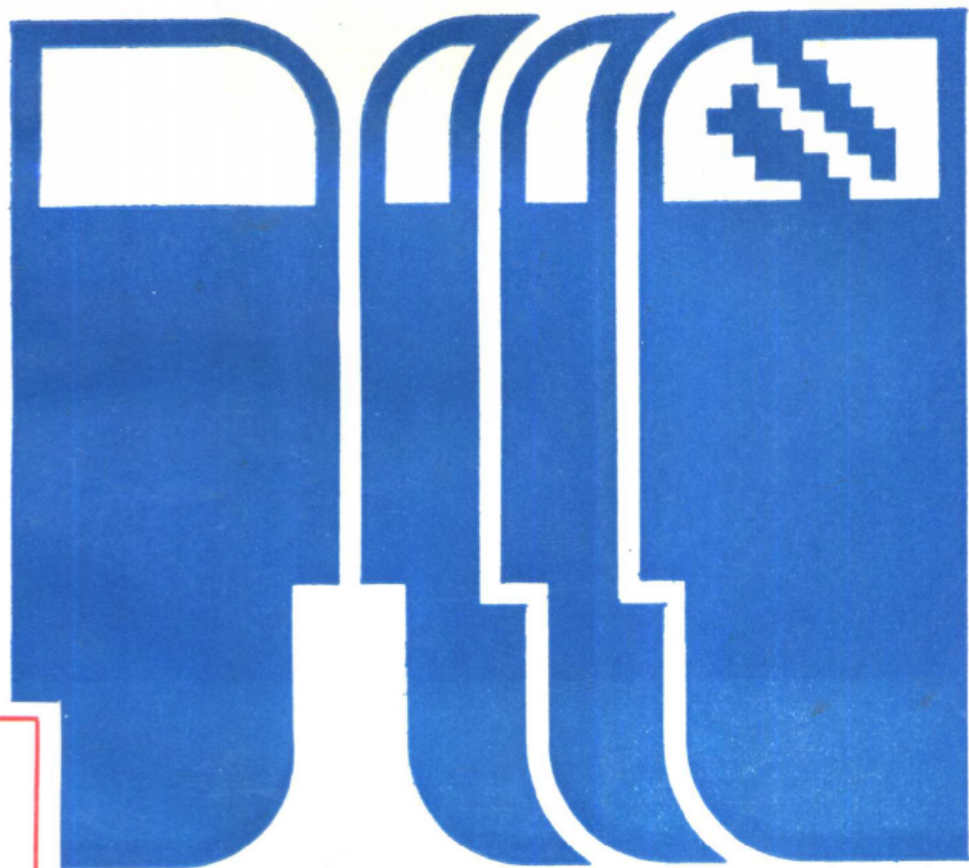


特殊教育参考丛书

儿童精神障碍 及行为问题的矫正

主编：杨晓玲



华夏出版社

责任编辑:周国芳

封面设计:徐聪

特殊教育参考丛书书目

视觉障碍儿童的心理与教育
弱智儿童的心理与教育
听力障碍与早期康复
特殊教育课程与教学法
弱智儿童的早期干预
听力障碍儿童的心理与教育
儿童精神障碍及行为问题的矫正
肢体残疾儿童的教育与训练

ISBN 7-5080-0532-5



9 787508 005324 >

ISBN7-5080-0532-5/G·501
定价11.40元

特殊教育参考丛书

儿童精神障碍及行为问题的矫正

杨晓玲 主编

华夏出版社

1995年·北京

特殊教育参考丛书

儿童精神障碍 及 行为问题的矫正

主编：杨晓玲

华夏出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

儿童精神障碍及行为问题的矫正.-北京: 华夏出版社,
1995.5

(特殊教育参考丛书/杨晓玲主编)

ISBN 7-5080-0532-5

I.儿… II.Ⅲ.精神病:小儿疾病-精神障碍-临床医学
IV.R749.94

中国版本图书馆CIP数据核字(95)第 05964 号

华夏出版社出版发行
(北京东直门外香河园北里4号)

