。另外，近來對於前額葉功能的測量也有相當的進展，其中之一便是威斯康辛卡片歸類測驗 (Wisconsin Card Sorting Test, WCST)。威斯康辛卡片歸類測驗是一廣為被使用的神經心理測驗，對於測量前額葉之疾患具有相當的敏感度 (Robinson et al., 1980)。在成人中，年齡別常模的資料已有許多研究加以報告 (Axelrod et al., 1994; Everett et al., 1991; Ozonoff, 1995)，但是對於青少年是否同樣地藉由 WCST 敏感地偵測到腦部功能的缺損，則是仍然存在爭議的地方 (Mattes, 1980)。近來我們已經在台灣的樣本中探討發展中青少年 WCST 執行的因素結構，以及其與精神分裂症易感受因子之間的關係。在 817 位自社區隨機抽取之 13-15 歲青少年中，WCST 的表現缺失並未有證據可以成為精神分裂症易感受性的敏感預測指標 (Lin et al., 2000)。不過，是否 WCST 的表現缺失可以在青少年樣本中預測憂鬱的狀態，則尚未有足夠的研究來說明。

由於憂鬱症症狀的異質性 (symptomatologic heterogeneity) 會影響憂鬱雙親將疾病傳給子女的比率，如：Merikangas 等人 1988 年指出，未合併焦慮疾患的憂鬱雙親，相較於其他型態的憂鬱雙親而言，是最不傾向於傳遞憂鬱疾患給子女的族群。因此，在研究憂鬱雙親子女的精神疾患時，應考慮雙親憂鬱疾患的次類別或嚴重性。不幸的是，大多數過去的此類研究均未對此加以區分。再者，相當少數的研究將指標病例配偶的精神病理狀態納入研究中加以考慮。由於為數不少 (37%) 的正常對照組雙親之配偶被診斷出有精神疾病 (Weissman et al., 1987; Merikangas et al., 1988)，若僅納入單一雙親成為對照組，其子女之精神病理盛行率之估計以及相關危險因子之效應，便很可能是偏差的結果。這也可以解釋為何正常對照組雙親的子女中，終生精神疾病的盛行率 (64%) 及終身憂鬱症之盛行率 (24%) 會如此高的原因。因此，本研究一方面針對雙親憂鬱的診斷加以辨明之外，同時也收集其他診斷之資料，作為區分憂鬱異質性之參考；另一方面，我們也收集指標個案配偶之精神狀態資料，避免可能造成之偏差結果。

青少年的行為問題其實很普遍，而且在各種文化族群中都是如此。最近一篇比較來自 12 種文化、年齡介於 6 到 11 歲及來自種文化、年齡 6 到 17 歲的 CBCL 研究，結果發現在全部問題、外化問題及內化問題上的跨文化變異量只是輕度 (5.9%-13.8%)。但是相對於眾多關於西方青少年行為問題的文獻，對於華人青少年得行為問題則文獻上所知有限。以往的研究大多是關於大陸之學齡前兒童或國小學童 (Tseng et al., 1988; Weine et al., 1995; Xin et al., 1992)；或美

國華裔之青少年(Chang et al., 1995)。最近我們利用 854 位國中生之父母所填的 CBCL，對於台灣青少年之行為問題有了初步的描述(Yang et al., 2000)。根據該研究，台灣青少年的行為問題，若以 Achenbach (1991) 所建議的切割點 (T score 67 for narrow-band syndrome; Tscore 60 for broad-band syndrome) 來看，CBCL 中的 8 種行為問題的盛行率為：退縮 (7.1%)，抱怨身體不適 (8.5%)，焦慮/憂慮 (7.4%)，社交問題 (8.2%)，思考問題 (8.9%)，注意力問題 (5.7%)，違紀行為 (6.4%)，攻擊性行為 (5.6%)。而三種 broad-band syndrome 的盛行率則為：內化 (15.9%)，外化 (14.4%) 全部問題 (14.8%)。這些盛行率的資料，與美國青少年的常模 (Achenbach, 1991) 約略相同。有差異者主要在於台灣青少年有較高的內隱性行為問題 (covert behavior syndrome)，如：焦慮、憂慮，社交問題，和思考問題。由此可見，台灣的青少年如同世界其他地區的青少年一樣，有相當比率的人患有行為問題。

