

实用心理辅导丛书

多动症儿童

Duodongzheng

心理辅导

Ertong

Xinli Fudao

吴增强 主编

!

上海教育出版社

实用心理辅导丛书

多动症儿童

Duodongzheng

心理辅导

Ertong

Xinli Fudao

吴增强 主编



上海教育出版社

图书在版编目(CIP)数据

多动症儿童心理辅导/吴增强主编. —上海:上海教育出版社, 2006.9

(实用心理辅导丛书)

ISBN 7-5444-0792-6

I. 多... II. 吴... III. 小儿疾病:多动症—精神疗法 IV. R749.94

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第109521号

实用心理辅导丛书

多动症儿童心理辅导

吴增强 主编

上海世纪出版股份有限公司

上海教育出版社 出版发行

易文网: www.ewen.cc

(上海永福路123号 邮编: 200031)

各地新华书店经销 昆山市亭林印刷有限责任公司印刷

开本 890×1240 1/32 印张 4.75 插页 4

2006年9月第1版 2006年9月第1次印刷

印数 1-5,000本

ISBN 7-5444-0792-6/G·0635 定价: 8.00元

(如发生质量问题, 读者可向工厂调换)

前 言

多动症儿童(术语称为注意缺陷多动障碍,英文缩写为 ADHD)常常令教师和家长头痛,一般的发生率占儿童总体的 4%—5%。目前国内对于这类儿童行为问题的治疗主要是通过药物治疗,尽管能够减轻多动症儿童的症状,但是由于缺少学校和家庭的协助,常常不能根本解决他们的问题。于是,在 20 世纪 90 年代国外有专家提出综合干预的思想。例如,美国国家精神卫生研究所的有关文献这样写道:“单一的药物治疗能够控制儿童的注意缺陷多动障碍,但是不能改进学业成就和技能、增长知识,也不能更好地帮助他们提高应对问题的能力。如果要更有效、更持久地改变儿童的这些问题,可以将行为治疗、情绪咨询和实践支持相结合。”

2002 年上半年开始,上海市教育科学研究院普教所、上海市中小学心理辅导协会、上海精神卫生中心儿童行为研究室与上海十一所小学合作,进行了为期两年半的 ADHD 儿童综合干预的实验研究,取得了明显效果。我们课题组的结论是:以学校心理学家、临床心理学家、教师和家长共同参与干预,以行为辅导为主、药物干预为辅的综合干预模式,可以比单一药物治疗更有效地改善 ADHD 儿童的注意缺陷和多动、适应行为、自尊水平和学业成绩,综合干预模式不仅是有效的,而且也是可行的。

本书是我们课题组两年半研究的成果总结,既有专业知识的论述,又有实践操作的介绍,并有生动的案例,兼科学性与通俗性于一体,让更多的教师和家长从中受到启发和帮助。

本书撰写分工如下:

吴增强撰写第一章、第四章;杜亚松、钱昀撰写第二章、第三章;陈德隽撰写第五章;冯莹撰写第六章;孔屏、蔡素文撰写第七章;陶冶、袁飞、顾永梅、孙轶撰写第八章。全书由吴增强统稿和定稿。

本书是学校心理学家、临床心理学家与教育实践工作者共同合作和努力探索的结晶,感谢课题组全体成员的同心协力,感谢汇师小学、大场镇小学、齐齐哈尔路第一小学、城中路小学、海桐小学、保德路小学、大场中心小学、宝林二小、北郊学校的领导和教师,没有他们努力投入这项长期的实验,我们只能在纸上谈兵。作为一项研究,我们的工作还有许多不足,有待今后继续深入地探索。

编者

2005年3月

目 录

第一章 注意缺陷多动障碍问题概述	1
第一节 什么叫注意缺陷多动障碍	1
第二节 注意缺陷多动障碍的历史	6
第三节 注意缺陷多动障碍儿童的类型	11
第二章 注意缺陷多动障碍的研究	15
第一节 注意缺陷多动障碍的特点	15
第二节 注意缺陷多动障碍的成因分析	21
第三节 注意缺陷多动障碍的干预理论	27
第三章 注意缺陷多动障碍的诊断与鉴别	35
第一节 注意缺陷多动障碍的诊断	35
第二节 注意缺陷多动障碍的鉴别	40
第四章 注意缺陷多动障碍儿童的综合干预	43
第一节 综合干预概念与由来	43
第二节 综合干预方案设计	44
第三节 综合干预的效果分析	47
第五章 注意缺陷多动障碍儿童个案辅导	55
第一节 个案辅导的基本步骤	55

