

儿童心理障碍治疗学

主 编 杜亚松

副主编 苏林雁 刘 靖 陈一心

主 审 李雪荣

上 海 科 学 技 术 出 版 社

编写人员

(以姓氏笔画为序)

万国斌	于得澧	卞茜	王和平	刘靖
刘漪	刘军	许明智	朱焱	朱金富
苏林雁	杜亚松	李飞	李正云	肖泽萍
吴增强	陈一心	陈志坚	张玉麟	张纪水
张志群	张海音	范娟	罗学荣	金星明
周韦华	禹顺英	赵瑞钦	钱昀	徐通
郭兰婷	贾福军	谢斌	程文红	程道猛
翁晖亮				

内 容 提 要

儿童心理障碍越来越受到专业人员和社会各界的关注,对它们的干预和治疗也逐渐凸显出来。

本书由国内儿童精神病学及相关专业的中青年学者共同完成,对发生于儿童的各种心理障碍,系统地进行了一般概述、临床特征、诊断、治疗等的描述,重点就各种治疗方法进行了深入浅出的介绍。

本书共分三个部分,第一部分为儿童心理障碍治疗学基础,着重介绍了心理学、药物和康复基础;第二部分为各类儿童心理障碍的治疗方法;第三部分介绍了相关的优生优育和法律知识。本书有较高的学术价值,可操作性强。

本书可供儿童精神科医师、儿科医师、儿童保健医师、医科大学学生、研究生和儿童教育工作者使用。

主 编 简 介

杜亚松,男,1963年生。1983年毕业于新乡医学院,1996年在中南大学湘雅医学院获医学博士学位。现任上海市精神卫生中心儿童行为研究室主任,主任医师。上海第二医科大学精神医学教研室教授,硕士生导师。



长期从事儿童和青少年精神疾病、心理卫生问题的医疗、教学和科研工作。擅长儿童和青少年心理发展的评估,主要包括智力评估、言语发育、行为发育、情绪发育、躯体发育等的评估,行为问题(注意缺陷多动障碍、品行问题、对立违抗行为、电脑成瘾行为)、学习困难(学习成绩下降、学习成绩不平衡、不会阅读、不会计算)、情绪障碍(离别焦虑、学校恐怖症、抑郁症、强迫症)的诊断和治疗。

于1997~2000年参加中德心理治疗师连续培训项目“系统式家庭治疗”的培训。对儿童和青少年的各种心理问题通过心理治疗尤其是家庭治疗进行干预,收到了良好的效果。学科工作的思路是以医院为基地,将儿童心理卫生的服务延伸到学校、社区;以医疗为主线,扩大心理保健、心理治疗、行为训练和日间治疗服务;医疗、科研和培训全面发展。服务对象以儿童和青少年为主,服务宗旨是“一切为了孩子”。

参与国家自然科学基金、卫生部青年基金和上海市卫生局青年基金等多项科研课题,共发表和进行国际会议交流论文近50篇,其中“注意缺陷多动障碍适应行为的研究”获1998年中华精神科学会第二届年会“优秀论文奖”。“注意缺陷多动障碍局部脑血流灌注的研究”获1996~1997年度“WHO/神经精神科论文二等奖”。

获得2002年度全国心理卫生优秀工作者奖。

主编了《儿童心理卫生保健》、《儿少精神障碍100例——父母必读》、《找我们谈谈心》、《关爱成长》、《多动症与学习困难》等书籍。参与编写了《现代儿童精神医学》、《人格形成和人格障碍》、《家庭实用医学百科》、《现代精神医学》、《特殊儿童的康复与训练》、《Facilitating Pathways :Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health》等。

序 一

起源于上个世纪初的中国的精神医学在上海有了很大的发展。

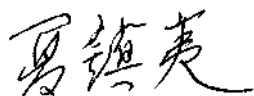
儿童精神医学作为精神医学的一个分支,在近一个世纪的发展过程中,逐渐显示出她的重要性,越来越受到人们重视。

可以说,在我从医执教的60多年中,见证了上海精神医学的发展。20世纪30年代,儿童精神病开始引起精神科医师的认识,在病房中开始收治个别的儿童精神病患者,主要是精神分裂症。直到20世纪50年代,上海、南京等地开展了儿童精神病的临床防治工作,认识了儿童精神分裂症和儿童躁狂抑郁症。20世纪80年代以后,儿童精神医学从重视精神病的防治转向心理卫生服务,出现了可喜的变化。随之而来的是对儿童精神医学专业工作者的更高要求,不仅仅对患儿的药物治疗和预防,而且更多的是发展心理治疗技巧、提供社区心理卫生服务、宣传心理卫生知识。

杜亚松医师牵头撰写的《儿童心理障碍治疗学》一书,涉及到了儿童心理障碍的几乎全部内容,尽可能地描述了在国内外文献上能看到的治疗手段和方法,探索性地把中医药的理论和方法也糅和了进来,值得推荐。

希望本书对读者会有所帮助和指导,也希望作者们能虚心接受读者的批评和建议。

复旦大学上海医学院精神病学教授



2004年3月于上海

序 二

我在 1960 年前后开始负责上海市精神病防治院儿童精神科的工作 ,但仍兼成人精神科工作。1980 年前后由忻仁娥医师专职负责。1996 年忻医师退休 ,由杜亚松医师接班负责 (现归属上海市心理咨询中心)。

几年来 ,杜医师除日常业务外 ,在培训和科普宣传方面也做了许多工作 ,写了几本通俗作品 ,现在又推出了这本专著 ,在国内可能是第一本治疗儿童精神障碍的专著。

这本《儿童心理障碍治疗学》项目较齐全 ,内容详尽 ,读其中任何一篇都相当于检索了大量国内外文献 ,因此一定可以给我国儿童精神卫生工作者很大的帮助。

一本好的专著 ,在培养本学科人才和推动学科发展方面都会起很重要的作用。20 世纪早期美国 Kanner 和 20 世纪后期英国 Rutter 的《儿童精神病学》专著就起了这样的作用 ,流行了将近一个世纪。美国的《Cecil 内科学》更是享誉世界的内科学著作 ,这些都是“大师级”的著作。我国的儿童精神医学虽然在 1950 年已经起步 ,但因各种原因的干扰 ,实际上只是在近 20 年才得到较快的发展 ,所以本书的执笔者资历大多不深 ,“功力”尚有不足 ,这是可以理解的 ,但功力是练出来的 ,只要执着于这一事业 ,假以时日 ,一定也可以达到大师级的水平。

希望作者们继续前进 !

徐韬园

2005 年于上海

序 三

儿童心理卫生学是一门十分年轻的学科,在我国更是年轻和滞后,它反映在专业人员少,医疗机构少及专门著作少。

《儿童心理障碍治疗学》一书的出版是一件很令人欣慰的事。

它的作者有儿童精神病专家、儿保专家、儿科专家、儿童心理学家及中医学家。因此,这本书是一本包容性很强的书,它反映了不同专业有关儿童心理健康的新进展、新经验,做到了兼容并蓄、中西合璧。而且它的作者群体正当青壮年,或正担当有关专业的大梁或为后起之秀。

从这点看,近20多年来,在我国专业人士的共同努力之下,我国的儿童精神卫生事业正在不断地发展、壮大。

这是一本实用性较强的书,也给了我们较为系统的有关儿童心理障碍治疗的知识。

然而,仁者见仁,智者见智,本书是否能满足诸君的要求,也只有请您读后再予评说了。

李雪荣

2005年3月2日于长沙

前 言

近二三十年来,精神医学有了长足的进展,而作为精神医学主要组成部分的儿童精神医学则进展更快。主要表现在以下几个方面:首先,关注儿童心理健康的人在增多,他们包括儿童的家长、老师、儿保医生、卫生老师、社区工作者和儿童心理卫生专业工作者。关注的焦点已经从身体发育、身体健康转移到心理卫生、身心健康和生活质量,心理卫生已经变成衡量一个儿童是否健康的重要标准。其次,从对儿童心理卫生问题调查结果可以看出,儿童的心理卫生问题(心理障碍)已经成为阻碍儿童成长的主要原因之一。联合国儿童基金会(UNICEF)的报道显示,世界范围内儿童心理障碍的发生率达20%,其中美国2.5%的儿童和8.3%青少年患有抑郁症,而且患病年龄比20年前有提早的趋势,13%的儿童和青少年患有焦虑障碍(NIMH)。世界卫生组织(WHO)的研究报道显示,仅就全球疾病负担而言,精神疾病负担已经超过疾病总负担的15%,抑郁症在世界范围内是5岁及其以上年龄人群致残的主要原因,以残疾调整生命年为指标,抑郁症在疾病负担上仅次于心血管疾病而位居第二。进展之三体现在对儿童心理障碍的重视从流行病学调查、临床特征分析、临床用药等发展到治疗方法应用和帮助手段的多样化。

就是在这种背景下萌发了编写关于儿童心理障碍治疗方面书籍的愿望,在征求了老一辈专家如徐韬园教授、李雪荣教授意见后开始准备工作。在本书撰写的过程中,遵循的基本原则是:①以18岁以下儿童的常见心理障碍为重点,希望能在实用、科学、可操作的前提下,尽可能地把治疗手段和方法提供给广大读者。②在多数可以列出诊断标准的障碍中,首先使用我国的诊断标准(CCMD-3)进行描述,在CCMD-3没有诊断标准时则参考ICD-10或DSM-IV的诊断标准,没有诊断标准的心理障碍,例如夹腿综合征则采取经验性诊断。③增加了中医中药治疗的理论和方法,拓宽了儿童心理障碍原有的狭隘的认识。④作者群以活跃在儿童心理障碍及相关专业领域的中青年学者为主体,虽然在内容上可以体现出先进、生动活泼的特点,但是又不难看出,文字稚嫩、不成熟和经验不足的缺点。

本书从创意到完稿历时2年多时间,在这期间得到了不少前辈、老师、同事的建议和意见,使本书从内容上有了实质的内涵。在编写的过程中,不断与其他作者讨论修改章节和内容使之趋于完善,使良好的建议和意见得以在书中体现出来。为此,要感谢本书的所有作者们,正是有了他们的辛勤劳动,才使得本书得以付梓。在此,还要特别感谢的有:在上海最早开展儿童精神医学的著名精神病学家夏镇夷教授,在89岁高龄仍然审看了部分文稿并为本书写了序言;著名精神病学家徐韬园教授,在本书编写的过程中始终给予的鼓励和帮助,并抽出时间作序,把我从成人精神病医生带到儿童精神医学领域的恩师,中南大学湘雅医学院精神卫生研究所的李雪荣教授作为主审,对文字和内容严格把关,使本书增色不少;苏林雁教授、刘靖教授和陈一心教授作为副主编,对本书的贡献令人钦佩,同样要感谢的是为本书

题写书名的张明岛教授。

就像前面所讲的一样,书中难免有这样或那样的缺点和错误,真诚地希望专家和读者看后不吝给予指出,以便于修改和更正。看了本书后,有什么问题或建议的话,可以通过 E-mail 与我联系,我 E-mail 是 duyasong@online.sh.cn

杜亚松

2005 年 3 月于上海

目 录

第一篇 儿童心理障碍治疗学基础

第一章 儿童心理发展的理论概要	3
第一节 概述	3
第二节 行为主义理论	5
第三节 精神分析理论	12
第四节 认知理论	16
第五节 习性学理论	20
第二章 儿童心理障碍的药物治疗	26
第一节 儿童的用药原则	26
第二节 中枢精神兴奋药	27
第三节 抗精神病药	32
第四节 抗抑郁药	40
第五节 抗焦虑药	51
第六节 抗躁狂药	56
第七节 益智药	57
第三章 儿童心理障碍的中医辨证论治	59
第一节 儿童的生理病理和心理特点	59
第二节 儿科辨证论治概要	61
第三节 儿童心理障碍的中医治疗	64
第四章 儿童心理障碍的心理治疗	68
第一节 概述	68
第二节 精神分析治疗	72
第三节 行为治疗	76
第四节 认知治疗	85
第五节 家庭治疗	89
第六节 森田治疗	103
第七节 游戏治疗	111
第八节 多萨治疗	116
第九节 自我控制的方法	119

第五章 感觉统合治疗	130
第一节 感觉统合治疗概述	130
第二节 感觉统合治疗的应用	133
第六章 残疾儿童的康复和社会技能训练	138
第一节 残疾儿童的康复	138
第二节 儿童社会技能训练	153

第二篇 各类儿童心理障碍的治疗

第七章 儿童进食障碍的治疗	167
第一节 婴幼儿喂食障碍	167
第二节 神经性厌食症	173
第三节 神经性贪食症	180
第四节 异食症	187
第八章 儿童排泄障碍的治疗	190
第一节 儿童遗尿症	190
第二节 儿童遗粪症	197
第九章 儿童睡眠障碍的治疗	202
第一节 概述	202
第二节 夜醒	204
第三节 磨牙症	206
第四节 夜惊症	207
第五节 梦魇	208
第六节 睡行症	209
第七节 失眠症	211
第八节 嗜睡症	215
第九节 睡眠-觉醒节律障碍	217
第十节 睡眠时相延迟综合征	218
第十一节 时差综合征	220
第十二节 发作性睡病	222
第十三节 睡眠呼吸暂停综合征	226
第十四节 Kleine-Levin 综合征	228
第十章 儿童抽动障碍的治疗	233
第一节 短暂性抽动障碍	233
第二节 慢性运动或发声抽动障碍	235
第三节 发声和多种运动联合抽动障碍	236
第十一章 儿童学习困难的治疗	243
第一节 儿童学习困难的界定与分类	243
第二节 儿童学习困难的诊断	248

第三节	学习动机激励	255
第四节	学习策略训练	263
第五节	学科学习	265
第六节	教师和父母的作用	274
第十二章	儿童心理发育障碍的治疗	282
第一节	精神发育迟滞	282
第二节	儿童孤独症	294
第三节	特定性运动技能发育障碍	312
第四节	儿童言语和语言障碍	322
第十三章	儿童心身疾病的治疗	334
第一节	儿童肥胖症	334
第二节	神经性呕吐	339
第三节	儿童高血压	343
第四节	儿童哮喘	346
第五节	儿童糖尿病	352
第六节	疼痛	355
第十四章	儿童行为障碍的治疗	360
第一节	一般行为障碍的治疗	360
第二节	儿童多动症的治疗	373
第三节	品行障碍的治疗	389
第四节	儿童夹腿综合征	396
第十五章	儿童情绪障碍的治疗	401
第一节	儿童分离性焦虑症	401
第二节	儿童广泛性焦虑症	406
第三节	儿童恐惧症	411
第四节	儿童社交恐惧症	419
第五节	学校恐怖症	426
第六节	儿童癔症	432
第七节	儿童强迫症	439
第八节	适应障碍	442
第十六章	儿童社会功能障碍的治疗	449
第一节	儿童依恋障碍的治疗	449
第二节	选择性缄默症的治疗	453
第三节	口吃	456
第十七章	受虐待儿童的治疗	462
第一节	儿童躯体虐待的治疗	462
第二节	性虐待的治疗	468
第三节	忽视和情感虐待的治疗	472
第十八章	儿童期精神病的治疗	474

第一节	儿童精神分裂症的治疗	474
第二节	儿童心境障碍的治疗	488
第十九章	青少年物质滥用的治疗	500
第一节	概述	500
第二节	青少年物质滥用的类型	502
第三节	精神活性物质滥用的诊断	506
第四节	青少年物质滥用的治疗	508

第三篇 儿童心理障碍相关问题

第二十章	优生与儿童心理健康	519
第一节	优生与遗传概述	519
第二节	遗传与儿童心理健康	523
第三节	优生与遗传咨询	525
第四节	孕期保健与儿童心理健康	531
第二十一章	儿童心理障碍治疗中的法律问题	536
第一节	儿童心理障碍中常见的法律问题	536
第二节	儿童青少年暴力行为	542
索引		548

第一章 儿童心理发展的几个概念

第一篇

儿童心理障碍治疗学基础

第一章 儿童心理发展的理论概要

第一节 概 述

儿童心理发展的理论是关于儿童心理发展的一般过程、性质、特点以及儿童心理发展机制的系统说明和论述。所谓现代儿童心理发展的理论,主要是指科学心理学诞生之后着重阐述儿童心理发生发展的一般规律的心理学理论。这里的儿童通常指出生到 17、18 岁的青春期阶段的个体。现代儿童心理发展的理论为心理医生识别、诊断和处理儿童心理障碍提供了理论基础,也为教育工作者预防和处理儿童心理障碍提供了理论依据。

一、现代儿童心理发展的理论与儿童心理障碍治疗

(一) 现代儿童心理发展理论的主要内容

所谓发展就是一种变化,而且是个体内部所发生的一种变化。严格来说,儿童心理的发展是指儿童心理所发生的连续的、稳定的变化,或者说是一种新结构的获得过程或一种旧结构转化为一种新结构的过程。例如,幼儿从咿呀学语到单词句再到电报句最后到完整句的过程,即概括了儿童语言发展过程的特点。

儿童心理发展的内容非常宽广,作为一个整体的儿童,其心理的发展是指在感知觉、记忆、思维、语言、行为、智力、情绪、气质和性格等诸多方面连续的、稳定的、系统的变化。现代儿童心理发展的理论,大多通过对儿童心理某一个方面的发展的描述来说明儿童心理的一般发展规律,如格塞尔着重描述婴幼儿生理心理及动作的发展,行为主义理论着重描述儿童行为的发展,皮亚杰的认知发展理论着重于儿童认知,尤其是以思维为核心的智力发展,弗洛伊德的精神分析理论着重于儿童人格的发展,习性学理论着重于儿童情感与同伴交往的发展。由于人的心理及其发展异常复杂,也由于我们目前的认识水平的限制,目前并没有一种关于儿童心理发展的最一般、具有普遍解释性和说服力的理论,而是存在着多种儿童心理发展的理论。其中,最有影响的当推以上提到的几种理论。故此,我们后面将着重介绍它们。

尽管儿童心理发展的理论众多,但它们都必须回答以下几个问题。

1. 如何看待儿童 在如何看待儿童这一点上,儿童发展心理学家一般都不会宣称儿童是完全被动的、被决定的,多少都认为儿童自身在其发展过程中起一定的作用。但就是在多大的程度上强调儿童自身作用这一点上,反映了不同儿童心理发展理论的“儿童观”。例

如,以华生等人为代表的行为主义的发展理论强调儿童的行为主要是受外部环境力量塑造的,如儿童对小白兔的恐惧情绪是受到多次联结强化的结果;以弗洛伊德为代表的精神分析理论也重视儿童自身在其发展过程中的作用,即儿童的发展是他本身内在的“力比多”性能决定的;以皮亚杰等为代表的儿童心理发展理论强调儿童在其发展中的主动构建者作用,而且儿童在其与父母的亲子关系中通过自己对父母的反向互动而影响了父母的行为方式,从而与父母共同决定了亲子关系的质量。

2. 如何看待儿童心理发展的过程 儿童心理的发展过程是连续的、渐进的、量变的还是分阶段的、跳跃式的、质变的?一般而言,在前一个问题上持被动儿童观的发展理论往往认为儿童心理的发展是连续的量变累积过程;而强调儿童自身作为有机体参与自身发展过程的心理发展理论,则多半认为儿童心理发展的过程是分阶段的、质变的,每一阶段都获得不同的心理结构或组织。目前而言,儿童心理发展的阶段理论被心理学家普遍认可和接受。

3. 如何看待影响儿童心理发展的因素 对影响儿童心理发展的因素的争论,主要集中在如何看待遗传与环境的作用上。典型的观点有遗传决定论、环境决定论、相互作用论。目前绝对的遗传决定论和环境决定论已经没有市场。发展心理学家一致认为,遗传与环境共同影响和参与了儿童心理发展的过程,撇开其中任何一个因素都是错误的,也是不符合实际情况的。例如,儿童精神分裂症的发病就是后天心理生活事件与该个体的先天遗传倾向异常共同作用的结果。如果没有心理生活事件,有潜在发病倾向的个体可能不会发作。同样,如果没有一定的遗传素质,即使发生某种生活事件,精神分裂症可能也不会发生。问题是,遗传和环境是如何共同起作用的?在这一点上,儿童发展心理学家仍然需要进一步的研究。

4. 如何看待先期发展对后期发展的影响 俗话说“一岁看三岁,三岁看到老”,这表明,个体的早期发展决定着他的一生。目前,儿童心理发展理论大多认为儿童早期经验对后期发展具有重要影响,但重要到什么地步却仍然存在争议。来自习性学的发展理论借用动物研究而推断人类心理和行为在某一特定时期对内、外条件具有高度敏感性且发展迅速,如果错过这一时期,则发展损失将无可弥补,因而称为关键期。如早期母婴接触的剥夺将使母婴亲子关系无法得到正常发展,语言学习、音乐学习、听觉、探究行为等都似乎存在关键期。但也有研究表明,早期剥夺对亲子关系的影响并非是不可逆的,据此,儿童发展心理学家倾向于以敏感期的概念来取代关键期,这也表明了早期经验对后期发展影响的复杂性。

(二) 现代儿童心理理论对儿童心理障碍治疗的意义

现代儿童心理发展理论对儿童心理障碍治疗的意义主要体现在以下几个方面。

1. 为儿童心理评估和问题诊断提供视角和理论依据 儿童心理评估和问题诊断是儿童心理障碍治疗的重要部分,而儿童心理发展理论又是各种心理评估量表和问题诊断手册的理论和方法依据。例如,安斯沃斯(M. Ainsworth)及其同事发展出的用于评价母婴依恋质量和方式的“陌生情境程序”就是以弗洛伊德的心理分析理论为依据编制的;用于评价婴儿感觉、运动能力发展的乌兹吉瑞斯-亨特(U-HS, 1975年)量表就是以皮亚杰儿童认知发展理论为基础发展出来的;登斯特和麦克威廉(Dunst & McWilliam)于1988年发展的评价婴儿感觉运动能力的OBSERVE(Observation of Behavior in Socially and Ecologically Relevant and Valid Environments)量表则主要反映了新皮亚杰主义的理论成果。

随着生态学观点对儿童心理学和儿童心理治疗领域进展的影响,有关家庭环境和功能、社会关系评价的工具及其作用受到儿童心理学家和治疗者的重视,尤其是家庭治疗和精神病学等强调家庭结构及其功能对儿童心理问题的影响,而现代儿童心理学理论,不仅为我们关注家庭及社会关系提供了理论支撑点,而且也为我们发展这类评估工具提供了理论基础。

2. 为发展儿童心理障碍的治疗策略与技术提供原理和理论依据 毋庸置疑,目前对儿童行为的治疗体系很大程度上应该感谢行为主义理论。行为主义关于儿童行为建立、消退、泛化、分化的原理直接演绎而为儿童行为矫正和行为塑造技术。同样,精神分析理论为我们解释和处理多种儿童心理障碍提供了理论依据和治疗策略、方法。其他多种治疗流派,如认知治疗、家庭治疗等也从儿童心理发展理论中吸收了有益的成分。

3. 为儿童心理障碍的康复、教育与训练提供理论依据和策略 儿童心理障碍的康复、教育与训练本身就是治疗的一个有机组成部分。鉴于儿童的年龄特点,儿童仍然处于心理发展的过程之中,其心理、行为、个性还未定型,还具有可塑性或处于某一敏感期,那么对某一方面发展滞后或受损的儿童提供恰当的教育、训练与康复机会和条件就尤其具有意义。训练对象的甄别、训练时机的安排、训练策略及方法的选择都莫不依赖于一定的儿童心理发展理论的指导。例如儿童孤独症患者的治疗方案应包括家长训练部分,指导家长如何配合治疗,并充当医生的助手及在对患者家长的家庭教养方式提供指导,这都需要相关的儿童心理理论的知识。

4. 为儿童障碍的心理治疗疗效的评估提供理论导向和依据 治疗的目标何在,如何具体化、可操作化?对儿童心理障碍的治疗最终是否达到预期的目标以及在多大的程度上达到目标,每个治疗者都必须予以考虑。但要着手这一项工作又需要相关的儿童心理发展的理论知识。如对精神发育迟滞者的治疗目标往往不在于使其智力水平恢复到正常儿童水准,因为,敏感期的丧失或智力发展的不可逆性理论告诉我们这一治疗目标愿望虽好,但几乎无可能。又如关于儿童发展的阶段理论都指明了儿童各年龄阶段的心理结构水平,以此为效标可以检验治疗的进展。

第二节 行为主义理论

行为主义和精神分析并称为在心理学最有势力的两大理论。从1913年华生发表的著名论文《一个行为主义者眼中的心理学》算起,行为主义历经近百年的发展历程,迄今仍作为心理学的主流而存在于世,尤其是它的前50年,几乎占据了心理学界的统治地位,其中华生古典行为主义、斯金纳操作行为主义和班杜拉社会学习理论代表着行为主义发展过程中的三个里程碑。尽管有发展心理学家对行为主义作为一种发展理论颇有微词,并批评它恰恰忽视了发展变量对儿童行为的影响,但作为一种揭示行为的普遍原理为我们理解儿童行为提供了科学的视角,更何况它还为我们提供了许多经典的儿童实验。

一、华生行为主义

华生(J. B. Watson, 1878~1958年)是行为主义的创始人。他出生于美国南卡罗莱纳州格林威尔城外的一个农庄。1894年华生进入伏尔曼大学,获硕士学位,此后进入哥伦比

亚大学,并于1903年获得博士学位。毕业之后留校任教。1908年任霍普金斯大学教授。1913年因在《心理学评论》上发表犹如行为主义运动纲领的《一个行为主义者眼中的心理学》一跃而成为行为主义的创立者、领导者。1916年,华生着手以行为主义立场来研究儿童心理及行为。1929年,华生出版《婴儿与儿童的心理照顾》,标志着行为主义的学习原理成功地应用到了儿童发展领域。由于华生的巨大贡献,1957年美国心理学会授予他荣誉奖状,次年华生逝世。

(一) 心理学的研究对象是行为

华生的行为主义深受实证主义科学哲学立场的影响,强调科学要以可客观观察、证实的事实为基础,而意识的个人性、主观性、私密性使得它不能成为科学的研究对象。因此,只有行为才是合适的心理学研究对象。

在华生眼里,有机体适应环境的一切活动都是行为,其基本成分是反应。细分一下,反应可分为以下几类。①外显的遗传反应:如抓握、吮吸。②内隐的遗传反应:如内分泌腺的分泌。③外显的习惯反应:如写字、敲键盘。④内隐的习惯反应:如思维。此外,也可以从反应的习得上将反应分为习得性反应和非习得性反应两大类。

通常,反应都是由刺激引发的,而刺激就是引发反应发生的有机体内部和外部的变化,这种变化的性质必然是物理的或化学的。刺激(stimulus S)与反应(reaction R)的关系是一一对应的,因而构成了刺激与反应之间的联结,于是 $S-R$ 就成为行为主义理论的特有标记。所有的反应不管是简单的还是复杂的,都可以分解为基本的 $S-R$ 单位。透过对行为的 $S-R$ 分析,我们可以由刺激而预测反应,也可以由反应而推断刺激,于是心理学可以成为预测和控制人类行为的科学。

(二) 行为遵从条件反射规律

刺激和反应究竟是怎样联结起来的呢?华生认为巴甫洛夫发现的条件反射学说提供了答案,为此华生还特别感谢巴甫洛夫的工作。巴甫洛夫关于“狗流唾液”的经典实验表明,由于饲养员脚步声多次与食物匹配而获得了条件刺激的性质,并最终引发了流唾液的条件反应。于是饲养员脚步声与流唾液反应之间的新联结建立了,由此我们也可以推断,其他如饲养员的形象、制服、特定的声音、实验室的灯光、布置等许多刺激都可能通过与食物的多次匹配而获得条件性并替代食物而引发流唾液的反应。不仅如此,反应也可以条件化,如在给狗喂食的同时实施电击,多次之后,狗即形成对食物或饲养员的恐惧反应,也就是说恐惧反应替代了原先对食物的愉悦反应。华生指出,正是因为刺激和反应的条件化,使得人类的反应极为复杂而丰富多样,这一点对人类适应环境具有极为重要的社会意义。

在条件反射的建立过程中,刺激的匹配、反应的匹配、匹配的多次性以及强化等几个因素至关重要。在巴甫洛夫的实验中,如果饲养员的出现连续不与食物兑现,那原本的流唾液反应就逐渐消失,对一个条件反应而言,刺激与反应的多次联结以及强化物的多次匹配会大大增加联结的可靠性,因而反应显得较为牢固。

(三) 思维、情绪、人格等也都是行为反应

既然有机体的一切活动都是行为反应,那么思维、情绪、人格也不例外,且遵从行为的一

般规律。

1. 思维 通常人们认为,思维是大脑功能活动的结果,没有明显的肌肉运动的参与,因而难以观察和测量。但华生的看法与此大相径庭。他认为,大脑是个神秘黑箱,思维的机制不能建立在这个无从观察和测量的神秘黑箱的基础上。事实上,思维就是一种与人类的其他功能运动一样的行为,特殊之处仅在于其内隐性,这种内隐的行为反应必定是语言。由此可见,思维是内隐的语言,而语言是有声的思维。在语言的发展过程中,儿童最初是大声说话的,后来由于父母和外在环境的要求和影响,儿童才逐渐学会低声细语直至无声的言语。

既然思维等同于语言,那么语言又从何观察呢?华生认为,语言是包括喉头、舌头等全身肌肉在内的运动,因此喉头、舌头等就是语言的器官,亦即思维的器官。有声和无声的语言都是如此。借助一定的仪器,我们可以记录下个体在思维时的器官运动,聋哑人也不例外。

2. 情绪 在华生看来,情绪就是身体对特定刺激所做出的反应,这种反应包括外显的表情、动作等,也包括内隐的内脏器官和腺体的反应,如心跳、脉动等。它“与其他习惯一样,在起源和趋势上隶属于同样的规律。”

华生认为,儿童最初有三种基本的情绪:恐惧、愤怒和爱。其他情绪都是在此基础上通过条件作用而发展起来的。

引起恐惧的刺激通常有高声、突然失去支撑等。华生的一个经典而备受争议的儿童实验说明了恐惧的习得过程。实验的被试者为一名名叫艾伯特的11个月的男婴。每一次给小艾伯特呈现白鼠时,同时以钢条在其身后猛地一敲,突如其来的巨响让艾伯特恐惧异常。几次之后,艾伯特一看到白鼠就惊恐不安,形成了对白鼠的恐惧反应。此后,华生还进一步证明了恐惧反应会泛化到其他类似的刺激上,如白兔、白皮帽,甚至是圣诞老人的白胡须。

为了证明条件作用的普遍性,华生后来还进行了一个消除儿童恐惧反应的实验。因为艾伯特(一个孤儿)已经被人领养抱走,华生找到另一个在日常生活中形成了对兔子的恐惧的儿童为被试。实验时,安排该被试儿童轻松地坐在餐椅上吃饭,同时安排兔子在尽可能远的地方出现。被试儿童看到兔子出现,感到有些不安,但尚可接受。以后每当被试儿童吃饭时都安排兔子出现,只不过距离逐渐拉近,以不引起儿童的过分恐惧为限。最后,被试儿童终于消除了对兔子的恐惧,甚至能够摸一摸兔子了。在这个实验以前,华生尝试过口头解释、撤消恐惧刺激、频繁使用恐惧刺激的方式,但都失败了。

愤怒是由于身体运动受阻引起的。刚出生2个星期的婴儿已经可见明显的愤怒反应,它通常是对成人看管婴儿的过程中不经意地限制儿童身体运动的反应。为此,华生特别提醒儿童的监护者要小心翼翼地对待儿童,不要粗手粗脚。

爱的情绪反应是抚摩皮肤、摇动和轻拍引起的。父母或其他儿童监护人因这些动作刺激了儿童最初的爱的情绪发展,由于爱的情绪反应多次与父母和他人相联系,儿童将爱的情绪反应由这些刺激泛化到相关的人身上了。

3. 人格 人格是心理学中最受争议的概念之一,多少有些个人私密性、主观性。但在华生眼里,人格依然是一切动作的总和,是各种习惯系统的最后产物。在众多的动作和习惯系统中,必有某种占优势的习惯系统,正是它代表了个体与众不同的独特倾向性,即个体的人格特征。至于何种习惯系统占优势,则取决于环境的影响。如果有两种占优势的习惯系统而又互不相容,则会导致行为的冲突,而冲突的持久存在将使个体心理失常。

儿童的人格发展也就是习惯系统不断丰富和扩展的过程,而且早期行为习惯将影响后

来的发展“; 婴儿期和童年期会使成年人的人格颇具色彩”“; 许多已经形成的习惯系统从我们的婴儿时期和青年早期一直遗留到我们的成人生活”。早期的不良行为习惯将在适当的情境下表现出来,即形成人格障碍。对此,我们只有重新安排环境条件,打破个体对旧有环境的习惯反应,重建个体对新环境的反应,使其形成新的习惯系统。华生并乐观地预言“人格医院”的出现将使人格的改变像整形那样可行和可操作。

综上所述,华生行为主义以行为作为惟一的观察对象,以行为的条件反射原理来解释一切心理活动。关于儿童心理随年龄而发展的过程论及不多,但对儿童心理学和临床治疗而言,仍然具有重要的启示意义。①行为是一个可以客观观察、便于测量的指标,尤其对儿童而言,语言和思维的发展可能还未完成,加强对行为的观察便非常必要。临床上的行为评估就是基于此点而进行的。②因为排除了个体内部意识的影响,行为主义者特别强调外在刺激或曰环境对行为的意义,华生曾明确宣称行为主义是严格的决定论者,这虽然无视个体的能动性,但也提示我们儿童的健康成长需要成人的精心监护,成人应该大有作为。对治疗而言,找到环境中的有关因素,重新选择和安排环境刺激正是构建治疗方案的关键。③华生对儿童的实验研究,尤其是有关情绪的实验研究,犹如一石激起千层浪,引起了心理学家对儿童情绪的广泛关注和研究,既充实了心理学的理论,也为治疗提供了基础和方法,他关于恐惧情绪的消除实验与临床中的系统脱敏方法有承启关系。行为治疗就是建立在以华生为代表的行为主义的理论基础之上的。

二、斯金纳操作行为主义

斯金纳(B. F. Skinner, 1904 ~ 1990 年)是继华生之后新行为主义的最重要代表。他生于美国宾夕法尼亚州的一个小镇。大学先是主修文学,之后去哈佛大学转修心理学,1931年获博士学位,毕业后留校任研究员。在哈佛期间,斯金纳确立了他行为主义者的立场。1947年由于他对动物行为的出色研究,哈佛大学聘请他为终身教授。20世纪50年代以后,斯金纳着力将其行为原理推广到儿童教育及训练、心理治疗、社会文化控制等诸多方面,在社会民众中造成巨大影响。为表彰他对心理学所做出的杰出贡献,美国心理学会1958年授予他卓越贡献奖。1968年,美国政府授予他国家最高科学奖励——国家科学奖章。美国《时代》杂志称斯金纳是在行为科学中最有争议的、也是最有影响的当代心理学家。

(一) 应答性行为和操作性行为

在斯金纳看来,行为依然是心理学的惟一研究对象。透过对行为的客观观察和描述,找到并分析反应与刺激以及影响行为的先前条件之间的函数关系,从而可以达到行为的可操作性目的。

斯金纳将行为分为两类:应答性行为和操作性行为。前者由明显可见的特定刺激引起,如狗流唾液的反应是食物或饲养员的脚步声所引起的,刺激不存在,反应也不可能发生。操作性行为则是在没有任何能观察的外部刺激的情境下有机体似乎自发产生的行为,例如白鼠在斯金纳箱(斯金纳以操作强化原理制造的一种专门用来研究动物,通常是白鼠行为的一种实验装置)里按压杠杆,斯金纳箱只是一个情境条件,箱里的杠杆只有在白鼠主动操作之后才具有某种刺激物的属性。斯金纳特别指出,人类的大部分行为都是操作性行为,如读

书、写字、游泳、骑车等,它代表着有机体对环境的主动适应,行为本身是由结果控制的。

由于行为的类型不同,所以行为形成的机制也不一样,仅以经典条件作用来说明一切机体行为显然是不够的。要真正理解人类行为,就必须着力研究操作性行为的原理。斯金纳正是这样做的。

(二) 操作性行为的原理

斯金纳利用斯金纳箱充分研究了白鼠的行为,并从中得出了一系列操作性行为的规律,即操作和强化是解释行为的建立、消退和分化等过程的关键因素。

如果一个操作之后紧接着给予一个强化刺激,那么该操作行为的强度就增加,例如在白鼠按压杠杆的行为后立即予以食物呈现,那压杆行为发生的概率随之增加。因此,操作及其强化依随是行为建立的关键。反之,如果已经经过条件化而形成的操作性行为出现之后,没有强化物的依随,那它的力量就会削弱,即行为会消退。可见消退的关键仍然在于强化。只不过,行为的消退表现为一个过程,其长短依赖于行为原本的牢固程度。如已经习得压杆反应的白鼠在撤消强化物之后,仍然会压杆 50 ~ 250 次不等。如果强化只是有选择性地针对反应的某一方面特征进行,那动物将最终形成有选择性的反应,最初的反应也就形成了分化,行为的精细化也就体现出来了。

就人类个体情绪的发展而言,婴儿最初偶然的嘴角上扬,被母亲视之为可爱与满足,于是报之以爱抚和微笑,多次之后该婴儿微笑样表情出现的频率越来越高。如果此后母亲不报之以爱抚,那该表情就会出现得越来越少。如果母亲选择婴儿一边嘴角的上扬为爱抚出现的条件,那么一边而不是两边嘴角上扬将成为该婴儿的典型表情。在斯金纳看来,儿童一切行为的发展都概莫如此。

(三) 强化于行为的意义

既然强化之于行为的意义如此重要,斯金纳着重研究了强化物的性质及强化的程序。他指出,强化的效果总是增加反应发生的概率。如果一个中性刺激反复与一个强化刺激物匹配,那么该中性刺激便获得了强化的性质,成为条件性强化。如果某一条件性强化物与众多的原始强化物相匹配,那它就成为概括性强化物,具有广泛的强化作用。例如金钱就是一个典型的概括性强化物,它与个体的衣食住行等诸多方面相联系。

一般而言,固定比率的强化优于固定时间的强化,不固定时间和比率的强化优于固定强化,如果将固定强化与非固定强化混合安排使用,则效果非常好。其中,固定时间间隔较短的强化优于固定时间较长的强化,强化的比率也不能高不可攀,否则效果会适得其反。

(四) 言语、人格皆为操作性行为

斯金纳认为,言语行为与其他行为一样服从操作强化原理,可以预测和控制。例如,婴儿最初偶然发出“妈”的声音,受到母亲的爱抚与肯定,多次之后,婴儿就学会了这个词。其他单词与句子都是依此形成的。例如,当儿童感到口渴时,不必亲自寻找水源取水喝。他可以对母亲说“给我一杯水”而满足自己的需要,后者又强化了该句子。当然言语行为也可以根据条件作用而消退。儿童日常生活中形成的“口吃”及其矫正也印证了这一点。

在斯金纳看来,人格就是个体独特行为方式的组合,它同样遵从操作强化原理。不同的

环境条件给个体行为提供了不同性质和程序的强化,因此个体操作性行为情境或者说有机体所面临的外在环境是我们理解人格的关键。个体通过自己的操作,不仅影响或改变环境,而且还通过强化行为的结果来选择环境、对环境进行自我控制。可见,斯金纳关于人格的观点与华生无异,都是环境决定论者,只不过华生强调是被决定的,而斯金纳在被决定中加上了个体的主动操作因素。

与华生一样,斯金纳并没有专门关注和研究儿童心理的发展历程,但他却为我们观察和理解儿童的行为发展、训练和干预儿童行为提供了最一般的原理。①对儿童行为的观察和评估应该持客观中立的立场,抛弃预定的假设和理论,得出儿童行为的基线和变化量,记录和把握儿童操作行为的动态变化,将使我们有效地预测和控制儿童行为。②由操作强化原理可总结出儿童教育、教学三原则,即儿童自定步调、小步子前进、即时反馈或强化,斯金纳也正是以这些原则大力呼吁改革传统教学,并将自己的教改实践命名为“程序教学”,对美国的教学理论和实践、学习理论家和普通大众产生了深远的影响。③由操作强化原理发展出了多种行为塑造和消退的技术,丰富了行为治疗的体系。例如由行为分化原理发展出了行为治疗中的塑造法或称接近法,由行为消退原理发展出了消退疗法,由强化原理发展出了代币法、厌恶疗法、随机强化法。总之,斯金纳的工作提高了理解、控制和治疗儿童行为的能力。

三、班杜拉社会学习理论

班杜拉(A. Bandura, 1925 ~)是美国当代著名心理学家,认知行为主义者。他生于加拿大,早年就读于加拿大的哥伦比亚大学,后转入美国衣阿华大学心理系,1952年获博士学位。之后任教于斯坦福大学,1974年因在社会学习理论方面的建树当选为美国心理学会主席,曾获美国心理学会杰出科学贡献奖。班杜拉的最大贡献在于他提出了社会学习理论以及由此发展起来的行为矫正技术。

(一) 观察学习及其过程

班杜拉在20世纪50年代末、60年代初所做的一系列关于儿童攻击行为的实验是他提出观察学习理论的基石。在一个实验中,班杜拉设计了以三种方式给儿童呈现攻击行为的情境,它们分别是对着“充气娃娃”真人真打;以录像展示同样的攻击情境;以图片展示攻击情境。之后,三组实验组儿童与控制组儿童分别单独留在实验室。结果发现,三个实验组儿童表现出大致相同的攻击行为,都显著高于控制组。这表明,攻击性行为是观察模仿而习得的。另一个类似实验的自变量主要是强化,三种不同的替代性强化——攻击惩罚型、攻击奖励型、攻击无结果型使得儿童的行为表现大不相同,攻击惩罚组的攻击行为表现大大低于其他两组,攻击奖励组表现出最多的攻击行为。可见观察足以使学习发生,而强化作用决定了已经习得的行为是否外显化。

所谓观察学习是指通过观察他人行为及其结果而习得的新行为,这种学习不需要个体直接作出反应和接受强化,只须观察他人行为及其受强化的情况即可,因此,其性质是替代的,也称替代性学习,或无尝试学习。例如小女孩主要通过观察模仿而学习编织,儿童的许多表情、姿势也是观察模仿父母的结果,尤其是幼儿的即时模仿有力地说明了观察学习的无

尝试性。

观察学习的发生表现为以下四个过程:注意过程、保持过程、动作复现过程、动机过程。注意过程决定着观察对象的选择,其中观察对象即榜样示范事件的显著性、情感诱发力、复杂性和实用价值以及观察者的知觉能力、心向、唤醒水平、归属团体、需要兴趣等都会产生重要影响。例如,成功的行为模式,以及较高社会地位和能力、较大权力的榜样都容易为人所注意。保持过程是指将示范经验转换为内部的视觉表象(5岁以前的儿童多用)或符号,进入或储存在长时记忆中,即看在眼里之后,还要记在心里。因此个体的认知能力和行为演习在其中起着重要作用。动作复现过程是指将内在编码的符号或视觉表象信息提取出来,组合成为新的动作模式并尝试复现。因此,练习、自我调整、生理功能水平、动作的复杂性程度都是影响复现的关键因素。最终哪一种习得性行为表现出来,还取决于模仿者的动机以及替代性的和自我的内外诱因条件。

班杜拉把观察学习归纳为三种:直接的观察学习即指对他人的简单模仿;抽象性观察学习是指从他人行为中获得一定的行为规则或原理,而不是简单地模仿特定的反应方式;创造性观察学习是指将不同榜样对象的特点组合为新的行为方式。

班杜拉认为,正是由于人具有通过语言和非语言形式获得信息的能力,也有自我调节的能力,使得个体不必事事经过亲身体验,而只要通过观察他人(榜样)所表现的行为及其结果就能学到复杂的行为反应。

(二) 决定行为的因素

在班杜拉看来,行为并不是纯粹被决定或由环境控制的。他主张,个人、行为和环境三者之间是相互影响、相互决定的,它们彼此构成了一种三角的互动关系(图1-1)。

1. 行为与环境是相互依赖、相互决定的。环境影响决定了哪些潜在的行为倾向会成为实际行为,而行为又决定了哪些潜在环境会成为实际影响行为的环境。

2. 人的内部因素与行为的关系同样是相互决定的。个人对行为结果的期待影响着他的行为,而行为的结果反过来又改变着他的期待;个人对自己能力的评价决定了他追求什么目标和以什么方式去实现这些目标,后者反过来又影响着对自己的评价;个人不同的动机、观念和认识使人表现出不同的行为,而这种行为反过来又以其结果使来访者的动机、观念和认识发生改变。

3. 个人因素与环境的关系亦是如此。个人可以因自己不同的性格、气质特征而激活不同的社会环境反应,后者又会反过来影响个人对自我的评价,进而导致气质与性格某种程度的改变。

需要指出的是,个人、环境和行为三种因素的相对影响力在不同的条件下、对不同的人会有很大的差异。有时环境对行为具有决定作用,有时行为也可能成为这三个交互决定因素中的主要成分,还有时人的认知因素可能在这一交互决定链中起着决定作用。其中,班杜拉特别重视人的因素,人的天赋潜能、反省思维、后天获得的能力以及高水平的自我创造力等构成了一个自我系统。自我系统的重要性使得人在与环境的关系中具有了主

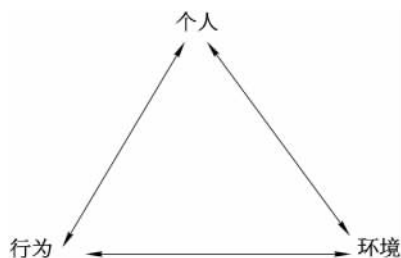


图1-1 个人、行为和环境三角互动关系

动地位。他说：“人具有自我调节能力，这些能力使人能够对自己的情绪、思想和活动进行某些控制。”

个人运用自我调节能力的过程就是一个人的内在强化过程，它由自我监察、自我评价、自我强化三个过程组成。儿童通过模仿父母、同伴或权威人物的示范行为获得了社会评判标准，或由于父母、教师或其他年长者对其行为分别实施奖励和惩罚而使儿童将有关的规范和要求内化为自己的准则，进而成为在道德和伦理方面的评价尺度。儿童还可以凭借榜样作用，间接地获得为自己行为表现进行合理评价的依据。

可见，班杜拉社会学习理论的显著特点是以认知和行为相结合的观点来看待社会学习，十分强调人的认知功能 and 自我选择、自我调节的机制，从而突破了传统行为主义的理论束缚，为我们理解儿童行为及其训练和干预提供了更加丰富的视角。例如透过他的理论，我们更加重视成人的行为、电影电视等媒介宣传对儿童行为的影响。在儿童行为训练和干预的过程中，我们更加重视儿童本身的自我调节能力和作用。此外，心理治疗中的模仿技术主要是由社会学习理论的原理发展而来的，而自我管理技术也吸收了班杜拉社会学习理论的原理。

第三节 精神分析理论

关于儿童发展的精神分析理论

精神分析理论是维也纳精神病医生弗洛伊德于 19 世纪末、20 世纪初创立的。最初它是一种关于神经症的治疗方法的体系，后来演变为解释个体人格发展的心理学理论。晚年的弗洛伊德还将其不断推广应用到社会科学各领域，使之成为最有影响的西方现代思潮之一。

弗洛伊德（S. Freud，1856～1939 年）出生于现属捷克的摩拉维亚的一个小镇夫莱堡，奥籍犹太人。17 岁考入维也纳大学医学院，1881 年获医学博士学位。次年与人联合开业，从事神经症的治疗和研究工作。在与其合作者共同治疗一个名叫安娜的女患者的过程中，他发现性的压抑是神经症的根本原因，也发现了催眠治疗的不足而以自由联想法取而代之。以此个案为基础，弗洛伊德与其合作者于 1895 年共同出版了《癔症研究》一书，标志着精神分析理论的诞生。此后，弗洛伊德陆续出版了《梦的解析》（1900 年）、《日常生活的心理病理学》（1904 年）和《性学三论》（1905 年）并应邀去美国讲学，终于将精神分析理论促成为一种国际运动。1938 年受德国纳粹的迫害，弗洛伊德移居伦敦，次年去世。

作为一种人格理论的精神分析，弗洛伊德提供了人格的结构、人格发展的动力、人格发展的阶段以及人格发展的特殊问题等的解释，为我们理解儿童心理的发展提供了理论框架。

（一）儿童人格发展的动力

弗洛伊德认为，人格或者说人的精神生活犹如一座冰山，平时外在可见的部分犹如冰山上露出的尖尖一角，小而不重要。而埋在水下的冰山底座（无意识部分）是广阔有力的，它包括个人种种原始冲动和各种本能以及出生后和本能有关的欲望。这些冲动和欲望，不容

于风俗、习惯、道德、良心和法律,因而被排挤或压抑到意识阈以下,被扫入冷宫,但是并没有被消灭,而是无时不在地积极活动,寻求满足,从而构成了人类行为背后的驱动力。这些被压抑的本能或欲望以性欲为主,弗洛伊德称之为力比多(libido),正是它推动着人格结构逐步向前发展。

需要指出的是,弗洛伊德这里所讲的性欲不同于我们日常所理解的含义,它具有非常宽泛的意义,不仅包括两性关系,而且也包括与生殖器或生殖无关的一切身体快感或情绪快乐感,如婴儿吮吸、排泄产生的快感,儿童因母亲抚爱所产生的快乐感等。

(二) 儿童人格发展的结构

弗洛伊德认为,人格由本我、自我和超我组成。

本我又叫伊底(id)相应于人格的无意识部分,是人格中最原始、最难以接近的部分,它由先天的本能、欲望组成,包括人类本能的性驱力和压抑的习惯倾向。本我贮存了巨大的心理能量即力比多,混沌弥漫,急切地寻找出路以获即时满足。它不知价值和道德,也不分好、恶,直至满足以减少紧张状态,遵循着快乐原则(pleasure principle)。对于婴儿来说,本我的能量总是指向他周围的照料者,尤其是从母亲那里获得满足。

自我(ego)是意识的结构部分。它处在伊底和外部世界之间,根据外部世界的需要而活动。它不仅知道现实,而且参考操作现实,从而调节本我。其遵循的是现实原则(reality principle)。但自我不能脱离本我而单独存在,因为它的能量来自本我。弗洛伊德说自我与本我的关系犹如骑士和马,马提供能量,而骑士则指导马的能量朝着想去游历的路途前进。因此,自我是来帮助本我而不是妨害本我的,并力图使本我获得满足。弗洛伊德说:“哪里有本我哪里就有自我”。但自我的力量大部分消耗在对本我的控制和压抑上,似乎还不足以控制本我,于是在幼儿期,又出现了超我。

超我(superego)是人格的道德和良心部分,它是从自我中分化出来的。最初儿童有鉴于自己的软弱无力,于是从父母、成人那儿接受行为准则并加以内化,形成了超我。超我遵循至善原则行事,弗洛伊德说,超我代表“人类生活的高级方向”。超我的功能在于监督自我,限制本我的满足,甚至使本我完全不能得到满足。因此,超我与本我总是处于直接的冲突之中,人格的冲突也就不可避免。

(三) 儿童人格发展的阶段

弗洛伊德以儿童性欲满足的中心区域为依据,将儿童人格发展划分为以下几个阶段。

1. 口腔期(0~1岁) 儿童性欲满足的区域主要集中在口腔,吮吸、吞咽和咬等动作是口腔性欲满足的主要方式。口腔欲的适度满足将可能形成成年期乐观、慷慨、开放和活跃等人格特征。但口腔欲的满足过度 and 不足,将使成年期可能出现吸烟成瘾、爱吃零食和喜挖苦、讥讽他人等行为或人格倾向。

2. 肛门期(1~3岁) 儿童性欲满足的区域主要集中在肛门。此时儿童必须学习控制大小便的排泄。有时儿童会对父母的大小便训练产生冲突和抵抗。在这种冲突中,如果总是儿童占了上风,那有可能形成成年期肮脏、浪费、放肆的性格特征。如果父母的训练过于严格,就可能造成成年期过分干净、清洁、吝啬和强迫症的人格特征。

3. 生殖器期(3~6岁) 生殖器期又称恋母期。此时,生殖器成为儿童获得快感满足

的主要区域,儿童以自己的异性父母为“性恋”对象。男孩子恋母,嫉妒父亲,幻想与父亲争夺母亲的“爱”;女孩子恋父,嫉妒母亲,幻想与母亲争夺父亲的“爱”。弗洛伊德并借用广为流传的希腊神话故事:“俄底普斯情结”和“爱勒克屈拉情结”来分别指代这两种受到压抑的现象。如果这两种情结处理不好,将影响成年后与异性的相处;如果获得正当的解决,即儿童认同父母的价值观念,以同性父母自居,那么将顺利度过这一阶段。

4. 潜伏期(6~11岁) 儿童此时的性欲发展似乎处于休眠或停滞状态。此时的儿童相对平静,将上一个阶段指向异性父母的性欲收敛起来,转而对外部世界产生兴趣,将性本能指向到其他的事物或活动上,如学习活动、体育、艺术、游戏等。儿童离开父母和家庭,进入学校念书也为此提供了条件。

5. 青春期(12~20岁) 女孩从11岁、男孩从13岁开始进入青春期。上一个阶段被压抑的情结开始复活,性能量像成年人一样涌现出来,而且主要指向同龄异性。此时儿童力图摆脱父母的控制,建立自己的生活,但这并不容易。如果前面几个阶段发展顺利,那么此时儿童将成长为一个具有选择异性对象和社会化的成人,那意味着此时的个体达到了成熟和完美的状态,这也是人格发展的理想水平,否则儿童的人格发展将固着在前一个阶段,或倒退到前面的阶段。

(四) 人格发展的特殊问题

1. 焦虑 根据《简明心理学百科全书》,焦虑是“一种恐惧、不安的不愉快状态,伴随有机体的激活,并包含着为避免危险、威胁而做出的努力和期待,但又无能为力。它并非来自危险的真实情境,而是一种心理反应。可视作是带有不快情绪色调的正常适应行为。”在心理治疗中,焦虑是一个备受重视的问题。弗洛伊德关于儿童焦虑的性质、类型、发生发展以及个体抵抗焦虑的机制也是其儿童心理发展理论的一部分,为心理治疗也提供了有益的启示。

弗洛伊德认为,焦虑在性质上是一种由于本我与现实、本我与超我之间的冲突而引起的一种弥漫性恐惧。就发生发展而言,儿童的焦虑最初源于新生儿时对内外刺激的无能对付感,如出生创伤而来的焦虑,然后依次是与母亲分离带来的焦虑,排便训练阶段儿童担心受惩罚而失去父母之爱的焦虑,恋情情结期儿童担心受阉割的焦虑,以及超我的禁忌及自我惩罚感发展后所带来的焦虑。以儿童的分离焦虑和害怕陌生人来说,其原因并不是我们通常所认为的儿童害怕强大或心怀鬼胎的陌生人危及弱小自己的生存、安全和快乐,而是母亲亲切而熟悉的面孔消失之后其内在的力比多本能无从发泄并积聚,最终表现为焦虑与惊恐。

就焦虑的类型而言,焦虑可分为客观性焦虑,它由害怕外界的真实危险所引起,又称真实性焦虑,如会伤人的小狗带来的焦虑;神经症性焦虑,它是由于追求本我欲望的满足而又担心受到惩罚所引起的,如怕过马路、广场恐怖等;道德性焦虑,是由于对良知的畏惧引起的罪过感和羞耻感。

弗洛伊德认为,不管是哪种类型的焦虑,它总引起个人行为中的紧张状态的力量,于是必然激起个体去减少这种紧张状态。当自我以合理的方式消除焦虑而不能得逞时,就以非理性的方式达到目的,这种方式有正常的,也有病态的,即防御机制。

2. 防御机制 焦虑的产生促使自我发展一种功能,即以一定的方式调节冲突双方的关

系,使超我可以接受,本我又有满足感,这就是心理防御机制。防御机制是个体自我在潜意识中用以抵抗焦虑、保护自我的方法。弗洛伊德及其女儿安娜·弗洛伊德提出和论述了十几种防御机制,正常成人也不时使用这些防御机制,但神经症患者则使某一防御机制成为其典型的、一贯的防御机制。现择其主要的简述如下。

(1) 自居作用(identification):认同、模仿他人的态度和行为等,例如处于恋母期的儿童就是因为最终认同、模仿同性父母而解决了恋母情结。

(2) 压抑(repression):将引起焦虑的刺激从清醒的意识中排除出去,从而构成“遗忘”。但被压抑的内容并没有消失,而是不断寻求重返意识的机会。弗洛伊德指出神经症的根本原因在于压抑。

(3) 升华(sublimation):把不能满足的目标以社会可以接受的目标取而代之。通常这些思想和行为具有创造性和建设性的意义和价值,具有比较高尚的方向,因而个体可以表现自己,如文艺创作和科学创造。

(4) 投射(projection):把焦虑的根源归罪于另外的人或物,把内心不能接受的冲动、态度和行为推诿到他人或事件上。如“借题发挥”;“以小人之心度君子之腹”。

(5) 反作用形成(reaction formation):将引起紧张的冲动隐藏起来,将它改装成另一相反的冲动,如爱之深,以恨之切的方式表现出来。

(6) 固着(fixation):即停滞。鉴于人格的下一步发展充满着许多的危险和焦虑,因此个体人格的发展停滞于现有阶段,如长不大的男(女)孩。

(7) 倒退(regression):如果固着仍然不起作用,个体便返回到早期的发展阶段,从而获得一个较大的安全感,如学龄儿童的吮吸手指头、尿床、成人受创伤之后表现出的暴饮暴食反映了对口腔期或肛门期的倒退。

(五) 艾里克森关于儿童心理发展的阶段理论

艾里克森(E. Erikson, 1920~1994年)是弗洛伊德之后当代最有影响的精神分析学家之一。他生于德国的法兰克福,只受过大学预科教育,25岁那年接受安娜·弗洛伊德的精神分析训练。1933年由于其犹太血统受纳粹迫害移居美国波士顿并独立开业。此后任教于美国各大学,逐渐发展了一种着重关注自我力量的、融合了生物、心理和社会环境因素的个体人格发展的8阶段理论。他认为,每一阶段都包含着两个对立两极的相互斗争的特定心理社会任务,个体正是不断解决这一发展任务而依次度过发展期。儿童在前一阶段的发展顺利与否,将影响下一阶段的发展。这些阶段分别是以下几种。

1. 阶段1 信任对怀疑(0~1岁)。此时儿童极为软弱无助,非常需要成人的照料。如果父母的照料是一贯的、可靠的和可预见的,那么儿童就对周围的人产生基本的信任感,反之便产生怀疑与不信任感。当儿童对母亲发展了一种信任感时,就会表现出当母亲脱离视线而又不过分焦虑和气愤。

2. 阶段2 自主对羞怯(1~3岁)。此时儿童学会了说话与行走、把握与放开以及自身控制大小便,似乎显得儿童能够随心所欲地决定做什么或不做什么。但儿童对成人的依赖依旧,因此日益自主的儿童与成人的冲突不可避免。明智的成人应该给予儿童一定的自由,顺势发展儿童的自主感,又要给儿童的行为以一定的限制,帮助他们形成自我控制的品质和意志。过度的限制和惩罚将导致对任务的消极解决,形成儿童的羞怯与疑虑。

3. 阶段3 主动对内疚(3~6岁)。此时儿童知觉的准确性、动作的精确性、语言表达的精练性、思维的创造性使得儿童对周围世界探索的主动性大增,但由于闯入他人的范围而产生了内疚感。如果父母过度约束儿童和不当惩罚儿童的探索性活动,将损伤儿童的主动性,甚至形成儿童的专制人格。但对儿童主动性的过高期望将使儿童感到失败和自卑。

4. 阶段4 勤奋对自卑(6~12岁)。此时学习成为儿童的主要活动,儿童孜孜不倦地勤奋学习,力求学业上的优秀并在同伴中争得一席之地,产生了勤奋感。但如果儿童没有为学校生活做好准备或对母亲的依恋超过学校的吸引力,那儿童将对自己是否能够发展成为一个对社会有用的人缺乏信心,因而产生自卑感。此时教师与同伴的认可、学业的成功将帮助儿童发展勤奋感。反之,将使儿童感到无能和自卑。

5. 阶段5 同一性对角色混乱(12~20岁)。此时儿童的主要任务是建立一种关于自己是谁,以及在社会秩序中所占地位的感情,即获得自我同一性,这标志着童年期的结束和成年期的开始,为儿童下一阶段即将面临的成家立业做好准备。反之儿童将产生角色混乱,个体不能选择适应社会环境的角色。为此,儿童必须努力整合理想自我和现实自我。

6. 阶段6 亲密对孤独(20~24岁)。获得了自我同一性的青年此时具备了热烈追求他人、爱他人、与他人建立亲密关系的能力,以期最充分而满意地进入社会。青年男女在各自自我同一性的基础上获得了共享的同一性,产生美满的婚姻,并深刻体会到亲密感。反之,他将专注于自我,难以达到与他人的共鸣,因而导致孤独感。

7. 阶段7 繁殖对停滞(25~50岁)。此时儿童已经成为成人,为人父母,建立了自己的事业和家庭,并开始将自己的兴趣扩展到下一代,或是以才智的发展为社会的下一代创造更美好的生活,从而获得繁殖感。否则人格的发展将显得贫乏与停滞。

8. 阶段8 自我整合对失望(50岁以后)。此时人生的主要工作已经接近完成。如果此前7个阶段都顺利度过,个体将具有充实和完善感,完成自我整合。否则回顾一生将是一连串的失败,加上身体功能的下降、社会地位的丧失,因而备感失望。

综上所述,精神分析理论与行为主义大不相同的是它特别重视发展变量,并强调儿童心理发展在不同年龄阶段具有不同的结构和任务,以及人生早期发展阶段对成年期的决定性影响,因此激起了大量的对儿童早期经验的研究,也为家长正确认识和全面承担自己对儿童的养育职责指明了方向。难以想像,没有精神分析理论,今天我们对儿童的认识会是怎样。也难以想像,没有精神分析理论,今天我们的儿童养育方式究竟会如何。此外,本是源于治疗实践的精神分析理论为我们解释、诊断和治疗儿童的神经症问题提供了理论基础和独特方法。

第四节 认知理论

关于儿童发展的认知理论

关于儿童发展的认知理论以皮亚杰的儿童发展阶段理论最具代表性。皮亚杰以思维、智慧和认识或认知为同义语,着重研究了儿童的认知结构、认知发展的机制和阶段,提出了

儿童认知发展的普遍规律,从而奠定了他在儿童心理学领域的里程碑地位。国际学术界推崇他是20世纪最有影响的发展论者,认为他对心理学的贡献可以与弗洛伊德和巴甫洛夫相媲美。

皮亚杰(J. Piaget, 1896~1980年)生于瑞士纳沙特尔。自幼聪慧过人,勤奋好学。早年对生物学情有独钟,立志做一名生物学家。19岁时,获纳沙特尔大学自然科学博士学位。同年,他放弃了生物学的研究并转向心理学的研究,接受当时在苏黎士大学的著名精神分析学家荣格(C. Jung)的指导,后转到巴黎大学学习病理心理学,曾在比奈实验室工作,27岁获法国国家科学博士学位。1921年回瑞士,任日内瓦大学卢梭研究所研究部主任,1940年继任所长。1929~1967年间连任联合国教科文组织领导下的国际教育局局长。1954年任国际心理学会主席。1955年创建日内瓦大学发生认识论研究中心并任主任。1969年被美国心理学会授予卓越科学贡献奖。1980年去世。

(一) 儿童认知发展的起因和实质

皮亚杰在他1947年出版的《智慧心理学》一书中,着重论述了关于儿童认知发展的起因问题,提出了儿童认知发展的相互作用论。即儿童的认知既不是单纯来自客体,也不是单纯来自主体,既不是起源于先天的成熟,也不是完全起源于后天的经验,而是来自主体对客体的动作,因而是主体和客体相互作用的结果。例如,儿童最初对数的认识,便是借助了自身对客观事物数量的一遍遍的计数,如一个手指头、两个手指头等等,没有这个认数的过程,儿童很难获得最初的数字经验。

主体对客体的动作,其实质就是适应。在这里,皮亚杰借用了生物学上的适应概念,并将人类的认知也看作是生物适应的延伸或生物适应的一部分,是生物适应的特殊表现。可以说,在皮亚杰看来,适应是儿童认知发展的实质。

适应,既可以说是一种状态,也可以说是一种过程。对此,皮亚杰更加愿意视适应为一种动态平衡的过程。在这个过程中,有机体不断接受环境的作用和影响,也同时不断以自身作用去影响环境,从而达到有机体与环境的平衡。这种适应是通过两种形式来实现的。①同化:即将目前环境中的经验资料整合到一个正在形成或已经形成的结构中,以维持有机体组织在适应中的稳定性,并加强和丰富主体的动作。②顺应:即当前作用着的环境引起主体原有认知结构的改变,或者说改变主体动作以便更好地适应客观环境的变化。正是个体通过不断的同化和顺应,从而达到有机体与环境的平衡。如果平衡被破坏,那么有机体将通过改变行为而重建平衡。这种平衡→不平衡→平衡的循环往复过程就构成了儿童认知发展的起因和本质。

(二) 儿童认知发展的结构

所谓结构是指认知过程中发生的动作和概念的组织。皮亚杰认为,儿童的认知活动总是包含有一定的结构,儿童从出生开始,这种认知结构就不断地处于演变和递进的过程中。

皮亚杰认为,儿童认知结构的最基本单元是格式(scheme),它是指“动作的结构或组织,这些动作在相同或类似的环境中由于不断重复而得到迁移或概括”。从发展的角度而言,儿童最初的格式来自无条件反射,如吮吸、抓握、哭叫等。通过不断的练习和概括,儿童

不仅吮吸母亲的奶头,而且还吮吸橡皮奶头、玩具以及自己的手指等,儿童的心理水平也随之提高。此后,随着儿童的成熟以及儿童不断作用于环境,儿童在先天格式的基础上演化出新的认知结构,如“运算”(operation)。所谓运算是指一种可逆的观念操作,如 $2 + 2 = 4$,而 $4 - 2 = 2$ 可视为是前一运算的逆运算。如果儿童能够达到这一水平,儿童便具有了某种智慧。至此,儿童格式的种类、数量和质量都有提高,如格式从简单到复杂,从外部格式到内部格式、从无逻辑格式到逻辑格式。到成年时,个体的格式系统已经非常复杂,而这个构成系统的格式就是我们通常所说的认知结构。

(三) 儿童认知发展的机制

皮亚杰认为,儿童认知结构的生长和变化是适应和组织的结果。因此,适应和组织是解释儿童认知发展机制的两个关键概念。

适应和组织是所有儿童先天具有的生物机制。儿童认知的本质就是适应。就生物世界而言,不同的种系具有不同水平的适应能力,即使是同一种系,不同个体的适应水平也并不相同,而且由于发展变量的影响,同一个体在其发展过程中经历了不同水平的适应。组织即是指协调和整合的过程,正是组织过程的运作,使得儿童的所有结构相互发生关系,并相互协调,形成为一个统一的整体。例如,婴儿最初手眼不能协调,随着婴儿发展到某一个阶段,婴儿逐渐学会将手的动作和眼睛的注视动作组织起来,从而达到手眼的协调,大大提高了儿童适应环境的能力。

适应与组织两者紧密相连,同时构成了智慧的重要特征。例如低级的智慧适应是将动作加以组织,同时又修改原有的动作组织;高级的智慧适应则是将经验加以组织,同时又修改原有的经验组织。正是经过不断的适应和组织运作,儿童的认知结构一步一步地成长、变化和发展。

(四) 影响儿童认知发展的因素

皮亚杰在其与英海尔德 1966 年合作出版的《儿童心理学》一书中,论述了影响儿童认知结构发展的四个因素,它们分别是成熟、物理环境、社会环境和平衡。

1. 成熟 是指机体的成长,尤其是神经系统和内分泌系统的成熟。显然,儿童的某些动作模式有赖于一定的身体结构和神经系统的功能,如爬、跑、跳等。但皮亚杰认为,成熟只是一个必要条件而不是充分条件,成熟的作用是有限的,它只是为儿童认知结构的发展提供了可能性,它必须通过学习来实现或增强这种可能性。而且,随着儿童年龄的增长,成熟的力量将有所削弱,自然及社会影响的重要性增加。

2. 物理环境 是指“个体对物体作出动作中的练习和习得经验”。这种经验包括儿童作用于物体所获得的关于物体特性的物理经验,还包括理解作用于物体的动作之间相互协调的结果的逻辑-数理经验,后者表明知识来源于动作而非物体,它是日后儿童发展运算推理的重要基础。然而不管怎样,这两种经验同时构成了儿童认知发展的必要条件,但与成熟一样,它不是决定因素。

3. 社会环境 包括社会生活、文化教育和语言等方面,指社会相互作用、社会传递和社会环境因素。社会环境对儿童认知发展的影响不容忽视,但它与以上两个因素一样,其作用的发挥依赖于儿童主体的积极同化。例如,学校教育是一个典型的社会环境因素,如果儿童

缺少主动的同化作用,那么学校教育的社会化因素将可能无效。

4. 平衡 是指不断成熟的内部组织和外部组织之间的相互作用。皮亚杰认为,在这4个因素中,平衡最为重要,也最具决定作用。①平衡可以调和成熟、物理经验和社会经验的作用。②平衡使最初的感知-运动结构逐渐具有调节作用,并最终具有可逆性,而可逆是智慧的标志,发展就是朝向可逆性的连续过程。

(五) 儿童认知发展的阶段

皮亚杰指出儿童心理发展的过程就是儿童认知结构在成熟、环境和自身建构的相互作用下不断产生量与质的变化的过程,并表现出一定的阶段性和规律性。

1. 儿童心理发展的4个阶段

(1) 阶段1:感知运动阶段(0~2岁)。儿童在这一阶段主要依靠感知动作来适应外部环境,其认知结构主要表现为动作格式,所蕴涵的逻辑为动作逻辑,其智慧表征为动作而非表象或运算。具体而言,婴儿出生的第1个月主要是以先天的无条件反射,如吮吸等适应外部环境,然后通过练习巩固和扩展反射结构。此后几个月通过个体的组织和整合作用将个别的动作连结起来,从而形成新的习惯,如眼睛追随物体的运动。4~5个月之后,婴儿的活动越出自身范围,开始涉及周围的客体,形成了动作及其结果的循环联系,动作本身与动作的目的开始分化。到第9个月时,动作与目的的分化完成,动作格式之间的关系更加灵活、更具概括性,可以说是智慧动作的出现。自1岁到1岁半,儿童开始有目的地尝试错误并做出改变来解决问题,如试图找出藏在毯子下的玩具。此后,则借助动作开始整合头脑内部的格式以解决新问题,如儿童试图取出藏在盒子里的玩具而不成功,此时他往往表现出短暂的停顿,注视盒子,嘴一张一合,几次之后突然打开盒子取出玩具。在这里,嘴的张合可以看作是儿童在头脑内部运演盒子打开情形的外在表现形式。

(2) 阶段2:前运算阶段(2~7岁)。这一阶段的特征在于儿童借助于语言符号摆脱了对外部动作的依赖,开始对眼前和不在眼前的外界事物进行头脑内部的“表现性思维”,从而大大扩展了儿童活动的时间和空间范围。此时儿童已经掌握了一些日常生活概念,但还没有真正的逻辑概念。具体而言,4岁以前主要表现为前概念思维或象征思维,儿童凭借象征格式来进行思维,所运用的概念是具体的、动作的而非抽象的,儿童也分不清类群和个别的关系,不能进行逻辑演绎。例如,儿童以小勺当锅铲,以小碗当锅炒菜而不必以真锅真铲来炒菜。4岁之后,儿童主要凭直觉思维,表现出强烈的自我中心。例如,儿童在看到两个同样大小、高度的杯子里的水分别倒入不同大小的杯子里之后,儿童便直觉到那个大而宽的杯子里的水比那个小而高的杯子里的水少,即儿童还不具备守恒性。儿童知道自己有一个哥哥,但不知道自己的哥哥是否有他这个弟弟。

(3) 阶段3:具体运算阶段(7~12岁)。这一阶段的儿童的思维融合了前一阶段的表象格式,表现出守恒性、可逆性和系统性,形成了群集结构和事物关系的逻辑运算能力,但依然受到具体事物的限制,纯粹的语言逻辑推理有困难,因而称之为具体运算。皮亚杰以一系列的实验证实了儿童认知或思维的守恒性和可逆性。例如这一阶段的儿童能够正确回答上一阶段儿童不能回答的关于水的问题,即2个杯子里的水一样多。儿童还能够将一堆长短不一的小棍进行排序,表明他们掌握了关于系列的概念。儿童还能够将人归入到男小孩、女小孩、男人和女人的类别中去,表明他们具有群集运算的能力。

(4) 阶段4 形式运算阶段(12~15岁)。这一阶段的最大特点在于儿童摆脱了具体事物的束缚,能够通过概念、命题和假设来进行运算,思维具有抽象性,因而又称抽象思维阶段。因为思维脱离了具体事物的束缚,因而儿童可以进行纯粹的逻辑推理、科学实验并掌握科学理论,这大大拓展了儿童心智活动的范畴和可能性。例如皮亚杰曾以一个颜色混合实验来检验这一阶段儿童的思维特点。他将4个装有无色液体的玻璃瓶分别标上1、2、3、4的标签,将另一个装有黄色液体的瓶子贴上g的标签,要求儿童混合这些液体使之变成黄色。结果表明,前运算阶段的儿童无法将液体倒进倒出,现场弄得一团糟。具体运算阶段的儿童将g瓶的液体一一倒进前4个瓶子里,表现出一定的组织性,但除此之外却什么也不能做了。而形式运算阶段的儿童则事先考虑到所有的可能性,然后有条不紊地一一进行混合,并加以记录和分析——像真正的科学家那样工作。这种事先的考虑和计划主要是依赖假设推理进行的。

2. 儿童心理发展阶段的特征 皮亚杰认为儿童心理的发展就是经过上述4个阶段完成的,这些阶段有如下几个特征。

(1) 儿童心理发展的不同阶段具有质的差异,尽管儿童心理的发展是连续的。这种质的特征表现在每一个阶段都有其独特的认知结构或心理特点,这也是划分阶段的依据。

(2) 阶段的顺序是恒定不变的。尽管不同个体进入各阶段的年龄有早晚,但每一个儿童都以相同的顺序由低到高依次通过所有的阶段,既不能跨越某各阶段,也不能倒退回某个阶段。

(3) 阶段之间的关系是整合的和双重的。即新的阶段总是在前一阶段的基础上形成的,并总是包含着前一阶段的结构和内容。新的阶段既包括准备水平,又包括完成水平,一旦完成便为下一阶段奠定了基础,并成为下一阶段的一部分。

(4) 阶段发展表现出一定的滞差或者说不平衡性。例如同是守恒性,重量守恒比数量、长度守恒的出现要晚2年。现一阶段的运算与前一阶段的运算同时并存,表现出“更高水平的重复”、“螺旋式上升”的特点。

综观皮亚杰关于儿童心理发展的理论,可以看出皮亚杰着重解释了儿童认知或智慧的发展过程,他尤其重视发展变量的重要性和发展的年龄阶段性,让我们看到儿童并不是一个小成人,儿童具有不同于成人的思维逻辑。因此,成人首先要尊重儿童、了解儿童、理解儿童,并在此基础上为儿童的建构活动提供条件和可能性,而不是包办、替代儿童的活动,阻碍儿童的发展。临床心理医生和教育工作者在进行教育干预时应该能够从中获得足够的启示。尽管皮亚杰不是心理医生,皮亚杰的理论没有为心理治疗提供直接理论或方法借鉴,但对儿童更多、更准确的了解和合适的态度是儿童心理治疗的必备基础。

第五节 习性学理论

关于儿童发展的习性学理论

习性学本是生物学的一个分支,主要研究生物物种在自然环境中的有意义的进化行为。在习性学家看来,人类是不断进化的动物世界的一部分,因此对人类行为的研究应该放在动

物世界这个大背景下进行。尽管早期的习性学家并未研究人类行为,但习性学与比较心理学的结合丰富了我们人类行为的理解,也暗合了发展心理学家关注儿童发展的生物学基础的传统。习性学家包尔拜在 20 世纪 50 年代所做的关于儿童依恋的研究使得习性学引起了心理学家的更大关注,此后以习性学观点和方法来研究婴儿的情绪和同伴作用增加了。尤其是近 20 年来,习性学关注的主题——儿童的情绪和社会性发展越来越受到心理学家的重视,而儿童的情绪和社会性行为问题又历来是临床心理医生和教育工作者的工作对象。

综合以上种种方面的理由,我们认为尽管作为一种发展理论的习性学并不严密和系统,也少有一以贯之的发展观,但它对儿童心理发展的重要主题的研究和观点却是发展心理学的重要内容之一,因而要专门予以介绍。

(一) 习性学的主要代表人物

习性学的主要代表人物有三个,他们各有研究专长。

罗伦兹(K. Lorenz, 1903 ~)出生于澳大利亚。早年学医,后转而研究动物学,获维也纳大学动物学博士学位。20 世纪 30 年代开始着手习性学研究,被称为现代习性学之父。

廷伯根(N. Tinbergen, 1907 ~)出生于荷兰海牙,自幼喜欢运动和动物,1932 年获生物学博士学位,并开始习性学研究。1973 年,他与罗伦兹以及另外一个习性学家共同获得诺贝尔生物奖。罗伦兹和廷伯根主要是因为对动物的印刻研究和关键期研究而对儿童心理学产生了巨大影响。

包尔拜(J. Bowlby, 1907 ~)出生于英国伦敦,曾长期从事儿童精神病学的研究和精神分析训练。1936 年之后主要从事儿童指导工作,主要关注公共机构中养育的儿童的情绪心理问题,于是由精神分析取向转向习性学,从而将精神分析与生物进化论统一起来。他的《母亲照看与心理健康》(1951 年)、《儿童与母亲关系的本质》(1958 年)、《依恋与缺失》(1969 年、1973 年、1975 年分册出版)集中反映了他的儿童依恋理论。1989 年包尔拜获美国心理学会杰出科学贡献奖。

(二) 习性学的关键期理论

关键期是罗伦兹 1935 年提出的一个著名概念。他发现,刚刚出生不久的幼鹅就将追随反应指向母亲。如果母亲不在身边,那幼鹅将追随反应指向它刚刚看见的第一个对象。例如,罗伦兹让幼鹅出生之后见不到母鹅,由自己来临时充当母亲饲养幼鹅,结果幼鹅真的将他当作“母亲”而处处跟随他。即使此后再见到母鹅也不予理睬。罗伦兹将这一现象称为印刻。关键期是指动物的印刻学习是这一特殊时期发生的,错过这一时期,动物不可能去追随和依恋别的对象。

罗伦兹和廷伯根指出,印刻学习和关键期现象似乎在所有动物物种上都可以看到。如一生下来就被人工喂养的寒鸦,到了繁殖季节则无法在鸟群中找到自己的配偶,只能回到饲养员身边;山羊必须在出生后的 5min 之内印刻母山羊,否则再回到母山羊身边时将受到攻击,但 5min 之后离开母山羊就不会出现这种现象;就人类个体而言,母子依恋的建立、儿童语言的掌握似乎也存在关键期。例如儿童在生命最初几年掌握母语的速度和能力让人惊叹不已,而错过这一时期,儿童的语言能力将终身受损。此外,就个体孕育的胚胎期而言,药物

和环境对胎儿发育的影响也取决于胎儿当时所处的某一阶段。精神分析强调儿童早期经验的决定性影响也为关键期概念提供了支持。艾里克森和皮亚杰关于儿童发展的阶段理论以及格塞尔强调成熟对学习的决定性力量都表明了儿童在某一阶段对某种经验的特别敏感性,也从另一个角度呼应了关键期理论。

应该说明的是,习性学家提出的关键期概念对人们产生了巨大的影响,也激起了更多的研究。20世纪70年代之后,习性学的研究对关键期概念作了某种修正。研究者发现,某些动物找不到明显的印刻学习现象,而且相近种系的物种的关键期差异巨大,错过关键期之后如果有足够长的时间呈现适宜的刺激作用,印刻学习不是不能发生。发展心理学家在接受这一概念的同时,也考虑到以上种种可能性以及人类高度的可塑性和适应性而越来越持慎重态度,甚至以“敏感期”来取而代之,以敏感期来表示对特定发展时期的决定性作用的重视。

(三) 习性学的依恋理论

1. 依恋的性质与功能 依恋通常是指亲子之间形成的一种亲密、持久的情感关系。包尔拜的一个重要合作者安思沃斯(M. Ainsworth)曾给依恋下过这样一个定义:“一种依恋关系是一个人对另一个人所形成的情感关系。这种情感关系使他们在时空上联结在一起……我们通常把依恋视为提供爱或感情。”

婴儿出生以后往往在较短的时间内与母亲建立依恋关系,这表现在婴儿注视、探询、追随母亲、抓握和依偎母亲、倾听母亲说话、对母亲微笑或哭泣等。包尔拜明确指出儿童的依恋具有显著的生物学上的意义,其最主要的作用是保护儿童,使之免于环境中的有害因素的伤害,如哭泣就是一个吸引母亲前来探询和满足婴儿需要的信号。习性学家发现,不与母亲保持亲近的动物幼子很可能成为天敌伤害的牺牲品。就人类种系的延伸而言,母亲的适宜照料是人类个体正常成长的合适环境,离开这一适宜环境,人类个体的发展将可能遭致变异或异常。有关人类个体早期社会剥夺的研究大多显示儿童后期发展在身体上、心理上受到损害。在人类生活的现实情境中,我们也可以发现,幼儿如果脱离了敏感监护人的监护,也可能遭遇到天灾人祸的伤害,如车祸、溺水、被拐卖等。

2. 依恋发展的阶段 包尔拜将依恋的发展分为4个阶段。

(1) 阶段1: 依恋的无分化反应阶段(0~3个月)。婴儿普遍对周围的人或物表现出关注和探究,如吮吸、追随、注视、倾听、哭泣、微笑、唧唧咕咕等,但没有表现出对特定人或物的个别偏爱,不能辨别母亲与其他人的区别,对母亲的反应方式与对其他人的反应方式没有出现明显的分化。但婴儿似乎先天获得的反射性行为藉这一阶段而逐步组织起来,并获得了社会意义。

(2) 阶段2: 依恋的低分化阶段(3~6个月)。此时婴儿已经能够区分熟悉与不熟悉的人的差别,依恋行为逐渐指向熟悉的人,包括母亲,但还没有将母亲从其他人中分离出来,对母亲的依恋反应不具有排他性。即婴儿同时对母亲、其他人作出社会偏爱反应,只不过对母亲的反应更敏感一些而已。

(3) 阶段3: 依恋形成阶段(6~30个月)。此时儿童能够积极主动地运用身体运动和信号寻求与依恋对象的亲近和接触,表现出对依恋对象的深刻关切和依赖。当依恋对象离开的时候,婴儿体验到了烦恼,并常以哭泣表现。随着儿童运动技能和信号系统的发展,此时儿童不会坐视依恋对象的离开不管,而是会爬向或走向父母或大喊大叫。依恋的排他性

反应出现,即看到母亲表现出特别高兴,伸手要母亲抱,被母亲抱住就兴奋异常。母亲离开时则紧张异常。在见到陌生人时,则倍加警惕甚至放声大哭,表现出“怕生”。在受到惊吓、或生病时,则缠住母亲不放。

(4) 阶段4:同伴性依恋关系阶段(约30个月)。这一阶段的儿童能够接受母亲与自己在物理距离上的分离而保持心理距离上的接近和依恋。即当母亲不在眼前时,儿童能够理解和接受母亲离开的事实,推测和想像母亲的行为及其目的,并据此调整自己的行为以期保持亲近,或是以想法影响母亲的行为使之更好地适合自己亲近和接触的需要。这样,儿童与母亲的行为计划基本达成一致,双方开始了具有合作性质的同伴关系。此后,随着儿童的身体成熟和认知发展,亲子之间的依恋关系愈加复杂和微妙。尤其在青春期,同伴关系的重要性大幅提升,对父母的依恋下降。但包尔拜认为,对父母的依恋会贯穿个体的一生,而且早期的亲子依恋关系将影响青年或成年期的其他关系。

3. 依恋与分离 包尔拜的合作者安思沃斯设计了著名的陌生人情境,并根据母婴分离反应来测量依恋反应的类型,结果将婴儿的依恋分为回避型(无实质性的依恋)、安全型(有适度的分离焦虑)、对抗型(分离焦虑过度),而且研究指出,儿童的依恋大部分属于安全型,回避型和反应型较少。

包尔拜依据安思沃斯的研究以及自己的观察,儿童与依恋对象的分离将使儿童体验到分离焦虑,这种分离焦虑将经历3个界限分明的阶段。

(1) 阶段1:反抗。儿童极力阻止分离,竭力寻求与母亲的重新亲近。当分离不可避免并持续存在时,儿童的反抗与依恋行为便逐渐减弱或消失。

(2) 阶段2:失望。当反抗和重新寻求依恋而不可得时,儿童倍感失望和无助,表现为不睬人、表情迟钝。如果此时有一位替代者陪伴儿童,那么儿童的分离痛苦将大为减轻。

(3) 阶段3:超脱。此时儿童的依恋行为被抑制,儿童外表显得若无其事,但内心对依恋对象的感情联结依然存在。此时如果眼前出现依恋对象,儿童则立马由超脱转向强烈的依恋,其依恋行为的频率与强度甚至超过分离之前。

4. 依恋中的认知与情感 包尔拜认为,1岁以前儿童的依恋在本质上更多地是一种具有适应和进化意义的本能行为,但1岁以后儿童的依恋行为则表现出明显的目的性和计划性,需要认知过程的参与。此时儿童需要形成和运用对依恋对象的表征、对自我心理状态的表征和关于环境的表征。可以肯定的是,认知过程或先于依恋发展或与依恋发展相一致。在儿童依恋发展的第3个阶段和第4个阶段,我们可以看到幼儿对符号系统的有意识运用以及幼儿根据依恋对象的认知来调节自己的依恋行为。透过与母亲的多次相互作用,幼儿形成了关于自己母亲的易接受性和敏感性的认知,这一点尤其在如何应对分离焦虑和决定依恋行为中发挥重要作用。正是因为认知表征的存在,儿童能够以回忆、写信、电话等形式来抵御分离焦虑,并维持与依恋对象的感情联结。

依恋为儿童提供心理上的安全感,此时儿童的依恋行为处于较低的激活水平,这将促使儿童没有“后顾之忧”地探索外部世界,这对儿童的适应、生存和发展具有重要意义。依恋与探究系统之间的连锁机制有助于儿童认识环境,但又不至于远离成人的保护。当儿童远离依恋对象时,儿童将体验到焦虑、恐惧和愤怒等情绪。包尔拜认为,人类物种与其他物种一样,具有一种对“日益增加的危险的自然信号”产生恐惧的倾向性,这种恐惧将激活个体的依恋行为。如果此时依恋对象不在或不可接近,那么儿童将体验到双重的恐惧。分离不

仅引起恐惧,还引起焦虑和愤怒,尤其是当依恋行为被高度激活而又未获适当的满足时,愤怒可能即刻爆发。至于分离焦虑等情绪对儿童的影响将在下面关于依恋影响因素的讨论中更加清楚地看到。

5. 影响依恋发展的因素 影响依恋发展的因素已经超出了包尔拜等习性学家的理论范畴,但对理解依恋却非常重要。这里我们综合了发展心理学家的有关研究结果予以介绍。

(1) 婴儿的气质特点和智力水平 美国心理学家卡根(J. Kagan)指出,儿童依恋模式的类别反映了儿童应对压力的敏感性。例如,回避型依恋的儿童其肾上腺皮质分泌水平较低。另一美国心理学家托马斯(A. Thomas)将儿童的气质类型分为容易照看型、难以照看型、缓慢活动型三类,并指出容易照看型儿童与母亲的关系最为融洽。难以照看型儿童对母亲的依赖性强,易于形成特定的依恋,但这类儿童容易发生心理问题。对智力缺陷儿童的亲子关系研究表明,智力障碍儿童的母子交往较正常儿童被动,也更少注视母亲。聋哑儿童因交流信号系统的限制而对母亲的依恋发展较慢,而且衰减速度较快。

(2) 母亲的照看方式 安思沃斯发现,安全型依恋儿童的母亲其照看方式是敏感的、合作的、接受的和易接近的,而回避型依恋儿童的母亲其照看方式往往是不敏感的、拒绝的,对抗型依恋儿童的母亲则往往是冷漠的、抗拒的、横加干涉的。可见母亲的照看方式与儿童的依恋高度相关。其他一些研究也证实了这一点。

(3) 照看环境 包尔拜认为,儿童与成人之间的关系是双向互动的,并受到照看环境的制约。由于现代社会妇女经常不能长期在家照看孩子,因此对照看环境的研究多集中在对入托、保姆照看、亲友照看及孤儿院儿童的研究。研究表明,绝对的亲子分离具有破坏性的后果,肯定损害良好依恋的形成。尤其是出生后遭受社会和感觉剥夺达3年以上的儿童将产生严重的社会、情绪和智力问题。早期被剥夺的孩子或孤儿院的孩子如果能够交给经济、文化较好的养父母抚养并接受敏感、富于感情的照料,其缺陷将可得到弥补。短期的亲子分离既是不可避免,那么儿童与代理母亲之间建立持续、温暖而亲密的关系是儿童健康发展的基本条件。入托机构应该人数配比合理、照看者的态度亲切和蔼、人员相对固定、及时与儿童的父母交流、幼儿的游戏与活动设计合理。能够满足以上条件的入托机构的儿童将与母亲形成安全依恋,具有与在家庭照看儿童同样成熟的合群性、情感和智力,且能够预言日后的认知、情绪、社会发展良好。

(四) 习性学的同伴作用观

习性学家认为,儿童的同伴关系与亲子关系相互平行发展,彼此不可替代,具有重要的心理价值。因而习性学家大量研究了儿童的攻击性、游戏行为、利他行为等,为我们审视儿童的同伴关系提供了有益的资料。

斯特拉耶(F. Strayer)研究了学前儿童自由活动中的社会冲突行为。他发现,社会冲突可揭示儿童之间的支配和被支配关系,那些在冲突中获胜的儿童更加具有支配性。儿童的社会冲突行为有三种:身体攻击、威胁性言行、玩具或位置争夺。当冲突发生时,儿童表现出服从、求助、放弃和反击等反应,这些反应方式与灵长类动物的反应方式相似。相似的还有不稳定的群体中更易产生攻击性行为,儿童群体中也存在一个相对稳定的、严格的支配等级,但那些处于支配地位的儿童并不被同伴欢迎。

习性学家还认为,儿童同伴的相互作用,包括合作和竞争都是为了获得生活资源,冲突

行为也是如此。从发展的角度而言,儿童获得资源的手段和方式是不断变化的。初生婴儿的方式就是哭叫。此后,社会性微笑、帮助、分享、合作以及攻击、威胁、争夺等手段被发展出来。而且,儿童不同发展时期所重视和争夺的资源也是不一样的。如婴儿期的资源主要是食物,学龄期的资源是各种资料和工具,青春期的资源主要是异性朋友。此外,儿童获取资源的行为和策略、能力还表现出年龄差异和个别差异。那些在生理和精神上存在障碍的儿童以及在物理、心理环境较为贫乏中成长的儿童在资源获得方面往往处于不利的地位。

(五) 习性学的发展机制观

习性学家认为,人是在特定环境中进化的生物有机体,服从于整个生物进化的一般规律。当我们从整个生物进化的角度来看个体的心理和行为发展时,我们将会发现人类行为发展与其它动物行为发展的共同因素。

在行为的起因上,早期的习性学家,如罗伦兹和廷伯根强调行为的自发性,重视内驱力(如觅食、觅偶)和信号刺激对人类行为的激起作用。而现代习性学家包尔拜等人虽然也认可行为的自发性,但强调行为的生物学意义,强调个体为满足生物学需要而自我调节行为,如儿童在依恋行为中积极主动地寻求和维持与母亲的互动。尽管儿童的内驱力和外在刺激都对行为的引发产生作用,但儿童自我调节系统的运用使得儿童在与外部环境的相互作用中显得较为主动。

除了当前刺激对行为的即时引发作用之外,习性学家还强调个体发生的起因,如早期依恋关系对儿童后期人际关系的影响,这与弗洛伊德的观点有异曲同工之处,但两者解释的角度不同。此外,行为还有种系发生的起因,即人类物种经过数代发展而形成的行为模式也影响行为,如儿童行为中的性别差异即是如此。

综上所述,习性学家对儿童心理发展印象最深的观点是,儿童心理发展必须置于动物世界这一广阔背景中考察,从即时的外在刺激、个体发生的原因和人类种系的多种角度看待儿童的心理和行为发展,于是儿童的心理和行为发展便有了与其他发展心理学家视角下的行为不同的意义,我们对行为的起因、发展、功能等的理解都有了新的感受。目前儿童心理学研究领域出现的生态化研究趋势反映了发展心理学家对习性学理论的回应。在具体的发展主题上,习性学家对儿童发展的关键期、儿童的依恋发展及同伴关系的观点,不仅为儿童教育提供了指导和帮助,而且也为临床心理医生处理儿童的心理和情绪问题指明了方向。

(李正云)

参 考 文 献

1. 王振宇. 儿童心理发展理论. 上海:华东师范大学出版社, 2000
2. 李正云. 学校心理咨询. 北京:中国轻工业出版社, 2002
3. 格莱因. 儿童心理发展的理论. 计文莹等译, 长沙:湖南教育出版社, 1983
4. 叶浩生. 西方心理学的历史与体系. 北京:人民教育出版社, 1998
5. 刘金花. 儿童发展心理学. 上海:华东师范大学出版社, 2000
6. 申继亮. 当代儿童青少年心理学的进展. 杭州:浙江教育出版社, 1999

第二章 儿童心理障碍的药物治疗

第一节 儿童的用药原则

儿童心理障碍的主要治疗方法是心理治疗及有针对性的矫正教育。但对某些心理障碍,药物治疗仍起着重要作用。

关于儿童药物治疗,临床医师必须根据症状特征,制定治疗方案选用药物。用药及剂量须根据儿童的年龄、体格发育、营养状况、病情而异,结合药物作用的有效性和安全性而选择药物种类及调整药物用量。医师应熟悉所选用药物的药理作用、适应证、禁忌证及使用的方法和不良反应。同时注意以下的问题。

(1) 在使用药物前,须详细了解病史(包括以往有无严重躯体疾患,如肝、肾、心血管病和药物过敏史等),必须对儿童做出全面检查,正确诊断,了解病情的严重程度。仔细体检以了解儿童的体质、体重、有无心、肝、肾、血液等躯体疾病。确定诊断,然后结合具体情况,选择药物治疗。

(2) 临床医师对所用药物性能及可能产生的药物不良反应必须有清楚的了解。用药之前,应充分了解所用药物的性能,再决定治疗方案,选择一种对儿童疗效最好、不良反应最少的药物,应给予足够的治疗剂量和足够的治疗时间。用药途径以口服为主,应向儿童家长说明服药治病的目的、注意事项、常见的一般不良反应,消除家长对治疗的顾虑,以取得他们合作,保证治疗顺利进行。此外,必须叮嘱家长,加强药物保管,防止儿童自取药物并任意服用,杜绝发生意外。

(3) 儿童药物使用起始剂量宜小,逐渐增加至有效剂量。由于个体对药物的吸收、代谢情况不同,以及药效应敏感性的不相同,因而有效剂量以及剂量的调节应根据儿童具体情况。儿童药物剂量的计算不是成人剂量的简单折算,也不仅是依照年龄、体重来决定。成人剂量、儿童年龄、体重对药物剂量有较大的参考价值。一般而言,儿童较成人能耐受更大剂量的精神药物,且个体差异较大,这种差异与儿童的年龄、性别、体重、疾病种类、病情的严重程度无明显量的关系,不同儿童对不同药物耐受性差异很大。同一种药物对年龄、体重、病情均类似的儿童,治疗剂量可能相差很大。又因为每个儿童成长时体重和机体组成在不断的变化,诸如各个器官相对重量和体液容量的改变,可明显影响药物分布和副作用。因此具体摸索每一个儿童最合适的剂量,选择疗效最好、不良反应最少的剂量是必须的,所以剂量应个体化。常规上参照相应的年龄,从最小剂量开始(通常此剂量是无效剂量),密切观察儿童对药物治疗的反应及出现的不良反应,一般每隔一至数日调整一次剂量,逐步增加到最

佳疗效(如行为改善),或出现明显不良反应则不再加量。既要避免过分考虑药物不良反应,以致用药剂量过小,导致长期用药,却治疗无效,也要避免对于一些行为问题较严重的儿童,急于求成,用药剂量偏高或增加剂量速度过快,以致出现较严重的不良反应。这时通过停药或减少剂量观察病情变化的方法,可以帮助鉴别症状的恶化是否由于用药剂量过大所致。

(4) 治疗期间,不要轻易换药。只有在治疗一个疗程以后仍无疗效,或治疗过程中出现严重的不良反应,才考虑换药。频繁改换药物、随意增加或减少药量、多种药物联合使用,弊多利少,应尽量避免。药物服用多久可停药,应根据儿童的具体病情,对治疗的反应、不良反应等多种因素来决定。过早停药可能导致病情复发,过久用药又可出现严重的不良反应。一些儿童用药仅需1个月,而另一些儿童则需坚持数月甚至数年的药物治疗。原则上,病治好就停药。对儿童应尽量避免长期服用药物。对于疗效巩固,需要撤药的儿童,采用逐步减量至完全停药,切忌骤然撤药,如果骤然停药,可能加剧病情变化。

(5) 父母亲、老师的作用。要能坚持长期服药治疗,必须取得儿童本人及其父母亲、老师的合作与协助。临床医生用药前应向儿童及其父母讲清楚用药的目的,治疗时间的长短,可能的不良反应,让儿童、儿童父母亲正视这些可能会出现的问题,坚持服药,定期向医生反映病情变化。老师协助观察治疗效果,注意症状是否改善和督促儿童服药方面的作用也不容忽视。

(6) 由于用药存在个体差异和药物动力学差异,如有条件,最好借助实验室分析血药浓度。我国目前多数医院尚不能常规做血药浓度测定,但随着科技的发展,治疗药物监测势在必行,找出儿童药物动力学曲线,选择最佳剂量及最佳用药时间。它比单纯根据临床经验调整剂量有很多优点:①可缩短获得最佳治疗反应的时间。②由于保证所有患者均能达到适宜血药浓度,从而整体上提高了治疗有效性,减少了盲目性。③患者对适宜血药浓度水平仍治疗无效,医生有充足理由果断改用其他治疗。④使医生心中有数,患者无效是由于服药不合作还是由于药代动力学的变异。⑤有利监测药物的毒副反应。测定方法甚多,如高效液相色谱法(HPLC)、气相色谱法(GC)、气相色谱与质谱联合(GC—MS)、放射免疫测定法(RIA)和酶测定法(EMIT)等,各有优缺点,如使用得当,各种测定之间一致性较高。而且,血药水平与中枢神经系统毒副反应也有关。

第二节 中枢精神兴奋药

中枢精神兴奋剂(central stimulants)是能提高中枢神经系统功能活动的一类物质,主要包括哌甲酯、匹莫林、苯丙胺、咖啡因等。近二十年来,在这类药物中出现了许多新的品种,且对这类药物的药理作用、药动学、药效学、临床运用范围的研究也愈来愈深入。早在1937年,Bridley就采用右旋苯丙胺治疗多动症。认为目前这类药物仍为治疗注意缺陷多动障碍的首选药物。

中枢兴奋剂的常见不良反应为食欲减退、失眠、急躁、恶心、呕吐、情绪改变、心率加快和(或)血压增高,口干、眩晕、易激动、心悸、心动过速、焦虑、欣快、夜惊、震颤、便秘、过敏反应等短期不良反应,一般在减药后症状可逐渐消失,无须特殊处理或可适当减量。食欲减退是用药的最大障碍,使很多家长无法坚持。处理办法是早晚餐吃好,以弥补中餐摄入的不足,或睡前加餐、将药加在食物中同时吃下,可以减少腹痛反应。如失眠严重者,可改为早上服

药一次。对身高体重的影响报道不一,长期服药或剂量过大可能抑制生长和体重的增加,但在这方面仍有争论。有认为长期大剂量使用,如哌甲酯每日总量超过 40mg 可能影响儿童身高和体重的增长,同时还能抑制肝脏中某些促使药物代谢的酶,从而造成某些药物半衰期延长,而增加该药的毒性(如可增加苯巴比妥、苯妥英钠、丙咪嗪等毒性作用)。有认为身高体重的减少是暂时的,服药第 1 年的生长延迟可在第 2 年赶上,采用药物假日(即在上学日服药,在周末和节假日停药)的方式可减轻此不良反应。尚未见长期追踪资料。部分儿童在用药一段时间后,药物逐渐耐受,但又不宜增加药量,此时应改用其他药物。匹莫林不良反应较哌甲酯少,但服药过程须定期检查肝功能,以防肝脏毒性反应,口服哌甲酯 1 年以上,可能产生耐药性,可改用其他药。有极少数病例因哌甲酯引起中毒性精神障碍的报道,出现躁狂症状和妄想。动物实验显示,中枢兴奋剂可引起抽搐,然而也有临床报道注意缺陷多动障碍并有癫痫者,服中枢兴奋剂过程中未发现脑波活动增加和癫痫发作增加。但癫痫儿童如伴有注意缺陷多动障碍确须中枢兴奋剂治疗者,应同时并用抗癫痫病药为安全。本类药随剂量增大,中枢兴奋药的作用部位也随之扩大,过量可引起中枢神经系统各个部位广泛兴奋,从而导致惊厥。

中枢兴奋剂用于学龄前儿童的早期干预有助于提高自信心、改善伙伴关系和亲子关系、母和子女之间一种相互依恋的关系、改善认知功能,但不良反应更常见,主要表现为悲伤、急躁、依赖行为、失眠及食欲减退,原则上对学龄前儿童不主张用中枢兴奋剂,除个别症状严重、难于管理的幼儿可以酌情选用。

中枢兴奋剂作用机制尚不清楚,可能为阻滞神经细胞对儿茶酚胺类神经递质的再回收,也有认为中枢兴奋剂治疗注意缺陷多动障碍其作用机制可能由于增强了网状结构中抑制性神经元的作用。也有认为中枢兴奋剂具有选择性作用于中枢神经系统,提高神经功能活动,能增强皮质下部的兴奋性,振奋精神活动和情绪作用。

本类药首选药物大多是哌甲酯,其次为匹莫林,右旋苯丙胺,前者见效快,疗效较后者为好。有效率为 60% ~ 80%,可使注意力集中、多动减轻、行为改善增进学习能力和运动功能。

禁忌证 ①儿童期精神病,如精神分裂症。②严重的焦虑紧张或恐惧、易激惹。③肝功能、肾功能损害者。④青光眼、高血压、甲状腺功能亢进、心血管疾病。⑤最近曾服用单胺氧化酶抑制剂者。

常用中枢兴奋剂用法及药代动力学 这类药口服后迅速吸收,通常在 1 ~ 3h 达到血药高峰,并迅速在体内广泛分布,可通过血脑屏障。主要从尿排出,尿酸性者则药物排泄增快,24h 尿内排出 60% 以上,在 3 ~ 4d 内排出 90%。如服碱性食物(如含苏打粉、发酵粉食物)则排泄减慢,碱性尿时半衰期延长。

治疗注意缺陷多动障碍不能单纯依靠药物,须要药物治疗与教育相结合。服药疗程须视儿童具体情况而异,症状明显而且影响学习或集体活动者,上学时可持续服药。症状好转后酌情可试行停药观察。一般剂量不宜过大,有人认为哌甲酯每日剂量 0.3mg/kg 时疗效最好,若剂量再增加,疗效不见提高,而且不良反应增加。通常治疗剂量 5 ~ 10mg,每日 2 次(早上和中午服药),一般已足够控制症状而且尚安全。匹莫林作用时间长,每日只需服药 1 次,药效作用可持续 1d,治疗剂量每日上午给药 20 ~ 40mg 即可。少年儿童 14 岁以上者尽量不用中枢兴奋剂,以防产生药物滥用和其他不良作用。

(一) 哌甲酯

哌甲酯(methylphenidate),又名利他林(ritalin),是目前国内最常用于治疗注意缺陷多动障碍的药物。

国外研究报道,本药在学龄儿童中有效率为70%,使用两种兴奋剂,有效率可达90%。本药物目前在美国其用量以每4~7年翻一番的速度递增。

用药后不仅注意障碍、多动及冲动等注意缺陷多动障碍的核心症状得到改善,而且可以改善与注意缺陷多动障碍相关的功能,如坚持学校学习、社交功能(与同伴的关系、与父母的关系)等,从而使行为矫正、家庭治疗和补救的教育措施得以实施。研究证明,在进行有关认知的心理测验时,兴奋剂能够提高警醒水平、反应时间、短时记忆、言语学习及非言语技能,减少冲动性,故认为能改善认知功能。使用本药的个体差异较大,靶症状及剂量因人而异,一般在用药30min起效,作用持续3~6h。由于半衰期较短(2~4h),大多数儿童需在中午第2次服药。常用剂量为每日10~40mg。

Denney(1997年)推荐剂量为每日5~60mg,对于体重小于21kg的儿童不能给予高剂量,一般很低的剂量尽管不良反应小,但不能控制症状。研究认为一次性服用10mg后观察其在神经心理测验时的行为,使用判别分析预测疗效。药物治疗疗效较好的指征为注意障碍明显、年龄较小、症状较轻、不伴焦虑症状等。

【药理作用及适应证】 本药作用性质类似苯丙胺,但拟交感作用弱,中枢兴奋作用较温和,能改善活动,解除轻度抑制及疲乏感。对呼吸中枢有较弱的兴奋作用。剂量大时也能引起惊厥。由于目前有的研究认为注意缺陷多动障碍是由于脑干网状结构上行激活系统内去甲肾上腺素、多巴胺、5-羟色胺等递质不平衡所致,本药能通过促进去甲肾上腺素的释放和再回收及抑制单胺氧化酶活性而起作用。用安慰剂作对照的双盲试验表明,本药显著地改善儿童的注意力、自制力和学习能力,减少多动性行为障碍。本药对其他精神障碍所致的多动,如智力低下伴注意缺陷多动障碍,也有一定效果。Whalen等(1987年)提出此药用中等剂量(0.6mg/kg,分次口服)较低剂量(0.3mg/kg,分次口服)效果好。Rapport等(1989年)提出可改善注意缺陷多动障碍的认知功能。Douglas等(1988年)认为可改善注意缺陷多动障碍儿童的学习情况,对数学成绩的提高优于拼读能力的改善。Walker等(1988年)报道多动儿童用药后,自觉愤怒、敌意情绪减退,老师反映其伴发的焦虑、抑郁症状减轻。但Pliszka(1987年)提出伴有抑郁症状的多动,用三环类较兴奋剂效好。Peloquin和Klorman(1986年)发现其可减轻正常儿童在实验环境中的不安情绪。Cunningham等(1991年)通过在实验条件下对多动伴品行问题的治疗研究,发现不同的症状(如任务的完成、行为自控能力及社交活动等)对低剂量(0.15mg/kg)和中剂量(0.5mg/kg)的药物反应不同。Barkley等(1989年)比较有攻击行为或无攻击行为的注意缺陷多动障碍儿童的药物反应,发现不同亚型的反应并无明显不同。Sverd等(1989年)认为对注意缺陷多动障碍伴抽搐者,亦有疗效。但有报道认为本药可诱发抽动。Barkley(1988年)认为本药对学龄前儿童无效,甚至有害。对于单纯的品行障碍及非多动所致的学习困难无效。

本药口服后吸收快,服后1~2h即达峰值,一次服药可维持4~6h。

【剂量与用法】 每日5~40mg,早餐及午餐后分2次口服。由小剂量开始,渐增至出现疗效或不良反应则维持此剂量治疗,下午4时后禁服。节假日停药,根据病情可用药数月至

数年,也有学者不主张假日停药。

【不良反应】 服用治疗量时不良反应少,偶有食欲不振、心悸、焦虑、厌食、口干、上腹部不适。大剂量可诱发癫痫或抽动。Sokol(1987年)报道不良反应可有强迫行为、刻板动作、咬指甲、自伤、心率增加、血压上升。对身高体重的影响,已报道不一致,Klein(1988年)发现持续治疗1年以上者,身高生长慢。Vincent等(1990年)、Reta(2000年)发现治疗6个月以上者,对身高体重无影响。Grob等(1986年)报道与丙咪嗪同时应用可出现中毒行为、情绪释放、攻击行为、精神症状等。

【禁忌证】 本药禁用于有明显焦虑、烦躁不安、癫痫、高血压、严重心脏病及年龄小于6岁的患儿。不能与单胺氧化酶类合用。用过单胺氧化酶类药物者,至少停药15d后才能使用本药。本药能使注意缺陷多动障碍儿童成绩明显提高,主要是由于改善注意力及减少多动,使教育易于收效的结果。但对于单纯的学习无能和智力低下的儿童的学习成绩不佳,毫无益处,所以不可滥用于学习困难的儿童。本药有使躯体发育迟滞的不良反应,对于青春期的儿童,由于影响身高增长及年龄大者有成瘾倾向,故原则上不宜采用。6岁以下儿童禁用。

(二) 匹莫林

匹莫林(pemoline),又名苯异妥因。

匹莫林半衰期较长,为4~15.5h,服后1~2h起效,持续7~8h,故每日服药1次即可。每日剂量为20~80mg。该药无明显反跳现象,较少产生药物依赖。

【药理作用及适应证】 匹莫林药理作用机制尚未全部弄清。其药理作用和代谢同其他中枢兴奋剂。临床上可见导致谷草转氨酶增加,机制不明。口服2h血药浓度达到峰值,血药浓度为12h,代谢物主要从肾脏排泄,24h排泄口服量75%,本药主要用于治疗注意缺陷多动障碍。

本药作用时间长,每日可仅服1次,减少了中午服药的麻烦。1周内可达疗效高峰。停药后药效尚可维持1~3d。

【剂量与用法】 每日开始5~20mg,每日早饭后服1次。每周可增加10~20mg,最大剂量为每日80mg,下午4时后禁服。

【不良反应】 此药可导致谷草转氨酶增加,Gaffe(1989年)曾报道2例死于严重的肝损害,故需定期检查肝功能。其他不良反应有失眠、食欲减退、头痛、轻度抑郁、易激惹等。Brown(1985年)报道长期用药者,可出现严重抑郁、自杀企图、社会退缩等。大剂量偶可见神经系统症状、心跳过速及幻觉。

【禁忌证】 肝功能不正常、烦躁不安者、癫痫、心脏病及6岁以下儿童禁用。

(三) 苯丙胺

苯丙胺(amphetamine),又名安非他命,是中枢兴奋药类中最古老的一种。分左旋、右旋、消旋三种,临床治疗主要使用右旋体。

苯丙胺先应用于治疗发作性睡病和脑炎后帕金森病,也是最早应用于治疗注意缺陷多动障碍的中枢兴奋剂。文献记载第二次世界大战期间,一些国家的士兵为了消除疲劳,保持旺盛的精力大量服用此药。目前也仍在一些国家中滥用,并发展成严重社会问题。我国目前已经不把它作为主要临床用药,由于用量较小,服药时间短,依赖者尚少见。苯丙胺由于

其不良反应较多,国内应用较少。

苯丙胺可引起中枢神经兴奋,减少嗜睡及疲劳感,使患者机警、欣快。有中枢及周围拟交感神经的作用,能抑制突触部位对去甲肾上腺素的回收,使突触部位游离的去甲肾上腺素含量增高。小量,如口服5~10mg可解除疲劳,提高精神兴奋性。一般作用可维持约4h,继之出现疲劳嗜睡等。如每日小量服用很快产生耐药性,通常苯丙胺治疗剂量为每日10~15mg,产生耐受性的有些患者每日用量可大于1g。苯丙胺类药物之间存在交叉耐受性。苯丙胺可产生强烈的精神依赖性。治疗量的苯丙胺连续应用几个月,即能产生躯体依赖性,依赖程度随用药的频繁而增强,用量加大又是增强其依赖程度的重要因素。苯丙胺的有效剂量与致死量相差很大,因此不是强烈急性中毒的药物,但如果急性中毒可有血压上升、出汗或恶心、呕吐等。大量使用可引起错乱、幻觉。严重者引起循环衰竭,昏迷甚至死亡。

【药理作用及适应证】 药理机制是提高中枢神经递质去甲肾上腺素水平,抑制单胺氧化酶活性。主要为拟交感作用及精神兴奋作用。主要用于治疗注意缺陷多动障碍、嗜睡。以右旋苯丙胺效果较好。

苯丙胺血浆血药消除半衰期为6~7h。口服后作用开始时快速,但维持时间短暂,仅2~6h。

【药物依赖】

1. 慢性中毒症状 长期服用引起慢性中毒的表现有颜面红、瞳孔扩大、心率快、血压上升、腱反射增强。不食、不睡,精神活动无目的性。最后可出现明显的精神症状或衰竭。

2. 戒断症状 停药后出现全身倦怠感,情绪变化,继续停药则出现十分严重的戒断症状。患者有十分强烈的痛苦体验,焦虑、恐怖的恶梦,出现自杀者不少见。还可出现定向甚至意识障碍、头痛、出汗、忽冷忽热感,剧烈的肌肉挛缩感,特征性胃肠道痉挛使患者不能进食,加剧了患者的营养不良。戒断症状有夜间加重及引起谵妄的趋向。苯丙胺戒断症状中,以抑郁最常见,可在停药后48~72h达到高峰,大多在1周内消失,也有迁延的。

3. 一般应用苯丙胺几个月后可引起精神病,有的患者即使使用治疗量也能引起。主要症状为意识清晰状态下,出现幻觉(以幻视多见)、牵连观念、被害妄想。妄想内容虽零乱但与现实有联系。临床上与精神分裂症偏执型十分相似,但患者情感生动以及幻视多见,是与精神分裂症相区分的要点之一。苯丙胺性精神病多为一过性的,停药2~3d幻觉可消失,但妄想可持续几周或几个月。停药一段后,有时再用药可诱发妄想。另外,苯丙胺性精神病患者有动作多,对刺激的感觉过敏和有恐怖色彩的特点。根据国外的临床研究,目前认为苯丙胺性精神病是指正在服药过程中产生,以妄想状态为主要症状的精神障碍而言。停药时出现戒断症状,以抑郁多见。测定尿中苯丙胺有助于诊断,一般在用药2d以内尿中可以测出。

【剂量与用法】 治疗注意缺陷多动障碍每日5~40mg,分次口服。必须由小剂量开始,增至出现疗效或明显不良反应或最高剂量为止。每日早晨及午饭后服,下午4时后不可服用。若剂量合理,连续治疗1个月仍无效者,应考虑停药或换药,有效者可继续服用,维持用药时间的长短因人而异,由数月至数年不等。对于长期用药的儿童,应实行星期日及节假日停药的方法。对于疗效显著者,可于寒假或暑假试行逐步减量停药。若症状无复发,可停药。

【不良反应】 食欲减退、口干、恶心、失眠、头痛、胃痛、苍白、烦躁、心悸。震颤较常见。少数儿童可影响发育,个别可出现心境不佳、抑郁、多愁善感、发呆、与人交往过分敏感等。这些不良反应常在治疗早期明显,一般过一段时间或减量后会减轻或消失,较缓慢增加药量

可减少不良反应的发生。在儿童中尚未见成瘾者。大剂量可致意识障碍、兴奋躁动,甚至昏迷、抽搐、幻觉,还伴有血压增高。较快增加药量可致血液红细胞、白细胞或血小板减少及心动过速。此时,应按一般药物中毒的原则给予洗胃、输液等处理,对于兴奋躁动或有抽搐发作者,可给予对症治疗。

【禁忌证】 明显焦虑、烦躁不安、发呆、癫痫、严重心脏病、年龄小于6岁者禁用。

本药经常被滥用导致成瘾,现在已基本淘汰,不应用于临床。

(四) 咖啡因

咖啡因(caffeine),又名咖啡碱。为咖啡豆和茶叶中主要生物碱。

【药理作用及适用证】 咖啡因对大脑皮质有选择性兴奋作用,服用小剂量(50~200mg)即能兴奋大脑皮质,使睡意消失,疲劳减轻,精神兴奋,思维敏捷,工作效率提高。还可兴奋呼吸和血管运动中枢,兴奋心肌及扩张冠状动脉。故本药主要用于治疗中枢性的呼吸循环衰竭,亦可作为中枢兴奋剂,临床有用于注意缺陷多动障碍者,但疗效不及上述诸药。

本药服后几乎全部代谢,产生的代谢物黄嘌呤、次黄嘌呤尿酸的代谢物相似。其口服吸收效果好,吸收后可分布全身,其分布比例与组织中含水量有关,含水量多的组织分布多。

【剂量与用法】 开始时日量100~200mg,每日2次分服。最高日量600mg。疗程同上,下午4时后禁服。

【不良反应】 咖啡因的成瘾性并未见报道。不良反应轻微,偶有失眠、恶心、食欲减退、头痛。剂量大时可致激动、不安、心悸。剂量过大可引起惊厥。

【禁忌证】 癫痫或其他抽搐疾病,年幼者禁用。

第三节 抗精神病药

抗精神病药(antipsychotic drugs)是精神病药物发展最早、研究最多的一类药物。其中常用于治疗儿童精神障碍的有吩噻嗪类、硫杂蒽类、丁酰苯类及苯胺类等药物。

现将代表药物选择介绍如下。

(一) 氯丙嗪

氯丙嗪(chlorpromazine),又名冬眠灵(wintermin),属吩噻嗪类的二甲胺侧链化合物。为最早、也为目前仍最常用的抗精神病药物。

【药理作用及适应证】 氯丙嗪作用十分广泛,几乎对躯体各个系统都具有一定的作用,对神经系统更是有全面的影响。在神经突触处对 α 肾上腺受体(简称 α 受体,下同)有明显阻断作用,其抗精神病作用可能与氯丙嗪对神经突触处多巴胺受体的阻断有关。本药主要用于治疗重性精神病,如精神分裂症、躁狂状态等,小剂量可用于治疗严重的儿童行为障碍,明显的攻击性行为等。

氯丙嗪血清 $t_{1/2}$ 为6~9h,口服吸收不规则,口服后2~4h血浆药物浓度达峰值。如同时口服抗胆碱能药,则可显著延缓其吸收,肌肉注射后其血浆浓度迅速上升。吸收后,约90%与血浆蛋白结合。脑组织中以下丘脑、基底神经节、丘脑和海马等部位浓度最高,脑内浓度可达血浆浓度的10倍。本药在肝代谢,氯丙嗪及其代谢物经肾排泄,不同个体口服相同剂

量氯丙嗪后,血浆浓度可相差10倍以上,因此,临床用药剂量应个体化。氯丙嗪排泄慢,停药2~6周甚至6个月后,尿中仍可检出氯丙嗪,可能是本药脂溶性高,蓄积脂肪组织的结果。

【剂量与用法】 6岁以下儿童慎用。儿童初始剂量按体重每日0.5~1mg/kg分3次口服逐渐加量一般不超过每日300mg。渐加至合适剂量。对兴奋躁动或拒绝服药者,可短期注射给药,每次肌肉或静脉注射25~50mg,24h内可注射100mg,一般儿童最高口服剂量可用至每日300mg,个别病例可更高。根据病情用高剂量1个月至数月后,减至较低的维持量(每日150mg左右)可维持数月甚至数年。

【不良反应】 氯丙嗪不良反应多且严重,一般有以下几个方面。

1. 锥体外系统反应 颇为常见,表现多样,如震颤麻痹综合征、扭转痉挛、动眼危象、静坐不能等。若出现锥体外系不良反应时,可加苯海索(安坦)类药物。严重者,应减量或停药。长期使用还可导致迟发性运动障碍。苯海索类药物会促使迟发性运动障碍的发生,故不可服用苯海索作为预防锥体外系副反应发生的手段。

2. 自主神经系统 由于其抗胆碱能和抗肾上腺素能作用的结果可有口干、喉头干燥、视力模糊、皮肤潮红、便秘、尿潴留、肠麻痹、瞳孔缩小或放大以及心率加速、体位性低血压等反应。严重者应减量或停药。

3. 其他神经系统的反应 氯丙嗪可使抽搐阈值降低,故对原有癫痫疾病的患儿,可以诱发癫痫的发作,还可出现意识混浊、精神运动障碍等行为问题。这类整体的不良反应,在儿童中较成人多见,应停药。

4. 其他不良反应 肝脏损害,最突出表现为黄疸;其次为转氨酶升高及肝损害。粒性白细胞减少。各种皮疹,以光敏性皮炎较常见,无论口服还是注射用药,往往有部分患者在日光照射下,发生严重的光毒性反应。此外,还可有眼内色素沉着,男性及女性儿童出现乳汁分泌等。合并用三环类抗抑郁药者,易发生心电图异常,故应避免合并用此两类药。

5. 猝死 为一种极少见又最严重的不良反应,原因不完全清楚,可能由于药物所致心室纤维性颤动,或食物吞咽困难导致窒息或抽搐等所致。

6. 恶性症状群 本症为服用抗精神病类药物所致的严重并发症,表现类似脑炎或急性致死性紧张症,多发生于增加剂量后2周以内,以及多种药物合并应用者。如有发生必须立即停药、抢救。

【禁忌证】 由于不良反应较严重儿童原则上少用或不用这类药物。有心、肝、肾、血液或其他严重系统疾病者,以及基底神经节病变、帕金森病、帕金森综合征、骨髓抑制、青光眼、昏迷及对吩噻嗪类药过敏者,禁用。

【注意事项】 ①出现迟发性运动障碍应停用所有的抗精神病药。②出现过敏性皮炎及恶性症状群应立即停药并进行相应的处理。③用药后引起体位性低血压应卧床,血压过低可静脉滴注去甲肾上腺素,禁用肾上腺素。④癫痫患者慎用。⑤应定期检查肝功能与白细胞计数。

(二) 奋乃静

奋乃静(perphenazine),又名羟哌氯丙嗪,是吩噻嗪类中的哌嗪类衍生物。

【药理作用及适应证】 本药主要阻断多巴胺受体,亦拮抗 α 受体、5-羟色胺等,其作用

与用途同氯丙嗪,但抗精神病作用及止呕作用较强,镇静作用较弱,对幻觉、妄想、焦虑、激动、淡漠木僵症状效果较好,控制急性兴奋躁动作用较氯丙嗪差。本药抗精神病作用的效价较氯丙嗪大10倍,属于高效抗精神病药物类,故其常用剂量较氯丙嗪小10倍左右。本药主要用于治疗重性精神病,亦可用于治疗儿童攻击性行为,严重的多动行为障碍,还可治疗神经性呕吐。口服 $t_{1/2}$ 约9h,吸收后分布至全身以脑肺肝脾肾含量最高,经胆汁排泄,能在肠道中再吸收,代谢产物经尿及粪便排出,可通过脐血进入胎儿,可从母乳中排出。本药具有高度的亲脂性与蛋白结合率,小儿与老龄者对本药的代谢与排泄均明显降低。

【剂量与用法】 口服 治疗精神病开始每日8~12mg,渐增至每日20~60mg,分2~3次服,直至出现疗效或不良反应。儿童的最大日量为20~30mg,个别患者可稍高维持量每日10~20mg。止吐2~4mg,每日2~3次服药,肌注每次5~10mg,6h后可重复应用。长效奋乃静庚酸酯和葵酸酯,给药间隔分别为1~3周和2~4周。不合作病例,可先用肌肉注射,每日1~2次,每次5mg,年幼者酌减。可连用数月后,减至小剂量维持治疗数月至数年。对于行为问题,用药量较小。

【不良反应】 本药毒性较氯丙嗪低,锥体外系统不良反应较多见,而对心、肝、肾、血液、血压等影响较小,自主神经系统不良反应为口干、视力模糊、便秘等,其他不良反应少见,可有嗜睡、少数患者有口干、便秘、尿频、心动过速等症状,部分患者可见乳房肿胀、月经失调等内分泌障碍症状。有吩噻嗪类药物过敏史者禁用,有癫痫史及其他严重躯体疾病者,以及6岁以下幼儿应该慎用。

【药物相互作用】 ①本药与乙醇或中枢神经抑制药,尤其是与吸入性全麻药或巴比妥类等静脉全麻药合用时可彼此增效。②本药与苯丙胺类药合用时,由于吩噻嗪类药具有肾上腺素受体阻断作用,后者的效应可减弱。③本药与制酸药或止泻药合用,可降低口服吸收。④本药与抗惊厥药合用,不能使抗惊厥药增效。⑤本药与抗胆碱药合用,效应彼此加强。⑥本药与肾上腺素合用,肾上腺素的受体效应受阻,可导致明显的低血压和心动过速。⑦本药与胍乙啶类药物合用时,后者的降压效应可被抵消。⑧本药与左旋多巴合用时,后者可抑制前者的抗震颤麻痹效应。⑨本药与单胺氧化酶抑制药或三环类抗抑郁药合用时,两者的抗胆碱作用可相互增强,并延长。

