

儿童心理卫生保健

杜亚松 著

上海科学技术文献出版社

内 容 提 要

现代化社会中,有各种心理问题或障碍的儿童越来越多,但是大多数家长和教师对此缺乏了解,如孩子经常反复吸吮口唇、毛巾、被角,不停地咬指甲,上课不能集中注意力或集中注意力的时间很短,厌食,尿床等,更不知如何预防。本书作者根据他多年从事儿童心理工作的经验,向家长、教师及从事与儿童有关的工作人员,介绍正常儿童的心理发展过程及影响因素,一般心理问题及各种障碍的发生原因、表现和保健。

读者对象:家长、教师、儿保医师、儿童心理卫生工作者。

序

在我国,儿童心理卫生工作虽在 30 年代已经起步,但因中间历经战乱,社会动荡不安,所以一直到 80 年代才开始真正的发展。这一时期,由于国家执行独生子女政策,儿童的心理健康受到社会的重视,更促进了这一事业的发展。

每一个人都有儿童时代的记忆,每一对父母都有抚养子女的经验,但这些经验是否正确、是否全面,却是一个问题。儿童是发育中的个体,其生理发育(身体发育)一般按遗传规律出现,其心理发育(精神发育)则可以说是一个学习和模仿的过程,对大部分人来说其结果是“近朱者赤,近墨者黑”。近数十年来,世界的社会文化背景正发生着巨大的变化,它也不断地影响着儿童的心理发育成长。

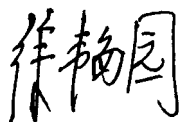
我国的儿童心理卫生工作者在过去一二十年中做了大量工作,也出了一些关于这方面的通俗书籍,但因情况在不断变化,书籍也要不断更新,杜亚松医师的这本书就是其中最新的一本。

儿童在出现心理卫生问题之后,才会去看医生,但在此之前已有许多现象预示会出现问题,如果能及时处理这些现象,往往可以预防问题的发生,因此这种处理可以产生“事半功倍”的效果,如果等问题成堆再治疗,那就是“事倍功半”了。

儿童期的主要生活环境是家庭和学校,关心和影响儿童的是家长和老师。家长和老师如果能掌握一些儿童心理卫生的正确知识,就可以对他们施加积极的、良好的影响,就可以及时发现一些问题的苗头而加以正确处理,其效果往往大大高于专业人员的

工作。专业人员把自己的知识用通俗小册的形式交给群众,使之发挥广泛的实际作用,这也是“把科研成果转化为生产力”的一种方式。我们希望这本书在儿童心理卫生方面能起到这样的作用。

我祝贺杜亚松医师能出版这本书,也祝贺需要的读者能得到这本书。

A handwritten signature in black ink, reading '徐启元' (Xu Qiyuan). The characters are written in a cursive, flowing style.

1999 年 5 月

前 言

从事精神卫生工作已有 16 个春秋,在最早的八年时间中,主要服务对象是成人精神疾病患者,对儿童精神卫生的内容知之甚少,许多问题仅知道皮毛。偶尔遇到一个儿童患者,在处理时、解答家长询问时也显得束手无策、内心发虚,更谈不上正确指导和建议。

记得那是一个星期三的下午,我正在门诊坐诊,满面愁容的一对夫妇带着一个双臂伤痕累累的孩子来就诊。原来孩子在课堂上突然发出“汪汪”的声音,影响了老师的教学和同学们的学习,受到老师和家长的批评后,不仅“汪汪”声音没有改掉,反而增添了双手向后甩,有时不可控制地碰到硬物而将双臂碰伤。父母认为孩子是对家长和老师批评的不满而出现的故意对抗行为。当因为抽动而满面大汗的孩子坐在我的面前时,我不知道如何为孩子和他那愁眉不展的父母提供帮助。虽然他吃了我配的药后,病情有了改善,但这个病例给我留下了深刻的印象。

在报考研究生填写研究方向时,对该病例的铭记使我选择了儿童精神病学和儿童精神卫生学专业。在接下来的五年时间里,从师于李雪荣教授和杨德森教授,完成了我的博士学位,也确立了我后来的专业方向。

