

儿童发展前沿丛书

# 多维视野中的儿童发展

主编 张丽丽

副主编 田熊 刘程



上海交通大学出版社  
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

儿童发展前沿丛书

# 多维视野中的儿童发展

主 编 张丽丽

副主编 田 熊 刘 程

上海交通大学出版社

## 内 容 提 要

本书从多个维度,呈现了儿童健康、教育、成长环境、社会福利等方面的成就与不足,分析了儿童身心健康及其预防、康复、保健现状,家庭教育、学校教育和社会教育中存在的突出问题,社会环境对儿童成长的影响,以及当前儿童权益保护、福利政策的特点和趋势,提出了改善路径与解决对策。作为一项综合性的研究,本书坚持理论研究与实践研究并重的原则,具有较强的学术价值与应用价值。本书适合相关专业工作者阅读。

### 图书在版编目(CIP)数据

多维视野中的儿童发展 / 张丽丽主编. —上海:  
上海交通大学出版社, 2013

(儿童发展前沿丛书)  
ISBN 978 - 7 - 313 - 09376 - 9

I. ①多… II. ①张… III. ①儿童教育—研究 IV.  
①G61

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 312917 号

### 多维视野中的儿童发展

张丽丽 主编

上海交通大学出版社出版发行

(上海市番禺路 951 号 邮政编码 200030)

电话: 64071208 出版人: 韩建民

常熟市文化印刷有限公司印刷 全国新华书店经销

开本: 787 mm×960 mm 1/16 印张: 22.5 字数: 400 千字

2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 313 - 09376 - 9/G 定价: 49.00 元

---

版权所有 侵权必究

告读者: 如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系  
联系电话: 0512 - 52219025

## 《儿童发展前沿丛书》编委会

主任：张丽丽

副主任：田 熊 杨 雄

编 委（按姓氏笔画排列）：

刘 程 郑 晔 桑 标

曹 宁 董小苹 程福财

魏莉莉

# 丛书总序

## PREFACE

儿童是人类的未来。儿童的发展不仅是人类文明水平的重要标志,同时也是人类社会可持续发展的重要资源。为儿童提供必要的生存、发展、受保护和参与的机会与条件,充分满足儿童发展的需求,是人类社会共同的使命。

随着联合国《儿童权利宣言》、《儿童权利公约》日渐深入人心,在国际社会各界的共同努力下,人类在改善儿童生存环境、促进儿童健康成长等方面取得了卓越的成就。在我国,自1991年加入《儿童权利公约》以来,陆续颁布了《中华人民共和国未成年人保护法》、《中华人民共和国预防未成年人犯罪法》等法律法规,并通过中国儿童发展纲要的实施,有力地推动了儿童的发展。

作为国际性大都市,上海始终坚持“儿童优先”的发展战略。上海最早在国内制定了《上海市未成年人保护条例》,上海市人民政府先后颁布实施了《九十年代上海儿童优生、保护、发展规划》、《上海儿童发展“十五”计划与到2015年规划思路》、《上海儿童发展“十一五”规划》及《上海儿童发展“十二五”规划》,逐步形成了“政府主导、制度保障、资源统筹、合力推进、各方参与”的儿童工作格局,有效地推动了儿童在健康、教育、权益保护、福利保障等领域的发展。数据显示,上海儿童健康水平持续提高,婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率均优于世界发达国家平均水平;儿童受教育水平始终处于全国前列,2010年3~5周岁儿童入园率、义务教育阶段普及率、高中阶段入学率分别达到98%、99.9%和97%;儿童司法保护专门机构逐步健全,儿童各项权





