儿科中促进儿童健康心理与情绪发展的框架：临床报告

Evelyn Berger-Jenkins, MD, MPH, FAAP,[1] Jennifer K. Poon, MD, FAAP,[2] Kathleen Hobson Davis, LISW-S,[3] Amy Starin, PhD, LCSW,[4] Rachel Segal, MD, MPH, FAAP,[5] Arthur Lavin, MD, FAAP,[6] and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics

[1]Division of Child & Adolescent Health, Department of Pediatrics, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons and New York-Presbyterian, New York, New York; [2]Department of Pediatrics, Medical College of Georgia at Augusta University, Augusta, Georgia; [3]Private Practice, Family Representative, Chagrin Falls, Ohio; [4]Children's Mental Health Consultant; [5]Department of Pediatrics, Medical College of Wisconsin; Child Advocacy and Protection Services, Children's Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin; and [6]Retired, Shaker Heights, Ohio

Address correspondence to: Evelyn Berger-Jenkins, MD, MPH, FAAP. Email: eb283@cumc.columbia.edu

尽管人们普遍认识到儿童期的心理和情感问题已上升至前所未有的高度，但在儿科实践中遇到心理和情感发展问题时仍常感犹豫不决。这种犹豫与普遍存在的障碍有关，包括缺乏舒适感、时间以及可能最重要的因素 —— 缺乏可提供给家庭的资源。然而，研究支持家庭能从促进健康关系和全生命周期的整体健康干预措施中获益，而这些正是儿科实践的基础。儿科医生擅长处理整体健康，因为他们从孩子出生到过渡至成年，全程支持家庭成员的身体、心理、情感、发育和社会幸福感。他们也习惯于在连续的健康谱系上进行评估，涵盖预防、早期识别、治疗和支持，并以迭代的方式和长期的视角与家庭一起处理各种问题和诊断。这种较少着眼于快速得出诊断和对问题进行狭隘治疗的做法，对于心理和情感发展至关重要。本报告提出了一种重新构建的理念：将心理和情感发展视为整体健康的一部分，而非仅在出现“问题”时才进行诊断和治疗的条件。本报告还提供了一种可能有助于处理儿科心理和情感健康问题的阶梯式方法，并指出亟需积极倡导进一步扩充儿童心理情绪相关服务资源。

引　言

儿童、青少年和年轻成人的心理和情感发展危机已持续数十年，并已达到令人担忧的状态。COVID-19 大流行的影响、多重社会驱动因素以及卫生系统中的不平等加剧了其严重性，导致国家宣布进入紧急状态[1,2]。美国儿科学会 (AAP) 认识到需要重构医疗模式，以促进心理和情感的健康发展 (HMED)，并消除所有婴儿、儿童、青少年和成年早期（以下简称“儿童”）在心理健康方面的差异。我们必须明确 2 个核心现实，以实现理念重构。第一，HMED 与身体健康同等重要，二者皆是促进儿童整体身心健康、实现全面发展的关键[3]。第二，稳定且长期持续的关系是优化 HMED 的最有力工具之一，这也是儿科医生凭借职业特性所具备，并且能够持续深耕精进的专业优势。尽管本报告主要使用“儿科医生”这一术语，但 AAP 承认这一主题也与其他儿科照护提供者相关，包括其他医师、非医师的高级执业从业者以及儿科医疗团队的其他成员。

在本临床报告中，“心理健康”被定义为个体在其生命历程中，与其认知、情感、意志行为和社会幸福感相关的健康心理和情感发展。这是儿童成长发展的必备要素，而非需要治疗的疾病。这一理

The article(s) originally appeared in English in the 2026, Volume 157 of Pediatrics, published by the American Academy of Pediatrics (AAP), and are hereby authorized for translation into Chinese by Children's Hospital of Soochow University.

念重构强调，帮助儿童实现 HMED 并非始于或止于一个诊断。与其仅仅考虑“正常”“异常”，不如说心理和情感发展涵盖了儿童成长全过程中多元的功能发展状态。基于优势的方法，考虑儿童是否在蓬勃发展（“优势何在”），与其在多大程度上存在困扰（“问题何在”）同样重要，甚至更为重要[4]。此外，了解环境、经历（包括负性和保护性）以及孩子生活中发生过的事情，将为理解其心理、情感和躯体等优势以及症状学提供关键信息。

HMED 的核心要义在于儿童成长过程中能否拥有稳固且有力的支持性关系，而 HMED 的蓬勃发展则取决于儿童能否发展出安全的依恋基础，并利用其天生的好奇心掌握发育任务，从而赋予他们一种掌控感和自我效能感，使其能够在周围世界中自如探索，并从容应对所出现的挑战。儿科医生、其他儿科初级保健提供者以及专科医生都有可能从孩子出生至其过渡到成年的过程中，建立长期的持续性医患沟通关系。依托这种协作关系，儿科医生能够有效助力儿童及其照护者发展安全、稳定、培育性的关系，这些关系对 HMED 至关重要[5,6]。

在 3 ～ 17 岁儿童中，约五分之一会患上可确诊的心理或情绪相关疾病[7]，另外还有数量翻倍的儿童存在心理情绪困扰，影响日常社会功能，但尚未达到临床确诊标准，即阈下症状病例[8–10]。这些儿童能从早期干预中显著获益，但往往直到问题加重才接受干预，或者根本得不到照护[11,12]。等到儿童出现更严重的症状和功能损害再处理，会导致个体和群体性心理健康危机加剧[13]，使治疗复杂化，也让本就承压紧张的医疗体系不堪重负。

此外，许多儿童未能获得从预防、促进、早期干预和综合照护中受益的机会。例如，诊断和医疗服务可及性均存在明显不公的差异：黑人和西班牙裔儿童接受门诊心理卫生照护的比例约为白人儿童的一半；在 13 ～ 24 岁的女同性恋、男同性恋、双性恋、跨性别者和疑性恋 (LGBTQ+) 年轻人中，超半数虽有心理服务需求，却无法获得相关帮助[13,14]。在儿童全成长阶段普及 HMED 和落实预防工作，是实现公平就医、消除心理健康服务差距的关键[15,16]。

尽管在促进健康心理和情感发展 (HMED) 方面存在巨大的体系层面障碍，但儿科医生始终依托自身独特职业优势，为儿童及家庭提供帮扶。儿科医生秉持儿童发育视角，身处儿童健康照护一线且深受信任，能够助力儿童维系心理情绪健康、培养心理韧性、开展预见性健康指导，并在发现问题时及时介入干预[17]。本报告回顾了处理 HMED 的常见障碍，提出了一种可能有效改善儿童和家庭结局的重构框架，并最后给出了可融入临床实践的具体方法，打破医学界长期以来人为划分、且存在弊端的身心二元割裂诊疗模式。研究持续支持在儿科领域处理健康心理和情感发展的投资回报[18]，并且 AAP 正在为更广泛的系统变革寻求解决方案，以支持个体儿科医生和儿科实践成功参与这项工作。

一种更全面的 HMED 处理方法

医疗体系大多以生物医学模式为主，主要侧重于促进和治疗躯体健康[19,20]。临床常采用清单式和局限化的诊疗思维来辅助诊断和治疗。该模式依托明确的症状表现、病程时间线以及实验室检查和影像学等工具，力求快速明确统一诊断并高效开展治疗。这种模式倾向于关注“哪里有问题”而非“哪里是强项”。此外，该模式通常侧重于将体征、症状和数据关联起来以支持单一的统一诊断。这种过度强调医师专业主导性的模式，容易在医患之间形成等级化相处关系。

相比之下，心理和情感发展的评估和管理通常是一个长期循序渐进的过程，儿童、家庭和儿科医生共同沟通磨合，一同探寻解决办法。诸多社会和环境因素，包括但不限于不良和保护性童年经历、

基于种族、性别或能力的歧视，以及健康的社会驱动因素，同时影响着儿童的发展，有时使得难以确定其症状的单一病因或找到单一治疗方法。问题的性质以及干预措施的有效性，在很大程度上是通过儿童在其环境中的功能水平来衡量的，而这种评估维度在偏重技术化、局限化的传统诊疗模式中常被忽视。儿科医生已经在实践的有助于改善儿童功能的关键行为包括：用心倾听、共情理解儿童及家庭面临的困境，发掘并强化患儿及家庭自身具备的能力，树立积极向好的康复信念（参见下文“共同因素”以及 AAP 的《心理健康工具包》）[21,22]。一味固守以问题为导向的生物医学诊疗模式，会忽视心理情绪发展干预所必需的环境视角与优势视角诊疗思路 [23,24]。

其他结构和系统性障碍，包括培训不足、接诊时长有限、诊疗服务断层、候诊周期过长、支付困难以及专科心理医疗资源匮乏，持续阻碍着在儿科领域 HMED 发展工作的推进 [25,26]。这些困境反映了卫生保健服务系统内部的局限性，而非个体儿科医生的不足 —— 后者绝大多数都认识到 HMED 的重要性。心理和情感问题固有的复杂性和不确定性，可能会给那些旨在为患者提供明确诊疗方案的医护人员带来不适甚至挫败感、回避和职业倦怠。对普通儿科医生和亚专科儿科医生的调查都持续显示，尽管他们认同 HMED 的重要性，但超过 65% 的人报告缺乏必要的培训，超过 50% 的人表示对自己处理 HMED 的能力缺乏信心 [27–29]。儿科医师日常接诊任务繁重，需在有限时间内完成综合评估、诊疗协调以及大量病历文书撰写等多项工作。财政障碍持续恶化，包括医保政策限制、运营缺陷（例如事先授权、异地跨网就医结算难题）以及 HMED 服务支付方面的缺乏等。此外，当前的系统将身体健康照护与心理健康照护服务割裂开来，而诸多研究早已证实身心整合式诊疗优势显著，既能优化诊疗结局、缩减医疗开支、缩小医疗差距，还能提升全民健康水平 [30,31]。若缺少清晰可行的协作模式与配套资源，可能会增加处理 HMED 照护时的犹豫不决。要让儿科医生能够支持和处理儿童的心理和情感发展，必须消除这些系统性障碍。一些可能有效的策略包括：加强住院医师培训（例如：新的 ACGME 要求的专门“心理健康”轮转），在诊所内调整日程以分配更多时间给高风险病例，通过线下或线上方式进行频繁的随访，组建整合式诊疗团队，以及改进复杂就诊的编码 [32]。如果没有系统性的变革，即便儿科医师具备充足的专业知识、熟练的实操能力与充分的准备，都不可能有效地满足儿童和家庭在心理和情感发展方面的照护需求。

