

图书在版编目 (CIP) 数据

走出儿童行为的怪圈 / 陈光福编著. — 深圳: 海天出版社, 2004.8
(儿童家庭保健丛书)
ISBN 7-80697-063-0

I. 走... II. 陈... III. 儿童—行为—研究
IV. B844.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 118677 号

海天出版社出版发行
(深圳市彩田南路海天大厦 518033)
<http://www.htph.com.cn>

责任编辑: 张悟颖 E-mail: zwyng@126.com
封面设计: 李 萌 责任技编: 卢志贵

深圳市海天龙广告有限公司制作输出 Tel: 83461000
深圳市鹰达印刷包装有限公司印刷 海天出版社经销
2004 年 8 月第 1 版 2004 年 8 月第 1 次印刷
开本: 889mm × 1194mm 1/32 印张: 4.75
字数: 100 千 印数: 1-6000 册
总定价: 50.00 元 (共 5 册 10.00 元/册)

海天版图书版权所有, 侵权必究。
海天版图书凡有印装质量问题, 请随时向承印厂调换。



前 言

儿童青少年的行为问题与生理 - 心理 - 社会等多方面的因素有关。各种生理因素、教养方式、社会环境以及心理创伤等，都可能干扰和阻碍儿童青少年的正常发展，导致他们产生情绪和行为的偏差或障碍。大多数儿童青少年的行为问题只是在他们发展的一定阶段出现，仅仅是属于行为偏差，而不是行为障碍，例如婴幼儿时期出现的遗尿、吸吮手指、夜惊、害怕某些事物，2岁小儿的违拗，4岁小儿的顶嘴，学龄儿童常见的爱发脾气、孤僻、害羞，青春期前后出现的对自己身体过敏及社交恐怖症等，这些与发育阶段相关的消极行为都是属于正常心理发展过程中的一些情绪或行为偏差，是暂时性的，通常会随着年龄的增长而逐渐恢复正常。如果家长对孩子的这种消极行为或是“难养型”孩子作出指责或打骂的消极反应，就会导致孩子出现固执、顶嘴、攻击行为和大发脾气等不良反应，这些反应反过来又引起家长持续的消极反应，从而形成恶性循环，导致孩子的行为障碍。





我国流行病学调查显示，目前有20%～30%的小学生患有多动症，其他诸如抽动症、品行障碍、学习技能障碍、厌学病、学校恐怖症、考试综合征、睡眠障碍、口吃、异食癖、神经厌食症、贪食症、神经性呕吐、遗尿症、神经性尿频、遗粪症、屏气发作、咬指甲、吸吮手指、习惯性擦腿动作、发脾气、窥阴癖、性角色畸形、适应障碍、感觉统合失调、自损行为等行为障碍并不少见。

这些行为障碍如果得不到及时有效的矫治，轻则影响孩子的学习和生活，重者可发展成为反社会型人格障碍，从而有可能走上犯罪的道路。反社会型人格障碍的特点是具有高度的攻击性和行为的无计划性，这种人在童年往往有学习成绩差、逃学、违纪、酗酒、说谎、偷窃、性放荡、攻击人等行为问题。因此，为了祖国的未来，我们必须正视孩子的行为问题，既不要轻视，放任不管，也不要采取打骂等粗暴的方法来对待孩子的行为问题，而应该咨询儿童心理行为专家，同时借助儿童行为问题测验工具，作出行为偏差或行为障碍的判断，以便进一步进行有针对性的治疗。



目录

CONTENTS

一、儿童行为发展理论	1
(一) 早期行为主义理论	1
(二) 新行为主义理论	2
(三) 社会学习理论	4
二、儿童行为发育的影响因素	5
(一) 家庭环境	5
(二) 集体环境	6
(三) 生理因素	6
三、儿童行为评定方法及量表	8
(一) Achenlach 儿童行为量表	9
(二) Rutter 儿童行为量表	10
(三) Conners 儿童行为量表	11
(四) 儿童适应行为评定量表	12
(五) 婴儿—初中学生社会生活能力量表	14
四、儿童多动症	15
五、儿童抽动障碍	3 3
(一) 短暂性抽动障碍	33
(二) 慢性运动抽动或发声抽动障碍	36

