

DOI: 10.3969/j.issn.1673-5501.2022.04.003

学龄前注意缺陷多动障碍儿童实施行为管理的专家共识

柯晓燕¹ 徐 秀² 陈 立³ 杨 莉⁴ 杨斌让⁵ 胡庆梅⁶ 程明安⁷ 张崇凡⁸

注意缺陷多动障碍(ADHD)发生于儿童时期,表现为与年龄、发育水平不相称的注意力不集中、不分场合的活动过度、冲动,且显著影响患儿的生活、学业、社交和家庭等功能^[1]。研究表明,学龄前 ADHD 儿童共患对立违抗性障碍、品行障碍及焦虑抑郁问题的风险更高^[2,3],且随着年龄的增长,更有可能出现破坏性行为和物质滥用,导致严重后果^[4]。针对父母(或主要照料者)的行为管理培训(Parent Training in Behavior Management, PTBM)和基于教室的行为管理(Behavior Management, BM)是学龄前 ADHD 的一线治疗方法^[5-11]。现有研究及临床实践均已证实,对学龄前 ADHD 儿童实施 BM 能够缓解 ADHD 核心症状,改善亲子关系、同伴关系及生活质量,并减少共患病的发生^[12-15]。为了改善学龄前 ADHD 儿童的预后、针对目前国内 BM 实施过程中的难点和误区,提高实施 BM 的质量,特制定“学龄前 ADHD 儿童实施行为管理的专家共识”(简称共识)。

共识是基于 5 次专家共识会议的充分讨论所达成的,尽管如此证据依然是“极低质量证据”,用 D 来表示;推荐和建议分别用 1 和 2 表示,1 源于专家对推荐没有异议且信心十足,2 源于专家对建议怀有信心,但认知有待充分。

1 学龄前 ADHD 诊断

ADHD 的诊断应基于由专业人员从父母(或主要照料者)、教师和其他熟悉儿童情况的人员等多渠道采集详细病史的基础上,综合体格检查、行为观察、精神检查、临床心理评估,结合必要的实验室、神经电生理、影像学检查结果,依据《美国精神疾病分类与诊断手册第五版》(DSM-5)^[1]或国际疾病诊断分类手册第 11 版(ICD-11)^[16]中 ADHD 的诊断标准做出临床诊断。学龄前 ADHD 参照《DC:0~5 婴幼儿与儿童早期心理及发育障碍诊断分类》^[17]中的诊断条目进行症状特征评估。

疑似学龄前 ADHD,是指学龄前儿童父母(或主要照料者)、教师在其生活学习中,或医务人员在其定期体检中发现预警表现,经专科医生评估,明确存在 ADHD 的部分症

状,但未完全符合学龄前 ADHD 诊断标准。

2 推荐和建议

2.1 BM 适用人群和主要实施者

推荐适用人群为 3~6 岁确诊或疑似 ADHD 的儿童(1D)

建议主要实施者为确诊或疑似 ADHD 儿童的父母和(或)教师。条件不允许的情况下,也可考虑由其他主要照料者实施。专业人员(发育行为儿科医生、儿童精神科医生、儿童保健科医生、儿童神经科医生、心理咨询或治疗师、特教老师等)也可以为实施者,但专业人员更重要的身份应为培训者和督导者(2D)

建议对实施者的要求但不局限于以下几点:①主动学习,有应用 BM 的迫切愿望,愿意接受专业培训;②在其能力范围内实施 BM,有动力不断提升自己的 BM 能力,遇到困难能够主动寻求专业督导;③作为 BM 的主要实施者,能够与其他成员沟通协作,保证 BM 的有效实施(2D)

2.2 学龄前 ADHD 儿童中实施 BM 定义

推荐以专业人员为培训主体,培训父母(或主要照料者)、教师等相关人员,使之掌握基于行为学原理的、专门为改善 ADHD 核心症状和功能损害而研发的各类 BM 技术^[11],并强调在自然环境下实施 BM(1D)

2.3 BM 的目标

推荐 BM 的目标:①帮助父母(或主要照料者)和教师使用有效的行为策略管理学龄前 ADHD 儿童的行为问题;②改善亲子关系,提高父母自我效能和养育技能;③培养学龄前 ADHD 儿童的行为规则意识和社会交往技巧,促进其自我控制、自主性和自信心的发展;④促进学龄前 ADHD 儿童在家庭、幼儿园等社会环境中良好适应性行为的发展^[11,18,19],帮助其回归正常发育轨道(1D)

