



残疾人体育

主编 徐莉
叶加宝



天津科学技术出版社

残疾人体育

主编 徐 莉 叶加宝



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

残疾人体育/徐莉,叶加宝主编. —天津:天津科学技术出版社,2005

ISBN 7-5308-4044-4

I. 残... II. ①徐...②叶... III. 残疾人体育—高等学校—教材 IV. G811

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 120888 号

组 织 者:天津体育学院

责任编辑:张华新

版式设计:雒桂芬 邱 芳

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话(022)23332393(发行部) 23332390(市场部) 27217980(邮购部)

网址:www.tjkjchs.com.cn

新华书店经销

天津市蓟县宏图印务有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 8.25 字数 191 000

2005 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

定价:20.00 元

编者名单

主 编 徐 莉 叶加宝
编 者 金 梅 张运亮 宋 珏 戴 昕

序 言

残疾人体育事业是一项神圣而伟大的事业。能为残疾人朋友贡献微薄之力是残疾人体育工作者的共同心愿。《残疾人体育》一书的出版既是残疾人体育事业发展的需要,也是体育院校办特殊教育专业以及残疾人体育专业建设的需要。

我国自1983年成立中国残疾人体育协会以来,中国弱智人体育协会、中国聋人体育协会及全国各省、自治区、直辖市残疾人体育协会也相继成立。它们在福利企事业单位、社区、特教学校广泛开展了形式多样的群众性残疾人体育活动;举办了各级残疾人体育业务培训班近300个,万余人次接受了培训;参加地、市、县级举办的残疾人运动会和选拔赛的业余运动员累计已达到20余万人次,并成功地举办了五届全国残疾人运动会,近40次全国单项赛事,参赛项目由20世纪80年代的4个拓展到14个。另外,中国残疾人体育协会相继加入了国际残疾人奥林匹克委员会(IPC)、国际残疾人体育组织(ISOD)、国际盲人体育协会(IBSA)、国际脑瘫人体育协会(CP-ISRA)、世界聋人体育联合会(CISS)、国际轮椅运动联合会(ISMWSF)、国际特殊奥林匹克委员会(SOI)、远东及南太平洋地区残疾人运动联合会(FESPIC)等组织。自1982年以来,我国参加了五届残疾人奥运会、五届“远南”残疾人运动会、四届特殊奥运会、两届聋人奥运会以及盲人运动会和多项世界锦标赛,获得1890余枚金牌,破(超)214项世界纪录。中国残疾人体育代表团在1996年美国亚特兰大举行的第十届残疾人奥运会上,首次进入世界残疾人体育“十强”,2000年第十一届残疾人奥运会,中国体育代表团位居金牌榜第六位。中国代表团在第四、五、六、七、八届“远南”残疾人运动会上连续获得金牌、奖牌总数第一。

在2004年残疾人奥运会上,夺取63金、46银、32铜共141枚奖牌,第一次成为各参赛代表团的“领头羊”,实现了历史性突破。2005年1月,中国代表团在第二十届聋人奥运会比赛中,收获5枚金牌、8枚银牌和4枚铜牌,名列金牌总数的第九名。在2005年2月26日至3月5日的第八届世界冬季特奥运动会上,中国特奥运动员发扬“勇敢尝试,争取胜利”的精神,参加了全部7个大项中的越野滑雪、速度滑冰、花样滑冰、雪鞋走、地板曲棍球等5个项目的比赛,获得金牌37枚、银牌22枚、铜牌16枚,实现了我国特奥代表团在冬季特奥运动会上的历史性突破。中国残疾人竞技体育运动已走在世界的前列。

随着中国上海申办2007年特奥会及北京申办2008年残奥会的成功,中国残疾人体育事业将进入新的发展时期。为了跟上残疾人体育事业的发展,体育学院



几位热衷于残疾人体育事业的青年教师联手写了这本书。它是人们了解残疾人体育理论的书籍,是进入残疾人体育研究领域的入门教材,是专业学生的教科书。

本教材从残疾人的角度阐述体育方面多学科问题,这在以往的教科书中是没有的。以此作为残疾人体育教科书的起点,抛砖引玉,希望有更多的残疾人体育方面的教材出版问世,为残疾人朋友、为残疾人体育事业贡献出自己的微薄之力。