利得到更多尊重和保护；儿童用品监管力度不断加大，儿童安全健康成长的社会环境得到进一步优化。

当然，我们也注意到，上海经济社会的快速发展在为儿童发展带来机遇的同时，也带来了诸多挑战和研究课题。为此，上海市妇女儿童工作委员会于2005年依托上海社会科学院青少年研究所的专业科研力量成立了上海市儿童发展研究中心。上海市儿童发展中心旨在以小机构、宽平台、社会化和市场化的运作模式开展儿童发展相关领域的学术研究、咨询服务和承接政府委托课题，开展国内外跨地区、跨文化的学术交流和研究，尽可能掌握第一手调查资料和儿童发展的最新数据，为政府提供决策咨询参考。自成立以来，上海市儿童发展中心定期开展课题招标、学术研讨，积累了一批在儿童发展基础理论、儿童工作实践策略、儿童发展指标国际比较等方面的研究成果，这些成果对解决儿童发展中的突出问题、指导新时期儿童工作、促进儿童研究的学科发展等具有积极的推动作用。

本丛书汇集了上述在学术和实践方面价值突出的儿童发展研究成果，旨在进一步提升社会对促进儿童发展的关注度和参与度，进一步推动上海在儿童发展领域的科学研究，为各级政府的儿童工作建言献策。

相信在各级政府与社会各界的共同努力下，中国的儿童发展一定有更美好的明天！

张丽丽

上海市妇女儿童工作委员会副主任

上海市妇女联合会主席



# 目 录

## Contents

### 第一辑 儿童健康与疾病防治 / 001

- 1 儿童注意缺陷多动障碍的思维形式障碍对策研究 / 001
- 2 指导幼儿家长预防与应对家庭意外伤害的实践研究 / 025
- 3 学校和家庭对超重肥胖儿童的联合干预效果研究 / 036
- 4 上海市残疾儿童医学康复与教育康复相结合问题及对策研究 / 040
- 5 满足婴幼儿需要的早期生命意识培养研究 / 068  
——思南路幼儿园生命教育实践
- 6 杨浦区外来常住儿童0~6岁儿童保健服务利用状况调查 / 088

### 第二辑 儿童成长与教育研究 / 098

- 1 政府在学校、家庭、社会“三位一体”教育中的作用研究 / 098  
——以上海市闸北区为例
- 2 儿童社会责任培养与策略研究 / 114
- 3 如何利用媒体开展儿童科普教育 / 138  
——美国的经验及其启示
- 4 构建“老少共融”的隔代养育模式 / 153  
——整合社区资源开展家庭隔代养育干预研究的课题报告
- 5 外来流动人口中涉罪未成年人的家庭教育问题研究 / 180





- 6 黄浦区来沪务工人员子女家庭教育的现状与对策 / 204

**第三辑 儿童安全与社会环境 / 212**

- 1 上海儿童食品安全监管的现状、问题及对策研究 / 212
- 2 保障儿童用药安全有效的制度及规范研究 / 231
- 3 上海社区儿童活动场所的现状调查与发展策略研究 / 257  
——以徐汇区为例

**第四辑 儿童保护与社会福利 / 271**

- 1 上海儿童权益保护法律的现状及经验研究 / 271
- 2 从上海未成年人犯罪状况看政府在预防和控制犯罪中的职能 / 293  
——以上海法院近10年判处的未成年人刑事案件为例证
- 3 指导中重度弱智学生预防和应对突发事件的实践研究 / 317
- 4 流浪儿童的流浪成因、身心特征及社会回归研究 / 329

后记 / 352







1

# 儿童注意缺陷多动障碍的思维形式障碍对策研究<sup>\*</sup>

## 一、前言

### (一) 思维形式障碍的定义

思维形式障碍(formal thought disorder, FTD), 是思维障碍(thought disorder)的一种障碍类型。精神病理学的研究发现<sup>[1]</sup>, 思维形式障碍的出现贯穿整个精神分裂症的发病过程, 所以思维形式障碍是精神分裂症的特征性症状之一。但并不是所有的精神分裂症成人及儿童患者都表现有思维形式障碍, 思维形式障碍也并不局限于精神分裂症, 也会出现在其他形式的精神障碍如躁狂症<sup>[2]</sup>, 甚至是非精神病性障碍中<sup>[3,4]</sup>。