2.4 对学龄前 ADHD 的再认知

学龄前 ADHD 可以诊断,需要提高识别能力,直面学龄前 ADHD 家庭面临的困难,实施 BM 可以控制病情和减

作者单位 1 南京医科大学附属脑科医院 南京,210024;2 复旦大学附属儿科医院 上海,201102;3 重庆医科大学附属儿童医院 重庆,400015;4 北京大学第六医院 北京,100191;5 深圳市儿童医院 深圳,518034;6 南京市小天使幼稚园;7 家长代表;8 复旦大学 GRADE 中心 上海,201102

通讯作者 柯晓燕, email: kexiaoyan@njmu.edu.cn

少不良结局, BM 需要专业人员和实施者的密切配合 (1D)

2.4.1 学龄前 ADHD 可以诊断, 需要提高识别能力

ADHD 是一种早期起病的神经发育障碍。纵向研究显示, 65%~89% 有 ADHD 样症状的学龄前儿童在学龄期依旧符合 ADHD 的诊断标准^[20-25], 提示 ADHD 的早期诊断具有较强的稳定性。对 ADHD 症状轨迹的研究显示, ADHD 的症状是逐步发展的, 学龄前儿童出现 ADHD 样症状预示着远期出现学业、社交困难, 共患情绪、行为问题的风险升高^[26-29], 但目前我国基层对学龄前 ADHD 认识不足, 亟需提高早期识别和早期诊断的能力。

2.4.2 关于学龄前 ADHD 儿童和家庭所面临困境的认知

①学龄前 ADHD 儿童的行为特征, 使得其在参加需要保持注意的任务或团体活动中表现不佳, 并使其在现实生活中面临较大的困难, 常被误解为调皮、不听话和没有教养, 遭受更多的负性评价、指责甚至是打骂。②由 ADHD 症状引发的同伴排挤、父母或教师的批评指责等一系列负性体验, 会进一步加重儿童的问题行为, 从而对其社会功能及学业产生长远的影响。③ADHD 儿童的问题对父母的心理健康和自我效能也造成巨大挑战, 干扰了家庭日常活动, 降低了家庭凝聚力^[30]; 与非 ADHD 儿童的父母相比, ADHD 儿童父母的压力更大, 应对技能更难^[31]。因此, 专业人员要充分认识到学龄前 ADHD 儿童和家庭所面临的困难, 及时提供专业帮助。

2.4.3 对学龄前 ADHD 实施 BM, 可以控制病情进展、减少不良结局的发生 ADHD 的发病与遗传-环境因素交互作用密切相关, 环境因素对 ADHD 儿童来说既可能是危险因素也可能是保护性因素, 改善环境是 ADHD 治疗的关键点之一。儿童早期脑发育具有很强的可塑性, 早期干预有利于促进儿童大脑正常化发展, 避免长期危害的产生; 早期严重的多动、冲动和注意力不集中, 会导致同伴关系、家庭和学校功能不良等后果。随着时间的推移, 约一半的学龄前 ADHD 儿童持续存在破坏性行为并不断升级^[32], 这种破坏性行为一旦建立便相对稳定, 且对治疗反应差^[33]。而在 ADHD 早期阶段, 亲子关系尚不紧张, 容易通过行为干预得以改善^[11,34,35]。对新出现的问题及时实施早期治疗, 有利于降低情绪问题行为和社会适应不良等问题的风险, 并增加治疗成功率^[36]。

学龄前 ADHD 的诊断受到个体差异、发育差异等影响, 因此需要定期评估和随访。即使部分儿童尚未完全符合 ADHD 诊断标准, 早期积极干预仍将有助于儿童适应能力发展, 改善情绪问题行为。因此, 对于疑似 ADHD 的儿童仍需早期干预, 而非等待观望^[10]。

2.4.4 高质量的 BM 需要专业人员、家长和教师间的密切合作 儿童问题行为与环境交互影响, 家庭和学校是儿童重要的成长环境, 家长和教师与儿童个体之间发生双向的影响。家长和教师在面对儿童的行为时做出的反应会进一

步影响儿童的行为。因此, 行为干预中, 医务人员需要与家长、教师形成合作伙伴关系, 赋予他们行为干预的责任和核心技能。临床中, 经常看到家长或教师将 BM 理解为普通的家庭教育或学校管理, 不需要专门的学习。事实上, 在行为学上, “知道怎么做到” 和 “真正能做到” 还存在较大差距。正确掌握 BM 技能是有效干预的关键。专业人员需要积极推动 “家-校-医” 同盟的建立, 提供高质量的 BM 技能培训, 实现长期有效的合作。

2.5 学龄前 ADHD 行为管理的基本原则

建议学龄前 ADHD 行为管理的基本原则: ①专业人员通过宣教提高家长寻求并接受 BM 培训的意愿; ②基于行为学原理的干预策略, 对家长和教师进行培训和督导, 提倡在家庭和学校等自然环境下实施 BM; ③保证不同场合实施 BM 的及时性和一致性; ④根据干预效果适时调整 BM 干预方案。从而实现最佳的行为干预效果; ⑤跟踪随访, 定期评估, 做好幼小衔接 (2D)

