

·短篇论著·

注意缺陷多动障碍儿童社会功能和父母焦虑情绪的关系及团体父母行为训练的效果*

丁利¹ 车月苹¹ 周斯斯¹ 阮雯聪¹ 王慧¹ 余永林¹ 李海峰^{1,2}

注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)是儿童时期最常见的神经发育障碍性疾病^[1],其患病率可达5.6%—8.4%^[2-3]。ADHD儿童更易出现社会功能缺陷,其父母更易焦虑^[4],疾病对患儿、家庭和社会产生沉重负担^[4-6]。

ADHD儿童执行能力不足、自我管理能力低下,较同龄儿童更易在学业水平及人际交往等方面产生功能缺陷^[4,7]。目前ADHD儿童的治疗目标是最大限度改善功能损伤,提高生活、学习和社交技能^[8]。积极治疗除提高个人社会功能外,还可增加个人自尊心和家庭幸福感^[9]。父母培训是给予家庭和儿童之间密切关系发展的一种干预方式,对ADHD有较好的干预效果^[10-11]。本研究就ADHD儿童的社会功能及父母焦虑情况分析两者关系,并分析团体父母行为训练(behavioral parent training, BPT)对儿童社会功能及父母焦虑的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2019年5—10月至我科诊断为ADHD,且未进行过药物及行为干预治疗的79例6—9岁儿童为研究对象。研究获得儿童及监护人知情同意。本研究经浙江大学医学伦理委员会批准[伦审编号:2019-IRB-159]。将79例ADHD儿童用随机数字表法分为试验组(39例)和对照组(40例),试验组中3例因家长无法坚持参加8次课程退出研究,对照组中2例因儿童中途生病退出研究。共收集整理74例ADHD儿童及父母临床资料,试验组(36例)和对照组(38例)。试验组和对照组年龄(6.8 ± 1.3 岁 VS 6.4 ± 1.3 岁)、性别(男)(83.33% VS 76.32%)无显著差异($P=0.453$)。

1.2 研究方法

ADHD诊断标准依据《精神疾病诊断与统计手册》第5版(diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5)。两组均进行每周2次、共8次的儿童行为干预,试

验组在行为干预基础上同期进行8次团体BPT。两组患儿干预前、干预后均由父母填写Weiss功能性缺陷程度评定量表(父母版)(Weiss's rating scale for functional impairment-parent version, WFIRS-P)和焦虑自评量表(SAS)评估。对ADHD患儿父母的SAS值与患儿社会功能的状况进行相关性分析;对两组患儿干预前后的WFIRS-P分值和父母SAS分值进行比较。

根据Wells等^[10,12]研究设计一套团体BPT课程,具体实施为:2次/周,为期4周,共8次课程,每次课程1h,每个家长团体为6—8人。课程由专科医师及心理治疗师协同进行。8次课程内容依次为:①家长们互相介绍建立团体,向家长介绍ADHD的发生原因、发生率、临床表现、治疗及预后;②建立良好的亲子关系;③了解儿童行为动机;④如何发出有效指令;⑤建立有效的奖励机制;⑥如何进行有效无害的惩罚;⑦如何建立生活常规;⑧如何与学校和老师进行协作。课程由父母至少一方参与,且其中一人完整参加8次课程及填写干预前后相关量表。每节课结束时,家长都会收到针对本次课程内容的家庭作业,在下次课程开始前家长们报告实施策略的进展,医师和治疗师帮助家长解决遇到的困难。

1.3 研究工具

Weiss功能性缺陷程度评定量表(父母版)(WFIRS-P)^[13]用于评定儿童社会功能,由父母填写。由家庭、学校、生活技能、自我管理、社会活动及冒险活动6个因子组成,每个因子包括若干条目,每个条目按0—4级评分,评分越高,社会功能受损越严重。焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)主要判断受试者的焦虑情况,包括20个条目,每个条目得分1—4分,得分越高表示受试者焦虑程度越严重。

1.4 统计学分析

应用SPSS 17.0统计软件对数据分析。计数资料以率(%)表示,两组间比较用 χ^2 检验。计量资料中符合正态分布的用均数±标准差表示,经方差齐性(Levene检验)检验后,两

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2021.02.017

*基金项目:国家“重大慢性非传染性疾病防控研究”重点专项(2016YFC1306205);十三五浙江省中医药(中西医结合)重点学科项目(2017-XK-A41)

1 浙江大学医学院附属儿童医院康复科、国家儿童健康与疾病临床医学研究中心、国家儿童区域医疗中心,杭州市,310000; 2 通讯作者
第一作者简介:丁利,女,住院医师; 收稿日期:2020-08-24