孙延林

前 言

残疾人体育是体育学科中一个大的分支。以往我们所讲授的体育学科大都面对正常人群,涉及到残疾人群体育方面的知识很少。其实就体育学科而言,体育应包括正常人群体育和残疾人群体育,而以往我们只注重正常人群体育现象和规律的揭示,忽视了残疾人群体育现象和规律的总结和概括。随着我国残疾人体育事业飞速发展,残疾人体育现象和规律的揭示已迫在眉睫,而本书是专门研究残疾人体育现象,揭示残疾人体育规律的一本教材。从所涉及到的学科知识讲,既包括社会学知识也包含自然科学知识。所以,它是残疾人体育科学的总论。本教材适用教学对象为体育院校特教专业、残疾人体育专业的学生以及体育院校其他专业的学生。

目前,国内已有几所体育院校开办特教本科专业及残疾人体育研究生专业,但残疾人体育方面的专业用书及参考用书一直比较匮乏。已出版的有关残疾人体育方面参考用书存在两个方面问题:一是出版的时间较早,有些内容老化,已跟不上时代的要求;二是图书种类相对较少,可供专业大学生使用的参考资料更少。而我国上海 2007 年将承办特奥会,北京在 2008 年承办第 13 届残奥会,面对这种形势,我们亟需解决两方面的问题:一是对残疾人体育专业和体育学院特殊教育专业学生专业知识构建的问题;二是对体育院校的非上述专业学生,有关残疾人体育方面知识普及的问题。天津体育学院早在 2001 年就开始编写有关残疾人体育方面的教学讲义,经过 4 年的努力,终于能在 2005 年正式出版《残疾人体育》一书。这本书是集残疾人体育方面的理论、教学、训练、锻炼及康复、管理知识为一体的综合性很强的教科书;本书由天津体育学院的孙延林作序,涂莉撰写前言和第一章第七节、第二章第一节、第四章第二节;叶加宝编写第六章;金梅编写第一章第一至六节,第二章第二节,第三章第三节;宋珏编写第三章第一、二节;张运亮编写第二章第三节、第三章第四节、第四章第一节;北京首都体育学院戴昕编写第五章。全书由涂莉统稿。本书涉及的学科面较宽,因此它是进入残疾人体育专业领域的一本很好的入门教材,是了解残疾人体育方面系统知识的总论。同时,这本教科书的内容结构也体现了残疾人体育方面研究内容的方向和特点,即多学科性、广泛综合性、实践性以及对其他体育学科的依赖性。随着我国残疾人体育事业和专业建设的不断发展,它也将成为残疾人体育学科分化的基础教材。我们希



