

小学一、二年级多动倾向学生的干预

关欢欢¹ 徐慧明¹ (通讯作者) 郑微² 尹逊刚²

1.北大荒集团红兴隆医院 黑龙江 双鸭山 155811

2.黑龙江省双鸭山市友谊县第三小学 黑龙江 双鸭山 155811

【摘要】：注意缺陷多动障碍是儿童时期最常见的神经发育障碍，国内学龄儿童整体发病率约5.7%，该病易伴随多种行为共患问题，造成学业、情绪、人际及社会功能多重损伤，还会提升成年期精神心理疾病的发病风险。随着儿童年龄增长，ADHD外在多动显性特征会逐渐减弱，隐蔽性变强，给早期识别和及时干预带来很大难度。小学一、二年级是儿童行为习惯、规则意识养成的关键阶段，该阶段很多儿童达不到ADHD临床确诊标准，但已经出现注意力不集中、活动过多、行为冲动等多动倾向表现。若不能尽早筛查干预，这类亚临床行为偏差很容易固化，逐步发展为典型注意缺陷多动障碍，同时诱发学习困难、品行对立、人际关系紧张、情绪焦虑等一系列伴随问题。本文课题申报资料及国内外相关文献成果，系统梳理多动倾向与ADHD的概念溯源、诊断标准、影响因素、症状表现、评估工具及各类干预方式，重点分析团体心理辅导、感觉统合训练、行为矫正、认知行为治疗、中医外治等干预手段的应用现状与实践价值，总结当前研究存在的不足，结合基层学校与医院合作实际，提出低年级多动倾向儿童早期筛查、绿色无创干预及家校医协同防控思路，为本课题研究实施和小学低年级多动倾向学生干预工作提供理论支撑。

【关键词】：小学低年级；多动倾向；注意缺陷多动障碍；团体心理辅导；中医外治

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.019

1 引言

多动症相关行为描述最早由德国霍夫曼于1845年提出，1902年儿科医师George F Still将儿童冲动、攻击性强、注意力不足、违抗纪律等行为归纳为品行控制障碍，为ADHD后续研究奠定基础^[1]。注意缺陷多动障碍以注意力不集中、活动过度、行为冲动为核心特征，严重影响儿童学业、生活及人际交往发展^[2]。

ADHD临床诊断标准严格，需经全面神经系统检查，由两名以上儿童精神科医师会诊确诊。校园中不少儿童行为与ADHD患儿相近，经问卷、师生及家长评估后，未达临床诊断标准，被界定为多动倾向儿童^[3]。小学一、二年级学生刚完成幼小过渡，身心可塑性强，行为偏差可逆性高，是早期筛查干预的最佳时期^[4]。

国内现有研究多聚焦确诊ADHD患儿的临床治疗，针对低年级多动倾向学生的专项研究偏少，存在概念界定模糊、干预方案适配性不足、家校认知薄弱等问题。开展低年级多动倾向干预研究，通过心理测评、问卷筛查、团体辅导联合中医外治实施早期干预，可阻断多动倾向向ADHD转化，改善学生课堂纪律、行为习惯、情绪状态及亲子同伴关系，对促进儿童身心健康、完善基层心理防控体系具有现实应用价值^[5]。

2 多动倾向与ADHD概念及诊断界定

ADHD作为儿童高发神经发育障碍，临床诊断需依托标准

化评估量表和多维度综合判断。常用评估工具包含SNAP-IV量表、Conners父母行为问卷PSQ和教师用量表TRS，可分别测评注意缺陷、多动冲动、对立违抗、品行问题、学习障碍、身心障碍及焦虑情绪等维度。国际通用诊断标准主要有DSM-V、ICD-10及国内CCMD-3标准，其中DSM-V在临床筛查与诊断中应用最为广泛，对症状数量、发病年龄、跨场景表现、社会功能损害及其他精神疾病鉴别排除都作出了规范。

多动倾向儿童在核心行为表现上与ADHD高度相似，同样存在注意力不集中、活动过多、行事冲动三大特征，但症状程度更轻、未达到临床确诊阈值。该群体存在明显性别差异，男生多表现为外在好动、冲动易怒、行为失控，女生多表现为表面安静、内在注意力涣散，症状隐蔽不易被教师和家长发现。多动倾向儿童很容易进展为ADHD及其亚型，同时伴随各类共患病问题；尽早采用绿色无创方式干预，能够有效缓解行为偏差，避免后续学业、心理、社交功能受损。现阶段多数研究未严格区分多动症与多动倾向，常将两者干预方式混为一谈，针对小学一、二年级低龄群体的专项研究缺口明显，凸显本课题研究的必要性。