(三) 三氟拉嗪

三氟拉嗪(trifluoperazine),又名甲哌氯丙嗪,是吩噻嗪类中哌嗪类衍生物。

【药理作用及适应证】 三氟拉嗪阻断多巴胺受体,亦拮抗胆碱能受体、5-羟色胺受体。其主要作用与氯丙嗪同,但抗精神病作用较强,效价较氯丙嗪大10倍,属于高效价抗精神病药物类,故其常用剂量较氯丙嗪小20~40倍。本药镇静作用甚弱,具有良好的抗幻觉、妄想,解除木僵及促使慢性退缩患者振奋、活跃的作用。本药主要用于治疗重性精神病,小剂量可用于治疗焦虑、紧张状态、严重的攻击性行为障碍、神经性呕吐。口服吸收好, $t_{1/2}$ 为 13.3 ± 0.9 h,在肝脏代谢主要活性代谢产物为N-去甲基和7-羟代谢产物,后者 $t_{1/2}$ 为 10.6 ± 5.7 h。

【剂量与用法】 治疗精神病首次剂量为每日2.5~5mg,逐渐增加至常用剂量范围每日15~20mg,分2~3次口服。对重症精神病患者,病情需要可用至每日40mg以上,可连服数月后减至小剂量维持治疗数月至数年。治疗行为问题仅用小剂量,一般每日10mg左右。

【不良反应与注意事项】 本药不良反应较氯丙嗪轻,常见不良反应为锥体外系统反应

(EPS), 可见于 60% 以上病例。EPS 较明显如静坐不能、急性肌张力障碍和类帕金森病。长期使用可发生迟发性运动障碍、心悸、失眠、乏力、口干、视物模糊、排尿困难、便秘、溢乳、男子女性化、月经失调、闭经等, 少见嗜睡、躁动、眩晕、尿潴留, 偶见过敏性皮疹、白细胞减少及恶性症状群, 偶尔可引起体位性低血压、心悸或心电图改变、肝酶水平升高、或阻塞性黄疸、骨髓抑制、癫痫。

【禁忌证】 有系统器质性疾病者及 6 岁以下幼儿。

(四) 硫利达嗪

硫利达嗪(thioridazine), 又名甲硫达嗪, 是哌嗪类的哌啶类衍生物。

【药理作用及适应证】 为哌啶侧链吩噻嗪类的代表药物, 左旋与右旋同分异构体, 分别依次为选择性 D₂/D₁ 受体部分阻滞作用, 对锥体外系统多巴胺受体作用, 及体温中枢影响较弱, 镇静作用也较弱, 甲硫达嗪能阻断多巴胺受体, 亦拮抗 α 受体、胆碱能受体和 5-羟色胺受体。其抗精神病强度与氯丙嗪相似, 但镇静和抗幻觉作用较弱, 主要用来治疗重性精神病, 亦可用于治疗行为问题及焦虑症状。常用于伴有激动焦虑紧张的精神分裂症、躁狂症, 对严重神经症激动性抑郁症、癫痫性精神障碍也有效, 亦用于儿童多动症和行为障碍, 老年人对其耐受性较好故广泛使用。

本药口服易吸收, 2.5~4.5h, 血浓度达高峰, $t_{1/2}$ 为 16h, 有多种活性代谢产物如甲硫达嗪和磺达嗪。

【剂量与用法】 口服, 开始 25~50mg, 2~3 次, 可渐增量最高为每日 600mg; 儿童为每日 1mg/kg, 分 3 次服, 维持量为每日 100~300mg。

【不良反应与注意事项】 抗胆碱能不良反应较常见, 有口干、心动过速、视物模糊等, 还有直立性低血压及心电图异常, 较其他药常见 ECG 改变, 主要为 T 波异常、Q-T 延长、期前收缩, 器质性心脏病患者禁用, 长期大量服用可出现色素性视网膜病变, 与碳酸锂并用可产生抽搐、脑病综合征, 与丙米嗪、苯甲托品并用可能引起肠麻痹, 阿托品中毒样障碍, 甚至心跳骤停等严重反应, 较少引起震颤、僵直、流涎、运动迟缓、静坐不能、急性肌张力障碍等锥体外系不良反应。

【药物相互作用】 本药可增强镇痛药、催眠药、抗组胺药、麻醉药及乙醇的中枢抑制作用, 不宜与奎尼丁合用。

【禁忌证】 心功能不全、肝病患者, 严禁长期应用大剂量以免视网膜色素沉着影响视力。

(五) 氯普噻吨

氯普噻吨(chlorprothixene), 为硫杂蒽类的代表药物, 又名泰尔登, 是一种有抗焦虑作用的抗精神病药。

【药理作用及适应证】 泰尔登的药理作用与氯丙嗪相似, 阻断多巴胺受体为其主要药理机制, 为 D₁/D₂ 受体阻滞剂, 可能也阻滞 5-HT₂ 受体, 对 5-HT₆/5-HT₇ 受体亲和力高, 抗胆碱能与抗肾上腺素作用较氯丙嗪弱, 有较弱的抗焦虑和抗抑郁作用, 用于伴激越抑郁焦虑症状的精神分裂症、更年期精神障碍, 也用于改善焦虑紧张抑郁和睡眠障碍, 对木僵、淡漠等症状疗效不佳, 抗幻觉妄想作用不如吩噻嗪类药物。

【剂量与用法】 常规治疗精神病首次剂量为每日 50 ~ 150mg ,分 3 次口服 ,渐增至每日 300mg 左右 ,治疗抑郁症或焦虑症一般日量 150mg 左右。维持量为每日 100 ~ 200mg。肌注每次 30 ~ 60mg ,最高为每日 120 ~ 150mg 静脉滴注每次 30 ~ 60mg 加入葡萄糖溶液缓慢滴注。

【不良反应与注意事项】 氯普噻吨有很好的耐受性 ,治疗开始有头晕现象 ,随治疗而减轻。口干等阿托品样症状亦有发生。其锥体外系统不良反应较氯丙嗪少且轻微 ,EPS 较轻 ,可出现头晕、无力、口干、便秘、血压下降、视力模糊、排尿困难等 ,大剂量可引起癫痫发作 ,偶有肝损害、粒细胞减少及皮疹发生。有严重心肝疾病、骨髓抑制、青光眼、前列腺肥大、尿潴留、癫痫者及 6 岁以下儿童禁用 ,肝肾不全者慎用。本药与吩噻嗪类药物可有交叉过敏。

【药物相互作用】

(1) 能促使中枢神经抑制药 ,如吸入全麻药或巴比妥类等静脉全麻药增效 ,合用时应将中枢神经抑制药的用量减少到常用量的 $1/4 \sim 1/2$ 。

(2) 与苯丙胺合用可降低后者的效应。

(3) 合用制胃酸药或泻药时可减少本药的吸收。

(4) 可降低惊厥阈值使抗惊厥药作用减弱。

(5) 与抗胆碱药物合用时药效可互相加强。

(6) 与肾上腺素合用由于受体活动受阻可出现血压下降。

(7) 与左旋多巴合用时 ,可抑制后者的抗震颤麻痹作用。

(8) 三环类或单胺氧化酶抑制药与本药合用镇静及抗胆碱效能可更显著。

(六) 氟哌啶醇

氟哌啶醇(haloperidol)属于丁酰苯类抗精神病药。

【药理作用及适应证】 氟哌啶醇主要作用于多巴胺受体、 α 肾上腺受体、胆碱能受体、5-羟色胺受体。本药抗精神病作用很强 ,约为氯丙嗪 10 倍以上 ,有较强的阻滞 DA 能受体作用 ,为治疗兴奋性分裂症的首选药物之一 ,降血压、镇静作用弱 ,对于兴奋躁动、行为紊乱、幻觉、妄想等均有很好的疗效。对于木僵、退缩也有一定的振奋作用。主要用于治疗急、慢性各型精神分裂症、躁狂症、反应性精神病及其他具有兴奋躁动幻觉、妄想等症状的重症精神病 ,也可用于治疗多动-秽语综合征及严重的多动、攻击、冲动、敌视、破坏等行为问题。口服易吸收 T_{max} 为 3 ~ 4h ,肌注 T_{max} 为 30min , $t_{1/2}$ 为 12 ~ 36h ,吸收入血后 92% 与血浆蛋白结合 ,利用度为 40% ~ 70% 分布全身 ,肝内含量最高 ,有效血药浓度范围为 4 ~ 20ng/ml ,血中有效浓度可维持 72h ,然后缓慢下降 ,故有一定的蓄积作用。在肝内经氧化 N-脱烷基代谢 ,代谢产物大部无活性 ,惟一的活性代谢物为还原氟哌啶醇 ,排泄较慢 ,从尿中和粪便中排泄 24h 排出近 50%。

【剂量与用法】 口服儿童开始每次 0.5 ~ 4mg ,每日 2 次 ,最大日量每日 20mg ,个别病例可大于此量 ,治疗多动-秽语综合征及其他行为问题用量较小 ,每日仅需 1 ~ 10mg ,分 2 ~ 3 次口服。对于拒服药的患儿可用 2 ~ 5mg ,肌肉注射 ,每日 1 ~ 2 次。学龄前儿童用药量为每日 0.5 ~ 1mg。肌注常用于兴奋躁动 ,每次 5 ~ 10mg ,每日 2 ~ 3 次 ,儿童每次 2 ~ 5mg ,每日 2 ~ 3 次 ,学龄前儿童每日 0.5 ~ 1mg 静脉滴注 10 ~ 30mg 加到 250 ~ 500ml 葡萄糖溶液。

【不良反应】 本药锥体外系不良反应常见且严重。有的儿童仅服药 1 ~ 2 次即可出现

明显的扭转痉挛、静坐不能或吞咽困难,一般减药或应用抗胆碱药时可减轻或消失。长期使用可引起 TD,少数患者有头昏、乏力、口干、便秘、皮疹等反应,很少引起低血压,对血液肝功能影响亦较轻,偶见高热反应和心电图改变。本药有导致药源性抑郁反应的可能,在超大剂量时,可致角弓反张痉挛和抽搐昏迷等急性脑病症状和心肌损害,与苯巴比妥并用可能使本药血浓度下降。

【禁忌证】 心、肝、肾、肺疾病患者,青光眼、尿潴留、癫痫、甲亢患者慎用,以及其他严重躯体疾病患者禁用。

(七) 舒必利

舒必利(sulpiride),又名硫苯酰胺、止吐灵、消呕宁,属苯酚胺类抗精神病药。

【药理作用及适应证】 舒必利能特异性拮抗多巴胺受体,而其他儿茶酚胺类神经递质关系较小。作用部位可能在脑干黑质、下丘脑后部及延脑。本药有较强的抗精神病作用,抗孤独、淡漠作用、抗抑郁作用优于其他各种抗精神病药。亦有强大的镇吐作用。故临床上常用于以淡漠、退缩等阴性症状为主的单纯型或慢性精神分裂症。

口服 50mg, T_{max} 约 2h, C_{max} 为 150ng/ml, $t_{1/2}$ 约为 8h,在肝脏中代谢,尿中排出。因吸收率个体差异较大,剂量和血浆浓度之间常不相关,血浆浓度和临床疗效之间也不相关,本药不透过胎盘屏障进入脐血循环,体内代谢情况不详,主要从尿排出体外,部分从粪便排出。

【剂量与用法】 口服 抗精神病从小量开始,每日 2~3 次,每次 100mg,以后每隔 1~2d 增加 100mg,每日至 600~1 000mg,最高量每日 1 000mg,维持量每日 200~400mg,镇吐每次 10~100mg,每日 2~3 次,肌注每日 200~400mg。静脉滴注:木僵违拗患者可用本药 200~400mg,稀释于葡萄糖盐水中每日静脉滴注 1 次,可逐渐增量,但不要超过每日 600mg。

【不良反应】 对自主神经系统的功能几无影响,锥体外系统不良反应轻微。用药早期出现睡眠障碍和口渴,偶有胃肠道反应,大剂量可发生 EPS、阳痿、高血压、溢乳、男子乳房发育、月经异常等,当剂量急剧增加时,对心血管系统有影响,一过性胸闷、脉速、低血压及心电图变化。还可有精神兴奋或使精神症状活化。排尿困难、便秘、鼻塞、厌食、恶心、腹痛、腹泻等也可见。少数患儿出现谷草转氨酶和谷丙转氨酶升高。

本药不良反应一般均不甚严重,对症处理可迅速改善,其强大的镇吐作用可掩盖脑肿瘤、肠梗阻所致的呕吐症状。如怀疑存在有上述情况者,应停药观察。

【禁忌证】 高血压患者,嗜铬细胞瘤患者忌用,严重心血管疾病和肝损害者慎用,如出现皮肤过敏反应停药,不宜与抗胆碱能药并用,幼儿禁用。

(八) 硫必利

硫必利(tiapride),是一种含甲砒基的邻茴香醚胺衍生物。

【剂量与用法】 口服首次剂量每日 75mg,每日 3 次,4~7 岁患儿。

【药理作用及适用证】 口服易吸收, T_{max} 约 1h, $t_{1/2}$ 为 3~4h,主要以原形随尿排出,有 1/5~1/3 以代谢物排出,硫必利作用于中脑边缘区,具有抗多巴胺能的活性作用、镇痛及轻微降压作用,无镇静、抗惊厥作用,苯酰胺类抗精神病药有阻滞中脑边缘系统 DA 能受体作用,对纹状体 DA₂ 受体所致运动障碍有拮抗作用,并可阻滞疼痛冲动经脊髓丘脑束向网状结构的传导,这种镇痛作用可能与丘脑的中枢整合作用有关,具有安定、镇静、镇吐、镇痛及

兴奋胃肠平滑肌作用,用于精神运动性兴奋、焦虑、紧张、恐惧不安、行为紊乱、幻觉、妄想症状,临床上应用于治疗儿童抽动-秽语综合征、舞蹈症、血管性头痛、偏头痛及其他疼痛性疾病。常用剂量为每日 100~300mg,如有需要可用至每日 400~450mg,可连续服药数月至数年。肌注或静注:每日 100~200mg,分次使用然后根据病情减量或改为口服维持。

【不良反应】 常见嗜睡、胃肠道反应、乏力、兴奋、失眠、头昏等,其次可见溢乳、闭经,个别患者可出现兴奋、失眠,与镇静催眠药、抗抑郁药、抗癫痫药、镇痛药、抗震颤麻痹药并用应减少中枢抑制药的剂量,个别患者出现震颤、荨麻疹、胸闷等,停药后症状均能消失。剂量过大对心脏有抑制作用,长期应用可能导致肝脏损害。

【禁忌证】 严重肝脏损害者,白细胞减少或造血功能不良者慎用。

(九) 氯氮平

氯氮平(clozapine),又名氯扎平。

【药理作用及适应证】 口服易吸收 T_{max} 个体差异大,为 1.5~6h,血浆蛋白结合率 94%,服药 100mg, C_{max} 为 15767ng/ml, $t_{1/2}$ 为 3.6~14.3h,作用持续 24h 以上,治疗 7~10d 达稳态血浓度,在肝脏肾脏及肺的分布量较高,有效血药浓度 300~600ng/ml,代谢产物主要为 N-去甲基及 N-氧化氯氮平活性很低,80% 由粪便排出,20% 经尿排泄。在同等剂量与体重一样的情况下女性患者的血清药物浓度明显高于男性患者,故临床上女性治疗剂量应略小于男性,本药在肝脏代谢,自尿排出。

吸烟对本药代谢有影响,肾清除率及代谢在老年人中明显减低,本药可从乳汁中分泌且可通过血脑屏障。氯氮平主要作用在多巴胺 D_2 受体上,但更多地选择性阻断在中脑边缘系统的多巴胺受体,而少数选择性阻断黑质的多巴胺受体。对急、慢性精神分裂症的幻觉、妄想、紧张症状及精神运动性兴奋有较强的作用。在临床上,对一些氯丙嗪或其他抗精神药物治疗无效或疗效太差的患者,改用氯氮平常能取得较好的疗效。本药因易导致白细胞减少,故一般不作首选药。

【剂量与用法】 口服:开始每日 25~75mg,分 2~3 次服,可增至每日 200~500mg,维持量每日 50~200mg,治疗要从小量开始 12.5mg 2~3 次,再逐渐增量每日增量 25~50mg 至第 2 周末达到治疗剂量,随后的增量过程中每次不超过 100mg,并且每周频度 1~2 次。关于氯氮平的治疗量,欧洲试验平均为每日 283.7mg,美国平均为每日 444mg。有人建议至少应用氯氮平 6 个月才能肯定其有效性,有人则认为不应超过 2~4 个月。国内的经验一般为至少每日 250mg 的剂量连续应用 2~3 个月才能确定是否有效。

【不良反应】 本药不良反应少,但十分严重。常见不良反应有以下几种。

(1) EPS 少而轻,为其独特优点。但自主神经系统不良反应较多,如多汗、嗜睡、流涎、恶心、呕吐、食欲不振、便秘、乏力。此外,可有 EEG 改变、心动过速和波改变等,抗胆碱作用也可引起肠麻痹。

(2) 与剂量相关的不良反应常见的有过度镇静、体重增加、唾液过多、心律紊乱、体位性低血压发热以及 SQPT 异常等,以前 3 种最常见多发生在治疗初期,氯氮平引起癫痫大发作的风险与剂量有关,低剂量时每日小于 300mg,风险为 1%,中等剂量每日 300~599mg 为 2.7%,高剂量时每日大于 599mg 为 4.4%,导致抽搐的风险也与剂量增加过快有关,所以应逐步增量。

(3) 少见的特异性反应,与经典抗精神病药相比,有较多的患者 APA 报道约 1%,可产生致命的粒细胞缺乏症并继发感染,尽管每周一次的血检监测可减少威胁生命的危险,但是其危险性仍较其他抗精神病药要高,氯氮平比其他抗精神病药致 TD 的可能性要小,而且是治疗 TD 和迟发性肌张力障碍的一种方法。本药能产生恶性症状群。

【禁忌证】 本药禁用于有心血管疾病、肝、肾功能不全及白细胞偏低的患儿。本药不良反应过于严重,且个体用药剂量差异过大,故临床上,一般不用于儿童,仅用于给其他药物治疗无效的患者。如不能在医师的严密观察下,此药禁用,有白细胞或粒细胞减少史的患者不宜并用诱发白细胞减低的药物,如卡马西平、磺胺类、氯霉素、氨基比林等。

(十) 奥氮平

奥氮平(olanzapine),又名奥兰扎平。

【药理作用及适应证】 作用与氯氮平相似,但能避免氯氮平所致粒细胞缺乏症的新型非经典抗精神病药。在一项 PET 研究中发现健康人服用奥氮平 10mg 可占据 74%~92% 的 5-HT 受体,占据 D₃ 受体 59%~63%,通过阻断 D₂ 受体,可能与治疗分裂症的阳性症状有关,阻断 5-HT_{2A} 受体可能与治疗阴性症状有关,用于各型精神分裂症、躁狂症及器质性精神障碍。口服吸收良好,大约 80% 经肠道吸收进入血液循环系统,不受饮食结构与种类的影响。T_{max} 约 6.3h,服 6mg 时 C_{max} 约 9.7ng/ml,在循环系统主要与酸性糖蛋白结合,蛋白结合率为 93%,血液中酸性糖蛋白水平因受躯体健康状况等影响而个体差异较大,例如患分裂症或处于严重应激状态时,酸性糖蛋白水平会增高,奥氮平结合率也随之增高,游离型减少从而有可能降低临床疗效,有躯体疾病,如肝硬化时酸性糖蛋白血浆水平降低,游离型增加,有可能出现严重不良反应,通过肝脏时大约 40% 的奥氮平因肝脏的首过效应被代谢,主要有 4 种无药理活性的代谢产物,奥氮平在肝内有多种代谢途径。

【剂量与用法】 口服治疗量 5~10mg,每日 2 次,当抗精神病药出现不能耐受,严重不良反应或疗效不佳时如要改用奥氮平可将原用药物逐渐撤药,以每 5~6 个半衰期减量 1/4~1/2 为宜。

【不良反应】 临床试验中与奥氮平使用有关的很常见的不良反应只有瞌睡和体重增加。在对阿尔茨海默病患者进行的临床试验中发现有步态异常。头晕、食欲增强、水肿、体位性低血压,以及轻慢而短暂的抗胆碱能作用包括便秘和口干。可以观察到一过性非症状性肝脏转氨酶增高,尤其是在治疗早期,据极少数自发报道,高血糖和有糖尿病史的患者会偶见酮症酸中毒或昏迷,有时可能致命。罕见的症状为皮疹、肝炎和阴茎异常勃起等症状。

【禁忌证】 禁用于已知对该产品的任何成分过敏的患者。

(十一) 利培酮

利培酮(risperidone),又名维思通。

【药理作用及适应证】 5-HT₂ 受体和 DA 受体平衡阻滞剂,实验表明与 5-HT₂ 受体结合解离缓慢,故作用时间长,利培酮对分裂症阳性阴性症状和情感症状均有效,有几项研究提示利培酮治疗分裂症阳性症状的疗效与氟哌啶醇相当或较好,在阴性症状方面比包括氟哌啶醇在内的常规抗精神病药更有效,对 Tourette 综合征也有效,用于治疗急性和慢性精神分裂症,以及其他各种精神病性状态的明显的阳性症状(如幻觉、妄想、思维紊乱、敌视、怀

疑)和明显的阴性症状(如反应迟钝、情绪淡漠及社交淡漠、少语)。也可减轻与精神分裂症有关的情感症状(如抑郁、负罪感、焦虑)。利培酮经口服后可被完全吸收,并在1~2h内达到血药浓度峰值,其吸收不受食物影响。在体内,利培酮部分代谢成9-羟基利培酮,后者与利培酮有相似的药理作用。本品在体内可迅速分布,利培酮的血浆蛋白结合率为88%,9-羟基利培酮的血浆蛋白结合率为77%。该药的消除半衰期为3h左右,抗精神病有效成分的消除半衰期为24h。大多数患者在1d内达到利培酮的稳态,经过4~5d达到9-羟基利培酮的稳态。用药1周后,70%的药物经尿液排泄,14%的药物经粪便排泄,经尿排泄的部分中,35%~45%为利培酮和9-羟基利培酮,其余为非活性代谢物。老年患者和肾功能不全患者的利培酮血浆浓度较高,清除速度较慢。

【剂量与用法】 使用其他抗精神病药无效改用本品者,开始使用时,应渐停原先使用的抗精神病药。若患者原来使用的是长效抗精神病药,则可用本品治疗来替代下一次的用药。已用的抗帕金森综合征的药是否需要继续则应根据有无锥体外系统不良反应而定。

成人:每日1次或每日2次。起始剂量1mg,在1周左右的时间内逐渐将剂量加大到每日2~4mg,第2周内可逐渐加到每日4~6mg。此后,可维持此剂量不变,或根据个人情况进一步调整。一般情况下,最适剂量为每日2~6mg。肾病和肝病患者建议起始剂量为每日2次,每次0.5mg。根据个体需要,剂量可逐渐加大到每日2次,每次1~2mg。儿童的推荐剂量是每日0.1mg/kg。

【不良反应】 与服用本品有关的常见不良反应是失眠、焦虑、激越、头痛、头晕、口干。较少见的有嗜睡、疲劳、注意力下降、便秘、消化不良、恶心、呕吐、腹痛、视物模糊、阴茎勃起困难、射精无力、性淡漠、尿失禁、鼻炎、皮疹以及其他过敏反应。可能引起锥体外系症状,如肌紧张、震颤、僵直、流涎、运动迟缓、静坐不能、急性肌张力障碍。通过降低剂量或给予抗帕金森综合征的药物可消除。偶尔会出现体位性低血压、反射性心动过速或高血压的症状。会出现体重增加、水肿和肝酶水平升高的现象。偶尔会由于患者烦渴或抗利尿激素分泌失调引发水中毒。会引起血浆中催乳素浓度的增加,其相关症状为溢乳、男子女性型乳房、月经失调、闭经。偶见迟发性运动障碍、恶性症状群、体温失调以及癫痫发作。有轻度中性粒细胞和(或)血小板计数下降的个例报道。

【禁忌证】 已知对本品过敏的患者禁用。

第四节 抗抑郁药

一、三环类抗抑郁药

1957年首先Kuhn介绍应用。三环抗抑郁药(TCA)是由两个苯环和一个杂环构成,咪唑类杂环上含氮,这一类衍生物较多,化学命名亦较混乱。一般都简称作三环类抗抑郁药。

TCA的吸收、分布和代谢:口服吸收快,血药浓度2~8h达峰值,主要分布于脑、心、肝等组织,脑中以新皮质、旧皮质、海马、丘脑含量较高。 $t_{1/2}$ 个体有很大差异,随年龄而增高,一般而言仲胺类清除较慢,因而作用较强。TCA主要代谢途径为2,10-羟基化和侧链N-去甲基化,一般认为仲胺类在体外对NE摄取抑制作用强,叔胺类对5-HT摄取抑制强。叔胺在人

体内代谢为其相应仲胺类去甲基代谢物(如去甲丙咪嗪)因而也抑制 NE 摄取,羟基代谢物也抑制 NE 和 5-HT 摄取,也有治疗活性。约 90% TCA 与血浆蛋白紧密结合,仅 10% 是游离的,故急性中毒时,用血液透析难以清除。50% 的丙咪嗪通过胆汁再经肝肠循环,最后约 2/3 从尿中排出,其余从肠道排出。TCA 血浆清除半衰期 $t_{1/2}$ 平均为 30 ~ 48h。

【临床研究】 年龄小的儿童应慎用,剂量宜小。作用时间长,半衰期 $t_{1/2}$ 10 ~ 15h,有效血药水平为 150 ~ 200mg,每日剂量限于 5mg/kg 以内,症状控制之后可维持治疗 2 ~ 3 个月,而后逐渐减量而停药,但停药可能复发。该类药物具有提高情绪,减轻焦虑,增进食欲,改善睡眠障碍和自主神经症状等作用。常用药物为丙咪嗪和去甲丙咪嗪。TCA 可改善多动和注意障碍,但改善认知的作用不像 MPH 那样明显。认为可能有一个对三环类抗抑郁剂敏感的临床亚组,这组儿童伴有较多的焦虑、抑郁症状,TCA 对伴焦虑抑郁的儿童尤其适用,该类药物不引起症状反跳及失眠,并可防止使用 MPH 后症状的反跳。

治疗前应测定基础血压、心率,用药前及在用药过程中定期进行心电图检查,定期检测血药水平可作为调整剂量的参考,应使其用量维持在有效的低限水平上。临床效应与血药水平可能不相平行。儿童服用三环类抗抑郁药与血浆蛋白结合较成人为低,所以游离血药浓度较高,可能有更多药进入主要器官和组织,故应注意中毒的副作用。

三环类抗抑郁药每日分 2 ~ 3 次口服,应从小剂量开始,逐渐增量。儿童服用三环类抗抑郁药的吸收和代谢率个体变异性很大,故应视药物效应和副作用的具体情况调节剂量,如有效一般须 4 ~ 6 周治疗量,而后逐渐减少剂量。急性发作经治疗症状消失后,至少还需维持 4 ~ 6 个月。维持量为治疗量的 1/2 ~ 1/3。研究表明过早停药,头 2 ~ 4 个月较易复发,因此急性症状缓解后,应维持治疗至少 4 个月,最安全的是 6 个月,复发性抑郁的维持时间为 1 年或更长些。为考查药物减少复发的概率,必须确定本次发作是否完全恢复。有人提出急性症状消退后,最短的无症状期为 4 个月。

【药物相互作用】 很多药可与 TCA 相互作用,凡诱导羟基化酶者,使药物降解增多,血药浓度减少,可导致病情加重或复发。凡抑制此酶者,使降解减少,血药水平升高,可导致中毒。

【不良反应】 TCA 有很多不良反应,主要为抗胆碱能不良反应和心血管不良反应。常表现为头晕、无力、恶心、呕吐、皮疹、谷草转氨酶增高,罕见胆汁淤积、黄疸和粒细胞缺乏症。食欲减退、嗜睡、入睡困难、恶心、口干、视力模糊、头痛、震颤、便秘、排尿困难、迟钝、多汗、心率增加、血压升高、心电图改变。剂量过大,容易发生中毒反应,心脏传导阻滞、意识障碍和癫痫发作。骤然死亡多是由于心脏传导阻滞。

【TCA 急性中毒诊断和治疗】 三环抗抑郁剂急性中毒的诊断应根据服药史(包括剂量、时间和合并吞服其他药物),临床症状以心血管症状、中枢神经系统症状和抗胆碱能症状为主,如窦性心律不齐、低血压、各种传导阻滞和心律失常,兴奋躁动和不同程度的意识障碍等。还应检查血药浓度及胃内容物检验。三环抗抑郁剂急性中毒,目前尚无特殊对抗药,一般都采用对症疗法和支持疗法,重点在于及早清除毒物,处理心脏功能和复苏措施。

【儿童撤药综合征】 儿童停用抗抑郁药可能产生撤药综合征,如停用丙咪嗪可能出现恶心、呕吐、食欲减退、恐惧、淡漠、头痛、易激动或失眠等症状。

目前儿童临床上常用的三环类药物有丙咪嗪、多塞平等。

(一) 丙咪嗪

丙咪嗪(imipramine)对以少动少语为主要表现的抑郁,以及伴有焦虑和抑郁的注意缺陷多动障碍比较适宜。小剂量丙咪嗪(每晚12.5~25mg)可用于治疗功能性遗尿症。

【药理作用及适应证】 丙咪嗪可阻断神经递质的重吸收,主要抑制突触前膜去甲肾上腺素和5-羟色胺的重吸收,使突触前膜可利用的递质增多,从而提高了脑内去甲肾上腺素和5-羟色胺的活动。本药有明显的抗抑郁作用和周围性及中枢性抗胆碱能作用。

本药口服吸收良好,血药浓度于2~8h达峰值,吸收后广泛分布全身组织,以脑、肝、肾及心脏分布较多。主要在肝脏经肝药酶代谢,转化为去甲丙咪嗪,后者有明显的抗抑郁作用。丙咪嗪及去甲丙咪嗪大部分氧化为无效的羟化物与葡萄糖醛酸结合,自尿排出。丙咪嗪血药 $t_{1/2}$ 为8~19h。

【剂量与用法】 治疗抑郁症每日25~150mg,分3次口服,由小剂量开始逐渐增加。首次剂量为每日10mg,隔2~3d加量1次,每日每千克体重可增加1mg。对重症抑郁症儿童,如病情需要最高剂量可用至每日200mg。一般在用药后3~14d开始出现疗效。治疗伴有抑郁焦虑的多动症,每日剂量不超过50mg。合理剂量治疗1个月仍无效者,应停药换用其他药或其他治疗。停药也应逐渐停药。

【不良反应】 丙咪嗪的不良反应较多,治疗量丙咪嗪有显著抗胆碱作用,能阻断M胆碱受体,引起阿托品样不良反应。常见的有以下几种。

1. 自主神经反应 如口干、困倦、视力模糊、体位性低血压、头昏、心悸、呕吐、便秘、血管神经性水肿、肠麻痹、大汗等。以上不良反应在丙咪嗪与其他抗胆碱能药物(苯海索)合用时,更易于发生。

2. 中枢神经系统反应 可出现谵妄、躁狂状态及肢体细微震颤。

3. 心血管系统反应 服用丙咪嗪患者,易发生心律失常,这可能与它抑制心肌中去甲肾上腺素再摄取有关。心动过速,心电图变化常见T波倒置或低平。Q-T间期延长,ST段降低。可使心室内传导延长,造成心跳节律的紊乱。也可造成心肌损害,偶可见猝死者。近年已证明,丙咪嗪对心肌有奎尼丁样抑制作用。

4. 其他 皮疹、黄疸及颗粒性白细胞减少。偶可发生再生障碍性贫血、体重增加。文献有报道丙咪嗪治疗注意缺陷多动障碍而发生心脏传导阻滞、抽搐和猝死。故须慎用丙咪嗪,尤其是有心脏病和癫痫的儿童。

【禁忌证】 有心血管疾病、癫痫发作、青光眼、甲状腺功能亢进、尿潴留病史者均禁用。本药不良反应多,有些甚为严重,故一般情况下,儿童不宜使用,特别是幼儿。对用量偏大或时间较久的儿童,应注意检查心脏,并定期复查心电图。

(二) 氯丙咪嗪

氯丙咪嗪(clomipramine),为丙咪嗪衍生物,对强迫症疗效较好。

【药理作用及适应证】 氯丙咪嗪是对5-羟色胺阻滞作用很强的药物,此外,它的代谢物能阻滞去甲肾上腺素的重吸收。本药可用于治疗抑郁症、强迫症及恐怖症。本药治疗强迫症较其他药物疗效好,故为治疗强迫症、恐怖症的首选药物。某些严重抑郁症患者开始可静滴显效后再口服维持,也用于恐怖症、焦虑症、惊恐发作、慢性疼痛等。

口服易吸收,在肝内代谢为去甲氯丙咪嗪, T_{max} 约4h, $t_{1/2}$ 为17~28h,平均21h,血浆蛋白结合率97.6%,易在肝肾肺中蓄积,服25mg,每日3次,次晨血浓度51~113ng/ml,有效血浓度250~700ng/ml,活性代谢产物为去甲氯丙咪嗪,药物约2/3呈水溶液结合物形式在尿中排泄,1/3由粪便排泄,原药在尿中排泄量不到所给剂量的1%。

【剂量与用法】口服每日25~100mg,分3次服,如有需要可增至每日150mg,甚至更高。首次剂量为每日25mg,隔2~3日加量1次,每次每千克体重可增加药物剂量1mg。一般经3~14d出现疗效。合理剂量1个月仍无效者,应停药换用其他药物或其他治疗。静滴每次50~75mg,用250~500ml葡萄糖液稀释,1.5~3h内滴完,每日1次,每日最大剂量不超过200mg,肌注每次25mg,每日1~2次,最高剂量100~150mg。

【不良反应】治疗初期可产生抗胆碱样作用,如口干、多汗、震颤、眩晕、视力模糊、运动失调、尿潴留等。服用一段时间后多能自行消退。大剂量用药偶可见心脏传导阻滞、心律不齐、失眠、焦虑等。

【禁忌证】癫痫及心脏病、有其他躯体疾病者及年幼儿童,慎用或不用。

(三) 阿米替林

阿米替林(amitriptyline),又名阿密替林。

【药理作用及适应证】本药和丙咪嗪一样,既能抑制中枢及外周去甲肾上腺素的摄制,也能抑制5-羟色胺的摄取,导致受体结合的递质量增多,而发挥抗抑郁作用。本药抗胆碱能及抗组织胺作用较丙咪嗪强,对去甲肾上腺素作用弱,镇静作用比丙咪嗪强。主要适用于各类抑郁症。如内因性抑郁症,反应性抑郁症,神经性抑郁症,更年期抑郁症等。疗效与丙咪嗪相似,但不良反应较小。本品还有良好的抗焦虑和镇定作用,亦可用于治疗伴有焦虑不安的抑郁状态。还有抗胆碱能和增强乙醇、巴比妥类和氯氮䓬(利眠宁)的作用。对重症抑郁症,本品疗效迅速。血药 $t_{1/2}$ 为9~25h,口服后容易被胃肠道吸收。本药与蛋白结合率高达96%左右,吸收后在肝内代谢为去甲替林,两种化合物广泛分布全身,去甲替林本身也有抗抑郁活性。苯妥英能竞争性和蛋白质结合,使游离的阿米替林由3.6%提高到5%~8.6%。

【剂量与用法】每日25~150mg分2次或3次口服。首次剂量为每日25mg,由小剂量逐渐增加,隔2~3d加量1次,每次每千克体重每日可增加1mg。最高剂量每日150mg,个别儿童因病情需要,在严密观察下可用至每日200mg左右。一般用药3~14d后出现疗效。合理剂量1个月仍无效者,应停药或换用其他药物或其他治疗,停药也应逐渐撤药。

【不良反应】不良反应比丙咪嗪少且轻微些,常见有口干、嗜睡、视力模糊、阿托品样抗胆碱能作用。偶可见排尿困难、出汗。体位性低血压,剂量过大可引起心律不齐,但对心脏毒性明显低于丙咪嗪。

【禁忌证】主要为青光眼、尿潴留。有其他躯体疾病的儿童慎用或不用。

(四) 多塞平

多塞平(doxepin),又名多虑平。

【药理作用及适应证】本药具有丙咪嗪和安定双重作用,抗抑郁作用不及丙咪嗪、阿米替林,但具有较强的抗焦虑作用,能清除患者紧张、恐惧心理状态,这是丙咪嗪、阿米替林

所不及,且镇静作用较强,适用于激越性抑郁。多塞平口服吸收良好,一次给药后血药峰浓度在4h左右出现。血药 $t_{1/2}$ 为8~24h。其主要代谢物去甲多塞平 $t_{1/2}$ 为33~81h。其抗抑郁效果与血浆多塞平和去甲多塞平的浓度有密切关系,两种化合物广泛分布全身,最终自尿排出。

【剂量与用法】 每日25~200mg,分3次口服。首次剂量为25mg,渐增。可用至每日200mg左右。本药可肌肉注射,每日25mg,年幼者酌减。

【不良反应】 不良反应和其他三环类抗抑郁药相似,但较轻。镇静作用和抗胆碱作用大于丙咪嗪。常见口干、视力模糊、便秘、头晕、心悸、不安、兴奋、嗜睡及眩晕亦比较突出,减药或停药可自愈。剂量偏大时(每日200~300mg),还能抑制胍乙啶的降压作用。其心脏毒性较小。

【禁忌证】 主要为青光眼及尿潴留,有其他躯体疾病的儿童慎用。

二、新型抗抑郁药

(一) 氟西汀

氟西汀(fluoxetine),又名百忧解。

治疗ADHD的开放研究中报道疗效达60%,不良反应轻微且短暂,有兴奋、胃肠道症状、无MPH的食欲减退和体重减轻等不良反应;也无TCA的抗胆碱能及心血管系统不良反应,不引起体重增加。可能与MAOI相互作用,故不宜合用。过量相对安全。因而用于儿童更安全,有较广的应用前景。

【剂量与用法】 剂量为每日10~40mg,早上一次服,一般在达治疗剂量1周后症状改善。

【药理作用】 选择性5-HT摄取抑制剂(SSRI),有振奋作用。作用机制为选择性地抑制中枢5-羟色胺再摄取,氟西汀在短期治疗期间,其半衰期为1~3d。若长期服用其半衰期可延长至4~6d,多次服用后其活性代谢产物去甲氟西汀的半衰期平均为9.3d(4~6d)。连续服药后的稳态血浆浓度同服药4~5周后的相似。停止用药后药物活性成分仍在体内存留数周。这一特点必须在开始及结束治疗时予以考虑。血浆浓度不会无限制的增加,因为氟西汀通过肝细胞色素P450 II D6同工酶系统代谢外,还可通过非饱和途径代谢。因此连续服药3年的患者体内的平均血浆浓度与用药4~5周时的相似。

尚无儿童服用的安全性及有效性的数据。

氟西汀与二环、四环类抗抑郁药的化学结构不同。氟西汀及其主要代谢产物去甲氟西汀均是选择性的中枢神经系统5-羟色胺的再摄取抑制剂。氟西汀为两个异构体的等量混合物。在动物体内2个异构体的药理学活性基本等同。曾将P450 II D6同工酶活性低的个体(占普通人群的3%~10%称为代谢不良者)与正常代谢者进行比较,发现两个异构体的总量及其代谢产物去甲氟西汀的总量在这两类人群中接近。因此,它们的药代动力学作用基本相同。

【不良反应】 衰弱、发热、恶心、腹泻、口干、食欲下降、消化不良、呕吐。神经性头痛紧张、失眠、困倦、焦虑、头晕、疲劳。性欲减退。有1%出现轻躁狂或躁狂发作,曾报道的其他

情况还有运动障碍、神经阻滞剂所致恶性综合征样反应,以上这些不良事件与氟西汀之间并未显示有因果关系。咽炎、呼吸困难,偶有肺部病变(包括具有不同病理变化的炎性过程和纤维化)。少数患者出现皮疹。有报道个别患者出现脱发,通常是可逆的。

停用氟西汀时极少数患者出现一过性低血钠(血钠低于 110mol/L)。某些病例可能是由于抗利尿激素分泌失调引起。

【服用过量】 根据现有资料,氟西汀的安全剂量范围很宽,单独过量服用氟西汀导致死亡的报道极其罕见。曾有一患者服用 $3\,000\text{mg}$ 氟西汀,产生了 2 次癫痫大发作,并自发缓解。过量服用氟西汀会出现恶心、呕吐。还可见有不安、轻躁狂以及其他中枢神经兴奋的征候,对于急性中毒无特殊解毒药。

【注意事项】 服用氟西汀有可能出现皮疹及过敏反应,如血管神经性水肿和其他过敏反应。如出现皮疹或其他过敏现象而无法确定病因时应停止服用氟西汀。

【禁忌证】 对氟西汀过敏的患者禁用。氟西汀主要在肝脏代谢通过肾脏排泄,对患有严重肝功能不全及重度到中度肾衰患者,应禁用或慎用。禁止与单胺氧化酶抑制剂同时服用,服用氟西汀开始前或结束后至少 $1\sim 4\text{d}$ 以内不得与单胺氧化酶抑制剂同时服用。如果已经多次和(或)大剂量服用氟西汀,则应至少间隔 3 周以上。有报道若氟西汀与单胺氧化酶抑制剂同时服用或在停用氟西汀后短期内服用单胺氧化酶抑制剂,有可能导致严重的甚至致死的反应。如高热、强直、肌肉痉挛、自主神经功能不稳、并可能伴有生命体征的快速波动以及精神状态的改变,包括极度激越并可发展为谵妄和昏迷。

(二) 米安色林

米安色林(mianserin),又名脱尔顿。

为四环类化合物,1962 年开始研制,1966 年合成,最初是作为抗组胺药应用的,1972 年用该药对健康人作 EEG 电子计算机定量分析,发现脑电活动频率谐相和 TCA 相似,推测和 TCA 一样有抗抑郁作用,而试用于抑郁患者并取得疗效。该药不阻滞 NE、5-HT、DA 摄取,而是抑制突触前 α_2 自调受体。有镇静和抗焦虑作用,对治疗伴有抑郁的焦虑症患者有利,现已在国内广泛使用。开始剂量每日 30mg ,有效剂量每日 60mg 。1 次顿服或日服 2 次,无抗胆碱能作用,也不产生明显的心血管系统不良反应,无心脏毒性,与抗高血压药无相互作用,适宜老年及心血管病患者服用。过量时相对安全。国外有过有关米安色林引起骨髓抑制及免疫过敏反应报道,一般停药后即可恢复。如治疗期间患者出现症状,应及时作血常规检查。

【性能】 米安色林在化学结构上是一个四环类抗抑郁药,它的活性成分属于哌嗪-氮杂化合物。由于其化学结构中没有三环类抗抑郁药的基本侧链,这一侧链被认为是与三环类抗抑郁药的抗胆碱能作用有关,因此米安色林没有抗胆碱能的不良反应。米安色林抗抑郁效果与当前所使用的其他抗抑郁药相似,但它兼有抗焦虑的作用,这对治疗伴有抑郁的焦虑症患者特别有利。

米安色林具有良好的耐受性,特别是对老年患者和心血管病患者。米安色林在治疗剂量时没有抗胆碱能作用,也不产生明显的心血管系统反应。与三环类抗抑郁药相比较,即使服用超剂量米安色林,也甚少对心脏有毒性作用。米安色林不拮抗拟交感神经药物,不拮抗抗高血压药物(苄二甲哌)或 α 受体(如可乐定、甲基多巴),也不影响香豆素类抗凝剂如苯

丙香豆素的作用。

【适应证】 运用于治疗各型抑郁症患者,能解除其抑郁症状。

【剂量】 成人开始时每日 20~40mg,根据临床效果逐步调整剂量,有效剂量每日 30~90mg(多数为每日 60mg)。儿童尚缺乏有关临床经验,因此不能提供剂量范围。每日量可分服用但最好能于睡前顿服(夜间 1 次服用能改善睡眠),临床症状改善后仍应维持几个月的药物治疗。

【注意事项】 米安色林在服药最初几天内,可能影响精神运动性功能,服用抗抑郁药治疗抑郁症的患者,一般应该避免从事危险性工作,如驾车或操作机器。

米安色林像其他抗抑郁药一样,对双相抑郁症患者可能诱发轻躁狂发作。对这类患者应停止治疗。

曾报道米安色林能引起骨髓抑制,主要为粒细胞减少症和粒细胞缺乏症。一般见于治疗 4~6 周,停药后即可恢复。如患者出现发热、咽痛、口角炎或其他感染症状,则应作全血计数常规检查,这一不良反应可见于各种年龄,当患者同时有糖尿病、心脏病、肝或肾功能不全时,应采取常规预防措施,并严格检查其同时服用的其他药物剂量,虽然米安色林治疗时并不一定发生抗胆碱能不良反应,但对窄角性青光眼或前列腺肥大可疑患者,仍应加强观察。

【不良反应】 偶有造血功能障碍、轻度躁狂、低血压、肝功能损害、关节炎以及男子女性型乳房。在治疗的开始几天会出现嗜睡,但为了保证最有效的抗抑郁药作用,不应减低剂量。

与抑郁症有关的一些症状,如视力模糊、口干、便秘等在治疗期间并不增加其发生率和严重程度。事实上,这些症状随病情好转而有所下降。

【超剂量】 急性超剂量症状仅限于过度镇静。但可能发生心律不齐、癫痫发作、严重低血压和呼吸抑制。迄今无特殊解救药。可采用洗胃及适当的对症疗法和支持疗法,从而维持生命功能。

【禁忌证】 躁狂症。

(三) 舍曲林

舍曲林(sertraline),又名氯苯萘胺、左洛复。

【药理作用】 舍曲林亦为 SSRI 类药物,在体外是神经元强效和特异的 5-羟色胺再摄取抑制剂,能导致体内 5-羟色胺效应的增强,从而产生抗抑郁作用。舍曲林对去甲肾上腺素及多巴胺的神经元再摄取仅有极轻微的影响。长期给予动物舍曲林可使脑内去甲肾上腺素受体下调,与临床其他抗抑郁药物作用相一致,这种作用与临床抗抑郁症需长期给药这一事实,提示抗抑郁药物通过这一机制起作用。舍曲林不增强儿茶酚胺活性,对胆碱能受体、5-羟色胺受体、多巴胺受体、肾上腺素能受体、组胺受体、GABA 或苯二氮杂_䓖受体均没有亲和性。它在动物体内没有兴奋作用、镇静作用、抗胆碱作用或心脏毒性。舍曲林没有苯丙胺伴随的兴奋或焦虑,也没有阿普唑仑伴随的镇静和神经运动损伤。舍曲林既没有在功能上成为经训练后可自行摄取可卡因的恒河猴的正性增强剂,也没有作为对恒河猴的选择性刺激物而取代苯丙胺或苯巴比妥。

【吸收分布消除】 在 50~200mg 剂量范围内舍曲林表现出与用药剂量成正比的药代

动力学特性。在男性,舍曲林每日口服1次,50~200mg,连续用药14d后,服药4.5~8.4h人体血药浓度达峰值。青少年和老年人的药代动力学曲线与18~65岁之间成人无明显差别,青年人和老年人、男性和女性的舍曲林平均半衰期为22~36h。与终末清除半衰期相一致,每日给药1次,1星期后达稳态浓度,在这过程中有2倍的浓度蓄积。舍曲林的血浆蛋白结合率为98%。动物实验结果表明,舍曲林有广泛的表面分布容积。舍曲林主要通过肝脏代谢,血浆中的主要代谢产物去甲基舍曲林的药理活性在体外明显低于舍曲林,约是舍曲林的1/20,没有证据表明其在抑郁模型体内有药理活性,它的半衰期是62~104h。舍曲林和去甲基舍曲林在人体内大部分被代谢。其最终代谢产物从粪便和尿中等量排泄,只有少量(<0.2%)舍曲林以原形从尿中排出。食物对舍曲林片剂的生物利用度无明显的影响。

【适应证】 主要用于治疗抑郁症和强迫症。适用于舍曲林治疗的抑郁症包括伴随焦虑、有或无躁狂史的抑郁症、抑郁性疾病的相关症状。疗效满意后,继续服用舍曲林可有效地防止抑郁症的复发和再发。舍曲林也用于治疗强迫症,初始疗效后,舍曲林在治疗强迫症2年的时间内,仍保持它的有效性、安全性和耐受性。

【用法与用量】 成人每日服药1次,与食物同服或不同服均可,早或晚均可。通常治疗抑郁症和强迫症的有效剂量为每日50mg。少数患者疗效不佳而对药物耐受性较好时,可在几周内根据疗效逐渐增加药物剂量,每次增加50mg,最大可增至每日200mg,每日1次。服药7d左右可见疗效,完全的疗效则在服药的第2~4周才显现,强迫症疗效的出现则可能需要更长时间。长期用药应根据疗效调整剂量,并维持在最低有效治疗剂量。

本药用于儿童患者的安全性和疗效资料尚不充分。在治疗年龄6~17岁的抑郁症或强迫症患者的临床试验中,显示出与成年人相似的药代动力学特点。

【不良反应】 治疗抑郁症和强迫症的多级药物剂量研究中,与安慰剂组相比,舍曲林可能引起的反应有恶心、腹泻(稀便)、厌食、消化不良、震颤、头晕、失眠、嗜睡、多汗、口干及性功能障碍(在男性主要表现为射精延迟)。

偶有(大约0.8%)与舍曲林用药相伴随的无症状血清转氨酶(SGOT和SGPT)升高,这些异常通常发生于用药后的前1~9周,且于停药后即可消失。

曾有低钠血症的个别报道,且在停药后可恢复。有些病例可能由抗利尿激素分泌失调综合征引起。多数的报道发生在老年患者及应用利尿剂或其他治疗的患者。

在使用舍曲林的患者中曾偶有血小板功能改变和(或)临床试验室检查结果异常的报道。有一些应用舍曲林的患者发生出血或紫癜的报道,尚不清楚是否由舍曲林引起的。

在对强迫症患者的双盲、安慰剂对照研究所观察到的不良反应的基本特征与在对抑郁症患者的临床试验上所观察到的相似。

【注意事项】

1. 肝功能不全者 舍曲林主要在肝内代谢。在一项多级剂量药代动力学研究中,轻度稳定的肝硬化患者的峰浓度约为正常人的3倍,肝硬化组患者的清除半衰期较正常人延长,似血浆蛋白的结合无明显差异。故肝病患者应用舍曲林时应慎重。

2. 肾功能不全者 由于舍曲林在体内充分代谢,只有少部分以原形随尿液排出,在多级剂量药代动力学研究中,轻中度肾功能损害(肌酐清除率20~50ml/min)或重度肾功能损害(肌酐清除率<20ml/min)的药代动力学参数(AUC_{0~24}或峰浓度)与正常人比较无明显

差异,而且半衰期及血浆蛋白结合率无明显改变。上述研究表明,由于舍曲林经肾脏排泄很少。舍曲林的给药剂量无需根据肾脏损害程度进行调整。

3. 由其他抗抑郁药物或抗强迫症药物转换 由其他抗抑郁药物或抗强迫症药物转换为舍曲林治疗的最佳时机尚无经验。转换治疗时,特别是长效药物如氟西汀,应谨慎小心,应进行慎重的药效学评价和监测。由一种选择性5-羟色胺再摄取抑制剂转换为另一种药物治疗的清洗期目前未确定。

4. 躁狂/轻躁狂的激活作用 试验期间,接受舍曲林治疗的患者约0.4%出现轻躁狂或躁狂,应用其他的抗抑郁药物或抗强迫药物治疗情感性障碍时,也有报道少数患者出现有躁狂或轻度躁狂。

5. 癫痫 发作是应用抗抑郁药物及抗强迫症药物的潜在危险 约4 000名接受舍曲林治疗的抑郁患者中,有3人(约0.08%)发生癫痫发作,约1 800名接受舍曲林治疗的强迫症患者中,有4人(约0.2%)出现癫痫发作。所有癫痫发作尚未确定与舍曲林治疗直接相关。舍曲林还没有在癫痫患者中作过评价,所以应避免用于不稳定性癫痫患者。对病情已控制的癫痫患者,应密切监护,任何服用舍曲林期间出现癫痫发作的患者均应停止给药。

6. 对驾车及操作机械能力的影响 临床药理学研究显示舍曲林对于精神运动性活动没有影响。然而抗抑郁或抗强迫症药物,可以影响用以完成诸如驾车或操作机器这样的有潜在危险性的工作时所必须的精力及体能,因此这类患者服用舍曲林应小心。

7. 单胺氧化酶抑制剂 已有临床报道舍曲林合并单胺氧化酶抑制剂包括选择性单胺氧化酶抑制剂及可逆性单胺氧化酶抑制剂治疗会出现严重反应,有时是致命的。有些病例是类似5-羟色胺综合征的表现。其他抗抑郁药物与单胺氧化酶抑制剂合用,以及停用抗抑郁药物或抗强迫症药物不久即开始单胺氧化酶抑制剂治疗中也报道过类似病例,有时是致命性的。5-羟色胺再摄取抑制剂与单胺氧化酶抑制剂相互作用的表现包括发热,强直,肌肉痉挛,自主神经功能紊乱伴生命体征快速波动,还可出现精神紊乱,易激惹,及极度激越以致发展为谵妄和昏迷。所以,服用单胺氧化酶抑制剂时或停用单胺氧化酶抑制剂14d内不能服用,同样,停用后也需14d以上才能开始单胺氧化酶抑制剂的治疗。

8. 自杀 由于抑郁症患者存在自杀企图的可能性,并可能持续存在直到临床明显缓解时,所以在治疗早期应对有自杀危险的患者进行密切监督。

舍曲林可抑制中枢神经系统对5-羟色胺的再摄取,故与可增加5-羟色胺神经传导的药物,如色氨酸或芬氟拉明,合用时应慎重考虑避免出现可能的药效学相互作用。

【药物过量】 有证据表明,舍曲林在过量服用后仍有很大的安全范围。在曾有的报道中,舍曲林单独过量服用高达8g。曾有与其他药物和(或)乙醇联合应用情况下涉及死亡的舍曲林用药过量的报道。

过量服用舍曲林后没有特别的解毒方法及解毒剂。开放并保持气道通畅确保充分的供氧及通气。与导泻剂合用的活性炭,可能与催吐或洗胃同样甚或更为有效,可考虑用于治疗用药过量,在对症治疗及支持疗法同时,建议进行心脏及生命体征监测。

【禁忌证】 舍曲林禁用于对舍曲林过敏者,舍曲林禁止与单胺氧化酶抑制剂合用。

(四) 米氮平

米氮平(mirtazapine),又名瑞美隆。

米氮平是另一个四环类抗抑郁剂。

米氮平的作用机制是突触前 α_2 -受体激动剂与 NE、5-HT 能受体阻滞抗抑郁药 (NaSSA)。可同时增加 NE 和 5-HT 的释放,使突触间隙该两种递质的浓度增加。通过 NE 的释放而刺激 5-HT 神经元的兴奋性 α_1 肾上腺素受体,来增强 5-HT 能神经元的放电和传导,所以起效较快。

米氮平对 5-HT 的作用具有独特性,它既激活突触后的 5-HT₁ 而介导 5-HT 能神经元的传导,又通过阻断突触后的 5-HT₂ 受体和 5-HT₃ 受体而较少引起焦虑、激越、性功能障碍和恶心等症状。米氮平对中枢 α_2 受体的亲和力要比外周强 10 倍,几乎没有外周作用。与组织胺受体的亲和力较强,对胆碱能和多巴胺能受体的亲和力很低。

米氮平在治疗范围内呈线性药物动力学性质,口服吸收较好,2h 内血浆浓度达到高峰,血浆蛋白质结合率为 85%。口服半衰期 20~40h,口服剂量的 85% 从尿中排出。治疗 3~5d 可以达到稳态血药浓度。推荐成人治疗剂量为每日 15~45mg,儿童和青少年剂量不要超过每日 30mg。米氮平有立体异构选择性抗抑郁作用,可能主要与右旋体相关,有人曾报道本药能增加褪黑激素的夜间分泌,临床用于治疗抑郁症、焦虑症和失眠症。米氮平的起效时间明显早于 SSRI 类药物,治疗第 2~4 周的疗效比 SSRIs 好,第 6 周时的疗效相当。Grau (1998 年)对 20 例 12~18 岁的青少年使用米氮平后,不仅抑郁症状得到改善,而且学习成绩也有进步。

米氮平禁用于孕妇和正在使用单胺氧化酶抑制剂的患者。

剂量与用法:口服每日 15~30mg,每晚睡前 1 次服用。

不良反应:主要不良反应是口干、嗜睡、过度镇静、食欲增加、体重增加。恶心、呕吐、腹泻、失眠少见。

(五) 西酞普兰

西酞普兰(citalopram),又名喜普妙。

【药理作用及适应证】 选择性最高的 SSRI,与其他 SSRIs 比较对神经递质 NADA 的再摄取影响小,对 5HT_{2c} 受体 M-Ach 受体 sigma 受体无作用,抗抑郁作用起效快,不良反应少,除了对 1A₂ 有轻微抑制作用,一级代谢产物对 2D₆ 有微弱抑制作用,对其他 CYP 酶均无抑制,对 CYP2D6 和 CYP3A4 无抑制作用,药物的相互作用小,适用于抑郁、多发性梗死性痴呆、强迫症、惊恐障碍、乙醇滥用所致的精神障碍和脑卒中后的病理性哭笑等。口服易吸收,不受食物的影响,T_{max} 为 2~4h,分布容积为 12~16L/kg,西酞普兰的血浆蛋白结合率为 80%,t_{1/2} 为 35h,易通过血脑屏障,1 次单剂量每日 20mg,可在 1~2 周内达到稳态血药浓度,只有部分经肝脏代谢,主要生成去甲基西酞普兰和去二甲基西酞普兰,45% 以原形和两主要代谢物经尿液排除体外,由于只有单剂量 20% 的西酞普兰以原形经肾排泄所以对轻中度肾功能不全的患者无须调整剂量,肝功能不全患者的稳态血药浓度较肝功能正常者高 2 倍,因此建议每日剂量不超过 30mg。

【剂量与用法】 口服每日 1 次,每日 10~30mg。

【不良反应】 依从性好,对心脏无毒性,主要有恶心、呕吐,但较轻微,持续时间短,多出现在用药第 1 周内,部分使用本药出现头痛、出汗、口干、震颤和失眠等,与癫痫发作无相关性,仅有微弱的镇静作用。

（六）帕罗西汀

帕罗西汀(paroxetine) ,又名氟苯哌苯醚。

【药理作用及适应证】 为苯基哌啶类 SSRI ,抗抑郁作用与 TCA 相似 ,不良反应小 ,治疗各种类型的抑郁症 ,包括伴有焦虑的抑郁症及反应性抑郁症 ,常见的抑郁症状、乏力、睡眠障碍 ,对日常活动缺乏兴趣和怜悯感、食欲减退等。治疗强迫性神经症 ,对强迫性思维和强迫性行为均有效。

治疗伴有或不伴有广场恐怖的惊恐发作症状 ,心悸、出汗 ,气短 ,胸痛 ,恶心 ,麻刺感和濒死感。治疗社交恐怖症 / 社交焦虑症 ,对本症伴发的心悸 ,出汗 ,气短症状均有效。

治疗疗效满意后 ,继续服用本品可防止抑郁症 ,惊恐障碍和强迫症的复发。口服易吸收 ,单剂 30mg ,Tmax 约 6.3h ,Cmax 约 17.6ng/ml , $t_{1/2}$ 为 24h ,个体差异明显 ,Vd 为 25 ~ 28L/kg ,血浆蛋白结合率 95% ,7 ~ 14d 内达到稳态血浆浓度 ,稳态时生物利用度高于单剂量用药 ,吸收不受食物或抗酸药的影响 ,并迅速分布到各组织器官 ,具有亲脂肪特性 ,给药后仅 1% 存在于体循环中 ,经肝脏代谢先氧化成儿茶酚中间产物 ,然后在间位甲基化 ,最后与葡萄糖醛酸或硫酸结合生成尿苷酸化合物 ,约 2% 以原型从尿排泄 ,其余以代谢产物形式从尿液排泄 ,小部分通过胆汁 ,从粪便排泄。

【剂量与用法】 口服每日 20 ~ 50mg ,早晨服。因本品对儿童的疗效及安全性数据尚不完善 ,故不推荐儿童使用。

【不良反应】 临床对照研究观察到的不良反应为恶心、嗜睡、出汗、震颤、乏力、失眠、口干、性功能障碍(包括阳痿、射精障碍)、头晕、便秘、腹泻和食欲下降。多数不良反应的强度和频率随用药的时间而降低 ,通常不影响治疗。曾有不安、幻觉、轻躁狂、红绿色盲、呕吐及血清素综合征的报道。

与其他 SSRI 一样 ,有报道服用本品造成短暂的血压改变 ,此情况多发生于有潜在高血压或焦虑患者 ,但少有心动过速的报道。曾有发生意识障碍的报道。

肝功能异常也有报道 ,但少有严重的肝功能异常 ,若肝功能检查持续升高应考虑停服本品。还有报道异常出血(多为淤血和紫癜) ,也有血小板减少症的少量报道。

很少有惊厥、躁狂、急性青光眼、尿潴留及外周水肿的报道。偶有报道光敏反应、皮疹(包括伴有瘙痒或血管神经水肿的荨麻疹)。恶性综合征(通常发生在合用或最近停用精神安定类药的患者)。低钠血症者较少见 ,主要发生在老年人 ,通常在停药后迅速恢复。也有疑为高催乳血症 / 溢乳症的症状报道。

帕罗西汀较三环类抗抑郁药所引起的不良反应少见。

锥体外系反应包括口面部肌张力障碍罕见报道 ,大多发生在有潜在运动障碍的患者或正服用精神科药物者。

迅速停药而引起的综合症状(如头晕、感觉障碍、睡眠障碍、激惹、震颤、恶心、出汗、意识模糊)也有报道。建议终止治疗前逐渐减量。

【禁忌证】 对本品过敏者禁用 ,避免突然中断治疗。不宜与 MAOI 合用。

（七）氟伏草胺

氟伏草胺(fluvoxamine) ,又名氟伏沙明。

【药理作用及适应证】 亦为 SSRI 类。对 NE 或 DA 的抑制作用很弱,对脑内乙酰胆碱受体的亲和力很低,不引起中枢及外周的抗胆碱能效应,对神经内分泌心血管系统影响小,无抗组胺作用,用于治疗抑郁症或强迫症,也可用于伴有青光眼、前列腺肥大、心脏病的抑郁症患者。口服易吸收,服单剂 100mg, T_{max} 为 3.5 ~ 8h, C_{max} 为 31 ~ 88ng/ml,生物利用度 60%,血浆蛋白结合率 77%,在肝肾肺肾上腺等脏器的组织浓度高于血药浓度, $t_{1/2}$ 约 15h,一般在 10d 内达到稳态血药浓度,经肝脏代谢,主要为去甲基和甲氧基代谢产物无药理活性。

【剂量与用法】 口服开始每日 50mg,每晚 1 次,治疗量每日 100 ~ 200mg,分次服或睡前顿服,最高剂量每日 300mg。

【不良反应】 早期常见恶心、呕吐、嗜睡、便秘、焦虑不安、厌食、震颤、运动减少、疲乏等,偶有血小板减少,继续治疗反应可消失,无心血管反应,有抗胆碱能不良反应,服用过量较安全。

【禁忌证】 癫痫、肝肾功能不全者慎用,不宜与 MAOI 合用,与锂盐或色氨酸合用可增强 5-HT 效应。

(八) 万拉法新

万拉法新(venlafaxine)。

【药理作用及适应证】 能抑制 NE、5-HT 再摄取(SNRI)。为第一个能同时抑制这两种递质再摄取的药物。该药可抑制 5-HTNE 和 DA 的再摄取,其药理作用具有剂量依赖性,即低剂量时作为一种基本的 SSRI 仅抑制 5-HT 的再摄取,中至高剂量时还抑制 NE 的再摄取,高至很高剂量时另增加了 DA 再摄取的抑制作用,因此低剂量的万拉法新的作用机制与 SSRI 相似,而随剂量增加时的效果,则如同 SSRI 与布普品合用,抗抑郁作用与丙米嗪相当,是较弱的 CYP2D6 酶抑制剂,主要用于抑郁症,起效较快约 4d 到 1 周,也用于强迫症或惊恐发作。吸收良好,在肝脏广泛地代谢,O-去甲基万拉法新与人血浆蛋白的结合率为 $30 \pm 12\%$ 。万拉法新和 O-去甲基万拉法新稳态血药浓度在治疗的 3d 达到。万拉法新和 O-去甲基万拉法新的血浆清除分别为 1.3 ± 0.6 和 $0.4 \pm 0.21/(h \cdot kg)$,消除半衰期分别为 $5 \pm 2h$ 和 $1 \pm 2h$,稳态分布容积分别为 7.5 ± 3.7 和 $5.7 \pm 1.81/kg$,本品及其代谢物主要经肾脏排泄,48h 内给药剂量的 87% 由尿排出。

【剂量与用法】 口服初始每日 75mg,分 3 次服,以后每 4d 加 75mg,治疗量 200mg,最大量每日 375mg。

【不良反应】 通常在治疗早期发生,部分存在剂量相关性,常见不良反应有恶心呕吐、头痛、虚弱、出汗、嗜睡、失眠、头晕、神经质、口干、焦虑、厌食、体重下降、皮疹、男性射精异常或阳痿。较少发生的不良反应有心动过速、血压升高及肾功能异常、血清胆固醇轻度升高、视力模糊、可逆性骨髓抑制。

【禁忌证】 与单胺氧化酶抑制剂合用有可能发生 5-羟色胺综合征,所以一般禁用。

第五节 抗焦虑药

抗焦虑药(antianxiety drugs)是一类主要用以减轻焦虑紧张恐惧、稳定情绪,兼有催眠镇静作用的药物。这类药物主要对人的情绪,特别是焦虑情绪有明显影响。此外,还有镇静、安眠、肌肉松弛等作用。

（一）地西泮

地西泮(diazepam),又名安定,是属中效的苯并二氮杂_卓类化合物。

【药理作用及适应证】 本药与氯氮_卓作用相似,但肌肉松弛作用比氯氮_卓强5倍,抗惊厥强10倍,且不良反应并不多,故临床上更常用于治疗焦虑、癫痫发作、松弛肌肉及治疗睡眠障碍。静注安定是控制癫痫持续状态的首选药物,也用于各种原因引起的肌肉痉挛。

口服易吸收, T_{max} 为1~1.5h,地西泮口服后吸收迅速完全,血浆 $t_{1/2}$ 为8~13h,口服1h后血浆药物浓度达峰值,6~12h后血浆浓度再次出现高峰,这是相当部分地西泮进入肝肠循环所致。地西泮的血浆蛋白结合率很高,在体内被肝药酶代谢为多种活性产物,主要是去甲地西泮。肌注吸收慢而不规则,静注迅速进入中枢,但作用持续时间较短。血浆蛋白结合率97%~99%, $t_{1/2}$ 为35~50h,有效血浓度400ng/ml,经肝脏代谢部分转化为有活性的去甲羟基安定,再与葡萄糖醛酸结合从尿排泄。

【剂量与用法】 口服2.5~5mg,每日2~3次,由小量开始,渐增,对重症焦虑可服至每日20mg。年幼及反应重者,量宜小。抗焦虑、治疗癫痫可连服数月,安眠用,可晚上服2.5~5mg,每日1次。肌注或静注每次10~20mg。

【不良反应】 嗜睡、乏力、肌张力低、易摔倒等较常见,偶可见头昏、意识障碍、易激惹、激动、低血压、眩晕、共济失调、药物热、皮疹、头痛、粒细胞减少等。用药初期可过度镇静,机械性操作功能降低,必须避免驾驶汽车和高空作业等有关工作,服药期间避免长期饮酒,应用可产生依赖性。大剂量有镇静作用。地西泮对呼吸中枢有一定的抑制作用,故对年龄较小的儿童应用时要特别小心。

【禁忌证】 婴儿、青光眼患者及重症肌无力患者禁用,幼儿少用或不用,呼吸功能不好者禁用。

（二）氯氮_卓

氯氮_卓(chlordiazepoxide),又名利眠宁。是较早合成的一种长效的苯并二氮杂_卓类抗焦虑剂。

【药理作用及适应证】 氯氮_卓有明显的抗焦虑作用,能安定情绪,还有抗抽搐作用。据动物实验,本药主要作用于海马。因此本药主要用于治疗焦虑性情绪障碍,还可用于治疗各种原因所致的抽搐或肌痉挛、癫痫、神经损害所致的肌张力增高、肌肉强直及睡眠障碍,如失眠、夜惊等。有镇静、催眠、抗焦虑、抗惊厥及中枢性肌肉松弛作用,适用于焦虑、紧张、强迫症及各种睡眠障碍、酒精中毒及痉挛,与抗癫痫药并用可控制癫痫大发作,对小发作也有效,毒性小,安全范围大。口服吸收较慢,但完全。 T_{max} 为2~4h, $t_{1/2}$ 为8~28h,平均15h,经肝脏先后转化为具有相似药理活性的代谢产物去甲基及羟基化衍生物,去甲氯氮_卓和去甲氧安定自肾缓慢排泄,30%~60%经尿排泄,4%~20%由粪便排泄,有蓄积作用。

【剂量与用法】 每日10~40mg,分3次或4次口服,剂量由小到大渐增。年幼、反应明显者,量宜小,对于焦虑症及癫痫可维持用药数月,对于睡眠障碍者,可每晚服1次,每次10~20mg。

【不良反应】 常见为头晕、嗜睡、便秘、心悸,大剂量可有共济失调、皮疹、乏力、头痛、粒细胞减少、尿潴留等,偶见中毒性肝炎,以小剂量多次服用为佳,长期大量服用使耐药性增

高,并可成瘾,男性可致阳痿,突然停药可引起戒断症状和惊厥,与吩噻嗪类、巴比妥类、乙醇等并用可加强中枢抑制。

【禁忌证】 呼吸功能不全者、年幼儿童不用或少用。

(三) 硝西泮

硝西泮(nitrazepam),又名硝基安定,为地西泮的硝基衍生物,是中效的苯并二氮杂类。

【药理作用及适应证】 硝西泮有明显的抗焦虑作用,能安定情绪,抗抽搐发作,催眠镇静作用更强,催眠作用介于司可巴比妥和导眠能之间,本药的催眠作用与其他安眠药不同,引起类似生理的睡眠,无明显继发性反应,抗癫痫作用也较好,故可用于抗焦虑、抗癫痫及治疗失眠。口服吸收约78%,服10mg, T_{max} 为0.5~5h, C_{max} 80~100ng/ml;蛋白结合率高, $t_{1/2}$ 为21~30h,经肝脏代谢后大部分以代谢产物形式随尿排泄,20%随粪便排泄。

【剂量和用法】 抗焦虑、抗癫痫,每日5~30mg,分2次口服,由小剂量开始,渐增。年龄幼小、反应重者,剂量应偏低,可连用数月以上。治疗睡眠障碍者每日1次,5~10mg,每晚服。

【不良反应】 本药长期服用有习惯性、依赖性、成瘾性。高剂量有镇静作用。大剂量常发生共济运动失调,偶可见恶心、眩晕、头昏、易激惹,意识障碍、激动、低血压、药物热、皮疹、头痛。一般经停药,减药可自愈。

【禁忌证】 婴幼儿少用或不用。

(四) 氯硝西泮

氯硝西泮(clonazepam),又名氯硝安定。

【药理作用及适应证】 抗惊药,对抗戊四氮引起的惊厥作用较强,而对抗ECT引起的惊厥则作用较弱,其作用比地西泮及硝西泮强5倍,其抗癫痫机制可能与其同GABA调控蛋白结合有关,有镇静催眠、抗焦虑、抗惊厥及控制兴奋的作用,以抗癫痫作用最为突出,也经试用于TD、谵妄、不安腿综合征、躁狂状态及惊恐发作。

口服易吸收, T_{max} 1~2h,健康人 $t_{1/2}$ 为19~30h,作用5~7h,有效血浓度5~50ng/ml,血浆蛋白结合率87%,主要经肝脏代谢成乙酰胺衍生物,并以葡萄糖醛酸及硫酸盐结合物形式从尿排泄,以原药排出者不足0.5%。

【剂量与用法】 开始服用必须用小剂量。肌肉注射,6岁以上每日注射0.5mg,6岁以下每日0.25mg。口服用药,5~12岁儿童3~6mg,1~5岁儿童每日1~3mg,1岁以下婴幼儿每日0.5~1mg。

【不良反应】 常见嗜睡,较重者有共济失调及行为紊乱,如兴奋、攻击性,偶见焦虑、抑郁、乏力、头晕、皮疹、复视、多涎、支气管分泌增加,可造成婴幼儿呼吸困难、心动过速和近记忆减退,不可突然停药以免引起癫痫发作,可能有致畸作用,长期使用可产生药物依赖剂量,停药可恢复。长期服用可产生耐受性。大剂量可致镇静作用。

【禁忌证】 本药久服突然停药可加剧癫痫发作,甚至诱发癫痫持续状态,故不可突然停药。6岁以下儿童慎用。静注有对心脏呼吸的抑制作用,肝肾功能不全患者及青光眼患者禁用。

（五）羟嗪

羟嗪(atarax),又名安他乐(hydroxyzine),属二苯甲烷化合物。

【药理作用及适应证】 本药主要有镇静、催眠、镇痉作用,还可对外周自主神经发生作用。临床上用于紧张、焦虑、激动性神经症,胃肠道疾病伴有的焦虑,也可用于催眠及心身疾病,如急慢性过敏性皮肤病。口服易吸收, T_{max} 约3h,口服6d后达到稳态血浓度,有效血浓度25~70ng/ml,血浆蛋白结合率96%,95%在肝脏代谢,主要代谢产物为去甲基-8-羟化和N-氧化衍生物,前两者有活性主要在尿中排泄,只有1%~2%以原药排泄。

【剂量与用法】 小儿6岁以上每日50~100mg,分4次服,6岁以下慎用,由小剂量开始渐增。

【不良反应】 有口干、视力模糊、嗜睡、头昏,久服产生耐受性。本药可诱发癫痫,需注意。

【禁忌证】 婴幼儿禁用。

（六）劳拉西泮

劳拉西泮(lorazepam),又名氯羟安定。

【药理作用及适应证】 用于抗焦虑和催眠,也可用于麻醉前给药。口服易吸收, T_{max} 2h, $t_{1/2}$ 为10~18h,血浆蛋白结合率90%,经肾排泄,肾病一般不影响清除率。

【剂量与用法】 口服1~2mg,每日2~3次。

【不良反应】 常见为头晕、疲劳、不安等,无心血管系不良反应,但轻度呼吸抑制。

【禁忌证】 肺部疾病患者不宜使用,肝肾功能不全儿童慎用。

（七）艾司唑仑

艾司唑仑(estazolam),又名舒乐安定、去甲阿普唑仑、三唑氮三唑氯安定、司唑伦。

【药理作用及适应证】 有较强的镇静催眠、抗惊厥、抗焦虑作用和较弱的中枢性作用。镇静催眠作用比硝基安定强2.5~4倍,适用于失眠、焦虑、紧张、恐惧、癫痫大小发作等,亦可用于麻醉前给药。口服易吸收, T_{max} 1~2h,健康者 $t_{1/2}$ 约17h,迅速分布到全身组织有活性代谢产物。

【剂量与用法】 口服镇静1~2mg,每日3次,催眠2~4mg,每日4次,抗癫痫2~4mg,每日3次,麻醉前用药2~4mg,术前1h口服或肌注。

【不良反应】 偶有疲乏、无力、嗜睡、头晕等,1~2h后可自行消失。

【禁忌证】 重症肌无力者禁用,婴儿肝肾功能不全患者慎用。

（八）阿普唑仑

阿普唑仑(alprazolam),又名佳静安定。

【药理作用及适应证】 抗焦虑药,化学结构为BZ环上加一个三唑环,作用增强,镇静作用为地西泮的25~30倍,催眠作用是地西泮3.5~11倍,兼有TCA作用,与丙米嗪阿米替林相当。此外,还具有中枢性肌松作用,适用于焦虑不安、恐惧、抑郁、顽固性失眠以及癫痫的治疗,研究用于贪食症。

口服易吸收,单服 0.5~3.0mg, T_{max} 为 1~2h, C_{max} 为 8~37ng/ml, $t_{1/2}$ 为 12~15h, 血浆蛋白结合率 80%, 主要代谢产物为 3-羟甲基三唑安定和 3-羟基-5-甲基三唑安定, 前者活性为母药一半, 后者无活性, 80% 从尿排泄能通过胎盘以及从乳汁中排泄。

【剂量与用法】 口服每日 0.4~1.2mg, 分 2~3 次服用, 治疗抑郁症可增加剂量, 但不宜超过每日 4mg, 研究用于贪食症每日 2~4mg, 分 2~3 次口服。

【不良反应】 发生率较低主要有头昏、头痛、无力、心悸、腹泻、口干、恶心、呕吐及视力模糊等, 部分患者有睡眠过多、头晕、有成瘾性。

【禁忌证】 对 BZ 类药物过敏者均禁用。

(九) 三唑仑

三唑仑(triazolam), 又名海尔神、酣乐欣。

【药理作用及适应证】 为 BZ 类药物, 催眠镇静作用能显著激活 GABA 受体, 从而增强抑制皮质和边缘系统。睡眠作用比地西洋强 45 倍, 能缩短清醒期和延长第 I 期睡眠, 对第 III 期睡眠影响较小, 适用于各种失眠。口服易吸收, T_{max} 为 1.5~7h, $t_{1/2}$ 约 2.7h, 约 89% 与血浆蛋白结合, 在肝脏中代谢产物有六种, 但只有 7-羟基三唑仑有活性。主要以代谢产物形式经肾脏排泄, 8% 由粪便排泄。本药能通过胎盘也可以从乳汁中排泄。

【剂量与用法】 口服一般 0.125~0.25mg, 均睡前服。

【不良反应】 常见为偏头痛、视力减退、乏力、眩晕、肌无力以及过度镇静, 长期用药可产生药物依赖, 停药后出现戒断症状。

【禁忌证】 肝肾功能不全者慎用, 不宜与中枢抑制药并用。

(十) 佐匹克隆

佐匹克隆(zopiclone)。

【药理作用及适应证】 抗焦虑、惊厥与肌肉松弛作用与 BZ 类相似, 可与 BZ 受体结合改善睡眠, 使睡眠延长, 减少觉醒次数, 由于 $t_{1/2}$ 短, 不影响第 2 日的精神活动, 适用于各种失眠。口服易吸收, T_{max} 为 1.5~2h, $t_{1/2}$ 为 5h, 生物利用度为 80%, 蛋白结合率 45%, 分布全身组织, 经肝脏代谢。主要代谢物为 N-去甲基及 N-氧化衍生物, 活性低, 80% 从尿排泄, 10% 从粪便排泄。

【剂量与用法】 每次口服 7.5~15mg, 睡前 30min 服。

【不良反应】 较少, 常见为晨间嗜睡、口干、口苦、肌无力等, 长期服药后突然停药可出现戒断症状。

【禁忌证】 严重呼吸功能不全者及对本药过敏者禁用, 肝功能不全者应减少剂量。

(十一) 丁螺环酮

丁螺环酮(buspirone), 又名布斯哌隆。

【药理作用及适应证】 结构与其他抗焦虑药不同, 作用于海马的 5-HT_{1A} 受体及 DA 受体, 使 5-HT 功能下调, 产生抗焦虑作用, 有人认为本药对 DA 的突触前膜受体有阻滞作用, 对后膜既是 DA 受体激动剂, 又是阻滞剂, 但作用弱。此外, 也能降低体内 5-HT₂ 受体敏感性, 故也有抗抑郁作用。动物实验显示, 对鼠中枢 NE 毒蕈碱样组织胺、阿片 BZ 类受体

均无明显作用, 临床研究发现丁螺环酮与地西泮有相同的抗焦虑作用, 但无明显镇静作用, 本药不与其他催眠药或乙醇产生协同作用, 不能消除成瘾药的戒断反应, 本身也不产生戒断反应, 用于广泛性焦虑症, 对焦虑伴严重失眠者尚需加用速效催眠药, 有人试用于焦虑伴轻度抑郁症状者也有效。

口服易吸收, T_{max} 为 0.5 ~ 1h, $t_{1/2}$ 为 2 ~ 11h, 血浆蛋白结合率 95%, 大部经肝代谢, 主要代谢产物 5-羟丁螺环酮和 1-嘧啶基哌嗪; 后者有部分活性, 60% 由尿排泄, 40% 由粪便排泄, 血液透析不能清除体内丁螺环酮。

【剂量与用法】 每日口服 10 ~ 15mg, 每日 3 次。

【不良反应】 以胃肠道不适多见, 此外, 尚有头晕、头痛、激动、失眠等。

【禁忌证】 严重肝肾功能不全青光眼及重症肌无力患者禁用, 不宜与乙醇、CNS 抑制药、降压药、降糖药、抗凝药、避孕药及 MAOI 并用。

第六节 抗躁狂药

实际上抗躁狂药仅锂盐一类, 常用的是碳酸锂。锂是微量元素为一价阳离子, 自然界中无游离锂。因此, 实际指锂离子或锂盐。1940 年代 Cade 首次用锂盐治疗躁狂症成功, 20 世纪 60 年代 Schou 通过大量研究改进了锂盐治疗方法, 此后被广泛应用。目前, 药用制剂主要为碳酸锂片剂及胶囊。此外, 尚有枸橼酸锂糖浆、醋酸锂和溴化锂等用于躁狂症。

锂盐临床上常用的化合物为碳酸锂(lithium carbonate)。

【药理作用及适应证】 治疗量锂盐对躁狂症发作有显著疗效, 但锂盐的抗躁狂机制未明, 动物实验表明锂盐影响许多酶系统活性, 锂离子对钙亦有影响。临床上主要用于治疗躁狂症, 对精神分裂症的兴奋躁动亦有效, 与抗精神病药合用可产生协同作用, 因而可减少抗精神病药的用药剂量。锂盐对躁狂、双相抑郁及复发性抑郁均有预防作用, 用锂盐作维持治疗, 可使发作间歇延长, 症状减轻, 发作频率减少, 以至终止发作。但其预防作用是渐进的, 因此须系统地长期服药, 维持合适的剂量 6 个月以上, 不要过早地放弃治疗。对于行为障碍或情绪问题患儿出现的冲击攻击、伤人、自伤等行为问题, 锂盐也有一定疗效。

口服易吸收, T_{max} 为 2 ~ 4h, $t_{1/2}$ 为 12 ~ 24h, 达到血清稳态需经 5 ~ 7d, 脑脊液达稳态浓度则更慢, 各组织分布速率不同, 肾脏最快(约 15min), 肝脏、骨骼及肌肉次之(1 ~ 4h), 脑组织最慢(约 20h 以上)。锂离子不与血浆和组织蛋白结合, 随体液分布至全身各组织。浓度不一, 甲状腺和肾浓度最高, 脑脊液浓度约为血浓度一半, 在口服后 24h 才达高峰, 锂在体内无代谢变化, 95% 由尿排泄, 少量从粪汗唾液和乳汁排泄。

【剂量与用法】 开始剂量每日 100 ~ 400mg, 每日分 3 ~ 4 次口服, 经 5 ~ 7d 后, 渐增至适当治疗剂量, 一般为每日 600 ~ 1200mg。加药宜缓, 服用至最高用药剂量的时间不宜超过 2 ~ 3 周, 因血锂浓度与治疗反应及不良反应关系密切, 最好建立准确的血锂测定监护方法, 测定血锂浓度以准确地调整剂量, 十分重要。维持治疗剂量的血锂值为 0.4 ~ 1mmol/L, 最高量不超过 12mmol/L, 否则易于中毒。每次用开水送服, 为预防中毒, 患者用正常含盐饮食, 鼓励患者多饮水。一旦怀疑中毒, 应随时取血检查。常规检查血锂浓度开始每周测 1 ~ 2 次, 以后视剂量及治疗反应每 15d 或 1 个月测 1 ~ 2 次, 取血时间应在当天首次服药前, 末次服药后 8 ~ 12h 内, 以便与标准值的取血条件相一致。

【不良反应】一般每日量在1 000mg以下者,不良反应少而且轻,没有抗精神病药常见的嗜睡和锥体外系统反应。治疗初期多为胃肠道刺激症状,如恶心、呕吐、腹痛、腹泻、双手细颤、白细胞数异常,后期偶见水肿。可采取少量多次给药,白天量小,晚上量大,增量宜慢,饭后服药,必要时减药或停药等对症处理。锂盐不良反应与中毒之间界限并不明显,中毒量与治疗量之间差距小,常常不到治疗量的一倍。严重的不良反应常是锂中毒的先驱,锂中毒常常是逐渐发生的,严重的中毒反应前4~5d常有先兆症状—轻度中毒症状,如疲乏无力、精神迟钝、倦怠、嗜睡、食欲不振、重新出现恶心、呕吐、腹泻、肌肉抽搐、眩晕。共济失调、构音障碍等。手震颤加剧,由细颤变为粗大震颤,连下颌亦出现震颤,常预示锂中毒,也是锂中毒突出症状之一。如不及时处理,病情进一步发展可致昏迷、癫痫发作、心、肾功能障碍等严重后果。锂中毒另一特点为常出现不同程度的意识障碍,包括意识恍惚或模糊、谵妄、昏睡甚至昏迷,而且意识障碍可在没有其他中毒症状及血锂值较低时出现。对锂耐受性存在个体差异。敏感患者血锂值低于10mmol/L即可出现中毒症状。严重锂中毒可致死亡,且无特殊解毒剂,所以治疗期间锂值上升至16mmol/L,常预示锂中毒已近,必须采取相应措施。切忌盲目服用过大剂量。

【禁忌证】12岁以下儿童、肝肾功能不全患儿禁服。

第七节 益智药

目前对于智能损害、精神发育迟滞、孤独症等疾病的智力提高无特效治疗药物。以下简要介绍一些提高认知功能和改善智力症状的药物。

(一) 阿米三嗪-萝巴新

阿米三嗪-萝巴新(duxil, duxaril),又名都可喜。

【药理作用及适应证】为抗缺氧药,通过烯丙哌三嗪提高血氧浓度,用于需要氧的血管性或代谢性疾病,大脑神经及感觉器官耗氧量特别高,适于大脑功能衰退智力障碍,脑血管意外后遗症,脑震荡后综合征,缺血性视网膜,脉络膜功能障碍,以及缺血性耳蜗前庭功能障碍,口服后组分之一阿吗碱 T_{max} 为1~2h, $t_{1/2}$ 为7~15h,烯丙哌三嗪 T_{max} 约3h, $t_{1/2}$ 为40~80h,蛋白结合率99%以上,原药及其代谢产物主要经胆道排泄,维持量每日1片。

【剂量与用法】口服早晚各1片。

【不良反应】不良反应少见,长期服药可出现体重下降,下肢感觉异常,应停药,偶见恶心、胃胀、胃痛、睡眠障碍、激动、焦虑、心悸等。

【禁忌证】严禁与MAOI并用。

(二) 吡拉西坦

吡拉西坦(piracetam),又名脑复康。

【药理作用及适应证】能激活保护脑神经元,改善各种类型脑缺氧及理化因素造成的脑损伤,促进大脑利用磷酸氨基酸葡萄糖和储存能量,改善微循环,促进红细胞柔韧性,抑制血小板凝集等,用于脑动脉硬化及脑血管意外所致的记忆和思维功能减退,对弱智儿童有益智作用。口服易吸收, T_{max} 为30~40min, $t_{1/2}$ 为4~6h,分布于大部分组织器官,可透过BBB

和胎盘屏障在体内不发生降解和生物转化,服药后 26 ~ 30h,原药 94% ~ 98% 从尿排泄。

【剂量与用法】 口服 0.4 ~ 1.6g,每日 3 次。

【不良反应】 较少,偶有口干、食欲不振、便秘、睡眠不佳等。

(三) 尼莫地平

尼莫地平(nimodipine),又名尼莫通。

【药理作用及适应证】 双氢吡啶类钙离子拮抗剂,能有效调节细胞内钙离子浓度,脂溶性,易透过 BBB,作用于脑血管,有较强选择性扩张脑血管作用,在不影响外周血流量和血压的剂量下,能增加脑血流量减少,脑缺血性损害。此外,还可能改善记忆,是目前国际公认的脑血管病首选药。主要用于蛛网膜下腔出血,脑梗死,缺血性卒中及早老性或血管性痴呆症。口服吸收快 T_{max} 约 1h, $t_{1/2}$ 约 1h,肾功能衰竭时 $t_{1/2}$ 可长达 22h,血浆蛋白结合率 98% 以上,脑脊液浓度约相当于同期血浓度的 10%, 93% ~ 95% 由肝脏代谢,代谢产物主要由胆汁经粪便排泄,小部分从尿排泄。

【剂量与用法】 口服 20 ~ 60mg,每日 3 ~ 4 次。

【不良反应】 较少,偶见胃肠道不适,口干,一过性头晕和皮肤发红、发痒。

【禁忌证】 脑水肿及颅内压增高者慎用,避免与其他钙拮抗剂或受体阻滞剂并用。

(陈志坚)

第三章 儿童心理障碍的中医辨证论治

中医儿科学是中医学中的一门临床分支学科。它是以中医的基本理论为基础,用传统的中药、针灸、推拿、气功、食疗以及中医心理治疗的方法为手段,在临床上对儿童的相关疾病进行治疗,并对儿童的生理病理、心理、生长发育以及儿童保健等进行研究。

随着现代科学的飞速发展,与之相适应的社会形态也发生了深刻的变化,儿科学的研究和临床治疗范围也随之扩展。近年来,儿童精神疾病以及儿童心理障碍的群体不断增加,已经引起儿科医疗以及儿童心理工作者的重视。运用中医特有的辨证施治的方式结合中华民族的文化背景对儿童心理障碍进行治疗是本章讨论的内容。

第一节 儿童的生理病理和心理特点

儿童的生长发育、生理病理和心理特点与成人除有共同的方面外,有其与成人不同的特点。《灵枢·卫气失常》篇称:“二十已上为壮,十八已上为少,六岁已上为小。”这是祖国医学二千年前对青少年年龄的划分。就儿童的生长发育《内经》描述得更为具体,《素问·上古天真论》说:“女子七岁,肾气盛,齿更发长;二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子……丈夫八岁,肾气实,头发齿更;二八,肾气盛,天癸至,精气溢泻,阴阳和,故能有子。”这段话介绍了小儿的生长发育以及男女发育成熟的年龄差异,符合中国人的发育规律。

对于儿童的生理病理情况,中医历代医家有着相似的认识,南宋陈文中在《小儿病源方论·惊风门》中说:“夫小儿脏腑娇嫩,皮骨软弱,血气未平,精神未定,言语未正,经络如丝,脉息如毫。”隋代巢元方在他编撰的《诸病源候论·小儿杂病诸候·百病候》中说:“小儿气血脆弱,病易动变,证候百端,若见其微证,即便治之,使不成众病。”这说明小儿的气血脆弱的生理特点,既病易变的病理特点以及在疾病早期及时控制的重要意义。

由此可见,由于儿童的气血、脏腑脆弱,同样可以表现在情志等方面。明代医家张景岳在他所著的《景岳全书·小儿则》中描述小儿受惊恐容易致病的内因:“盖小儿肝气未充,胆气最怯,凡耳闻骤声,目视骤色,虽非大惊卒恐,亦能怖其神魂。”这说明小儿较之成人尽管思想单纯并少七情六欲,但已经完善条件反射,已能产生心理活动。外界各种不良刺激,尤其是惊吓,极易引起小儿的情绪波动,导致小儿的心理障碍。因此,要注意对儿童进行早期教育,有计划、有目的、系统地对儿童进行超前感知。《万氏家藏育儿秘诀·鞠养以慎其疾四》中谈到:“小儿能言,必教之以正言,如鄙俚之言勿语也。能食则教以恭敬,如褻慢之习勿作也。能坐能行则扶持之,勿使倾跌也。宗族乡党之人,则

教以亲疏尊卑长幼之分,勿使谗嫚。言语问答,教以诚实,勿使欺妄也。宾客往来,则教以拜揖迎送,勿使退避也。衣服器用,五谷六畜之类,遇物则教之,使其知之也。如此则不但无疾,而知识亦早矣。”这段论述,不仅十分精辟地介绍了对儿童早期教育,而且介绍了对儿童智力开发的方法;同时也介绍了对小儿思想道德培养的方法,对现代儿童早期教育有十分重要的借鉴意义;同样对儿童心理素质的启蒙和培养也具有很好的参考价值。

一、生理特点

小儿的生理特点主要包括两个方面。

1. 脏腑娇嫩、形气未充 脏腑即五脏六腑。娇,指娇弱,不耐攻伐。嫩,指柔嫩。形是指形体结构,即四肢百骸,筋肉骨骼,精血津液等。气是指生理功能活动如肺气、脾气、肾气等。充即充实。脏腑娇嫩形气未充是指小儿时期机体各个系统和器官的形态发育和生理功能都是不成熟和不完善的,因此容易患病。

小儿的这些生理特点,历代医家早有论述。如《灵枢·逆顺肥瘦》称:“婴儿者,其肉脆,血少,气弱”。北宋的著名小儿医家钱乙在其《小儿微证直诀·变蒸》中说:“五脏六腑,成而未全,全而未壮”。在该书的原序中更提到:“骨气未成,形声未正,悲啼喜笑,变态不常。”明代万密斋所著《育婴家秘·发微赋》云:“血气未充……肠胃脆薄……神气怯弱”。清代医家吴鞠通则从阴阳学说的观点总结小儿的机体柔嫩、气血未足,脾胃薄弱,肾气未充,腠理疏松,神气怯弱等特点是“稚阴稚阳”的表现,这里的阴是指体内的精、血、津液等物质,也包括脏腑、筋骨、脑髓、血脉等有形之质都未充实完善。这里的阳是指体内脏腑的各种生理功能活动。儿童时期,脏腑娇嫩,形气未充,是由于“稚阴未充,稚阳未长也”。因此,儿童的生长发育是阴长而阳充的过程。以现代医学观点来认识,这实际反映儿童的身高、体重、五脏六腑、免疫、神经、精神等方面的生长发育的过程。

2. 生机蓬勃、发育迅速 生机是指生命力、活力。生机蓬勃、发育迅速是说儿童在生长发育的过程中,不论在机体的形态结构方面,还是各种生理活动方面,均处于迅速地、不断地向成熟、完善的方向发展,而年龄越小,这种生长发育的速度更快。这种生长发育的过程是一种按人体正常的、有规律的过程,主要表现在体格的生长和智能的发育两个方面。因此,重视儿童生长发育既要尊重儿童的生长发育规律,又要合理的创造条件,使之健康成长,这正是目前要研究的一个重要问题。

二、病理心理特点

儿童的发病特点与年龄有较密切的联系。新生儿期多与胎产因素有关,婴儿期的疾病又多与喂养有关,幼儿期易发传染病,学龄前期易发生意外伤害,学龄期和青春期则较多的发生心理和行为疾病。

儿童发病的原因相对成人而言较单纯,但病因仍包括外感因素、内伤饮食、胎产因素、养护不周、感染诸虫、意外损伤、医源损伤以及心理因素。本章重点讨论心理因素。

1. 惊吓 《灵枢·口问》说:“大惊卒恐,则气血分离,阴阳破伤,经络虚空,血气不次,乃

失其常”。《育婴家秘》说“小儿神气怯弱，忽见非常之物或见未识之人，或闻人自叫呼，雷霆铙爆之声，未有不惊动者，皆成容忤惊痫之病”。儿童受惊吓以后，除表现惊悸不安，睡眠不宁外，甚至会出现四肢抽动，多数表现吐奶、吐食、不乳腹痛、面色青暗等气机逆乱，胃失和降等证。古代医家有许多论述，提出了避免以上病证的许多有效措施。如《备急千金要方》说：“故养小儿，常镇惊，勿令闻大声，抱持之间，当安徐，勿令怖也……”。《补订幼科折衷》说：“古庙不可入，入之则神惊。狂禽异兽不可戏，戏之则神恐。斗争之处不可近，近之则心偏。《女学篇》则称：‘凡小儿甫有知识，脑筋心血，尚未充足，最须留意。盖耳目最初次之闻见，皆易感入脑筋，致生恐吓。常见为母者，欲止小儿啼哭，故作猫声虎声，使之畏怖。或演神鬼及荒诞不经之说，使之迷信，遂至暮夜不敢独行，索居（单独起居）不能成寝，畏首畏尾，养成一种慙（胆怯之意），懦之性质，其害良非浅也”。古人在避免惊吓方面描述得细致入微，很值得效仿。避免措施又非常得体，值得参考。

2. 恼怒 “七情伤人，惟怒为甚”，成人如此，儿童亦然。娇生惯养之小儿，所欲不遂，动辄哭闹要挟，久之，则性情乖张，养成易怒易暴之恶习。明朱丹溪说：“小儿易怒，肝病最多”。万密斋也说：“盖儿初生，性多执拗……，易使怒伤肝气生病也”。以上观点均说明“怒伤肝”在小儿为常见之病。究其原因，正如张从正所说：“富家之子得纵其欲，稍不如意则怒多，怒多则肝病多”。

近十多年来，改革开放，我国经济财富大增，人民生活水平普遍提高。近二十多年来，我国实行了一家一户只生一个孩子的独生子女政策，故当今娇生惯养者比较普遍。因此，小儿患肝病者居多。因小儿“肝常有余”，在疾病发生、发展中，易出现肝经症状。恼怒则气滞，气滞则肝郁，郁久则化火，进而出现肝火，肝阳病变。肝气郁滞则脾土受伐，出现脾虚、痰湿等证。诸如小儿腹痛、小儿惊泻、小儿疳证、小儿相思病等。肝气盛，则胃气不降，肺气上逆，气机郁闭出现小儿厌食症、哮喘、厥证、疝气等。肝火旺则心神不宁，出现烦躁、哭闹、夜啼、不眠等小儿夜啼症。心烦神乱，阳气躁扰，则出现小儿多动症。肾气耗伤则出现尿频、遗尿等症。肝阴受伤，引动肝风，可出现四肢强直，甚至抽搐、惊厥等症。由此可见，恼怒伤肝所致小儿病症颇多，应引起重视。

第二节 儿科辨证论治概要

辨证论治是祖国医学诊治疾病的基本方法。传统的诊法包括望、闻、问、切四诊。

中医对于小儿疾病的诊断虽然与其他各科一样，但由于小儿的生理、心理、病理特点在疾病的演变过程中具有特殊的表现，因此，儿童的诊察方法与成人不尽相同。自古以来，儿科被称为“哑科”，婴幼儿不会言语，在就诊时啼哭吵闹，面色形容，气息等易发改变，较大的儿童虽能讲话表达，但往往不能正确地表述情况。所以，历代儿科医家特别重视望诊。如《幼科铁镜·望形色审苗窍从外知内》说：“望、闻、问、切，固医家之不可少一者也，在大方脉则然，而小儿科，则惟以望为主”。明代李挺在《医学入门》中也说：“当问所处顺否，所处顺，则性情和而气血易调，所处逆，则气血郁……。”这说明人所处的社会环境的顺逆，能波及人的心理状态。历代医家对儿科四诊，特别是望诊，积累了丰富的经验。当然，对于患有心理障碍的儿童除了临诊中可以用中医四诊来诊断以外，套用心理测试的一些方法，两者间有机的结合，中西合璧可以取得更好的效果。

一、望 诊

望诊,即医者运用视觉观察病情。望诊的内容主要是儿童的神色形态,其中以望神最为重要。因为神是人的生命活动的外在表现。《内经》说:“得神者昌,失神者亡”。得神是心身健康的标志,失神则反映不同程度的病态。

神是人的外显的一种征象,它可以通过意识状态、语言呼吸、形体动作,反映能力等诸多方面表现出来。因此,通过对小儿的望精神、意识、体态、面目等,可以对小儿的心理活动大体有一个了解。

望神则尤以察目为要。《灵枢·大惑论》曰:“目者,心之使也”。指出两目的活动受心神所支配。如儿童兴高采烈时,两目灵活而有神;忧伤时两目黯然而失神;愤怒时两目如火,咄咄逼人;惊恐时则两目发呆而直视。心理健康的儿童,动作灵活自如,表情活泼,反应灵敏,耳聪目明,这可以诊断为神旺。反之,形体羸弱,肌肉瘦削,面无光泽,精神萎靡,两目晦暗,目光呆滞,视听不敏,动作迟缓或不由自主,表情淡漠,意识恍惚,行为异常,喜怒过激,情绪抑郁,言语错乱,狂言骂詈,或昏不知人,或呆傻白痴都是神弱、神衰、失神、心身疾病的严重表现。

望色以望面部气色为主,兼望肌肤,目睛毛发、爪甲等。望色还包括望部位、颜色、光泽,气色形成是脏腑气血外荣的结果。高兴喜笑时,面色常红润;怒气勃发时,面色可红赤至紫,亦可青筋怒张;悲切忧伤时,面色可刷白如粉;惊恐惧怖时,面色可乍黑乍白,冷汗淋漓。《望诊遵经》所述:“怒则肝气逆,故悻悻目张,毛起而面苍;愧则心气怯,故赧赧然,颜惭汗出而面赤;思则气结于脾,故睑定而色黄以涩;喜则气发于外,故颐解而色红且散;悲则气消于内,故五脏皆摇,色泽减而声喑以杀;忧则气并于中,故两眉双锁,色沉滞而气郁以塞;恐惧者精神荡惮而不收,故色脱而面白;惊怖者血气分离而乖乱,故气促而面青。”这些描述生动地说明人的脸部等色泽的改变与当时心理状态密切相关,观察色泽可以判断儿童患者精神情感是属于何种状态。

望诊还需兼望形体、姿态,以确定和了解患者的心理变化程度。一般而言,喜静者病多虚寒,性格偏于抑郁内向;好动者病多实热,性格偏于开朗外向;常忧思者,气结而不行;喜哭甚者,气散而不收;好清洁者,善疑多虑……注意观察形体、姿态、行为动作,可以帮助了解其心理状态,准确地判断疾病。

二、闻 诊

闻诊是医者运用听觉、嗅觉诊察病情。通过医者的辨识,在某些病症中具有重要价值。在儿童的心身病症诊断中,闻诊主要是听取患者在访谈中言语的声音高低、强弱、频率的快慢等来进行判断。因为发音在一定程度上,能反映患者的某些心理状态。例如高兴时,常有喜笑,略有所得,常以哼唱歌曲以舒情怀;发怒时,时常以怒叫以表示抗拒;悲痛时,小儿常啼哭抽泣,以诉内心的痛苦;恐惧时,则会惊叫或呻吟,以示馁怯之情;心情忧郁时,则时有唉声叹息。《医宗金鉴·四诊心法要诀》中说:“喜心所感,忻散之声;怒心所感,正肃之声;爱心所感,温和之声。”可见,不同的心理状态,发出的声音,常有分别。如遇见可敬之人,闻听可

敬之事,声音往往恭正亲切,遇到可爱物,声声每每温柔和顺。故《医宗金鉴》中说:“聆音察理,始能明五声相应五脏病,五声不和五脏清。心病声急多言笑,肺病声悲音不清,肝病声呼多狂叫,脾病声歌音颤轻,肾病声呻长且细,五音昭著证分明”。对于一些特殊的声音语调如“谵语”、“独语”、“狂言”、“郑声”等。则对心身病症的诊断有意义。此外,在与儿童病者访谈中还应注意人格体质的差异。在小儿中勇敢与懦弱的表现显得很不一致。勇敢者、耐受力强者,一般的病痛或遇不愉快之事,不轻易出声,而怯懦者却正相反,碰到困难,受到委屈,就稍有不适,则“恐不能言,失气,惊,而色也会起变化”。从小缺少独立的、依赖性强的,常无病呻吟并因其家长在旁时更甚。

三、问 诊

问诊,是医者通过询问儿童本人及其家属获取病情资料的一种方法。在儿童心理门诊中,通常以询问其亲属为主,有时还可询问与其关系密切的家长、保育员或老师,年龄大的儿童,也可直接询问其本人,并对其所诉是否可靠加以分析,作出判断。询问务求广泛,详尽以求取得更多的资料。

1. 问身份 包括姓名、年龄、性别、文化程度等。

2. 问境遇情况 境遇情况常与心理障碍的发生、发展及转归有密切的关系。一般而言,儿童所在家庭和睦、文化层次高,则小儿性情多平和。如家庭父母失和、争吵不断,或家长脾气急躁等,则小儿会性情忧郁,或表现胆怯,或急躁易怒。

3. 了解小儿的禀性特点 通过问诊可以了解小儿的某些心理特征,如脾气、习惯、兴趣、爱好、智能、嗜癖等。对不同心理状态的小儿应以不同方式循循善诱,获取病史。

4. 问病因 这是了解儿童障碍发生经过的重要手段。因为七情所伤常常牵涉到小儿与物、与周围的人的关系。要根据小儿的现状,和睦以待,取得他的信任和合作,了解到所需的资料。

5. 问家庭 了解小儿家庭的结构、经济状况、受教育的程度、家庭气氛、成员间的相互关系、健康状况以及是否有遗传病等。

通过问诊,收集资料,并进行科学综合,取得简要的结论。问诊要尽可能注意方式方法,要注意收集资料的客观性和正确性。明李中梓说:“临诊须考虑患者之情,不可有失。性好吉者,危言见非,意多忧者,慰安云伪,未信者忠告难行,善疑者深言则忌”。作为儿童心理工作者不可不知。

四、切 诊

切诊是医生通过触及小儿体表的一定部位以诊察病情的一种方法。主要包括切脉和按诊两个方面。本文主要讨论脉象与心理的关系。脉象不仅可以反映人体内脏腑的虚实、气血的盛衰,而且可以在一定程度上反映人的心理情志的变化。唐孙思邈曰:“人乐而脉实,人苦脉虚极,性急而脉缓,性慢而脉躁,此皆为逆,逆则难治”。因此,脉象在心理病机的分析以及对于心身病症的预后判断应有重要的意义。当然与成人相比较,儿童脉象在心理方面的反映没有成人来得复杂,仅作参考而已。

一般而言,当人兴奋激动时,脉象为数脉;而当人的情绪低落,心情忧郁时,脉象则变迟变涩。正如宋代陈无择在《三因极一病症证方论·卷之一·总论脉式》中所述:“……右关前一分(指右手腕动脉部位,掌腕横纹处向上约二指)以候七情,为内所因。……喜则散,怒则激,忧涩思结悲恐沉惊动,皆内所因。从中可以看出脉象与情志活动的关系。

当然,切脉还有一定的技术要领,医生一般用左手按患者的右手,右手按患者的左手。患者一般取坐位或正卧位,手掌平放,直腕仰掌,并在腕关节背面垫上布枕。

在切脉用于心理诊断时还应注意:①应与患者的面色、形态、言语表现等相联系,并进行综合的分析。②影响脉象的因素较多,正常情况下,脉象与小儿年龄的大小、体质、劳逸等有关。③脉象有时与情志变化不一致等。

综上所述,中医的诊病,应望、闻、问、切,四诊合参,通盘考虑,综合分析,只有这样对于患者的心理状况才能作出大致正确的评估。

第三节 儿童心理障碍的中医治疗

中医治疗儿童心理障碍的方法甚多,各种方法均有其各自的特点和优势。但治疗的原则应该遵循一是安全,二是有效。

1. 中药疗法 中药治疗属于内治法,是儿科的主要治疗方法,通过药物直接进入体内发挥效用。用药的原则是:①准确、审慎。因为儿童脏腑娇嫩,形气未充。《景岳全书·小儿则》中说:“但能确得其本而撮取之,则一药可愈。”从小儿的特点出发,攻不伤正,补不碍滞。②处方轻灵活泼。因为儿童患病,变化快,恢复也快。这就需要用药灵活,适应病情变化,轻灵活泼。儿童对药物的反应也较成人灵敏,随拨随应,这就要求用药不可呆滞,不可重坠,不可壅实。③用药勿伐生生之气,时时顾及脾胃。因为小儿如草木方萌,气质嫩弱,又生机蓬勃,治疗时应扶助其生生之气,创造条件,有利于康复,尤其要顾及脾胃,不可伤及。④勿多服药,勿乱服药。因为药为补偏救弊之品,皆有偏性,所以不要无病服药或乱服补药。明万全所著《幼科发挥·调理脾胃》中说:“医药者,儿之所以保命者也。无病之时,不可服药”。总之儿童用药应根据其自身生理病理特点,把握病机,合理用药。

儿童心身疾病的治疗药物大致可分为疏肝理气药,养心调神药,豁痰开窍药,重镇、安神、定志药,清热泻火药,养血理血药,补益调理药等。

(1) 疏肝理气药:肝主疏泄,调畅气机,情志内伤,勿使气机郁滞,影响肝的疏泄以致情志不畅。疏肝理气是常用的方法之一。主要药物有柴胡、香附、陈皮、青皮、香橼、佛手、代代花、腊梅花、玫瑰花、绿萼梅、八月扎等。这些药物属辛味芳香之品。其中香附、柴胡等及花类为常用之品。

(2) 豁痰开窍药:情志内纷扰乱气机后,常致肺脾肾等参与水液代谢的脏腑功能紊乱,致使津液输送失常痰浊内生,而痰湿内阻,蒙闭诸窍,以致精神情志障碍。因此治法为化湿涤痰、豁痰开窍。药物有藿香、佩兰、苍术、厚朴、砂仁、豆蔻、茯苓、泽泻、半夏、南星、皂夹、瓜蒌、麝香、冰片、石菖蒲、牛黄等。

(3) 重镇、安神、定志药:由于过度的社会心理刺激,尤其是各种压力过重,可导致情志波动剧烈,以致引动心肝之火,阳躁动或暗耗阴血,而表现出躁扰、多动、焦虑、惊狂、失眠、夜惊等心神不宁之症。此时应使用重镇、安神、定志之法。常用的重镇、安神药物是朱砂、磁

石、龙齿、牡蛎、琥珀、珍珠母、紫石英之类。养心安神药为夜交藤、合欢皮、酸枣仁、柏子仁、远志、五味子、北秫米、淮小麦、桑椹子、龙眼肉等。

(4) 清热泻火药 情志过极,郁久可以化火,热盛可扰乱心神,出现心理障碍。症见躁扰不宁、狂动多怒、焦躁不寐、行为暴戾等。治法则以清热泻火。用药为生石膏、知母、龙胆草、栀子、黄连、黄芩、夏枯草、生地、木通、麦冬、天冬、竹叶、莲心等。

(5) 养血理血药 中医基础的理论认为,血为精神情志活动的物质基础。情志内伤,损及精血可表现为血热、血虚、血瘀等症,可见心神不安、虚烦失眠、多梦易惊、多疑、不耐思虑、心悸怔忡等症。其中用于治疗血热者为犀角、水牛角、牛黄、丹皮、赤芍、玄参等。血虚者可用地黄、当归、首乌、桑椹、阿胶、龙眼肉等。血瘀者则可用丹参、郁金、元胡、川芎、桃仁、红花等。

(6) 补益调理药 不良的情志刺激,常致机体正气虚弱,脏腑受损,免疫功能下降。使用补益药,能增强机体正气,这是治疗情志疾病必要的治疗手段。此类药众多,其中补气助阳常用的有人参、党参、黄芪、白术、黄精、仙茅、仙灵脾、巴戟天、菟丝子、鹿角胶、肉桂、杜仲、益智仁、灵芝等。滋阴养血的药有鳖甲、龟版、天冬、麦冬、枸杞子、女贞子、熟地、白芍、首乌、阿胶。此类药能补益益智,调整心理障碍。

2. 针灸疗法 针灸疗法是中医治病中一种古老的治疗方法,千百年来针灸作为一种治疗手段在缓解形神苦痛、改善心身功能、增加机体免疫,以及强身保健等方面起到令人满意的效果。

针灸在治疗儿童心理障碍方面主要与手少阴心经、手厥阴心包经及足厥阴肝经有关。因此在治疗中,大多在以上三条经络上选穴。常用的穴位:手少阴心经上可以取神门、阴郄、通里、灵道等,在手厥阴心包经上可以取大陵、内关、劳宫、间使,在足厥阴肝经上可以取行间、太冲、曲泉等穴。此外针灸治疗中还十分讲究取他经或经外之穴,以此加强治疗效果。常用取穴的穴位,如百会、神庭、翳明、安眠、足三里、丰隆、心俞、神道、风府、哑门等。在耳针穴位上,取心、肝、肾、皮质下、内分泌、神门等点。

哑门 主治瘰疬、癫狂。

风府 主治瘰疬、眩晕。

百会 主治眩晕、惊悸、记忆力下降等。

内关 主治心悸、失眠、郁症、癫狂。

神门 主治心烦、恍惚、痴呆悲哭、多动症等。

支正 主治七情郁结不舒、好哭善忘、小儿_病症。

心俞 主治惊悸、失眠、健忘、癫症、_病症。

针灸治疗儿童心身疾病应注意以下几点。

(1) 针灸是用毫针治疗,儿童会有害怕的心理,因此治疗前,要做好解释,取得合作。

(2) 取穴要少而精,一般取二到三个穴位,不宜取多。

(3) 一般不留针,以免造成意外。

3. 推拿疗法 推拿疗法,是用推拿的特有手法防治疾病的方法,专用于儿童疾病的推拿方法称为小儿推拿疗法。小儿推拿自成一派,自明朝以后,形成体系。小儿推拿简单、方便、有效,不受医疗条件和医疗设备的限制,又免除小儿畏惧打针的心理,受到患儿和家长的欢迎。

小儿推拿的手法不同于成人推拿的手法,容易掌握,操作时轻快柔和、平稳着实。手法

有十余种,如推、揉、按、摩、运、掐、搓、摇、捏、拿、拍等。手法的名称与成人推拿相同,但操作并不完全一样。

由于小儿的皮肤娇嫩,因此给小儿推拿要求手法熟练,用力均匀,动作轻柔,深透平稳,并要掌握好推拿的时间、次数、频率、强度,应根据年龄、体质、病情的虚实来决定。一般大龄儿童、体质强壮者,可适当延长时间,年龄小、体质弱、病症属虚的则手法宜轻。

小儿推拿取穴可参考推拿有关的穴位进行,用推拿法治疗的儿科常见心身病症有吐泻、厌食、拗哭、遗尿等。

(1) 吐泻 吐泻,即上吐下泻,表现为消化道功能的失常。《明医指掌》称:“脾虚则泻,胃虚则吐,脾胃不和,阴阳不顺,清浊相干,则吐泻兼作”。其原因除受寒、过热、伤食、伤湿外,精神情志刺激也可引起。分辨病因后,属精神情志因素,则可推胃经,揉内关,推下膻中、大肠,揉龟尾,摩腹等进行治疗。

(2) 厌食 小儿不思饮食,甚至拒绝进食称为厌食。《赤水玄珠》称其为“不思食,不嗜食”。此为儿科常见的病症。病因可分为两类:一为伤食纵肆口腹,日久则肥甘中阻,成积作痰所致;二为心因所致。婴幼儿中常因遭受惊恐,或因意愿未遂,或思念某物不得等等。每见纳呆食减。近年来,不少学龄少女,因受社会风俗影响,怕进食多而肥胖,有意限制饮食,久之则导致神经性厌食。因此,厌食一症,当分清病因,如属心因性则应调治心脾,采用补脾、揉板门、摩腹、捏脊等进行治疗。

(3) 拗哭 拗哭是指幼儿数日内啼哭不止,或白日如常,入夜则啼哭,则又称夜啼。小儿啼哭,有多种原因,要细辨之。《育婴家秘》指出:“盖儿初生,性多执拗,凡有亲狎之人,玩弄之物,一时不在,其心不悦而哭,谓之拗哭,须急与之,勿使怒伤肝气生病也”。严格地说,拗哭是指因幼儿性多执拗,但患儿骤遭惊恐而啼哭,也是常见原因之一。推拿可采用分推手阴阳、揉小天心、掐揉五指节。倘如心肝火旺加清心经、清肝经、清天河火等。

(4) 遗尿 遗尿是指5岁以上的小儿不能自主控制排尿,经常睡中小便自遗,醒后方觉的一种病症。《素问·宣明五气》指出:“膀胱不约为遗尿”。遗尿的病因有多种,有禀赋不足、有病后失调、有湿热内蕴,也可因情志失调。情志失调是患儿突受到惊吓,或因自幼缺乏教育,未能养成良好的夜间排尿习惯,或因小儿白天嬉戏过度,夜间睡眠过深等等。推拿可采用补脾经、补肾经、揉二马、揉百会、揉丹田、揉肾俞等治法。

4. 食疗 是指中国的传统食疗。《金匱要略》指出“所食之味,有与病相宜,有与身为害,若得宜则益体,害则成疾”。用食物来调补,恢复元气,以抵御疾病的侵袭,使机体保持健康状态,这是食疗需要达到的目的。清代张锡纯说的更具体:“患者服之,不但疗病,并可充饥,更可适口。用之对症,病自渐愈,即不对症,亦无他患”。食疗对疾病有一定的疗效。对于一些慢性疾病、心身疾病尤为适宜,因为不少食物既是食品又是药物,中医称为“药食同源”。作为食品,它使患者容易接受,对于儿童及老人更受欢迎,在服食的同时,又治疗疾病,二全齐美。有些药物本身味佳,可以调制各种可口的点心、菜肴,既增进食欲,又有利于吸收,有利于疾病的康复。

食疗应以中医理论加以指导,所谓辨证施食,这能加强疗病的效果。以下为几例治疗儿童心理障碍所致病症的食疗方。

(1) 小儿厌食:

焦三仙粥 神曲、麦芽、山楂各30g,砂锅加水1000ml煎汤20min后去渣取汁,加入粳米

50g、砂糖少许煮粥,两餐间服用。

(2) 小儿拗哭(夜啼):

1) 灯心草汤 灯心草 5g,蝉蜕 2 只,白糖少许,取汁每日 1 剂。

2) 啼儿安粥 蝉蜕 3 只,粳米 50g,白糖少许,三者放在一起煮粥,每日 1 次,每次 1 剂。

3) 酸枣仁粥 酸枣仁 15g,柏子仁 12g,两者加水煎汤 20min 后,去渣取汁,加粳米 50g 煮粥,每日 1 剂。

(3) 小儿多动症:

1) 桑椹子(鲜果):可取 10~15g,干果可取 6~8g,每日嚼服。

2) 龙眼肉(干果):每次取 4~5 颗,每日 2 次,连服 7~8d。

3) 莲子肉去皮(带心)磨粉,取 50g 用水调成糊状,放入桂圆肉 30g,加水煮成羹,每日 1 剂,连服 1 个月。

4) 猪心粥 猪心 1 只,粳米 100g,猪油少许,盐、味精少许。猪油下锅,猪心切片炒散,加入粳米烧成粥。早晚 1 次。

(4) 遗尿:

1) 猪膀胱 1 个,益智仁 30g。将益智仁装入洗净的猪膀胱中,加水烧熟,去药渣,将膀胱切开,分成几份,早晚各服 1 次。

2) 乌骨鸡肠 取雄乌骨鸡肠,洗净,放在瓦上焙干研末,每日 2 次,每次服 3~8g。

3) 羊肾 1 个,桑螵蛸 30g。羊肾对半切开去筋膜,与桑螵蛸同煮后,取羊肾切片,蘸盐少许食,每日 1 次,每次 1 个,1 个月为 1 个疗程。

(张玉麟)

参 考 文 献

1. 何裕民,叶锦先等. 心身医学概论. 上海:上海中医药大学出版社,1990
2. 上海中医学院主编. 中医儿科学. 上海:上海科学技术出版社,1979
3. 姚乃礼等. 中医内科心身疾病. 青岛:青岛海洋大学出版社,1995
4. 杨甲三. 针灸学. 北京:人民卫生出版社,1995
5. 季建林. 医学心理学. 上海:复旦大学出版社,2001

第四章 儿童心理障碍的心理治疗

第一节 概 述

一、心理治疗的概念

心理治疗(psychotherapy)是应用心理学的原理和方法 ,通过治疗师与被治疗者(儿童和青少年)之间关系的互动 ,促进被治疗儿童和青少年的认知、情绪、行为、人际关系等有关问题发生改变的方法。

心理治疗和心理咨询有不少相似之处。咨询(counseling)是商讨、交谈、协商的意思。咨询的方式和内容很多 ,如法律咨询、商务咨询、旅游咨询、医疗咨询、政策咨询等 ,心理咨询(psychological counseling)只是咨询的一种形式。儿童心理咨询指受过专业训练的心理咨询师通过专业技术来帮助儿童 ,使其放开自己、发挥潜能、整理并综合自己的思考能力 ,自己去解决现实问题 ,接纳并欣赏自己 ,克服心理障碍的过程。心理咨询是一种特殊的人际关系 ,目的是去改变原有人际关系中的困难和麻烦 ,建立新的人际关系 ,更好地去适应家庭和社会环境。

对儿童进行的心理咨询和心理治疗 ,与对成人的心理咨询和心理治疗不一样。不能简单地将儿童看成“ 微缩的成人 ”或者“ 小大人 ” ,因为他们牵涉到儿童的心理发育、心理发展阶段、家庭环境、认知水平、对治疗的接受性等因素 ,仅仅按成人的理论和方法来进行咨询和治疗 ,而不顾及儿童的独特性是不够的。

现代心理治疗是从弗洛伊德(S. Freud)的心理分析开始的 ,至今已有 100 多年的历史了。在心理治疗发展的过程中 ,心理治疗的理论技术和流派日益增多。无论治疗手段和方法如何变化 ,治疗师与被治疗者之间的相互关系或相互作用始终是心理治疗实践核心。

(1) 治疗者或称治疗师、心理医师、咨询师必须是受过心理治疗知识专门训练的人员 ,他们在进行心理治疗过程中要会正确认识或体会与被治疗者之间的阻力、移情、改变、互动等现象 ,并根据这些现象调整自己的言语、治疗取向等策略 ,从实际操作的面层上有别于父母亲的说教和批评 ,有别于老师的教导和劝说 ,更不同与亲戚朋友的安慰和承诺。

(2) 治疗师与被治疗者之间应该是一种更新的、互动的和建设性的关系 ,这是借用北京大学精神卫生研究所许又新教授的观点。更新意味着抛弃原有的关系模式 ,设身处地地从内心理解并接纳儿童的内心感受 ,换个角度对其症状进行解释(reframing) ,以中立的态度帮助、启发儿童去找出解决问题的方法。互动则是将心比心 ,在心理治疗中 ,治疗师要能宽

容儿童的缺点,欣赏其优点和长处,正确理解和表达儿童的意图并能得到他(她)的认可,尊重对方而不附加任何主观因素,能感受儿童的意图和情绪,也要能让儿童感受到自己的变化和情绪。建设性关系则可以促进儿童的自我理解,增进自尊心和自信心,促进独立性和潜能的发挥,并能将其运用到其他人际交往中去。

(3)就儿童而言,要让他们认识到自己心理问题或心理困惑并寻找解决方法,主动与治疗师配合,不断改变自己,促进心理和行为的进一步成熟。

二、儿童心理治疗的简史

最早对儿童进行心理治疗的当属 S. Freud,他于 1909 年对“小汉斯”进行的治疗,被认为是试图从心理的角度来解释和治疗儿童期心理障碍的经典案例(Freud,1955 年)但是他本人并没有直接对儿童个案进行过咨询或治疗。

直到 1926 年,他的女儿安娜·弗洛伊德(Anna Freud)向奥地利维也纳精神分析学会做了一系列名为“儿童精神分析技术”的演讲,这些演讲引起了学者们的广泛关注,从此奠定了她在儿童精神分析方面先行者的地位。到了 1932 年,Melanie Klein 强调儿童游戏的象征意义,将儿童的自由游戏引进来代替成人的自由联想技术,从而发明了游戏治疗(play therapy)。虽然精神分析治疗和游戏治疗两大阵营在很多观点上存在差异,但 A. Freud 和 M. Klein 仍然是儿童精神分析领域的主要代表人物,大多数的精神分析著作都分为 A. Freud 和 M. Klein 两派的观点。

1905 年,Alfred Binet 完成了智力测验的早期工作,被当时的法国学校用来进行教育分类,对儿童心理的研究及应用起到了积极的作用。

1909 年,美国医师 Healy 在芝加哥创设了第一个儿童精神病理研究所,对儿童的行为发展进行生物、心理和社会的研究和治疗,同时对一些过失儿童进行行为指导。以后,在美国的许多地区如伊利诺斯、波士顿等都有行为问题的儿童入手,相继成立了儿童行为指导所。所以,有些学者认为,儿童的心理咨询和治疗开始于对儿童的行为指导。