目录

CONTENTS

(三) 发声与运动联合抽动障碍.....	37
六、儿童品行障碍	41
七、儿童学习障碍	47
(一) 学习技能障碍	49
(二) 厌学病.....	51
(三) 学校恐怖症	54
(四) 考试综合征	58
八、儿童睡眠障碍	63
(一) 夜惊.....	65
(二) 梦魇.....	67
(三) 夜游症.....	70
九、儿童口吃	73
十、儿童进食障碍	78
(一) 异食癖.....	78
(二) 神经性厌食症	79
(三) 神经性贪食症	82
(四) 神经性呕吐	83

目录

CONTENTS

十一、儿童排泄障碍	87
(一) 遗尿症	87
(二) 神经性尿频	95
(三) 遗粪症	97
十二、儿童发泄行为	100
(一) 屏气发作	100
(二) 咬指甲	101
(三) 吸吮手指	102
(四) 习惯性擦腿动作	104
(五) 发脾气	105
十三、青少年常见行为问题	107
(一) 手淫	108
(二) 性早熟	110
(三) 身体关注	111
(四) 遗精恐惧和初潮焦虑	111
(五) 过早性行为 and 性倒错	112
(六) 窥阴癖	112
(七) 儿童性角色畸形	115

目录

CONTENTS

(八) 少年儿童适应障碍	119
十四、儿童感觉统合失调	121
十五、儿童癔病	126
十六、儿童自损行为	130
十七、行为疗法	133
(一) 系统脱敏疗法	134
(二) 厌恶疗法	135
(三) 满灌疗法	136
(四) 行为塑造法	137
(五) 代币调节法	138
(六) 生物反馈疗法	140
(七) 模仿学习	140



一、儿童行为发展理论

（一）早期行为主义理论

1. 行为习惯

早期行为主义的代表华生认为，一个人的习惯是在适应外部环境和内部环境过程中学会更快地采取行动的结果。外部环境是指人的周围可以产生视觉、听觉、触觉、嗅觉、味觉刺激的外在世界的物体；内部环境是指人体内所有内脏、体温、肌肉和腺体所发生的刺激。当人的内外刺激所引起的活动不再是随机的，而是在生活中变得越来越有规则、有秩序后，习惯便形成了。华生非常重视儿童早期行为习惯对成年后人格的影响，在华生看来，人格由占支配地位的习惯所构成，人格是由环境中的行为习惯形成的，可以由改变环境来改变人格。因此，华生认为培养儿童良好的习惯，并形成习惯系统，是儿童早期教育的重要内容。





2. 情绪反应

华生认为，情绪是身体对特定刺激所做出的反应，婴儿期即具有三种非习得的情绪反应：恐惧、愤怒、喜爱。随着年龄的增长，孩子在成长环境中不断形成各种条件反射，使情绪在三种非习得的情绪反应的基础上不断发展。而家庭则是孩子情绪发展的主要环境，因此需要特别强调家庭环境对孩子情绪发展的影响。

（二）新行为主义理论

新行为主义理论的代表斯金纳，把行为分为两类：应答性



家庭环境对孩子情绪发展的影响很大



行为和操作性行为。他认为，人的行为大部分是操作性的，任何习得行为都与及时强化有关，并提出了儿童行为的强化控制原理，即通过强化可以塑造儿童的行为。例如孩子的一个行为发生后，父母立即予以注意，如加以赞扬或指责，都会起到强化的作用。当孩子出现了不良行为，如果父母采取“冷处理”而暂时不予理睬，这种不良行为由于得不到强化就会逐渐消退。

斯金纳进一步将强化分为连续强化和间隙强化，积极强化和消极强化。连续强化指对每一个合乎要求的正确反应都给予强化，间隙强化指仅对一部分正确反应给予强化。如矫正儿童偏食的不良行为，既要运用积极强化，又要运用消极强化。如果孩子只喜欢吃蔬菜，不肯吃肉蛋食品时，首先运用积极强化，当他吃一口肉后，立即给予表扬，并夹给他蔬菜；如果孩子还是不吃肉食品，就不给他吃蔬菜，这是消极强化，目的是为了增强和激励吃肉的行为，克服偏食的习惯。

