



卫生部“十一五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材
供精神医学及其他相关专业用

儿童少年精神病学

主 编 郭兰婷
副主编 邸晓兰 陈 炜



人民卫生出版社

卫生部“十一五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

——全国高等学校教材——

供精神医学及其他相关专业用

儿童少年精神病学

主 编 郭兰婷

副主编 邸晓兰 陈 炜

编 者 (按姓氏笔画排序)

白克镇 (泸州医学院)

陈 敏 (济宁医学院)

刘 靖 (北京大学精神卫生研究所)

陈一心 (南京医科大学附属脑科医院)

苏林雁 (中南大学湘雅医学院)

郑 毅 (首都医科大学附属北京安定医院)

杜亚松 (上海交通大学医学院)

胡 华 (重庆医科大学临床学院)

杨 闯 (温州医学院)

郭兰婷 (四川大学华西临床医学院)

邸晓兰 (华北煤炭医学院)

黄 颐 (四川大学华西临床医学院)

陈 炜 (浙江大学医学院)

韩惠民 (齐齐哈尔医学院)

秘 书 杨 闯 (温州医学院)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

儿童少年精神病学/郭兰婷主编. —北京:人民卫生出版社, 2009. 6

ISBN 978-7-117-11876-7

I. 儿… II. 郭… III. 小儿疾病: 精神病-高等学校-教材 IV. R749. 94

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 069237 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

儿童少年精神病学

主 编: 郭兰婷

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市顺义兴华印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 17.5

字 数: 415 千字

版 次: 2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-11876-7/R · 11877

定 价: 30.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

全国高等学校精神医学专业教材

出版说明

随着我国经济社会的飞速发展,国家对精神卫生工作提出了越来越高的要求,精神医学人力资源匮乏已经成为精神卫生事业发展的瓶颈,具体表现在:①精神科医师的数量严重不足;②精神科医师总体质量不高。办好本科精神医学专业是解决上述问题的基本途径。

我国自 1978 年起开设专科层次的精神医学专业,20 世纪 80 年代末开始招收该专业本科层次的学生,迄今已有 30 余年的办学历史,据不完全统计,目前全国有近 20 所高等医学院校开办本科层次的精神医学专业或专业方向,但是至今尚无全国统编的专业教材,这在一定程度上影响了该专业的办学质量。为解决这一问题,2007 年卫生部教材办在充分调查论证的基础上,将该专业教材列入出版计划,并迅速组织实施。

该套教材共计 11 本,作者均为各学科来自教学一线的优秀教师和精神医学专家。在编写过程中,作者以现代医学模式的思想为指导,始终坚持“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)和五性(思想性、科学性、先进性、启发性、适用性)的原则,并力求内容和形式的完美统一。

本套教材供 5 年制本科精神医学专业及其他相关专业使用,也可作为广大住院医师在职提高的参考用书。

全国高等学校精神医学专业教材目录

1. 精神病学基础	主编 江开达	副主编 郑 毅 李恒芬
2. 临床精神病学	主编 张聪沛	副主编 李占江 翟金国 张晋碚
3. 精神药理学	主编 刘吉成	副主编 王克勤 王传跃 吕路线
4. 心理学导论	主编 崔光成	副主编 许华山 周郁秋
5. 儿童少年精神病学	主编 郭兰婷	副主编 邸晓兰 陈 炜
6. 老年精神病学	主编 刘铁桥	副主编 张 本 蒙华庆
7. 司法精神病学	主编 李建明	副主编 李功迎 谢 斌
8. 社区精神病学	主编 曹连元	副主编 杨甫德 苏中华
9. 行为医学	主编 李凌江	副主编 孙 红 肖泽萍
10. 临床心理学	主编 王 伟	副主编 李荐中 朱金富 杨小丽
11. 精神医学专业实践指导	主编 杨洪峰	副主编 杨世昌 王竹林

全国精神医学专业教材评审委员会

主任委员	刘吉成（齐齐哈尔医学院）
副主任委员	李凌江（中南大学湘雅医学院）
委员	崔光成（齐齐哈尔医学院）
	江开达（上海交通大学医学院）
	王克勤（济宁医学院）
	吕路线（新乡医学院）
	李建明（华北煤炭医学院）
	王 伟（浙江大学医学院）
	马 辛（首都医科大学）
	于 欣（北京大学医学院）
	许华山（蚌埠医学院）
	周郁秋（哈尔滨医科大学大庆校区）

前 言

随着国家和民众对精神疾病的防治和康复、心理卫生,尤其是儿童少年心理健康的日益重视,急需培养大批从事儿童少年精神病学及心理卫生的专业人才。目前,国内高等医学院校的临床医学专业都已开设精神病学课程,有的学校还设有精神医学专业。但是,国内至今还没有儿童少年精神病学的统编教材。本书即为满足这一需求而编写。