2.6 学龄前 ADHD 行为管理培训的核心要点

推荐学龄前 ADHD 行为管理培训的核心要点包括: 正向关注; 基于行为分析的行为干预, 基于前因 (A) 的干预即结构化 (条理性) 有效指令的重要性, 基于后果 (C) 的干预即正强化、好行为记录表; 干预实施者的情绪管理; 延迟满足; 时间管理; 学前准备 (1D)

2.6.1 正向关注 正向关注是指 BM 干预实施者通过言语和非言语信息对儿童的行为表现出积极的回应, 与儿童之间形成融洽的氛围。正向关注的要点是不提问、不评价、不批评和不指令。同时, 应真诚地对孩子的具体行为给予反馈、描述和赞扬, 从而减少行为问题, 并改善亲子关系。父母或教师实施正向关注的 BM, 是改善亲子关系、师生关系的起点。多项 BM 培训方案均提示, 使用现场示范、视频反馈等教学策略更容易帮助实施者真正掌握各类相关技术。

2.6.2 基于行为分析的行为干预 培训父母和教师掌握行为分析的方法 (行为分析的基本流程如图 1 所示), 并学会根据行为观察和行为的分析制定行为矫正的方案。

基于前因 (A) 的干预即结构化 (条理性) 的重要性。指导父母或教师学会操纵行为的前因 (即刺激控制技术), 能

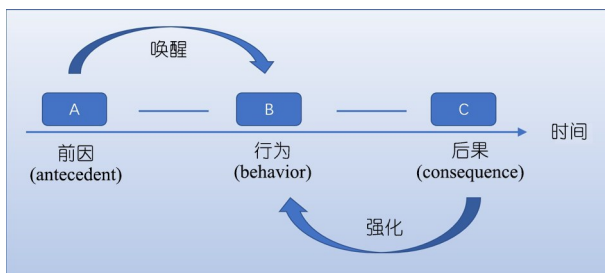


图1 行为分析的基本单元

注 前因 (A): 行为是在什么样的情形下发生的? 行为 (B): 儿童做了什么? 后果 (C): 在这种行为之后发生了什么? 分析 A、C 与 B 的关系, 通过操纵 A、C, 实现改变 B 的目标

够预测儿童可能的不当行为,对父母的自我效能和心理健康有着积极的影响。控制前因对父母或教师来说相对更直接,且能预防非适应性行为的产生,让父母或教师获得控制感^[37]。结构化(条理性)是改变前因的方法之一。具体措施有:建立常规,将环境、日程和任务进行结构化的分解,并用儿童能理解的方式展示出来(如视觉提示有助于儿童和父母、教师共同遵守,并保持一致性)。这些措施有助于塑造儿童的良好行为,预防问题行为发生,并培养儿童独立性。

基于前因(A)的干预即有效指令。在引起儿童的注意后发出指令;指令应当简洁明了,给予儿童反应时间,避免隐藏性的、不明确的、重复性的指令;发指令后要确保全程跟进,让儿童习得每个指令都必须要有结果,避免儿童忽视指令。

基于后果(C)的干预即正强化、好行为记录表。研究显示,对于伴有破坏性行为的儿童来说,使用正强化(尤其是表扬)和自然后果对儿童破坏性行为的改善效果更佳^[38]。

恰当行为(好行为)的增加依靠正强化,即当儿童表现出想要的行为时为他们提供积极的后果,包括社会性强化(如赞扬、肯定和欣赏等)^[37]。实施正强化时,如何正确使用强化物是关键。强化物的使用可以激发儿童自我管理的潜能。应保证实施者掌握评估各级强化物及有效性的能力,如:“直接性强化物”,包括儿童喜欢的食物、玩具等;“间接性强化物”包括精神强化物,如赞扬和肯定的语言、动作或表情。

确保实施者掌握《好行为记录表》的使用方法,让家庭和学校规则变得清晰可见。

基于后果(C)的干预即自然后果、有目的地忽视、角落时间。让儿童面对自身行为的自然结果(即使可能失败或犯错)。当提供机会让儿童自己承担行为的后果时,往往会条件式地自然而然地改变儿童的行为。

有目的地忽视是指在某阶段内,选择主要干预的目标行为,并忽视其他无关紧要的非伤害性的行为(如当把孩子安坐10 min设为目标行为时,可有目的地忽视孩子不标准的坐姿)。实施中要注意忽视的完整性,具体措施包括:①实施者与孩子不要有眼神接触、肢体接触和言语交流。②执行忽视后儿童行为极有可能出现反弹,实施者要有所准备,避免半途而废。