残疾人体育
Canjiren Tiyu

望此书的出版,不但能弥补专业教材的空白,而且为我国的残疾人体育事业发展贡献出微薄之力。编写时间仓促,书中难免存在疏漏,恳请同行专家多提宝贵意见和建议。

徐 莉

目 录

第一章 残疾人与残疾人体育概述.....	(1)
第一节 智力残疾.....	(1)
第二节 学习障碍及注意力缺乏症.....	(5)
第三节 情绪和行为障碍.....	(7)
第四节 视力残疾.....	(10)
第五节 听力残疾.....	(12)
第六节 肢体残疾.....	(14)
第七节 残疾人体育.....	(16)
第二章 残疾人学校体育教育.....	(22)
第一节 残疾人学校体育教育的目的任务.....	(22)
第二节 残疾人学校体育教育的教学原则.....	(23)
第三节 残疾人学校体育教学方法与要求.....	(24)
第三章 残疾人竞技体育.....	(32)
第一节 医学和功能分级的依据.....	(32)
第二节 医学和功能分级的标准及具体项目医学分级.....	(33)
第三节 残疾人体育运动项目及规则.....	(43)
第四节 残疾人竞技训练原则.....	(58)
第四章 残疾人体育锻炼的基本原理.....	(69)
第一节 残疾人体育锻炼的基本原则.....	(69)
第二节 残疾人体育锻炼方法.....	(73)
第五章 残疾人体育康复.....	(88)
第一节 精神发育迟滞者的体育康复.....	(88)
第二节 低视力者的体育康复.....	(91)
第三节 听力语言残疾的体育康复.....	(92)
第四节 肢体及其他残疾的体育康复.....	(94)
第六章 残疾人体育管理.....	(106)
第一节 残疾人体育管理组织.....	(106)



第二节	残疾人体育有关法律.....	(108)
第三节	残疾人体育管理原理.....	(109)
第四节	残疾人体育管理方法.....	(114)
第五节	残疾人体育管理内容.....	(119)
参考文献.....		(122)

第一章 残疾人与残疾人体育概述

自从有了人类,就有残疾人。残疾是人类发展进程中不可避免地要付出的一种代价。残疾人是一个特殊的群体。在我国,残疾人约占人口总数的五分之一。

“残疾”是指因外伤、疾病、发育缺陷或精神因素造成明显的身心功能残疾,以致不同程度地丧失正常生活、学习和工作的一种状态。而“残疾人”是指在心理、生理、人体结构上,某种组织、功能丧失或者部分正常,全部或者部分丧失以正常方式从事某种工作能力的人(残疾人工作基本知识读本)。1980年《国际残疾分类》将残疾分为三个独立的类别,即病损(Impairment)、残疾(Disability)、障碍(Handicapped)。我国一般分为五类残疾,即智力残疾、听力残疾、视力残疾、肢体残疾、精神残疾。本章主要介绍智力残疾、视力残疾、听力残疾、肢体残疾、学习困难、情绪和行为障碍等六个残疾类别。

第一节 智力残疾

一、智力残疾

智力残疾的称谓很多,且提出的角度不同。在医学上称其为精神发育不全、精神发育迟缓;在教育和心理学上称其为智力落后、智力残疾、智力低下、弱智;在我国法律上称其为智力残疾。日本称智力残疾为精神薄弱。名称虽然各异,但所指的对象都是智力水平低于正常的人。

1986年,我国参照美国智力缺陷协会的定义,对智力残疾定义如下:智力残疾,是指人的智力明显低于一般人的水平,并显示出适应行为的残疾。智力残疾的含义包括:在智力发育期间(18岁以前),由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟缓;智力发育成熟以后,由于有害因素导致的智力损害或老年期的智力明显衰退。

二、支持辅助需求程度的分类

支持辅助是美国智力落后协会最新提出的分类系统。它认为,适当与适时的支持辅助,可以增进智力落后者的适应能力及成功的统合。支持辅助可以是持续终身的,也可以是变动不定的,而任何时候都应该尽可能用自然的支持辅助。

1. 间歇的

以一种零星的、视需要而定的支持辅助。个体并非经常有此需要,或者只是生命中某个阶段需要支持辅助,例如,失去工作或疾病状态。间歇支持辅助的程度可能有高有低。

2. 有限的

支持辅助仅限于某种经常性、短时间的需求(即时间上有限度,但并非间歇性的)。与需求程度较高者相比较,个体也许只需要较少的工作人员和较低的成本,例如,短时间的就业培训,或从学校过渡到成人就业阶段的转变时期的支持。