在上述的背景之下本研究將著眼於

1. 探討不同憂鬱型態雙親 (是否有其他共病疾患) 之子女，其精神疾患之盛行率，是否與未憂鬱之雙親之子女或一般青少年常模不同。
2. 探討不同憂鬱型態雙親子女之行為問題之盛行率，是否與未憂鬱之雙親之子女或一般青少年常模不同。
3. 探討不同憂鬱型態雙親之子女，其精神疾患與行為問題之間的關係。
4. 探討神經心理學測驗分數，對憂鬱雙親子女精神疾患及行為問題的影響是否與未憂鬱之雙親之子女不同。

參、研究方法

一、研究樣本來源

樣本的來源將自中山醫院的身心科門診中，由事先訓練之大學生助理在門診後診區邀請就診民眾填寫一份簡單的問卷，以建立關係並詢問其一些簡單的基本資料，如：是否有小孩等。由於中山醫學大學身心科的門診病患約六至八成為憂鬱症患者，因此若該民眾年齡介於 20-65 歲、有憂鬱診斷、並且非智障、痴呆患者、且在當時有 6-18 歲的小孩，則我們便將他納入成為研究之指標個案 (proband)，而他的所有小孩則成為本研究中的標的個案。同時並通知門診主治醫師，由主治醫師在他就診時向他說明研究目的，並邀請他及其他家人 (配偶及其他成年之子女) 參與研究。同意參與研究的指標個案，我們將當場邀請他填寫一份參與研究的同意書，同時填寫一份關於他小孩行為的「兒童行為檢核表」(CBCL)，以及一份相關心理社會因子的系列問卷。如果時間許可，我們也邀請他接受診斷訪談，否則便另外約時間等下次回診時再行訪問，

或另外安排家訪。至於其他家人，我們也委託指標個案將研究說明及同意書轉交家人填寫後寄回，若是家人在外地就學或工作，或是三天後未接獲寄回來的同意書，將由大學生助理連絡確認。一旦家人同意參與研究，將由我們的大學生助理安排受過訓練的訪員進行訪談。訪談的地點原則上以中山醫院為首要考量，若是個案無法配合，我們也不排除家訪或至外地訪談。指標個案及其配偶，我們將以中文版迷你國際神經精神醫學面談問卷(Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)進行訪談，並請他們針對其子女填寫 CBCL。指標個案的 6-18 歲子女，則以兒童版情感性疾患及精神分裂症診斷問卷(The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents, K-SADS-E)進行訪談，並邀請填寫一份關於心理社會因子的問卷，但已成年（超過 18 歲）的子女，則仍以 MINI 進行訪談。由於溝通的問題以及疾病盛行率低，6 歲以下的兒童排除在本研究之外。另外，若是指標個案以外的其他家人，在經過診斷訪談之後，發現符合診斷標準，但未尋求治療或協助時，我們也會協助他們轉介至中山醫院身心科就診。每位完訪的家人，我們都將致贈禮卷或禮品，以鼓勵及感謝他們的參與。整個收案過程，將由計劃主持人（楊）及共同主持人（賴）定期針對訪員及大專助理加以督導。

本研究已完成 115 戶家庭的收集，其中精神疾患組指標個案 55 人，對照組指標個案 60 人。在此 115 戶家庭中，共有 166 位子女完成精神疾病之評估及問卷之填答，並且每個人均完成 WCST 的施測。其中包括精神疾患組 72 位，對照組 94 位。

