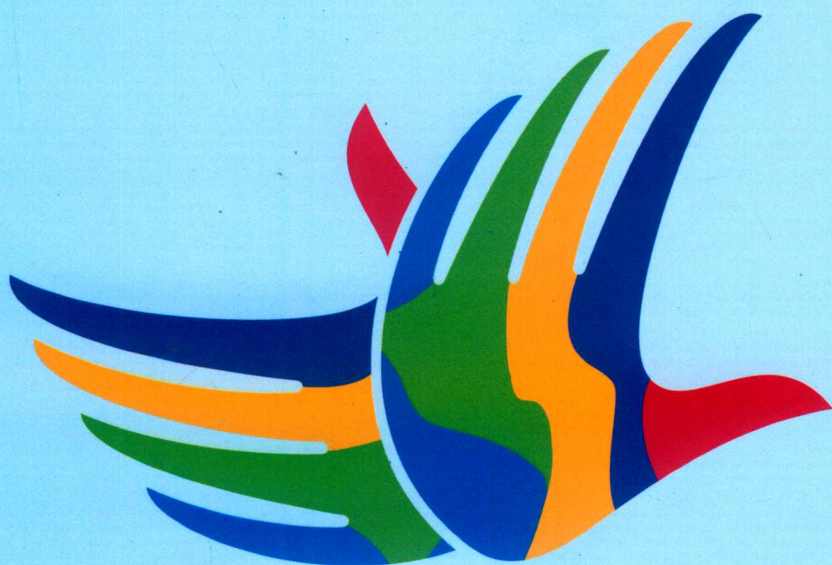


中央文化产业发展专项资金重大项目

听力障碍儿童心理与教育

主编 张宁生 李玉影



郑州大学出版社

中央文化产业发展专项资金重大项目

听力障碍儿童心理与教育

主编 张宁生 李玉影



 郑州大学出版社

郑州

图书在版编目(CIP)数据

听力障碍儿童心理与教育/张宁生,李玉影主编. —郑州:郑州大学出版社,2018.9

ISBN 978-7-5645-5799-7

I. ①听… II. ①张…②李… III. ①听力障碍-儿童心理学
②听力障碍-儿童教育-特殊教育 IV. ①G762

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 209538 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:张功员

全国新华书店经销

河南文华印务有限公司印制

开本:710 mm×1 010 mm 1/16

印张:17.5

字数:429 千字

版次:2018 年 9 月第 1 版

邮政编码:450052

发行电话:0371-66966070

印次:2018 年 9 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-5799-7

定价:42.00 元

本书如有印装质量问题,请向本社调换

作者名单

主 编 张宁生 李玉影

参编人员 (排名以编写章节先后为序)

于玉东 赵 泓 贾 玲

张宁生 李玉影 周志英

罗刚勤 任文忠

前言

— Preface —

本书第一版是全国高等教育自学考试指定教材(特殊教育专业)之一,书名为《听力残疾儿童心理与教育》,2002年由辽宁师范大学出版社出版,我任主编。参编人员有沈阳师范大学胡雅梅、北京联合大学肖阳梅、香港教育学院冼权锋、北京第二聋人学校叶立言、东北财经大学牛玉柏、辽宁师范大学李立洁、陈光华。

16年后的今天,第二版书名改为《听力障碍儿童心理与教育》、内容变动采取了增、删、改、调等方式。参编人员也有很大改动,原参编人员职称都提升了,有的人学历也提高了,读完了博士,随之单位也调动了,但依旧坚守在特殊教育岗位。

新参与编写人员有李玉影、任文忠、周志英、罗刚勤、于玉东、赵泓、贾玲。他们中除了两位是在读的博士生外,其他全部具有高级职称,且有丰富实践经验。他们平时对聋教育和教学问题很上心,又注意积累,这是我很看重的一点。我向来认为,只抱着书本搞特殊教育是飞不高、行不远的。这也是我对已踏入特教园地的青年学子寄予的一点希望:既要注重理论,也绝不轻视实践。