3. 广泛的

支持辅助的特征是至少在某种环境有持续的、经常性的需要,例如每天,并且没有时间上的限制。

4. 全面的

支持辅助的特征是恒常的,需求程度高,在多种环境中有限的辅助更具有强制性,需要更多的工作人员参加。

三、智力残疾的分类和鉴别

1. 分类

世界卫生组织把造成智力落后的病因分为十大类:感染和中毒;外伤和物理因素;代谢障碍或营养;大脑疾病(产后的);由于不明的产前因素和疾病;染色体异常;未成熟儿;重性精神病障碍;心理社会剥夺;其他和非特异性的原因。有人从医学的角度出发将智力落后的病因分为两大类:伴有医学异常的智力落后病因;不伴有医学异常的智力落后病因。也有人依照人体发育阶段将智力落后的病因分为三类:出生前因素;围产期因素;出生后因素。

2. 鉴别

对智力残疾的鉴别是一件复杂的事情。根据智力残疾的定义,主要从智力水平和社会适应水平两方面评定。目前智力残疾的鉴别通常采用测验法和评定法两种。测验法是用智力量表,按测得的智商值高低进行智力评价。评定法使用评定量表,按适应行为能力的高低进行评价。

测验法分筛查法和诊断法。筛查使用的量表和测验是简单的,稍受训练的非专业人员就可以使用;而诊断用的量表和测验经过专业训练的人员才可以使用。我国残疾人抽样调查时,国家认可和推荐使用的一部分筛查和诊断工具如下。

(1)筛查量表 丹佛发展筛查测验(修订版)(DDST-Revision)和丹佛发育筛查询问表(Denver Prescreening Developmental Questionnaire),适用于0~6岁儿童;画人测验,适用于4~12岁儿童;简易儿童智力筛查测验,适用于6~16岁儿童少年;少年儿童学习能力测验,适用于小学及初中学生。

(2)适应行为评定量表 对于适应行为的评定工具,我国目前在临床和特殊教育领域比较多地采用美国智力落后协会制定的社会适应量表——文兰社会成熟量表。近些年,我国一些组织和个人在参考国外量表的基础上也修订了适合国内使用的适应行为评定量表,如我国“0~14岁儿童智力低下流行病学全国协作组”将日本东京大学山木安正教授等编制的《S-M社会生活能力测量量表》修订为适合我国使用的《婴儿-初中学生社会生活能力测量表》;湖南医科大学临床心理研究中心姚树桥教授编制的《儿童使用适应行为评定量表》等。

四、智力残疾学生的身心特点

智力残疾儿童,从其外观来看,具有常常发呆、呆头呆脑、眼睛暗淡无光、动作迟钝缓慢、没有表情、不会自觉与人交往、或兴奋或沉默等特点。诺克斯教授(Doctor Knox)认为具有心理缺陷的智力残疾儿童,表现最普通的特征是:对自己所获得的知识不能运用;不善于推理和判断,对于大小、形状、形式不能正确地分辨;缺乏天赋的才能与创作的能力;不善于怀疑和记忆;自



自尊心过分强;自私、缺乏利人的思想;情绪不稳定,喜怒无常;暗示感受性极强;不能抵抗引诱;脑部早衰,缺乏支持的力量。

1. 身体发育特点

智力残疾儿童在生理方面(即他们身体的结构与组织)与正常儿童有没有什么不同呢?近几年研究一致认为,智力残疾儿童与正常儿童存在某种差异。如临床类型病症的小头症、克利汀病、唐氏综合征、脑水肿、苯丙酮尿症等,其身体的全部或部分具有与正常儿童不同的显著特征,主要表现在体态发展上(指残疾儿童的身高、体重、胸围、坐高等)和功能发展上(脑部和神经组织发展速度慢,影响身体功能发展)。例如, Gesella 发表的《智力正常儿童与智力残疾儿童行为发展的比较研究》一文说,轻度智力残疾儿童出生后 8 周,运动功能较正常儿童落后 2 周之多;到了 3 岁,则落后 1 年以上。

(1)智力残疾儿童的身高、体重 智力残疾儿童的身高、体重与正常儿童之间的差别,虽不像心理差异那样明显,但就一般情况看,智力残疾儿童身高、体重、骨骼形成较差,发展速度较慢,成熟也晚,相差程度还随缺陷深度而有扩展。但经过特殊训练,多数(轻度)智力残疾儿童的身高、体重可以接近正常,甚至有些可以超过正常儿童。