本书共 18 章,以世界卫生组织出版的精神障碍分类和诊断标准第 10 版(ICD-10)为框架结构,并作为儿童精神障碍的分类、命名及诊断的参考依据。为了使學生掌握儿童少年精神病学的基本理论、基本知识、基本技能,本书在结构和语言方面都力求突出重点、简洁明了。同时,我们也通过“插入框”等形式启发学生积极思考,了解国内外儿童少年精神病学的最新进展。本书的另一特点是,在每一种精神障碍的临床表现之后都有典型病例,帮助学生能更好地理解 and 掌握相关知识。

该书编者为国内儿童少年精神病学领域的专家、教授。他们既具备精神病学及儿童少年精神病学的丰富学识,又在从事临床、教学和科研工作中积累了丰富的经验,借助此书,将他们的学识和经验奉献给广大读者。

本书适合于精神医学专业高等院校学生,也可作为临床医学专业及其他相关专业学生和教师的参考书籍。对于从事普通精神病学及儿童少年精神病学的临床医师、心理治疗师和护士,阅读此书也能够从中受益。

虽然编者们认真努力工作,以防疏漏,但也难免有不妥之处,恳请读者不吝指正。

郭兰婷

2009 年 4 月于成都

目 录

第一章 绪论	1
第一节 概述	1
第二节 儿童少年心理发展及影响因素	2
第三节 儿童少年精神障碍的病因学	9
第二章 儿童少年精神障碍检查和诊断	14
第一节 病史采集	14
第二节 精神障碍症状学	17
第三节 精神症状检查	22
第四节 精神症状评估量表	25
第五节 心理学和神经心理学测验	28
第六节 精神障碍分类与诊断	33
第三章 心理发育障碍	37
第一节 精神发育迟滞	37
第二节 言语与语言发育障碍	43
第三节 特定性学校技能发育障碍	46
第四节 特定性运动技能发育障碍	50
第五节 广泛性发育障碍	52
第四章 行为障碍	62
第一节 注意缺陷多动障碍	62
第二节 品行障碍	68
第三节 抽动障碍	71
第四节 刻板性运动障碍	76
第五节 拔毛癖	78
第六节 口吃	81
第五章 焦虑障碍	84
第一节 分离性焦虑障碍	84
第二节 恐惧性焦虑障碍	87

第三节 社交焦虑障碍	89
第四节 强迫障碍	93
第五节 惊恐障碍	98
第六节 广泛性焦虑障碍	101
第六章 社会功能障碍	108
第一节 选择性缄默症	108
第二节 儿童反应性依恋障碍	111
第七章 应激相关障碍及躯体形式障碍	114
第一节 急性应激障碍	114
第二节 创伤后应激障碍	117
第三节 适应障碍	122
第四节 分离(转换)性障碍	124
第五节 躯体形式障碍	129
第八章 精神分裂症	133
第九章 心境障碍	143
第十章 进食障碍	151
第一节 婴幼儿喂食障碍	151
第二节 神经性厌食与贪食	152
第三节 异食癖	158
第十一章 排泄障碍	161
第一节 非器质性遗尿	161
第二节 非器质性遗粪	163
第十二章 睡眠障碍	167
第一节 非器质性失眠症	167
第二节 非器质性嗜睡症	168
第三节 非器质性睡眠-觉醒节律障碍	169
第四节 睡行症	170
第五节 睡惊症(夜惊)	172
第六节 梦魇	173
第十三章 器质性精神障碍	176
第一节 概述	176
第二节 脑器质性精神障碍	177

第三节 躯体疾病所致精神障碍·····	181
第十四章 儿童少年期其他精神医学相关问题·····	183
第一节 自杀及危机干预·····	183
第二节 精神活性物质所致精神障碍·····	187
第三节 性心理障碍·····	197
第四节 儿童虐待·····	201
第五节 慢性躯体疾病所致心理问题·····	202
第十五章 儿童少年期精神障碍药物治疗·····	204
第一节 概述·····	204
第二节 抗精神病药物·····	205
第三节 抗抑郁药物·····	207
第四节 心境稳定剂·····	209
第五节 抗焦虑药物·····	211
第六节 治疗注意缺陷多动障碍药物·····	212
第十六章 儿童少年期精神障碍心理治疗·····	216
第一节 概述·····	216
第二节 支持性心理治疗·····	221
第三节 行为治疗·····	223
第四节 认知行为治疗·····	227
第五节 家庭治疗·····	230
第六节 游戏治疗·····	235
第七节 团体治疗·····	239
第十七章 儿童少年精神障碍的预防与康复·····	243
第一节 儿童少年精神障碍的预防·····	243
第二节 儿童少年精神障碍的康复·····	247
第十八章 儿童少年精神障碍相关法律及伦理学问题·····	253
第一节 儿童少年精神障碍相关的法律问题·····	253
第二节 儿童少年精神障碍相关的伦理学问题·····	256
参考文献·····	258
中英文名词对照索引·····	259