Kraepelin<sup>[5]</sup>于1896年首次提出精神分裂症(当时称为早发性痴呆, dementia praecox)患者具有思维过程障碍, 并使用“思维脱轨(derailments)”一

<sup>\*</sup> 本文为2007~2008年度上海儿童发展研究立项课题。作者: 上海交通大学医学院附属精神卫生中心, 杜亚松、范娟、刘漪、钱昀、吴莪。



词加以命名,此后 E. Bleuler<sup>[6]</sup>在第一次描述精神分裂症的特征时,将思维形式障碍视为精神分裂症的核心症状之一。他描述的精神分裂症的基本症状有四项:联想松弛(loosening of associations)、内向性思维(autism)、情感障碍(apathy)和矛盾意向(ambivalence),其中:联想松弛的特征包括接近联想(associations by contiguity)、奇特联想和音联(bizarre and clang associations)、观念缩合(condensations of ideas)以及谈话内容不连贯(incoherent discourse)。E. Bleuler<sup>[6]</sup>认为,症状中出现联想松弛的精神分裂症患者言语表达方面往往不具有逻辑性,且常常出现内向性的思维联系,他由此推断,精神分裂症患者的思维并不是由逻辑原则来调控,而是一种内向性的空想原则。同时,E. Bleuler<sup>[6]</sup>还提出了假设,即精神分裂症患者的思维缺损可以通过其言谈来进行评估。

1920年 Schilder<sup>[7]</sup>首次提出将思维障碍分为思维内容障碍和思维形式障碍,但是,相对于思维内容障碍有较为一致的看法,思维形式障碍的定义一直处于争论之中。

Fish<sup>[8]</sup>在1964年提出,思维形式障碍是指抽象思维的失调,包括有主题互相渗透(interpenetration of themes)、过分包涵(overinclusion)等。与其他精神病学家将思维奔逸、思维不连贯视为思维形式障碍不同的是,Fish将这些症状归类为思流障碍(disorders in the stream of thought)。

1979年,Andreason<sup>[9]</sup>提出将精神分裂症的症状分为阳性症状和阴性症状,其中思维形式障碍属于阳性症状,她认为“事实上没有人可以确切地推断正常的言语反映了正常的思维,或者说混乱的言语反映了混乱的思维”,思维和言语是互相交叉的。按照Andreason的定义,思维形式障碍是一种言语的紊乱,包括言语贫乏、言语内容贫乏、言语云集、随景转移、离题、脱轨、不连贯、失逻辑、声音联想、语词创新、近似词、病理性赘述、言语无目的、持续言语、模仿言语、言语中断、说话做作及自我牵连等。

与Andreason同期的学者Johnston及Holzman<sup>[10]</sup>则不同意她的观点,他们认为语言是思维的“仲裁者”,思维障碍是思维组织和加工处理的缺损。根据他们的定义,思维形式障碍应当包括:不适当的距离(距离缩短或延长、过分限定、思维具体化、过分特定性和概念的混合反应)、轻率反应、含糊性、独特的言语和反应(独特的表达、做作的不适当的表达和使用特有的词)、用词困难、声音联想、持续言语、不适当的结合(复合反应、任意着色反应、不适当活动反应和内外反应)、关系赘述、特有的象征(颜色象征和概念象征)、怪异的反应(怪异的表达、怪异的意象和使用怪异的词)、概念混乱、联想松弛、不可能的或古怪的谎言性组