(2)智力残疾儿童的身体异常性 智力残疾儿童的身体异常是由发展过程的残疾和大脑的器质性残疾,在身体的形态和功能上表现出来的。常见的有如下几种。

①畸形,身体的器官形成异常状态。它是由遗传因子或胎儿内环境(胎儿期放射线的照射)等原因引起的。一般在神经系统方面的畸形较多,常见种类包括小头症(无脑症)、兔唇、扁平足、心脏畸形、颈椎破裂等。

②疾病,比较常见的疾病有小儿麻痹和痉挛两种。麻痹现象表现为四肢肌肉紧张,手脚活动困难,精神越兴奋,越容易看出来。痉挛现象表现为不随意的肌肉挛缩,四肢发生律性运动,如果伴有心因性,多属癲性痉挛。

③由大脑器质性残疾引起的智力残疾儿童,经常伴有视觉残疾(弱视、远视、斜视等)、小眼球、白内障、色盲及听力残疾(聋、重听)、语言残疾等并发症。

2. 智力残疾儿童的运动特点

智力残疾儿童由于脑部残疾,不但智力低下,同时还兼有各种行为异常。因为脑部是精神活动、身体器官功能的根源地,除根本智力外,其他的视、听、语言、情感等各种方面的活动,都与脑部各分区功能有关。智力残疾儿童脑部的残疾,可能同时涉及若干不同功能领域,因此,智力残疾儿童除智力低下外,还常伴有行为异常。

研究表明,智力残疾儿童在动作的控制方面常不如正常人。从把握自由运动的速度和肌肉联合动作的测验看,智力残疾儿童的成绩都次于正常儿童。且智力残疾儿童联合动作的发展较迟,学习跳跃、攀缘、下梯等联合的动作,均感到困难。重度智力残疾儿童还有身体前后摇摆、走前推后、自己打自己耳光、撕拉自己的耳朵、揪抓自己的头发、顿足、伴笑及点头等情况。

3. 情绪和人格特点

智力残疾儿童的情绪不如正常儿童稳定,情感长时间不分化。极重度智力残疾儿童基本没有情绪与情感反应;中度智力残疾儿童有快与不快的情感;轻度智力残疾儿童在情绪方面较为复杂,他们有怕、怒、忧愁、惊讶、情爱和厌恶等情绪的表现,他们在决断某项事情时受自我中心情绪的影响,理智调节情感能力减弱,对于高级的情感则产生晚、发展慢。



人格特征方面,多表现为生活缺乏一般活力,诸如求知、好奇、与人交往、获得成功、自我实现的需求都较薄弱。情绪不稳、不镇定、容易行动、固执、自我控制力或自信心不足。同时注意力(包括范围和集中度)分散,不专心,容易被外界刺激引诱而分心。

4. 社会性特点

智力残疾儿童在社会性的发展上,一般显示落后。他们对于社会生活适应能力非常缺乏,日常生活中,处处都需要别人帮助。由于社会中的人们(包括父母、教师)对其基本特征不理解,使他们自然产生一种压力,导致其次级特征的出现,如消极逃避、反抗攻击、神经症等。他们很容易接受别人的暗示,又不敢向别人发问,因此,智力残疾儿童易听别人的指挥,甘愿屈服,也有暴力行为。

(1)消极、逃避特征 即缺乏自信与干劲,对外界不关心,逃避人群,表现自卑感。形成这种特征的原因,或是父母过分爱护,或是家庭中经常的歧视与虐待,或是生活中不断经受失败、打击等。

(2)反抗、攻击特征 即脾气暴躁、容易发怒,并给周围人或事物以破坏性行为。尤其在青春期,感情不稳定,略有不满意就拳打脚踢。这种行为是由于智力残疾儿童心理需求得不到满足,受到挫折和打击带来的;也是智力残疾儿童为了表现自己,以引起人们注意而采取的报复性行为。