这次修订要特别提到的一点是,我邀请了香港中文大学的邓慧兰教授和台湾师范大学的刘秀丹副教授,用特稿的形式分别介绍了他们当地聋教育发展的最新情况,使本书内容

在一定程度上做到了与时俱进。

另外,我校在读的研究生孟亚迪、王敏、李亚飞等帮助我整理和打印书稿,付出了辛勤劳动。她们工作细致、耐心,具备将来做好特殊教育工作的应有优良品质,我甚感欣慰。

最后,本书责任编辑郑州大学出版社的王卫疆副编审对特殊教育书籍的出版投入了极大的热情,使我们之间的合作非常和谐愉快。总之,天时、地利、人和为我们这本专业书出版创造了得天独厚的条件。

欢迎阅读本书的读者们提出意见和建议。

张宁生

2018年8月9日

于大连

目 录

— Contents —

第一章 听力障碍概述	1
第一节 听力障碍的概念	/2
第二节 听力障碍的出现率和致残原因	/8
第三节 听力障碍的检测	/10
第二章 听力障碍儿童的认知	15
第一节 听力障碍儿童的感知活动	/16
第二节 听力障碍儿童的注意	/23
第三节 听力障碍儿童的记忆	/29
第四节 听力障碍儿童的想象	/37
第五节 听力障碍儿童的思维	/40
第三章 听力障碍儿童的情绪、情感和意志	47
第一节 听力障碍儿童的情绪、情感	/47
第二节 听力障碍儿童的意志	/51

第四章 听力障碍儿童的个性	57
第一节 听力障碍儿童的自我意识	/58
第二节 听力障碍儿童的个性倾向	/63
第三节 听力障碍儿童的个性特征	/68
第五章 听力障碍儿童的品德心理	75
第一节 听力障碍儿童的品德形成	/76
第二节 听力障碍儿童不良行为	/81
第六章 听力障碍儿童的社会适应	87
第一节 听力障碍儿童社会适应的概述	/87
第二节 听力障碍儿童社会适应能力的发展	/95
第三节 听力障碍儿童的社会适应教育	/103
第七章 聋教育的发展和我国聋校教育制度的确立	113
第一节 听力障碍儿童教育的发展	/114
第二节 我国聋校教育制度与教育系统	/122
第八章 聋校的教育与教学	128
第一节 聋校教育的目的和任务	/129
第二节 聋校的教学工作	/132
第九章 听力障碍儿童的语言沟通法与语文教学法	138
第一节 听力障碍儿童的语言沟通法与语文教学法概述	/139
第二节 口语沟通法体系	/142

第三节	手语沟通法体系	/150
第四节	综合沟通法体系	/161
第五节	听力障碍儿童语言沟通法与语文教学法展望	/162
第十章	听力障碍儿童的学习心理学问题	168
第一节	语文学习的心理学问题	/168
第二节	数学学习的心理学问题	/189
第十一章	听力障碍儿童的劳动技术教育	205
第一节	劳动技术教育与听力障碍儿童的心理发展	/205
第二节	聋校的劳动技术教育	/210
第十二章	聋校教师的心理品质及修养	220
第一节	聋校教师的角色	/221
第二节	聋校教师应具备的心理品质	/229
第三节	教师的威信	/233
第十三章	聋校的管理	236
第一节	聋校的教学管理	/237
第二节	聋校的德育管理	/243
第三节	聋校教师的管理	/248
第四节	聋校领导者如何实现领导	/258
参考目录		264

第一章

听力障碍概述

【本章提要】

“听力障碍”这一术语始见于 1987 年中国开展全国首次残疾人抽样调查时,由中国残疾人抽样调查领导小组印发的《五类残疾标准》一文。

在特殊教育学与康复医学领域中,对于与“残疾”相关联的概念,英语中用“impairment”“disability”和“handicapped”三个词做了区分。相应地在汉语中也有“损伤”“残疾”和“障碍”三个词来表达。但是,这种区分一旦与具体的残疾类别相连,则它们间的界限就消失了。因此,“听力障碍”与“听力障碍”无法做实质性的区分。为了使学习者不致为术语所困,本书使用“听力障碍”与“听力障碍”同义;“听力障碍”与广义的“听力障碍”同义,在行文中,会出现交替使用的情况。