除了这些卫生保健系统障碍之外，系统性种族主义进一步使少数群体儿童处于不利地位，尤其是在心理和情感发展领域。心理和情感发展的差异不仅归因于可及性问题。隐性偏见和刻板认知会极大地影响临床诊断判定与干预方案的制定 [33]。反种族主义策略要求医护人员正视自身偏见，优化心理情绪健康诊疗模式，建立标准化、公平化、循证化的诊疗体系，摒弃主观臆断与偏见式评判。此类变革彰显了体系优化的决心，旨在推动医疗服务走向公平，逐步缩小各类健康发展的差距。

最后，与心理和情感发展相关的污名和其他态度同样会阻碍相关诊疗工作的开展。家庭、患者、卫生保健提供者、教师以及孩子生活中的其他重要成年人可能怀有污名化看法与偏见，无论是有意识还是无意识 [34,35]。对于卫生保健提供者和社会而言，由于心理情绪问题成因繁杂且表现形式不够直观，人们常会片面地认为这类心理困扰并非真实健康问题，而是个人生活选择不当或是性格软弱所致。其结果是，心理情绪健康发展易被轻视，甚至被视作不属于儿科临床的诊疗范畴 [36]。这可能导致儿童和家庭无法获得必要的心理、情感和行为健康服务及支持 [37,38]。尽早整合以家庭为中心，立足儿童全面发展的整合式医疗服务，并减轻现有的污名或偏见，能够全面改善医护人员、儿童及照护者三方的就医

与诊疗体验。

将医学模式重新构建为朝向健康心理和情感发展及整体健康

想要改善儿童心理情绪发展相关预后，在儿童成长全程推行更具包容性的健康促进、疾病预防与干预诊疗模式至关重要[39–42]。儿科医生长期随访患儿，以发育和生物心理社会视角看待患者，因此能够理想地与儿童和家庭建立信任互助的医患关系，这非常适合心理和情感健康促进、预防和干预工作循序渐进的开展特点。那些期望儿科医生助力孩子健康发展、答疑解惑、解决成长困扰的家庭，也愿意信任儿科医生来支持其心理和情感发展。整体健康模式强调一种双向协作的伙伴关系，儿科医生凭借专业能力，在贴合患儿家庭诉求的基础上，充分重视并依托患儿自身优势与生活实际经历开展诊疗。

安全、稳定、培育性的关系对儿童韧性的发展至关重要[43]。儿科医生角色的核心是引导和促进照护者与孩子之间，以及家庭与医疗团队成员之间建立良性健康的相处关系。这在高质量、持续的医疗之家的背景下最能优化实现，该医疗之家包括整个儿科团队在促进健康心理发展过程中的参与。不仅与儿科医生建立关系，也与整合的行为健康专家（见下文关于整合照护模式的讨论）、前台工作人员、医疗助理、护士和其他工作人员建立关系。在“整体健康”模式中，团队还可能包括服务于和支持儿童及青少年的外部实体，例如“照护系统”中的教育和社区项目，这些对促进 HMED 至关重要。HMED 的成因复杂、状态易波动，因此儿科医师、整合医疗从业者及社会社区力量必须协同合作，全程守护儿童整体身心健康。这种团队合作涉及建立信任、承认基于长期压迫和不平等的所造成的信任隔阂，以及建立具有双向沟通、相互尊重、一致目标和共享决策的真实关系[44,45]。

最后，遵循创伤知情理念优化门诊诊疗流程、营造诊疗氛围、规划诊疗环境，是构建安全就医氛围、开展 HMED 的重要举措[5,6]。诊室环境应对所有人可及，并反映出多样性、包容性以及兼顾躯体健康与情绪健康的双重需求。关于创伤知情照护和关系健康的研究强调，治疗性互动可以发生在患者在诊室环境中遇到的每个人身上。在创伤知情的诊室文化中，与诊室和护理人员的治疗性互动能够有效缓冲外界负面压力，缓解就医紧张情绪，让家长与孩子更愿意倾诉隐私问题，主动配合诊疗[46]。例如，如果儿科团队成员表现出对照护者和孩子的呵护和表扬，这有助于照护者关注优势而非挑战。创伤知情实践的进一步示例可能包括：配备语言翻译服务，就诊登记时尊重个人称谓偏好、尽量减少患者和提供者设施（包括洗手间）之间的隔离，或在生命体征测量时使用盲法或隐匿体重数值。创建高质量的以患者为中心的医疗之家，将心理和情感发展照护整合到儿科工作流程和实践中；与社区、教育和社会服务协调；依托团队协作打破层级壁垒，能够有效提升家庭参与度，优化诊疗结局[47]。尽管并非所有诊所都准备好进行彻底的实践转型，但以优势视角、创伤知情理念为核心，依托平等协作的团队模式，向整合式整体健康医疗模式转变，是行业共同努力的方向[48,49]。AAP 已推出多项实用工具，包括“心理健康实践准备清单”“创伤知情照护”资源。

儿科整体健康的阶梯式方法

针对儿童心理情绪发展推行分级干预模式，有助于将心理情绪健康发展相关照护工作落地实施[50]。该分级流程收录于 AAP 的算法：将心理健康照护整合到儿科实践中。与患儿及家属的沟通可依照上述核心步骤循序渐进开展，无需局限于在单次就诊或固定时段内完成。具体分级干预流程如下：

第 1 步：通过预期指导促进健康心理和情感发展及积极养育。

第 2 步：常态化系统关注儿童心理情绪发展状况、风险因素与保护性因素，开展动态监测；每次常规接诊及时评估心理状态，完成标准化筛查，尽早发现潜在问题。

第 3 步：采用连续梯度评估模式，从“thriving（蓬勃发展）”到“stressful（压力重重）”，摒弃非正常即异常的二元评判标准。

第 4 步：发现问题后与家庭建立协作关系，依托亲子亲密关系，通过简易干预手段共同梳理并解决成长困扰。

第 5 步：在必要时转诊至心理情绪相关专科诊疗服务。

第 1 步：预期指导

正如健康体检会促进健康的营养习惯、身体活动、戒烟和安全一样，HMED 的促进也应被包括在内 [51,52]。心理和情感健康挑战的一级预防包括：(a) 讲解社交与情绪能力的阶段性发展规律；(b) 分享支持发育和行为里程碑的机会，例如在幼儿期常规给予学龄前儿童自主选择权、培养大龄儿童及青少年的独立能力（参见表 1 中“促进和预期指导的机会”一栏）；(c) 维护亲子关系和积极养育技能。表 1 中促进 HMED 的例子并非旨在成为规定性的，也没有“一刀切”的方法。

亲子关系和“养育”经历对儿童的整体健康至关重要，并受益于儿科医生和团队的专业支持 [53]。养育方式受到自身性格、原生家庭养育经历以及社会大环境的共同影响。有效的养育实践涉及一种敏感的、支持性的、培育性的关系，并与积极的行为管理和设定限制的干预措施相平衡 [54]（图 1）。儿科医生和整合团队成员可针对性指导家长，并推荐专业养育学习资源，帮助家长提升养育能力。社区资源如家访计划和幼儿教育中心，可以提供额外的养育支持。积极养育方法应作为预期指导和预防的一部分加以推广，而不仅仅是在问题出现时才进行干预。

第 2 步：监测与筛查

监测或“简短心理健康更新”

儿科医生习惯于对发育里程碑进行常规监测，同样可以应用于心理和情感里程碑及功能 [56,57]。正如儿科医生评估运动和语言里程碑一样，他们也可以评估心理和情感里程碑和技能，协助家长陪伴孩子顺利度过各个重要成长阶段。Bright Futures 指南和“心理健康能力”算法建议，儿童进行急慢性病就诊时，均需完成简易心理健康状况评估；规范筛查则统一安排在儿童健康体检中进行 [17,21,50]。这种监测为二级预防提供了机会，可能包括对可能被标记为“问题行为”的行为进行教育和重新构建，使其成为健康发展的组成部分。例如，幼儿期的发脾气可以被解释为一种表达感受的形式，是发展自我调节能力的有益过程。对于有神经发育迟缓和发育障碍的儿童和青少年，应根据其发育年龄和功能水平，而非仅根据其实际年龄来评判行为表现。采用反能力歧视的视角，即反对针对身体、智力或精神残疾人士的偏见和歧视，至关重要。开放式问题，例如“告诉我关于你孩子行为的情况”“你认为你的孩子处理情绪的能力如何”“告诉我你认为你孩子的优势是什么”，或者如果直接与孩子沟通，“告诉我你最喜欢自己哪一点”，为关于 HMED 的进一步讨论和指导打开了大门。这些问题可能已经是儿科医生与患者和家庭自然对话的一部分。表 1 提出的方法借鉴了埃里克森的社会情感发展理论，涵盖各年龄段心理情绪发育要点，仅为众多参考模式之一 [58,59]。虽然有神经发育差异或障碍的儿童 [60] 可能以不同的速度发展，并达到适合其个体情况的独特里程碑，但整体发育规律依旧相通。适应能力应被认可并作为优势加以肯定，这些优势需要得到支持，而不一定要改变。同样，有显著心理社会压力源（包括创伤）的儿童也可能在心理和情感发展方面经历差异（例如：焦虑或警觉性增强）[6]。掌握儿童所处成长阶段、行为与内心情绪及外界环境的关联，指导家庭重视并培养儿童心理韧性，是 HMED 监测的重要方面。