(3)神经性的特征 即智力残疾儿童同人交往未能如愿以偿,或遭遇到别人的嘲笑、歧视等不当的压力,而引起的情绪残疾。表现如头痛、呕吐、尿床、口吃、偏食、食欲减退、拒绝上学等神经性特征。这类特征可通过教育环境的变化和心理治疗等方面给以矫正。

(4)不良行为 在 20 世纪初,研究认为有些智力残疾儿童是遗传性犯罪者,智力残疾是形成不良行为与犯罪的原因。以后的研究分析逐渐证实,不良行为与智力的关系不大,同时否定了犯罪遗传性说法。但不能否认,智力残疾中有不良行为的存在,就其特征来讲,很少有诈骗犯、图财害命者,而更多为盗窃、放火、暴力(伤害)性的不良行为。但这类行为并非是在有组织有计划下进行的,而是由于智力低下,洞察力不足,无法判断是非、善恶,对于自己喜爱的目标,表现原始的反应或由于情绪冲突、自卑等所导致的补偿行为的结果。

五、唐氏综合征(Down's Syndrome)

唐氏综合征是第一个混合有精神发育迟滞的综合征。实际上,古代人对唐氏综合征的临床表现就已经有相当的认识,考古学家曾经挖掘出一个 7 世纪有典型唐氏综合征体征的颅骨。在 16 世纪的一些素描画中也可见到某些具有唐氏综合征样面容的儿童。1866 年,一位叫 John. Langdon. Down 的医生第一次对唐氏综合征的典型体征,包括这类患儿具有相似的面部特征进行完整的描述,因此,这一综合征以其名字命名为唐氏综合征。

1. 发病率

唐氏综合征又称 21-三体综合征,国内又称为先天愚型、伸舌样痴呆,它是由于细胞内 23 对染色体中最小的一对,即 21 号染色体增加了一条所致。智力发育不全是唐氏综合征最突出的表现。据统计染色体异常在新生儿中的发生率为 5%~6%,唐氏综合征约为 1/750,绝大多数病人属随机发生,但随母亲生育年龄的增长其发生率随之升高,一般母亲年龄在 35 岁以上,该患儿的出生率可高达 1/350。大部分唐氏综合征患者都属于轻度或中度智力残疾。



2. 外形特征

在躯体症状方面,唐氏综合征儿童出生时一般体重和身高偏低,肌张力低下。另外,面容特殊,两外眼角上翘,鼻梁扁平,舌头常往外伸出,肌无力及通贯手。绝大多数为严重智能残疾并伴有多种脏器的异常,如先天性心脏病、白血病、消化道畸形等。从生长模式方面,唐氏综合征儿童第一年的体重增长相对身高而言是较轻的,但是,接下来几年的情况却相反,在儿童期的早期,半数的儿童是超重的。然而,唐氏综合征儿童相对于正常同龄儿,活动强度相同,但消耗的热量却较少。这一机制是唐氏综合征儿童的静息代谢率较低,因而他们以较少的热量就能够获得相同的体重增加量。

3. 神经发育和行为功能缺陷

典型唐氏综合征婴儿有中心性肌张力低下症和简单动作技能迟缓。大多数唐氏综合征婴儿要到一岁才能坐起来或到两岁才能走路。这些标志性动作的发育,男孩相对女孩稍微迟一点。平均来说,男孩能走路的时间为26个月,而女孩则为22个月。在生后两年内,唐氏综合征儿童看起来似乎没有认知功能的残疾,但是到了两岁以后,明显的语言发育迟缓就出现了;唐氏综合征儿童要到两岁以后才开始说简单的言语。在学龄期进行心理上的测试发现,85%的唐氏综合征儿童智商在25~60间,这意味着他们存在有精神发育迟滞,需要间断有限的支持指导。在人格方面,多数唐氏综合征儿童表现为脾气好、重感情、温顺、愉快,有时固执或顽皮但无害于他人,很少说谎或偷窃。有时对周围的事物毫无兴趣,呆笨而少活动,也有的易激惹、违拗、有破坏性。一部分唐氏综合征儿童到了成年可能发生认知或心理学功能的退化,经常表现为行为和学习能力的退化。