听力障碍是指由于各种原因导致双耳听力的减弱或丧失,因而听不到或听不真周围环境的声音。

听力损失的程度有轻有重,损失重的称“耳聋”,损失轻的称“重听”。两种情况可统称为“耳聋”,即广义的听力障碍。

按不同标准可对听力障碍进行不同分类,比如可按听力损失的程度、听力障碍的性质、听力障碍发生的部位、听力障碍发生的时期、听力障碍发生的症状等。

听力障碍者的出现率是指在某一年度,听力障碍患者在某一个年龄段的人口中所占的百分比。

导致听力障碍的因素有先天因素和后天因素两大类。先天因素是指导致儿童在一出生就存在听力障碍的各种因素,如孕妇在孕期感染各种传染病或服用耳毒性抗生素、分娩过程中的胎儿的窒息、缺氧等;后天因素是指导致儿童出生后成为听力障碍的各种因素,如儿童出生后感染各种传染病或因患病使用各种耳毒性药

物等。

常用的听力检查方法有行为观察法和听力检测法。行为观察法是观察儿童在自然状态下,受到声音刺激后有无相应的行为反应,而间接地推断其听力是否正常的方法。听力检测法是由检查者对被检查者主动实施听力检查,是一种直接检查听力状况的方法。

第一节 听力障碍的概念

一、听觉原理与听力障碍

听觉是人的一种主观感觉。人能凭借听觉感知到来自外界的各种声音,并通过分辨这些声音的特点,来认识各类事物。更重要的是,凭借听觉还可以习得语言,进行语言交际活动,这对一个人(特别是对儿童)的心理发展和能否正常参与社会生活是非常重要的。

要搞清听力障碍是怎么一回事,首先要明白人的听觉系统的结构和功能,声波与听觉的关系等问题。

(一) 听觉系统的结构和机能

人耳能听到声音并理解声音的意义,是人的听觉系统各器官共同工作的结果。人的听觉系统主要由外耳、中耳、内耳、听神经和大脑的听觉中枢几部分构成(图 1-1)

1. 外耳部分:包括耳郭、外耳道和鼓膜

耳郭,即人们平常所说的耳朵,实际上是听觉系统中暴露在外面的部分,它呈漏斗状(图 1-2)。耳郭的大部分是有弹性的软骨组织,表面覆以皮肤,下边柔软的、无软骨的部分是耳垂。耳郭的主要机能是收集声波。