3 多动倾向发病影响因素

3.1 生理遗传因素

遗传是ADHD及多动倾向发病的重要内在诱因，相关研究数据显示，父母为ADHD患者的家庭，子女患病概率可达

项目课题：黑龙江省卫生健康委科研课题

课题编号：20241212030217

课题名称：小学一、二年级多动倾向学生的干预

57%。双生子对照研究表明,单卵双生子 ADHD 发病率为 58% 至 82%, 远高于双卵双生子 31% 至 38% 的发病率水平, 基因表达失调的表现遗传机制直接参与发病过程。从神经生理发育层面分析, 儿童丘脑、基底神经节等脑部关键区域发育滞后, 会造成多巴胺、去甲肾上腺素等神经递质分泌与吸收紊乱, 破坏大脑突触间信息正常传导, 引发执行功能障碍, 直接表现为注意力难以维持、小动作频繁、自控能力差, 是多动倾向发生的生理基础。

3.2 家庭环境因素

家庭环境与父母教养方式对多动倾向发展至关重要, 父母学历、养育方式、家庭氛围均起到关键作用。家长学历偏低、家庭关系紧张、夫妻矛盾频发、教养方式简单粗暴或过度溺爱放任, 都会加重儿童多动冲动症状; 而父母受教育程度较高、教养方式科学理性、家庭氛围和睦、亲子陪伴充足, 是儿童行为健康发展的保护性因素。家庭亲密程度与 ADHD 核心症状、对立违抗程度呈显著负相关, 提升家庭亲密密度、改善亲子沟通质量, 能够有效减轻多动倾向带来的人际关系损害与社会适应问题。

3.3 学校环境因素

学校是学龄儿童日常活动的主要场所, 对 ADHD 及多动倾向的病程发展和行为转变影响重大。当前多数小学教师缺乏 ADHD 及多动倾向相关专业认知, 无法区分儿童天性活泼与病理性行为偏差, 常采用当众批评、否定指责、忽视孤立等不当教育方式, 反而激化儿童逆反心理, 加重多动冲动行为。多动倾向儿童普遍存在学校适应能力偏弱的问题, 心理适应、校园适应与社会适应三者相互影响, 一个维度适应不良会连带拖累其他功能发展。同时班级人数偏多、教师精力有限, 无法对特殊行为学生进行一对一精细化关注, 加剧了小学低年级学生的多动倾向表现。

4 多动倾向核心症状与伴随问题

4.1 核心症状

多动倾向儿童核心症状与 ADHD 保持一致, 主要分为注意力缺陷、活动过多、行为冲动三个方面。注意力缺陷表现为专注时间短暂、注意稳定性不足、极易被外界无关事物干扰, 课堂听课走神发呆、思绪游离, 对脑力学习任务兴趣低下, 更偏爱游戏、高强度运动等刺激性活动。活动过多表现为课堂坐立不安、晃动桌椅、啃咬手指及文具, 小动作不间断, 日常活动频率远高于同龄普通儿童, 容易打扰教师授课和同学学习, 独自学习时难以按时完成学习任务。行为冲动表现为性格急躁、行事鲁莽草率、抗挫折能力差, 做事不计后果, 同伴交往中容易因小事发生争执冲突, 情绪自我调节与行为约束能力明显不足。

4.2 伴随问题

多动倾向除三大核心症状外, 还伴随多种继发问题。学业方面易出现学习技能发展障碍、听课效率低下、成绩起伏波动大, 部分合并抽动障碍, 图形组织能力和记忆回忆能力显著弱于正常儿童, ADHD 与学习障碍共病率可达 10% 至 25%。行为方面男童更易出现对立违抗行为, 35% 至 60% 共患对立违抗障碍, 若干预不及时, 30% 至 50% 会进一步发展成品行障碍。社交心理方面存在明显学校适应、人际适应困难, 长期遭受批评否定易产生自卑、敏感、焦虑、内向孤僻等负面情绪, 严重影响儿童健全人格培育和长远社会交往能力发展。

5 多动倾向主流干预方式

5.1 药物与脑电生物反馈干预

药物治疗是临床 ADHD 常用干预手段, 主要包括中枢神经兴奋剂、三环类抗抑郁剂、 α 受体激动剂等, 能够有效缓解核心症状, 但存在影响儿童生理发育、副作用争议大、家长接受度和坚持度低等问题, 不适用于症状较轻的小学低年级多动倾向儿童。脑电生物反馈属于新兴神经反馈疗法, 可改善儿童注意力与多动冲动, 但疗程长、费用高, 基层推广受限。

5.2 感觉统合训练

感觉统合概念由美国心理学家爱尔丝 1972 年提出, 依托儿童神经生理发展需求, 开展多感官整合协调性训练。感统训练能够有效改善多动倾向儿童注意力不集中、多动冲动、运动协调能力不足等问题, 同时提升言语表达、逻辑推理与记忆学习能力。认知训练联合感统训练, 可明显降低多动指数, 改善学习行为与情绪冲动, 兼顾生理发育与心理调控, 适合作为低年级多动倾向儿童辅助干预手段。

