

# 第一章

## 儿童期常见心理疾病的治疗

### 第一节 概述

在人的一生中，儿童期无论在生理上或心理上，都是一个迅速发展的时期。儿童期有广义与狭义之分。广义指 0~18 岁，个体从出生到成熟整个过程；狭义指 1~12、13 岁，即个体从婴儿期（1~3 岁）经幼儿期（3~6、7 岁，又称学龄前期）到童年（6、7~12、13 岁，又称学龄初期），儿童期是个体发展过程中最基础、变化最快、最大的时期。儿童期个体要遇到在发展过程中的诸多的心理矛盾，而这些心理矛盾的解决好坏与否，直接影响到他们的一生的发展。国内外众多心理学家一致认为，儿童的早期经验，对人们一生的影响都是十分深刻的。成年人许多心理问题与疾病，都可追溯到个体早期的生活经历。

儿童期正处于“长知识、长文化”的身心发育阶段，生物、心理、社会诸因素均可影响儿童的身心健康发展。其中生物因素是最基础的，心理因素为中介，社会因素是条件。儿童期的健康不仅仅指躯体发育良好，还包括培育健康的心理，正常行为习惯和智能健全的人格，良好的社会适应能力。躯体和心理两者密切相关，互相影响，不可分割。儿童随着躯体日渐长大，功能日趋成熟，心理也迅速发展，性格逐步形成，此将为一生身心健康奠定基础。但也正因为儿童身

心发育尚未成熟 比较脆弱 易受来自各种生物、生理、社会等不良因素影响，导致躯体疾病、心理障碍或精神疾病。这些疾病不仅使儿童体格、心理发育受阻 而且可以影响成人后健康。

儿童医护人员、心理社会工作者，必须适应医学模式的转变，从传统纯生物医学模式（Biological Medical Model）的禁锢中解放出来，用生物—心理—社会医学模式（Bio - Psycho - Social Medical Mode）的新观念指导儿童保健、教养和儿童的医疗护理工作，从而保证儿童身心健康的全面发展，造福后代。

## 一、不同年龄阶段儿童的生理、心理特征

### 1. 乳儿期的生理、心理特征：

0~1岁的乳儿期是整个儿童期身心发展最快的时期。新生儿脑重约为 390g 相当于成人脑重的 1/3。9个月时增加到 660g 约增加一倍。神经突触的数量和长度在不断增加，并且以不同方向向皮质各层深入。皮质神经纤维开始髓鞘化。除神经系统结构在不断发展外 乳儿的皮质抑制机能也开始发展 出现分化抑制、消退抑制、条件抑制、延缓抑制等内抑制。乳儿期在外界刺激物的影响下，形成条件反射时起强化作用的基础反射也在发生着重要的变化。出生 3 个月时 儿童对于照顾他的成人发出一种特有的“天真快乐反应”引起定向探究反应。到 1 周岁时，神经系统，特别是大脑皮质机能一天天增强 平均每日醒着的时间为 7~8 小时。

乳儿的动作发展很迅速，并按一定顺序规律进行。从整体动作到分化动作，从上部动作到下部动作，从大肌肉动作到小肌肉动作，特别是儿童手的随意动作发展明显。乳儿行走动作的发展是：3个月翻身，6个月坐，8个月会爬。一周岁会站，有的可能开始行走。儿童心理发展与儿童的动作和活动的发展息息相关。

乳儿期是人类言语开始发生时期：3个月会“牙牙学语”半岁能发叠音，用不同声音表示不同的情绪。7~8个月能在物体或动作的

形象和成人的词言声音之间建立暂时联系。此时言语信号仍属于第一信号系统的活动。10~11个月乳儿开始懂得词的意义，此时词开始成为第二信号。1岁时儿童能听懂10~20个词，而说出的词却很少，言语交际职能很差。

乳儿心理的发展水平有了提高。感觉有比较迅速的发展；知觉开始出现，手眼开始协调运动。1岁时认识到物体的永恒性。5~6个月起能够比较稳定地注视一个事物，注意力有了初步的发展，但时间不能持续很长；乳儿有了无意记忆，5~6个月可以再认妈妈，再认时间仅为相隔几天的事物。以后可再认周围的人或事物，乳儿2个月后，积极情绪逐渐增加。对照料他的成人有一种特有的表情。5~6个月乳儿对鲜亮发声的玩具特别感兴趣。