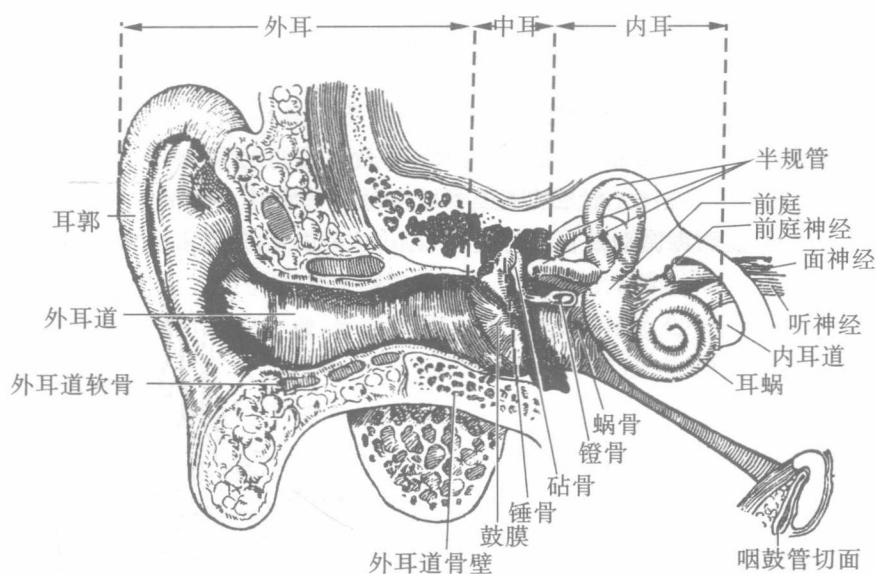


图 1-1 人的听觉系统结构示意图



图 1-2 耳郭

外耳道,是一弯曲的管道,长约 2.5 cm,开口于耳郭的一端为外耳门,另一端到达鼓膜。

外耳道外 1/3 部分是软骨部,内 2/3 部分是骨部。外耳道内壁上有各种腺体,其中一种叫耵聍腺,可以分泌出黄褐色、黏稠状液体叫耵聍,它能粘住来自外界的

灰尘和异物,起到保护耳朵的作用。

鼓膜,是一卵圆形、浅漏斗状的半透明薄膜,边缘厚,中间薄,弹性强,由外耳道传入的声音能引起鼓膜的振动。

2. 中耳部分:包括鼓室、咽鼓管 鼓室,是颅骨内的一小空腔,容积约有 $1\sim 2\text{ cm}^3$,内有听小骨、韧带等。鼓室内壁有比较重要的组织、神经、血管等。

与成人的咽鼓管相比,小儿的咽鼓管显得短而平且粗(图1-3),所以儿童容易因咽部炎症,致使病毒循咽鼓管上行到达鼓室,感染鼓室的组织,引发中耳炎。



听小骨、咽鼓管

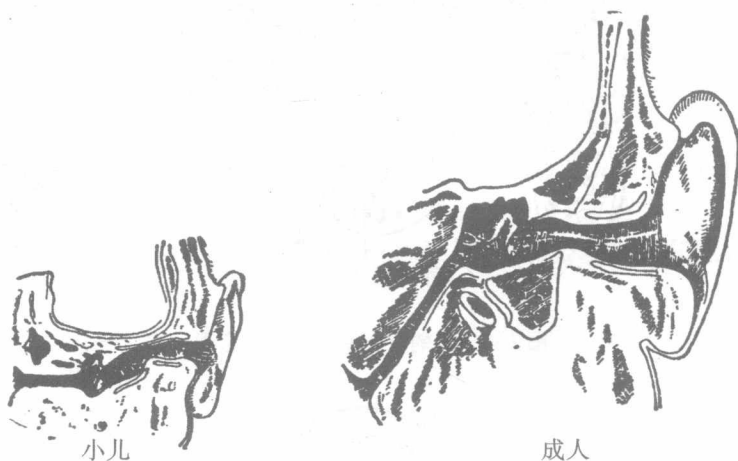


图1-3 小儿咽鼓管与成人咽鼓管的不同

3. 内耳部分:包括半规管、前庭和耳蜗 内耳在颞骨内,由一些构造很复杂的弯曲管道和囊所组成。

半规管、前庭和耳蜗之间相互沟通,都是骨迷路的组成部分。椭圆囊、球囊、膜半规管、膜蜗管是膜迷路的组成部分。

4. 听神经 听神经末梢埋藏于骨质螺旋板和基底膜中,由25 000~30 000根神经纤维组成。这些神经纤维的一端与内、外毛细胞的基底部相接触,另一端集成束组成耳蜗神经,后又与前庭神经会合,形成位听神经进入经内耳门进入颅腔。

5. 听觉中枢 位于大脑的颞横回,在大脑沟外侧。声音不论来自哪只耳朵,听神经进入颅腔后都可以经过四次换元后,把声音刺激引起的神经冲动最终传至大脑颞叶部位皮层听觉中枢。因此,只有声音刺激引起的神经冲动传递到听觉中枢,才能产生听觉;并经过听觉中枢的分析、判断,才能判断出声音的意义。

按照功能划分,外耳、中耳是听觉系统的传音部分,内耳以上是听觉系统的感



骨迷路、膜迷路

音部分。

(二) 声音在耳内的传导途径和听觉特性

1. 声波的传导途径 声波在耳内的传导途径和入耳对声音的感受,概括起来讲就是当声波进入外耳道以后,引起鼓膜振动。鼓膜振动的频率与声波的频率相一致,鼓膜振动的幅度也与声波的强度大小有关。鼓膜发生的振动,通过听骨链的传递又引起内耳前庭阶外淋巴液的振动。外淋巴液的振会引起蜗管内淋巴液的振动,内淋巴液的振动又会引起基底膜的振动。基底膜上面的螺旋器的毛细胞与盖膜的相对位置由此不断发生改变,从而刺激毛细胞并引起毛细胞的膜电位变化。毛细胞的膜电位变化又引起耳蜗神经纤维产生的动作电位,即神经冲动。最终,神经冲动传至大脑听觉中枢而形成听觉。