5.3 行为矫正与认知行为治疗

行为矫正技术是心理干预中应用最广泛的方式, 通过消退、正强化、代币制等行为矫正技术, 矫正不良行为、塑造良好行为习惯。药物联合行为矫正的干预有效率显著高于单纯药物治疗, 能够同步改善注意力、多动冲动与课堂学习表现。认知行为治疗从思维认知和行为矫正双向入手, 无药物副作用、疗效稳定持久, 可有效降低注意力缺陷、多动冲动及对立违抗症状, 但小学一、二年级儿童认知水平有限, 部分难以完全发挥疗法优势, 需简化流程适配低龄特点。

5.4 团体心理辅导干预

团体心理辅导相较于个案干预优势突出, 同质性团体可实现同伴参照、互相帮扶, 便于儿童将训练中习得的行为习惯迁移到班级集体生活中。规范系统的团体心理辅导, 能够明显改善儿童冲动行为、内外化情绪问题及焦虑状态, 提升纪律意识、活动参与度和规则接受度。将多种干预方式与团体心理辅导相结合, 干预效果优于单一模式, 也是本课题核心采用的干预方案, 可有效改善学生课堂表现、行为习惯、情绪状况、同学关

系、亲子关系及学校适应能力。

5.5 中医药外治干预

中医理论认为儿童多动倾向病机为阴阳失衡、脏腑功能失调,病位关联心、肝、脾、肾及脑神。中药复方辨证精准但煎煮繁琐、口感较差,儿童难以长期坚持;中成药服用便捷,但无法随证加减、个性化调理不足。中医外治具有绿色无创、无副作用、儿童痛苦小、接受度高的优势,小儿推拿、指针疗法联合健脾安神推拿,能够调和气血、平衡阴阳、安神定志,适合低年级儿童长期干预。目前中医外治存在研究文献偏少、取穴规律和治疗疗程规范不统一的问题,具备很大的基层研究与推广价值,可与团体心理辅导联合实施综合干预。

6 研究不足与展望

现有相关研究仍存在诸多不足:专门针对小学一、二年级低龄多动倾向群体的细分研究较少,干预方案缺少年龄适配性

[6];单一干预方式研究居多,团体心理辅导联合中医外治的综合干预模式研究不足[7];基层教师和家长对多动倾向早期识别认知不足,容易错过最佳干预窗口期;中医外治疗效评价、取穴标准、疗程方案尚未形成统一规范,基层落地推广受限[8];多数研究未严格区分多动倾向与确诊 ADHD,干预方案同质化严重,缺乏针对性[9]。

今后研究应重点面向小学一、二年级多动倾向群体,坚持干预关口前移,采用团体心理辅导联合小儿推拿的绿色无创综合干预模式,通过量化问卷与质性访谈双重评估干预效果;统一中医外治和团体辅导的操作规范、疗程标准与疗效评价体系;加强家校医三方协同配合,普及多动倾向早期识别与科学教养知识;建立小学低年级多动倾向常态化筛查机制,构建可复制、易推广的基层干预体系,有效阻断多动倾向向 ADHD 发展,守护儿童身心健康与全面成长[10]。

参考文献:

- [1] 刘杰,郑美娟,林冠雄,等.Tomatis 听觉训练对学龄前多动倾向儿童干预疗效研究[J].云南医药,2025,46(01):30-32.
- [2] 陈芳琳,何凤婷,郑嘉炜.融合教育背景下 ADHD 倾向儿童的学校干预新模式探究[J].中小学心理健康教育,2023,(26):20-23.
- [3] 欧子欣,杨翠盈,付彤,等.注意缺陷多动障碍核心症状对 ADHD 倾向儿童行为问题的影响[J].四川精神卫生,2022,35(06):518-523.
- [4] 蒋玲,杨喆,李朝晖,等.系统式执行技能训练联合盐酸哌甲酯对学龄期 ADHD 儿童的干预效果[J].临床医学研究与实践,2026,11(05):80-83.
- [5] 钟思琳,俞方毅,张列平.多模态生物反馈疗法结合感觉统合训练对注意缺陷多动障碍儿童干预效果的临床观察[J].临床医学工程,2025,32(12):1313-1316.
- [6] 林一珍.脑电生物反馈联合感觉统合训练在注意缺陷多动障碍患儿中的应用效果[J].中国医学创新,2025,22(31):35-38.
- [7] 何强勇,邵志浩,赵勇,等.前庭功能训练干预注意力缺陷多动障碍患儿的疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2025,35(11):79-82.
- [8] 陈娟,邹华,周长虹,等.组织技能训练对注意缺陷多动障碍学龄期儿童干预效果[J].中国健康心理学杂志,2026,34(04):497-503.
- [9] 薛磊.分阶综合运动干预对 ADHD 患儿运动协调能力、执行功能的影响研究[J].运动与健康,2025,4(10):65-68.
- [10] 张玥,张丽珊,丁肖媛,等.维生素 D 联合 DHA 补充干预学龄前注意缺陷多动障碍的疗效研究[J].上海交通大学学报(医学版),2025,45(05):570-577.