合、玩笑性虚构、思维破裂、不固定性、荒谬反应、虚构(局部的情况泛化为全局的情况和过分的加工)、内向性逻辑、语词拼凑、言语不连贯及语词新作等。

1980年出版的《美国精神疾病诊断与统计手册第3版》(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — III, DSM-III*)<sup>[11]</sup>中,思维形式障碍被定义为区别于思维内容障碍的非特定描述性术语,包括常见的不合逻辑思维(illogical thinking)、联想松弛(loose associations)、思维不连贯(incoherence)、言语内容贫乏(poverty of content of speech)以及不常见的语词新作(neologisms)、持续言语(perseveration)、思维阻隔(blocking)、模仿言语(echolalia clanging)。

1994年出版的《美国精神疾病诊断与统计手册第4版》(*DSM-IV*)<sup>[12]</sup>则使用思维瓦解(disorganized thinking)一词来代替思维形式障碍,同样也包括了联想松弛、思维不连贯和言语内容贫乏。

在国外亦有很多对于FTD的研究倾向于将FTD分为阳性症状如联想松弛,以及阴性症状如言语内容贫乏<sup>[1]</sup>。

纵观国内现状,目前精神病学界对思维形式障碍的定义尚无定论,在《中国精神障碍分类与诊断标准第3版》(*CCMD-3*)<sup>[13]</sup>中并没有对于思维形式障碍的相关定义。而在各类教科书中对于思维形式障碍的解释同样差别迥异。如在《精神病理学》<sup>[14]</sup>中定义思维形式障碍特征的现象包括破裂性思维、接触性离题、隐喻性思维以及任意变换概念;在《精神病学(第4版)》中<sup>[15]</sup>思维障碍包括思维联想障碍和思维内容障碍,思维形式障碍属于思维联想障碍,包括持续言语、重复言语、刻板言语和模仿言语;《精神病学》(八年制教材)<sup>[16]</sup>中则将思维障碍定义为思维形式障碍和思维内容障碍,其中思维形式障碍包括:思维奔逸、思维散漫、思维迟缓、思维贫乏、思维阻隔、赘述、病理性象征性思维、持续言语、语词新作和被洞悉感。除此以外,在刘协和等翻译的《牛津精神病学教科书》<sup>[17]</sup>中将思维障碍分为思维进程障碍和思维形式障碍,其中思维形式障碍包括持续言语、观念飞跃和联想松弛。

## (二) 思维形式障碍的评估

正如Lorenz<sup>[18]</sup>在1961年所说:“当我们在评估精神分裂症患者的语言时,常常面临着自相矛盾的困境,我们只能发现,但无法确定。”这句话从一个侧面反映了在临床上评估一名患者的思维是一件十分困难的事情,而评估言语和智力均尚未发育成熟的儿童及青少年更是难上加难。但是,通过使用一些具有信、效度的工具则可以简化这一过程。





### 1. 思维、语言以及交流量表

1979年 Andreason<sup>[9]</sup>基于自己“思维和言语互相交叉”的观点和对113例病人(精神分裂症45例、躁狂症32例和抑郁症36例)的研究,编制了思维、语言以及交流量表(thought, language and communication scale, TLCs),共有18个项目,其特点是既包含有描述性定义,又包含有对严重程度的描述;另外,对于一些容易互相混淆的项目,除有描述性定义外,还有一些用于互相区分的描述,所以TLCs有良好的内部信度。

### 2. 思维障碍指数

与 Andreason 同年,Johnston 及 Holzman<sup>[10]</sup>根据自己“思维障碍不等于就有言语障碍”的观点在1979年编制了思维障碍指数(thought disorder index, TDI)用以评估思维形式障碍。TDI有23项,分4个等级(0.25、0.50、0.75以及1.0)评分,每一条均有一描述性定义和典型实例,供评定时对照衡量。之后,Arboleda 和 Holzman<sup>[19]</sup>首先使用 TDI 通过对比合适的对照组进行了对于精神疾病患儿和高危儿童的思维障碍研究,结果显示精神疾病、精神疾病谱系、高危精神分裂症患儿以及情感障碍患儿相比较普通儿童具有更高的 TDI 水平,且 TDI 这一工具本身具有信度和效度。