在拟定本书的写作提纲时,考虑到以下几个写作原则。首先,书中所写到的心理卫生问题尽量列举一个自己诊断过的详细案例,以便使读者能从中认识到患儿的具体表现。其次,在写作本书时,力争以心理卫生保健为主线,将儿童期的各种心理卫生问题联

为一串,使读者看后问题明了、层次清晰。第三,在涉及到心理卫生问题的家庭干预时,以系统论的观点,以局外人的眼光提出干预方法,这种观点来自于系统式家庭治疗。从临床效果来看,这种方法是行之有效的。

在撰写过程中,力争做到既要文字通俗、易懂,适合于普通读者,又要有一定的学术价值,可供儿童心理卫生工作者、儿童精神科医师、儿童保健医师等专业人员参考。

本书的第十三章和第十五章由朱晓峰医师撰写,需要在此加以说明,并表示感谢。

全部书稿完稿以后,著名精神病学家、上海医科大学徐韬园教授审阅了书稿,提出了宝贵的修改意见,并为该书作了序,在此表示衷心的感谢。

凭心而论,如果这本书的出版能给读者以后迪和帮助的话,就达到了撰写该书的初衷,也将是对作者劳动的肯定。

杜亚松

一九九九年六月一日于陋室

第一章 儿童对心理卫生保健的需要

- 儿童心理卫生现状
- 面临的挑战
- 儿童心理卫生保健的内容

心理卫生就是保持心理处于健康状态。

心理健康则指在身体、智能、情感上与他人心理不相矛盾的范围內，将个人心境发展成最佳状态。这是 1948 年第三届世界心理卫生大会对心理健康所下的定义。

儿童心理卫生是一门边缘学科，除与儿科学、儿童保健学、儿童精神病学、儿童神经病学、优生学等密切有关外，还受家庭环境、社会文化背景、儿童教育观、社会经济状况的影响。

儿童的医疗保健事业在新中国成立后有了长足的发展，通过加强营养、健康检查、预防接种等手段使婴儿死亡率明显下降，各种传染病得到有效地控制，儿童健康水平明显提高，儿童的医疗保健事业在三级预防的水平上得到体现。

我国的儿童心理卫生事业从无到有，不断发展。70 年代以

来,南京、上海、长沙、北京、福州等地的精神科医师和儿童心理工作者逐步开展了儿童心理卫生保健工作,建立了儿童心理卫生专科门诊、治疗病房、训练机构等,率先进行了儿童心理卫生保健的实施。90年代以来,社会和经济的改革,给看似平静的儿童群体带来了重大影响,学习压力、学习竞争、新知识的迅速爆炸对儿童心理卫生问题的发生起到了推波助澜的作用,使得儿童心理卫生问题在各种营养性疾病、各种传染病得到基本控制以后充分暴露出来,摆在儿童心理卫生工作者、学校老师、家长的面前。

一、儿童心理卫生现状

国外研究结果显示,小学生社会适应不良或者适应困难的人数达到了 20%~40%,20%左右的学龄期儿童存在中度乃至重度的情绪问题。英国、美国、荷兰、日本、新西兰、挪威等国的调查发现,儿童心理卫生问题发生率达 15%~26%。从 70 年代到 90 年代,儿童自伤和自杀行为、情绪问题、逃学现象、青少年违法、吸毒和暴力等逐年增加,到精神科诊所就诊的人数也逐年增加。

80 年代初,国内心理卫生工作者开始对儿童的心理卫生状况进行研究。

国内对儿童心理卫生问题的研究范围较广,涉及到精神医学、教育、干预等方面。下面列出几项较有影响的研究结果,使读者们了解问题所在。

上海市精神卫生中心忻仁娥于 1992 年联合国内 19 个省、市、自治区大中城市的心理卫生工作者,采用 Achenbach 儿童行为量表对 22 个省、市的 24 013 名 4~16 岁城市儿童进行了调查,行为问题的总发生率为 $12.9\% \pm 2.2\%$,其中男性行为问题发生率为 13.4%,女性行为问题发生率为 12.5%;在不同年龄段中,行为问