筛查。对心理和情感发展进行常规筛查有助于

表 1　社交、情感和行为里程碑

年龄	社交 - 情感里程碑	促进与预期指导的机会	潜在呈现的问题	简短干预，具体示例和用语 [52]
0 ～ 6 月龄	安全依恋 信任的发展	建立安全、培育性的关系 建立常规	哭闹 / 烦躁 分离困难（例如：夜间、睡眠时）	• 推荐建立亲子联结的“time-in（共处时间）” • 鼓励并认可安全依恋已建立，这可能是婴儿分离困难的原因 • 帮助家庭寻找额外支持，共同思考一致的常规，例如游戏和睡眠常规。与照护者合作思考：“当您与孩子分开时会发生什么？您如何处理分离？”
6 ～ 15 月龄	安全依恋 信任的发展 感觉运动探索和游戏 [62] 自我调节开始（在后续阶段逐渐发展） 陌生人焦虑 共同注意 – 共享焦点，并一起互动	提供一致可靠的支持 有专门的游戏时间，一起读书 提供身体分离与重聚的机会 示范与陌生人积极的社交互动 大声讲述周围环境		
15 ～ 24 月龄	自主性的发展 渴望因成就而获得关注	提供机会和选择：吃什么、穿什么、玩什么 鼓励独立，同时保护其免受持续失败 提供积极的、具体的、带标签的表扬 避免批评失败的尝试或意外（尤其是如厕训练时）	发脾气（外化行为）	• 提供关于典型发育的心理教育：(1) 发脾气是儿童学习自我调节过程中的正常发育部分；(2) 儿童正在通过探索学习；“有时精力旺盛的孩子可能非常好奇，而另一些则可能容易感到不堪重负，您觉得呢？”
24 ～ 36 月龄	自主性的发展 意识到他人的感受 对与其他孩子在一起感兴趣 平行游戏 奇幻思维	提供机会和选择 提供积极的、具体的、有针对性的表扬 避免批评失败的尝试或意外（尤其是如厕训练时） 识别并命名情绪 提供同伴社交机会		• 在可以的情况下预判并引导其远离不良行为 • 亲子游戏，由照护者跟随孩子的 cues (cues)，让孩子主导 • 具体的有针对性表扬：“听得好认真” • 示范并叙述亲社会行为，例如当照护者感到沮丧时：“我需要做几次深呼吸，平静下来。啊，感觉好多了。”
36 ～ 48 月龄	合作性游戏的出现 恐惧的发展 与他人一起主动性的发展 意识到正常的人体差异（例如：身高、体型、肤色） 早期性别认同的发展 [63]	提供决策、发起游戏和同伴社交的机会（考虑结构化的学校环境） 在入学入园等全新环境场景中，以身作则引导孩子建立积极心态 表扬尝试新事物、探索	儿童期害羞（内化行为）	• 积极肯定：“人们真的很喜欢见到你！” • 具体的有针对性表扬：“你为了身体健康勇敢来看医生，真勇敢。” • 鼓励主动性：“你自己做到了！” • 避免贴标签（例如“你没礼貌”或“你坏”）
48 ～ 60 月龄	与他人一起主动性的发展 自我概念 合作性、假想游戏 心理理论 / 观点采择 意识到种族和性别类别及刻板印象 [64]	表扬尝试新事物 认可包括骄傲和失望在内的情绪 入学 提供同伴社交、决策的机会	多动 / 攻击行为（外化行为）	• 结构、常规、使用时间表，包括可视化奖励（如期望行为对应奖励） • 提供有组织的身体活动、同伴互动（例如 playdates）、包括睡眠在内的日常常规 • 讨论家庭中的媒体使用：“您家中的屏幕时间情况如何？” • 自然结果 • 具体的有针对性表扬：“你在保护自己和他人的安全方面做得很好。”

表 1　社交、情感和行为里程碑（续）

学龄儿童（5 ～ 10 岁）	自我效能感 规则 / 道德僵化 勤奋感、能力感的发展 身份认同发展的早期阶段（种族 - 民族、性别、残疾等）；学习偏见和刻板印象[65-67]	对努力和发展中的能力（学校、课外活动、社交技能、问题解决能力、自我调节）提供积极的、具体的、带标签的表扬 认可包括骄傲和失望在内的情绪 讨论规则、后果 讨论可能引发道德困境的电影、书籍或节目 促进健康的种族 - 民族身份认同发展（种族社会化）[68]	焦虑 / 自信心低（内化行为）	• 促进叙述问题解决：“我当时很难搞清楚那件事，但我坚持下来，最终做到了！” • 讨论恐惧：“我有时也会担心。” • 积极肯定：“你能做到。你真的非常努力，我打赌你学到了东西。” • 每个人都会犯错，我们可以从错误中学习。 • 针对特定恐惧（例如虫子；从看图片或书籍开始，然后看视频）提供支持性的渐进式暴露。
青春早期（11 ～ 13 岁）	独立性增加 朋友优先于家人 从具体思维到抽象思维 身份认同发展：性取向、职业 探索性别和种族身份认同发展 意识到社会中的不平等和歧视	建立信任的机会 通过积极肯定增强自信心 提供独立的机会，包括与同伴相处的时间 讨论冒险行为的情境 种族社会化以及为应对种族压力和创伤做准备	情绪低落（内化行为）	• 鼓励并示范积极思维 • 讨论减压技巧（例如深呼吸、正念） • 当下的陪伴：“我在这里陪着你，等你准备好了，什么都可以告诉我。今天虽然很艰难，但我很感激现在能和你共度时光。” • 深呼吸、想象（也可用于年幼儿童） • 行为激活（例如主动进行社交、参与活动，即使“不想做”）
青春中期（＞ 13 ～ 17 岁）	抽象思维 道德推理 尝试 / 冒险行为（物质使用） 身份认同发展：性取向、职业 朋友优先于家人 成熟的身份认同发展过程（种族、性别、残疾）[69,70]	提供共度时光、讨论生活事件的机会 尝试不同职业 / 社会角色的机会 讨论冒险行为的情境 讨论压力和创伤（包括因种族主义、性别歧视、同性恋恐惧、能力歧视所致）、外出时的安全，以及建立健康的身份认同		• 关于设定限制的建议，平静地说：“我不同意任何数量的吸烟、饮酒或吸毒，因为——”倡导持续的表扬：“我觉得你没有尝试过酒精很棒，不尝试也完全正常。”
青春晚期 - 成年早期（＞ 17 岁）	应用性抽象思维 亲密、稳定和富有成效的关系：情感和性 成熟的角色和责任 独立于父母的个人身份 个人价值观体系：伦理和道德标准 强烈的个体性	认可并反思所分享的内容 赞赏个体性，包括优势和庆祝成功 以身作则并分享关于健康生活方式、应对生活挑战的对话 尊重自主性并设定健康的界限		• 肯定：“我为你……感到骄傲。” • 开放式对话：“工作 / 学校 / 朋友最近怎么样？” • 反思性陈述：“我听到你说……” • 分享自己的经历：“这是我尝试过的方法……” • 支持成长型思维：“你为此付出了那么多努力，你从中学到了什么？”

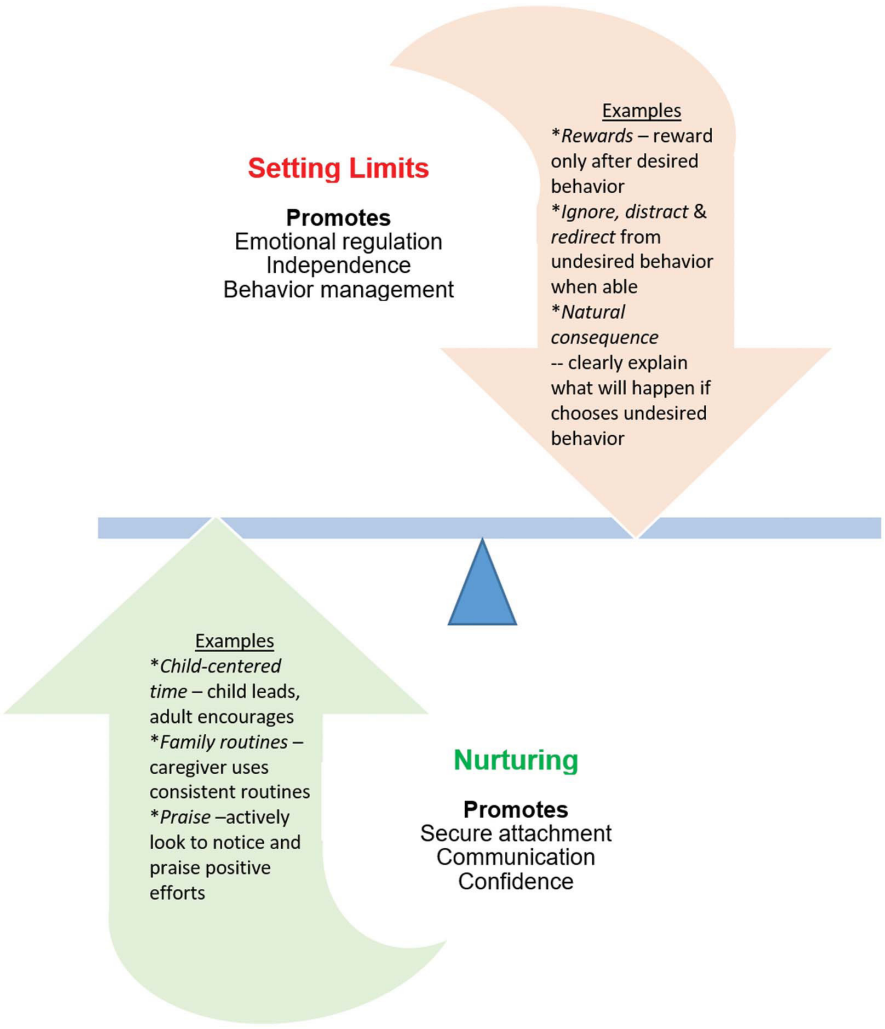


图 1　与家庭合作以实现平衡的养育策略

所有预期指导都应优先考虑患者和家庭的偏好，包括语言偏好，并对影响家庭和儿童心理和情感发展的社会和环境因素保持敏感，这些因素包括但不限于健康的社会驱动因素、创伤史、医疗资源匮乏和歧视问题等 [55]。