第一章 绪 论

第一节 概 述

儿童少年精神病学(child and adolescent psychiatry)是研究发生于儿童、少年时期的心理发育障碍、行为障碍、情绪障碍等精神障碍的病因、发病机制、临床表现、治疗和预防的一门临床学科,涉及精神病学和精神(心理)卫生学(mental health)两个范畴。精神病学主要研究各种精神障碍的临床表现、诊断和治疗;精神卫生学则着重于研究生活事件、环境、亲子关系、伙伴关系及自身行为如何影响儿童少年的心理发展,如何增进或损害心理健康,着重于群体预防。儿童精神病学是19世纪后叶在关注儿童教育、智力测验和帮助精神发育迟滞儿童的基础上发展起来的。1867年Maudsley在《Physiology and Pathology of Mind》中首次描述生命早期的精神异常;20世纪20~30年代的精神卫生运动开始注重对儿童精神障碍病因学的研究,提出早期发现、早期治疗和早期预防,儿童指导诊所应运而生。Kanner L建立了第一个儿童精神病诊所,之后出版了第一部儿童精神病学教科书,可以看做是儿童精神病学作为精神病学独立分支的正式确立。20世纪50年代,美国将儿童精神病学正式纳入医学生培训课程,儿童精神病学的研究进入大学的医学院,流行病学调查、生化研究特别是遗传学研究开始在病因学研究中占主导地位,精神药理学的发展使药物治疗成为常用的治疗手段。近30年来分子生物学和神经影像学的开展使儿童少年精神病进入快速发展阶段。

我国儿童精神病学从20世纪70年代后期随着改革开放而开始发展,1987年成立中国心理卫生协会儿童心理卫生专业委员会,1988年中华医学会精神科分会儿童精神病学组成立,相继出版了《现代儿童精神医学》和《儿童少年精神医学》等专著。通过培养硕士、博士研究生,举办短训班、进修等形式,儿童少年精神病学队伍不断扩大,不仅有精神科的医师及心理卫生工作者,还包括发育行为儿科和儿童保健医师,幼儿园及学校的心理卫生工作者,公共卫生、康复医学、教育学和心理学的专业人员等。最初儿童精神科及心理卫生专科门诊仅在北京、上海、南京、成都、长沙开设,目前各省会城市以及许多中等城市均开设了专科门诊。北京、成都等精神科医疗机构还开设儿童青少年病房。通过各学科的协作,我国儿童少年精神病学及心理卫生事业已经初具规模。

儿童少年精神病学的发展历史仅一百余年,由于社会需求的增加而发展迅速。学习儿童少年精神病学要具备以下各个学科和专业的知识。首先,要掌握普通精神病学知识,因为儿童早期心理发展及精神障碍与成人精神障碍之间有着一脉相承的关系。其次,要了解儿科和儿童保健的相关知识,因为儿童是一个发育的个体,生理发育和精神活动密不可分。第三,要具备心理学,尤其是儿童发展心理学知识,只有了解儿童心理发展的普遍模式,才能区分正常和异常精神活动。第四,要了解儿童神经科学,因为精神活动是脑的

活动,人类的认知、情绪、行为都离不开神经系统的活动。第五,要了解教育学,儿童通过接受教育,从自然人成为社会人。最后,还要了解社会科学,人是社会的细胞,社会的变迁、动荡、发展无一不对处于发展中的儿童产生重大影响。

20 世纪 80 年代,英国、荷兰、美国、加拿大、澳大利亚、新西兰等国家开展了许多大规模的儿童少年精神障碍流行病学调查。由于研究人群、地域、评估者、使用的诊断标准不同的原因,调查结果显示儿童少年精神障碍患病率为 1%~50% 不等,比较公认的儿童少年精神障碍患病率是 15.8%。随年龄增长,患病率增高,在学龄前期为 10.2%,学龄期为 13.2%,少年期为 16.5%。学龄期行为障碍的患者较多,男性患病率高于女性;少年期由于女性情绪障碍(特别是抑郁障碍)患病率增加,而出现女性患病率高于男性的现象。不同种族、经济条件,患病率也有差异。一般认为父母处于低社会经济阶层的儿童患病率高。我国在 20 世纪 50~90 年代开展的 7 项大规模流行病学调查发现,儿童少年精神障碍患病率为 7.03%~14.89%,以我国现有 3 亿 8 千万儿童和青少年推算,约有 5000 多万儿童需要精神卫生服务。