1940~1950 年间,心理分析治疗主要应用于儿童。

1960 年以后,行为治疗、认知治疗、家庭治疗等技术开始被应用于儿童的临床工作。

我国对儿童的心理咨询和治疗工作,其实在 20 世纪 30~40 年代就已经开展过,当时在上海、北京、成都、南京等地开设了儿童行为指导所。以后,由于种种原因心理咨询业甚至心理学工作基本上处于停滞状态。直到 20 世纪 80 年代中期,以南京、上海、北京、长沙等地的儿童精神病门诊率先开展了儿童心理咨询工作,到 20 世纪 90 年代末的十几年里,儿童心理咨询和心理治疗工作在省级儿童医院儿保门诊、妇幼保健院、精神卫生中心得到了普遍的发展。

进入 21 世纪,心理卫生工作进一步受到政府和社会各界的重视,江泽民总书记在 2001 年世界卫生日到来之际给世界卫生组织总干事布伦特兰的复函中,阐述了全国范围内已初具规模的心理卫生医疗和保障体系,就表明了中国政府愿意继续与世界卫生组织加强合作,大力推动包括心理卫生在内的各项卫生事业发展的观点。

2001 年 12 月 28 日经上海市第十一届人民代表大会常务委员会第三十五次会议通过并颁布的第一个地方性法规《上海市精神卫生条例》已于 2002 年 4 月 7 日实施,把学校心理健康教育、为学生提供心理卫生服务和心理咨询作为儿童的权利写入了法律。

2003年7月,世界精神病学协会(WPA)、世界卫生组织(WHO)和国际儿童和青少年精神病学及相关专业协会(IACAPAP)在瑞士日内瓦召开专门会议,就全球儿童心理卫生服务从对儿童心理卫生服务的意识(awareness)、初级预防(primary prevention)和管理及治疗(management and treatment)三个层面提出具体实施方法,其中与心理治疗有关的措施占有相当重要的位置。这是WPA、WHO和专业协会IACAPAP第一次合作把全球儿童心理卫生服务作为专题来研究。

三、儿童心理治疗与成人心理治疗的区别

1. 动机不同 成人通常能意识到心理问题的存在,成人会被别人鼓励或者建议去寻求心理帮助,往往可以自己决定是否去咨询或治疗;儿童往往不能意识到心理问题的存在,他们很少会主动接受咨询或治疗,通常由周围的成人或者家长为其做出是否治疗的决定。由于并非儿童自己做出要咨询或治疗的决定,所以会影响治疗关系的建立,治疗依从性比较差。造成这种现象的原因可能是儿童对咨询或治疗的过程和目标缺乏认识,根本不知道咨询到底是怎么一回事。一个因为过多玩电脑游戏而耽误了正常学习的小学生,经常因为做功课而发脾气,当父母对这个孩子没有办法的时候,往往会带孩子到心理咨询中心来寻求帮助。父母认为孩子需要心理医生的帮助,孩子则坚决拒绝来咨询,他认为不是他的问题,父母才是真正要咨询或治疗的对象,甚至认为来咨询的目的就是让心理医生来帮助父母管教自己。这样,在咨询或治疗的过程中,也会产生对治疗的阻抗。

2. 语言理解和语言表达的不同 儿童的语言发展和认知水平尤其是抽象思维能力有限,会影响到在咨询过程中对语言的理解、表达和对情绪的感受。作为咨询师或者治疗师,必须理解到这一点。成人咨询时经常使用的“话外音”、“醉翁之意不在酒”、“暗喻”均不适用于儿童,咨询师必须在儿童能理解和表达的水平与他们进行对话,而不至于产生儿童不理解治疗师所说话的结果。用讲故事、做游戏、绘画等非言语技巧就更适用于儿童,能通过以上技巧让儿童得以表达自己的感受和想法,而且不会造成他们的焦虑和挫折感。

3. 儿童更多依赖于家庭环境 相对于成人对家庭环境变化的左右和控制,儿童往往是家庭环境变化的反应者,几乎没有力量采取行动去消除环境的压力,只能被动地对父母争吵、父母离异、学习压力等做出反应,也就是所谓的心理问题。由于儿童的生活完全依赖于环境,不能单独被治疗,所以就应该把环境作为治疗的一部分来处理。成人能够单独接受咨询或治疗,能对家庭环境的变化进而对自己的变化有主动性,有选择性。

4. 儿童个性的不确定性 儿童的个性在不断地变化和发展,具有很强的可塑性,很容易受到治疗的影响。良好的治疗关系一旦建立,就会对儿童产生积极影响。

四、心理治疗的内容

心理治疗的直接对象主要是儿童和青少年。对不能自诉、言语表达能力不够的幼儿尚不能作为直接咨询或治疗对象,应该由其父母亲、监护人、养育者的陪同、协助进行间接的心理咨询和心理治疗。

实际上,儿童心理咨询和心理治疗的内容涉及到儿童从出生到青春期这个广泛年龄阶

段的心理发展过程及其包含的许多心理问题。

1. 儿童心理发展 儿童的气质管理 ,家庭教育 ,促进儿童身心健康 ,独生子女的养育 ,儿童心理卫生保健等。

2. 儿童行为问题 一般心理卫生问题如咬指(趾)甲、吸吮手指、发脾气、退缩行为、依赖行为 ;注意缺陷多动障碍、品行障碍、对立违抗性障碍、电脑(电子)游戏成瘾行为。

3. 儿童情绪问题 依恋障碍 ;各种恐惧、焦虑、抑郁、强迫情绪 ;自信心不足、自尊心下降、人际关系紧张。

4. 学习问题 学习成绩下降、学习兴趣不足、学习成绩不平衡、学校技能发育障碍、考试焦虑和成就焦虑。

5. 家庭关系问题 父母教育观点不一致给儿童带来的影响 ;家庭结构异常(单亲、离异)所致儿童心理障碍 ;精神疾病的家庭康复。

五、心理治疗的目的和意义

目的在于解决儿童和青少年所面临的心理困难 ,减少焦虑、抑郁、人际关系紧张等主观不适症状 ,改善其依赖、退缩、敌对等适应不良行为 ,促进其人格进一步成熟 ,能以积极的态度、适当的行为方式来处理心理问题和适应社会生活。

心理治疗可以理解帮助人改变行为、情绪、人格的过程。从这个意义上讲 ,治疗者是助人者 ,帮助被治疗者自己改变自己 ;被治疗者则要有积极改变自己的动机和行为 ,在专业人员的帮助下 ,消除心理困扰 ,促进自我实现。

六、心理咨询和心理治疗的原则

由于心理咨询和心理治疗的特殊性 ,在对儿童进行咨询和治疗的过程中 ,作为心理治疗师 ,应该遵循以下原则。

(一) 良好的治疗关系

心理治疗是在人际关系或者相互作用的过程中进行的 ,心理治疗过程中涉及的接纳、理解、倾听能力、感情移入、尊重等技巧都在明显影响着治疗师与儿童和青少年的关系 ,这种治疗关系(therapeutic relationship)贯穿于治疗的始终 ,直接影响着治疗的效果和成败。心理治疗中的治疗关系不同于传统意义上的医患关系 ,也有别一般的朋友、亲子、兄弟、同学、祖孙、师生等关系。它是局限于特定时间和地点的 ,给儿童提供专业帮助的亲密关系 ,目的在于使其行为改善、减轻痛苦 ,更好地适应社会。

(二) 尊重信任原则

对于前来要求治疗的儿童和青少年 ,不论其年龄大小、心理问题是什么、问题的轻重程度、性质如何 ,也不管是否喜欢这个孩子、他们父母的经济收入多少 ,心理治疗师都应该尊重他们。认真询问他们的困惑 ,细心倾听他们的诉说 ,默默观察他们的言行举止 ,适时地做出反应 ,相信他们所讲的话。尊重和信任是治疗过程中治疗关系得以维持和健康发展的重要保证。

（三）保密原则

儿童和青少年的很多心理问题都是因为人际关系、学习成绩、身体残疾、亲子关系、成长问题、性困惑等牵涉到个人隐私的事件诱发或引起的,作为心理治疗师要遵守保密的职业道德,不把儿童和青少年的隐私向公众或媒体散播,更不能作为茶前饭后的笑料去议论。另一方面,在治疗的过程中,有些问题或事实要向儿童的父母求证或说明的,要在征得儿童同意后才可以进行。

（四）挖掘资源原则

多数儿童和青少年虽然都是带着心理问题或被压抑的心情而来,但是,他们并非全都失去了心理功能。治疗过程中,治疗师要不断注意到儿童和青少年的长处和优点,从他(她)的言谈中找出积极的资源,启发和帮助他(她)将潜在的能力发挥出来,这样的治疗策略称为资源取向(resource oriented)的心理治疗策略。

（五）综合性原则

相对于其他治疗方法而言,心理治疗涉及的理论、技术和知识面都较多而广,所要解决的心理问题也是千变万化。因此,治疗师在进行治疗时,不可拘泥于一种学派、一种理论或一种方法,而应该将诸多理论和技术整合在一起,熟练运用于需要帮助的每一个孩子。

（六）预防原则

儿童的很多心理问题与儿童的生长发育有关,是生长过程中的行为、情绪偏差,早期、正确、即时的咨询和治疗往往会起到防患于未然的作用,到表现出明显的心理障碍时再去治疗,为时已晚。

（杜亚松）

第二节 精神分析治疗

一、精神分析治疗的概念和历史

精神分析学(psychoanalysis),又被称为动力心理学(dynamic psychology),是通过特殊的治疗设置,运用精神分析技术,如分析阻抗、移情、反移情、释梦等,对患者潜意识的心理冲突和不成熟防御方式的理解和调整,达到缓解症状,促进患者人格成熟的心理治疗方法。

精神分析治疗是现代西方心理学的主要流派之一,它形成于19世纪末。1900年,奥地利精神病理学家、心理学家弗洛伊德在广泛总结前人研究成果和密切的临床观察基础上,形成了精神分析理论体系。

精神分析理论诞生之后,弗洛伊德的学生和弟子又进一步发展了他的理论,形成了新的理论体系,后人根据精神分析学派理论的发展,将其分为几个阶段:①弗洛伊德的精神分析

理论。②新精神分析学派,又称为新弗洛伊德学派,主要指阿德勒的个体心理学和荣格的分析心理学。③后精神分析学派,又称为后弗洛伊德学派,主要包括自我心理学(ego psychology)和自身心理学派(self psychology)等。

在弗洛伊德之后,安娜·弗洛伊德和克莱因(Klein)将精神分析更多地用于儿童,极大地丰满了客体关系理论,也渐渐发展形成儿童精神分析治疗学,使精神分析治疗的适应年龄大大提前了。

二、精神分析的基本理论

1. 潜意识理论 弗洛伊德的潜意识理论是把人的精神活动分为三个层次:意识-前意识-潜意识,即精神结构的地形学说。其中,意识是人体心理活动有限的外显部分,是与直接感知有关的心理活动部分。潜意识是被压抑到意识下面的、无法从记忆中马上回忆的部分,它们通常被社会的风俗习惯、道德、法律所禁止的内容,包括个人原始的冲动和与本能有关的欲望等。前意识是介于意识和潜意识之间的部分,略加注意,即可回到记忆和意识中来。

2. 人格结构理论 弗洛伊德用本我(id)、自我(ego)和超我(superego)三个层次的结构来说明人格结构。其中,本我是人格中最原始、与生俱来的部分,是心理能量的基本源泉,它是无意识、无理性的。本我奉行快乐原则,要求无条件地即刻满足。本我与外界不能直接接触,而是通过自我来实现愿望;自我是在现实的环境的反复锤炼下,从本我分化出的一部分,它是现实化的本我,奉行现实的原则,是理性的、务实的,力争既回避痛苦,又获得满足。超我,又称为理想自我,是人格结构中道德和准则的代表,其作用就是按照社会道德标准监督自我的行动。

3. 内驱力的学说 内驱力(drives)在精神分析理论中是指产生心理活动的能量,它是一种先天决定的心理成分,当它发生作用时就产生一种心理兴奋状态,产生某种需要的感觉或通常称谓的紧张状态,这种兴奋或紧张状态推动着个体的活动,从而消除兴奋和紧张,达到满足。

弗洛伊德将人类本能的内驱力分为性驱力(libido)和攻击驱力,在我们所能观察到的所有本能现象中,不论是正常的还是病理的,这两种内驱力都参与其中或融合在一起。

4. 客体关系理论 客体(object)这一概念是相对于主体而言的,在精神分析理论中,客体指的是对个体心理发展影响最为重要的人,通常首先是父母或祖父、祖母辈的养育者,其次是兄弟姐妹。精神分析理论认为,一个人在他成年后是否具有与他人建立信任和友好关系的能力,取决于他早年生活经历中的客体关系。

这一理论在儿童精神分析治疗中大大发展,并积累了较多临床实践经验。

5. 心理结构的发展理论 通过对儿童成长发育过程的观察和回溯成年神经症患者的童年经历,弗洛伊德将个体心理发展与生理功能的发展联系在一起,发现了无论在任何文化背景或任何种族中都共有的人类心理发展的规律。

(1) 口欲期(oral stage 0~1岁):弗洛伊德将婴儿期称为口欲期,是因为对婴儿来说,口腔及口周围黏膜是其满足快乐及交流的最重要的身体部位。这时,婴儿通过口腔的味觉来感受世界和看待世界。这个时期孩子的性敏感区,或称为“快感区”是在口唇部位。

(2) 肛欲期(anal stage 2~4岁):1岁左右的孩子通常都要接受大小便的训练了,随着肛门括约肌的发达,孩子开始能在一定程度上控制自己的大小便,当大便通过肛门时,黏膜产生强烈的刺激感,这样的感觉不仅是难受,而且也能带来高度的快感。

(3) 俄底浦斯情结期(Oedipal - complex stage 4 ~ 6 岁):又称为性蕾期或性器期(phallic stage) 这时期孩子的性敏感区转到阴部。 这个年龄段的孩子可能会表现出对双亲中的异性有更多的亲近感 ,而对双亲中的同性可能会出现排斥感。 从主客体关系的变化上 ,此期从二重关系进入了三重关系 ,或三角关系阶段。此外 ,和同性父母竞争的欲望也使孩子产生害怕被阉割的焦虑等。

(4) 潜伏期(6 ~ 10 岁) :概念产生于观察及经验 ,即孩子在经过了口欲期、肛欲期和俄底浦斯期后进入一段安静的阶段 ,在此阶段中 ,孩子对父母及兄弟姐妹的兴趣减少 ,对动物、运动、自然界的好奇心徒增。

(5) 青春期(10 ~ 20 岁) :指心理社会性发展及生物性成熟。约 10 岁开始发展以下功能 :躯体成熟(性功能 ,身体发育逐渐停止) ;与原始家庭内客体的心理社会性分离 ,建立家庭以外的亲密客体关系 ,性别的确定及个性的形成 ,认知功能的继续发展(皮阿奇特则认为 16 岁时思维已经充分发育) ;与文化和社会价值观进行同化及适应。

6. 关于焦虑的理论 焦虑是精神分析理论中最重要的概念之一 ,一般将焦虑分为三类 :①现实性或客观性焦虑(reality or objective anxiety)——其危险根源来源于外界 ,如害怕毒蛇或某些危险的情景。②神经性焦虑(neurotic anxiety)——威胁的根源来自伊底的本能性冲动 ,人们害怕自己被本能的冲动所支配 ,干出给自己带来麻烦的事情。③道德性焦虑(moral anxiety)——威胁的根源是超我系统的良心 ,人们害怕因为自己的行为 and 思想不符合理想自我的标准而受到良心的惩罚。一种焦虑状态不止一个根源 ,它可能是 2 种甚至 3 种焦虑的混合。

7. 心理防御机制的理论 防御是精神分析理论中的一个重要概念。 防御是自我用来驱赶意识到的冲动、内驱力、欲望和想法 ,主要是那些能引起个体焦虑的性的欲望和攻击性。一般来说 ,防御是在潜意识里进行的 ,因此个体并不会意识到它在发挥作用。精神分析理论将心理防御机制分为四类 :①自恋性防御机制 :精神病性否认、妄想性投射、分裂作用、歪曲作用等。②不成熟的防御机制 :非精神病性投射、防御认同、被动攻击、付诸行动等。③神经症性防御机制 :压抑、置换、退行、隔离、反向形成、抵消、合理化等。④成熟防御机制 :利他、升华、幽默等。

三、精神分析技术

1. 治疗联盟 治疗联盟是患者在精神分析的设置下 ,与有较强的治疗动机 ,与治疗师之间建立的非神经症性的、合理的、可以理解的和谐且牢固的关系。建立工作联盟对于维持治疗有重要作用。

儿童精神分析治疗的治疗联盟 ,父母的作用很大 ,父母是促成治疗继续 ,保证患儿接受治疗的重要因素 ,这一点与成年人不同。

同样 ,成人心理治疗往往主要通过谈话进行。而儿童精神分析治疗 ,分析师与患儿的交流技巧要求更高 ,除了谈话 ,更多是根据不同年龄段孩子的喜好 ,通过一起“玩”进行交流的。所以 ,儿童心理治疗室的布置要适合孩子的交流 ,不要成人化过强。

2. 移情 移情为精神分析治疗时所产生的冲动与幻想的新的样式或翻版 ,倾向于将早期的某些对象与治疗师其人进行替换 ,全部系列的心理经历被唤醒 ,但它不属于过去 ,而是

在现时反映至治疗师的身上。有些移情有与它们的模式不同的内容,不管如何排除替代,这种情况——保持相同的隐喻——只是新的印象或翻版。其他则多以精巧的形式进行了组合,这些内容从属于适当的影响,巧妙地在治疗师的角色那儿充分利用了一些真实的特点或在类似的环境中达到上述作用,它为不恰当地代表着现时的带有个人感情、驱力、态度和幻想的体验。移情必须具有两个特点:对过去的重复和与现时的不合适。有两个观点值得注意:①移情是在潜意识中将过去经历在现时中重现的结果。②为内在冲突投射和外化的结果,与自我理想化和超我有关。

3. 反移情 反移情指治疗师就被分析者本人所产生的潜意识反应及相关移情的总和,为在分析性治疗中的“分析师的状态”,患者和分析师是这一结构的两个要素,构成在分析情境下的移情和反移情性人际关系。反移情包括了在分析师的人格中有可能影响治疗的一切因素,可被理解为对另一人的移情反应。就技术角度来鉴别反移情有如下几点意义:①在自我体验中确认反移情,以使治疗中的移情成分凸现更清楚。②明确反移情相当于可以利用曾经是潜意识的成分去探测患者的潜意识成分。③反移情常带有情感的成分,作为意识的部分,它仍可为治疗师所利用来了解自己的潜意识。

4. 阻抗 意味着对抗,阻抗是对分析的进展、分析师和分析性方法及过程起反作用的反向力量,即阻碍患者的自由联想、妨碍患者试图回忆和达到对顿悟的理解领会、针对患者的合理化自我及想改变的愿望起反作用的力量。阻抗可以是意识、前意识和潜意识的,可以用情绪、态度、观念、冲动、想法、幻想或行动的方式得以表达。

阻抗也可以被理解成防御机制在治疗中的表现。从大的背景上来说,一切妨碍治疗的进行和损害治疗关系的言行都是阻抗。

常见的阻抗有不遵守治疗设置、在治疗中过度沉默或过度健谈、爱上治疗师(移情性阻抗)等等。

阻抗后来也为其他一些心理治疗学派所应用,专指患者表现出的对治疗进程有意或无意识的对抗。

5. 付诸行动 各种以行动的方式而不是以语言的方式来表达潜意识的冲突,称为付诸行动。

付诸行动可以发生在治疗关系中,一个不太少见的例子是,患者对治疗师产生有敌意的移情时,不是采取讨论和控制这种情感的方式,而是拂袖而去。

广义的付诸行动也指发生在治疗之外的、潜意识层面针对治疗师的行为。比如,一个患者爱上了治疗师,便通过草率地结婚来表达对治疗师拒绝自己的不满。所以弗洛伊德建议,在治疗期间,患者应避免做出对生活有重大影响的决定。

各种性变态的患者,也是通过行动来满足自己冲突性的冲动的。此外,由于付诸行动对治疗也有消极影响,所以也是阻抗的一种形式。

6. 梦和梦的解析 梦是建构精神分析大厦的基石。弗洛伊德说,梦是我们了解潜意识的捷径。

(1) 梦:是被压抑到潜意识的愿望的满足。梦可分为显梦和隐意。显梦是指梦的可感知的部分,隐义是指显梦背后的潜意识冲突和愿望。

(2) 连接显梦和隐意的是梦的工作:梦的工作有四种:凝缩、转移、象征和特殊表现力。

(3) 凝缩:是指把大量的潜意识的材料变成简单的显梦。

(4) 转移 :是指用一种元素替代另一种元素 ,或者将重点转移到不重要的元素身上。

(5) 象征 :是指潜意识的内容往往会以一种隐晦的、间接的事物来表现。

(6) 特殊表现力 :是指将思想变为视觉形象的能力。

(7) 梦的解析 :就是通过显梦分析其背后的隐意 ,即分析其背后的潜意识冲突和愿望。

对于儿童的治疗 ,治疗师用形象、象征的语言进行解释非常重要。根据不同年龄段的孩子 ,用他们能够理解言语或躯体语言表达是建立医患关系的重要途径 ,也是决定治疗是否可以继续或成功的重要环节。

7. 节制和中立 在患者对治疗过程有一个大概的了解之后 ,治疗师就应该少讲话 ,更多地倾听患者对于其内心世界的描述 ,这种技术称为“ 节制 ”。

对患者的一切情感、看法和行为 ,治疗师都不应该作诸如对或错、好或坏的判断 ,这种态度称为中立。

8. 自由联想 治疗师鼓励患者 ,尽量自由地、无拘无束地讲 ,不要在乎所说的是否正确 ,或者是否合乎逻辑。坚持要患者说出所想的任何事情 ,不要有任何隐瞒 ,特别是那些他不想说、或者不好意思说的东西 ,说出来尤其有意义 ,这种说的方式 ,称为自由联想 ,它是精神分析治疗的重要技术之一。

9. 解释与重建 在精神分析中解释是指分析师对患者的表达和行为的潜意识意义的推断和结论 ,是通过分析师对患者的说明 ,来增加患者关于自己的知识 ,而这些知识是治疗师从患者自己的思想、情感、言语和行为中提炼出来的。或者说 ,解释是使潜意识的意义、资源、经历、模式和特定心理事件的原因变为意识 ,这一般需要多次操作。

重建是指将患者和他过去的环境中的重要人物置于现实的背景下 ,这包括重建在过去各个时期的自我形象。

10. 修通 由领悟导致行为、态度和结构的改变的分析工作就是修通。这一工作的内容包括以下几种。

(1) 重复地解释 ,尤其是对移情性阻抗的解释。

(2) 打破情感和冲动与经验和记忆之间的隔离。

(3) 解释的延长、加深和加宽 ,发掘一个行为的各种决定性因素。

(4) 重建过去 ,将患者和环境中其他重要人物置于活生生的背景下 ,这包括重建在过去各个时期的自我形象。

(5) 促进反应和行为的变化 ,使患者在面对他曾经认为是危险的冲动和客体时 ,勇于尝试新的反应模式和情感模式。一般来说 ,患者会首先在分析场景中尝试新的行为 ,然后在分析场景之外 ,这些新的行为将较少受到婴儿期经历的扭曲。总之 ,精神分析治疗是较难掌握的一门治疗技术 ,对儿童进行精神分析治疗 ,尤其需要较好的训练和实践基础。

(肖泽萍)

第三节 行为治疗

行为治疗是以行为学习理论为基础 ,按一定程序来矫正人们心理障碍或行为问题的治疗技术。与其他治疗相比 ,行为治疗是一种疗程较短的治疗 ,它不涉及个人的内心冲

突,而是教会患者新的,更加适切的行为来替代问题行为。在临床上常常用于治疗恐怖症、分离性焦虑、强迫症、进食障碍、注意缺陷多动障碍和品行问题。是目前治疗儿童、青少年心理障碍的主要心理治疗方法,临床上常与认知治疗合用,在家庭治疗中也用到许多行为治疗技术。

一、行为治疗的基本理论

行为治疗起始于20世纪20年代,以经典条件反射为主要实践手段。20世纪50年代出现了操作性条件反射,强化程序开始应用于治疗领域。20世纪60年代又提出了社会学习理论,使行为治疗得到更进一步的发展。以下是对三个主要行为学习理论的简介。

(一) 经典条件反射理论

这一学说的代表人物是生理学家 Pavlov(1849~1936年),他在研究狗唾液腺分泌反射活动时,发现狗常常在看到食物桶,还未吃到食物时唾液腺就开始分泌。显然狗已经学会将条件性刺激食物桶与非条件性(原始)刺激食物联系起来,成为“刺激—分泌”中的刺激信号,这就是条件反射。此后,Pavlov还研究了条件反射的泛化、辨别等规律,用来解释行为的建立、改变和消退。

此学说将人的行为归为后天学习而来的。即当个体处于良好环境,经过适当学习,就可能形成正常的健康行为,而当个体处于不利环境,又经过不适当学习,就可能形成不健康行为。因此,治疗在于利用条件反射建立或消退规律,创设良好环境,引导患者进行适当学习,消除不良行为并获得健康行为。

(二) 操作性条件反射理论

美国心理学家 Thorndike 首次研究了操作性条件反射,他将猫关入一只迷箱,门被滑杆拴住。猫只有拉开滑杆才有可能逃出箱子(愉快的结果)。经过反复试验,猫学会拉开滑杆开门逃离,而且所需时间越来越短。猫的这种逃离行为能力并非马上出现的,而是随着时间在反复实践中逐渐获得并得到增强的。他发现愉快的行为后果更有可能促使行为的再现,而不良的行为后果则更可能减少行为的再现,这就是效果律。

随后著名的美国行为学家 Skinner 发展了此学说,将行为效果促进操作行为发生称作强化,积极的强化使能满足个体愿望的反应增加,消极的强化使个体去除或逃离不愉快结果的反应增加。Skinner 对于强化的时间、方式做了研究,提出全部强化和部分强化概念。Skinner 将操作性条件反射应用到人类行为上,提出人类许多行为包括心理疾病在内都是操作性习得性行为。

此理论与经典条件反射理论一样也提出人的行为是后天习得的,不同处在于前者通过操作的方式积极寻求刺激,强化是动因,强化会使个体趋向某种特殊活动或形成某种特定行为。因此,治疗在于改变强化方式从而改变病态行为。

(三) 社会学习理论

社会学习理论也认为人的行为是后天习得的,但并非一定以直接强化为动因,而是以一

定的榜样为观察、模仿对象,通过注意、保持、再现和建立动机四个阶段学习而来的。通过这些阶段的学习,个体把榜样从头脑中的表象变为实际仿效过程,从而使个体形成与榜样相似的行为。

有一些因素会促使模仿学习,如被模仿者的特征如能力、地位等与模仿者相似,被模仿者知名度高,模仿者依赖性强、缺乏安全感等特征以及模仿者主动参与学习等。

治疗的关键在于避免接触对患者不利的模仿对象,提供对患者有利的模仿对象,从而帮助患者习得良好行为。

二、行为评估

行为评估旨在确定事件和个体行为反应之间的因果功能关系。从行为评估中得到的信息可用于设计矫正不适宜行为的干预计划,以及监测疗效。以下介绍行为评估的主要内容与形式。

(一) 了解目标行为

设计行为评估方法时必须考虑许多因素。在对行为作评估之前必须先要确定患儿的目标行为,需要了解以下几个方面。

1. 目标行为的形式和内容 包括时间上的特点,如发生频率、持续多久和潜伏期等;反应程度;行为的内容和复杂性;以及行为的稳定性。

2. 目标行为“偏离”正常或影响社会功能的程度 包括行为对自己和他人的危害程度;行为“偏离”同伴的程度;以及行为损害个人、生长发育、学业或社交功能的程度。

3. 控制目标行为的因素 即指目标行为的功能特性。特定的情景、认知、生理和行为因素会引起目标行为的变化。如一个患抑郁症的初中生每当面临一大堆作业时,会更多地出现自杀念头。了解控制目标行为的因素有助于治疗师对目标行为的发生做出解释。

只有综合上述3个方面有关目标行为的内容,才有可能使随后的评估和治疗有效继续下去。

(二) 评估的环境设置

由于情景对行为的控制的重要性,具体评估应包括不同环境。

评估可以在自然环境下进行,即在患儿的学校、或家庭环境中取样。但是多数在经过严格控制的医院病房或治疗室等准自然环境中进行。

(三) 行为取样

治疗者对行为进行评估时还必须考虑何种行为取样观察方法适合于评估环境——行为交互作用系统。取样系统常常依据时间单位来分割行为或环境——反应相互作用,取样间隔时间可以是邻近的(如每小时)或是非邻近的(如每隔1h)。主要有五种时间取样方法。

1. 行为取样 即观察行为的出现并记录下来。行为发生频率测量就是将一定时间间隔内出现的行为次数累加起来,可以通过直接观察、自我监测或记录。

2. 持续时间取样 即测定目标行为开始到结束的时间。例如厌食症患者可以采用这种评估方法进食行为,如测定看到食物到开始吃之间的时间,或开始吃到停止吃之间的时间。这种方法适用于低频率发生的目标行为。例如当一个强迫症患者表现为强迫仪式行为,但次数少,表面上看上去不严重,若每次仪式性动作持续数小时那就说明实际上问题相当严重了。

3. 间隔取样 是将时间分成一定的间隔时间(如 5s、5min 或 1h 等),然后每隔一定时间间隔记录目标行为出现的次数和强度。

用这种方法只能知道出现靶行为的间隔、时间次数,而不能得到精确的靶行为出现频率和持续时间。常用于靶行为频繁出现,或其开始和结束时间难以确定时。

4. 现实时间取样 记录靶行为发生和停止的时间,其中包括了事件、持续时间和间隔取样。从记录一段时间内出现的行为次数获得行为出现的频率。将行为发生的结束时间与起始时间相减即可得持续时间信息。将 1d 分成规则时间间隔(如 8~9 时),就可以计算出每个间隔时间内行为出现的次数。

这种方法也不适用于高频率行为或开始与结束时间不详的行为。这种方法要求指定一人专门记录。

5. 瞬间时间取样 即每隔一段时间瞬时取样,包括了间隔和现实时间取样。

治疗中可以教会患儿和主要观察者如父母、老师用这些方法收集资料。

(四) 行为评估方法

1. 行为评估性面谈 当评估对象为孩子时,治疗者除了与孩子会谈外,还必须与父母和(或)老师会谈。

行为评估性面谈与非行为评估性(如精神动力性)面谈在面谈结构、着重点、行为解释和目的上有所不同。行为面谈是结构式的,使得面谈可以着重了解靶行为的表现方式、内容、意义和功能。例如行为治疗者通常会向患儿及其父母、老师了解患儿所处的情境、他(她)的认知、行为和生理状态,以及与不适宜行为在时间上的关系。例如某个逃学的孩子是因为作业本遗失了,怕受到老师的指责(认知),而出现回避学校行为(行为),一旦看到或想到学校,就出现心慌、头昏不适(生理)。治疗者通过行为评估,可以澄清患儿在特定情境中的害怕或恐惧的含义。

行为面谈的结构:①了解目标行为的表现形式、内容、社会意义和功能。②就症状和有关控制因素之间的关系提出假设。③选择设置和取样方法以便进一步评估。④初步设计个体化治疗方案。

2. 行为观察 行为观察是最常用的一种行为评估方法。常用的有无人参与的观察、参与性的观察和自我监督。

(1) 无人参与的观察 观察人员的工作仅仅是对患儿的外在行为进行记录,而不参与患者的任何事情。

(2) 参与性的观察 由接受观察方法训练的参与治疗人员、老师或父母定期与患儿接触,观察和记录患者在特定情景下的外在行为。常采用事件和间隔记录等取样方法。

(3) 自我监督 由患儿记录自己的行为,包括内在(如强迫思维出现次数和强度等)和外在的行为。治疗师应仔细指导患者如何识别目标行为以及如何记录,并且强化患者自我

监督的行为。自我监督的观察方法可用于任何环境,可采用任何取样方法(常用事件和间隔记录)。

此外,还可结合应用记录患者自我报告的行为与情绪状况的自陈量表(self-report inventory)来简便快速筛选、诊断、评估患者行为的社会功能和疗效;采用定式面谈和与靶行为有关的评定量表来给患者做出诊断,评估症状行为的严重程度。

3. 行为结果测量和既往资料 行为结果测量(product-of-behavior measurements)是一种操作方便,能测量目标行为或情景——反应交互关系发生后所产生的结果的一种方法。测定的内容如测定自虐者身上的伤痕,神经性贪食症的体重波动,计算盘中剩余的食物量来了解摄入体内的热量等。

既往资料包括生长发育史、既往疾病与治疗史、心理测验报告和成长史等。从既往资料中可以了解患儿的许多功能,以及与不适宜行为有关的重要信息。

三、常用的行为治疗技术

(一) 操作疗法

操作疗法遵循操作性条件反射理论,系统运用强化、惩罚、消退等方法来增加某些适应性行为,减少或消除某些不适应性行为。以下简单介绍操作疗法中常用的技术。

1. 强化 强化是指行为被紧随其后的直接结果加强的过程,其中的结果即为行为的强化因子,强化导致该行为增加。

强化可分为正性强化和负性强化。两者都会增加行为出现的可能性,区别在于行为结果的本质不同。正性强化是行为发生后导致结果增加或增强,此时强化因子为正性,个体的感受是得到奖励或支持。如孩子哭闹得到父母关心,以后孩子可能以哭闹行为来获得父母关心,这里父母关心是孩子哭闹行为的正性强化因子。负性强化是行为发生后导致结果减少或消除,此时强化因子为负性,个体的感受也是令其愉快的,因为去除了负性强化因子。如怕脏的强迫症患儿反复洗手来减少焦虑,以后每当焦虑时他(她)都会反复洗手,这里感到焦虑是促使患儿反复洗手行为的负性强化因子。

根据不同的行为理论,常用的强化因子有以下几种。

(1) 从会谈、评估孩子及其照顾者获得的资料中选择强化物实施,然后观察目标行为是否按治疗要求增加或减少。

(2) 按照 Hull(1943年)驱力减少学说,采用原始强化物(指能满足人的基本生存需要的刺激)如食物,或次级强化物(指通过与原始强化物关联而形成的条件化强化物)如表扬。

(3) 按照 Bandura(1969年)的感觉刺激学说,可采用能使感官兴奋的刺激作为强化物。

(4) 按照 Konarski 的反应剥夺学说,采用的反应使得孩子平时的行为方式无法再达到目的。

在治疗中选择什么样的强化物,如何使用,关系到治疗效果,因此,当治疗者在选择恰当的强化物及应用中需考虑到以下几点。

(1) 强化物的实施应该比较容易操作,代价小,并且能快速改变行为。

(2) 仅仅在目标行为出现时,才给以强化物,而且应及时,这样可以保证强化物的最佳效果。

(3) 在开始实施强化时,应频繁使用,出现疗效后,逐渐减少使用。

当强化治疗效果不理想,目标行为未出现,或未经常出现时,可以辅助应用以下方法,以促进强化治疗效果:①可给以孩子指令来帮助孩子完成目标行为。②示范目标行为,然后让孩子模仿并对之予以强化。

2. 塑造 是强化的一种特殊类型。是指建立个体在当时还不会完成的新行为的过程,即个体从不会到一步步学会一个行为的过程。

通常用于简单的目标行为的建立。常用于精神发育迟滞者的行为训练。应用塑造的步骤:

(1) 确定目标行为。

(2) 选择适当的强化物。

(3) 选择一个合适的起始行为。

(4) 列出通向目标行为的连续相似的行为。

(5) 对每一步的正确反应立即予以强化。

3. 消退 也就是操作性行为弱化的过程,即当行为不再得到强化而停止发生的过程。如父母的过分关注会导致孩子不断对焦虑采取回避行为,因此,父母应忽视孩子的恐惧行为,来减少孩子的回避。通常,消退与正性强化合用来促进适切行为的出现,减少不适切行为,如父母对该儿童的非恐惧行为给以正性强化。

4. 惩罚 是指行为之后的结果使得个体今后出现类似行为的可能性减少。在治疗中,当孩子出现不适切行为时,施以惩罚,从而减少这种不适切行为的发生。

惩罚依据行为的结果分为正性惩罚和负性惩罚。正性惩罚指一个行为发生后跟着一个刺激物的出现,结果这个行为将来不太可能再次发生。负性惩罚指一个行为发生后跟着一个刺激物的消除,结果这个行为将来不太可能再次发生。如每当婴儿出现反当行为时,研究人员就向他的嘴里喷入少量柠檬汁。结果,反当行为立刻减少了,而婴儿的体重也开始增加。使用惩罚方法时,负性惩罚的临床应用如正性强化的暂停和反应代价。常用的惩罚方法有以下几种。

(1) 反应代价:是指当孩子表现不适切目标行为时,他(她)就会失去某样目前拥有的东西。

(2) 暂停法:当孩子出现某种不适切行为时,去除一切可能的强化因素一段时间,以达到减少或消退不适切行为的目的。例如将孩子短期带离出现行为的环境而送入一间缺乏强化刺激的房间。

暂停法实施步骤:确定目标行为,每次目标行为出现时,将患儿带离问题环境,同时强化适切的替代行为。暂停法的实施应始终和适切的替代行为的强化结合起来,使得适切的替代行为逐渐增加最终替代不适切行为。

暂停法尤其适用于无法辨别或针对性去除不适切行为的特异强化因素时,一般用于对患儿自己或他人有危险的冲动行为,而又无其他去除强化因素的有效治疗方法时。

(3) 厌恶刺激疗法:即每当孩子出现某种不适切行为时,就给以额外的可令人产生不快的心理与生理反应的刺激(厌恶性刺激),使这种不适切行为与不快反应之间建立条

件反射关系。当不再给以额外的厌恶刺激时,一旦出现这种不适切行为时,仍然会体验到令人不快的不适反应,从而使孩子不得不中止或放弃用这种不适切行为来回避不舒服的体验。

通常采用的厌恶刺激有电击、将柠檬汁挤入孩子口中、让孩子闻异味氨水、水雾喷射、面部遮掩和斥责等,这些刺激常常令人产生疼痛、恶心、呕吐等不快反应。厌恶疗法要求厌恶刺激必须强烈到足以抑制患者原有的不适切欲望或行为,但又不会对个体造成伤害。

厌恶疗法的实施步骤:确定目标行为,谨慎选择针对患儿个体的适当的厌恶刺激;在恰当的时候施加厌恶刺激。必须将厌恶体验与不适切欲望或行为紧密联系起来,尽量使得两者同步。

实施厌恶疗法前与患儿协商,只有征得患儿同意和理解后才可实施厌恶疗法,实施厌恶疗法的同时应告诉患儿适切的替代欲望或行为。

(4) 刺激控制 刺激控制指由于某个特定的刺激或者某个刺激群体中的一个刺激的出现,增加了行为发生的可能性。

刺激控制的形成又称刺激辨别训练,即特定的刺激(可辨别刺激)出现时行为得到强化的过程。用符号表示如下:

$$S^D \longrightarrow R \longrightarrow S^R / S^P$$

S^D = 可分辨刺激, R = 反应(行为的一次出现), S^R = 强化刺激, S^P = 惩罚因素

例如精神发育迟滞儿童的行为治疗中常用的指令训练。治疗者的“站立”言语指令即可分辨刺激,只有当孩子对此作出特定反应,即站起时,才能得到强化物。

心理治疗中,我们可以用刺激控制技术来改变导致不适切行为的因素,即通过行为评估来寻找导致不适切行为的因素,然后改变这个因素如孩子的环境或生活方式,使得孩子的不适切行为减少。

(二) 示范疗法

通过让孩子观察他人(其他孩子或成人)的适切行为或反应,来教会孩子此行为或反应,或消除不适切反应。方法主要有象征性(录像或电影)示范和现实示范。孩子观察示范后,逐步模仿练习,给他们适当的鼓励,直到无需别人的帮助,完成适切行为或反应。

1. 自我控制 主要包括监控正性的事件和自我陈述,并从事那些有正性后果的行为和想法,发展可以达到的目标,对一件事做合理的归因,以及经常对自己做出自我强化。

2. 可能性管理 是通过对行为结果的外在管理,如奖赏适切行为、惩罚不适切行为,来增加适切行为、减少不适切行为。常用的有行为契约和代币管理技术。

(1) 行为契约 行为契约通过一系列的规则来详细、客观说明会产生特定结果的行为。操作中,应注意到以下几点:①明确、客观、详尽地描述需要改变或维持的行为。②规定如何测量或观察这个行为。③父母寻找对相关结果的系统控制。④结果应该呈现在恰当的时间。

通过详细、明确定义父母何时强化何时惩罚结果,行为契约法帮助治疗者对父母行为进行了刺激控制,孩子的行为后果能保持一致,以及可预测性。

(2) 代币管理技术 代币治疗是一种通过强化与惩罚相结合的方法,应用于指导性的治疗性环境中,能够系统地管理该环境中的个体行为。

代币疗法的实施有以下几个步骤:①示范或告诉孩子什么是期望的行为。②确定用作“代币”的项目,如可换取物品的象征物如卡片记分。这些强化物应是无法从他处获得的。在对患者的期望行为给予代币的同时应给予表扬等自然强化物。③确定兑换代币、给予奖赏的时间和地点。④当代币疗法实施中出现对抗期望行为的非期望行为时应运用“反应代价”,即每当非期待行为出现时拿走相应代币。

3. 自我管理 指患儿用行为治疗技术校正自己的不适当行为。主要包括以下几个步骤:①确定目标行为。②自我监控。③自我评估。④自我强化。

4. 自我监控 治疗前,让孩子记录目标行为的具体及相关情况,以便治疗者分析、诊断,与父母和孩子一起制定治疗计划,在治疗中,这种自我记录可用来评估行为的改变。一般进入学龄期的孩子都可以监测和记录他们自己的行为。对于年幼的孩子,可以让父母依据他们的观察和孩子自己的陈述记录。

自我监控包括两部分,对自己的行为的自我观察以及自我记录。

(三) 暴露疗法

暴露疗法是指患儿和(或)父母、老师在治疗者的帮助下找出导致症状出现的刺激,并且让患儿长时间暴露于该刺激中,使其产生适应过程而消除症状、改变对刺激的感知和认识以及建立新的行为模式。以下分别介绍几种在行为治疗中常用的暴露技术。

1. 系统脱敏疗法 是逐步让恐怖症孩子暴露于引起恐怖的情景,同时练习放松的过程。

运用系统脱敏的几个步骤:①让孩子学习放松技术,以抑制焦虑。②治疗师和父母、孩子一起建立一个引起恐怖场景的等级,并确定治疗从哪个恐怖刺激等级开始。③孩子处于或在治疗师描绘那些恐惧场景的同时,练习放松技术,直到这种暴露不再引起恐怖为止。

用一个恐惧程度量表来确定患儿的各种恐惧事件及程度。让父母和孩子写下各种可怕的情景,按0~100的分级打分,0级相当于没有恐惧和焦虑,100相当于极度的恐惧与焦虑。从最易到最难排序,通常排出10~20种不同的容易引发恐惧过程的事件。治疗开始时,让孩子进行放松训练,当进入放松状态后,治疗师便可通过描绘、或呈现真实的等级中选定的第一恐惧情景(通常从中等恐惧事件开始较适宜),让孩子想像或在此情景中,继续放松。一旦他能够保持放松,这时便可以进入下一个等级。治疗师可以重复这个情景几次,确定了孩子能够在想像的同时保持放松后,再进入下一个等级,继续重复上述过程,直到孩子能够通过全部的等级而保持放松。

系统脱敏常用于治疗患有学校恐怖症、分离性焦虑症、黑暗恐怖等特定恐怖的孩子。

2. 冲击疗法 让孩子持续面对引起他最强烈焦虑或恐惧反应的刺激,直至情绪反应减弱、消失。

治疗步骤:①告之父母和孩子治疗原理、过程和可能出现的情况,征得父母和孩子的同意。②确定刺激对象或情景。③实施冲击,阻止孩子的回避行为,直至焦虑或恐惧反应消失。

3. 暴露和反应干预 让孩子主动面对令其害怕的场景或念头,可以是直接面对,也可以在想像中进行。同时,治疗者或父母给以鼓励支持,阻止他(她)从事任何症状样的习惯动作、强迫动作或仪式,直到害怕感消失,常用于治疗强迫症。

四、社交能力训练

社交能力是一个人为实现自己的需要,达到自己的目的而与人交往的能力。积极、恰当的、能实现目标的社交能力是个人心理健康的重要前提。很多有情绪障碍和行为问题的孩子存在社交技能缺陷,社交技能训练可以帮助这些孩子纠正社交技能,改善社会适应和同伴关系,从而起到预防和治疗心理问题或疾患的作用。社交技能训练是行为治疗中一个重要的方法,主要内容包括以下几个方面。

(一) 行为社交技能训练

旨在帮助孩子获得足够行为技能,使得其在社交情景中博得别人的认可,增加成功的可能性。行为技能可分为基本和复杂技能两种,前者包括非语言反应如面部表情、身体姿势等,以及基本的语言技能,如说话的声音、快慢等;后者如求助、拒绝别人等。

具体步骤如下 ①用指导、讨论与示范,帮助孩子理解如何表现恰当的行为与反应,以及为何这些行为是恰当的。②通过练习、角色扮演和实践,来帮助孩子习得恰当的社交行为,邀请同伴、父母和老师一起参加往往效果更好。③对孩子的恰当社交行为给予积极反馈和强化。

(二) 社交感知技能训练

指训练孩子监测、分辨和确定有关自己与他人的情感、特定社交情境的特点和社交规则的能力。训练时可借用描述社交情境的文字、图画或录音录像材料与孩子讨论这些社交线索。

(三) 社交问题解决技能训练

旨在帮助孩子在令其感到困难的社交情境中找到有效的应对方式。

具体步骤如下 ①确定需要解决的社交困难。②考虑可行的几种应对方法。③预测每种方法的后果。④选择并采用最有可能获得成功的策略。

(四) 减少竞争、抑制等不恰当的社交反应

有社交技能缺陷的孩子往往有不恰当的社交反应如与别人过分竞争或缺乏反应,可采用可能性管理、放松训练、父母训练等方法指导孩子与其父母以减少不恰当的社交反应。

五、放 松 训 练

放松训练可以帮助孩子减轻他们所体验到的恐惧和焦虑。应用范围广泛,目前主要用于躯体疼痛、睡眠障碍、处于压力的患者。应用于孩子的主要有以下3种放松训练法,它们是腹式呼吸法、渐进性肌肉松弛法和注意力集中训练法。

放松训练注意事项 ①训练应在一间安静、光线较暗的房间或其他没有干扰的地方进行。放松训练需要舒适的座椅、躺椅或软垫。孩子应脱鞋、宽松衣带,取下任何附属物,并且保持安静,准备练习。②示范,并且与孩子一起做放松练习。③给孩子布置作业,1d做2次放松练习。④训练指导语应该结合孩子的爱好富有创造性,使之生动,有吸引力。⑤选择适

合孩子的放松训练法。

以下简单介绍各放松训练法的操作。

(一) 腹式(深)呼吸法

让孩子坐在一张舒适的椅子上,或躺在床上。让他(她)深吸一口气(正确姿势应该为:肩膀不动,腹部鼓出)摒住并且保持3~5s,然后缓缓呼出。重复3次。

(二) 渐进性肌肉松弛法

要求孩子依次紧张全身每组肌肉群5~7s,反复做3次后才进入下一组肌肉群。每次紧张间隔5~6s,放松,让孩子体验这种放松的感觉。

紧张肌肉群顺序和方法如下。

- (1) 优势侧的手和手臂(握拳,向肩部屈臂、屈肘)。
- (2) 非优势侧的手和手臂(同上)。
- (3) 前额和双眼(睁眼抬眉,皱额纹)。
- (4) 上颊和鼻子(皱眉,闭眼,皱鼻)。
- (5) 颞部、下颊和颈部(咬紧牙关,口角后咧,翘下巴)。
- (6) 肩部、背部和胸部(耸肩后曳肩峰向中间靠拢)。
- (7) 腹部(腹肌坚挺或收缩)。
- (8) 臀部(收紧臀部向下推压椅子)。
- (9) 优势侧大腿(推挤肌肉,使之紧张变硬)。
- (10) 优势侧小腿(脚趾向上翘,伸展并紧张腓肠肌)。
- (11) 优势侧脚(脚趾向外、下分开,伸足)。
- (12) 非优势侧大腿(同优势侧)。
- (13) 非优势侧小腿(同优势侧)。
- (14) 非优势侧脚(同优势侧)。

(三) 注意力集中训练法

首先询问孩子想到哪个场景会让他(她)感到愉悦、放松。然后让孩子坐在一张舒适的椅子上,或躺在床上,闭起眼睛,或注视相关画面,治疗者用轻柔的语调向孩子缓缓描述这幅场景,使得孩子被催眠以致放松。

(程文红)

第四节 认知治疗

认知治疗作为心理治疗的一大流派,始于20世纪60年代,近20余年得到迅速发展,其基本理论假设是人的认知影响情绪和行为,实际操作中运用认知和行为技术改变患者的不良认知,从而改善症状。这里主要介绍有关认知治疗的基本学派和认知技术,以及在儿童、青少年中的应用。

一、认知治疗的主要学派

(一) Beck 认知疗法

1960 年初,Beck 创立认知疗法。其理论假设为,个体歪曲的或功能失调性想法或信念影响其情绪和行为,产生心理症状。因此,治疗的目的是纠正患者的功能失调性信念,从而改善症状。在临床上已经被广泛应用于治疗各种心理疾患。

Beck 提出患者主要有以下几种认知偏差或歪曲形式:①任意推断,指个体无依据地得出结论。②选择性概括,指个体过分关注某一细节,并且断章取义地得出结论。③过度概括,指个体只凭一个偶然事件就下一个泛泛的结论。④夸大,指个体将小事视为非常重要的事。⑤缩小,指个体忽略正性的结果。⑥“全”或“无”想法,指个体非黑即白地极端思维方法。⑦个体化,指个体将所有与之有关的不良外在事件的原因都怪罪到自己身上。这些认知偏差涉及个体的三个方面:针对自我、将来和环境,形成个体特定的认知图式,从而影响其在和环境互动中的主要想法与归因。

(二) Ellis 理性情绪疗法(REBT)

1962 年 Albert Ellis 创立了理性情绪疗法。其核心理论是 ABCDE 理论:人们在遇到诱发不良情绪的事件(A)时,由于激发了内心非理性、自我挫败的信念(B),引起人们的负性情绪(C),如抑郁等,治疗师在治疗中帮助咨客对其非理性信念提出质疑(D),以建立理性信念,从而获得积极的心理(E)。

Ellis 认为主要有三种非理性信念:我必须出众,否则就毫无价值;其他人应该理解我,否则他们就绝对不好;这个世界应该总是给我快乐,否则我就无法生存。神经症的患者常有以下 9 种非理性想法:①对生活中重要人物的爱的过分依赖。②对自己行为提出过高要求。③无法接受非期望的事情的发生,总认为自己的不幸是由别人或环境造成的。④相信自己在危险、令人恐怖的事情前除了痛苦,毫无其他办法。⑤过于依赖环境或他人愿承担独立思考、行动的风险。⑥认为自己应该在各个方面都很成功、表现出色或胜任。⑦认为有些事情一旦明显地影响了自己的生活,这种影响就不再会消失。⑧认为我们必须绝对有效地控制所有的事情的发生。⑨认为人们无法控制自己的情绪。

治疗师通常会提问以质疑或引导患者质疑,如“有何证据证明这个信念是对的?”“何证据是不支持这个信念的?”“如果你放弃这种信念,什么是最糟糕的结果?什么是最好的结果?”此外,治疗师还会用其他一些行为治疗技术来帮助患者改变非理性信念,如角色扮演、系统脱敏等。Ellis 在治疗中非常强调个体应该无条件地自我接受。

(三) Meichenbaum 认知行为纠正疗法(CBM)

20 世纪 70 年代以来,Meichenbaum 提出认知行为纠正疗法,其核心内容为,强调个体内在对话与自我指导的重要性。认知行为纠正疗法的模式是教会患者用正性的自我陈述来取代原来负性的自我陈述。他提出,当人们做某项决定、出现一些情绪反应或学习一项新的技能时就会涉及认知,通过这个认知过程来处理一些信息,这个过程对于个体而言是自动的、

独特的。个体的认知结构既是他(她)的信念,支配了个体如何看待世界。

认知行为纠正疗法具体操作步骤有以下几个方面。

1. 确定问题 治疗者帮助患者核查、明确问题的方方面面,然后帮助患者用情境分析来识别问题的诱发事件、典型的问题情境、哪些人在场、刺激源是什么、强化因素有哪些,让患者记录和回忆所有在问题情境下的想法、感受、焦虑和自我陈述。

2. 重新看待问题情境 治疗者和患者一起明确自我对话和问题的关系,治疗者显示患者的自我对话是如何引起负性反应的,然后治疗者和患者一起重新看待问题情境。

3. 纠正不良认知,产生新的行为 治疗者帮助患者建立新的认知,新的内在对话应该是更具有现实的,可以着重于认知事件如“我再也不能做这件事了”、认知过程如“如果我不能做这件事,我就是个失败者”或者认知结构如“我做不了任何对的事”。

二、儿童青少年认知治疗的原则

(1) 认知治疗的基本假设:个体的情绪和行为主要取决于他(她)的想法。

(2) 治疗师与孩子及其照顾者如父母、老师一起合作,孩子及其照顾者必须积极参与治疗。

(3) 治疗目的是治疗者教会孩子与其照顾者识别、评价、现实检验孩子的想法与行为,共同探索替代性想法,建立更加合理的信念,帮助孩子解决问题。

(4) 治疗的焦点在于解决、真实评价当前的困扰孩子的问题或情境。

(5) 认知治疗的基本技术来自成人认知治疗,需结合孩子的心理发育特点灵活运用。

(6) 儿童青少年认知治疗通常包含其他治疗技术或与其他治疗方法合用,如行为治疗技术等。

三、认知治疗基本策略

(一) Beck 认知心理治疗

Beck 认知心理治疗的目标是纠正错误的认知过程,帮助患者改善导致不恰当行为和情绪的想法。治疗开始,也是最重要的步骤是与孩子及其父母建立信任、合作的治疗关系。治疗者应该能准确共情,真诚、热情对待患儿及其父母。一旦建立了良好治疗关系,治疗者运用苏格拉底式对话,以及指导性意象等方法来帮助孩子及其父母识别错误的想法和歪曲的认知,并且改变孩子的功能失调性行为和情绪反应。

(二) 心理和情绪想像

心理想像是指个体在内心浮现生动的发生在过去、现在或将来的体验或事件的画面,并且将注意力集中于此的过程。Boswell(1987年)称为抽象想像。治疗者让患者在内心作这样一番想像,有助于评估患者情绪、内在体验和表现的症状之间的关系,明确这些体验是如何在患者的内心里被夸大、被加强的。借此可以帮助患者更加合理地关注现在。

情绪想像是指让患者在内心对某个真实情境或行为所产生的情绪感觉和感受进行生动

想像的过程。患者借此方法将注意力放在令自己安全、正性、愉悦的想像中,来应对在现实生活中引起焦虑的情景。如一个怕黑的孩子,每当夜幕降临时,总是害怕鬼怪来找他,而不敢独处。治疗者从父母提供的信息中了解到这个小男孩特别喜欢孙悟空的故事,就在治疗中让孩子想像自己是孙悟空,每当“鬼怪来时”,就变成巨人吓退、战胜了“鬼怪”,在此想像中,孩子变得越来越有自信,夜晚能镇定下来了。

(三) 认知构造

治疗者运用认知构造技术来帮助患者学习当遇到困境时,应该对自己说什么,来确保自己避免会自我挫败的想法和行为。治疗者和患者一起工作来改变患者对某个事件、行为或情境的不合理信念、自我陈述或态度。认知构造的实施一般有以下5个步骤。

(1) 治疗者示范在一个特定情境中的应该如何大声自我指导和行动。

(2) 在治疗者大声地自我指导下,患者实施正确的行动。

(3) 患者在大力地自我指导下行动。

(4) 患者小声自我指导,同时行动。

(5) 患者在内心里默默自我指导,同时行动。

如一个多动症患儿经常有冲动的行为,例如过马路径直往前而忽视红灯。治疗者可用某个卡通人物形象地表现当它要做某件事时,应该实施的自我指导步骤,如“停”;“想想我想做什么?”;“这样做后果是什么?”;“我应该做什么?”;“如何做?”让孩子练习在行动前像卡通人物那样进行自我指导,先在治疗者的语言示范下进行,然后自己大声指导,最后在内心里提醒自己,从而形成一种习惯来克服不假思索的冲动性。

(四) 内隐构造

内隐构造是指教会患者在内心成功完成一个想像的任务,达到期望的目标,来帮助患者增加自信行为,减少回避行为。

内隐构造与认知构造类似,只是患者无示范,也不需在治疗中采取行动。首先,内隐构造中的每一步皆由治疗者大声描述,患者在放松状态下,跟随治疗者的描述想像有关的画面,在想像中学会如何应对困难情境后,再把它演示出来。

(五) 停止想法

停止想法技术可用于帮助患者通过突然和渐进性的系统地去去除不恰当的想法和情绪来控制无效的、自我打败的想法和想像。这种治疗技术的假设是,如果每当个体不希望有的想法出现时,就受到干扰,就会导致这种想法受到抑制。

具体操作时,指导患者每日关注不期望有的想法10~20次,然后大声喊“停”,以结束这种想法。坚持一段时间的练习后,每当患者脑海里出现不期望有的想法后,内心喊停就能控制它的出现。

(六) 认知重构

认知重构是指治疗者帮助患者用正性思维和行动替代负性认知的过程。认知重构基于以下两个假设 ①自我挫败行为或来自于认知缺陷或来自于非理性思维,或来自于自我挫败的自

我陈述。②个体可以用替代性的认知或观点来改变有缺陷的想法或自我挫败的自我陈述。例如一个因学习困难而不得不在初三时分流到技能学校去的孩子往往会有些认知偏差,如认为“自己很笨,以后成绩会越来越差,别人不会理解我的困难……”,从而会相信自己“再也学不好了,只好到这种学校去”。治疗师则可以运用认知重构技术来帮助他,鼓励他用这样的话对自己说:“现在学习有一些困难,那个技能学校也许更适合我的发展”。这样,会让孩子变得更容易接受这个现实,减少负性的感受和行为。认知重构主要有以下6个步骤。

- (1) 治疗者向患者介绍认知重构的基本原理。
- (2) 通过讨论患者的问题情境,明确患者的想法。
- (3) 介绍和实践合理的想法。
- (4) 帮助患者从自我挫败的想法转换到合理的想法。
- (5) 介绍和实践正性的自我陈述。
- (6) 布置作业,随访患者实施情况和效果。

(七) 压力转嫁(stress inoculation)

指治疗者教会患者处理将来的压力的认知等技能。这种技术帮助患者学会区别导致压力的想法、行动、选择和情境,以及能有效应对压力的想法、行动、选择和情境,帮助患者运用替代认知和行为技能来有效管理生活中的压力。

压力转嫁的操作步骤与认知重构类似,区别在于压力转嫁主要指向未来,问题材料、想像情境、认知和行动演习、布置作业明确地来自患者对诱发压力情境的描述。

(程文红)

第五节 家庭治疗

家庭治疗(family therapy)是以“家庭”为治疗对象的一种心理治疗方法,它以整个家庭为对象来规划和进行治疗,把焦点放在家庭成员之间的关系上,而不是过分关注个体的内在心理构造和心理状态。因此,家庭治疗属于广义集体心理治疗的范畴。由于家庭治疗进程中往往涉及到夫妻关系,所以家庭治疗有时与婚姻治疗密不可分,有文献将它们称为婚姻家庭治疗。

一、家庭治疗的简要发展史

家庭治疗起源于20世纪50年代,从个别心理治疗以及某些集体心理治疗发展而来,团体动力学的研究、儿童指导运动、婚姻咨询以及认识论进展对家庭治疗进展都起到了积极的影响。阿克曼(Nathan Ackerman)是家庭治疗的创始人之一,受第二次世界大战时美国医疗资源不足现实和当时医疗观点的影响,认为医护人员要多与患者家属接触,与他们共同护理患者。他最早倡导治疗者应该把着眼点从患者的“个体”推展到“家庭”,他在儿童指导中心就开始了家庭治疗。1957年在纽约,他建立了家庭精神卫生研究所,后改名为阿克曼研究所。

家庭治疗的诞生和发展,与社会学、人类学、家庭动力学以及精神病原学的研究是分不

开的,尤其是对精神分裂症的研究。

美国斯坦福大学人类学系教授贝特逊(Gregory Bateson)运用人类学的理论和方法,通过对精神分裂症患者亲子关系的研究,在 20 世纪 60 年代提出了“双重束缚理论(double-binding theory)”。无论精神分裂症患者采取什么样的取悦家人,家人尤其是母亲的回应都是负面的和惩罚性的,使患者无所适从,产生心理矛盾,在这种两难的情况下患者只好放弃与家人和外界的联系,活在自己的世界里,与人和外界隔绝,结果实际上是患者对这种家庭环境的无奈和适应。在贝特逊工作的基础上,当·杰克逊(Don Jackson)在加州的 Palo Alto 成立了心智研究中心(Mental Research Institute , MRI),开展了家庭治疗并孕育了多位举足轻重的家庭治疗师。

温尼(Lyman Wynne)主要研究人际交流与家庭角色在精神分裂症发病中的作用,20 世纪 50 年代通过对精神分裂症家庭成员沟通的研究后发现,家庭成员很容易表现为相互间的同意,好像彼此之间有共同之处,但仔细分析发现他们同意的理由相差很远,甚至是毫不相干,Wynne 称为“假性互惠(pseudo-mutuality)”,并认为假性互惠是导致精神分裂症的主要原因。

利兹(Theodore Lidz)是一个精神分析学家,他在家庭治疗的研究中发现精神分裂症家庭成员中常有相互对抗的派别,使家庭成员之间的关系成为分裂(schism)现象。于是,他提出了“婚姻分裂(marital schism)”和“婚姻偏斜(marital skew)”两个概念,来表示夫妻之间性格过强而影响到夫妻关系甚至家庭关系。

鲍温(Murray Bowen)也是最早期的家庭治疗先驱之一,他于 1954 年开始研究精神分裂症的家庭,他安排精神分裂症患者和家人在一起住一段时间,每日来观察他们一起相处的实际情况,这些实地观察为他的理论提出奠定了基础。鲍温提出了在家庭治疗中影响深远的 8 个概念:①自我分化(differentiation of self)。②家庭投射过程(family projection process)。③代际传递过程(multi - generational transmission process)。④同胞位置(sibling position)。⑤三角关系(triangles)。⑥核心家庭情绪系统(nuclear family emotional system)。⑦情绪割裂(emotional cutoff)。⑧社会倒退(societal regression)。鲍温于 1960 年提出“精神分裂症源母亲(schizophrenogenic mother)”的概念,认为母亲的心理问题是导致子女产生精神疾病的原因,这种极端的观点目前已经被学者所接受。他强调在家庭治疗的过程中,要重视夫妻关系和夫妻的原生家庭(original family)对小家庭的影响,并提出了家庭系统(family system)理论。

米纽琴(Salvador Minuchin)和哈里(Jay Haley)强调家庭的结构对家庭关系的影响。米纽琴是一位出身于阿根廷、受过精神分析训练的精神科医生。当他在纽约对低收入移民的家庭和黑人家庭进行治疗时,发现需要有一定领悟力的精神分析方法对此类家庭不太适用。1965 年,他到了费城的儿童指导中心工作,面对的又是“过分有条理”的白人中产阶级家庭。在总结了自己的经验以后,和哈里一起,采用了帕森斯(Parsons)的模型理论,来分析家庭的结构和组织。他发现家庭是由不同的角色、功能和权力分配等因素组织起来的一个实体,在 MRI 关于家庭沟通模式的系统思想上创立了“结构式家庭治疗(structural family therapy)”。米纽琴对家庭治疗的主要贡献有 4 个方面:①提供了一套完整和有系统的概念去了解和掌握家庭的结构、组织、态度和惯常相处模式。②为求助家庭建立了一个平台,鼓励他们接受治疗时像在家中会客厅内相互交谈,让他们将自己的生活面貌活

现出来。③从个人描述得来的资料只能代表个别家庭成员对家庭的看法,并不代表家庭动态的全貌。④重视过程取向,提醒家庭治疗师注意求助家庭僵化不变的互动相处模式及其与家庭面对困难的关系。

1995年,Nichols和Schwartz以时代划分,以1980年为分水岭,对家庭治疗进行分类。1980年以前的现代主义学派,代表人物为Jay Haley,Carl Whitaker, Virginia Satir, Salvador Minuchin和Murray Bowen。1980年以后的后现代主义学派,代表人物为Milan school, Steve de Shazer, Michael White, Virginia Gouldner和Peggy Papp。现代主义学派最初为了突出家庭治疗的效果和与个别治疗一比高低,渴求寻找一套“客观存在”的治疗方法,他们引入了家庭系统理论,成功地拓宽了当时雄霸一时的精神分析治疗,把理论开拓到社会层面上,解决求助家庭问题是往往采用“专家”角色。而后现代主义学派挑战现代主义学派深信不疑的“客观存在”的治疗方法,批评他们以“专家”自居,高高在上,贬低求助家庭的自助能力,不重视求助家庭解决问题的经验和资源,更不能接受现代主义学派的治疗师过分侧重家人相处过程,而忽略了主宰家庭成员相处的价值取向和信念。

后现代主义学派的代表有:①米兰学派。②索解治疗学派。③故事学派。④新女性主义学派。

1. 米兰学派(Milan school) 米兰学派受MRI交流学派理论的影响,在治疗中摆脱了专家的角色和权威性指导,只是作为家庭系统的扰动者,是求助家庭的盟友。他们强调治疗时用一组治疗师(reflection team),来协助求助家庭拓宽视野。用假设提问、循环提问和中立的方式,来揭示家庭成员对问题的不同看法与相互关系。他们关注问题的意义,常常采用情景化、阳性赋义和悖论干预等手法,来引导家庭成员找出解决问题的方法。德国海德堡系统式家庭治疗小组不仅整合了其他家庭治疗的特点,而且提出了对于家庭动力学和治疗学的独特看法,既传承了米兰学派的系统式家庭治疗的方法,也整合了系统理论的新的应用。

2. 索解治疗学派(solution-focused therapy) 代表人物是狄世沙(Steve de Shazer)和他的美籍韩裔太太。索解治疗是从策略治疗、短期治疗中诞生出来的,它不关注问题是什么,而是充分相信、利用患者的自身资源,治疗的关注点是怎样解决问题。引导患者共同制定治疗目标,并且向着目标努力。该方法认为好的行为也会像滚雪球一样,经由正反馈过程而扩大,直到问题消失。治疗师运用5种问题协助求助者自己寻找和发现解决问题的方法,这5种问题是:有关会谈前转变的询问、例外问题、应付问题、刻度问题和奇迹出现问题。治疗师用这5种问题诱导求助者将注意力和精神由“问题”转移到“解决方法”上,肯定家庭成员的主观经验,把握机会称赞和嘉许他们。

3. 故事学派(Narrative therapy) 代表人物是澳洲的怀特(Michael White)。强调治疗师要协助求助者对同一件事产生不同的经验和理解,帮助他们说出自己的故事,协助他们对故事重新进行编辑,使求助者在生活上增加更多的选择和更多解决问题的途径。它将治疗过程改变为讲故事和共同创作的过程。治疗师以人本主义的态度与求助者一起体验,共同寻找新的出路。

4. 新女性主义学派 代表人物是Virginia Gouldner和Peggy Papp。新女性主义学派认为,女性在家庭的地位是身不由己,社会结构和社会形态没有给女性提供更多的机会,女性社会化过程中要求她们做一位照顾者,照顾家庭成员。治疗师对母亲或妻子的指责是不公

平的,是治疗师的无知,漠视了现代社会文化塑造女性身分的局限,社会运动才是彻底提高妇女地位的方法,要重视她们参与社会运动。

二、家庭治疗的适应证

家庭治疗的适应证较广,具体可有下列一些方面:①家庭成员有冲突,经过其他治疗无效。②“症状”在某人身上,但是反映的却是家庭系统有问题。③在个别治疗中不能处理的个人的冲突。④家庭对于患病成员的忽视或过分焦虑于治疗。⑤家庭对个体治疗起到了阻碍作用。⑥家庭成员必须参与某个患者的治疗。⑦个别心理治疗没有达到预期在家庭中应有的效果。⑧家庭中某人与他人交往有问题。⑨家庭中有一个反复复发、慢性化精神疾病患者的家庭。

在解决儿童和青少年心理问题的过程中,家庭治疗对他们的行为障碍、情绪问题、学习困难、亲子关系紧张都是非常有用的。

三、家庭治疗的实施方法

(一) 预备性会谈

治疗师邀请家庭成员来治疗室,通过会谈来了解家庭的构成情况、家庭的特点、家庭成员间的相互交流方式与相互作用方式。要注意让每一个家人都参与谈话,畅所欲言,并仔细观察各种非语言表达的内容,主要包括家庭结构、交流情况、家庭气氛、调整改变的可能性。

(二) 治疗性会谈

治疗师每隔一段时间,与来诊家庭中的成员一起会谈。会谈时,要努力营造一种融洽的对话气氛,让所有家庭成员都感到受尊重,能积极、自然地表达自己的态度与感受。治疗师要针对在诊断性评价时,对家庭得出的一般印象和主要存在的问题,采取相应的干预措施,特别要注意“问题”在保持家庭平衡上具有不可忽视的作用。在进行治疗性会谈时还有一些技巧,如把握谈话的方向,不纠缠于症状或者缺陷,要着眼于现在与未来,着眼于解决当前的问题。

(三) 治疗持续时间

每次治疗性会谈需要 1h 左右,每周 1 次,以后可逐步延长至 1 个月或数月 1 次。每个疗程一般在 6~10 次。

(四) 治疗终止

通过一系列的家庭会谈和相应的治疗性作业,如果家庭已经建立起合适的结构,成员间的交流已趋明晰而直接,发展了新的、有效的解决问题的技术,代际间的等级结构、家庭内的凝聚力、成员中独立自主的能力得到了完善和发展,原来维持症状的平衡已被打破,并且建立了新的平衡,就可以考虑结束家庭治疗。

四、家庭治疗的流派

（一）多世代家庭治疗

Bowen 是这个流派的创始人。之所以称其为多世代家庭治疗法,是因为 Bowen 认为要了解一个家庭最少要分析三代以上,一个人希望有一成熟而独特的人格,则必须澄清他与家庭之间情感的纠葛。

Bowen 的工作始于对精神分裂症家庭的工作,他的理论中有八个核心概念:自我分化、三角关系、核心家庭的情感系统、家庭投射的发生过程、情感的切断、多世代传递过程、同胞的出生顺序和社会退化。

自我分化是 Bowen 理论的基石,是指自我在心智上与情感上的脱离及其独立。分化后的个体能够选择接受自己的感觉的指挥,或接受自己的想法的指挥。未分化的个体难以脱离别人的影响,而且会融入家庭中那些具支配性的情绪形态,他们自主性低、反应情绪化,而且对于事物无法有清楚的立场。一个健全的人,须同时拥有对家庭的归属感,及脱离家庭的个体感。在分化的过程中,一个人能为自己的想法、感觉,以及行为负起个人的责任。

家庭的三角关系在亲密的关系中容易产生焦虑,在有压力的情况下,2 个人也许会引进第 3 个人来减低焦虑与增进稳定性。例如,如果一对夫妻存在着未解决的冲突,他们可能会把注意力转移放在问题儿子身上,暂时搁置彼此的矛盾,一旦儿子的问题解决了或离开家庭之后,他们就不再维持系统平衡的缓冲物,他们可能就会离婚或吵架,因为他们的冲突并没有得到解决。

Bowen 提出的训练治疗师的方法重点就在于对自己家庭成员之间的分化。共有 4 步。

(1) 鼓励受训者做出家谱图,并确认其家族有哪些转折点,这当中重要的是,须清楚家族的关系脉络。

(2) 要求受训者返回原生家庭,以训练自己成为家庭历程的客观观察者。此时重要的是,学会如何确认与控制对于家庭其他成员的情绪性反应。

(3) 鼓励受训者在家庭处于应激情况时,如重病或死亡,返回家里去观察,因为在这时最可能出现改变。去解开昔日的三角关系,特别是那些会让受训者产生情绪反应的三角关系。

(4) 希望受训者不再陷入旧的情绪性反应模式,而能与更多的家庭成员建立起个人对个人的关系,加深彼此了解,而不是去评论其他成员。

（二）经验式家庭治疗

经验家庭治疗和存在主义、人本主义、现象学等理论取向有密切关系。强调选择、自由、自我决定、成长、实践,它是一种治疗师与家庭成员之间真实的互动历程,强调此时此地的互动,而非探索过去的经验。

创始人 Whitaker 是一贯激进地挑战传统的人。首先对个别治疗进行了挑战,认为精神分裂症的症状是个体在成长过程中“卡住”的表征,更大胆地说治疗过程的参与者在某种程度上同时是其他人的患者与治疗师,因为在治疗过程中,双方都投注了情绪,都容易受伤,都曾退回到过去的情境。治疗师必须避免使用治疗技巧,运用自己的病症所发展的有疗效的观点,会对患者所困扰的人际问题提供创造性的解决方法。他强调治疗者个人的投入才

是疗效的关键,治疗师提供对现状的自发性直觉反应对治疗就有推动作用。

Whitaker 认为使家庭改变的是经验而不是教育,改变是体验而不是了解,除非治疗师能扰动家庭的历程,否则家庭将维持现状。例如可以先制造家庭的混乱,让家庭成员保持长时间沉默,以增加他们的焦虑,然后再指导家庭成员从中吸取经验。主要目的在于使治疗师与家庭成员建立起充满活力的互动关系。

开始,治疗师会增加家庭所体验到的焦虑,借此挑战成员们去认清彼此间的互动形态。在适当的时候,治疗师会转移其角色,由“权威人物”转为顾问与拥有资源能随时援助的人。后来,期望家庭成员为自己的生活与改变肩负起责任。当家庭变得更为独立时,治疗师要恢复自己本来的面目,使卷入家庭系统的程度逐渐减少。当治疗接近终止时,会尊重家庭成员所提出的建议。

(三) 策略式家庭治疗

该理论认为个体的症状源于整个家庭系统的功能不良,问题就是真实的问题,必须由治疗师提出一系列策略来加以解决。治疗师只需用指导者和权威的姿态,下达指令,要求家庭执行新的互动关系,问题就会改变。显然,在这里,治疗师是掌控全局的并对家庭的改变负有全部责任。

崇尚这一流派的家庭治疗师有 Bateson, Jackson, Haley 等,他们认为只要改变现在不良的沟通方式就能解决问题,不重视对过去的了解、收集信息和洞察当事人的潜意识。解决了现在,就解决了过去,因为现在的问题是系统功能不良的一种隐喻。现在的问题或症状表现为某种沟通方式,目的是为了控制其他家庭成员。所以,治疗师的任务就是针对当事人的人际关系制订出明确的计划,设计出一整套干预措施,针对问题安排具体的治疗策略。治疗过程一般分为 4 个阶段。

1. 社交阶段 让家庭感到轻松。治疗师会试着与所有涉及到的家庭成员建立起良好的关系。

2. 问题阶段 探讨家庭来寻求治疗的原因。治疗师会询问每个成员对问题的感觉和看法。提出的问题可以是“我们最迫切需要处理的问题是什么?”、“为什么选择这个时候来到我的咨询室?”、“希望你们的家庭往哪些方向变化?”、“你们每个人希望做哪些方面的改变?”等等。

3. 家庭互动阶段 治疗师在场的情况下家庭成员讨论他们之间的问题。治疗师要特别注意行为的发生过程、权利斗争、层级结构、沟通模式以及家庭中小组的形成。目的在于确认哪些策略可以在未来的治疗回合中使用。

4. 目标设定阶段 治疗师与家庭共同确认问题的特性。通常会拟订出一份契约,包括治疗目标和治疗方法,使家庭成员能持续地评估自己如何达到治疗目标。

(四) 人本主义家庭治疗

Satir 是家庭治疗创始人中惟一的女性,她从每个家庭中都看到了各种各样潜能,她的治疗取向就是把这些潜能激发出来,在治疗过程中强调沟通和对情绪的体验。她往往凭借直觉做出反应,认为治疗师应具有创造力、高度的自我开放以及冒险精神,治疗师同家庭建立良好关系比治疗技术更为重要。Satir 的思想深受卡尔·罗杰斯的影响,重视治疗师的为人,认为治疗师是有效沟通的楷模,有能力在家庭中培养出这种气氛。

依据 Satir 的观点,家庭生活中有很多关于人际沟通和互动的规定。每个人从小就开始面临许多规定,如什么事可以做,什么事不可以做,怎样做事才被允许。在控制沟通上的规定最重要,在什么情况下谁能对谁说什么,有时不一定明确表达出来。在接受这些规定时,如果将它们视为具有绝对性而无别的选择,就会带来问题。中国家庭较多看见的规定有:“孩子不能顶撞父母”、“大人说话小孩子不能插嘴”、“听大人话的才是好孩子”等。在小的时候,孩子没有反对的力量,往往选择接受,并形成固定形态。长大后,把这些规定当作不可更改的金科玉律用到成人的关系中,就会造成人际关系功能不良甚至陷入自我挫败的陷阱中难以自拔。治疗的任务之一就是协助家庭成员把这些极端的規定加以转化成有用的规定。

健康的家庭规定不多而且会一致的应用。这些规定符合人性、具有弹性、能应对不同的情境。家庭的氛围开放、自由。家庭成员间沟通良好,既亲密又能接纳彼此的差异,支持对方向外面的世界探索。

不良的家庭规定多、关系僵硬,常常无法符合情境的要求,家庭成员之间沟通不良。成员既无独立感,又无法建立亲密关系,往往用家庭规定掩饰对差异的恐惧。适应不良的家庭规定往往缺乏应变的弹性,在面对压力时会采用安抚、责备、超理性和不相干的行为。

人本主义家庭治疗以个体和家庭的成长为核心,治疗的3个目标是:①家庭中每个个体应能坦诚地表达所听、所看、感受以及想法。②家庭中的决定应能在事先探询各成员的需求后加以讨论,而不是由权利来支配。③能公开指出彼此间的差异,并用来促进家庭的成长。

家庭治疗师担任的角色和使用的技术包括:创造出一个场合,让人们能清楚而客观地察看自己的行为;协助其他成员建立自尊;协助当事人确认自己的优点;整理出家庭的历史并指出过去的成就;设定边界以减少威胁和防御;指出痛苦与受到禁止的心事是可以探索的;使用技术去激发当事人应负起责任;协助家庭成员认识过去的思维模式是如何影响自己的期望和行为;如何去改变它;描述家庭成员的角色和功能;填补沟通的鸿沟;指出沟通中的重大矛盾;确认非语言沟通如何影响家庭互动。

(五) 结构式家庭治疗

结构式家庭治疗中最核心的概念是家庭结构、次系统和边界。

1. 家庭结构 是一组隐形的功能需求或规则,整合家庭成员彼此互动的方式。例如,当父母第一次吵架时,孩子会介入吗?父母会要求他不要管大人的事吗?母亲会把孩子拉进来对抗父亲吗?情况并不确定。但随着家庭互动的多次重复,模式就会固定下来。当再度出现这样的问题时,同样的互动方式将再度出现。从“孩子可能会介入”变成“孩子总是会介入”,以至于最后形成一条规则:孩子是父母之间的调停者。家庭是不会直接把他们的潜在结构暴露给治疗师的,要借助于家庭成员在治疗历程中谁对谁说什么?以何种方式说?结果如何?才可以了解到家庭的结构。

一个功能良好的家庭应该具有阶层化的结构。例如,父母必须能驾驭其子女以及次系统之间的分化。结构功能必须有互补性,例如,丈夫和妻子要像团队一样运作,共同组成和维护管理联盟等。

2. 次系统 家庭是由不同的次系统组成。次系统通常是依照性别(男、女)、时代(父母、孩子)、共同兴趣(智能性、社会性)或功能(谁负责做哪些家务)来做区分。每个成员都可能同时属于几个不同的次系统,在不同的次系统可能拥有不同水准的权力、扮演不同的角

色、进行不同的互动。例如,当一个7岁孩子的要求被家长拒绝后,他可以安静地听父亲给他讲道理,但在母亲面前却大哭大闹。因而,在结构式家庭治疗中,治疗师分别会见不同的次系统是非常重要的。

配偶、父母和同胞次系统是家庭中最显著和重要的次系统。配偶次系统的强度和持久性是家庭稳定的关键。丈夫和妻子如何学习协商歧异,协调彼此的需要和发展互补角色,对未来的改变和需求可能具有稳定性和应对性。

当一个次系统中的成员占据或侵犯另一个不属于他的次系统时,经常会产生麻烦。例如,在家庭中一旦允许小孩评价、研究、干预父母的争吵时,他(她)就会不适当地卷入父母次系统中。确保父母次系统、配偶次系统能适当地隔离儿女次系统是结构派的重心。

3. 边界 家庭各成员和各次系统是由边界隔开的。边界掌控着家庭成员彼此间接触的性质和频率。过度僵化的边界在次系统与次系统之间,以及与家庭外的系统之间筑一道不能逾越的障碍。过度僵化的边界导致疏离(disengagement),个体或次系统虽然能保持其完整独立,但缺乏照顾、提供协助和彼此情感的交融。过度模糊不清的边界使得其他人可以任意地入侵,就会导致纠缠(enmeshment)。家庭成员过度关切和卷入彼此的生活,虽然支持性很高,也须付出很大的代价,牺牲彼此的独立性。

(六) 系统式家庭治疗

系统式家庭治疗发源于意大利的米兰,在德国和美国有较大的发展。该治疗方式认为,在家庭系统中每个成员都有自己特定的认识模式,称为内在构想(inner construction)。内在构想决定了某人一贯的行为模式,反过来又受行为效果影响和作用,形成环形反馈。家庭中的某个人的内在构想和外在行为,在影响家中其他人的时候,又受到他人的影响。无论是正常或病态的行为,均是此循环反馈层层作用的结果。

在认识论上,他们认为所谓“真实”其实是相对的,只在有关的情境和相互关系中,才呈现出意义。只有将“问题”重新“情境化”,才可能让家庭看到有新的意义的可能性。系统式家庭治疗的特点是治疗只是作为一种“扰动”(perturbation),只是对家庭中正在起作用的模式的一种干扰。治疗师仅仅是“游戏的破坏者”,而不是指导者或命令者。在家庭治疗的时候,通过改变游戏规则或信念系统,可使家庭自己生发出新的观念或作法,来改变原来的病态的反馈环路。治疗要点方面,以米兰小组为例,可总结为“假设—循环—中立”。①假设:从了解家庭时所获的信息中得出,它既是对家庭进行探索的出发点,也是指向新信息的路标。②循环:是治疗师的一种能力,能够从连续的特定提问中,利用得到的反馈来引导自己,通过向家庭成员提问来了解和传达信息。循环提问指的是治疗师请每一个家庭成员表达对另外两个家庭成员之间关系的看法。这种方法常常使会谈的阻力减少,又在家中引起各种不寻常的反应。③中立:指在家庭治疗时,治疗师总的态度上,要用一种超然的态度保持不偏不倚。不要偏袒任何一方,不要评价好坏,不强迫改变,不深挖过去。提问的过程,交谈的过程,同时也是向家庭引入新的观点,导入新的观念,引发思考和改变的过程。

(七) 不同家庭治疗流派的比较

家庭治疗的流派很多,不能在此一一列举,下面仅列出常见的几种家庭治疗方法从理论取向、治疗方法到治疗目标的比较。对不同家庭治疗流派取向观点的比较见表4-1。

表 4-1 不同家庭治疗流派取向观点的比较

取 向	重要主题	研究的单元	时间架构	名衔或起源	主要领导者	主要概念
心理动力	过去未解决的冲突,大部分是处于个人觉察的范围之内	着重在个人;强调个人内在的心理冲突,将影响到目前的家庭生活	过去;早期家庭中的冲突经验,导致目前家庭生活的人际冲突	心理分析 客体关系 脉络性的	Ackerman Framo ,Skynner , Scharff & Scharff Boszormenyi - Nagy	病态连锁、代罪羔羊、角色互补、内射、依附、投射认同家庭账册、伦理家庭承传、资格
经验/人本	选择的自由;自我决定;自我成长;在追求个人自我实现的过程中经由克服僵局以获致成熟	两人关系,问题来自两人间(如夫妻之间)互助的错误	现在;从立即经验中所观察到的此时此刻资料,持续进行的沟通	象征—经验 完形 人性支持	Whitaker Kempler Satir	象征性因素 代表家庭的内在世界并对外在世界的现实赋予意义当下的自我觉察自尊、清楚的沟通
Bowen取向	个人对原生家庭的情绪性依附必须加以澄清,方能成为成熟的独立个体	三人关系,问题的产生和维持是来自于与他人的关系	过去与现在;目前的婚姻关 系,取决于夫妻双方对其原生家庭融合程度	家庭系统理论	Bowen ;Kerr ; Friedman	自我分化及融合、三角关系、多世代传统过程
结构	个体的症状根植于家庭互助模式的脉络中,家庭关系的重新建构必须先于症状的解除	三人关系,涉入的家庭次系统是黏滞或疏离,视家庭系统为一个整体	现在;持续的互助,由不合适的家庭组织所维持,特别在无能能力处理家庭生活周期的过渡阶段	结构家庭理论	Minuchin ; Mon- talvo Aponte ;Fishman	界限、次系统、联盟、纠结和疏离
沟通/策略	重复出现沟通模式为家庭规则及可能的失功能提供线索。症状代表了控制关系的策略,它的运作往往是在潜意识中	两人及三人关系,问题及症状被视为来自两个或多个家庭成员之间的重复出现的沟通方式	现在;目前的问题或现状来自家庭成员间持续不断的行为序列(互动及沟通策略)	沟通理论,策略家庭理论	Haley ;Madanes ; Weakland ; Wat- zlawick	对称的和狐步性沟通模式、矛盾意向、家庭阶级组织
米兰/系统	失功能家庭成因于具破坏性的心理游戏,这些游戏的进行依循着系统的信念,且与他们真实的生活不相容	三人关系,问题呈现出家庭成员间的连结模式	现在;强调目前问题循环的本质,帮助家庭放掉先前直线观点的限制	系统化家庭理论 (Systemic Family Theory)	Selvini - palazzo- li ;Boscolo ;Cec- chin ; Prata	矛盾意向及反矛盾意向、恒定处方、循环发问
行为/认知取向	个人失功能是取决于行为的互动,以及社会情境的控制	着重在个人;有症状的个人乃问题的所在;直接的因果观念	现在;个人的不适应行为是来自于他人互动的过程中所获得的增强和维持	学习理论,社会学习理论	Patterson ,Stuart ; Liberman ; Alex- ander ; Falloon	制约、增强、行为塑造、示范
后现代	人们运用语言主观地建构他们对现实的观点,且提供基础让他们创造自己的故事	三人关系,家庭问题是家庭成员所共同叙述的故事	过去和现在;目前的问题植基于过去的“故事”,且影响目前的选择和行为	社会建构理论	Deshazer ,White ; O 'Hanlon ,Gool- ishian ; Hoffman ,Andersen	没有固定的真实、只有对现实的多元观点、对意义的建构

(摘自 翁树澍、王大维译. 家族治疗理论与技巧 扬智文化事业股份有限公司 ,中国台北 ,1999 年 7 月)

对不同家庭治疗流派治疗技术和目标的比较 ,请详见表 4-2。

表 4-2 不同家庭治疗流派治疗技术与目标的比较

取 向	治疗者角色	评估程序	主要的处理方法	观察或行动	名衔或起源	治疗目标
心理动力	中立的 ,空白的影幕 ,每一个家庭成员可以在它上面投射其幻想	非结构 ,持续地进行 ,以发觉存在家庭成员间及个人内在的冲突	对于个人行为及口语的潜意识意义加以解释 ,并说明其对家庭功能运作的影响	观察 ;产生了解减少冲突 ,及个人心理、人际关系问题根本解决	心理分析 客体关系 脉络关系	个人内在心理的改变 ;解决家庭病态的冲突 去三角化 ,除去投射 ,个别化 复原真实 ,公平、伦理、责任 与家庭的一体感和健康的分化同时并存 真诚 ,学习表达个人对存在的感受 建立自尊 ,减轻家庭带来的伤痛 ,克服障碍以达个人成长
经验 /本人	平等主义者 ;成长潜能的促进者 ,经由治疗性的会见提供家庭新经验	非结构 ,寻找那些阻碍个人自我实现的被压抑之感受与行动	激发其自我发现、治疗者的自我揭露、示范直接的行为、练习(家庭雕塑、家庭重塑)用以发现、激发未表达的内在冲突	对个人的当下存在产生了自我觉察 ,并因此导致有所选择、责任和改变	象征——经验 完形 人性支持	降低焦虑、症状减轻、增加个体的自我分化、导致家庭系统的改变
Bowen 取向	教练 ,指导但非对抗 ;从家庭的融合中去掉三角关系	对不同的家庭成员的组合进行家庭评估会谈、家庭世代图	教导分化的概念 ,个别化 ,重新开启与大家庭已切断的关系	理性的过程用以增加对目前关系的自我觉察及统整的经验 ,导致对原生家庭有所行动	家庭系统理论	重新建构家庭组织、改善多世代传的失功能互助形态、减轻家庭成员个别症状、解决目前的问题
结构	主动 ;导演 ,操纵家庭结构改善他们失功能的状态	观察家庭的互动模式 ,找出家庭结构的线索、家庭图、行动促发、跟循	参与、适应、重新架构、帮助家庭重新创造弹性的界限 ,以及整合次系统	行动先于领悟 ;互助模式的改变 ,产生新经验及其相应的观察	结构家庭理论	重新建构家庭组织、改善多世代传的失功能互助形态、减轻家庭成员个别症状
沟通 /策略	主动 ;操纵 ;问题导向 ,处方矛盾意向	非结构 ,寻找家庭中重复出现、具坏性的行为模式和不当的解决方式致使目前的问题持续存在	矛盾意向法处理、症状处方、治疗性的双重束缚、指导的、假装技术、重新提示	行动导向 ;对行为改变及症状的减轻而言 ,直接的行为指导比观察及了解来得有效	沟通理论 ;策略家庭理论	减轻症状、解决目前的问题
米兰 /系统	中立的 ,活跃的治疗性伙伴、对家庭信念系统提出假设作为新信息、运用单面镜后的反映小组	非结构 ,非操控性地与家庭合作 ,发展出与他们问题相关的系统性假设	正向解读、循环发问、重新框视、矛盾意向、恒定处方、仪式	强调家庭获得的新意义重于对疗效的观察或行动	系统化家庭理论	赋予家庭生活模式新的意义 ,以致家庭系统选择做出改变、打断家庭破坏性的心理“ 游戏 ”

(续表)

取向	治疗者角色	评估程序	主要的处理方法	观察或行动	名衔或起源	治疗目标
行为/认知取向	教师;训练者;预期行为的模范者;契约的协定者	结构的,依赖正式的结构化的测验和问卷,在开始进行处理之前进行行为分析	对所要的行为予以增强、跟循的技巧、后效契约、在夫妻和亲子间运用正向的互动	经由对所要的结果进行增强、不要的行为给予处罚或忽视、不在乎观察	学习理论;社会学习理论	改变人际间失功能的行为序列,以消除问题行为和适应不良
后现代	合作的,从事治疗性的对话、非专家共同建构意义及理解	非结构的,检验家庭对他们所谓“事实”的观点所作的解释	关注的焦点在于解决而非问题,奇迹式的问题,发现例外的问题,外化压抑的问题,使用反映小组于单面镜后	强调经由家庭成员,对家庭故事的叙述,重新建构他们的故事,以致获意义	社会建构理论	经由对旧问题情境的重新建构及赋予新意义,学习及创造

(摘自:翁树澍、王大维译. 家族治疗理论与技巧, 扬智文化事业股份有限公司, 中国台北, 1999 年 7 月)

五、家 谱 图

家谱图(genogram) 家谱图是由一系列的符号和文字组成的能反映家庭结构、了解家庭信息和展示家庭关系的图解。

最早由 Murray Bowen 发明并用于家庭治疗的,家谱图主要是了解家庭信息、评估家庭关系的一种方法。Bowen 将至少三代的家庭成员状态画成图形,以了解家庭现在的问题根源的一种方法,在家庭治疗的早期,它是一个有用的治疗工具,使得治疗师与家庭成员都能清楚地了解家庭在多世代间的情绪历程。

家谱图可以提供家庭结构的树状组织图,比如家庭有哪些成员,他们的姓名、年龄、同胞位置、婚姻状态等,通常至少会追溯到父母的前三代。一些相关的信息也会被纳入,如宗教信仰、职业、种族、地理位置、社会经济状况、重要的生活事件。不仅将核心家庭简单地以表示出来,而且也提供了夫妻双方原生家庭情绪模式的信息,亦即提供衡量夫妻与各自扩大家庭融合程度的信息。

一般来讲,在家谱图上要反映出家庭成员的三个方面的信息:生物学方面、心理学方面和社会方面的信息。生物学方面主要包括个体生长史、发育历程、疾病情况及对疾病的态度、好发疾病、死亡时间等。心理学方面主要包括每人的个性特征、心理问题、心理疾病、治疗过程、物质滥用、智力发育、精神疾病等。社会方面主要包括人际关系、社会支持系统、生活事件、福利、工作情况、失业时的生活来源等。

六、不同疾病的家庭特点

(一) 进食障碍的家庭特点

家庭经济条件大多良好,父母有一定的文化程度,聪明、漂亮,在校成绩优秀,有的甚至

在班上数一、数二。她们有些是受社会上或家庭中审美观的影响,认为瘦才是美、越瘦越美,有的患者母亲本身就有节食的习惯。①对母亲的依赖较强,没有办法达到心理上的自立,因为不能自立,对母亲的反抗也更大,以至造成母女关系的难分难解。②与父母亲之间彼此控制,是控制与反控制的结果。③孩子长大了,家庭却没有随之同步成长,父母仍想控制孩子,孩子觉得自己是处于一个完全无助的状态,就会通过厌食症状来控制父母。

（二）精神分裂症的家庭特点

1. 现实解释 对现实解释具有软性特点,完全缺乏一致性与恒常性,昨日之“真”,今日成“伪”,明日又成“真”,家庭内部的信息交流高度变化不定,刚发出的信息马上就失效。对于这种家庭来说,由于规则变化太快,简直无法改变其具体规则。
2. 认识方式 所有成员的认识方式都是非此即彼型的,矛盾焦点往往去争论究竟谁是对的。
3. 时间格局 不同观点同时存在,结果导致互相妨碍,我们称为“同时性分裂”。
4. 关系格局 关系多变,没有明确的关系格局。
5. 感受情况 无论在个人层面上或是家庭层面上,对于行为性质的归属始终没有肯定而明确的认识,例如对患者应否对其越轨行为负责一事,就无法得出一致意见,因此也无法就好坏、强弱、主动被动作出结论。

（三）心身疾病的家庭特点

1. 对现实的解释 极其“硬性”,对家庭的现实是什么?应当是什么?全家人的观点非常一致,并深受这种观点的约束。
2. 成员之间的关系 外表的公开关系明确且认可,暗地对关系的解释却并非如此,因此往往伴有焦虑和内疚感,关系不清是由于公开和私下交流层次之间的矛盾。
3. 价值系统 价值系统合乎常情,严格一致地保持着并给于狭义的解释,任何家庭成员都不能提出异议。
4. 家庭内的小派系 派系严格固定并忠诚地保持着,但却总是否认派系的存在,因为派系被视为对家庭团结的威胁。

（四）双相情感性障碍的家庭特点

1. 夫妻的限制性互补关系 相互对立、相互限制而又相互补充,风格相反又要相互适应,通常是因为缺乏沟通和情感交流所致。
 2. 子女被卷入父母关系 子女往往被卷入父母的限制性互补关系之中,扮演着维护和强化这种关系的角色,通过两个方面表现出来。①反抗家庭内部僵化、压抑的气氛。②通过表现为疾病给父母带来麻烦和痛苦,以稳定和强化父母之间的关系。
- 认知模式 看待事物往往是非此即彼。评价人往往是要么“好”,要么“坏”;要么“善”,要么“恶”,认识问题非常极端,没有折中、一分为二、三七分成。

七、导致家庭治疗脱落的因素

脱落(drop out)的原义是“放弃、不参加”,治疗脱落就是主动放弃治疗。脱落在临床精

神药理学的研究中使用较多,用于描述那些因各种原因不能将已经开始的药物治疗进行下去的状态,更多是因为被治疗者对治疗的主动放弃,是造成药物治疗中断的主要原因之一。

家庭治疗的脱落是指在约定的、业已开始的家庭治疗过程中治疗关系的中断。形式上多表现为患者家庭主动提出放弃治疗、不能按时参加治疗、认为问题已经得到解决而无须继续治疗等。

(一) 不理解治疗用技术的含义

系统式家庭治疗中的基本常用的技术有“假设提问”、“循环提问”和“中立性”,最早由米兰治疗小组提出的家庭治疗的三项基本原则。

1. 假设提问 在适用的过程中,治疗家庭对假设提问能接纳,对由假设而虚构的现实和假设在治疗中的意义容易接受和理解。虽然有些假设会给家庭系统带来极大震动,但至少它从字面上可以理解到该假设的不可能性,而从理性角度能认识到假设的结果。家庭成员不论其文化背景、价值观念不同还是对治疗所抱的期望高低,都不会因为假设提问而对治疗产生抗拒而放弃治疗。

2. 循环提问 循环提问虽然在治疗之中可以化解因为直接提问或者直接评论带来的阻抗,但在治疗初期会因为所提问题不固定性和指向不明,引来家庭成员对治疗师所问问题的不理解,导致对治疗的困惑,使治疗关系中断。

甲家庭有一个小学生,因为自己的学习成绩达不到父母的期望值,被父母认为是学习有困难。在访谈中,就学习成绩和学习目标进行循环提问时,触及到对父母对孩子不切实际的要求,所提问题不能直接引起父母的关注和兴趣,他们不能从中间领悟到治疗师的意图,他们感觉到治疗师不直接切入正题而是在“问题”的边缘绕来绕去,引起父母的极大心理抵抗而放弃治疗。治疗过后,家庭认为“治疗师好像是在漫无边际地聊天。”

该家庭尤其是父母不能从提问中体会到治疗师和其他家庭成员呈现出的信息,而仍然以惯用的直线式“因—果”关系的思维模式进行思维。反映出这类家庭中的成员不善于从他人的反馈意见中得到信息,思维模式比较僵化,很难从与他人的接触中认识自己、得到启迪。

3. 中立性 中立性是系统式家庭治疗理论中的主要观点和操作性治疗方法之一,它强调给家庭扰动及其扰动给家庭带来的反应,而不是刻意表明治疗师的情感倾向、有什么样的观点、与哪个家庭成员结盟等。一般来讲,在治疗过程中,家庭成员都希望得到治疗师支持或者自己的观点被治疗师认可,将治疗师视为自己的同盟者。家庭中的“弱者”希望得到支持和帮助;强者“希望自己更强”。

乙家庭是三口之家,父亲是一位有成就的企业家,母亲为家庭主妇,儿子上小学三年级。因为儿子上课时注意力不集中,小动作多而来医院要求家庭治疗。能顺利地按照要求填写有关表格、安排预约等治疗前的准备工作。在首次访谈中,每人都在强调自己的理由,为自己以往的行为举证引鉴。从表面上看,治疗师的“扰动”并没有使每个家庭成员的观点发生什么变化,而是表现在每个家庭成员在发表自己见解后都希望得到治疗师的支持,总是用“对吧?”、“是吗?”、“你同意吗?”、“这样做,行吗?”的方式求得治疗师的认可或者肯定。

家庭如果将治疗师视为冷漠、毫无人情味的“中立者”时,他们就会从情感上拒绝治疗师,与治疗师达不成相互配合,治疗依从性必然受到影响。

在这种情况下,治疗师往往会处于一种两难状态:一是难以保持自己的社会中立(social

neutrality) ,用于判断家庭关系及其社会功能。二是在解决问题时难以把握变化的中立(changing neutrality) ,当治疗师的中立遇到家庭强大的价值观念时 ,就会朝向不中立方向发展 ,同时还会产生强大的治疗阻抗。这种两难状态很容易导致治疗失败 ,究其原因 :①让家庭在领悟问题的基础上去解决问题往往很难。②向家庭解释治疗方法反而会造成不中立而导致治疗中断。这时 ,如果治疗师就应该站在更高的角度 ,跳出“此时此刻”交流圈去看交流(meta-communication) ,就解决问题的方法而言 ,不是赠其鱼 ,而要授于渔。

(二) 治疗方式

家庭治疗的含义是将家庭作为一个整体进行心理治疗的方法 ,改变患者的病态现象就是要通过改变家庭关系系统、认知模式和交流模式 ,使家庭的固有游戏规则发生某些变化 ,从而达到治疗之目的。

由于对治疗方式不理解而导致治疗脱落的原因有 :①认为家庭治疗就是医师上门来家里治疗 ,医师到家里治疗倒可以接受 ;一家人兴师动众到医院去进行心理治疗则难以接受。②认为谁有“毛病”治疗谁 ,持这种观点的家庭成员多不愿意参加治疗 ,即使同意参加治疗 ,也会借口自己工作忙、事务多等理由不来治疗 ,最终治疗效果当然不会理想。

丙家庭夫妇均为单位的技术骨干 ,儿子今年 15 岁 ,上初中二年级。平素家庭生活幸福 ,妻子操持家务 ,相夫教子 ;丈夫工作勤恳 ,业余时间爬格子 ;儿子学习进步。三个人和平共处、互不干涉、互不影响。近半年来 ,儿子开始迷恋游戏机 ,从此学习成绩一落千丈。父亲严厉有加 ,每日绷着脸 ,骂儿子为“神经病” ,为了儿子能学习好 ,母亲包揽了儿子的所有占用时间的活动 ;儿子则整日呆在自己房中 ,不与父母交谈。每次找医师看“病”都是由母亲陪伴 ,父亲不闻不问。在首次访谈中 ,父亲勉强来参加治疗 ,第一次治疗后 ,母亲和儿子都认为收获不小 ,对治疗师布置的干预性作业也能认真去做。在后续的治疗中 ,终因父亲借口工作忙不能参加治疗而中断 ,儿子认为父亲对治疗“不诚心、无诚意”。

从家庭动力学角度来说 ,每个成员的个体动力学建立构成了自己现实构想 ,当个体的现实构想与整个家庭建立的现实构想不协调时 ,每个个体所表现出来的行为模式或者行为结果则是相互不融洽、互不接纳。在现实关系中则会表现为不容易变动的、僵化的所谓“硬性现实”关系 ,他们之间交往、协商的余地不大 ,个体寻求变化的主动性就得不到充分的发挥。

(三) 疾病的因果观

因果论的辩证关系在人们的头脑中可以说是根深蒂固 ;“种瓜得瓜 ,种豆得豆”是颠扑不破的真理。流感病毒引起流行性感冒 ,肺炎双球菌是引起大叶肺炎的罪魁祸首是不争的事实 ,是基本的医学常识 ,是体现直线式因果关系的典型范例。

家庭治疗的技术运用恰恰是放弃这种直线式因果关系理论 ,它崇尚的是互为因果论 ,重视人际间相互作用对“疾病”发生、发展及其治疗的影响。因而 ,抱有直线因果观的人很难理解家庭治疗。

丁家庭夫妻携正在上初中二年级的儿子前来治疗。近 6 个月来 ,儿子无缘无故地情感低落、整日唉声叹气、吃饭减少、睡不着觉 ,期中考试成绩明显下降 ,不时还会暴露出轻生的念头。家庭治疗前曾按“抑郁症”进行过抗抑郁治疗。家庭治疗的过程中 ,夫妻反复强调儿子原来的学习成绩很好 ,现在为什么会突然成绩下降 ,明年就要中考了 ,考不上高中怎么办。

一定让治疗师讲出为什么儿子成绩会下降?是不是一定与小时候得过的脑炎有关?什么样健脑药物能恢复脑力?他们坚信儿子的问题与幼年“身体不好”有关。持此观点的家庭不宜进行家庭治疗,物理治疗更为合适。

(四) 治疗的持续时间

家庭治疗的手段是以整个家庭系统为治疗对象,通过访谈发现系统中存在的各种关系问题,以语言技巧和行为作业传达信息,使原来维持疾病的关系被打破,疾病赖以存在的基础就不复存在,疾病就会痊愈。从原有平衡关系被打破到建立新的能渗透到个体思维和行为模式中的平衡关系,需要一定的时间,时间太短,所建立的新的平衡关系就不稳定,治疗效果就不好。因此,治疗时要避免这种“短期效应”。

戊家庭的女儿已经3个月没有去上学了,每天早晨该上学时她就会肚子疼,而且疼得大汗淋漓,父母为此十分担心,虽然经过多种检查和治疗,但都不奏效。第1次家庭治疗中,认识到父母的过度担心和焦虑是女儿不能上学的主要原因,在鼓励下第2d就恢复了上学。就在女儿去上学的当天,父母认为女儿的问题已经得到解决,便打电话取消了已经约定的2周后的第2次治疗。

家庭中父母和子女之间往往会存在着影响相互交流的关系,而且这种关系有自上一代向下一代传递的特点,家庭治疗的关键就在于打破这种不良的相互交流关系,促进个体的分化和发展。Maccoby(1980年)曾对家庭治疗的疗效进行过评价,他认为治疗效果的出现不仅仅是个体学会了或者具备了某种行为,更重要的是与人发生关系时思维、情绪、适应性的变化。

(杜亚松)

第六节 森田治疗

一、森田治疗概述

(一) 森田正马和森田治疗的产生

森田正马(1874~1938年)是日本著名的精神病学家,于1920年左右创立了深受中国传统文化影响的、专门针对神经症的心理治疗方法—森田治疗(Morita therapy)。他出生在日本高知县的富家村(现为夜市町),幼年时身体虚弱,有遗尿症状,但天资聪慧。5岁时进入当地小学学习,成绩超群。其父是该校老师,因对他管教甚严,使他以后惧怕上学,进入初中后,还发生过逃学的现象。9~10岁时,在村里的寺庙里见到彩色的地狱图,他异常恐慌,为此反复思考人死后会有什么结局,夜间失眠、做梦不断。他胃肠功能不良,20岁时又患肠伤寒,夜间常有心悸发作,有出汗、寒颤、对死亡的恐惧等的“发作性神经症”样特点。

1898年(24岁)进入东京帝国大学医学部学习。入学第一年,因家里未及时寄给他学习费用,他很生气,读书也不专心。为了调节情绪,他利用春假期间,到箱根去疗养了一段时间。回来后仍头痛不止,难以继续学习。在这种情况下,他横下一条心,不去纠缠这些症状,

不吃药,不求治,听之任之。他认为如果死了,也是父亲的责任。为此,他埋头学习,不料却云开雾散,病症消失,学习成绩突飞猛进,结果出乎意料。当时的考试成绩平均为 78.3 分,在 119 名同学中名列第 25 位。他也谅解了父亲因太忙而不能及时寄学费的事。通过这次自身体验,他对“神经质倾向”(疑病素质)有了认识,并摸索出特殊的、以后被人称为森田式的治疗。

(二) 森田治疗的发展

自森田正马博士 1920 年左右创立森田治疗以来,历时已 80 多年,经过森田先生弟子们的不懈努力,森田治疗在理论上更加系统和完善,方法上也得到了不少改进,形成了所谓新森田治疗(Neo-Morita therapy),它有以下四个特点。

1. 对森田先生提出的许多概念进行了归纳和整理,并用通俗易懂的语言作了解释。现任日本森田治疗学会理事长的大原健士郎教授撰写了《森田术语集》和《森田治疗术语辞典》,并把森田理论中最重要的概念即“疑病性素质基调”、“生的欲望”、“死的恐怖”之间的相互关系作了阐述,并系统地阐明了“森田神经质”的发病机制。

2. 提出了许多新概念。森田先生的高足武久提出应以“适应不安”一词代替“疑病性素质”更为妥当,把森田这一生物学上的概念引伸到心理学上来理解。其次,高良还提出了“主观虚构性”、“表面的防御单纯化”等新概念,发展了森田理论。大原则建议把森田的“神经质”和高良的“神经症”统称为“森田神经质”,避免了用词混乱。大原还指出用森田的名字来命名一种疗法会使人感到深奥陈旧,可能会阻碍这一疗法的发展,故他建议改称“创造性体验疗法”。田代信维则从心理生理学的角度将森田治疗的各个治疗阶段与人类的自我成长过程进行了研究,并引用马斯洛的心理需求层次理论对各种治疗机制进行了研究。

3. 治疗方法的改进。现代的森田治疗家从各自的经验出发,一致认为 40d 的疗程太短,大多采用 3 个月左右为一疗程。而家庭式的治疗环境在现在医疗机构中已很难做到了,因此只是合并使用家庭治疗。为了更好地开展治疗,北西于 1990 年提出“森田神经质的诊断用接触规范”。在整个治疗中,也放宽了对患者的限制,并根据情况引进了音乐、绘画、体育等疗法,在某些情况下还可以合用抗焦虑药进行治疗。在实施治疗时,均主张开展 Rorschach 测验、文章完成法等心理测定,还开展生长激素、催乳素测定等生物学研究,通过睡眠脑电图分析,发现森田治疗可使睡眠障碍的睡眠节律正常化,还推算出绝对卧床至第 7d 转为轻作业期是最合适的。

4. 适用范围的扩大。森田治疗对神经症的疗效已通过大量来自临床心理学和生物学方面的研究得到认可。现在森田治疗被广泛用于心身疾病、抑郁症、精神分裂症、酒精依赖,甚至是心理危机的干预。另外,世界各国已成立了许多以森田理论为基础的自助性组织“生活发现会”和旨在帮助癌症和艾滋病患者的“有意义的生活治疗”(meaningful live therapy)组织。

(三) 森田治疗在儿童青少年心理障碍中的应用

经研究表明,许多神经症或相关的心理障碍多在青少年期起病,而在青春期,更可见到许多剧烈的情绪波动或行为适应问题。

从森田治疗的理论来看,青春期正是“生的欲望”和“死的恐怖”开始冲突最明显的时候。

期,即由于自我意识的迅速觉醒,非常渴望成功、出人头地、与众不同和具有自信心等,但同时由于经验不足等原因,害怕失败和被否认。此种情况下,如果碰到一定的外界诱因,强烈的上进心非常容易转向强烈的自我否定。另外,由于青春期的性格尚未完全成熟,极易陷入“思想矛盾”之中,即对自己所面临的一切要求“理应如此”,非常理想化,和现实却有比较大的距离,难以接受“理应如此”和“现实如此”之间的距离,所以会通过非常理性的方式去加以对抗,形成“精神交互作用”,使得许多神经症性的症状发生、固定和发展起来。

从森田治疗的实践来看,青少年往往都有着一颗森田正马所说的“纯正的心”,即在接受治疗时较少有“功利”的色彩,不会拘泥于“这么做了我会得到什么好处”,较容易在治疗的过程中将“生的欲望”投入到建设性的行动中去,较快获得“顺应自然,为所当为”的体验。据日本森田治疗学会统计,接受住院森田治疗的患者中,20岁以下的占50%以上,获得显著疗效的患者当中,70%的年龄在20岁以下,多为学校恐怖症、单纯恐怖症、强迫症(强迫观念为主)、惊恐障碍和学习困难。

此外,对于儿童心理障碍来说,父母及家庭的教育或应对问题的方式是许多心理障碍发病、慢性化的重要原因之一,因此,运用森田治疗的理论去理解父母及家庭的教育或应对问题的方式在患儿的疾病发生过程中的作用,以及在实践中运用森田治疗对整个家庭进行干预,是森田疗法治疗儿童心理障碍的基本原则。

二、森田治疗的理论

森田先生通过20多年对神经症的实质和治疗方法的研究,期间尝试了镇静药物、催眠疗法、生活正规法、说服辩论法、安静疗法等,发现这些疗法对神经症的治疗还有很多不足之处,于是通过综合、概括和扬弃后创立了这一专门针对神经症的心理疗法。下面介绍一些森田治疗中最主要的概念。

1. 神经质 森田提出了“神经质”这一概念,认为神经症中适合森田治疗的性格特征可称为“神经质”,是一种人格方面的异常或倾向,表现为内省、敏感、认真、仔细、追求完美、胆小、谨慎、刻板、做事按部就班等特点。

2. 疑病性素质基调 森田提出“疑病性素质基调”的概念,认为害怕疾病是人类生存欲望的表现。如程度过强,则易将注意力转向自己身心的一些细微的变化上,这是形成“神经质”的基础。

3. 思想矛盾 即神经质,往往用“必须这样”、“应该如此”这样一种求全的理性优势来试图解决感觉到的身心变化,而非理性的、情绪的问题是不能通过主观愿望来克服的。

4. 生的欲望和死的恐怖 森田还提出了“生的欲望”和“死的恐怖”这一对概念,认为这是一个问题的两个方面。生的欲望是人类共有的向上不断发展自己的意愿,但只要有生存,来自肉体的、心理的对死亡的恐惧就会一直存在,疑病性素质很容易陷入“死的恐怖”中去,是因为生的欲望过于强烈,相对应死的恐怖也越来越强。

5. 精神交互作用 森田认为,所谓焦虑、烦恼、躯体不适感是人类普遍存在的身心现象,但具有神经质倾向的人会从他的“疑病性素质基调”出发,把这种身心现象看成是异常,并从理智上去竭力防卫,形成“思想矛盾”。在注意力集中于焦虑、烦恼和不适感上时,会使这种感觉更加敏感,形成所谓“精神交互作用”,从而使症状发展并固定下来。

6. 顺应自然 基于上述理论,森田在治疗中提出下述原则:症状的存在,并不是通过自己人为的意志所能马上克服的。只有坦然地面对和接受,不管情绪是好是坏,以行动为本位,在症状存在的同时以建设性的态度去追求自己的生活目标,这样才能打破“思想矛盾”、阻断“精神交互作用”的发生。这种行为准则,森田称为“顺应自然”。
7. 行动准则 行动及所产生的结果是决定一个人价值的惟一标准。一个人想得再好而不去行动,等于什么也不是。从这个角度出发,要养成在接受自己情绪和感觉的同时注重为了达到目标必须采取行动的生活态度。
8. 目标准则 不受情绪的影响,以所要达到的目标为准则。如要去上学,路上的情绪如何无关紧要,到了学校并且坚持下来即目标达到了。反之,在路上情绪再好,而没有到学校上学,结果就是失败。

三、住院时森田治疗的操作方法

森田治疗的疗程定为绝对卧床期、轻作业期、重作业期和生活训练期 4 个阶段,共 40d,是在住院过程中的家庭式环境中进行的治疗。绝对卧床期时患者与外界环境彻底隔绝,除吃饭、大、小便外须绝对卧于床上,以便使患者身心得到安静,养成对症状容忍和接受的习惯并激发活动欲望。轻、重作业期则逐渐减少限制并作日记指导,患者可作一些拔草、劈柴、做饭等活动,从而逐渐养成按自己目的行动进行的修养习惯,带着症状面对现实,反复体验成功的经验。社会康复期则可以让患者外出学习、活动,以适应外界实际社会环境的变化,1 周回病房 1~2 次,医生与其面谈并作日记指导,同时可开始作出院准备。

(一) 评估

日本学者在 20 世纪 90 年代初编制出专门用于评估森田神经质的工具,即“诊断用森田神经质访谈量表”(Diagnostic Interview of Morita Shinkeishitsu, DIM),除了可以评估森田神经质的严重程度以外,还可以预测治疗效果。得分越高,森田神经质的倾向越严重,越适合森田治疗,预后也越好。量表共分为 8 个因子,分别为症状及症状形成机制、人际关系类型、行为类型、治疗动机、人格特征、发展类型及适应水平、生活史和医患交流(表 4-3)。

表 4-3 诊断用森田神经质访谈量表(DIM)

1. 症状及症状形成机制			
(1) 焦虑的自我异质性	- 1	0	+1
(2) 症状焦点	- 1	0	+1
(3) 症状内容的变化	- 1	0	+1
(4) 焦虑、恐怖的内容	- 1	0	+1
(5) 有无强迫行为	- 1	0	+1
(6) 对症状的态度	- 1	0	+1
(7) 精神交互作用	- 1	0	+1
(8) 思想矛盾	- 1	0	+1
2. 人际关系类型 (轻松为 +1,无特殊为 0,为难为 - 1)			
(1) 个人生活空间:父亲	- 1	0	+1
母亲	- 1	0	+1
(2) 社交生活空间:同性上级(上司、老师等)	- 1	0	+1

(续表)

同性同级(同学,同事等)	-1	0	+1
同性下级(同事,同学等)	-1	0	+1
异性上级(上司,老师,亲戚长辈)	-1	0	+1
异性同级	-1	0	+1
异性下级	-1	0	+1
亲密朋友	-1	0	+1
(3) 社会空间(不认识的人)	-1	0	+1
同性	-1	0	+1
异性	-1	0	+1
3. 行为类型			
(1) 自行解决	-1	0	+1
(2) 将周围卷入	-1	0	+1
(3) 追求安全感和生活圈子缩小	-1	0	+1
(4) 克制自己的生活模式	-1	0	+1
4. 治疗动机			
(1) 来诊动机	-1	0	+1
(2) 自己克服症状的尝试	-1	0	+1
(3) 对森田疗法理性的理解	-1	0	+1
(4) 改变自己的愿望	-1	0	+1
(5) 对治疗的期待	-1	0	+1
5. 人格特征			
(1) 理解力	-1	0	+1
(2) 自我矛盾	-1	0	+1
(3) 对他人的接纳	-1	0	+1
(4) 规矩,观念倾向	-1	0	+1
(5) 向上发展	-1	0	+1
(6) 对焦虑,冲突的忍受	-1	0	+1
(7) 冲动控制力	-1	0	+1
6. 发展类型及适应水平			
(1) 发病年龄	-1	0	+1
(2) 发病前后的适应水平	-1	0	+1
(3) 发病前适应水平	-1	0	+1
(4) 发病后适应水平	-1	0	+1
(5) 发病后人际关系	-1	0	+1
7. 生活史			
(1) 对父母的社会价值观的认同倾向(小学前)	-1	0	+1
(2) 家庭中存在权威的难以接近的人(小学前)	-1	0	+1
(3) 对患者给予正性评价(小学前)	-1	0	+1
(4) 周围的期待(小学前)	-1	0	+1
(5) 学龄期愉快	-1	0	+1
(6) 班干部经历	-1	0	+1
(7) 受欺负经历及青年期人际关系(初中后)	-1	0	+1
(8) 对父亲的反抗	-1	0	+1
(9) 对母亲的反抗	-1	0	+1
(10) 初高中时代有无同性朋友	-1	0	+1
8. 医患交流	-1	0	+1

(二) 治疗的导入

开始森田治疗以前,需要做一些准备工作。首先选择具有神经质个性特点的患者作为对象,用森田治疗的原理对患者的症状是如何产生的做一些解释,获得患者的理解和共鸣,

建立起良好的医患关系。告知森田治疗的要求,允许保留疑问。入院后(绝对卧床前)即开始限制各类活动。然后可进入1~4期的治疗。

下列情况要慎重选择:对焦虑的耐受性差,常借用药物和乙醇来解决问题的人;处于急性期的严重抑郁状态,频繁的自杀企图和严重的自杀倾向;对冲动的控制力差,曾有过暴力和犯罪以及性变态等行为;由于症状,日常生活都依赖家属。

(三) 治疗经过

1. 绝对卧床期(1周) 要求患者一个人在一个病室内,除吃饭、洗脸和大小便外,其余时间均卧于床上,禁止与外界接触及进行看书、听音乐等娱乐活动。主治医生每日查房1次,每次约5min,不过多地询问症状,只是鼓励和支持患者坚持下去。

(1) 目的:在安静的环境中使患者心身的疲劳能得到休息;养成对于焦虑等症状的忍耐力,体验烦闷心境及解脱的过程,即如果烦恼无与之相应的条件则不可能无限制地发展;激发活动的欲望以便向作业期过渡。

(2) 治疗过程:①烦闷期:一般在第1d患者会感到比较舒服,第2d开始会不断地想自己的病,各种症状或烦恼都会加重(“欲用一波消一波,则千波万波相继而起”)。但由于患者处于隔离和卧床的状态,无法逃避症状,只好让症状自行发展,这样症状反而会减轻(“烦闷即解脱”)。②无聊期:第5~6d起就会感到很无聊,持续1~2d就会感到很想活动,此时即可进入下一期。

2. 轻作业期(约1周) 仍然对患者的活动有所限制,禁止交谈、外出及过多的活动,白天可以到户外接触新鲜空气和阳光并观察周围的环境,晚上要求写日记,临睡前阅读一些枯燥的书。

(1) 目的:因有限制,患者感到无聊,可进一步激发患者自发活动的欲望,消除预期焦虑,减少对症状的注意。

(2) 日记指导原则:不要记述主观的烦恼,要求记录每日的活动内容,医生每日作点评。

3. 重作业期(约2周)

(1) 原则:要求做一些较重的体力活,并可以阅读一些内容轻松一点的书籍,继续记日记,仍然禁止交际、游戏、无目的散步等活动。在不知不觉中养成对工作的持久耐力,有了信心的同时反复体验工作成功的乐趣。不问症状。

(2) 目的:通过行动打破思想矛盾和精神交互作用的恶性循环。

(3) 准备:作业内容及时间的安排,身体的准备和精神准备(不去重视作业本身有多大意义)。

(4) 内容:根据条件组织安排各种作业,指导患者自己组织起来;定期集体心理治疗;定期演讲会(结合欢送将要出院的患者);日记要求同前。

(5) 重作业期指导患者的原则:对精神交互作用的认识;关注现实生活,使患者从“情绪准则”转向“行动目标准则”,认识焦虑、恐怖、烦恼等情绪存在的必然性;分析目前行为方式的必要性,能带着症状行动,也容易养成合乎目标的行为模式;通过与现实的接触,对“理应如此”的观念引起注意并予以纠正。

(6) 影响作业期效果的重要因素:稳定的医患关系;治疗环境的影响;作业内容的丰富

性和合适性,作业活动的组织效率。

4. 社会康复期(1~2周) 允许外出进行一些有目的的活动,在实际环境中巩固前3期获得的体验,为回归社会作准备。每周1~2次与患者交谈,修改日记,针对现时的治疗目标及存在的问题,进一步深化体验,鼓励继续行动。

四、门诊森田治疗

现在一般认为,森田治疗的住院治疗已经标准化了,所以,基本上认为是正统的治疗方法。森田治疗作为住院疗法,有两个重要的因素:①绝对卧床疗法和作业疗法。②家庭的环境气氛。两者构成了森田治疗的特征。

随着社会对森田治疗需求的增加,住院治疗已不能满足需要。在门诊,根据森田治疗的原理对合适的患者进行治疗,实践的人多了,就有了门诊森田治疗的名称。然而,与住院森田治疗相比,门诊森田治疗还不够规范化,大多是按照治疗者各自的经验进行的。尽管如此,由于门诊有大量合适的患者,在门诊中开展森田治疗有着更大的发展前景。

只要掌握好“治疗原理”以及“治疗目标”,在门诊开展的森田治疗和正统的森田治疗在本质上是没有任何区别的。但是对于门诊森田治疗,由于缺乏正统森田治疗具有的“形式”要素,治疗者亲自照料患者的说服力是很重要的,即需要在技巧上弥补被省略的形式和内容,使患者边忍受痛苦,边在日常生活“场合”中获得行为适应。也就是通过语言保留治疗者与患者相互的理性和感性上的交流,以患者的日常生活行为作为研究的核心。

治疗对象 狭义的对象是“森田神经质”,广义的对象从健康人到具有各种病理基础的器质障碍者。在人的一生中,面对现实生活而产生的适应上的烦恼和痛苦的体验者都可成为治疗的对象。患者自身痛苦承受力的大小及医患关系的牢固性是门诊治疗的界限标准,较住院治疗更重要。

操作方法 ①初诊:包含1~2次询问病史。决定患者是不是治疗的适应证,明确诊断和接受治疗的动机。以下特征者较适合治疗:内向性格或内省倾向;从症状中可见明显的“思想矛盾”和“精神交互作用”;现实的自我评价低下,理想的自我意识增强,对其差别苦恼;对森田原理能理解并愿意配合;森田神经质量表评定(DIM)得分较高者。②治疗过程:了解患者对治疗的期待,发病诱因及生活目标的再确认;日记指导;准备2本日记本,1本在就诊时交给治疗师,就诊后治疗师做批改,下次就诊时治疗师将批改好的日记本和患者的另1本日记本交换。说明治疗指示和程序,并明确患者同意合作;每周1次,30~40min,疗程6个月。以患者日常生活的场面作为作业内容,逐步使患者的日常生活、学习和工作节奏恢复到接近正常,而症状不得不让它存在,以目标为准则,通过行动的积累来逐步打破恶性循环和精神交互作用。