二、測量工具

甲、診斷問卷

1. 迷你國際神經精神醫學面談問卷(Mini International Neuropsychiatric Interview , MINI)：

MINI 是最近由歐美幾位學者專家所建立的結構式診斷工具，基於一般臨床問診習慣而設計，其特點是能夠迅速精確地對患者目前的精神科疾病下診斷，並且簡要地篩檢共病的問題。以其完成所需時間甚短，相信能部分解決大型工具使用上的不便，不僅在某些研究上可作為初步診斷和篩選工具，在一般日常臨床工作上也有其應用價值。本研究中，雙親以及家庭中其他成人子女之診斷，以此問卷加以進行。

2. 兒童版情感性疾患及精神分裂症診斷問卷(The Schedule for Affective Disorders and

Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents, K-SADS-E) (Chambers et al., 1985) :

本研究對於子女部分的診斷，擬以 K-SADS-E 針對普遍見於兒童青少年的精神疾患做訪談。K-SADS-E 中文版是由耶魯大學遺傳流行病學研究所研究室的 Merikangas 教授授權台大的宋維村教授編修，為一半結構化 (semi-structured) 的訪談式問卷，並且具有可直接觀察、適用於 6-18 歲青少年、可用於臨床研究、具有嚴重度 (severity) 評分、父母與小孩使用的格式相同等優點，在兒童及青少年精神醫學中，是經常被使用的診斷工具，而過去台灣使用的經驗也得到醫師之間在疾病診斷別的一致度相當高(宋維村，民 86)，而本研究計畫主持人曾在臨床受訓達 140 小時，且與資深臨床精神科醫師之間的一致性亦相當良好(Kappa = 0.86 – 0.92)。過去幾年當中，我們持續在台灣非臨床樣本青少年中使用 K-SADS-E，具有相當豐富的經驗，並且已將相關結果發表於國際期刊(Yang et al., 2004)。

乙、神經心理測驗：威斯康辛卡片歸類測驗 (Wisconsin Card Sorting Test)

我們將採 Dr. Allen Tien 根據 Heaton (1981) 之原始 WCST 所做的電腦畫版本 (Tein et al., 1996)，方便施測與計分。螢幕下將呈現四張卡 (稱為刺激卡)，上面的圖案分別為：一個紅色三角，二個綠色星星，三個黃色十字架和四個藍色圓圈。銀幕上半則依序出現一張卡 (稱為反應卡)，受試者只有在做出選擇之後，電腦螢幕上才會顯示 (對) 或 (錯)，但是不會被告知何者才是目前之規類原則 (如顏色，形狀，或數目)。受試者總共要完成 128 張卡，需時約 10-20 分鐘。測試之反映變數為堅持性錯誤 (perseverative errors) 和答對之類別(categories)。

丙、兒童行為檢核表

「兒童行為檢核表」父母報告 (Child Behavior Checklist, CBCL) 是由社會能力量表 (Social Competence Scale) 及行為問題量表 (Behavior problem Scale) 所組成，適用於 4-18 歲的兒童。社會能力量表主要測量兒童的適應性行為，分成「活動量」、「社交」、及「學校」三個次量表；而行為問題量表則在於測量非適應性的行為及情緒問題，以三點評量的方式呈現，其中「0」代表不符合題目描述的狀況，「1」代表有時候符合，「2」代表非常符合。原來英文版的 CBCL 包含了 113 題行為問題，黃惠玲等人 (民 81) 修改過的中文版 CBCL 則有 137 題，增加了 24 題本土化的題目。CBCL 可訪談，可自填，只要國小五年級以上的閱讀能力便可以完成問卷，