## 2. 婴儿期儿童的生理、心理特点：

婴儿期大脑皮层神经细胞继续生长，3岁时，脑重增加到10~11g。皮质兴奋过程较以前集中，兴奋过程比抑制过程占优势。第二信号系统开始发展起来。

婴儿学会了随意的独立行走，大大扩大了生活范围，使之能主动地从多方面来认识事物。手的动作也有了相当的发展，可以准确地玩弄和操纵他所熟悉的物体。3岁时，在言语的帮助下，婴儿能逐步从运动物体的动作过渡到最初的有目的的活动。儿童有了最初的游戏活动。

婴儿从1~1岁半理解言语过程发展很快；1.5~3岁儿童的积极言语表达能力也很快发展起来，言语结构也更加复杂化了。3岁末已经能够使用各种基本类型的句子。言语的概括作用和对行为的调节作用也发展起来了。

婴儿各种心理过程也在起着质的变化，主要特点是各种心理过程开始在两种信号系统协同活动的基础上进行，第一信号系统占特别重要的地位。感觉觉方面有了进一步的发展。能辨别三元色；辨别音强、音调，辨别物体的软硬、冷热等等。婴儿期末有了初步的时间知觉和空间知觉；婴儿无意注意有了发展，有意注意刚刚开始萌芽；无

意识记为主，有意识记刚刚开始。3岁时，记忆可以保持到几个星期以后；思维活动开始产生，其特点为直觉行为性，思维是在对物体的感知和儿童的动作中进行的；想象有了最初的形态；出现最初的自我意识；儿童开始有了比较复杂的情感体验，但情绪情感还很不稳定；婴儿出现了最初的意志形态，如常常说：“我要”、“我不要”，3岁时表现为强烈的独立行动的愿望，要求事事“自己来”，这被称为个体发展过程中的“第一反抗期”；个性特征在婴儿期有了最初的表现。儿童一岁末时能区别动作和客体，并能进一步能区别主体和动作。2岁时能知道自己的名字，以后掌握了代名词“我”，即儿童开始从把自己当作客体转变为把自己当作一个主体的人来认识。

### 3. 学前期儿童生理、心理的发展：

学前期为3~7岁，又称幼儿期。幼儿期脑重在7岁时为1280g，接近成年人脑重。神经纤维分支加多加长，髓鞘化逐步接近完成。7岁时大脑皮质结构已相当成熟，颞叶接近成人，额叶也很成熟了。大脑神经过程不断增强，兴奋与抑制过程日趋平衡。3岁时睡眠为14小时，7岁约睡11小时。儿童的内抑制有了蓬勃的发展，第二信号系统的概括性有了发展，但仍然不完善，如开始能通过词的描述、讲解来认识更多的不能直接感知的事物。

游戏成为幼儿的主导活动。动作方面，幼儿可连续行走20~30分钟，还能跑、跳、攀登，手的动作更加灵巧，能够使用彩笔画画、简单书写，并使用剪刀一类的工具。

学前儿童在言语方面词汇更加丰富，可以自由进行言语交际，初步掌握语法结构，开始产生内部言语，因而言语表达能力有了进一步的发展，并且能初步掌握书面言语。言语对行为的调节机能也比以前加强了，因而使行为带上了一定的自觉性和计划性。

学龄前期儿童各种心理过程的主要特点是具体形象性和不随意性，儿童的认识活动更多地依赖感觉、知觉和表象，抽象概括的能力还很差，数字的概念和逻辑思维都具有很大的直观形象性的特色；儿童有意想象正在发展。无意想象占主要地位。想象主题容易变化，想

象跟现实混淆，想象具有特殊的夸大性，并以想象为满足。创造性想象正在发展，情绪情感仍不稳定，具易变性、冲动性。大班儿童开始能有意识地控制自己的情感的外在表现，甚至控制情感本身；幼儿意志的自觉性、坚持性和自制力都还很差，但能按自己的目的去进行或抑制某些行动；学前儿童由于生活条件的变化，由于幼儿园的集体生活中成人不断提出的要求，这就使儿童的心理活动的独立性和目的性逐步增长起来，儿童的个性倾向便开始形成，能初步评价自己的行为，并且能按成人的要求逐步掌握社会行为规范。