大量追踪研究提示儿童少年精神障碍的预后不容乐观,儿童期精神障碍患者约 1/2 在成人期患类似精神障碍。与注意缺陷多动障碍(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)相关的行为问题将持续到青少年和成年期,表现为品行障碍(conduct disorder, CD)、青少年违法行为、成年犯罪、物质滥用、反社会人格、婚姻问题、人际关系问题、失业和躯体健康问题等。一些数据表明,青少年犯罪已成为国际性的严重社会问题,与环境污染、吸毒贩毒并称为当今世界三大公害。重性抑郁障碍常常起病于青少年期,与成人心理障碍密切相关,并且是自杀的高危因素,当今自杀在全世界被列为导致青少年死亡的第三大因素。据北京心理危机研究与干预中心的调查分析,自杀已成为 15~34 岁人群的首位死因。凡此种种,提示预防和早期干预儿童少年精神障碍的重要性。

据世界卫生组织(WHO)统计,世界上大约 70% 以上的人群没有达到每 10 万人口配备一名精神科医师的水平,儿童作为弱势群体,需要更多的关爱。WHO 提出要制定相关政策以促进儿童的精神健康,保证儿童能够得到正确的、质高、价廉的服务。我国国务院发布的中国儿童发展纲要(2001~2010)要求加强儿童卫生保健教育,提供各种形式的儿童心理健康咨询及不良心理行为矫正服务,重视儿童心理卫生知识的普及,在学校开展心理健康课程,逐步在大中城市和其他有条件的地方建立儿童心理健康咨询和矫正服务机构。中国正处于史无前例的社会变革和社会转型期,贫富差距的扩大、竞争的增加、新旧观念的冲突、工作节奏的加快、生活方式的改变、生活压力的增大……这一切,都对儿童的心理健康产生着巨大影响。随着我国“一对夫妇只生一个孩子”国策的实施,独生子女的比例在增加,这些孩子的心理健康,直接关系到我国的发展、强盛。因此,为儿童少年营造和谐的成长平台,对于我们儿童少年精神卫生工作者任重道远。

第二节 儿童少年心理发展及影响因素

儿童心理发展是一个不仅有量变而且有质变的过程,经历着由简单到复杂、由低级到高级、由不完善到完善的过程。生理的发展是心理发展的基础,环境是发展的条件。儿童正处于发育期,不同的年龄阶段有不同的发育水平,有不同的行为表现。因此对于儿童的

发育正常与否的判断,必须考虑年龄因素,例如一个2岁的孩子随地小便是正常现象,而一个6岁的孩子出现这种行为就可能是异常。观察各年龄阶段的心理发展,要有不同的侧重点,早期是以感知觉、运动、言语发育为主,后期则以情感、意志行为为主。评价心理发育,还要注意社会文化、教养因素的影响。

一、各年龄阶段心理发展

儿童少年心理发展是呈阶段性的,一般根据生理和心理发展分为几个年龄阶段:婴儿期、幼儿期、学龄前期、学龄期和青春期。

(一) 婴儿期心理发展(0~1岁)

这一阶段,从胎儿生活转为社会生活,变化巨大,作为人类特点的直立行走、双手动作、言语交往能力在这一年开始出现。

1. 运动 按照从整体到分化,从不准确到准确;从上至下的发展顺序是:2个月能抬头,4个月能俯撑,5个月翻身,7个月独坐,8个月会爬,12个月能站立;从中心到外周,从大肌肉到小肌肉:头部→躯干→双臂→腿→手部小肌肉→视觉动作的规律发展。

2. 言语

(1)语言的理解:出生10天的新生儿就能区别语音与其他声音;8~9个月的婴儿能懂成人的一些话,对唤他的名字有反应。

(2)语言的产生:出生至3个月:发基本韵母a、ai、ei、e、i;4~8个月:重复发出ba-ba、ma-ma等,但无实际意义;9~12个月:能用声音表达一定的意愿。

3. 感知觉

(1)听觉:2~3个月能倾听,3~4个月能转头寻找声源。

(2)视觉:2个月能注视,3个月能追随物体移动,5个月对颜色出现分化反应,红色可引起兴奋。6个月左右的婴儿已有深度知觉。

4. 记忆 5~6个月可以认识母亲,将生人与熟悉的人分开。

5. 情感 2~3个月会微笑;4个月可以逗笑,具有初步的社会交流;6~7个月对母亲产生依恋及对陌生人怯生;12个月对父母温和的态度、关注和爱抚表现出安静、良好的情绪,当要求遭到拒绝、行为受到限制时则表现出愤怒情绪。