角落时间又称暂时隔离,可以帮助儿童从失控的情绪中暂时抽离出来,让儿童调控情绪,明确行为规范。实施者在设置好暂时隔离的环境和规则后,需要用坚定而非情绪化的方式表达出来,实施过程中注意忽视。暂时隔离结束后仍积极关注孩子好的行为。注意避免滥用或以错误理由使用暂时隔离法^[39]。

2.6.3 干预实施者自身的情绪管理 儿童和成人之间的情绪在日常生活是相互影响的。证据表明,当严厉和不

一致的管教等消极的育儿方式没有减少时,父母对ADHD儿童的训练效果不佳^[40]。父母育儿能力的增强和育儿压力的减少与ADHD儿童的行为改善之间存在显著的关联^[41,42]。因此,在计划对儿童实施BM时,实施者首先需要自我觉察,避免自身在愤怒、焦虑和怨恨等不良情绪下实施BM。如有必要,实施者可采用呼吸放松、正念冥想等方式进行自身的情绪管理,并时常加以练习。

2.6.4 延迟满足 延迟满足是指为了获得长期、有价值、持久的回报而抵制一时快乐的诱惑。延迟满足能力受损是学龄前ADHD的核心损害之一^[43,44]。在不破坏亲子关系的前提下,利用自然情景让孩子学会控制自己的即时冲动,放弃即时满足的抉择取向,从而提高儿童延迟满足的能力。一旦决定延迟,坚持到底很重要。延迟满足并不是压制或忽视儿童的情感,而是为了提高儿童的自我管理能力和责任意识。

2.6.5 时间管理 ADHD患儿普遍存在时间感知的薄弱^[45,46],需要有意识地加以训练。可以针对家庭或儿童最为困难的时间段,如起床、写作业、游戏、阅读绘本等,制定专门的方案,整合性地综合应用行为干预的技巧。

2.6.6 塑造体育精神 良好的体育精神是指儿童能够短时间内听从指令,遵守活动规则,在游戏中称赞或鼓励其他同伴,懂得分享和互助,能够坚持参与游戏活动。研究显示,与体育活动和锻炼相关的认知负荷(如决策过程、遵守游戏规则或调整自身行为以满足团队需求等能力)可能是ADHD儿童认知功能训练的一种方式^[47,48]。此外,在体育活动中遵守规则和团队合作,可能会对儿童日常生活中的行为产生积极影响^[49]。可选择适当的游戏,鼓励儿童表现出良好的体育精神。当儿童表现出良好的体育精神行为时,给予积极恰当的反馈;当儿童表现出不当的体育精神行为时,尝试重现当时的情景,让儿童表现出好的行为。可与儿童一起观看游戏赛事,指出在场的运动员中好的或坏的行为。也可每周抽出时间与儿童一起参与体育活动。可选择适合家庭成员共同参与的活动类型,在活动中示范和赞扬好的体育精神,必要时可尝试一定的物质奖励。也可邀请其他同伴一起参与活动,依据儿童在活动中的行为给出反馈。

2.6.7 学前准备 儿童即将进入学校之前的一段时期是关键过渡期,通常会在针对学龄前ADHD儿童的BM课程结束前与家长讨论如何与教师积极合作,帮助孩子顺利适应学校生活^[36]。从三方面做好学前准备,包括儿童、家庭和学校。对于儿童来说,学习能力、社交和情绪发展、语言和读写技能、认知和感知觉、动作以及生理发展是评价学前准备度的核心要素^[50]。在条件允许下,可在儿童入学前进行全面的评估。

2.7 实施早期行为干预的儿童和家长结局指标及其评价工具 需要说明的是,推荐的中文版评价工具均进行了中

国人信效度研究。

建议实施早期行为干预的过程中,应根据具体需要选用以下评估工具,定期随访、评估接受干预的学龄前 ADHD 或疑诊 ADHD 儿童的早期行为干预效果,并掌握其 ADHD 症状发展及变化的情况(2D)

建议学龄前 ADHD 核心症状的评估包括但不限于 ADHD Rating Scale-5-Preschool Version^[51](2D)

建议学龄前 ADHD 执行功能的评估包括但不限于中文版学龄前儿童执行功能行为评定问卷(Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version, BRIEF-P)^[52](2D)

建议学龄前 ADHD 相关症状的评估包括但不限于以下评估工具:①中文版 Conners 童年早期问卷(Conners Early Childhood)^[53],②中文版 Conners 父母问卷修订版(The Revised Conners' Parent Rating Scale, CPRS-R)^[54],③中文版长处和困难问卷(Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)^[55],④中文版儿童行为核查表(Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5, CBCL/1.5-5y)^[56],⑤中文版 Achenbach 儿童行为核查表(Achenbach Child Behavior Checklist, CBCL 4-16y)^[57],⑥中文版社会技能提升系统(Social Skills Improvement System, SSIS)^[58](2D)