#### 4. 学龄初期（小学生或童年）儿童生理、心理特点：

6~7岁到11~12岁是儿童心理发展的重大转折期。儿童进入学校，开始从事正规的、有系统的学习。儿童的学习活动代替了幼时的游戏活动。在教师的指导下，儿童逐步掌握了知识技能和行为规范。儿童在完成以上活动任务过程中，改变着自己和周围人们的关系，从而不断发展着自己的认识能力和个性特点。

7岁儿童脑重为1280g,9岁为1350g,12岁为1400g。儿童的额叶显著增大，有意行动有了较大发展。儿童神经系统的功能进一步加强，条件反射比以前更容易形成，潜伏期短，不易泛化，条件反射形成后也比较巩固。儿童的各种抑制性条件反射形成得很巩固，心理活动的稳定性加强了。

儿童的第二信号系统发展更进一步了，口头言语的发展得到了进一步的加强，儿童逐渐掌握了书面言语，出现了内部言语。

儿童的视、听感受性显著提高，观察力、空间和时间知觉有了长足发展；无意注意有了进一步发展，有意注意7~10岁是20分钟左右、10~20岁是25分钟左右，此外注意的稳定性、范围、分配和转移等品质也有了很大改善；无意识记忆、机械识记忆、具体形象记忆在迅速发展，但在教学要求之下，有意识记忆、理解识记忆、抽象逻辑记忆也在发展，记忆的水平不断提高；学龄儿童的思维正逐步以具体形象思维为主过渡到以抽象逻辑思维为主要形式，但儿童的逻辑思维仍然具有很大的感性经验的成分；儿童想象的有意性、创造性和现实

性的成分都在日益增长；情感的内容不断丰富，调节和情感的自控能力得到加强。道德感、理智感、美感等高级情感在发展。儿童的意志的果断性、坚持性、主动性有了加强。儿童围绕目标克服困难，完成任务的能力得到完善；学龄初期儿童在学校的集体活动中，自我意识有了很大进步，能评价自己及他人，道德意识开始发展，但常与行为脱节。儿童的个性心理有了很大发展。

## 二、影响儿童身心发展的因素

儿童心理的发展是按一定顺序，由低级水平向高级水平发展。发展过程中，各个年龄阶段会表现出其一般的、典型的、本质的心理特征；儿童心理的发展既有心理年龄阶段，前一阶段是后一阶段的发展条件，后一阶段又是前一阶段的延伸，又有连续性，前后阶段相互交叉重叠，衔接紧密。心理发展在每个阶段儿童之间存在明显的个体差异，有的发展快，有的发展慢，不同阶段儿童心理发展水平也有差异。

支配和影响儿童的身心发展因素主要有遗传因素和环境教育两方面。

### 1. 遗传因素：

遗传是一种生物现象，通过遗传，传递着祖先的许多生物特征。如有机体的构造、形态、感官和神经系统等与生俱来的解剖生理特征。这些遗传的生物特征也叫做遗传素质。遗传素质是儿童心理发展的生物前提、自然条件，它为儿童发展提供了可能性，是发展的必要条件。

一般来说，遗传对个体的发展决定了以下三件事：

(1) 基本特征 在生理方面决定了个体的身高、体型、肤色、血型等。在心理方面，遗传的决定作用不如生理那样明显，但一般认为个人的智力、知觉、动作等行为特征均与遗传有密切关系。

(2) 男女性别。

(3)是单胎还是复胎。遗传是心理发展的潜在基础和自然前提，没有这个条件是绝对不行的。如：先天的无脑畸形儿生来就不能产生人类的思维，最多只有一些低级的关于饥、渴的内脏感觉。生来全色盲的孩子无法辨认颜色，更不可能成为画家。许多遗传疾病是直接和儿童智力低下有关。如第 21 对染色体发生畸变，儿童就患有“三色体病”(又称“先天愚”)另一种“苯丙酮尿症”由于在遗传过程中，血液中缺乏一种酶，从而损害中枢神经系统，造成严重智力低下。但如 6 岁以前，通过饮食治疗，也可使智力恢复正常。