新华书店经销

北京市人民文学印刷厂印刷

850×1168毫米32开本 8印张 192千字 插页1

1995年5月北京第1版 1995年8月北京第1次印刷

印数 1—3000册

定价: 11.40元

特殊教育参考丛书编委会名单

主 编 陈云英

副主编 沈家英

编 委 (按姓氏笔画顺序排列)

丁言仁 汤盛钦 陈仲庚

余强基 杨晓玲 张宁生

麦进昭 茅于燕 银春铭

前 言

本书是中央教育研究所特殊教育研究室组织编写的特殊教育系列丛书之一。

近十多年来我国的特殊教育事业发展迅速，这是党和各级政府、教育、卫生、心理等部门和各界人士共同关心、努力的结果。这一事业的发展使许多有生理和心理发育障碍和缺陷的儿童走进了校门，得到了和正常儿童一样受教育的机会。其中聋童、盲童的特殊教育被认识得比较早，也发展得较早。此后，弱智儿童的教育也相继得到各级政府和各界的重视，对这类儿童的特殊教育发展得很快。在几年的时间里，特殊教育推广到全国各大中城市，千千万万的残疾儿童在良好的教育环境里，在老师的精心培育下，潜力得到了挖掘和发挥，生理和心理缺陷得到了补偿，身心得到了比较健康的发展。使千万个有这样孩子的家庭解除了重负，他们的父母能全身心地投入社会主义祖国的经济建设中去。同时这一事业的发展标志了国家和社会的文明和进步。

但是，目前还有一些儿童，由于患有不同程度的精神疾患，有时，他们的行为表现怪异，言语短少，思维奇特不可理解，情绪容易激动，活动过度或不自主抽动，自控能力差，常常容易和周围发生矛盾和冲突，学习能力下降。老师和同学不了解他们，也不知如何对待他们。为此，他们常常被迫辍学或停学。即使在发病间歇，症状缓解，也被认为不能学习而长期被拒于校门之外。这一部分儿童实际上应属于需要特殊教育的范畴之内。在国外，因患精神疾病而有情绪、行为障碍的儿童与其他生理缺陷儿童一样享有受教育的权利。随着我国教育事业的不断发展，现在这一问

题已提到日程，这是一件十分令人振奋的大事。本书就是本着向特教工作者、老师、家长以及从事这一工作，热心关心这一事业的各界人士，扼要介绍儿童中常见的精神障碍和行为问题的症状表现、常见病因、发病基础、检查和评估的常用方法，常用的药物治疗和处理原则，行为矫治和行为训练的基本理论和做法。希望本书的介绍能对开展和推动精神残疾儿童的特殊教育有所帮助。

参加编写的人员都是全国各地从事十数年、数十年儿童精神卫生、儿童保健、儿童心理治疗及临床基础研究的专家教授。为编写本书，他们利用宝贵的时间，甚至放弃或延缓一些科研课题的工作，足见他们对本书，对特教事业的热情支持和关注。由于我们是第一次与特教部门合作，尤其是主编的经验和水平所限，错误和不足是难免的。希望读者能提出宝贵的意见并给予指正。

本书的第一章第一、二节由西安医科大学附属二院院长、儿童行为发展研究室主任姚凯南教授编写；第三节由中国儿童发展中心儿科教授王如文编写；第四节由上海精神卫生中心遗传研究室江三多研究员编写。南京儿童心理卫生中心林节主任编写第二、五章。邱景华主任编写第六章。第四章第二、八节由湖南医科大学精神卫生中心儿童精神医学研究室主任李雪荣教授编写；第五、六节由华西医科大学精神卫生中心单友荷教授编写，第三、四、七节由山东省精神卫生中心，省精神病院郭传琴院长编写。北京医科大学精神卫生研究所生化研究室副主任周东丰研究员编写第一章第五节；儿童精神医学研究组刘靖主治医师编写第七章。杨晓玲教授编写绪论；第三章及第四章第一节。