斯金纳的操作性行为理论认为，操作性行为是一点一滴“塑造”出来的，把握操作性行为的规律，就可以预测和控制儿童行为的发展，从而“塑造”孩子新的良好行为，矫正原来的不良行为。对于有严重行为问题的孩子，斯金纳利用时间间隔不等的强化来制定“塑造”行为的程序，如运用模仿疗法、随机强化法、代币法和厌恶刺激法来矫正不良行为。





（三）社会学习理论

社会学习理论的代表人物班杜拉是新的新行为主义者，他认为儿童是通过观察学习而习得新行为的。观察学习不同于模仿，是通过观察他人的行为及行为的结果，从中获得信息来确定自己的行为模式，包括四个连续的过程：注意过程、保持过程、运动复现过程、强化和动机过程。因此，观察学习理论强调孩子周围的榜样行为是儿童行为发展的重要影响因素。



二、儿童行为发育的影响因素

（一）家庭环境

（1）家庭的社会经济状况。在社会经济状况较好的家庭里长大的孩子，语言、适应能力和智力的发育均优于社会经济状况较差家庭的孩子。在社会经济状况较差的家庭中，紧张事件较前者为多，父母文化水平低，育儿技能较差，孩子易产生焦虑、抑郁和行为问题。

（2）母亲孕期的健康状况。母亲妊娠时患病、精神紧张和异常分娩等，均可影响儿童行为的发育。

（3）教育方法。父母对子女的过分溺爱、过分保护，或歧视，或期望过高等教育方法均会影响儿童行为的发育。

（4）父母的榜样作用。父母是孩子的第一任老师，父母的一言一行都将直接影响孩子的行为发育。父母嗜酒、吸烟、爱争吵、好冲动，将会对孩子产生一种示范作用，如父母脾气暴





躁、爱责备和惩罚孩子，则孩子也容易出现攻击行为。

（二）集体环境

少年儿童主要在托儿所、幼儿园和学校学习和生活，集体如同家庭一样重要，在一个和谐、友爱、团结、快乐、积极向上的集体环境中生活学习，可使儿童的情绪行为得到良好的发育。近朱者赤，近墨者黑，中国古代孟母三迁的故事就是这个道理。

（三）生理因素

（1）慢性疾病。有些慢性疾病可使孩子产生不适、疼痛，有些则影响或限制了孩子的日常活动和社会交往，有些则使孩子产生恐惧和焦虑，有些则使孩子感到羞辱、孤立、窘迫、自卑和困惑。这些因素将导致孩子自身行为的改变，主要表现为抑郁，男孩以社会退缩为多，女孩以攻击行为较多。

（2）神经系统的成熟程度。神经系统的成熟与智能有关，是小儿行为发育的最主要因素。智能发育较迟者，如期望过高，则往往会产生挫折感和不安全感；智力相对较高者，常会对学校产生厌倦情绪，如不认真听课、不完成作业等。

（3）儿童气质因素。气质作为一种内在的体质性因素，在一定程度上决定了儿童行为发展的倾向，也就是说，气质特性



对行为表现有非常重要的影响。有研究证实，难养型、启动缓慢型和中间型儿童易出现行为问题，其中尤以难养型儿童为甚。

（4）内分泌因素。人的情绪行为变化都有生化基础，其中最重要的是神经介质和内分泌。多动症患者可通过阻断单胺氧化酶提高单胺水平改善症状，焦虑患者血浆皮质类固醇含量上升，神经性厌食可能与间脑—神经内分泌调节障碍有关。





三、儿童行为评定方法及量表

行为问题是儿童和青少年常见的心理卫生问题，主要表现为注意力不集中、活动过多、学习困难、品行障碍等方面的症



儿童行为问题测验方法



状。由于儿童和青少年的生活环境多局限于家庭和学校，所以在对他们进行行为评估时，常要从家长和老师的角度进行。

临床评定量表是用来收集、记录各种心理现象和行为并给予量化的一种工具，可用于临床工作中观察和记录病情，协助疾病诊断，追踪评价药物治疗和训练教育效果，评定预后，也可用于流行病学调查。近年来，在儿童心理行为领域出现了大量评估儿童行为的临床评定量表，可按使用人分为教师量表、父母量表和自评量表。