6. 行为 6~7个月会和大人玩藏猫猫游戏,9~10个月时会听从大人的指令做动作,10个月可以自己用手拿东西吃,1岁时独立行为的倾向开始萌芽。

(二) 幼儿期心理发展(1~3岁)

这一阶段,儿童学会了随意地独立行走,语言迅速发育,有了最初的游戏活动,各种心理活动带有明显的直觉行动性。

1. 运动 1岁半已能走得很好;2岁会跑,能独自上下楼梯;3岁会跳,可骑三轮车,手的动作得到发展,会折纸。

2. 语言

(1)语言的理解:2~3岁时能听故事并记住内容;能执行大人的指令。

(2)语言产生:1~1.5岁开始用单词表达意思;1.5~2岁能用不完整的几个词表达;2~3岁语言有了主谓结构;3岁可背诵短的歌谣,讲出图片上的物品,复合句明显增加,会用连动词、动宾结构和虚词。



3. 感知觉 可辨别基本颜色(红、黄、蓝、绿)、大小、远近、上下;懂得从前、昨天。

4. 注意 1岁左右出现了随意注意的萌芽,逐渐能按成人提出的要求指向有关的对象。

5. 记忆 带有无意性,可自然而然记住一些音调悦耳、内容有趣的歌谣、童话。

6. 思维 2岁开始有了思维,遇到困难能利用原有的经验解决,这时的思维必须依据具体物体。

7. 情感 已具备各种基本情感,但不善于控制自己的情感,具有不稳定性;对陌生事物产生恐惧(怕孤独、黑暗、影子等)。

8. 意志行为 独立性进一步增加,3岁末能自己吃饭、穿简单的衣服,控制大小便。开始了具极简单目的性的行为,产生最简单的主题和主角游戏。2岁以后喜欢和小伙伴共同游戏,3岁左右开始参加集体游戏,内容也向创造性游戏发展。有了初步的道德判断,如好和不好。随着独立性的发展,逐渐有了自己的意愿和要求。

(三) 学龄前期心理发展(4~6岁)

这一阶段,儿童具有独立行动倾向,对父母的依赖下降,各种心理活动带明显具体形象性和不随意性,开始形成最初的个性。

1. 运动 4岁可以独脚站立,5岁可独脚跳跃。

2. 语言

(1)语言理解:4~5岁能和成人交谈,6岁能理解被动句。

(2)语言产生:这一时期是一生中词汇量增长最快的时期,能发出汉语中所有语音。3~4岁会使用连词,4~5岁会使用代词,5~6岁初步运用各种语法,连贯地说出自己的意见,能反映逻辑关系。

3. 感知觉 4岁开始能细微区别各种色调。空间知觉方面,4岁能分辨前后,5岁能分辨左右;能很好运用早、晚、昨、今、明等时间概念。能辨别圆、方、三角、五角等形状,辨别图形常与实物相联系。

4. 注意 不随意注意高度发展,鲜明、新颖、具体、变化的事物更能吸引幼儿的注意。随意注意在初步形成中,2~3岁能集中注意力10~12分钟,5~6岁能聚精会神15分钟左右,可安静地参加集体学习。

5. 记忆 记忆带有明显的具体形象性、无意性,多采用机械识记。

6. 思维 仍以具体形象性思维为主,有了初步的概括能力;有了数字的概念:3~4岁可以掌握到5,4~5岁到10,5~6岁到20。

7. 情感 情绪体验已相当丰富,但情感还不稳定,易受影响、易变化、易外露。具有初步的道德感,如痛恨坏人、坏事。

8. 意志行为 自制能力在发展,逐渐学会克制自己的欲望。自我意识有所发展,对自我形成某种看法,例如我很聪明、我漂亮等。个性初步形成。喜欢与小朋友一起玩,游戏内容更具社会性;对游戏有了设计、计划和安排。在游戏中想象力得到发展,5~6岁后逐渐代之以规则性游戏,学会与小朋友谦让、友好、合作,在集体游戏里发挥自己的作用。具有初步的克服困难、想办法的能力。

(四) 学龄期心理发展(6、7岁~11、12岁)

这一阶段,儿童开始入学从事正规学习,逐步掌握书面语言和向抽象思维过渡,能有

意识地参加集体活动。

1. 语言 对语言的理解能力进一步增强,内部语言有了明显的发展。

2. 注意 入学之初不随意注意仍占优势,具体、直观的事物在引起儿童注意上起重大作用,在教学的影响下,随意注意在逐步发展;7~10岁可集中注意力约20分钟,10~12岁可达25分钟。