组间比较用*t*检验。ADHD患儿社会功能损害与父母焦虑情绪的相关性,用Spearman分析。

2 结果

2.1 ADHD儿童干预前WFIRS-P各因子和父母SAS分值分布及相关性

74例ADHD儿童干预前WFIRS-P各因子分值如下:家庭9.54±3.524、学校6.95±3.243、生活技能7.24±3.975、自我管理3.95±2.663、社会活动6.35±3.430、冒险活动4.34±2.295;干预前父母SAS分值:60.50±10.178。提示ADHD儿童社会功能普遍损害,且以家庭和学校项较为显著;ADHD儿童父母焦虑情绪值与儿童社会功能家庭、学校及社会活动项缺陷程度呈正相关。见表1。

2.2 两组ADHD儿童干预前后WFIRS-P各因子和父母SAS分值变化情况

两组儿童干预前WFIRS-P各因子和父母SAS分值比较无显著差异($P > 0.05$);两组儿童干预后6项社会功能及父母SAS值分值均较干预前明显降低($P < 0.05$);干预后试验组家庭、学校、生活技能、社会活动、冒险活动及父母SAS分值均较同期对照组显著降低($P < 0.05$),而自我管理项无显著差异($P > 0.05$)。见表2—3。

表1 74例ADHD儿童干预前Weiss功能性缺陷程度和父母SAS相关性分析

因子	相关系数(r)*	P值
家庭	0.248	0.033
学校	0.557	0.000
生活技能	0.042	0.722
自我管理	-0.168	0.153
社会活动	0.245	0.036
冒险活动	0.083	0.482

*各因子与父母SAS分值的相关系数

表2 试验组和对照组干预前后儿童Weiss功能性缺陷程度和父母SAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

因子	试验组(n=36)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	对照组(n=38)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
	干预前	干预后			干预前	干预后		
家庭	9.94±3.695	5.39±2.195	8.758	0.000	9.16±3.357 ^①	6.87±2.495	6.588	0.000
学校	7.42±2.247	3.17±1.342	12.050	0.000	6.50±3.944 ^①	4.21±1.143	4.359	0.000
生活技能	8.00±4.980	3.58±1.730	5.792	0.000	6.53±2.576 ^①	4.97±1.838	4.062	0.000
自我管理	3.58±2.430	2.58±1.746	3.515	0.001	4.29±2.856 ^①	3.03±2.319	4.800	0.000
社会活动	6.69±3.232	2.31±1.191	8.205	0.000	6.03±3.620 ^①	3.71±2.142	5.404	0.000
冒险活动	4.17±2.261	1.72±0.944	6.524	0.000	4.50±2.345 ^①	2.63±1.460	7.540	0.000
总分	39.81±14.044	18.75±5.416	11.886	0.000	37.00±9.603 ^①	25.42±6.773	11.154	0.000
SAS评分	59.58±9.545	47.19±4.174	8.277	0.000	61.37±10.799	56.63±7.445	2.524	0.016

①各因子与试验组干预前相比 $P > 0.05$

表3 试验组和对照组干预后儿童Weiss功能性缺陷程度和父母SAS评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

因子	试验组(n=36)	对照组(n=38)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
家庭	5.39±2.195	6.87±2.495	2.703	0.009
学校	3.17±1.342	4.21±1.143	3.610	0.001
生活技能	3.58±1.730	4.97±1.838	3.347	0.001
自我管理	2.58±1.746	3.03±2.319	0.924	0.358
社会活动	2.31±1.191	3.71±2.142	3.460	0.001
冒险活动	1.72±0.944	2.63±1.460	3.162	0.002
总分	18.75±5.416	25.42±6.773	4.663	0.000
SAS评分	47.19±4.174	56.63±7.445	6.771	0.000

3 讨论

ADHD儿童父母更易发生焦虑^[4],可能与对疾病本身的不了解、对儿童生长发育、预后不确定性及高发意外伤害有关。此外,有研究认为,这种现象与ADHD疾病的高度遗传性有关,ADHD儿童的父母患ADHD概率更高,而ADHD常共患焦虑等精神性疾病^[4]。本研究中父母的焦虑与儿童家庭和学校项呈正相关,说明ADHD儿童的社会功能缺陷尤其是学校和家庭表现可直接导致父母产生焦虑情绪,而父母焦

虑情绪又反作用于儿童。在干预ADHD父母焦虑情绪时,可以通过家庭和学校两方面进行,如积极建立良好的亲子关系、改善家庭成员关系,通过与老师及学校积极沟通,多方协作,了解并改善儿童在学校的表现等。