4. 早期干预

唐氏综合征儿童的父母亲,应对儿童采取一系列措施,包括教育程序的早期干预、额外的安全收入、地方和国家的支持工作计划,如唐氏综合征学会和唐氏综合征集会及延期医疗保健专项。唐氏综合征儿童要有一个长期的包括早期干预在内的干预计划。研究表明,早期干预能改善唐氏综合征儿童的运动和发育功能。

第二节 学习障碍及注意力缺乏症

一、学习障碍

学习障碍亦称“特殊学习障碍”,是一种复杂的残疾类别,中国称“学习困难”。迄今对于学习障碍国内外尚没有统一的定义,但比较权威、运用比较广泛的是美国学习障碍全国委员会提出的定义。学习障碍系不同学习异常的统称,其包括在听、说、读、写、推理、数学等方面的获得和使用上出现明显困难,这种异常是个人内在因素引起的,一般认为是中枢神经系统的功能失调所致;这种学习障碍可能发生在任何年龄。因此,学习障碍是由中枢神经系统的功能失调所致,而不是由感官缺陷、智慧不足、严重情绪困扰,或者社会、教育原因造成的;它是独立的一组学习异常问题,区别于由其他障碍或因素引起的学习障碍。

二、学习障碍学生的出现率

关于学习障碍学生的出现率,由于评估的工具不同、标准不同,也没有比较一致的说法。



美国 1991—1992 学年度统计,学习障碍学生占接受特殊教育学生总数的 51.3%,居各类特殊学生之首。我国台湾省 1999 年特殊教育统计年报公布,学习障碍学生占身心障碍学生总数的 39.4%,也居身心障碍学生首位。上海市精神卫生中心儿童行为研究室对全国 14 个省、市学习困难专科咨询门诊的 3 084 名儿童的调查分析发现,专科咨询门诊中轻度和重度学习困难儿童的检出率为 51.1%,其中男、女的比例为 1:1.4。可以看出,学习障碍学生是最大的有特殊教育需要的群体。

三、学习障碍学生的类型

对于学习障碍学生的类型划分也无统一的意见。最早提出学习障碍名称的柯克教授等人,将学习障碍分为发育性学习障碍和学习性学习障碍两类。

发育性学习障碍是指儿童在生长发育过程中,显露出的许多心理功能发展的偏离,这些偏离是经常的,但并不总和儿童学习成绩不良相联系。发育性学习障碍又分为原发性障碍和派生性障碍两种。原发性学习障碍中包括注意障碍、记忆障碍、知觉运动障碍、知觉障碍;派生性障碍中包括思维障碍、语言障碍。

学习性学习障碍是指儿童在学习阅读、拼写、书写、计算等方面存在明显抑制和障碍,表现在儿童的潜在学习能力与其学习成绩之间有较大的不一致性。学习性学习障碍包括阅读障碍、拼写障碍、书写障碍以及数学计算障碍。

四、注意力缺乏症

注意力缺乏症是指持续表现出与年龄不符的注意力不集中、多动、冲动的症状,主要指注意的敏感性、选择性或持久性方面存在的缺陷。常见两种类型:一种是不伴有多动行为,另一种则伴有多动行为。

五、学习困难和注意力缺乏症儿童的行为特征

多动是多数学习困难、注意力缺乏症儿童的特征,年龄越小,越严重。随着成长会逐渐安定下来,但行为方面的多动,会以内化方式残留下来。与多动相反,也有少数学习困难的儿童寡动,他们动作迟钝,没有积极性。并且集中注意的时间较短,易分心,受到微笑刺激就难以控制,难于集中注意力或注意转移能力差。