建议学龄前 ADHD 功能和生活质量的评估包括但不限于以下评估工具:①中文版儿童整体评定量表(Children's Global Assessment Scale, CGAS)^[59],②中文版文兰适应行为量表(Vineland Adaptive Behavior Scales, VABS)^[60],③中文版婴儿-初中学生社会生活力量表^[61](2D)

建议学龄前 ADHD 儿童家长结局指标评估包括但不限于以下评估工具:①中文版家长技能评估及相关评估自编量表,②中文版育儿胜任感量表(Parenting Sense of Competence, PSOC)^[62],③中文版家庭压力指数(Family Strains Index, FSI)^[63],④中文版照顾者压力问卷(Caregiver Strain Questionnaire, CGSQ)^[64],⑤中文版家庭环境量表(Family Environment Scale-Chinese Edition, FES-CV)^[65],⑥学龄前阿拉巴马育儿量表(Alabama Parenting Questionnaire-Preschool Revision, APQ-PR)^[66],⑦中文版患者健康问卷-9(The Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)^[67](2D)

3 专家共识产生过程

3.1 共识注册 本共识在 2022 年 7 月 19 日在国际实践指南注册与透明化平台(www.guidelines-registry.org)进行注册,注册号为:PREPARE-2022CN408。

3.2 共识制作团队及其职责

3.2.1 专家组及其职责 共识专家组由多学科专家组成,

儿童精神专业:柯晓燕、杨莉,儿童保健和发育行为专业:徐秀、陈立,发育行为和儿童心理卫生专业:杨斌让、幼儿教育专业:胡庆梅,家长代表:程明安。主要职责:①全程参与共识制作,对共识内容提出疑问、表明态度、发表看法;②如实填写利益冲突表及知情同意书;③线上会议讨论共识框架(维度、条目);④线上会议逐条讨论、审议条目和子条目的初稿和终稿。

3.2.2 方法学组及其职责 共识方法学组成员:张崇凡(复旦大学 GRADE 中心)。主要职责:①审议共识专家组、外审专家组的利益冲突;②把控共识的产生流程和进度;③保障共识专家组每位成员意见的充分发表;④保障秘书组对共识专家、外审专家意见完整收集和准确归纳;⑤保障共识推荐意见明确、清晰,不含糊。

3.2.3 共识秘书组及其职责 共识秘书组成员:钱璐(无锡市精神卫生中心)、王慧珊(复旦大学 GRADE 中心)。钱璐为学术秘书,王慧珊为行政秘书。学术秘书主要职责:①撰写共识提纲;②提炼共识维度、条目和子条目;③根据专家组讨论的条目和子条目提纲撰写共识初稿文件;④根据专家组讨论的条目和子条目修改意见撰写共识 2 稿;⑤根据外审专家组修改意见撰写共识 3 稿。行政秘书主要职责:①收集并审议利益冲突及知情同意书;②根据共识制作进度准备工作会议,记录并保存会议资料,起草会议纪要;③如实整理、反馈共识专家组的意见;④根据共识内容的需要,制作、发放及回收调查问卷;⑤协助共识的投稿、传播。

3.3 共识外审专家 由未参与本共识制定且在共识涉及领域有学术造诣的专家组成,对共识终稿进行审议。外审专家:李廷玉(重庆医科大学附属儿童医院),韩颖(北京大学第一医院),陈津津(上海交通大学医学院附属儿童医院),章岚(四川省成都市妇女儿童医疗中心)。

3.4 共识形成办法 充分考虑每位参与专家的意见,以会议讨论方法形成推荐意见:①基于共识提纲,线上会议讨论构建共识框架(维度、条目);②讨论并确认学龄前 ADHD 理念的新认知;③讨论并确定学龄前 ADHD 实施 BM 的基本原则;④讨论并确定学龄前 ADHD 实施 BM 培训的核心要点;⑤讨论并确定学龄前 ADHD 家长、儿童结局指标评估工具。

3.5 利益冲突声明及知情同意 专家组成员基于对共识主题的兴趣,愿意参加共识推荐意见的讨论,签署利益冲突声明,学校及家长代表还签署知情同意书,在自愿的原则下全程参与本次共识制作。声明在参加共识讨论和形成推荐意见环节中表达的观点:①与共识中可能涉及的产品及其相关公司不存在利益冲突;②不受任何学术派别的影响;③在充分讨论基础上愿意考虑向多数专家共识做出妥协。