### 3. 儿童思维形式障碍评估量表

自 DSM - III 问世以来,虽然对思维形式障碍进行了相对明确的定义,但由于 DSM - III 并没有给出如何在对具体的访谈(interview)过程中进行思维形式障碍的评估的详细指导,因此精神病学家仍然需要依靠自身的经验和感觉来对患者的思维障碍进行判断和识别。

对于不同年龄阶段的患儿来说,这一问题会更为明显:由于年幼的患儿经常不会注意到成人听者的需要和逻辑性言语的使用,造成了儿童精神科医师在评估患儿思维时的无所适从。而且,由于缺乏分辨思维形式障碍与不成熟言谈之间区别的临床指导,在实际评估时往往会造成思维形式障碍的误诊和漏诊。另外,由于年幼的儿童在评估时很难自发地对评估者主动讲述大段的言语,很多儿童只会使用简单的一两句话来表达自己的意思,而且,9岁以下的儿童有时甚至会拒绝回答访谈中的问题,或仅仅回答“是”或者“否”。这就造成了儿童精神科医师难以从精神检查中获取足够数量言语样本,不得不陷于“巧妇难为无米之炊”的尴尬局面。

基于上述几点的考虑,Caplan 等<sup>[20,21]</sup>通过研究 DSM - III 对于思维形式障碍进行了界定,在 Andreason 编制的思维、语言以及交流量表的基础上编制了儿童思维形式障碍评估量表(kiddie formal thought disorder rating scale, K -





FTDS),以评估儿童思维中的不合逻辑思维、联想松弛、思维不连贯以及言语内容贫乏。同时,为了避免儿童言语的不确定性,Caplan等<sup>[20]</sup>根据Gardner<sup>[22]</sup>治疗性交流(therapeutic communication)临床工具的原理,在原量表的基础上发展出了非直接访谈及技巧,即故事游戏(story game),以引导患儿有足够多的言语用于评估思维形式障碍。故事游戏包含三个部分:在第一部分,接受评估的孩子需要听一个小故事,然后会被要求复述以及回答一系列开放性的问题;在第二部分,孩子会被要求根据四个题目中的一个来讲述一个故事;在第三部分,孩子需要听第二个小故事然后进行复述并回答一些开放性问题。

Caplan等<sup>[20]</sup>使用K-FTDS对于14名精神分裂症患儿、3名分裂症样患儿以及15名正常儿童的研究发现,K-FTDS四项征象中不合逻辑的思维和联想松弛在精神分裂症患儿以及正常儿童之间是具有显著差异的,且K-FTDS这一工具具有良好的信效度。

除了精神分裂症患儿,包括Caplan等学者亦运用K-FTDS对于不同疾病种类的患儿进行思维形式障碍评估,包括癫痫<sup>[23]</sup>、注意缺陷多动障碍<sup>[3,24]</sup>以及孤独症谱系障碍<sup>[24]</sup>等。直至2007年,仍有学者运用K-FTDS进行儿童思维形式障碍相关研究<sup>[25]</sup>。恰如Werry<sup>[26]</sup>所述,K-FTDS无疑是一种卓然有效的实验室检测手段。Hollis<sup>[27]</sup>在其著作中同样提出K-FTDS完全可以作为成熟的研究工具进行广泛的应用。

#### 4. 奇特思维评估量表

1985年Marengo等<sup>[28]</sup>编制了奇特思维评估量表(bizarre-idiosyncratic thinking scale, BLT)用于评估思维障碍,BLT通过了两段言语测试以评估阳性思维障碍的总体表现、严重程度以及分类。同样,BLT包含了对于奇特思维的具体定义和举例,同时可以用于评估思维障碍症状的纵向变化以及不同症状之间的相互关系。