题的发生率也有差异,4~5岁为14%,6~11岁为14.1%,12~16岁为10.9%;独生子女行为问题发生率为13.5%,两个子女的行为问题发生率为12.1%,3个及其以上子女的行为问题发生率为13.4%。这22个城市儿童行为问题发生率从高到低分别为:合肥16%、西安15.7%、宁波15%、深圳和哈尔滨14.7%、天水14.6%、成都14.4%、武汉13.9%、南京13.8%、乌鲁木齐13.5%、长春13.1%、新乡12.7%、昆明12.6%、上海12.3%、济南12.1%、重庆12%、柳州11.7%、北京和苏州11.6%、呼和浩特11.5%、沈阳11.1%、延边6.3%。所调查的行为问题表现为社交退缩、忧郁、不成熟、躯体诉述、分裂样焦虑、强迫、多动、交往不良等,行为问题的发生与父母年龄、文化、职业及母亲健康状况密切相关。

湖南医科大学精神卫生研究所李雪荣于1990年对湖南省城乡8644名4~16岁儿童、青少年的临床流行病学调查中发现,各种心理卫生问题达38种之多,时点患病率14.9%,其中城市14.2%,农村16.1%;男性18.5%,女性10.8%。将38种心理卫生问题合并为情绪障碍、行为障碍、发育障碍和躯体化障碍四大类,少见问题列入其它类中,城乡、农村不同性别和年龄段心理卫生问题的患病率见表1-1。

表1-1 湖南省4~16岁儿童、青少年心理卫生问题患病率(%)

人数	情绪障碍 人数(患病率)	行为障碍 人数(患病率)	发育障碍 人数(患病率)	躯体化障碍 人数(患病率)	其 它 人数(患病率)
城市(5513)	62(1.12)	460(8.34)	416(7.55)	18(0.33)	7(0.13)
农村(3131)	29(0.93)	241(7.70)	348(11.11)	8(0.26)	5(0.16)
男性(4596)	31(0.67)	561(12.21)	482(10.49)	11(0.24)	6(0.13)
女性(4048)	60(1.48)	140(3.46)	286(6.97)	15(0.37)	6(0.15)
4~5岁(1143)	11(0.96)	13(1.14)	90(7.87)	0(0.00)	2(0.17)
6~11岁(4268)	33(0.77)	456(10.68)	483(11.32)	10(0.23)	7(0.16)
12~16岁(3233)	47(1.45)	232(7.18)	191(5.91)	16(0.49)	3(0.09)

作者于 1997 年对上海市一所寄宿制重点中学初中预备班、初中和高中学生的心理卫生状况研究结果显示,高中男生行为问题发生率为 11.2%,女生为 10.2%,男女接近;初中男生行为问题发生率为 6.14%,女生为 3.66%,男生明显多于女生($P>0.05$);肯定存在抑郁情绪的高中生为 16%,初中生为 10.5%;自我意识水平低的高中生占 18.3%,初中生占 11.2%,高中生自我意识水平明显低于初中学生。另外,还有相当多数的学龄期儿童表现为学习困难、学习成绩不理想,这部分儿童约占学龄儿童的 10%~15%。

据估计,我国目前有儿童和青少年约 3 亿 8 千万,如果以行为问题发生率 10%这个较为保守的数字推算的话,我国有 3 千 8 百万儿童需要心理卫生服务。

二、面临的挑战

自从进入 90 年代以来,妇女和儿童问题已经逐渐成为国际社会非常关注的重要课题。

1990 年世界儿童问题首脑会议提出“儿童生存、保护和发展世界宣言”和“90 年代行动计划”的具体实施,“母亲安全”和“儿童优先”的新的道德观念和行为准则正在形成。

世界卫生组织号召“20 世纪人人享有卫生保健”,“将精神卫生工作内容纳入初级卫生保健”,特别提出“初级卫生保健服务对儿童发育,特别是社会条件差的环境下的儿童发育有帮助”。