识别儿童功能的模式以及风险和保护性因素，以帮助建立韧性 [61]。建议使用经过信效度验证的筛查工具排查异常问题，筛查结果仅用于提示进一步评估，不可作为正式确诊依据。相反，使用筛查工具可以引导出关于儿童和家庭正在经历什么的对话（无论是否识别出问题）。普及筛查能够让心理健康状况问询成为面向所有患儿及家庭的常规诊疗内容。AAP 心理健康实践工具和资源网站汇总了全套儿科筛查工具及相关效度资料（儿科心理健康工具）。通常，家庭会表达对其孩子心理和情感发展的担忧，但经过验证的筛查工具的结果可能根据预定义的阈值并不指示风险。当这种情况发生时，可以借此机会安抚家庭，引导其调整心理预期，遵循儿童发育规律调整养育与帮扶方式。儿科医生在通过发育视角解读儿童情绪和行为方面发挥着强大作用。他们可以协助患者和家庭根据年龄和阶段来解读情绪和行为（表 1），并提醒他们，随着孩子成长和获得新技能，情绪和行为会随时间而改变。儿科医生还可以促进理解影响儿童功能的其他因素，包括儿童自身固有的因素（如气质）和外部因素（如亲子互动和同伴互动以及其他环境因素）。应用优势视角理念告知家属，每一个儿童的成长节奏、性格特质各不相同，都拥

有专属自身的闪光点，这一沟通方式大有裨益[71,72]。例如，在同时处理各种担忧时，儿科医生可以帮助识别“多动”儿童的活力，或将“内向”的青少年视为有思想、善分析且谨慎的人（这些都是可以加以发扬的优势）。

询问和筛查环境风险及保护性因素对于理解影响心理和情感发展的众多因素非常重要[73]。为缩小医疗差距、保障全体儿童获得均等照护，筛查工作需全面普及，而不仅仅针对那些被认为存在环境风险因素或心理和情感问题的“有风险”儿童。使用客观筛查而非主观评估有助于减少主观臆断和刻板印象，避免开展无效评估与盲目转诊。研究表明，在黑人、西班牙裔 / 拉丁裔和其他边缘化人群中，心理和情感发展状况存在诊断不足和过度诊断、错误标签和治疗不足的情况，进一步加剧医疗领域的种族偏见与健康服务差距[74–77]。儿科医生具备充足条件改善此类医疗不公现象，在心理情绪发育评估工作中主动落实公平诊疗原则[78,79]。

家庭和照护者有时可能会与值得信赖的儿科医生讨论他们自己的心理和情感健康。尽管大多数儿科医生可能没有接受过专门培训来筛查围产期以外的照护者的心理健康或照护家庭的健康需求，但承认、共情、解决问题，并在可能时在识别出需求后进行转诊，能够稳固良好的诊疗关系，助力儿童实现全面的身心健康[43]。

第 3 步：评估功能

儿科医生可以帮助将 HMED 的观念塑造为更全面、更现实的功能谱系，从一端“最佳和蓬勃发展”到另一端“令人担忧”到“显著压力”（图 2）[80–82]。这种理论框架对儿科医生来说是熟悉的，因为它在许多其他情况下被使用，例如儿童体格发育评估、轻中重度哮喘病情分级判定等。同样，在探讨 HMED 时，均需开展功能评估，判断儿童及青少年适应外界环境、参与社交活动、调控自身情绪的实际能力水平。例如，经监测与筛查发现孩子性格内向腼腆时，需进一步询问这种性格特质是否使其产生心理困扰，或是阻碍其达成成长目标。在照护有神经发育异常或发育障碍的儿童时，需结合患儿自身需求、能力水平及家庭期望，灵活调整优良状态、异常隐

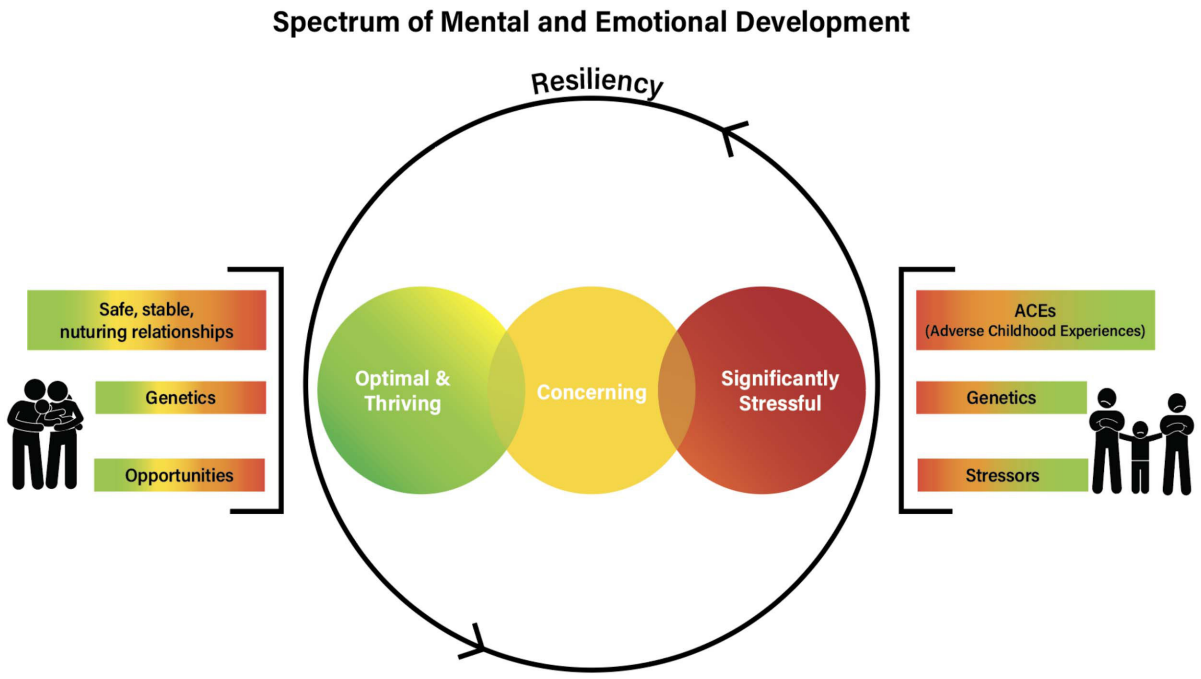


图 2　健康心理和情感发展功能谱系

表 2　使用循序渐进式问题解决思路（如“OLD CARTS”）处理涉及健康心理和情感发展的担忧（与 AAP 简短心理健康更新一致）

要素	传统医学问题（例如头痛）	心理和情感发展 / 行为问题	促进健康心理和情感发展的机会
起病	头痛是什么时候开始的？	你第一次担心情绪或行为是什么时候？	讨论发育阶段、气质
部位	头痛在哪个部位？	这种行为在什么情境下发生？ 还有谁注意到了这一点？ 在什么地方发生得最多？	理解普遍性以及某些环境中的潜在触发因素和（或）调节因素
病程	头痛持续多长时间？	你一天中注意到这种行为有多长时间？ 每次发作时，实际行为似乎持续多久？	帮助提供者判断是暂时性或情境性的，还是慢性的
特征	头痛是什么感觉？	这种行为表现如何？ 您能进一步描述发生了什么或您（对患者说）感觉如何吗？ 您和其他人看到了什么？	帮助患者、照护者和提供者理解实际行为
相关因素	什么会使头痛加重？	是否有某些事情 / 地方 / 人似乎使行为更糟？ 您生活中最近有什么变化或压力源吗？	讨论前因和无意的强化因素，提供围绕行为调整的机会
缓解 / 减轻因素	什么会使头痛好转？	是否有某些事情 / 地方 / 人有助于改善行为？ 您 / 您的孩子有哪些优势，您 / 您对孩子哪些方面感到骄傲？ 谁是你的支持者？ 哪些事情 / 地方 / 人帮助您（或您的孩子）蓬勃发展？	讨论优势和积极因素，以及对患者和家庭的鼓励
时间性	一天中是否有某个时间头痛似乎会发生？	一天中是否有某个时间行为似乎发生得更多或更少？	讨论这可能与一天的某种模式有关，以及如何修改该模式
严重程度	在 1 ～ 10 的量表上，1 表示无痛，10 表示最痛，你现在会如何评价头痛？最差时的评分是多少？最好时的评分是多少？	这对您（或您的家庭）有何影响？ 在 1 ～ 10 的量表上，1 表示家庭 / 个体功能良好，10 表示问题最严重，您如何评价过去 2 周的行为？最差时的评分是多少？最好时的评分是多少？	理解对儿童和家庭的影响，评估功能，衡量随时间推移的进展，并且庆祝改善