（一）Achenlach 儿童行为量表

Achenlach儿童行为量表是目前使用较为广泛的评定儿童行为和情绪的量表之一，主要用于评定儿童的社交能力和行为问题，适用于4～16岁的儿童。本量表多用于家长对子女的评估。

量表内容分为三个部分：

第一部分为一般资料。

第二部分为社交能力，归纳为三个因子，即活动情况、社交情况及交友情况。各因子的总分从少到多，按百分位数或T分从小到大排列在纵轴上，就可以构成“儿童社会功能图谱”。社会能力分数越高越好，绝大多数分数处在第2～第69百分位之间（T分30～55）。低于第2百分位者（T分<30）





被认为可疑正常。

第三部分由 113 条行为问题组成，如坐立不安或活动过多，破坏家里或其他儿童的东西。对这些问题采用 0、1、2 三级评分制，无问题评“0”分，轻微评“1”分，肯定存在评“2”分，把 113 条的得分相加为粗分。分数越高行为问题越大，分数越低行为问题越小。113 项行为问题包含 9 个因子：分裂样因子、多动因子、抑郁因子、体诉因子、焦虑因子、违纪因子、攻击性因子、交往不良因子、退缩因子，以及性问题、不成熟、残忍、敌意性和强迫性等问题。因子分正常范围在第 69 ~ 第 98 百分位之间，即 T 分在 55 ~ 70 分之间。因子分超过第 98 百分位即认为可能异常，应进一步进行临床评定和检查。

（二）Rutter 儿童行为量表

Rutter 儿童行为量表由英国儿童精神病学专家 Rutter 设计，20 世纪 80 年代引入我国。本量表分为两大类行为问题。第一类称为“A 行为”：即违纪行为或反社会行为，包括的项目有破坏自己的东西、常不听管教、经常说谎、欺负别的孩子、偷东西等。第二类称为“N 行为”：即神经症行为，包括的项目有腹痛、呕吐、经常烦恼、害怕新事物和新环境、到学校就哭或拒绝上学、睡眠障碍等。

两种问卷评分均分为三级：从来没有此种行为评“0”分；



有时有或每周不到 1 次或症状轻微评“1”分；症状严重或经常出现或每周至少 1 次评“2”分。父母问卷最高分为 64 分，临界值为 13 分；教师问卷最高分为 52 分，临界值为 9 分。总分高于或等于临界分时，该儿童被视为有问题。当所有标有 A 行为项目评分的总分大于标有 N 行为项目评分的总分时，即可认为该儿童有反社会行为；反之，是神经症行为。如 A 行为与 N 行为总分相等则为“M 行为”，即混合性行为。

(1) Rutter 儿童行为父母问卷。用于对儿童在家中的行为进行评估，从一般健康问题和行为问题两个方面进行评估。该问卷项目有 32 项，具有较好的信度和效度，适用于学龄儿童，以区别儿童有无精神病和所出现的问题是情绪问题还是行为问题。

(2) Rutter 儿童行为教师问卷。用于对儿童在学校中的行为进行评估。问卷简单明确，只有 26 项日常生活内容，回答没有好坏和对错，只要求对每个儿童的实际情形作一个描述，适用于儿童行为问题的流行病学调查，能区别情绪和行为问题。

（三）Conners 儿童行为量表

Conners 儿童行为量表已应用 20 余年，主要用于评定儿童行为问题，特别是儿童注意缺陷多动障碍，是美国应用最广





泛的一种行为量表，包括父母问卷、教师用表与简明症状问卷。此表在我国已经开始应用，作者也已经开展本项工作。

(1) Conners父母问卷。1969年制定，有93个条目，1978年修订为48项，采用四级评分法。评分标准为：0分（没有）；1分（偶尔出现）；2分（经常出现）；3分（非常多）。48个项目归纳为6个因子：品行问题、学习问题、心身障碍、冲动、多动、焦虑。基本概括了儿童少年常见的行为问题，也可协助用于药物与行为矫正对儿童多动症的疗效评定。评定方法比较简单，即将各分量表单项分相加，除以该分量表的条目数，得分 $> \bar{x} \pm 25D$ 为异常。