#### (三) 注意缺陷多动障碍儿童思维形式障碍研究现状

对于儿童的思维形式障碍评估始于Arboleda和Holzman<sup>[19]</sup>运用思维障碍指数(TDI)所进行的研究,之后Caplan等的一系列研究分别证实精神分裂症患儿联想松弛的表现与韦氏智力量表中的注意力缺陷因子密切相关<sup>[21]</sup>、联想松弛和不合逻辑的思维反映了精神分裂症儿童的不同认知缺陷、精神分裂症儿童在记忆连续性和非连续性事件方面较正常儿童表现更差等结论<sup>[29,30]</sup>。这几项研究表明不合逻辑的思维与联想障碍与精神分裂症儿童注意力缺损的不同方面有关,不合逻辑的思维反映了在认知过载的情况下思维加工处理能力的缺损,而联





想松弛则反映了注意力分散。

相对精神分裂症而言,注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorders, ADHD)是最常见的儿童时期精神行为障碍性疾病,学龄儿童患病率为3%~6%,我国报告为4.31%~5.83%。约2/3患者症状持续至青春期,1/3可能持续终生。

ADHD不仅仅在临床上表现有多动、冲动及注意缺陷,根据 Damico 等<sup>[31]</sup>以及 Tannock 和 Shachar<sup>[32]</sup>的研究,ADHD 患儿往往存在广泛的实用性缺损(pragmatic deficits),他们往往在非设置性环境中说话滔滔不绝<sup>[33,34]</sup>,而在他人需要其进行表达的情景下则缄默不语<sup>[34-36]</sup>,ADHD 儿童往往不会注意到听者对于维持对话内容不致破裂的需要<sup>[34]</sup>,而且其在维持和转换话题、挑选和使用合适的词组来表达自我方面具有困难<sup>[36,37]</sup>。

临床观察发现,ADHD 患儿所表现出的交流技巧的缺损有时会使他们的表达显得类似于思维障碍,很多患儿在“自说自话”时的表达听上去很像联想松弛、思维不合逻辑,而一旦在给予题目的情况下,ADHD 患儿又往往会表达困难,类似于言语内容贫乏。而其在表达自我、适应听者需要方面的困难又十分类似于 Caplan 等<sup>[26]</sup>对于精神分裂者患儿思维障碍的表现。

Levy 和 Hobbs<sup>[38]</sup>及 Losier 等<sup>[39]</sup>使用持续操作测试(continuous performance test, CPT)对 ADHD 儿童进行的研究提供了 ADHD 儿童在信息处理方面具有缺损的证据。与同年龄以及同等智力水平的正常儿童相比,ADHD 患儿有更多的遗漏错误,反应速度也更慢。而 Nuechterlein<sup>[40]</sup>与 Rutschmann 等<sup>[41]</sup>同样使用 CPT 对于精神分裂症患儿进行的研究显示精神分裂症患儿具有较少的打击率、更多的错误提示以及更慢的反应速度,这与 ADHD 儿童十分相似。另外,Asarnow 和 colleagues<sup>[42]</sup>的研究提示精神分裂症患儿相比同等心理年龄的正常儿童在信息处理方面同样具有缺损。

上述对于精神分裂症和 ADHD 患儿的研究提示思维形式障碍可能反映了注意力缺损的不同方面,ADHD 患儿与精神分裂症患儿在交流方面体现出的问题可能反映了注意缺损而不是认知缺损。

为此 Caplan 等<sup>[3]</sup>在 2001 年专门对 ADHD 患儿进行了思维形式障碍研究,通过 K-FTDS 比较 115 例 ADHD 儿童、88 例精神分裂症患者以及 190 名正常儿童的思维形式障碍表现,结果显示:ADHD 患儿仅表现有联想松弛,且与精神分裂症患者相比在总智商 100 和 115 水平上具有显著性差异,在总智商 85 水平上具有差异;而和正常儿童相比在总智商 85 和 100 水平上具有显著性差异,在总智商 115 水平上具有差异;研究结果同样显示 ADHD 患儿、精神分裂症患者