杨晓玲、周东丰负责最后的统稿、定稿。

编者

1994年11月于北京

目 录

绪论	(1)
第一章 影响儿童行为活动和精神障碍的有关因素	(6)
第一节 气质	(6)
一、概念	(6)
二、气质的沿革	(7)
三、气质的结构	(7)
四、气质的分类	(9)
五、气质特点的意义	(10)
第二节 儿童行为发展	(12)
一、概念	(12)
二、儿童心理行为发展的沿革	(12)
三、儿童行为发展的特点	(14)
四、影响儿童行为发展的各种因素	(16)
第三节 儿童智力、行为与营养	(19)
一、营养是心理发展的基础	(19)
二、智力、行为问题的营养学因素	(22)
三、儿童智力和行为问题的营养学防治对策和措施	(28)
第四节 儿童行为与遗传	(33)
一、遗传学的基础知识	(33)
二、儿童期精神障碍与遗传	(35)
三、儿童精神障碍的遗传学预防对策	(38)
第五节 精神疾病的神经生化基础	(41)
一、有关神经生化的基本知识	(41)
二、常见精神疾病的神经生化研究资料	(44)
第二章 儿童期精神障碍的常见症状	(54)
第一节 精神活动异常的概念	(54)

第二节 精神疾病的症状	(55)
一、感知障碍	(55)
二、情感障碍	(57)
三、言语和思维障碍	(59)
四、行为动作障碍	(64)
五、注意障碍	(65)
六、记忆障碍	(66)
七、智力障碍	(67)
八、意识障碍	(68)
第三章 儿童行为评定量表	(69)
第一节 量表概述	(69)
一、量表评定的特点	(69)
二、量表的构成	(70)
第二节 量表的选择和应用	(71)
一、量表的选择	(71)
二、评定量表的使用和注意事项	(73)
第三节 几种常用的量表	(76)
一、艾森博克儿童行为量表	(76)
二、Rutter 儿童行为量表	(77)
三、孤独症儿童行为量表	(78)
四、儿童适应行为评定量表	(79)
五、婴儿—初中学生社会生活力量表	(82)
第四章 儿童期常见的行为问题和精神障碍	(84)
第一节 儿童孤独症	(84)
一、概述	(84)
二、患病率	(85)
三、孤独症的表现	(86)
四、病因	(90)
五、治疗	(93)
第二节 多动综合征	(95)
一、病因	(97)
二、临床表现	(99)
三、实验室检查	(102)

四、诊断与鉴别诊断	(103)
五、治疗	(105)
第三节 品行障碍	(109)
一、概念和分类	(109)
二、发生率	(109)
三、品行障碍的有关因素	(110)
四、临床表现	(113)
五、诊断标准与预后	(116)
六、治疗	(118)
第四节 抽动障碍	(119)
一、抽动症	(120)
二、抽动秽语综合征	(121)
第五节 儿童精神分裂症	(128)
一、概述	(128)
二、临床表现	(130)
三、病因	(132)
四、病程和预后	(133)
五、诊断	(134)
六、治疗	(136)
第六节 儿童情感性精神病	(139)
一、概述	(139)
二、临床表现	(140)
三、病因	(141)
四、诊断	(142)
五、病程和预后	(145)
六、治疗	(145)
第七节 癫痫性精神障碍	(147)
一、发病率与患病率	(147)
二、病因和发病机理	(148)
三、临床表现	(150)
四、诊断与鉴别诊断	(154)
五、治疗和预防	(155)
第八节 心身疾病	(156)

一、社会心理应激对人类健康与疾病的影响	(157)
二、心身医学研究范围	(159)
三、躯体疾病对患儿心理的影响	(159)
四、常见的心身疾病	(160)
第五章 儿童精神疾病的治疗	(167)
第一节 药物治疗	(167)
一、精神药物的种类、适应症及其常用剂量	(167)
二、精神药物的禁忌证	(170)
三、精神药物选择及用药的一般原则	(170)
四、药物治疗中常见的副反应	(171)
第二节 特殊问题的处理	(172)
一、拒食	(172)
二、伤人行为	(173)
三、自伤行为	(173)
四、自杀	(174)
第三节 儿童精神疾病的心理治疗	(174)
一、个别心理治疗	(175)
二、集体心理治疗	(176)
三、家庭治疗	(176)
第六章 儿童行为问题的矫正	(178)
第一节 行为矫正发展简况	(178)
一、精神分析疗法与行为矫正的区别	(180)
二、行为治疗与行为矫正的区别	(180)
第二节 行为矫正的理论基础	(181)
一、经典条件反射理论	(181)
二、操作性条件反射理论	(182)
三、认知行为矫正理论	(183)
四、社会学习理论	(183)
第三节 行为矫正的方法与原则	(184)
一、正性强化法	(185)
二、惩罚法	(187)
三、负性强化法	(189)
四、消退法	(190)