## 2. 环境和教育因素：

虽然遗传因素为儿童心理的发展提供了可能性，但环境和教育则变可能性为现实性，环境和教育是制约儿童心理的发展的决定性因素。其中教育又起主导作用。如儿童虽然同样地生有健全的头脑和眼睛，但有的孩子能识字读书。聪明灵利、活泼开朗，而有许多在孤儿院长大，缺乏母爱和良好教育的儿童，则识字不多，对人敏感提防、内向抑郁。

据科学记载，到 20 世纪 50 年代末，已有 30 个小孩由熊、豹、狼等野兽在野地里哺育长大，其行为与野兽相近，用四肢走路，不会说话，食生肉，用舌头舔饮生水，他们中有的再重返人类社会生活时已难适应。如 1920 年在印度加尔戈答附近发现的两个狼孩。小的叫阿玛拉，来到人类社会不适应，很快死去了。大的叫卡玛拉，经过科学家近 10 年的教养，才学会用手拿东西吃，用杯子喝水，直到 17 岁时，智力仅相当于 4 岁儿童的智力水平。由此可见，环境在人的心理发展中起到决定作用。如果仅仅具备了人的遗传素质，没有适当的社会条件，儿童心理的发展将无法变为现实。

家庭环境中父母对儿童心理的影响大于其他人（包括教师）的影响。家庭环境的影响具有特殊意义，儿童在家庭中生活的时间很长，约占其全部生活时间的三分之二；儿童首先受到的是家庭环境的影响，然后才是幼儿园及学校的影响。国外研究表明，学前期是儿童社会化的最佳时间。心理学家布卢姆对千名儿童一直跟踪到少年的研

研究表明 假如 17 岁人的智力为 100%，1~4 岁增长 50%，4~8 岁增长 30%，8~17 岁增长 20%。就是说 人生最初 4 年中智力的发展相当于随后 13 年中的发展。而 1~4 岁儿童主要是在家庭中度过的。家庭父母对儿童的教育方式与教养态度对子女人格的影响尤为重大。心理学家鲍尔特温把父母的教养方式分为四种：

(1) 专制型：父母不理解孩子的需要，常用命令和指责来强迫孩子服从，对孩子管教非常严格。这类家庭出身的儿童在性格上多表现为诚实、礼貌、细心、负责任 但在其他方面却表现为羞怯、自卑、敏感、对人屈从的性格。

(2) 溺爱型：父母用过分的感情来满足子女的要求，对子女百依百顺，惟恐子女受到任何挫折。这种儿童长大后任性、骄傲、缺乏独立精神、利己、情绪不稳定 或自制力差、消极依赖性强、易受别人意见的左右。

(3) 放任型：父母对子女的行为完全放任不管，缺乏管教约束。这种家庭养育的孩子任性，没有是非观念，因缺乏教养，以后很难适应集体生活。

(4) 民主型：父母能充分理解孩子的兴趣与要求，经常向他们提供足够的信息，并引导孩子自己作出选择与决定，父母对孩子表现为冷静与爱护。这类家庭出身的孩子独立性强，为人直爽，机灵快乐，善于与人协作 对人亲切合作 大胆 有毅力和创造精神 易于理解他人，能主动解决自己的困难。

破裂家庭对儿童心理的发展影响特别大。现在社会日益文明进步，离异家庭重组后的子女问题及单亲家庭的子女教养问题等引起各方广泛的重视。研究发现：父母去世时间的早晚对子女的人格发展有不同程度的影响。婴幼儿时丧母者对其以后人格发展比丧父者的影响大，但在儿童期丧父者比丧母者的影响要大。从一项少年犯罪的统计调查结果看，少年犯罪出现率最高的是从出生至 4 岁间丧母或丧父的人，其犯罪率高出一般人 2 倍以上 与 10~14 岁丧父或丧母者比较则高出近 4 倍。

学校教育在儿童心理发展上起主导作用。学校是有计划、有组织、有目的地向人们传授知识、技能、价值标准、社会规范的专门机构，儿童进入学龄期后，学校的影响逐渐上升到首要地位，成为儿童心理发展的重要因素。学校通过教材、教学、教师人格、同学之间的关系、学生的各种组织及学校组织的各种活动等对学生的心理发展发生深刻影响。