(2) Conners教师用表。本量表于1978年修订为28个项目，包括了儿童在校的常见行为问题。采用四级记分法：0分，无此问题；1分，偶尔；2分，常有；3分，非常多。28个项目归纳为3个因子：品行问题、多动、注意缺陷—冲动。

(3) Conners简明症状问卷。常用于筛查注意缺陷多动障碍儿童，父母、教师、医师均可使用，其特点是方便，快捷，能在短时间内对儿童行为问题进行评估，如问卷总分 >15 ，即被认为有多动可能。

（四）儿童适应行为评定量表

美国智力低下协会将适应行为定义为“个体适应自然和社



会环境的有效性”，以后又进一步精确为“个体独立处理日常生活与承担社会责任达到他的年龄和所处社会文化条件所期望的程度”。我国学者龚耀先根据国情已编制儿童适应行为评定量表。该量表于1990年在湖南医科大学编制，1992年完成了全国常模的制定。适用对象为3~12岁智力正常或低下儿童，目的在于评定儿童适应行为发展水平，协助诊断或筛查智力低下儿童，以及帮助制定智力低下儿童特殊训练计划。

儿童适应行为评定量表的结构类似美国智力低下协会适应行为量表，共有59个项目，分3个因子和8个分量表。

(1) 独立功能因子。由感觉运动、生活自理、劳动技能及经济活动4个分量表组成，评定与自助有关的行为技能。

(2) 认知功能因子。包括语言发展和时空定向2个分量表，评定言语功能和日常认知应用技能与认知功能关系的行为技能。

(3) 社会/自制因子。含个人取向和社会责任2个分量表，评定个人自律、遵守社会规范等方面行为。

评定结果采用适应行为离差商（ADQ， 100 ± 15 ）、因子T分及分量表百分位表示。ADQ反映评定儿童总的适应行为水平，判断有无适应行为缺损。3个因子T分反映了受评儿童三个方面适应行为的优势和缺陷特征。各分量表百分位可以反映各领域适应行为的强弱，帮助制定详细的训练计划。





（五）婴儿—初中学生社会生活力量表

该量表适用年龄范围为 6 个月～15 岁，用于评定儿童社会生活能力，筛查适应行为缺损儿童，协助智力低下的诊断。

全量表共 132 个项目，分为 6 个领域。

(1) 独立生活能力。评定进食、衣服脱换、穿着、料理大小便及个人与集体卫生情况。

(2) 运动能力。评定走路、上阶梯、过马路、串门、外出能力等。

(3) 职业能力。包括抓握东西、乱画、家务及使用工具等技能。

(4) 沟通能力。评定言语反应、言语表达和理解、日常言语应用技能。

(5) 社会化。包括游戏、日常交往、参加集体活动等方面。

(6) 自我管理。评定独立性、自律、自控、关心别人等方面。



四、儿童多动症

儿童多动症是一种常见的儿童行为问题，又称为儿童多动综合征、轻微脑功能障碍综合征（**MBD**）、注意力缺陷多动障碍。这类孩子智力一般正常，但存在与实际年龄不相符合的注意力涣散、活动过多、冲动任性、自控能力差的特征，以致影响学习。患儿情绪易冲动，在学校和家庭中均难与人相处，在日常生活中使家长和老师感到困难。患病率在学龄儿童中为 3%～5%，男孩发病明显多于女孩。

1. 发病原因

(1) 神经生理功能异常。正常注意及集中过程的生理机制是信息首先传到大脑皮质，由皮质对信息做出分析后再传入脑干网状结构。网状结构的兴奋能调节皮质的注意方向，并抑制其他感觉信息的上传，使大脑皮质有注意集中的能力。通过脑电图功率谱分析发现，多动症患儿慢波功率增加，快波功率减小和平均频率下降，说明患儿存在觉醒不足，即大脑皮质抑制





儿童多动症患者情绪易冲动，自控能力差

功能障碍，从而诱发皮质下中枢活动释放，出现多动。治疗多动症的中枢兴奋剂可提高大脑皮质的兴奋性，消除觉醒不足。

(2) 神经递质数量不足。有人认为，多动症的发生，可能是由于神经递质数量不足所致。脑内神经递质如去甲肾上腺素、多巴胺浓度降低，可降低中枢神经系统的抑制活动，对外来各种刺激不加选择地做出反应，势必影响注意力的集中，引起动作增多。治疗多动症的药物，化学结构与去甲肾上腺素相似，服药后，可通过各种途径增加去甲肾上腺素的含量，使患儿动作减少。因此，多动症患者必须服药治疗。