五、森田疗法治疗青少年心理障碍的实践

在青少年中,经常可以见到不少人以人际交往的困扰和烦恼为突出问题,严重者会逐步发展为学习成绩下降、不去上学、不与社会接触、甚至对家人、同学和朋友也自我封闭、情绪波动或对家人发脾气、自我伤害等。从临床上来看,这些人可以分别被诊断为社

交恐怖症或学校恐怖症、适应障碍、焦虑障碍、抑郁障碍、行为障碍或人格障碍。但从森田治疗的角度去看,这其中的很多人都有一些共同特点,就是从青春期开始,随着自我意识的增强,同时和外界接触增加,人格中敏感、容易感到受伤害的部分会越来越显示出来。一方面,他们非常渴望与别人建立起良好的人际关系,得到别人的认可和赞赏;另一方面,由于非常容易感到伤害和挫折,会在行动上进行自我保护,避免和别人接触交谈,会给别人留下孤僻、清高的印象。他们非常重视自己在别人心目中的形象是否完美,渴望得到注目和赞赏的愿望非常强烈,但现实中得到的感受和结果往往会和他们的愿望有很大差距,使他们感到失望和受到伤害,因此不断地形成恶性循环,对人际交往的回避日益加重,自我感觉越来越糟糕,又感到周围没有人能够理解自己,难以将自己脆弱、受伤的感觉和别人交流,这样长期的心理冲突如未得到及时解决,会形成以上所提到的各种心理障碍。

下面举一个社交恐怖症的实例来对森田治疗进一步加强理解。

小孙,男性,17岁,高二学生,病程2年。小孙长相清秀,个头1米76,身材偏瘦。从小起一直得到父母的宠爱,特别是母亲的宠爱。在幼儿园就已经开始担任小干部,从来就不甘落后。小学、初中均成绩优秀,考高中时进入了市重点中学,父母对他寄予了很高的期望,没想到一直顺利发展的小孙进入高中后却遇上了烦恼。

在小学和初中一直是在别人的表扬和赞赏中习惯了的小孙,进入高中后,成绩并没有显得那么突出,同学和老师也没有对他产生特别的关注,他经常有被排斥和陌生的感觉,感到难以融入到集体当中去。他的不肯服输、容易受伤害的自尊心在激烈的竞争中缺少韧性和弹性,使得他难以适应这样的现实。一次在上英语课时,老师请他朗读,没想到有一句话读得结结巴巴,结果引起全班同学的哄堂大笑。他感到自己像个傻瓜一样,体验到从未有过的屈辱和自卑,以及对自己和周围人的愤怒。他对自己的状态感到难以忍受并强烈地担心再陷入到那种窘迫的情景中去。自此以后,他十分害怕上英语课,渐渐地对上学校以及和同学见面也感到非常紧张。越是想克制住自己不要在别人面前表现出紧张,越是感到紧张。这样,一方面他很想和其他同学一起活泼地交流;另一方面又为自己的表现和感受感到非常自卑。这样的冲突使他经常在幻想中想像自己的社交是十分出色的、受到了很多人的关注和赞赏。由于问题没有解决,他见人紧张的对象扩展到了除家人以外的任何人。同时他感到自己的紧张还带给别人不愉快的感觉,越发不敢与别人接触了,开始是不去学校,后来连外出也不愿意了,整天闷在家里,对父母和周围充满抱怨、对自己充满责怪、对过去充满懊悔、对将来充满担心和绝望。父母对他的情况感到难以理解,以往这么优秀的孩子,什么话都会向父母讲,现在怎么会变成这样自暴自弃和自我封闭,父母也感到一筹莫展,整日忧心忡忡。

从小孙的案例中可以看出,虽然发病的起因是上课时朗读被其他同学取笑,但原来就存在着一定的个性基础及适应方面的压力,当问题出现时,首先“思想矛盾”起作用了,即小孙认为,在别人面前出现紧张和尴尬的表现是不应该的,是失败的表现,应该通过努力加以马上控制;在“思想矛盾”的基础上,形成了精神交互作用,即越想在别人面前镇定自若,越会注意自己的表情是否自然、讲话是否流畅,结果会感到越紧张尴尬,恶性循环越来越深,只有逃避与人接触,才能免受痛苦。但回避时间长了,在与人接触会感到更紧张和难以适应。

六、选择治疗方法的原则

森田治疗有住院森田治疗、门诊森田治疗,实际运用中,还有通信森田治疗和患者参加自助组织以得到帮助(如日本的“生活发现会”)或以上几种方式并用。

(1) 有接受森田治疗的意向,然后根据患者的处境、病情严重程度、患者本人的期望等来判断选择哪一种形式的疗法。最重要的原则是根据患者的社会功能状态,如患者因为病情无法去上学(已休学)、上班或社交,则倾向于选择住院森田治疗,先在住院的环境中积累各种体验。

(2) 社会功能影响不显著的患者,可选择门诊森田治疗,边坚持学习、工作及接触现实环境,边接受治疗,不断加深体验。如病情非常轻,可选择患者通过自助组织得到帮助和交流,可采用通信森田治疗以帮助患者。

(张海音)

第七节 游戏治疗

一、游戏治疗的一般概念

游戏治疗(play therapy)是以游戏活动为手段或媒介,让儿童有机会自然地表达自己的感情或者暴露问题,从游戏中得到解脱并促进身心发展的一种心理治疗方法。

游戏治疗是在儿童和治疗者之间建立的一种关系,目的在于解决儿童存在的症状、稳定其情绪、使之对环境的适应性更强。

自1909年开始,Sigmund Freud就对小汉斯(Little Hans)进行了心理治疗。实际上,在1919年以前,“儿童治疗”和“游戏治疗”互为使用,没有明显的区分和界限。1919年后,直到Hughellmuth提出“游戏是儿童精神分析很重要的一部分”观点后,游戏治疗才逐渐认识和重视。

Schaefer认为游戏就像爱情、快乐及其他心理学的概念一样,比较容易识别,但却不容易界定(1993年);Schaefer(1980年)认为游戏是以人为本,而非被物体所掌控,游戏是儿童心理发展的一个过程。

对游戏,不同学者有不同的看法。White(1966年)认为是培养解决问题与能力技巧的机制;Piaget(1969年)认为是一种允许儿童在精神上消化经验与情景的过程;Erikson(1963年)则认为一个儿童学习适应他(她)周围环境的情绪实验室;Ginot(1961年)说是一个儿童用玩具来说话的表达方式;Erikson(1963年)借口游戏来处理行为及担忧的一种方式。Nickerson(1973年)就主张,游戏活动对儿童而言,是主要的治疗方法,因为游戏是一种自我表达的自然媒体,它可以促进儿童的沟通,引导感情的倾泄和释放,也可以被更新或重建,使人能透过这扇窗来交接儿童的内心世界。

Schaefer(1993年)推荐出7种常见游戏行为的特质。

- (1) 游戏是出自于内在而非外在的动机。
- (2) 儿童比较在意游戏活动本身,而不考虑结果。
- (3) 正面的感觉伴随着游戏而生。
- (4) 儿童的环境,会积极投入游戏,并常常表现得过于专注在游戏上而忘了时间以及周围。
- (5) 游戏有虚拟和不现实的性质。
- (6) 游戏给予儿童可以把新的意义加诸问题或事件的自由。
- (7) 游戏不同于探索行为。

Schaefer 提出影响儿童游戏治疗的因素有克服抗拒、沟通、精熟、创造性思维、发泄、角色扮演、幻想、隐语性教导、依恋的形成、关系的增进、快乐、熟练发展的游戏、玩游戏。

治疗者应该经验的特质:好奇、探索的欲望、创意、敬畏儿童的活力和独特、敏感、幽默感。

二、游戏治疗的历史发展

Sigmund Freud(1909年)是第一个将游戏用于治疗的人;Hermine Hug-Hellmuth(1920年)把游戏放入治疗之中;Melanie Klein 和 Ana Freud 将精神分析学派理论与游戏学派的理论有了系统的描述。

(一) 精神分析学派游戏治疗

Melanie Klein 和 Ana Freud 两大治疗不可不提。Ana Freud 游戏主要是用来建立儿童与治疗者之间坚固而正面的关系。Melanie Klein 游戏治疗的主要目的是帮助儿童获得洞察力来协助他们解决的困难或心理的创伤。

Melanie Klein 和 Ana Freud 2人都认为摒弃成人分析精神分析的“自由联想”教义,代之以儿童对游戏的自然倾向。他们认为,游戏揭露儿童无意识冲突和欲望,是一种儿童形式的自由联想。

他们两人的分歧也不小。Klein 认为儿童的游戏“完全等同于”成人的“自由联想”,而且同样地“可以解释”。Freud 则相信游戏不完全等同于成人的自由联想,而且自我协调的行为还包含相当丰富的材料。

精神分析学派游戏治疗的主要贡献是:对游戏作为促进儿童解决内在困难的工具做了清楚的描述,游戏允许儿童带出潜意识的冲突,并以一种安全的方式来面对他们的情感,借以整合如果不被处理便可能发病或行为偏差。

精神分析学派的游戏治疗师认为,游戏治疗时,治疗师必须观察、记录、假设、互相了解、相信不要在大量解释下完成治疗。

(二) 结构性游戏治疗(structured play therapy)

20世纪30年代末,一种以目标为导向的治疗方法从精神分析的架构中区别出来,形成了结构性治疗。该疗法相信游戏中的发泄价值,治疗者在治疗的过程中主动、针对受伤程度较重的儿童可以进行发泄治疗。

(三) 关系治疗(relationship therapy)

Otto Rank 和 Carl Rogers 是关系治疗的主要提倡者 ,关系治疗是以一个特定的人格理论为基础 ,该理论假设“ 个人内在不只拥有解决自身问题的能力 ,同时也拥有一股成长力量可以使成熟的行为变得更令人满意 ”。

关系治疗强调完全接纳儿童就是儿童 ,治疗师的真诚就是治疗的成功。

(四) 行为治疗

行为治疗主要靠强化、示范等行为学派的方法进行治疗。治疗时不考虑原因、不谈过去、不谈行为前后的感受。行为治疗应用于游戏室的儿童 ,或教其父母在家中应用 ,尤其使用于缺乏家庭成人指导或家人约束过严的儿童。

(五) 沙箱治疗(sandtray therapy)

Dora Kalffyu 于 1980 年发明了沙箱治疗 ,沙箱治疗应用的是荣格的基本理论 ,将它用于沙箱治疗的专业人员 ,视沙箱为儿童精神的象征。治疗师着重在解释儿童对小物件的取用 ,这些物件在箱中如何被放置 ,也强调观察儿童在不同发展期的转变过程。

三、游戏治疗的种类

游戏治疗按形式来分可以分为指导性治疗和非指导性治疗两种。指导性治疗又称启发性游戏治疗 ,在游戏治疗中 ,治疗师设计活动、选择媒介或玩具、订立游戏规则 ,并承担起指导和解释的任务。非指导性治疗又称来访者中心游戏治疗 ,或儿童中心游戏治疗 ,在游戏治疗中 ,治疗师让儿童自己起到指导自己的作用 ,自己选择媒介或玩具、订立游戏规则、决定游戏时间 ,不需要治疗师的指导和解释。

指导性治疗和非指导性治疗方法的区别见表 4-4。

表 4-4 指导性治疗和非指导性治疗的区别

形 式	指 导 性 治 疗	非 指 导 性 治 疗
治疗师的责任	治疗师可以负起辅导和解释的责任	治疗师把责任和引导留给儿童自己
玩具	既定玩具和内容	自己选择玩具和主题
治疗师的作用	回答、解释、介入	介入 ,通过观察儿童的游戏 ,给予言语上的肯定
治疗师	建构治疗单元 ,有意挑战儿童的防御机制 ,鼓励或引导儿童往看来有益的方面发展 ,介入儿童的潜意识、隐匿过程或明显行为	节制的 ,总是以儿童为中心 ,与他们一起沟通 ,一起玩
治疗取向	疾病取向	人本取向
治疗方法	完形治疗 ,棋类游戏 ,亲子治疗 ,家庭治疗 ,玩偶治疗	玩偶治疗 ,讲故事 ,艺术治疗

四、游戏治疗的技巧及应用

(一) 玩偶治疗(puppy therapy)

最早使用玩偶的是 Woltmann ,在当时的 1940 年 ,使用玩偶是帮助住院的儿童克服自己的疾病、适应住院过程、减少与父母分离后的情绪反应。Haworth 曾经写到:“玩偶游戏创造了一种非真实且无威胁性的气氛,这样有助于认同过程,因此透过角色可以鼓励情感和人际关系的投射。”Webb(1991 年)曾经写到:“玩偶被用于治疗是因为儿童把玩偶或洋娃娃当做自己,投射自己的感情到游戏的人或物上,把他们的冲突转移到玩偶身上。”

1. 与玩偶会谈(主要用于评估)

- (1) 一张评估量表,评估包括许多不同人物内务、故事资料的内容。
- (2) 治疗师带出玩偶并观察儿童的反应,邀请儿童从玩偶中选出“人物”。
- (3) 玩偶表演,儿童可以在没有治疗师的情况下参与发展剧情。
- (4) 与玩偶会谈,治疗师在故事范围内以“什么”、“为什么”提出问题。
- (5) 事后会谈,邀请儿童一起来谈论故事及其发展。

治疗师通过与玩偶会谈,要评估到或初步掌握环境、人物、情节、故事、故事主题、理解、暴露出来的问题、关系等。

2. 家庭玩偶会谈(family puppet interview, FPI) 家庭玩偶会谈技巧被 Irwin 和 Malloy 称为一种可以刺激沟通,示范让一个家庭如何朝一个目标或一项工作前进的策略。FPI 对沟通有困难、高度理性思维、善于分析的家庭特别有用。

治疗师要让家庭成员知道自己有很多治疗方法,这是其中要求家庭成员共同参加的活动。

治疗师可以这样介绍:“今天,我带来了一些玩偶,我会要求你们花几分钟的时间来选择你们想要与它一起工作的玩偶。然后,要你们编一个有头有尾、有内容的故事。故事必须是自己编的,不要讲已经听过的故事。”

治疗室提供的玩偶必须多,至少要 15~20 种。玩偶要能代表每一种情感:感情玩偶:攻击、友善、中立;人类玩偶:黑人、白人;男人、女人、大人、小孩;皇室成员玩偶:国王、皇后、公主、王子;动物玩偶:猴子、狮子、老虎、大灰狼、小白兔、乌龟、山鹰、蚂蚁、蛇;想像的怪物玩偶:鬼怪、天神、老猫、妖魔;职业玩偶:医生、护士、警察、老师、营业员;交通工具玩偶:汽车、火车、轮船、飞机、地铁、轻轨车。

一旦家庭成员选定了他们的玩偶,治疗师就安排他们去自己编故事。在家庭成员编故事的时候,治疗师要观察,观察他们谁先开始工作,谁在说些什么,玩偶是如何分配的,谁受谁的影响。

治疗师通过指导或者与他们互动,深入到家庭中去,这样才能解决儿童的问题。治疗师应该做到以下几点。

- (1) 决定故事的内容和主题,然后重新建构以创造可能有益于治疗的意义。
- (2) 在家庭隐喻的背景下创造新的互动。
- (3) 公开地提出质疑。
- (4) 提出问题。
- (5) 挑战。

(6) 伴随互相说故事的技巧,治疗师假设故事的结果。

(7) 评说家庭说故事的系统。

(二) 艺术治疗(art therapy)

在19世纪末,绘画在精神分析界显得非常重要,因为他们认为通过绘画可以透露出潜意识中的心灵部分,甚至在精神病学界和心理学界都极力地通过绘画来评估一个人的智力和人格。例如:Goodenough(1920年)——智力测验;Machover(1949年)——投射;婴幼儿涂鸦——心理发育;树-房-人技术——认知技术。常用的绘画技术有以下几种。

1. 房子-树-人(House-Tree-Person)技术(Buck,1978年)。

2. 画个家庭(Draw-A-Family)技术(Hulse,1951年) Hulse的指导语是:画一幅你们家的图画。

3. 家庭动力绘画(Kinetic Family Drawing)技术(Burns & Kaufman,1970年) Burns的指导语是:画一幅你和你家人一起做某件事的图画。

4. 房子-树-人动力绘画(Kinetic House-Tree-Person)技术(Burns,1987年)。

5. 涂鸦技术(The Scribble Technique) 在每一位家庭成员从自己的草稿展出一幅画之后,家庭便鼓励完成一份“家庭涂鸦”。先由一个人随便乱画,每个人再试着从那里面找出所画的暗示。然后,每个人在这个涂鸦上绘画以完成作品。

6. 轮流涂鸦技术(Squiggle-drawing) 用于建立与儿童内心想法及感情的沟通方式。

①技术:要求家庭成员轮流从前一个人随意的一笔画中来作画。儿童接着被要求选择他最喜欢的一抹涂鸦,并为它编一个故事。②指导语:我们每个人都会有一张纸和一支铅笔。我会随意画几笔,而你们要从我的涂鸦中画出任何你喜欢的图画,然后你要为你的图画编一个故事,而我会问一些关于它的问题。然后你要画几笔,我会从你所画的再画出一幅图画,说明关于它的故事,而你可以问我关于它的问题。

7. 自由绘画技术(The Free Drawing Technique) 自由绘画要求每一个家庭成员画任何一幅他喜欢的图画。然后每一个家庭成员必须要和所有家人分享他的图画。他们也可以被指示以一个团体的身分,把任何他们所想要的共同画在一张纸上。当要求家庭进行自由绘画时,画架的画纸要足够大才行。

8. 彩绘你的生活(color-your-life)技术 由Kevin O'Connor于1983年发明。用来教儿童对感受的表达,用于收集儿童的感受,引发自己的感情。①技术:治疗师要求儿童为一种感情配上一种特定的颜色(红色=生气,紫色=愤怒,黑色=非常悲伤,绿色=嫉妒,黄色=快乐),直到每一个颜色都和一种特定的感情有关。②如何做:给儿童一张白纸,告诉他这张纸是用来填满颜色,以表示生活中曾经经历的感受。

9. 连续绘画技术(The Serial Drawing Technique) 由John Allan于1988年设计,每次治疗后要画一幅画,图画可以被连续分析,如果一个被要求画家庭动力绘画的家庭连续绘画,从中间就会反映出人际关系,是冲突还是和睦。

10. 3个愿望技术(The Three Wishes Technique) 治疗中,治疗师要求家庭成员画出3个愿望。然后,家庭成员分享并讨论这些绘画。最后,谈到愿望如何,是高呢还是低呢,如何实现这些愿望等。

11. 把自己画成动物技术(The Draw-Self-As-Animal Technique) 把自己画成想要变成

的动物。什么动物？与什么动物在一起？等。

五、讲故事治疗及其应用

相互讲故事技术(mutual story-telling technique , MSTT)与和玩偶技术相似 ,由 Richard Gardner 于 1971 年发明的。和玩偶技术不同之处在于玩偶技术时玩偶不说话。治疗师在倾听故事的同时 ,推敲其中精神动力的意义 ,并选择 1 ~ 2 个主题 ,然后用类似情景中的相同人物来创造一个他自己的故事.....然而 ,治疗师所讲的故事不同于儿童所编的故事 ,治疗师要引入健康的解决问题的方法和较成熟的适应性。

讲故事被治疗师用来作为与儿童进行自由开发的沟通工具 ,借此可以降低儿童的阻抗 ,并加强他们使用隐喻来处理他们生活情境中的痛苦。

透过故事 ,常常发现儿童的内在趋力和内心冲突 ,儿童的情绪可以在故事中被发现 ,包括焦虑、内疚、愿望的实现、攻击。故事中重复出现的主题可能就是一个主要关切或者冲突的信号。

就 MSTT 而言 ,治疗师明显地用更为主动的方式与儿童互动 ,借着倾听 ,决定哪一个角色代表儿童 ,然后指出故事的主题及其解决方法。

持精神分析观点的治疗师对相互讲故事技术有自己的看法 :精神分析的治疗观念在于创造一个治疗性环境 ,它经由游戏及语言 ,在治疗师最少的建构及干涉下 ,促进自然的、演进的、时时刻刻的、自发性的自我表达。

讲故事技术是一种可以使儿童主动表达自己思想极为有效的技巧 ,这种技巧其他人也可以使用 ,如教育工作者、精神科医师、催眠治疗师、父母亲。主要是利用讲故事进行教育、启发、威胁、恐吓、取悦、刺激、传递价值观等等。

故事最好是由治疗师自己发挥或编排的 ,对此 ,Barker (1993 年)对治疗师提出如下建议。

- (1) 治疗开始以前就要准备好故事。
- (2) 放慢速度和节奏 ,形成自己的风格。
- (3) 语气要有抑扬顿挫 ,该高则高 ,该低则低 ,该强调就强调。
- (4) 以幽默、轻松的方式进行。
- (5) 密切观察儿童的反应并随时调整方式、方法。

(杜亚松)

第八节 多萨治疗

一、多萨治疗的一般概述

(一) 多萨治疗的定义

多萨治疗(Dohsa therapy)又称运动动作治疗(motor action therapy)。多萨(Dohsa)是指

每个人作为躯体主宰者,对自身活动的有意把握和控制。作为一种心理治疗,是指患者通过改变自己的获得经验模式以满足自己的心理需求,从而达到治疗心理疾病的目的。

近三四十年来,在日本心理学界对人类运动动作从实验和临床方面进行了饶有兴趣的研究。生理学观点认为,人的运动动作是骨骼肌肉系统或脑神经系统的一种活动。内斯(Naruse,1967年)提出每个人是他身体的主宰者,对自身活动可以有意把握和控制,通过自己的努力去实现企图达到的身体运动目的,被称为多萨过程,身体运动模式与企图达到的动作模式的共同结果,是“意念—努力—身体运动”的自我控制过程。多萨治疗就是在治疗师或医生的帮助下完成多萨过程。与心理分析治疗等语言性方法不同,多萨治疗是通过想像而实现的;与一般放松疗法不同,它是在治疗师的帮助下去努力完成假设的任务。

多萨治疗最早是由内斯于1973年首次应用于帮助脑瘫患儿增加有意识的运动。1984年被应用于孤独症儿童后取得目的性行为与人沟通行为明显改善。结合放松训练,多萨治疗对发音不清、言语障碍、焦虑症、精神发育迟滞、多动性障碍等有效,除了适用于特殊儿童的康复与训练外,还被用于老年人健康保健、运动员的强化训练。多萨治疗作为一种有效的心理治疗方法,在日本被使用得越来越广泛。

(二) 多萨治疗的基本理论

1. 运动动作的心理过程 身体的运动动作是在心理活动的控制下进行的,一个人要计划(企图)去运动,他就会想办法去实施并努力完成,然后身体就会主动动起来。换句话说,一个运动动作是导致身体和心理共同活动的心理过程,动作反映他的心理状态。动作不灵活、身体僵硬、姿势虚弱往往是心理问题的躯体征象。

2. 自我活动的经验模式 一个人经历了动作的全过程(动作—意念—现实结果)才能感知到它的完整性,对动作的情绪体验称为经验,这种经验往往是主观心态的显露,当自己对自身活动体验为不愉快时就表现为症状或不良状态,久而久之,就会形成“不愉快体验—症状”的经验模式。

3. 愉快的经验模式 当一个人体验到自己动作行为给自己带来不愉快时,他就企图改变不愉快体验。在治疗师的帮助下去努力完成所计划的活动,他就会经历与以前完全不同的、适应性的愉快经验模式,也能很好地控制自己的情绪和行为,改善自己的状态和不良状态。经过认知改变后,这种愉快的经验模式会被用于其他的行为或活动中。

4. 多萨治疗的假设 ①患者的问题被认为是自我经验模式的问题,往往表现为行动笨拙、动力不足、主动性差。②经验模式的改变至关重要,主要体现在运动和行为活动上。③当行为方式亦即经验模式转向于在某些动作上有助于患者时,他自身总的经验模式就会自己变化,在日常生活中就会有愉快的体验。

二、多萨治疗的实施

(一) 多萨治疗的基本技术

1. 观察和评价 不少患者对自己身体状况有清楚的认识,可以诉述出头痛、肩部紧张、腹部发胖等;有些患者不主动讲出身体不适,但不愿意从行动上完成活动;可以从颈肩倾斜

程度、肩背部弯曲情况、腰部侧弯程度和腿部受力情况来初步评价患者的问题,姿势的弯曲程度越明显,说明心理问题越严重。

2. 经验模式的改变 在了解了患者的痛苦行为后,治疗师要为他设计一个目标动作,在努力完成达到这一目标动作的过程中,对身体运动活动的重新认识促使发生新的经验模式,这一新的经验模式就会向着设计好的目标发展,最后完成目标动作。

3. 多萨放松技巧 主要有肩部放松、转动身体和站立姿势。

(1) 肩部放松 被治疗者坐在椅子上,治疗者站立于其背部,将手放置于双肩慢慢摇动。一开始被治疗者不会很好随摇动而动,逐渐地就会出现伴随摇动,有时因为过分紧张而停留在某一姿势,这个姿势对治疗师和患者都很重要。稍事停顿后再让患者自己慢慢运动并逐渐放松,往往要患者努力才能做到,有时在肩部上升时会觉得背部紧张。这时要让患者能意识到自己身体状况、运动的感觉、放松时的感受。

(2) 转动身体 通常在第一次多萨治疗时要转动身体,治疗师通过转动身体与患者接触,也可以在地板上拉伸患者的上肢。

(3) 站立姿势 通过站立姿势让患者体会到对抗重力而直立的感觉。首先治疗师左右移动患者的身体上部但不要让他翻倒,使其重心不断变化。这时,治疗师紧紧扶着患者腰部,鼓励他说:“努力,慢慢地努力,把身体上部重力放在两个腿上”,患者就体会到“重力在腿上”或“直立在地上”的感觉。身体姿势训练的第二步就是让患者向前或倒退一步,通过内在的身体形像或身体感觉来体验自我形像或自我感觉,这时,患者就会通过身体运动有很多感受,如不可靠性、无助感、沮丧、孤独、愉快、舒适、有准备感、焦虑、不适和多动等等,他就会证实自己把握自己的感觉,体会到新的自我。治疗师则视这些变化的信息为下一步的计划作基础。

4. 身体感觉和自我感觉 身体的运动会心理自我产生效应,在运动过程中,身体感觉和自我感觉都会相应地发生变化。也就是说,当人做出一个动作时,他会有两种感觉,身体感觉(舒适、僵硬)和自我感觉(我正在运动),这两种感觉都能被意识到。在进行多萨治疗时,身体感觉从僵硬到舒适变化的同时,自我感觉也会从紧张到放松、自由。反过来,改变了的身体感觉和自我感觉又会作用于形成自我意识(self-concept)的身体形象和自我形象,治疗的关键因素是改变身体感觉和经验模式。

(二) 多萨治疗的操作方法

1. 操作原则 患者在运动水平的控制策略上要分出等级。①通过对身体运动的把握来改善对情绪的控制。②通过自我控制的认知,来放松自己的身体,减轻自己的紧张。③通过自己活生生的身体运动经验变被动经验为主动经验。④获得自我存在的感觉。

2. 操作时的两个层面 多萨治疗分为语言层面和多萨层面。语言层面时间有限,主要用于多萨治疗层面前,当患者意识到身体状态,理解了自己身体与把握自己身体关系的重要性时就要转为多萨治疗层面,当然,这时的语言也很重要,主要是支持和鼓励动作行为的改变。

3. 多萨训练 对不同类别的特殊儿童,要用不同的多萨训练方法和部位。①脑瘫儿童:坐姿、直立坐、交叉脚坐、站立、跪姿和走路。②唐氏综合征儿童:斜颈、驼背、腹部和臀部凸现、膝部弯曲和双脚畸形等。③先天性肌营养不良儿童:直立坐、前后移动臀部、向后推双

肩、抬高和放低双上肢、坐位时伸直膝关节或伸直双腿、压住臀部扶直躯干、身体旋转。④孤独症儿童：放松、肌肉紧张—放松训练、怪异姿势、向后推双肩。⑤精神发育迟滞儿童：躯干旋转放松、举臂放下动作、站立、单足跪。⑥猫叫综合征儿童：跪立、站立。

还可以运用于哮喘、焦虑症、脑瘤、听力障碍、精神分裂症和正常儿童。

4. 终止治疗的标准 患者能认识到自己的身体状况，意识到身体运动带来心理变化；在许多场合中变得主动感受“新”的事物，通过认知活动、社会生活等方式与外界联系，通过对身体的把握使主观自我变得现实和持久，自我觉得舒适、愉快。

5. 应用机构和治疗时间 多萨治疗作为一种有用、有效的治疗方法，目前在日本主要被医院、特教机构、研究机构应用。以日间治疗、训练营等训练形式为主。治疗时间一般为每周1次或每个月1次，训练营则是每个月1次，每次持续2~3个月。

（杜亚松）

第九节 自我控制的方法

一、自我控制的概念

不论儿童还是成人的绝大多数病理心理异常是缺乏自我控制。Logue 将自我控制定义为“正在进行的行为其结果是犒赏延迟”。自我控制的概念与大量近似形容良好品质的概念相重叠，Frend 提出了“现实原则”和“享乐原则”，Mischel 提出“快意延迟”概念。自我控制可操作的定义是“个体为了获得有价值但延迟的结果需要等待多长时间”。通过努力获得延迟的犒赏而不仅仅是等待时，概念就成为“习得的勤奋”。依据道德准则和抵挡诱惑所选择的延迟性犒赏就叫良心（conscience）。还有人使用自我调节（self-regulation）和自我训导（self-discipline）的概念。所有这些概念都是说在做事情时不是即刻享乐，而是对所期望的益处有高的要求或有较多伦理的考虑。

自我控制缺乏与冲动有关，冲动常常表示不能预见行为的后果。考虑后果但不被即刻享乐所诱惑的行为其结果不同于没有预见的行为，多数文章认为自我控制与冲动性或冲动控制问题有关。

人们运用自我控制达到一个长期目标而不仅仅是即刻娱乐。自我控制就是放弃从食物、乙醇、药物、赌博、性行为、寻找刺激、花钱、睡懒觉、熬夜等活动中得到快乐。做到自我控制就要控制冲动性并遵守原则，保持在解决冲突过程中的平静以控制攻击性，遇到挫折会平静自己而不是随意发脾气，面对谎言带来较多好处时选择讲出真相，亮出自己观点而不是回避讨论；遵守冗长的医学治疗等等都是自我控制。自我控制是处于即刻快乐与延迟快意之间的状态。

二、自我控制是儿童心理障碍治疗和预防的关键

自我控制本身不构成任何一种心理障碍，但可以是很多心理障碍中心成分。

冲动控制障碍如病理性赌博、病理性偷窃和拔毛癖，都可以从其行为中体验到快乐、快

意或信念,尽管长期下去是有害的。成瘾行为是一种障碍原型,在其病程过程中包含即刻快意,应用过程中的快乐使得成瘾物质能长期应用下去。病理性赌博的核心特征是持续的赌博行为,尽管赌博行为重复地、严重地干扰着个人、家庭和职业情况。

神经性贪食在多食发作期间“有一种缺乏控制感”,成瘾行为在一定程度也是如此。单纯性肥胖症越来越多,它使数以千万计的儿童处于短期快乐与长期目标之间的传统自我控制两难状态,与正常体儿童相比,肥胖儿童更不容易控制自己去延迟快意。

人格障碍缺乏自我控制。反社会人格障碍是“不能提前计划的行为冲动模式,由某一时刻的刺激作出决定,没有预见性,对自身或他人的后果没有考虑”。边缘性人格障碍至少在行为和驱力两个方面表现出冲动性。表演型人格障碍常常不能忍受挫折,要求要即刻满足。

儿童期的破坏性行为障碍也是自我控制能力降低,ADHD 儿童中与执行功能有关的自我控制困难是其基本的、核心的特征。Barkley(1997 年)援引研究证据称 ADHD 儿童是“抵抗即刻诱惑延迟快意的能力差,基本损害是缺乏对反应的抑制”。他认为 ADHD 儿童有特殊的自我控制困难:在竞争性任务中维持努力困难或努力得不到强化。

品行障碍患儿也是选择即刻犒赏多于选择长期目标,DSM-IV 的描述是“常常早期出现性行为、饮酒、抽烟、使用非法物质、鲁莽而冒险”,品行障碍到成人后的一个可怕结果就是犯罪,多数的罪犯自控能力较差。物质滥用、性行为混乱、冲动性消费、非计划怀孕、交通事故、赌博等行为都存在自控能力差。

然而,并非每一次延迟快意或放弃快意的决定都是对的,吝啬、清教徒式的无性愉悦、工作狂、过度锻炼、神经性厌食代表着对快乐的过度回避状态。

自我控制在临床上非常重要,缺乏自控会在很大程度阻碍治疗进行。临床医师经常感到认知治疗和行为干预对一些疾病效果不佳,例如,90%左右的强迫症患者可以进行暴露治疗,但 20%~30%的患者会拒绝治疗或治疗脱落,对其行为进行暴露时,他们往往会否认自己疾病带来的不舒服。

紧张性头痛和偏头痛患者也是一样,研究显示生物反馈治疗和放松训练要比服用安慰剂或不治疗效果好,但治疗成功者仍然是少数,原因是治疗成功需要坚持努力。

大量研究显示,对恐怖症的暴露治疗、抑郁症的认知治疗、延迟睡眠相的心律恢复治疗、破坏性障碍患者的父母训练和其他的心理治疗一样,患者往往在第 5 次治疗时脱落。从一个方面看,自控能力差的人格障碍、攻击和犯罪、受教育水平低、酒及药物滥用、冲动性、耐受挫折能力差等都会造成治疗脱落。

服药时也会面临同样的问题,服用抗抑郁剂的患者 44% 在治疗的第 3 个月脱落,碳酸锂治疗 2 年后才仅有 47% 的依从率,Aagaard 报道 23% 服用锂盐的患者在治疗的前 6 个月停止服药。抽烟多预示依从性差。对躯体状态治疗的依从性也是一个问题,有报道称 42% 的结核病患者不能将安排的治疗进行到底。

三、自我控制的特点

(一) 稳定性

对自我控制的研究来自于 Mischel 等对学前儿童的犒赏延迟以及到少年期犒赏延迟的

比较,结果显示儿童自我控制能力强者,到少年期父母评定他们更有自控能力和计划性更强。

在一项纵向研究中,Tremblay 等(1995 年)观察到老师对 6 岁儿童自控能力评定与老师对 10 岁儿童自控能力评定的相关系数为 0.43,而与母亲对 10 岁儿童评定的相关系数为 0.30,说明自我控制具有稳定性。

一个人体对一件事情自控困难,例如,物质滥用,也会产生对其他事情的控制困难;例如,青少年犯罪、异常性行为等。单纯性肥胖看上去不属于自控能力差引起的反社会行为,但与反社会行为可能具有相同的遗传或文化背景。在一些领域的自控能力差也预示着在其他领域也有自控能力差,例如,80%~95%的慢性酒中毒者都是抽烟者,64%的病理性赌博者同时有物质滥用。因此,研究认为自我控制是一个稳定的素质特质,使人们能认识并提高其水平。

(二) 可测量性

已有大量对成人自我控制的自陈式报告,自我控制评定量表就是让一个成人对自己儿童时的行为进行评定。

Walter 及其同事创造了令人兴奋的技术,那就是将被测评者放在要求他应该怎么做的环境中直接对其进行测评。例如,让儿童在一个放有诱人食物但不让他吃的房间,以便能产生即刻犒赏,赢得更多的食物;让儿童在可以玩的诱惑下去完成一项枯燥的任务,以便后来可以有更好玩具去玩;也可以让儿童去选择现在可以得到一个小糖果棒呢,还是 1 周后得到一个更大的糖果棒。

Kochanska 和他的同事开发了测评儿童自我控制能力的成套测验,以下列举的是部分测验内容:让儿童口含 M&M 糖果 10~30s 而不咽下去;测试者为儿童包装礼物而弄出很大嘈杂声时而不让儿童去偷看;看着玩具并且选择一个,但不能把手离开膝盖;拉回弹球棒,不到给出信号时不能打出;单独处在有很多吸引人的玩具的地方,但不能触摸玩具;去做一项平凡的打扫工作而不给礼物;把积木块放在积木塔上,不能拿掉积木块,也不能把积木塔弄倒。

Krueger 等(1996 年)开发了对 12~13 岁儿童的另外一种操作测验,任务是在计算机键盘选择屏幕中的混合数字,选到了即刻犒赏,就可以有 40% 机会马上赢取一枚硬币。

就所有提到的自我控制的操作测验,信度和结构效度还不尽人意。Krueger(1996 年)发现有外化问题的儿童选择即刻犒赏要明显多于有内化问题的儿童。在同一项研究中,那些有能力选择延迟犒赏的儿童往往被父母描述为“自我控制的、自我有弹性、谨慎的、开放体验的、令人愉快的”。Rapport(1986 年)在 Mischel 型延迟犒赏试验中发现 ADHD 儿童选择即刻犒赏多。

认可一项枯燥的工作,或者让其持续自然做下去的工作,包括广泛学业和身体测验都用于自我控制的测定。Barkley 和 Swanson 用写下来的数学问题用于测定 ADHD 儿童。Muraen 等在研究大学生时,让他们看一场幽默电影时紧握双手而不能微笑,更不能发出笑声。持续操作测验往往强调的是对无聊的耐受能力而不是反应时间和运动操作。另外,一些操作测验是基于对假设情境的测验。Kochanska(1997 年)在其测验中就是给儿童讲一段故事然后问他故事中的主人公将要干什么。Weidman 和 Strayhorn 发明了类似的工具,像 Eishenberg 和 Berg 和 Hand 所用的一样,画出藤蔓花图案。事实上,想像的行为具有现实生活行为

的某些特征,对那些想通过假设情境来改善自我控制的做法无疑是有益的。

对自我控制的操作测验蕴含着自我控制技巧的教育。无论什么测验,都可能被教去测验,通过示范合适的操作,提供指导语如何去做好,给予重复实践的机会,对操作有反馈,然后强化达到改善和成功。

四、相关的生物学问题

与自我控制有关的生物学基础研究主要在遗传学、神经解剖定位、神经递质和药理学。

与自我控制遗传素质相关的数项研究发现先天和后天的因素共同影响着自我控制。研究发现 ADHD 症状的遗传度高达 60%~90%;双生子研究报道反应特质的遗传度为 0,认为冲动控制与环境因素有关;品行问题的遗传度为 0;谨慎的遗传度为 44%。

前额叶皮质被认为是对自我控制起重要作用的脑区。研究发现前额叶皮质损伤的患者虽然智力正常,但往往是“忘记自己行为的后果……只被即刻期望所左右”。Rogers(1999 年)用 PET 对志愿者进行扫描,让他们在两者中进行选择:小的可能会有奖励,大的而没有奖励。在做出这些选择时,右侧额下回和眶回皮质局部脑血流灌注增加。这些前额叶与边缘系统(专司动机、奖励、驱动力功能)和额叶背部皮质(专司认知过程)有丰富的联系。这样,额下回和眶回皮质理性地担当起对情绪犒赏价值结果的协调作用。

对老鼠的选择研究(小的即刻奖励,大的延迟奖励)结果不一致,一些研究认为是通过提高 5-羟色胺活动而提高延迟犒赏能力;与之相一致的研究认为低 5-羟色胺活动水平与现实生活中猴子和人类的冲动性有关,对苯丙胺的研究结果不确定,在人类和动物研究中有明确结果的是:乙醇可以降低对延迟犒赏的选择,验证了一个古老的格言:乙醇可以溶解超我。

五、与注意过程的关系

犒赏延迟技巧,就像注意力一样,是一个发育性因素,随着儿童年龄增大而增加。就年龄而言,自我控制与指导一个人注意技巧有关,因为抵挡诱惑的一种方式是指导他将注意力转移开来。例如, Patterson 和 Mischel 做了一项测验,让儿童保持工作状态的同时放录音指导让他放弃工作去玩,当儿童被指导从诱惑中转移注意时,他就会在延迟奖励的工作中获得成功。Metcalf 和 Mischel(1999 年)假设认为人们可以使用内部策略,即注意的方向、去激活“冷系统工作网”(面对冲动时大脑理性活动和计算的脑环路类型)去改善自我控制。

Diefendorff 等(1998 年)报道了一项实验室的能力测验,抑制注意到无关刺激的能力与自我控制中的自我成功有关。青少年和成人在面对耐受挫折时更有能力和集中注意力。在婴儿也有类似发现。Cousens 和 Nunzi(1997 年)认为注意力是一种主要成分,仅仅是自我调节的一种成分。自我控制技巧和集中注意力是在心理活动、心理努力中密切不可分的两个方面。

六、动量效应

今天某人自我控制的良好标志就是他昨天或上周或上个月如何去操练好,这个理念

的效应就是“滚动”,自我控制或自我放纵都要获得动量。Baumeister 和 Heatherton(1996年)提出自我控制能力丧失的“暂停激活原因”(lapse-activated causes),例如,节食者或嗜酒者在吃了一杯冰淇淋或者喝了一杯酒后,在想:“我已经打破了我的戒律了,干脆今朝有酒今朝醉吧”,然后就狂吃狂饮。Baumeister 称为自我控制的“心理惯性”(psychological inertia),他建议人们尽量避免“全或无”目标,这样,一个暂停的失败感觉不能破坏已建立的控制动量。想着“我放弃,我失败了”,这种去道德化的情绪是导致自我控制失败的主要原因。

在与儿童进行的临床工作中有一种重要的经验,如果自我控制技巧能适当增长,儿童就像装了帆一样促使动量的发展:儿童就会有自我控制的成功经验并努力使用它。儿童挑战的困难水平就会调整到促使儿童发展为成功的水平。这样,就会达到动量状态,情境中的困难就会逐渐被克服。

儿童主要的自我控制困难就是做功课。通过与儿童、家长和老师的谈话和在学校进行观察后发现,成千上万的学生体验到明显的负性“动量效应”,也就是重复的失败体验。儿童不断得到失败的反馈,在处理面临的情境时,有效的技能不足。对于很多学生而言,该情境是非常简单,但不能得到足够的成功动量。对许多儿童来讲,他们能达到学业要求的水平,但他们的安静坐下、集中注意力、组织学习材料、遵守纪律、不拖拉等方面的能力远远达不到应有的水平。如果一个儿童体验对稳定节食的负性反馈和所做努力的失败,任何希望建立成功动量的干预过程都是困难的。

七、疲乏训练

抵抗诱惑的能力与欲望被剥夺的程度有关,例如,饥饿和口渴的人很难去选择延迟而较大的犒赏(苹果汁)而是马上吃到东西或喝到水。远期假设使自我控制在某一优势方面的耗竭而造成资源耗竭,也就是在其他优势方面对诱惑的抵抗能力下降。在对这些假设的直接测试中,Muraven 等(1998年)发现看了电影片段的人比简单看了一部分电影的人在体力耐力测验中更难以压抑或提高自己的情绪反应。

从为数不多的几个研究中很难去说自我控制的训练是否可行。不想去谈论在当时可能会失败的人,自我控制的储备很可能被失败、挫折、不强化的念头所耗竭,成功或强化的努力(测验中成绩优秀、操作能力好而被称颂、在比赛中获胜)都可以增加自我控制的储备。

尽管以上研究是在大学生中进行,但是有理由相信自我控制的疲乏性可以发生在有缺陷或障碍的儿童。一个儿童或少年可以在给定的自我控制任务中失败,因为他们自我控制储备已经被以前的任务所耗竭。对于一个边缘学习能力和存在 ADHD 倾向的儿童在 1d 的学习中,自我控制的挑战一个接一个,避免在学校中虚度光阴、别忘了把家庭作业带到学校、避免在公共汽车捉弄同伴,然后体验到成功的挑战,安静坐下来、集中注意力、抵抗与同伴讲话的冲动、耐得住寂寞做分配给的工作、抵抗对老师的无礼、记住要做的功课等。这样过了 1d 以后,自我控制的储备被耗竭了,晚上做课时又面临着斗争,假设这时该儿童正在进行训练,要有人称赞:“自我控制技巧是通过实践得到加强的,让我们去实践”。

什么使自我控制储备得以重建?可能包含多种体验,包括疲倦时的休息和睡眠、锻炼身体、受到困扰时的独自沉默、孤独的社会化行为、刺激剥夺时的多种兴奋、过度兴奋时的刺激剥夺等。增加认识能力和最大程度提供任何“休息”(recess)在给定的情境中建立个体的自

我控制将可能是自我控制训练项目的主要成分。

八、通过实践加强发展

Baumeister 及其同事(1994 年)提出假设肌肉短时间运动后容易疲劳,长时间的锻炼反而可以恢复疲劳,自我控制技巧也可以通过锻炼和实践得以加强。在根据该假设所设计的试验中,Muraven 等(1999 年)让大学生花 2 周时间去做以下 3 项自我控制锻炼中的一项:监测和改善心境、直接改善心境状态、监测并记录进食情况。与一组没有锻炼的学生相比,锻炼组的学生改善了他们自我调节的能力。有趣的是,不被指导直接从坏心境转变为好心境的锻炼小组表现为自我调节能力下降,而不是状态改善。作者推测这些被试者较其他受试者接受了更困难的任务,对自我控制挑战不成功。临床经验使我们强烈怀疑造成该结果的根本因素不是自我控制的锻炼而是成功的体验。

Chelonis 等(1998 年)报道了对老鼠的试验,相关的理念是在进行自我控制的训练时选择正确的困难水平很重要。研究者观察了老鼠对自我控制的选择(较大选择,延迟更长的强化物,较小选择,延迟较短的强化物)和用多大力量老鼠才能攀动杠杆以获取强化物。所需力量增加,自我控制选择也增加,直到得到。因此,当所需力量持续增加,老鼠就停止了反应;如果引起反应的要求太高时,反应就会停止”。学生的阅读困难或数学有问题类似于老鼠试验中的力量强度。在某一困难程度,儿童就会不反应。没有系统和持续的实践,人们不可能改善自我控制能力。

自我控制是一种心理技巧,它是高度发展了的,对多种病理心理问题能起到预防和治疗作用的技巧。

九、自我控制的训练方法

如何训练一个儿童进行有效的自我控制?这种想法由来已久,想让儿童通过自我控制的实践来实现,达到看电视能安静、遇到观点不一致时能友好解决、对其他儿童的报复能理性解决、放弃能引起快乐的乙醇或药物、进食健康食品,而不是经常吃肯德基、膨化食品和喝雪碧、节约钱财而不浪费钱财、上学而不逃学、行为谨慎而不是寻找刺激、考虑别人的需要而不是失去朋友等。

1. 不放弃 自我控制的训练往往有悲观的结果,Abikoff(1991 年)在复习了 ADHD 认知训练文献后认为“没有理由认为内化性自我控制技巧的发展能使广泛化和持续的效果”。另一方面,3 篇对儿童心理治疗文章的荟萃分析认为,多数的外化症状如冲动性的治疗效果不理想,而对这些儿童训练的平均时间是 7~10h。如果把这些效果认为是教育努力的一小部分的话,我们不应该放弃更长时间、更纵深训练以便产生更大效果的训练。

较好效果的研究属国立精神卫生研究所(NIMH)的对 ADHD 儿童多中心多模式的合作治疗研究(MTA),MTA 合作研究组研究证实心理社会干预是有效的,在仅仅接受心理社会干预的儿童的多动—冲动行为,老师评估进步了 1.3 个标准差,父母评估进步了 1 个标准差。

在单纯性肥胖方面治疗效果不容乐观,遗传因素占主要作用而难以解决。国家体重控

制登记处成功地使 784 个儿童体重平均减轻 30kg,维持少减轻 13.6kg 达 5 年时间。少年儿童的体重控制干预较成人效果好。

2. 设置目标(goal-setting) 通过关系促进目标形成:应用自我控制达到一定目标的第一步就是设立目标。什么是自我控制?使人完成有用的工作、自我照顾、帮助他人、维持社会关系,也就是使人拥有工作、自我照顾、和气和诚实。但是,如果个体不能坚持到底,那么自我控制的有效实现就难以进行。

儿童如何达到自我控制的目标?和母亲与幼儿互动质量、母子依恋质量及相关延迟行为有关。Olson(1990 年)发现第 2 年母亲的反应与儿童认知刺激的互动预示儿童延迟满足的能力。Baumrind(1967 年)发现自我控制良好学前儿童的父母既是教养者,又是对儿童行为有适当要求的人。Mauro 和 Harris(2000 年)让妈妈们去教他们的学龄前儿童一些策略,在自己离开家后不去动有漂亮包装的礼物盒,妈妈这样做的权威性诱发了儿童的快意延迟。Londerville 和 Main(1981 年)发现儿童的依从性和合作程度与妈妈的温柔声调及友善姿势呈正相关,父母的友善、坚强的要求更能培养自我控制能力。

一般来讲,在儿童的心理发展过程中,母亲与孩子契约之外的关系显得非常重要。Lewis(2000 年)列举证据显示一生中的人格成长常常与跟他有强烈情感联系的人如父母亲、治疗师、异性朋友的期望值的内化有关。Bell 和 Calkins(2000 年)认为关系是情绪调节发展的内容,是自我控制的重要特征。Gerstley(1989 年)发现反社会性人格障碍患者与治疗师的工作关系好坏预示着他的症状的改善情况。

3. 充分利用社区的作用 Damon(1995 年)举例说明儿童的目标设置不仅受父母和老师的影响,而且受更大的文化背景的影响,也就是居住在高创造力、自我照顾、友好、忠诚社区儿童的自我控制技巧在一定程度上会提高,他们对儿童的期望值往往高于儿童本身的能力以至于儿童会作出放弃或退出自我控制的决定。社区宗教活动能促进儿童的自我控制,Garnezy(1983 年)认为信仰宗教对儿童是一种保护,Boomsma(1999 年)报道宗教教育可以减轻遗传对脱抑制的影响,可能是通过强有力的环境影响而实现的。

有特殊创造力团体的亚社区精神可以由比赛队、运动小组、戏剧小组等来代表。同龄人在参与比赛或与啦啦队的合作中树立延迟快意的强大动机。但是这些组织通常选出有高智力或高能力的青年人,为低能力的青年人创造机会是对社会的一个挑战。

4. 通过近期目标制定远期目标 一旦确定了远期目标,个体就会将它牢记在心中,而不是只记得短期诱惑。Bameister(1994 年)称忘记了长期目标的现象是“超越失败”(transcendence failure)。

关注较宽范围的目标对自我控制来说是基本的,用 Bandura(1996 年)的话来说“在追求努力工作的目标中,宽的视野与及时达到的短期目标两者的结合是最容易成功的,单独的远期目标很难通过目前对行为的控制来达到”。

5. 提供消耗快意的方法 在形成自我控制目标时,最好不要一下子就定到极端的苦行僧似的行为。从时间上要有对即可消耗快意的适当方法。自我控制的训练项目更应该像是去工作,因为快意延迟的目标可以被消耗快意所平衡。

6. 从合适的困难水平着手工作 在训练的过程中,按等级化将要消耗的快意分为不同的等级,让训练者一步一步地接近要达到的目标,尽量不要去激活被训练者的抵抗和避免被控制行为的反跳。

等级化(hierarchies)这个词是对一个重要原则的简要描述 ,这个重要原则就是 :为学习者选择既不是太难 ,又不是太容易 ,难度水平正合适的挑战。做到这一点 ,训练者必须有一个特殊的挑战等级 ,按困难程度进行排列。如果挑战的水平太难 ,训练者就要放弃。当训练者达到了某一难度水平后 ,就增加到另一个已经准备好的高一级难度水平。这些原则常常应用于心理技能训练和学业技能训练。

Csikszentmihalyi(1990 年)提出合适的困难水平对愉悦很关键 ,如果难度太高 ,结果是不好的体验 ,会产生持续的挫折感而不会有犒赏 ,即“习得的无助感”(learned helplessness) ,如果难度太低 ,结果就会被放弃。

7. 培养自我控制的能力 人们常常把无能归因于自己的特性 ,特别重要的是说 :“我可以做”、“我不可以做”。如果一个儿童被人以负性归因的态度说他太傻而得不到延迟犒赏 ,就没有更多的理由不让他选择更多的即可快意。例如 ,一个儿童预先有一个结论他在学校不会成功 ,那么 ,他就几乎没有逻辑理由去做功课而是玩游戏。

Bandura(1997 年)用术语“自我效果”(self-efficacy)来描述可能达到目标的自信情绪。研究发现“自我效果”与人们所选择的任务类型、他们付出努力的大小、持续时间长短、如何达到目标等因素有关。在自我控制的成功训练中自信与不怀疑相当重要。

8. 给所期望模式提供示范 1965 年 ,Albert Bandura 和 Walter Mischel 研究了示范对快意行为延迟的影响 ,被研究的对象是 4~5 年级的学生 ,让他们立即选择一个小的奖品 ,或者通过延迟快意几天后选择一个大的奖品。然后 ,每个儿童观察成人所做相反选择并大声讲出自己选择的理由的示范。最后让儿童看完示范后重新选择 ,或者 4~5 周以后再选择。

示范者的暴露作用是非常明显的。最初有冲动的儿童 ,选择延迟犒赏在平均大约 15% 的时间里 ,暴露给示范者后让他选择 50% 的时间。4~5 周以后 ,他们保持在 40% 以下。最初能自我控制的儿童 ,选择即可犒赏在 10% 的时间内 ,他们会选择 60% 的即可犒赏 ,并持续到 4~5 周以后。试验者也从口头告诉儿童一个示范的试验中获得成功。

这些结果戏剧性地展示出儿童的易患素质、遗传等深深隐藏在单一环境下的因素。Stumphauzer(1972 年)在监狱的年轻犯人中重复到了 Bandura 和 Mischel 的发现。对示范者的简短暴露可以增加对快意的延迟选择 ,效果可以持续到示范暴露后的 4 周 ,并可以推广到不同的情景中。

Bandura(1996 年)提及了示范影响的其他资料 ,即通过一个喝酒多或少的示范可以影响到饮酒的次数。Strayhorn(1988 年)复习了大量的文献后认为 ,象征性示范(故事、电影)与实际生活的示范对儿童的行为同样有效。替代强化即示范所接受的犒赏 ,也会有效地影响行为。Schunk 和 Zimmerman(1997 年)复习文献认为自我控制的示范技巧可以促进学习进步。

9. 给儿童在接受允许延迟犒赏时一个实践的机会 发展一项新的技巧 ,重复的作用非常重要。像自我控制这样复杂的技巧 ,重复性的经验就显得非常重要。Mischel 和 Grusec (1967 年)曾经谈到在试验中儿童的信任是非常重要的延迟快意的因素 ,延迟犒赏的一部分工作是实际到来的信任 ,与该技巧有关的一类“实践”是在观察延迟犒赏被保持时的经验。这种实践也给儿童在理解时间间隔意义的一种经验。Litrownik(1977 年)发现通过给发育延迟的青少年一些经验可以增加他们自我控制的能力。

10. 白日梦练习 大量证据显示 ,“强化白日梦”技巧类似于现实生活中的练习。做自

我控制技巧“白日梦练习(fantasy rehearsal)”的一种方法是让个体自己去想象在作出选择的时候长期目标和短期诱惑的冲突在哪里?让他大声描述出该状态,然后讲出渴望的思维模式、情感和行为,就像现在就要表现出来一样。通常在现实中,情绪变化太高涨会影响对犒赏还是惩罚的判断。白日梦练习允许儿童在抱怨或控制的时候去构建适应应该情景的习惯,就像现实实践一样,也需要重复练习,偶然的项目可以帮助儿童去完成练习。

11. 做出决定 有许多项目被称为“做出决定”技巧(decision-making skills):确定选择时机、列出选择项目、预测后果、整合这些信息并作出选择。从定义上讲,自我控制是选择并激活一个更好但是快乐较少的选择。如果一个个体不能产生一个更好的选择,快乐原则就可能缺乏。解决问题的训练会产生阳性结果。心理健康模式类似于躯体健康模式,这种练习要定期进行。

保持一个人的注意力能集中在非刺激的任务上,而不是转到更快乐的方向是另外一种活动,是一个与学习高度相关的活动。在“集中—评价—集中”的活动中,学习者正在解数学题目、练习打字、阅读课文或者做家庭作业。学习者集中注意力一段时间,然后停下来去评价自己的注意力。学习者然后去比较自己的评价与客观测定的结果,这样的过程可以重复多次。要求学习者集中注意力,记住“自己的脑子在干什么”,并重复这样的练习。

另外,一个集中注意力的练习被称为“反应练习”(reflections exercise)。学习者阅读、听某人说话、读给他听,阅读的人或说话的人频繁地停顿下来,让学习者去解释或反应,训练者对反应的准确性在10级的水平上进行评价,哪一段不准确时再重复那一段,所阅读的段落可以是学习者课本上的内容。

这两种练习方法就像一个反馈环,从中可以得到精确的信息以便使自己保持注意力。

12. 实践需要充足的时间 Bloom及其同事通过与成功的钢琴家和游泳获胜者进行访谈,每一个成功者在高中毕业以前投入练习的时间,最保守的估计是6 000~8 000h,粗略地估计学生学习数学的时间为每日1h(包括听课和做作业),从幼儿园到12年级所需训练时间要超过2 300h。Bono和de Saint-Arnaud(1982年)进行调查后发现,要获得良好的操作能力而不仅仅光会欣赏的话,每门技巧所花的时间是:小提琴1 200h、功夫600h、钢琴450h、口琴50h。Abikoff和Gittleman(1985年)对ADHD儿童进行了32h的“解决问题技巧”训练发现没用。有荟萃分析显示,对ADHD儿童的心理治疗的平均时间是7~10h。究竟需要多少小时进行训练,现在还很难回答。

13. 用塑形法教其延迟快意 Logue(1995年)曾经描述过一个程序,训练鸽子去延迟快意,给鸽子机会让它在2个即可的食物犒赏中做出选择,其中一个味道较好。在鸽子选择味道较好的食物后,你就逐渐增加其延迟,这时,鸽子就会选择一个大的但延迟的犒赏食物,这种朝向期望行为逐渐运动的犒赏行为被B. F. Skinner(1953年)称为塑形(shaping)。

也可以通过让鸽子选择相同的两个延迟犒赏物之一,逐渐地对一个即可犒赏执行减少,这样相对好的犒赏就会逐渐增加。

对冲动的儿童如何进行工作?Dixon用以上提供的方法对发育不良的成年人训练成功地增加了自我控制。在进行自我控制之前将个体暴露给延迟强化物可以增加自我控制,例如,第一步:医师(向儿童解释了什么是自我控制,什么是延迟犒赏)说:“这里有一个延迟犒赏的例子,你喜欢葡萄干(饼干、糖果)吗?从现在开始20min以后你可以得到它”。第二步:当儿童有了几次延迟犒赏的经验以后,医师开始去测验自我控制,用一个

非常小的即可犒赏和大的延迟犒赏物；现在，你可以对两种情况作出选择，一种是小的马上就可以得到的奖品，一种是大的奖品但要过一段时间才能得到。你可以现在拿到一听葡萄干，但没有更多的。或者 1min 以后，你可以得到 1 盒葡萄干，你如何选择？”如果儿童选择了等待 1 盒葡萄干，医师应该解释“你刚才就在应用自我控制，你等待一个大的奖品来代替目前的小的奖品”。第三步：医师逐渐在大的奖品和小的奖品之间增加比例，增加等待时间，让诱惑的刺激在躯体上呈现出来，这样就会塑形儿童在更困难的自我控制任务中达到成功。

14. 训练对次级强化的敏感性 多数现实生活中的自我控制任务不仅仅要求等待，而且要做。要使考试成绩得 A，不仅要放弃晚上看电视，而且晚上要学习。自我控制的主要决定因素可以是与努力有关的转移或快乐。一些儿童做家务或做家庭作业看上去像在受折磨，而对另一些儿童则可能是快乐的事。有时候，“暴露治疗”是对不快乐工作的脱敏。

Solomon(1980 年)提出了“反向过程理论(opponent process theory)”，由于不愉快体验后愉快的反弹，人们可以被最初的转移努力所吸引。这一过程可以是学习桑拿浴、跳伞运动、激烈运动和心理努力(mental exertion)的基础。

很多研究支持脱敏去转变工作的概念，对动物和人类的研究均发现“持续性的转移”现象，假设你带了两组动物或两组人，你训练第一组时通过少量工作得到奖励，训练第二组时要通过大量工作才能得到奖励，然后你测量两组在做不同任务时的工作量，你会发现工作艰苦的那一组把努力放在新的任务上。例如，大学生在走困难迷津所花费的时间要比走容易迷津所花时间短，压杆 15 次取食物的小白鼠要比走迷津的动作快。Eisenberger 解释这种现象为增加躯体或认知操作的强化，或者是对转移刺激的耐受，对努力敏感性并减少转移的条件犒赏值。换句话说，如果你通过努力得到足够的犒赏，最后高努力的敏感性就开始感觉好。Eisenberger 的研究通常代表塑形：强化逐渐增加努力。动物在得到犒赏后就会完成训练者最初所给的任务，但动物并不能在努力和犒赏之间建立联系，训练者可以逐渐增加工作量。

对儿童来说，自我控制训练者首先应该决定儿童愉快、成功完成工作的努力水平，然后犒赏逐渐增加，但不给任何惩罚。告知儿童去认识工作时的轻度到中度的不舒适，而不是一直持续到儿童感到疲乏。医师可以对儿童说：“现在，有不同类型的自我控制可以选择，你仍然可以现在选择 5 听食品或者过一会儿选择整盒食品，但在 20min 后，而是在我们完成了 15 局的‘注意—评价—注意’练习后，你如何选择呢？”

15. 教儿童顺从，塑形做家务 做家务和听从父母的要求表现出儿童对转移努力的脱敏。通过犒赏，儿童感受到条件快乐，该理念可以解释对父母行为训练的部分成功。有人认为，做家务至少是有品行障碍儿童家庭的担心，如果做家务可以增加儿童付出努力的耐受性，这种效果会产生其他的自我控制任务，对目标行为有帮助。

行为顺从性训练强调对父母指令(犒赏和惩罚)的顺从和不顺从，犒赏而没有惩罚就是塑形。顺从接近于自我控制，差别是谁发出指令。如果父母让孩子整理自己的东西或者关掉电视，孩子去做就是顺从，如果孩子按自己内心的想法去做就是自我控制。这两种技巧在儿童期非常接近。Kochanska(1996 年)发现对父母的顺从预示着较早的快意延迟。

16. 适当的时候应用外部强化 一派理论家认为，不应该为儿童的工作进行奖励，因为这样做会降低内部的激励机制。Eisenberger 认为激励对儿童有帮助而且是良好的帮助。这

是传统行为分析的观点,实践证明这样做对工作有强烈改变的儿童很有帮助。经常提供激励可以使儿童做他们不想做的事情,与成人的关系改变时也要激励。

17. 教自我控制的语言概念 语言概念不仅仅是简单反应,也会极大地影响着我们的思维,这就是 Sapir-Whorf 假说。我们对世界的一系列感觉必须要进行组织,这种组织是在我们已经获得的语言系统内进行,我们想什么、如何想在很大程度上受我们所学的语言表达方式的影响。Peterson 和 Siegal 支持这一假说,他们比较了聋哑父母所生的聋哑孩子,这些孩子有机会学习很多肢体语言去表达人们对心理的描述,有听力的父母他们的聋哑孩子就没有这种概念。语言影响世界观和个体的行为最终与自我控制有关。

许多儿童和青少年没有自我控制(自我原则,快意延迟技巧)的概念。4~5 岁的儿童就可以进行自我控制的语言概念训练,讲给他们听、让他们去做、讲故事、示范、强化和实践。

18. 教会自我指导 治疗中“认知革命”的一大部分就是内部语言、自我指导。有语言能力给与自我控制有关的自我指导非常有用。

19. 教会控制刺激、集中精力、摆脱诱惑的技巧 远离诱惑、建议儿童去想自己感兴趣的事情而不是时刻想着面临的诱惑,每次 12~15min。

20. 教会自我监控的技巧 对自己的行为监控不力是导致自我控制失败的原因。

21. 灵活的服务系统 提供以上列出的技巧,需要专业人员、准专业人员、受过训练的家长、家庭教师把训练纳入到教育系统中去。

(杜亚松)

参 考 文 献

1. Kenji Kitanishi. Diagnostic Interview for Morita Shinkeishitsu. Journal of Morita Therapy, 1990, 1(1) 21~30
2. 森田正馬. 神経衰弱及強迫観念の根治法 [高良武久編集代表] 森田正馬全集 2, 71~282, 白揚社, 東京, 1974
3. 森田正馬. 神経質の本態と療法. 白揚社, 東京, 1960
4. 北西憲二. 短期・戦略的森田療法——日記を用いた個人精神療法. 臨床精神医学 29, 220~226, 2000
5. 大原浩一, 大原健士郎. 森田療法とネオモリタヤラピ一. 日本文化科学社, 東京, 1993
6. Eliana Gil 著. 卓纹君, 蔡瑞峰译. 游戏在家庭治疗中的应用. 第1版. 中国台北: 心理出版社
7. 汤盛钦主编. 特殊儿童康复与训练. 第1版. 大连: 辽宁师范大学出版社
8. 张明岛, 陈福国. 医学心理学. 上海: 上海科学技术出版社, 1998, 169~192
9. 曾文星, 徐静. 心理治疗: 理论与分析. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1998, 1~152
10. 许又新. 心理治疗基础. 贵阳: 贵州教育出版社, 1999, 1~148
11. The Japanese Association of Rehabilitation Psychology. Special Edition: Dohsa-Hou, Volume 1992, 1~197
12. Minuchin S, Fishman HC. Family Therapy Techniques. Massachusetts: Harvard University Press, 1981, 1~290
13. Strayhorn JM. Self-Control: Toward Systematic Training Programs, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002, 41(1) 17~27
14. Wolberg LR. The technique of Psychotherapy, Part Two, Fourth Edition. Grune & Stratton, Inc. 1988

第五章 感觉统合治疗

在个体身体和心理发展过程中,无论是正常儿童还是存在心理异常的儿童,发育成熟过程贯穿始终。正常儿童在运动协调和运动能力发展、言语和语言的发展、游戏技巧的运用、生活技能和学习技能的获得等都显示着大脑功能的作用,这些就是大脑感觉功能统合的必然结果。感觉统合治疗的功能就是使正常的儿童运动和心理功能更趋完善,异常儿童的感觉统合失调得到纠正。

第一节 感觉统合治疗概述

一、感觉统合治疗的一般概念

(一) 感觉统合治疗定义

感觉统合(sensory integration)是指个体对通过不同感觉通路(视、听、触、嗅等)而来的感觉信息在脑内进行解释、联系和统一。感觉统合是一个信息加工过程,在这个过程中,大脑必须以灵活的、不断变换的方式进行比较、选择、联系、增强或抑制感觉信息,这就是大脑对感觉信息的统合。

1969年,美国南加州大学儿童心理学家艾尔丝博士(Dr. Jean Ayles)将儿童的脑神经发展与心理发展相结合,提出了感觉统合理论。她终身致力于特殊教育事业,把感觉统合训练应用于特殊儿童的康复与训练中。

感觉统合理论认为,个体的运动、感觉与认知功能的发展,是与大脑成熟过程相一致的。在母亲的子宫内,胎位变动的过程中,触觉、前庭平衡、固有平衡等能力就已逐渐在发展。出生后,他们和视、听、嗅、味等感官不断相互影响。从单纯的感觉发展到脑干的初级感觉统合,即身体双侧的协调、眼手协调、注意力集中、情绪稳定及有意活动;进一步发展到大脑皮质的高级感觉统合,即注意力、组织能力、自我控制、概括推理能力和学习能力;从而形成感觉-认知-运动功能的高级行为模式,对事物产生一个全面、完整的认识,调整机体各个部位去完成各项活动。

个体在成长发育的过程中,如果感觉过程或者统合过程异常,就会出现对刺激的不敏感、过分敏感、充耳不闻、视而不见的现象称为感觉统合失调。感觉统合失调主要表现为①前庭功能失调:身体平衡性差,容易跌交,不会走直线,动作笨拙,跳绳、骑自行车

困难。②视觉异常:眼球运动困难,手眼协调性差,经常将文字、数字、偏旁部首看错。③触觉异常:过于敏感或者过于迟钝,洗头发、洗澡、抓痒痒、剪指甲、换衣服等都不能忍受,转圈时不会晕。④极端害怕:讨厌摇晃、不敢爬高,无法顺利下楼梯,不敢去游乐园玩,怕旋转木马。

感觉统合治疗就是为感觉统合失调的儿童提供一种感觉输入的控制,特别是从负责身体平衡、方向和速度的内耳前庭系统、肌肉关节和皮肤等处输入的感觉,使儿童能够统合这些感觉,促进神经功能的发展,并做出适应性反应,从而达到治疗的目的。

感觉统合疗法实际上是一种游戏治疗,它将感觉统合失调的儿童用“游戏”的方式加以组织,让他们置身于色彩丰富、花样翻新的活动中,在轻松和快乐的游戏中改善症状。

(二) 感觉统合治疗的作用

视、听、嗅、味、触和本体感觉将从自身和环境感受而来的信息传入大脑,在大脑内形成有效的统合,对外界做出适当的反应。

人类的眼睛可以定向规划地转变视觉及其焦点,与眼睛周围肌肉的协调控制密切相关,儿童逐步练习对周围人、事物的注视、追踪能力可以改善视觉及其控制能力。

将从环境中听到的声音与过去经验进行联系的听觉知觉过程,不仅仅是听,重要的是把以前记忆的“听”与现在的声音联系起来。听觉处理不良儿童会过分关注无关的杂音,注意力难以集中,学习成绩下降。

触觉通常具有保护身体和辨别周围信息的双重功能。保护性触觉在环境中有危险时,自动出现身体的反射或防御行为。识别性触觉会帮助儿童将手触及的外界事物的相关信息正确地传回大脑,作为知觉和记忆的内容。触觉功能训练可更全面地使儿童触觉系统健全发展,与运动活动更加协调。

儿童的运动活动的训练着重于身体双侧运动的灵活性协调,双手精细运动的控制,运动知觉和前庭功能对控制姿势和行为动作的能力。

实际上,感觉统合治疗不仅仅是一种生理上的功能训练,它涉及到大脑、躯体和心理3个方面的相互关系。儿童在训练中获得熟练活动的感觉,可以增强自信心和自我控制的能力,在指导下感觉到自己对躯体的控制,情绪也会由焦虑变为愉快,反过来又会激活和进一步加强大脑对身体其他部位的控制。那么,哪些儿童需要进行感觉统合治疗呢?

- (1) 触觉、听觉和前庭感觉方面存在异常。
- (2) 经常出现类似的异常行为,或有自伤行为,喜欢强烈而且频繁的自我刺激。
- (3) 玩玩具或完成某种动作有困难。
- (4) 喜欢独处,无法与其他儿童一起游戏或沟通。
- (5) 害怕别人触摸或者喜欢别人触摸。
- (6) 喜欢爬高,旋转不觉得眩晕,害怕爬高或者害怕眩晕。
- (7) 语言发育迟缓、姿势别扭、动作不协调。

感觉统合治疗的临床应用年龄是4~12岁,因为该年龄段儿童的神经系统的可塑性较强,行为适应快,所以,经过感觉统合治疗,儿童的注意力问题、动作不协调、运动能力差、学习困难、孤僻独处、胆小害羞和攻击行为等都会有明显改善。

（三）感觉统合治疗的辅助器具

目前用于感觉统合治疗的辅助器具较多,根据要训练儿童的不同,所用器具差别也较大,基本的辅助器具包括以下组合:①滑板车。②吊床、吊绳、吊杆或悬吊的橡皮圈。③弹簧床或弹簧板。④滑梯。⑤平衡台或平衡船。⑥旋转盘或吊网缆。⑦单杠。⑧排球或足球。⑨大笼球。⑩几个组合的轮胎或大油桶。⑪悬吊的木马。⑫刷子和海绵。⑬按摩器。⑭痱子粉、发泡液和胶布。⑮黏土、颜料。⑯运动垫。

二、感觉统合治疗的原则

感觉统合治疗是一种兼治疗和游戏于一体的治疗方法,它不仅对存在感觉统合失调的儿童有特殊的康复治疗作用,而且对正常发育过程中的儿童的动作协调、平衡训练等能力的发展有促进作用。

在对儿童进行感觉统合治疗时,作为康复人员、训练师、幼教老师,应该遵循针对性、兴趣性和快乐性的原则给他们进行指导。

（一）针对性原则

在进行感觉统合治疗以前,通过对儿童行为、日常活动、游戏交往、学习状态、身体接触的观察,必要时借助于观察量表或评估量表,清楚、准确地了解儿童存在的感觉统合失调问题,根据所发现的前庭功能失调、运动协调性差,还是其他问题,来选择合适的训练器具进行治疗,只有做到有的放矢,才会收到较好的康复与训练效果。

（二）兴趣性原则

感觉统合治疗最重要的是培养出儿童想做训练的兴趣,因为儿童的积极参与是感觉统合治疗成功的关键。如果儿童对某些训练动作一时做不到,训练师要细心而有计划地去引导,变被动训练为主动参与。不能一味地采取强迫方式或刻板地按“计划”行事,可在不经意中练习他原来做不到的动作,从情绪上缓解他的畏难和焦虑状态,从成功中体验到自信。通过一段时间的训练,儿童会感受到身体各部位的相互协调能力在改善,感受信息并将信息进行统合的能力逐步成熟,处理较复杂的情绪、人际关系、学习的能力日益增强,这样,就会对感觉统合治疗方法充满兴趣和信心。

（三）快乐性原则

要让儿童在感觉统合的训练中感受到快乐。训练场所布置得活泼、有趣,加上丰富多彩的器具可使儿童仿佛置身于游乐场。训练时的气氛、训练内容的安排、儿童之间相互配合也会影响训练的效果。如果设计出来的游戏方法给儿童带来挫折、痛苦时,训练就会失败,儿童就会拒绝。许多感觉统合失调的儿童,受到家长和老师的批评、指责,从心理上感到紧张、害怕、焦虑,从而影响到他们学习的积极性,而学习积极性差又会导致更多、更严厉的批评和指责,进而形成恶性循环。感觉统合治疗应该在积极、快乐的气氛中促进身体和大脑之间的协调反应,帮助他们的感觉功能朝向正常方向发展。

第二节 感觉统合治疗的应用

一、感觉统合能力发展的评估

(一) 评估的目的

Ayres 根据她对脑功能的研究及特殊教育中职业治疗实践提出了感觉统合理论,认为感觉统合是将个体感受而来的信息组合起来经大脑整合,完成对体内外的知觉并作出反应。依据感觉统合理论,感觉输入的控制是学习活动的主要环节,对感觉信息组织不良是感觉统合失调的主要原因。

感觉统合理论将个体的运动、认知发展和心理发展成熟性联系在一起,从运动、游戏角度来认识个体的心理发展水平,从身体运动协调性、结构和空间知觉、前庭功能、听觉语言能力和触觉防御等方面评估感觉统合能力,对需要感觉统合治疗的儿童提供针对性帮助和治疗前后的比较。

(二) 儿童感觉统合能力发展评定量表的介绍

儿童感觉统合能力发展评定量表是由北京大学精神卫生研究所在引进台湾《儿童感觉统合检核表》的基础上修订的,适用于6~12岁儿童的感觉统合能力发展水平的评定,经在国内14个地区使用,具有较好的信度和效度。

该量表由58个选择题组成,每个问题按“从不,很少,有时候,常常,总是如此”1~5五级进行评分,由父母亲或其他知情人根据儿童最近1个月的情况进行评估由5个分量表构成,最后评估量表总分和各分量表得分,量表总分50分为正常,低于40分有轻度感觉统合失调,低于30分有严重感觉统合失调。分量表分别有以下几种。①前庭失衡:主要评估身体大运动及平衡能力,14个题目。②触觉过分防御:对情绪稳定性和过分防御行为进行评估,21个题目。③本体感失调:评估身体的本体感及平衡的协调能力,12个题目。④学习能力发展不足:涉及由于感觉统合不良所造成的学习能力不足,8个题目。⑤大年龄的特殊问题:评定10岁以上儿童使用工具及做家务的能力,3个题目。每个分量表得分标志着该分量表的评定的相关能力的发展水平,得分高发展水平高,得分低发展水平低(表5-1)。

表5-1 儿童感觉统合能力发展评定量表

儿童姓名	性别	年龄	出生日期	检查日期
儿童主要的问题或困难:				
亲爱的家长:儿童的学习能力发展,与大脑和身体运动神经系统的发展有关,要提高学习成绩与效率,必须先了解儿童的脑及生理的发展,为此我们设计了下面问卷,请家长根据儿童最近半年的表现认真填写。				
填写方法:根据儿童的情况在“从不[5]”、“很少[4]”、“有时候[3]”、“常常[2]”、“总是如此[1]”画图。题中所说的情况只要有一项符合就算。				

(续表)

	从 不 这 样	很 少 这 样	有 时 候	常 常 如 此	总 是 如 此
(一)					
1. 特别爱玩会旋转的凳椅或游乐设施,而不会晕。	5	4	3	2	1
2. 喜欢旋转或绕圈子跑,而不晕不累。	5	4	3	2	1
3. 虽看到了仍常碰撞桌椅,旁人、柱子、门墙。	5	4	3	2	1
4. 行动、吃饭、敲鼓、画画时双手协调不良,常忘了另一边。	5	4	3	2	1
5. 手脚笨拙,容易跌倒,拉他时仍显得笨重。	5	4	3	2	1
6. 俯卧地板和床上,头、颈、胸无法抬高。	5	4	3	2	1
7. 爬上爬下,跑进跑出,不听劝阻。	5	4	3	2	1
8. 不安地乱动,东摸西扯,不听劝阻,处罚无效。	5	4	3	2	1
9. 喜欢惹人,捣蛋、恶作剧。	5	4	3	2	1
10. 经常自言自语,重复别人的话,并且喜欢背诵广告语言。	5	4	3	2	1
11. 表面左撇子,其实左右手都用,而且无固定使用哪只手。	5	4	3	2	1
12. 分不清左右方向,鞋子衣服常常穿反。	5	4	3	2	1
13. 对陌生地方的电梯或楼梯、不敢坐或动作缓慢。	5	4	3	2	1
14. 组织力不佳,经常弄乱东西,不喜欢整理自己的环境。	5	4	3	2	1
(二)					
15. 对亲人特别暴躁,强词夺理,到陌生环境则害怕。	5	4	3	2	1
16. 害怕到新场合,常常不久便要求离开。	5	4	3	2	1
17. 偏食、挑食,不吃青菜或软皮。	5	4	3	2	1
18. 害羞、不安,喜欢孤独,不爱和别人玩。	5	4	3	2	1
19. 容易黏妈妈或固定某个人,不喜欢陌生环境,喜欢被搂抱。	5	4	3	2	1
20. 看电视或听故事,容易大受感动,大叫或大笑,害怕恐怖镜头。	5	4	3	2	1
21. 严重怕黑,不喜欢在空屋,到处要人陪。	5	4	3	2	1
22. 早上懒床,晚上睡不着,上学前常拒绝到学校,放学后又不想回家。	5	4	3	2	1
23. 容易生小病,并生病后便不想上学,常常没有原因拒绝上学。	5	4	3	2	1
24. 常吮吮手指或咬指甲,不喜欢别人帮忙剪指甲。	5	4	3	2	1
25. 换床睡不着,不能换被或睡衣,出外常担心睡眠问题。	5	4	3	2	1
26. 独占性强,别人碰他的东西,常会无缘无故发脾气。	5	4	3	2	1
27. 不喜欢和别人谈天,不喜欢和别人玩碰触游戏,视洗脸和洗澡为痛苦。	5	4	3	2	1
28. 过分保护自己的东西,尤其讨厌别人由后面接近他。	5	4	3	2	1
29. 怕玩沙土、水,有洁癖倾向。	5	4	3	2	1
30. 不喜欢直接视觉接触,常必须用手来表达其需要。	5	4	3	2	1
31. 对危险和疼痛反应迟钝或反应过于激烈。	5	4	3	2	1
32. 听而不见。过分安静,表情冷漠又无故嘻笑。	5	4	3	2	1
33. 过度安静或坚持奇怪玩法。	5	4	3	2	1
34. 喜欢咬人,并且常咬固定的友伴,并无故碰坏东西。	5	4	3	2	1
35. 内向、软弱,爱哭又常会触摸生殖器官。	5	4	3	2	1
(三)					
36. 穿脱衣裤、纽扣、拉链、系鞋带动作缓慢、笨拙。	5	4	3	2	1
37. 顽固、偏执、不合群、孤僻。	5	4	3	2	1
38. 吃饭时常掉饭粒,口水控制不住。	5	4	3	2	1
39. 语言不清,发音不佳,语言能力发展缓慢。	5	4	3	2	1
40. 懒惰,行动慢,做事没有效率。	5	4	3	2	1
41. 不喜欢翻跟头、打滚、爬高。	5	4	3	2	1
42. 上幼儿园,仍不会洗手、擦脸、剪纸及自己擦屁股。	5	4	3	2	1
43. 上幼儿园(大、中班)仍无法用筷子,不会拿笔、攀爬或荡秋千。	5	4	3	2	1

(续表)

	从 不 这 样	很 少 这 样	有 时 候	常 常 如 此	总 是 如 此
44. 对小伤特别敏感,依赖他人过度照料。	5	4	3	2	1
45. 不善于玩积木,组合东西,排队,投球。	5	4	3	2	1
46. 怕爬高,拒走平衡木。	5	4	3	2	1
47. 到新的陌生环境很容易迷失方向。	5	4	3	2	1
(四)					
48. 看来有正常智慧,但学习阅读或做算术特别困难。	5	4	3	2	1
49. 阅读常跳字,抄写常漏字,漏行,写字笔划常颠倒。	5	4	3	2	1
50. 不专心,坐不住,上课常左右看。	5	4	3	2	1
51. 用蜡笔着色或用笔写字也写不好,写字慢而常超出格子外。	5	4	3	2	1
52. 看书容易眼酸,特别害怕数学。	5	4	3	2	1
53. 认字能力虽好,却不知其意义,而且无法组成较长的语句。	5	4	3	2	1
54. 混淆背景中的特殊圆形,不易看出或认出。	5	4	3	2	1
55. 对老师的要求及作业无法有效完成,常有严重挫折。	5	4	4	2	1
(五)					
56. 对使用工具能力差,对劳作或家事均做不好。	5	4	3	2	1
57. 自己的桌子或周围无法保持干净,收拾上很困难。	5	4	3	2	1
58. 对事情反应过强,无法控制情绪,容易消极。	5	4	3	2	1
评定结果:	原始分	标准分			
1. 前庭失衡	_____	_____			
2. 触觉过分防御	_____	_____			
3. 本体感失调	_____	_____			
4. 学习能力发展不足	_____	_____			
5. 大年龄的特殊问题	_____	_____			
感觉统合综合评定:	属感觉统合	度失调			

二、感觉统合治疗的实施

(一) 针对前庭功能治疗的方法和实施

由于前庭的协调功能,运动时个体的头、眼、四肢能相互密切配合,对所处空间、方位才有正确认识和判断。

针对前庭平衡功能失调所导致的注意力缺陷多动障碍、身体协调不良、触觉过敏或迟钝、孤独症等现象,设计出加强前庭功能、固有平衡和重力感的训练方案是非常重要的。

1. 平衡台平躺游戏 儿童平躺在平衡台上,上下肢自然伸展,左右倾斜摇晃,维持一定的韵律感,使重力感觉唤醒脑干的活动,改变肢体的伸展来调节倾斜中的均衡感。

2. 平衡跪坐或静坐摇晃 让儿童坐在平衡台上左右摇晃,由于坐姿的重心较高,平衡感不易掌握,要时刻提醒儿童坐好并尝试运用可以自由移动的双手来保持平衡。也可以睁眼练习5min,再闭眼练习5min,来感受两种不同状态时的平衡感。

3. 平衡台互相扶持 训练师和儿童一起站于平衡台上,两人紧握双手,互相支持并保持平衡。站姿时重心高站立更不稳定,两个人手牵手的摇动,可以增加儿童的自信心,对身

体协调、触觉感、前庭系统有较强的刺激,对前庭神经乃至大脑皮质功能的发展都有积极意义。

4. 平衡台站立摇动 儿童站立于平衡台上,训练师在台下慢慢摇动平衡台。也可以让儿童双手伸展,以保持身体平衡,或者让儿童在平衡台上缓慢移动身体,或者尝试闭眼时的平衡感觉。

5. 滑滑梯 根据儿童年龄从适当的高度开始滑起,下滑时要保持平衡的姿势或怀抱布娃娃。下滑动作可以协助大脑统合固有感觉,稳定身体的姿势,维持身体的平衡。

6. 滑滑板 让儿童俯卧于滑板上,向前伸展双臂,自行或者在训练师的帮助下完成下滑动作。滑滑板可以促进颈部和躯干的肌肉运动,改善眼—身体的协调能力。

7. 俯卧大笼球 让儿童俯卧或者仰卧在大笼球上,训练者握住他(她)的双脚,做前后运动动作。也可以让儿童坐于大笼球上,训练者做左右摇动。可以促进前庭系统平衡和身体运动的协调,有助于躯干肌肉的伸展能力。

8. 立吊网缆 将网缆立吊,儿童坐于或者跪于或者俯卧于网缆之中,训练者可以进行前后、左右、旋转摇动。可以全方位刺激前庭系统,有利于前庭平衡的发展。

9. 滚滚筒 让儿童平躺于滚筒内,训练者协助做滚动动作。对促进前庭—固有感觉、触觉、本体感觉和身体肌张力反应均有帮助。

(二) 针对触觉功能治疗的方法和实施

触觉对婴儿与母亲建立依恋关系,对以后儿童情感活动和人格形成都有极大的影响。触觉统合功能失调或外界环境协调不佳,便会影响大脑对外界事物的认知和应变,出现触觉过敏(防御过当)或者触觉迟钝(防御过弱)。

针对触觉功能的感觉统合治疗目的在于加强皮肤与各种刺激的接触,平衡触觉刺激和前庭刺激,使大脑处理信息的能力与身体的触觉刺激之间建立良好的协调关系。

1. 泥土游戏 将沙土放置在一个大盆子里,盆子的大小是必须能把儿童整个身体埋入其中,身体的各个部位都能接触到沙土。可以有选择地抑制无关刺激的感觉,对稳定触觉敏感或迟钝儿童的情绪有帮助。

2. 球池游戏 让儿童跳入球池,将身体全部埋入球池中,接受球的挤压。可以在球中翻动身体、摆动肢体。也可以坐在或站在球池中,移动肢体并感受不同重心和身体运动时的感觉。不仅强化触觉功能,对前庭功能、身体协调都有帮助。

3. 塑胶粒游戏 将塑胶粒、木屑、纸片放入盆中,让儿童的手在其中翻动、抓摸,也可以用脚踩或屁股坐。强化手指末梢的触觉刺激,促进触觉辨识能力。

4. 抓痒游戏 让儿童躺在软垫上,训练者在他(她)的腋下、胸口抓痒,根据儿童的反应来调节用力大小及刺激强度。了解并调节身体不同部位对外界刺激的触觉感受。

5. 大笼球滚压 让儿童俯卧或仰卧在地上,训练师以大笼球放在儿童身上,缓慢做前后、左右的滚动,也可以在大笼球中间轻轻压挤。在大笼球滚动的压力下,强化各部位触觉和大脑的协调能力,接受重力感。

6. 身体跷跷板 训练师与儿童面对面坐下,两人双手互相紧握,脚掌互相抵住作平衡轴。训练师用力后躺,拉动儿童坐起来;然后儿童用力后躺,拉动训练师坐起来。反复轮流进行,恰似跷跷板游戏。可以拉动儿童颈、腕、腹部肌肉,强化关节的固有刺激。

7. 滚筒式时光隧道 让儿童头在前面,设法自己爬进时光隧道;也可以采用脚先进去的方式倒爬进去。训练者轻轻滚动隧道,不断了解儿童在隧道中的感受。改善儿童头、手、脚、脑的协调能力,增强对前庭感觉的调节作用。

8. 跳床 训练者和儿童端坐在跳床上,以身体支撑做上下摇动;儿童俯卧在跳床上,训练者站立跳动将其弹到半空中;儿童俯卧时,头颈部用力抬起,胸腹部挺出。强化和促进前庭系统感觉和身体的本体感觉的形式。

9. 洗澡游戏 用莲蓬淋浴头将水喷向儿童身体的各个部位,也可以让其浸泡于浴池中。用水压和水温来强化皮肤的神经,促进触觉信息和本体感觉的成熟。

(三) 针对综合感觉治疗的方法和实施

儿童各种感觉信息在大脑中进行统合,才能使大脑具有完整获取信息的功能,实际上,任何一种类型的感觉统合失调都不会单独存在,因此,在对感觉统合失调儿童治疗时更应该以综合性的方法进行。

1. 垫上运动 将软垫摆成 $25^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 的倾斜状,让儿童自上而下翻滚下去。可以促进固有-前庭和身体双侧协调能力的发展。将软垫摆成阶梯状,让儿童由上向下侧身滚下。对身体双侧协调和运动能力有帮助。在软垫上翻跟斗,可以促进触觉、本体感觉、身体形象的发展,增加骨骼肌的协调能力。

2. 球池综合游戏 让儿童由高台上跳下,先用手打击吊在半空中的皮球,再跳入球池中。可以提高运动能力和自信心。让儿童从吊缆上跳入球池。对改善重力不佳、触觉反应和运动能力均有帮助。也可以让儿童单脚跳过软垫,自行上到平衡吊缆上,在借助绳索摆动的力量,跳入球池中,该游戏有助于儿童身体双侧协调固有视觉统合、手—脚—脑协调能力的发展。

3. 其他游戏 让儿童爬上软垫,再由软垫滚入球池中。由滑板爬上平台,靠吊缆跳入球池,由球池出来后再做一次前滚翻。由梯子爬上,在跳床上跳跃,用手打球后再跃到软垫上,以一次前或后滚翻结束。还可以由圆木马吊缆上圆筒帽吊缆,再爬上跳床。从软垫走进时光隧道,出来后上到跳床,或下到球池,然后走上平衡台,最后结束在软垫。

(杜亚松)

参 考 文 献

1. 陈文德. 学习困难儿童指导手册,感觉统合积极疗法. 北京:中国少年儿童出版社,1997,1~244
2. 郑信雄. 突破孩童学习障碍. 中国台北:远流出版事业股份有限公司,1991,214~283
3. 中国心理卫生杂志社. 心理卫生评定量表手册. 北京:中国心理卫生杂志社,1999,367~371

第六章 残疾儿童的康复和社会技能训练

第一节 残疾儿童的康复

肢体残疾是指因四肢和(或)躯干的一部分或多部分残缺、麻痹、畸形,而导致的人体运动功能障碍和(或)姿势异常。肢体残疾可分为两大类:神经损伤型肢体残疾和矫形外科型肢体残疾,以前者为主。具体包括:①上肢或下肢因外伤、病变而引起的截肢、先天性的残缺、畸形、功能障碍。②脊椎因外伤、病变或发育异常所致的畸形或功能障碍。③中枢和周围神经因外伤、病变或发育异常造成的躯干和(或)四肢运动功能障碍。

根据残疾者在无辅助器具帮助下,对日常生活活动的能力进行评定,可将肢体残疾划分3个等级:①重度(一级):完全不能或基本上不能完成日常生活活动,饮食、排泄与起居都需要家长帮助。②中度(二级):能够部分完成日常生活活动。③轻度(三级):基本上能够完成日常生活活动。

一、运 动 治 疗

运动治疗(kinesitherapy)是使用器具或者治疗者徒手手技或者利用儿童自身的力量,通过主动和被动的运动,使全身和局部功能达到恢复的治疗方法,是肢体残疾儿童发展运动能力的基本方法。运动治疗以运动学和神经生理学为基础,以各种运动方式,包括中国传统医学的各种健身方法,徒手或借助于一些器械、设备来进行的。在运动治疗过程中,肌肉和关节作为运动的动力系统和杠杆系统直接参与了运动过程,所以运动治疗运用于有关肢体障碍方面的治疗。如脑瘫儿童的运动治疗、卒中儿童的康复治疗等。运动除直接促进肌肉和关节的功能状态外,还对机体的多个系统产生良性的影响,广泛应用于各类特殊儿童的康复训练和康复中。

1. 运动治疗的基本原则

(1) 强度适量原则:运动量的控制是运动治疗过程中至关重要的因素之一,如果运动量选择的合适对运动治疗会起到积极的作用,如果运动量的选择不合适(或大或小)都会使运动治疗不能取得良好的效果,甚至会起到反作用。运动量的控制可以通过调整运动强度或者运动训练的时间来达到。

(2) 持久性原则:肌肉力量、关节活动范围和患肢的综合素质的恢复和发展需要一定的周期。所以,无论是儿童还是治疗师,在选择运动治疗作为其康复治疗的措施时,需要做

好长期训练的准备,切忌半途而废。

(3) 全身性原则:在对受累肢体进行运动治疗时,不能够只局限于受累局部的训练,还应该注意全身性的运动训练,提高儿童整体的运动能力和抵抗疲劳的能力,有利于局部性运动训练的实施,对改善受累局部功能起着不可替代的作用。

(4) 个别功能与整体功能协同发展原则:受累肢体只有在肢体的个别功能以及与此相关的器官和组织的功能能够协调一致,才能使该肢体进行正常的生活和工作。所以,恢复受累肢体的个别功能是运动治疗的基础,受累肢体整体功能的发展才是运动治疗的最终目的。

(5) 预防与维持相结合原则:机体某部位受损后,往往会波及其他部位。所以,在坚持恢复受累肢体运动能力同时,还需考虑防止损伤进一步扩散,需在继发性损伤出现前就辅加预防性运动治疗。如脊髓损伤儿童,如果不进行有规律站立训练,就会发生尿道结石及其他损伤。

此外,开展儿童运动治疗还需注意一些问题,如治疗场所应该安全,周边环境空气清新明亮优雅,适当变换场景,儿童的着装有利于运动训练的顺利进行,包括穿宽松衣服(特别是受累部位)、不要穿拖鞋及底滑的鞋、少佩戴饰品(防止伤及儿童本人、治疗师或其他人,干扰治疗的正常进行);训练前,儿童还应该把大小便排泄干净,以防训练时内急,在进行运动治疗之前,如果儿童的体力允许的话,适当做一些热身运动,有利于接下来的运动治疗;身体虚弱的儿童应避免醒后立即训练,因为在睡醒后的30~60min之内,身体的功能状态还未唤醒到最佳程度,有午休习惯的特殊儿童更应该注意这个问题。

2. 肌肉放松训练

(1) 肌肉放松训练的概念:放松指的是肌肉放松和精神放松两种。肌肉放松训练就是在非药物的作用下,通过相应的活动形式使骨骼肌完全处于松弛无收缩的伸长状态。肌肉放松和精神放松之间相互影响,精神紧张时、常伴随肌肉的紧张,肌肉紧张时不可能有精神放松。所以在任何一种情况下进行放松练习,都要注意另一种放松练习。肌肉放松训练既可以作为运动治疗的一种独立形式对某些儿童进行有效的康复治疗,同时也可以作为运动治疗的其他训练方式的辅助形式,或者与其他康复治疗结合使用。放松训练的作用包括:①直接作用:有效缓解肌紧张或肌痉挛,提高不同功能肌肉之间的协调性;有效缓解疼痛;改善肌肉的血液循环。②间接作用:改善自主神经及其支配下的心肌和平滑肌的功能状态,对改善内脏器官的功能紊乱、自主神经功能失调、神经症、精神或者躯体的过度应激所引发的各种病症、失眠等有积极的作用。

(2) 对比法肌肉放松训练技术:肌肉放松的方法有多种,如对比法、交替法、暗示法、下垂摆动、放松体操等。对比放松训练的基本原理是:当肌肉进行强力收缩后,同一肌肉可以产生相同强度的松弛。据此,训练时要求儿童首先积极感受肌肉收缩所产生的紧张感,紧接着去感受肌肉处于舒张状态时的松弛感。期间,要求儿童尽可能排除自我暗示,以免与精神放松相混淆。具体步骤如下:

1) 准备:选择安静的环境,松解所有束缚肢体的东西如皮带、手表、领带、围腰、眼镜等;训练姿势取仰卧位和坐位——训练初一般取仰卧位,身体自然平躺床上,肘、腕、指、膝各关节取稍屈曲位(膝下垫软物可使膝关节稍曲),双下肢稍分开,足稍微外旋,头颈部不悬空(枕头稍厚);待熟悉一段时间以后,可取坐位训练,儿童坐在有背靠和扶手的椅子或沙发上,双下肢稍微分开,双上肢掌心向下内旋位伸直,并稍与身体分离,手和脚均不交叉。

2) 局部肌肉放松训练 :先让儿童在准备体位下闭目静养 3 ~ 4min ,接着尽力屈腕 ,直至前臂背侧至肘关节感觉到一种模糊、部位不稳定的紧张感 ,此后停止屈腕 ,手指和前臂的紧张感就会减弱 ,出现自然松弛(不是有意伸展)。可见 ,肌肉放松不是在意识控制下的松弛 ,而是肌肉收缩和停止收缩间紧张感的对比。局部肌肉放松训练 1d 可间歇进行多次。随着局部肌肉放松训练技术的熟悉 ,训练范围可扩展到左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、胸部、颈部、面部等。

3) 全身肌肉放松训练 :虽然局部肌肉训练也可以达到局部放松的目的 ,但是为了取得更好的效果 ,在运动康复治疗的过程中 ,还需要进行肌肉的全身性放松训练 ,每次训练时间 40min 以上。

4) 确认放松效果 :完全放松的肌肉 ,在被动运动时全无阻力 ,如上肢完全放松 ,被动抬起后松手 ,上肢就会自然下落 ;如下肢完全放松 ,让儿童坐在床的边缘 ,下肢下垂 ,当推动下肢时 ,会像钟摆一样摆动。

3. 肌力训练 肌力训练就是增强肌肉收缩力量的运动治疗 ,主要针对由各种原因引起的肌肉萎缩所导致的肌力下降。通过训练 ,使骨骼肌的形态结构及功能发生适应性的变化 ,如肌纤维增粗、肌肉体积增大、肌肉功能改善等 ;还可防治失用性肌萎缩 ,加强关节的稳定性 ,以及防止负重关节发生功能改变。

(1) 肌力评估 :肌力评估测评肌肉及其神经功能损失的程度、范围以及它对肢体关节稳定性和活动能力的影响等 ,是残疾儿童肢体康复训练的重要依据。肌力评估方法有手法肌力检查和器械肌力检查两类 :

1) 手法肌力检查 :检查者按照一定的标准 ,借助自己的双手 ,凭借检查者自己的技能、经验和判断力 ,观察待测肌肉或肌群在常态(对抗肢体重力)、去重力和对抗外加阻力的情况下完成规定动作的能力的测评方法。手法肌力检查只能用来检查特定肌肉或肌群收缩力的大小 ,不能检查出它们收缩的耐力。检查标准见表 6 - 1 美国医学研究委员会肌力分级及评定标准。

表 6 - 1 美国医学研究委员会肌力分级及评定标准

分 级	评 定 标 准
0	无可测知的肌肉收缩
1	可以觉知肌肉有轻微收缩 ,但无关节运动
1 +	可以觉知肌肉有强烈收缩 ,但无关节运动
2 -	去除肢体重力的影响 ,关节能活动到最大活动范围的 1/2 以上 ,但未达最大活动范围
2	去除肢体重力的影响 ,关节能活动到最大活动范围
2 +	去除肢体重力的影响 ,关节能活动到最大活动范围 ,如抗重力 ,可活动到最大活动范围的 1/2 以下
3 -	抗肢体本身重力 ,关节能活动到最大活动范围的 1/2 以上 ,但不能达最大活动范围
3	抗肢体本身重力 ,关节能活动到最大活动范围
3 +	抗肢体本身重力 ,关节能活动到最大活动范围 ,且在运动终末可抗轻度阻力
4 -	能抗比轻度稍大的阻力活动到最大活动范围
4	能抗中等程度的阻力活动到最大活动范围
4 +	能抗比中等程度稍大的阻力活动到最大活动范围
5 -	能抗较充分阻力稍小的阻力活动到最大活动范围
5	能抗充分阻力活动到最大活动范围

(Robert Lovett , 1916 年。美国医学研究委员会修订 , 1983 年)

在实践中,为简便起见,有时可以参考表6-2 简便标准进行手法肌力检查:

表6-2 手法肌力检查标准参考表

级 别	标 准	相当正常的肌力(%)
0	不能触及肌肉的收缩	0
1	有轻微收缩,但不能引起关节运动	10
2	在减重状态下能做关节全范围运动	25
3	能抗重力做关节全范围运动,但不能抗阻力	50
4	能抗重力、抗一定的阻力运动	75
5	能抗重力、抗充分阻力运动	100

2) 器械肌力检查:肌力超过3级时,可借助专门器械对肌力定量评估,目前常用的器械有握力计、捏力计、拉力计和等速测力器等。器械肌力测定,测定的是肌群的肌力而不是个别肌肉的肌力。

(2) 肌力训练方法 0级、1级肌力的肌肉组织,多采用电刺激治疗、被动运动或者轻微的助力运动等方法进行肌力训练。2级肌力肌肉组织的训练,除了采用电刺激治疗以外,还可以采用助力运动治疗、徒手助力运动或者是悬吊助力运动。3级以上肌力的肌肉功能的恢复训练,大多采用抗阻训练。

1) 等张抗阻练习:训练中,由于外加阻力的大小保持恒定,肌肉收缩所产生的张力也大致稳定不变,肌肉克服阻力做大幅度的关节活动,具体训练项目,如通过滑轮牵引重物、举哑铃、拉力器练习等。等张练习时,肌肉主动收缩而缩短,使肌肉的两端相互靠近,这种练习称为向心练习。相反,当阻力大于肌肉主动收缩产生的力量时,肌肉在收缩过程中仍被被动延长,致使两端相互分离,这种练习称为离心练习,如下楼梯或者下蹲时的股四头肌运动,所以,可以选择与患者实际生活有密切关系的活动项目来进行。

2) 等长抗阻练习:训练时,外加阻力使肌肉张力大幅度升高,但肌肉的长度不变,不产生明显的关节运动,故又称为静力练习,如屈臂悬垂训练上肢肌力、腿绑沙袋的屈腿训练下肢的肌力等。优点是快速促进肌肉力量的发展,及时防止肌肉萎缩,缺点是不利于改善运动的协调性。

3) 等速抗阻练习:等速练习需要在专门的仪器上进行。训练的速度、强度、幅度都是可调的,所以利于系统训练。

4. 关节活动度训练 关节活动度(range of motion, ROM)是指关节运动时所能够转动的最大角度。因为关节活动本身有主动和被动之分,所以关节活动度也分为主动的关节活动度和被动的关节活动度。关节活动度训练指的是对已经发生活动度受限的关节所采取的矫正技术或是为了防止发生关节活动度受限制所采取的预防措施。所以,关节活动度的训练可以防止挛缩和粘连形成,恢复或改善关节功能,广泛应用于骨折固定后,关节脱位复位后,关节炎和肢体瘫痪等,以及为了防止继发性的关节活动度受限而进行的相关训练。

(1) 关节活动度评定:关节活动度评定是了解关节活动度的功能状态,障碍的程度,形成障碍的原因,康复的潜力,预估康复的预后,也是治疗师拟订康复目标、制定和修改康复治疗计划的重要依据。

1) 量角器:量角器通常有2个臂和1个分度器构成,2个臂分别指固定臂和移动臂。

用途最广的是 180° 通用量角器。图 6-1 是用来测量肩关节常用的量角器及其使用方法。

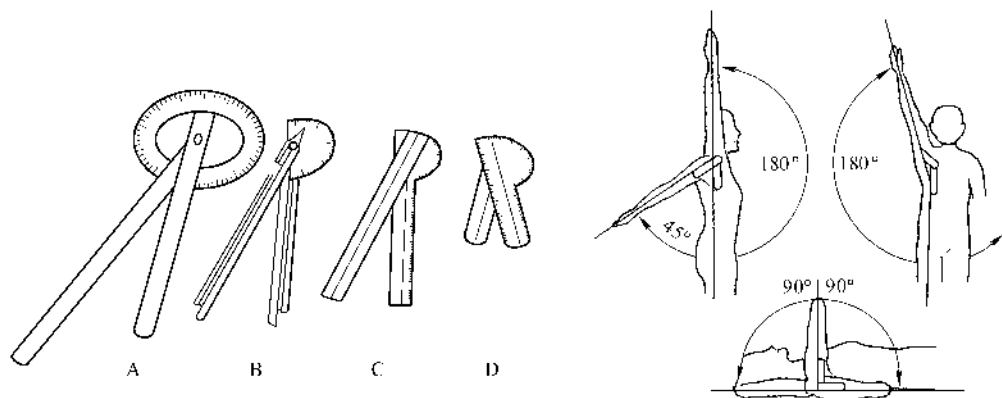


图 6-1 常用量角器及肩关节活动度测量示意图

2) 直尺: 直尺是关节活动度的间接测量工具, 是用距离来表示一个或者多个关节活动范围的总和, 此法简单、方便, 应用广泛。如用直尺评定指各关节综合屈曲度, 手指各关节尽量屈曲时测定指甲端与掌心横纹的距离(图 6-2)。

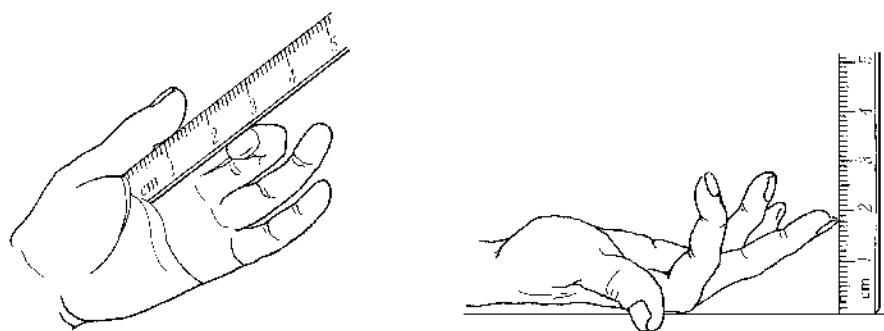


图 6-2 指关节活动度综合屈曲度测量示意图

3) 录像分析: 为了反映关节活动度的动态过程, 更为准确记录关节活动的测量结果, 我们还可以用摄像机, 通过录像来评定。当然, 也可以作为训练效果的评定技术。

(2) 训练方法: 当关节活动度发生障碍时, 可以有多种训练方法, 其选择要视关节障碍的具体情况而定。

1) 被动活动: 被动活动是在他人或器械的支持下进行的训练活动, 适用于进行关节主动活动有困难的儿童。常用的方法有关节可动范围的被动活动(在治疗人员的协助下, 使可动关节在各个方向进行活动, 范围要尽可能大, 动作缓慢, 用力不宜过大)、关节松动术(适用于痉挛、疼痛、软组织粘连等症, 常用手法有牵引、挤压、旋转、滚动、滑动和快速的推压)、关节牵(机械装置, 使关节和软组织得到持续的牵伸, 从而解除肌肉痉挛和改善关节挛缩)、推拿等。

助动活动: 助动活动适用于肌力或疼痛有明显好转, 可进行主动助力运动的儿童, 进一步改善关节活动范围。常用的方法如人力导引(治疗人员沿着关节活动的方向帮助患者活动)、器械训练(利用器械带动受限关节进行活动。如体操棒、肋木、肩关节练习器、肘关节

练习器和踝关节练习器等)、去重力活动(利用挂钩、绳索和吊带等网架装置将拟活动的肢体悬吊起来,在减轻肢体重力的情况下进行主动活动,或者在水中运动,利用水的浮力,使严重无力的肌群无需使用多大的力即可进行活动)。

2) 主动活动:主动活动最常用的是各种徒手体操,可根据患者关节活动受限的方向和程度,编制有针对性的动作,内容由简单到复杂,形式多样。主动活动可改善血液循环、牵拉挛缩组织、松解粘连,有利于保持和增加关节活动度。

3) 抗阻运动:抗阻运动是利用维持—放松技术和收缩—放松技术可有效地使关节活动度增大,使患侧肢体至运动范围的极限端点,然后进行拮抗肌的等长抗阻收缩,维持6~10s,收缩已缩短的肌肉以防进一步的运动,然后逐渐地放松。这时再进行主动肌收缩,移动肢体达到比运动前更大的活动范围。

(3) 关节活动度训练的注意事项:训练时儿童应处于舒适的体位,着装应该宽舒为好。训练动作缓慢有节律,并注意儿童的疼痛反应,避免牵拉已经过度活动的关节。如果出现关节疼痛或肌肉肿胀,并持续24h,则说明用力过度。遇到下列情况时,应避免牵拉:①近期有骨折。②牵拉中有骨性阻挡。③急性炎症。④血肿。⑤肌肉的紧张增加了关节的稳定性或增加了关节功能性(如四肢瘫时的屈指肌紧张)。如果确诊有严重的关节痉挛、弹性小及严重的组织粘连,应该与其他治疗结合使用。即使未见有上述严重情况,只要有条件,结合一些物理治疗如热疗、超声治疗等会使关节活动度训练取得更好的收效。

5. 运动治疗的训练项目:肢体残疾儿童的运动治疗大多可以在日常生活中进行,这里介绍一些与儿童生活实际密切相关的治疗项目及其具体内容,供有关人员参考。

(一) 头部控制

- (1) 仰卧位抬起头。
- (2) 俯卧位来回(左右)转动头。
- (3) 抱起时头竖立。
- (4) 俯卧位抬头90°。
- (5) 俯卧位自由转动(转动自如)头。

(二) 翻身

- (1) 由仰卧翻到俯卧。
- (2) 由仰卧翻到侧卧。
- (3) 由俯卧翻到仰卧。

(三) 坐

- (1) 扶着臀部坐。
- (2) 不扶独坐。
- (3) 坐着后倾,用手撑地。
- (4) 坐着前倾,用手撑地。
- (5) 坐着侧倾,用手撑地。
- (6) 坐着做头部各方向运动。

- (7) 坐着做躯干各方向运动。
- (8) 坐着进行四肢的多种运动。

(四) 爬

- (1) 在帮助下爬行练习。
- (2) 匍匐爬行。
- (3) 双手双膝支撑爬行。
- (4) 双臂双腿撑直弓腰。

(五) 站

- (1) 辅助站立训练 1(扶双臂或躯干上端)。
- (2) 辅助站立训练 2(扶单臂或单手)。
- (3) 依物站立(拉物或扶支持物)。
- (4) 从跪位、半跪位站起。
- (5) 从椅子上由坐位站起。
- (6) 双手抓绳站起。

(六) 走

- (1) 大人拉着手走。
- (2) 扶东西走。
- (3) 独自走一段距离。
- (4) 携轻质玩具独自走一段距离。
- (5) 独自行走绕开障碍物。
- (6) 独自行走跨越障碍物。
- (7) 韵律性行走。

(七) 上下楼梯

- (1) 手扶栏杆或(和)手拉着大人上楼梯。
- (2) 两步一阶上楼梯。
- (3) 一步一阶交替脚上楼梯。
- (4) 扶栏杆或(和)手拉着大人下楼梯。
- (5) 两步一阶下楼梯。
- (6) 一步一阶交替脚下楼梯。

(八) 蹲和跳跃

- (1) 蹲下去拣地上的物品。
- (2) 蹲着移动脚步或玩。
- (3) 向前双脚跳。
- (4) 向前或原地单脚跳。

(5) 从不高的台阶跳下。

(6) 跳起够悬挂物。

(九) 跑

(1) 大人拉着跑。

(2) 独自原地踏步跑。

(3) 独自跑步前进。

(4) 绕弯跑。

(5) 跑步行进绕开障碍物。

(6) 跑步行进跨越矮障碍物。

(十) 下肢稳定性运动

(1) 单脚站直(每次计时,以秒为单位)。

(2) 双脚站直,活动躯干或(和)上肢。

(3) 踩脚印走。

(4) 踩砖走。

(十一) 平衡运动

(1) 在相距 20cm 的两条平行线中走。

(2) 沿 1m 长的直线前行。

(3) 沿 1m 长的直线后退。

(4) 大人拉着一只手走平衡木。

(5) 独立走平衡木。

(十二) 翻滚

(1) 左右侧翻滚。

(2) 向前翻滚。

(3) 向后翻滚。

(十三) 上肢精细活动

(1) 玩皮球：

1) 手心向上双手抱球。

2) 双手向上或向外抛球。

3) 双手接抛来的球。

4) 单手向前推球。

5) 大人辅助下间断拍球。

6) 独自拍球。

7) 独自拍球并行走。

8) 定向投球(每次记录偏差)。

(2) 拧瓶盖：

- 1) 左/右手拧开瓶盖。
- 2) 左/右手拧紧瓶盖。

(3) 穿珠子：

- 1) 化纤硬质线穿大孔珠子。
- 2) 化纤硬质线穿小孔珠子。
- 3) 柔质线穿大孔珠子。
- 4) 柔质线穿小孔珠子。

(4) 手指定向点击：

- 1) 拨电话号码。
- 2) 用手指戳破肥皂泡。
- 3) 掏小窟窿。

(5) 抓取物品：

- 1) 用尾三指与掌心抓握小积木。
- 2) 用掌心抓握积木。
- 3) 用拇指与其他各指分别抓物。
- 4) 用拇指与示(食)指捏小米花、碎纸片。
- 5) 伸手够悬垂飘动的物品。

(6) 系衣扣、鞋带：

- 1) 系圆形大衣扣。
- 2) 系圆形小衣扣。
- 3) 系其他形状的衣扣。
- 4) 系简单的扣和鞋带。
- 5) 穿系足球等运动鞋的鞋带。

(7) 玩积木：

- 1) 简单堆积。
- 2) 按要求搭建一定空间构型。

(8) 剪纸：

- 1) 开合剪刀,熟练空剪。
- 2) 剪简单几何图形(矩形、三角形等)。
- 3) 剪复杂几何图形(正多边形、圆等)。
- 4) 剪动物、植物图案等。

(9) 折纸：

- 1) 将纸对折过来。
- 2) 将纸的一边对齐。
- 3) 折波浪纹。
- 4) 折剪不同复杂程度的造型物。

(10) 孔径不同的圆柱插具训练。

(11) 绘画。

- 1) 画直线。
- 2) 画规则波形线。
- 3) 画圆。
- 4) 画动植物图案。

(十四) 下肢精细活动

- (1) 双脚交叉行进。
- (2) 站立节律摆动下肢。
- (3) 坐位交叉摆或齐摆小腿。
- (4) 脚腕屈伸、旋转运动。
- (5) 脚趾屈伸运动。
- (6) 脚趾将相同颜色的纸片掀放一起。
- (7) 踢球：
 - 1) 脚踢中球。
 - 2) 定向踢球。
- (8) 两腿夹物运动：
 - 1) 原地两腿夹物练习(不同部位)。
 - 2) 两腿夹物行进。
 - 3) 两脚夹物行进。
 - 4) 两脚夹物抛扔。

(十五) 四肢协同运动

- (1) 跳绳：
 - 1) 一个一跳。
 - 2) 连续跳。
- (2) 骑小三轮车：
 - 1) 沿直道骑。
 - 2) 沿弯道骑。
 - 3) 骑车避开障碍物。
 - 4) 骑车过窄道。

二、作业治疗

作业治疗(occupational therapy, OT), 又称职业治疗, 是指运用与日常生活、工作有关的各种作业活动或工艺过程进行康复治疗的方法。其目的是获得或重建作业活动的技能和技巧, 促进损伤和(或)疾病的恢复。不是让患儿“消磨时间”, 也不是让他们“闲着也是闲着”, 总得有事情做”。理念上, 作业疗法须面对的是整个人, 治疗过程需把患儿看成是“完整意义上的社会的人”, 患儿居于治疗的主体, 作业治疗的“作业”, 可以是智力性活动, 也可以是体力活动, 当然能够将两者有机结合是最好的作业活动, 作业活动的选择、设计和任务分析

需符合有关的科学理论 ,并依据一定的标准进行 ,作业治疗主要指向“ 与人的基本生活密切相关的 ”作业活动 ,而不是完整意义上的为谋生而进行“ 职业技能培训 ” ,所以作业治疗师不是技师 ,作业结果具有激励作用。

1. 作业治疗的分类

(1) 支撑器械型作业活动 :这是作业治疗最基本的一项特殊的作业活动 ,即在穿戴支撑器械后进行的各种作业治疗。其目的在于使相关的残障者适应并熟练掌握这些支撑器械的使用方法 ,充分利用这些支撑器械来完成各种生活或工作。

(2) 日常生活型作业活动 :这类作业包括衣、食、住、行、个人卫生等 ,训练的目的在于满足残障者具有日常生活和健康的基本要求。

(3) 生产型作业活动 :残障者通过操作材料制作和生产出成形的产品。这类内容包括工艺如纺织、泥塑、陶器制作、各种精工、刺绣等 ,园艺如种花、植树、栽盆景、整修庭院等。当然 ,对他们生产的产品不能把眼光集中在产品质量上 ,而是技能学习和身体素质的锻炼上。

(4) 休闲、娱乐型作业活动 :残疾儿童利用业余闲暇时间 ,根据自己的爱好进行的各种个体或团体活动如球类、游戏、琴、棋、文艺、书法等。其目的在于充分安排时间 ,转移注意力 ,丰富生活内容 ,促进特殊儿童本身的缺损技能的发展 ,扩大残疾儿童间或残疾儿童与正常儿童间的交往 ,提高他们的社会认知能力。

(5) 康复型作业活动 :其内容有各种教学活动 ,比如书写绘画、唱歌、舞蹈等。其目的在于提高智能 ,促进残疾儿童之间 ,残疾儿童与非残疾儿童之间、残疾儿童与成人之间的社会交往的功能。因此 ,在作业活动的过程中 ,要注意把科学文化知识、做人的行为规范、人与人交流的技术自然而然地融入到其中。

2. 评估 作业治疗评估从大的方面讲 ,可分为两大类 :技能评估和功能评估(神经肌肉运动、感觉、认知能力测评等) ,每类又涉及到多方面。技能评估项目包括了上述类的全部内容 ,其中日常生活活动(activities of daily living , ADL)的评估是最基本的内容。

(1) 日常生活活动评估 :日常生活活动指的是人们为了维持生存 ,以及适应生存环境而每日必须反复进行的、最基本的、最具有共性的活动。狭义的日常生活活动指的是衣食起居、大小便控制、洗澡、出行等 ,而广义的日常生活活动扩展到如文化康复活动、休闲娱乐活动以及社交活动等。

巴塞尔(Barthel)指数记分法是日常生活活动评估常用的工具 ,该工具包括 10 项基础日常生活活动(表 6-3)。

表 6-3 日常生活活动评估——巴塞尔指数法(修订版)

日常活动项目	评分内容及标准		
	0 分	5 分	10 分 ,* * 为 15 分
1. 大便	失禁或昏迷	偶尔失禁(每周小于 1 次)	能控制
2. 小便	失禁或昏迷或需由他人导尿	偶尔失禁(每 24h 小于 1 次 ,每周大于 1 次)	能控制
3. 修饰	需帮助	能独立洗脸、梳头、刷牙	
4. 用厕	依赖别人	需部分帮助	自理
5. 吃饭	依赖	需部分帮助(夹菜、盛饭)	全面自理

(续表)

日常活动项目	评分内容及标准		
	0 分	5 分	10 分 ,* * 为 15 分
6. 穿衣	依赖	需一半帮助	自理(系开纽扣、关、开拉锁和穿鞋等)
7. 洗澡	依赖	自理	
8. 步行活动(近距离)	不能动	在轮椅上独立行动	需 1 人帮助步行(体力或语言指导)
9. 上下楼梯	不能	需帮助	独自步行(可用辅助器)
10. 床/轮椅转移	完全依赖别人,不能坐	需大量帮助(2 人)能坐	* * 自理 需小量帮助(1 人)或指导 * * 自理

(该法将日常生活活动能力分为 5 级,10 项最高得分 100 分)

- 0 ~ 20 分 :极严重的功能缺陷。
- 25 ~ 45 分 :严重的功能缺陷。
- 50 ~ 70 分 :中度的功能缺陷。
- 75 ~ 95 分 :轻度的功能缺陷。
- 100 分 :正常。

患儿的康复是一个渐进的过程,为了了解治疗效果,及时修改训练目标和计划,需要进行多次的评估,以便训练前后对比。

(2) 综合活动能力评估 综合活动能力评估是对患儿日常生活活动能力的综合考查,对全面了解儿童的生长发育有重要意义。该工具包括饮食、穿衣与洗漱、大小便控制、移动与转移、行走、社交活动和交流 6 个方面的内容(表 6-4)。

表 6-4 日常生活活动综合活动能力评估

评 估 项 目	评 分 标 准		
	不需要帮助	需要少量帮助	需要大量帮助
一、饮食			
1. 进食情况	4	2	0
2. 饮水情况	4	2	0
二、穿衣和洗漱			
1. 洗脸和身体	4	2	0
2. 穿衣服	4	2	0
3. 穿脱辅助器具	4	2	0
三、大小便控制			
1. 大便控制	4	2	0
2. 大便后的清洁	4	2	0
3. 白天控制小便保持干爽	4	2	0
4. 晚上控制小便保持干爽	4	2	0
四、移动与转移			
1. 床椅之间来回移动	4	2	0
2. 地板与床之间来回移动	4	2	0

(续表)

评 估 项 目	评 分 标 准		
	不需要帮助	需要少量帮助	需要大量帮助
五、行走			
1. 平路上行走	4	2	0
2. 不平的路面上行走	4	2	0
3. 上、下楼梯	4	2	0
4. 轮椅使用情况	4	2	0
5. 爬行情况	4	2	0
六、社交活动和交流			
1. 与其他儿童做游戏	4	2	0
2. 上学	4	2	0
3. 讲话	4	2	0
4. 使用手势进行交流	4	2	0

该工具适宜 5 岁以上儿童使用 5 岁以下儿童须使用其他评估工具(如巴塞尔指数法)来评估。

3. 作业治疗技术 肢体残疾儿童的身体特点决定 ,治疗师的一项最基本的工作就是将一项作业活动简单化和序列化 ,就是任务分析技术。所谓任务分析指的是把一项作业活动按该活动的实际过程或动作步骤或实现的条件将其分解成一些最简单的成分的过程 ,是把复杂的或有系列步骤的生活活动项目教的简单的技术。任务分析分为简单任务分析和具体任务分析(缪鸿石等 2000 年)。

(1) 简单任务分析(5W - H)法 :

1) 为什么要选择这种活动(why) :是治疗师选择一项训练内容或排定系列训练内容次序的理由。选择的活动与训练目标应密切相关 ,不仅要满足躯体功能的需要 ,而且要满足心理的、认知的和社会的需要。

2) 什么活动(what) :康复训练的具体内容。与残疾儿童生活密切相关的训练项目非常多 ,需要分类分步骤进行。治疗师在设计训练项目时必须明确本次训练的内容是哪一类的哪个环节。因为 ,一大类的内容应该集中在一段时间里分阶段连续进行 ,便于学生完整掌握一项生活技能。所以在准备康复训练内容时 ,往往要衔接前面学过的内容 ,还要为后面的学习内容过渡。如康复内容设计成“ 学习穿衣服 ” ,就太太太笼统 ,应该具体到“ 学习穿上衣的扣纽扣 ” ,这样本次训练课就围绕“ 认识纽扣、穿和插、对齐 ”等环节展开。可以衔接前面学习过的“ 衣服披上肩 ” ,过渡到后面的学习内容“ 检查和整理上衣 ”。

3) 活动将在哪里进行(where) :设计好训练期间所涉及到的所有场景。一般来说 ,活动应安排在自然真实的环境中进行。但是 ,在实施上往往需要变换环境 ,提高学生的唤醒水平 ,在不同的场景下采取不同的形式直接或间接实现训练目标。

4) 什么时候进行(when) :制定训练的起始时间和结束时间 ,进行活动的时间应符合障碍学生的需要和遵循生活常规。有时还要考虑季节特点 ,学习穿夏装放在冬季总是不合适的。有些训练内容的时间选择要随儿童的生理变化来调整 ,如“ 矫正某学生的随地小便 ” ,总是在学生表现出内急时刻进行训练才是最合适的。实际上 ,特殊儿童康复治疗 and 康复中需要实时调整时间的情况非常普遍。