第二节	个案辅导方案的制定	64
第三节	个案辅导方案的实施	70

第六章 注意缺陷多动障碍儿童团体辅导 77

第一节	团体辅导概述	77
第二节	团体辅导活动的设计与实施	81
第三节	团体辅导活动方案介绍	89

第七章 注意缺陷多动障碍儿童家庭辅导 100

第一节	家庭辅导的基本步骤	100
第二节	家庭辅导的前期准备	105
第三节	家庭辅导方案的制定	109
第四节	家庭辅导方案的实施	115

第八章 综合干预案例 128

亲亲我的小何	128
“上了发条”的吉米	134
小方怎么了?	138
“小闯王”与“祸”无缘	144

第一章 注意缺陷多动障碍问题概述

儿童多动行为一直是困扰家长、教师的一个难题。我们经常发现,一些孩子在课堂上表现出不安静行为,常常会被教师扣上一个“多动症”的帽子。何谓“多动”,何为“多动症”,这对于许多教师和家长来说,确是一个“盲区”。

第一节 什么叫注意缺陷多动障碍

“多动症”是一种通俗的提法,按照国际公认的提法,这类儿童行为问题应该称为“注意缺陷多动障碍”,英文是 Attention-deficit-hyperactivity-disorder,缩写为 ADHD。本书采用国际上通用的提法。

一、多动行为、假性多动症和注意缺陷多动障碍

如前所说,很多教师和家长搞不清楚多动行为与多动症的区别。临床上发现,涉及到儿童多动行为问题有三种不同的概念:多动行为、假性多动症、注意缺陷多动障碍。

多动行为 首先,我们讨论一下多动行为。多动(hyperactivity)与活泼、好动、精力旺盛是不同的概念,它是指不恰当的且又不能自我控制的活动(Kauffman, 1993)。因此,多动被看作是儿童的一种问题行为,而好动、活泼是儿童的特质,没有好坏之分。

有关资料表明,临床转介的多动行为问题儿童约有半数以上属于一般多动行为。儿童的多动行为一般是在与学校和家庭教育环境

的相互作用中习得,大致有以下几个因素:

环境因素——课堂学习内容太难、太简单或者太无趣。

个人因素——包括年龄、性别、生理因素、心理发展状况。

管教因素——父母管教不当,要么管教方法简单粗暴,要么放任自流。

多动行为与注意缺陷多动障碍最大的区别之一是,多动行为往往是儿童后天习得的,而注意缺陷多动障碍主要是由于个体生理因素造成的。

假性多动症 波普(Poper, 1991)指出,有些儿童的表现看似注意缺陷多动障碍,而且也会出现 ADHD 诊断标准中的一、两项,但是经专家仔细诊断,却不是 ADHD。这就是所谓的假性多动症。临床上常见的类似 ADHD 症状的问题有抑郁症、焦虑症、自闭症、抽动症、人格障碍等。若这些症状被误诊为 ADHD,可能会延误儿童的病情。

注意缺陷多动障碍 是指儿童智能正常,但主要表现为与年龄不相称的注意力分散、不分场合的过度活动、情绪冲动的一组症候群。注意缺陷多动障碍也有不少界定,比较公认的是巴克雷(Barkley, 1990)的定义:

注意缺陷多动障碍是一种发展性的异常,主要特征是发展性的、不恰当的不专注、多动和冲动。这通常出现于童年早期阶段,是慢性长期的,这问题并不是由于神经生理、感官、语言、动作障碍、智能障碍或是严重情绪困扰所直接造成,而这些症状多会造成遵守规则行为或维持固定表现上的相关困难。

此外,巴克雷针对 ADHD 的症状提出了五项区分性特征:

1. 不专注 不能专心或注意力问题包括多种,例如警觉(alertness)、选择性注意(selectivity)、持续性注意(sustained attention)、分心(distractibility)、注意广度(span of apprehension)等。根据巴克雷的研究结果,发现 ADHD 儿童的注意力问题多出现在对刺激的警觉性上,以及注意力的维持;但分心的程度上与一般儿童异常区别不显