环境和教育对儿童心理的发展起决定作用，但这并不意味着它们可以机械地决定儿童心理的发展。其作用总是通过的儿童的活动本身，通过儿童心理发展的内部原因来实现，也就是说：儿童心理发展主要是由适合于儿童心理内因的那些教育条件来决定的，并通过儿童在主体和客体相互作用过程中，在儿童不断积极活动的过程中实现的。

儿童期是心理形成和发展的重要时期，由于遗传、环境、教育等不良因素的影响，加之儿童心理发展的不成熟性和脆弱性，都会给儿童心理正常发展带来不良作用，使儿童形成这一时期特有的不良行为习惯和身心疾病。本章主要介绍的是儿童期容易出现的一些心理问题及其表现和从心理、生理、社会等多角度进行综合全息治疗的方法。

## 第二节 儿童学习困难综合征

学习困难综合征（*Learning Disabilities*）是一种学习技能的发展障碍。这类儿童并非呆傻或愚笨（*IQ*都在 70 以上）而是从发育的早期阶段起，获得技能的正常方式受损，表现在阅读、计算或绘画等单一方面的能力低下，而其他技能均正常。所以常出现某一门功课的成绩好，而另一门成绩差的偏科现象。

美国学习困难联邦委员会在 1988 年把学习困难定义为：学习困难是多种异源性失调 表现为听、说、写、推理和数学能力的获得和使

用方面的明显障碍。这些失调源于个体的内部因素，假定是中枢神经系统的机能失调，并且可能存在一个人的一生。伴随学习困难，人可能会在自我调节、社会知觉以及社会交往等方面出现问题，但这些问题本身不构成学习困难。尽管学习困难可能同时还伴随其他的障碍（如感觉损伤、智力落后、严重的情绪紊乱）或者同时受到某些外部因素的影响（如文化差异、教学的不充分或不适当）但学习困难并不是由这些障碍和影响因素造成的。

## 一、主要病症

学习困难儿童在小学生中比较多见，国外调查结果为 20% 的儿童在校学习期间发生过学困难。国内攀枝花市和长沙市调查小学生学习困难发生率为 17.4% 和 13.2%。男女比例为 2:1。物理学家爱因斯坦、发明家爱迪生、前英国首相丘吉尔、画家毕加索、数学家华罗庚等众多名人儿时都曾有过学习困难。学习困难儿童的治疗，主要还是采用教育训练和心理辅导相结合的方法，家长和教师要耐心给他们特别的训练课程，只要坚持训练和心理辅导，儿童都会有不同程度的好转。

儿童学习困难的表现特征为：

(1) 阅读障碍：指阅读能力大大低于其年龄和智商水平，表现为不能正确辨认字母、单词或按逆方向阅读，不能将字母和发音联系起来进行朗读。其理解能力差，语言能力差，有时甚至上下、左右、高低、前后也分不清。如要他站在桌前，他却站在桌后。特别是在进行左手拍右腿或右手拍左肩一类动作时表现明显。

(2) 计算障碍：指儿童加减乘除的运算能力差。如有时能加和乘，却不能减或除，心算能力差。平时完成数学作业困难，数学成绩差。

(3) 拼音障碍 表现不能正确地拼出音节 读字发音错误 对某些字母或音节发音特别困难，伴有视觉空间障碍。把 b 当成 d，把 p 当

成 q 等。

(4) 书写障碍：指儿童难以把看到的事物形象画出来，或把看到的词写下来，如难以抄写黑板上的习题等。这种现象叫视觉运动性感知障碍，是运动功能协调不佳的结果。

(5) 交往障碍：儿童由于学习技能方面的障碍，而经常遭到同学们的嘲笑和捉弄。因此这类儿童是很难主动与人交往的，社交能力很差。

## 二、儿童学习困难的成因

从 Samuel Kirk 1962 年最早提出学习困难概念以来，先后有四种理论试图解释学习困难的成因：第一种理论认为，学习困难由神经系统的缺陷所造成，即由儿童在对视、听等感觉通道信息进行加工时产生冲突引起的；第二种注意力缺乏理论，认为儿童不把注意力集中在学习上，因此导致学习成绩低；第三种理论认为，学生的学习动机是关键因素，儿童在学习过程中往往产生习得的无能为力，其学习特点是被动学习，总把失败归因于自己，而较少将成功归因于自己；第四种理论认为，学习困难儿童的信息加工过程存在问题，如错误信息编码、储存和提取等。