患、严重失调三者的评判标准。功能的评估可以通过学校报告以及从教师和学校工作人员处收集信息来更高效地完成。最后，家庭对功能水平的看法是这一过程中不可或缺的一部分，并可能受到其自身经历和气质的影响。若家属极度担忧，医生却仅以“处于正常范围”轻视问题，或是患儿及家庭并无困扰，医生却随意定性病情并安排转诊，都会造成诊疗服务与实际需求脱节，同时破坏医患信任，影响沟通协作效果[83,84]。优质诊疗服务的核心目标就是在认可家属想法与感受的同时，给予专业科学的诊疗指导建议。

第 4 步：问题解决与简短干预

初步评估儿童社会情绪健康状况时，可甄别出两类情况：一类是需紧急评估干预的严重问题[21,85]，另一类仅需对症处理、密切观察并定期随访即可。心理健康能力相关政策文件与技术报告中的诊疗流程，对此项关键性的初筛工作给出了详尽的实施步骤[17,21]。

对于不需要紧急干预的问题与担忧，儿科医生可以与父母及照护者合作，共同梳理当前所面临的问题，理解行为背后的意义，从而为孩子和家庭提供支持。当出现心理与情绪发育方面的担忧时，可采用开放式的询问技巧和积极的倾听技巧。助记口诀“OLD CARTS”是一个有用的工具，其含义包括起病时间 (onset)、发作部位 / 范围 (location / radiation)、病程 (duration)、特征 (character)、相关因素 (associated factors)、缓解因素 (relieving factors)、

时间性 (timing) 以及严重程度 (severity)。此处使用 OLD CARTS 旨在说明，许多常用于医学问题的系统性方法同样可应用于心理与情绪发育领域，并非要将其作为一套新的专用口诀或缩略语来推广。表 2 举例说明了如何将传统工具应用于常见问题（如头痛）以及心理与情绪发育问题（如行为紊乱或焦虑）。无论采用何种流程，临床医生都应认识到，虽然可能无法得出某一具体的病理学诊断，但恰恰可借此开展长期的循序渐进的问题疏导，同时发现并弘扬家庭和孩子的优势。这种方法的目不仅仅在于“确定”或“排除”某一具体诊断，更在于理解某一特定行为或担忧的含义，并通过合作找到针对所出现问题的潜在解决方案。

目前已经开发了几种方法来帮助儿科医生处理心理和情感发展问题，包括共同因素、动机性访谈、跨诊断方法和简短干预；各类方法的内容大多互通交融 [17,21,86]。临床干预手段虽种类繁多，但核心实用技巧大多通俗易懂，也是儿科医生在搭建医患信任关系中早已熟练运用的方式。例如：共同因素技能（表 3）被如此命名，是因为它们包含了在年龄谱系和诊断谱系上有效的各种治疗模式中必不可少的“共同”元素 [88,89]。除了为有益的“治疗性”对话提供一个框架外，这些共同因素还包括对儿童和家庭可行的具体后续步骤（即计划），并可以在下次就诊时跟进。

除了在出现问题时使用共同因素方法来支持儿童和家庭外，儿科医生还可以提供借鉴于许多不同循证模型策略的简短干预 [90]。2 种循证的心理和情感健康干预措施在儿科环境中尤其相关。家长管理培训 (PMT) 是一种循证的干预措施，对纠正低龄儿童外化性行为问题效果显著 [91]。已经开发了多种改编版本，并在不同人群中测试了其有效性 [92,93]。家长管理培训（或针对 0 ～ 5 岁年幼儿童的亲子互动疗法）教导照护者策略，能够指导家长增进亲子情感联结，引导孩子养成良好行为，妥善纠正问题行为。儿童 - 家长心理疗法是另一种用于 0 ～ 5 岁年幼儿童及其照护者的工具，用于在发生创伤经历时加强照护者 - 孩子的依恋和关系 [94]。认知行为疗法 (CBT) 是一种循证的心理干预，侧重于帮助个体理解和改变他们的思维过程，以改善心理健康和福祉，已被用于患有焦虑和抑郁的儿童 [95]。家长管理培训和认知行为疗法的结合可有效改善儿童注意力缺陷，以及同时存在外化、内化双重情绪行为问题。尽管儿科医生不会提供诸如此类的治疗性干预，但他们可以提供与这些循证策略一致的较简短的信息、建议或指导。

表 1 提供了儿科医生如何使用来自这些模型的信息分享建议的示例（参见表 1，“具有具体示例和用语的简短干预”）。例如：有多动、冲动、对立和攻击行为的外化问题儿童，以下简短干预措施可能使其获益：设定健康的限制；建立常规和结构；给予具体、即时的奖励；提供积极的、标签化的具体表扬；以及合理应用冷静独处法，并搭配高质量的亲子陪伴。在情绪低落的情况下，可以实施和示范应对方法，如制定活动计划、减压活动（例如深呼吸）、问题解决、转变思维建立积极心态以及其他应对方法 [96]。对于表现出其他内化症状的儿童，示范和肯定性陈述是宝贵的。对于焦虑行为，家长首先要正视焦虑情绪的普遍性，循序渐进地引导孩子接触诱发焦虑的场景，以身作则展现勇敢行为，并及时给予言语鼓励（例如，“你能做到的”或“你真勇敢，像个超级英雄”）。有许多诸如此类的简短干预的例子和工具会有所帮助 [97]。参见 AAP 关于简短干预的工具包样本。此外，还可依托儿科医生擅长的健康宣教开展简易干预，通过规范睡眠作息、增加户外活动、严控电子产品使用时长，改善儿童的内外化情绪行为问题 [98]。

对于所有干预措施，重要的是了解儿童和家庭与 HMED 相关的信念和价值观，并共同创造解决方案。强调孩子的感受应该被认可，而不是被评判或忽视，这一点也很重要。同时也要体谅家长产生的烦躁无助等负面情绪，做好共情示范。同样，沟通时注意措辞，避免让家长误以为孩子出现行为情绪问题都是由于自身养育方式的过错。简短干预可以以具体的方式作为共同因素 (HEL2P3) 方法中“计划”元素

表 3　促进心理健康的有效沟通技能：HEL2P3 助记符

共同因素	策略：其中许多是儿科常规实践	在心理与情绪发育中的示例与应用
H　希望	• 关注患者及家庭的优势	• “分享您的感受需要勇气”
	• 传达对病情进展的现实期望	• “您已经迈出了寻求帮助的重要第一步”
	• 鼓励采取切实可行的改善步骤	• “研究已经证明，您可以采取多种治疗和行动来帮助自己感觉更好”
		• “我相信您”
E　共情	• 专注倾听	
	• 识别并与患者及家庭分享其挣扎与喜悦	• “有时候谈论这些可能会觉得难以开口，但你做得非常好”
		• “那听起来真的很难”
	• 运用肢体语言表达关注和兴趣（与孩子和父母保持眼神交流，点头示意您在倾听等）	• “我听到了你在（例如：集中注意力、情绪低落、担心学校、朋友等方面）遇到的挑战，也听到了你在……（例如：即使困难仍坚持上学、今天愿意分享你的感受、与学校老师沟通、参加乐队 / 戏剧 / 体育运动等）方面的优势”
L1　语言	• 使用患者的语言来反映对问题的理解	• “让我确认一下我理解得对不对……当你‘情绪低落’时，你想独处，但独处太久又让你‘更加低落’”
	• 除非患者 / 家庭使用，否则避免专业 / 医学术语	• “让我确认一下我理解得对不对……当你‘亢奋’时，你真的觉得无法集中注意力，也做不到老师要求你做的事情”
	• 允许患者纠正您的理解	• “我听到你说你感到‘尴尬’，不希望别人认为你的孩子‘疯了’。我想了解更多……”
		• “有没有什么我遗漏的、你想补充的内容？”
L2　忠诚	• 表达对当下及未来提供帮助的承诺	• “请知道，我在这里支持你，并承诺从今天起直至未来，支持你的整体健康”
		• “我是你团队的一员，希望支持你和你的家庭达到一个更舒适的状态”
		• “我想就此与你保持联系并提供支持。我们下周再见面可以吗？”提供患者今后与您沟通的方式，以及何时 / 如何联系您和安排随访。
P1　许可	• 请求许可提出更深入的问题	• “我想了解更多。我可以问一些问题，以便更好地了解你最近……在学校 / 家里 / 与朋友 / 与家人的情况吗？”
	• 请求许可提出未来评估或随访的建议	• “我有一些想法，关于我们可以做些什么来进一步了解情况并支持你。我可以分享一些这些想法吗？”
P2　合作	• 与患者 / 家庭合作，识别治疗中的障碍或抵触	• “我和你是一个团队的”
		• “我是您孩子 / 家庭支持网络中的一员”
	• 共同寻找绕过和克服障碍或抵触的方法	• “我想听听你们的期望是什么；你们的目标是什么？”（照护者和孩子）
	• 根据患者 / 家庭的动机，商定可行的步骤	• “你认识参加过心理咨询 / 服用过药物的人吗？”讨论正面和负面经历。为解决病耻感，向患者和家庭保证，健康的心理与情绪发育问题并非源于个人弱点、精神弱点或性格缺陷。提供与常见躯体疾病及所需治疗的类比和比较。
		• “是否存在其他可能妨碍您完成此次转诊 / 下一步计划的障碍？”（协助一同梳理医保费用、交通、儿童看护、时间等方面的后勤挑战）
P3　计划	• 基于患者 / 家庭的目标和紧迫感，制定行动计划或渐进式的第一步，以监测问题，并为解决问题做好准备。	• “根据你们确定的目标，让我们为你和你的支持团队列出一个行动步骤清单”
		• “你觉得这周你最想解决的问题是什么？”
		• “你觉得这周你可以采取的一个步骤是什么？”（例如：研究讨论过的选项，如安排规律的睡眠时间、限制社交媒体的使用、每天联系一位朋友、写日记、安排转诊预约等）
		• 与患者 / 家庭共同制定书面计划（安全计划），以应对心理与情绪健康的紧急情况——为父母和孩子识别可以打电话或发短信求助的朋友、家人以及专业人员 / 热线，并将这些信息存入他们的手机 [87]