5) 什么人参与(who) :训练对象的分析 ,治疗师、家长以及其他辅助人员均需提前考

虑,以便于安置机构尽早安排。

6) 怎样进行活动(how):分析活动的基本动作、过程和组织形式等,以及是否借助器具或必须使用替代器械等。

总之,简单分析是就康复训练涉及到人、物和过程的总体规划。

(2) 具体分析:即针对一项具体的作业活动进行的任务分析。一项技能往往涉及到多个步骤,所以治疗师在康复训练大多需要将该项目按照事件的常规操作作具体的分解,以便于讲解和示范,也便于儿童学习掌握和治疗师对儿童掌握程度的实时评估。下面是“上厕所”的具体任务分析。

1) 感知并表达上厕所的需要。

2) 识辨男、女厕所标志(家以外时)。

3) 到厕所,操作相关器具(器具的稳定性及安全)。

4) 脱裤子(涉及到多个环节,还可细分)。

5) 坐在马桶或其他便器上(不需要便器的地方训练蹲下排便的动作及有关辅助工具如吊环、手杖等的使用和有关肌肉力量的训练)。

6) 伸手取手纸。

7) 折好手纸。

8) 擦干净。

9) 将手纸丢进旁边的纸笼或其他家用废纸收集器里。

10) 站起。

11) 穿裤子并整理(仍可分解)。

12) 水冲马桶。

13) 洗手。

14) 洗手并擦干手。

15) 男、女厕所标志的再识辨(熟悉后省略)。

不同的儿童可根据具体情况有选择有侧重的训练上述某些项目或全部。在训练的不同阶段,根据需要进行示范法(训练者可通过动作,具体演示给儿童如何示意和上厕所)、帮助法(当儿童在上厕所的某一环节上有困难,如穿裤有困难时,训练者可手把手地给予适当的帮助,随着其技能的增进,这种帮助应逐渐减少直至取消)、手势或口头提示法(告诉儿童应如何去做)、游戏法(模仿上厕所的过程,或是以图片和讲故事的方式进行训练)等给予及时的辅助支持。男、女厕所标志的识辨可在不上厕所时,利用图画或实地进行训练。

具体任务分析是较复杂的过程,也需花费较长的时间,但它是作业治疗师必须掌握的最基本的技能。因为该技术便于治疗师观察和了解组成一种活动的基本动作,将作业活动分成若干步骤,便于学习和训练;能找出每种人可接受的、能被意识到、有需要的和符合生活习惯的作业活动用于治疗;分析活动的费用、所需空间、是否因噪声和脏乱而需特殊的环境、所需的材料、工具和设备,以及专业人员的指导和帮助等因素;动态评估,障碍学生必须具备一定的基本技能,才能使某种活动能满足他的特别的需要;区别作业活动的强度,使选择的不同强度的作业活动能提高障碍学生的活动能力,并能满足障碍学生的需要。

三、文化 教育

肢体残疾儿童文化教育的目的是掌握一定的知识、增加对社会的适应性,提高生存和生活质量。一般来说,对于肢体残疾严重、精神发育明显迟滞的儿童,主要是训练他们对刺激——反应的敏感性,防止肌肉僵化,这类儿童需有专人看护,对那些运动功能发展、精神发育也偏缓的儿童,教育训练可以多采用游戏的方法来发展他们的感觉和运动功能。对那些智力正常的肢体残疾儿童,除日常生活活动需要训练外,还须加强文化教育,培养听、说、写的能力,最大限度掌握各种文化科学知识和职业技能(青春期后)。但因各人差别较大,学科学习也需要制定个别学习计划,进行专门的辅导。

1. 课程设置

(1) 安全教育课程:内容包括日常生活—衣食住行等方面需要考虑安全的因素。

①衣:如不配戴有尖锐的饰品,不穿底板较滑的和提高重心的鞋。②食:如移动烫热的食物要特别小心或应急处理办法等。③住:电闸开关、煤气开关、微波炉安全使用,门窗的开关等。④行:如穿越马路时要注意交通信号、车流,上、下楼梯或过障碍物等。

(2) 文化基础课:语、数、外、自然科学和人文科学可参考同龄正常儿童的课程内容,根据儿童的具体特点做进一步的个别化设计。有些肢体残疾儿童要学会利用支持工具来阅读和书写。

(3) 艺术训练课:主要包括音乐与美术,发展他们对音乐、图画的欣赏、理解能力,掌握演唱、弹奏、画画、制作的基本知识和技能技巧。

(4) 职业技能教育课:职业技能课程的设置要考虑儿童的肢体特点,兴趣爱好。通过该课程,让肢体残疾儿童尽早了解职业技能的背景知识、发展前景和对从业者的基本要求等,掌握从事某项职业所需要的知识和技能,使他们根据自己的身体条件,选择某种职业,力求做一个自食其力的劳动者。

2. 教育训练组织形式 肢体残疾儿童差异很大,实践中可采用多种组织形式实施训练。比较适合肢体残疾儿童的教育训练组织形式可归结为如下几种。

(1) 一对一式:教师和其他辅助人员只对一名儿童进行的个别训练。是肢体残疾儿童教育训练常用的组织形式之一。该形式适用于的对象是极易受环境因素干扰而分心的儿童,他在团体中无法静心学习,有时也运用在团体训练的某个环节上,当儿童学习某一内容需要特别帮助,也要采取一对一式训练,属于隐私性技能只能采用这种形式。该形式的不足是:学生学习压力大,学生间交流观摩等互动机会少,需要有相当的人力和物力来资源。

(2) 序列式:是一对一式的变式,儿童按次序一个接一个在教师的指导下学习同样的技能。这种形式看起来像是团体式,但学习的关键环节是一对一式。与典型的一对一式相比较,序列式提高了教师资源和教具的利用率,也一定程度增加了学生观摩学习的机会,创造了社会化的学习环境。

(3) 累加式:是指同样的内容让儿童学习训练多次,强化累加得到训练目的,是非常符合肢体残疾儿童特点的教育训练组织形式之一。训练某一技能时,第1位儿童接受训练后继续参加以后各位的训练,如果有6位儿童接受累加式教学,第1位儿童重复训练的次数将在6次以上(包括训练开始,教师针对全体学生的示范、学生的初步尝试和教师的复习总结

等)。采用累加式训练组织形式实施训练时,教师需要将儿童进行能力排序(只针对该项技能),能力最差的需放在第1位接受训练,能力最好的放在最后1位。该形式截取了团体训练和个别训练的部分优点,既实现了团体训练的互动和提高了对资源的利用,又使每个儿童得到适当训练。不足之处是时间花费比较多,往往需要辅助人员的积极配合。

(4) 分组式:将学生分成几个小组,教师或治疗师轮流进行指导和训练的方式。分组可以是同质分组和异质分组。同质分组便于实现分层目标,不同能力组学习的内容和难度不相同,小组内可以形成竞争气氛。异质分组提供儿童间交流模仿机会,特别是为能力较差儿童提供了更多选择模仿对象。

(5) 同伴教学:让学生当“小老师”教同伴的教育训练组织形式。同伴当老师在学校教育中非常普遍,他们之间交流压力小,教与学有时更容易进行。同伴教学的前提是,同伴中要有这样的小老师,至少在这项技能的学习上明显强于他的“学生”,而且他还肯教,有能力教。

(6) 团体式:教师或治疗师面对全体学生进行教育训练的组织形式。是一种节省资源、耗时少、学生之间互动机会多的教育训练组织形式。适合于个体间差异不大,又有比较好学习能力学生组成的教育训练单位。当然,这种组织方式也是那些师资力量和其他资源均比较缺乏的机构最有可能开展教育训练的一种方式。

(7) 合作学习:几个儿童围绕一个共同目标互助互学,共同解决问题。期间,教师介入相对较少,以观察和实时点拨为主。实践中,可以先进行分组,然后在组内进行合作学习。如果学生多,超过5~6个,有些学生只合而不做,失去合作学习的意义。这种方式在肢体残疾儿童之间比较难以组织实施,特别是在他们接受教育训练初期。当然,如果学生是随班就读学生的话,开展合作学习就比较方便,也是一种非常好的教育形式。

上述这几种组织形式在实践中又可组合产生多种形式。究竟采取何种形式,要看学生数量、学生的差异性、教育训练的内容,以及安置机构软硬件资源状况而定。

第二节 儿童社会技能训练

儿童社会技能(social skill)是指儿童运用言语和(或)非言语手段(如动作、姿势、表情等)与他人进行交流和沟通的能力,是个人影响他人的行为模式,也称社会交往技能。

一、儿童社会技能训练的意义

儿童社会技能是儿童社会化进程中最重要的内容之一,是儿童由“自然人”向“社会人”过渡和发展的主要方法之一。在儿童生长发育过程中,良好的社会技能促进儿童动作、感知觉、认知能力、语言和个性等基础能力的健康发展,培养友谊感和同情心,掌握和表达不同情境下的情绪情感体验,掌握和运用各种社会性情景下人际交流沟通规则,逐步养成正确的是非观念及其合乎社会规范的行为,融入群体并在不同群体的各种社会性活动中达到发展。

有些儿童在其成长历程中不能很好实现社会化,出现社会技能不同程度缺陷或严重障碍,使他们的学习生活和社会适应处于不良境地,这种处境反过来又会制约其社会技能的发展或矫治。存在社会技能缺陷的儿童主要有孤独症儿童、行为障碍儿童、学习困难儿童、注

意缺陷多动障碍儿童、精神分裂症儿童、精神发育迟滞儿童以及由于肢体残疾限制社会技能发展的儿童。

儿童社会技能缺陷的产生往往是先天因素和后天因素交互作用的结果,特别是儿童生长发育过程中的家庭教育环境和学校教育环境,比如父母或其他家庭成员过度保护儿童或对儿童的行为过度干涉,使儿童与周围环境特别是同龄人接触交流的机会减少,相互作用的程度减弱,导致儿童言语技能和非言语技能的落后,过度依赖父母,胆怯退缩。如果儿童生活学习在一个拒绝、冷酷、不能进行平等自由交流的环境,他们就会形成自卑、焦虑、退缩、过度顺从、无安全感,甚至是攻击性行为、自伤行为和反社会行为等。

良好的社会技能创造良好的交往沟通的环境,发展融洽的同伴关系,是儿童和青少年心理健康发展和学业进步的必要前提之一。

二、社会技能分类和构成要素

(一) 社会技能分类

社会技能分类研究结果不一,众说纷纭。有的研究者将社会技能分为言语和非言语技能两大类,每一类中又有非常具体的行为技能,这种根据社会交往的外显行为采取任务分析方法进行分类,具有比较强的操作性,直接面对社会技能不足的教育和训练,是一种常见的分类方法。

有将社会技能分为几个主要范畴:自我表达技能、激发他人的技能、自信技能和交流技能等。每种技能又可进一步分为许多成分,例如,自我表达技能包括感情和意见的表达及陈述自己的积极观点;自信技能包括赞誉、感激他人、拒绝不合理要求等。

(二) 社会技能构成要素

社会技能由多种因素构成,了解这些要素是观察评估儿童社会技能发展状况的基础,是对社会技能不足儿童进行矫治的前提。社会技能主要有以下几个方面因素构成。

1. 言语交流技能 又称言语交谈,是个体社会表现和社会技能的基础部分。大多数社会活动或社会技能符号都离不开口头表达。言语交流是一种口头表达行为,目的是要在他人身上产生某种预期的效果。言语交流技能从过程上包括问候寒暄、使用敬语、自我介绍、内容选择、拓展话题、应答和情感呼应以及结束话题等方面;在言语的物理属性上包括与别人说话时控制音量大小,准确而流畅、声调的抑扬顿挫、言语突然中断的应急处理(如交谈中出现咳嗽,社会技能差的儿童对咳嗽不加应急处理,飞沫直扑对方);在内容上包括陈述自己的思想意图、愿望和要求以及应答对方的陈述;从语法上包括关键字陈述或应答和完整语句陈述或应答;从交流的公共规则上包括交流场合的选择(不分场合交谈往往是社会技能缺陷儿童的普遍特征,如注意缺陷多动障碍、精神发育迟滞和精神分裂症儿童);交流开始和结束的方式和用语,礼貌得体地向别人的不良行为表示不赞同、不满和不快,礼貌地拒绝别人,根据交谈的内容,控制交谈的时间等。

2. 非言语交流技能 是指除说话以外的其他人际信息交流,使交流丰富生动,效率高包括表情、体态、手势、交谈时控制与对方目光接触的时间等。表达自己的愿望和要求,表示

不赞同、不满和不快或拒绝别人时体态、手势的常规方式等。

不同人通过言语表达同样一句话时,由于他们各自非言语表达方式或技巧的差异,会给人以不同的甚至完全相反的感觉。体态语言学者的研究表明,在两人之间的沟通过程中,有65%的信息是通过体态语言来表达的。良好的非言语社会技能主要包括:恰当的体姿仪态,生动的面部表情,高水平的凝视,主动、自然、亲切地接近他人,开放式的手势等。但是,交流中出现的:低头和(或)不敢注视对方、或用一种“凝固”的眼神直逼对方、手足无措、脸发红、面部肌肉紧张、体现尴尬情态(使对方处在不自在情境,交流过程干涩,甚至忘记“通报”核心内容)等都是非言语交流技能不足的表现。

3. 报答与强化 报答是指个体对他人的好意、善举等通过言语、表情、体态行为等所给予的积极回答。

社会交往是一个情感和行为的互动过程。在正常情况下,不能只有控制过程,没有反馈过程。报答是建立友谊和产生吸引力的途径。有人对生活在感化院的女孩的研究发现,受欢迎的女孩是那些能为别人提供帮助、爱护、安慰、鼓励的女孩;而精神病患者,特别是精神分裂和抑郁症患者,大多是不给他人以报答和强化的人。

4. 同理心、合作、关心他人 同理心是理解他人心境、分享他人观点和设身处地为他人着想的能力。同理心不仅体现在对别人情感、心境的认知、同情,更能表现出设身处地为他人着想的心情,表现为“察己则可以知人”、“己所不欲,勿施于人”的良好品质。在心理治疗、会谈和另一些需要社会行为技能的场合,重视别人的看法和感情,并用提问、反问等方法表现出来是最重要的。容忍他人的缺点和不正当行为,对自己的过失行为表示歉意。在必要时善于忍受人际交往中的挫折,对待别人成功或失败的态度。

合作是个体社会活动成败的关键。社会生活需要更多的合作。合作意味着个体不仅要顾及自己的目标,同时要顾及他人的目标。无论是游戏娱乐,还是交谈,各种社会活动都需要一人以上的参与。惟有通过合作,协调彼此的行为才能使双方均能实现各自的计划,关心对方,真诚地与对方合作对所有亲密关系的形成和维护是重要的。

5. 自信 是社会技能发展、应用的基础和保证。一个缺乏自信的人,往往不敢和不善去影响和操纵他人,即使因执行任务不得已而为之,对他人的影响也可能是轻薄的,难以实现的,甚至是消极的。自信障碍是可以矫治的。有两类矫治方式,一类是通过外部来矫治,如要求自信障碍者学习模仿某种行为的自信模式进行训练;另一类是自我训练,训练缺乏自信的人如何“拒绝、请求、主动提出自己的要求或主动提出支持他人,自然地表达正面或负面情感,控制自己的谈论是否开始、如何展开、何时或怎样结束等”。

(三) 儿童社会技能缺陷基本特征

儿童社会技能缺陷(deficits in social skill)集中表现为胆怯、害羞畏缩,孤僻、独处、攻击性和反社会行为等,是注意缺陷多动障碍儿童、学习障碍儿童、孤独症儿童、Asperger 综合征儿童常见的不良行为表现。具体表现在以下几个方面。

(1) 介入交流困难,不知道或没有意识要与他人或小组进行交流。有的“贵口难开”、“守口如瓶”,表情单一,有的有交流的冲动,但往往“欲言又止”、“插不上话”。

(2) 缺乏影响或改变他人的策略。

(3) 本来是一些愉快的话题或活动,他(她)的介入顿失生机,有“树倒猢猻散”之感。

(4) 对自己的交流行为是否恰当缺乏实时的敏感性。

(5) 因为一些不起眼的事情或莫名其妙与他人发生冲突。

(6) 同伴不欢迎,不合群,有社会技能缺陷的儿童与同伴(同班同学或社区同龄人)关系不融洽,但愿意和成人或年长的孩子呆在一起,这样他们会觉得好受些。

孤独症和精神分裂症是社会技能缺陷的主要表现,在社会技能的多个方面存在缺陷,所以观察和分析这两类儿童的社会技能状况,并与正常儿童的社会技能进行比较,有利于从事该领域研究、治疗和教育训练的工作者全面深刻认识“社会技能”的内涵和外延。

三、儿童社会技能评估

与其他心理障碍的评估一样,儿童社会技能的评估最好采取多元评估系统,由多学科小组运用多种评估工具进行多次评估。常用的方法有角色扮演法、同伴提名法、同伴行为描述法、同伴和老师打分法、儿童自我报告法、生态评估法(通过与儿童交谈或在自然状态下直接观察儿童社会技能、录像评估)等。

(一) 角色扮演法

角色扮演既是一种常用的模拟测评方法,也是一种重要的训练技术。作为测试方法时,向被试描述一种假想的人际交流情景,让被试想像它真的发生了,并按要求做出行为反应,主试则对被试的言语和非言语行为及行为的有效性进行评定。

一般说来,标准化的社会技能角色扮演测试工具编制要经过六步:选择角色扮演情景、确定评定的行为标准、确定可靠的评分方法、信度检验、效度检验、常模确定。角色扮演的测试过程包含3个环节:实验者向被试描述一种人际交往情景,实验助手向被试施加一种标准刺激,即按提示语向被试引发谈话,被试向助手做出应答。

(二) 同伴提名法

儿童与同伴,特别是同班同学的社会交流状况如何,同伴有相当的发言权,有同伴对某一儿童的社会交往能力进行评估有比较高的信度。测评时,测评人员可以设计系列的或有针对性的社会技能项目(积极的或消极),让全班每一位学生根据自己的了解,独立提名最符合某一项目的同学。

(三) 同伴行为描述法

儿童给某一种具体的社会技能角色“指配”一位或几位最适合的同伴,以了解被试的社会技能特点。该方法是在同伴提名法的基础上发展起来的有效的儿童社会技能评估方法,特点是突出儿童的个性特点,具体评估内容,结构性强。这种方法比较成熟的做法是“班级戏剧”——儿童装扮成一个想象性戏剧的导演,为同班同学“对号入座”地分派一系列积极或消极角色。如剧名叫“拯救地球”,剧情是“地球将要面临一次灾难,全班的同学都要参加这次拯救活动”,角色如“由谁来统一指挥”、“谁不能即刻明白总指挥或同伴说的话”;在讨论难题或解决方案时,谁可能一言不发;谁最有可能在别人发言时插话;如果行动马上就要开始了,谁最有可能打退堂鼓,觉得自己干不好;在讨论方案或行动中,谁最有可能发牢

骚扰埋怨别人”等。每个被提到的儿童得到3个分数,积极分数、消极分数和积极角色提名与消极角色提名之和。

用同伴行为描述法评估儿童社会技能时,积极的角色和消极的角色在数量上应该差不多。为了便于“导演”迅速开展工作,每个导演的手头上要有一份全班学生的花名册,学生要编号,导演指派角色时,只需填写学生的编号。

四、儿童社会技能训练

(一) 儿童社会技能训练内容介绍

儿童社会技能障碍有多种类型,不同儿童之间又有差异性。开展儿童社会技能训练实践总是针对儿童具体的障碍类型,下面介绍常见的具体的儿童社会技能障碍种类,可作为教育训练人员观察、评估和训练之参考。

- (1) 如何开始谈话并维持交谈的技巧。
- (2) 如何参与到下组活动中。
- (3) 不冒犯他人,不讨人嫌的技术。
- (4) 积极思考解决问题的办法。
- (5) 参与到小组或团体娱乐游戏中去的技巧。
- (6) 模仿如何与同伴或成人交往的技术。
- (7) 与他人讨论道德方面的问题。
- (8) 学会聆听的技术。
- (9) 与同伴进行心灵沟通技术;“心心相印”像一个人似的”。
- (10) 准确判断或推测他人肢体语言的直接含义和间接含义。
- (11) 在特定场景下表达情绪情感的类型和程度。
- (12) 写日记,与自己进行心灵对话的技术。
- (13) 基本言语技能。
- (14) 非言语。
- (15) 社会知觉技能。
- (16) 会谈技能。
- (17) 交友技能。
- (18) 自信表达技能。
- (19) 表达需求技能。
- (20) 家庭适应技能。

当上述类型落实到具体的训练实践时,有的可以分解成为更细的项目来进行,需要教育训练人员根据儿童的具体情况作适当的“任务分析”。一般来说,儿童经过2~3次的实践就能够基本“演出”设计的训练内容”,那么训练项目的难易程度就比较适合,否则要对设计的项目进行进一步的任务分析,分解成更细的项目,使儿童在每次训练都能够有所收获,获得成功的体验。

（二）儿童社会技能的家庭教育与训练

儿童社会技能的发展水平是遗传因素和环境因素相互作用的结果,与父母的遗传因素、孩子的多少和出生顺序、家庭的文化和教育背景等多方面因素有密切关系。就家庭教育环境而言,严厉的纪律约束可能“鼓励”儿童形成不恰当的社会信息加工模式,导致攻击性行为的形成;父母做事独断或虐待儿童会使其在同伴交往中更具有对抗性,与同伴形成稳定的友谊关系比较困难。相反,在有情感表达、有应答反应和支持性的养育风格下,儿童能比较自然获得同伴交往的多种重要技能。对于有社会技能障碍的儿童,家长可以尝试从以下几个方面进行。

1. 实时效仿 效仿是人类学习并获得技能的重要途径,也是社会技能缺陷儿童正常化的重要方法之一,实时效仿往往是情景式的、随机应变式的、真实实用的和符合儿童发展水平的补救措施。研究发现,让一名善于交流的孩子充当“模特”,向那些性格内向、不善于交际的孩子演示其擅长的社会技能,如对别人微笑、分享行为、积极的身体接触、口头赞许他人等,可以有效促进社会技能缺陷孩子这方面技能的发展。

基本的训练方法是:当儿童与“榜样”同伴交流时积极观察并发现“榜样”是如何开展他(她)的交往的(言语的和非言语的),然后实时“效仿”或事后凭回忆模仿这一过程。训练时,为了促使孩子的有效观察,陪在一旁的家长实时提醒孩子“注意看某某是如何说的和做的”,鼓励孩子以同样的方式积极应答,必要时还可以让“榜样”重复一次刚才的过程。当孩子不能积极应答时,可以在事后与父母扮演完成“榜样”的行为。实时效仿要求家长做到以下几点。

(1) 提供与不同年龄段人交往的机会,当父母发现孩子在社会技能的某些方面发展相对落后时,要主动为孩子创造与同伴、年长的儿童或成人进行交流的机会,让孩子在实践中学习。许多情况下,家长会发现只要孩子与他人交流的机会多了,他会在不知不觉中与“榜样”孩子一模一样了,甚至没有父母参与的必要。

(2) 在家庭教育中,可以充分利用看电视、或邀请“榜样”孩子到家中玩耍,发现样板技能,及时向孩子作解释。

(3) 矫正初期,随着交流机会的增多,孩子表现自己不良社会技能的几率也增大,家长要注意及时制止不良行为的“膨胀”,特别是独占行为、攻击性行为的发生,否则“榜样”及其家长会以各种理由拒绝提供“样板”技能。

2. 以优促劣 对于在社会技能某一方面有缺陷的儿童,家长除了有针对性的观察和训练这方面技能外,还应该多留心孩子社会技能好的方面,这些好的方面,有的是稳定的,有的是偶尔出现的,它们是儿童缺陷技能训练很好的平台。一般的做法是,在孩子完成优势技能的过程中“不经意”渗透缺陷技能的补偿教育,如在挥手表示“再见”时,同时训练孩子说“再见”和“眼睛短时间注视对方”,或者用言语表达“合作与分享愿望时”的同时训练体态语言和面部表情的控制等。“以优促劣”要求家长在儿童实践优势技能时“迅速穿插”缺陷技能。

3. 角色扮演 让儿童在木偶剧或生活实景扮演特定角色,也是促进儿童社会技能发展的常用方法。剧中,孩子可以扮演积极的角色,也可以扮演消极的角色,但是剧终要孩子对角色进行反思和讨论,使孩子明白积极的角色为什么好,消极的角色为什么不受他人欢迎。生活实景角色扮演可在日常生活中进行,如当家里吃东西时,可以让孩子充当分东西人的角

色;当孩子与同伴一起玩时,让他安排如何一起玩或满足同伴对玩具的需要和交换等。

4. 特定技能的专门训练 如果儿童的社会技能缺陷不能通过上述方法得到矫治,就必须进行专门训练,必须“教给”他,如怎样参与到别人的游戏活动中去,怎样对同伴的友善行为做出回报,怎样与同伴分享食物、玩具,怎样给予同伴关心、帮助和同情,在这些时候应该说什么话,做出什么样的表情和动作等。某项技能专门训练可能需要比较长的周期,家长需要耐心,要注意技巧的更新。当儿童的社会技能缺陷涉及多方面(如孤独症儿童),或者通过上述方法不能使其有效发展时,需要尽早去医疗机构就诊,接受更专业的治疗和训练。

儿童社会技能缺陷的形成可能与家庭教育方式有关,矫治孩子不良的社会技能要求家长在教育方式上做出改变。经验和研究表明,如果家长热情而态度鲜明地要求孩子遵守社会礼节所要求的各种规则,他们就往往能教育出懂规矩、善于和别人交往的孩子。相反,那些不大向孩子提要求、纵容孩子的家长,培养出的孩子往往是攻击性强、不受同伴欢迎的孩子,他们对别人提出的要求常采取对抗的态度,对孩子过于保护的母亲培养出的孩子(尤其是男孩子),在和成人打交道时表现得非常善于交际,但他们在周围同伴中常显得不安和拘束。因此,当孩子出现社会技能的某些方面缺陷时,作为家长将问题归罪于孩子是没有道理的,审视自己的教育方式,从中发现问题并加以改变才是问题解决的根本。

(三) 儿童社会技能的学校教育训练

学校是儿童获得各种社会技能的主要社会环境,也是矫治不良社会技能发展的理想场所,当然这本身是学校教育的重要内容之一。下面就儿童常见的“小毛病”如“交谈没有积极应答”、“不分场合的言语和非言语行为”、“扰乱同伴和脱离小组群体”等常见的问题,学校如何进行干预和训练。至于比较严重的社会技能障碍,如儿童孤独症则需要进行专门的治疗和训练。

1. 准备

(1) 教育训练环境的结构化和功能化:儿童社会技能的教育和训练需要在一个特定的空间进行,不同的技能在不同的功能化的空间中进行。为了矫治儿童的社会技能障碍,学校(主要是幼儿园)可以将儿童学习活动的主要场所如教室、室外游乐场所进行结构化和功能化的划分,形成不同的技能学习区域。静思区(或称隔离区)、交流区、游戏区、绘画区、建筑区、烹饪区、探索区(针对胆怯、退缩和自信心不足的训练区)、大组活动区和小组活动区等。

训练环境的结构化和功能化便于训练人员(教师)配置硬件,设计的方案体现儿童的个别差异,突出训练的重点,同时,它在客观上要求儿童在该空间该表现什么行为和不该表现什么行为,起到情景育人的目的。提供给孩子们一个结构化的环境,让他们在那里学习他人的良好社会技能,克服自身的技能缺陷。比如在游戏区和烹饪区训练障碍儿童“分享”、“协助”、“表达不同意见”等技能,在静思区观摩他人良好技能的表达过程和“消退自己刚才的不良表现”等。

学校环境的结构化和功能化是暂时性的资源重新配置,但要有阶段性的稳定。环境(主要是班级教室环境和该班级可利用的室外环境)如何划分,要看学校(班级)儿童社会技能障碍的特点、学生的数量和障碍的严重程度。随着训练的延伸,一些儿童这方面的障碍得到矫治,而另一些儿童那方面的障碍可能出现。这样,环境的结构化和功能化需要调整。

为了使潜在的行为问题最小化,训练区应该足够大,以保证儿童能够在不打扰其他组儿

童的前提下进行训练;儿童用的椅子或地毯间隔一定的空间。为了减少干扰,那些具有诱惑力的玩具(每个儿童各不相同)须安置在视野之外;教室里应该有一个空间,便于儿童从一个区域转到另一个区域。

在我国现阶段,学校环境的结构化和功能化在幼儿园比较容易实现,而在小学实现起来比较困难,建议在小学建立资源教室,对个别儿童进行社会技能的辅导和训练。

(2) 日学习计划及其活动规则:幼儿的发展特点决定,他们的技能学习内容在一段时间内具有相对的稳定性,以利于技能的巩固和自动化;同时,有规律的生活和活动,他们会感到安全,他们会觉得“一切都在预料中”。技能障碍儿童的训练内容在一段时间要具有稳定性,并且“天衣无缝”的融入到大多数儿童的正常活动中。为此要做到以下3个方面。

1) 教师要将日学习计划和具体内容(相当课程表)告知学生。在教室的墙壁上创办一个有诱惑力的“日学习计划栏目”,学习的项目用功能性图标表示,在开展第一项学习任务时,让学生了解一天的学习项目。每一项任务开始前,让障碍儿童(们)再熟悉1~2次即将要进行的内容,任务结束后说出刚结束项目的名称。

2) 明示每一项活动的规则。在每日学习计划栏的每一项目后面明示活动规则,提醒全班小朋友注意自己的行为,同时图示出良好“表演”会得到的奖励和不良表现将要付出的“代价”。规则应该在每次小组活动的开始和进行期间回顾一下,直到孩子们能很好地记住。对于障碍儿童,特别要熟悉这些内容,往往在活动过程中还要及时提醒(通过言语的或体态语言)。规则应该便于儿童容易理解,如处理合作不愉快或冲突时的言语“好好说,不要生气好吗?”就比较符合儿童的交际特点,但是“请尊重他人”的表述就显得过于抽象,不利于规则的掌握,尽管儿童也能够学会这句“鹦鹉语”。为了使学习更容易,规则的数目应该少些,开始时3个或4个是最好的。训练中,出现规则以外的不良行为不“追究”,否则会挫败障碍者进一步学习的积极性。

3) 分组教学是学龄前儿童教育常用的教学训练组织形式,合理的分组有利于儿童轻松掌握所学技能。在进行一项活动前,社会技能障碍儿童所在组的学生构成特点和数量是教师在分组时着重要考虑的问题。一般来说,小组学生以3~5名比较合适,其中有同类技能障碍的儿童以1~2名为宜,技能发展正常的儿童占多数。这样,正常儿童间的互动可以成为技能缺陷者的“榜样”,为其提供模仿的机会,正常儿童与异常儿童之间的互动起到“小先生”的作用,开展“手把手”的直接“教学”,或者抑制障碍者的异常行为(如用言语表示“不是这样的”,或给老师告状“老师,某某怎样怎样”之类),更有可能是惩罚——不和他(她)玩了。为了有效促进技能缺陷儿童的发展,选择的“小先生”要有良好的“表演能力和表现欲望”。障碍儿童所在组的学生构成不是一成不变的,可以经常变换。随着障碍儿童技能的发展,小组学生数量适当增加,直到融入到各种情景下的团体活动中去。

2. 预设和预测 针对儿童技能缺陷的训练,教师设计的方案往往不要回避缺陷的出现,而是在方案中预设“缺陷”,在实践中纠正缺陷。如矫治某儿童“分享”缺陷,可设计一项剪贴纸活动,5个孩子一组,每人都有纸和剪刀,但只有1瓶胶水。胶水的分享可能会出现

问题。为了得到活动设计的预期目的,教师往往要预测实践中可能会出现的问题,以便提前做好应急准备,特别要预测到“缺陷”得不到矫治的各种可能和引导办法,如障碍儿童可能是剪纸最慢的一个,小组4个儿童均贴好了,他才开始用胶水贴剪纸,自己独享胶水;当

看到其他小朋友用胶水时,他干脆用口水来贴;或者他干脆不剪纸,将其他小朋友剪纸贴在自己的贴板上,过早使用胶水等。

3. 提示和鼓励 一项社会技能实践活动一般都有多个步骤,儿童在练习这一技能时可能会忘掉一个或几个步骤,或者在某一角色扮演上不知如何充分表现,教师可以在训练前或训练中给予训练提示,以确保准确该技能。比如儿童剪纸的任务已经完成,马上开始贴纸的活动,教师就要做好言语提示“某某某,在你前面还有1个小朋友等着用胶水,你该说什么呢?怎么做”?引导该儿童不抢夺共享的资源或共享的规则,要依次使用。为了使儿童有机会认识自己的缺陷,并学习正确的社会技能,教师要不失时机鼓励该儿童按照活动的步骤进行操练,促使他(她)与其他儿童之间发生社会化行为,如“大家先剪纸然后再贴纸”、“某某某,你也先剪纸然后再贴纸,能行吗”?在实践分享技能这一环节时,教师可以鼓励该儿童口头表达分享的愿望并实践,如“我等一下,你快点涂胶水”“你用好了,该我用对吗?”“胶水,你快点,好吗?”等。

提示和鼓励是儿童获得正确社会技能或矫治不良社会技能表达的重要“支持系统”,把握好时机和方式是关键。但要注意,随着训练的延伸,提示和鼓励的方式可多元化,除言语外,可多使用非言语形式,如眼神、表情和手势等。

4. 及时正强化和长程鼓励 正强化是训练中常用的手段,它可以使障碍者刚获得的技能在大脑留下更深刻的印迹。对大多数儿童而言,随着年龄渐长,社会强化物,如口头表扬是很高的奖赏,如果再叠加物质奖励会大大增加“期望技能”的实践频次。正强化可以是直接的正强化,强化物直接作用于“当事人”现实的良好表现,也可以是间接的正强化,强化物奖励给表现好的儿童,让儿童明白如何行使或不该做什么才能得到奖励。及时正强化手段主要用在儿童学习新技能或矫治不良社会技能的初期。

为了使儿童获得的技能得到自动化,奖励应该在一项活动全部结束后进行,即长程鼓励。长程鼓励促使儿童主动规划自己的社会技能实践,它要求在活动开始前就将长程鼓励物和奖励规则告诉小组所有儿童,同时再一次提醒障碍儿童,确保其明白老师的做法。所以,长程鼓励侧重奖励交流情景整体,而不是某个环节。

5. 负强化—代价和后果 当及时正强化和长程鼓励不能阻止儿童的不良社会技能时,负强化也是矫治儿童社会技能障碍的备选手段,如儿童继续制造噪声干扰技能训练小组的活动,将其安置在“静思角”1~2min,为“不停地制造噪声”付出代价。

对不良行为的负强化,除了实时付诸实施外,还可在活动结束后让其承担“不良行为”的后果,如“不准参加下面的游戏活动(该活动至少是该儿童比较喜欢的)”。一般的做法是,在小组活动前将所承担的后果与长程鼓励同时陈述,即所谓的有言在先。教师向儿童陈述可能的后果时,应使用平和,但非常坚决的言语和表情。需要特别强调的是,不能采取将功抵罪的办法让其承担后果,收回或剥夺儿童以前活动受到的奖赏。剥夺先前得到的奖励可能会导致更严重的不良行为,如仇视或攻击等,这种做法实际上是以产生新的不良行为为代价的。

儿童承担后果后,教师还需做好两方面的工作:①教师诚恳地与其交谈,使其明白自己“为什么得到这次后果”,交谈时间要短,因为儿童急切想正常化。②教师往往要重新构建学习环境的结构,可能的变化包括:在技能训练小组中让这个孩子坐得离老师近一些,鼓励儿童从事愿意执行的行为,寻找机会和理由让儿童在特定技能上得到强化。

所以,采取负强化手段矫治儿童不当行为时,一定要符合最基本的原则:代价和后果与其不良行为之间有直接的因果关系,并且尽可能让儿童明白这种逻辑关系。

6. 增加练习机会 儿童在设定的情景下学习新的技能或克服不良的技能相对比较容易,但形成稳定的技能并在合适的活动中使用这种技能是比较难的,如当老师在旁边时,他可能等一等再用胶水,但当老师不在时,他可能抢胶水,或在其他需要分享的活动中不能够实践“学会的技能”。这说明,技能的自动化需要在多情景下经过多次的实践才能“定型”,教师要在经意和不经意中反复创设或捕捉训练机会,巩固训练成果。

7. 家庭作业 家庭作业是家校之间联系和整合训练的重要途径,教师将学校每次训练的内容和方法详细地讲述给家长,让家长“捕捉”类似的情景或主动创设应该训练的情景,在家庭活动期间进行巩固练习。

8. 录像分析 录像分析是儿童学习多种技能的有效手段,在家庭和学校教育得到广泛应用。其主要功能是相关技能的认知学习,反思和反馈,还可以起到正强化或负强化的作用。录像分析期间儿童可以集中精力观察和分析自己和(或)他人技能表达的全过程,便于从总体上认识和理解自己的行为。录像内容可以是社会技能正常或优异者的“表演”,起到示范作用,即“看人家是怎么做的”;也可以是障碍者的不良表现,即“看看您是怎么做的”。录像分析实践的核心是学习、反思和反馈,有时可以与家庭作业结合起来使用。

9. 关于强化物 当行为与可以满足欲求、降低动因的东西相依随时,行为便得到了强化。在儿童的生活和学习中,有许多东西起到强化,或惩罚的作用,以形成儿童适应环境的行为。在社会技能障碍儿童的教育训练中,强化物是不可缺少的支持条件之一,教师和家长在使用强化物时应该注意如下几个方面的问题。

(1) 强化物调查:任何一个儿童特别喜欢或不喜欢的物质和非物质行为(当众口头表扬、拥抱、微笑等)是多方面的,训练人员在训练前需要调查,训练中就会有多种强化物和负强化物可供选择,提高训练成效。具体内容参见图6-3“强化物调查范例”。

(2) 强化物的不稳定性:尽管儿童可能对某类物品和他人的社会行为有特别的偏好,但是这种偏好不是一成不变的,经常使用该类强化物可能不能满足他的欲求,导致强化物失灵。所以训练人员须定期或不定期变换强化物及其实施方式。负强化物也是如此。

(3) 儿童强化物积累:儿童在社会技能训练期间可能有多次机会获得多种类型的强化物,应该将这些强化物积累起来,黏贴在该儿童的社会技能发展卡或本(需要提前准备,且家校间每日交流),教师的非物质行为也要记录在案。社会技能发展卡应该根据儿童的障碍类型分类设计,以便儿童和家长事后准确回忆和反馈。比如,家长问孩子“老师为什么奖励你一个五角星?”孩子答“我也不知道”如此,强化物就没有起到它的最大效益。

(4) 强化物滥用:无论是障碍儿童还是正常儿童,他们各种技能的学习或不良行为的矫治,主要靠儿童积极主动的实践和思考,教师家长设计活动的趣味性和可接受性是关键。教师或家长训练中过分依赖强化物,动辄承诺或发放“笑脸”往往会适得其反,导致儿童实践中过分依赖“强化物”,为强化物而折腰,甚至是教育训练人员急于完成任务,妄想捷径的“贿赂”行为。现实中,常见到教师组织的一项活动刚结束,儿童即刻围着老师要或抢强化物的景象,就是强化物泛滥的例证。有时,教师为了讨好家长,放学前排队依次分发强化物,在强化物上搞平均主义,使强化物大大贬值。

个案姓名：_____ 调查人：_____ 调查日期：_____

可能的强化物	很喜欢	有点喜欢	可有可无	不喜欢	不知道
一、食物					
饼干(哪一种)					
二、饮料					
碳酸饮料(哪一种)					
三、动手操作器械					
玩具(哪一种)					
四、体能和益智活动					
钓鱼					
猜谜语					
五、娱乐活动					
上电影院					
种花					
六、户外活动					
参观海底世界					
七、家务					
浇花					
选择电视节目					
八、交友活动					
摸摸头					
别人的道谢或赞成					
其他					
九、教育活动					
别人念故事书给他听					
音乐					
十、外表修饰					
买新衣鞋					
十一、休闲活动					
打瞌睡					
和人出去玩					
玩游戏					
看电视					
养狗养鸟					
种花					
其他					

图 6-3 强化物调查范例(须根据地域特点扩充)

一般来说 ,儿童常见的社会技能发展问题 ,多采用家校结合途径来实施 ,多数儿童在不长的时间内即可得到矫治 ,而且发现得越早、干预得越早 ,就越容易纠正。所以 ,家长和幼儿园教师要注意观察儿童社会技能偏常态发展的倾向 ,两者之间经常交流沟通 ,了解某一行为在家庭或在学校的表现方式 ,以便及早发现 ,及早制定矫治方案。

然而 ,总有一些社会技能障碍儿童不能从家庭和(或)学校教育训练中受益 ,继续“ 惯性 ”着其自动化行为 ,就有必要采取个别化训练或到相关医疗机构作更为全面的诊断、评估和专门训练。

社会技能训练涉及临床工作的层层面面 ,需要各方面的协调配合 ,能否取得疗效决定于

很多因素,但最主要的还是治疗医师和患儿双方情况。对于治疗师,除了学习和掌握心理治疗技术,尤其是行为治疗技术的基本理论知识外,还需要在临床实践中不断积累经验,不断创新,对相同类型或不同类型的不同个体有良好的应变能力。此外,作为社会技能治疗师,须有较强的社会交往能力,并对训练工作充满热情。

(王和平)

参 考 文 献

1. 谷向东,李伟. 社会技能的角色扮演测试. 心理学动态,1998年第6卷第3期,47~51
2. 李雪荣. 现代儿童精神医学. 湖南:湖南科学技术出版社,1994
3. 南登崑. 肢体残疾儿童的教育与训练. 北京:华夏出版社,1995
4. 缪鸿石. 康复医学理论与实践. 上海:上海科学技术出版社,2000
5. 汤盛钦,杜亚松. 特殊儿童康复与训练. 辽宁:辽宁师范大学出版社,2002
6. 方俊明. 特殊教育导论. 西安:陕西教育出版社,1999
7. 许天威,徐享良,张胜成主编. 新特殊教育通论. 中国台湾:五南图书出版公司,2000
8. Mehaffey, Joyce I. Sandberg, Siv Kristine. Conducting social skills training groups with elementary school children. School Counselor, 00366536, Sep92, Vol. 40
9. Erwin, Philip G. Effectiveness of social skills training with children: A metaanalytic study Counseling Psychology Quarterly, 09515070, 1994, Vol. 7, Issue 3
10. Ogilvy, Carole M. Social skills training with children and adolescents: A review of the evidence on effectiveness. Educational Psychology, 01443410, 1994, Vol. 14, Issue 1

第二篇

各类儿童心理障碍的治疗

第七章 儿童进食障碍的治疗

第一节 婴幼儿喂食障碍

婴幼儿喂食障碍(feeding disorder of infancy or early childhood)指一种具有多种表现形式的婴幼儿喂食障碍,以拒食、极端追求新奇和不适当进食方式为主要特征。在食物充足、养育方式比较满意,又没有器质性疾病的情况下,表现进食困难显著超出正常范围,或者体重不增或下降至少 1 个月。

临床上常见的婴幼儿喂养障碍包括肠痉挛、呕吐、婴儿反刍或反胃。

一、喂食过程

婴幼儿喂食是一个复杂的过程,主要包括前口腔阶段(pre-oral phase)、口腔阶段(oral phase)、咽部阶段(pharyngeal phase)、食管阶段(esophageal phase)和胃肠阶段(gastrointestinal phase)。婴儿或儿童启动前口腔阶段时,产生饥饿感或向父母传达饥饿信息,获得食物,摄食入口,该过程体现了婴儿或儿童与环境的相互作用。口腔阶段的作用为摄入食物,形成食物团,该过程主要保证食物团安全通过,以防进入气道。食物团迅速进入咽部,然后吞咽进入食管。食管阶段保证食物团顺利通过食管进入胃。最后食物团在胃肠阶段消化和吸收。上述任何阶段出现异常均可引起喂食问题或障碍。婴幼儿喂食障碍的病因复杂,许多器质性和功能性障碍均可导致喂食困难,器质性喂食障碍请见有关儿科专著,这里主要阐述功能性喂食障碍。

婴儿或儿童的情绪状态影响其食欲。婴儿或儿童父母的感情剥夺可引起摄食减少,进食某种食物时,出现疼痛或不适,会拒绝再次进食。总之,婴儿或儿童进食时,伴有负性体验,可导致厌恶进食。婴儿或儿童通常不能直接获取食物,他们必须向成人提供饥饿的信息。婴儿饥饿时通常表现为哭闹,初学走路的孩子可表现为易激惹或闷闷不乐,稍大一些的孩子会表现出饥饿感。父母或养育者与儿童的相互影响、是否能得到适当的食物,决定儿童是否能成功地进食。如果父母不能有效地判断儿童的饥饿信息,易造成儿童出现喂食问题或障碍。婴幼儿喂食障碍与其父母的过分关注、强迫和口头强化也有关系。

二、流行病学资料

既往对喂养障碍的研究较少,或许因为认为喂养问题是短暂问题或养育经验不足而未

受到重视的缘故。近年来,婴幼儿的喂养问题越来越受到重视。

Dahl 及其同事于 1986 年在瑞典通过儿童保健门诊的登记,就普通人群中婴儿喂养问题进行了调查,他们采用与母亲会谈、观察母亲如何喂养婴儿的方法发现婴儿 3~7 个月时喂养障碍约占 1.4%。在已经被确诊为喂养障碍的 50 例婴儿中,多数表现为拒绝喂养,1/6 还同时表现为腹痛或呕吐,男女婴儿未显示出差异,仅 14% 的婴儿存在可以解释喂养问题的躯体疾病。

Lindberg 在 1991 年对瑞典家庭关于喂养障碍发生率进行了两次问卷调查,他调查的婴儿年龄为 6~16 个月,结果发现 1/4 的家庭的 2 次调查时都存在喂养问题,而 1/10 的家庭持续存在,主要症状为拒吃、无饥饿表现。

Forsyth 在 1985 年对连续 4 个月内出生的 373 名婴儿进行为期 4 个月的随访后发现,1/3 的母亲相信自己的孩子有中度至重度的与喂养有关的问题,母乳喂养和人工喂养时喂养问题非常相似,总体来说,遭遇社会困境较多的母亲报告的喂养问题较多。

三、诊 断

我国 CCMD-3(2001 年)中关于婴幼儿和儿童喂食障碍的诊断标准如下:①持续进食不当,或持续反刍或反胃。②在 6 岁前起病,至少在 1 个月内体重无变化或下降,或有其他明显的健康问题。③排除影响进食的其他器质性疾病和精神障碍。

1. 器质性疾病 许多器质性疾病和先天性解剖异常,可出现喂食障碍,它除了有喂食障碍的症状之外,还表现为其他的躯体症状和体征,在诊断功能性喂食障碍之前必须排除器质性喂食障碍。

2. 精神障碍 儿童期有些精神障碍如孤独症、抑郁症等也会出现喂食障碍的症状,要抓住它们的特点。儿童孤独症也有生长发育障碍,喂食障碍并不是主要问题,主要表现为与他人缺乏亲密感,社交能力严重损害,且多数智力较差,而婴幼儿喂食障碍者沟通能力、智力均不受损。儿童抑郁症也可食欲差,进食少,但缺乏婴幼儿喂食障碍其他症状和体征。

四、常见的婴幼儿喂养障碍及其治疗

(一) 肠痉挛

肠痉挛是由于肠壁平滑肌阵阵剧烈收缩而引起的阵发性腹痛,是婴儿最常见的功能性腹痛。16%~30% 的婴儿发生肠痉挛,往往发生于出生后 2~4 周,而持续到 3~4 个月。

1. 原因 常见的原因有:①对牛乳或食物过敏,常见的过敏性食物有鸡蛋、鱼类、干果(核桃)、芝麻、向日葵、麦食的麸质、大豆等。②诱因多为上呼吸道感染、局部受凉、暴食、大量冷食、给婴儿喂食过多、牛奶中糖量过多、喂食过快等因素引致肠内积气、消化不良。③有些可能由于父母与儿童的不良关系而引起。④也有学者认为肠痉挛属于一种不安全依恋行为。⑤肠痉挛常发生在困难型气质儿童,由于儿童感觉阈较低,易于在出生后头 4 个月而产生肠痉挛。

2. 临床表现 3 个月以下的婴儿在吃奶过程中或刚吃完奶不久突然出现阵发性腹痛,

尖声哭叫,哭时面部潮红,口周苍白,双手紧握,双腿蜷屈,腹胀。可同时伴有呕吐或排出带泡沫或黏液的稀便,有时有便中带血。腹痛发作后可因患儿精疲力竭而入睡。每次发作持续时间不长,从数分钟到数十分钟不等。发作间歇期精神较好,可正常玩耍。婴儿4~5个月时,由于胃肠道黏膜逐渐成熟,较大的蛋白质颗粒不能再渗入胃肠道黏膜,消化道的变态反应也会消失,阵发性肠痉挛现象也会得以缓解。发作不能因安慰而停止。父母常因安慰无效而发怒,父母越激动和愤怒越加重婴儿的发作,易形成恶性循环。

3. 治疗

(1) 正确的喂养方法:

1) 使患儿腹部保暖,如以手按摩腹部、在腹部放置温水袋,以缓解痉挛、排出积气。

2) 乳母喂奶前用肥皂水清洗双手,人工喂养每次喂奶后所有食具应洗净并煮沸消毒,奶头应煮沸5min以上,减少感染机会。

3) 不要过早给婴儿喂糖水,喝糖水过多因肠道发酵产气引起腹胀。

4) 哺乳完毕,挤一滴奶留在乳头上让其自然干燥,可保护乳头以免感染。然后将婴儿竖立抱起、头依在母亲肩上,用手轻拍婴儿背部,帮助其将哺乳时吸进胃内的空气排出。

5) 母乳喂养者,要根据婴儿需要随时哺乳,不要定时喂奶,随着月龄增加,3~4h 1次,但仍掌握按需哺乳原则。人工喂养乳品和代乳品的数量及浓度应按婴儿年龄和体重计算。尽量不要给1岁(尤其6个月)以内的婴儿吃鲜奶,而应选用品质较好的婴儿配方奶粉。

6) 配制鲜牛乳时,牛乳量按婴儿每日所需热量或蛋白质计算,婴儿平均需热量每日418.4~502.08kJ(100~120kcal)/kg,100ml加糖牛乳约供热量418.4kJ(100kcal),故婴儿每日需加糖牛乳100~120ml/kg,计算出1d所需牛乳总量后,再除以每日哺乳次数,即得每次哺乳量;婴儿每日约需水分150ml/kg,除所供牛乳量外,余下的水分可以温开水单独分次在哺乳间隙喂哺,年幼婴儿可加入牛乳中同喂。新生儿消化功能较差,常需将牛乳加开水稀释为3:1牛乳(3份牛乳,1份水)或4:1牛乳,1个月后可喂全乳。

7) 人工喂养奶瓶以直式为宜,奶头软硬适中,乳头孔大小根据婴儿吸吮能力而定,以奶瓶盛水倒置连续滴出水滴为宜。

(2) 除去过敏食物(如系对牛奶过敏,停奶后症状消失,哺乳后症状又出现),则以母乳为首选食物,母乳所含有的营养素正好能满足婴儿的需求,对婴儿的健康发育最有利;母乳最容易被婴儿消化吸收,母乳能保护婴儿抵抗感染。母乳也可改用豆浆、豆乳粉等代乳品。有时也可采用蒸发乳,因为牛奶中的蛋白质在高温蒸发中变质而失去其致敏性。

(3) 提倡母乳喂养,哺乳过程是一个母婴建立情感联系、婴儿对母亲产生依恋的过程,母亲享受为人母的心理满足,婴儿与母亲同住随时能得到母乳,有安全感,长得快,有利于情绪和智力发展。乳母对婴儿无微不至地关心,又能及时发现婴儿的各种变化。如果母婴依恋遭到破坏,哪怕是暂时性的破坏,亲子之间的情绪纽带就会受到破坏,使婴儿产生哭泣、焦虑、回避等情绪问题。

(4) 对婴儿气质进行管理,对于感觉阈低的婴儿,避免给予突然的刺激,家长在养育孩子时不要太主观,例如洗澡水的冷热、衣服的松紧等均应以婴儿的感受为准,并逐渐训练他对感觉的耐受性。婴儿哭闹时,家长要了解孩子肯定有不舒服的感受,家长不要过分自责或发怒。婴儿居室的光线应柔和,温度适宜,环境安静,空气新鲜,让孩子感到愉快、舒适,具有安全感,增加其对周围的兴趣和对刺激的接受能力。在孩子吃奶后,把他抱起来,用温柔舒

缓的语调对孩子说说话,如“小宝宝,你真可爱,吃好了吗?”有目的地让孩子欣赏一些具有一定情绪表现的音乐,在孩子就要醒来或醒来时放一首清新优美的乐曲;当孩子休息的时候,让他听一首缓慢而温柔的“摇篮曲”,经过一段时间的欣赏,孩子不仅会对常听的乐曲旋律记忆很深,而且对音乐如何表达,各种情绪也会有初步的印象。

(5) 解痉止疼:用于解痉止药物疼的有颠茄合剂、东莨菪碱(654-2)等。

(6) 针灸治疗:针灸治疗效果较好。婴幼儿不合作,可采用灸法,儿童可以针也可以灸,可取合谷、足三里、三阴交等穴位进行针灸。

(二) 呕吐

呕吐是由于食管、胃或肠道的逆蠕动,并伴有腹肌强有力的痉挛性收缩,迫使食管或胃内容的从口、鼻腔涌出的现象,是婴儿期常见的喂养问题。

1. 原因 造成呕吐的原因有:①喂奶方法不当,婴儿时胃呈水平位,胃部肌肉发育尚不完善,贲门较松弛,喂奶过快、过多或喂奶时有气体进入胃内。人工喂养时乳头太大,喂养过急。②精神因素,疲劳、精神受到刺激、情绪剧烈波动、学习压力较大等是学龄期儿童,尤其是学龄期女童发生顽固性呕吐的主要原因。过食、摄入脂肪过多、便秘、上呼吸道感染、饥饿、剧烈体力活动是顽固性呕吐的常见诱发因素。

2. 临床表现

(1) 婴儿溢乳:常发生在出生6个月以内的婴儿,几乎每个婴儿都曾出现过。主要表现为在喂奶后有乳汁反流到口腔内,然后自口角溢出。多数是因喂养方式不当所致。一般情况下不会造成营养不良,不会影响生长发育。

(2) 再发性呕吐:多发病于学龄前期或学龄期儿童,尤以女孩多见。呕吐反复发作,每日呕吐数次至数十次,持续1~3d,也可延续至1周。呕吐剧烈,进食或饮水都可呕吐,常伴有口渴、头疼或腹痛,严重者可导致精神萎靡、乏力、脱水或酸碱失衡。

3. 治疗

(1) 改变喂乳方法:婴儿的正确体位有四个要点:头和身体呈直线(颈部不要扭曲);面向乳房,鼻子对着乳头;身体紧贴母亲,下颌贴乳房;新生儿应托着臀部,不可只托着肩。

哺乳前做好准备工作,给婴儿换好尿布,母亲用肥皂水清洗双手。哺乳时以母亲体位舒适、全身肌肉松弛、有利于乳汁排除为准。

母亲的手应成C字形支持乳房,若乳房较大,可四指在下、拇指在上握住乳房,若乳房不太大,则将四指放在乳房下方贴着胸壁,进用示(食)指托住乳房的底部即可。拇指放在乳房上方轻压,帮助婴儿含接。托乳房的手不应太靠近乳头,以免妨碍婴儿吸吮;手指不应呈剪刀式向胸壁方向压迫乳房,否则可能压住输乳管而造成乳汁流出不畅。

坐位哺乳时,母亲将婴儿从乳房下方移向自己,使乳头触碰婴儿的上唇,耐心地反复引导觅食反射。当觅食反射引出时,婴儿会向上抬头,等到婴儿的嘴张得很大,舌向前向下伸出时,再将婴儿迅速移向自己,使婴儿含住乳头和大部分乳晕。由于婴儿有抬头的动作,自然形成下颌紧贴乳房,鼻孔就不会被堵住。

卧位哺乳时,最好是侧卧,卧侧的胳膊放在枕下,用对侧手臂扶着婴儿。不要让婴儿枕母亲的胳膊,婴儿头部位置太高,难以正确含接。母亲用肘部支撑身体的姿势不好,容易疲劳,婴儿的含接也有困难。

哺乳时可以让婴儿先吸空一侧乳房,再吸吮另一侧,下次哺乳时则从另一侧乳房开始。这样有利于两侧乳房轮流吸空,并可使婴儿吃到后奶。后奶含有丰富的脂肪,有利于婴儿的成长。

哺乳完毕,挤一滴奶留在乳头上让其自然干燥,可保护乳头以免感染。然后乳母将婴儿竖立抱起、头依在母亲肩上,用手轻拍婴儿背部,帮助其将哺乳时吸进胃内的空气排出,以免溢乳。

人工喂养时奶头孔不可太大,喂奶时一定要使乳头充满乳汁,以免吸入空气;喂奶后抱起婴儿让其伏在大人的肩上并同时轻拍其背部,让随吞咽进入胃内的气体排出。

(2) 定时定量喂奶:对婴儿喂奶不可间隔时间太短,以免造成消化不良,也不可间断时间太长,以免一次摄入奶量过多;同时尽量避免在婴儿哭闹时喂奶,因为此时喂奶很容易将空气吞入胃内,加上情绪剧烈变化往往会造成呕吐。

(3) 培养儿童良好的饮食行为:饮食动作的协调:从4~5个月开始,对婴儿就应该用勺喂食,用杯子喝水。1岁左右就要学着用自己用勺吃饭,3岁时训练学用筷子夹食物。这样做有利于饮食吞咽动作的协调和饮食行为的端正。有动作不协调时要加以指点,有行为问题要予以纠正。

1) 席位餐具的固定:1~3岁的幼儿用餐时给他们专用的桌椅,让他们坐在固定的地方。准备一套小巧玲珑又不易打碎的碗、盆、勺、碟等餐具,训练孩子的取食动作、进食方法。给孩子准备的饭菜要不多不少,正够吃完,宁可少些再添,而不让孩子养成吃饭剩下的习惯。固定的席位和餐具,使孩子有一种条件反射,有利于良好习惯的形成。

2) 认识食物特征:家长可以在双休日带着孩子去菜场商店,通过购物、买菜来增加对食物的直观认识,例如大片的猪肉、整只的鸡鸭、活的鱼虾、连根带叶的蔬菜等,这些加工前食物的原形和感观性状、色泽形态,可使儿童增加知识。因为烹调成品的饭菜和这些食物原始形态有很大的区别,要让孩子尽可能多了解些,使孩子对食品感到新奇,对吃饭菜发生兴趣。

3) 学着动手:在家里要带孩子一起择菜、洗切加工,让孩子知道哪些是食物的可食部分,加工处理的程序等。烹调时也可以让孩子学学看看,安全的操作不妨让他试一试,学着做些。从此可让孩子学会一些生活知识,培养自理生活的能力,了解父母做饭的辛苦。

4) 家长言行的影响:用餐时家长最好和孩子同步进行,以轻松愉快的心情、亲切和蔼的态度去创造一种良好的用餐氛围。不要在饭桌上批评孩子。自己做到不挑食、不偏食,以端正的饮食行为去影响孩子。

(4) 消除各种精神因素:去除儿童生活中的各种不良精神因素,减轻生活和学习中的压力,缓解紧张和焦虑情绪。

(5) 满足孩子心理需要:有些孩子呕吐是对爱和关注的渴望,是对父母强烈依恋的表现。如果是这样,父母应注意在日常生活中,充分满足孩子的心理需求,多跟孩子进行交流,经常和孩子散步、打球、一起看电视、讨论问题等,教会孩子和大人通过谈心、提要求的方式表达自己的需求。

(6) 禁食治疗:对再发性顽固性呕吐儿童,治疗开始时先禁食4~8h,禁食期间可少量多次给予凉糖水、凉水或冰块,然后及时补充能量和电解质。

(7) 针灸治疗:可取穴中脘、天枢、内关、足三里、天突、止呕、巨阙。

(三) 婴儿反刍或反胃

常发生于1岁以内的婴儿,主要表现为患儿的下颌和咽部肌肉的运动加强,使胃内容物一口一口地返回到口腔中或重新咽下。多数起病于出生后6个月前后,常常会造成体重增加困难,如长时间持续存在,会影响婴儿的生长发育,可引起极度瘦弱、失水、低氯性碱中毒甚至死亡。

据文献报道50年前,反胃较常见,死亡率高达25%。近年来较少见。起病年龄通常在婴儿期3~12个月。

1. 原因 常见的原因有:①亲子关系不良,Mayes等在1988年观察到一些婴儿虽然发育正常,但亲子之间尤其是母子或母女之间关系不良,婴儿常受到忽视,不能与母亲建立良好的依恋关系,这种由于忽视或未能建立正常依恋关系所致的反刍称为心因性反刍。②精神发育迟滞,与精神发育迟滞密切相关的反刍现象不仅仅发生于婴儿,可发生于婴儿到成人之间的任何年龄段。由于患儿是自我诱发的反刍,因此,Mayes将其称为“自我刺激性反刍”。

2. 临床表现 进食后又自己将食物返回到口中,然后被再次吞下或由口中涌出,往往不伴有恶心、干呕或厌恶情绪,与呕吐行为有明显的区别。部分患儿可同时伴有摇头、转头等行为。反刍时间较长时可影响到患儿的生长和发育,如果吐出胃内容物较多,则会造成脱水、胃酸丢失、电解质失衡。伴有精神发育迟滞的患儿则明显表现出精神活动各个方面的发育落后。

3. 治疗

(1) 建立良好的亲子关系:婴儿觉醒时要和他面对面说话,父母要经常用慈爱的目光俯视孩子,孩子注视到你的脸后,慢慢地移动你头的位置,设法吸引小儿的视线追随你移动的方向。在婴儿耳边经常轻轻呼唤他的名字,使他感受他的存在。要随时随地和宝宝说话,使他既能看到你,又能听到你的声音。特别是当小儿哭的时候,首先要用语言安慰他,随后要满足他的需求,这样做的目的主要是让宝宝感受语言,得到爱的满足。

家长应多与婴儿说笑,逗引其发音。可用不同的语调(如亲切的、命令式的等)与婴儿说话,以训练他分辨不同语调,做出不同的反应。喂奶时是教孩子的好机会,妈妈要利用喂奶的时间和宝宝多交流,爱说什么,就说什么。

从孩子出生的时候开始,通过母亲与婴儿的身体接触、母乳喂养、抚摸、轻拍、亲吻等行为建立良好的依恋关系,促进亲子关系的健康发展。

(2) 转移婴儿注意力:在喂奶后,不断逗引婴儿玩、乐,将婴儿注意力转移到其他活动或玩具上。

1) 寻找掉下的东西:平时家长可以故意把金属勺子、小汽车等掉到地上,发出声音,训练宝宝伸头去寻找。

2) 捉迷藏:妈妈取坐位,让宝宝面对面坐在其腿上,爸爸在妈妈背后,让宝宝一只手抓住爸爸的手指,另一只手抓住妈妈的胳膊。爸爸先拉一下被宝宝抓住的手,当宝宝朝这边看时,爸爸却从妈妈背后另一边突然伸出头来等等。

3) 藏猫猫:家长可以先用手绢蒙住自己的脸,问:“妈妈在哪里?”当孩子寻找时,突然

拉掉手绢露出笑脸,并叫“喵儿”。然后将手绢蒙在孩子的脸上,让他学着将手绢拿开。

4) 玩寻找游戏:先将玩具让孩子玩一会,然后当着他的面把玩具盖起来或藏起来,引诱孩子寻找,找到后要及时表扬。

5) 模仿动物叫,练习发音:选定几张动物图片,教宝宝认识图片上的动物名称,然后告诉他不同动物的叫声,如小猫叫“喵喵”等。不看图片时,也可以问孩子公鸡怎么叫?等。

(3) 增强母亲纠正孩子反刍的信心:预期反刍或反胃将发生时,将婴儿身体直立,抱着边走边同婴儿说话,例如:“妈妈带宝宝去外面看太阳”、“我的宝贝长大了,可以站起来了!”、“宝贝是个健康的孩子”等。

(4) 改为半流质食物:可在乳液内加入10%~15%的淀粉,使之变成稠糊状,减少胃内容物被自己诱吐的可能性,对年龄稍大的儿童可试用。

(5) 厌恶治疗:当反刍出现时可在口腔内滴入酸味剂或苦味剂,以建立起厌恶性条件反射,达到减少反刍的目的。

(6) 保护牙齿:需要注意的是,长期的反刍会使新生的乳牙遭受胃酸的腐蚀而产生疼痛,有时甚至当反刍现象被纠正之后牙疼仍然存在,使患儿的进食受到影响,所以给患儿安上牙罩保护牙齿,就显得非常重要了。

第二节 神经性厌食症

神经性厌食症(anorexia nervosa, AN)是指以体像认知障碍、病理性害怕肥胖、拒绝维持最低限度正常体重及营养不良为特征的一种进食障碍。早在1689年Morton就描述了神经性厌食的症状。1873年Lasegues和Gull分别描述此症为“与疑病有关的癔症(a hysteria linked to hypochondriasis)”和“自我反常(a perversion of the ego)”;同年被命名为目前的病名。多在青春期(13~18岁)起病,有些患者起病更早(7~12岁),成年期起病者较为少见。有学者报道普通人群的患病率达4/10万,而在校女生的患病率高达2%,女性的终身患病率约0.5%。女性显著多于男性,女性与男性的比例约为10:1。据报道神经性厌食的病死率为10%~20%,多死于饥饿、自杀或电解质失衡。

一、病因

AN的病因及发病机制目前尚不清楚。多数学者认为AN有一定的性格特征,多表现为谨小慎微,强迫和聪明,对成功或成就的要求非常高。研究还发现AN发病与遗传、神经内分泌、认知歪曲、克制进食、渴望苗条的社会文化压力、家庭相互作用等有关。许多研究表明,社会文化因素在AN发病中起着重要的作用。在西方社会特别是女性非常渴望苗条身材,人们认为肥胖缺乏吸引力,且是一种不健康的表现。80%~90%的青春前期儿童持这种态度,50%的青春前期女孩子通常用控制饮食或其他措施控制体重。研究发现仅有极少数人发展为神经性厌食,这也说明其他因素也非常重要。可能由于心理、遗传或代谢的原因,使儿童产生对神经性厌食的易感素质。在食品供应不足,或解决不了温饱问题的地区,神经性厌食非常少见。

二、临床表现

AN的核心症状为对体形和体重的超价观念、病理性怕胖和残酷地追求低体重。其病程可表现为轻性或一过性,也可表现为严重或持续性病程。

(一) 心理和行为障碍

1. 追求病理性苗条 “anorexia”的最初涵义为厌食或食欲缺乏。实际上,AN患者并非真正厌食,而是为了达到所谓的“苗条”而忍饥挨饿,除非发展至恶液质,其食欲一直存在。有趣的是,尽管这些患者自己对食物存有偏见,甚至有嗜异癖,但却能为别人精心准备丰盛的食物。多数患者对营养物质特别是食物中卡路里含量了解较多,尽量避免高碳水化合物食物,而进食低脂肪高蛋白质食物。患者往往在起病前一年,为控制体重、保持苗条的体形而开始进行节食或减肥。常见的方法有限制进食,为限制每日热量,通常吃得很少;有些患者通过进食后诱导呕吐,过度的体育锻炼和滥用泻药。

2. 体像认知歪曲 AN患者存在对自身体像认知歪曲。过分估计自己的体形和体重,尽管其与多数人一样苗条,但仍对自己的体重过分关注,限制进食,甚至体重严重不足,非常消瘦,仍坚持认为自己非常肥胖。尽管身体越来越衰弱,但对体重的先占观念和焦虑有增无减。AN患者对自身胃肠刺激的感受的认知也表现出异常,曲解饥饿意识,否认疲劳感,对自身的情绪状态如愤怒和压抑缺乏正确的认识。否认病情是该症的另一个显著特征,患者从不抱怨厌食或体重下降,甚至拒绝求医和治疗。常由家属发现并带患者到医院就诊,也可由于合并症或其他不适,如腹部不适或便秘等因素促使自己到医院就诊。

3. 其他异常 AN可伴有抑郁心境、情绪不稳定、社会退缩、易激惹、失眠、性兴趣减退或缺乏、强迫症状。还可表现为过分关注在公共场合进食,常有无能感,强烈渴望控制自己的环境,过度限制自己主动的情感表达。10%~20%的AN患者承认有窃食行为;30%~50%的患者也可表现为发作性贪食。

(二) 生理障碍

由于AN患者长期处于饥饿状态,能量和营养摄入不足,导致机体出现各种器官功能障碍。症状的严重程度与营养状况密切相关。

1. 全身症状和体征 表现为营养不良,全身皮下脂肪减少、面容消瘦、乳房和臀部萎缩,基础代谢率降低,感到疲乏无力,体温调节能力下降,出现怕冷、低体温;皮肤干燥、毳毛增多、贫血、营养不良性水肿等;严重时可出现各种器官系统功能障碍,以心脏功能障碍、酸碱失衡和水、电解质紊乱最为危险。

2. 心血管异常 心血管功能受到抑制,表现为心脏耗氧量、左心室壁厚度、心室容量和血压均降低。AN发展到一定程度时,心脏功能异常率高达87%,主要障碍有心动过速、心动过缓、低血压、心律失常、心力衰竭和心电图异常,其中以心动过缓和低血压最为常见。临床上表现为心慌、心悸、气短、头昏眼花、胸痛、肢端发凉等。

3. 内分泌异常 在AN患者中内分泌异常较为常见,主要表现为下丘脑、垂体和靶腺功能障碍。下丘脑-垂体-性腺轴功能障碍,卵泡刺激素(FSH)和黄体生成素(LH)分泌减少,

导致雌激素分泌下降,引起女性患者闭经。当体重增加,机体脂肪含量达 22% 时,月经可恢复正常。男性患者表现为性兴趣丧失或性功能低下和不育。AN 还可引起甲状腺功能减退,表现为生命体征下降、皮肤干燥、便秘、怕冷、踝反射延迟,三碘甲状腺原氨酸水平(T_3)降低,甲状腺素(T_4)处于较低的正常水平。内分泌的异常还有皮质醇水平升高,尿 17-羟皮质类固醇的排出减少;生长素(GH)升高,胰岛素样生长因子-1(IGF-1)下降;自由脂肪酸(FFA)水平升高、瘦素(Leptin)水平显著下降等。

4. 胃肠道功能异常 长期的营养不良和服用泻药会导致胃肠道功能障碍,胃肠蠕动变慢,胃排空延迟,表现为厌食、胃胀、恶心、呕吐、嗝气、便秘等。快速重新进食,有时可引起消化不良性腹泻,偶尔可致急性胃扩张。另外,泻药滥用或反复灌肠可引起大便潜血阳性。

5. 血液系统异常 主要表现为贫血,白细胞数量减少和功能下降,个别患者可出现血小板减少。

6. 水、电解质代谢和酸碱平衡失常 AN 患者进食后诱导呕吐,或使用泻药和利尿剂限制体重,可导致水、电解质代谢紊乱和酸碱平衡失常,主要表现为脱水、血尿素氮增高、低钾血症、低氯血症、代谢性碱中毒。偶有血淀粉酶增高、低磷血症、低镁血症、低锌血症和代谢性酸毒症。

7. 其他躯体异常 长期的营养不良,雌激素分泌不足,闭经,可导致骨质疏松症和不育症。另外,AN 可伴有高胆固醇血症。

(三) 临床分型

根据神经性厌食症是否呈现暴食/清除行为可将 AN 分为限制型(restricting type)和暴食/清除型(binge-eating/purging type)两个亚型,两型比例相当。限制型 AN 患者常通过节食、禁食或过度运动控制或减轻体重,不会出现间歇性暴食/清除行为;暴食/清除型 AN 患者可表现为间歇性暴食或清除行为,主要有自我诱导呕吐、泻药、利尿剂或灌肠剂的滥用等。暴食/清除型 AN 患者主要表现为冲动控制问题如物质滥用、情绪不稳和性行为等,且病期长,病情重;限制型 AN 患者主要表现为强迫、社交困难和社会隔离等。

三、诊 断

我国关于神经性厌食症的诊断标准(CCMD-3,2001 年)如下。

(1) 明显的体重减轻比正常平均体重减轻 15% 以上,或者 Quetelet 体重指数为 17.5 或更低,或在青春前期不能达到所期望的躯体增长标准,并有发育迟滞或停止。

(2) 自己故意造成体重减轻,至少有下列症状中的其中 1 项:①“回避”导致发胖的事物”。②自我诱发呕吐。③自我诱发排便。④过度运动。⑤服用厌食剂或利尿剂。

(3) 常可有病理性怕胖,指一种持续存在的异乎寻常地害怕发胖的超价观念,并且患者给自己制定一个过低的体重界限,这个界值远远低于其病前医生认为是适度的或健康的体重。

(4) 常可有下丘脑-垂体-性腺的广泛内分泌紊乱。女性表现为闭经(停经至少已 3 个连续月经周期,但妇女如用激素替代治疗,可出现持续阴道出血,最常见的是用避孕药),男性表现为性兴趣丧失或性功能低下。可有生长激素升高,皮质醇浓度上升,外周甲状腺素代

谢异常,以及胰岛素分泌异常。

(5) 症状至少已 3 个月。

(6) 可有间歇发作的暴饮暴食(此时只诊断为神经性厌食)。

(7) 排除躯体疾病所致的体重减轻(如脑瘤、肠道疾病例如 Crohn 病或吸收不良综合征等)。

注:

(1) 正常体重期望值可用身高厘米数减 105,得正常体重千克数;或用 Quetelet 体重指数 = 体重千克数 / 身高米数的平方进行评估。

(2) 有时厌食症可继发于抑郁症或强迫症,导致诊断困难或在必要时需并列诊断。

四、评 估

(一) 营养评估

所有患者都要接受营养评估,确定营养不良的严重程度,以便制定治疗方案和随访计划。营养评价包括身高与体重、皮褶厚度、上臂围与上臂肌围、体格检查等指标。对于体重明显减轻的患者还需检测血清转铁蛋白和白蛋白。一般情况下,可通过测量身高和体重指标计算体质指数评估个体的营养状况。体质指数(BMI) = 体重(kg) / 身高²(m²) (正常范围为 18.5 ~ 25)。

(二) 进食行为和认知评估

1. 自我监测 每日检测记录是评价进食方式的最初方法。这些记录可简单,也可非常复杂,主要提供每日的热量水平、营养摄入、运动、贪食和清除次数、进食种类、何时何处进食和情绪状态等信息。这些信息有助于制定干预计划和评价治疗效果。

2. 自陈量表 常用的进食行为和认知评定量表有:进食态度测验(eating attitudes test)和进食调查表(eating inventory)。

五、治 疗

(一) 治疗原则

治疗分两个阶段进行,其原则分别为:①短期或住院治疗阶段,恢复体重,挽救生命。②长期或门诊治疗阶段,改善心理功能,预防复发。

(二) 治疗形式

根据治疗的场地不同,分为门诊治疗和住院治疗两种形式。

1. 门诊治疗 ①治疗饥饿所致的医学并发症。②营养咨询,建立平衡的饮食方式,预期体重每周增加 0.9kg,最终恢复理想或正常体重。③使用行为技术对体重增加进行奖赏。④个体和小组认知治疗,改变患者对食物的态度,增强自律,改善自尊。⑤家庭治疗也非常

有效。⑥治疗神经性厌食症伴发的各种心理障碍,如抑郁、强迫等。

2. 住院治疗 如果出现下列情况需住院治疗:①体重等于或少于理想体重的70%。②持续性的自杀意念。③需要撤除服用的泻药、厌食剂或利尿剂。④门诊治疗失败。

(三) 治疗方法

主要治疗方法有支持治疗、营养治疗、药物治疗、心理治疗和综合治疗。

1. 支持治疗 目的是挽救生命,维持生命体征的稳定。AN患者长期能量摄入不足,可导致严重营养不良,甚至恶病质,对患者的生命造成极大的威胁,死亡率极高。支持治疗是挽救患者生命的最重要手段,主要包括纠正水、电解质代谢紊乱和酸碱平衡失常,给予足够维持生命的能量,消除水肿,解除对生命的威胁。

2. 营养治疗 目的是恢复正常的体重。由于长期营养不良,AN患者各种器官功能障碍,代谢水平较低,营养治疗特别是饮食的摄入应从小量开始,随着生理功能的适应和恢复,有计划、有步骤地增加。初始阶段给予易消化、无刺激性的食物。根据不同的病情也可选用流质、半流质或软食等。保证足够能量、蛋白质、维生素和无机盐的摄入,促使机体功能恢复,体重逐渐增加,恢复其正常的体重水平。由于营养不良的严重程度不同,营养治疗的方法也不相同。

(1) 轻度体重减轻(实际体重在理想体重的80%或以上)给予营养教育和心理咨询即可。给患者提供青春期身体发育与饮食关系的科学知识,使其认识到科学、合理的饮食对青春期身体发育重要性,并安排定期随访。

(2) 中度营养不良(实际体重为理想体重的65%~80%):需要补充营养,但一般不需住院治疗。给予口服可口、易消化的全营养配方饮食(如加营养素),在满足每日热量需求的基础上,额外提供 $1\,046\sim 2\,092\text{kJ}$ ($250\sim 500\text{kcal}$)的热量,有助于体重增加和营养状况的改善。部分病例可加服促胃动力药,如西沙必利、多潘立酮(吗丁啉)、甲氧氯普胺(胃复安)等,加速胃排空,改善对大量进食的耐受性。

(3) 严重营养不良(实际体重不足理想体重的65%)通常需要住院治疗。可试用口服补充营养,如果患者不能或不愿口服,则需鼻饲进食。在满足每日热量需求的基础上,额外补充 $1\,673.8\sim 2\,510.4\text{kJ}$ ($400\sim 600\text{kcal}$)的热量,但体重增加以每周不超过 $1\sim 2\text{kg}$ 为标准。部分严重营养不良的患者不能耐受鼻饲或拒绝进食,可考虑完全胃肠外营养(TNP),常选用周围静脉营养。

肠内和胃肠外营养的目的都是为了挽救生命,恢复体重,但使用不当也会带来并发症。由于长期营养不良,机体的耐受性较差,若营养补充过快,易产生水潴留和水肿、继发性代谢紊乱、甚至导致心力衰竭等。若实际体重达到理想体重的80%以上,不主张继续鼻饲进食或胃肠外营养治疗,以免给患者造成心理伤害,降低患者治疗过程中的主动性和积极性。另外,这些营养供给方式还可影响患者的食欲,妨碍重新建立正常的饮食习惯。

3. 药物治疗 AN不同的疾病阶段的对药物的要求也不相同。对AN的高危人群要求药物要有预防作用,急性治疗期主要强调快速而有效的体重增加,而维持治疗期的作用是防止疾病复发。由于药物的不同在疾病治疗中所起的作用也不相同。

(1) 抗精神病药:该类药物治疗AN的理论基础为:人类的摄食行为部分通过多巴胺(DA)神经元所介导,而抗精神病药系DA受体阻滞剂。临床观察也的确发现这些药物可引

起体重增加。20 世纪 60 年代系列研究认为,氯丙嗪(有时合并胰岛素低血糖)对 AN 患者具有快速增加体重作用,可使其早期出院,但不良反应较大如贪食和癫痫发作等,且随访研究效果不明显。20 世纪 80 年代有学者对高效价抗精神病药匹莫齐特(pimozide)和舒必利进行了双盲安慰剂对照研究,结果发现哌迷清具有轻微的增重作用,而舒必利的作用不明显。另外,这些药物对 AN 患者的进食态度或行为没有治疗作用。因此,尽管有些 AN 患者可从传统抗精神病药的治疗中获益,但目前的证据不支持传统抗精神病药常规使用。近年来新上市的非典型抗精神病药如奥氮平等,不良反应较小,也许会对 AN 有益。2000 年有 2 位学者报道奥氮平对 AN 具有较满意的治疗效果,但需进一步的对照研究。

(2) 锂盐:该药同抗精神病药一样具有体重增加作用,也许对 AN 有效。Gross 等(1981 年)报道的安慰剂对照研究,显示锂盐具有轻度的体重增加作用,但该研究样本量有限,观察时间较短。

(3) 抗抑郁药:许多 AN 患者伴有抑郁心境、精力不足、兴趣缺乏和社会隔离等抑郁症状,选用抗抑郁药较为合理。起初试图利用三环类抗抑郁药(TCAs)增加体重的不良反应和其较强的抑郁作用改善 AN 的治疗效果。Lacey 等(1980 年)报道氯丙咪嗪有增加食欲作用,但长期(1~4 年)随访不令人满意。也有学者研究报道阿米替林和丙咪嗪治疗 AN 有一定的效果。TCAs 主要作用是维持治疗,剂量为每日 50~150mg,治疗时间 4~6 周。由于 AN 患者长期营养不良,心脏功能较差,而 TCAs 对心脏毒性较大,可导致致命性心律失常,临床使用需特别小心。

近年来陆续上市的选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)抗抑郁效果好,毒副反应小,服药简便,目前研究发现 SSRIs 治疗 AN 有效。两个小样本开放试验发现,氟西汀对急性患者有增加体重和改善心境的作用,也有研究发现氟西汀对女性住院患者的疗效不明显。但有学者报道氟西汀可预防 AN 患者体重恢复后的复发。此外,有作者还发现舍曲林和西酞普兰对 AN 也有治疗作用。总之,尽管这些药物对低体重患者治疗作用不显著,但有趣的是对重新恢复体重的患者有防复发作用,值得进一步研究。

(4) 促胃肠动力药:AN 患者常伴有胃肠蠕动变慢,胃排空延迟,出现胃肠胀满、嗝气、恶心、呕吐、便秘等,而促胃肠动力药能改善胃肠功能,可缓解这些胃肠不适,增加食物摄入量。目前文献仅发现有两种促胃肠动力药可治疗 AN,分别为西沙必利(cisapride)和甲氧氯普胺(metoclopramide)。Stacher 等(1993 年)通过观察服西沙必利期间胃排空时间、胃部不适和增重情况等指标,发现 AN 患者的症状改善,但差异无明显。最近一项大样本的随机对照研究显示,在胃排空时间和增重作用方面,西沙必利与安慰剂没有不同。由于西沙必利可引起致命的心脏不良反应,现已撤出市场。Saleh 等(1980 年)报道甲氧氯普胺可改善 AN 患者的胃部不适症状包括对食物的耐受性、疼痛和胃肠胀气等。

(5) 赛庚啉(Cyproheptadine):该药为组胺 H₁ 受体阻滞剂及 5-羟色胺阻滞剂,在治疗过敏性瘙痒的症过程中发现其有增加体重的作用。Vigersky 等(1977 年)进行的安慰剂对照研究发现赛庚啉对 AN 疗效不明显。Goldberg 等(1979 年)选用较为严重的 AN 患者进行了一个大样本、高剂量的研究,发现该药有显著的增重作用。也有学者发现该药对不同的亚型疗效不同。Halmi 等(1986 年)报道赛庚啉对限制型患者增重显著,而对暴食/清除型患者增重缓慢。尽管发现赛庚啉治疗 AN 疗效显著,但由于种种原因该药尚未被广泛使用。

(6) 锌制剂:锌缺乏可表现为体重减轻、食欲和味觉异常、抑郁和闭经,与 AN 症状类

似。这些相似性提示摄入锌缺乏可能与 AN 的病理生理机制有关,说明 AN 患者需要补锌。Katz 等(1987 年)报道补锌可缓解焦虑和抑郁症状,但无增重作用。Birmingham 等(1994 年)给一组成年女性住院患者随机给予葡萄糖酸锌或安慰剂治疗,发现补锌可使体质指数(BMI)快速增加。相反,Lask 等(1993 年)对儿童期起病的 AN 患者进行了双盲安慰剂对照研究,没有发现硫酸锌与安慰剂不同。因此,AN 锌缺乏的作用尚不能确定,目前的文献尚不支持常规补锌。

(7) 胰岛素治疗:该方法是通过给患者注射一定量的胰岛素,引起机体出现一系列低血糖反应,从而达到治疗目的的一种方法。AN 患者常用胰岛素低血糖疗法,其主要目的是使患者产生饥饿感,增加食欲,改善进食。但对患者的心理和行为异常没有多少治疗作用。胰岛素治疗有一定的危险性,需住院治疗,由专业医生操作完成。

(8) 其他药物治疗:AN 患者伴有多种生理和心理障碍,有时也需要其他一些药物治疗。AN 患者可在进食前服用抗焦虑药物,将有助于缓解对进食的期待性焦虑;对长期闭经的患者给予雌激素替代治疗,可减少钙的丢失,降低发生骨质疏松症的危险性。

综上所述,目前的药物治疗手段主要通过增加食欲(如赛庚啶)、缓解强迫(如氟西汀)、抑郁心境(各种抗抑郁药)、某些躯体症状如胃排空延迟(甲氧氯普胺和西沙必利)及治疗对自身体重和体形的超价观念或近妄想性信念(near-delusional beliefs,选用抗精神病药)达到进食和增重的目的。这些研究结果多在小样本、低治疗剂量的基础上得出,大样本或高剂量的研究不多。近年来的研究兴趣已转向 SSRIs,如发现氟西汀可预防 AN 复发。

4. 心理治疗 许多研究报道心理治疗对 AN 有效,常用心理治疗方法有个别心理治疗、行为治疗、家庭治疗和认知行为治疗等。

(1) 支持性心理治疗:对 AN 患者进行耐心细致的解释、心理教育和营养咨询,使患者了解其疾病的性质,鼓励其积极参与治疗,矫正患者饮食行为。一般包括:①与患者建立良好的关系,取得患者的信任和配合。②提供身体发育和健康与饮食关系的科学知识教育,使患者认识到科学、合理的饮食对身体发育和健康重要性。③给予支持与鼓励,促使患者主动参与治疗。④培养患者的自信心和自立感,使其在治疗计划中负起个人责任,最终战胜疾病。据 Eisler 等(1997 年)报道个别支持性心理治疗对 18 岁以上起病的成人慢性 AN 患者疗效较好,且随访 5 年与最初发现一致。

(2) 行为治疗:由于 AN 患者极为厌恶体重增加,故行为治疗比较适合住院患者。有时也采用日间治疗、部分住院和门诊治疗。Agras 等(1983 年)认为行为治疗与其他治疗手段(包括药物和心理治疗)相比,能提高增重的比率,缩短住院时间,这可能与患者不达到可接受的体重不能出院有关。传统的治疗方法为严格执行奖赏、惩罚制度,主要由增重随因正性强化组成。如果患者达到了日增重目标,给予正性强化,其有权接受探视、看电视、阅读书籍和报纸及参加活动等。如果患者达不到日增重目标,可根据具体情况给予负性强化如限制活动等。但这种方法过多地限制了患者的权利。有学者提倡使用更为仁慈的治疗方式,且发现其增重作用与传统严格执行奖赏、惩罚制度方式没有不同,受到患者的欢迎。

(3) 家庭治疗:人类的情感和行为模式既与先天遗传因素有关,同时也受家庭环境的影响。一些患者特别是儿童青少年的症状并非仅仅是个体的症状,而可能是整个家庭的病理问题在其个体身上的反映。许多学者认为,AN 起病与其特征性家庭类型功能障碍有关,主要表现为家庭过分卷入、过分保护、僵化和冲突解决缺乏等,这些现象在儿童青少年心身症状的

发生和发展中起着重要作用。那么,AN 的治疗应该直接改善家庭的交往过程或结构,以患者和家庭其他成员共同作为治疗的对象,进行家庭治疗。据 Russell 等(1987 年)报道对 19 岁或以下起病,病期不超过 3 年的患者,家庭治疗优于个体心理治疗。另有一项研究(包括体重恢复的成年患者)发现,家庭治疗优于个体支持性心理治疗和分析性心理治疗,尤其在青春期起病或伴有贪食症状的患者疗效显著。也有研究发现,不同的家庭治疗方法疗效没有差异。这些研究说明家庭治疗比较适合起病较早,病期较短,较为年轻的急性 AN 患者。

(4) 认知行为治疗(CBT):AN 既存在对自身体形、体重及其他认知歪曲又有行为异常,而 CBT 技术主张将矫正认知和矫正行为相结合,故比较适合治疗 AN。有报道认为 CBT 治疗 AN 有效,且对恢复期患者有防复发作用,但尚缺乏系统研究,有待进一步评价。

(5) 其他心理治疗:集体心理治疗、分析性心理治疗对 AN 也有一定的治疗效果,但尚缺乏系统研究,有待进一步评价。

5. 综合治疗 任何单独治疗方法都不能够彻底治愈 AN,且 AN 患者合并多种心理和躯体症状,临床上多采用综合性的治疗措施,需要药物、营养和心理等多种疗法相互配合。美国国立精神卫生研究所(NIMH)正在进行一项为期 4 年的综合性治疗研究,评价 CBT 结合氟西汀和单独 CBT 对体重恢复的 AN 患者的预防作用。其理论根据为 CBT 可矫正导致复发的特定行为和态度,而氟西汀可缓解与复发有关的 AN 伴发症状如强迫、抑郁或焦虑等。该研究已进入了第二年,进展较为理想。一旦试验完成将有希望阐明 CBT 和 SSRIs 如氟西汀在预防 AN 复发中的作用。尽管目前对综合性的治疗方法研究不多,但在实际工作中,临床医师多采用综合性的治疗方法,且往往能获得较为满意的治疗效果。

国外随访研究发现,约 45% 的患者预后较好,约 30% 的患者预后中等,仍有不少症状和问题,约 25% 的患者预后较差,很难达到正常体重。5% ~ 10% 的患者最后死于并发症。

第三节 神经性贪食症

神经性贪食症(bulimia nervosa, BN)是以反复发作性暴食,并伴随防止体重增加的补偿性行为及对自身体重和体形过分关注为主要特征的一种进食障碍。主要表现为反复发作、不可控制、冲动性地暴食,继之采取防止增重的不适当的补偿性行为如禁食、过度运动、诱导呕吐、滥用利尿剂、泻药、食欲抑制剂、代谢加速药物等,这些行为与其对自身体重和体形的过度和不客观的评价有关。“bulimia(贪食)”来源于希腊语“bou(公牛)”和“limos(饥饿)”,表示一种过度饥饿状态。虽然贪食及其伴随的自我催吐行为报道由来已久,但一直到了 1979 年才由 Russell 首先将其作为一种疾病来认识。据统计,约半数的人口至少有过一次暴食史,每周暴食者达 15%。在大学生中,暴食并伴有自我诱导呕吐、利尿药或泻药滥用者高达 20%,且这些行为 4% 的大学生每周至少发生一次。BN 患者暴食和补偿性行为较为隐蔽,仅有不到 1/3 的患者能与医师讨论他们的行为,故其作为一种疾病的准确患病率尚不清楚。据现有资料,BN 多在青春期和成年初期起病,平均起病年龄通常在 16 ~ 18 岁;多见于年轻女性(< 30 岁),女性的终身患病率为 2% ~ 4%,男性不超过 1%,女性与男性的比例约为 10:1,也有不同的报道认为,男性 BN 的患病率低于 5% 或高于 15%,男性患者多见于同性恋者。BN 患者体重正常或轻微超重,30% ~

80%的BN患者有神经性厌食(AN)史。BN是一种全球性疾病,可发生于所有人种,多见于中、上社会经济阶层。在一些需要快速增减体重的特殊职业如摔跤、柔道、举重运动员等也较为常见。

一、病因

BN的病因及发病机制目前尚不清楚,但多数研究认为,BN的发病与心理、发育、社会文化和生物因素有关。研究认为,BN的发病与心理和人格因素有关,如完美主义、自我概念损害、情感不稳定、冲动控制能力差,对发育和成熟过程适应能力较差包括青春期、与家庭成员和父母的关系、遇到的性问题、婚姻和妊娠等。社会文化因素在BN发病过程中也起着重要作用。BN的社会文化因素与AN一致,这两种进食障碍的一个主要共同特点是都存在体像认知歪曲,对自己身体的各种测量指标估计过高,坚持认为自己已超重,为追求苗条的体形使自己完美,以适应社会的要求,会采取不同的方式控制体重。如果通过饥饿与发作性暴食、自我诱发呕吐或泻药滥用等方式控制体重,达到完美体形的目的,易发展为BN。生物学研究认为,中枢神经递质异常特别是5-羟色胺(5-HT)不足与BN有关。也有学者发现,BN患者的 β -内啡肽水平升高,且使用阿片受体拮抗剂纳曲酮(naltrexone)治疗有效。家系调查发现,BN患者一级和二级亲属患抑郁症、躁狂抑郁症、进食障碍及乙醇(酒精)和物质滥用问题明显增加。

二、临床表现

(一) 心理和行为障碍

1. 行为特征 BN的行为特征主要为暴食-排泄循环,表现为冲动性进食行为,且缺乏饱食感,或对饱食感失去了正常反应。这些行为常与挫折感、孤独或有诱惑的食物有关。暴食通常是有计划的,进食前伴有明显的焦虑和兴奋。BN患者通常在出现罪恶感或躯体不适如恶心、腹痛时终止暴食行为,继之是补偿性排泄行为。常用的排泄行为有自我诱导呕吐、过度运动、禁食、滥用利尿剂、泻药、食欲抑制剂和加速机体代谢的药物如甲状腺激素等。当进食清除后,又可产生暴食行为,继之采取补偿性清除行为,这样反复循环。

暴食行为通常发生在白天,发生次数和暴食时间不等。据有学者对40例BN患者进行了研究,发现暴食次数每周为1~46次,平均每周为12次,进食时间平均为1.2h,长时高达8h。BN患者进食量非常大,有时每日高达20 920kJ(每日5 000kcal)。BN患者喜欢进食高碳水化合物食物,且通常进食不止一种食物。

暴食和补偿性清除行为的秘密性是BN的另一个特征,其行为常不被家人和朋友注意。偷窃也较为常见,多偷食食物。

2. 心理障碍 BN和其他精神障碍关系密切。可合并重型抑郁、心境恶劣障碍和双相情感障碍等心境障碍,以重型抑郁症最为常见,有关BN双相情感障碍的发生率尚不清楚,但有资料表明,慢性、严重BN患者快速循环型情感障碍发生率明显增加。BN也可合并焦虑障碍,主要包括惊恐障碍、强迫症、广泛性焦虑障碍和创伤后应激障碍。BN患者物质特别

是乙醇和兴奋剂滥用也较为常见,据报道 1/3 的 BN 患者有物质滥用。BN 患者人格障碍的患病率较高,总体估计女性的患病率 2% ~ 50% 不等,主要表现为边缘性、反社会性、表演性和自恋性人格障碍。

(二) 躯体障碍

BN 的躯体障碍可表现为开始轻微或一过性症状如疲乏、腹胀和便秘等,发展到慢性的,甚至威胁生命的障碍如低钾血症、肾脏功能和心功能损害等。

1. 与暴食有关的躯体不适 暴食行为可导致一系列胃肠道症状,以恶心、腹痛、腹胀、消化不良和体重增加较为常见,而严重的并发症急性胃破裂较为少见。

2. 与自我诱导呕吐有关的躯体症状 BN 患者最常用的补偿性清除行为是自我诱导呕吐。多数患者进食后立即或随后诱导呕吐,常用的诱吐是用手指或牙刷刺激咽喉部。少数患者也通过挤压或收缩腹部肌肉诱导呕吐。自我诱导呕吐可引起一系列严重躯体不适或躯体疾病。胃酸反流导致牙齿腐蚀或溃疡、食管与咽部损害;反复的呕吐可至腮腺和唾液腺肿胀;自我诱导呕吐时,手指和牙齿及口腔黏膜摩擦或刺激可引起口或手损伤,频繁的呕吐导致 K^+ 、 Cl^- 、 H^+ 丢失过多,引起低钾、低氯性碱中毒,甚至出现心律失常或肾脏损害。另外,继发性代谢紊乱还可表现为疲乏无力、抽搐和癫痫发作等。

3. 躯体合并症 BN 的常见躯体合并症有牙齿腐蚀或溃疡、腮腺炎、月经不规律、泻药依赖、电解质失衡、胃破裂、心律失常和慢性胰腺炎等。

(三) 临床分型

根据神经性贪食症是否呈现清除行为,可将 BN 分为清除型(purging type)和非清除型(nonpurging type)两个亚型。BN 暴食发作期间,清除型患者多采用自我诱导呕吐、滥用泻药、利尿剂或灌肠剂清除进食的食物,控制体重;而非清除型患者多采用其他不适当的补偿性行为如禁食或过度运动等,控制体重。

三、诊 断

我国对神经性贪食症制定的诊断标准如下(CCMD-3 2001 年)。

(1) 存在一种持续的难以控制的进食和渴求食物的优势观念,并且患者屈从于短时间内摄入大量的食物的贪食发作。

(2) 至少用下列一种方法抵消食物的发胖作用:①自我诱发呕吐。②滥用泻药。③间歇禁食。④使用厌食剂、甲状腺素类制剂或利尿剂。如果是糖尿病患者,可能会放弃胰岛素治疗。

(3) 常有病理性怕胖。

(4) 常有神经性厌食既往史,两者间隔数月至数年不等。

(5) 发作性暴食至少每周 2 次,持续 3 个月。

(6) 排除神经系统器质性病变所致的暴食以及癫痫、精神分裂症等精神障碍继发的暴食。

注:有时本症可继发于抑郁症,导致诊断困难或在必要时需并列诊断。

四、治疗与干预

(一) 治疗原则

改善认知,缓解症状,防止复发。

(二) 治疗形式

根据 BN 患者情况不同,可选择门诊治疗或住院治疗。对诊断明确,病情较轻,治疗效果较好的 BN 患者,可选择门诊治疗;对诊断不明确,有自杀观念,严重躯体合并症如感染、电解质失衡、心脏功能障碍等,门诊治疗失败,严重社会功能损害等情况需要住院治疗。

(三) 治疗方法

主要治疗方法有药物治疗、心理治疗和综合治疗。

1. 药物治疗 由于 BN 发病率较 AN 高,躯体合并症相对较少,病例数量相对较多,且多在门诊治疗,便于进行治疗研究。与 AN 相比,BN 的药物治疗取得了巨大的进展,常用药物有抗抑郁药、抗惊厥药等。

(1) 抗抑郁药:目前多数 BN 的药物治疗研究集中在抗抑郁药方面,这可能与 BN 多合并抑郁症状和早期抗抑郁治疗比较成功有关。常用药物有三环类抗抑郁药、单胺氧化酶抑制剂、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂等。

1) 三环类抗抑郁药(TCAs):系列双盲安慰剂研究发现,TCAs 治疗 BN 有效。多个研究发现,去甲丙咪嗪治疗 BN 效果显著优于安慰剂,每日剂量 50~200mg。也有研究报道丙咪嗪对 BN 的疗效显著优于安慰剂,每日剂量为 50~200mg。另有研究报道,阿米替林对 BN 的暴食和呕吐疗效明显,每日剂量为 100mg。据目前综合资料,TCAs 对 BN 的暴食和呕吐的有效率分别为 47%~91%和 45%~78%。

2) 单胺氧化酶抑制剂(MAOIs):据 Walsh 等(1988 年)报道苯乙肼对 BN 的暴食行为疗效显著,有效率为 64%,而安慰剂为 5%,每日治疗剂量为 60~80mg。也有研究发现,异卡波肼(isocarboxazid)对 BN 的暴食行为的治疗效果优于安慰剂,每日剂量为 60mg。然而,MAOIs 的毒副反应较大,临床使用需特别注意,建议不要将其作为治疗 BN 的首选药物。

3) 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs):据目前资料认为,SSRIs 治疗 BN 有效。其中对氟西汀的研究结果最令人兴奋,认为氟西汀是治疗 BN 最有前途的药物。氟西汀已被美国食品和药物管理局(FDA)批准用于治疗 BN。一项多中心、大样本(382 例)、双盲安慰剂对照研究发现,氟西汀不同剂量对 BN 疗效不同。低剂量氟西汀(每日 20mg)治疗 BN,对暴食行为和呕吐的有效率分别为 45%和 29%,而安慰剂分别为 33%和 5%;高剂量氟西汀(每日 60mg)治疗 BN 获得了最佳的效果,对暴食行为和呕吐的有效率分别为 67%和 56%。另外一项小样本的研究也发现,每日 60mg 氟西汀对 BN 疗效明显,对贪食行为的有效率为 51%,而安慰剂为 17%。这说明高剂量氟西汀对 BN 疗效显著。氟西汀不但能改善 BN 的特征性症状,如暴食和清除行为及对体形或体重的关注,而且能缓解 BN 的抑郁和焦虑症状。SSRIs 类的其他药物也有治疗 BN 的报道。Fichter 等(1996 年)和 Hudson 等(1998 年)

分别使用氟伏沙明(fluvoxamine)对 BN 患者进行了治疗,均获得了较为满意的效果。

4) 其他抗抑郁药物:有学者对不典型抗抑郁药物如布普品和曲唑酮进行了双盲安慰剂对照研究,发现治疗 BN 有效。据 Home 等(1988 年)报道布普品(每日 25 ~ 450mg)能有效地减少暴食发作次数,但可引起抽搐发作,限制了该药的使用。Pope 等(1989 年)报道曲唑酮也可减少暴食行为。

综上所述,不同的抗抑郁药物对 BN 疗效大致相当,短期效果理想,但成功的长期随访研究不多。另外,大多数研究来自于成年女性清除型 BN 患者,但对非清除型和较年轻 BN 患者研究不多,需进一步研究证实。

(2) 抗惊厥药:早期研究认为,苯妥英和卡马西平有轻微的抗贪食作用。近年来,抗惊厥药托吡酯(topiramate)引起人们的关注。托吡酯通过作用于电压门控钠通道、GABA 受体和谷氨酸受体产生抗癫痫作用。Knable 等(2001 年)报道 1 例伴有癫痫的 BN 患者,服用苯妥英治疗 5 年,癫痫减轻,但暴食或清除行为没有改善,改服托吡酯治疗,发现其不但具有较强的抗癫痫作用,而且能改善 BN 患者对体重的关注和对暴食、清除及自我伤害的渴望。但需进一步对照研究证实。

(3) 昂丹司琼(ondansetron):Hadigam 等(1992 年)研究发现,BN 患者渴望大量进食达到饱食感,但却难以终止进食,说明 BN 缺乏正常的饱食感。有研究表明,内脏的迷走神经传入在饱食的过程中起着核心作用。Faris 等(1998 年)认为暴食-清除循环过度刺激,可使迷走神经活动增加,导致迷走神经对摄食的敏感性降低。迷走神经刺激可调节疼痛阈限,疼痛阈限也可间接反映迷走神经的活动。BN 患者贪食发作时躯体感觉疼痛阈限增高,可能与迷走神经活动增加有关。昂丹司琼是一种 5-HT₃ 受体抑制剂,刺激内脏迷走神经的传入,削减这些循环时疼痛阈限的变化,对 BN 可能有治疗作用。Faris 等(2000 年)对昂丹司琼治疗 BN 进行了为期 4 周的双盲安慰剂对照研究,发现昂丹司琼治疗患者暴食-清除发作下降 50%,暴食-清除活动时间减少 50%,进食后不再伴随清除行为增加了 33%。这些发现为 BN 的治疗开辟了新的方向,即选用作用于外周神经系统的药物治疗 BN。

(4) 其他药物:有学者应用 L-色氨酸(L-tryptophan)和右芬氟拉明(dexfenfluramine)治疗 BN,效果不明显。Hsu 等(1991 年)对锂盐治疗 BN 进行了为期 8 周的安慰剂对照研究,发现暴食频率下降,但与安慰剂差异不显著。也有学者应用纳曲酮(Naltrexone)治疗 BN,但发现纳曲酮对 BN 症状改善不明显。

2. 心理治疗 多数心理治疗研究发现,心理干预对 BN 有效,可降低暴食发作次数,改善清除症状。比较有效的治疗方法有认知行为治疗(CBT)、人际关系心理治疗(IPT)和行为治疗(BT)。

(1) 认知行为治疗(CBT):目前就 BN 的心理治疗方法而言,以对 CBT 的研究最为深入和广泛。大多数 CBT 方法将对自身体重和体形的过度评价作为 BN 的核心特征。这种对身体的过分关注,导致其形成刻板的饮食和摄入热量标准。饮食的限制性和刻板的饮食标准促使暴食行为的产生。当限制性饮食不足以维持其较为满意的体重时,那么,BN 患者也许认为自我诱导呕吐、过度运动、清除或其他控制体重的方法是较为理想的解决办法。遗憾的是这种观念进一步加重限制性饮食和对体重或体形的关注,促使最初的暴食行为。这种循环一旦建立,暴食和清除行为就渐渐失去了控制,导致恶性循环。CBT 治疗的目标就是要打断这种循环的认知和行为维度,控制 BN 的症状。另外,对 BN 研究认为

低自尊可导致对自身体重和体形过度评价;追求苗条或控制体重是为了改善自我价值。CBT 方法认为规律进食非常重要,并采用行为技术减少贪食行为,包括回避易发生暴食的各种情形,改变对问题的思维方式,教给患者预防复发的技术等。同时使用自我监测方式详细记录自己的饮食情况。

许多对照研究认为, CBT 能有效地改善 BN 患者的暴食和呕吐行为。Craighead 等(1991 年)综述了 CBT 治疗 BN 的系列研究,发现 CBT 可缓解 63% ~ 96% 的暴食和 20% ~ 80% 的呕吐。Peterson 等(1999 年)综述了系列 CBT 治疗 BN 的文献,发现 CBT 能显著地降低暴食和清除频度,有效率为 40% ~ 97%,平均约为 75%。但与对暴食和清除的有效率相比,彻底戒除暴食和清除的比率不高, 8% ~ 97% 不等,平均约为 40%。CBT 治疗 BN,不管使用个体或集体治疗方法,或两种方法合用都比较成功。许多研究还发现, CBT 可改善 BN 患者对自己身体的不满、限制性饮食、抑郁心境、与体重或体形有关的认知歪曲、自尊和社会功能等。也有学者发现 CBT 方法脱落率较低,与其他方法相比,治疗的依从性较好。多数长期随访研究发现, CBT 能维持或进一步改善原治疗效果。目前 CBT 治疗 BN 的地位已经确立。

CBT 治疗分三个阶段进行,一般需要 20 周的时间。

1) 第一阶段:建立规律的进食方式,包括对患者的心理教育,在进食前、中、后自我监测进食、思维和情感,打破病态的进食方式,控制过度进食,开始训练计划等,一般需要 6 周 8 个治疗会谈(治疗的第 1 周和第 2 周每周 2 次,以后每周 1 次)。

2) 第二阶段:评价和矫正患者对身体和体重的信念,重建正确的认知方式(约在第 9 次治疗会谈(治疗的第 7 周),开始进入第二治疗阶段,主要包括确定和修正不合理的思维方式和情感,学习和实践解决问题技巧(problem-solving skills)矫正不良进食方式。

3) 第三阶段:预防复发:由治疗结束的最后 3 ~ 4 个治疗会谈组成,每周 1 次。主要包括关注 BN 复发的先兆,继续使用有效的治疗方法防止复发,并进一步改善治疗效果。

(2) 人际关系心理治疗(IPT):与 CBT 方法不同, IPT 并不直接关注 BN 的症状,而专注和矫正“有问题的人际关系”。强调有问题的人际关系,而回避讨论饮食方式、限制性饮食和对体重和体形的态度。通过改变 BN 患者人际关系的方式,达到控制和缓解症状的目的,故 IPT 显效慢,需要时间较长。Fairburn 等(1993 年)进行系列比较研究发现, CBT 显效快,而 IPT 显效慢,治疗开始 CBT 优于 IPT,随后 IPT 的 BN 患者症状继续改善。尽管 CBT 和 IPT 起效时间不同,但两种治疗方法疗效相当。

IPT 治疗包括初期、中期和终期三个不同的治疗阶段。

1) 治疗初期:收集病史和评估,一般需要 3 ~ 5 个治疗会谈,初期的主要目的是确定人际关系问题,引导来访者用合理的人际关系理解其进食障碍问题。

2) 治疗中期:评估期一旦结束,治疗中期开始,主要确定特定的人际关系问题,如社交焦虑、对冲突和拒绝的过分敏感、负性情感处理困难等,并对这些问题进一步进行讨论,改善患者与进食障碍有关的人际关系,达到改善病态进食行为的目的。

3) 治疗终期:主要包括对整个治疗过程进行总结,巩固已获得的治疗效果,期待讨论未来的人际关系问题,并考虑解决问题的方法。在治疗结束时,鼓励来访者讨论与人际关系改善有关的进食行为的显著变化。

(3) 行为治疗(BT):BT 的治疗方式很多,据报道暴露和反应-阻止(exposure and response-prevention, ERP)治疗对 BN 效果理想。ERP 治疗源自治疗强迫症的焦虑-降低模式

(anxiety-reduction model),该模式认为,BN患者由于对体重增加极端恐惧,导致暴食后极端焦虑,而呕吐可减轻焦虑,且最终实现逃脱。这种逃脱反应(escape response)一旦建立,BN患者很难克制自己进食的冲动,暴食行为越来越频繁和严重。Leitenberg等(1984年)报道5例女性BN患者接受ERP治疗,其中4例患者暴食和呕吐明显改善(2例彻底缓解)。Giles等(1985年)报道34例接受ERP治疗的女性患者,约79%的患者症状改善,62%的患者显著改善。如果除去脱落患者,疗效更为明显,约89%的患者症状改善,75%的患者显著改善,其中有11例患者呕吐彻底消失。

(4)其他心理治疗:有研究报道心理动力治疗、心理教育和自助疗法对BN也有一定的治疗效果,但系统研究不多。最近有学者将CBT的内容改编为简明心理教育、自助和自助干预治疗BN,发现心理教育可改善BN患者的症状,缓解率为15%~60%,对具有残留症状的BN患者给予自助资料和随后的心理治疗,发现自助干预能进一步改善对BN的治疗效果。尽管心理教育和自助疗法治疗BN有效,但这些措施往往需要合并其他治疗方法才能获得较为满意的治疗效果。

综上所述,CBT、IPT和BT治疗BN均有效。Fairburn等(1993年)对CBT、ERP和BT进行了比较研究,发现CBT对BN患者的清除行为、对体重和体形的态度和进食行为疗效优于IPT;CBT显效快,而IPT显效慢,长期随访研究认为,总体疗效两者相当。CBT和BT对BN治疗的比较研究结论不一。Fairburn等(1993年)长期随访研究发现,CBT和IPT优于BT;与前两种方法相比,BT患者易出现复发。其他心理治疗方法如心理动力治疗、心理教育和自助疗法等治疗BN也许有效,但系统研究不多。

3. 其他治疗 BN有多种躯体合并症,有些合并症尽管罕见,但是急症,需要其他科室协助治疗。BN患者发作性、不可控制的大量进食可导致急性胃肠功能障碍如胃扩张和胃破裂等,需要外科协助治疗。

4. 综合治疗 尽管对BN的治疗研究多为探究单个治疗方法的效果,但在临床工作中为了获得最佳疗效多采用综合性治疗措施。最常用的综合性治疗方法是心理治疗合并药物治疗。Peterson等(1999年)综述了心理和药物两种方法合用对BN的治疗效果,发现单独给予CBT效果优于单独使用药物治疗;CBT结合药物治疗效果优于单独使用药物治疗;也有研究发现在CBT的基础上结合TCAs治疗对BN的暴食和清除行为效果不明显,但两者结合治疗可促使BN患者焦虑、抑郁、对进食的先占观念和饥饿症状等的改善。Walsh等(1997年)报道了CBT和支持性心理治疗合并药物的治疗效果,药物首先选用去甲丙咪嗪,如果没效换为氟西汀治疗,结果发现CBT对BN的暴食和呕吐的治疗效果优于支持性心理治疗,而药物对CBT和支持性心理治疗在改善BN的暴食和抑郁方面具有增效作用。尽管CBT结合药物治疗效果优于单独使用药物治疗,但支持性心理治疗结合药物治疗与单独使用药物治疗相比疗效差异不明显。该研究表明抗抑郁药治疗可进一步改善CBT对BN的治疗效果。总之,CBT单独使用或结合药物的治疗效果均优于单独采用药物治疗。另外,药物治疗会产生一系列不良反应,影响治疗的依从性,具体使用时需特别注意。

到目前为止,长期随访研究报道不多,预后尚不清楚。据现有资料,30%的BN患者很快复发,40%的患者残留慢性症状。有边缘型、自恋型、表演型和反社会型人格障碍、冲动素质和低自尊者预后差。

第四节 异食症

异食症(pica)指发生于婴幼儿和童年期,以持续性嗜食非食物和无营养的物质为特征,且并非其他精神障碍所致的一种进食障碍。本症可见于儿童的各个年龄阶段,以5~10岁的儿童最为常见,青春期逐渐消失。男性儿童多见;也有研究发现,农村儿童患病率高于城市儿童,这可能与农村儿童肠虫病较多有关,随着中国农村卫生状况的好转,这种现象将得到改善。

一、病因

异食症病因目前尚不清楚。营养学研究认为,异食症患儿体内缺乏某种营养物质,试图从非营养物质中摄取,如有学者认为异食症与铁缺乏有关。也有理论认为,异食行为是发育延迟幼儿的一种正常现象,患儿将嘴作为感知器官去感触外部世界,是行为发育不成熟的表现,多见于社会功能缺陷和精神发育迟滞儿童。也有学者认为,异食症与社会心理因素如物质剥夺、父母分离、家庭破裂、父母对儿童忽视等有关。某些地区特殊的风俗习惯喜欢进食某些非营养物质,不属于异食行为。

二、临床表现

1. 异食行为 主要表现患儿自觉或不自觉持续性的咬食一些通常人们认为是非食物和无营养的物质,并引以为乐。一般先咬,然后吞食。也有些患儿在口中咬嚼后吐出,然后再咀嚼新的物质。这类患儿异食的常见物质有毛发、黏土、油漆、纸片、布块、粪便、石头等。患儿一般消瘦,也有些营养不良,症状具有顽固性和持续性的特点,虽然阻止,仍喜欢偷偷咬食。多数患儿性格怪异,常伴有行为和情绪障碍。

2. 合并症 异食症的合并症因吞食异物的种类不同而不同。常见的合并症有肠梗阻、贫血、缺锌、铅中毒、肠道寄生虫病等。经常性异食还可导致营养不良。

三、诊断

异食症的诊断标准如下(CCMD-3 2001年)。

- (1) 进食不可作为食物的东西(如泥土、肥皂)。
- (2) 症状每周至少2次,至少已1个月。
- (3) 实际年龄及智龄在2岁以上。
- (4) 并非其他精神病或智力障碍所致,且此种进食行为并不符合当地习惯或传统。

四、治疗

目前对异食症尚缺乏特异性的治疗措施,常用的治疗方法有一般性治疗、病因治疗、行

为治疗、营养治疗和合并症治疗。

（一）一般性治疗

一般性治疗包括改善环境,对父母和患儿进行指导、教育和训练,了解科学、适当的进食方式,矫正异食行为。加强饮食照顾,烹调营养可口的食物,改变不良的进食方式或习惯。

（二）病因治疗

根据异食症与铁缺乏有关的理论,给予补铁治疗。有些患儿缺锌,可给予补锌。

（三）行为治疗

行为治疗技术治疗异食症有效。可选用奖励和惩罚措施,对患儿的积极行为给予奖励,进行正性强化治疗。厌恶治疗主要有如酸味剂、苦味剂、催吐等方法,治疗效果较为理想。

（四）营养治疗

加强营养支持治疗,改善营养不良。

（五）合并症治疗

吞食异物可导致多种合并症,需根据不同合并症选择具体的治疗方法。一般预后较好,患儿随着年龄的增长,异食行为逐渐消失。很少能持续到成年。

（许明智 于得澧）

参 考 文 献

1. 李美珠. 进食障碍与肥胖症. 见: 王继山, 陈俭红主编. 实用小儿胃肠病学. 第1版. 北京: 北京医科大学和中国协和医科大学联合出版社, 1997
2. 罗学荣编著. 进食障碍. 见: 李雪荣主编. 现代儿童精神医学. 第1版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1994
3. 余展飞. 饮食与排泄障碍. 见: 陶国泰主编. 儿童少年精神医学. 第1版. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999
4. 张大荣编著. 进食障碍. 见: 沈渔邨主编. 精神病学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 2002
5. 中华医学会精神科分会编. 中国精神障碍分类与诊断标准. 第3版(CCMD-3). 济南: 山东科学技术出版社, 2001
6. 杜亚松著. 儿童心理卫生保健. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1999
7. 陶国泰主编. 儿童少年精神医学. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999
8. 刘湘云, 林传家, 薛沁冰. 见: 陈荣华主编. 儿童保健学. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999
9. American Psychiatric Association. Practice guidelines for eating disorders. Am J Psychiatry 1993, 150: 212 ~ 218
10. Bulik CM, et al. The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. Psychological Medicine, 1998, 28: 611 ~ 623
11. Craighead LW, & Kirkley BG. Obesity and eating disorders. In: Craighead LW, et al. (EDs), Cognitive and behavioral interventions. Massachusetts: Allyn and Bacon; 1994, 141 ~ 155
12. Drossman DA. The eating disorders. In: Bennett JC, Plum F. (EDs), Cecil textbook of medicine, 20th ed., Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1996, 1: 158 ~ 1: 160

13. Flier JS , Foster DW. Eating disorders : Obesity , anorexia nervosa , and bulimia nervosa. In : Wilson JD , et al.(EDs) , Williams textbook of endocrinology. 19th ed. , Harcourt Publishers Limited ;1998 , 1 061 ~ 1 097
14. Fairburn CG , et al. Psychotherapy and bulimia nervosa : Longer-term effects of interpersonal therapy , behavior and cognitive behavior. Arch Gen Psychiatry , 1993 , 50 #19 ~ 428
15. Garfinkel PE. Eating disorders. Can J Psychiatry 2002 , 47(3) 225 ~ 226
16. Garner DM , et al. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry , 1993 , 150 37 ~ 46
17. Gelder M et al.(EDs). Oxford textbook of psychiatry. 3th ed. , New York : Oxford University Press Inc. 1996 , 372 ~ 379
18. Grange DL. Family therapy for adolescent anorexia nervosa. J Clin Psychology , 1999 , 55 : 727 ~ 739
19. Gwirtsman HE , Ebert MH. Eating disorders. In : Ebert MH , Loosen PT , Nurcombe B.(EDs) , Current diagnosis & treatment in psychiatry. McGraw-Hill Companies , Inc. 2000 , 421 ~ 429
20. Manikam R , Perman JA. Pediatric feeding disorders. J Clin Gastroenterol 2000 Jan 30(1) 34 ~ 46
21. Merenstein GB , Kaplan DW , Rosenberg AA.(魏克伦主译). 儿科临床手册. 第 18 版. 北京 : 人民卫生出版社 2001
22. Nurcombe B , et al. Disorders usually presenting in infancy or early childhood. In : Ebert MH , Loosen PT , Nurcombe B.(EDs) , Current diagnosis & treatment in psychiatry. McGraw-Hill Companies , Inc. ;2000 , 533 ~ 561
23. Peterson CB , Mitchell JE. Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders : A review of research findings. J Clin Psychology , 1999 , 55 #85 ~ 697
24. Rudolph CD. Feeding disorders in infants and children. The Journal of Pediatrics , 1994 , 125 : S116 ~ 124
25. Rudolph CD , Link DT. Feeding disorders in infants and children. Pediatric Clinics of North America , 2002 , 49(1) : 97 ~ 112
26. Walsh BT. Eating disorders. In : Braunwald E , et al.(EDs.) , Harrison 's principles of internal medicine. 15th ed. , McGraw-Hill Companies , Inc. ;2001 , 486 ~ 490
27. Walsh BT , et al. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. Am J Psychiatry , 1997 , 154 523 ~ 531
28. Zhu AJ , Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. Can J Psychiatry , 2002 , 47(3) 227 ~ 234
29. Martin M. Eating disorders. In : Remschmidt H.(ED) , Psychotherapy with children and adolescents. Cambridge University Press ;2001 , 344 ~ 371

第八章 儿童排泄障碍的治疗

第一节 儿童遗尿症

儿童遗尿症是指 5 岁以上的儿童仍不能自主控制排尿 ,常发生在白天和(或)夜里的尿床或尿裤的现象。主要是指功能性遗尿 ,不包括神经系统障碍、癫痫 发作、中枢神经系统感染、尿路结构异常等所致的膀胱功能失控引起的遗尿。

一、排尿的生理过程

排尿是脊髓和大脑神经中枢的一种复杂的反射作用。当尿在膀胱内积蓄增多时 ,牵张感受器使之受刺激而兴奋 ,然后冲动沿盆腔神经传入达骶髓的排泄反射初级中枢 ,同时冲动传到脑干及大脑皮质高级中枢 ,大脑经过整合信息后发出如厕的传出冲动 ,待排泄的准备工作完毕 ,再发出排泄的信息 ,经传出神经调节使外括约肌松弛 ,排出小便。当出现尿意但环境不允许排尿时 ,大脑则发出命令 ,暂时抑制排泄的意愿。这种有意识的控制排泄的功能 ,需要大脑发育成熟到一定的程度 ,同时也要经过学习和训练才能完成。正常儿童控制排泄的年龄差异很大 ,2 岁以内者一般不能自行控制大小便 ,2~3 岁的儿童约 50% 以上能自行控制 ,但对夜尿的控制还较差 ,4~5 岁的孩子约 80% 可以控制排泄 ,4 岁以上者绝大多数能自行控制大便排泄 ,5 岁以后均能控制夜尿 ,儿童控制排尿是有一定顺序的(表 8-1)。成功地控制小便 ,需要满足以下几个条件 :①习惯于控制自己直到膀胱充盈时才去排尿。②能够在需要时产生排尿意识。③当膀胱充盈时 ,能够根据情境适当延迟排尿时间。

表 8-1 一般儿童控制排尿的顺序

年 龄	控 制 排 尿 内 容
4 周	婴儿在睡眠中排尿时 ,多半哭闹一阵 ,有时会有一点朦胧醒状。
16 周	每天排尿次数开始减少 ,而每次排尿量却有所增加。
28 周	给婴儿每换一次尿布 ,可能已有多次排尿 ,但干燥尿布的最长时间已经可维持 1~2h。
40 周	午睡醒来或乘小推车上街回来 ,可能还保持着尿布干燥。母亲把孩子放在尿盆上 ,可能会偶尔获得“成功”。
1 岁	午睡后保持干燥 ,时常对湿尿布感到不能忍受了 ,并哭闹着直到换了干净尿布后才能安静下来。
15 个月	开始愿意坐在便盆上 ,并且高兴的时候 ,也会乖乖地排尿。但有时候也会反抗 ,即当你把他放在尿盆上 ,他反而忍住小便 ,刚把他抱起来 ,他却又立刻撒起尿来了。尽管如此 ,不排尿的时间距离可以拉长到 2~3h。

(续表)

年 龄	控 制 排 尿 内 容
16 个月	问他要不要小便,他可能点点头表示“要”或说出“不要”,有时候也会以“嘘嘘”来表示要小便。对于溺出来的小便,可能会表示害羞,或把潮湿的裤子拉出来给你看。
21 个月	一般排尿前会报告,对于成功地尿在尿盆里会感到高兴。但排尿次数增加,也会常常尿湿裤子。
2 岁	有较好地控制排尿能力,对坐盆已经不加抵抗,常常会主动表达他要坐盆的需要,或走到尿盆前拉下自己的裤子。如果夜里被抱起坐一次尿盆,一般一夜之间都不会尿湿。不过,这样做有时可能会影响孩子的睡眠。
2 岁半	闭尿的时间拉长,可能长达 5h 之久。
3 岁	已经会按时坐盆,很少尿在裤子上,可能整夜都不排尿,或会自动醒来,要求大人把他抱去撒尿。
4 岁	有按一定时间排尿的习惯。
5 岁	已会自己排尿,但有时候需要人提醒一声。白天几乎不尿裤子,夜里也只是偶尔发生意外,夜里如果要排尿时,基本上会自动醒来,并向父母报告。
6 岁	能自己负责,在必要时可以十分紧促地赶去上厕所,很少有意外。如果需要的话,夜里也能自行去上厕所。

(转引自:傅宏《儿童行为评估与矫正》,江苏教育出版社 1994 年版,191~192)

二、流行病学资料

遗尿症在儿童时期发病率较高。Rutter 于 1973 年进行的研究发现 5 岁儿童中 13.4% 的男孩和 13.9% 的女孩每周有遗尿,7 岁时 15.2% 的男孩和 12.5% 的女孩每周遗尿少于 1 次,而 6.7% 的男孩和 3.3% 的女孩每周遗尿多于 1 次;到 14 岁时有 1.9% 的男孩和 1.2% 的女孩每周遗尿 1 次,及 1.1% 的男孩和 0.5% 的女孩每周遗尿 1 次以上。在遗尿患儿中,约 1 000 人中有 1 人伴有遗粪。湖南于 1990 年进行的研究发现,功能性遗尿症患病率为 2.31%,男孩多于女孩,但是在 4~6 岁年龄组,女孩比男孩多,随着儿童年龄的增长,男女孩之患病比值逐渐增加,女孩患遗尿症的发生率下降较快,到 11 岁时男孩和女孩之比为 2:1。