干预后两组患儿WFIRS-P的6个因子均较干预前明显降低,说明两组干预方式均能显著改善儿童社会功能;试验组干预后患儿WFIRS-P的家庭、学校、生活技能、社会活动及冒险活动均较对照组干预后明显降低,说明在改善儿童社会功能上“儿童行为干预+团体BPT”模式效果优于单纯的儿童行为干预模式。有研究^[8]显示团体BPT可以显著改善亲子关系和儿童行为对家庭的影响方面,与本研究相符,其原因可能为父母通过参加BPT了解ADHD、获得管理行为管理策略,从而建立良好的亲子关系,而良好的亲子关系又促进儿童在家庭和学校中的表现。

两组干预后父母焦虑明显缓解,而试验组较对照组改善更为明显,说明两组干预形式均能改善父母焦虑,而团体BPT对改善父母焦虑更明显。有研究发现^[10],团体BPT可以增加父母对养育儿童的信心。这与本研究具有一致性,可能原因为父母通过团体BPT对ADHD疾病有进一步认识,且

父母焦虑主要与ADHD儿童的家庭和学校功能损害相关,而团体BPT能有效改善儿童家庭和学校功能,增加父母的养育信心,从而使父母的焦虑情绪得到缓解。

父母培训是针对ADHD儿童的有效社会心理治疗方法,但儿童行为功能改善通常在63%—75%^[11]。原因可能是部分父母不参加或过早退出父母培训。本研究中试验组亦有3例患儿家长中途退出课程。研究发现单亲家庭完成BPT的可能性更小,且干预后改善比率更低^[10];此外,父母对治疗结局的期望反映他们的对治疗方式的偏好性。若父母的偏好性与接受的心理治疗之间存在偏差,就会使他们觉得治疗未达到预期,从而产生不满情绪和不配合治疗。调查显示^[15],58.7%的家长偏爱一对一的父母培训,这些家长最感兴趣的是理解儿童的行为;19.4%首选团体父母培训,这些父母最感兴趣学习解决儿童问题行为的策略。因此,培训前对ADHD儿童父母做偏好性问卷,给予个性化培训,增加父母参加培训的积极性。

综上所述,ADHD儿童父母焦虑程度与儿童在家庭、学校及社会活动方面的功能损害呈正相关;在儿童行为干预基础上进行团体BPT较单纯儿童行为干预更能改善儿童社会功能及父母焦虑情绪。在团体BPT前应对父母的治疗方式及治疗结局的偏好性进行调查,个性化设置课程,增加父母参与率及干预效果。本研究具有一定局限性,数量偏少,且研究仅持续4周时间,后续研究应联合多中心扩大样本量,并增加对患儿的随访,进一步了解团体BPT干预模式的有效性及其疗效持续时间。

参考文献

- [1] Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, et al. Mental health surveillance among children- United States, 2005- 2011 [J]. MMWR Suppl,2013, 2(2): 1—35.
- [2] 李世明, 冯为, 方芳, 等. 中国儿童注意缺陷多动障碍患病率meta分析 [J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39(7): 993—998.
- [3] Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, et al. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016 [J]. J Clin Child Adolesc Psychol,2018,47(254):1—14.
- [4] Segenreich D, Fortes D, Coutinho G, et al. Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students [J]. Braz J Med Biol Res, 2009,42(5):465—469.
- [5] Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, et al. Educational and health outcomes of children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder[J]. JAMA Pediatr,2017,171(7): e170691.
- [6] Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: a meta-analysis [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,2017,56(7): 556—569.
- [7] 顾静雯, 闻萍, 刘明霞, 施晓燕, 等. 注意缺陷多动障碍患儿社会功能损害的情况 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2015, 30(8):633—634.
- [8] 中华医学会儿科学分会发育行为学组. 注意缺陷多动障碍早期识别、规范诊断和治疗的儿科专家共识[J]. 中华儿科杂志, 2020,58(3): 188—193.
- [9] Harpin V, Mazzone L, Raynaud JP, et al. Long-term outcomes of ADHD: a systematic review of self-esteem and social function [J]. J Atten Disord, 2016, 20(4):295—305.
- [10] Loren REA, Vaughn AJ, Langberg JM, et al. Effects of an 8-session behavioral parent training group for parents of children with ADHD on child impairment and parenting confidence [J]. J Atten Disord,2015,19(2):158—166.
- [11] NICE.National Institute for Health and Care Excellence (NICE)guidelines:attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management[EB/OL].[2018- 12- 06].<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.
- [12] Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, et al. Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods, and critical issues in design and implementation [J]. J Abnorm Child Psychol, 2000, 28(6):483—505.
- [13] 钱英, 杜巧新, 曲珊, 等. Weiss功能缺陷量表父母版的信效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2011, 25(10): 767—771.
- [14] Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM- V[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,1997,36(8):1065—1079.
- [15] Wymbs FA, Cunningham CE, Chen Y, et al. Examining parents' preferences for group and individual parent training for children with ADHD symptoms[J]. J Clin Child Adolesc Psychol, 2015, 45(5): 1—18.