五、代币制	(190)
六、示范法	(192)
七、厌恶疗法	(192)
八、脱敏法与系统脱敏法	(193)
九、塑形法	(194)
十、锁链法	(195)
第四节 儿童行为矫正与训练	(196)
一、暴怒发作	(196)
二、攻击行为	(197)
三、自伤行为	(198)
四、社会退缩行为	(198)
五、顽固性习惯	(199)
六、多动行为	(199)
七、遗尿	(200)
八、儿童期恐惧	(200)
九、强迫行为	(201)
十、生活自理能力的训练	(202)
第七章 孤独症儿童的行为训练	(203)
第一节 生活自理能力训练	(203)
一、穿脱衣服训练	(204)
二、饮食自理训练	(205)
三、大小便习惯训练	(207)
四、训练洗手、洗脸	(208)
第二节 语言能力训练	(209)
一、呼吸训练	(209)
二、口型和发音训练	(209)
三、单词训练	(210)
四、说句子训练	(211)
五、复述和对答能力训练	(211)
六、表示肯定和否定概念训练	(212)
七、诵读文章及表达能力训练	(212)
八、语言理解训练	(213)
九、文字训练	(215)

第三节 认知训练	(215)
一、听觉训练	(216)
二、视觉训练	(216)
三、痛、温、触觉的训练	(217)
四、识别颜色	(217)
五、识别形状	(217)
六、数概念的学习与训练	(218)
第四节 交往训练	(220)
第五节 运动训练	(222)
一、基础感觉输入训练	(223)
二、大肌肉运动训练	(222)
三、小肌肉运动训练	(223)
第六节 行为问题的矫正	(224)
一、情感爆发	(224)
二、自伤行为	(224)
三、自我刺激行为	(225)
四、对他人的危害	(225)
五、多动	(226)
六、徘徊	(226)
附录 1 艾森博克 (Achenbach) 儿童行为量表 (家长用, 适用于 4—16 岁)	(228)
附录 2 儿童心理卫生调查表 (Rutter 量表)	(233)
附录 3 孤独症儿童行为量表 (ABC 量表)	(235)
参考文献	(239)

绪 论

人们的精神活动在身体内外各种有害因素作用下造成大脑功能紊乱时,可能导致不同程度的精神疾患,表现为感知觉、思维、情感和意志行为活动等方面的异常。一般认为,当这种异常达到一定的严重程度,并使其社会功能受到显著影响或对他人,对周围环境构成严重干扰,并且持续一定时间,这样,便可认为该人患有精神疾患。一般来说,精神障碍、精神病都属于程度不同的精神疾患。儿童行为问题常常是指那些发生在儿童时期某一发育阶段的个别症状或一组症状构成的综合征。它们一般没有严重的病因学基础,症状本身对儿童的社会功能不造成明显影响。当这一时期过去或改善环境,症状会明显减弱或消失,如口吃、吮拇指、咬手、咬衣襟、孤独、羞怯、恐惧、攻击、不成熟、抽动、遗尿等问题。当然,若处理不当,症状可能加重而危害儿童身心健康。

儿童时期是个体的生理功能和心理活动都处于迅速发育、发展和变化的时期。由于不同年龄阶段的生理、心理特点的影响,在这一时期儿童的精神障碍,无论在症状表现、病因方面都受到年龄因素的显著影响。以先天性或遗传性生理功能缺陷、代谢异常为主要原因的某些精神发育迟滞、发育延迟和弥漫性发育障碍(包括孤独症等),一般发病年龄越小,症状越重。若早发现、早治疗、早干预,可能会得到较好的后果。