3. 记忆 从机械识记向理解记忆发展,从无意识记忆向有意识记忆发展,从具体形象识记向抽象识记发展。

4. 思维 开始以抽象逻辑思维为主要形式,但在很大程度上仍是直接与感性经验相联系,具有很大成分的具体形象性。在概括能力方面,7~8岁注意事物的外观和实际意义,9~10岁抽象的、本质的特征或属性成分逐渐增加,11~12岁能对事物的本质特征或属性以及事物的内部联系进行抽象概括。

5. 情感 情感的内容不断丰富,日益具有社会性;情感的深刻性不断增加,评价人物时能运用一定的道德标准;道德感、理智感、美感进一步发展,成为个性的情感特征,但控制自己情感的能力还不足。

6. 意志行为 逐步学会遵守学校纪律和社会规则;逐渐能自觉地为达到预定目的而坚持活动,自制力也在发展,但还远未发育成熟;自我意识及个性特点也更清晰。

(五) 青春期心理发展(12、13~17、18岁)

这一阶段生理上迅速生长,性成熟开始;经历着半幼稚、半成熟,独立性和依赖性,自觉性和幼稚性错综矛盾的时期。学习自觉性增高,有了更大的独立性、主动性和积极性。

1. 思维 抽象逻辑思维日益占主要地位,阅读文艺作品时,学会评价作品中的人物的动机和内心活动。

2. 情感 易波动、激动、焦虑、敏感,正义感、道德观念成熟,有理想,但还带很大幻想性。

3. 意志行为 能有目的地为理想而行动,但还不够成熟,带冲动性,自我克制能力欠成熟。自我意识迅速发展,表现出成人感。进入青春期的第二反抗期,他们对父母、老师的言语、观念、行为持批判态度,喜欢评说政治、人生,世界观开始萌芽。

二、心理发展的影响因素

影响儿童少年心理发展的因素包括个体因素和环境因素。

(一) 个体因素

1. 气质(temperament) 儿童从出生后就表现出不同的气质特征。气质指人类个体稳定一致的行为倾向性,即人类个体在不同情境下特征性的情绪和行为反应方式。气质特征是由遗传决定的,以神经活动类型为基础,不同的气质特征在生命早期奠定了其个性基础。

Thomas 和 Chess(1977)对大量正常儿童自出生时开始进行长期追踪观察,把儿童气质归纳为活动水平、节律性、趋避性、适应性、反应强度、情绪性质、坚持度、注意分散度和感觉阈值9个维度。根据9个气质维度得分的不同组合而划分出5种气质类型:难于抚养型、发动缓慢型、中间偏难养型、中间偏易养型和容易抚养型。以后又有行为抑制-非抑制性类型等气质分类方法。一项对中国儿童的大样本调查发现,容易抚养型占总体儿童

中 37.7%，中间偏易养型占 31.4%，中间偏难养型占 14.9%，发动缓慢型占 6.8%，难于抚养型占 9.2%。

气质受性别影响，男孩比女孩活动水平高、探究、适应性强、反应强度高、注意分散度高；随年龄增长，活动水平下降，反应强度减低，注意分散度降低，坚持度增高。气质会影响父母教养方式。在各气质特征中有一些与认知的相关性较强，如情绪性质、坚持度（目标定向）、反应强度和趋避性（社会性）均与认知测验成绩明显相关。不良气质儿童更易发展各种行为、情绪问题，例如负性情绪、高反应强度、低坚持度、高注意分散度和活动水平与 ADHD 有关；男孩早期难于抚养的气质与后期的攻击性行为、反社会性行为以及违抗行为相关；害羞及负性情绪与焦虑及恐惧有关，社会退缩与抑郁有关。

2. 心理弹性(resilience) 人类应付环境中的危险因素有明显的个体差异，有的会发生各种心身问题，有的很快康复，有的经过挫折变得更坚强，其中起主要作用的是心理弹性。心理弹性也译作康复力、韧性，指个体在面对危险因素时能成功应对并将由应激带来的负性影响减小到最低程度，从而恢复至个体原来正常状态的能力。心理弹性包含三方面的意思：一是高危环境下的儿童，战胜逆境后获得良好的发展；二是儿童即使仍处在不利的环境条件下，能力并不因此受到损害；三是从儿童期大灾难（如战争等）中成功恢复过来。

心理弹性既存在个体先天遗传上的差异，也受到后天环境和教育的影响。心理弹性包括个体的计划能力、自我效能和成就期望、自尊及有否明确的目标取向；对经历的认知-情感加工，既往积极和成功应对困境的个人经历也有助于心理弹性的形成。教养方式、支持性的社会关系也起很大作用。