1989 年 11 月 20 日联合国大会通过的《儿童权利公约》上明确提出“每一个儿童都有权享有足以促进其生理、心理、精神、道德和社会发展的生活水平”、“最充分地发展儿童的个性、才智和身心能力”。

我国政府颁布的“90 年代中国儿童发展规划纲要”、“中国残疾人事业‘九五’计划纲要”(1996~2000 年)等均为促进儿童心理卫生工作的发展带来了机遇,同时也带来了更大、更高层次的挑战。

1. 向儿童提供心理卫生服务的专门机构少 自 50 年代开始,首先在南京、上海等地开展儿童精神医学研究和建立儿童心理卫生专门服务机构以来,陆续在北京、长沙、广州、福州、绵阳、西安等地建立了儿童心理卫生研究、教学、医疗、康复机构,但总数不超过 10 个。可幸之处,不少地区的儿童医院、儿童保健机构、学校也纷纷开展了形式多样的儿童心理卫生服务。

与儿童心理卫生事业发达的美国相比,我国的儿童心理卫生服务机构少得可怜。美国每个州、市、县都设立了儿童心理卫生或儿童精神医学中心、特殊学校和专门的照料机构,设备条件、经济投入均远远超过国内。

2. 儿童心理卫生专业人员少 到 90 年代末,我国能为儿童提供心理卫生服务的专职和兼职医务人员总数不超过 200 人,远远不能满足我国近 4 亿儿童对心理卫生服务的需求。据有关文献记载,美国约有儿童精神病学家 9 000 名,而他们的儿童仅 7 千万人左右。

3. 认识不足 由于受传统精神病学概念和精神病服务机构服务模式的影响,人们仍然将心理卫生问题与精神疾病混为一谈,碍于面子,都不愿意到精神病医院或精神卫生中心寻求帮助。对儿童来说,更是如此。担心儿童到这些机构去寻求服务,被别人知道后会影响到他们的前途和名誉。

在此,有必要将精神疾病与心理卫生问题加以区别:精神疾病是大脑功能紊乱的表现,病人在认知活动、情感反应、意志活动和行为方面都表现出异常,日常生活、工作和学习受到严重影响,预

后较差。心理卫生问题则是因为各种原因引起的心理状态达不到最佳发挥的依稀表现,也可以表现在情绪、行为、注意等心理行为上,它就像“感冒”一样,几乎每个人都会罹患,通过心理调适和心理干预,预后较好。

泛泛而讲,当儿童心情不愉快、睡眠不好、不主动与人交往、依赖性强的时候,父母就会认为他们有了“心理问题”,但具体是什么“心理问题”?应该到哪里去诊断和治疗?用什么方法治疗?如何预防心理问题的发生?等等问题便不可而知。

民众对儿童心理卫生问题认识不足。儿童心理卫生问题的发生率高,涉及面广,如果不及早进行干预,会严重影响到儿童心理的正常发育、人格形成、学习效果、社会适应能力、家庭生活等多个方面。

4. 不断提高的生活质量 随着生活质量的提高发生于儿童身上的疾病谱发生了根本的变化,许多传染性疾病和躯体疾病有了有效的防治手段,疾病死亡率进一步下降。供应给儿童的物质生活条件一年比一年好,与之相对应的心理卫生保健需求已上升为保证生活质量的重要因素。

学龄期儿童、少年学生都面临着日益增加的学习压力,学业竞争、升学竞争无疑会给学生带来诸多的心理卫生问题。解决学生的心理卫生问题要靠家长、教师和学生的协同努力,既是心理干预的内容,更是心理健康的主要组成部分。

三、儿童心理卫生保健的内容

儿童医学保健的措施是在三级预防的水平上进行的。初级预防也称基础预防,是保证健康的促进性措施,消除一切可能的致病因素。二级预防是防病于未发之前,及早发现偏离或异常,早期诊

断、早期治疗。三级预防是及时彻底治疗疾病,防止并发症和后遗症,争取全面康复。

儿童心理卫生的保健措施也应该在三级预防水平上进行,世界卫生组织在“将精神卫生工作纳入初级卫生保健”的文件中提出精神卫生保健发展的优先目标,包括以下内容:

- (1) 确立初级卫生保健能处理的神经和精神疾病;
- (2) 对所确立的优先处理的疾病所需要的基本药物要保证供应;
- (3) 在卫生部设立专门管理精神卫生工作的正式机构;
- (4) 加强现有的专家队伍,以支持精神卫生和社会心理发展领域中综合卫生及其它部门工作者的工作;
- (5) 培训和补充得力教员;
- (6) 在医学院和其它卫生训练机构中,将心理卫生纳入日常教育计划;
- (7) 对现有的卫生干部提供心理卫生短期培训;
- (8) 对非卫生部门工作人员进行心理卫生培训。

初级卫生保健中的一个重要观念,是卫生运动的发展必须有同级社区中其它部门的参与,包括基层政府组织、学校和老师、福利部门、公安部门及其它非政府组织。

1. 初级保健水平 初级心理卫生保健的基础任务是监督儿童的躯体和心理发育,识别患重性精神病和神经疾患的病人,并把他们转诊到上一级医疗机构,懂得长期治疗的生活安排并确保病人得到服用的药物;识别药物和酒精滥用者并给予适当的建议;识别父母对儿童不教养或虐待的事例,并对此采取适当的行动。

(1) 加强宣传,使广大民众了解儿童心理卫生方面的知识,认识到健康心理是人体健康不可分割的组成部分,将儿童心理卫生的知识宣传到家家户户,做到家喻户晓,意识到人人需要心理卫

生,心理卫生要从儿童抓起。

(2) 在正常幼儿园和小学开展心理卫生方面的教育,向幼儿园和小学的老师讲授有关知识,根据幼儿心理发育的特点设置课程和安排教学、活动内容,而不仅仅是教儿童学习什么知识、背诵多少唐诗、练写多少大字。

要让儿童学会在集体活动中如何与其他小朋友交往,如何适应不断变化的生活环境,当遇到困难时知道如何解决。在发达国家已将儿童心理卫生知识讲授和生活技能训练用于幼儿教育中,世界卫生组织于1993年通过文件向各发展中国家推广这种做法。

(3) 儿童时期的主要生活环境之一是家庭,对家长和有关家庭成员讲授儿童心理卫生知识就显得非常重要。父母要有正确的养育方式,教育观点一致;对儿童的期望值要切合实际,不可过高或过低;家庭中要充满和睦、民主、上进的气氛;让儿童在现实生活中感受到挫折并想办法克服。要让家庭成员认识到培养一个人格健全、社会适应能力良好的人是儿童培养的最终目标。

(4) 全社会都要认识到儿童心理健康的重要性,从观念上认识到儿童心理健康是健康的重要组成部分,把心理卫生教育深入到儿童参与的活动中去,以儿童和少年喜闻乐见、丰富多彩的活动形式,在社区、学校、幼儿园为儿童提供理想的场所,旨在陶冶儿童情操,培养儿童良好的人格,符合现代社会发展的道德品质,灵活的社会适应能力。

2. 二级保健水平 二级心理卫生保健的目的在于早期发现、早期干预、防止病情进一步加重。

早期发现要靠与儿童生活、活动较为密切的家长、教师的细心观察,以自己掌握的儿童心理卫生知识来发现问题。有局限于家长心理卫生知识的缺乏,儿童表现出来的行为或者情绪问题不为家长所觉察和发现,到这些问题非常严重时才会引起家长的重视,

往往会失去早期干预的良好时机。

当对儿童出现的行为问题有疑问时,要及时到有关心理卫生服务机构请专业人员对儿童所出现的问题进行评估、诊断和鉴别。常用的方法为:(1)会谈法:心理医师或精神科医师在获得家长或老师提供关于儿童问题的信息后,与儿童进行交谈、沟通,在相互了解的基础上,对儿童心理状况进行判断。对年幼儿童进行会谈时,要有父母亲、其他抚养者在场,以便及时验证儿童的说法和对行为的解释,同时可以减轻儿童在会谈环境中的紧张程度。作为信息提供者,家长和教师向医师提供的信息一定要真实、可靠。(2)测量法:使用经临床验证有较好效果、真实可靠的心理评估工具对儿童心理状况进行评估。例如应用 Achenbach 儿童行为量表评估各种行为问题;Conners 行为量表评估多动行为;韦氏儿童智力量表测评智力发展水平等等。(3)观察法:对儿童的一些症状或问题暂时无法做出明确判断时,要对此症状或问题做进一步的观察,在数次观察后再对问题或症状做出判断。