儿童学习困难的主要成因有：

(1) 生理因素：儿童在胎后期、出生时出生后由于某种病伤而造成轻度脑损伤或轻度脑功能障碍。遗传因素。有些学习技能障碍具有遗传性。如儿童的父亲、爷爷或其他亲属可见到类似情况。身心发展落后于同龄儿童的发展水平。乳牙脱得慢、走路说话迟、个子特别矮小等，感觉器官功能的缺陷或运动协调功能差。

(2) 环境因素 ① 不良的家庭环境。由于父母长期在外工作或家庭成员关系紧张等因素，使儿童从小就未得到大人充分的爱抚，特别是缺乏母爱。儿童在幼年时未得到良好教养，在儿童早年生长发育的关键期，没有提供丰富的环境刺激和教育。不适当的学习内

容和教育方法使儿童产生厌学情绪有此父母望子成龙心切，他们拔苗助长 不按儿童的身心特点进行教育 常在是教育的内容、方式、方法上违反教育规律。如学前儿童小学化，小学儿童成年化，严重影响了儿童的学习兴趣；有些教师对成绩差的学生经常予以批评、指责，弄得儿童极其自卑，对学习失去了信心。大大挫伤了儿童的自尊和自信

(3) 心理素质和情绪、行为问题 儿童幼年常常有冲动、多动、注意广度及选择性差、养育麻烦等问题。入学前后有情绪焦虑、抑郁和学习情景的适应困难。有的儿童表现为更多焦虑、退缩和不成熟自尊心、自信心及自我调节水平低。学习困难儿童中约 1/3 有注意障碍 这些儿童对学习任务不重视 独立性差 是学业失败的高危因素，特别伴有攻击行为者常继发品行问题，预后不佳。

(4) 学习方法：学习依靠多个感觉运动通道的协同活动某些儿童长期依靠视觉学习，缺乏朗读，或识记方式机械简单，缺乏丰富的联想，或偏科学习，也常常影响学习技能的掌握和发展。儿童语言学习的神经心理有三条功能通路：幼儿期为音 - 义通路 学龄早期为形 - 音通路 通过朗读形成形 - 音 - 义的联系；学龄后期三条通路之间可随意进行转换。如皮质的功能联络区发育不充分或缺乏适宜的语言刺激环境，可使各分析器通路的联系与发展阻滞，出现阅读障碍。

(5) 认知和元认知 (Metacognition) 策略 学习困难儿童在收集与解决问题有关的确切信息方面有困难，如他们在数学方面表现为缺乏适当的解题步骤和规则系统，不能区分相关的数量关系，不能正确理解题意和选择适当的认知策略和操作等，在阅读方面普通学生一般采用的是词典策略（如从段落中选录一些词，并围绕它们进行推理 和产生策略 如对比、分类、和定义）而学习困难儿童采用相对无效的策略（如排除法或语意匹配）或完全不使用策略；在元认知策略方面学习困难儿童表现为总是非常刻板地应用有关自己、任务和策略三个变量上的知识，极端缺乏对行为的调节能力。他们在学习的信息过程中不能自觉地使用语意分类编码的学习策略以促进学习，

从而导致学习困难。

### 三、学习困难的分类

(1) 学习困难发生的时间：在学期早期或 10 岁以前发生的学习困难，常常是学习技能的获得障碍。后期学业失败的儿童一般已掌握了基本学习技能，主要涉及学习动机损害和基本技能的应用障碍。

(2) 学习困难的性质：需要明确是一般性、普遍性的各科学业成绩和技能的落后还是特殊技能的发育迟滞。各门功课、学习技能的普遍落后，除了智力因素的影响以外，更多是学习动机损害和一般心理功能障碍，导致学习技能的发展和应用的障碍的结果。但某项科目和学习技能的局限性障碍及智力结构异常，则常见于特殊学习技能发育障碍。所以要对儿童作全面的病史资料收集和专项精神状况检查。