遗尿症可以分为原发性遗尿症和继发性遗尿症。原发性遗尿症约占全部遗尿症的 75%~80%,是指婴幼儿出生后一直到 5 岁左右持续发生遗尿,遗尿是正常婴幼儿尿失禁的异常延伸。继发性遗尿症是指幼儿已学会控制自主排尿,形成正常的排尿习惯至少 6 个月以上,到了 5 岁以后再次出现遗尿的现象。

三、病 因

(一) 遗传因素

功能性遗尿症儿童常常有阳性家庭史,约 70% 的患儿一级亲属中有遗尿的历史。原发性遗尿症遗传倾向更明显,有 75%~80% 的患儿有遗尿阳性家族史。1973 年 Bak-win 对双生子研究发现,单卵双胞胎同病率较双卵双胞胎高,前者患病率为 68%,后者患病率为 36%。1984 年 Shaffer 等研究发现阳性家庭史在原发性遗尿和继发性遗尿症的患儿中都很常见。说明遗传因素在本症的发病中起着一定作用,可能与控制排尿的神经调节功能成熟延迟

有关。

器质性遗尿症在遗尿症的发生中不超过 10%。器质性疾患如隐性脊柱裂、泌尿通路狭窄梗阻、膀胱发育异常、泌尿系统感染、糖尿病、尿崩症、慢性肾功能衰竭、癫痫发作、病后全身虚弱和精神发育迟滞都会引起器质性遗尿。

（二）婴幼儿时期规律性排尿训练不良

过早排尿训练是本症的一个常见原因，因为儿童的认识和语言功能的发育都很不成熟，对复杂的自控排尿训练接受能力差，反而造成婴幼儿对排尿自控管理的紊乱。

如厕训练的方法不当也是一个原因，家长急于求成，简单粗暴，常常在儿童熟睡时把他弄醒，强迫其坐在便盆上排尿，不排出小便就不让睡觉，久之易造成儿童对便盆的恐惧紧张心理，产生对抗情绪，不利于排尿习惯的形成。

（三）生活习惯和生活方式不当

儿童不良的生活习惯和生活方式有时也可以引起遗尿，如白天玩耍过度疲劳，晚餐进食水量太多，常常导致儿童夜间遗尿。尽管遗尿儿童的夜间睡眠过深，且难以唤醒，但调查发现，遗尿症患儿在睡眠中任何阶段都可以发生遗尿，未见任何相关的特殊睡眠模式，睡眠质量似乎都正常。儿童的膀胱容量小、功能不健全、夜间睡眠过程中中枢抑制过深、觉醒困难等等生物学因素则是遗尿症的发病基础。

（四）生活事件

给儿童心理和（或）躯体带来严重影响的生活事件往往是诱发因素。特别是在 3 岁左右形成正常排尿习惯的关键时期，遇到父母离异、父母经常争吵、家庭生活环境不和睦、与母亲长时期分离、家庭搬迁、新添弟妹、入托、住院手术及受到意外伤害等，均可使儿童学习控制排尿受到影响而引起遗尿症。儿童在遭遇生活事件以后，会使其已经学会或即将学会的排尿控制行为受到挑战，从而出现遗尿现象。

四、临床表现

原发性遗尿症和继发性遗尿症均以遗尿为主要临床表现。遗尿又表现为夜间遗尿、日间遗尿、昼夜间均遗尿 3 种类型。以夜间遗尿最为常见，约占总数的 80%，男孩多见女孩。夜间遗尿的患儿中约有半数每晚都尿床，有的甚至每晚遗尿 2~3 次。如白天过度兴奋、疲劳或躯体疾病后，遗尿次数会明显增多。约 2% 的 5 岁儿童每周至少夜间遗尿 1 次，8% 的 5 岁儿童每月至少夜间遗尿 1 次。昼夜间均遗尿者约占遗尿症总数的 15%。白天遗尿者较少见，约占 5%。

随着年龄的增长，患儿遗尿的次数会逐渐减少，夜间遗尿的患儿中，5 岁占 15%，8 岁占 7%，12 岁占 3%。大多数遗尿患儿到 7~9 岁时即能停止遗尿，少数持续到少年期后才停止，极少数儿童甚至延续到成年期仍有遗尿现象。遗尿症患儿常常伴有夜间多梦、睡行症、睡惊、注意缺陷多动障碍、抽动症、好发脾气、咬指甲或其他情绪和行为问题。

五、诊 断

对有遗尿现象的儿童,在做出功能性遗尿症诊断之前,必须向家长详细询问患儿的病史,了解遗尿的程度和病程特点,是一过性短期遗尿,还是持续性遗尿,每日、每周或每月的遗尿次数;了解其家族中有无阳性遗尿史,儿童最近有无受到精神刺激。并且要做详细的体格检查和精神检查,确定有无躯体疾病和精神疾病。必要时,完善各种辅助化验检查,包括尿常规、尿糖、血常规、脑电图、智商测查等、泌尿系统及神经系统的检查。如男孩常可由于包皮过长,尿路不畅,引起逆行性尿道感染;女孩常因裤被潮湿、内衣更换少、不注意个人卫生而引起尿路感染,这些都能出现小便频数增多,引发遗尿,上述因素在诊断时都应充分考虑。

在诊断功能性遗尿症时,不能将儿童在发育期正常的遗尿现象诊断为遗尿症。CCMD-3的诊断标准为:①年龄在5周岁以上或智龄在4岁以上,不能自控排尿而尿床或尿裤。②每个月有2次遗尿,至少已3个月,遗尿可作为正常婴儿尿失禁的异常伸延,也可在学会控制小便之后才发生。③不是由于神经系统损害、癫痫发作、泌尿道结构异常等器质性疾病所致,也没有严重的智力低下或其他精神病。

六、治 疗

对遗尿患儿的治疗,首先要充分了解病史,分析形成遗尿的原因,才能给予相应的治疗。

(一) 一般性治疗

1. 定时唤醒 家长要仔细观察并掌握患儿遗尿的时间规律,定时唤醒其排尿,帮助患儿逐渐形成条件反射。

2. 养成良好的作息和饮食习惯 定期洗澡、更换内衣,定点休息、按时起床,白天活动玩耍不能过度疲劳。对于夜间遗尿的患儿,可以让其早、午两餐多进食一些含水多的食物、瓜果等,晚餐吃含水少的食物,并避免入睡前大量饮水或吃西瓜等一些有利尿作用的瓜果,这样能有效地减少夜尿量,促进患儿逐渐掌握排尿的功能。

3. 营造良好的家庭氛围 找出可能导致遗尿的各种精神因素和心理矛盾,消除不良精神刺激对患儿的影响。对于无法解决的心理因素,要指导患儿正确对待,解除心理压力。当患儿偶尔自行控制排尿时,家长要及时给予恰当的表扬或奖励,从心理上强化其正常功能,使其逐渐形成自主控制排尿的良好习惯。当患儿尿床时,家长不要怒斥或惩罚,更不要到处张扬。

(二) 行为治疗

学习对膀胱反射的认知控制,对于个体适当排尿起着十分重要的作用。按照这个观点,遗尿障碍可以被看作是由于学习失误而造成的行为失调。因此,有效控制膀胱反射便成了治疗的关键。这实际上也是一种内部行为习惯的训练。从现有的研究资料来看,虽然有许多不同的治疗方法,但是相比较而言,行为治疗的效果最为显著,而且在手段上也比较系统。

无论是经典的条件反射或是操作条件反射在这方面都已经有了成功的应用。

1. 警铃-褥垫法(bell-and-pad) 此法也常常被称为“电铃-电路法”,最早是在 1938 年由 2 名美国医生设计并应用于遗尿症的治疗,但直到 20 世纪 70 年代才受到重视和被大规模应用。目前,这种利用经典条件反射原理而建立起来的行为疗法是治疗儿童遗尿症最为有效的方法,成功率能达到 70%~80%。

在警铃-褥垫治疗中,患儿睡觉时躺在一个特制的褥垫上,褥垫内安装有一个与蜂鸣器

电源(9V 干电池)

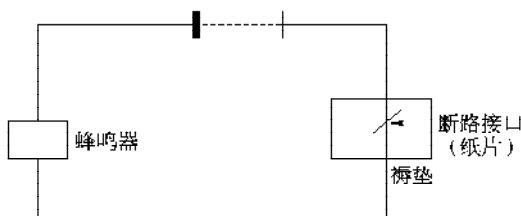


图 8-1 警铃-褥垫疗法电路示意图

相联接的电路,但是在褥垫的中央这个电路被纸片隔开,使得蜂鸣器无法接通(其电路图如图 8-1 所示)。一旦患儿开始遗尿,纸片受湿,使得电路恢复接通,蜂鸣器便开始震动。铃声促使患儿及时起床排尿,帮助他形成按时控制膀胱反射的合理行为。经过多次练习之后,患儿逐渐学会了这种反射行为,即便在没有警铃提醒时,也可以按时排尿。

Oredsson 和 Jorgensen(1998 年)研究了这种行为训练对膀胱容量的功效。他们分别测量了 18 名夜间遗尿的儿童在使用此法治疗前及治疗 6 周后的膀胱容量,发现所有儿童的膀胱容量都有显著的增加,但是,10 个经治疗停止尿床的孩子与另外 8 个治疗无效的孩子之间,膀胱容量的增加并没有差异。

近年来,这种治疗方法在技术上不断改进。如 Walker 等人(1988 年)改良了警铃-褥垫系统,使得其在患儿只有一两滴尿排出时即作出报警反应,从而直接影响了患儿的下意识活动,训练效果更佳。另一个有趣的改革就是,使用一个小型的超声波监测器,将它固定在具有弹性的腹带上。当膀胱容量达到预定的阈值时,这种超声波监测器可以有效地替代褥垫进行报警(Petrican 和 Sawan,1998 年)。临床试验的结果表明,其效果与警铃-褥垫的治疗方法相当,并且有证据表明它可以增加膀胱在夜间的容量(Pretlow,1999 年)。

另一种取代警铃-褥垫的简单方法是使用一个警报钟,将它设置为当膀胱容量可能达到最大限度时报警,或者是睡着 2~3h 后报警。自然,这也可以达到相同的治疗效果(El-Anany 等,1999 年)。

在使用警铃-褥垫治疗遗尿症时,需要注意以下几点。

(1) 睡前准备:虽然对于遗尿症患儿来说,临睡觉之前不宜多饮水,但是在进行警铃-褥垫治疗时,要让患儿在临睡前用餐时尽量吃含水分的食物或流质,以便在夜里能够使警铃充分发挥作用。儿童在睡觉时要脱去睡裤或内裤,以便警铃能够在最短的时间里作出反应。需要注意防止出现患儿并没有尿湿褥垫,但警铃却已经自动响起来了。这样会令患儿的条件反射受到干扰,因此,每晚都需要仔细检查有关装置。

(2) 及时反应:一旦警铃响起,要即刻指导儿童起床和如厕。如果有些孩子醒来有困难,父母需要及时唤醒他们,可以先用凉水为他们洗脸,在确信他们清醒后,再让他们如厕。在孩子回到床上前,需要重新更换褥垫,以便继续发挥作用。

(3) 记录奖赏:父母应记录下孩子每夜起床的次数和褥垫尿湿的面积。随着治疗逐渐发挥效用,铃声响起的次数和褥垫尿湿的面积都会逐渐减少。对于患儿的进步,父母要及时给予鼓励或其他奖赏;当孩子偶尔出现反复时,父母不可以作出惩罚的表示。

(4) 专业指导 :虽然这项治疗并没有很多的专业技巧 ,但是 ,在实际应用时 ,建议父母在专业人员的指导下进行 ,防止因为使用不当而使儿童建立错误的条件反射。专业治疗者可以向父母和儿童解释在开始治疗后出现的各种细微变化 ,帮助制订适宜的治疗计划。需要注意的是 ,当儿童在一周中出现 1 ~ 2d 不尿床现象时 ,要有所警惕 ,不可撤去褥垫 ,随时准备防止重新尿床。绝大多数儿童需要经过 4 ~ 8 周的警铃-褥垫治疗才能彻底消除这个问题。

2. 膀胱张力控制训练 研究者发现 ,遗尿症患者白天排尿的次数比一般正常儿童要多 ,而排尿量却少于正常儿童 ,因此认为可以通过训练患儿以增加膀胱容量、减少排尿次数来进行治疗干预。首先需要测量患儿的膀胱容量 ,Zaleski 等人(1973 年)提出了几种简便的测量方法。一种方法是让儿童按每千克体重喝下 30ml 的水 ,然后让他们尽量忍住不去如厕 ,直到无法忍受为止。测量并记录下每次间隔的时间长度 ,最长的时间便被看作是膀胱的最大容量能力。另一种方法是直接测量孩子在 1 周当中每次的排尿量 ,其中 ,最大的一次排尿量便可能被看作是患儿的最大控制能力。

测量之后 ,便可以开始进行以行为塑造为策略的训练 ,使得患儿尽量保持膀胱的张力 ,逐渐减少排尿次数和增加排尿量。训练从日间活动开始 ,逐步扩展到对夜间行为的控制。在训练过程中 ,鼓励患儿尽量放松自己 ,只要喜欢就可以无限制地饮水。当患儿感觉需要排尿时 ,要求他们“ 忍住 ” ,直到 5min 以后才让他们去如厕。随着患儿对“ 忍尿 ”的适应 ,要求他们忍耐的时间也相应延长 ,直到患儿能够延长到 30 ~ 45min 为止。绝大多数患儿可以在 3 周甚至更短的时间内学会这种控制行为。在患儿出现控制行为时 ,治疗者或父母要立刻给予表扬或其他形式的强化。同时 ,还要记录下孩子控制排尿时间及排尿量方面的变化情况。

根据 Paschalis 等人(1972 年)对 31 名年龄在 6 ~ 11 岁儿童进行日间训练的报告 ,在经历了膀胱张力控制训练之后 ,其中有 15 名孩子夜间不再出现遗尿现象 ,另有 8 名显示夜间遗尿现象有明显改变。在随后 3 个月的随访中 ,依然保持了这个良好结果 ,说明膀胱张力控制训练是可以解决儿童遗尿问题的。

3. 凯格尔运动 在家长指导下 ,让患儿每于空腹排尿(特别是清晨)时 ,先有意识地缩肛 ,每次 5 ~ 10s ,然后放松 5s ,使缩肛时停尿 ,舒张时排尿。如此反复 2 ~ 3 次。凯格尔运动的治疗机制是通过训练骨盆肌舒缩 ,使膀胱逼尿肌舒张和括约肌收缩增强 ,从而增加膀胱功能性容量 ,抑制膀胱充盈反射性遗尿。

4. 综合行为管理 除了上述的治疗方法 ,在实际生活中还需要考虑多种因素来加以应用。对于遗尿症患者来说 ,遗尿症不仅仅是一个生理问题 ,更是一个情绪问题 ,因而这种行为而产生的深刻消极自卑情绪也是需要注意和协助解除的。根据临床经验 ,在进行警铃-褥垫或膀胱张力训练的同时 ,协助患儿的父母对孩子进行必要的情绪和行为管理 ,会提高治疗效果。行为管理的具体内容包括以下几个方面。

(1) 父母在生活中尽量注意以爱心和耐心等待孩子 ,让孩子获得足够的安全感。从精神分析的角度讲 ,有些孩子会因为担心失去父母的宠爱 ,而用尿床的方法来引起父母的注意。

(2) 留意孩子情绪变化 ,帮助他们用适当的方式把情绪表达出来。

(3) 帮助孩子学习用适当的方式 ,去独立地面对现实问题和解决现实矛盾。

(4) 停止对尿床行为作惩罚性表示或表现出蔑视、愤怒。父母的这些情绪会使得孩子

产生畏惧和沮丧心情,这种无意识的压抑,反而会增加他尿床的次数,造成恶性循环。

(5) 学习用坚定而有信心的语气对待孩子。在要求孩子改掉遗尿行为上,要显示出既坚决又信任孩子能够做到的语气。

不难看出,治疗遗尿症除了要治疗孩子本身,父母的参与也是十分重要的。父母和孩子之间应建立起一种融洽和谐的治疗合作关系。在考虑具体治疗方案的时候,患儿的年龄也是一项重要影响因素。往往比较小的孩子对于膀胱张力控制治疗不太容易理解,配合起来也比较困难,可以通过父母行为管理来治疗。对于年纪大一些的孩子和青少年来说,可以减少父母参与,增加自我管理训练,这时便可以选择使用警铃-褥垫或膀胱张力控制一类的训练程序。

(三) 药物治疗

当心理治疗效果不理想时,可适当采用药物治疗。由于药物具有不良反应,因此在医生指导下用药十分重要。

1. 三环抗抑郁药 自从1960年,澳大利亚的精神病学家 MacLean 首次报道了丙咪嗪在治疗遗尿症上的功效之后,丙咪嗪就成为遗尿治疗药物中的中流砥柱。丙咪嗪的作用机制并未得到最终证实。最初认为可能与其抗抑郁作用、抗胆碱能作用及改善睡眠的作用有关,近来的研究表明丙咪嗪对遗尿的治疗功效可能是通过改变肾小管的吸收水平而起作用的。

丙咪嗪治疗用量 5 岁以上儿童 12.5 ~ 25mg, 每晚 1 次。年长儿童可适当增至 50mg, 每晚 1 次。也有按体重来计算剂量的: 体重 < 30kg 者, 每日 25 mg, 体重 > 30kg 者, 每日 35 ~ 50mg。有效血浓度, 在血浆中丙咪嗪及其主要代谢产物去甲丙咪嗪约为 60 μ g/ml, 相当于每次口服剂量为每千克体重 1 ~ 2.5mg。

遗尿患儿服丙咪嗪后 7d 左右开始见效, 对大部分遗尿患儿能减少遗尿症的次数, 30% 的患儿可以治愈, 85% 的患儿夜间遗尿的次数减少。如有效可持续服 2 ~ 3 个月。

阿米替林、去甲丙咪嗪治疗遗尿症亦有效果, 使用方法及剂量与丙咪嗪相仿。但是, 三环类抗抑郁药毒副反应较大, 特别是对心血管系统的毒性作用, 有时可导致意外。中毒症状有心律紊乱、抽搐、共济失调、意识障碍等。而且如果一旦突然停药, 易出现病情复发, 所以, 一般情况下不宜应用此类药物治疗, 尤其是 6 岁以下儿童不宜使用。

2. 1-脱氢-8 右旋-精氨酸加压素(DDAVP) 近年来 DDAVP 得到广泛的使用, 该药的作用机制可能是使尿量下降到患儿的膀胱容量之内, 且不良反应小。有鼻腔喷雾剂和片剂两种剂型, 药物作用时间一般为 7 ~ 10h。入睡前排尿后给药, 每次 20 μ g 从鼻吸入。或临睡前吃 1 片去氨加压素片。长期应用此药仍然是安全的, 并且不良反应极小, 只有少数患儿多次应用鼻腔喷雾剂后, 可能会出现鼻黏膜的刺激症状。

3. 其他治疗药物 抗胆碱能药物中, 阿托品或东莨菪碱 0.1 ~ 0.3mg, 每晚睡前服 1 次, 部分患儿遗尿次数减少, 但不如三环类抗抑郁剂疗效好。麦普替林治疗, 每晚入睡前口服 12.5 ~ 50mg, 部分患者也有效, 其优点是不良反应比三环类抗抑郁药小, 相对安全性高一些, 且价格适中。氯米帕明睡前服用, 7 岁以下每次 10mg, 7 岁以后每次 25mg。麻黄碱 12.5 ~ 25mg, 每晚 1 次。氯酯醑(遗尿丁) 0.1g, 每日 2 ~ 3 次。颠茄酊 0.25 ~ 0.5ml, 每日 3 次, 用于有尿急或尿频的原发性白天遗尿。近来也有文献报道麻黄碱、颠茄酊治疗遗尿无效。

(四) 中医治疗

中医认为,尿的正常排泄,有赖于膀胱和三焦的气化功能,而三焦的气化,又与肺脾肾等脏有关,如由于先天不足或后天失调以致肾阳不足,下元虚寒形成遗尿;另因肺气不足影响膀胱作用,不能利导以致遗尿。因此遗尿的发生,有虚实之分,且涉及多个脏腑。

1. 中药治疗 根据临床表现,遗尿主要有3种证型。①下元虚寒型:主要表现为遗尿次数多、腰及下肢怕冷、软弱无力,治疗以菟丝子散加减。②肺脾气虚型:主要表现为夜间遗尿、全身疲乏无力、食欲差、自汗,治疗以补中益气汤合缩泉丸加减。③肝经湿热型:主要表现为遗尿色黄味腥臊、急躁易怒、梦多磨牙,治疗以龙胆泻肝汤加减。

2. 针灸治疗 体针穴取中极、关元、气海、肾俞、膀胱俞、三阴交、大敦等,根据证型施补泻手法,可联合使用脉冲治疗仪,或加用灸法,能增强疗效;也可在百会穴施温和灸;可用小号或中号火罐在肾俞穴施拔罐法,留罐5~10min。隔日1次,5次为1个疗程。

耳针穴位以肾、膀胱、三焦为主穴,配合肝、神门、脾或胃穴,或用王不留行籽贴压,嘱其每日按压3次,每次5min。埋线穴位为次髎、三阴交、肾俞、膀胱俞,每个穴位可埋0.5~1cm的羊肠线,每2~3周治疗1次,疗效持续时间长。头针主要是用电针或手捻针柄来刺激双侧足运感区。可在双侧小指遗尿点(小手指背面第二横纹中点处阿是穴)用条形胶布固定绿豆或人丹数粒,以有压迫感又能忍受为度,次日取掉胶布,8~12d为1疗程。

3. 推拿捏脊疗法 ①小儿推拿:实证以清热平肝为主。取穴:清肝经200~300次,掐肝经200~300次,清小肠经100~200次,清心经100~200次,补肾经100~200次,揉丹田100~200次,捣小天心100~200次。虚拟证以健脾补肾固涩为主。取穴:补肾经200~300次,补脾经200~300次,揉肾俞100~200次,揉丹田200~300次,按揉三阴交100~200次,灸百会5min。每日1次,5d为1个疗程。②捏脊法:取俯卧位,裸露患儿脊背,医者双手拇指和示(食)指捏起皮肤,从长强穴一直沿督脉向上提捏至大椎穴,如此反复5遍。最后1遍时,每捏椎3下时,将两手之间的皮肤向后提一下。捏脊后再作按揉腰背3~5遍。每日1次,10次为1个疗程。

4. 其他治疗 还有外敷药物疗法、穴位磁疗等,对儿童遗尿症都具有一定的治疗效果。如有报道称采用敷脐疗法,取丁香、肉桂、补骨脂、五倍子各等量,诸药共研细末,临证每次取5g,用适量白酒调糊,敷于患儿脐部,每日换1次,效果佳。

功能性遗尿症患儿的预后较好。常常表现为遗尿的次数先逐渐减少,直到最后完全停止遗尿,突然痊愈者较少见。对未经治疗的遗尿患儿长期追踪调查发现,间歇性遗尿者的预后比每日都有遗尿的好,原发性遗尿者的预后比继发性遗尿者好,11岁以上的遗尿患儿预后,女孩比男孩好。有报道发现,患儿所处的环境如果经济条件差、社会地位低、居住条件拥挤,则遗尿症发病率较高,且预后较差。另外,具有行为障碍者迁延时间较长。男孩停止遗尿时间较女孩为晚。一般日间遗尿较夜间遗尿先停止。

第二节 儿童遗粪症

儿童遗粪症指儿童4岁或智龄在4岁以上,不明原因的反复随意或不随意地在社会文化背景不能认可的地方大便,大便的物理性质通常正常或接近正常。不包括神经系统疾病、

躯体疾病、感染等所引起的遗粪现象。儿童遗粪症早在 1881 年由 Henoch 作了描述,1925 年 Potosky 首先采用“遗粪症”这一名称。1960 年 Berg 和 Jones 又称儿童遗粪症为功能性大便失常。

与排尿的生理机制类似,粪便的排泄除了受肛门括约肌的直接控制外,也受到大脑的控制,有意识的粪便排泄需要在儿童的大脑发育到一定程度才能形成。

遗粪症分为原发性和继发性两类:①原发性指儿童从未养成控制大便的习惯,从婴儿期就开始持久存在的遗粪。②继发性指小儿已经养成控制排便习惯相当时间之后发生遗粪。多数在幼儿园或小学时发生。1988 年 Walker 等报道,在学校儿童中,功能性遗粪症患病率估计为 1.5%~7.5%,患儿多为低层社会经济人群,且男孩较女孩多见,男孩与女孩之比为 3~4:1。

一、病因

一般认为,遗粪是多种因素相互作用的结果,其中包括精神因素、遗传因素、不良如厕训练、不良的生活习惯和生活方式等。

(一) 排便习惯训练不当

不良的训练方式或根本不加训练是造成遗粪症的常见原因。合适的训练时间一般在 18 个月龄以后较好。此时,孩子对自己身体上与排泄有关的部位及其功能、排泄程序,以及如何使用厕所或便盆等,都有了一定的感性认识。家长要细心观察孩子有无自主排泄的意识或行为,帮助孩子自我训练。不可按照自己的主观意愿,强迫孩子进行排泄训练,过分严格地要求孩子执行。如果孩子不清楚应该规律性排便,受到强迫,没有便意时反复执行家长的命令,很容易形成心理冲突,引起强烈的反抗情绪,会使以后的如厕训练困难增加。此外,家长对训练成功或失败时的态度也很重要,如成功时显得过分高兴,失败时则严厉斥责,或过分渲染大便如何脏等,也会产生很大的负面心理后果,直接影响孩子排便训练的成功。

(二) 心理因素

强烈的精神刺激、慢性长期的精神创伤和严重躯体疾病的折磨都构成了对孩子严重的心理打击,尤其是处于养成良好排便习惯的关键时期,如果父母离异或死亡、母婴关系不良、住院手术或躯体疾病等都会在孩子心理上产生不良影响,很难掌握排便的要领,更不会选择马桶或便盆,而引起遗粪症。也有许多孩子形成正常排便习惯后,由于明显生活事件而出现遗粪现象。如有些孩子刚入学,不习惯于新的环境,或因一些错误受到教师的严厉批评,或是做了坏事受到家长的责罚,产生心理矛盾而紧张焦虑,引起遗粪现象。

(三) 不良的生活习惯和生活方式

如从小养成过分顽皮、贪玩习性的孩子,往往在玩耍的过程中将大便解于裤子里。有情绪障碍或品行障碍的孩子,可以出现随意大便的现象。

此外,儿童排便时疼痛产生排便恐惧,或因便秘、生理性嵌塞等都可以引起遗粪。儿童生活环境恶劣、遗传素质等在遗粪症的发病中也起一定的作用。

二、临床表现

主要表现为患儿不能随意自我控制大便,而大便于裤子内,或随意将大便排于当地风俗习惯、文化背景所不允许的地方。遗粪症患儿的遗粪症状常反复出现,排出的大便物理形状和性质正常或基本正常。一般没有腹泻,往往多发生于白天,尤其在学校上学时,夜间遗粪者较少,躯体检查和神经系统检查正常,脑电图和血、便常规检查均正常。智力正常,也无其他精神症状。

三、诊断

CCMD-3 关于遗粪症的诊断标准为以下几点。

(1) 年龄或智龄在 4 岁以上,反复出现在不恰当的地方排便(如裤子里、地板上),大便性状通常正常或接近正常。

(2) 每个月有 1 次遗粪,至少已 6 个月。

(3) 不是由于精神发育迟滞、脊髓神经病变、意识障碍、腹泻,或肛门括约肌功能障碍所致。

(4) 本障碍可以只是独立症状,也可以是更广泛的障碍的一部分,尤其是情绪障碍或品行障碍组成部分。

需要排除以下几种疾病。

(1) 各种原因所致的腹泻:如急性或慢性肠炎或痢疾所致的腹泻,有时也可出现大便失禁,但有腹痛或其他全身症状,大便常规化验有异常等,当腹泻控制后,大便失禁消失可资鉴别。

(2) 肛周疾患:肛门检查及指检可有异常发现。

(3) 无神经节性巨结肠症:为先天性大肠及直肠的神经节细胞缺损,可有大便失禁、潴留、肠梗阻等症状,有特殊的 X 线改变。

(4) 脊柱裂及各种脊髓病变有相应的病史及神经系统改变的症状如感觉障碍及瘫痪,可供鉴别。

(5) 重性精神病或严重的精神发育迟滞,此类患儿有明显的精神症状及智力低下的表现。

DSM-IV 将遗粪症分为两个亚型,其中“伴有便秘和液状物溢出”的通常称为“潴留性遗粪症”;“不伴有便秘及液状物溢出”的则称为“非潴留性遗粪症”。

必须注意本病与因其他精神疾病产生的遗粪之间没有明确的界限,鉴别的指征是,如果遗粪症是主导现象则属于本病;反之,遗粪少于每个月 1 次,且伴有其他精神障碍,则应诊断为其他精神疾病。遗粪症与遗尿症常可伴发,这时遗粪症诊断优先。儿童遗粪症有时也可在器质性疾病如肛裂或胃肠道感染之后出现,如果器质性状况足以解释大便失禁时,应将之视为惟一的诊断;如果只作为诱因而不是充分原因,则应诊断为遗粪症。重性精神病或精神发育迟滞的患儿,会有明显的精神症状或智力低下的表现,虽然出现遗粪症状,但仍诊断原发病。因此,对于有大便失禁症状的儿童,必须认真仔细地了解有关排便情况的病史,进行

细致的体格检查、精神检查及神经系统检查,必要时,完善各种辅助化验检查,在完全排除了其他器质性疾病后,才能做出儿童遗粪症的诊断。

四、治 疗

本症绝大多数患儿预后较好,男孩6岁以后,女孩8岁以后遗粪症状逐渐减轻,极少数患儿16岁以后仍有遗粪现象,白天发生遗粪者比夜晚发生遗粪者预后好。

(一) 预防为主

从小训练孩子良好的排便习惯,是预防本病的最为有效的方法。1~2岁时,可培养孩子每日定时排便,教会孩子允许排便的地方和排便的程序。从小纠正儿童随地大小便的不良习惯,及时治疗腹泻、便秘等躯体疾病,避免精神创伤,防止孩子产生持续的心理矛盾等,对于预防本病的发生均有意义。

(二) 心理治疗

对于有明显诱因者,应及时做适当的心理治疗以消除诱因。对于暂时无法解决的问题,或过去受到的精神刺激,要帮助患儿对这些心理因素正确认识、正确分析,减轻或消除其对患儿的影响。同时,家长、医生及周围人要对患儿表示出理解和同情,应重视支持、鼓励、安慰性言语的应用,避免用讥笑、歧视、惩罚的手段对待患儿。

常用的心理治疗方法为操作性行为疗法。当患儿能正确排便,或在恰当的地方自动排便后,家长应及时表扬,给予阳性强化,使其正常排便行为慢慢地固着下来。当患儿出现不良的排便行为或诱发因素时,即给予消退性抑制,以逐渐减少或改善遗粪症状。

(三) 药物治疗

对于遗粪症伴有情绪焦虑、抑郁者,可应用抗抑郁、抗焦虑药治疗,如可选用丁螺环酮每日5mg口服;丙咪嗪每日12.5~50mg口服;麦普替林每日12.5~50mg口服;氟西汀每日10mg口服。但应用三环类抗抑郁药时,要特别注意其对心脏的不良反应,需在医生指导下用药。

(四) 中医治疗

针对患儿的病情进行辨证施治。对便秘伴遗粪者,治疗原则是通因通用,用大承气汤加减治疗。亦可选用足三里、长强、大椎等体穴进行针灸、电针及埋线治疗,也有一定的效果。

(陈一心 王 蓓)

参 考 文 献

1. 陶国泰主编. 儿童少年精神医学. 南京:江苏科技出版社,1999
2. 上海第一医院等主编. 临床精神医学. 长沙:湖南科学技术出版社,1984
3. 李雪荣主编. 现代儿童精神医学. 长沙:湖南科学技术出版社,1994

4. Michael H. Ebert , Peter T. Loosen , Barry Nurcombe 主编. 孙学礼主译. 现代精神疾病的诊断与治疗. 北京 : 人民卫生出版社 2002
5. Edwin J. Middelisen , M. D. , Enuresis and Encopresis : Ten Years of Progress . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 40(10)

第九章 儿童睡眠障碍的治疗

第一节 概 述

睡眠是一种生理现象,是个体基本的生理需要。睡眠与觉醒周期的建立与环境因素有关。例如人们多数在白天觉醒,黑暗时睡眠,即形成了生物钟现象。反之,人若在晚上觉醒,白天睡眠,那么他的生物钟将作相应的调整,节律与前者相反。人类生命的 $1/3$ 是在睡眠中度过的,睡眠的时间和质量与健康有非常重要的关系,人若不睡眠则将产生一系列精神和躯体症状。睡眠结构、睡眠质量及睡眠后复原程度是反映人脑正常节律性活动功能的重要指标之一。

一、睡眠的生理解剖

长期以来,医学家们探讨睡眠均从寻找睡眠中枢开始。经大量的刺激和破坏性实验证明,下丘脑的视交叉上核或第三脑室侧壁与睡眠密切有关,当这些部位病变时,将出现持续性昏睡,出现觉醒—睡眠周期缺失的非生理性睡眠现象。近些年来的研究还证明,与睡眠有关的解剖结构相当广泛,它至少包括额叶底部、脑部皮质、视交叉上核、中脑被盖的巨细胞区、蓝斑、缝际核、延髓网状结构及网状上行激活系统等。其中视交叉上核及其相关联的视网膜—下丘脑束在觉醒—睡眠周期中有自身节律性活动的功能。在动物中,该部位为生理周期的起始点,在人类中则可能为复杂的自动节律起始点的一部分。

正常的生理性睡眠与脑结构完整及神经递质平衡密切相关。例如,脑桥缝际核破坏则慢波睡眠将消失;蓝斑是众所周知的去甲肾上腺素能神经元集中地,该区受到破坏也可使快速眼动睡眠消失。因此不同脑区的病损将产生不同的病理性睡眠。

二、正常的生理睡眠

脑电图记录是研究睡眠常用的手段。根据脑电图发生的一系列变化,睡眠可分为非快速眼动(non-rapid eye movement, NREM)睡眠和快速眼动(rapid eye movement, REM)睡眠两相,在睡眠的过程中 NREM 和 REM 两者交替进行。

1. 非快速眼动睡眠 非快速眼动睡眠又称为慢波睡眠(slow wave sleep, SWS),此相睡眠闭眼,平稳入睡,无快速眼球运动,无体动。此期副交感神经兴奋较显著,血压、脉搏、呼吸

和新陈代谢均有所降低,又称为安静睡眠期。NREM睡眠又分为四期:

1) I期:思睡—入睡期,人处于倦睡的状态,脑电节律变慢, α 指数减少,并逐步形成低电位的 $\alpha-7\text{Hz}$ 波,眼球有轻微游动,若给予轻微刺激, α 波又可出现,此期可见睡眠纺锤波。

2) II期:浅睡期,脑电中出现短暂性 $13\sim 15\text{Hz}$ 的规律性低电位活动(β 波),每阵 $0.5\sim 1.0\text{s}$ 。而后出现短促的高电位慢波(K综合波)和睡眠纺锤波。此外,在颅顶部还可记录到尖波和慢波。

3) III期:深睡期,脑电图上出现高电位 δ 波,自额叶向中央回扩散,各导联中占 $20\%\sim 30\%$ 。

4) IV期:深睡期,高电位 δ 波占 50% 以上。慢波睡眠与脑干网状结构活动减弱有关。

2. 快速眼动睡眠 又称D—睡眠(或梦睡眠、去同步睡眠、异相睡眠),脑波活动为去同步不规则波,并有低波幅快波,伴有快速眼球运动。新生儿此期可见微笑、皱眉或吸吮等动作。大多数人在REM睡眠时做梦,并易被唤醒,故又称为活动睡眠期。此相的脑电图与SWS相的I期相似,但对环境刺激的阈值很高,因此也有反相之称。此期,全身肌肉松弛,但眼睑和眼外肌呈快速收缩。健康成年人REM睡眠占 $20\%\sim 25\%$,所需时间因人而异,差异很大。一般来说,儿童长一些,随着年龄的增长而缩短。

3. 生理睡眠周期 正常成人入睡后在几分钟之内即进入NREM睡眠第I期和第II期,一般在入睡 $30\sim 45\text{min}$ 后进入第III、第IV期睡眠。由于年龄不同,慢波睡眠可持续几分钟至 1h 不等,然后睡眠变浅,又返回到第II期睡眠。在开始入睡后 $75\sim 90\text{min}$ 出现第一次REM睡眠,此时伴有快速眼球运动和肢体转动,一般持续 $5\sim 10\text{min}$,又进入NREM睡眠第II期,约 90min 以后,又出现第二次REM睡眠,如此周而复始,REM和NREM睡眠交替出现。一般每晚可出现 $4\sim 6$ 个睡眠周期。第一次出现的REM睡眠,其眼球转动频率、不规则呼吸和梦境是REM睡眠周期中强度最小者。在睡眠过程中,REM睡眠持续时间和强度逐渐增加,最后一个REM睡眠可持续 $20\sim 60\text{min}$ 。相反,NREM睡眠第III、第IV期逐渐减少,在最后的睡眠周期中常常没有NREM睡眠第III、第IV期,最终睡眠主要由NREM睡眠第II期和REM睡眠组成。自入睡开始至第一个REM出现,称为“REM潜伏期”。此期在某些睡眠障碍、情感性障碍及抗抑郁药的作用下可出现特征性改变,因此在临床上具有重要意义。

三、儿童各年龄阶段睡眠结构变化特点

(一) NREM 睡眠变化

(1) 新生儿NREM睡眠与REM睡眠时间大致相等,此时NREM四期之间界限模糊,出生后第六周才出现第II期睡眠。

(2) 新生儿睡眠和清醒时的脑电图无大差别,2岁时睡眠纺锤波才发育成熟。

(3) 新生儿NREM睡眠占 50% ,至青少年时期占每日睡眠总量的 80% 。

(二) REM 睡眠变化

(1) REM睡眠总量随年龄增长而逐渐减少。在妊娠 $30\sim 32$ 周时,胎儿在母体内已建立了较规律的睡眠—觉醒周期,30周的胎儿REM睡眠占全日睡眠时间总量的 80% ,36周

为 60% ,新生儿为 50% ,1 岁时减至 30% ,青少年则为 20%。

(2) 新生儿入睡第一阶段即为 REM 睡眠 ,而成人则无。

(3) 自出生后第 4 个月起 ,睡眠模式渐渐由新生儿的“觉醒→REM 睡眠”模式向成人的“觉醒→NREM 睡眠”模式转变。

(4) REM 周期逐渐延长 ,新生儿 REM 睡眠周期短 ,约 50min 出现 1 次 REM 睡眠 ,青少年和成人 90min 1 次。

(三) 正常睡眠模式的建立

新生儿时期睡眠时间有个体差异 ,平均每日睡眠为 16 ~ 17h ,睡眠和觉醒周期相对短。3 个月婴儿睡眠量略减 ,但周期较长些。3 个月婴儿 70% 夜间能顺利入睡 ,至 6 个月时 ,85% 入睡顺利 ,1 岁儿童中约有 10% 每晚有夜醒 ,此时大多数儿童已建立了较稳定的睡眠模式 ,即长时间夜间睡眠和早、午小睡模式 ,但随着年龄的增加 ,逐渐过渡为一个夜间睡眠周期而无白天小睡的睡眠模式 ,直至儿童末期或少年期。

四、睡眠障碍分类

《国际疾病分类》(ICD-10)中的精神与行为障碍分类将睡眠障碍分为非器质性睡眠障碍和器质性(或非心因性)睡眠障碍 ,后者包括在 ICD-10 第六章神经系统疾病中。

(一) 非器质性睡眠障碍

- (1) 非器质性失眠症。
- (2) 非器质性嗜睡症。
- (3) 非器质性睡眠—觉醒节律障碍。
- (4) 睡行症(夜游症)。
- (5) 睡惊症(夜惊症)。
- (6) 梦魇。
- (7) 其他非器质性睡眠障碍。
- (8) 未特定的非器质性睡眠障碍。

(二) 器质性或心因性睡眠障碍

- (1) 睡眠—觉醒节律障碍。
- (2) 睡眠呼吸暂停综合征。

第二节 夜 醒

夜醒(night waking)是指儿童在夜间睡眠时常常醒来 ,不能持续地整夜睡眠。为儿童时期常见的睡眠障碍之一 ,好发于 1 ~ 2 岁儿童 ,无明显性别差异。Richman(1985 年)报道在 12 ~ 24 个月的婴幼儿中每晚至少需要 1h 才能入睡或睡后常常醒来的占 20%。Parke(1985 年)报道在 3 岁的儿童中每晚有夜醒的占 6% ,每周有 4 ~ 5 个晚间出现夜醒的占 4% ,每周

有1个晚间出现夜醒的占28%。本病预后较好,随着年龄增长及神经系统逐渐发育完善,疾病可获痊愈。

一、病因

1. 护理方法不当 儿童发生夜醒常来自父母不正确的哺育方法,而不在于儿童本身。本来儿童正常睡眠模式的建立需要保持规律性,而有些父母却给予儿童过度的关注,儿童在睡眠中略有不安便立刻将其抱着、拍着、摇着,甚至使之含着乳头入睡,这直接影响了儿童正常睡眠模式的建立,使儿童养成不良的睡眠习惯。

2. 家庭和环境因素 父母感情不和,家庭气氛紧张,母亲的焦虑或抑郁情绪均可促使儿童入睡困难和夜醒。睡前精神刺激,听到或看到恐怖的事情,父母打骂体罚,亦是造成夜醒的原因。睡眠环境喧闹嘈杂,光线刺激,居室温度过冷或过热,婴儿衣被不适,饥饿、口渴等均可引起夜醒。较大儿童睡眠障碍多因睡前过度兴奋、激动,睡眠习惯不良,睡前听令其兴奋的故事等。

二、临床表现

夜醒儿童由于没能建立起昼醒夜眠的节律,表现为夜间不能持续睡眠,容易惊醒,轻者2~3次,重者4~5次,并伴有哭闹不安,迫使父母每晚要消耗1~2h来照顾半夜醒来的婴儿,有的儿童昼睡夜醒,睡眠节律颠倒;有的不愿意上床睡觉,要求抱着睡或者要听故事等。因此 Parkes 认为儿童最大的睡眠问题是频繁夜醒或反对上床入睡,而不是睡中异常。

三、诊断与鉴别诊断

根据儿童夜间不能持续睡眠、夜醒、哭闹等症状,不难诊断。但要与婴幼儿因躯体疾病引起的哭闹不睡觉相鉴别,如儿童感冒发热、腹痛等疾病。

四、治疗

1. 心理治疗 要向父母了解家庭环境以及父母对患儿睡眠问题所产生的情绪反应,针对这些情况,进行支持性心理治疗,包括解释、安慰、指导,以消除父母心理困扰,建立信心,纠正不合理的抚育方法。对家庭中的冲突、不良的环境刺激应适当协助解决。

2. 行为疗法 了解患儿睡眠中存在的具体问题,包括近2周儿童夜醒的频率、持续时间及父母所采取的措施。将所获得的资料加以综合分析,在减少日间睡眠的基础上,建立一个规律的睡眠计划,消除父母的疑虑。其效果较服安眠镇静药为佳。儿童睡眠的差别关键在于不同的条件和学习模式。若将睡眠良好的儿童和睡眠不好儿童放在同一张床上睡觉,后者的睡眠问题可以得到改善。还可采用消退法,父母应对夜醒行为有意识的忽视,让儿童学习自己入睡。由于患儿的哭闹行为不予理睬在许多父母看来无法接受,Richer 创造了一

种按时唤醒法(scheduled awakenings) ,作法是先了解一般儿童夜醒规律 ,然后安排在其自然觉醒前 15 ~ 30min 将其唤醒 ,喂食 ,再令其入睡。

3. 创造良好的睡眠环境 安静的居室环境 ,适宜的温度 ,新鲜的空气 ,温暖而舒适的衣被 ,减少睡前过多的刺激 ,这些都有利于入睡和充分的熟睡。

4. 药物治疗 一般轻症不主张药物治疗。对夜眠过少 ,哭闹不安者可给地西泮(安定) 1. 25 ~ 2. 5mg ,或氯氮䓬(利眠宁) 2. 5 ~ 10mg ,每晚 1 次 ,以协助建立新的睡眠规律 ,但用药时间要尽量缩短。

第三节 磨 牙 症

磨牙症(grinding teeth)又称睡眠磨牙 ,是指儿童在睡眠时咀嚼肌发生节律性运动 ,使上下牙齿不断摩擦 ,并发出响声。为儿童时期较常见的睡眠障碍之一。本病各年龄均可发生 ,国外报道儿童患病率为 5% ~ 10% ,并且随着年龄的增长而减少 ,无明显性别差异。

一、病 因

有关病因的说法不一 ,包括心身因素、牙齿错合等 ,实际两种因素常同时存在。在心理应激情况下 ,咀嚼肌是首先受累的肌肉之一 ,可引起肌肉紧张。Yemm(1986 年)发现个体受刺激后 ,肌电图显示咬肌和颞肌活动增多 ,尿中肾上腺素和去甲基肾上腺素含量增高。儿童情绪焦虑时磨牙症状最显著。

二、临 床 表 现

磨牙症是以睡眠时候刻板地研磨牙齿和紧咬牙关为主要特征 ,多发生于小儿出牙时 ,症状可延续到青少年 ,也可发生在有义齿的年长者。磨牙能发出令人不愉快的摩擦声 ,干扰他人睡眠 ,且可引起疼痛 ,损坏牙齿 ,损伤软组织 ,导致牙周病。在磨牙同时常伴有身体运动。有报道认为 ,牙齿摩擦可引起心率加快。磨牙主要发生在 NREM 睡眠第 II 期 ,可伴有眼球慢运动。

三、诊 断

根据儿童在睡眠中经常出现磨牙 ,伴有肢体运动 ,扰乱他人睡眠等症状 ,一般诊断不难。磨牙症的诊断标准为以下几项。

(1) 孩子或家长抱怨睡眠时磨牙或紧咬牙关。

(2) 有以下一个或一个以上的表现 :①牙齿异常磨损。②与磨牙有关的声音。③颌肌不适。

(3) 多导睡眠脑电图有下列两个表现 :①睡眠时颌肌运动。②没有相关的癫痫活动。

(4) 没有其他全身疾病或精神疾病。

(5) 可能有其他形式的睡眠障碍。

四、治 疗

目前尚无理想的药物治疗磨牙症,苯二氮_卓类药物有一定作用。其他疗法包括有自我暗示、肌肉松弛练习、厌恶疗法、生物反馈疗法等,可能有一定效果。重症患者可使用夜间牙齿保护器。

第四节 夜 惊 症

夜惊症(night terrors)又称睡惊症,是指一种常见于幼儿的睡眠障碍,主要表现为睡眠中突然惊叫、哭喊、伴有惊恐表情和动作和心跳加快、呼吸急促、出汗、瞳孔扩大等自主神经兴奋症状。通常在夜间睡眠后较短时间内发作,每次发作持续1~10min。发作后对发作时的体验完全遗忘。多见于4~12岁儿童,4~7岁为发病高峰。男略多于女。患病率为1%~4%。

一、病 因

1. 遗传因素 Kales(1980年)报道50%的患儿有家族史。
2. 心理因素 睡前听了紧张、兴奋的故事,看了惊险的电影等会诱发本病发生有关。家庭气氛紧张和意外生活事件也可引起夜惊。

二、临 床 表 现

夜惊症常发生在NREM睡眠第Ⅲ、Ⅳ期,一般在入睡后的0.5~2h之内出现。患儿在睡眠中突然哭喊惊叫、惊起,两眼直视或紧闭,手足乱动、坐于床上或跳至床下,表情十分惊恐,气急颤抖。意识呈现朦胧状态,对周围事物毫无反应,呼之不应,极难唤醒。发作时伴有呼吸急促、心跳加快、瞳孔扩大、出汗等自主神经症状。严重时患儿可以一夜发作数次。一般发作持续1~10min后又复入睡,次日早晨对发作往往不能回忆。

三、诊 断

《中国精神障碍分类与诊断标准》(第3版)(CCMD-3)诊断标准如下:①反复发作的在一声惊恐性尖叫后从睡眠中醒来,不能与环境保持适当接触,并伴有强烈的焦虑、躯体运动,及自主神经功能亢进(如心动过速、呼吸急促,及出汗等),持续1~10min,通常发生在睡眠初1/3阶段。②对别人试图干涉夜惊发作的活动相对缺乏反应,若干涉几乎总是出现至少几分钟的定向障碍和持续动作。③事后遗忘,即使能回忆,也极有限。④排除器质性疾病(如痴呆、脑瘤、癫痫等)导致的继发性夜惊发作,也需排除热性惊厥。睡行症可与夜惊并存,此时应并列诊断。

四、鉴别诊断

1. 梦魇 本病应与梦魇相鉴别。梦魇是作噩梦时引起的焦虑或恐惧发作。与睡惊症相反,梦魇发生于睡眠的后半段,很容易被唤醒,而且对梦的经过能详细、生动地回忆。

2. 癫痫 癫痫绝少只在夜间发作,少数癫痫患儿也有表现夜惊的发作形式,故应结合癫痫的其他症状和脑电图检查加以区别。

五、治疗

夜惊一般不致带来严重的后果,无需特殊治疗。

1. 保持良好的习惯 良好的卫生习惯及舒适的睡眠环境可起一定的预防作用。要避免白天过度兴奋紧张,合理安排生活程序,改善睡眠环境,消除影响睡眠的不良因素。夜惊发生时,父母应及时安慰,使患儿重新入睡。对频繁发作者,可在入睡后 1h 左右叫醒患者,可能改变其睡眠结构,消除发作。

2. 心理治疗 主要是帮助患儿找出发病的原因,解除紧张情绪,特别是夜惊影响到正常的生活及学习时,患儿往往产生烦恼的情绪反应,此时夜惊更易发作。心理治疗对解除患儿的烦恼情绪相当有益。

3. 药物治疗 效果目前尚不肯定。发作频繁者,可用小剂量镇静剂,或用小剂量的三环类药物,可试用阿普唑仑,每晚睡前服用 0.4mg,或氯硝西洋 1~2mg,每晚睡前口服,或者丙咪嗪 12.5~25mg,或卡马西平 50~100mg,每晚睡前口服。

4. 针灸和推拿 也可采用,针灸可取安眠、内关、大椎等穴位。

5. 其他治疗 如有癫痫或其他躯体疾病应及时治疗。发作可以持续好几年,当这些症状持续到青春期,或者成年期时,就应考虑有没有潜在神经精神疾病。

第五节 梦 魇

梦魇(nightmare)又称梦中焦虑发作,是指儿童从噩梦中突然惊醒,对梦境中的恐怖内容能清晰回忆,并心有余悸。通常在夜间睡眠的后期发作。本病常见于 5~10 岁儿童,其中 6~7 岁发病率最高。有些儿童,特别是 3~4 岁的儿童,还不能正确区分现实与梦境。实际上所有儿童至少偶尔有过梦魇的体验。本症预后良好,随年龄增长可减少或消失。

一、病因

1. 心理因素 这是主要因素。睡前听紧张兴奋的故事,看恐怖惊险的电影,或教育不当,用威胁的方式哄小孩入睡。

2. 环境因素 卧室空气污浊,过热,被褥过厚,胸前或四肢受压。

3. 躯体因素 鼻咽腔疾病引起呼吸道通气不畅,晚餐过饱引起胃部膨胀感,以及阵发性血糖过低。

4. 药物因素 一些抑制 REM 睡眠的非苯二氮_卓类安眠药突然戒断时,由于 REM 反跳,导致做梦增多和梦魇的发生。

二、临 床 表 现

儿童睡眠中出现噩梦,梦对生命安全或自尊造成威胁的可怕的景象,如梦到猛兽追赶,或从高处落下而突然惊醒。醒后有短暂的情绪紧张、焦虑,身体不能转动,呼吸、心跳加快,面色苍白或出冷汗,全身肌肉松弛等。刚醒时对梦中景象尚有回忆。相同或相似的恐怖梦魇反复重现是十分常见的。梦魇常发生于 REM 睡眠,多在夜间后半段。

三、诊断与鉴别诊断

CCMD-3 的诊断标准如下:①从夜间睡眠或午睡中惊醒,并能清晰和详细地回忆强烈恐惧的梦境,这些梦境通常危及生存、安全,或自尊。一般发生于睡眠的后半夜。②一旦从恐怖的梦境中惊醒,患者能迅速恢复定向和完全苏醒。③患者感到非常痛苦。

本病主要与睡惊症鉴别。

四、治 疗

一般轻症不致带来严重的后果,无需特殊治疗即可自愈。若存在环境或躯体因素时,应改善环境和消除不良因素。在梦魇发作时可唤醒患儿,给予解释、安慰,待情绪好转后再使之入睡。也可用肌肉放松法,其主要是基于系统脱敏法的基本原理,在进行定期肌肉放松训练的基础上适当地想像其梦魇,引发紧张或焦虑时放松,一般历时 8 周。对于发作频繁者可短期给予氯丙咪嗪 12.5 ~ 25mg,以抑制 REM 睡眠;或氯氮_卓 5 ~ 10mg 或异丙嗪 12.5 ~ 25mg,每晚 1 次。

第六节 睡 行 症

睡行症(sleep-walking)以前称为梦游症(somnambulism)。指一种在睡眠过程中尚未清醒而起床在室内或户外行走,或做一些简单活动的睡眠和清醒的混合状态。一般不说话,询问也不回答,多能自动回到床上继续睡觉。不论是即刻苏醒或次晨醒来均不能回忆。通常出现在睡眠的前 1/3 段的深睡期,特别是无梦的Ⅲ、Ⅳ期,故现改称为睡行症。多见于儿童少年,尤其是学龄期男童。睡行症没有痴呆或癔症的证据,可与癫痫并存,但应与癫痫发作鉴别。

约有 2% 的儿童由于大脑皮质抑制不足导致睡行症。国外资料表明 5 ~ 12 岁的儿童中约有 15% 发生过至少一次睡行。本病预后良好,至青春期可自愈。

一、病 因

1. 遗传因素 据统计,有 10% ~ 20% 的患儿有阳性家族史。父母有睡行症的儿童患病

率要比一般儿童高。单卵双生子同病率明显高于双卵双生子,并且双生子之间有很相似的睡眠结构。单卵双生子同病率与双卵双生子同病率之比为 6:1。

2. 神经发育不成熟 本病可能是由于神经生理发育不成熟所致,患儿的临床表现和脑电图改变,往往随着年龄的增长而逐渐消失。

3. 心理因素 情绪焦虑、家庭或学校中的矛盾与冲突、学习紧张等与睡行症发生有一定的关系。

4. 其他因素 某些器质性或功能性疾病,如感染或脑部创伤后遗症、癫痫或癔症可引起睡行症。

二、临床表现

睡行症发作时患儿从睡眠中突然起床,到室内外进行某些活动,如跑步、来回徘徊,或做某些游戏活动,动作似有目的性。当时意识朦胧,睁眼或闭眼,步态不稳或敏捷,面部无表情,往往不语,偶尔也喃喃自语,但不能正确回答问题。患儿虽然意识不清,但有时能避开障碍,有时也绊倒或撞墙,甚至从楼窗跌下,或未穿衣服走至寒冷的户外。经过几分钟或几十分钟,又自动上床入睡。醒后,对梦游中的情况均不能记忆。轻症每个月发作 1~2 次,重症每周发作数次。

三、诊断

CCMD-3 的诊断标准如下。

(一) 症状标准

(1) 反复发作的睡眠中起床行走。发作时,睡行者表情茫然、目光呆滞,对别人的招呼或干涉行为相对缺乏反应,要使病人清醒相当困难。

(2) 发作后自动回到床上继续睡觉或躺在地上继续睡觉。

(3) 尽管在发作后的苏醒初期,可有短暂意识和定向障碍,但几分钟后,即可恢复常态,不论是即刻苏醒或次晨醒来均完全遗忘。

(二) 严重标准

不明显影响日常生活和社会功能。

(三) 病程标准

反复发作的睡眠中起床行走数分钟至 30min。

(四) 排除标准

(1) 排除器质性疾病(如痴呆、癫痫等)导致的继发性睡眠觉醒节律障碍,但可与癫痫并存,应与癫痫性发作鉴别。

(2) 排除癔症。

说明 睡行症可与夜惊并存,此时应并列诊断。

四、鉴别诊断

1. 睡惊症 本病与睡惊症关系极为密切,两者都被看作是唤起的障碍,特别是在最深的睡眠时相(第Ⅲ、Ⅳ期)的唤起。许多患儿都有这两种障碍之一的阳性家族史及两症共病的既往史。基于睡行症及睡惊症在病因及临床上的相似性,有人提出对两者的鉴别诊断通常只不过是判断何者为主,因而将这两种障碍看作是同一疾病分类连续谱中的一部分。但两者仍有较明显的区别,本病主要表现为睡中下床的异常活动行为,历时较长,而睡惊症则主要表现为强烈的焦虑情绪和自主神经症状,且历时较短。

2. 癫痫 癫痫发作时,个体对环境刺激完全无反应,而常见吞咽、搓手等持续动作。精神运动性癫痫很少只在晚上发作。脑电图中有癫痫放电可助诊断。

3. 分离性漫游 分离性障碍在儿童中少见。在分离性障碍中,发作持续时间要长得多,患者警觉程度更高,并能完成复杂的、有目的的动作,而且典型发作是开始于清醒状态。

五、治疗

应避免在儿童面前宣讲病情的严重性,消除使儿童产生恐惧焦虑的精神因素,发作频繁、严重者,应药物治疗。

1. 加强安全管理 睡行症患儿随着年龄的增长,神经抑制过程发育完善后,症状会自然消失,故一般不需要特殊治疗。由于睡行症是一种意识障碍情况下的活动,故易发生危险,如摔伤、碰伤等,患儿亦可能发生其他危险,如触电、烫伤、或用危险品自伤或伤人、损坏物品等。所以应加强管理,睡前关好门窗,收藏好危险品,及时制止其危险活动。发作时尽量唤醒患儿,安抚其重新入睡。应避免增加慢波睡眠的活动,如睡眠剥夺和倒班,还应避免患者憋尿上床,以减少夜间唤醒的可能性。

2. 药物治疗 睡行症药物治疗效果不够肯定,可以试用苯二氮䓬类药物或抗抑郁剂。如氯硝西泮 2mg 每晚睡前口服,或丙咪嗪 25mg 睡前口服。

第七节 失眠症

失眠症(insomnia)是一种以失眠为主的睡眠质量不满意状况,其他症状均继发于失眠,包括难以入睡、睡眠不深、易醒、多梦、早醒、醒后不易再睡、醒后不适感、疲乏,或白天困倦。失眠可引起患者焦虑、抑郁,或恐惧心理,并导致精神活动效率下降,妨碍社会功能。可见于青少年,儿童相对较少见。国外资料报道青少年有睡眠障碍者占 10% ~ 15%,而失眠症是睡眠障碍中最常见的一种。

一、病因

常见病因有心理社会因素,如家庭中的矛盾、冲突,父母不和或意外生活事件等导致情

绪紧张、焦虑、抑郁、恐惧等,可引起失眠;居住环境不良、喧闹嘈杂、光线刺激、生活习惯的改变、更换住所,长期影响生活及睡眠的规律性;个性人格特征、自幼不良生活习惯以及遗传因素也都可以成为引起失眠的原因。

二、临床表现

本症主要表现有入睡困难,在床上辗转反侧,长时间不能入睡;或睡眠表浅多梦,睡中醒转增多、早醒、醒后不适、疲乏等。上述情况有时表现为一种,有时是几种情况共同存在。失眠可引起躯体不适,如头痛、头晕、乏力,也可继发精神不振和注意力涣散等。

三、诊断与鉴别诊断

CCMD-3 的诊断标准如下。

(一) 症状标准

(1) 几乎以失眠为惟一的症状,包括难以入睡、睡眠不深、多梦、早醒,或醒后不易再睡,醒后不适感、疲乏,或白天困倦等。

(2) 具有失眠和极度关注失眠结果的优势观念。

(二) 严重标准

对睡眠数量、质量的不满引起明显的苦恼或社会功能受损。

(三) 病程标准

至少每周发生 3 次,并至少已 1 个月。

(四) 排除标准

排除躯体疾病或精神障碍症状导致的继发性失眠。

值得注意的是,如果失眠是某种躯体疾病或精神障碍(如神经症、抑郁症)症状的一个组成部分,不另诊断为失眠症。

诊断失眠症必须排除各种躯体疾病或其他精神疾病所伴发的症状。焦虑症以入睡困难为主,抑郁症常表现为早醒。由于人们所需正常睡眠的时间不尽相同,所以不能仅以睡眠时间长短作为诊断失眠的标准,而应以睡眠的质量及满意的睡眠时间来判断。对失眠的焦虑、恐惧心理可形成恶性循环,从而导致症状的持续存在。由于患者对失眠的严重程度往往有估计过重的倾向,睡眠脑电图检查有助于了解睡眠的实际情况和变化特点。失眠症一般表现为进入睡眠的潜伏期延长,睡眠时间缩短,再入睡过程中生理性觉醒增多,快速眼动睡眠期相对增加。

四、治疗

1. 一般性治疗 导致失眠症的发生原因有许多,首先应针对不同的原发因素处理,一

般应注意以下几个方面。

(1) 建立良好的睡眠卫生习惯,晚上不应睡得过晚,早上要早起床。有些睡得较晚的人认为早上应多睡会儿,以补偿睡眠时间不足,这很容易造成白天睡眠过多,导致次日晚上失眠,入睡困难,如后天继续晚睡,则继续晚起床,再次晚上入眠困难,以致形成恶性循环。所以不能养成睡懒觉的习惯,以避免失眠症的发生。

(2) 入睡前有放松的时间,不能从事激烈的体育活动,以防大脑过于兴奋造成失眠。

(3) 晚上应避免饮咖啡、浓茶,避免服用有兴奋性的药物。

(4) 调整或改善睡眠环境,如避免噪声、光线要暗淡等。

(5) 傍晚或早晨进行定期锻炼。

2. 行为疗法 行为疗法是治疗失眠症的主要方法,目的是消除失眠的主要驱动力——失眠焦虑,使患者躯体放松,解除对失眠的担心和联想,打断“焦虑→失眠→更焦虑”的恶性循环和睡前觉醒的条件反射。必要时还须借助于药物。

目前最常用的方法是控制刺激与限定、调整卧床时间,其原则是通过减少患者的卧床时间使患者的睡眠时间保持在卧床总时间的85%(即睡眠效率)以上。

具体要求 ①仅在睡意上床。②不在床上进行与睡眠不相关的活动(如进食、学习、看电视等)。③如果10min左右睡不着,就起来到另一房间,直至出现睡意,然后再回到床上睡觉,如果仍不能睡着,则重复进行,直至入睡。④每日早晨固定时间起床,而不论其实际睡了多长时间。经过一段时间的调整,睡眠效率可得到明显提高。

根据行为疗法的理论和原理,可以进行松弛训练,以改善睡眠前的紧张状态。训练可借助生物反馈治疗仪进行。逆转意图疗法也是行为疗法的一种,让害怕失眠的患者故意坚持不睡,躺在床上,不看电视、书报等,极力维持清醒、整夜不准入睡,而白天也控制自己不入睡,坚持正常的生活和学习等,直到患者抵制不住睡眠的需要,经过补偿性睡眠后恢复正常睡眠。

3. 自我诱导治疗 可用自我催眠的方法进行。患者躺在安静、舒适的床上,使意念放松,肌肉松弛,轻轻闭上眼睑,然后在宁静的气氛中缓慢反复地说:“我心宁静了……我四肢温暖了……我眼睑沉重了,我睁不开眼睛了……我疲惫了……我想睡了……我想睡了……”这种方法有时开始可能不太见效,应反复的体会与训练。对此法的效果争论较大,不少人认为此疗法效果不太巩固,有时也出现不良反应。

4. 森田疗法 森田正马在创造森田疗法时,就对失眠症的治疗进行了探讨。他认为许多失眠症是由于对不眠的恐惧引起的,而不是真正的失眠。患失眠症的人越是努力想睡越是精神紧张,有的还试用各种办法企图解决,反而使精神活动更加活跃,更难入睡。其中住院式森田疗法的第一期静卧期就是治疗失眠症的最佳治疗方法,他告诉患者,在静卧中如果感到要睡觉,不必选择时间,随时都可任意地躺在床上,如果睡不着,连续1周不睡也没什么妨碍,千万不要自己想办法勉强去睡觉。这样会很快使患者消除对不眠的恐惧,经过3~7d的时间就基本解决失眠的痛苦,而且也不会出现白天睡觉,夜间不眠的现象。这便是他“顺其自然”的道理。

根据森田疗法的原理,用门诊疗法及集体疗法治疗失眠症,可取得良好的效果。国内也有人用森田疗法治疗失眠症,取得了令人满意的疗效。

5. 药物治疗 苯二氮_䓖类药物(BDZ)对各种原因引起的失眠都有效,理想的催眠药应

能迅速诱导睡眠而无宿醉作用。可根据病情进行选择。入睡困难者可选用半衰期短的BDZ,如替马西泮、艾司唑仑、三唑仑。早醒者可用氟西泮、硝西泮。氟西泮在美国一直是最常用的安眠药之一,有助于入睡和维持睡眠时间,不良反应较少,长期应用较其他BDZ耐受性好。三唑仑是作用时间最短的安眠药,因很快在体内清除而无白天困倦受欢迎。然而最近几年围绕它的可能严重不良反应和依赖性(尤其大剂量时),引起关注和争论,其应用已大为减少。

BDZ可能增加呼吸暂停频率,特别是慢性气管炎患者,虽有很多相关报道,但结论尚不十分清楚,明智的办法是睡眠呼吸暂停患者最好不用BDZ。使用时应注意患者躯体情况,特别注意治疗中的不良反应,如宿醉、戒断反应、行为失控、记忆障碍等。应用时间不宜过长(不超过3~6个月)。长期应用有反跳性失眠的可能。应注意及时更换药物品种治疗。

要严格掌握用药指征,以免产生对药物的依赖,尤其是对青少年患者。长期用药可使病人失去对正常睡眠的信心,易导致对药量的一再增加,因此不宜长期用药,但也不宜骤停,要逐渐减量。另外,还要对躯体的其他疾病进行治疗,以免影响睡眠。

6. 中药、中西医结合疗法 中药对失眠也有效,毒副反应少,没有成瘾性,很受欢迎。市场及医院多出售中成药,中成药多为一些安神、补脑、益气等成分组成。但由于疗效显效缓慢且不显著,患者往往不能坚持服用。

中西医结合疗法是我国独特的医疗手段和方法,在世界医学史上具有重要的作用和巨大的影响,它是将两种医学体系有机地结合起来以达到最佳的配伍方案和临床最优的疗效。这种疗法,其临床疗效既高于西医,又优于中医,特别是对于失眠症的防治,具有重要的临床意义和较高的实用价值,具有以下几个显著的特点。

(1) 增效与减毒:在失眠症的防治上,现代医学运用的镇静催眠药虽然有较为可靠的疗效,但大剂量反复运用之后,不仅易使患者产生药物性依赖,而且还会带来一系列的毒副反应。而与中医中药合用时,既可增加其镇静催眠效果,同时中医中药还可减轻其毒副反应,使失眠症的防治达到临床最佳疗效。

(2) 治标与治本:在失眠症的防治上,西医西药有时只能达到治标作用,因为产生失眠症的原因较为复杂,现代医学有时尚缺乏有效的手段与方法,中医中药治疗则具有较大的优势,并有丰富的方法和较好的效果。在这样的前提下,当西医西药治标的同时,中医中药可治其病之根本,达到标本同治之目的,以使失眠症从根本上得到治疗。

(3) 急治与缓治:由于产生失眠症的原因较多,特别是一些顽固性失眠症,疾病困扰的时间较长,在短时间内可借用西药迅速起效的特点,而运用中医中药的方法进行缓治,使急治与缓治进行有机地结合,则可发挥各自的优势,弥补各自的不足,从而达到防治失眠症的目的。

(4) 有机地结合:中西医结合疗法,不是水加油的关系,而应该是有机地结合。这种有机地结合,充分体现两种医学各自的优势与特点,其临床疗效既高于西医,又优于中医,即是“1+1>2”的效用。在失眠症的防治上,若采用这种有机结合的方法,充分地体现出增效减毒、标本兼治、急缓有序的优势,一定能产生临床上的最佳疗效。这对于失眠症的防治具有重要的意义,所以要大力倡导失眠症的中西医结合疗法。

7. 失眠症治疗的误区 人们对失眠非常关注,出现错误认识和方法的情况亦十分常见,主要表现在以下几个方面。

(1) 对失眠缺乏正确认识:对于良好的睡眠来说,睡眠的时间固然重要,但更重要的是看睡眠质量。有的人睡眠时间虽少,但质量很高,次日能保持头脑清醒,精力充沛。这就不能简单地以时间少而判断为失眠。有一种错误做法,前一晚少睡了几个小时,试图次日早些睡以补回少睡的几个小时,结果适得其反,迎来的往往又是一个失眠之夜。

失眠者睡前常自我紧张,一上床就担心睡不着,于是强制地数数字、听钟表声等,结果反而造成大脑过度紧张,更不易入睡。睡前用温水洗澡、热水洗脚,做些轻松的文体活动,听些柔和的音乐,到户外散散步、看看夜景都会使精神放松。

(2) 对安眠药的不正确认识:一种错误做法是滥用安眠药,一出现失眠,就服安眠药,而不分析引起失眠的原因。针对失眠的原因采取适当的有效措施,就能自然纠正。只有一部分真正失眠者,才需要服用安眠药。尤其是患有精神疾病的,要使用专门的治疗方法,而不能单纯地治疗失眠。

另一种错误认识是,对安眠药抱着过分恐惧的态度,一服用安眠药就怕上瘾,因此,服服停停,结果使失眠长期不愈。其实,现在市面上常用的安眠药已经经过严格的优胜劣汰,一些不良反应大、成瘾性大的安眠药已经基本不用或少用了。虽然这类药物严格地说都可能有成瘾性倾向,但实际上,发生的仅是极少数,而且不严重;在临床使用上,医生也知道把握,因此这种恐惧心理是不必要的。

(3) 安眠药的不适当使用:①服用时间不适当。有的失眠者为了睡得好些,一吃过晚餐就早早服用,这其实是反映了对失眠的紧张。用于睡眠的药,一般最宜在睡前30min服,这段时间要放下紧张的活动和思考,这样当药物开始起效时就能自然地进入睡眠状态。②选择药物不合适。通常使用的安眠药是安定类药物,这类药在药物学上称为“抗焦虑药”,除了睡眠作用外,还有治疗焦虑的效果,当人处于安静状态时会有睡意,但当进行活动时,仍可保持清醒状态,所以不同于传统的安眠药。这类药物品种很多,作用大同小异,但作用特点各有偏重,睡眠作用时间也长短不一,不能随便服用。有的药作用仅几个小时,有的药作用长达几十个小时,所以,对于入睡困难的人来说,要选用短时类药,而对于早醒的人来说,要选用长时类药。短时类有三唑仑;长时类有氟西洋、地西洋、氯硝西洋;中时类有艾司唑仑、阿普唑仑。③不正确减量法。如果失眠情况好转可逐渐减药,但不可一下子停药,否则影响效果巩固,甚至会出现反跳现象。因此,减量一定要有一个过程,先可以减少一半,巩固一段时间,再予减少,最后可用1/4片维持一个阶段;换用药物时,也要有逐渐交替过程。很多失眠者的病情反复是由于减药不当引起的。

第八节 嗜 睡 症

嗜睡症是指白昼睡眠过度及睡眠发作的一种睡眠状态。本节讨论的嗜睡症是非器质性的,不是由于药物、乙醇(酒精)躯体疾病所致,也不是其他精神障碍(如神经症、抑郁症)的组成部分。

一、嗜睡症的原因

造成嗜睡症的原因多数是心理因素。

二、临床表现

其主要表现为白天睡眠过多,而并不是由于夜间睡眠时间不足造成的。一般说嗜睡症患者不如失眠症痛苦较重,对治疗的要求也不如失眠症患者。

三、诊断

CCMD-3 的诊断标准如下。

(一) 症状标准

- (1) 白天睡眠过多或睡眠发作。
- (2) 不存在睡眠时间不足。
- (3) 不存在从唤醒到完全清醒的时间延长或睡眠中呼吸暂停。
- (4) 无发作性睡病的附加症状(如猝倒症、睡眠瘫痪、入睡前幻觉、醒前幻觉等)。

(二) 严重标准

患者为此明显感到痛苦或影响社会功能。

(三) 病程标准

几乎每日发生,并至少已 1 个月。

(四) 排除标准

不是由于睡眠不足、药物、乙醇(酒精)、躯体疾病所致,也不是某种精神障碍的症状组成部分。

四、治疗

1. 心理治疗 由于嗜睡症不是器质性疾病,所以心理治疗最适合。嗜睡并非睡眠不足,应从生活习惯的行为方式方面来改变自己。同时告知家属嗜睡不代表懒惰。各种心理治疗方法都可试用,其中认知疗法、行为治疗、森田疗法比较适合。尽管目前尚不能肯定嗜睡症患者情绪等心理因素与发病的关系,但至少有部分患者能找到明确的联系,这部分人的心理治疗效果更好,心理治疗对预防复发的作用是其他疗法所达不到的。患者应避免驾驶、操作机器或其他可能发生危险的活动。

2. 药物治疗 嗜睡症可选用中枢兴奋剂对症处理,有时可很快见效。咖啡因可用于在重要场合保持警醒,但可能影响随后的睡眠。也可选用哌甲酯、苯丙胺、匹莫林等,可每日 1 次给药,由最低剂量开始,症状改善后及时停药,以免造成药瘾。使用时应注意药物不良反应。一般只能短期服用。

第九节 睡眠-觉醒节律障碍

人体内有“生物钟”控制睡眠的生理节律性,各种因素均可破坏生物钟的功能,导致睡眠与觉醒节律障碍,使患者的睡眠与觉醒节律与正常人不同,与环境所允许睡眠与觉醒节律不同步,患者主观感到失眠或嗜睡,导致对睡眠质量的持续不满状况,患者对此有忧虑或恐惧心理,并引起精神活动效率下降,妨碍社会功能。

一、基本认识

本症不是任何一种躯体疾病或精神障碍症状的一部分。如果睡眠-觉醒节律障碍是某种躯体疾病或精神障碍(如抑郁症)症状的一个组成部分,不另诊断为睡眠-觉醒节律障碍。睡眠-觉醒节律障碍有多种表现,如睡眠时相延迟综合征、时差综合征,均具有一定特征性,将在后面单列叙述。

二、临床表现

患者的睡眠与觉醒节律与多数人或者环境所要求的(即与患者所在环境的社会要求和大多数人遵循的节律)不符,别人睡觉的时候患者觉醒,别人觉醒的时候患者要睡觉。当睡眠-觉醒节律障碍成为其他疾病的组成部分时,则为继发性障碍。

三、诊断

CCMD-3 的诊断标准如下。

(一) 症状标准

(1) 患者的睡眠-觉醒节律与所要求的(即与患者所在环境的社会要求和大多数人遵循的节律)不符。

(2) 患者在主要的睡眠时段失眠,而在应该清醒时段出现嗜睡。

(二) 严重标准

明显感到苦恼或社会功能受损。

(三) 病程标准

几乎每日发生,并至少已 1 个月。

(四) 排除标准

排除躯体疾病或精神障碍(如抑郁症)导致的继发性睡眠-觉醒节律障碍。

四、治 疗

治疗的主要目的是养成良好的睡眠习惯。

1. 心理治疗 应视具体病情选择不同的心理治疗方法。有时发病是客观情况不允许与生物钟同步造成的,往往患者的主观情绪作用参与并加重了病情。心理治疗可以改变患者的认知、情绪及社会适应能力。森田疗法的理论能指导患者改变及适应正常的睡眠与觉醒节律。

2. 时相治疗

(1) 睡眠延迟 使患者处于每日 27h(睡眠-觉醒周期),逐渐延迟睡眠时间,每个周期推迟 3h,每次睡眠不超过 8h,其他时间不能小睡。这种 27h 日周期一直持续到睡眠开始时间顺延至本人认为合适的上床时间为止。此方法的主要缺点是打乱了日间活动。

另一种较为简便的方法是,在周末一个晚上整夜醒着,次晚较平时早睡 90min,该周余下的几日都在这一时间上床。每夜睡眠不超过 8h,其他时间不能小睡。可重复数周进行。

(2) 睡眠提前 指每晚都比前 1 日提早 3h 上床,直至提前至正常上床时间。此法实施起来会有困难。

3. 光疗 对睡眠与觉醒障碍也很适用。光疗的理论依据是:视网膜丘脑束将光信息传达到交叉上核,从而使人体内在的“昼夜节律起搏器”达到与明暗周期同步化。所以晚上作业人员应在暗的安静环境中休息,夜间给以相当太阳光的强光照明,逐渐达到新明暗周期同步化。

4. 药物治疗 临床上,应用松果体分泌的褪黑素(melatonin)以影响这一自律性周期性的改变,达到调整生物钟的效果。

第十节 睡眠时相延迟综合征

睡眠时相延迟综合征(delayed sleep phase syndrome, DSPS)指患者睡眠所占据的时间在 24h 昼夜周期中出现后移,患者虽有明显的入睡障碍,但一旦入睡,其睡眠的质和量均无明显改变。这是一种慢性睡眠-觉醒节律障碍,患者的主要表现是不能按照社会环境的要求入睡和起床,入睡晚和起床晚是其主要特点。

睡眠时相延迟综合征直至 1981 年由 Weitzman 和 Czeisler 等人描述。Weitzman 等(1981 年)发现 450 例原发性失眠者中有 30 例,其临床特点与众不同,主要表现为:①不能在所需要入睡的时刻入睡。②如果不遵守某作息制度起居,他们的睡眠模式并无改变,而且自己觉醒后复原程度良好。③长期对各种治疗的反应很不理想。这些患者较一般失眠者年轻,不具任何特殊的精神障碍。由于 DSPS 不具有睡眠维持障碍,国际睡眠障碍分类(1990 年)已将 DSPS 归入睡眠-觉醒节律障碍。

一、病 理 机 制

有关 DSPS 的发病机制远未完全阐明。Weitzman(1981 年)推测 DSPS 的发病与患者的

“相位反应曲线(phase-response curve, PRC)”异常有关。在昼夜周期的不同时间给予被试者有效刺激,并测定相位反应的方向和大小,即可绘制出 PRC。最常用的有效刺激便是亮光。据已有的研究表明,不仅物种与物种之间的 PRC 差异明显,而且同物种的个体之间 PRC 差异也比较明显。有人认为哺乳类动物的 PRC 特点类似于人类。人的睡眠-觉醒相位变换可能为睡眠时的清醒度所诱导,这些时段的 PRC 未降至零线。早醒会导致第 2d 晚上睡眠相提前,晚睡也会推迟整个睡眠相。PRC 的双相反应性使人每日入睡和起床的时间具有一定的弹性。Weitzman 认为 DSPS 患者 PRC 中的相位前置部分远不及正常人明显。因此, DSPS 患者一旦比正常情况晚入睡,睡眠相延迟结构就被激活,而且很难为后来有关提前睡眠相的努力(如提早起床)所完全逆转,其结果就是睡眠占据的时间段后移。只要患者不再更晚入睡,这样的睡眠-觉醒周期就会暂时维持下来。DSPS 患者的睡眠-觉醒周期一般不少于 24h,他们不可避免地要时常为其睡眠-觉醒周期增加 1~2h,例如在周末睡懒觉以弥补平时的睡眠不足,这样就进一步推迟其睡眠相,从而使其睡眠-觉醒节律恢复正常更为困难。如果以周或月为单位观察 DSPS 的睡眠-觉醒节律,就可以观察到他们的睡眠相呈稳步后移倾向。通过睡眠脑电图记录证实, DSPS 患者睡眠的质和量及睡眠结构与正常人相比没有明显差异。他们的主要问题在于其睡眠占据的时间段与社会生活环境发生了冲突,从而出现临床症状。

二、临床表现

1. 入睡晚 最突出的主诉是在正常人的上床时间里难以入睡。典型 DSPS 的入睡时间是深夜 2 点钟到早晨 6 点钟。无论他们多么早上床就寝,但非要等到长期形成的入睡时刻才能入睡。
2. 起床晚 一旦入睡就会睡得很深,一觉睡至天亮,早晨起不来,闹钟似乎叫不醒他们,因此他们会经常上学迟到。
3. 白天嗜睡 早晨一般是被强制性唤醒,所以白天总感睡眠不足,打瞌睡和精力不济,进而影响其工作和学习效率。
4. 每逢周末、节假日, DSPS 患者起床时间会更晚 初看是他们睡懒觉,其实他们是因为在节假日无需遵守平时的作息制度而可以按照其固有的睡眠-觉醒节律睡眠。在经过正常睡眠时间后, DSPS 患者会自己醒来,并感觉复原程度良好。
5. 慢性病程 睡眠障碍是长期逐渐形成的,病程持续至少 6 个月,多数病例是数年。
6. 晚上工作、学习效率高 多数 DSPS 患者称自己在晚上的数小时里注意力容易集中,工作和学习最富成效。他们一般被称为“夜猫子”。
7. 治疗效果差 各种帮助 DSPS 患者早入睡的治疗方法(如催眠药、心理治疗等)收效甚微。

三、诊断

根据患者的症状特点即可基本上诊断 DSPS。睡眠日记和睡眠多道图(PSG)记录可以

辅助诊断 DSPS。睡眠日记记录每日的入睡时间、起床时间和主要睡眠不适主诉。记录至少持续 1 个月,这段时间里最好不服用镇静催眠药、含乙醇(酒精)的饮料和咖啡等。睡眠日记可以清楚显示 DSPS 患者的睡眠相后移。连续两夜的 PSG 记录可以证实 DSPS 患者的睡眠持续时间和睡眠结构基本正常。有时 PSG 记录轻度异常,这主要是由于患者最近正在服用催眠药或存在慢性睡眠剥夺。

四、治 疗

正常人的睡眠-觉醒周期稍长于 24h,睡眠相本身就具有容易后移倾向,因此对正常人推迟上床时间要比提前上床时间容易。

Czeisler(1981 年)受此启发而首创 DSPS 的治疗方法——“入睡时间后移法(chronotherapy)”。入睡时间后移法施行步骤如下:连续 1 周左右,每晚依次将患者的入睡时间推迟 3h,在最后的 1~2 个晚上仅推迟 1h。在达到能在正常入睡时间入睡目标后,维持此入睡时间。例如,某 DSPS 患者治疗前的入睡时间是早晨 6 时,而根据其工作要求,他最好晚上 22 时入睡,早晨 6 时起床。入睡时间后移法让该患者第 1d 9 时入睡,第 2d 12 时入睡,第 3d 15 时入睡,第 4d 18 时入睡,第 5d 21 时入睡,第 6d 和第 7d 22 时入睡,然后就维持在 22 时入睡。在实施该治疗时,患者要尽量克服打瞌睡和回避环境有关自然时间的各种提示。因此,入睡时间后移法最好在医院内的特殊环境中实施。入睡时间后移法是迄今为止治疗 DSPS 的最有效方法,绝大部分 DSPS 患者经此治疗均能建立适应社会环境生活的新型睡眠-觉醒节律。目前文献报道表明 DSPS 患者可保持新睡眠-觉醒节律短至 2 个月,长至 5 年。

第十一节 时差综合征

时差综合征(jet-lag syndrome)是指患者在短时间内经过跨 4~5 个时区以上的飞行以后出现的一组心理和生理方面的症状,病因主要是患者体内生物钟与所处时区的时间不同步。

一、概 述

1931 年,Weley Post 首先描述环球旅行者由于不适应所达时区的时间而出现的一系列症状。1952 年,Strughold 提出非同步综合征(desynchronosis syndrome)来命名这组症状。直到 20 世纪 70 年代初,因美国对飞行员需求人数急剧增加,由于时差所致的一系列症状才作为医学问题引起了广大研究者的重视。对这组症状先后使用过的名称有时差疲劳(jet fatigue)、时区疲劳(time zone fatigue)、相移综合征(phase-shift syndrome)和时差综合征等。Rock-well 1975 年认为对这组症状以 Jet lag 或 Jet-lag 综合征命名为宜。现在一般人均称为 Jet-lag。1973 年,Beljan 首先详尽描述了时差综合征的临床表现,并将这些症状归为 5 大类,但他未报道主要症状的出现频率。佐佐木三男于 1975 年调查 257 名飞行员,他发现有 88.3% 的飞行员体验过时差综合征。他还调查了主要症状的出现频率,他

认为时差综合征最主要的症状是睡眠-觉醒障碍,他后来调查 92 名空姐的结果也基本相似。随着搭机旅行的普及化,现在越来越多的人包括儿童青少年也能亲身体验到时差综合征了。

二、病理机制

睡眠-觉醒节律是人体内最重要的生物节律。虽然婴幼儿的睡眠-觉醒节律呈多相性,但至 5 岁左右,24h 的单相昼夜睡眠-觉醒节律就已基本定型。动物研究表明,睡眠-觉醒节律主要由体内生物钟控制,最重要的生物钟位于下丘脑中的交叉上核内。随着 Lydic (1980 年)等人发现了人脑中交叉上核的位置,Moore - Ede(1983 年)推测:可能有两个生物钟——Y 和 X 驱动人的活动昼夜节律,Y 即指交叉上核,X 则可能位于交叉上核以外。两个生物钟相互联动,但又能独立工作,以控制下一级的众多节律性振荡器。在与外界明-暗周期隔绝的封闭实验室内,Aschoff 和 Wever(1962 年)等人测出人的睡眠-觉醒周期平均为 25h。社会环境因素、明-暗周期、意志行为以及精神异常活动等均能影响睡眠-觉醒节律的运行,其中最重要的影响因素便是阳光。阳光能直接作用于人体内在的昼夜节律起搏器,对之有调拨功能。

人们所以能按照 24h 的明-暗周期活动,就是因为体内生物钟经常要与所处时区的时钟对时,即同步化。人体内在的昼夜节律可根据环境的改变而作适当调节,其调节范围为 22~26h,超出这一调节范围,人就不能立即做到与环境同步化。地球表面自格林威治天文台起,按每日 24h 而划分成 24 个时区。当由西向东飞行时,会出现“位相前移(phase advance)”,即体内生物钟慢于环境时钟,睡眠-觉醒节律被要求缩短;而由东向西飞行时,则会出现“位相后移(phase delay)”,即体内生物钟快于环境时钟,睡眠-觉醒节律被要求延长。一般说,跨 4~5 时区以上的飞行以后,人的内在昼夜节律就会与所处时区的明-暗周期去同步化,从而出现时差综合征。

三、临床表现

1. 时差越大,症状越明显 只要经过跨数个时区的飞行,几乎每个人都体验到时差综合征,只是程度不同而已。轻者仅仅感到疲劳、全身不自在,应有的水平发挥不出来等,重者则可以出现恶心、梦魇、月经不调等。症状的严重程度与时差的大小成正比。

2. 对时差的适应速度与飞行方向有关 每飞行 1 或 2 个时区,约需 1d 来适应当地的昼夜节律。Klein 和 Wegmann(1979 年)研究一群不同方向飞行人员适应当地的昼夜节律所需时间后发现,由东向西飞行后对时差的适应速度要比由西向东飞行快 50% 左右。这可能是由于人体内在的睡眠-觉醒节律周期要稍长于 24h,因此推迟比提前睡眠-觉醒节律性行为要容易一些。

3. 睡眠-觉醒障碍是最主要的症状 Beljan(1973 年)总结出时差综合征主要包含 5 类症状 ①疲劳 精神运动性操作不良。②失眠、焦虑,其他睡眠-觉醒障碍。③胃肠道症状,形式多样。④部分器官的心身症状。⑤其他症状:头痛、视力下降、呼吸困难、多汗、梦魇及月

经不调。

四、诊 断

根据临床症状特点诊断并不困难,但当上述症状持续存在或有加重趋势时,应考虑其他病因。

五、治 疗

绝大多数时差综合征患者无需特殊治疗,这是因为搭机者会很快返回到自己原来生活的时区,或者随着时间的推移也总能适应当地的昼夜节律。

对于短期旅行者,最好的办法是按照原来时区的昼夜节律起居生活。但是要不与当地昼夜节律同步行事经常难以做到。明确的时间提示物(如日光、就餐)有助于患者更快适应所处时区的昼夜节律。

内在的生物钟会根据所处时区的明-暗周期校正自己的时间。早先的研究认为阳光通过影响休息—活动节律,间接调节内在生物钟,目前更多的证据提示阳光(也可以是人工强光,大于2500lux(勒克斯))能直接调拨内在生物钟。所以搭机者在抵达目的地后,不应该躲在旅馆的阴暗房间内,应尽快置身于阳光中。

有些药物被认为能改变睡眠-觉醒节律,可以试用。锂盐能延长体温节律,1,3-二甲基黄嘌呤能使睡眠相推迟出现。虽然对于时差综合征患者,睡眠缺失不是主要问题,但对于时差较大的患者,在起先的几个晚上应用适量催眠药有助于改善清醒时的警觉状态。总之,时差综合征属于短暂的睡眠-觉醒节律异常,一般无需特殊处理,经过1~2周,即可自行恢复,预后良好。

第十二节 发作性睡病

发作性睡病(narcolepsy)的英文名前缀“narco”意为“麻痹、乏力”,后缀“lepsy”意为“发作”。指一种病因不明的、以难以抵御的强烈睡意为特征的综合征,可伴猝倒、入睡前幻觉等症状。

一、概 述

1672年,Willis最早报道此种病例。1829~1878年,Schindler等先后报道过数例。1880年,意大利精神科医生Edward Gelineau在其论文中首次提出narcolepsy这一命名,因而后人也将此病称为Gelineau综合征。20世纪50~60年代,Vogel等发现这类患者均有REM睡眠异常,从而证实其属于一种睡眠障碍。此外,早在1916年,Henneberg就曾倡议将“猝倒”这一特征性症状作为诊断学上的必备条件,故有人也称此病为“猝倒综合征”。除上述症状外,Levin等发现患者可存在睡眠麻痹症状;Moyer等发现了入睡时幻觉症状,Schester等发现了躯体感觉异常症状。1939年Rosenthal将这些症状统一

划入其所谓的“入睡时紧张幻觉猝倒症状群”,又称 Rosenthal 综合征。第一次世界大战时,欧洲曾流行过一种传染性脑炎,症状表现同样为日间嗜睡,以及睡行等,被称为“继发性发作性睡眠综合征”。后来证实除脑炎外,颅脑外伤、全身麻醉等均可导致此综合征。

在普通人群中的患病率为 0.20%~1.0%,通常起病于 10~20 岁,最多见于 14~16 岁;男、女之比为 1:0.63。Los(1985 年)发现 59% 的患儿起病于 15 岁之前。该征可致工作能力、安全、社交、自我评价等功能减退。

二、临床表现

最常见的表现是在不合适的时间(如日间学习、日常生活中等)发生难以抑制的倦睡,并很快进入睡眠状态。也有的人是表现为失眠或无法控制的肌无力。典型的发作性睡眠综合征表现为下列四联症。

1. 睡眠发作(sleep attacks) 突然出现强烈的睡意,而此前并无长期失眠或睡眠剥夺等。

2. 猝倒症(cataplexy) 由于焦急地期待、愤怒、惊吓,甚至大笑等而促发,通常表现为瞬间出现双膝、头颈、颜面,或全身性的弛缓型瘫痪,致患者突然跌倒,但意识清晰,约数分钟后即可自行立起。轻症患儿只表现垂头、腿软,意识清楚。脑电图可示睡眠波形,且发生于 REM 时相。

3. 入睡时幻觉(hypnagogic hallucination) 刚进入睡眠状态时,出现恐吓性或恐怖性的幻觉,以幻视为多,富强烈的现实感,内容生动而鲜明。常表现为被怪兽或持刀的强盗袭击,某种小动物如蛇、兔等寄生于自己体内等,导致极度的紧张与惊恐。

4. 睡眠麻痹(sleep paralysis) 约 65% 的患者有过此体验,表现为睡眠中或觉醒时出现肌肉麻痹,四肢无法动弹,发不出声音,犹如全身被缚,数分钟后恢复,或呼唤或轻轻推动患儿,即可完全恢复。

除上述四联症外,另有一个常见而且重要的伴随症状为夜眠不深或熟睡困难。

患者主诉中,最常见的首发症状是突发不合时宜的入睡,这种发作多初次出现于患者走路、吃饭、骑车等活动时。其他症状则于首发症状出现后 10 年或 10 年以上才陆续表现出来。儿童患病可影响学习和智力发展。

三、诊断和鉴别诊断

许多生理或病理因素可以导致过度睡眠,但发作性睡眠综合征的四联症有助于正确地对其作出诊断,尽管同时具有这全部 4 个症状者仅占其中的 20%~25%。正确的诊断还必须依靠采集病史。通常初次发病是在儿童或青少年期,首发症状为日间不合时宜的倦睡,患者常主诉在从事某项较为安静的活动,如吃饭等的时候突然出现难以控制的嗜睡,这种倦睡可在激烈的体力活动后消失。

猝倒是诊断此病最重要的临床症状,强烈的情绪体验是其促发因素,其发作特征表现为

首先出现在面部或腿部的极度虚弱感,一过性部分性猝倒发作可仅表现为面部表情扭曲或不能清晰地发声。患者有时可学会靠墙或者静息片刻以待发作过去,但较广泛的发作则可致突然跌倒。

辅助诊断方法之一是用瞳孔图测量瞳孔直径,瞳孔缩小或呈波样不稳定性则有助于在病史基础上作出诊断。多导睡眠仪昼夜监测是使用最广的方法,患者在日间5次(每次20min)的睡眠潜伏期测试(MSLT)显示2个以上REM睡眠及睡眠潜伏期缩短可明确诊断。

另一常用方法是检测第6对染色体短臂上所含组织相容性人类白细胞抗原(HLA)。日本学者铃木首先发现HLA的DR2表型与发作性睡眠综合征密切相关,目前这一发现已为多数研究者证实。80%~100%的此病患者具有HLA-DR2表型,而对照组中仅20%~40%,该项检查对确诊临床表现和实验室资料均不典型的病例具有很高的敏感性和特异性。

总之,在目前条件下,综合病史资料和各种辅助检查已能对本病作出明确诊断,其敏感性和特异性也较高。值得注意的是,许多睡眠障碍可出现REM相异常,约1/20的正常人可有睡眠麻痹症状,跌倒发作可出现于癫痫或癔症中。少数正常人在大笑时可感觉双腿发软等,因此仅靠单一的躯体主诉或检查是不能作为诊断依据的,必须全面考察,需与以下疾病相鉴别:①癫痫小发作,多见于儿童或青年,有短暂意识丧失,但不跌倒,脑电图有癫痫波可资鉴别。②中枢神经系统疾病,如脑炎、脑膜炎、各种脑病引起的脑水肿和颅内压增高等均可出现嗜睡,但这些都是睡眠的时间延长,而非暂短发作的睡眠,可以鉴别。③甲状腺功能低下及低血糖症,易疲劳、可表现嗜睡,测定患儿甲状腺功能及血糖有助于鉴别。

四、治 疗

(一) 教育

首先,就是让患者及其父母了解此病的特点,帮助患者避免受伤,并为药物治疗作好准备。如果父母亲属及同伴不能理解这种疾病治疗就很困难,如白天过度嗜睡可被家人认为是懒惰,抑郁或缺乏活力。其次,猝到和醒时梦样状态可被误认为是精神疾病,会引起他人的误解,因此对父母的教育是治疗本病的重要一环。

(二) 药物治疗

一些药物在控制过度嗜睡、猝倒和入睡幻觉是有效的。患者及其父母须与睡眠治疗师共同寻求一种在控制症状与药物不良反应之间的最佳平衡。

常用抑制REM睡眠的药物作为一线治疗药,一部分难治性的患者尚可合用普萘洛尔(心得安)、 γ -氨基酪酸(γ -氨基丁酸、GABA)等药物,详见表9-1中列出的控制发作性睡病的药物。

表 9-1 控制发作性睡病的药物及其使用剂量

药 物	剂量(mg/d)
用于睡眠过多	
匹莫林	18.8 ~ 112.5
马胍多(mazindol)	3 ~ 6
哌甲酯(利他林)	5 ~ 60
安非他命(右旋苯丙胺)	5 ~ 60
用于猝倒	
普罗替林	5 ~ 60
丙咪嗪	10 ~ 200
维洛沙嗪	100 ~ 200
氯米帕明(氯丙咪嗪)	25 ~ 200

哌甲酯为中枢兴奋剂 ,可增强觉醒 ,对睡眠发作效果好 ,对睡前幻觉也有效。儿童每次 5 ~ 10mg ,每日 1 ~ 2 次。氯米帕明为三环类抗抑郁剂 ,可阻滞 REM 睡眠 ,对猝倒发作效果明显 ,儿童少年每次 12.5 ~ 25mg ,每日 2 ~ 3 次。

（三）改变生活方式

发作性睡病的治疗不仅仅需要药物 ,患者的生活方式也需要做调整。对生活方式、作息制度等进行合理调整和安排 ,可最大限度地减少疾病带来的危害 ,事实上 ,家人和老师同学的支持可以增进患者的自尊 ,增强其战胜疾病的信心 ,通过自我训练 ,疾病症状往往能得到较好的控制。反之 ,则可能加重患者思想负担、增加病残的可能性。具体有以下几项建议。

（1）制定一个作息时间表 ,每日大体应在同一时间睡觉和起床。

（2）必要时每日可以有 1 ~ 2 次小睡 ,最好时间固定 ,下午小睡对大多数患者较好。

（3）困时才应上床睡觉。

（4）睡前放松 ,比如洗热水澡 ,看 10min 书等。睡前洗个热水澡 ,因人在入睡时体温低 ,而白天体温是最高的 ,根据这个理论 ,人在睡觉前 2 ~ 3h 洗个热水澡可以帮助睡眠 ,因为洗澡能将体温升高 ,等到了睡觉时间 ,体温也就降了下来。

（5）睡前吃点东西 ,睡觉前 10 ~ 20min 吃一片面包和一个水果 ,或者喝一杯牛奶。但是不要吃太甜的东西 ,因为甜品容易使人紧张。

（6）睡前 6h 就不应饮用咖啡或茶 ,以及含乙醇的饮料。

（7）和同伴以及老师交流 ,获得他们的支持 ,建立良好的学习生活环境。

（8）可以参加发作性睡病患者的组织 ,寻求同病者支持 ,有利于树立治疗信心。

（9）经常参加锻炼 ,进行锻炼之前 ,应咨询治疗医师。

（10）生活应规律 ,在大体一致的时间内吃药、吃饭、做简单家务和其他活动 ,可以使内在生物钟规律正常运转。

（11）及时向睡眠治疗师或治疗医师反映用药的症状变化或出现的问题。

第十三节 睡眠呼吸暂停综合征

睡眠呼吸暂停综合征(sleep apnea syndrome)又称睡眠无呼吸综合征,系指在睡眠中多次出现呼吸暂停、打鼾、白天过度嗜睡以及人格改变等。

一、概 述

呼吸暂停指气流在鼻、口腔停止至少持续 10s,不计更短程的呼吸停顿,而睡眠呼吸暂停综合征指在夜间 7h 睡眠中,REM 和 NREM 睡眠期间至少发生 30 次呼吸暂停。临床上表现为晨醒后不清新感、白天有较长的睡眠发作、肥胖、夜间出汗、短暂的记忆障碍、头痛等。体检可发现有右心室扩大、肺动脉瓣区第二心音增强,40% 病例有高血压,心律失常也较常见。实验室检查发现发作时血氧饱和度明显降低。大多数患者病因未明,可见于甲状腺功能减退症、延髓脊髓灰质炎、脑干功能异常、颈和喉部疾病等,儿童睡眠呼吸暂停可成为突然死亡的原因。

早在 1918 年,William Osier 爵士提出了匹克威克综合征(Pickwick 是狄更斯的作品《匹克威克外传》中的一位宽厚憨直的主人公),这一综合征直到 20 世纪 50 年代才引起人们的关注。Burwell(1956 年)认为其临床特征包括肥胖、睡眠过度、间歇性呼吸伴有换气不足和心、肺功能异常。根据患者觉醒时心血管功能异常和肺泡换气不足的存在与否,可分为几种亚型。如 Pickwickian 综合征的“Joe”型专指肥胖症和睡眠过度患者。1965 年,Gastaut 和他的同事们对 Pickwickian 综合征患者在睡眠期间发生的各种呼吸停顿现象进行了调查,从而开创了这一新的研究领域,提出了“睡眠所致的呼吸暂停”概念。此后许多临床睡眠治疗学家对睡眠时的呼吸变化进行系统对照研究,为探索睡眠障碍与心、肺功能异常的关系提供了科学依据。在肺科医生 Sadoul 教授和睡眠研究专家 Lugaresi 的建议下,1972 年在意大利召开了与睡眠有关的呼吸障碍研讨会。经过几天热烈而富有挑战性的辩论,会议最终正式提出了“睡眠呼吸暂停综合征”这一新的疾病概念。并认为这一综合征尽管有睡眠过度或血液动力学改变,但在完全觉醒时,并不能发现任何形式的呼吸异常,而且不一定是肥胖者。这些研究结果引起了神经科、心脏科、耳鼻喉科、肺科、儿科医生,特别是治疗睡眠障碍的内科医生的广泛关注。

可发生于各年龄的儿童,以青少年多见,男孩患病率远高于女孩,男女之比为 6~10:1。

DSM-IV(1994 年)把这类综合征归入“睡眠障碍”下的“780.59 与呼吸有关的睡眠障碍”。而在 ICD-10(1992 年)则归类在“F59 伴有生理紊乱及躯体因素的未特定的行为综合征”中。

二、病 因

1. 遗传因素 Roth 于 1962 年发现两个家庭中共有 12 个患者。Kessler(1974 年)和 Baraitser(1978 年)的调查发现先证者一级亲属中的患病率分别为 52% 和 50%。可见本病与遗传有关。

2. 中枢神经系统疾病 部分病例是由于丘脑下部或中脑被盖部网状结构损害所致内分泌紊乱。

三、临床表现

(一) 症状特点

1. 间歇性鼾音 绝大多数患者的突出症状是睡眠时伴有异常的大声鼾音,往往是咽部打鼾且呼吸暂停 20s 以上,而一般正常人在睡眠时的鼾音较轻微,主要系鼻腔鼾音,呼吸节律规则。无论是成人还是儿童,这一症状往往最早出现。许多患者常因夜眠时的大声鼾音感到窘迫或不舒服而就医,诉说家人或朋友抱怨和关心其异常的鼾音。追询病史及父母回忆,这一症状在其少年甚至婴幼儿时便已存在。

2. 睡眠时的异常行为 一般发生在每次发作时的呼吸恢复之前,较常见的是双手、双臂进行单一而局限性的扑翼样震颤,也可出现四肢大范围的动作,甚至由此而不同程度伤害了家人。一些患者还会因倒地而受伤。在反复呼吸暂停发作之后,可出现睡行现象,这时患者对于任何唤醒刺激无反应,可离床甚至走出房间,随后回到床上或在地上继续睡眠。

3. 意识状态改变 研究表明,患者在夜间有明确的意识改变。他们对唤醒刺激甚至疼痛性刺激无反应,即使最终被唤醒,会出现典型的时间和空间定向障碍、视觉感知障碍。晨起后有认知困难、不清醒感、不能回忆前一天发生的事情,一些患者有梦魇,而在儿童最常见的是带有恐怖性的幻觉。

4. 夜间遗尿 Guilleminault(1978 年)等的研究发现,许多患者有夜间遗尿现象,这往往成为就医的最初症状。而这些患者的泌尿系统检查并无发现异常。

5. 晨起头痛 几乎半数患者主诉有晨起头痛,通常是前额部,也可弥散至全脑。伴有全身不适感和不清醒感,但在晨起后数小时可消失。

6. 日间睡眠过多 日间睡眠过多通常是寻求治疗的常见原因之一。这在儿童患者易被忽视。而成人患者在日间出现的突然而过多的瞌睡或无法抗拒的睡意,无法以夜间睡眠时间不足来解释。患者可以在任何时候,如骑车、吃饭、交谈时睡倒。患者还常常在日间精神疲乏,伴有不清醒感和头痛。这种日间睡眠过多还伴有逆行性记忆缺损,造成患者学习困难,智力发育受损。此外,由于夜眠不好,引起白天过度嗜睡。有些儿童可出现晨起头痛、多动、注意力涣散、学习成绩下降、智力受损、遗尿及性格改变等。

(二) 临床分型

1. 生理性睡眠呼吸暂停 正常人睡眠时可发生暂短呼吸暂停,多在 REM 睡眠时出现,每晚不超过 30 次。9~13 岁正常儿童每晚睡眠中可有 3~30 次(平均 17~18 次)短暂呼吸暂停,每次持续约 5s,男性多于女性。有报道本病在低体重儿容易发生,其原因尚不清楚。

2. 病理性睡眠呼吸暂停 发生在 NREM 睡眠第 I、II 期,每晚可有 30 至数百次的病理

性睡眠呼吸暂停。经呼吸测量,可有以下4型。①中枢型:呼吸运动停止,无口鼻气流,可能是脑干呼吸自动控制系统衰竭所致。②阻塞型:因胸内压力变化,虽有膈与胸壁的运动,但口或鼻气无流通过,可能是睡眠时上呼吸道口肌肉萎陷、衰退、松弛而导致呼吸道机械性梗阻所致,儿童可因扁桃体或腺样体肥大造成梗阻。③混合型:实际多数患儿都伴有呼吸道梗塞,有中枢性呼吸衰竭而无呼吸道梗阻者是极少数,只不过是某一型占优势而已。④不全阻塞型:气流减少,呼吸力量增加。

Gastaut(1966年)等通过应变仪和热变电阻器的记录技术,把睡眠呼吸暂停分为3种类型。①中枢性呼吸暂停:热变电阻器显示鼻、口腔气流停止,胸、腹应变仪提示呼吸运动停止。②上呼吸道呼吸暂停:又称阻塞性呼吸暂停,热变电阻器显示鼻、口腔气流消失,而胸、腹应变仪提示有呼吸效应。③混合性呼吸暂停:鼻、口腔气流停止,伴发早期胸、腹呼吸效应消失,在本次发作晚期,呼吸效应有不完全的恢复。

四、诊断和鉴别诊断

本综合征的临床表现除了有日间睡眠过多的明显症状外,还有夜间呼吸暂停、典型的间歇性鼾音、肥胖、认知缺损、夜间多动及多汗、晨起头痛、夜间遗尿、高血压等。这些临床症状是继发于睡眠时的异常呼吸节律,根据其类型、频率和强度不同,可表现为不同形式的临床征象。病程往往与夜间呼吸障碍的严重程度、患者的年龄、是否有肥胖及上呼吸道梗阻等因素有关。

在鉴别诊断方面,首先应排除器质性原因(如脑炎、脑损伤、脑肿瘤、脑血管病变、代谢障碍、神经疾病等)引起的呼吸暂停,更应重视由于颅咽部的解剖异常、下颌骨位置缺陷(如小颌、下颌后移等)、扁桃体增大等因素引起的阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。一般通过体检和实验室检查可予以鉴别。

五、治 疗

治疗前应仔细检查,如果睡眠呼吸暂停继发于颈、咽喉部疾病,需设法解除梗阻因素,如采用悬雍垂腭咽成形术(UPPP)。手术适应证包括:①夜间睡眠期最低血氧饱和度 $<50\%$ 。②呼吸紊乱指数 >50 。③伴有较严重的心、肺和大脑并发症。④有严重缺氧表现。⑤肥胖、颈部粗短、舌根肥厚后坠者。对于儿童患者,可采用扁桃体切除术、增殖腺切除术,或鼻骨矫正术、正牙术来改善睡眠时的通气条件,一般不宜作上颌骨、下颌骨手术。

有报道每日用醋酸甲羟孕酮 $60\sim120\text{mg}$ 治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征,可消除日间睡眠过多的状况,减少夜间呼吸暂停次数,但有脱发等不良反应。如为中枢型睡眠呼吸暂停,应用中枢兴奋剂是惟一治疗方法,同时禁用镇静催眠药物。

第十四节 Kleine-Levin 综合征

Kleine-Levin 综合征是以 Kleine 和 Levin 两人的名字联合命名的综合征,在我国根据其

临床表现译为周期性嗜睡贪食综合征。本病主要见于 10 ~ 20 岁的男性。特点是周期性嗜睡,除短暂醒来进食、解大、小便外,可以终日沉睡,每日睡眠达 18h 以上。连续发病数日至数周。与嗜睡同时出现的是贪食,患者似乎极度饥饿,在睡眠间歇大量进食。部分患者还可有易激惹、兴奋、运动不安、言语零乱、幻觉、神情恍惚等精神症状。常突然好转,间歇期多正常。

一、概 述

1925 年 Kleine 首先报道了 9 例患者,都在青春期发病,持续 2 ~ 20d 的嗜睡期,呈周期性反复发作,其中 2 例有过度进食和周期性嗜睡发作。青春期以后发作自然停止。1936 年 Levin 对这种罕见的周期性嗜睡综合征引起了注意,他发现这些患者除嗜睡状态外,还伴有特殊的病理性饥饿感。为此,他将本病命名为周期性嗜睡—病理饥饿综合征(periodic somnolence and morbid hunger),发作期常持续数天或数周。除这两个主要症状外,嗜睡期还伴有易激惹、兴奋、运动不安、烦躁、思考困难、健忘、言语零乱、幻觉等精神症状。在间歇期,这些症状全部消失。患者均系男性,发病年龄为 10 ~ 20 岁。1942 年 Critchley 和 Hoffman 报道 2 例,并将本综合征正式定名为 Kleine-Levin 综合征。1962 年, Critchley 对当时文献记载的 15 个病例加上他本人的 11 个病例进行了详细分析,指出本综合征与其他睡眠障碍相比,是一种“长周期过度睡眠”,其发作间隔时间可达数月,甚至数年。同时他还指出,除周期嗜睡和病理性饥饿外,还具有下列 4 个特征:①男性占绝大多数。②青春期发病。③有自愈倾向。④贪食,贪得无厌地强迫性进食为其突出的表现,但是患者从不诉说饥饿,而且在没有看到食物时很少有进食的欲望。Gilbert(1964 年)和 Gallinek(1954 年)报道了极少见的女性病例和中年起病者,这些病例表现了其他一些不典型的症状。几十年来关于本病在分类学上的地位以及对病因的解释尚缺乏统一的认识,但多数学者则认为本病的每个病例之间都有着相似的、一致的发病过程,支持本病是一个特殊的疾病单元,并推测本病有共同的器质性基础而非功能性障碍。

二、病 因

有关本病的病因,有 3 种主要理论。

1. 心身论 Earle 指出心理治疗在本征的治疗中有其地位,支持本学说的学者很少。

2. 心因论 Pař(1950 年)研究 67 例男性病例,发现其中大部分人的人格不成熟,有幼稚的和不协调的人格特征。他认为本病属于神经症或癔症范畴,否认本病为独立疾病单元。但大多数学者不同意这种解释。

3. 器质论 主张者较多。Levin 认为本病是额叶病变。Critchley 考虑轻度脑炎可能引起高级大脑中枢的不稳定状态。Gallinek 认为本病是下丘脑障碍的疾病。Garland 发现 3 例患者有侧脑室扩大。他们都同意本病是由于下丘脑功能的发作性和短暂性紊乱引起。Takram 和 Cronin 在他们的患者死亡后,尸解发现有下丘脑肿瘤。

三、临床表现

(一) 症状特点

嗜睡是最突出的症状。在首次发作前,有的患者有疲劳、流感样疾病,或一段时间的躯体应激作为诱因,在嗜睡发作前2~3d,表现头痛、倦怠、嗜睡、注意力下降、茫然、思维迟缓、情绪不稳和胃肠道症状,如腹泻、呕吐、食欲亢进等。多数患者的嗜睡发作是从前夜睡眠的延续开始的,即在次晨被发现睡眠不醒。也有患者是在白天突然起病,没有任何不适的先兆。患者开始夜以继日的睡眠,仅在需要进食和大、小便时清醒,不会发生大、小便失禁现象。患者通常能像自然睡眠那样被唤醒,但随后由于睡眠被干扰,患者表现易激惹,严重时甚至出现攻击性行为。在患者觉醒时,可能出现脱抑制行为、运动不安、激越和哭泣。思维混乱也很明显,可有定向力障碍、注意力不集中、人格解体、胡言乱语等。有明显生动的表象伴醒时幻想,这很难与其生动的梦境相区分。可能出现幻视和幻听。偶尔症状带有明显的精神分裂症色彩。

贪食是另一特征性症状。醒来时狼吞虎咽、暴饮暴食,必定要吃完视野内的所有食物方肯罢休。然而奇怪的是患者并不诉说饥饿,也不会主动寻觅视野外的食物。对周围环境漠不关心,表情淡漠,言语动作迟钝。在发作期还可出现性欲亢进,有时甚至在公众场合做出淫猥下流的动作,毫无羞耻感,与正常时判若两人。多数学者认为,本能行为如食欲、性欲的亢进,是由于患者的意识状态持续地轻度混浊,导致对本能行为抑制减退。发作期的范围从几天到几周,一般为6~10d,短者仅5~6h,长者可达2个月左右。发作频率为每年1~12次不等,平均为每年2次。女性患者多与月经周期有关。

在整个发作过程中,很少有异常的体征。可能会发现瞳孔不等大,跖反射可能阳性。脑脊液检查正常,脑电图呈睡眠期的正常改变。每次发作会自然停止。通常过度睡眠倾向于逐渐减轻后缓解,也有的病人突然好转。进入恢复期后,上述症状可在短期内迅速或逐渐消失,但有时也会再持续一段时间。连续数天的情绪抑郁伴失眠并不少见。Gallinek(1954年)报道2例,每次发作后严重抑郁持续数周,伴有自杀企图,运动迟滞和病理性自责自罪。偶有发作后2~7d内出现过度觉醒或轻躁狂状态,夜晚不眠或睡眠时间缩短,次日无睡眠不足感,患者情绪愉快。Gilbert(1964年)报道了1例发作后情绪高涨持续数周。Passouant(1967年)发现一些患者在睡眠结束后的一段时间里性欲亢进。发作后,在患者感到完全清醒和思维恢复清晰前,厌食、头痛等躯体不适非常多见。

最后,患者回复到正常的人格状态。在间歇期,患者可正常地生活与社交,看不出任何异常。通常患者对整个发作过程部分或完全遗忘。每个患者的发作间隔时间,一般有其自身的规律,短者数日,长者几年,但多数为间隔数月发作一次。

(二) 临床分型

高桥(1965年)根据临床表现把本病分为5个类型:①以嗜睡为核心症状,即典型的周期性嗜睡症。②除嗜睡外,伴以食欲异常亢进,即典型的Kleine-Levin综合征。③伴有轻度朦胧状态。④嗜睡发作前后出现一过性的躁郁状态,错乱、幻觉、妄想等精神症状或食欲亢

进等异常的自主神经症状。以上4型的发作期持续5~15d。⑤发作期在1d以下或1个月以上者。

四、诊断和鉴别诊断

由于本病非常少见,常导致诊断困难。在首次发病时,很少会想到本病,尤其是过度进食易被忽视,且患者常常无法自知发病经过,直到几次相似的发作后,才引起医生的重视。诊断的主要依据是病史和独特的临床表现。体检一般无阳性发现。偶尔出现一些神经系统“软体征”。脑电图检查多显示睡眠期脑电波,即使出现异常,也缺乏特异性的诊断价值。CT检查大多阴性,少数患者发现有非特异性的脑室扩大,但对诊断并无多大帮助。

鉴别诊断方面,嗜睡很可能被怀疑是其他一些器质性疾病引起,如脑炎、脑肿瘤,有时甚至还会考虑癔症。本病的贪食和病理性饥饿则要 and 自发性低血糖症相鉴别。有些患者发病时仪表不整、生活懒散、行为古怪及激惹冲动行为不免使人怀疑是否人格障碍,当同时还存在幻觉、妄想时,更容易考虑诊断精神分裂症。当然,最重要的是要与发作性睡病相鉴别。发作性睡病患者发作频率每日1~3次,发作时间最多不超过2h,大多数伴有猝倒、入睡前幻觉及睡瘫等症状,多数为数十年慢性病程,这些都有助于鉴别。

五、治 疗

本病的治疗以药物为主。已经证实中枢兴奋剂对本病有良好的治疗效果。Gallinek (1962年)认为苯丙胺可减少发作次数,减轻发作的严重程度。哌甲酯的应用则更为广泛,使用后多数能制止发作。对每月频繁发作的病例,需长期给药,待发作控制后逐渐减量。锂盐被证实对本病除有治疗作用外,还有预防复发的作用。Ogura等(1976年)认为碳酸锂对本病典型病例有非常显著的作用,而停用后立即导致复发。Abe(1977年)报道碳酸锂对不伴食欲改变的周期性嗜睡症有效。有人报道抗癫痫药物苯妥英钠、苯巴比妥、卡马西平等对本病有一定的治疗效果。还有人报道使用三环类抗抑郁剂米帕明(丙咪嗪)治疗本病成功。谷维素是调节间脑功能的药物,临床应用也有一定效果。个别病例使用活血化瘀的中药也能终止周期性发作。

为预防本病的发作,应尽力消除诱因,如心身过度疲劳、感冒、饮酒等,心理治疗也不能忽视。

(贾福军)

参 考 文 献

1. 沈渔邨主编. 精神病学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 2002
2. 魏金铠等主编. 现代儿童心理行为疾病. 北京: 人民军医出版社, 2002
3. 李雪荣主编. 现代儿童精神病学. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993
4. 王克勤等主编. 现代精神疾病治疗学. 国际文化出版社公司, 1994
5. 赵向智等主编. 睡眠精神病学. 哈尔滨: 哈尔滨出版社, 1997
6. 王祖承主编. 精神科综合征. 上海: 上海医科大学出版社, 1999

7. ICD - 10. 精神与行为障碍分类. 北京 :人民卫生出版社. 1993
8. 陶国泰主编. 儿童青少年精神医学. 南京 :江苏科学技术出版社 ,1999
9. 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准. 第 3 版. 济南 :山东科学技术出版社 ,2001
10. Morin CM. ed. Insomnia psychological assessment and management. New York :Gulford Press ,1993
11. Auri P and Linde. ed. No more sleepless nights. New York : John Wiley and Sons ,1993
12. Kales A and Kales J. ed. Evaluation and treatment of insomnia. New York :Oxford University Press ,1984

第十章 儿童抽动障碍的治疗

抽动障碍是起病于儿童和青少年时期的最常见的运动性障碍,它是一类异常的谱性障碍,从简单的短暂抽动障碍到多发性抽动-秽语综合征(tourette's syndrome, TS),就像赤、橙、黄、绿、青、蓝、紫的七色光谱一样,从短暂性抽动障碍到抽动-秽语综合征是一个连续的、存在密切关系的过程。主要表现为不自主的、反复的、快速的一个部位或多部位肌肉运动抽动和发声抽动,并可伴有注意力不集中、多动、强迫性动作和思维或其他行为症状。

无论哪种抽动障碍形式,都表现两种抽动类型,即运动性抽动和发声抽动,抽动类型的不同组合、在时间上持续长短而分别组成不同的临床形式:短暂性抽动障碍、慢性抽动障碍和抽动-秽语综合征。

运动抽动根据涉及肌群范围、特征性及严重性可分为简单性运动抽动和复杂性运动抽动。前者表现为眨眼、挤眉、皱额、吸鼻、张口、伸脖、摇头、耸肩等运动抽动;后者表现为缓慢的、似有目的的行为动作,如模仿行为、猥亵行为等。

发声抽动可分为简单发声抽动和复杂发声抽动。前者常表现为反复发出似动物的叫声、哼声、清嗓声等;后者反复发出似有意义的语词声(包括模仿言语、重复言语)。

从疾病性质上讲较轻,最常见的形式是短暂性抽动障碍,而抽动-秽语综合征虽然少见,但疾病程度较重,预后没有短暂性抽动障碍好,介于两者之间的常见形式为慢性抽动障碍。

第一节 短暂性抽动障碍

短暂性抽动障碍(tics)通常又称为抽动症或习惯性痉挛,是儿童期最常见的抽动障碍类型。表现为不自主的、突然的、重复的、快速的、无目的刻板运动或者发音。以单纯性运动抽动为多见,单纯性发音抽动较少见。

在儿童期,至少5%的儿童曾经历过抽动,持续时间可由数周到数月不等(Solomon, 1991年)。病程持续不超过1年。短暂性抽动障碍患病率为1%~7%,男性发病较高,起病年龄多见于4~7岁。

一、病因

1. 社会心理因素 常见的心理因素包括学习紧张、在幼儿园或在学校受到批评、在家中受到责备、父母观点不一致、生活中经历了不愉快的事件等。儿童由于家庭生活事件如家

庭不和、父母离异、亲人死亡、学习负担过重等影响,抽动成为心理应激的一种表现。

2. 行为模仿 有些儿童对别人的眨眼、抽动鼻子、清嗓子等行为很有兴趣,认为那种做很好玩,便开始模仿并逐渐固定下来。

3. 躯体因素 抽动症状开始时往往由于局部激惹而产生抽动,如眼结膜炎或倒睫毛刺激引起眨眼;鼻炎、鼻中异物可使患儿出现清理鼻腔动作;因上呼吸道感染而出现吸鼻、和咽喉部不适时则可出现清嗓子或咳嗽声。当局部疾病原因去除后,抽动症状仍继续存在。

4. 遗传因素 短暂性抽动障碍可有家族聚集性,患儿家族成员中患抽动障碍者较为多见,故认为可能与遗传因素有关。

5. 器质性因素 围生期损害,如产伤、窒息等因素可能与本症有关。主要是由于急性或慢性神经系统疾病所致,包括中毒和代谢性脑病、脑外伤、卒中后、脑肿瘤、多发性脑梗死、脑型梅毒、遗传性舞蹈病等,由器质性原因所造成的抽动多见于成人。

6. 药源性因素 某些药物如中枢神经兴奋剂、抗精神病药等,长期服用可能产生抽动的不良反应。

二、临床表现

短暂性抽动障碍多发生于儿童期和少年期,男孩多于女孩,男:女之比约为3:1。

首发症状大多数为简单性运动抽动,较为局限。一般以眼、面肌抽动为多见,在数周或数月内症状波动或部位转移,可向颈部或上下肢发展。患儿可出现同一组肌肉快速、频繁、刻板、重复、不自主、无目的的抽动。最常见于头面部肌肉,表现为做鬼脸、皱额、眨眼、皱缩鼻子、鼻翼抽动、露齿、咬嘴唇、伸舌头、面颊肌抽动、伸缩颌部、点头摇头、颈肌抽动、头向一边倒、头部转动等。亦可发生于上肢,表现为手指弹动,手不停地抓握,一阵阵紧握拳头,前臂摆动,耸肩。也可见于下肢与躯干肌,表现为下肢一阵阵抽动,或脚趾一阵阵抖动,特别是步态、躯体的扭动或跳动。又见于呼吸或消化道症状,表现为呃逆、叹息、呵欠、喷嚏、深呼吸、打嗝、吮吸、呃嘴,不停地清嗓子。

以上症状多种多样,但每次仅呈现一种症状,且动作的姿势也是刻板、少变的。而在一段时间内可变换为不同的表现,如一名儿童开始为瞬目,持续数周后可改变为不停地伸舌。抽动频率和程度变化较大,兴奋、睡眠不好、精神紧张、人多场合、受到批评时抽动症状可以加重、抽动次数增加。有意克制时可以少发,但克制解除后发作更多。睡眠时可以无任何症状,此特点是与癫痫相区别之处,癫痫可发作于睡眠中。

少数可出现简单发声抽动,如单纯反复咳嗽、哼气或清嗓等。发音抽动不应该与运动抽动同时出现。

抽动症状频率和症状严重程度不一,很少伴发情绪和行为问题,通常对患儿日常学习和适应环境无明显影响。躯体检查包括神经系统检查,通常无异常发现。短暂性抽动障碍的运动抽动或者发声抽动症状可持续数周到数月,最多不超过1年时间。

三、诊断

短暂性抽动障碍是抽动障碍最常见的亚型,特点为急性单纯性抽动,常限于某一部位一

组或两组肌群发生运动或发声抽动,通常表现眨眼、扮鬼脸或头部抽动。起病于学龄前期,在4~7岁的儿童最常见,男孩多见。CCMD-3中关于短暂性抽动障碍的诊断标准如下。