声波这种通过空气介质传导到耳内的途径,称为气导(图 1-4)。

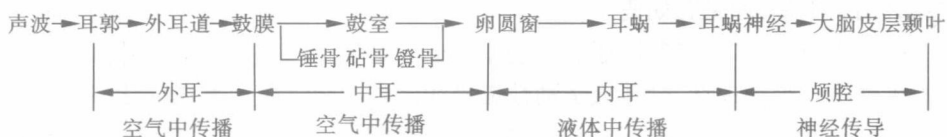


图 1-4 声波空气传导途径示意

此外,声波还可以通过骨传导途径传入内耳,这种声波传导的路径称为骨导。这是因为一定频率和强度的声波在传入外耳道的同时,也作用于颅骨,使颅骨发生振动,颅骨内的内耳器官中的淋巴液随之产生相应的波动,形成神经冲动并传导到听觉中枢。但是,大多数声波到达颅骨时会被坚硬的颅骨阻挡和反射掉,能传入内耳的声波非常少。所以,气导是声波传导和人耳感知声音的主要途径。

2. 听觉特性 声波是经某种媒介(如空气、液体)传递的物体振动时所发出的纵波。听觉是对声波物理性质的心理反应。

声波具有三种基本物理特性:频率、振幅和波形。反映这三种基本特性的主观感受是音调、响度和音色。

(三) 听力障碍的概念

人们对既听不见、又不会说话的人称作“聋哑人”“聋子”“哑巴”。这种俗称是不科学的。下面从科学角度分别解释一下相关概念。

听力障碍是指由于各种原因导致双耳听力减弱或丧失,以至于听不清或听不到周围环境的各种声音,从而无法从事正常人的言语交往活动。听力障碍的程度



声波的三
种物理特
性

有轻有重,医学上听力障碍程度重的称“听力障碍”,将听力障碍程度轻的称“重听”。

听力障碍的概念有广义和狭义之分。广义的听力障碍泛指听力损失轻、重两种情况,狭义的听力障碍则专指听力损失严重的这种情况。

平常人们所说的“聋哑人”是不够科学的称谓。从科学上看“聋”与“哑”是两种不同而又相互关联的现象。聋是指听觉分析器出现了问题导致听不到或听不清声音,哑是指由于言语分析器出现了问题导致发不出音。医学上有“聋哑病”的病名,但它并不是指听觉分析器和言语分析器都有问题,而是指患者如果在出生前或学语前,以及刚开始学说话的幼儿期双耳发生重度听力障碍,以至全听力障碍,基本上不能或完全不能感受到外界的声音刺激,特别是语音刺激。这样,就无法通过正常的听觉途径学习说话,或刚刚学会的一些话也会因丧失听觉反馈而得不到巩固和发展,表现为既聋又哑的状态。这类患者不会说话的原因,一般不是口腔等言语器官出了毛病,而是聋妨碍了他们学习说话。

除听力障碍可以致哑外,还有一些原因也能致哑。例如,人的大脑言语运动中枢发生病变或损伤的话,会造成运动性失语症。患者能听懂别人说的话,自己也想说,但就是说不出,即前面说的“语言残疾”。重度、极重度智力落后儿童的脑神经系统发育不健全,言语发展严重迟滞,有些终生只会说几个字、词,甚至完全不会说话。有的人患了缄默症这类精神疾病,也表现出长期不说话的症狀。上述患者的哑也不是由听觉系统的问题造成的。可见,哑本身不是独立的一种病,而是一种状态,它是由其他疾病的缺陷引发,并伴随其他疾病或缺陷而存在。其他疾病是原发性的缺陷;哑是果,是继发性的缺陷。

另外,随着科学技术和医疗、特殊教育事业的发展,一些听觉残疾者的听力障碍症虽未能治愈,但听力系统能得以重建或构建,表现为只聋不哑,或既具有较好的听觉能力,又能够较好地进行发音说话。所以,目前世界上许多国家已经用听力障碍、听觉障碍、听力障碍、聋人学校等名称来取代聋哑人、聋哑学校等一类称谓了。