根据世界卫生组织国际疾病的诊断和分类第十版(1990)和美国精神疾病诊断手册第三版修订版(1987)的分类原则,对只

起病于儿童期的精神发育迟滞、心理发育障碍、行为和情绪障碍单独区分出来。我国精神疾病分类方案与诊断标准第二版(1989)也有类似的分类,只是将心理发育障碍中的弥漫性发育障碍称为儿童精神病,把特定性言语和语言发育障碍与特定性学校技能发育障碍统称为特殊功能发育障碍。为统一起见,本书基本使用国际疾病分类和诊断标准,必要时参照其他两种标准。以下作一简介:

1. 精神发育迟滞 它是在个体发育阶段(通常指18岁以前)构成智能的认知、语言、运动和社会能力的发育受阻或发育不全。表现为智力水平的减低,并由此导致了个体的社会技能不能适应日常社会,或者不能达到日常社会生活对该年龄提出的能力水平。如由于认识功能缺陷而不能达到同年龄水平的计算、阅读、书写和交谈的能力。需要对他们进行专门的教育和训练来发展其技能,弥补缺陷。但他们仍然很难从事技术性的工作,而比较适合半技术性或非技术性的工作。严重病例的结局可能会是终生残疾,需要他人照顾监护。

2. 心理发育障碍 本组包括言语和语言发育障碍、学校技能发育障碍和弥漫性发育障碍。本组障碍均起病于婴幼儿期或童年早期,表现为功能发育损害或延迟。多数患儿功能受损涉及语言、视觉—空间技能和/或共济运动方面,这与中枢神经系统的生物学成熟过程密切相关;病程恒定,从刚刚能够可靠地测出时就已存在。然而,此时大多数已不能从病史中发现患儿既往有过确切的正常发育期。这种障碍在男孩可数倍于女孩。本组疾患以发病年龄小、发育障碍涉及社会交往、语言交流和行为刻板为特点的儿童孤独症为代表。

3. 行为与情绪障碍 本组包括多动性障碍、抽动障碍、特发于童年的情绪障碍、品行障碍和其他行为障碍,如遗尿症、口吃等。多动障碍的主要特征是,在需要认知参与的活动中,缺乏注

意与持久。同时伴有组织不好、调节不良和过度活动。这类儿童可伴发几种其他异常，如情绪不稳、冲动、违纪、社交不良，他们常常是不接受管教与约束，缺乏正常的谨慎和克制。由于得不到其他孩子的欢迎而变得孤独。这种继发的行为问题往往在一个病例中有重叠。抽动障碍是一种突然发生的不随意、快速、反复的非节律性运动或发声抽动，患儿常常出现单纯抽动，但伴有各种情绪紊乱者亦不少见。

特发于童年的情绪障碍，主要的临床形式为离别焦虑、恐怖性焦虑、社交性焦虑。表现为儿童离别亲人时所出现的过度焦虑不安，害怕离开亲人，拒绝分离，从而影响到社会功能，如拒绝就寝、拒绝离家、拒绝上学，并会反复出现躯体症状如胃痛、呕吐等。以上这类行为和情绪障碍几乎都随着年龄增大而逐渐减轻或消失。这种情况属于儿童发育过程中的异常现象，但不是性质的异常，如遗尿、口吃、吮拇指、挖鼻孔等。此类表现也常与儿童情绪不佳、孤独、无聊等处境有关。调整环境，改善情绪以及随着年龄增长，以上症状随之减轻或消失。因此，有理由将儿童期的这类情绪障碍与成人的以情绪障碍为突出表现的神经症和情感性精神病区分开来，称其为特发于儿童期的情绪障碍。

儿童精神障碍的整个范畴除了包括特发于儿童期的精神疾患以外，还包括可发生于儿童期的其他精神疾患，如精神分裂症、情感性精神病、癫痫性精神障碍和脑器质性精神病等。这类疾病的发病年龄通常在青春前期，一般不伴有发育障碍的问题。

精神分裂症发生在儿童期称为儿童精神分裂症，它是一种严重的精神疾患。发病早期以个性变化、情感淡漠、行为退缩和具有特征性的幻觉和思维联想松弛为主要表现。在一些病例中，时常可见到同胞嫉妒及非血缘观念（即患儿认为自己的父母并非亲生），这些在成人中不常见到的症状。一般发病年龄越小，起病越慢，病程越长者，预后越差，造成今后社会功能残疾的可能性也