的一部分来提供，就像为营养、身体活动、哮喘或在儿科就诊中处理的其他问题提供计划一样。确保儿童和家庭获得足够的支持，并频繁地通过线下或线上方式进行随访，以评估这些干预措施的可行性

和有效性，这些都很重要。

第 5 步：寻求专业帮助、转诊和随访

当儿童就诊时出现的问题的严重程度超出儿科医生及其团队有信心管理的范围，或者当最初的简短干预无效时，医疗机构需熟知本地心理情绪健康专科资源，并建立稳固的转诊协作渠道。许多学校都有社会情感学习项目和相对容易接触到的行为健康临床医生，他们可以与儿科医生合作，支持多数存在行为心理健康问题的儿童，可由发育行为儿科、社会工作、心理咨询、临床心理学、护理等领域具备硕博资质的持证专业人员提供服务。对于某些需要二元儿童 - 家长心理疗法或创伤聚焦认知行为疗法的特定人群的专业照护，由于正式接受过这些模式培训的提供者数量有限，可能特别难以获得，因此制定包括这些疗法在内的资源清单会很有帮助。美国许多州都有儿童精神科接入项目，提供教育、帮助寻找资源以及就诊断和药物管理提供咨询支持 [99,100]，这些项目已被证明在改善可及性（特别是对服务不足的人群）、增强儿科医生信心和减少不必要的转诊方面有效，所有这些都增加了行为健康资源的能力。

整合式协同诊疗模式契合儿科医师的工作定位，便于联合心理专业人员共同评估、帮扶患儿家庭，目前该模式已有越来越多的循证依据支撑 [101,102]。整合式诊疗模式，即让心理健康专科人员纳入家庭式连续医疗服务团队，共同参与普惠性健康预防与促进工作，完成平稳诊疗交接，为高需求患儿精准对接专项诊疗服务。成功的项目，如针对幼儿期人群的健康起步计划和针对年长儿童及青少年的 Gather 模型，都是具有显著证据和实施过程（包括计费支持）的整合照护模式示例。协作照护涉及儿科医生与专家之间的伙伴关系和共同管理，专家可能、也可能不在儿科诊所内工作，通常由儿科医生开展纵向随访，而专家在必要的规定时间内提供治疗。在专科干预取得成效后，部分专科照护工作可转交儿科医师接手，包括在能力范围内开具相关药物，或是巩固落实前文提及的各类行为干预措施。

患儿及家庭与儿科医护团队建立的信任关系是长期监测心理情绪干预效果的良好基础。可借助线上渠道开展高频简短沟通随访，直至儿童与家长确认状态逐步向好、心态趋于安稳 [104]。可以直接与儿科医生或诊所内值得信赖的工作人员进行这种简短的对话 [105]。

总　结

当儿童和家庭应对心理和情感压力、社会孤立和体制性不公带来的诸多影响时，儿科医生应继续促进 HMED 融入其日常诊疗。重构生物医学卫生保健模式，意味着进一步运用并落实成熟的人际沟通能力与临床实操能力，同等重视躯体健康与心理健康，全面守护儿童整体健康。尽管迄今为止仍存在诸多阻碍，包括缺乏培训、时间、资源和支付问题，但依托自身职业优势，儿科医生完全可以凭借本职基础能力，逐步打破医学界长期存在的人为划分且存在弊端的身心诊疗割裂局面。

建　议

AAP 建议儿科医生和儿科团队：

- 既要对相关心理情绪问题开展诊断与治疗，也要全程推动婴幼儿、儿童及青少年的心理、情绪、人际关系与整体健康发展。
- 在实践中应用现有技能，例如培养关系和循序渐进沟通，以促进 HMED。以优势视角为核心，发掘并肯定个体自身长处是关键所在。
- 依托儿童青少年发育领域的专业积淀，采用连续化功能评估模式，摒弃非正常即异常的二元评判标准，开展 HMED 相关工作。
- 利用与儿童和家庭的长期关系，在支持健康心理发展的过程中建立伙伴关系。这种伙伴关系应涉及双方平等的贡献，并且是双向和循序渐进的。

以这种方式提供支持，充分倾听并重视各方诉求与核心需求，有助于在家庭和儿童中建立韧性。

- 组建协作诊疗团队，吸纳整合医疗从业者以及外部的儿童服务机构，如社区和学校，因为社会情感学习环境和心理发展资源会显著影响儿童的心理和情感发展。
- 将 HMED 融入日常诊疗，而不仅仅是在问题出现时。这包括：通过预期指导促进 HMED；通过简短的心理健康更新进行监测；筛查问题以及风险和保护性因素；协助儿童和家庭根据发育年龄和阶段理解情绪和行为；在问题出现时帮助解决问题；提供简短干预；在需要时寻求帮助。
- 以敏感和客观的方式处理 HMED 问题，摒弃主观评判与固有成见，以解决和预防 HMED 诊断和服务中的不公差异。
- 致力于解决包括种族主义在内的不平等和歧视对 HMED 的影响，并推行公平化、创伤知情和反歧视诊疗理念，包括普遍（而非针对性）筛查、客观评估以及与家庭共同决策。
- 应当肯定，即便面临诸多现实阻碍，儿科医生早已在临床中运用本报告提及的多项基础干预方式，并倡导为儿科医生提供更多培训，增加儿科就诊时间，保障诊疗连续性，并为健康预防与健康促进类工作落实合理薪酬保障，涵盖非疾病诊断类健康行为诊疗项目的收费结算。

（郭萍 译　王世锴 校）

联系人：丁欣 etyxcbzx@suda.edu.cn

参考文献

1. American Academy of Pediatrics, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Children's Hospital Association. AAPAACAP-CHA Declaration of a National Emergency in Child and Adolescent Mental Health. Accessed May 29, 2023. https://www.aap.org/en/advocacy/child-and-adolescent-healthy-mentaldevelopment/aap-aacap-cha-declaration-of-a-national-emergencyin-child-and-adolescent-mental-health/
2. US Surgeon General's Advisory. Protecting Youth Mental Health. Published December 2021. Accessed April 12, 2022. https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-youth-mentalhealth-advisory.pdf
3. Brooks-LaSure C, Tsai D. A Strategic Vision for Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP). Health Affairs Forefront. November 16, 2021. DOI: https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/forefront.20211115.537685/full/
4. Schor EL. Life course health development in pediatric practice. Pediatrics. 2021;147(1):e2020009308. PubMed doi: 10.1542/peds.2020-009308
5. Duffee J, Szilagyi M, Forkey H, Kelly ET; COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS, COUNCIL ON FOSTER CARE, ADOPTION, AND KINSHIP CARE, COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. Traumainformed care in child health systems. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052579. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-052579
6. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, et al; COUNCIL ON FOSTER CARE, ADOPTION, AND KINSHIP CARE, COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS, COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. Trauma-Informed Care. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052580. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-052580
7. Okwori G. Prevalence and correlates of mental health disorders among children & adolescents in U.S. Child Youth Serv Rev. 2022;136:1–9. doi: 10.1016/j.childyouth.2022.106441
8. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. JAMA Psychiatry. 2015;72(9):892–899. PubMed doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0730
9. Fatori D, Salum G, Itria A, et al. The economic impact of subthreshold and clinical childhood mental disorders. J Ment Health. 2018;27(6):588–594. PubMed doi: 10.1080/09638237.2018.1466041
10. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, et al; Contributor. Mental health surveillance among children United States, 2013–2019. MMWR Suppl. 2022;71(2):1–42. PubMed doi: 10.15585/mmwr.su7102a1
11. McGorry PD, Mei C. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. Evid Based Ment Health. 2018;21(4):182–184. PubMed doi: 10.1136/ebmental-2018-300060
12. Colizzi M, Lasalvia A, Ruggeri M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and transdiagnostic model for care? Int J Ment Health Syst. 2020;14(1):23. PubMed doi: 10.1186/s13033-020-00356-9
13. Marrast L, Himmelstein DU, Woolhandler S. Racial and ethnic disparities in mental health care for children and young adults: a national study. Int J Health Serv. 2016;46(4):810–824. PubMed doi:

10.1177/0020731416662736

14. Nath R, Matthews DD, DeChants JP, et al. 2024 U.S. National Survey on the Mental Health of LGBTQ+ Young People. The Trevor Project; 2024. Accessed September 8, 2024. https://www.thetrevorproject.org/survey-2024/
15. Chiao JY, Blizinsky KD. Population disparities in mental health: insights from cultural neuroscience. Am J Public Health. 2013;103(Suppl 1)(suppl 1):S122–S132. PubMed doi: 10.2105/AJPH.2013.301440
16. Whitney DG, Peterson MD. US national and state-level prevalence of mental health disorders and disparities of mental health care use in children. JAMA Pediatr. 2019;173(4):389–391. PubMed doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.5399
17. Bright Futures. Bridges: From Identification to Management of Common Psychosocial Problems and Mental Disorders in Primary Care Practice. Accessed June 25, 2023. https://www.brightfutures.org/mentalhealth/pdf/bridges/Bridges187_190.pdf
18. Le LK-D, Esturas AC, Mihalopoulos C, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. PLoS Med. 2021;18(5):e1003606. PubMed doi: 10.1371/journal.pmed.1003606
19. Farre A, Rapley T. The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. Healthcare (Basel). 2017;5(4):E88. PubMed doi: 10.3390/healthcare5040088
20. Schickedanz A, Halfon N. Evolving roles for health care in supporting healthy child development. Future Child. 2020;30(2):143–164. PubMed doi: 10.1353/foc.2020.a807755
21. Foy JM, Green CM, Earls MF, et al; COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, MENTAL HEALTH LEADERSHIP WORK GROUP. Mental health competencies for pediatric practice. Pediatrics. 2019;144(5):e20192757. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-2757
22. Earls MF, Meschan Foy J, Green CM. Mental Health Toolkit. American Academy of Pediatrics; 2023. Accessed November 3, 2021. https://toolkits.solutions.aap.org/mental-health/home
23. Masten AS, Barnes AJ. Resilience in children: developmental perspectives. Children (Basel). 2018;5(7):98. PubMed doi: 10.3390/children5070098
24. Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: associations across adverse childhood experiences levels. JAMA Pediatr. 2019;173(11):e193007. PubMed doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.3007
25. Centers for Disease Control and Prevention. Children's Mental Health. Improving Access to Children's Mental Health Care. Accessed June 2, 2022. https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/access.html
26. The Children's Defense Fund. Why Is It So Difficult for Children to Get Mental Health Screens and Assessments? Published 2003. Accessed June 2, 2022. https://cwlibrary.childwelfare.gov/discovery/delivery/01CWIG_INST:01CWIG/1218889430007651
27. Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein REK, et al. Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. Pediatrics. 2007;119(1):e208–e218. PubMed doi: 10.1542/peds.2005-1997
28. McMillan JA, Land M Jr, Leslie LK. Pediatric residency education and the behavioral and mental health crisis: a call to action. Pediatrics. 2017;139(1):e20162141. PubMed doi: 10.1542/peds.2016-2141
29. Green C, Leyenaar JK, Turner AL, Leslie LK. Competency of future pediatricians caring for children with behavioral and mental health problems. Pediatrics. 2020;146(1):e20192884. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-2884
30. Asarnow JR, Hoagwood KE, Stancin T, et al. Psychological science and innovative strategies for informing health care redesign: a policy brief. J Clin Child Adolesc Psychol. 2015;44(6):923–932. PubMed doi: 10.1080/15374416.2015.1077451
31. Campo JV, Geist R, Kolko DJ. Integration of pediatric behavioral health services in primary care: improving access and outcomes with collaborative care. Can J Psychiatry. 2018;63(7):432–438. PubMed doi: 10.1177/0706743717751668
32. Kusma JD, Raphael JL, Perrin JM, et al; COMMITTEE ON CHILD HEALTH FINANCING. on Child Health Financing. Medicaid and the Children's Health Insurance Program: optimization to promote equity in child and young adult health. Pediatrics. 2023;152(5):e2023064088. PubMed doi: 10.1542/peds.2023-064088
33. Trent M, Dooley DG, Dougé J, et al; SECTION ON ADOLESCENT HEALTH; COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. The impact of racism on child and adolescent health. Pediatrics. 2019;144(2):e20191765. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-1765
34. Imfeld SM, Darang DM, Neudecker M, McVoy MK. Primary care pediatrician perceptions towards mental health within the primary care setting. Pediatr Res. 2021;90(5):950–956. PubMed doi: 10.1038/s41390-020-01349-7
35. Ma KKY, Anderson JK, Burn AM. Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma - a systematic review. Child Adolesc Ment Health. 2023;28(2):230–240. PubMed doi: 10.1111/camh.12543
36. Peteet JR. Approaching religiously reinforced mental health stigma: a conceptual framework. Psychiatr Serv. 2019;70(9):846–848. PubMed doi: 10.1176/appi.ps.201900005
37. Zimmermann M, O'Donohue W, Zepeda M, Woodley A. Examining

caretaker attitudes towards primary prevention of pediatric behavioral health problems in integrated care. J Behav Health Serv Res. 2021;48(1):120–132. PubMed doi: 10.1007/s11414-020-09720-6

38. Dumont-Mathieu TM, Bernstein BA, Dworkin PH, Pachter LM. Role of pediatric health care professionals in the provision of parenting advice: a qualitative study with mothers from 4 minority ethnocultural groups. Pediatrics. 2006;118(3):e839–e848. PubMed doi: 10.1542/peds.2005-2604
39. Carstairs KL, Staub D, Sparr-Perkins R, et al. A whole child model of care addresses disparities and closes care gaps for Medicaid patients with complex medical conditions. Pediatrics. 2021;147(3_MeetingAbstract):641–642. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.147.3MA7.641
40. Bethell C, Blackwell CK, Gombojav N, Davis MB, Bruner C, Garner AS. Toward measurement for a whole child health policy: validity and national and state prevalence of the Integrated Child Risk Index. Acad Pediatr. Published online December 8, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.12.001
41. Bethell C, Blackwell C, Garner A, Davis M, Bruner C. Creating high value, integrated approaches to mitigate children's complex medical, social and relational health risks: validation and national findings on the Whole Child Complexity Index. Health Serv Res. 2021;56(S2):82–82. doi: 10.1111/1475-6773.13837
42. Kuo AA, Thomas PA, Chilton LA, et al; COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS; SECTION ON EPIDEMIOLOGY, PUBLIC HEALTH, AND EVIDENCE. Pediatricians and public health: optimizing the health and well-being of the nation's children. Pediatrics. 2018;141(2):e20173848. PubMed doi: 10.1542/peds.2017-3848
43. Garner A, Yogman M; COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS, COUNCIL ON EARLY CHILDHOOD. Preventing childhood toxic stress: partnering with families and communities to promote relational health. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052582. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-052582
44. Katkin JP, Kressly SJ, Edwards AR, et al; TASK FORCE ON PEDIATRIC PRACTICE CHANGE. Guiding principles for team-based pediatric care. Pediatrics. 2017;140(2):e20171489. PubMed doi: 10.1542/peds.2017-1489
45. Armstrong K. If you can't beat it, join it: uncertainty and trust in medicine. Ann Intern Med. 2018;168(11):818–819. PubMed doi: 10.7326/M18-0445
46. American Academy of Pediatrics. Trauma-informed care: recognize, respond, and empower with relationships to help children and families thrive. Accessed July 16, 2023. https://www.aap.org/en/patient-care/trauma-informed-care/
47. Sawin G, O'Connor N. Primary care transformation. Prim Care. 2019;46(4):549–560. PubMed doi: 10.1016/j.pop.2019.07.006
48. Peterson S. Introduction. The National Child Traumatic Stress Network. Published February 1, 2018. Accessed June 25, 2023. https://www.nctsn.org/trauma-informed-care/family-youthprovider-partnerships/introduction
49. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Center for Trauma-Informed Care. Trauma-Informed Care Implementation Resource Center. Published March 3, 2020. Accessed June 25, 2023. https://www.traumainformedcare.chcs.org/resource/samhsas-national-center-for-trauma-informed-care/
50. Bright Futures in Practice. Mental Health. Accessed June 25, 2023. https://www.brightfutures.org/mentalhealth/
51. American Academy of Pediatrics. Bright Futures Guidelines and Pocket Guide. Accessed June 25, 2023. https://www.aap.org/en/practice-management/bright-futures/bright-futures-materialsand-tools/bright-futures-guidelines-and-pocket-guide/
52. Mental Health Resources for Families. Accessed June 25, 2023. https://www.aap.org/en/patient-care/mental-health-initiatives/mental-health-resources-for-families/
53. Ulferts H. Why Parenting Matters for Children in the 21st Century: An Evidence-Based Framework for Understanding Parenting and Its Impact on Child Development. Organisation for Economic Cooperation and Development. DOI; 2020, https://doi.org/10.1787/129a1a59-en.
54. Shah R, Kennedy S, Clark MD, Bauer SC, Schwartz A. Primary carebased interventions to promote positive parenting behaviors: a meta-analysis. Pediatrics. 2016;137(5):e20153393. PubMed doi: 10.1542/peds.2015-3393
55. Jain S, Reno R, Cohen AK, Bassey H, Master M. Building a culturally-responsive, family-driven early childhood system of care: understanding the needs and strengths of ethnically diverse families of children with social-emotional and behavioral concerns. Child Youth Serv Rev. 2019;100:31–38. doi: 10.1016/j.childyouth.2019.02.034
56. Weitzman C, Wegner L, Blum NJ, et al; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Council on Early Childhood; Society for Developmental and Behavioral Pediatrics; American Academy of Pediatrics. Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems [reaffirmed December 2020]. Pediatrics. 2015;135(2):384–395. PubMed doi: 10.1542/peds.2014-3716
57. Lipkin PH, Macias MM, Norwood KW Jr, et al; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. Pediatrics. 2020;145(1):e20193449. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-3449