填寫一份 CBCL 約 15-17 分鐘。過去我們曾經以中文版兒童行為檢核表對台北市國中生建立了情緒及行為問題的常模，並且發現父母格式(parent form)的報告對於國中生青少年的內化問題（包括退縮、抱怨身體不適、焦慮／憂鬱）有很好的信度及效度的結果(Yang et al., 2000)。而 Biederman 等人(1996)在探討重鬱症及過動症(ADHD)的研究中，其中重鬱症的測量便是以 CBCL 中焦慮/憂鬱量尺為主，而其結果支持以往的研究結論。因此，以 CBCL 中焦慮/憂鬱量尺做為青少年憂鬱疾患的篩選工具應是一個適當的選擇。而兒童行為檢核表的自陳報告亦包含同樣的 113 題行為問題題目及適應量表，內容與父母報告大致雷同。

三、統計分析

描述性統計根據資料的型態，連續性變項以 T 檢定或 ANOVA 加以評估；類別資料則以卡方檢定加以評估。盛行率的估計，以點盛行率以及終生盛行率加以探討。

肆、結果與討論（含結論與建議）

本研究在研究期間，共收集 115 戶家庭，其中精神疾患組指標個案 55 人，對照組指標個案 60 人。在這兩組中，大多數人口學變項均沒有差異，僅在教育程度（ $\chi^2=16.8, p=0.0008$ ）及年齡（ $t=-2.0, p=0.04$ ）分佈上有所不同（見表一）。教育程度低者呈現出與精神疾病相關的情形；而本研究中具有精神疾患的指標個案的年齡稍高於對照組之指標個案。除此之外，在性別、子女的數目、婚姻狀態、以及居住地的分佈上均呈現出兩組之間可比較的特性。

在此 115 戶家庭中，共有 166 位子女完成訪問及問卷之填答。其中精神疾患組 72 位，對照組 94 位（見表二）。在盛行率上，具有精神疾患指標個案的子女有相當比例具有精神疾病（30.6%），然而令我們訝異的是，在對照組的指標個案子女中精神疾患的盛行率也可高達 19.2%，而且這兩組之間的盛行率並未發現具有顯著的差異。這個結果的可能解釋除了樣本數仍然不足之外，也有可能是一般正常家庭之兒童及青少年，具有相當比例的精神疾患盛行率。不過，本研究中，尚未將子女之精神疾患細分為各個不同的診斷（資料尚在分析中），因此，是否在不同的精神疾患診斷上，兩組會有不同的盛行率，將於未來資料分析完畢之後，提出合理的解釋及說明。在此之前，本研究的結果仍然值得提供臨床工作人員針對父母親未具有精神疾患的小孩，給予適當的介入策略及建議，減少社區中年輕族群精神疾患的發生。

在行為問題方面，共有 72 位精神疾患組之子女及 94 位對照組之子女完成兒童行為檢核表之填答（見表三）。結果發現，不論是精神疾患組或對照組指標個案的子女，子女自填的分數均高於父母報告，有趣的是，對照組指標個案的子女自填分數與父母報告的結果差異較父母具有

精神疾患的子女來的多。在父母具有精神疾患的子女中，退縮 ($t=-6.8, p<0.0001$)、思考問題 ($t=-7.8, p<0.0001$)、違紀行為 ($t=-6.7, p<0.0001$)、內化問題 ($t=-4.7, p<0.0001$)、外化問題 ($t=-4.6, p<0.0001$)、全行為問題 ($t=-5.3, p<0.0001$) 均呈現出自填的結果分數高於父母報告的結果；在父母不具有精神疾患的子女中，退縮 ($t=-8.4, p<0.0001$)、思考問題 ($t=-6.9, p<0.0001$)、注意力問題 ($t=-5.1, p<0.0001$)、違紀行為 ($t=-6.6, p<0.0001$)、內化問題 ($t=-5.7, p<0.0001$)、外化問題 ($t=-4.6, p<0.0001$)、全行為問題 ($t=-5.9, p<0.0001$) 呈現出自填的結果分數高於父母報告的結果。若以父母的報告來比較，具有精神疾患以及不具有精神疾患的父母之間，對其子女行為的評估並未呈現出顯著的差異；同樣的，在子女的報告中，父母親具有精神疾患與不具有精神疾患的小孩之間，其自陳報告的結果在各個行為症候群上也未呈現顯著的差異。