著。巴克雷认为 ADHD 儿童的不专注问题到底是因为容易分心，还是因为被高吸引力的刺激吸引之后难以规范自己的行为，尚有待探讨。注意力问题可能出现在课堂学习情境中，也会出现在下课或自由活动的情境中。

2. 行为抑制困难或冲动 文献中对冲动也有多种提法，包括快速对情境做出不正确的反应，例如冲动地做出错误的答案；无法延迟对需求的满足，例如想要什么就马上去拿；无法遵守规范或指示，或者无法在社会要求的情境中控制自己的行为，例如不能轮流游戏。

3. 多动 ADHD 儿童最明显的症状是多动，其活动过多的表现除了动作之外，也包括说话，无法安静、动个不停，而且他们的活动通常与当时情境无关，活动过多的表现除了白天如此，通常晚上睡眠也是如此。因此，有人形容 ADHD 儿童像一个小马达似地动个不停。

4. 适应行为习得缺陷 一般儿童可以通过习得的良好行为来规范自己的行为，而 ADHD 儿童则不然。他们常常表现出无视规则的存在，出现反抗或不守规则，或者是不受先前惩罚经验的教训，缺乏秩序感和责任感。巴克雷认为这可能与行为抑制困难有关。可是也有学者认为这不属于 ADHD 儿童的主要症状，可能是由于不专心所致。

5. 成就表现不稳定 ADHD 儿童难以经由先前习得的经验来规范自己，以保持稳定的表现，或者是因为冲动或不专注。ADHD 儿童在成就表现上极不稳定，在功课、作业和考试上常常如此，因此容易被认为是偷懒。^①

二、注意缺陷多动障碍的发生率

由于对 ADHD 的概念界定有不少争议，因此关于 ADHD 的发生率也有很大差异，这种差异大概在 1%—20% 之间。美国精神医学学会诊断的 ADHD 发生率为 3%—5%，这是一般公认的数据，并为

^① 洪丽瑜：《ADHD 学生的教育与辅导》，(台湾)心理出版社，第 53—55 页。

大多数文献所引用。

目前也发现由于使用诊断标准不同,北美国家所估计的 ADHD 发生率较欧洲国家高(Reid, Maag & Vasa, 1993)。宋维村利用台湾大学儿童心理卫生中心的初诊个案的估计发生率约为 5%;洪俐瑜利用 DSM-III 的标准,对一所大型国小的测查,ADHD 的发生率为 6.4%;而采用 DSM-III-R 的标准诊断,发生率是 7.9%。^①

有关资料表明,ADHD 的发生率有性别和年级差异。一般来说,男孩多于女孩。加拿大学者西特马利(Szatmari)等的报告发现男孩的发生率约为女孩的三倍(男孩 9%,女孩 3.3%);王雅琴等人的研究也发现男孩是女孩的三倍(男孩 14.9%,女孩 4.5%)。一般而言,男女孩 ADHD 的发生率之比约为 6:1(Barkley, 1990)。至于为何发生率有性别差异,目前尚无定论。巴克雷认为可能与男生容易被转介有关,因为 ADHD 男孩和女孩在问题行为表现上有差异,男孩比较会出现攻击和破坏行为,所以被转介的机会就比女孩高。但这个理由有些牵强,我们进行的为期两年的综合干预过程中,并没有转介,而是通过比较细致的程序,在七所小学选取的 128 名 ADHD 儿童之中,男孩是 115 名,女孩是 13 名,男女生比例是 8.8:1。

ADHD 的发生率也会因年龄的不同而不同,对男孩年龄差异比较明显。巴克雷 1990 年的报告指出:4—11 岁的男孩发生率为 10% 以上,而 12—16 岁的发生率下降至 7%,而女孩的发生率的年龄差异不明显。

三、注意缺陷多动障碍常见适应问题

ADHD 儿童除了本身症状所带来的问题(即不专心、冲动、多动)之外,还会衍生出其他的适应问题,如学习障碍、行为不良、语言障碍等。常见适应问题如下:

认知能力缺陷 ADHD 儿童的智力比一般儿童的智商要低 7

^① 洪俐瑜:《ADHD 学生的教育与辅导》,(台湾)心理出版社,第 56 页。

至 15 分左右(Barkley, 1990),他们的视动协调能力也比普通儿童低(Carlson et al., 1986)。另外,他们的记忆力、组织加工能力、问题解决能力等都表现出明显的困难。