对已经发现的儿童心理卫生问题要积极进行干预,到相应的心理卫生机构进行治疗,进入三级保健水平。

3. 三级保健水平 三级保健的目的在于对已发现的问题或障碍积极地进行治疗和康复,防止出现后遗症和并发症,防止社会功能的损害,减少残疾。

治疗的方法包括药物治疗、心理治疗、康复训练、行为矫正,一般多在门诊进行。每种心理卫生问题的具体治疗见有关章节,在此不再赘述。心理卫生问题严重到影响日常生活、学习时要考虑住院治疗。

治疗的另一个重要组成部分是功能康复,对言语和语言问题、抽动障碍、强迫行为等更为重要,目的在于尽最大可能减少社会功能损害、减少残疾。

第二章 正常儿童心理发展过程

- 常见儿童心理发展阶段的划分
- 婴儿期心理发展特点
- 幼儿期心理发展特点
- 学龄前期心理发展特点
- 学龄期心理发展特点
- 少年期心理发展特点

儿童心理发展过程就是儿童从出生(甚至从胚胎即开始的)到青少年期的心理能力和社会能力等的发展过程。从婴儿呱呱坠地到青少年期可分为几个阶段,每个阶段的发展和变化都不相同,每个阶段既是前一个心理阶段发展的结果,又是后一个阶段的前提和基础,心理发展的每个阶段既是相互联系,又是互为独立的。无论哪个阶段,判断其正常与否的标准就是儿童心理是否健康。

早在 1946 年,世界卫生组织(WHO)就确立了健康的标准:“健康不仅仅是没有疾病,而且是身体和心理上的完好状态及良好的适应水平”。健康状态从发展意义上讲,更强调心理健康,而心理健康则是以正常儿童心理发展为基础的。随着我国医学事业的发展,多发于儿童期的各种传染性疾病、代谢和营养疾病得到了控制,出生率上升,死亡率下降,儿童心理健康问题已引起社会各方面特别是儿童心理卫生工作者的重视。我国年轻父母对儿童心理

健康的重视程度,保健需求及经济投入都在逐年增加。

一、常见儿童心理发展阶段的划分

不同心理学流派根据自己的理论,也有它们自己相应的心理阶段划分方法:

1. 弗洛伊德(Freud)心理性欲发展阶段 他认为人的发展是伴随着性的发展而发展,是与性本能的驱动有关,他把儿童心理发展分为:

口欲期(0~1岁):婴儿通过吸吮、咀嚼、吞咽、咬等口腔的刺激活动获得性满足。

肛欲期(1~3岁):从对肛门粪便的潴留与排泄得到快感。

性器官期(3~6岁):喜欢抚摸自己的生殖器和显露生殖器以及性欲幻想,男女儿童分别出现“恋母情结”和“恋父情结”。

潜伏期(6~12岁):“性”活动进入潜伏期,男女儿童界线很清楚,常常分开做游戏,甚至互不来往。

青春期(12~20岁):寻找同龄异性伙伴,建立稳固、长久的性关系。

2. 艾里克森(Erikson)心理社会发展阶段 与弗洛伊德性欲发展观不同,持精神分析观点的艾里克森强调“自我”的作用,将儿童行为的模式、心理和社会因素、“力必多”投放部位三者结合起来,称为儿童心理社会发展,他把“人心理社会发展阶段”分为8个阶段,其中儿童有5个阶段:

第一阶段(0~2岁):信任感对不信任感:发展顺利则能有身体舒适和安全感。

第二阶段(2~4岁):自主性对羞怯和疑虑:发展顺利则能有依从和自主的能力。