（二）环境因素

环境因素的影响是随着年龄而改变的，在婴儿和童年早期，家庭环境是重要的影响因素，亲子关系是儿童社会化的主要源泉；学龄前期和学龄期，幼儿园、学校环境逐渐成为主要的影响因素，教师、伙伴对儿童的影响增大；青少年期，来自社会大环境的影响成为主导。

1. 家庭因素 家庭是儿童出生后首先接触到的环境，是对儿童影响最早、影响时间最长的环境。儿童发展最快、最具可塑性的时候，主要是在家庭中度过。因此，家庭环境对于儿童的发展具有特别重要的意义。家庭因素可以分为直接因素（亲子之间形成的依恋与父母的教养方式）和间接因素（家庭结构、家庭环境质量、父母的受教育程度等）。

（1）依恋(attachment)：是一个个体与另一个个体形成强烈情感联系的一种倾向，儿童依恋于为之提供安全与照顾以满足其各种需要的特定养育者（母亲或其他抚养者）。幼儿的依恋主要表现为哭、笑、喊叫、抓握、吸吮、躯体依偎及跟随等行为。

依恋可以划分为三种类型：①安全依恋：母亲在场时，幼儿可以自由的探索，母亲离开时表现出明显的苦恼；与母亲团聚时立即寻求与母亲的接触，平静下来继续游戏。②不安全依恋，回避型：母亲离去时并无紧张或忧虑，母亲回来亦不予理会或短暂接近一下又走开，表现出忽视及躲避行为。③不安全依恋，矛盾型：对母亲的离去表示苦恼，但是在与母亲重逢时，表现出一种矛盾的反应：一方面是看到母亲时苦恼减少，另一方面是对母亲很生气，有时甚至会推开母亲或打母亲。还有人提出另一依恋类型：不安全依恋破坏型，此

类儿童对母亲表现出冷漠。大多数儿童属安全依恋(约占 65%),不安全依恋回避型占 21%,矛盾型占 14%。

依恋是幼儿出生后最早形成的人际关系,是成人后形成的人际关系的雏形,对儿童心理的发展具有重要的影响。大多数纵向研究发现,形成不安全型依恋的儿童出现内化性障碍(internalizing)或外化性障碍(externalizing)的比率远远超过安全型依恋的儿童。

(2)教养方式:在家庭系统中,父母的言行对孩子的行为和个性都产生直接或间接的影响,父母教育孩子的观念和方式对孩子社会化的进程发挥着极为重要的影响。

心理学家把教养方式分为四类:①权威型:这类家长对孩子有较好的响应与要求。父母表现出对孩子成长的关注和爱,会耐心地倾听孩子的观点,并鼓励孩子参与家庭决策。对孩子有合理及明确的要求,设立恰当的目标,对其行为做出适当的限制并进行有效的监督,以确保儿童服从要求和达到目标。在这种抚养方式下成长的孩子,社会能力和认知能力都比较出色,掌握新事物和与他人交往过程中表现出很强的自信,具有较好的自控能力,并且心境乐观、积极。②专制型:这类家长响应性较差,很少对孩子表现出感情。他们忽视和抑制儿童自己的想法和独立性。父母对孩子的要求很严厉,提出很高的行为标准,如果儿童出现稍许的抵触,就会采取严厉的惩罚措施。这种抚养方式中成长的学前儿童表现出较多的焦虑、退缩行为;在青少年期,常处于被领导的地位,人际关系方面可能会碰到较多困难,缺乏竞争意识。③溺爱型:这类家长响应较多而要求不足。父母对孩子充满了爱与期望,他们满足孩子的任何要求,对孩子过度保护。而很少对孩子提出要求或施加任何控制。这种抚养方式下成长起来的孩子表现得很不成熟,自我控制能力差。常以哭闹等方式寻求即刻的满足。对于父母表现出很强的依赖和无尽的索取,而在任务面前缺乏恒心和毅力。④忽视型:这类家长响应与要求都不足。父母对孩子的成长表现出漠不关心的态度,只提供食品和衣物,而不付出努力为孩子提供更好的生活和成长条件。在这种环境中成长的孩子,容易出现适应障碍。亲子关系问题最多,他们对学校生活没有什么兴趣,学习成绩和自控能力较差,并且在长大后易出现犯罪倾向。

(3)家庭类型:核心家庭指父母和孩子所组成的家庭,大多数家庭属于这种类型,这种家庭亲子互动比较多。大家庭即几代同堂的家庭,这类家庭的优点是孩子受成人教育和爱抚的时间较多,但也容易出现隔代溺爱,以及在教育孩子的观念和方法上出现父辈与祖辈之间不一致,从而使孩子无所适从,形成焦虑不安、恐惧等不良的特征。严重的婚姻不和使孩子长期生活在充满敌意的、没有安全感的环境中,容易出现情绪和行为障碍。父母离异对儿童是重大应激,许多学龄儿童和青少年对父母离异反应强烈,出现心理调适方面的障碍,会在一些不良的伙伴中寻求慰藉,出现旷课、离家出走、过早性行为以及违法行为等。单亲家庭的儿童(多半是母亲抚养)由于缺乏男性引导者,男孩子易变得依赖、任性及女性化倾向;女孩则有过早恋爱的可能。