(1)有单个或多个运动抽动或发声抽动,常表现为眨眼、扮鬼脸或头部抽动等简单抽动。

(2)抽动天天发生,1d多次,至少已持续2周,但不超过12个月。某些患儿的抽动只有单次发作,另一些可在数月内交替发作。

(3)18岁前起病,以4~7岁的儿童最常见。

(4)不是由于Tourette综合征、小舞蹈病、药物或神经系统其他疾病所致。

四、治 疗

本症一般预后良好,大多数可自行好转。

1. 治疗躯体疾病 对患有沙眼、眼结膜炎、倒睫等眼科疾病的患儿,要及时到眼科去诊治,采用药物治疗或者手术方法解除眼睛局部疾病。对鼻炎、咽喉炎、呼吸道疾病者要到五官科或者呼吸内科进行治疗。

2. 减轻心理压力 一般来说,症状较轻的短暂性抽动障碍通过减轻心理压力,解除造成心理紧张的各种因素后,抽动症状即可自然消失。

在家中,家长对患儿症状不必过分关注,更不要批评指责,虽然对一些患儿批评后可使症状在短时间内停止或减轻,但过后会出现“反跳”现象而症状更加严重。

在学校,同学们不可嘲笑、模仿患儿,老师要理解患儿症状的意义,不可认为患儿是故意的,是专门与老师对着干的。不可当着同学们的面批评、斥责、挖苦患儿,鼓励患儿树立战胜疾病的信心显得异常重要。

3. 使用小剂量抗焦虑药 部分患儿抽动症状明显影响到眼睛视物、口腔或者舌体的功能时,可考虑使用小剂量的抗焦虑药物,如地西泮2.5mg,每日2次,可有效缓解患儿可能出现的情绪问题。

4. 中药治疗 中医认为,小儿胆气未充,神气不坚,最易受惊。胆为甲木,是清净之府,喜温而主生发,由于惊骇致气机逆乱,木郁不达,胃气因之不和,致精微不布,痰浊内聚,进而化热生风,发为瞬目和肌肉抽动。合适处方为半夏、竹茹、枳实、僵蚕各6g,陈皮、钩藤各9g,干草3g,茯苓5g,生姜2片,大枣2枚。本方以二陈、竹茹、枳实、生姜和胃豁痰,化气开郁;加僵蚕、钩藤,更助清热熄风之药力,共奏涤痰清热利胆和胃之功效。每日1剂,水煎服,30d为1疗程。

第二节 慢性运动或发声抽动障碍

慢性运动或发声抽动障碍是指抽动症状持续时间较长,往往超过1年以上,而抽动症状不会有很大改变。多起病于2~15岁之间。

一、一般特征

美国精神疾病诊断与统计手册第4版(DSM-IV)将慢性抽动障碍定义为:抽动症状超

过1年以上就构成“慢性运动抽动或者慢性发音抽动”,运动抽动或者发音抽动都可以为简单的抽动,也可以为复杂的抽动。简单抽动多指抽动症状出现在颜面部,类似于短暂性抽动障碍,很少涉及到上下肢体和躯干抽动。复杂性抽动多累及至少三组肌群,可涉及到较多的部位,如上下肢、躯干、腹肌等。

就慢性抽动障碍与短暂性抽动障碍、抽动-秽语综合征的关系,有不同的说法。部分学者认为慢性抽动障碍是短暂性抽动障碍未能及时得到控制,症状迁延成慢性状态时的一种表现。部分学者认为慢性抽动障碍是抽动-秽语综合征的一种临床变型,只是在临床症状仅仅表现为慢性运动抽动或者慢性发音抽动。另一部分学者干脆只从病程上来讲,将抽动-秽语综合征视为慢性抽动障碍的一种特殊类型(Solomon, 1997年)。

慢性抽动障碍病因没有特异性,与短暂性抽动障碍和抽动-秽语综合征有很多相似之处,请参阅这两部分的原因。

二、慢性运动或发音抽动障碍的诊断

CCMD-3中关于慢性抽动障碍的诊断标准如下:慢性运动或发音抽动障碍是以限于一组肌肉或两组肌肉群发生运动或发声抽动(但两者不并存)为特征的一种抽动障碍,抽动可以是单一的也可是多种的(通常是多种的),持续1年以上。要满足以下4条标准。

- (1) 不自主运动抽动或发声,可以不同时存在,常1d发生多次,可每日或间断出现。
- (2) 在1年中没有持续2个月以上的缓解期。
- (3) 18岁前起病,至少已持续1年。
- (4) 不是由于Tourette综合征、小舞蹈病、药物或神经系统其他疾病所致。

三、治 疗

对慢性抽动障碍的保健干预除减轻心理压力外,着重在于使患儿能正视疾病,正确看待慢性疾病过程给自己带来的心理负担。心理疏导、一般性心理支持都是必不可少的手段。本症一般无须特别治疗,尤其对于症状已持久固定不变,已形成了习惯,如成年人清嗓或眨眼抽动,对日常生活、学习或工作并无影响者,一般不需要药物治疗。

1. 正确认识 使患儿认识到虽然抽动病程较长,但并非不可治愈的,服用适当剂量的药物后几乎每个患儿都可以获得痊愈,以此树立战胜疾病的信心。

2. 合理安排生活 合理安排患儿日常作息时间和活动内容,避免过度兴奋、过度疲劳。

3. 药物治疗 所用药物和用药方法请参阅“抽动-秽语综合征”的药物治疗部分。对药物治疗要坚持,并适当调整用药剂量。

第三节 发声和多种运动联合抽动障碍

发声和多种运动联合抽动障碍(抽动-秽语综合征)是慢性抽动障碍的一种特殊类型,它主要表现为不自主、多发运动抽动和发声抽动的共同出现,常常起病于21岁以前,病程多

为慢性过程。因为此综合征最早由法国医师 George de la Tourette 于 1885 年首次进行了详细描述,所以后人在文献中多采用 Tourette's 综合征(TS)。

一、流行病学资料

大多数起病于 4~12 岁,以 7~8 岁起病最多。1997 年一项跨文化研究显示,Tourette 综合征多见于男性,男女发病之比为(3~4):1,平均年龄为 7 岁。TS 的患病率为 4~5 人/万,不同种族之间人群患病率基本相似(DSM-IV,1994)。

二、病因与发病机制

1. 遗传因素 TS 病儿家族成员中患抽动症和 TS 的较为多见,其发生率为 10%~66%。家系调查的研究结果提示家庭成员对抽动障碍和强迫障碍具有易感性,并可以用常染色体遗传解释易感性的原因。

2. 神经生化因素 ①中枢多巴胺(DA):临床观察发现 TS 患儿服用阻滞多巴胺 D₂ 受体的抗精神病药物氟哌啶醇、匹莫齐特,可使大多数患儿的症状减轻。②去甲肾上腺素(NE):TS 患儿尿中 NE 代谢产物有所降低,但血、脑脊液中 NE 代谢产物的浓度却正常,服用可乐定可使 TS 症状减轻。③5-羟色胺:有人应用 5-HT 的前体 L-5-羟色氨酸可使抽动症状减轻。动物实验表明氯丙咪嗪可以增加脑内 5-HT 的水平,临床使用氯丙咪嗪治疗 TS 伴有强迫症状患儿有明显的效果,因而认为 TS 可能与 5-HT 代谢失调有关。

3. 器质性因素 许多研究表明 TS 属于器质性疾病。TS 患儿非特异性脑电图异常发生率较高,有 50%~60% 的 TS 患儿脑电图异常,如伴发注意力不集中和过度活动脑电图异常则更多见,脑电图改变主要为慢波或棘波增加。近年来,据研究报道,TS 与 β 溶血性链球菌感染的有关。通过对风湿性舞蹈症、TS 和强迫症儿童的临床观察,研究人员发现, β 溶血性链球菌感染会激发儿童期发作的抽动症儿童的自动免疫反应。症状出现明显,患儿血液中 β 溶血性链球菌感染的抗核抗体水平越高。因此,研究人员推测认为 TS 时由抗核抗体所介导的中枢神经系统内基底神经节及有关通路功能异常是 TS 发病的一个原因。

4. 社会心理因素 TS 起因可能与应激因素有关,严重精神创伤、生活事件、学业受挫、受到批评或指责、疲劳、睡眠不足等都可诱发症状出现,促进症状加重。有人认为母孕期应激事件、妊娠初期 3 个月反应严重是以后发生抽动障碍的危险因素。Leckman 等认为出生后的应激也增加有遗传易感性个体的发病。

三、临床表现

1. 起病形式 通常 TS 起病多数是从眼、面肌开始抽动,如眨眼、歪嘴动作,而后逐步向肢体近端发展,而涉及全身多部位肌肉抽动,从简单性抽动发展为复杂性抽动。一般多从面部发展至颈、肩、上肢、躯干及下肢。抽动形式可能改变,可从一种形式转变为另一种形式。首发症状运动抽动或发声抽动可先后出现或同时出现。这一类症状往往在精神紧张时或躯体疾病后加重,注意集中于某项兴趣活动时可暂时减轻,主观努力可短暂克制,睡眠时

症状消失。

2. 抽动症状的表现

(1) 运动抽动 :与短暂抽动障碍和慢性抽动障碍相比 ,抽动-秽语综合征的运动性抽动症状涉及肌群较多 ,抽动症状较严重。抽动症状通常始于颜面部 ,症状较轻 ,以后逐渐加重 ,累及部位可以沿颜面—颈部—肩部—上肢—躯干—下肢的顺序发展 ,部位可为单一部位或多个部位。抽动可表现为单纯抽动到形式复杂、形态奇特的复合性抽动 ,如伸手、张口、吐口水、扭头、触摸性动作、收腹、弯腰、踢腿、身体旋转等 ,症状表现五花八门 ,难以罗列。症状表现多种多样 ,简单性运动抽动常见表现为眨眼、眼球转动、咧嘴、翘鼻、伸舌、转头、点头、伸脖、张口、耸肩、挺腹、吸气等。复杂性抽动呈奇特的多样的姿态、怪样丑态 ,如冲动性触摸人或物、刺戳动作、跺脚、似触电样全身耸动、走路回旋、转动腰臀、蹲下跪地或反复出现一系列无意义的动作。

(2) 发声抽动 :发音抽动的实质是喉部、咽部等与发音有关的肌肉群快速收缩的结果。发音抽动症状可简单地分为单纯发音症状和复杂发音症状。单纯发音症状多为快速、无意义的声音 ,如哼哼、吸鼻声、咕噜声、咳嗽声、清嗓子声、嗤鼻声、动物叫、鸟叫等。复杂发音症状可表现为发出音节、单字、词组、短语、短句、秽语、模仿言语、刻板言语、重复言语等。

发声抽动症状可以是首发症状 ,也可以在运动抽动后出现 ,或两者同时出现。一个 TS 患儿可出现多种抽动症状。无论是运动抽动症状 ,还是发音抽动症状 ,在疾病过程中其严重程度都会有波动 ,受到批评、指责、过度兴奋、过度疲劳、睡眠不足、突然停药等因素都可以使症状加重。睡眠时抽动症状消失 ,是与癫痫相区别的主要临床特点。

(3) 伴发行为症状 :TS 除抽动症之外 ,最常见伴发注意力不集中、多动、强迫动作、强迫思维、冲动、攻击行为、自伤行为、学习困难以及情绪障碍等。伴发行为症状可不同程度地引起患儿心理困扰 ,影响患儿适应社会的能力。

3. 与其他疾病的关系

(1) 注意缺陷多动障碍(ADHD) 6~18 岁的 TS 患儿中 50%~60% 伴有 ADHD。TS 症状越严重 ,伴随 ADHD 症状越多 ,Comings(1984 年)发现 ,轻度、中度和重度 TS 所伴随 ADHD 的发生率分别为 30%、50% 和 70%。学习困难也是常见问题 ,尤其在已有空间知觉、视觉运动、组织技巧方面有缺陷的 TS 患者中发生率高(Shapiro,1988 年)。有的家长将儿童抽动症当作多动症 ,给他服用哌甲酯、匹莫林等药物 ,症状反而加重 ,甚至出现打人现象。抽动症是一小群肌肉的不自主抽动 ,例如眨眼睛、歪嘴巴、缩鼻子、扭头颈、耸肩胛、甩手臂及发出怪声 ,因此看上去很不自然。而多动症的“动”是小动作增多 ,东奔西跑 ,手足不停 ,活动量增多。

(2) 强迫症(OCD) 近年来 ,发现 TS 伴发 OCD 较为多见 ,其发生率为 30%~50% ,而一般人群 OCD 的发生率为 2%~3%。TS 伴发 OCD 可表现为反复检查核对、仪式动作、嗅舔、反复洗擦、重复无目的动作 ,如强迫性触摸、对称性放置物品、强迫计数、重复写字、怕脏、怕细菌、怕自己会突然做出不正当的事等 ,自身无法克制这些不必要的强迫观念和动作 ,从而日常活动和学习受到严重干扰。TS 患儿的家族成员中 OCD 的发生率明显增高 ,提示 TS 与 OCD 之间有遗传学的关系。但强迫症状特征有显著差异 :OCD 所表现的症状多为排泄、分泌、怕脏、怕细菌、怕环境污染、畸形恐怖、怕说错话、强迫清洁行为更为明显 ,强迫行为发生之前常出现强迫观念。而 TS 伴发 OCD 的症状多涉及暴力形象、性观念、追求匀称、担心会

说出秽语或作出尴尬的举动,往往有自伤、眨眼、凝视、收藏、触摸、计数的强迫行为,或模仿他人、毁物、侵犯他人、触摸自己身体或物体较为多见,强迫症状是自发的。

(3) 伴发自伤行为:发生率为33%~44%。自伤行为多种多样,如撞头、咬指、挖破皮肤等,严重者导致永久性自残损害。自伤行为与TS严重程度呈正相关。

本症的病程呈缓慢进展,症状起伏波动,新的症状可代替旧的症状。疾病初期有少数患儿可短暂自行缓解。症状严重程度不一,轻者不被人们所注意,可照常上学;严重者则干扰日常生活和学习,尤其伴发行为症状,如ADHD、OCD及其他行为障碍,或因发声抽动影响课堂秩序。TS患儿大多数智力正常,一般都自知有病,并能配合治疗。

四、诊断及鉴别诊断

TS的诊断需要详细询问病史,认真做好体格检查(包括神经系统检查)和精神检查、直接会谈、观察抽动和一般行为表现,弄清症状的主次、范围及规律以及发生的先后过程。要注意抽动障碍患儿在医师面前,可以短暂控制,易被忽视漏诊。同时,TS患儿由于常伴发行为症状,如多动、注意力不集中、易冲动等,也易被误诊。

Shapiro提出TS的诊断指征,列于如下仅供参考:①诊断的主要指征:起病年龄2~15岁;有多发性不自主运动抽动和发声抽动;症状呈慢性过程,但可波动,亦可有周期性改变,或由新的症状代替旧的症状,或在原有症状的基础上增加新的症状。②可助诊断的指征:秽语、猥亵行为、模仿言语、模仿动作、重复言语。③伴发症状:儿童多动症或行为问题、非特异性脑电图异常、轻微的神经系统异常体征。

CCMD-3中关于发声和多种运动联合抽动障碍的诊断标准如下:是以进行性发展的多部位运动和发声抽动为特征的抽动障碍,部分患儿伴有模仿言语、模仿动作,或强迫、攻击、情绪障碍,及注意缺陷等行为障碍,起病于童年。

(一) 症状标准

表现为多种运动和一种或多种发声抽动,多为复杂性抽动,两者大多同时出现。抽动可在短时期内受意志控制,在应激下加剧,睡眠时消失。

(二) 严重标准

日常生活和社会功能明显受损,患儿感到十分痛苦和烦恼。

(三) 病程标准

18岁前起病,症状可延续至成年,抽动几乎天天发生,1d多次,至少已持续1年以上,或间断发生,且1年中症状缓解不超过2个月。

(四) 排除标准

不能用其他疾病来解释不自主抽动和发声。

需要与以下疾病相鉴别。①小舞蹈症:通常也多发生于5~15岁的儿童少年,以舞蹈样异常运动为特征,并有肌张力减低等风湿热体征,实验室检查有红细胞沉降率增快、抗O增

高。风湿性感染所致的小舞蹈症病程呈自限性,无发声抽动,抗风湿治疗有效。②肝豆状核变性(Wilson病)是铜代谢障碍所引起,有肝损害、锥体外系体征及精神障碍。可见角膜K-F色素环,血浆铜蓝蛋白减低等特征。

五、治 疗

(一) 一般支持性心理治疗

发声和多种运动联合抽动障碍在发病、症状转归、预后等方面都与心理因素有关。所以,一般性心理解释和支持在治疗中占有极为重要的地位。

对于诊断明确为TS的患儿应及时进行治疗。在治疗前需了解既往曾接受哪些治疗,效果如何,有哪些不良反应。治疗不仅是针对抽动症状,还需要对患儿及其家庭进行咨询,以取得合作,增加患儿及其家属对治疗的信心。除抽动障碍之外,应针对伴发的相关疾病,给予相应的干预措施,如针对行为障碍或强迫症状等问题。在治疗过程中可应用症状评定量表、药物不良反应记录表等,根据治疗过程的效应、抽动症状的变化、社会适应情况、在校学习表现等加以综合评定,调整治疗方案。TS的临床表现复杂多样,因此要针对每个患儿及其家庭情况区别对待。

向患儿和家长解释TS的性质和基本临床特征,对患儿来讲,患抽动-秽语综合征和患肺炎、哮喘等疾病一样,不是丢脸的事,不必为此而感到自卑、自责。家长要正确理解疾病性质,正确对待患儿,不要将其视为“调皮”、“故意捣蛋”、“出洋相”等而加以训斥、批评。

从心理上消除患儿的困惑,患了TS以后,除少数患者(20%左右)症状迁延,对学习、社会生活和日常生活造成一定影响外,多数患者的预后较好,运动抽动和发音抽动症状会逐渐减轻甚至消失。即使不能完全痊愈,遗留部分症状不会影响生活和工作,不会造成残疾。

在日常生活中要安排好作息时间和活动内容,避免容易引起症状加重的心理刺激因素,高度兴奋、过度疲劳、睡眠不足、看电视或打电子游戏时间过长、长时间剧烈运动等。每日定期进行韵律性身体锻炼和运动可抑制抽动症状的发生,以减轻症状。可以让患儿学会在深吸气的同时向两侧伸直双臂,也可以在深吸气时练习直立一下蹲动作,每次可练习10~15min,对症状较轻的运动抽动往往效果很好。

(二) 精神药物治疗

精神药物治疗是减轻症状、改善功能的主要方法,也是心理治疗的基础。

1. 氟哌啶醇 是治疗TS有效的药物之一,治疗有效率达70%~85%。每片2mg,常用剂量范围变异较大,可以为每日2~12mg,最低有效血药浓度为2.0ng/ml,超过6.0ng/ml会出现不良反应。一般用药是从小剂量开始,逐渐加量,在治疗过程中出现轻微不良反应时应停止加药。70%~80%患者在治疗剂量范围内可出现疗效,此时患者抽动症状减轻、抽动频率降低、幅度减小。当剂量较大出现双手震颤、肌张力增高、静坐不能、急性肌扭转障碍等锥体外系不良反应时可加用苯海索,每日2~4mg,以缓解锥体外系症状,增加治疗的依从性,减轻患儿的痛苦。

2. 硫必利 每片100mg,常用剂量为每日300~600mg,分2~3次口服。大多数病例疗

效出现于用药后 2 周左右,有效率为 40%~60%。硫必利治疗的优点是不良反应较轻,仅为轻度头昏、无力、嗜睡,没有使人感到发僵的锥体外系症状,易为患儿所接受。多数患儿在进行药物治疗的同时还可以坚持上学和进行日常活动。

3. 利培酮 开始剂量每日 0.5~1mg,每隔 5d 增加 0.5~1mg,平均日剂量为 2~3mg。不良反应有头晕、镇静、静坐不能、肌张力障碍、头痛、软弱无力、失眠、抑郁、焦虑和激惹行为。对 14 岁以下儿童要慎用。

4. 可乐定 是一种降压药,早期多用于高血压病。目前,该药在内科临床上已较少应用,国外报道,可乐定对 TS 伴发注意缺陷多动障碍有较好的治疗作用。每片 0.075mg,每日 0.15~0.30mg,分次口服。国内已生产可乐定贴片,可将贴片贴于双耳后或肩胛骨内侧手触不到的部位,每周更换 1 次。常见的不良反应为嗜睡、头昏、口干、体位性低血压等。对伴发 ADHD 的患儿效果较好。

(1) 伴发情绪障碍:如果伴有严重焦虑、易激惹和抑郁的患者可加用多塞平、氟西汀等治疗,如果伴有较严重的强迫行为,可加用氯丙嗪、丙咪嗪、氟西汀、氟伏沙明等药物。

(2) 伴发严重自伤自残行为:应立即予以制止及保护措施,如已对患儿造成伤害,应立即送往医院急诊救治,以免留下不必要的后遗症及残疾。

(三) 中药治疗

中医将抽动障碍归属于“肝风症”、“慢惊风”等范畴。发病多与情志不畅,肝郁气滞,五志化火,过食肥甘,伤脾生痰,痰火或风痰内扰;肝肾阴虚,心肝血虚,肝失所养,虚风内动等有关。

常用的效方有以下几种。①蜈蚣二陈汤:蜈蚣、全蝎、钩藤、茯苓、元参、半夏、陈皮、干草各适量。水煎服,日服 1 剂,30 剂为 1 疗程。②补肾平肝汤:熟地、枸杞、地龙、五味子各 6g,僵蚕、丹皮、蝉衣各 3~6g,淮山药 12g,龙骨、牡蛎各 20~30g。水煎服,日服 1 剂,30 剂为 1 疗程。③平肝熄风汤:天麻、地龙、白芍、桑叶、竹茹各 10g,蜈蚣 2 条,全蝎、干草各 3g,天竺黄 6g,牡蛎 20g。每日 1 剂,水煎取汁分 2 次温服,1 个月为 1 疗程。

(四) 韵律操练习

每日定期进行韵律性身体锻炼和运动可抑制抽动症状的发生,以减轻症状。可以让患儿学会在深吸气的同时向两侧伸直双臂,也可以在深吸气时练习“直立—下蹲”动作。每次可以练习 10~15min,早晨起床后、上课前、午饭后、傍晚和晚上入睡前各练习一次,对症状较轻的运动抽动往往效果很好。学会深呼吸并控制呼吸节律对发音抽动效果非常显著,关键是要坚持练习,不可间断。

(五) 住院治疗

有些慢性、多发性运动和发音联合抽动障碍的儿童和青少年,经过咨询、心理治疗、药物治疗甚至家庭干预,效果并不理想,严重的患儿还会出现自伤行为、攻击行为、伤人行为和极端的情绪波动,这时需要考虑住院治疗。在密切观察的基础上,系统用药对缓解症状很有帮助。

（六）精神外科治疗

对于长期、规范、合适剂量用药治疗无效者 ;有明显攻击行为、自伤行为、伤人行为或者其他暴力行为者 ;抽动症状严重影响患儿生活者 ;在严格掌握适应证的情况下 ,可以考虑实施精神外科治疗。

总之 ,抽动症一般预后良好 ,抽动可随时间逐渐减轻或自行缓解 ;少数病例症状迁延。抽动-秽语综合征是一种慢性神经精神障碍 ,需要较长时间服药以控制症状 ,如氟哌啶醇治疗一个时期 ,症状全部或部分得到控制 ,一旦停止治疗 ,症状会复现。2/5 患者完全恢复 ,约半数患者部分改善 ,仅 6% 患者无改善 ,持续至成年。

（ 杜亚松 刘 漪 ）

参 考 文 献

1. 杜亚松. 儿童心理卫生保健. 上海 :上海科学技术文献出版社 ,1999
2. 李雪荣. 现代儿童精神医学. 长沙 :湖南科学技术出版社 ,1994
3. 杜亚松. 与链球菌感染自动免疫相关的儿科神经精神障碍. 国外医学精神病学分册. 2001 ,1 :44 ~ 47
4. Volkmar FR. Chilohhod and Adolescent Psychiatry : a review of the past 10 years. J Am Child Adoles Psychiatry ,1996 ,35 :843 ~ 851
5. Bernstein JG. Handbook of Drug Therapy in Psychiatry. Third Edition. Mosby-Year Book ,Inc. 1995

第十一章 儿童学习困难的治疗

近百年来,教育学、心理学、神经生理学、社会学等许多领域的研究者,从不同的角度对学习困难儿童进行了研究。例如,20世纪初,美国医学界人士对儿童的阅读障碍、失语症,以及脑功能损伤进行了研究,这引发了而后从学习障碍(learning disability,简称为LD)的概念出发,研究学习困难学生的问题。前苏联教育科学院院士巴班斯基于20世纪60年代,对学生学业不良的原因进行大规模的调查,从学业不良的概念出发,进入学习困难的研究领域。儿童学习困难不仅影响其学业,而且也影响其个性、社会适应性和其他方面的健康成长,因此是儿童心理治疗的一个重要主题。

第一节 儿童学习困难的界定与分类

在讨论儿童学习困难的治疗之前,我们首先讨论儿童学习困难的概念界定、类型,因为这是儿童学习困难诊断和治疗的前提。

一、学习困难的界定

什么叫学习困难?目前国际上有两个主流概念,如前所说,一个称为学习障碍,一个称为学业不良。

(一) 学习障碍

学习障碍(LD)这一术语最初是由美国特殊教育专家柯克(Kirk,1963年)提出,此后学习障碍的定义一直在不断地修改完善。美国1975年“障碍儿童普及教育法”(又名公法94~142)的学习障碍定义还是以柯克1968年的定义为蓝本,其表述如下:“特殊学习障碍儿童系指,儿童在理解或应用语言的心理过程中,表现出一种或多种异常状态,以致在听课、思考、说话、阅读、书写或计算时显现出能力不足。这种异常包括知觉障碍、脑伤、轻微脑功能失调、阅读障碍和发展性失语症。这一术语并不包括听觉、视觉、运动障碍、智能不足、情绪困扰,以及环境、文化、经济不利所造成的学习问题。”

这个定义的特点是:指出了学习障碍的表现特征,排除了其他障碍因素,内容比较具体,但仍受到专家的批评。哈密尔(Hammill)等人指出:首先以“心理过程异常”为学习障碍的原因,不易确定与评价。其次,学习障碍与脑伤、轻微脑功能失调之间是什么关系,有些含糊其辞,而且这些症状本身也没有清楚的界定,只会增加混淆,不利于对学习障碍儿童的鉴别。

再次,不适当地排除其他障碍,容易造成误会,以为学习障碍不会和其他障碍一起出现。其实,学习障碍同其他障碍同时出现的可能性还是存在的,如既有学习障碍,又有听障和视障的人。不适当地排除,可能造成学习障碍儿童无法得到适合他们的教育。

针对上述定义的不足,哈密尔主持的全国学习障碍委员会(National Joint Committee on Learning Disabilities,简称NJCLD)在1981年提出了新的定义:学习障碍是指这样一个异质群体,这些人在获取和利用聆听、说话、阅读、书写、推理和数学能力方面,表现出显著的困难,这些异常起因于个人内在因素,一般认为是中枢神经系统功能失调。虽然某种学习障碍也可能伴随其他障碍(如知觉损伤、智能不足、社会 and 情绪困扰),但学习障碍并非由这些因素所造成。”

哈密尔的定义有如下改进:①去掉“儿童”的字眼,学习障碍不再只限于儿童。②以“表现出显著的困难”取代能力不足,使学习障碍的定义更具有操作性,因为显著困难比能力不足更容易评量。③不排除学习障碍和其他障碍或外在导致学习困难的因素并存的事实。但这个定义也有些模棱两可的地方,尽管它指出了学习障碍的原因,而这个原因究竟是不是中枢神经系统功能失调?仍然无法确认。1988年NJCLD,又对学习障碍定义作了修正,在学习障碍的表现方面增加了社会知觉、人际互动等社会技能。

对于学习障碍定义有以下几点说明。

(1)学习困难的表现症状,侧重于心理过程的异常。具体包括学业性障碍(如阅读、书写、拼字、计算等)和发展性障碍(如注意、记忆、推理和视动协调等)。上述学习障碍的定义比较具体,便于诊断分析。但对鉴别的要求较高,需要相应的鉴别各种障碍的工具。

(2)学习困难的原因,强调个体内部因素,特别是神经生理方面的(主要指中枢神经系统功能失调)因素。上述两个定义都侧重于从病因学的角度出发,寻求对学习困难现象在神经病学方面的解释。也就是说,是由于神经生理的问题影响脑的功能,造成学习障碍。但迄今为止,中枢神经系统功能障碍说,尚未得到有力的证据支持。针对这类不足,盖尔斯(Goles,1987年)提出了“相互作用理论”,认为学习困难的原因是由于个体与其所处的社会环境相互作用的结果,包括建构知识、态度、价值和动机取向。在学校和家庭都有这种相互作用发展。有的学者认为,相互作用论用来解释一般的学习问题比特殊的学习困难更有效,它更适用于低成就学生,而不是学习障碍儿童。

(3)学习障碍与低成就(亦即学业不良)是两个概念。在各种学习障碍的定义中,都竭力把学习障碍与学业不良加以区分。因为学业不良,有可能是学习障碍引起的,也有可能是学生动机和态度的问题。我认为这两者是包含关系,低成就概念中可以包含学习障碍概念。

(二) 学业不良的界定

学业不良学生,这是前苏联教育界常用的一个术语,指的是学习成绩低下的学生。学业不良的确定与评价的参照系有关,根据不同的评价标准,学业不良可分为相对学业不良、绝对学业不良和成绩不足三种类型。

1. 相对学业不良 以一特定群体的平均成绩作为参照标准,明显低于平均水平的为相对学业不良。按照这种方法,每一所学校、每一个班级都可以区分出比例大致相同的学业不良学生。这种界定的缺陷在于,学业不良的划分,随着班级情境变化而变化,一个学生在重点中学是“学业不良”,而到了普通中学就可能不属于“学业不良”。这种人为划分很不合

理,总要打击一部分学生的学习积极性。

2. 绝对学业不良 以规定的教学目标作为评价的参照标准,达不到教学目标者为绝对学业不良。这里的目标,是指各年级、各门学科领域可以期待学生达到的水平。这种界定虽比相对学业不良合理些,但也不是没有问题。关键在于基本标准(目标)如何定,一般认为,有三种目标。

(1) 最大限度目标(maximum standard)或乐观值(optimistic value),就像用9s跑完100m那样。人的能力是有限的,该目标近似于“极限学力”的概念。

(2) 中间目标(medium standard)或最优值(most likely value)。这是教师和学生均期望通过努力达到的最恰当的水准。

(3) 最小限度目标(minimum standard)或悲观值(pessimistic value)。在教学过程中,只要未达到最小限度目标,就不能进入教学的下一个过程。因此,凡未达到最低限度目标的学生,原则上都得实施辅导或干预。

可见,绝对学业不良学生的划分与确定的目标本身是否妥当有关。换言之,若目标定得过高,将会出现许多学业不良儿童;若目标定得过低,则又会减少许多“学业不良”儿童。因此,目标水准的确定,成了左右“学业不良”儿童发生率的惟一因素。另外,立足于绝对学业不良观,并没有对每一个学生的个人因素及条件作充分的考虑。在这种观点的背后潜藏着这样一个观念,即把一切儿童的学习能力和条件一律视为同等。

3. 成绩不足 以个人的能力水平为评价的参照标准。如果学生的实际学业成绩,明显低于从其能力来看应达到的水平,这种现象称为成绩不足。例如,某学生的智力水平在该年龄段中属较高水平,而实际学习成绩呈中下水平,可认为是成绩不足。这种界定着眼于每个儿童固有的潜在能力,从每个儿童个人自身中去寻求问题的答案,比较符合尊重儿童个性的教育精神。

虽然,学习障碍和学业不良是两个不同的概念,但是,学习障碍的概念可以包含于学业不良的概念之中。根据我国学校实际情况,学习困难儿童主要是指学业不良儿童,其中也包括学习障碍。

二、儿童学习困难的类型

为了提高对学习困难儿童诊断的针对性和治疗的有效性,必须把学习困难儿童划分为不同的类型,因为学习困难儿童是一个繁杂的异质群体。异质性给学习困难儿童的鉴别、诊断和干预带来很大的模糊性。而对诺大的学习困难儿童异质群体进行准确诊断和教育干预,就必须将异质群体按照一定的标准划分成若干个同质的亚型(subtype),这便是分类的问题。

要对学习困难儿童合理地分类不是一件容易的事情。其一,一般分类总要依据一定的结构维度。而学习困难儿童的异质性是多维的,任何一种维度的分类都很难将其概括,也就是说分类不可能是完整的,总会遗漏某些类型。其二,分类的完全同质化也是困难的,每一种类型不可能是纯粹的单质性。因为人是一个有机的整体,各种心理功能是相互联系、相互制约的。类型的同质性只具有相对的意义。例如,有言语障碍的儿童可能会伴有阅读困难,阅读有困难的儿童可能会伴有动机障碍。类与类之间既是相对独立的,又是相互联系的。

分类的目的是要使每一类别最大限度地同质化,最低限度地异质化。这也是衡量分类是否科学、合理的重要标准。

根据目前的文献资料,尽管对学习困难儿童的概念界定各不相同,但从分类的方法看,大约可以归为经验描述、理论推断和多元统计分析三种。

1. 经验描述型 这种分类不需要理论框架作指导,主要是研究者通过对学习困难儿童的日常观察经验来划分类型。如有人根据儿童在学习活动中的表现,将学习困难儿童分为学习缓慢型、学习不得法型、外因致差型和缺少内驱力型。这样的划分比较直观,教师也容易判定。但从分类的标准来看,这种分类得到的类型同质性较低,异质性较高。如学习缓慢型与学习不得法型的互相包容性较大,以致没有明确的界限。另外,经验分类没有一定的维度结构,几种类型可能不是同一层次上的。如外因致差型与缺少内驱力型、学习不得法型就不是同一维度的,有的是指形成困难的原因,而有的是指其特点。这在逻辑上就有矛盾,再如,有人把动机障碍的学习困难儿童分成四类:被动型,被动应付家长和社会舆论的压力,不得不上学;随波型,不明白上学有什么具体意义,随大流;混日型,得过且过;虚荣型,学习是为了表扬奖励,有时弄虚作假。这四个类型的相互包容性也很大,如被动型的也可能是随波型的。这样分类仅仅是对现象的一种描述,尚未涉及个体的本质内容。

2. 理论推断型 它由研究者依据一定的理论结构(心理学、教育学、社会学、神经生理学)对学习困难儿童类型进行思辨地归纳与根据。不同的学科理论背景得到的分类结果也是不同的。梅钦斯卡娅等人着眼于教育学的理论背景,运用可接受性这个概念作为对学业不良学生的分类基础。所谓可接受性是指个体对知识掌握和学习活动方式的感受性。除了可接受性,她还把个性特征、动机等因素作为分类的条件,具体分为三类学业不良学生。第一类的特征是可接受性差,但他们有良好的学习愿望与动机;第二类的特征是动机水平低,但他们在课堂活动中有积极思维的能力;第三类特征是可接受性和动机水平都比较低。柯克和葛拉格着眼于心理学和神经生理学的理论,将学习障碍儿童分为发展性学习障碍和学业性学习障碍两大类。在这两个主要类别之下,又分别划成若干类型。其中发展性学习障碍有原始性缺陷和衍生性缺陷两个亚类。原始性缺陷包括:注意力缺陷、记忆力缺陷、视—动协调缺陷、知觉能力缺陷等;衍生性缺陷包括:思考能力异常、语言能力异常。学业性学习障碍有阅读缺陷、算术缺陷、拼字缺陷、书写缺陷四个亚类。

约翰逊(Johnson,1987年)认为阅读是语言的象征化过程。阅读有赖于视、听等感觉通道综合功能及认知能力的协同作用。他据此将阅读困难分为听觉性阅读障碍、视觉性阅读障碍、言语性阅读障碍及感觉通道转换性阅读障碍。

也有些学者在对大量有关学习困难儿童类型研究报告分析的基础上进行综合分类。如威廉和斯特沃斯(Weller and Strawser,1981年)根据儿童认知与社会性发展上不同的特点,将学习困难儿童分成五类:假性学习困难、行为缺陷、言语组织缺陷、非言语组织缺陷和综合缺陷(表11-1)。

3. 统计分析型 运用因素分析和聚类分析技术来研究分类的一种方法。尤其是近年来聚类分析在学习困难学生分类研究中得到越来越多的应用。凯弗莱(Kavale,1990年)综合了1977~1985年15项实证性类型研究,其中9项是聚类分析,4项是因素分析,1项为聚类分析与因素分析综合,1项为描述性分析。这15项报告中,分类类型最多的为7类,

表 11-1 学习困难学生的分类及其特点

类 型	认知与社会性特点	百分比
假性学习困难	学业成就低 ,但智力正常 有挫折感、马虎	25 ~ 38
行为缺陷	认知策略水平低 注意力缺损或多动症	22 ~ 30
言语组织缺陷	语言运用与理解能力差 攻击性或行为出格	14 ~ 17
非言语组织缺陷	视觉—空间—运动协调能力差 社会知觉差或退缩	11 ~ 15
综合性缺陷	认知加工中多重缺陷 社会技能缺陷	8 ~ 10

注 :数据取自威廉和斯特沃斯(1987 年)

最少的为 2 类 ,平均为 3.5 类。分类维度有神经心理、阅读、语言、知觉、行为等方面。其中神经心理的测量最多 ,在 10 项研究中被采用。从中了可以看出美国学者比较偏重以神经心理为学习困难学生分类的理论依据。

国内刘少文等(1993 年)对小学学习困难学生按智力进行聚类分析 ,被试为 10 ~ 11 岁的小学四年级学生 ,采用林传鼎主修的韦氏儿童智力量表(除迷津以外为 11 个分测验) ,得到三种主要类型(表 11-2)第一型智力正常 ,伴有注意和记忆缺陷 ;第二型智力水平稍低于正常 ,常识测验成绩差 ;第三型智力水平为边缘状态 ,且各项能力均较低。

表 11-2 学习困难儿童智力聚类分析

类 型	智 力 特 点	言语智商	操作智商	百分比
第一型	有注意、记忆缺陷 ,言语理解、知觉组织能力正常	94.2	100.6	18
第二型	常识测验成绩低 ,言语理解、知觉组织能力正常	85.7	87.6	61
第三型	智力边缘状态水平 ,记忆、注意、言语、知觉能力较差	79.3	77.6	21

三、学习困难儿童的特点

我们运用聚类分析方法曾对上海市区 353 名初中学习困难学生进行分类研究 ,结果从 353 名学习困难学生中划分出四个主要类型 :暂时性困难、能力型困难、动力型困难和整体型困难。其中后三个类型均属稳定性学习困难 ,与暂时性学习困难相对应(表 11-3)。

表 11-3 四类学习困难儿童的特点

类 型	能 力 与 个 性 特 性	百分比
暂时性困难	能力没有偏常 ,观察力中上水平 ,个性特征指标均在中上水平	18.4
能力型困难	思维、言语、数理、空间能力低 ,个性特征指标为中等水平 ,坚持性较强 ,自我意识水平较高	5.7
动力型困难	能力基本没有偏常 ,个性特征指标水平基本偏低(包括动机、意志、自我意识等) ,焦虑水平偏高	57.8
整体型困难	思维、言语、数理能力低 ,动机、意志等水平低	12.2

1. 暂时性困难 这类儿童能力和个性特征没有偏常。为什么这些儿童的学习潜能与现实学业水平差距甚大?这里面有许多复杂的因素。据我们调查,其中较重要的一点是他们在行为上存在不少问题。他们中的有些人在参加课堂活动时缺乏积极、紧张、思维的投入,缺乏主动、兴奋的情感投入,没有这样一种积极的心理活动,就很难对学习的知识内容进行有效的加工。有些儿童因一时没有掌握某些章节的知识内容造成阶段性的学习困难。有些儿童则因受到外界突发事件影响(如父母闹离婚、生病、早恋、与同学关系紧张等)而情绪受到严重干扰,学习分心等。针对暂时性困难学生的多种起因,教师还需作进一步的亚类分析,根据不同亚类特点及时采取不同的措施。相对地说,这类学生的学习困难程度较轻,工作做得及时比较容易转变,如果错失时机,会使这些儿童的学习困难继续加重,而成为稳定性学习困难。

2. 能力型困难 能力较差是他们学习上的主要障碍,而他们的动机、意志水平不低,这是他们身上十分宝贵的尚未开发的动力资源。如果教育者对这些儿童嫌弃或一味训斥惩罚,不去帮助他们分析具体的知识障碍和技能障碍,不去帮助他们改进学习方法,甚至把他们的学习困难归之为学习态度、动机,效果会适得其反。

3. 动力型困难 在学习态度、动机、意志以及自我意识等方面存在较多的障碍,他们的能力更多的是被动机不足所抑制。教育上如何调动他们的积极性,帮助他们树立积极的自我概念,激发其学习动机是对这类儿童教育的关键问题。

4. 整体型困难 他们的能力差、动机、意志、自我意识等水平低。这类学生的心理发展水平低,大多是由于小学阶段持续的学习困难,知识积累障碍,基本学习技能匮乏造成的。同时长期的学业失败使他们经常受到教师、家长甚至同伴的否定性评价,使他们产生消极的自我概念,对自己缺乏自信,丧失对学习的兴趣和愿望,学习困难程度比较严重。教育上,除了改善课堂教学,还必须摸清他们的知识起点和障碍点,制定个别教育计划和目标,针对其知识与技能薄弱之处予以强化训练。这类儿童在班级教学中常常处于不利的地位,常规的教学计划,内容与他们的学习水平相差甚远。个别补救教学是解决这个矛盾的一种过渡性教学策略。

需要指出的是,类型既是相对稳定的,又是动态变化的。类型内部同质和类与类之间的异质只具有相对意义。在一定条件下,暂时性困难会变成稳定性困难,局部型困难会变成整体型困难,反之亦然。就整体型困难学生来说,追溯他们的学习历史也不是一下子什么都差的,而是有一个变化的起点与过程。

第二节 儿童学习困难的诊断

一、诊断的意义

临床医学的诊断是指根据对患者病情的了解和各种医学检查的结果进行综合分析,从而判断病人的病患或患病的原因、部位、性质和功能损害程度等的步骤与方法。在这里诊断有两层含义:第一是对患者的有关病情材料进行分析、综合;第二是在分析、综合基础上对病症作出判断,判断病症的起因、性质与严重程度等。

我们把这个定义引申到学习困难儿童的诊断,那就是通过对学习困难儿童的具体表现和有关背景资料(个人、家庭和学校等)的分析与综合,判断其学习困难的特征、性质和原因。我们认为准确的诊断要以一定的条件为基础:①需要尽可能详细、全面地收集诊断对象的有关资料,以便更好地分析、综合问题。②需要有较高信度与效度的检测工具,以便能准确地反映学习困难学生的各种问题。③需要诊断者具有一定的分析鉴别与判断能力,以便能有效地诊断儿童学习困难的特征、性质和原因。

在儿童学习困难治疗中,诊断是关键环节之一。首先,诊断是制定教育对策的基础和前提。学习困难儿童诊断是要找出“病症”和原因。“病症”和原因找准了才能对症下药。其次,诊断又能不断地完善和丰富教育对策。诊断需要运用多门学科的理论与技术(如心理学、教育学、行为科学、社会学等),这本身为辅导与治疗提供了丰富的理论基础与方法技术。同时,诊断是对学习困难学生问题的性质与原因不断深入分析的动态过程,它可以不断地改进和完善教育对策。再次,诊断有矫治性意义。诊断的目的是为了矫治学生已有的症状。同时诊断还有预防性意义。诊断可以在一定程度上对某一个体今后可能发生的学习障碍和困难作出预测。因为,诊断者通过诊断大量的案例,对各种类型的学习困难症状和原因累积了一定的感性认识和理性认识。这就为如何预防学习困难儿童的产生提供了理论与经验的依据。诊断的预防性作用在学习困难儿童教育中居于重要地位。做好预防工作,可以减少学习困难学生的发生率,是积极的教育干预策略。

二、学习困难儿童的鉴别

(一) 学习障碍儿童的鉴别

柯克根据学习障碍的定义提出三条鉴别标准:差距标准、排他标准和特殊教育标准。

1. 差距标准 是指个人内在学业或能力发展方面的内在差异,也就是个人潜力与实际表现的差距。差距标准的判定,首先需要标准化的能力测验与成就测验。决定差距的方法主要有几种。①年级水准差异:是将学生的学业成就水平与现读年级比较,明显低于现读年级某个差距以上的(如一二年),则符合差距标准。②期望公式:又称为潜能和成就水平差距法。此法利用不同的公式,将预期的成就水平量化,再与学生实际的成就相比较,低于预期成就水平者,即符合差距标准。③标准方法:是将学生能力测验与成就测验的分数转换成标准分数再行比较。④回归公式:是指在一定的范围内(如一个学区),建立能力成就的常模与两者的回归关系。上述四种差距公式,在美国各州目前使用的最多的是标准分比较,约占54%。尽管差距标准在各种学习障碍儿童鉴别标准中占首要地位,但仍受到一些学者的批评。凯弗莱(Kavale, 1987年)认为,差距标准是人为的概念,强调能力与成就的差距容易造成学习障碍与低成就混淆的现象,以致把许多低成就学生鉴定为学习障碍儿童。另外,使用差距标准容易让人忽略学习障碍的病因。

2. 排他标准 是指学习困难不是由于智能不足、感官障碍、情绪困扰或缺乏学习机会等因素所造成。这种排他标准并不完全排斥上述障碍者可能同时伴有学习障碍的现象,如果同时并存,则需提供多种特殊教育的服务。约翰逊等人在联邦政府定义之前,曾提出学习障碍鉴定的六项排他标准。

- (1) 一般智力测验智商在 90 左右或以上。
- (2) 双眼的视力值经矫正后在 0.5 以上。
- (3) 两耳的听力损失不超过 30 分贝。
- (4) 情绪困扰现象不是直接可以观察得到的。
- (5) 没有明显的动作障碍。
- (6) 家庭社会经济地位中等。

1977 年美国的公法 94 ~ 142 的学习障碍儿童鉴定标准中,也有排他标准,即视觉、听觉和动作障碍,智能不足,情绪困扰,环境、文化或经济不利等原因造成的学习困难不可判定为学习障碍。

3. 特教标准 即学习障碍学生必须是在无法在普通教学条件下进行学习,需要接受特殊教育服务的。贝特曼(Bateman, 1992 年)提出转介前的干预是确定此资格的方法,即在鉴定前增加转介前的干预措施,如果在原来学习环境中作适当的调整即可解决儿童的学习问题,就不符合特教的标准。

(二) 学业不良学生的鉴别

学习不良学生必须符合以下三条标准。

1. 智力标准 这个标准主要是为了排除弱智和低能儿童,智商低于 70 者不属于学习不良。

2. 学业不良标准 这是一个相当有弹性的标准,争论颇多。我们则采用绝对学业不良与相对学业不良相结合的方法确定学习困难学生,即以代表性较好的样本的学科统测平均分为参照标准。学科统测是根据教学大纲命题的绝对评价,而以低于平均分 25 个百分点为划分学习困难学生的标准是相对评价。两者结合也是一种确定学业不良标准的方法。这里要注意学科测试的内容效度和样本的代表性,如果这两点或者其中的一点得不到保证,划分的结果就可能不可靠。

3. 学习过程异常 学习过程是学生知觉、接收信息、加工信息、利用信息解决问题的认知过程。学习困难学生在这一过程中往往会在某些方面明显地表现出偏离常态的行为。一般来说,教师可以在平常观察到学生的这些行为。它们是:①课堂学习中反应迟缓。这说明学生可能在感知学习内容时有困难(如不认识字母、符号及其相应的意义),或者理解知识发生困难等。②记忆效果差。可能是对知识组织、编码、复述和精细加工等方面有问题。③注意力涣散。表明学生在感受、选择信息方面有困难,或者是自我控制能力较差。④解题或回答问题思路混乱。可能是学生根本不理解问题,或者有较多的知识缺陷,或者解决问题的技能和策略。⑤言语障碍。不能完整地清晰地使用语言表达,言语发展障碍又直接影响阅读、写作与思维。⑥行为问题。课堂上屡屡违纪或干扰别人,可能是听不懂上课内容,也可能是学习态度动机问题或者其他原因。如果学生在相当一段时间(几个月或半年以上)出现上述某些行为,则可以认定为学习过程表现异常。

具体鉴别时,要注意这三条标准的意义是不同的。智力标准是为了将学习困难学生同弱智、低能儿童区别开来,学业不良标准是为了将学习困难学生同学习优、中等生区别开来;而学习过程表现异常则是为了将不同类型的学习困难儿童区别开来。在具体鉴别某个儿童时,这三条标准要综合考虑。原则上,第一、第二条标准是鉴别的必要条件,也就是说,鉴别

是否为学习困难儿童必须要符合这两条标准。第三条标准是重要的补充条件,若儿童确有持续的学习过程表现异常,则可能属于稳定性学习困难儿童。若儿童在学习过程中没有持续的表现异常,则可能属于暂时性学习困难,至少可以排除儿童的学习困难是由个体内因引起的。

三、学习困难儿童的评估

要详尽地评估学习困难儿童,需要从三方面资料进行,即个人的历史资料、现状资料与背景资料。

1. 历史资料 包括儿童的出生史、身体生长史、学习史等。①出生史。如母亲怀孕是否足月。早产儿往往先天不足。母亲怀孕期间是否酗酒、抽烟或是否受过强烈精神刺激。这些都将会给胎儿带来生理、心理发展的后遗症。出生是顺产、难产还是钳产,体重是否过轻等。出生的情况对个体后天生长会有重要影响。②身体生长史,包括健康史和生长史。健康史,如有没有得过疾病(脑炎、肺炎、小儿麻痹症、哮喘等),有没有意外事故的机体损伤(骨折、烫伤、烧伤等)。生长史,如何时开始坐起,何时开始行走,何时开口说第一个字、第一句话,有没有言语困难、行动障碍等。③学习史,指儿童入学以后的个人经历。如学习成绩何时开始落后,学习期间有没有受到重大挫折(留级、受处分、与老师关系紧张等),其间家庭有没有发生重大事件(丧父或丧母、父母离异等)。要诊断分析儿童学习困难形成的原因,了解其过去在校经历是十分重要的方面。

2. 现状资料 包括学业状况、学习能力、学习动机、态度、社会技能,以及兴趣特长等。①学业状况。儿童在哪些学科学习上有困难,哪些学科没有困难。在具体一门学科中,哪些单元内容有障碍,哪些单元内容没有障碍等。②学习能力。具体指思维、记忆、观察、言语、空间判断等能力在发展上有否偏常。③学习动机态度。包括抱负、志向、求知欲,对学习的情绪反应(是否有厌学、畏学、过分焦虑等),对学习的信念(是否有自卑、自弃心理等)和学习习惯等方面。④社会技能。包括与人交往能力,理解别人观点的能力,处理问题的能力等。社会技能虽然不直接影响学生学习成绩,但在一定程度上会间接影响儿童对学习活动的参与。例如,社会技能较差的学生在课堂讨论中不能充分表达自己的想法,也不善于理解别人的见解,使得自己的思维处于封闭状态。⑤兴趣特长。了解学习困难儿童的兴趣、特长,一方面是为了发现和开发他们的潜能;另一方面还可以引导学生将兴趣融于学习之中,特长发挥于活动之中,激发他们的学习动机。此外,要深入地了解学习困难儿童,还必须了解他们的内心世界。儿童心灵深处潜藏着一些成人难以理解的密码。教师要站在学生的立场上认识学生,了解他们的喜怒哀乐,了解他们的需要。

3. 背景资料 包括家庭教育背景、学校教育背景,以及社区环境。家庭教育背景,包括父母受教育程度、职业等社会经济地位,父母对教育的态度和理解,父母对子女的教育期望、教育方法,家庭成员关系,以及父母自身的举止言谈、文化修养、业余爱好等。学校教育背景包括历任教师对学生的评价和影响,教师的影响包括正面影响(如该教师很受该学生的尊敬),也包括负面影响(如师生关系紧张,某教师一次批评很伤学生的自尊心)。班级风气、同学关系都是能对儿童学习产生影响的因素。第三个背景是儿童居住地文化环境,它对儿童的价值观念会产生潜移默化的影响。

四、诊断学习困难儿童的步骤

1. 资料的整理 主要是将材料归类。归类首先需要有一个结构(或提纲)。根据诊断要求,学生材料应按照学习困难的问题性质、特征、程度和原因分别归类。问题性质,比如是学业状况的问题,还是学习能力的问题;是学习态度问题,还是学习方法问题等。问题特征,如外语学习困难有何特点,是记不住词汇,还是听力或语言能力较差等。问题程度,如数学学习究竟差到什么地步?相当于几年级的水平等。问题产生的原因,如家庭教育的原因、同学关系、师生关系的原因等。有了这样一个结构,归类就比较清晰,就能“纲举目张”。归类的第二个要求是去伪存真。整理材料要注意材料的真实性,包括有关学生事件和行为、思想的真实性。事件要多方核实以避免误传;对反映学生行为和思想的材料,研究者要尽量克服主观偏向,做到客观地审视这些材料。归类的第三个要求是去粗取精。学生材料中有相当一部分是谈话、访问记录、自述、轶事记录等定性资料,其中,有关内容与无关内容混杂在一起。这就需要删去无关内容,精选有关内容。例如,反映某学习困难学生学业成绩低下,用如下材料说明:贺××在小学四、五年级时几乎每一年都留级。1991年6月,参加区统一考试语文64分,数学60分,外语33分,成为此届进入飞虹中学全年级6个班学生中的倒数第一名。”材料简洁、贴切,使人一目了然。

2. 分析判断 是诊断的核心。其中要抓住三点。

(1) 分析学习困难儿童形成的原因:大体上可以从个体内部因素(如智能、个性、身体等)和个体外部因素(如家庭教育情况、学校教育教学情况、大众传播媒介的影响等)来寻找原因。但事实上学习困难儿童的形成是多种原因交织作用的结果。诊断就是要分析出最初的起因是什么,最重要的原因是什么。这需要比较充分地了解儿童过去的历史,弄清问题的来龙去脉。

(2) 透过现象看实质,实质反映了事物更为深层的原因或属性。它需要研究者有一定的洞察力。例如,厌学、畏学情绪是一种现象,但为什么畏学、厌学,各人背后的原因不同。有的学生是缺乏意志力,有的学生是学习态度不端正,有的是懒惰成性,有的则因学业经常失败而自卑、自弃等。诊断就是要分析判断出儿童实质的问题。

(3) 抓住主要问题:学习困难儿童身上的问题往往不是单一的,而是一种综合症状。例如,知识基础差、学习技能低、学习习惯不良、学习态度不端正,或者还有人格适应不良和行为问题等。每个儿童的问题各有侧重,抓主要问题,就是要找到影响各个儿童学习的主导性因素;“牵一发而动全身”的因素。例如,某学习困难学生个案冯×从表现看问题不少:知识基础差、阅读能力低、学习不专心、作业粗心等。进一步分析,发现她的主要问题是两个:学习中思维活动强度不够,依赖性过重。这样就可以围绕这两点有针对性地制定教育干预方案。

从客观上看,准确的诊断还必须借助于高质量的诊断量表。这就如同医生借助先进的医学检测仪器可以更准确地诊断患者的病患。理想的诊断工具应该既有较高的效度、信度,又兼有简便易行的优点。但事实上两者很难兼顾。比较专门的诊断量表需要由专业工作者来施测,一般教师较难掌握使用。而教师能够使用的观察评定表又不够精细。另一个问题是目前国内适合于学习困难学生的量表实在太少。

五、学习困难儿童诊断的方法

当我们就学习困难儿童的某个问题进行诊断时,常常使用一些具体诊断方法。常用的有课堂行为分析、作业错误分析、能力诊断、行为诊断,以及教育会诊等。

1. 课堂行为分析 学生在校的主要活动场所是课堂,学生课堂行为往往反映了其身上学习方面的障碍。利用事先设计的课堂行为观察记录所获得的资料,可以分析学生如下行为:①对教师讲课的反应。有些学生似乎也在听教师讲课,但对教师讲课内容反应迟缓或者毫无反应。究其原因,一种可能是听不懂,有知识障碍;另一种可能是分心,思想不集中。究竟属于哪一种,教师要具体分析。②课堂作业时的反应。学习成绩好的学生常常能有效地完成这些作业,而学习困难学生则常常很困难,学习困难的学生有时为了表明自己不落后也会胡乱做一通,或者随声附和。这个问题的症结,一方面是学习困难学生的学习基础差;另一方面是课堂上统一的教学要求使他们难以适应。所以,教师布置课堂作业也要因人而异,实施分层作业。同时,要当场检查学习困难学生作业情况,及时了解他们的学习情况,防止他们学习上“含混过关”。③不安定的课堂表现,包括心神不定、随便讲话、做小动作、骚扰邻座、起哄等不良课堂表现。这方面的原因就更多了,如自控能力差,或因与老师关系紧张存心作对,或是其他原因等。④回答问题的表现。有些学生怯于回答问题,上课总是默不作声,可能是起因于学习退缩倾向;有些学生回答不得要领或语无伦次,则可能在问题理解或言语表达上有问题。凡此种种,学生在课堂上的表现多种多样,教师要善于把学生各种异常表现归类,找出其症结所在,这便是教育诊断的技能。

2. 作业错误分析 学生在做作业的过程中总会犯这样或者那样的错误。如果把这些错误系统地加以整理,可以分析出一些带有规律的问题。比如,学生计算数学题常常会算错,专家认为这是因为学生使用了有毛病的程序。例如让一位学生做了五道减法题,这位学生做的五道题中有两题答对,三题答错。仔细分析发现,他总是将大数减去小数,而不管哪一个数在上面,这种错误程序叫“大数减小数”。可见准确诊断了学生作业错误,可以使他的这一学习困难迎刃而解。作业错误分析还可以帮助教师了解全体学生的学习情况,以便发现问题及时调整教学策略。

3. 能力诊断 各种学习能力的诊断(包括阅读、言语、拼写、计算等)是学习困难学生诊断的主要部分,这与改善他们的学业状况直接有关。一般可用学科成就测验与诊断检测表进行诊断。例如,阅读能力诊断,可以先用阅读水平测验测定学生的阅读水平等级,再用阅读诊断量表诊断学生的具体阅读障碍。表 11-4 是美国学习障碍儿童研究专家编制的阅读诊断量表,可供参考。找到具体阅读障碍还可作进一步的能力诊断。如某学生词汇遗忘较突出,则要进一步查明该生的记忆力如何;某学生阅读速度慢,则要注意检测其知觉信息能力有何问题;某学生阅读句子不完整,则要注意其对信息编码、组织能力如何。

言语能力诊断,可参照以下项目进行:讲话口吃;不能有条有理地陈述事情;不能将句子组成一个意群;说话句子不连贯;不能理解笑话、双关语和讽刺语;不理解抽象的词;理解词意狭窄;不知道词的多重含义;不能连贯、完整地讲一个故事;只能零碎、单一地描述与自己有关的日常琐事。有些学习困难学生表面上很会讲话,但语言很不规范,课堂上正式表达常常语无伦次,或表现出上述障碍。

表 11-4 阅读诊断量表

阅读障碍细目	经常发生	有时发生	偶尔发生
1. 逐字阅读			
2. 句子错误			
3. 发音错误			
4. 重复句子			
5. 基本词汇不识			
6. 视觉扫描慢			
7. 猜字			
8. 缺乏完整性			
9. 不能利用提示线索			
10. 阅读速度慢			
11. 不能浏览			
12. 对困难的材料不能调整阅读速度			
13. 嘴唇运动次数少			
14. 词汇遗忘			

计算能力诊断可以参照下列项目进行 :不能记住数学公式 ,字数与符号联系困难 ,空间图形概念混淆 ,解应用题困难 ,心算能力差 ,口算能力差。

4. 出声思维诊断 人的思想活动总是默默地进行的 ,它借助于不出声的内部语言。学生完成一道数学题的思维过程中 ,通过哪些内部心理操作来完成是别人无法直接观察到的 ,而事后询问所得到的回答又常常是不完整的 ,不十分准确的。克服这种困难的一个有效的方法是让他出声思考 ,使学生的思维过程外部言语化。这样就可以直接观察他的思维过程 ,知道他解决问题时的依据、步骤 ,在什么地方出现障碍或差错 ,是什么原因等。利用这种方法诊断之前 ,应对被诊断学生进行足够的训练 ,以便他们能较顺利地进行思考。诊断时 ,给被试一个思维作业 ,比如一道数学题或一篇短文阅读 ,让他们用出声思考来完成 ,同时用录音机录下他们的口述。如果被试在进行过程中发生停顿 ,诊断人员可以问他现在想什么 ,但一般不应提出问题 ,以免干扰被试的出声思考。20 世纪 70 年代后期 ,首先由奥尔雪夫斯基 (Olshavasky , 1976 年) 等人在学习困难学生阅读理解研究中使用出声思维技术。随后哈夫坦伯等人 (Harvertape , 1978 年) 在研究学生学习数学问题时 ,肖特等人 (Short et al. 1988 年) 在研究学生的逻辑推理问题时 ,采用了这种技术。奥尔雪夫斯基的研究中 ,要求十年级的阅读优良者与阅读困难者读一段文章 ,然后对每一段进行出声思维。研究者是想知道成功的阅读者与阅读困难者分别是怎样利用策略加工信息的。研究表明 ,学生在阅读中共采用 10 种策略 ,其中 3 种策略与词有关 (如词汇连接、词汇理解、发音) ,6 种策略与句子有关 (阅读、推断、假设) ,1 种策略与故事整个梗概有关。学习困难学生有时也使用这些策略 ,但阅读优良者使用得更频繁、更熟练。

哈夫坦伯等人用出声思维研究高中一、二年级学习困难学生与一般学生在算术与阅读任务中的问题解决技能。经研究发现 ,80% 的一般学生用集合观点解决问题 ,而学习困难学生为 30% ,80% 的一般学生直接理解问题 ,而学习困难学生为 40% ,57% 的一般学生利用有效的逻辑手段解决问题 ,而学习困难学生仅为 10%。可见 ,学习困难学生在问题解决中使用策略的水平远远不如一般学生。他们缺少问题解决的经验 ,与头脑里没有一个清晰的有序

的策略知识有关。在我国卢仲衡于 20 世纪 60 年代,顾冷沅于 20 世纪 80 年代初都曾用“出声想”来研究诊断学生数学学习的思维特点。这些研究表明,出声思维技术是相当有效的学习困难学生诊断工具。这种技术还可以用于教学补救与干预,以训练学习困难学生的问题解决技能。

5. 行为问题诊断 学习困难学生行为问题常常可以通过日常观察来诊断。一般教师比较容易掌握。以下列举几种。①行为失调的症状:好斗、憎恨别人、发脾气、不顺从、对抗、不礼貌、鲁莽、不合作、不体谅别人、吵闹、喧嚷、要支配别人、盛气凌人、不诚实、说谎、说话低级下流、妒忌、猜忌、挑剔、责备、依赖别人、不能承担责任、戏弄别人、否认错误、易生气、自私等。②焦虑—退缩的症状:过分焦虑、害怕、紧张、害羞、胆怯、忸怩、退缩、孤独、不愿交友、沮丧、悲哀、烦恼、过于敏感、容易受伤害、自卑、感到自己微不足道、缺乏自信心、容易激动、常常哭等。③不成熟的症状:注意广度不够,不能集中注意,常做白日梦,手脚不灵活,笨拙,动作不协调,缺少活力,精力不济,懒惰,常常昏昏欲睡,对事物缺少兴趣,缺乏坚持性,做事不能有始有终,脏乱,邋遢,不整洁。④社会性攻击的症状:结交不良伙伴,偷窃别人的东西,打架斗殴,恃强欺弱,破坏公物,忠于坏朋友,逃学,离家出走。对于有上述症状的学生,教师还应参考其历史资料与背景资料进行综合分析诊断。

6. 教育会诊 这是由班主任、任课老师、辅导人员等参加的对学习困难学生进行集体会诊的一种方法。有时可以吸收家长、有关的同学,甚至学生本人参加。会诊之前,应该将有关学生的材料分发给会诊者,便于事先准备会诊意见。会诊时,先由主诊者扼要介绍学生情况。然后请与会者充分发表意见,分析学生的主要问题,产生原因,可以运用的有利条件,讨论与制定教育干预方案等,最后达成比较一致的会诊意见。会诊内容是多方面的,可以对一个学生的问题会诊,也可以对某一类学生的问题会诊,可以是综合性的问题,也可以就某一专门的问题,如某一学科学习,某种不良倾向等进行会诊。教育会诊的优点之一是能比较全面地反映学生的问题。会诊者大多应是某门学科的教师,他们可以分别从该学生在本门学科的表现情况来分析问题。这样便于其他会诊者掌握学生的全貌,包括长处与短处。优点之二是能够形成比较适切、完善的会诊意见。教育会诊中,会诊者相互交流诊断意见,也是相互启发、相互补充达成一定的共识的过程。它使会诊意见更完善、更合理,也便于提出适切的干预方案。特别是有专业人员参加,可以使会诊更具有科学性。

第三节 学习动机激励

学习动机低下是学习困难儿童普遍存在的问题。在对学习困难儿童进行分类时,发现动力型学习困难占到 57.8%。这些儿童有明显的畏学、厌学情绪和逃避学习的行为。即使是其他类型的学习困难儿童也有不同程度的动机障碍。可见,在儿童学习困难的治疗中,激发他们的学习动机是十分重要的。

一、学习困难儿童动机障碍

学习困难儿童的动机障碍主要表现在以下几个方面。

(一) 习得性无能

所谓习得性无能是指个人经历了失败与挫折后,面临问题时产生的无能为力的心理状态。习得性无能这一术语最初是由塞利格曼(Seligman, 1967年)研究动物行为时提出。他发现,当动物无法避免有害或不快的情境,而获得失败经验时,会对日后应付特定事物的能力起破坏性效应。

学习困难儿童的习得性无能主要表现在认知上怀疑自己的学习能力,觉得自己难以应付课堂学习任务,情感上心灰意冷、自暴自弃,害怕学业失败,并由此产生高焦虑或其他消极情感,行为上逃避学习。例如,选择容易的作业,回避困难的作业,抄袭别人的作业乃至逃课、逃学等。学习困难儿童的习得性无能不是一朝一夕形成的,而是个体在经常性的学习失败情境中习得的行为方式。其动机过程大致由两条途径发展。一是失败的信息引起消极的情感体验。因为经常失败招致教师、家长更多的批评抱怨,由此感到灰心、沮丧,并严重损害个人的自尊和自信,为了维持自尊便会产生消极的防御机制,其主要表现形式之一就是逃避学习。二是失败的信息通过归因的中介影响自我信念的确立,进而构成消极的自我概念。大量研究表明,学习困难儿童在成就归因上存在归因障碍。

如卡尔(Carr, 1991年)的报道指出,低成就学生在成败归因倾向上更多的是外部因素或者不可控因素。这些学生身上有种“被支配”的经历,相信自己的生活是被外部力量控制着,结果是由机会和运气决定的,自己是无能为力的。在能力倾向上,他们不认为自己的能力、知识和策略方法可以有效地支持学习。这些归因障碍深深影响学习困难儿童的自我概念,容易形成实体理论倾向的自我信念,他们自认为难以由个人意志控制自己行动,缺乏执着精神,表现出消极应付学习的行为方式。相反,学业高成就儿童从自身寻找力量和动力,内部的可控的归因促进积极的自尊、自我信念和动机水平。另外,个人的情感体验与信念、自尊是交互影响的,构成动机过程的内循环,不愉快、消沉、沮丧的负性情感会削弱自信和自尊,同样,消极的信念、低自尊又会促使个人在失败面前灰心丧气。

对于因习得性无能而引起的学习逃避行为的矫治,最重要的是改善其不良的自我概念,增强其自信心,引导其正确对待失败,克服自卑,同时要改变其消极的归因倾向。例如,不少学习困难学生常常觉得无法改变自己,失败是因为自己能力低,而自己能力不会改变,再努力也无济于事。教师应对其进行归因训练,改变他们的错误想法。

对于常常不做作业的学习困难儿童可采取下列辅导措施。

(1) 布置适合学生实际学习水平的作业。太难的作业使他们望而生畏,要使他们通过完成作业获得成就感,开始喜欢作业。

(2) 设法养成学生按时完成作业的好习惯,让他们认识到这是对自己负责,并可以获得教师的好评和信任。

(3) 请家长多关心子女的家庭作业。

(4) 作业内容尽量多样化,不要仅限于黑板的抄写工作。有时教师为了惩罚学生,让他们重复抄写词语或课文几十遍,其效果恰恰相反,反而使学生更加厌恶作业。

(5) 教师要加强对学生作业的检查,发现进步及时表扬,发现问题及时矫正。

(6) 有时教师可以与学生一起规定作业,让学生自己决定需做哪些作业,培养其自主学习的精神。

对于逃学儿童,要引起教师的格外注意。逃学往往是学生成为品行不良学生的第一步。俗话说“逃学是不良行为之母”。它是一种后果严重的学习退避行为。除了学业不佳产生自弃自卑心理以外,还与其他不利因素有关。如与同学关系不和,在班级里比较孤立,感到学校生活没有乐趣,或者触犯校规怕遭受严厉的惩罚,学校生活单调,想脱离旧环境另觅新天地,有的学生受武打小说、影视剧的影响,结伴外出访仙探险等。由于各个逃学的学生情况不一样,教师要具体分析,并可以采取如下措施。

(1) 改善他们在班级与同学的关系,鼓励同学友爱,关心他们,培养他们对集体的归属感。

(2) 丰富学校集体生活,使他们感到学校生活的乐趣。

(3) 帮助他们改善学业状况,增强克服学习困难的信心。

(4) 父母要言传身教,维护学校与教师的良好形象与威信,切不可当着孩子面批评指责学校或教师,这样会造成子女不满学校的心理,增加子女适应学校的困难。

(5) 家长与教师要经常联系、沟通。一旦学生有无故缺席或逃学的情况应及时补救。

(6) 引导他们正确结交朋友,特别要杜绝他们与不良团伙的往来。

(7) 教师或父母对于逃学的学生考虑处罚要慎重,要以教育疏导为主。如果一味责罚,只会加深其对学校和家庭的反感,强化逃学的动机,使问题愈显严重。

(8) 举行个别谈话。教师要以诚恳态度了解其逃学原因,帮助其分析逃学为自己带来的不利后果。鼓励,赞扬学生的长处,增加其自尊自信。

(二) 学习怠惰

学习困难儿童动机障碍表现的另一个突出方面是学习怠惰,表现在整天喜欢闲荡、嬉玩,碰到学习、读书总显得懒洋洋的,不做作业不温习功课,上课反应迟钝,学习上拖三拉四。学习怠惰从心理上分析,可能有下列原因:①人对事冷淡,缺乏兴趣,缺乏热情,对于任何刺激的反应迟缓,对许多事物无动于衷,受人责骂不觉着羞愧和忿怒,受人称赞也不感到快活。这种心理可能与不良的家庭环境造成的性格缺陷有关。②抑郁心理。由于对环境的适应不良,或因考试屡屡不及格感到心灰意冷,对学习失去兴趣。③依赖性。现在的学生绝大多数是独生子女,事事由父母包办代替,不必自己动手,养尊处优,养成凡事依赖别人的习性,久而久之也养成懒惰成性的坏习惯。④逆反心理。因学习成绩差,常被家长责骂,或被处罚,引起怨恨之心,于是对成人产生抗拒。家长要他好好读书,他则采取消极的行动对抗。⑤受家长行为影响,儿童很容易模仿成人,尤其是父母。如父母懒惰成性,也很容易使孩子染上懒惰习性。

除了心理因素还有身体、生理、环境等多种影响。比如,身体虚弱,容易疲倦,做事感到吃力,营养不良或身体生长发育不良。再如,学习任务不恰当,太难的任务不容易成功,经过一二次失败就不愿再做,太单调的任务不能引起学生兴趣。

对学习怠惰心理进行辅导可采用下述方法。

(1) 引起学生对学习的兴趣。常见学习困难儿童做游戏或文体活动时神气活现、毫无倦意,因为他对此发生了兴趣。我们发现,大部分学习怠惰学生感到头痛的是语、数、外三门学科,而对美术、音乐、生物、地理等学科并不都感到无趣。为此,教师要善于发现学生的兴趣所在。创设机会与情境让学生实现自己的兴趣。例如,鼓励学生参加感兴趣的课外小组

活动,或者担任课代表。以培养学生独立完成工作的习惯,减少对同学和成人的依赖性,要求他们要自己的事情自己做。

(2) 安排适当的作息時間。有时疲倦也会产生懒惰。有专家认为,成人和青年人最适当的连续工作时间为1~2h,每隔1~2h后必须有短时休息。这样可以提高工作效率。学生的学习时间也应酌量。

(3) 注意营养促进身体健康。有些学生学习怠惰是因身体有病或营养不良,致使身体容易疲乏,所以读书做功课难以持久,常常有始无终。父母应注意改善其营养以增强体力。

(4) 帮助儿童树立勤奋是美德的观念,勤奋能为自己带来幸福的生活。让他们懂得一个勤于事业、生活的人要比终日无所事事的人能获得更多的人生乐趣。

二、外部动机激发

儿童学习动机激发与培养有多种途径,概括起来大致可分为外部动机激发和内部动机激发两种。外部动机激发着眼于创设各种外部条件(如获得奖赏、父母称赞、老师表扬或取得好成绩等)激发学习动机。内部动机着眼于内部各种心理因素(如需要、好奇心、求知欲、兴趣、自尊和自信等)激发学习动机。学习活动中,外部动机激发与内部动机激发的作用有所不同。外部学习动机产生的激励效应维持时间较短,它依赖于情境刺激。一旦情境消失,人的心理感应也随之消退。而内部学习动机的激励效应维持时间较长,当学生对学习感到有兴趣、有信心、有责任时,就会为学习付出努力、坚持的代价。当然,外部学习动机,在一定条件下可以转化为内部学习动机。

(一) 有效的外部奖赏

奖赏一定能提高学生学习动机吗?教学中,教师常常运用一定的奖赏激发学生的学习动机。这是外部动机激发的主要方法。一般总认为奖赏可以增强学生的学习动机。但实际情况并非如此。笔者曾取40名初中学习困难学生被试,设计了两个 2×2 因子实验。自变量是:有无奖赏(A因素),成功与挫折(B因素),任务类型(C因素);反应变量是动机水平。第一次作业为操作作业(火柴棒问题),第二次作业为数学问题。研究结果发现,在两种学习任务中,无奖赏组反应得分均显著高于有奖赏组。特别是有奖赏-成功组顺利地解决了问题,获得了奖品,其动机得分反而低于无奖赏-成功组。这个结果同德西(Deci, 1975年)的研究结果一致,即外部奖赏在一定条件下会削弱内在动机。其道理何在?德西认为人的内部动机与自我抉择意向密切相关,当人做自己愿意做的,或者自己决定做的事时,往往会表现出较强的主动性和热情,具有较高的内在动机。而当人受到外界压力去做并非自己想做的事时,则往往会降低内在的动机与兴趣。奖赏较多作为控制性因素出现对人的行为起到控制作用。一味要求学生按照外部强化的要求去做,这就会损害个人的自我抉择,乃至影响自尊和自信。另外,我们注意到有奖赏-挫折组在2次作业中,动机得分均明显低于无奖赏-挫折组。这表明学生知道有奖赏时,因作业失败而失去奖品会使他们的挫折感明显增加。所以教师实施奖赏要注意是否合理与有效。

有效奖赏要注意以下几个原则。

(1) 淡化奖赏的外部控制作用。如果奖赏仅仅是为了让学生得到奖赏物,则会使奖赏

成为外部控制手段,反而抑制了他们对学习的兴趣。奖赏不是目的,而是辅助性评价,给予奖赏意味着对个人学有成效的肯定。教师过多依靠控制性奖赏会引发学生的消极动机模式。例如,教师强调分数的重要性,对于学业优良学生可能会增加心理压力,引起考试焦虑;而对于学业中下学生可能会增加厌倦情绪和退避行为。这时的分数对学生就是一种外部控制手段,常常与他们的主观抉择相冲突,容易引起他们反感。

(2) 奖赏要与学生实际付出的努力相一致,使他们感到自己无愧于接受这种奖赏。如果对他们解决了一些过分容易的任务而大大地奖赏,不会提高他们的自信,恰恰会引起他们的自卑,因为这样常会被同伴认为是无能的标志。适如其分的奖励,能够转化为学生的自我奖励,从而能持久地激励其学习。

(3) 应该建立一套明确的奖励办法。凡符合规则的行为可获得奖励。教师具体实施时,切忌凭自己情绪波动变更奖励办法。否则,就会使奖励变得毫无原则、随心所欲,奖励成了教师的“私有财物”。

(4) 奖励方式要适应学生的年龄特征,低年级学生可能一颗红星、一包饼干的奖励比加分更有效,而高年级学生觉得在学期末的总评分中加分较有价值。低年级学生更喜欢有形的实物强化,而高年级学生更希望无形的奖励,如获得自由活动的时间,去图书馆,做自己爱干的事等。

(5) 奖励要以精神奖励为主,物质奖励为辅。对学生来说,社会性强化(微笑、关切的目光、赞赏)始终是重要的,特别是伴有感情色彩的鼓励和赞扬,还可以加强师生之间的情感联系。

(二) 合理使用惩罚

惩罚是与奖励相对的概念,是用不愉快的事件(或刺激)抑制或消除个体不当行为的发生。比如,学生上课随便讲话,教师的批语可以抑制这种违纪行为的发生。但若惩罚不当,非但不能改正学生的错误行为,反而会强化这种行为。如教师对学生不交作业处以罚站、罚抄等惩罚,可能会使学生产生对立情绪,使他们更加不愿做作业。教师在课堂里实施惩罚也要注意以下几点。

(1) 惩罚应“就事论事”,避免翻“老账”,避免过多地涉及学生个人过去的经历。因为惩罚是对某人某些事件的后果,而不应是裁定某人的命运。

(2) 切忌把惩罚作为教师报复泄愤的手段。研究表明,学生能迅速区别公正的或武断的,或根据错误评估事件所作为惩罚。

(3) 切身体罚学生。惩罚大致有两种,一种是施加某种痛苦厌恶的刺激(如体罚、训斥),另一种是取消某种喜爱的刺激(如取消娱乐活动等)。班杜拉认为,常使用体罚或变相的体罚是为侵犯行为提供示范。此外,体罚有辱学生人格,往往会使学生产生对立情绪。

(4) 坚持正面教育为主。斯金纳主张,教师应通过奖励来强化学生的积极行为,抑制或消退其不良行为。用我们的话来说,就是要坚持以正面教育为主。杜克(D. L. Duke)说过一段耐人寻味的话:“可以十分有把握地说,关于学校中惩罚的使用,问题多于答案。看来,没有一个惩罚对于所有学生都是普遍有效的。一般地行为问题增多而采取的对策也就是增加惩罚的严厉程度——并不总能证明是一种有效的方法。”

三、内部动机激发

内部动机激发的方法有归因训练、自信心训练、角色转换等。

(一) 归因训练

归因理论和成就目标理论指出,个体对自己成就情境的不同的归因,会引起不同的认知、情绪和行为反应。合理的归因可以提高自信与坚持性,而错误的归因会增加自卑与自弃。因此,归因训练是内部学习动机培养的重要方法。按照归因理论分析归因过程,可以得出三点假设:①由原因知觉导致情绪、行为反应。②原因维度与特定的情绪、特定的行为相联系。③原因知觉的改变会影响行为的改变。

可见,人们在活动中反应出错误的、不准确的原因归因会导致不良的情绪和行为,如果采用一系列干预,纠正或改善不适当的归因方式,随之能改变情绪和行为,这便是归因训练的基本出发点。

韦纳认为稳定性方面的原因(能力、任务难度)与未来成功有直接关联。一个人如果将失败结果归因于能力差、任务太难等稳定性因素时,则难以克服造成失败的内外条件,对未来的成功将会失去信心,期望降低;反之,失败归因于努力不够等不稳定性原因时,则会使人们相信改变未来失败是可能的,成功的期望会增强。按照韦纳的观点,能力是内部的、稳定的、不可控制的原因,因此失败归因于能力,会特别地有害于其自尊、自信,而成功归于能力,会引起自豪感和自尊感。

归因训练的步骤如下:①选择对象。按照训练的目的,通过成就动机或归因测量的分数,挑选出由于归因方式不当而导致行为不适应的人作为训练对象。诸如学业落后学生、学习有畏难情绪、退避的学生。②干预实施。按照规定的一套训练程序,在阅读、数学、智力游戏等活动中有目的、有计划、有针对性地进行。在此过程中通常采用说服、讨论、示范、强化矫正等方法。一般来讲,干预有一个持续的过程,3d至2个月不等。③效果测量。比较训练组和控制组训练前与训练后的行为改变,可以显示出训练效果。但由于选择的对象、问题的类型、干预的方法,以及训练时间的长短不同,行为改变的程度也不相同。由训练获得的行为改变,有可能长时间地保持,也有可能迁移到其他活动中去。

韩仁生(1998年)的归因训练是国内近年来做得比较系统的。他依照韦纳的归因训练模式,并根据中国学生的特点作了改进。其归因训练的主要目标是:在成功的情境下,让学生作出能力、持久努力等内部的、稳定的原因归因,增强其成功的期望和与自尊相联系的积极情感,使其继续趋向成就任务,而在失败情境下作出心境、临时努力等不稳定的原因归因,使其维持相当高的成功期望,不产生消极情感,并坚持趋向成就任务。对于努力因素的训练,仅仅强调学生的努力是不够的,还要对他们的努力不断给予成功的反馈,使他们亲身体验到自己的努力是富有成效的,增加学生对任务的坚持性。

另外,在归因训练中发现,任务难度对努力因素有一定影响。当任务难度中等时,努力因素起到很大作用。当任务变得更难时,仅靠努力是无济于事的。但如果仍然强调不断地努力,反而会使学生感从无所适从,伤害自尊心。因此,在训练中,应视学生具体情况,要对任务难度进行适当调节。在归因训练方式上,也可以采用集体干预与个别干预相结合的

方法。

集体干预主要是通过说明、讨论、示范、强化矫正等方法定期进行,活动内容紧紧围绕着如何提高学生的自信心,充分认识能力和努力对于成功的重要性。

1. 说服 向学生讲解:第一,说明在学习活动中的正确信念和错误信念,指出学习潜力的开发在很大程度上依赖于自信心的确立,要获得成功首先要树立自信心,无论是在成功还是在失败的情况下,都要相信自己,并向学生指明如何建立起自信心。第二,向学生指出努力程度对于成功的重要性,在学习中要坚持不懈地努力,不要畏惧失败,同时指导学生如何增强自制力。第三,告诉学生仅仅依靠努力是不够的,其他因素和学习方法、教师教学、同学帮助也很重要。

2. 讨论 根据上述讲解,组织学生分组讨论:自信心与成功的关系?能力、努力与成功的关系?影响学习成败的主要因素有哪些?对学生正确的看法予以肯定、鼓励,对错误的观点加以纠正。并让学生分别学习几篇讲述成功与失败的文章,要求学生讨论文章中的人物成败的原因,并联系自己的学习表现阐述。

3. 示范 让学生观看录像,内容为一个人把失败归因于缺乏努力,仍坚持完成任务。让学生观看录像后重复类似任务,以促使观察学习的效果迁移到自己的行动之中。

4. 强化矫正 让学生在规定时间内完成不同难度的任务,然后要求学生在事先预备的归因因素中作出选择,对完成任务情况作出归因。每当学生作出比较积极的归因时,及时鼓励,并对那些很少作出积极归因的学生给予暗示和引导,促使他们形成正确的归因倾向。

个别干预与集体干预同步进行,主要采取咨询和定向训练两种方法。①咨询:协同教师与同学个别面谈,一方面解答他们在学习遇到的问题;另一方面通过他们提出的问题,了解他们学习成功与失败的原因,在此基础上进行归因指导,提出具体措施,帮助学生克服困难,作出积极归因。②定向训练:由经过专门培训的教师进行,渗透在教学过程中,在教学过程中,教师应正确使用言语评价,对学习困难学生可降低起点,帮助学生取得关键进步,消除自卑心理,提高学习动机。

通过对小学、初中、高中三组被测2个月的归因训练,小学生和初中生基本上掌握了适当的归因方式,引起了学生情感反应的积极变化,提高了其学习上的坚持性水平。但对高中生的效果不明显。这表明,归因训练如同任何其他理论方法一样,都有其局限性,不是包治百病的“灵丹妙药”。进行单一的归因训练不能解决学生的学习动机问题,还必须与培养学生的求知欲、学习技能与方法,结合不同学生的自我意识发展水平,以及教师的观念与教学行为综合考虑。

(二) 自信心训练

自我信念是动机系统的核心成分,在很多情况下学生学习动机不足,有厌学、畏学的倾向,并不是他们智力问题,而是自己对自身能力的信念产生怀疑,或者有错误的认知。具体地说,一是觉得自己没有能力完成学习任务,二是觉得自己的能力不可能改变和提高。因此,自信心训练的关键就在于培养学生积极的能力概念。

1. 让儿童获得成功的体验 有厌学、畏学倾向的学习困难儿童,常常过分夸大学习中的困难,过低估计自己的能力,这就需要教师为这些学生创设更多的成功机会,让他们在学习活动中,通过成功地完成学习任务、解决困难来体验和认识自己的能力。事实上每个学生

都有自己的专长与潜能,教师要善于发现它,并且让学生的特长充分得到展示,此时可大大提高学生的自信心。

通过观察学习能力相近者的学习行为来培养自信心。树立成功的榜样要注意差距不能太大,这就是班杜拉社会学习理论中提到的榜样的相似性原则。若榜样标准比学生实际高出许多,学生觉得“可望而不可及”,这就达不到激励的目的。而当一个人看到与自己水平差不多的示范者取得成功,就会增强自我信念,认为自己也能完成同样的任务。

从自身进步中体验到成功。要增强自信心、胜任感,个人就必须确立自我参照目标。它要求学生从自身变化中认识到自己的能力。有时同班上优秀生比,会觉得自己样样不如别人,越比自信心越低。尤其对中、下水平的学生,要引导他们同自己的过去比,个人的进步则能使他们获得成功的体验,增加自信心。

2. 引导儿童坦然面对失败 许多学习困难儿童的厌学倾向是在失败的情境下产生的。如前所说,对失败的不适当归因,会使人感到自己无能,诱发消极的防御机制,有的学生为了避免再失败对自己自尊心的打击,干脆采取退避行为。所以,让学生正确对待失败与鼓励他们取得成功是同样重要的,成功与失败是一对孪生子;“失败乃成功之母”。因此,当学生学习受到挫折时,教师不应对他们的能力作出更多的评论,而要引导他们从失败中寻找可以改进的因素,从改进中提高自己的学习技能。

3. 鼓励学生接受挑战性任务 班杜拉给挑战性任务下了明确的定义,它是指有一定困难,但经过个人努力能够解决的任务,也就是学生“跳一跳能把果子摘下来”的任务。如果教师一味地让学生去应付低水平的学习任务,是不会提高他们自信心的。过分容易的成功不具有强化的价值。班杜拉认为,容易的成功是一种常规性行为,对常规性行为的奖励并不反映人的功效,所以不能促进个人的内在动机;而接受挑战性任务是一种进取性行为,对进取性行为的奖励能够证实人的功效。例如,教师可将学习任务按学生水平分成不同层次,鼓励较低层次的学生在完成同层作业的基础上,尝试高层次的作业,这就是一种挑战性任务,实践证明,它可以激发学生的学习积极性。

(三) 角色转换

角色理论认为,学习困难儿童在教师、同学的眼里往往是“嫌弃儿”角色,他们在集体里往往不受欢迎,处于被忽视的地位。这种角色地位深深影响他们的自尊自信,从而使他们对课堂学习和集体更为反感、敌对。运用角色转变策略可以改进学习困难学生的低动机、低期望。

角色转换最初出现于20世纪60年代。有些专家采用孩子教孩子的儿童辅导方法来改变中小学学习困难学生的成绩落后状况。社会心理学家、角色理论的倡导者艾伦在其主编的《作为教师的孩子》一书中,系统论述了“孩子教孩子”的理论依据,并总结了大量研究资料。例如,克罗华以快词测验和默读测验为反应指标,研究了学习困难学生辅导低年级儿童阅读能力的变化趋势,结果发现儿童辅导计划可以提高这些学生的阅读能力。克茨因茨的研究也发现,六年级学习困难学生给二年级学生辅导2个月后,阅读能力的进步十分显著。

国内有人也曾进行学习困难学生角色转变的实验研究。研究者让小学高年级学生担任低年级学生的数学辅导老师,要求他们课后对低年级学生进行第二天数学课的预习辅导。实验结果表明,学习困难学生社会角色改变4个月后,数学成绩有了显著提高,并且他们

的自我概念、成就动机、人际关系、测验焦虑等都出现了不同程度的积极改变。

学习困难学生角色转换必须要有一定的主客观条件配合,儿童本人是否有强烈要求改变自己现状的愿望,班级是否有积极上进的风气等。如果不具备这些条件,教育干预效果往往收效甚微。

第四节 学习策略训练

研究表明,学习困难儿童的学习能力低下,往往与他们的学习策略水平低下密切相关。因此,提高学习困难儿童的学习策略也是重要的矫治方法。

一、学习策略的涵义

对学习策略(learning strategies)的说法众说纷纭。如梅厄(Mayer, 1986年)认为“学习策略是指在学习过程中,任何被用来促进学习效能的活动。”这个定义比较宽泛、含糊。因为,促进学习效能的途径可以有很多,激发学生动机也可以提高学习效能。进一步限定的定义是“学习者在学习过程中积极操纵信息加工过程,以提高学习效率的任何活动。”

伯雷斯等(Pressley et al., 1990年)则将定义具体化:“学习策略是引导成功地执行学习任务的认知计划”,它包括选择和组织选择、复述学习材料、提取记忆中的信息、增进理解材料的意义。策略还包括激发与维持积极的学习志向,如克服考试焦虑的方法,提高自我功效感,合理的学习价值观,以及培养积极的学习期望和态度。

综合上述说法,可以认为,学习策略是指学习者为了完成一定的学习任务与目标,所采用的有效的认知活动。学习策略可以分为基本学习策略、支持性学习策略和自我调控策略。

基本学习策略是指学习者对学习材料认知加工的策略,包括复述策略、组织策略和精制加工策略。

支持性学习策略系指学生对学习活动的组织安排,具体方法运用等,又称为外部学习方法。研究表明,支持性学习策略与学生学业成就密切相关。1992年我们曾对学习困难学生与学习优良生的学习策略进行比较研究,发现两者差异很大。支持性学习策略包括:学习计划与时间管理、预习与复习、听课与记笔记等。

自我调控策略是指学习者在学习过程中,如何有意识地、系统地监测、评估、调节自己的思维、感知、情绪、动机与行为,以达成他们的目标的心理活动。它包括自我评价、自我计划、自我监测和自我调节等。

二、学习困难儿童在学习策略方面的问题

徐芒迪、吴增强等人(1992年)曾经对学习困难儿童的学习策略作过比较深入的调查,发现他们在基本学习策略、支持性学习策略和自我调控策略上均有明显不足。

1. 组织策略层次低 徐芒迪(1994年)曾对初一、初三、高二年级学习优、差生的组织策略进行研究。她的研究表明:在无提示的条件下(即组织策略的自发性地运用),各年级优、差生组均无显著差异,初一差生低于概率水平,高二优生高于概率水平,其余各组均

接近概率水平。而在提示条件下,各年级优、差生均有显著差异,这意味着组织策略的训练学习优生比差生更有效。当然,就三个年级学习差生内而言(除高二差生组),提示条件下均明显高于无提示条件下的类聚水平,说明训练还是有效的。

2. 支持性学习策略整体水平不高 学习困难儿童在制定学习计划、复习、预习和利用工具书等方面,明显不如学习优、中等生。

3. 自我调控能力低 学习困难学生在对自己学习过程中问题与错误的监控,以及对自己学习结果的评估,明显低于学习优、中等生。

三、学习策略训练

早在 20 世纪 60 ~ 70 年代,就有研究发现学习策略训练可以提高学生的学习成绩。如弗雷尔(Flavell)等人的复述策略训练。他们选择了两组小学一年级学生,一组会喃喃自语(复述),在测验中成绩较好;另一组则不会喃喃自语。对他们进行了复述策略训练后,发现两组学生的成绩相差不多。又如,阿特金森(Atkinson)等人(1975 年)提出了“关键词”法,这是一种广为采用的精制策略。在阿特金森的实验中,让学生在 15min 内记住 60 对西班牙语和英语单词,实验组使用关键词方法,向被试提供关键词,让他们自己产生表象。对照组则不用关键词方法。结果实验组正确率为 88%,而对照组只有 28%。

20 世纪 80 年代开始,出现了专门针对学习困难儿童的学习策略训练。托格斯和他的同事(1980 年)运用学习策略训练,消除了学习困难儿童和普通儿童之间的记忆差异。当学习困难儿童运用组块帮助记忆时,他们的记忆能力得到了戏剧性的改善。

对学习困难儿童的学习策略训练方法主要有以下几种。

1. 讲授学习策略知识 以讲座的方式向学生系统讲授学习策略的有关知识,具体包括围绕学习过程的基本环节,介绍预习、听课、记笔记、独立作业、复习、利用工具书等支持性学习策略,介绍复述、组织和精制等基本加工策略,以及如何制定学习计划、选用合适的学习方法、自我监测和调节等自我调控策略。

2. 学习策略的指导和训练 在对学生系统讲授学习策略知识的同时,结合学生平时的学习,进行学习策略训练。

(1) 学会自我监控与评估学习过程 根据学习困难学生普遍没有明确学习目标,缺少自我监控与正确评估能力的现状,我们要求学生制定的学习计划要有明确、适当、具体的学习目标,安排好每天的学习时间。通过开学初的学期计划、期中与期末考试前的阶段复习计划的多次指导和练习,使学生逐步学会制定学习计划。

(2) 通过设立“学习计划执行情况记录本”,训练学生学会检查、评价计划执行情况:记录栏目分“日期”、“执行情况”、“评价”、“原因”等。通过每天记录让学生逐步学会对自己执行计划情况进行自我检查 and 自我监督,并对计划执行作自我评估和改进。

(3) 提高主要学习环节的学习效率:一方面通过学习计划执行情况记录督促、帮助学生养成预习、复习的习惯、按时完成作业;另一方面我们还要求学生(特别是学习困难学生)备有一本复习笔记本。复习笔记可以对新课内容进行归纳、整理,也可以根据作业中的错误或知识难点做一些有针对性的练习。

(4) 错题集 针对学习困难学生作业错误较多的情况,指导他们自备一本“错题集”,即

把各科作业中出现的错题分学科收集起来,并把订正对照做在旁边,平时经常翻阅。这样有助于学生提高对作业错误的监控能力,提高作业质量。

(5) 掌握有效记忆策略:要求学生根据不同学科的特点,选用合适的记忆方法来提高学习效率。在班级里组织“记忆方法交流会”,让学生把自己实践的体会,和自己认为最有效的记忆方法介绍给大家,然后让同学们去实践。

第五节 学 科 学 习

学习困难儿童在学科学习方面的辅导,主要侧重在读、写、算和科学学习等方面。这里从语文学习和数学学习两个方面加以讨论。

一、语文学习困难

阅读与书面语言是学生主要的言语应用能力,它与学生语文学习成绩直接相关。这里从阅读、书面语言两方面分析语文学习困难儿童的具体障碍,并介绍相应的辅导策略。

(一) 阅读困难的辅导

1. 阅读困难的表现特征 中、英文阅读困难大致有如下几种表现。

(1) 视觉辨别困难:与视觉加工困难有关的阅读困难称为视觉诵读困难(visual dyslexia)。这些儿童的主要缺陷是在再认和记住字母和词的形状等能力上。例如,有些儿童在认字词时会出现混淆,特别是一些形状相近的字母与字,如 h-n, i-j, v-n, v-w, 上-下、王-玉等。有些刚开始学习阅读的儿童则不能区别大小、颜色和材料。

(2) 听觉加工困难:与听觉加工困难有关的阅读困难称为听觉诵读困难(auditory dyslexia)。这些儿童在记住字母的发音、分析词中的个别发音,以及把这些发音按次序排列、混合成词的能力上有困难。最严重的阅读困难儿童在视觉加工和听觉加工两个方面都有缺陷。这些儿童被称为失读症(alexia)儿童。

(3) 声音混合困难:声音混合是一种把语音综合成完整词的能力。有这方面困难的儿童不能把单个声音组成词,如不能把 f/a/n 组成 fan。这个词是由三个语音组成,而有声音混合困难的儿童不能把这三个语音混合起来组成词。这使得他们一开始学习阅读时,就会出现困难。

(4) 字母与词反向:如字母的左右颠倒、上下颠倒,字的前后、左右、上下反向等。这类困难可以在儿童早期就可以发现。有些幼儿常常表现出搞不清左右方位、身体定向能力差等。刚入学的一些儿童可能会有这种反向现象,以后会自然消失,但有这方面持续困难的儿童,就会造成以后的阅读困难。

(5) 词汇分析能力不足:词汇分析包括语音分析、结构分析、形状分析、前后关系分析等。结构分析是指通过词的各部分结构来对词进行辨别,如汉语中的偏旁、前后、左右、上下等结构,英语中的前缀、后缀、词根等。形状分析是根据词的 lengths 和形状、复杂性等辨别词。根据文中的前后关系来分析词的意义,是认识不熟悉词的有效方法。有些阅读困难儿童在遇到不熟悉词时,不能选择一个有效的分析技术,还有些儿童则过分依赖于某种技术。

(6) 直观字或词辨别困难 :读者看到某个字或词后能够立即认识的称为直观字或词。有些字词在阅读材料中经常出现 ,如我、你、的、得、地、不、一等。其他一些字根据一般的语音规则不能确定意义 ,如太、应等 ,不容易分析。这些字词往往要读者从整体上直观地来感知 ,直观地认识一些词汇将促进儿童的阅读能力。若儿童不能直观地认识一些词汇 ,将严重限制其阅读。没有合适的直观词汇 ,学生更可能依赖语音分析来处理每个字(词) ,严重影响阅读速度。

(7) 理解技能缺陷 :它包括逐字理解、解释性理解和评论性理解等方面。

1) 逐字理解技能 :许多阅读困难儿童有这方面的困难。逐字理解技能包括注意一些特殊的事件和细节、理解词和段落、回忆一系列的事件、快速阅读以确定特定的信息以及抓住主题观点。逐字理解困难常常是由于不能理解各类不同的词。而词的意义对阅读理解非常重要。例如 ,有些儿童在区别各种有多重意义的词时有困难。经历和背景的局限也会影响理解词汇或词的意义。例如 ,某篇文章中有一句句子 :“小红站在山坡上 ,看到太阳从山上升起来。”当问儿童此故事发生在什么时候时 ,如果儿童没有“太阳是在早上升起来”的背景知识 ,就不能进行正确的回答。

2) 解释性理解技能 :是指对所阅读的材料进行推论、预测结果 ,以及形成有关观点等能力。由于大部分解释能力必须具备高级认知过程 ,如推理、计划与组织等 ,许多学习困难儿童在理解上的困难可能就是由于认知缺陷所致。例如 ,逻辑和推理上的缺陷使他们不能概括出结论、比较观点之间差异、推断意义、评价阅读的信息 ,以及把新的观点与以前学习过的观点综合起来。

3) 评论性理解技能 :是以读者态度与经验为基础的价值判断。它包括判断的精确性、推断出结论、对事实与观点进行区别以及评价作者的意向和信念。评论性阅读技能的发展依赖于逐字理解和解释性理解。学习困难儿童的阅读理解会由于译码缺陷而受到妨碍。他们不能同时兼顾词汇和文章的内容 ,不得不花很多的时间和精力去处理译码问题 ,而另一些学生的阅读理解困难 ,可能是由于语言缺陷或低水平学习策略所致。

2. 阅读困难的辅导策略

常用的阅读困难的辅导策略有以下几种。

(1) 个别化阅读 :每个儿童的阅读材料都由自己选择 ,按照自己的速度阅读。词认知和理解技能按照个别学生的需要进行 ,并仔细记录每个学生的进展情况。这个方法的优点是 ,阅读的内容是学生感兴趣的 ,能培养学生自己选择阅读材料的好习惯。不足之处是耗时费力 ,因为教师必须提供大量的阅读材料供学生选择 ,教师也需要具备许多阅读技能的知识 ,以保证为学生选择合适的材料。

(2) 整体语言经验方法 :这种方法以语言学、认知和文化知识为特征 ,把口头语言转变为书面语言。儿童在口语中运用词汇时与他们个体的经验有关 ,教师把这些词汇写在墙上的表中 ,指导儿童看每个词和字母 ,并记住它们。同时组织一些活动 ,如演示、编辑、做图表或做记录等。例如 ,教师记录学生讲述自己的经历 ,并以此为基础把这些经历编成故事作为阅读的材料。把学生的故事收集起来 ,然后编成“书” 。这个方法与学生详细地阐述自己的经历有关 ,所以把阅读与语言(交往)活动进一步联系起来。

(3) 多种感觉方法 :多种感觉阅读技术一般通过听觉、视觉、触觉(运动)等感觉刺激来发展阅读技能。常用的感觉方法是弗纳尔德方法和吉林厄姆—斯蒂尔曼方法 ,这在前面已

经介绍,不再赘述。

(4) 直观词方法:这个方法强调教学生一些常见的词汇以增加学业不良儿童的词汇量,提高他们的阅读速度与精度。这些常见的词汇一般是在口语中常用的、儿童在说与听方面已经很熟悉的词。教师可以在教学中慢慢地引进这些直观词汇,通过下列步骤实施:①进行认词练习,每节课教学生两三个词。②教学生遵照一些与所学词汇有关的指示。③把图片与短语匹配起来。④提供故事书,要求学生大声朗读。

除了上述专门辅导方法,还可以同时采用一般性方法。如增加重复阅读的次数,提供丰富的例子或活动,进行必要的复习,解释书面指示、录在磁带上的指示以及要求、计划、安排;允许学生用口头语言来反应,而不一定通过写作;复习时周期性地进行练习(刚开始时练习与学习的次数较多、时间较长,然后慢慢地减少)等。

(二) 书面语言困难的辅导

书面语言困难是语文学习困难学生最常见的障碍。包括书写、拼写及写作障碍。在语言能力的发展与学习中,书面语言是学习的最后环节。在学习书面语言技能之前,儿童已经学会了听、说和初步阅读能力。这方面的任何一种能力缺陷都会干扰书面语言技能的获得。学习困难学生的书面语言困难主要有:书写不良(如经常擦改、字迹潦草或不清晰、铅笔用力不当、大小和空间不规范等)、拼写错误、语法错误以及语义错误。这里着重介绍书写困难与写作困难的辅导方法。

1. 书写困难特征与辅导 书写困难也称为书写缺陷或视觉—动作整合问题。书写困难儿童大致有如下表现。

(1) 用力过重:用在铅笔上的力量太大。刚学习书写的儿童往往会出现这种情况,随着书写的不断熟练,运笔慢慢会自如起来。但学习困难儿童却总是改不起来,在书写时常常会折断铅笔或戳破纸。

(2) 握笔过紧:刚学书写的儿童由于不熟练,会使肌肉紧张,妨碍儿童稳定地和精确地完成书写动作,也很容易使儿童感到疲劳。正常儿童随着熟练程度的增加,这种现象也会慢慢消失,但学习困难儿童则会一直保持下去。

(3) 字不匀称:对字的各部分缺乏理解,写出来的字该小的地方不小,该大的地方不大。另外,手和手臂的运动过慢、运动的灵活性不够,也会使字体大小不一。

(4) 字和字空间关系不明确:使得字与字之间的间距或大或小。例如,“好”字写成“女子”。

(5) 笔顺错误:汉字书写讲究笔画顺序,而低年级儿童,特别是学习困难儿童经常犯笔顺错误。如,书写时不遵循笔顺规则,写“国”字时,先把最后一横写上,然后再写里面的“玉”字。其二,把一笔分成几笔,如把言字旁“讠”分成三笔写,而把三笔的“口”字又写成二笔。其三,笔画倒着写,如把从右到左的“丿”写成从左到右的撇等。

有书写困难的儿童可能是由于书写前准备技能发展不良或各种动作困难造成,也可能是由于精细动作协调能力不足所致。如经常在持笔、运笔、抓笔、用力等方面缺乏经验与技巧。此外,书写困难还与视知觉困难、动作协调不良或注意缺陷有关。具有视知觉困难特征的儿童,约有25%是书写困难儿童。这些儿童会在中途停止书写,因为他们不能在头脑中形成字或字母的形象。

动作—运动协调不良是形成书写困难的最普遍原因之一。这些儿童的手不能自如地运动,在书写过程中,他们需要有意识地指导自己去注意那些书写线索(如空间大小),或者只抄写他们看到的第一个字或字母。他们把许多精力都集中在字的结构上,使他们的写作大受影响。

注意不良会影响信息的输入和书写结果。注意不良造成许多细节不能被观察到或回忆起来,不能理解与发现一些内在关系,不能预先计划在空间上的动作—运动。他们发现自己的错误后,也只是冒冒失失地擦掉重写一遍。这些儿童的作业本、书本常常是脏乱不堪。书写困难的辅导可以采用以下步骤。

(1) 教师写出一个字或词的正确样本。

(2) 对字词可以区别的特征进行讨论,突出重点(如利用颜色标记),并与其他音、义、形相近的字词进行比较,纠正错误的字词。

(3) 让儿童在黑板、画架等上面描写字词,获得一些感受,也可以通过用手指描写来达到这个目的,但最后一定要进行纸笔练习。

(4) 教儿童自我指导。例如,教写“7”和“9”时,教师可以让学生一边写一边说:“沿着上面的线画一横,然后竖下来”;“画圆然后下来”。等学生的自我言语指导成为自动化以后,就不容易写错了。

(5) 在正确地抄写字词(并能够发音)数遍以后,要儿童默写字词数遍。

(6) 一旦达到正确要求,让儿童通过反复、清楚的抄写来增加流利性。

2. 写作困难特点与辅导 写作是语言成就的最高水平,涉及到语言协调、知觉、动作、注意等认知能力,它需要儿童把语言理解、推理和表达技能转变成用来阅读的符号系统。

写作困难学生的主要问题表现在表达观点、语法和句法、词汇、文章结构等方面。

(1) 观点表达困难:即不能把自己的思路理清楚,然后有条理地写下来。有些写作困难学生不能以合适的次序把观点进行分类或他们写的文章思路杂乱无章、语无伦次等。

(2) 句法和语法问题:儿童在句法上的错误一般表现为字词省略不当、字词的次序不正确、错误地运用动词和代词、误用音形义相近的字词以及缺少标点符号等。语法错误表现在语法规则混乱,如因果关系混乱、主谓不一致、不确切的口语书面化等。

(3) 使用不适当的词汇:有些学习困难学生由于缺乏必要的经历,词汇量相当缺乏。有调查表明,学习困难学生在写作中应用的字数只有学习优等生的一半,实词相对较多,虚词较少,很多字词都是重复使用。

(4) 文章结构不当:写作困难学生常常不能认识或运用标点、段落和标题,文章层次不分明,或者直起直落、没头没尾、中间没有层次。

写作困难的辅导有如下方法。

(1) 从“说”到“写”:从语言发展次序看,口头语言发展早于书面语言,而口头语言又是书面语言的前提与基础。所以,早期训练宜从口头语言与书面语言的联结之处开始,如先看图说话,然后再写话。促使儿童从说过渡到写。对于学习困难儿童还可以运用小步子教学,先写句子,再写小段,最后才写整篇文章。

(2) 帮助学生选择主题:选择主题是写作的前期准备,为了帮助学生想出一些好的主题,教师可以让学生列出他们自己、家庭以及朋友感兴趣的事与活动,他们的习惯、爱好、活动以及过去发生的一些事情,并把它们写下来。然后让学生从中选择自己最感兴趣的课题。

对于经历贫乏的学生,教师还可以提供各种各样的作品,或讲述一些故事、神话、观察到的自然现象与情境等等。要求学生注意一些重要的事件,把事件要点记在卡片或笔记本上,如“什么地方”、“谁”、“为什么”、“什么时候”以及“结果如何”等,以便为以后的写作做一些知识或经历上的准备。

(3) 日常写作训练:要求学生每日至少有 30min 去写,由他们自己选择主题内容。要让儿童把注意力集中在写作的内容上,把内容写下来,然后再对文章的结构进行组织。

(4) 日常记事:保持个人记事的习惯是鼓励写作的另一种简便易行的方法。学生写下一些不一般的或特殊的经历,以及这些经历对他们生活的重要性。教师可以定期翻阅学生的记事本,不作批改,只提出一些看法。

简而言之,改进学习困难学生的写作技能,可以从改善口头语言和其他准备技能。改进写作的态度和动机,提高学生概括内容的能力、进行写作技能训练、改进听话能力和充分提供练习写作的机会等方面来展开。

二、数学学习困难

数学是一门抽象的科学,属于研究“空间形式与数量关系”的学科,它是一种高度复杂的符号系统,反映数量、空间、时间、形状、距离和次序的关系,并能有力地促进儿童思维的发展。数学学科是学校教育的基础性工具性学科,数学能力是中小学生学习技能。数学困难在学习困难学生中占有相当大的比例,本节主要探讨数学学习困难学生的特征、成因和辅导策略。

(一) 数学学习困难学生的特征与类型

1. 算术障碍与运算能力障碍 约翰逊等人(Johnson, 1967 年)将数学学习困难分为算术障碍(arithmetic)和运算能力障碍(dyscalculia)。

(1) 算术障碍具体表现:缺乏建立一对一配对观念的能力,缺乏有意义地按顺序数数的能力,虽然能依顺序念出数目字,但没有数字概念,或不懂得数目之间的关系,缺乏连接视觉与视觉符号的能力,缺乏学习基数和序数的能力,缺乏用视觉推估物体数量的能力,缺乏理解数量守恒原理的能力,缺乏数学运算能力,缺乏认识与使用四则运算符号的能力,缺乏了解数学排列组合的数值意义的能力,难以记忆和应用数学运算的步骤与规则,难以理解测量的原则与方法,难以阅读地图和图表,难以解答数学推理的问题,亦即缺乏解答数学应用题的能力。

(2) 运算能力障碍具体表现:无法依据视觉—空间辨别形状、大小、数量、体积和长度的不同,无法估算距离,无法依据视觉—空间组织能力做判断(如判断车速等),组织能力与非语义统整能力不足,表象认知障碍,有些算术学习困难儿童对自己身体形象有不完整或不正确的认识,视觉—动作整合障碍或运动失调,方向感障碍,无法分辨左右或缺乏方向感,社会知觉与判断能力不足,距离和时间概念相当欠缺,语言智商低于非语言智商。

2. 数学学习困难的分类 洛克(Ronke, 1978 年)提出两类数学学习困难儿童:第一类表现出算术、阅读和拼音低成就以及语文缺陷等行为特征,第二类算术低成就和知觉—空间能力缺陷,但并无阅读和拼音困难。

柯什(Kosc, 1974 年, 1981 年)提出的六类算术障碍儿童为物体操作困难、语文、语音词汇、书写、演算和数学关系理解困难。

班丹恩(Badian, 1983 年)认为有五类后天性算术障碍儿童:数学符号阅读和书写障碍(codexia-agraphia)、空间能力不足、演算能力不足、注意力序列问题和谐合型算术障碍儿童。

归结上述意见,大致可以将数学学习困难分为以下四类。

(1) 视觉—空间能力不足:语言智商高于操作智商,有适当的数的观念和数学的基本知识。数学上的错误是数目字书写不清楚,算术排列组合不正确,去除法计算时不会使用“零”错位,数目序列颠倒写(如 38 写成 83),省略小数点等符号(由于注意力不足),计算方式错误(该用乘法的用加法,无法自发地核对与审查自己的计算过程和答案,有些有视觉活动的困难,而难以看懂墙上的挂图或挂钟,写字方向有问题)。

(2) 数学逻辑能力不足:非语文概念和内在语言不足,虽然他们的计算结果往往正确,但其计算能力是机械式的,他们不知道要采用何种方法计算,要从哪里开始算起。他们对时间、金钱和测量的理解不足,由于他们难以理解算术的基本概念和运算方法。因此,计算机对他们并无多大帮助。他们的推理能力欠佳,必须依靠应用题中的提示字句来解题,没有提示字句就不会做应用题。

(3) 数学概念不足:因对语文的理解有问题而形成数学障碍,他们很难了解符号和数学术语(例如,百分比、小数、分数等),不会做算术应用题,特别是应用题的文句中没有提示及字句时。

(4) 成绩不足:语言智商和非语言智商之间并无显著差距,成就测验成绩偏低。数学错误包括计算结果与过程的错误,九九乘法表学习困难,阅读障碍,并有实际生活上的数学问题,计算如找零钱、开支票、计算小费等。

(二) 数学学习困难的诊断

1. 数学学习困难的原因 约翰逊等(Johnson, 1967 年)从学习障碍的角度,提出了如下因素。

(1) 听觉接受性语言障碍:通常表现为因对单字意义无法理解,而产生数学困难。例如“base”一般意思是“基础、基本”,而数学的意思为“底边”;“time”一般意义是“时间”,而在数学上是“倍数”的意思。这使得这类儿童在推理和数学词汇测验上表现较差。

(2) 听觉记忆障碍:听觉记忆问题所造成的数学困难有两种,首先为听觉再生作用(reauditorization)障碍,阻碍了学生快速回忆数目字的能力。学生虽然可以正确地听懂数字,但却无法正确地说出他想要表达的数字。另一种为听觉广度不足,使得儿童听懂不口述的问题,无法在心中保存与消化资讯,因此无法解题。但是,可以通过阅读方式来审题。

(3) 阅读障碍:并非所有的阅读障碍儿童都有数学学习困难,因为阅读障碍不一定会妨碍儿童学习数学概念与计算能力。学习数学符号并不需要高度的听觉—视觉分析能力和阅读符号能力。例如,阅读“狗”字时,儿童必须结合视觉的字体序列和字音序列,但学习数字“3”时,只需结合单一的视觉符号和口语音字。

2. 数学学习困难的诊断 包括非正式和正式评价两种方式:①非正式评价:包括三部分:一是观察儿童的游戏,分析儿童说话的措词用语,可以发现儿童有无数的知识。二是分

析儿童的数学课本所用的词汇和文法,以及分析教师在数学教学时所用的词汇和语法,可以非正式地评价儿童的数学学习问题的若干成因。三是教师设计一些自编测验,评估儿童基本运算能力,并辅以临床观察与访谈,以评估儿童的数学概念与能力。②正式评价包括智力、学业成就(特别是有关数学的知识、运算和应用)、感觉敏锐度、基本学习能力、教育与经验背景、学习过程等等。

对数学学习困难学生的学习诊断,可从各种感觉通道能力、中枢神经系统的信息整合能力以及感觉—动作体系的信息反应能力三方面进行。这样可以确定儿童的学习困难,究竟是发生在信息的接收、转换、理解、整合或反应的哪个环节上。例如,轻度视觉—空间—动作障碍儿童较会做选择题、是非题,但做书面计算和应用题感到困难。有听觉记忆障碍的儿童较会做书面的算术题目,口算较困难。除了对各项数学能力诊断,还需对影响数学学习的个体的感觉通道系统、语言能力、非语言能力等进行分析。

(三) 数学学习困难学生的辅导策略

1. 数学学习困难学生辅导的一般策略

(1) 早期发现与早期干预,以帮助儿童建立正确的数学观念,并根据儿童的智力发展,建立多样化的数学解题能力,以便能迅速解决数学问题。若等到学生已经养成了不正确的数学概念及算法,再行矫正就比较困难,所以早期诊断与干预是一条良策。

(2) 进行有效的学习评量,有效的教学活动须建立在对全面、充分的了解的基础上,要根据学生的学业成就、状况、经验和基本学习准备,制定合适的课程。

(3) 设计针对数学学习困难学生的课程。科瑞(Cawley, 1984年)等人认为,可根据下述几条原则进行课程设计:有些学习困难学生,并不仅仅在数学上低成就,可能还有其他领域的低成就,造成数学学业成就不良的原因是多方面的,因材施教,使其数学潜能获得更多的发展,并使其能享受到学习数学的乐趣,提高学生数学技能,并使其能同化为自己的数学经验。

(4) 结合日常生活实际将数学的运算建立在自然发展情境之中。教师教学时不应只限定一种教学方法或单一解题技巧,应将问题解决能力多样化。

2. 大小与长短数学学习障碍的辅导 有些儿童难以辨别形状的大小或物体的长短。例如,无法分辨一角硬币与一元硬币大小的不同;画画时,难以掌握比例(如正方形画成长方形);甚至放置物品时,也不容易掌握物品与物品之间的距离等。针对这些问题,教师在进行形状大小的教学活动中,可以采用有刻度的量杯标示其大小和重量,也可以使用各种不同颜色的形状来区别其大小。以下为三个辅导活动的例子。

(1) 从大块布或厚纸板上剪下各种大小不同的图形或正方形,让儿童依照其大小放进合适的空格中。假如,无法直接判断大小的位置时,可让儿童一个个对应空格,放置其中,让儿童感觉其外形及大小的不同。

(2) 通过听觉刺激进行长短训练。如可使用钢琴的节拍器进行活动。假设滴答一声便画10cm的长度,滴答滴答两声便画20cm的长度,依次类推,让学生将声音的次数转为具体的长短线条。

(3) 训练学生重叠核对物品大小的习惯。学生因对大小长短没有概念,容易导致物品安置时,无法放在适当的位置或是空间之中。如将大卡片放在小信封里,课本放进小袋子

里。要解决这些问题,可以将要安放在一起的物品,先重叠比较大小后,决定是否适宜,而后再放置。

3. 对应数学学习障碍的辅导 有些儿童数数不规则,如数衣架的时候,碰到第一个衣架会说“1、2”,碰到第二个衣架的时候会说“3、4”或是第三个衣架。这都是由于缺乏一一对应而产生的数学概念理解的困难。解决措施可有以下几条。

(1) 挂钩的配对,在木条上放置一列挂钩,并分给儿童同样数目的铁环作为挂钩上的配对物,不要让他跳过,多挂或少挂挂钩。

(2) 听觉训练,将听觉刺激与听觉性材料结合在一起。例如,要求儿童听到一声鼓声时,就挂一个铁环在挂钩上,或是拍一下手,听到两声鼓声就挂两个铁环在挂钩上,或是拍下两手,依此类推。

(3) 利用触觉进行一对一数数。如,放5个1元硬币在儿童面前,并要求他把手指头各自分别放在一个硬币上,同时解释钱币的数目和手指的数目。然后再放第6个1元钱在儿童面前,并解释它和那五个手指不一样,因为它是多出来的。

(4) 放置一列洋娃娃和帽子,然后要儿童为每个娃娃戴上一顶帽子。

(5) 给儿童9个圆圈圈,要小朋友在9个圆圈圈之中,依次写下1到9的数目字。这样不但可以建立儿童正确的数数概念,也可训练一对一的观念。

4. 数学语言障碍的辅导 有些学生无法把视觉符号运算的结果以口语表达。如某儿童能看到题目“ $2+3$ ”时,写下“5”,但口头表达时,却说“2减3等于5”,可见他没有连接视觉与听觉符号。另一种鉴别儿童统整能力不足的方法是,让儿童大声念出问题,或让儿童听写,或要儿童一边书面计算、一边口语说明,这样教师能够了解学生思考的过程及问题的症结所在。

有视知觉缺陷的儿童无法分辨符号间的差异,如大于($>$)和小于($<$),加法($+$)和乘法($\times$),或除以($\div$)和等于($=$)。不会分辨运算符号,将给儿童进行计算带来很大的困难。因此,教师必须帮助这些儿童了解各种运算符号的意思。

(1) 在一排纸上写下3~4个数学符号,问儿童看到的符号是否相同。若儿童无法回答,就将各个符号加上边框,使儿童易于辨认,并让他们了解每个符号的意思。给儿童几道数学题目,如 $4+5$ 或 $6-2$,要求他们用语言说出题目和答案,以判定儿童能否用语言表达数学符号,并进行运算。

(2) 数学排列问题的训练,教师可以采用数学或数学符号纸卡练习,来改善儿童视觉—空间排列组合问题。第一步,要儿童根据刺激图,选择适当的字卡和符号卡,做正确的排列组合;第二步,熟练后,教师进行听写测验,要儿童听教师的口语指令后,选择数字卡和符号卡,做正确的排列组合;第三步,纸卡练习阶段结束后,教师在黑板上写算术题目,并要儿童抄写。第四步,儿童要听教师的口语指令,并把它抄写下来。

5. 问题解决困难的辅导 有些数学学习困难学生,四则运算没有困难,但解文字题和应用题有困难,尤其是那些有阅读障碍和逻辑推理障碍的学生,表现更为明显。

影响学生解答应用题的语言与推理因素,具体表现在以下几个方面。

(1) 提示性词汇:提示词,如“一共”、“还剩多少”,往往向儿童暗示了运算的类型。例如:“小红有7支铅笔,小明有4支铅笔,他们俩一共有几支铅笔?”这类应用题往往是加法题。“小青有9支蜡烛,她给了小梅3支,小青还剩几支?”这类应用题往往是减法题。教师

可以通过教儿童注意应用题中的提示性词汇,引导他们解决问题。

(2) 推理:有些儿童对应用题字面背后所隐藏的问题难以知觉。如应用题中是否有一人得到更多或更少?为什么?解决这种问题需要什么运算?现在哪些数字还没有,需要通过计算得到?

(3) 句子的复杂性:文字题或应用题中句子的复杂程度也是学生解题困难的一个重要因素,包括句子的长度、词汇量和词汇性质等。

(4) 多余信息:有些应用题会有一些多余的信息,这些多余信息往往会干扰儿童解决问题,因为儿童在解题中总想用完题目中所有的数字。例如:“小丽的母亲做了10个菜,小丽的姐姐做了8个菜。而小丽的哥哥只拿了3个碗。他们一共做了几个菜?”在这道题中,“小丽的哥哥拿了3个碗”是多余的信息,在计算可不必考虑,而学习困难学生在解决这类问题时,却容易受这种多余信息的干扰。因此,对于那些数学语言困难的学生,在题目中应该尽量不涉及多余信息,多余信息问题适合于学习优等生。

(5) 内容负荷:这是指应用题中所包含的概念的数量。应用题包含概念太多,即内容负荷过大,常会使儿童无法区别与解题有关概念与无关概念。

以下介绍几种针对数学学习解题困难学生的训练策略。

(1) “一步接一步”训练方案:由 Smith & Alley(1981年)提出,例如题目是马克有1.47元钱,为了买一支玩具枪他花掉了0.34元,他还剩多少钱?训练的策略是:

1) 读题目,一是发现不认识的词语,二是发现“提示词语”(如花掉后还剩多少)。

2) 再读题目,首先认识到已知条件,是否需要重新组织?它们的单位是否需要变化。其次,决定要求是什么?需要什么过程?要求的单位是什么?(如时间、重量、货币等单位)。

3) 利用实物来表示问题,决定运用什么类型的计算。

4) 把问题写下来。

5) 进行计算,写出答案。

需要强调的是,儿童首先是要学习策略,在教师的帮助下进行练习,然后自己独立进行练习,直到能够成功地应用这个策略。

(2) “出声思维”训练方案:由 Montague & Bos 于1986年提出,它的训练策略是:

1) 大声读题目:当学生遇到不认识的词汇时,教师帮助发音与解释。例如在某中学入学学生中,有2878名是男生,1943名是女生。如果这个学校的学生数要达到5000,还要有多少名学生入学?