和正常儿童的思维形式障碍与年龄显著相关, ADHD 儿童的智商水平(包括总智商、言语智商和注意力因子)也与思维形式障碍性显著相关。

Caplan 等<sup>[3]</sup>的这一研究提示了以下几点: 其一, ADHD 患儿的交流障碍可以通过思维形式障碍加以描述和解释; 其二, 思维形式障碍不仅仅局限于精神科疾病, 在儿科的神经疾病中也会出现; 其三, ADHD 在话题转换方面的“冷不丁”往往令评估者“防不胜防”, 这与精神分裂症患儿的表现类似; 其四, ADHD 和精神分裂症这些病症会影响儿童在语言使用和思维形成方面的能力, 正如思维形式障碍在 7 岁之前的正常儿童中也会出现。

之后也有学者对 ADHD 患儿的思维形式障碍加以了研究, 诸如 Van der Gaag 等<sup>[21]</sup>使用 K-FTDS 对于 14 例孤独症患儿、13 例 ADHD 患儿、20 例多发复杂性发育障碍(multiple complex developmental disorders, MCDD)、10 例焦虑障碍以及 15 名正常对照儿童的研究亦证明 ADHD 儿童具有较低的思维形式障碍得分。

相对国外对于儿童思维形式障碍研究的成熟发展, 国内目前该研究领域尚未起步, 广大的家长、老师以及儿科医师可能会经常发现 ADHD 患儿在交流方面具有十分突出的问题, 但是, 由于相关评估的缺乏而难以将 ADHD 患儿的表现进行定义, 相关的干预就更加无从谈起。

鉴于目前我们已对 Caplan 教授制订的儿童思维形式障碍评估量表进行了翻译和修订, 并已在精神分裂症患儿以及非精神病性患儿中加以了应用, 证实 K-FTDS 具有良好的评估者间一致性, 在鉴别精神分裂症患儿与非精神病性儿童时具有较高的特异性和敏感性。

故本研究借助 K-FTDS 这一评估工具, 对 ADHD 患儿与正常儿童的思维形式障碍表现进行比较研究, 并依据 ADHD 患儿思维形式障碍表现提出相应的对策。

## 二、对象和方法

### (一) 研究对象

所有研究对象均来自 2008 年 1~10 月上海市心理咨询中心小儿科的门诊和病房, 根据 DSM-IV 的诊断标准进行相关的障碍的诊断并确定分组。

#### 1. ADHD 组

(1) 由两位或两位以上副主任级别以上医生根据 DSM-IV 诊断标准诊断为注意缺陷多动障碍并进行分型, 包括注意障碍为主型(predominantly inattentive type): 在注意障碍 9 个项目中至少符合 6 项; 多动/冲动为主型





(predominantly hyperactive, impulsive type): 在多动/冲动 9 个项目中至少符合 6 项;混合型(combined type): 同时满足上述 2 个亚型的诊断条件。

(2) 年龄 6~16 岁,性别不限;

(3) 根据龚耀先等修订的中国修订韦氏儿童智力量表<sup>[43]</sup>测量总智商在 70 以上;

(4) 排除听力障碍、言语及语言障碍;

(5) 家属知情同意并签署知情同意书。

### 2. 正常组

(1) 由两位或两位以上副主任级别以上医师进行诊断,排除精神活性物质、非成瘾物质或器质性疾病所致精神障碍、精神分裂症、心境障碍、癔症及注意缺陷多动障碍诊断;

(2) 年龄 6~16 岁,性别不限;

(3) 根据龚耀先等的中国修订韦氏儿童智力量表<sup>[43]</sup>测量总智商在 70 以上;

(4) 排除听力障碍、言语及语言障碍;