二、听力障碍的分类

根据不同的标准,可以将听力障碍做如下的分类。

(一)按听力损失的程度

按照听力损失的程度可将听觉残疾分为不同的等级。国际上有国际标准化组织(ISO)、世界卫生组织(WHO)和国际伤残人奥运会制定的听力障碍标准。1987

年,我国参照国际标准制定了中国的标准,并在 2006 年进行了修订,见表 1-1。

表 1-1 中国大陆与国际对听力障碍的分类

中国听力障碍的分类(2006 年)		国际听力障碍的分类(1997 年)	
1 级	>90 dB	4 级(极重度)	≥80 dB
2 级	81 ~ 90 dB	3 级(重度)	61 ~ 80 dB
3 级	61 ~ 80 dB	2 级(中度)	41 ~ 60 dB
4 级	41 ~ 60 dB	1 级(轻度)	26 ~ 40 dB

注:1. 表中听力损失程度是指 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz 三个言语频率点上的平均听力丧失;

2. 听力损失的标准是:双耳听力丧失程度不同时,以听力丧失较轻的一耳为准。

(二)按听力障碍的性质

根据听力障碍的性质可分为器质性听力障碍和功能性听力障碍两类。前者是因听觉系统的组织结构异常所导致的听力障碍,后者是因听觉系统的功能下降所导致的。

(三)按听力障碍发生的部位

器质性的听力障碍一般可分为传音性(传导性)、感音神经性、混合性和中枢性听力障碍几类见表 1-2。

表 1-2 按病变部位的听力障碍分类

听力障碍的类型	病变部位
传音性(传导性)听力障碍	传音系统(外耳或中耳)
感音神经性听力障碍	感音系统(内耳、耳蜗神经)
混合性听力障碍	传音系统与感音系统兼有(外耳或中耳及内耳、耳蜗神经或听觉中枢)
中枢性听力障碍	听神经与听觉中枢(听觉中枢)

(四)按听力障碍发生的时间

可分为先天性听力障碍和后天性听力障碍两类。一般来说,妇女怀孕至分娩

这段时间内因各种原因导致的胎儿一生下来就是听力障碍为先天性听力障碍;胎儿出生后由于各种原因发生的听力障碍是后天性听力障碍。

教育界通常按照儿童语言形成和发展的关键期来划分,分为学语前(4岁前)听力障碍和学语后(4岁后)听力障碍,或分为学语前(2岁以前)、学语中(2-5岁)及学语后(5岁后)听力障碍。

对特殊教育工作和儿童言语发展影响较大的因素是儿童听力障碍发生的时间、听力损失的程度,听力障碍发生得越早、程度越重,对儿童习得和保持语言的消极影响越大,特殊教育工作的难度也越大;反之,不利影响相对较小,特殊教育工作的难度也较小。

第二节 听力障碍的出现率和致残原因

一、听力障碍者的发生率

发生率是指一定时间内(通常为一年)在人群中出现的某种类型病变人数的频度指标,通常以某地区一年内所出现的某种类型病变者人数与该地区人数之比表示。发生率在医学上又称作发病率。

$$\text{听力障碍的发病率} = \frac{\text{某年(某期)新发现听力障碍的人数}}{\text{同年(期)人口数}} \times 100\%$$

在统计其他病种时,应当把在同时期发病已治愈或已死亡的例数包括在内。

抽样调查资料,我国听力障碍儿童的出现率有以下几个特点:在年龄上,学龄前阶段听力障碍儿童人数少于学龄阶段听力障碍儿童人数,这是一个可喜的现象。说明随着我国优生优育工作的深入和普及,听力障碍儿童的出现率在趋于下降;在性别上,男性听力障碍儿童的人数多于女性;在地区上,乡、镇地区的听力障碍儿童的人数多于城市的听力障碍儿童的人数。

二、听力障碍的原因

导致儿童听力障碍的原因不外乎先天性和后天性两方面。

(一)先天性原因

1. 遗传性因素 近亲结婚、夫妇的某些遗传性疾病,常使下一代中出现听觉器官畸形、听力缺陷或其他缺陷等症状。这些原因导致的听觉缺陷或其他缺陷(基因