(3) 学习困难所涉及的技能类型：不同的课程科目涉及一种以上的学习技能。如算术中的应用题，不仅需要计算技能，还要能准确地阅读理解。特殊技能发育障碍和学习技能一般性、应用性障碍可表现为学习困难。因此应作各种学习技能的进一步检查才能明确诊断。

### 四、学习困难综合征的评价和诊断

#### 1. 评价：

根据智力状况和学习经历，学习困难儿童的学业成绩明显低于根据其智力水平一般期望应达到的水平。

(1) 智力测验。通常采用韦氏儿童智力测验，排除智力发育迟滞，并分析智力结构是否均衡和存在缺陷。

(2) 学业成就测验。在口语表达、听力理解、写作表达、基本阅读

技能、阅读理解、数学计算和数学推理等七个方面，有一项智力期望值严重落后即可诊断为学习困难综合征。

(3)神经心理测验。用儿童成套神经心理测验，可对大脑侧性优势、感知觉、运动、语言、空间知觉运动、抽象思维及概括、记忆等多种功能作出评定，以进一步明确学习困难的类型和心理机制。

(4)经验法。根据教师的经验来大致评估学业成绩和技能水平的等级。这不失为一种有用的经验评估法。又有相对评价和绝对评价。相对评价的标准为学习成就低于群体平均成绩 1.5 个标准差 绝对评价的标准是语文、数学和外语三门核心课程中，必须有一门以上不及格需补考。因为学习困难学生可能有全面的学习障碍，但也可能只在语言、说话、阅读和计算等某一领域内存在学习障碍。

## 2. 诊断标准有五条：

(1)特定的学习技能损害必须达到临床显著的程度。如阅读、拼音、计算等有一种以上的学习技能障碍。

(2)没有明显的智力问题，智商在 70 以上。

(3)学习困难是在上学最初几年即已存在，而非学习后期由于学业失败而引起的。

(4)没有任何外在因素可充分说明其学习困难。

(5)不是任何视听损害或神经系统损害的直接结果。与之相区别的是儿童多动症。多动症儿童也伴有学习困难，但其原因是由于好动、注意力不集中和行为障碍所造成的。而患有学习困难综合征的则主要是由于某一学习技能发育障碍引起的。

## 五、学习困难综合征的心理治疗

(1)教育训练 在专门的机构中 由有经验的心理学家 利用寒暑假或公众假期对儿童进行集中治疗训练。治疗的基本方法是：针对每位儿童的具体技能障碍，制定出专门的训练计划，然后在训练师的示范下进行个别矫治。如对有视觉空间障碍的，可以进行系列视觉

空间能力的训练 对听觉困难者,可给以系统的音调、节律训练 对语言表达困难者,可由字到句逐步进行训练。

(2)正强化法:在对儿童进行教育训练时,对儿童每一个微小的进步都要及时进行表扬和奖励,以强化儿童新技能的获得,提高儿童的自信。培养学习兴趣,以鼓励为主,增强自信心和学习动机,改进学习方法。

(3)父母和老师不要歧视这类儿童,而要给予更多的关心、同情和帮助,为其提供更好的环境和更强的心理支持。如培养他们的健康的情绪、良好的个性品质、正常的行为特征和协调的人际关系。

(4)策略干预教学方法:分析学习困难儿童在具体学科中出现的策略问题,有针对性的设计教学模式,在特殊课堂上给儿童讲解和让他们练习有关的策略步骤从而使学习困难儿童能有意识地使用策略来帮助自己更好理解问题、组织信息、设计步骤、执行计划和检验结果,即增加原认知策略的训练,并记住和掌握这些步骤,以提高学科成绩。

(5)感觉统合疗法:感觉统合(Sensory Integration)是由美国加州大学的爱尔丝博士(Dr. Jean Ayles)提出的一个研究观点 用来矫治儿童学习障碍的行为,并了解其原因,事前提出预防和改善的方法。其原理为:身体及感官反映到大脑各感觉区的感觉学习信息,一定会在记忆中有无数次统合,才会发展出语言表达、运动计划、左右脑思考、人格情操区的成熟。基于环境不良和错误教导的影响,这些统合可能会不足或失败,进而形成学习能力的障碍。