(4)家庭环境:家庭环境状况是影响孩子心理发展的重要因素。例如,家庭社会经济地位高、受教育程度高的父母能更多地与孩子进行交流,更多地鼓励孩子,采用关爱、说理、赞扬和纪律等方式来教育孩子并赋予他们更多的自由去探索世界。相反,社会经济地位低的父母更可能对孩子采取严厉的态度,更多地采用训斥和体罚。

2. 伙伴与学校因素

(1)伙伴关系:指的是年龄相同或相近的儿童之间的一种共同活动并相互协作的关

系。儿童在生命早期就表现出对小伙伴的兴趣,1岁时会出现微笑、手势、模仿等交流行为。两岁左右开始使用言语来影响和谈论伙伴的行为,学龄前期随着语言和认知能力的发展,交往的复杂性和协调性增加。进入小学后,接触的伙伴日渐增多,儿童能够采纳同伴的观点,较好的猜测别人的意图和感受。青少年期与伙伴相处的时间已经超越了家庭以及别的一切社会关系,团体作为伙伴互动的社会背景,其重要性日益增加,伙伴对青少年行为和价值观的影响甚至超过父母,成为他们价值观的重要来源。

伙伴关系是平等互惠的,为儿童提供了学习技能和交流经验的机会,儿童可以去实践他们在家庭中获得的社会技能,也可以习得家庭中无法习得的技能,从伙伴、朋友处获得对事物的看法、支持,在某种程度上说甚至可以弥补早期亲子关系的缺失。

伙伴关系差、缺少社交技能的儿童会感到孤独,缺少社会支持,容易导致不良结局。有两种儿童容易被伙伴拒绝,具有攻击性的儿童经常将同伴的普通行为视为敌意,行为比较冲动,不能很好地控制自己的情绪,经常与同伴发生冲突;退缩的儿童性格软弱,朋友较少,很容易成为被同伴欺侮的对象。由于被伙伴拒绝,他们会更加采取敌对或退缩的行为方式,形成恶性循环,加剧社交障碍,甚至出现学习成绩差、厌学及各种精神障碍。青少年被正常群体拒绝,他们趋向于寻找品行不端的群体,共同的特质使这些儿童形成亚文化团伙,遵循团伙内特殊的价值标准和行为准则,这种伙伴关系助长原有的反社会行为,甚至和社会公认的主流文化对抗。

(2)学校因素:学校教育是影响少年儿童发展的环境因素中重要的组成部分。学校在促进儿童认知发展方面起着重要作用。儿童在学校里学会了对具体概念进行抽象的能力;掌握了归纳推理、分析与综合的能力;能够更准确地理解语言所表达的抽象关系,运用语言进行更为复杂准确的交流。

学校生活的另一个重要任务是促进儿童社会化。学校制度和纪律的规范、集体活动对每个个体的要求,使儿童逐渐懂得如何融入社会;入学、转学、升学的改变,使儿童学会适应不同的环境;人际关系的互动,使儿童学会与不同特征的人相处;考试、学习的压力,使儿童学会耐受挫折。这些都是家庭教育所不能给予的。

学校类型对学生也有影响,我国所谓重点学校,投入了较多经费和师资,教学质量和校风较好,但由于应试教育的压力,学生中内化性问题的发生率高。而职业学校外化性问题的发生率高,可能与学校生源有关。学校是否重视学生的心理健康,对学生的全面发展有着重要意义。

教师的教育理念和态度对儿童成长也具有重要的意义。教师有高的效能感,认为自己有能力管理那些难以调教的学生,相信自己是决定学生成长的重要的社会影响因素,就会把积极的期望和信念传达给学生,因而能增强学生的自尊自信,使学生投入更多的努力,在学校中获得全方位的发展。低效能感的教师可能会增强儿童的无能感、对学习失败的习得性无助反应等。

3. 儿童心理发展的社会文化因素

(1)媒体的影响:随着社会的飞速发展,电视、网络等成为个体成长过程中不可或缺的社会文化因素。一方面,电视、网络大大拓展了儿童的视野,影响着人们的价值观、思维方式,开发着人的潜能,这无疑有其重大的积极作用;另一方面,各种媒体中的暴力、色情、拜金主义和性自由等思潮,对于缺乏分辨能力的儿童有着特殊的诱惑。研究发现,暴力情节