语言障碍 ADHD 儿童早期出现语言发展迟缓的比例比正常同龄儿童高(ADHD 儿童语言发展迟缓率为 6%—35%,正常儿童为 2%—5.5%)(Hartsough & Lambert, 1985)。巴克雷综合临床经验和研究文献,发现 ADHD 儿童的表达性语言障碍比接受语言的障碍多,尤其是需要立即回答的谈话的困难更为明显。

学习成就低 学习成绩差是大多数 ADHD 儿童一个显而易见的事实。在标准化“广泛范围成就测验”(Wide Range Achievement Test-Revised,简称 WRAT-R)的测量结果,发现他们所有的学科都落后于平均数,包括阅读、书写、数学(Zentall, 1993)。

在阅读方面,约有 9%的 ADHD 儿童被发现有阅读低成就。在词汇和阅读理解的比较上,ADHD 儿童的词汇落后现象比阅读文章的落后情况要好些。有人认为这可能是因为词汇和注意力持续的关系不大,而阅读理解需要持续的注意力,因此,ADHD 儿童的阅读困难比较明显。

身体健康问题 巴克雷指出 ADHD 儿童出现轻微生理异常的现象比一般儿童多。这些生理异常包括:食指比中指长、小指弯曲、三脚趾比二脚趾长、耳朵软而多肉、两眼分得较开(Barkley, 1990)。很多研究发现 ADHD 儿童在婴儿或者幼儿期比一般儿童有更多的健康问题,例如容易过敏、尿床、睡眠不好。另外,ADHD 儿童较一般儿童容易有意外伤害事故,如骨折、头部受伤或者意外中毒等。

情绪困扰 相当部分的 ADHD 儿童有情绪困扰。有关资料表明,在 ADHD 儿童中,44%至少有一项心理障碍,32%有两项,11%有三项异常(Barkley, 1990)。ADHD 儿童常见的情绪困扰有焦虑、抑郁、自卑等。另外,ADHD 儿童出现的心因性疾病比也较一般儿童高。他们常常会出现头痛、肚子痛或者其他身体不适症状等。

社会适应不良 ADHD 儿童出现违规行为和攻击性行为的比

例较高,据估计 21%—45%的 ADHD 儿童和 44%—50%的 ADHD 青少年有严重的违规行为,其严重性已经符合 DSM 所订的行为障碍。其次是人际关系问题,米利切等人(Milich et al., 1982)曾经归纳了 ADHD 儿童四项人际关系问题:不恰当的课堂行为,认知和沟通能力的缺陷,攻击行为或不当社会行为,缺乏适当社会行为。

动作障碍 ADHD 儿童的动作障碍包括:精细动作差,视动协调差,手脚协调差。所以,虽然他们动作多,好爬上爬下,跑来跑去,但是他们在运动或者体育方面的表现可能并不比一般儿童好。^①

第二节 注意缺陷多动障碍的历史

早在一百多年以前,医学界就开始注意儿童 ADHD 的治疗和研究。德国医生霍夫曼(H. Hoffman)于 1854 年最先提出用“多动症候群”一词,来表述这类儿童行为障碍,但真正开始研究注意缺陷多动障碍的是史蒂尔(G. Still)。从史蒂尔的研究至今,注意缺陷多动障碍的研究大概经历了五个阶段:脑损伤研究时代、多动症时代、注意缺陷时代、诊断标准争论时代和整合核心症状时代。

一、脑损伤时代(1900—1959)

1902 年,史蒂尔以“道德控制力缺陷”(defect in moral control)来描述 ADHD 的特征。他认为这种症状的原因是由于受伤、疾病、遗传和环境所致,通常发生在 8 岁以前。他也曾经以心理学家詹姆斯(W. James)的理论,研究暴力、道德控制和注意力持续的问题和神经生理的关系。然而,当时医学界对于智能或道德方面的缺陷的认识比较偏颇。例如,夸大了脑损伤儿童的负面作用,认为脑损伤儿童会因其攻击行为而威胁其他儿童的安全,因此史蒂尔不认为在早期儿童阶段的症状是可以改善的,而建议将他们安置在特别的教养