為了釐清父母報告與子女自填之間的相關性，我們將這兩份問卷所估算出來的行為症候群分數作相關性分析（表四、表五）。從表中可看出精神疾患組相較於對照組的在部分行為問題上的一致性來的高。其中，表四為精神疾患組父母親報告及小孩自陳行為之間相關性，由表中可看出，當小孩在自陳有社交問題時父母親不僅會報告較多的社交問題 ($r=0.2, p<0.05$)，同時也會報告較多的思考問題 ($r=0.3, p<0.05$)、注意力問題 ($r=0.3, p<0.05$)、攻擊性問題 ($r=0.3, p<0.05$)、外化問題 ($r=0.2, p<0.05$) 及全行為問題 ($r=0.3, p<0.05$)；同樣的，當父母親在報告小孩有較多的思考問題時，小孩也會自陳較多的焦慮憂鬱 ($r=0.2, p<0.05$)、社交問題 ($r=0.3, p<0.05$) 及全行為問題 ($r=0.2, p<0.05$)；而當父母報告較多的攻擊性行為時，小孩也會自陳較多的社交問題 ($r=0.3, p<0.05$)、攻擊性問題 ($r=0.3, p<0.05$) 及外化問題 ($r=0.2, p<0.05$)；父母報告較多的外化問題時，小孩也會自陳較多的焦慮憂鬱 ($r=0.2, p<0.05$)、社交問題 ($r=0.2, p<0.05$)、攻擊性行為 ($r=0.3, p<0.05$)、外化問題 ($r=0.2, p<0.05$) 及全行為問題 ($r=0.2, p<0.05$) ($r=0.2, p<0.05$)；表五則是社區對照父母報告小孩行為問題及小孩自陳行為問題間的相關性，從表中可以得知僅有在父母親報告小孩有身體不適時，小孩也會自陳較多的身體不適 ($r=0.2, p<0.05$)，而在其他的行為問題上相關性較低。

本研究之目的試圖比較父母是否具有精神疾患的小孩之間，其神經心理問題之差異。這個部分我們使用威斯康辛卡片歸類測驗 (WCST) 做評估，雖然執行上面並不困難，但是其分析較為複雜，因此，目前資料正在整理分析當中。

Table 1 . Social demographic characteristics of probands with and without psychiatric disorders

	Probands				χ^2/ T	p-value
	With		Without			
	Psychiatric disorders (N=55)		Psychiatric disorders (N=60)			
	N	%	N	%		
Sex					0.005	0.9
Male	18	32.7	20	33.3		
Female	37	67.3	40	66.7		
No. of offspring					2.7	0.3
1	19	34.6	24	40.0		
2	27	49.1	32	53.3		
3 or more	9	16.4	4	6.7		
Educational level ^a (years)					16.8	0.0008
6 or less	5	10.0	3	5.1		
7-9	17	34.0	4	6.8		
10-12	20	40.0	29	49.2		
13 or more	8	16.0	23	39.0		
Marriage status					0.7	0.4
living together	49	89.1	56	93.3		
not living together *	6	10.9	4	6.7		
Residential area					0.03	0.9
Taichung City	32	58.2	34	56.7		
Taichung County	23	41.8	26	43.3		
Age (mean,s.d.)	43.4	9.9	40.3	5.2	-2.0	0.04

*Including : separated , divorced and widowed

^a With five missing data on probands with psychiatric disorders and one missing data on probands without psychiatric disorders

Table2.The Psychopathology of Children of Parents with /without Psychiatric disorders

Children's Psychopathology	Children of parents with Psychiatric disorders (N=72)		Children of parents without Psychiatric disorders (N=94)		OR(95%CI)
	n	%	n	%	
	Children with Psychiatric disorders	22	30.6	18	
Children without Psychiatric disorders	50	69.4	76	80.9	1.00