3.6 共识发表及传播 共识发表在《中国循证儿科杂志》2022 年第 4 期,委托复旦大学 GRADE 中心进行共识及其

推荐意见的传播,包括但不限于复旦儿科指南工作室微信公众号(FDU_GRADE)、《中国循证儿科杂志》微信公众号。

3.7 共识项目支持 本共识得到科技部慢病重大专项项目“儿童脑发育障碍的早期识别和综合干预”(总项目编号:2016YFC1306200)第五分课题“早期综合干预策略疗效的多中心研究”(项目编号:2016YFC1306205)、上海市临床

重点专科建设项目脑发育障碍疾病综合诊治中心(项目编号:shslczdk02903)、南京康复医学中心建设项目(2020) Project of Nanjing Rehabilitation Medical Center in JiangSu Province, China (2020)的支持。资金用途包含劳务费及专家咨询费。

3.8 共识制作过程 见表1。

表1 学龄前 ADHD 儿童实施行为管理的专家共识制作过程

主题	内容	时间
规划共识		
共识提纲	初步形成共识提纲	~2021年12月18日
共识制作团队组建	邀请共识领域内临床专家, ADHD 患儿学校及家长代表, 方法学专家形成共识制作团队	~2021年12月28日
利益冲突声明及知情同意书发放、回收和审核	共识制作团队所有成员完成利益冲突表填写, 学校及家长代表并填写知情同意书	2021年12月27日~12月29日
共识注册	在国际实践指南注册与透明化平台完成注册	2022年7月19日
共识形成		
第1次讨论会	基于共识提纲, 线上会议讨论构建共识维度和条目	~2021年12月29日
第2次讨论会	线上会议讨论共识维度和实施早期行为干预的儿童及家长结局指标及其评价工具	2022年1月7日~1月29日
第3次讨论会	线上会议讨论共识初稿(维度、条目)	2022年3月1日~3月13日
第4次讨论会	线上会议讨论共识初稿维度1~7	2022年3月26日~3月28日
第5次讨论会	线上会议讨论共识初稿维度8~10	2022年4月10日~4月14日
共识函审	产生共识2稿进行专家组函审	2022年6月12日~6月28日
共识外审	产生共识3稿进行外审	2022年7月26日~8月4日
共识定稿	根据外审反馈意见完善后定稿	2022年8月21日

参考文献

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edn, Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- [2] CHRONIS-TUSCANO A, LEWIS-MORRARTY E, WOOD K E, et al. Parent-child interaction therapy with emotion coaching for preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. Cogn Behav Pract, 2016, 23(1): 62-78.
- [3] TANDON M, PERGJICA A. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2017, 26(3): 523-538.
- [4] DALSGAARD S, MORTENSEN P B, FRYDENBERG M, et al. Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder. Crim Behav Ment Health, 2013, 23(2): 86-98.
- [5] NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. 2018, 14: 2021.
- [6] WOLRAICH M, BROWN L, BROWN R T, et al. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics, 2011, 128(5): 1007-1022.
- [7] VISSER S N, DANIELSON M L, WOLRAICH M L, et al. Vital Signs: National and state-specific patterns of attention deficit/hyperactivity disorder treatment among insured children aged 2-5 years-United States, 2008-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2016, 65(17): 443-450.
- [8] POSNER J, POLANCZYK G V, SONUGA-BARKE E. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet, 2020, 395(10222): 450-462.
- [9] COATES J, TAYLOR J A, SAYAL K. Parenting interventions for ADHD: A systematic literature review and meta-analysis. J Atten Disord, 2015, 19(10): 831-843.
- [10] HALPERIN J M, MARKS D J. Practitioner review: Assessment and treatment of preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Child Psychol Psychiatry, 2019, 60(9): 930-943.
- [11] CHARACH A, CARSON P, FOX S. Interventions for preschool children at high risk for ADHD: A comparative effectiveness review. Pediatrics, 2013, 131(5): e1584-604.
- [12] CHILDRESS A C, STARK J G. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool-aged children. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2018, 28(9): 606-614.
- [13] WEBSTER-STRATTON C H, REID M J, BEAUCHAINE T. Combining parent and child training for young children with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol, 2011, 40(2): 191-203.
- [14] WEBSTER-STRATTON C H, REID M J, BEAUCHAINE T. One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. J Clin Child Adolesc Psychol, 2013, 42(2): 251-261.
- [15] LANGE A M, DALEY D, FRYDENBERG M, et al. The effectiveness of parent training as a treatment for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: Study protocol for a randomized controlled, multicenter trial of the new forest parenting program in everyday clinical practice. JMIR Res Protoc, 2016, 5(2): e51.
- [16] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS), 2018 version. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (accessed Dec 23, 2019).
- [17] 柯晓燕译. DC: 0-5 婴幼儿与儿童早期心理及发育障碍诊断