^① 洪俪瑜:《ADHD 学生的教育与辅导》,(台湾)心理出版社,第 69—73 页。

机构。后来,崔乔德(1908)发现早期轻微未被察觉的征兆,会造成日后行为和学习障碍,虽然他肯定了环境的改变和药物治疗可以暂时地改善儿童的学习和行为,但他和史蒂尔都认为脑损伤的伤害是永久的。

20世纪20年代,北美学者对ADHD的研究受到当时脑炎流行的影响,他们认为ADHD是脑炎后的行为异常(post-encephalitic behavior disorder),他们的观点引起了很多医学界和教育界学者的重视。

20世纪30年代以后,人们对中枢神经系统受损的原因有了更多的认识,发现除了脑部受伤外,还有产前或产后的伤害、感染、铅中毒、癫痫、额叶受伤等原因。直到40年代,史特劳斯(C. Strauss)发现有这些症状的儿童并非都可以在脑部找到生理上的证明,于是脑损伤的概念逐渐被脑轻微损伤(minimal brain damage)和脑功能轻微失调(minimal brain dysfunction,简称MBD)取代。史特劳斯的學生克鲁格契克(B. Cruickshank)在马里兰州进行了“蒙特高马利郡计划”,对智力正常的多动儿童进行了针对性的干预,这些干预方法虽然没有得到肯定,但对现在的ADHD儿童治疗还是有参考价值的。同时,药物对异常行为的治疗开始受到重视,有研究表明,药物治疗可以改善近一半人数的ADHD儿童的学习和行为(Barkley,1990)。

二、多动症候时代(1960—1969)

20世纪60年代,由于脑功能轻微失调(MBD)概念的可信度受到许多学者的质疑,取而代之的是比较具体的学习或者行为障碍名称,例如阅读障碍、语言障碍、多动行为等。切斯和劳斯(S. Chess & M. Laufer)提出了“多动症候”的名称,他们定义的多动症候是指“表现出高于一般儿童正常速度的活动,或经常动个不停,或是两者都有”。多动症候的概念后来为美国精神医学学会的《诊断与统计手册》(即DSM)所采用。1968年DSM-II正式提出了“儿童期的多动反应异常”(hyperkinetic reaction of childhood disorder)的术语。由于切斯等人的研究,使得多动症候从混淆不清的脑功能轻微失调独

立出来。切斯对多动症候的信心比史蒂尔乐观,他认为多数的多动儿童到了青少年期就会好转。^①

三、注意力缺陷时代(1970—1979)

20世纪70年代以后,多动症的研究逐渐成为热点,到1979年为止,有关的研究报告达到两千多篇。这个阶段最重要的特点是对于这类症状的问题,由过去单一的多动症候转向比较完整的症状。其中,加拿大学者道格拉斯(V. Douglas)的研究工作颇有影响。她认为影响儿童适应问题的因素是注意力不能持续和冲动,而不是多动,她认为多动的儿童不一定会有阅读、学习的困难,此后也有学者发现多动儿童不一定比一般儿童好动。道格拉斯发展了完整的行为、认知评量工具,可以诊断学生各方面问题,她的观点影响了《诊断与统计手册》第三版,即DSM-III对此类问题的界定,1980年DSM-III即将此症定为注意缺陷症(attention deficit disorder,简称ADD),并以不专注、冲动为其诊断的主要症状,而多动则是一种附属症状。这一阶段有影响的成果还有以下几项。

其一,以道格拉斯为主的研究小组除了研制诊断工具外,还发展了治疗技术。他们发现以立即持续的强化可以维持注意力缺陷儿童的注意力到正常水平,但是如果以间歇性强化,这些儿童的表现水平就会显著下降。这项研究结果确立了行为干预技术在ADHD儿童心理治疗中的地位。另外,研究小组发现中枢神经兴奋剂也可以改善注意力缺陷儿童的问题。

其二,心理药物治疗的兴起。同期,美国学者康纳斯(K. Conners)通过临床实验证实了药物治疗的效果。康纳斯另一项著名的成果,是康纳斯评量表,这成为现今诊断和评量ADHD的主要工具。