(3) 遗传因素。患儿家庭成员中幼年有相同情况的比例较高，单卵双生儿同病率高，单卵双生儿中多动症的发病率较双卵双生儿明显增高。大约40%的多动症患儿的父母、同胞和其他亲属童年也患此病，多动症同胞比半同胞（同母异父、异母同父）的患病率高，而且也高于一般孩子，因此，遗传因素与多动症关系密切。

(4) 脑组织器质性损害。脑组织有器质性损害，如围产期窒息、早产和低出生体重、中枢神经系统感染、脑外伤等引起的脑部损伤，也可能是引起多动症的一个原因。大约89%的患儿是由于额叶或尾状核功能障碍所致，损伤的原因为：①母亲孕期疾病，如患高血压、肾炎、贫血、低热、先兆流产、感冒等。②分娩过程异常，如早产、钳产、剖腹产、窒息、颅内出血等。③生后1~2年内，中枢神经系统有感染及外伤。

(5) 心理社会因素。母亲患抑郁症、早期被剥夺母爱和育婴院养育，以及管教方式不当可影响儿童行为和情绪的发展，导致多动症的发生。国内资料表明，在多动症患儿的不良家庭教育方式中，所谓的“严格管教”者占61.7%，放任不管者占3.5%，过分溺爱者占7.05%。国外亦有学者认为，暴力式的管教会使患儿症状发展，并增加新的症状，如口吃、挤眉、眨眼。对患儿漠不关心、放任自流和过于溺爱等，常可能促使症状出现，或使已有的症状加重。





(6) 其他因素。如教养不当、环境因素等。近年来，许多独生子女家长“望子成龙”心切，由于教育方法不当及早期智力开发过度，使外界环境的压力远远超过了孩子力所能及的程度，是造成儿童多动症的原因之一。另外，吃了食物中的人工染料，摄入含铅量过度的饮食也会导致多动症。

2. 主要表现

(1) 活动过多。整天好动，不论在何种场合，都处于不停活动的状态中。如在幼儿园或小学里不能控制自己，坐不稳，上课时话多，不断做小动作，敲桌子，摇椅子，啃铅笔，切橡皮，撕纸头，拉同学的头发、衣服等。容易激动，好与人争吵，好喧闹，不守纪律，常惹人生气，越是在需要保持安静和遵守纪律的环境中，多动越突出。部分患儿动作不协调，做精细活



多动症原因分析



动如穿针、扣扣子、使用剪刀等困难。平时走路急促，爱奔跑，轮流活动时迫不及待，经常无目的地乱闯、乱跑，手脚不停而又不听劝阻。由于自控力差，这类孩子常说一些使人恼怒的话，好插嘴和干扰大人的活动，常引起大人的厌烦。这类孩子胆大不避危险，不计后果，尤其在情绪激动时，可出现不良行为，如说谎、偷窃、斗殴、逃学、玩火等。敢翻墙爬高，喜争吵打骂，常称王称霸。有些家长回忆患儿在婴幼儿期即有睡眠不安、喂养困难、情绪反应强烈、常哭闹、不容易养成定时大小便的习惯。随年龄的增长，患儿的多动现象会逐渐减少。

(2) 注意力不集中。这类孩子的注意力很难集中，或注意力集中时间短暂，不符合实际年龄特点，主动注意明显减弱而被动注意亢进是其特点。主动注意即选择一定的目的和方向（如听课），主动将注意力集中于这个方向，同时自觉避开与目的无关的刺激（如窗外鸟叫）。患儿在主动注意的选择和维持上有缺陷，往往对无关的刺激却给予过多的注意，即被动注意亢进。具体表现为上课时注意力分散，不专心听课，常东张西望，心不在焉，或貌似安静，实则“走神”、“溜号”，听而不闻。做作业时边做边玩，随便涂改，马马虎虎，潦潦草草，错误不少。不能集中注意力做一件事，频繁地从一個活动转向另一个活动，做事虎头蛇尾，有始无终。注意力不集中的现象可以持续到青春期。