有些学习困难、注意力缺乏症儿童表现出强烈执着特征,拘泥于自己的爱好和做法,从而影响了他们学习新内容以及与社会交往。有些学习困难儿童在协调运动能力方面发展滞后,还有的表现出学习困难派生的二次症状,如孤僻和冲动等。

六、学习困难、注意力缺乏症的原因与诊断

造成学习困难、注意力缺乏症的原因是多方面的。我们不能把学生的学习困难、注意力缺乏症简单归结为他们脑子笨和不用功。

1. 生理心理方面的原因

儿童在生理心理上存在客观差异,他们的智力水平发展是不一样的,这就使得同样的学习



内容,有的学生学起来得心应手,而有的学生却步履维艰,特别是对那些抽象的难理解内容。有些学生虽然智力水平并不低,但是中枢神经系统功能失常,造成上课注意力不集中、学得慢等问题而导致学习困难。有的学习困难儿童存在心理过程障碍,从而造成潜在能力与实际成就有很大差距。就这类儿童而言,其发展的不均衡在同年龄儿童中相当普遍。

另外,内心的焦虑、紧张、抑郁、寡欢、急躁等心理因素也会影响学生的学习,导致学习困难。

2. 学习态度、学习能力方面的原因

学习者无明确的学习目标,学习不努力,没兴趣,学习上投入的时间、精力少,造成学习困难。学习时不认真,马虎了事,学习不讲究方法和策略,不仅不主动学习,也不善于学习,从而造成学习困难。也有的学生知识技能缺漏很多,客观上他们在学习时,已不能和其他同学站在一条起跑线上,并且差距愈来愈大,从而造成学习困难。

3. 教育教学方面的原因

有些教师认为学生学习困难主要是学生自身的原因,这种看法是不对的。传统的教学强调学生适应教师,现代的教学强调教师适应学生,教学要满足不同学生的学习要求。常见到由于教学目的、教学内容、教学方法、评价标准、奖惩等方面的失当,再加上学生差异的客观存在,给学生带来学习困难。从某种意义上讲,一刀切的教学是造成学生学习困难的根源。如果我们的教学能适应不同学生的要求,学生的学习困难会自然减少。

4. 社会环境方面的原因

不良的社会环境,特别是家庭学习环境欠佳,会影响学生学习,导致学习困难,如家长对子女教育期盼过高或过低,教育方法、态度失当,家庭缺少必要的文化氛围和学习条件等。造成学习困难的因素有些是潜在的,如感觉统合失调(所谓感觉统合是指进入大脑的感觉刺激信息在中枢神经形成有效率的组合)就是造成学习困难的重要原因之一。

以上造成学习困难、注意力缺乏症的原因,概括起来可分为主体因素和环境因素,这两方面处于相互作用中,互为因果。如父母教养方式不当,这是环境因素;而这些不当的教养方式,导致了儿童不良的学习习惯,缺乏学习动机,这又是主体因素。不良的学习动机习惯又导致学习不良,如果教师、同学因此疏远他,就又造成恶劣的学习环境,给他增添学习的困难。

诊断学习困难、注意力缺乏症,了解儿童特殊需要,必须从整体发展的视角出发,运用多种方法测查,如系统地、动态地对儿童学习过程的观察,访谈儿童,让儿童说出学习思维的过程等。也可以运用一些工具测查,如运用《学习适应性测验》引导学生对自己学习态度、学习方式、学习技术等方面进行自我评估、自我调节,教师帮助他们进行分析;教师也可以利用多元智慧调查表对学生智慧的水平和潜能做初步的调查;有条件的学校和教师还可以进一步用标准的智慧测验工具进行测验和分析。针对不同领域和背景知识带来的学习困难,也可以用工作分析的方法找出困难所在,并进行针对性的学习过程训练。

第三节 情绪和行为障碍

一、情绪和行为障碍

中国特殊教育辞典定义情绪障碍儿童为:一组行为表现与一般同龄儿童应有的行为有明