其三,对于环境因素的探讨。这一阶段,专家们认为影响注意力缺陷的环境因素有五项:人工食物添加剂、环境刺激量、文化因素、

^① 洪佩瑜:《ADHD学生的教育与辅导》,(台湾)心理出版社,第29页。

父母管教和行为改变技术。

1. 人工食物添加剂的影响 受当时自然健康饮食风尚的影响,费格德(Feingold)认为当时食物充满人工添加剂,如色素、防腐剂等。有些儿童因对这些人工添加剂过敏而造成多动问题。费格德认为最好的治疗方法是提供完全自然、无人工添加物的食物。他的观点得到大家的赞同,为此还以其为主题召开过全国多动症候和人工添加物的会议,专门研讨了费氏理论。当时在美国的影响远远超过具有科学实证的康纳斯药物治疗。

2. 环境刺激过多 布洛克(Block)认为当时社会环境中生活节奏加快,环境刺激过多,增加了个体的兴奋而导致多动问题。虽然伯拉克的理论没有提出足够的资料证实,但1990年赫利(Healy)的著作《危险的心智》一书中,对伯拉克的理论作了更深入的探讨,表示环境刺激对多动行为的影响。

3. 文化因素 罗斯夫妇(Ross)认为造成多动的环境因素不是环境刺激,而是文化差异,包括对行为的标准、多动行为的容忍和教养方式等。他们参加研究了纽约市的华裔儿童,发现华裔儿童并没有多动问题(Ross & Ross, 1982),但是他们的研究遭到后来研究的否定。

4. 父母管教方式 研究发现母亲的管教会影响药物治疗的效果。近年来又发现亲职教育是改善注意力缺陷儿童问题的有效方法之一。大多数学者认为不当的教养方式只是恶化多动问题,而不是主要的或直接的原因。

5. 行为干预技术的发展 70年代,采用行为矫正技术处理课堂里儿童的问题行为取得明显成效,但研究发现单独使用行为改变技术并不能产生配合药物治疗所能达到的疗效。因此,人们渐渐认识到药物治疗、行为改变和亲职教育结合,可以发挥更大的干预效果,这为90年代提出的综合干预思想奠定了基础。

其四,美国全体残障儿童教育法案的通过。这项法案(简称公法94-142)的通过,保证了身心障碍儿童免费接受特殊教育的权利,而注意力缺陷未被列在身心障碍类别中。由于相当一部分注意力缺陷

儿童同时伴有学习障碍(learning disability),或者严重情绪困扰(seriously emotional disturbance),所以至少有 35%的注意力缺陷多动儿童接受了特殊教育的服务。

这一阶段被巴克雷称为是 ADHD 的黄金时代。^①

四、诊断标准争论的时代(1980—1989)

1980年 DSM-III 受道格拉斯的影响,将多动症候改为注意力缺陷症,以不专注和冲动为诊断的主要症状,多动只是其中一种附属症状。DSM-III 除了改变诊断重点还将此症分为只有缺陷伴有多动(即 ADHD)和未有多动(即 ADD)两种亚类。

虽然以上两种权威界说有分歧,但是临床工作者发现注意缺陷未有多动的个案很少,而且部分研究发现两者有很多症状和处理方法相同。于是,DSM-III-R 将 ADHD 和 ADD 合并为一,以 ADHD 术语界定。^②

五、整合核心症状时代(1990—至今)

20世纪90年代,DSM-IV 和 ICD-10 对注意缺陷多动障碍症状进行了新的定义,基本上是统一了分歧,尤其是 DSM-IV 将三项症状合并为二,“不专注”与“多动和冲动”。巴克雷(1997)又主张将不专注、冲动、多动整合,称之为“神圣的三位一体”。他综合了90年代以认知心理学的信息加工理论研究注意缺陷儿童的有关资料,结果发现无法证实这些儿童在该注意的任务上表现出无法专注的事实,却发现这些儿童在行为反应的抑制和动作系统的控制方面要比一般儿童有显著差异,而且发现冲动与多动很难区分。因此,他认为冲动、多动应该是患此症的儿童唯一有意义的问题症状。他坚持 ADHD 儿童抑制功能的缺陷可能是解释三种症状的最佳原因。^③

① 洪偲瑜:《ADHD 学生的教育与辅导》,(台湾)心理出版社,第 30—35 页。

② 同上书,第 35—36 页。

③ 同上书,第 42—44 页。