- 分类.南京:江苏凤凰科学技术出版社,2021.
- [18] FABIANO G A, SCHATZ N K, ALOE A M, et al. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2015, 18: 77-97.
 - [19] RIMESTAD M L, LAMBEK R, ZACHER CHRISTIANSEN H, et al. Short- and long-term effects of parent training for preschool children with or at risk of ADHD: A systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord*, 2019, 23(5): 423-434.
 - [20] TANDON M, SI X, LUBY J. Preschool onset attention-deficit/hyperactivity disorder: Course and predictors of stability over 24 months. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2011, 21(4): 321-330.
 - [21] HARVEY E A, YOUNGWIRTH S D, THAKAR D A, et al. Predicting attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *J Consult Clin Psychol*, 2009, 77(2): 349-354.
 - [22] LAHEY B B, PELHAM W E, LONEY J, et al. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatr*, 2004, 161(11), 2014-2020.
 - [23] HARVEY E A, ARNOLD D H. ADHD symptom severity and diagnosis remains relatively stable over 6-year period following diagnosis in preschool. *Evid Based Ment Health*. 2013, 16(3): 63.
 - [24] RIDDLE M A, YERSHOVA K, LAZZARETTO D, et al. The Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013, 52(3): 264-278.e2.
 - [25] LAW E C, SIDERIDIS G D, PROCK L A, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: Predictors of diagnostic stability. *Pediatrics*, 2014, 133(4): 659-667.
 - [26] LAHEY B B, LEE S S, SIBLEY M H, et al. Predictors of adolescent outcomes among 4-6-year-old children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol*, 2016, 125(2): 168-181.
 - [27] MEINZER M C, PETTIT J W, WAXMONSKY J G, et al. Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predict levels of depressive symptoms during emerging adulthood? *J Abnorm Child Psychol*, 2016, 44(4): 787-797.
 - [28] CAYE A, ROCHA T B, ANSELMINI L, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: Evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA Psychiatr*, 2016, 73(7): 705-712.
 - [29] O'NEILL S, RAJENDRAN K, MAHBUBANI S M, et al. Preschool predictors of ADHD symptoms and impairment during childhood and adolescence. *Curr Psychiatry Rep*, 2017, 19(12): 95.
 - [30] KLASSEN A F, MILLER A, FINE S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 2004, 114(5): e541-547.
 - [31] DUPAUL G J, MCGOEY K E, ECKERT T L, et al. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 40(5): 508-515.
 - [32] EGGER H L, ANGOLD A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006, 47(3-4): 313-337.
 - [33] MASTEN A S, CICCETTI D. Developmental cascades. *Dev Psychopathol*, 2010, 22(3): 491-495.
 - [34] RUSSELL A E, MOORE D, SANDERS A, et al. Synthesizing the existing evidence for non-pharmacological interventions targeting outcomes relevant to young people with ADHD in the school setting: Systematic review protocol. *Syst Rev*, 2022, 11(1): 28.
 - [35] SONUGA-BARKE E J, HALPERIN J M. Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit hyperactivity disorder: Potential targets for early intervention? *J Child Psychol Psychiatry*, 2010, 51: 368-389.
 - [36] WILLIFORD A P, SHELTON T L. Behavior management for preschool-aged children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2014, 23(4): 717-730.
 - [37] DEKKERS T J, HORNSTRA R, VAN DER OORD S, et al. Meta-analysis: Which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2022, 61(4): 478-494.
 - [38] LEIJTEN P, GARDNER F, MELENDEZ-TORRES G J, et al. Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2019, 58: 180-190.
 - [39] FABIANO G A, PELHAM W E, MANOS M J, et al. An evaluation of three time-out procedures for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Ther*, 2004, 35: 449-469.
 - [40] DOSE C, HAUTMANN C, BÜRGER M, et al. Negative parenting behavior as a mediator of the effects of telephone-assisted self-help for parents of pharmacologically treated children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2021, 30(6): 861-875.
 - [41] LARSEN L B, DALEY D, LANGE A M, et al. Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder: A secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2021, 60: 734-744.e3.
 - [42] RIMESTAD M L, O'TOOLE M S, HOUGAARD E. Mediators of change in a parent training program for early adhd difficulties: The role of parental strategies, parental self-efficacy, and therapeutic alliance. *J Atten Disord*, 2020, 24(14): 1966-1976.
 - [43] YU X, SONUGA-BARKE E. Childhood ADHD and delayed reinforcement: A direct comparison of performance on hypothetical and real-time delay tasks. *J Atten Disord*, 2020, 24(5): 810-818.
 - [44] MARX I, HACKER T, YU X, et al. ADHD and the choice of small immediate over larger delayed rewards: A comparative meta-analysis of performance on simple choice-delay and temporal discounting paradigms. *J Atten Disord*, 2021, 25(2): 171-187.
 - [45] NEJATI V, YAZDANI S. Time perception in children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): Does task matter? A meta-analysis study. *Child Neuropsychol*, 2020, 26(7): 900-916.
 - [46] PTACEK R, WEISSENBERGER S, BRAATEN E, et al. Clinical implications of the perception of time in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A review. *Med Sci Monit*, 2019, 25: 3918-3924.
 - [47] CHRISTIANSEN L, BECK M M, BILENBERG N, et al. Effects of exercise on cognitive performance in children and adolescents with ADHD: Potential mechanisms and evidence-based recommendations. *J Clin Med*, 2019, 8(6): 841.
 - [48] DIAMOND A. Effects of physical exercise on executive functions: Going beyond simply moving to moving with thought. *Ann Sports Med Res*, 2015, 2(1): 1011.
 - [49] O'CONNOR B C, FABIANO G A, WASCHBUSCH D A, et al. Effects of a summer treatment program on functional sports outcomes in young children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*, 2014, 42(6): 1005-1017.
 - [50] <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/interactive-head-start-early-learning-outcomes-framework-ages-birth-five>.
 - [51] DUPAUL G J, POWER T J, ANASTOPOULOS A D, et al. ADHD rating scale-5 for children and adolescents: Checklists,