58. Maree JG. The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview. Early Child Dev Care. 2021;191(7–8):1107–1121. doi: 10.1080/03004430.2020.1845163
59. Orenstein GA, Lewis L. Erikson's Stages of Psychosocial Development. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022 Accessed June 2, 2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/
60. McPherson M, Arango P, Fox H, et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998;102(1 Pt 1):137–140. PubMed doi: 10.1542/peds.102.1.137
61. American Academy of Pediatrics. Preventive Care/Periodicity Schedule. Accessed June 25, 2023. https://www.aap.org/en/practice-management/care-delivery-approaches/periodicityschedule/
62. Yogman M, Garner A, Hutchinson J, Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM; COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH; COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Council on Communications and Media. The power of play: a pediatric role in enhancing development in young children [reaffirmed January 2025]. Pediatrics. 2018;142(3):e20182058. PubMed doi: 10.1542/peds.2018-2058
63. Perry DG, Pauletti RE, Cooper PJ. Gender identity in childhood: a review of the literature. Int J Behav Dev. 2019;43(4):289–304. doi: 10.1177/0165025418811129
64. Sullivan J, Wilton L, Apfelbaum EP. Adults delay conversations about race because they underestimate children's processing of race. J Exp Psychol Gen. 2021;150(2):395–400. PubMed doi: 10.1037/xge0000851
65. Forber-Pratt AJ, Lyew DA, Mueller C, Samples LB. Disability identity development: A systematic review of the literature. Rehabil Psychol. 2017;62(2):198–207. PubMed doi: 10.1037/rep0000134
66. Nelson SC, Syed M, Tran AGTT, Hu AW, Lee RM. Pathways to ethnicracial identity development and psychological adjustment: The differential associations of cultural socialization by parents and peers. Dev Psychol. 2018;54(11):2166–2180. PubMed doi: 10.1037/dev0000597
67. Williams CD, Byrd CM, Quintana SM, et al. A lifespan model of ethnic-racial identity. Res Hum Dev. 2020;17(2–3):99–129. PubMed doi: 10.1080/15427609.2020.1831882
68. Anderson RE, Stevenson HC. RECASTing racial stress and trauma: Theorizing the healing potential of racial socialization in families. Am Psychol. 2019;74(1):63–75. PubMed doi: 10.1037/amp0000392
69. Steensma TD, Kreukels BPC, de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. Horm Behav. 2013;64(2):288–297. PubMed doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.02.020
70. Booth MZ, Gerard JM, Deom GM, Frey CJ. Deconstructing adolescent ethnicity: A longitudinal analysis of ethnic-racial identity development and self-categorization. J Adolesc. 2022;94(3):366–379. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jad.12028 PubMed doi: 10.1002/jad.12028
71. American Academy of Pediatrics. Communication Strategies: Strength Based Approach. American Academy of Pediatrics Patient Care: Communication Strategies: Strength Based Approach. Accessed June 25, 2023. https://www.aap.org/en/patient-care/healthy-active-living-for-families/communicatingwith-families/strength-based-approach/
72. Waters L, Algoe SB, Dutton J, et al. Positive psychology in a pandemic: buffering, bolstering, and building mental health. J Posit Psychol. 2022;17(3):303–323. doi: 10.1080/17439760.2021.1871945
73. Sokol R, Austin A, Chandler C, et al. Screening children for social determinants of health: a systematic review. Pediatrics. 2019;144(4):e20191622. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-1622
74. Bailey RK, Mokonogho J, Kumar A. Racial and ethnic differences in depression: current perspectives. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:603–609. PubMed doi: 10.2147/NDT.S128584
75. Glasofer A, Dingley C. Diagnostic and medication treatment disparities in African American children with ADHD: a literature review. J Racial Ethn Health Disparities. 2022;9(5):2027–2048. PubMed doi: 10.1007/s40615-021-01142-0
76. Garb HN. Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. Clin Psychol Rev. 2021;90:102087. PubMed doi: 10.1016/j.cpr.2021.102087
77. Liang J, Matheson BE, Douglas JM. Mental health diagnostic considerations in racial/ethnic minority youth. J Child Fam Stud. 2016;25(6):1926–1940. PubMed doi: 10.1007/s10826-015-0351-z
78. Alvarez K, Cervantes PE, Nelson KL, Seag DEM, Horwitz SM, Hoagwood KE. Review: structural racism, children's mental health service systems, and recommendations for policy and practice change. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022;61(9):1087–1105. PubMed doi: 10.1016/j.jaac.2021.12.006
79. Cénat JM. How to provide anti-racist mental health care. Lancet Psychiatry. 2020;7(11):929–931. PubMed doi: 10.1016/S2215-0366(20)30309-6
80. Bethell CD, Gombojav N, Whitaker RC. Family resilience and connection promote flourishing among US children, even amid adversity. Health Aff (Millwood). 2019;38(5):729–737. PubMed doi: 10.1377/hlthaff.2018.05425
81. Cuthbert BN. The role of RDoC in future classification of mental disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2020;22(1):81–85. PubMed doi: 10.31887/DCNS.2020.22.1/bcuthbert
82. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. J Health Soc Behav. 2002;43(2):207–222. PubMed doi: 10.2307/3090197
83. Salter EK, Hester DM, Vinarcsik L, et al. Pediatric decision making: consensus recommendations. Pediatrics.

2023;152(3):e2023061832. PubMed doi: 10.1542/peds.2023-061832

84. American Academy of Pediatrics. Providing Family Centered Care. Accessed July 16, 2023. https://www.aap.org/en/practicemanagement/providing-patient–and-family-centered-care/
85. Horowitz LM, Bridge JA, Tipton MV, et al. Implementing suicide risk screening in a pediatric primary care setting: from research to practice. Acad Pediatr. 2022;22(2):217–226. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2021.10.012
86. Arora PG, Stephan SH, Becker KD, Wissow L. Psychosocial interventions for use in pediatric primary care: An examination of providers'perspectives. Fam Syst Health. 2016;34(4):414–423. PubMed doi: 10.1037/fsh0000233
87. American Academy of Pediatrics. Brief Interventions that Can Make a Difference in Suicide Prevention. Accessed October 10,2022. https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youthsuicide-prevention/strategies-for-clinical-settings-for-youth-suicideprevention/brief-interventions-that-can-make-a-difference-insuicide-prevention/
88. Wissow L, Anthony B, Brown J, et al. A common factors approach to improving the mental health capacity of pediatric primary care. Adm Policy Ment Health. 2008;35(4):305–318. PubMed doi: 10.1007/s10488-008-0178-7
89. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry. 2015;14(3):270–277. PubMed doi: 10.1002/wps.20238
90. American Academy of Pediatrics. Evidence-Based Child and Adolescent Psychosocial Interventions. PracticeWise. 2020. Accessed October 10, 2022. https://downloads.aap.org/AAP/PDF/crpsychosocialinterventions.pdf
91. Kazdin AE. Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Oxford University Press; 2008.
92. Baumann AA, Powell BJ, Kohl PL, et al. Cultural adaptation and implementation of evidence-based parent-training: a systematic review and critique of guiding evidence. Child Youth Serv Rev. 2015;53(53):113–120. PubMed doi: 10.1016/j.childyouth.2015.03.025
93. McCabe KM, Yeh M, Zerr AA. Personalizing behavioral parent training interventions to improve treatment engagement and outcomes for culturally diverse families. Psychol Res Behav Manag. 2020;13(13):41–53. PubMed doi: 10.2147/PRBM.S230005
94. Chu AT, Ippen CG, Lieberman AF. It's all about the relationship: the role of attachment in child-parent psychotherapy. Res Child Adolesc Psychopathol. 2021;49(5):591–593. PubMed doi: 10.1007/s10802-020-00741-5
95. Kendall PC. Cognitive Therapy with Children and Adolescents: Third Edition: A Casebook for Clinical Practice. Guilford Press; 2017. Accessed June 6, 2022. https://www.guilford.com/books/Cognitive-Therapy-with-Children-and-Adolescents/Philip-Kendall/9781462528233
96. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, et al; GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2018;141(3):e20174081. PubMed doi: 10.1542/peds.2017-4081
97. American Academy of Pediatrics Maryland Chapter. Bi Ped Project. Accessed October 23, 2022. https://www.mdaap.org/bi-ped-project/
98. ACEs Aware. Stress Busters. ACEs Aware – Take action. Save lives. Accessed June 3, 2022. https://www.acesaware.org/managestress/
99. Stein BD, Kofner A, Vogt WB, Yu H. A national examination of child psychiatric telephone consultation programs' impact on children's mental health care utilization. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2019;58(10):1016–1019. PubMed doi: 10.1016/j.jaac.2019.04.026
100. NNCPAP National Network of Child Psychiatry Access Programs. NNCPAP National Network of Child Psychiatry Access Programs. Accessed June 3, 2022. https://www.nncpap.org
101. Yonek J, Lee CM, Harrison A, Mangurian C, Tolou-Shams M. Key components of effective pediatric integrated mental health care models: a systematic review. JAMA Pediatr. 2020;174(5):487–498. PubMed doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.0023
102. American Medical Association. Behavioral health integration in physician practices. American Medical Association. Accessed July 16, 2023. https://www.ama-assn.org/delivering-care/publichealth/behavioral-health-integration-physician-practices
103. Schrager SB. Integrating behavioral health into primary care. Fam Pract Manag. 2021;28(3):3–4. PubMed
104. General Tips for Mental/Behavioral Health Integration into Telehealth. Accessed June 25, 2023. https://www.aap.org/en/practice-management/care-delivery-approaches/telehealth/promising-practices/general-tips-for-mental-behavioral-healthintegration-into-telehealth/
105. Curfman AL, Hackell JM, Herendeen NE, et al; SECTION ON TELEHEALTH CARE, COMMITTEE ON PRACTICE AND AMBULATORY MEDICINE, COMMITTEE ON PEDIATRIC WORKFORCE. Telehealth: improving access to and quality of pediatric health care. Pediatrics. 2021;148(3):e2021053129. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-053129

【英文原件请参阅 *PEDIATRICS 2026;157(5):e2026076620*】