Table 3 : Means and standard deviations of child behavioral syndrome scores reported by children (YSR) and parents(CBCL) within families where parent with and/or without psychiatric disorders

Behavioral Syndromes	Parent with Psychiatric disorders				Parent without Psychiatric disorders			
	CBCL		YSR		CBCL		YSR	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Withdrawn	2.6	2.4	5.4	2.9	2.3	2.8	5.6	2.8
Somatic complaints	1.6	1.7	2.2	2.2	1.5	2.4	2.2	2.4
Anxious/depressed	3.2	3.7	5.1	4.8	3.2	3.8	5.2	4.5
Social problems	2.4	2.1	3.2	2.8	2.2	2.1	3.1	2.6
Thought problems	0.6	1.1	2.1	1.7	0.6	1.3	2.0	1.6
Attention problem	4.0	3.2	5.5	3.4	3.6	2.9	5.8	3.7
Delinquent behavior	1.6	1.5	3.5	2.2	1.6	1.9	3.4	2.6
Aggressive behavior	5.6	4.7	7.6	5.0	5.0	5.0	7.7	5.7
Internalizing symptoms	7.1	6.5	12.4	8.0	6.9	7.5	12.6	8.1
Externalizing symptoms	7.2	5.7	11.0	6.6	6.6	6.5	11.1	7.6
Total problems	21.2	16.1	34.2	18.9	19.9	17.3	34.6	20.9

Table 4：精神疾患之父母報告之兒童行為症候群分數與其子女自陳之行為症候群分數之間的相關係數

小孩自陳	父母報告兒童行為										
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(1)退縮	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	-0.0	0.2	-0.0	0.0	0.0	0.0
(2)抱怨身體不適	-0.2	-0.0	-0.2	-0.1	0.1	-0.1	0.0	-0.1	-0.2	-0.0	-0.1
(3)焦慮/憂鬱	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2*	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2*	0.2
(4)社交問題	0.2	0.1	0.1	0.2*	0.3*	0.3*	0.2	0.3*	0.2	0.2*	0.3*
(5)思考問題	-0.1	-0.0	-0.0	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	-0.0	0.2	0.1
(6)注意力問題	0.0	0.2	0.0	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
(7)違紀行為	-0.1	0.1	0.0	0.2	0.1	-0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1
(8)攻擊性行為	-0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3*	0.0	0.3*	0.2
(9)內化問題	-0.0	0.1	0.0	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1
(10)外化問題	-0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2*	0.0	0.2*	0.2
(11)全行為問題	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2*	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2*	0.2

*P<0.05

Table 5：社區對照父母報告之兒童行為症候群分數與其子女自陳之行為症候群分數之間的相關係數

小孩自陳	父母報告兒童行為										
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(1)退縮	-0.2	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1	-0.0	-0.1	-0.1	-0.1	-0.1
(2)抱怨身體不適	0.1	0.2*	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1
(3)焦慮/憂鬱	0.0	0.1	0.1	0.1	-0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
(4)社交問題	-0.1	0.1	-0.0	-0.0	-0.1	-0.0	-0.1	-0.1	0.0	-0.1	-0.1
(5)思考問題	0.0	-0.0	0.1	0.0	-0.0	-0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
(6)注意力問題	-0.1	0.0	0.0	0.0	-0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
(7)違紀行為	0.0	0.1	0.0	-0.0	-0.1	-0.0	0.1	-0.1	0.0	-0.0	-0.0
(8)攻擊性行為	-0.0	0.0	0.0	0.0	-0.0	0.0	-0.0	-0.0	0.0	-0.0	0.0
(9)內化問題	-0.0	0.1	0.1	0.1	-0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
(10)外化問題	-0.0	0.0	0.0	-0.0	-0.0	0.0	-0.0	-0.0	0.0	-0.0	-0.0
(11)全行為問題	-0.0	0.1	0.1	0.0	-0.1	0.0	0.0	-0.0	0.0	-0.0	0.0