(5) 家属知情同意并签署知情同意书。

## (二) 研究方法

### 1. 研究工具

(1) 中国修订韦氏儿童智力量表(C-WISC)。适用于 6~16 岁的儿童,结果为知识、分类、算术、词汇、领悟、填图、图片排列、木块图形、图形拼凑和编码 10 个分测验得分,及言语智商、操作智商和总智商。

C-WISC 由龚耀先等<sup>[43]</sup>根据国内样本修订,在国内已使用多年,为常用且完善的智力评估工具,本研究主要使用韦氏智力量表的全版本进行智商水平的筛查。

(2) 儿童思维形式障碍评估量表(中文修订版)。儿童思维形式障碍评估量表是由 Caplan 等<sup>[20]</sup>于 1989 年在思维、语言以及交流量表的基础上编制,用以评估儿童思维中的不合逻辑思维、联想松弛、思维不连贯以及言语内容贫乏,中文修订版的要点如下:

① 话段(utterance)。utterance 是进行儿童思维形式障碍评估量表评估的基础,中文版参照沈家焯译、戴维·克里斯特尔原著的《现代语言学词典》<sup>[44]</sup>将 utterance 翻译为话段。在原版本的 K-FTDS 中话段分为完整话段(complete utterance)以及非完整话段(incomplete utterance),K-FTDS 中每一个编码的思维形式障碍征象均基于完整的话段。

完整话段在原版本中被定义为一组词,通常由停顿所分开,至少具有一个主







语和一个限定动词或动词短语,从句也可以是一个完整的话段。由于汉语语法中没有限定动词以及动词短语的规定,如果依照原本定义话段,则会造成汉语口语中许多非动词作为谓语的语句无法编码,所以中文版参考了《实用现代汉语语法》<sup>[45]</sup>、《现代语言学词典》<sup>[44]</sup>以及《现代汉语语法研究教程》<sup>[46]</sup>等较权威的汉语语法著作,根据汉语口语省略性强的特点,将完整的话段定义为:由讲述者自然停顿而分开的一组词组,至少具有一个谓语和一个经上文提示明确存在的主语。

非完整话段在原版本中的定义为不满足完整话段定义的其余话段,包括有错误的开始(false start)、无意义的填充词(filler)等,中文版中对于非完整话段的定义未作修改。

另外由于被评估儿童使用语法的不成熟而造成的一些语法错误以及口误,不被纳入进行编码的话段中。

② 不合逻辑的思维(illogical thinking, ILL)。评估 ILL 时评估者必须确定被评估儿童所述的话段是否具有逻辑性,共有三种情况(见表 1):在第一种情况中,需评估儿童使用因果连词诸如“因为”、“所以”等的能力;第二种情况中,儿童表达给评估者的理由或解释是不恰当的或是不存在的;第三种情况中,儿童在一或两个话段中表达了意义完全相反的内容。

③ 联想松弛(loose associations, LA)。如果被评估儿童在毫无征兆的情况下转变所讲述话题至无关内容则被评估为 LA(见表 1)。在开放性提问部分可以根据评估手册的规定来判别儿童是否离题,而在儿童自己讲故事的部分则通过儿童所讲故事的内容与其所选题目的关联来判断是否 LA。例如,如果孩子选了一个巫婆的题目却开始讲外星人,这即被评为 LA。

④ 思维不连贯(incoherence, INC)。如果被评估儿童所表达的话段杂乱无章不加以解释听者无法理解,则被评估为 INC(见表 1)。

表 1 儿童思维形式障碍评估量表概要

FTD 征象	定 义	举 例
ILL	因果关系话段的不恰当使用。 在非因果性话段中的不恰当理由或无理由。 话段中的内容自相矛盾。	“我把我的房子放在房间里因为它的名字叫玛丽。” 访谈者:“你认为这是一个真实的故事吗?” 受访者:“好吧,如果你让它打扰了人们它就会发生。” “我不喜欢那个故事,但因为它是一个故事我还是很喜欢的。”