感觉统合的训练,不是直接重复教学、强化学习,而是避开教学避开学习 用游戏治“病”。让儿童在玩的过程中感到快乐 从根本上解决学习困难。一般情况下,儿童出现学习困难,成绩不佳时,教师和家长往往是指责、批评 孩子从心理上就感到害怕、紧张、焦虑 这种心情抑制了他再学习的积极性。由于学习无积极性,导致儿童学习成绩更差,更遭成人的指责、批评,形成恶性循环。感觉统合训练则把这种恶性循环变成良性循环,进行快乐教育,它的游戏很多,儿童

可以自选，这样他就可以在积极快乐的情绪中来玩、来学习，促进大脑和身体之间的协调反应，帮助学习困难儿童的感觉运动功能向正常方向发展。训练感觉统合时，让儿童养成参与活动的兴趣，儿童轻松地置身于色彩丰富、花样翻新的活动之中，而乐此不疲。儿童在一天中有多种身体的体验，有时趴着睡、有时仰着睡，让他感觉种种不同的重力 如摇篮、沙发、木板床等轻度的摇晃及震动 帮助儿童控制自己的身体感觉。

儿童的积极参与，是感觉统合指导成功的关键。因为身体的成长、日常的运动和学习行为，共同促进大脑的发展，这些都和孩子积极主动的投入有密切关系。进行感觉统合训练时应遵循以下原则：

找到儿童可以自己尽力玩的活动；用耐心培养孩子的兴趣；要让儿童感到快乐；协助儿童建立足够的自信心；感觉信息逐步成熟化是信心的基础 矫正期大致 6 个月到 2 年不等 要准备好准备工作与观察记录；视觉、听觉、触觉及前庭运动最为重要。特别是触觉和前庭运动，更关系着大脑成长的重大奥秘。具体的游戏内容有：泥土游戏、抓痒游戏、冰袋游戏、球池游戏、大笼球压滚游戏、滚筒式时光隧道游戏、平衡台平躺游戏、四足位平衡吊缆、跳床运动、滑板游戏、弹力球游戏等等。

## 六、其他治疗

### 1. 药物治疗：

对于合并多动症者，可用利他林结合行为治疗。对于合并情绪障碍者 可酌情采用抗焦虑、抗抑郁药。

### 2. 其他教育补习和强化训练：

指导家长改进教养条件与方法，在家庭中有针对性的开展基本技能训练，配合学校及心理专家开展特殊教育和强化训练。

## 七、病案举例

四年级的赵某，学习很认真，但学习成绩总不太好。家长决心帮助孩子查找原因，结果发现赵某的作业错误有个奇怪的规律：经常把字写倒。如把“13”写成“31”，把“6”写成“9”，把“月亮”写成“亮月”等。如果能把“倒写”的内容都纠正过来，孩子的学习就很不错了。如果说孩子粗心，又不太确切，家长很担心，于是把孩子带到了心理咨询中心。

经专家诊断，赵某的这种倒写、倒读现象是因为他患了“儿童学习困难综合征”。赵某大脑正常，智力也没问题，只是功能上有轻微的障碍，只要通过特殊的矫正训练是能好转的。心理专家为儿童设计了一套空间知觉训练课程。经过一段时间家长的积极配合，赵某的情况有了很大改善。老师也及时给予他表扬和鼓励。赵某的信心更足了，五年级下学期他的成绩已进入全班前20名。

### 第三节 儿童多动症

儿童多动症（Hyperkinetic syndrome），又称多动性障碍（Hyperkinetic Disorders），是一种常见的儿童行为异常综合征。过去人们曾经称它为轻微脑功能失调（Mininal Brain Dysfuction）简称为MBD，后又定名为注意缺陷障碍伴多动（Atytentinal Deficit Disorder with Hypera Activity）简称为ADDH。其主要特点为以多动不宁为主的行为障碍、注意障碍、易分心、易激惹、好冲动、坐立不安因而学习困难，学习成绩及社会适应能力差。

这类儿童长大后，多动症状或逐渐减轻或消失，但其违法行为、教育困难、病态人格、精神障碍高于常人。

由于诊断标准的不同，各地发病率差异很大，国外在4%~20%