- norms, and clinical interpretation. 2016b, New York City: Guilford Press.
- [52] 路腾飞, 帅澜, 张劲松, 等. 中文版学龄前儿童执行功能行为评定问卷(BRIEF-P) 父母版的效度和信度. 中国心理卫生杂志, 2017, 31(2):6.
- [53] CONNERS C K. Connors early childhood. Multi-health systems Inc.(MHS). 2009, North Tonawanda, New York.
- [54] GAU SS, SOONG WT, CHIU Y N, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the Connors' Parent and Teacher Rating Scales-Revised: Short form. J Atten Disord, 2006, 9(4): 648-659.
- [55] LAI K Y, LUK E S, LEUNG P W, et al. Validation of the Chinese version of the strengths and difficulties questionnaire in Hong Kong. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2010, 45(12): 1179-1186.
- [56] LIU J, CHENG H, LEUNG P W. The application of the preschool Child Behavior Checklist and the caregiver-teacher report form to Mainland Chinese children: Syndrome structure, gender differences, country effects, and inter-informant agreement. J Abnorm Child Psychol, 2011, 39(2): 251-264.
- [57] YANG H J, SOONG W T, CHIANG C N, et al. Competence and behavioral/emotional problems among Taiwanese adolescents as reported by parents and teachers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000, 39(2): 232-239.
- [58] CHEUNG P P, SIU A M, BROWN T. Measuring social skills of children and adolescents in a Chinese population: Preliminary evidence on the reliability and validity of the translated Chinese version of the Social Skills Improvement System-Rating Scales (SSIS-RS-C). Res Dev Disabil, 2017, 60: 187-197.
- [59] 张明园. 大体评定量表(GAS). 上海精神医学, 1984, 2: 74-76.
- [60] 张梁, 郭文斌, 王庭照. 文兰适应行为量表的发展及应用. 现代特殊教育, 2017, 9(22): 24-31.
- [61] 张致祥, 雷贞武. “婴儿-初中学生社会生活力量表”再标准化. 中国临床心理学杂志, 1995, 3(1): 4.
- [62] 李雪莹, 毛康娜, 弭小艺, 等. 育儿胜任感量表在学龄前儿童母亲中应用的信效度评价. 北京大学学报(医学版), 2021, 53(3): 479-484.
- [63] HSIAO C Y, VAN RIPER M. Individual and family adaptation in Taiwanese families living with Down syndrome. J Fam Nurs, 2011, 17: 182-201.
- [64] YANG R, ZHOU H, LIU J, et al. Psychometric properties of the Caregiver Strain Questionnaire among Chinese parents of children with ADHD or ASD. Gen Psychiatr, 2021, 34(2): e100246.
- [65] 费立鹏, 沈其杰, 郑延平, 等. “家庭亲密度和适应性量表”和“家庭环境量表”的初步评价-正常家庭与精神分裂症家庭成员对照研究. 中国心理卫生杂志, 1991; 5(5): 198-202.
- [66] CLERKIN S M, MARKS D J, POLICARO K L, et al. Psychometric properties of the Alabama parenting questionnaire-preschool revision. J Clin Child Adolesc Psychol, 2007, 36(1): 19-28.
- [67] XIA N G, LIN J H, DING S Q, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the Patient Health Questionnaire 9 (C-PHQ-9) in patients with epilepsy. Epilepsy Behav, 2019, 95: 65-69.

(收稿日期: 2022-06-28 修回日期: 2022-8-21)
(本文编辑: 郑冉)