2) 大声地解释题目:让学生陈述一些与问题中数字有关的重要信息,同时培养学生自我提问的能力。

3) 形象化:可以用各种各样的图把问题形象化。

4) 陈述问题:大声地完成下面的问题:“我有……”、“我要发现……”,在题目中关键信息处划上横线。如“我有已经入学的男生和女生数目,我要发现还需要多少名学生才能达到5000。”

5) 假设:完成下面问题:“如果我……那么……”。我要用多少步骤才能得到答案?写下运算符号。例如,我把2878名男生和1943名女生加起来,我将得到现在入学的学生数目。然后我必须知道现在学生数目与5000名相比还差多少,我就要把这两者相减,先加后

减,这是两步应用题。

6) 估计:写下大概的答案。“我的答案应该是大约……”例如 $2\ 800 + 2\ 000 = 4\ 800$, $4\ 800$ 与 $5\ 000$ 相差 200。我的答案应该是大约还需要 200 名学生。

7) 计算:列式并进行精确的计算,圈出最后的答案,然后问自己:“这个答案正确吗?”并检查运算符号是否正确。例如 $2\ 878 + 1\ 943 = 4\ 821$ $5\ 000 - 4\ 821 = 179$ 。

8) 自我检查:再看一下问题,然后检查每一个步骤,确定所选的运算和计算结果是否正确。

应用题训练有助于提高数学学习困难学生的数学技能,因为应用题让儿童一开始就接触到具体又实际的问题,而不是操作枯燥的数字。在教学过程中,教师不但要注意儿童解题的答案,更要注意他们解题的过程,以及解题过程中所遇到的困难,这样既能培养儿童计算能力,也能培养他们解决问题的能力。

第六节 教师和家长的作用

儿童的学习活动不是孤立的,也不是封闭的,而是个体不断与外界环境交互作用的过程。儿童学习困难固然有个体内部的原因(如认知障碍、知识障碍、学习无兴趣、自信心不足等),但同时也有相当一部分是由环境因素所致。例如,教学目标过高,升学压力过重,教师对中下水平学生教学上关注不够。从系统生态观的视角看,即使是个体因素,也是与环境相互作用的结果,如学生对学习没有兴趣,这常常是由于教师教学不当引起的。因此,儿童学习困难的治疗,应该把优化学校、家庭教育环境作为一项重要措施。

一、教师的期望

教师的期望是影响儿童学习较为重要的因素之一。

(一) 自我实现预言与皮格马利翁效应

自我实现预言(self-fulfilling prophecy)是指人们对某些事物的期待或真实信念,将有可能导致这些期望成为现实。也就是说,一个人一旦形成了一种期待,他就会把这个信念当成真实的,从而朝着这个方向去努力,最终使得他的信念变成了现实。这源于一个优美的古希腊神话。皮格马利翁是古代塞浦路斯的一位善于牙雕的国王,由于他把全部热情与期望倾注在自己雕刻的美丽的少女塑像身上,后来竟使塑像活了起来。著名文学家萧伯纳也曾说过:“要记住,我们行为不是受经验的影响,而是受期待的影响。”

1968 年心理学家罗森塔尔和雅克布森做过一个课堂中的皮格马利翁效应实验。他们对旧金山一所小学 1~6 年级学生进行了一次预测未来发展的智力测验,而后随机在各班抽取 20% 的学生作为实验组,并有意告诉教师,这些学生很有学习潜力。8 个月后,发现实验组学生的成绩与其他学生相比有很大的提高。研究者认为,教师受到实验者的暗示,对这样学生形成了期望,并通过态度、表情、体贴和行动方式将期待传递给学生,使学生受到鼓舞,从而更加依赖教师,形成了积极的师生互动,促进了学生的学习成绩。

罗森塔尔等人的研究一发表就引起教育界的巨大兴趣,也有不少学者提出了争议与疑

虑,有人重复了这一研究,而结果未能支持罗森塔尔的观点。但有意义的是,从那时起,教师期望对学生学习的影响,作为一个重要的课堂心理问题,受到学者的关注。

(二) 教师期望的过程

1. 教师期望实现的模型 教师期望对学生的行为产生影响是一个师生互动的过程。布鲁菲和古德(Brophy & Good, 1974 年)提出了一个教师期望能在课堂上实现的模型,这个模型包括以下五个步骤。

(1) 教师预期某一学生有他所期待的行为和成绩。

(2) 由于对学生有不同的期望,教师对不同学生表现出不同的行为。

(3) 教师把对各人不同的行为和成就的期待,传达给每个学生,进而影响学生的自我概念、成就动机和抱负水平。

(4) 如果这种区别对待一直继续下去,学生没有以任何方式作出反抗或改变教师的这种对待。那么,这种期待就会影响学生的成绩和行为。被高期望的学生会不断提高成绩,而被低期望的学生学习成绩则会下降。

(5) 随着时间的推移,学生的成绩和行为,越来越接近和符合教师对他们的最初期待。在这个过程中可以看到,教师期望不是自动地实现的,教师并不是对每个学生都能形成清晰的期望,也不一定能把每个期望都不断地传达给学生。另外,即使教师传达了某种期望,学生自己会以各种方式反对或改变教师的期望,从而阻止教师期望的实现。因此,教师期望过程是复杂的人际互动过程。

2. 低期望的传达 古德和布鲁菲(Good & Brophy, 1987 年)在研究中发现,教师对差学生的低期望常常通过以下的行为表达,当差学生失败时,教师经常批评;当差学生成功时,教师很少表扬;教师对差学生的回答,常常不提供反馈意见;教学过程中,教师较少注意到差学生;教师把差学生的座位安排在远离自己的地方,或集中安排在一起。

教师对好学生和差学生不同的对待,对差学生的学习有直接影响。例如,当把差学生集中在一起时,教师在教学中就更容易忽视他们,使得差学生回答问题、得到反馈的机会大为减少,从而减少了他们的学习内容。若将差学生安排在教室后面,教师就更难顾及到他们了。再如,在课堂上经常得不到回答问题的机会,实际上就是剥夺了参与课堂活动的机会。经常被教师提问的学生,得到了更多的实践机会,语言交流、沟通的技能得到培养,并在教师和赞许声中受到鼓舞。而这些对于差学生则相反,使他们对课堂学习兴趣降低,自信心每况愈下。

(三) 教师期望的输入源

教师对学生的期望是如何形成的?有关资料表明大致有如下因素。

1. 身体外貌 克利福德等(Clifford & Walster, 1973 年)提出的结论是,教师认为讨人喜欢的孩子比不那么讨人爱的孩子智商高,教育潜力大,父母对他们也给予更大的关心。戴恩(Dion, 1992 年)的研究证实了讨人喜欢的孩子对社会影响的可能性比不讨人喜欢的孩子要大。

2. 性别偏见 布朗(1976 年)认为,女孩在课堂上的行为更顺从、更符合学校的一般期望。而男孩可能常常会有令人不满的行为。在学校环境里,女孩子得到赞许和正面反馈要比男孩多。莱因哈特(Leinhardt, 1979 年)的研究发现,教师在阅读方面同女孩的接触多,而

在数学上同男孩接触多。教师还在阅读方面花费较多的时间去对女孩进行了解,而对男孩则在数学方面花费较多的时间去进行了解。

3. 教师对学生智力的看法 巴纳德(Bapnaed,1968年)发现,教师对较聪明的孩子有评价较高的倾向,认为能力高的学生比能力低的学生具有更多的优点。威利斯(Wills,1975年)还发现,教师对学生能力的判断,与教师对学生的注意力、自信心、成熟程度的评价之间存在正相关。

4. 家庭社经背景与种族 有资料证明,人们期望中产阶级的学生比下层阶级的学生获得更好的成绩。科恩布莱思等人(Cornbleth and Korth,1980年)指出,教师对白人学生的成就和课堂行为的评价要高于黑人学生。他们还认为,白人学生效率较高,组织较好,更含蓄、更勤奋,也更可爱,而黑人学生则被认为更开朗、更直率。

此外,学生过去的学习成绩、性格或行为障碍,以及教师的标签效应等都可能是教师期望的输入源。

(四) 如何在课堂里建立适当的期望

1. 教师不应划一地、无区别地对待每个学生 教师不恰当的期望,引起不恰当的教学行为。那么,什么是恰当的期望,是不是应该对所有的学生都有高期望,其实不然。古德等人认为,对所有的学生都是平等的期望或高期望,恰恰不利于学生的学习。在课堂里,教师不可能划一地对待每个学生,因为,有的学生学得快些,而有的学得慢些。有的善于表达,而有的不善于表达。划一的,没有区别地对待,完全忽视了学生的个体差异,是不恰当的期望和低劣的策略。

2. 教师要了解每个学生 教师应了解每个学生的长处与短处,以便对每个学生建立适当的期望,并在课堂教学中,给予每个学生不同的机会。课堂上统一要求的作业做完后,可以给学生自由学习的时间,在这段时间里,教师对不同层次的学生可以布置难度不同的作业。对于低成就学生在等待他们回答问题、注意、座位安排和反馈等方面,要予以更多的关注。

3. 教师监控自己的教学行为 准确评价学生的课堂行为,可以调整教师不适当的期望。要做到这点,教师可采用自我提问的方法,监控自己的教学行为,以利于尽可能理解学生的反应。例如,教师对待成绩差的学生,可以对自己提出如下问题。

- (1) 当成绩差学生要提问或回答时,我表扬或鼓励他们了吗?
- (2) 当成绩差学生失败时,我支持他们了吗?
- (3) 当成绩差学生成功时,我鼓励他们了吗?
- (4) 在公开场合,我是否让成绩差学生回答问题?
- (5) 怎样让成绩差学生经常能在课堂上获得成功?
- (6) 能够处理好成绩差学生的错误回答和失败反应吗?
- (7) 怎样对成绩差学生选择一个学习题目?
- (8) 怎样经常地为成绩差学生创设评价自己学习和做出重要决定的机会。

二、创设合作的课堂心理环境

课堂心理环境是影响儿童学习动机的一个重要外部因素。目前课堂教学中的弊端之一

是过于强调竞争,不少教师以为促进学生学习的动力是竞争。其实课堂竞争中的优胜者只是一小部分,大多数学生是竞争的失败者,竞争恰恰更容易诱发学习困难儿童的自卑、自弃心理。而合作的课堂淡化了社会比较,强调每个学生都有成功的机会,它能够引导每个儿童形成积极的动机。

创设合作的课堂心理环境,可采取如下措施。

1. 改进评分方法,淡化竞争气氛 分数是评价学生学习成绩的主要标准。差分数常常使得学习困难儿童受人歧视,备感自卑。前苏联合作教育学派认为,简单地用坏分数对学生的成绩加以“判决”,会直接挫伤他们学习的情绪和动机。他们主张不要给学生打不及格分数,或者在学生作业完成得不好时暂不打分,直至改正错误后再打个好分数。这种记分方法可以用于对学习困难儿童平时学习的评价。因为,平时测验是一种形成性评价,形成性评价的目的是发现学生的学习问题,及时反馈纠正,以提高他们的学习技能,而不是为了给他们贴标签。另外,教师要把分数看作是学生的隐私,向学生公布学习成绩要谨慎。不少教师喜欢将全班学生成绩进行排名次,这种形式具有强烈的社会比较色彩,给学生造成沉重的压力,故在合作的课堂环境中不宜采用。

2. 给学生以选择的机会 有人认为,学习困难儿童补缺补差都来不及,对他们还有什么选择可谈?其实不然,教师还是可以为他们提供许多选择的机会。例如,教师可以采用分层作业方法,只要求低层的学生完成相应层次的作业,并不规定他们做高一层次的作业。而事实上许多低层的学生额外做了高层的作业,这便是用分层作业为学习困难儿童提供了选择的机会。让学生选择比硬性规定学习任务更能激发他们的学习主动性。

3. 提倡互助和协作 合作的课堂环境强调师生之间、生生之间的互助与协作。教师与学生不仅是教与学的关系,而且也是合作关系。合作关系意味着师生在课堂里共同进行教学活动时,他们在人格上是平等的。相互尊重有利于营造民主、和谐的课堂气氛。同学之间的学习互助,也有利于帮助学习困难学生改进学业。

三、家庭环境与儿童学习困难

家庭环境对学生学习的影响,大多数文献是侧重于家庭教育因素与学业成就的相关研究。影响学生学业成就的家庭教育因素很多,有人将其分为客观性变量和主观性变量两个方面。客观性变量主要是指与家庭的社会经济地位相联系的客观因素(又称为家庭社经背景),包括家长的文化程度、职业、经济收入等。主观性变量是指家庭教育中,与父母本人的观念、意志、行为相联系的因素,如教育期望、教育方式、亲子沟通和家庭文化氛围。

(一) 家庭社经背景

很多资料表明,家庭社经背景对学生的学业成就有显著影响。从统计学角度看,家庭社经背景较高的学生在学业上显著优于家庭社经背景较低的学生。例如,马信行(1959年)曾取国中二三年级前段班学生与后段班学生共984人为样本,通过对照前段班(即学生优生)与后段班(即学习后进生)两组学生在父母文化程度和父亲职业地位上的差异,发现前段组和后段组在这两个变量上均存在显著差异,即学习成绩优良者,他们父母的文化程度和职业地位高于学习后进生。吴增强等人(1992年)对上海市1480名初预年级学生的调查也

显示了父母的文化程度与父亲的职业,在学习成绩优、中、差三组学生间存在显著的差异。父亲大专以上文化程度者,优生组远多于差生组;父亲文化程度在初中及以下的,差生组远多于优生组。一般来说,高社经背景家庭,父母比较重视为子女提供好的学习环境。例如,在学前期就为孩子提供更多、更好的玩具和读物,有规范的语言与孩子交流。幼儿的这些早期经验对日后的认知、情感发展有不可低估的影响。而低社经背景家庭的孩子,在学前期很少获得这些条件,往往在入学之初的学习准备上,就与高社经背景家庭的孩子存在差异。当然,家庭社经背景不是影响学生成绩的惟一变量,它要与其他变量交互作用,才能有效地对学生产生影响。

(二) 家庭教养方式

父母对子女的教养方式,是影响孩子成长的关键的环境因素之一。不同的教养方式会塑造出儿童的不同个体。伊斯纳格等人(Eisenerg and B. Mussen, 1980年)认为,积极的教养方式有两个要素,即关爱与接纳,它以子女为中心,以感情为基础是对子女具有权威性的管教方式,这种教养方式可以训练子女独立性、责任感,并能培养内控性格。贝尔杜恩(Balduin)等人的研究发现,同时采用权威与控制两种育儿行为,将会造成子女多方面适应问题。若是父母持拒绝、冷酷、控制的态度,将造成子女自卑、焦虑、退缩、过分顺从、无安全感、攻击性强或反社会行为。森金敏则认为,受父母支配的孩子是比较内向的、胆小的、多少有点自卑感,而对别人却是宽大的、公平的,有涵养的、也能控制自己的感情,热爱家庭成员等。

吴增强(1992年)的调查发现,学习成绩优良生与学习困难学生的家长教养方式也有明显的差异,其中父亲为理智型、关爱型管教方式的,优生组占78.75%,差生组为63.17%;父亲为粗暴型、放任型教养方式的,优生组为14.25%,而差生组达30.87%。同年,虞慕镛等人对上海市虹口区某中学30名学习困难学生家长的教养行为进行调查,发现这些学生家长的教养方式主要有四种不良类型:①粗暴型:有些家长对子女管教简单粗暴,平时对子女的学习和行为不闻不问,碰到孩子有过失时,一顿责打了事,对孩子教育缺乏耐心。②娇惯型:有些家庭是以孩子为中心,对孩子一味满足,无原则迁就。③放任型:有些家长对孩子缺乏教育的责任感,很少关心子女的学习,也很少考虑子女正当的需要,对子女教育期望很低。④疏离型:由于种种客观原因,父母很少与子女一起生活,这就使得家长难以直接教育关心子女。

(三) 父母对子女的教育期望

家长教育期望是指父母对子女学业成就、职业前途的主观期待。父母教育期望高,能积极为子女提供学习所需的物质条件,创造安静的学习环境,有利于提高子女学习的积极性与学业进步。相反,父母的期望水平低,往往不重视子女的学习,对子女要求不严格,甚至向子女传递“读书无用论”的教育价值观,这无疑干扰了学生的学习。

吴增强(1992年)用多元回归分析的方法,研究了家长期望、学生自我期望与学业成绩的交互影响,结果表明,父母期望对年幼学生学业成绩的影响更为显著。就初预班(小学六年级)这个年龄段的学生来说,家长期望对学生学习成绩影响明显大于学生自我期望的影响,这说明大多数儿童的学习动力主要来源于家长的影响。这是由于这一年龄阶段的学生

学习努力与否、学习态度认真与否,更多的是根据家长的价值观,而不是自己的态度和观念,是“要我学”而不是“我要学”。因此,在学生进入成年期之前,家长的影响始终是重要的,大部分学生争取良好的学业成绩是为了符合家长的期望,赢得家长的赞许。

上述研究的另一个结果是,家长期望高低对学生学业成绩的影响,学习困难学生比学习优良生明显。其实,大多数学习困难学生家长并不是一开始就对子女学业抱有低期望的。他们起初也可能对子女抱有较高的期望,但因缺少积极有效的教养行为,孩子学业下降,而孩子经常性的学业失败,使他们逐步降低了期望水平,低期望进一步引发不当的教养行为,形成恶性循环。另外,一部分家长对子女过高的期望,会与学生现实的学习水平相矛盾。不切实际的高期望,缺乏有效的教育方法,同样会造成孩子厌学、畏学的消极情绪和行为。

(四) 家庭文化氛围

家庭文化氛围是一种隐性的教育力量,它将对孩子产生潜移默化的影响。马信行(1989年)的研究发现,学习成绩好的学生在家中有较多的儿童百科全书、期刊、报纸。在家庭藏书中,学习成绩好的学生家庭拥有的科学性与文学性书籍较多,而学习成绩差的学生家庭拥有的消遣性书籍较多。在寒暑假时,能督促孩子看课外科学书籍或预习下学期的功课者,也以学习成绩好的学生的父母较多。

李绍衣等(1988年)的调查也显示了学习优秀生与后进生在家庭文化氛围方面的差异非常显著。学习优秀生的家庭环境较好,而大多后进生的家庭环境较差,特别表现在学习环境不够肃静,电视干扰比较严重。

(五) 家庭环境影响的交互模式

分析了家庭客观变量与主观变量对学生学习成绩的影响。其实,任何一个家庭变量都不是单独地发生作用,而是经过两类变量的交互作用,并形成一定的结构模式,对学生产生不同的影响。将家庭主观性变量和客观性变量作为两个维度,可以构成四种模式。

A型模式是高客观性变量与高主观性变量交互作用,即家庭社经背景较高,又注意家庭文化氛围和教养方式的家庭环境。B型模式是高主观性变量与低客观性变量交互作用,即家庭社经背景低,但家长教养方式科学、家庭文化氛围积极健康。A、B这两种模式里,主观性变量都处于高水平。C、D两种模式对学生学习成绩具有负向教育影响。高客观性变量与低主观性变量的交互作用构成C型模式,低客观性变量与低主观性变量的交互作用组成D型形式。在这两种模式中,主观性变量都处于低水平。调查资料表明,学习困难学生家庭环境模式属于C、D型的较多。

一般来说,家长的文化程度与职业等客观性变量是比较稳定的。而主观性变量是可以改变的,如家长教养方式、教育期望和家庭文化氛围等,都可以通过提高家长的自身素质和改变家长的教育观念与方法而得以改进。因此,家庭环境的改善主要靠转化主观性变量。

(六) 给家长的几点建议

从上述家庭环境因素的分析,可见家庭环境对于儿童学习和成长的影响是巨大的。从某种意义上说,家庭的影响比学校的影响更为持久和深远。在家庭里,子女与父母以血缘为纽带的亲子关系,不论在情感上,还是利益上都是师生关系、同伴关系所无法替代的。父母

是孩子的第一任老师,家庭是孩子的第一所学校。不论是对学习困难儿童的矫治,还是学习困难的预防,家长有许多工作可以做。

(1) 营造积极、健康的家庭文化氛围。家庭文化氛围与父母的生活休闲方式密切相关。父母的生活休闲方式直接体现了家庭文化的含量,同时也体现了父母的教育价值观。孩子长期置身其中,耳闻目染的熏陶,将直接影响孩子的学习动机和学习习惯。有位学习困难儿童曾经对老师说:“我妈妈没有学历,不是照样赚大钱”。有些家长只顾自己搓麻将,孩子连做作业的地方都没有。有个孩子恳求父母不要搓麻将,父亲却说:“我不搓,你吃什么?”这些行为都将对儿童产生不良影响。

当然,现在更多的家长非常重视家庭文化氛围的建设。有位家长以前常常坐在孩子面前陪读,孩子感到厌烦,而且成绩不理想。有一次孩子生病了,妈妈也就不再逼孩子读书,顺其自然,考试成绩居然不错。这位妈妈从中得到了感悟。她说:“建立一个好的学习氛围,远比无休止的叮嘱和说教效果更好。于是,我特意改动房间布局,为女儿重新添置了一张书桌,改善了她的学习环境……”渐渐地孩子对学习越来越感兴趣了。

(2) 提高亲子沟通的质量,建立和谐的家庭人际关系(亲子关系、夫妻关系等)。有些父母不重视与孩子的日常沟通,即使说话,不是问学习成绩,就是教训“上课要用心”,除此以外,别无它话。久而久之,亲子之间由于学习问题,心理距离越来越大。这说明不良的亲子沟通,会制造孩子的学习困难。有位家长与孩子交谈的经验值得学习:“首先,要舍得花时间与孩子交谈。从孩子三岁起,我就经常抽时间与孩子交谈,谈以前听过的故事,谈白天看到的事情,并向他提出各种各样的问题。其次,耐心当好孩子的听众,每天孩子放学回来,我都要问问他有什么高兴的或不高兴的事,让他讲讲学校里的见闻,而无论孩子讲什么,我都表现出认真倾听的样子,让他感觉到我很喜欢听他说话。再次,交谈要有的放矢,因时而宜。比如,春天到公园里游玩,可以给孩子讲讲花草树木发芽吐蕊的知识,秋天在路边散步,可以与孩子说说落叶纷飞,五谷丰登的道理……与孩子交谈越有针对性,给孩子印象越深,感觉和效果越好。”

(3) 建立适当的教育期望,培养孩子积极的学习心态。动机理论指出,期望过高或者过低,都不具有激励作用。期望要根据孩子的实际情况,由于个别差异,每个孩子的才能和禀赋是千差万别的。家长建立教育期望也要扬长避短,对于孩子不擅长的领域期望过高,恰恰会增加孩子的自卑,降低学习动力。

(4) 培养孩子积极的学习心态。积极的心态包括学习的自信心、兴趣、态度和愉快、平和的情绪状态。学习成效不是与时间成正比,而是与积极的学习心态成正比。这就需要家长学习一些心理健康常识,了解儿童青少年心理发展的特点与问题,了解心理保健常识,学会帮助孩子调适情绪,学会自我心理调适。

(吴增强)

参 考 文 献

1. 吴增强等. 美国学习困难儿童研究及其启示. 上海:上海教育科研, 1997, 12
2. 静进. 学习能力障碍研究现状. 北京:中国心理卫生杂志, 1994, 1
3. 刘少文. 学习困难儿童的智聚类分析研究. 北京:中国心理卫生杂志, 1993, 1

4. 吴增强等. 初中学业不良学生习得性无能研究. 北京 :心理科学 ,1995 2
5. 孙煜明. 动机心理学. 南京 :南京大学出版社 ,1993
6. 韩仁生. 中小學生归因训练的实验研究. 北京 :心理学报 ,1998 3
7. 胡兴宏 吴增强等. 学习困难学生的特点和成因探究. 上海 :上海科技教育出版社 ,1993
8. 徐芒迪. 无提示与提示条件下中学生组织策略水平的比较研究. 心理科学 ,1994 2
9. 徐芬. 学业不良儿童的教育与矫治. 杭州 :浙江教育出版社 ,1997
10. 杨坤堂等. 学习障碍儿童. 五南图书出版公司 ,1995
11. 吴增强. 不同学习等级学生家庭环境变量比较研究. 上海 :上海教育科研 ,1992 4
12. Swanson HL. Learning Disabilities :Theoretical and Research Issues , Lawrance Erlbaum Associates , Inc. 1990
13. Schunk DH. Learning Theories :An Educational Perspective , Prentice - Hall , Inc. 1996

第十二章 儿童心理发育障碍的治疗

第一节 精神发育迟滞

精神发育迟滞(mental retardation)是指在 18 岁以前发育的阶段 ,由于遗传因素、母孕期不利因素或心理社会因素等各种原因所引起 ,临床表现以智力低下和社会适应困难为主要特征的一组发育障碍性疾病。

一、流 行 病 学

精神发育迟滞是发育障碍性疾病中较为常见的一组综合征 ,是导致人类精神残疾的重要原因。1985 年 ,世界卫生组织资料报道轻度精神发育迟滞的患病率约为 3% ,严重精神发育迟滞(包括中度、重度、极重度)的患病率为 0.3% ~0.4%。1987 年 ,我国进行了全国智力残疾流行病学调查 ,结果报道该障碍患病率为 1.268% ,其中男性为 1.315% ,女性为 1.220%。1985 ~1990 年 ,我国又对全国八省市 0 ~14 岁儿童进行了流行病学调查 ,结果为精神发育迟滞的总患病率为 1.20% ,其中城市患病率为 0.47% ~0.82% ,总患病率为 0.7% ,农村患病率为 1.20% ~1.73% ,总患病率为 1.41% ,男孩患病率城市为 0.78% ,农村为 1.43% ,女孩患病率城市为 0.62% ,农村为 1.39% ,轻度最多 ,占 60.6% ,中、重、极重度占 39.4%。

二、病 因

精神发育迟滞的病因相当复杂 ,但总体可分为两大类 ,即生物学因素和心理社会因素。研究这些因素 ,对预防及治疗该障碍具有非常重要的意义。

(一) 生物学因素

1. 产前因素

(1) 遗传因素 遗传因素是导致精神发育迟滞的重要原因。遗传因素包括以下几个方面 ①染色体异常 :有报道约 10% 该障碍患儿及该障碍中 20% 中度至极重度患儿是由于染色体异常所引起。染色体异常包括染色体数目异常(最常见者为唐氏综合征)和染色体结构异常(最常见者为脆性 X 综合征)。②单基因遗传疾病 :目前研究已发现人类有 4 000 ~

5 000 多种单基因遗传疾病,其中,有 300 多种疾病的生物化学异常已被确定。单基因遗传疾病遵循孟德尔遗传定律,但外显率受多种因素影响而有所不同。显性遗传疾病包括结节性硬化症、神经纤维瘤病等。隐性遗传疾病包括苯丙酮尿症、半乳糖血症、同型胱氨酸尿症等。遗传代谢性疾病多为单基因隐性遗传性疾病,最具代表性的是苯丙酮尿症。③多基因遗传疾病:为多个基因共同作用的结果,如家族性小头畸形等。

(2) 母体在妊娠期受到有害因素的影响:母体在妊娠期受到有害因素的影响也是导致精神发育迟滞的重要原因。这些因素包括:①感染:目前已知至少有 12 种病毒可以通过胎盘感染胎儿,其中,以风疹病毒、单纯疱疹病毒、巨细胞病毒对胎儿影响最大,而风疹病毒则被公认为造成胎儿畸形和智力低下的主要感染病原。人类免疫缺陷病毒(HIV)也可通过母体感染胎儿,引起癫痫和智力发育障碍。如果母孕期感染弓形虫,也将影响胎儿发育,导致流产、畸形、癫痫发作、精神发育迟滞等。②药物及化学毒素:目前研究已发现某些药物,包括水杨酸类、地西泮、氯氮卓、苯妥英钠、三甲双酮、氨甲蝶呤、碘化物、黄体酮等均较易致畸,其中一部分累及大脑的发育,从而导致精神发育迟滞。铅、汞中毒也对胎儿发育产生不利影响,导致精神发育迟滞。嗜酒、吸烟、吸毒等也是影响胎儿发育、导致精神发育迟滞的重要因素,其中以酒精中毒对胎儿发育影响最为常见。③放射线。④母体健康状况:母孕期如患严重躯体疾病,如高血压、心脏病、糖尿病、严重贫血、严重营养不良、缺碘等均可影响胎儿发育,导致精神发育迟滞。母孕龄大于 40 岁易导致染色体畸变。⑤胎盘功能不足。⑥情绪因素:母孕期长期焦虑、抑郁或遭受急性精神创伤,均有可能对胎儿中枢神经系统发育产生不良影响。

2. 产时因素 胎儿在出生前后如出现宫内窘迫、出生时窒息、产伤致颅脑损伤和颅内出血、核黄疸等均可能导致胎儿及新生儿中枢神经系统损伤,导致精神发育迟滞。早产儿、极低出生体重儿中枢神经系统发育也往往受影响,从而可能出现智力发育的落后。

3. 产后因素 出生以后的中枢神经系统感染、严重颅脑外伤、颅缝早闭、各种原因引起的脑缺氧、代谢性或中毒性脑病、严重营养不良、甲状腺功能低下、癫痫、重金属或化学药品中毒等,均有可能影响儿童的中枢神经系统的发育而导致精神发育迟滞。

(二) 心理社会因素

因为贫穷或被忽视、被虐待而导致儿童早年与社会严重隔离、缺乏良性环境刺激、缺乏文化教育机会等均可导致精神发育迟滞。

三、临床表现

(一) 主要临床表现

正如在精神发育迟滞的概念中所述,精神发育迟滞的主要临床表现包括两个方面:智力低下和社会适应困难。

智力通常也称为智能,主要包括既往获得的知识、经验,以及运用这些知识和经验解决新问题、形成新概念的能力。智力是在先天素质的基础上,在现实社会中通过各种形式的学习和社会实践活动而逐渐形成的。智力水平的高低以智商(IQ)来反映,可用多种方法予以

评定。精神发育迟滞患儿均存在智力水平的低下。

社会适应能力是个体适应日常生活、工作、家庭、社会等各方面要求所需要具备的能力。在 DSM-IV 中,社会适应能力包括交流、自助、家庭生活、社交技能、公共资源的利用、自我定向、学校技能、工作、休闲、健康和平安等方面。社会适应能力水平的高低可用社会适应力量表予以评定。精神发育迟滞患儿社会适应能力存在不同程度的缺陷。

根据智力水平的不同,精神发育迟滞共分为四级,现将各级的临床特征介绍如下。

1. 轻度精神发育迟滞 轻度精神发育迟滞约占该障碍的 75% ~ 80%, 智商范围为 50 ~ 69, 成年后智力水平相当于 9 ~ 12 岁正常儿童。患儿在婴幼儿期症状并不突出,只是说话、走路等较正常儿童略微迟缓。上学后,学习困难突出,大多数患儿在小学三年级,部分患儿在小学一二年级即开始各门功课不及格。患儿的言语能力一般无明显障碍,能较好地表达自己的愿望和感受,并足以应付一般的日常生活。通过学习,可获得一定的阅读、书写和计算技能,但因记忆、理解等认知能力差,绝大多数患儿不能完成普通小学学业。在儿童少年期,患儿可逐渐学会一般的日常生活技能,生活可自理,并有较好的独立能力,如独立外出、利用交通工具等,并能学会一般家务劳动。在成年后,可学会简单的手工劳动,大多数可独立生活,还可建立友谊和家庭。但因患儿应对困难的能力差,在遇到不良刺激时易于出现反应状态,因此,常常需要加强各方面的指导和心理方面的支持。患儿一般无神经系统异常体征和躯体畸形,少于半数的患儿有可确定的器质性或遗传性病因。

2. 中度精神发育迟滞 中度精神发育迟滞约占该障碍的 12%, 智商范围为 35 ~ 49, 成年后智力水平相当于 6 ~ 9 岁正常儿童。患儿在婴幼儿期言语和运动发育即明显落后,说话走路等均明显晚于正常儿童。言语发展最终能够达到的水平也很有限,词汇量少,言语简单。认知能力发展也明显落后于正常儿童,虽略具学习能力,经过长期教育训练,部分患儿可学会部分简单的读、写或个位数的计算,但不能适应普通小学的学习,无法达到小学一二年级的学业水平。患儿日常生活技能较早就表现出困难,如穿衣、进食等。成年后不能独立生活,但可学会自理简单生活,在监护下可从事简单的体力劳动,但质量差,效率低。患儿大多由生物学因素所引起,部分患儿伴有神经系统异常体征和躯体发育的缺陷。

3. 重度精神发育迟滞 重度精神发育迟滞约占该障碍的 8%, 智商范围为 20 ~ 34, 成年后智力水平相当于 3 ~ 6 岁正常儿童。患儿在婴幼儿期言语及运动发育即相当落后,说话、走路均很晚。言语功能受损非常严重,只能学会一些简单的词句,词汇贫乏。认知能力也很差,不能接受学习教育,难以建立数字概念。患儿情感幼稚,不会辨别和躲避危险。虽经长期反复训练可学会部分简单的生活自理技能,如自己进食和简单卫生习惯,但成年后生活不能自理,也不会任何劳动,终身需人照顾。患儿往往由显著的生物学因素所引起,并常伴有神经系统功能障碍(运动障碍)和躯体畸形。

4. 极重度精神发育迟滞 极重度精神发育迟滞占该障碍的 1% ~ 5%, 智商范围低于 20, 成年后智力水平低于 3 岁正常儿童。患儿发育极差,走路很晚,部分患儿运动功能损害显著,终身不能行走。患儿言语功能也丧失,无言语或偶说简单单词。认知能力极差,没有数的概念,不能分辨亲疏,不知躲避危险。情感反应原始,只能发出一些表达情绪和要求的喊叫。难以从教育训练中获益。完全缺乏生活自理能力,终身需人照顾。患儿几乎均由显著的生物学病因所引起,如严重的染色体畸变和遗传代谢病,并常有明显的神经系统功能障碍和躯体畸形。大多数患儿因严重躯体疾病而早年夭折。

(二) 其他症状

除以上主要临床表现外,精神发育迟滞患者尚常常伴有以下症状。

1. 躯体发育及功能的异常 由于各种致病因素的影响,精神发育迟滞患儿常常存在各种躯体发育的异常,包括头颅畸形、面部畸形、唇裂或腭裂、四肢及性器官畸形、先天性心脏病等。部分致病因素所导致的精神发育迟滞还存在一些特殊的提示该病因的躯体特征,如唐氏综合征患儿:头小且前后径短,双睑裂向外上方斜,眼距宽,内眦赘皮,鼻梁低,张口伸舌,舌体厚,舌沟裂深,耳位低,小耳垂,耳郭畸形,双手短而宽厚,常见通贯掌,小指末端向内侧弯曲,足第一、第二趾间距明显增宽,可见多指(趾)和指节缺如等。脆性X综合征患儿:头大、脸长、前额突出、下颌大而突出、嘴大、唇厚、虹膜颜色变淡、耳大且向前、巨睾等。苯酮尿症患儿:金发、皮肤白皙、蓝色虹膜等。

受到各种致病因素的影响,精神发育迟滞患儿还常常合并各种躯体功能的障碍,最重要的是视听觉障碍、运动障碍、大小便失禁,这类问题在重度、极重度患儿中存在较多。

此外,在精神发育迟滞这一人群中,合并其他躯体疾病的情况也明显多于其他精神疾病患者。如有研究对1135名前来就诊的精神发育迟滞成年患者进行了详细的躯体检查,发现精神发育迟滞患者患躯体疾病者2倍于前来就诊的其他精神疾病患者,这些躯体疾病包括癫痫(45.8%)、甲状腺功能低下(12.7%)、胃食管反流(9.7%)、严重闭合性脑损伤(8.8%)、慢性疼痛(8.7%)、脑瘫(6.5%)、开放性脑损伤(6.3%)、自身免疫性关节炎(0)、症状性高血压(4.7%)、脊柱侧弯(4.1%)、消化道溃疡(4.0%)、胰岛素依赖性糖尿病(3.5%)、严重哮喘(3.0%)、贫血(2.8%)、脑积水(2.8%)等。而且,还包括约50种发育异常综合征,如唐氏综合征、脆性X综合征、Albinism综合征、Klinefelter综合征、结节性硬化症等。患者不仅很少有躯体方面的主诉,而且这些躯体疾病还有可能导致患者出现一些精神方面的变化。

2. 各种精神障碍 无论精神发育迟滞儿童、少年或成人均有可能伴发各种精神障碍,而且,一些具有代表性的研究表明,在精神发育迟滞这一人群中,各种精神障碍的发生率明显高于普通人群。如1970年,Rutter等对Wight岛的9~11岁精神发育迟滞患儿进行研究,发现30%~42%的患儿存在各种精神障碍。1986年,Gillberg等对瑞典一城市的13~17岁精神发育迟滞患儿进行研究,发现57%的轻度精神发育迟滞患儿、64%的重度精神发育迟滞患儿存在各种精神障碍。在成年精神发育迟滞患者中,也有类似结果报道。如有研究报道,在一职业机构工作的130名成年精神发育迟滞患者中,17.7%患精神分裂症,9.2%患其他精神病性障碍,4.6%患情感障碍,2.3%患适应障碍,1.5%患焦虑障碍,6.2%患其他精神障碍。目前研究表明,所有精神障碍均可发生于精神发育迟滞这一人群,如儿童孤独症、恐怖症、强迫症、广泛焦虑障碍、儿童多动症、行为障碍、品行障碍、精神分裂症、情感性障碍、器质性精神障碍等。而且,智力损害程度越重,出现各种精神障碍的情况越多。在轻度精神发育迟滞中,出现各种障碍及其临床表现与非精神发育迟滞人群相类似。但在重、极重度精神发育迟滞患者中,幻觉、妄想、强迫等症状少见,而刻板、自伤等行为更为常见。精神发育迟滞患者之所以易于伴发各种精神障碍,与以下因素有关:①患者存在多种躯体和神经系统疾病,如甲状腺功能低下、癫痫、脑损伤、感觉系统的损害等,这些疾病易于导致精神方面的异常。②各种遗传综合征常常有与之相联系的行为异常。③患者的社会适应能力差,当出现

不利的心理社会因素时易于出现精神方面的障碍。

四、诊 断

(一) 诊断步骤

1. 病史 采集详细而正确的病史。

2. 检查 全面的躯体检查、神经系统检查和精神检查。

3. 智力发育水平的评定 可根据患儿的年龄、语言发育水平、检查配合情况选择适当的方法对患儿进行智力水平的评定。并应尽可能选择认知因子较多、内容较全面的智力评定方法。

4. 社会适应能力评定 可选用儿童社会适应行为量表、婴儿初中学生社会生活力量表对患儿的社会适应能力予以评定。

5. 必要的辅助检查 可根据患儿的具体情况选择适当的辅助检查,如:染色体检查、头颅CT或MRI检查、甲状腺功能检查、各种遗传代谢病筛查、血铅等检查,以便在确定诊断的同时,尽可能寻找可能的病因。

(二) 诊断标准

CCMD-3关于精神发育迟滞的诊断标准是:起病于18岁以前;智商低于70;社会适应困难。患儿必须同时满足以上3条,方可诊断为精神发育迟滞。

1. 轻度精神发育迟滞

(1) 智商在50~69之间,心理年龄9~12岁。

(2) 学习成绩差(在普通学校中学习时常不及格或留级)或工作能力差(只能完成较简单的手工劳动)。

(3) 能自理生活。

(4) 无明显言语障碍,但对语言的理解和使用能力有不同程度的延迟。

2. 中度精神发育迟滞

(1) 智商在35~49之间,心理年龄6~9岁。

(2) 不能适应普通学校学习,可进行个位数的加、减法计算,可从事简单劳动,但质量低,效率差。

(3) 可学会自理简单生活,但需督促、帮助。

(4) 可掌握简单生活用语,但词汇贫乏。

3. 重度精神发育迟滞

(1) 智商在20~34之间,心理年龄3~6岁。

(2) 表现显著的运动损害或其他相关的缺陷,不能学习和劳动。

(3) 生活不能自理。

(4) 言语功能严重受损,不能进行有效的语言交流。

4. 极重度精神发育迟滞

(1) 智商在20以下,心理年龄约在3岁以下。

- (2) 社会功能完全丧失,不会逃避危险。
- (3) 生活完全不能自理,大小便失禁。
- (4) 言语功能丧失。

(三) 病因的诊断

在确诊精神发育迟滞的同时,应积极寻找病因,尽可能做出病因学诊断。

(四) 合并的躯体疾病及精神障碍的诊断

对于患儿合并的躯体疾病和精神障碍,也应予以诊断,从而使患儿得到更全面、更合理的治疗。

五、治 疗

精神发育迟滞是导致精神残疾的重要原因,因此,早期发现、早期诊断、早期干预非常重要。虽然到目前为止,除了少数病因所致的精神发育迟滞可以通过早期发现、早期干预取得较好疗效外,其他大多数病因所致的精神发育迟滞尚缺乏有效的治疗措施。尽管如此,医学界仍在从各个角度出发,尽最大努力治疗和帮助这些患儿。这些角度涉及多个方面,包括精神发育迟滞的病因治疗,改善和促进脑细胞功能的药物治疗,促进智力和社会适应能力发展的教育训练,针对患儿存在的心理行为问题的心理行为治疗,针对合并存在的精神及躯体疾病的对症治疗等。这些治疗将从不同的侧面给予患儿所需要的各种帮助。因此,精神发育迟滞的治疗是一种充分考虑到患儿的各种需要,并包括药物治疗、心理干预、教育训练等多种方法在内的综合治疗。只有早期发现、早期诊断、早期治疗,才有可能最大程度地改善患儿症状,并最大程度地促进患儿智力和社会适应能力的发展。

(一) 病因治疗

明确病因是对精神发育迟滞进行病因治疗的基础。虽然到目前为止,已有报道约 2/3 精神发育迟滞患者都有可能通过各种方法找到比较明确的病因,而且,症状越重,找到病因的可能性越大。但是,在目前医学发展的背景下,对于大多数病因所致的精神发育迟滞,并没有有效的医疗手段可以进行病因治疗,因此,这是医学界目前面临的一个很大挑战。到目前为止,只有少数病因所致的精神发育迟滞可以进行病因治疗,这些病因主要涉及以下几个方面:①遗传代谢性疾病,如苯丙酮尿症、半乳糖血症、枫糖尿症等。②内分泌异常:如先天性甲状腺功能低下、地方性克汀病等。③先天性颅脑畸形:如颅缝早闭、先天性脑积水等。④中枢神经感染:如病毒性脑炎。⑤癫痫。⑥化学物质中毒,如铅中毒等。虽然上述病因所致的精神发育迟滞可以进行病因治疗,但是,前提条件必须是早期发现,早期诊断,即在上述病因对患儿智力尚未造成明显损害之前积极进行治疗,才有可能取得较好疗效。如对于苯丙酮尿症患儿,出生后即给予低苯丙氨酸饮食治疗,智力发展将不会受到影响,6个月内开始低苯丙氨酸饮食治疗,智力发展可接近正常水平,6个月后才开始饮食治疗,智力损害的机会明显增加,1岁后开始治疗者,智商常常低于50。而且,智力损害一旦出现,则不可逆转。又如,对于颅缝早闭的患儿,6个月内手术治疗以延缓颅缝闭合者,效果较好,6个月内

不手术者,则会出现不可逆的智力发育损害。因此,对于病因可以治疗的患儿,尽早明确病因、尽早开始治疗非常重要。只有如此,才能防止精神发育迟滞的发生,或减轻已知病因对患儿智力的损害。

目前,随着医学日新月异的发展,酶疗法、细胞移植疗法、脑移植疗法等也被用于精神发育迟滞的病因治疗之中。但这些方法是否成熟?疗效如何?仍有待于进一步的研究。

(二) 促进和改善脑细胞功能的药物治疗

到目前为止,已有多种促进和改善脑细胞功能的药物被用于精神发育迟滞的治疗,这些药物包括吡拉西坦(脑复康)、脑氨肽、 γ -氨基丁酸(γ -氨酪酸)、吡硫醇(脑复新)、醋谷胺(乙酰谷氨酸)、脑活素、赖氨酸及一些益智中药等。这些药物通过提高脑内部分酶的活性,促进脑内葡萄糖及氨基酸的代谢等而发挥作用。虽然这些药物已被证明对患儿的智力发育具有一定的促进作用,但是,不可能使患儿的智力发育有质的飞跃。因此,应使家长对该类药有一个客观的认识,并对该类药的疗效有一个合理的期待。

(三) 教育训练

对于精神发育迟滞患儿来说,教育训练是一种非常重要的治疗方法。该方法通过特殊教育、行为训练等,最大程度地发展了患儿的各种潜能,促进了患儿言语和认知等能力的发展,提高了患儿的社会适应能力,提高了患儿及其家庭的生活质量。目前,无论在国内外,教育训练的实施都有赖于多个方面的共同努力,包括社会、学校、家庭。在我国,已有专门的幼儿园或培训中心可以为这些患儿提供早期训练和干预,还有专门的特殊教育学校或正常学校的辅读班可以为这些患儿提供特殊教育,以家庭、社区为重点的教育训练也日益受到社会各界的重视。这些都为精神发育迟滞患儿的康复奠定了基础。虽然教育训练是精神发育迟滞患儿的重要治疗方法,但只有实施得当,才能够促进患儿各方面能力的发展。因此,在教育训练时要注意以下几点。

1. 确定合理的教育训练目标 对于不同程度的精神发育迟滞患儿,由于他们的病情严重程度不同,所具有的学习能力不同,能够学会和掌握的各种技能也不同,因此,确定适合于他们的教育训练目标非常重要。

(1) 对于轻度精神发育迟滞患儿:由于他们的智力水平和社会适应能力相对较好,成年后,有可能学会简单的手工操作,独立生活,因此,该度患儿教育训练的最终目标是帮助他们达到成年后独立生活的目的。为达到该目标,在患儿生长发育的不同阶段,要给予他们相应阶段所需要的各种帮助。对于学龄前患儿,教育训练的重点应放在感知、运动、言语、认知和简单自助能力上,从而促进患儿上述能力的发展。对于学龄期患儿,教育训练的重点则在于通过特殊教育,使患儿尽可能学会一定的阅读、书写及计算技能,并学会运用语言和理解能力学习其他知识,以应付生活所需。同时,还要加强生活自理、日常家务、乘车、购物、社会规则等方面的训练。对于青少年期的患儿,则应重点进行职业技能训练,从而使患儿学会一定的非技术性或非技术性职业技能,以达到独立生活、自食其力的目的。

(2) 对于中度精神发育迟滞患儿:由于他们的言语、认知能力发展较差,虽经反复教育训练,也很难达到小学1~2年級的学业水平。因此,教育训练的最终目标是帮助患儿学会

生活自理。为此,在患儿生长发育的不同阶段,也要给予他们所需要的各种帮助。对于学龄前患儿,教育训练的重点也应放在感知、运动、言语、简单认知和简单自助能力上,从而促进患儿上述能力的发展。对于学龄期后的患儿,除了通过特殊教育,促进患儿言语、认知等能力的发展外,教育训练的重点应放在生活自理、简单家务的训练上。通过这些训练,使患儿成年时生活能够自理或部分自理,并能够承担起部分简单家务,尚能在他人指导照顾下进行简单的劳动。

(3) 对于重度、极重度精神发育迟滞患儿,因他们的各种能力非常差,难以接受教育训练,因此,主要以照管和养护为主。但是,与此同时,仍要对患儿进行以简单自助能力为目标的训练,以期经过长期的训练,使患儿学会自行进食、穿衣和简单卫生习惯。同时由于这些患儿言语能力非常差,因此要帮助他们学会用适当的方式进行表达。

以上只是不同程度精神发育迟滞患儿的总体教育训练目标。事实上,在对患儿进行具体的教育训练时,要运用一定方法,如早期教育训练纲领的评定,确定出适合于患儿当时的长期和短期目标。同时还应制定出具体的训练计划、训练方法、记录方式等,这样才能使训练有效地进行。

2. 选择正确的方法进行教育训练 在确定教育训练目标后,选择正确的方法进行教育训练非常重要。只有通过正确的教育训练,才有可能使目标变为现实。在精神发育迟滞患儿的教育训练方法中,涉及到许多特殊教育的内容,同时也常常会用到多种行为治疗方法,如正性强化法、链锁法、塑形法等。因此,教育训练者必须对特殊教育有一定了解,对各种行为治疗方法有一定掌握,这样才能够做到合理选择、合理使用,对患儿的教育训练才有可能有所收效。

关于教育训练目标、教育训练计划及上述行为治疗方法的具体内容可参见儿童孤独症和行为治疗章节中有关内容。

(四) 心理治疗

已有研究报道,只要精神发育迟滞患儿具有基本的言语或非言语交流能力,就能够从各种不同形式的心理治疗中获益。这些治疗形式包括支持治疗、认知治疗、精神分析治疗、小组治疗、家庭治疗等。心理治疗的目的与普通人群中心理治疗的目的相似,即并不在于促进患儿的智力发展,而在于解决内心冲突、增进自信、增强患儿能力、促进患儿独立。心理治疗的原则与同等发育水平的智力正常儿童相同。但在充分考虑患儿的发育水平之时,还要有更多的支持性气氛,每次治疗的时间应短些,治疗的次数可能要多些。

对于轻度精神发育迟滞的儿童或成人,心理治疗具有更为重要的意义。虽然轻度精神发育迟滞儿童或成人智力损害相对较轻,并具有相对好的社会适应能力,但实际上,他们常常暴露于各种不良的社会心理因素之中。被歧视、被拒绝、经常的失败、对他人的依赖等会使他们更易于出现内心冲突,并产生低人一等、矛盾、焦虑或愤怒的情感。既往在这一人群中,心理治疗很少被运用。但事实上,这一人群非常适合于心理治疗,因为他们有建立良好人际关系的动机,有增强自己能力的强烈愿望,并渴望独立。因此,重视这一人群,并针对他们的需要及时地予以支持治疗、认知治疗、小组治疗或家庭治疗非常重要。对于中度精神发育迟滞的儿童或成人,心理治疗对他们同样也有必要,并且也有一定的帮助。在国外,尚有学者运用精神分析方法治疗精神发育迟滞的儿童或成人,结果

表明,该种治疗方法能够促进他们的情感表达,增强他们的自信,促进他们的独立,扩大他们的交往。

(五) 行为治疗

对于精神发育迟滞患儿来说,行为治疗也是一种非常重要的治疗方法。该方法不仅被广泛地运用于精神发育迟滞患儿的教育训练,同时也被用于帮助患儿建立新的适应性行为和减少患儿存在的不适应行为。当帮助患儿建立新的适应性行为时,可采用正性强化法、差别强化法等。当消除患儿存在的自伤、攻击、不服从、刻板、多动等不适应行为时,可采用消退法、隔离法、反应代价法、过度矫正法等。

(六) 合并存在的精神障碍的治疗

如上所述,精神发育迟滞患儿可以合并存在各种精神障碍,而且精神障碍在精神发育迟滞人群中的发生率明显高于普通人群,因此,针对合并存在的精神障碍进行治疗非常重要。如此,不仅可以改善患儿及其家庭的生活质量,也为教育训练创造了更好的条件。

1. 注意缺陷多动障碍 有研究报道,在精神发育迟滞患儿中,40%存在过度活动、冲动和注意力不集中,其中10%~20%符合注意缺陷多动障碍的诊断标准。还有研究发现,伴有注意缺陷多动障碍的精神发育迟滞患儿比不伴有注意缺陷多动障碍的精神发育迟滞患儿有明显多的情绪和行为问题,这些情绪和行为问题包括抑郁、焦虑、家庭冲突、不服从、不充分的社交技能、学校问题等。目前,对于精神发育迟滞患儿伴发的注意缺陷多动障碍,其治疗方法与正常智力的注意缺陷多动障碍患儿相同。但是,因精神发育迟滞患儿伴有癫痫或脑电图异常者较多,因此在选择中枢兴奋剂时应予以特别的注意。目前一系列药物研究已表明,哌醋甲酯在治疗精神发育迟滞患儿伴发的注意缺陷多动障碍时,疗效与正常智力的注意缺陷多动障碍儿童相似,有效率为60%~75%。患儿的过度活动、冲动、注意力不仅得到改善,还提高了认知测验的准确性,反应速度也加快。但是也有研究报道了相反的结果,即该药治疗精神发育迟滞患儿伴发的注意缺陷多动障碍,疗效差于智力正常的注意缺陷多动障碍儿童,而且智商越低,疗效可能越差。还有学者用双盲、安慰剂对照、交叉设计研究比较了该药治疗学龄前和学龄期精神发育迟滞患儿伴发的注意缺陷多动障碍的疗效,发现两者无明显差异。有关该药在精神发育迟滞患儿这一人群中的不良反应,目前研究报道与正常智力儿童者相似,但易激惹、运动抽动、社交退缩、刻板运动增加等的发生率高于正常智力儿童。在学龄前精神发育迟滞患儿中,社交退缩、尖叫、易激惹则更为常见,在高剂量时(每日0.6mg/kg)尤其如此。

2. 情感障碍 有研究报道,在精神发育迟滞这一人群中,有2%~10%伴有情感障碍,其中约50%为心境恶劣,甚至在一向被认为高兴和愉快的Down综合征患者中也有重性抑郁的报道。但是,由于精神发育迟滞患者言语表达障碍和情感障碍的不典型性,情感障碍在这一人群中常常被漏诊或误诊。如何在精神发育迟滞,尤其是中、重度精神发育迟滞患者中诊断情感障碍,仍然是一个有待研究和探讨的问题。目前,在精神发育迟滞中,情感障碍的诊断主要是依据照护者可靠而详细的病史报告。因此,如果能够更加重视躁狂或抑郁发作诊断条目中能够被他人客观观察的项目,如活动的增多、睡眠的减少、兴趣的丧失、运动性迟滞等等,情感障碍的诊断可能会相对容易一些。还有研究报道,在伴有情感

障碍的精神发育迟滞患儿中,一些行为的变化更为突出,如自杀想法和姿态、哭泣、易激惹、睡眠障碍、激越、情绪不稳定、社交退缩、攻击行为等。因此,如果精神发育迟滞患儿出现这些行为,应特别考虑到情感障碍的可能。目前,对于精神发育迟滞患儿伴发的心境障碍,其治疗方法与正常智力者相同,即可根据患儿的具体情况选用各种抗抑郁剂(尤其是选择性5-羟色胺再摄取抑制剂和其他新的抗抑郁剂)、抗躁狂药、情绪稳定剂、新型抗精神病药等。只是某些药物在儿童中的使用经验尚不足,因此,在选药时应予以考虑和注意。

3. 儿童情绪障碍 儿童情绪障碍是正常智力儿童中较为常见的一类障碍,但在精神发育迟滞患儿中情况如何?目前较少有报道。对于轻度精神发育迟滞患儿,因患儿的认知损害较轻,故情绪障碍的临床表现与正常智力儿童者相似。有研究报道,在轻度精神发育迟滞青少年伴发的广泛焦虑障碍中,除多虑、躯体主诉、睡眠障碍外,其他临床表现与智力正常者相似。对于中、重度精神发育迟滞患儿,因患儿言语认知功能受损严重,患儿常常无法表达自己的情感,同时,因焦虑等症状的不典型,如部分患儿的自伤和攻击行为实际是焦虑的一种表现,因此,使情绪障碍的诊断非常困难。目前,对于精神发育迟滞患儿伴发的情绪障碍,其治疗方法与正常智力者相同,即在合并心理行为治疗的同时,对于焦虑,可选用阿普唑仑、劳拉西泮、氯硝西泮等;对于强迫,可选用舍曲林、氟伏沙明、氯米帕明等。由于在精神发育迟滞患者中,苯二氮_类类的行为方面不良反应更易出现,有报道在446名服用苯二氮_类类的精神发育迟滞患者中,13.0%出现行为方面的不良反应,而且这些不良反应易于与行为和情绪方面的症状相混淆,因此应特别予以注意。同时因精神发育迟滞患儿服用三环类抗抑郁药后更易出现抽搐,因此也应特别小心。

4. 精神分裂症 在精神发育迟滞患者中,精神分裂症的患病率较普通人群高2~3倍。在这一人群中,精神分裂症患儿的起病年龄较早,临床表现或报道以情感、行为方面的障碍为突出表现,或报道与正常智力的患儿相仿,存在幻觉、妄想。之所以如此,可能与患儿认知损害程度不同有关。对于轻度精神发育迟滞患儿,因患儿的症状更接近于智力正常儿童,因此诊断方面困难较小。对于中、重度精神发育迟滞患儿,因患儿的言语、认知功能严重受损,症状常常不典型,情绪、行为方面的变化常常是患儿的主要表现,诊断常常存在一定困难。虽然精神发育迟滞患儿伴发的精神分裂症在诊断方面存在一定困难,但在治疗方面,与正常儿童相同,即采用各种抗精神病药予以治疗。但因患儿本身认知功能就受到损害,同时在精神发育迟滞这一人群中,抗精神病药引起迟发性运动障碍和恶性综合征的风险均高于普通人群,因此在选择用药时应予以注意,应选择适合于患儿的、不良反应较小的抗精神病药。目前有报道,精神发育迟滞患儿伴发的精神分裂症的疗效并不比智力正常的精神分裂症患儿的疗效差。近几年,随着新型抗精神病药的广泛使用,利培酮、奥氮平也被用于精神发育迟滞患儿伴发的精神分裂症的治疗。该类药疗效较好,不良反应也较小,对患儿认知功能也无损害,因此正被日益广泛地用于精神发育迟滞患儿伴发的精神分裂症的治疗。

5. 自伤行为 在精神发育迟滞这一人群中,自伤行为也是一个较为常见的临床现象。据国外估计,在收容所中的精神发育迟滞患者中,有8%~23%存在自伤行为。典型的自伤行为是一种慢性的、经常重复出现的、有节律的、引起躯体损害的行为,常见的包括咬自己、打自己、撞头等,在极重度精神发育迟滞儿童或成人中最为常见。精神发育迟滞儿童或成人之所以出现自伤行为,可能与要求得不到满足、寻求注意、自我刺激、焦虑抑郁、存在某种躯

体疾病等有关。如有报道,伴有抑郁的精神发育迟滞患者出现自伤行为;还有报道,在出现自伤行为的精神发育迟滞患者中,有 28% 存在引起疼痛或不适的躯体疾病。随着躯体疾病的好转,自伤行为减轻。关于自伤行为的产生机制,目前研究尚不清楚,有报道可能与多巴胺 D1 受体的超敏现象有关。因自伤行为在精神发育迟滞患儿中较为常见,且该行为会对患儿的躯体造成一定伤害,因此积极地进行治疗非常重要。目前,可用行为治疗、药物治疗精神发育迟滞患儿的自伤行为。关于行为治疗,可参见儿童孤独症中的内容。关于药物治疗,可用以下药物进行治疗。①抗精神病药:抗精神病药是治疗精神发育迟滞患儿自伤行为的传统用药,氯丙嗪、氟哌啶醇、氯氮平等均被用于该类行为的治疗,并被证明有较好疗效。但是,考虑到传统抗精神病药的不良反应,目前传统抗精神病药的使用正逐渐减少,而新型抗精神病药逐渐被引起关注。目前已有研究报道利培酮可有效治疗精神发育迟滞患儿的自伤行为,不良反应也较小。但因该方面的研究多为开放性研究,因此有待于进一步研究探讨。②抗抑郁药:抗抑郁药也是治疗精神发育迟滞患儿自伤行为的常用药物。曾有双盲、安慰剂对照研究表明氯米帕明治疗重度和极重度精神发育迟滞患者的自伤行为具有一定疗效。因考虑到三环类抗抑郁药的不良反应,选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂已被逐渐用于精神发育迟滞患儿自伤行为的治疗。目前,关于氟西汀的研究报道较多,该药能有效治疗精神发育迟滞患儿的自伤行为。还有研究报道舍曲林也可减少精神发育迟滞患者的自伤行为。但是,由于这些研究也多为开放性研究,因此也有待于进一步研究探讨。③纳屈酮:由于疼痛引起内源性阿片样物质释放,而该类物质水平的增高除了抑止了疼痛外,还可兴奋大脑的愉悦中枢。因此,运用阿片类拮抗剂阻止内源性阿片样物质对大脑愉悦中枢的兴奋,则有可能减少精神发育迟滞患儿的非社会性强化了的自伤行为。目前已有研究报道,纳屈酮能有效减少精神发育迟滞患儿的自伤行为,但也有少数研究结果与此相反,该药不仅无效,甚至还可加重患儿的自伤行为。之所以如此,可能与自伤行为的产生原因及发生机制非常复杂有关。

虽然上述药物均可用于精神发育迟滞患儿的自伤行为的治疗,但是,因抗精神病药的不良反应较其他两类药大,因此,有学者建议先用后两类药物进行治疗,无效时再选用抗精神病药。

6. 攻击行为 攻击行为也是精神发育迟滞人群中较为常见的临床现象,而且智力低下程度越严重,攻击行为也越多。精神发育迟滞儿童或成人之所以出现攻击行为,可能与要求得不到满足、寻求注意、伴有精神病性障碍、焦虑抑郁等有关。因此,在治疗精神发育迟滞患儿的攻击行为时,要充分考虑到诸多可能引起这些行为的因素。目前,可运用药物治疗和行为治疗治疗精神发育迟滞患儿的攻击行为。关于行为治疗,可参见儿童孤独症中有关内容。在药物治疗方面,研究报道较多,可用以下药物进行治疗:①抗精神病药:抗精神病药是治疗精神发育迟滞患儿攻击行为的传统用药,氯丙嗪、氟哌啶醇等均被用于该类行为的治疗,并被证明有较好疗效。但是,考虑到传统抗精神病药的不良反应,新型抗精神病药已逐渐被用于该类行为的治疗。目前,在各种新型抗精神病药中,有关利培酮治疗该类行为的研究报道较多。这些研究表明,利培酮不仅可以有效减少精神发育迟滞儿童或成人的攻击行为,不良反应也较小(主要为体重增加和镇静)。但因该方面研究多为开放性研究,故应进一步研究探讨。②抗抑郁药:抗抑郁药也是治疗精神发育迟滞患儿攻击行为的一类药物。目前,已有研究报道氟西汀、舍曲林均可减少精神发育迟滞患儿的攻击行为。但是,这些研究也多为开

放性研究,因此也应进一步研究探讨。③丙戊酸盐:丙戊酸盐治疗攻击和暴力行为的最早文献发表于1988年。之后,又有研究报道丙戊酸盐可有效治疗痴呆、脑器质性综合征、精神发育迟滞患者伴有的攻击和暴力行为有效,总有效率为77.1%。但是,由于这些研究多为回顾性和开放性研究,因此,虽然丙戊酸盐治疗攻击行为很有前景,也应进一步研究探讨。④ β 受体阻滞剂:目前已有研究支持 β 受体阻滞剂可用于三个领域的治疗:有明显躯体症状的焦虑障碍、冲动攻击行为、药物引起的静坐不能。在各种 β 受体阻滞剂中,普萘洛尔和美托洛尔治疗攻击行为可能效果更好,可减少痴呆、精神分裂症、精神发育迟滞、器质性脑综合征患者的暴力攻击行为。但在此方面,还缺乏系统的研究报道。除了静坐不能外,在运用 β 受体阻滞剂治疗其他两种障碍时,均需与其他药物合并治疗。因此,在治疗精神发育迟滞患儿的攻击行为时,如原有药物疗效不理想,可在原有药物的基础上,合用 β 受体阻滞剂进行治疗。虽然总体讲,精神发育迟滞这一人群对 β 受体阻滞剂耐受良好,但在精神发育迟滞患儿中,尚缺乏该类药有效性和安全性的报道。该类药的主要不良反应是低血压和心动过缓,因此,应特别予以注意。⑤锂盐:该药能有效治疗双相障碍患儿的易激惹和发脾气,对精神发育迟滞患儿和品行障碍患儿的攻击行为也有治疗作用。该药应用于12岁以上儿童,应注意血锂浓度的监测。

(七) 合并的躯体疾病的治疗

如前所述,由于各种遗传因素及其他不利因素的影响,精神发育迟滞患儿常常合并存在多种躯体疾病或功能障碍。这些躯体疾病或功能障碍,不仅严重影响了患儿的生活质量,不利于患儿的教育训练,而且也是部分患儿产生精神症状的原因,是导致部分患儿较早夭折的重要因素。因此,积极治疗各种躯体疾病和功能障碍非常重要。为此,应带患儿去综合医院及康复机构就诊,选用适当的方法治疗伴随的躯体疾病,并加强康复训练,以促进伴有感觉和运动障碍的患儿的感觉及运动功能的恢复。

值得一提的是,因精神发育迟滞患儿常常存在多种较为复杂的临床情况,如同时存在癫痫、心脏病、多动或其他躯体异常,因此可能需要多种药物的治疗。在运用多种药物对患儿进行治疗时,不仅要充分兼顾患儿的躯体、精神等多个方面,选择适合于患儿的、不良反应较小的药物,还要特别注意药物间的相互作用和药物的不良反应。在药物不良反应方面,因精神发育迟滞患儿常常不能反映自己躯体的不适,因此家长和医生应该特别予以注意。列出评定治疗有效性的靶症状表,列出可能出现的不良反应表,教会家长如何观察孩子的表现,如何鉴别药物不良反应和症状的复现,对患儿的治疗也非常重要。

(八) 对家长的支持和指导

因精神发育迟滞是一组致残率很高的综合征,不仅严重影响了患儿的生活质量,而且也给家庭带来了沉重的负担,因此,及时地给予家长各方面的帮助非常重要。这些帮助包括:①家长的心理支持和指导。通过该方面工作使家长能够面对现实,接受现实,稳定情绪,并以积极的心态帮助患儿。②疾病知识的介绍。使家长对患儿的疾病有一定了解,对患儿所需要的医疗服务、教育训练有较为充分的认识,对患儿的预后有一个相对现实的期待。③教育训练及行为治疗的指导。帮助家长学会一定的教育训练及行为治疗方法,使家长能够与医生、教师配合,在家庭中对患儿进行教育训练和行为方面的矫正。

六、预防原则

因精神发育迟滞是一种较常见、而且致残率高的疾病,同时绝大多数患儿又缺乏非常有效的治疗措施,因此积极采取各种措施,预防该障碍的发生非常重要。具体预防措施包括以下几个方面。

(1) 加强宣传教育,开展遗传咨询,禁止近亲结婚,适当晚婚晚育,避免高龄妊娠。

(2) 加强母孕期保健,避免各种母孕期不利因素,避免各种妊娠并发症,做好产前检查,避免病理分娩。

(3) 对新生儿进行遗传代谢病等筛查,以便早期诊断、早期治疗有可能导致精神发育迟滞的疾病。加强儿童保健,避免各种可能导致精神发育迟滞的因素。对婴幼儿定期进行智力发育的随访,以便及时发现智力发育的问题,及时干预。

第二节 儿童孤独症

儿童孤独症(childhood autism)是广泛性发育障碍中较为常见的一个亚型,是一种起病于婴幼儿时期,以社会交往障碍、交流障碍、兴趣狭窄和行为刻板重复为主要特征的心理发育障碍性疾病,多数患儿伴有不同程度的精神发育迟滞。

一、流行病学

该症患病率较低,国外报道为0.02%~0.13%,男女比例为3~6:1。国内尚无此方面研究报道。

二、病因

到目前为止,该症病因并不清楚,可能与遗传因素、脑器质性因素、神经生化异常、免疫学因素等有关,但有待于进一步研究探讨。

三、临床表现

该症起病于36个月以内,主要临床表现为三大类核心症状,即社会交往障碍、交流障碍、兴趣狭窄和刻板重复的行为方式。

(一) 社会交往障碍

患儿在社会交往方面存在质的缺陷,这种质的缺陷表现在缺乏社会交往的兴趣,缺乏社会交往的技巧和方法,缺乏根据社交情景和各种线索调整自己行为的能力。这种质的缺陷在儿童生长发育的不同阶段,表现各有特点。在婴儿期,患儿回避目光接触,对人的声音缺乏兴趣和反应,没有期待被抱起的姿势,或抱起时身体僵硬、不愿与人贴近。在幼儿期,

患儿仍回避目光接触,跟他说话似未听见、常无反应,对主要抚养者不产生依恋,对与同龄儿童交往或共同玩耍缺乏兴趣,不会以适当的方式与同龄儿童交往,不能与同龄儿童建立伙伴关系,不会与他人分享快乐,遇到不愉快或受到伤害时不会向他人寻求安慰,对他人的身体不适或不愉快也不会表示关心和安慰。学龄期后,随着年龄的增长及病情的改善,患儿目光对视增多,对父母、同胞可能变得友好而有感情,但仍明显缺乏主动与人交往的兴趣和行为。虽然部分患儿愿意与人交往,但交往方式仍存在很多问题,他们常常靠其感兴趣的单调而刻板的语言及内容与他人交往,对社交常情缺乏理解,对他人的情绪缺乏反应,不能根据社交情景调整自己的行为,因而难以被他人接受,也难以建立友谊。成年后,患者仍缺乏社会交往的兴趣和社会交往的技能,虽然部分患者对异性产生兴趣,但不能建立恋爱关系和结婚。

(二) 交流障碍

1. 非言语交流障碍 患儿虽然更倾向于用动作、姿势进行交流,但除了常常拉着大人手走向他想要的物品外,其他用于表达的动作、姿势却很少,而且常常不会用点头、摇头表达自己的意思,表情也常显得漠然。

2. 言语交流障碍 患儿在言语交流方面存在明显的缺陷,具体表现为:①语言理解力不同程度受损。②言语发育迟缓或不发育,也有部分患儿2~3岁前曾有表达性言语,但以后逐渐减少,甚至完全消失。③言语形式及内容异常:常常存在模仿言语、刻板重复言语,言语内容常常与他人问话或周围情景无关,语法结构、人称代词常用错,语调、语速、节律、重音等也存在异常。④言语运用能力受损:不会用已经学会的言语表达自己的愿望,部分患儿虽然会背儿歌、背广告词、手机牌子,但却很少用言语进行交流。少许患儿虽然言语发育相对较好,能表达简单的愿望和要求,但也常常不会提出话题、维持话题或仅靠刻板重复的短语进行交谈,纠缠于同一话题。

(三) 兴趣狭窄及行为刻板重复

患儿兴趣范围狭窄,甚至怪癖,他们常常对玩具、动画片等正常儿童感兴趣的内容不感兴趣,却迷恋于看广告、看天气预报、自己旋转及看转动的物品、反复排列物品等。对一些非生命物体,如纸盒、小瓶可能产生强烈依恋,如果被拿走,则会哭闹不安。患儿行为方式也常常很刻板,他们会用同一种方式做事或玩玩具,会要求物品放在固定位置、不能变动,出门非要走同一条路线,长时间只穿同一套衣服或只吃少数几种食品。如果环境或日常生活常规发生变化,即会哭闹或烦躁不安。患儿还常常会出现各种刻板重复的动作和奇特怪异的行为,如用手指重复敲打物品,重复蹦跳,将手放在眼前凝视、扑动,自身旋转或用脚尖走路等。对于物体的一些非主要特性,患儿可能非常感兴趣,因此会去闻不该闻的东西,或反复摸光滑的表面等。

(四) 其他症状

患儿常常自娱自乐,情感反应与周围环境不协调。部分患儿情绪很不稳定,常常烦躁哭闹。还有部分患儿出现多动、自伤、攻击等行为。痛觉可能迟钝,而对某些声音却过度敏感。约3/4患儿存在精神发育迟滞,但患儿能力发展可能不平衡,音乐、机械记忆、计算能力相对

较好。1/3 ~ 1/4 患儿合并癫痫。

四、诊 断

应综合病史、躯体和神经系统检查、精神检查、辅助检查的结果予以诊断。CCMD-3 的诊断标准(2001 年)如下。

(一) 症状标准

在下列 1、2、3 项中,至少有 7 条,且 1 项至少有 2 条,2、3 项至少有 1 条。

(1) 人际交往存在质的损害,至少 2 条:

1) 对集体游戏缺乏兴趣,孤独,不能对集体的欢乐产生共鸣。

2) 缺乏与他人进行交往的技巧,不能以适合其智龄的方式与同龄人建立伙伴关系,如仅以拉人、推人、搂抱作为与同伴的交往方式。

3) 自娱自乐,与周围环境缺少交往,缺乏相应的观察和应有的情感反应(包括对父母的存在与否也无相应反应)。

4) 不会恰当地运用眼对眼的注视、以及用面部表情、手势、姿势与他人交流。

5) 不会做扮演性游戏和模仿社会的游戏。

6) 当身体不适或不愉快时,不会寻求同情和安慰,对别人的身体不适或不愉快也不会表示关心和安慰。

(2) 言语交流存在质的损害,主要为语言运用功能的损害:

1) 口语发育延迟或不会使用语言表达,也不会用手势、模仿等与他人沟通。

2) 语言理解能力明显受损,常听不懂指令,不会表达自己的需要和痛苦,很少提问,对别人的话也缺乏反应。

3) 学习语言有困难,但常有无意义的模仿言语或反响式言语,应用代词混乱。

4) 经常重复使用与环境无关的言词或不时发出怪声。

5) 有言语能力的患儿,不能主动与人交谈、维持交谈及简单应对。

6) 言语的声调、重音、速度、节奏等方面异常,如说话缺乏抑、扬、顿、挫,言语刻板。

(3) 兴趣狭窄和活动刻板、重复,坚持环境和生活方式不变:

1) 兴趣局限,常专注于某种或多种模式,如旋转的电扇、广告词等。

2) 活动过度,来回踱步、奔跑、转圈等。

3) 拒绝改变刻板重复的动作或姿势,否则会出现明显的烦躁和不安。

4) 过分依恋某些气味、物品或玩具的一部分,并从中得到满足。

5) 强迫性地固着于特殊而无用的常规或仪式性动作或活动。

(二) 严重标准

社会交往功能受损。

(三) 病程标准

通常起病于 3 岁以内。

(四) 排除标准

排除 Rett 综合征、童年瓦解性精神障碍(Heller 综合征)、Asperger 综合征、特定感受性语言障碍、儿童精神分裂症。

五、治 疗

到目前为止,并没有一种方法能够防止儿童孤独症的发生,且孤独症将导致患儿多方面严重而持久的紊乱,因此,尽早地对该障碍进行干预非常重要。由于孤独症属于广泛发育障碍,症状涉及到精神活动的多个方面,在表现孤独症三大类核心症状的同时,还可能伴有智力发育低下、情绪不稳、易激惹、多动、自伤行为、攻击行为等。因此,应运用多种方法,如药物治疗、教育训练、行为治疗等对患儿进行治疗。这些治疗需要医生、教师、家长等的积极配合和共同参与。到目前为止,虽然并没有任何一种方法能够治愈孤独症,但是,在医生、教师、家长等的共同努力下,患儿的各种症状还是得到了不同程度的改善。因而,在此将对应用于儿童孤独症的各种治疗方法予以较为系统的介绍。

(一) 药物治疗

药物治疗是精神医学中非常重要的一种治疗手段,也是儿童孤独症的一种非常重要的治疗方法。到目前为止,并没有哪种药物能够非常有效地改善儿童孤独症的三大类核心症状,但是,对于患儿常常伴随的情绪行为异常,如情绪不稳、易激惹、过度活动、自伤行为、攻击行为等,药物治疗确有一定疗效。通过药物治疗,不仅使患儿各种症状得到改善,而且也为教育训练创造了更好的条件。

1. 药物治疗的基本原则

(1) 充分了解目前可用于儿童孤独症治疗的各类药物,了解这些药物的适应证、剂量、疗效、儿童对药物的耐受情况等。

(2) 确定患儿用药的必要性。对于较重的情绪行为异常,如严重的多动、严重的自伤,应及时予以药物治疗,以尽早缓解患儿的症状;对于较轻的情绪行为异常,则应首先予以行为治疗,如无效,才开始药物治疗。此外,还应仔细衡量药物治疗可能获得的疗效和可能出现的不良反应,当获得的疗效大于可能出现的不良反应时,才选择药物治疗。

(3) 应综合患儿的病情、既往病史、治疗情况、躯体状况等选择具体的用药,并应从小剂量开始服用,根据病情变化和药物不良反应逐渐加量。

(4) 应特别注意儿童对各种药物的耐受情况,注意观察患儿的药物不良反应,尤其是那些在儿童中使用时间尚短、在该人群中缺乏足够经验的药物。

(5) 应加强家长教育,尽可能充分获得家长对药物治疗的理解和支持,并教给家长如何观察药物治疗的疗效及药物的不良反应。

(6) 一般来说,如剂量合适,治疗4周仍无效,继续治疗出现疗效的可能性也不大。如药物治疗有效,可连续服用6个月,然后逐渐减药,并渐停药。停药后,如患儿的某些能力已增强,症状无波动,可不再服用,如症状反复,则需继续服药治疗。

(7) 药物治疗期间,应继续进行其他方式的治疗,如教育训练、行为治疗等,这样才有

可能获得更好、更持久的疗效。

2. 各种用于儿童孤独症治疗的药物

(1) 传统抗精神病药 :传统抗精神病药是既往研究较多、并较多用于儿童孤独症治疗的药物。

1) 硫利达嗪 :第一个被广泛用于儿童孤独症和广泛发育障碍治疗的抗精神病药。该药对焦虑、激越、易激惹等症状有较好疗效 ,对多动、冲动、自语、自伤、刻板行为也有一定疗效 ,还有可能改善退缩。该药的剂量范围一般为每日 12.5 ~ 50mg。因该药的心血管不良反应相对较大 ,因此在使用时 ,应特别予以注意。

2) 氟哌啶醇 :是传统抗精神病药中 ,治疗儿童孤独症疗效研究最为广泛的药物。在这些研究中 ,患儿的最小年龄为 2.6 岁 ,氟哌啶醇的剂量范围为每日 0.5 ~ 4mg ,最适宜的剂量为每日 0.8 ~ 1.1mg。该药可改善刻板、退缩、攻击、多动、对物体的非正常依恋、坐立不安、违拗、发怒、情绪不稳等 ,对社会交往也有增进作用 ,还可促进患儿的学习 ,而且这种促进作用 ,并不是因为该药减少了不适宜行为 ,而是该药对注意机制直接作用的结果。长期服用该药治疗儿童孤独症 ,疗效也较好 ,71.5% 的患儿进步 ,20% 的患儿无变化 ,8.5% 的患儿病情加重。该药的常见不良反应包括过度镇静、急性肌张力障碍、易激惹。长期服用 ,可出现体重增加、撤药性运动障碍和迟发性运动障碍。有学者对该人群长期服用该药出现运动障碍的发生率进行了研究 ,在经过平均 708.4d 的治疗后 ,118 名患儿中 ,40 名患儿出现了撤药性运动障碍 ,9 名患儿发生了迟发性运动障碍。因此 ,在应用该药治疗儿童孤独症时 ,对运动障碍这一不良反应应予以特别的注意。

3) 舒必利 :有关该药治疗儿童孤独症的文献报道很少。该药的一般剂量为每日 100 ~ 400mg ,可改善孤僻、退缩 ,使患儿活跃、反应敏捷、言语量增多 ,并改善情绪、减轻烦躁。常见不良反应为轻度兴奋和睡眠障碍。

4) 匹莫齐特 :曾有学者对 87 名孤独症儿童少年进行了匹莫齐特和氟哌啶醇的对照研究 ,发现匹莫齐特 (每日 1 ~ 4mg) 和氟哌啶醇 (每日 0.75 ~ 6.75mg) 治疗儿童孤独症均有疗效 ,而且在行为量表上 ,匹莫齐特的疗效优于氟哌啶醇。该药可引起过度镇静、锥体外系反应、心电图 T 波改变等。

(2) 新型抗精神病药 :虽然传统抗精神病药常常被用于儿童孤独症的治疗 ,但是 ,由于该类药物的不良反应 ,使该类药物的使用受到了一定限制 ,并使人们期盼疗效更好、不良反应更小的药物。新型抗精神病药可能有效而不良反应较少 ,因此 ,在过去的 5 ~ 10 年中 ,相当的兴趣被集中在新型抗精神病药治疗儿童孤独症的疗效上。

1) 利培酮 :是新型抗精神病药中治疗儿童孤独症疗效研究最多的一种药物。目前已有关于该药治疗不同年龄阶段的孤独症患儿的研究报道。

在关于该药治疗小年龄孤独症儿童的研究报道中 ,患儿的最小年龄为 3 岁。有一研究报道最适宜剂量为每日 0.5mg ,患儿的多动、坐立不安、节律性运动、情绪不稳、发脾气等均得到改善 ,大多数患儿耐受良好 ,少数患儿体重增加超过 10%。另一研究报道在 3 ~ 7.5 岁的患儿中 ,以每日 0.5 ~ 2mg 的剂量治疗半年 ,患儿的儿童孤独症评定量表 (CARS) 平均总分明显下降 ,量表 15 项中有 11 项明显进步 ,该药可有效治疗孤独症的大多数症状 ,且不良反应较少 ,有部分患儿出现轻度镇静 ,少数患儿体重增加超过 10% ,个别患儿出现激惹、发脾气、攻击和轻度的静坐不能。这些研究都表明利培酮可用于小年龄孤独症儿童的治疗。

但是,由于以上研究均为开放性研究,故应进一步进行双盲、对照研究,以确定该药治疗小年龄孤独症儿童的疗效。

在关于利培酮治疗孤独症儿童少年的研究报道中,有一双盲、随机、安慰剂对照研究表明,以每日 $0.5 \sim 3.5\text{mg}$ 的剂量治疗伴有严重发脾气、攻击或自伤行为的 $5 \sim 17$ 岁孤独症患者时,69%患儿有效,而安慰剂组仅为12%,患儿的易激惹、发脾气、攻击、自伤行为均明显减少。常见的不良反应包括食欲增加、疲劳、困倦、头昏、流口水。还有开放性研究表明,利培酮治疗孤独症儿童少年的最适宜剂量范围是每日 $1.8 \pm 1.0\text{mg}$, $2/3$ 患儿有效,重复行为、攻击、冲动等均明显改善,社交的某些方面也有进步,最常见的不良反应是体重增加。

在关于利培酮治疗孤独症成人的研究报道中,有一双盲对照研究表明:剂量为每日 $2.9 \pm 1.4\text{mg}$ 时,57%有效,而安慰剂组没有一个患者有效。利培酮能够减少重复行为、攻击行为、焦虑、抑郁、易激惹和孤独症总的行为症状,但在社交行为和言语方面没有客观的、可测量到的变化。患者对利培酮耐受良好,除了轻度一过性镇静外,无心血管不良反应和抽搐。

还有研究报道了长期服用($6 \sim 12$ 个月)利培酮治疗孤独症和PDDNOS患儿的疗效及停药后反应。结果表明该药能够明显改善上述患儿的行为症状,但对核心症状作用较小、起效也慢。服用6个月停药者,停药后行为症状又出现。治疗12个月者,治疗期间疗效持续存在。常见的不良反应是体重增加,个别患儿出现肌张力障碍、停经。

2) 奥氮平:目前有关该药治疗儿童孤独症的研究报道较少,且均为开放性研究。在一项研究中,年龄为 7.8 ± 2.1 岁的孤独症患者接受了每日 $7.9 \pm 2.5\text{mg}$ 的奥氮平治疗,大多数患儿症状均有好转,不良反应主要为嗜睡和体重增加。还有研究报道以最后平均剂量为每日 10.7mg 的奥氮平治疗 $6 \sim 16$ 岁孤独症患者,患儿易激惹、过度活动、言语过多明显改善,交流的某些方面也有进步,最明显的不良反应为体重增加、食欲增加、乏力,少数患儿出现锥体外系反应。还有研究对该药治疗儿童、青少年、成人孤独症患者的疗效和耐受性进行了研究,结果表明孤独症总体症状、社会交往、情感反应、言语运用、易激惹、发脾气、焦虑、抑郁、运动不安、多动、自伤行为、攻击行为均明显改善。不良反应主要为食欲和体重增加。这些初步的研究结果提示,奥氮平不仅在孤独症儿童中使用较为安全,而且是一种比较有前途的治疗儿童孤独症的药物。应进一步进行双盲、安慰剂对照研究以更好地确定该药治疗儿童孤独症的疗效。

3) 喹硫平:目前只有一篇关于该药治疗儿童孤独症的开放性研究报道。在这项研究中,6名患儿年龄为 10.9 ± 3.3 岁,该药剂量为每日 $100 \sim 350\text{mg}$ (每日 $1.6 \sim 5.2\text{mg/kg}$)。其中3名患儿因为无效和镇静作用、1名患儿因为可疑抽搐而脱落,2名患儿完成了16周研究,CGI被评为明显进步和非常明显进步,其中1名患儿从长期治疗中持续获益。总之,尚未发现该药治疗儿童孤独症有明显疗效。不良反应包括可疑抽搐、行为的激活、体重增加。基于以上结果,作者认为该药在孤独症儿童中耐受差,并有严重的不良反应。但因该研究样本量太小,故应进一步研究以确定该药治疗儿童孤独症的安全性和疗效。

(3) 抗抑郁药:与抗精神病药相似,作用于5-羟色胺系统的抗抑郁药也一直是儿童孤独症药物治疗的一个研究重点。目前已有研究表明,该类药不仅可以改善患儿情绪,缓解强迫症状,而且也可改善患儿的刻板重复行为等。目前可选用的药物包括以下几种:

1) 氟米帕明:有开放性研究报道该药治疗孤独症成人及儿童时,可明显减少重复想法和行为,明显减少攻击行为,目光对视和对语言的反应也增加。双盲对照研究研究表明,该

药可有效治疗孤独症儿童的刻板行为、发怒、强迫、仪式行为及多动。用药的剂量范围为每日 25 ~ 150mg。在药物不良反应方面,有研究报道多数成人患者耐受较好,但也有少数成人患者出现抽搐,其中包括由于癫痫正在服用抗癫痫药者。因此,对于既往有癫痫病史的患儿,应首选 5-羟色胺再摄取抑制剂进行治疗。还有研究报道,对 10 ~ 36 岁的患者进行每日 100 ~ 150mg 的该药治疗,患者耐受性较差,脱落率较高。尚有报道伴有重度精神发育迟滞的孤独症患儿对该药耐受差,5 名服药患儿均因抽搐频率增加或 5-羟色胺综合征而不得不停药。因此,对于重度精神发育迟滞的孤独症患儿,应选用其他药物进行治疗。

2) 氟西汀:一项开放性研究对 129 名 2 ~ 8 岁的孤独症谱系障碍(主要为孤独症)患儿进行了每日 0.15 ~ 0.5mg/kg 的氟西汀治疗,治疗时间 5 ~ 76 个月,结果发现 22 名患儿疗效非常好,67 名患儿疗效好,40 名患儿反应一般或不好。疗效好坏与年龄无关,与重性情感障碍家族史、不寻常的智力成就、双相情感障碍家族史、不寻常的智力成就相关。有学者利用安慰剂对照交叉研究探讨了氟西汀治疗孤独症谱系障碍时患者脑组织局部代谢的变化,结果发现患者的焦虑、强迫、CGI 评分明显进步,在孤独症评分方面,3 名患者明显进步,3 名患者无变化。治疗后患者右侧额叶代谢率明显提高,尤其在前扣带回和眶额皮层。治疗前中额区和前扣带回代谢率较高的患者可能对治疗产生更好的疗效。这些研究结果与对抑郁患者的研究发现相一致,即治疗前较高水平的扣带回代谢率预示着该药治疗有效。

3) 舍曲林:目前有关该药治疗儿童孤独症的研究报道较少。该药的剂量范围为每日 25 ~ 100mg,可改善孤独症儿童及成人的拒绝变化、重复行为、自伤行为和攻击行为。孤独症儿童和成人对该药的耐受性均较好。有研究报道用该药治疗拒绝变化的 6 ~ 12 岁孤独症患儿,剂量为每日 25 ~ 50mg 时,9 名患儿中有 8 名明显进步。所有患儿的不良反应均小,仅 1 名患儿出现胃痛,但有 2 名患儿当剂量增加到每日 75mg 时,出现行为的恶化。还有 3 名患儿在治疗 3 ~ 7 个月后,尽管剂量稳定或增加,原来满意的疗效减弱。有 6 名患儿在随访的 7 个月中疗效仍存在。因这些研究均为开放性研究,故应进一步研究探讨。

4) 氟伏沙明:双盲对照研究表明该药用于治疗孤独症儿童和成人时,可减少重复想法和行为,减少自伤和攻击行为,促进社交,改善目光对视和语言运用,而且疗效与年龄、孤独症行为的水平、总智商无关。还有一双盲、安慰剂对照、随机交叉研究表明,5-HT_{2A} 受体的基因多态性与该药治疗孤独症儿童的疗效有关,5-HT_{2A} 受体基因中的 102T/C 的遗传多态性可能影响该药治疗儿童孤独症的疗效。关于孤独症儿童或成人对该药的耐受性,研究报道均较好,少数患儿有行为方面的激活,少数成人患者出现轻度的镇静和恶心。

还有研究对低剂量氟伏沙明(每日 1.5mg/kg)治疗广泛发育障碍患儿的有效性和耐受性进行了前瞻性、开放性研究。虽然整个组无明显疗效,但 14 名患儿中有 8 名患儿至少有部分的进步。不良反应主要为行为的激活。

5) 西肽普兰:目前有关该药治疗儿童孤独症的研究报道少。在已有的开放性研究中,对于 4 ~ 15 岁的孤独症患儿,以起始剂量每日 5mg,然后根据疗效、年龄、耐受性每周增加 5mg 的该药予以至少 2 个月的治疗,患儿的攻击、焦虑、刻板明显改善,但孤独症的核心症状(社会交往障碍和交流障碍)并无明显改善。患儿对该药的总体耐受性良好,但个别患儿激越加重、失眠,并出现可疑抽动。

6) 米氮平:目前有关该药治疗儿童孤独症的研究报道很少。在一开放性研究中,26 名 3.8 ~ 23.5 岁(平均 10.1 ± 0.8 岁)的广泛发育障碍(主要为孤独症)患者被予以至少 4 周的

每日 7.5 ~ 45mg 的该药治疗 9 名患儿明显进步,患儿的攻击行为、自伤行为、易激惹、过度活动、焦虑、抑郁、失眠均有所改善,而孤独症的核心症状(社交交往障碍、交流障碍)并无改善。不良反应小,包括食欲增加、易激惹、一过性镇静。

7) 万拉法新:目前有关该药治疗儿童孤独症的研究报道也很少。有开放性研究报道,每日 6.25 ~ 50mg 的该药可有效地治疗儿童青少年孤独症,而且低剂量即开始有效。改善的方面包括重复行为、狭窄兴趣、社交缺陷、交流和语言障碍、注意力不集中、过度活动。患儿对该药耐受好。

(4) 中枢兴奋药:孤独症患儿常常存在过度活动和注意障碍,因此,该类药可用于伴有注意缺陷多动障碍症状的孤独症儿童的治疗,其剂量可参照该类药治疗注意缺陷多动障碍时的剂量。目前可见部分关于哌醋甲酯治疗儿童孤独症的研究报道。双盲、安慰剂对照交叉研究报道,以每次 0.3mg/kg 和 0.6mg/kg 的哌醋甲酯治疗伴有注意缺陷与多动障碍症状的孤独症患儿,患儿的多动不仅减轻,而且刻板和不适当言语也减少。但是一些患儿出现了重要的不良反应,包括社交退缩、易激惹,尤其在每次 0.6mg/kg 时。这些结果提示该药能够用于伴有注意缺陷与多动障碍症状的孤独症儿童的治疗,但这组患儿对该药的不良反应更敏感,故应予以注意。

(5) 其他药物治疗:

1) 可乐定:该药为 α_2 肾上腺素能受体激动剂,适用于伴有注意缺陷多动障碍症状或抽动障碍的孤独症患儿。可以改善孤独症患儿的易激惹、攻击行为、刻板行为、不适当言语,并可改善社交。不良反应较小,主要为镇静、困倦、疲劳。

2) 纳屈酮:一种阿片受体阻滞剂,之所以用于儿童孤独症的治疗是因为孤独症患儿可能存在内源性阿片样物质如内啡肽的增加。用于儿童孤独症的治疗已有 10 年余,剂量一般为每日 1mg/kg (每日 0.5 ~ 2.0mg/kg),文献报道中用于 3 岁以上儿童。关于该药治疗儿童孤独症的疗效 20 世纪 90 年代研究报道较多,其中部分是双盲对照研究。在这些研究报道中,较为一致的结果是该药可以减轻多动,改善注意力,减少易激惹、攻击行为,减少自伤。而且有个案报道,在服用该药一年治疗自伤行为并取得较好疗效后,停药该药,疗效依然存在。但该药治疗儿童孤独症核心症状疗效如何?研究结果并不一致。有研究报道该药可增进社交,改善交流,减少刻板行为,但也有双盲、安慰剂对照研究报道该药对孤独症儿童的交往、交流障碍并无改善作用,对孤独症儿童的刻板行为也无疗效。因此,应进一步研究探讨以确定该药治疗儿童孤独症的疗效。该药不良反应较小,主要是一些一过性的、轻度的行为方面的变化。

3) 丁螺环酮:开放性研究表明,以每日 15 ~ 45mg 的该药治疗伴有焦虑和易激惹的 6 ~ 17 岁孤独症患儿,焦虑、易激惹明显减轻,不良反应小。

4) 维生素 B₆ 加镁:曾有双盲对照研究表明维生素 B₆ 可增进孤独症患儿对声音、词或言语的运用,改善部分患儿的社交,减少过度活动和激惹性,减少攻击和自伤行为。维生素 B₆ 的剂量是每日 15 ~ 30mg/kg,或每日 700 ~ 1 000mg。镁的剂量是每日 10 ~ 15mg/kg 或每日 380 ~ 500mg。在用药过程中之所以合并镁,原因在于镁可促进机体对维生素 B₆ 的利用,也有学者指出大量单一服用维生素 B₆ 可能会导致机体中镁和其他维生素的缺乏。虽然以上结果来自双盲对照研究,但是,由于研究样本量较小,治疗时间也较短,因此,应进一步研究以确定维生素 B₆ 治疗儿童孤独症的疗效。同时,因维生素 B₆ 剂量较大,故为防止出现不

不良反应,该治疗最好在有经验的内科医生的参与下进行。

5) 促胰液素:促胰液素是十二指肠和上段空肠黏膜分泌的一种多肽激素,可刺激胰腺腺泡细胞释放碳酸氢盐和水,可用于胃瘤诊断试验和胰腺腺泡功能的测定。该激素之所以引起精神医学界的关注,原因在于1996年一名孤独症患儿在使用该激素进行胰腺功能检查后,几日之内,开始出现惊人的变化:患儿的肠运动趋于正常,目光对视得到改善,睡眠好转,两年未开口的他第一次说出了话。此后,该激素开始引起关注,也陆续有该激素治疗儿童孤独症的研究报道。最初的研究表明该激素可改善孤独症儿童的社交和言语技能,例如一项双盲、安慰剂对照、交叉研究表明,试验组比对照组疗效好。再试验组中,20%中等程度的进步,60%轻度进步。改善的症状包括语言表达、目光接触、社交行为、睡眠模式。31%患儿出现不良反应,包括易激惹、过度活动、失眠。但之后,部分随机、双盲、安慰剂对照研究表明该激素治疗孤独症儿童时,治疗组和对照组间疗效并无差异,该激素治疗儿童孤独症无效。但是,由于许多孤独症儿童的家长仍在积极寻找这种治疗。因此,又有许多学者对该激素治疗儿童孤独症的疗效进行了随机、双盲、安慰剂对照研究,还有学者进行了多种剂量的双盲、安慰剂对照、交叉研究。这些研究结果也均表明,治疗组和对照组间疗效无差异,该激素治疗儿童孤独症无效,甚至还有患儿在治疗期间症状出现恶化。

6) 改善和促进脑细胞的药物治疗:同精神发育迟滞治疗相同。

(二) 教育训练

目前还没有某种药物能够治愈儿童孤独症,因此,对孤独症儿童进行教育训练即变得非常重要。只有充分的教育训练,才能够最大程度地促进患儿各方面能力的发展,最大程度地促进患儿的社会适应,改善患儿的生活质量,减少家庭的负担。但是,因孤独症儿童在社会交往方面存在很大缺陷,言语和行为方面也存在很多异常,因此,孤独症患儿的教育训练实施起来非常困难,并更强调个别化教育训练,即根据患儿的具体情况制定出适合于患儿的个别化教育计划或方案,然后按照计划或方案对患儿进行教育训练。只有这样,才有可能最大程度地满足孤独症儿童各方面能力发展的需要,并最大程度地促进患儿各方面能力的发展。

个别化教育方案(individual education program, IEP)是在美国1975年颁布的残疾儿童教育法中提出的。该法案规定公立学校必须为每个接受特殊教育的学生提供个别化教育方案。此后,个别化教育方案在美国的特殊教育中被广泛地应用。这种教育计划或方案于20世纪80年代中期引入我国,并逐渐渗入到我国孤独症儿童的教育训练之中。这种教育方案强调因人而异、因材施教、以人为本的原则,最大程度地反映了每个孤独症儿童的发展需要,按照计划或方案实施的教育训练也最大程度地促进了患儿各方面能力的发展。

孤独症儿童的教育训练何时开始?目前倾向于早,即2岁以后即可开始。如果4~5岁才开始,则训练效果会受到影响。每日训练多长时间合适?可根据患儿的具体情况予以决定。目前在美国,每周40小时的早期强化干预能给患儿提供最大的帮助。

1. 个别化教育方案的制定 IEP是对孤独症患儿进行个别化教育训练的基础,这个计划或方案贯穿于整个教学、训练、管理活动之中,因此,制定好IEP非常重要。IEP主要包括以下具体内容。

(1) 一般资料:患儿的一般情况,包括年龄、性别、症状特点。

(2) 现有水平的评定:现有水平的评定是IEP中非常重要的部分,是确定患儿教育训

练目标的基础。只有充分了解了患儿各方面的现有水平,如运动能力、沟通能力、认知能力等的现有水平,才能够确定适合于患儿的、通过教育训练能够达到的目标行为。目前我国可用心理教育量表(PEP)、早期教育训练纲领等对患儿的现有水平进行评定。心理教育量表(PEP)是美国 E. Schopler 和 R. T. Raichler 于 1979 年编制的,专门用于孤独症及其相关发育障碍儿童的心理发育评定。该量表在美国孤独症儿童的教育训练中已被广泛使用,并于 1995 年引进我国并完成了修订,共包括七个能区:模仿、感知觉、精细动作、粗大运动、手眼协调、认知、语言。通过对患儿的评定,可客观地反映患儿各个能区的发展水平。

(3) 长期目标:在现有水平评定的基础上确定的、符合发展规律和顺序的、希望患儿几个月或半年内达到的各个领域的行为目标。目标不可太难,也不能太易,经过训练患儿有潜力能够实现。

(4) 短期目标:因为儿童各个领域能力的发展存在一定的规律和顺序,如先会走,才会跑,然后才会跳。因此,每一个长期目标都是以一系列行为或能力为基础的。为使患儿掌握长期目标,必须先使患儿逐步掌握作为长期目标基础的这一系列行为或能力,这一系列行为或能力也就是为实现长期目标所需确立的短期目标。短期目标可以 1 周、2 周、1 个月为一周期。同样不可太难,否则患儿会掌握不了;也不可太易,否则患儿难以进步。

在此需要强调,无论长期或短期目标,都要在对患儿进行现有水平评定的基础上予以制定,这样才能使对儿童的教育训练处在一个适当的水平,既不太难,也不太容易,不仅提高了成功的可能性,而且也使挫折保持在最低水平。这样才有可能把教育训练活动发展成令人愉快的教与学关系,而这种关系对以后的长期的教育训练非常重要。

(5) 特殊服务:身体运动与协调训练。

(6) 教育安置:可根据患儿的智力水平、病情严重程度等具体情况,将患儿安排在普通班、特殊班或训练班。

(7) 个别化教育训练计划或方案的负责人、起止日期等。

(8) 教育训练结果的评定与记录。

2. 以个别化教育方案为指导,对患儿进行教育训练 在对孤独症患儿进行教育训练时,要遵从以下步骤。

(1) 设计达到短期目标所需要进行的教育训练活动的具体内容:孤独症患儿的教育训练主要涉及以下六个领域:感知和注意、运动、沟通、交往、认知、社会适应能力。这六个领域各不相同,但又相互联系,其中,感知注意、运动是其他各个领域能力发展的基础。在对孤独症患儿进行教育训练前,应精心设计各个领域的教育训练活动的具体内容。这些内容不仅应围绕教育训练的目标,而且应该顾及到患儿各个能区的发展水平,因为一个活动常常会涉及到多个能区的能力。如一个患儿有 5 岁儿童的精细运动水平、2 岁儿童的感知觉能力,则在设计手眼协调训练内容时,应选择那些需要低感知觉能力的任务。此外,所设计的教育训练内容应该方便易行,灵活多样,能激发孩子的兴趣,贴近孩子的生活,尽可能具有实用功能性,并尽可能与社会适应密切相关。

(2) 确定用何种方式教育训练患儿:对于病情较重、能力水平较差的孤独症患儿,因其很难从小组或班级的集体训练中获益,一对一的教育训练非常重要。对于病情较轻、能力水平相对较高的患儿,除了所需要的一对一教育训练外,某些教育训练内容可选择小组甚至班级的模式予以进行。这种小组或班级的模式不仅节省了教师资源,而且也为患儿提供了更

多的社会交往机会,对患儿理解和遵从课堂规则等也有很大帮助。

(3) 选择适合于患儿及教育训练内容的行为治疗方法:虽然孤独症儿童的教育训练属于特殊教育,但其中包含了很多行为治疗的原理和方法。正是借助于这些原理和方法,才使孤独症儿童的教育训练顺利、成功地进行。因此,选择适合于患儿及教育训练内容的行为治疗方法非常重要。

常用于孤独症儿童教育训练的行为治疗方法包括以下几种。

1) 正性强化法:是在一种行为之后继之于强化,即奖励,来增加患儿这种行为的出现频率,从而逐渐建立起目标行为的方法。行为之后的强化或奖励称为强化物。该方法中所用的强化物包括自然强化物和特设强化物。自然强化物是即使不在训练情景中也会伴随某个行为而自然出现的强化物,如穿上鞋子后的外出;特设强化物是并不伴随某行为而自然出现的强化物,如穿上鞋子就给块饼干。强化物总体可分为消费性强化物(糖果、饼干等)、活动性强化物(看电视、外出活动等)、操作性强化物(为儿童提供玩耍的玩具等)、拥有性强化物(指在一定时间内,患儿可以拥有和享受的东西,如穿上自己喜欢的衣服等)、社会性强化物(点头、微笑、拥抱、口头赞扬等)。

在选择强化物时,首先应注意所选择的强化物必须是患儿所喜欢和感兴趣的,其次应注意,对于孤独症患儿来说,所选择的强化物应该是易用的、能够立即呈现的、多次使用不至于引起饱厌现象、而且不需要花费大量时间的。当目标行为出现时,要立即给予强化(1s之内),每次强化只给少量强化物,并应同时给予社会性强化。当所期望的目标行为逐渐建立后,则应逐渐减少可见的强化物,而以社会性强化物继续维持这个目标行为。

2) 链锁法:链锁法是帮助孤独症患儿学习新技能时常用的一种方法。该方法是把目标行为分解为许多小的步骤,训练患儿学会每一个小的步骤,从而掌握整个目标行为的方法。常用于孤独症患儿的链锁法包括顺向链锁法和逆向链锁法。顺向链锁法是从整个行为的第一步开始训练。具体操作时,首先训练患儿学习第一步,并帮助患儿完成第一步以后的其他步骤。待第一步掌握较好,再训练第二步,并把第二步与第一步连起来做,并帮助患儿完成第二步以后的其他步骤。如此继续,直至学会整个行为。逆向链锁法是从整个行为的最后一步开始训练,具体步骤与顺向链锁法相似。逆向链锁法比顺向链锁法更易使患儿产生成就感,因此更为常用。无论使用哪种方法,均应同时使用正性强化。至于目标行为分为多少个小的步骤?应根据患儿的能力水平去决定。能力水平较高的患儿,步骤可少些;能力水平较低的患儿,则应分得细致一些。

3) 塑形法:塑形法也是帮助孤独症患儿学会新技能时常用的一种方法。运用该方法时,首先是帮助患儿掌握与目标行为有关或接近的一个行为。待该行为掌握较好,再帮助患儿掌握另一个与目标行为更近的一个行为,直到患儿逐渐学会目标行为。如训练患儿用细线穿带有小孔的小珠时,首先应训练患儿用粗线穿大孔大珠,待患儿掌握之后,再训练患儿用中粗线穿中等大小的珠子,最后逐渐过度到用细线穿小珠。应用该方法时,也应同时使用正性强化。

对于孤独症患儿来说,具体选择何种行为治疗的方法进行训练,应根据所希望建立的目标行为予以决定。如对于语言的学习,可用塑形法;对于穿衣等生活自理能力的训练可用链锁法。无论是选用塑形法或链锁法,都应同时配合正性强化。

(4) 准备教育训练中所需的玩教具:玩教具的选择在孤独症儿童的教育训练中占有十

分重要的位置。如果选择得当,一个玩具可以成为一个很好的教具;如果选择不当,则会对教育训练产生不良影响。具体选择玩教具时,应考虑到以下几点:①教育训练的目标和内容。玩教具必须符合教育训练的目标和内容,这样才能起到辅助教学的作用。②患儿的特点包括患儿的性别、发展水平、兴趣爱好、文化背景等。③尽可能选择在家或学校能够比较容易得到的常见物品。因孤独症患儿很难把已经掌握的技能转移到其他环境,因此,使用的玩教具越接近他日常生活的自然情况,他们即越容易把已经掌握的技能转移到其他环境。④应选用多种玩教具进行教学,而不是单调地选用1~2种。⑤玩教具应与周围环境相协调,不宜选择体积过大、声音过吵的玩教具。⑥除了购买一些适合于患儿的玩教具外,可因地制宜地准备部分玩教具,如自己制作部分玩教具。

(5) 安排好教育训练的内容、时间、场地、数量:应根据患儿的具体情况精心安排好患儿每天的教育训练,以使每日的教育训练能够在有序的状态下有效地进行。如每日上午8~9时做运动训练、9时半~10时做语言训练等。运动训练的内容、运动量应根据患儿的训练目标、身体状况精心设计。运动训练后应安排患儿休息、自由活动,以使运动训练和语言训练间有一个过度。

(6) 教育训练的具体实施:在对患儿具体实施教育训练时,除严格按照上述安排对患儿进行教育训练外,还要注意如何进行辅助和提示。无论运用何种方法对患儿进行训练,如用链锁法训练患儿穿衣服,或用塑形法训练患儿穿珠子,都存在辅助和提示的问题。如何做?可根据患儿的具体情况去决定。一般来说,最开始都要进行全部的身体辅助,也称为完全的身体提示,即手把手地帮助患儿完成所有训练内容。在患儿略微掌握后,可进行部分的身体辅助,也称为部分身体提示,即手把手地帮助患儿完成部分训练内容。在患儿又有一定掌握后,可改为手势提示或示范提示。最后,再改为语言提示,直到患儿能够独立完成所有训练内容为止。此外,在教育训练中,还要注意促进患儿行为的泛化。因孤独症患儿在一个环境或情景下掌握的行为很难泛化到其他环境或情景中。因此,训练者应设计一定的训练内容,促进患儿行为在其他环境或情景中的泛化。促进泛化的方法包括:①在不同的环境中强调共同的因素。②应用间歇强化法。③在各种不同的环境中进行训练。④对于患儿已掌握的内容,则在环境刺激方面加以改变等。

(7) 及时记录:应设计适当的记录表对患儿的训练情况进行记录。除了记录训练的时间、内容外,还要记录患儿完成的情况,是在身体提示下完成,还是在部分身体提示下完成,是在手势或语言提示下完成,还是独立完成。从而使训练者从表上即可了解到患儿训练的进展情况,并为对训练效果的评估奠定基础。

(8) 评估、分析和调整:应及时评估目标行为的完成情况。如患儿经过反复教育训练,仍难以掌握目标行为,则说明在这个目标行为的教育训练中存在一定问题。此时,应仔细分析,目标行为太难,超出了患儿的能力水平?教育训练方法不得当?强化物使用不当?然后根据分析结果及时地解决教育训练中存在的问题,如调整训练目标、改变教育训练方法等。这样才有可能使教育训练顺利地进行,并使患儿尽快地掌握目标行为。

3. 国外较有影响的训练方法介绍

(1) Lovaas 训练法:该方法是由美国 Ivar Lovaas 博士率先创立的、运用行为治疗原理和方法对孤独症患儿进行早期强化干预的一种方法。1987年 Lovaas 报道了运用该方法对孤独症患儿进行早期强化干预的结果,即对试验组进行为期2年的每周40h的一对一干预,

对一个对照组进行每周 10h 或更少的行为治疗,另一个对照组未接受任何行为治疗。结果表明,试验组,即每周进行 40h 的一对一强化干预组,获得到了最好的效果。在 19 名患儿中,有 9 名“被校方描述与正常儿童没有差别”,有 8 名有进步,但仍因言语发育的迟缓需要帮助,有 2 名仍处于严重的状态,需要专为残障和孤独症儿童设立的特殊教育课程。而 2 个对照组中只有 1 名患儿恢复较好,约一半患儿有进步,约一半患儿仍处于严重的状态。而且在 5 年后的随访中,试验组中 9 名疗效好的儿童,有 8 名在智力和行为上与同龄儿童没有明显差异。这些结果为早期强化干预可能是帮助孤独症患儿的最有效方法提供了最好和最直接的证据。Lovaas 训练法不仅充分运用了多种行为治疗原理和方法,而且在此基础上,还设计了多种快速重复实验,规定了与孩子相互作用时的非常严格的作风,包含了一系列高度结构化的任务和具体的操作、记录程序,这些内容都为该方法的有效性和实用性奠定了基础。该方法不仅可改善患儿的各种缺陷行为,如遵从指令、模仿、接受性和表达性语言、与同伴的整合与交往等等,促进患儿上述能力的发展,而且也可矫正患儿的不适当行为,从而使患儿尽可能朝着正常方向发展。至于每周训练多少时间合适?Lovaas 发现每周 40h 左右为最好。虽然该方法也像其他行为训练方法一样,有忽视情感因素、强调外在因素和机械操作的倾向,但由于该方法的有效性,已对世界各地的孤独症儿童的教育训练产生了很大的影响。

(2) 应用行为分析法(applied behavior analysis, ABA):也是运用行为治疗原理和各种行为治疗方法对孤独症患儿进行早期强化干预的一种方法。该方法基于行为治疗的原理和方法,但又有所发展和创新,并有一系列较为完整的、规范的操作系统、步骤和方法。该方法主要用于 2 岁以上孤独症患儿的一对一教育训练,其基本操作称为回合式操作教学法,即在每一个教学回合实施时都包括 5 个基本要素:指令、辅助、反应、强化、停顿。开始时要进行每周 35~40h 的强化训练。目前研究表明,该方法不仅有效地帮助患儿学会新的技能,如沟通、交往技能,也能够帮助患儿消除不适应行为,而且是孤独症患儿教育训练中最有效的一种方法。由于该方法的有效性,因此,目前在美国该方法已被广泛地应用于孤独症患儿的早期干预之中,而且也正在逐渐地引进我国。

(3) 结构化教学(structured teaching):是美国北卡罗莱纳州立大学 E. Schopler 和 R. T. Raichler 等于 1972 年率先提出并推广使用的,它是基于孤独症患儿的认知特点及学习特点等而设计的一种教学方法。因孤独症患儿的视觉空间功能相对较强,视觉性学习往往优于听觉性学习,他们常常难以预想环境的变化,对环境因缺乏了解而难以适应,行动缺乏组织性、计划性等等。因此,结构化教学的核心是充分发挥患儿的视觉优势,并以视觉作为教学的主导,通过视觉性学习帮助患儿克服以上问题,并有效地进行学习。为达到这些目的,该方法为患儿设立了一个具体、清晰的学习环境。在这个环境中:①有界限清晰、各不相同的活动空间,如教学区、游戏区、生活区等。②有用图片、照片或文字等表述的每日程序、每日中部分时间的程序、每周程序。这些程序有班级的,也有患儿自己的。通过这些程序使患儿理解将要发生什么?做什么?以怎样的顺序发生或去做等。③有用图片、照片或文字表述的有系统、有秩序的工作程序和物品放置位置。④有个人工作学习系统,即用图片、绘画、文字等表述的患儿的学习任务、要求等,以使患儿能够独立地工作学习。这些设置就像一个支持系统,不仅帮助患儿建立了常规,理解了周围环境和事物,而且使他们能够独立地完成各级目标并实现一定迁移,还减少了他们对环境的混淆感,使其平静,减低了情绪行为

问题的发生。因该方法有助于发展孤独症患儿学习的计划性、独立性、预见性,并可帮助患儿与环境协调、融合、稳定患儿情绪。因此,已被广泛地应用于孤独症儿童的教育训练之中。

4. 孤独症儿童训练举例

(1) 遵从指令的训练 遵从指令是对孤独症患儿进行有效教育训练的基础,因此,在教育训练初期,对患儿进行遵从指令的训练非常重要。在进行该方面训练时,可利用非常简单的指令开始训练。如让患儿把积木放进盒里。刚开始时患儿根本坐不住,对治疗者不理也不看,此时,要把他拉过来,并手把手地帮助他完成这个任务。当完成这个任务后,要马上给予他正性强化,并让他玩一会。30s后叫他回来,重复这个任务,再次给予他正性强化,并让他再去玩一会。30s后,再次叫他回来,重复这个任务,并重复上述过程。在这些重复的过程中,训练者应逐渐减少对患儿完成把积木放进盒里这个任务的辅助。如此重复,在经过几十次的重复后,患儿将会理解这个指令,听从这个指令,并独立完成这个指令。在患儿能够很好完成这个指令后,应换用其他指令对患儿继续进行遵从指令的训练。刚开始对患儿进行遵从指令的训练时,患儿常常会哭闹、反抗,因此,无论对于患儿、家长、训练者来说都是一个相当困难的阶段。但是,只要坚持训练,几周之内,患儿会逐渐发现做这些事并不难,并从中体会到成功的快乐,此时,患儿也就逐渐能够遵从与他发育水平相适应的各种指令,并可开始对患儿进行多方面的教育训练。

(2) 言语的训练 言语训练是孤独症儿童教育训练中非常重要的一个方面。对于不同言语水平的患儿,言语训练的方法也各有不同。在此仅对无言语能力的孤独症患儿的言语训练进行简要的介绍。

对于无言语能力的孤独症患儿,言语的训练并不是直接从教患儿说话开始,因这些患儿常常缺乏各种言语发展所需要的最基本能力。因此,对于无言语的孤独症患儿,言语的训练应遵从以下步骤:①基本呼吸的训练。因很多无言语能力的孤独症患儿根本没有让气流从口腔通过的能力,因此,首先要帮助患儿学会由口吐气,学会控制说话时的气息。为达到该目的,可用吹蜡烛、吹纸片、吹乒乓球、吹泡泡、吹哨子等对患儿进行训练。②注意强化偶尔的发音。正常儿童的言语实际上也是在父母的不断强化下,逐渐发展起来的。因此,对于孤独症患儿来说,强化偶尔的发音也非常重要。只有这样,才会使患儿对发音感兴趣,并尝试着发更多的音。③身体运动的模仿。身体运动模仿是患儿最终学会口唇运动和发音模仿的前提。因各种身体运动的模仿难度不同,而且模仿的最终目的是过渡到口唇及舌的动作的模仿,因此,应按照以下顺序进行训练:身体大运动的模仿,手臂动作的模仿,手的动作的模仿,手部和脸部配合的动作的模仿,脸部动作的模仿。在运动模仿的训练中,要注意适当的辅助和正性强化。④口唇动作及舌头动作的模仿。口唇动作及舌头动作的模仿是学习发音的最为重要的基础,因此,可设计一些有趣的活动帮助患儿学会各种口唇动作和舌头动作,为进一步发音打好基础。⑤发音的模仿。在完成以上步骤后,患儿将具备模仿口唇动作、舌头动作和由口吐气的的能力,此时,则可开始对患儿进行发音的训练。在诸多单音中,应首先训练患儿发简单易发的音,如“a”、“o”、“e”等音,然后再训练患儿发略微难发的音,如“i”、“u”、“妈”等音,然后再过渡到更难发音的训练。因训练患儿发音是一个非常枯燥的过程,因此,应设计各种有趣的游戏进行训练,并同时注意予以正性强化。

(三) 行为治疗

由于疾病本身的影响及各方面能力发展的缺陷,孤独症儿童常常存在各种情绪及行为方面的异常,如发脾气、自伤行为、攻击行为、刻板行为、自我刺激行为等。这些情绪及行为方面的异常不仅严重影响患儿的社会适应,而且也使教育训练更难以实施。因此,及时予以干预非常重要。

行为治疗是改善患儿上述情绪行为异常的重要方法。对于情绪行为异常较轻者,仅用行为治疗即有可能获得较好疗效。对于情绪行为异常较重者,则应同时运用药物治疗和行为治疗。常用于孤独症儿童情绪行为异常的行为治疗方法包括正性强化法、负性强化法、隔离法、消退法、系统脱敏法等。应熟悉各种行为治疗方法的原理和具体操作方法,这样才有可能根据患儿的具体情况予以正确的选择。在具体进行行为治疗时,要遵从以下步骤。

1. 确定目标行为 即希望通过行为治疗予以改善和消除的行为。

2. 了解患儿情况 在开始治疗之前,向家长详细了解患儿的情况,并对患儿进行必要的评定,以获得充分的信息。这些信息包括:①关于所要矫正的行为的信息。什么情况下出现这些行为;出现时的具体表现;家长对这些行为的态度和反应;行为的后果是什么。②患儿其他各方面的信息。包括患儿的健康状况、交往水平、言语水平、智力水平。相同的问题发生于智力水平不同、言语水平不同的患儿时,所采用的行为治疗方法也有可能不同。

3. 行为功能分析 对所要矫正的行为进行行为功能分析,是确定患儿异常情绪行为产生原因及为何持续存在的一个重要方法。一个行为的出现并不是孤立的,而是有其前因后果。如患儿的攻击行为可由以下原因所引起:不会交流,缺乏有效的方法控制环境,寻求注意,受到挫折,痛苦、焦虑,仪式或常规被打破等。又如疼痛和其他躯体不适可能是一些刻板自伤行为的产生原因。行为功能分析的目的就在于通过对行为进行ABC分析,即A:行为产生的前提,B:行为本身,C:行为的结果,来分析这些行为产生的原因是什么?具有怎样的功能?是否能有其他有效的方法替代这个行为?通过这些行为患儿得到了什么?是什么使患儿症状持续存在?从而为正确地采用行为治疗方法矫正患儿的行为奠定基础。行为功能的评估可通过三种方法进行,即间接评估法(晤谈和问卷)、直接评估法和实验法。在晤谈中,应把重点放在行为的前提和结果上。在前提中要重点询问何时、何地会出现这些行为?问题出现前发生了什么?问题发生时谁在场?在结果中要重点询问行为出现后又发生了什么?在场的人做了什么?孩子得到了什么?孩子免除或逃避了什么等等。通过对前提和结果的分析,将会发现某种或某些特定的前提是引起情绪行为异常的原因,某种或某些独特的后果强化并维持这种情绪行为异常的存在,这些情绪行为异常具有它特定的功能,可能有其他有效的方法替代该行为等等。在国外,有一些评定量表或问卷可以帮助医生确定孤独症患儿攻击、自伤等行为的可能功能。如在《动机评定量表》(Durand和Crimmins,1988年)中,患儿的行为被确定具有以下4种功能:寻求注意、自我刺激、逃避或回避、需要帮助。但是,这四种功能并不能完全包括孤独症患儿情绪行为异常的所有可能功能。

研究表明对于不同的孤独症患儿,这些情绪行为异常往往具有各种不同的功能,异常的情绪行为常常是孤独症患儿的一种重要的交流功能,而且有时可能是一个言语能力有限的孤独症患儿迅速、有效、并可预期地控制他周围环境的唯一方式。另有研究表明孤独症患儿的攻击、自伤、刻板等行为主要具有以下六个方面的功能:①寻求帮助。②寻求注意。③逃

避紧张的情景或活动。④得到想要东西。⑤对所讨厌的事件或活动表示不满或反对。⑥得到刺激。虽然如此,事实上分析孤独症患儿的行为功能并不是件容易的事情。约 25% 的患儿,并不能分析出他们的行为具有怎样的功能;有 1/3 的患儿,行为受到多种因素的影响。

通过详细的病史、行为功能分析、必要的躯体检查等确定孤独症患儿异常情绪行为的产生原因,不仅为正确地采用行为治疗方法缓解患儿的情绪行为异常奠定了基础,同时,也帮助照护者充分理解了患儿之所以如此,并非故意。从而改善了他人对患儿的态度,并使他人以更积极的态度帮助患儿改善情绪行为方面的异常。

4. 采用正确的方法改善目标行为 在分析了患儿的行为功能、确定了患儿异常情绪行为的产生原因后,则应根据患儿行为功能的不同、产生原因的不同及持续存在的原因,采用适当的方法对患儿的情绪行为异常进行矫正。

情绪行为异常是由于躯体不适或躯体疾病所引起:由于饥饿、困倦而哭闹,由于疼痛而自伤,则及时地给予患儿帮助、消除躯体不适、治愈躯体疾病非常重要。对于生理原因导致的哭闹、发脾气,父母应采取预防为主策略,为此,应合理安排患儿的饮食起居,使患儿生活规律。当患儿困倦、饥饿时,要及时予以相应的帮助。对于躯体疾病所导致的哭闹、自伤,则应积极地治疗躯体疾病。当各种导致躯体不适的生理原因被消除,躯体疾病被改善,患儿的情绪行为异常也将逐渐消失。

情绪行为异常是为了寻求注意:当患儿通过哭闹、自伤、攻击行为寻求他人注意时,则应根据患儿的具体情况进行相应的处理。①当患儿的自伤或攻击行为对自己或他人造成伤害时,则应立即采取有效的措施予以制止,同时还要采取一定的预防措施防止对患儿造成伤害,如为了防止撞墙对患儿头部造成伤害,可给患儿戴上安全帽。同时还应予以一定的药物治疗,以便更快、更有效地控制患儿的自伤、攻击行为。②当患儿的情绪行为异常对自己、对他人没有造成明显伤害时,则应采用消退法予以矫正。即当患儿出现哭闹、自伤或攻击行为时,不去注意他,无论这些行为持续多久。一旦患儿停止这些行为,则要立即关注他,并予以表扬。如果患儿在哭闹、自伤等后,并没有获得他所希望得到的关注,而当他停止哭闹、自伤等时却得到关注,患儿的哭闹、自伤、攻击等行为自然会逐渐减少。③对于用向他人吐口水来寻求注意的患儿,可采用消退法,但也可在患儿每次吐口水后,在他嘴里涂少许他不喜欢的味道,如辣、醋来矫正他的吐口水行为。当反复如此做后,患儿将会把吐口水和令他不快的辣、醋联系到一起,他的吐口水行为就可能逐渐减少。

自我刺激行为:往往多表现为手指的扑动、怪异的跳动、独自傻笑、拍手、发怪音,甚至撞头。这些行为的产生没有特定的环境诱因,并让他人感到很奇怪,但对于患儿来说,却是患儿喜欢的一种消遣方式,是患儿在疾病和各种能力低下的背景下产生的一种自我愉悦的活动。在矫正这种行为时:①对于撞头等自我刺激行为,因患儿撞头的目的只是为了享受头撞墙时的那种感觉刺激,因此应首先消除这种行为之后的快感。如给患儿戴上安全帽,使患儿得不到他所希望得到的感受。②帮助患儿培养新的兴趣爱好,帮助患儿学会他人能够接受的、有意义的消遣娱乐活动。③尽可能用其他各种有意义的活动充填患儿的时间。④还可采用一些具体的方法矫正患儿的自我刺激行为,如对于扑动手指的患儿,当他手指扑动时,让他把手放在桌子上,或学做一些手部的动作或游戏;对于大声尖叫的患儿,可在他每次发出大声时,在他的牙之间放一个缠好纱布的压舌板,同时说:“不许叫!”当一个患儿各方面能力有所增强,能够主动进行一些有意义、他人可以接受的娱乐活动,并能够主动或在他人帮

助下进行其他有意义的活动,而且每次自我刺激行为之后,都有一些令患儿感到不愉快的后果,患儿的自我刺激行为必将逐渐减少。

在此还需强调:在矫正患儿的自我刺激行为时,单纯的制止难以产生效果。如果不按上述方法进行矫正,患儿的一种自我刺激行为消失,另一种自我刺激行为将又会出现。

以哭闹、攻击、自伤等方式表达其愿望和需求:对于这些患儿,①如果患儿的自伤、攻击行为对患儿或他人造成伤害,处理方法同寻求注意中有关内容。②如果患儿的哭闹、自伤、攻击等行为对患儿和他人并未造成伤害,则应运用消退法予以矫正。即当患儿出现这些行为时,不去理会他,无论这些行为持续多久。③最重要的是必须帮助患儿学会用另一种他人能够接受的方法表达自己的愿望和需求。帮助患儿学会何种方法,将取决于患儿的言语和认知水平。对于有言语的患儿,应尽力帮助患儿用他所能达到的言语水平进行表达;对于无言语的患儿,除对患儿进行言语方面的训练外,还要帮助患儿学会以手势、信号、图片、书写文字等方式进行交流。在这几种方式中,用图片进行交流,即图片交流系统是一种比较常用的交流方法,这种方法对认知、语言、记忆要求最低,患儿相对易于掌握,易于实施。但在使用这种方法时,不仅要有各种便于携带、随手可得图片,还要帮助患儿能够主动地运用这些图片表达愿望,进行交流。④当患儿用哭闹等方法表达自己的愿望和要求时,不予以理会;当患儿用以上大家可以接受的方式表达自己的愿望和需求时,应及时地满足患儿的愿望和需求。当患儿学会用一些他人可以接受的方法表达自己的愿望和需求,当他发现这种新的方法能够迅速、有效地影响周围环境,使自己的愿望和需求得到满足时,患儿的哭闹、自伤、攻击等行为自然会逐渐减少。

因为要求未得到满足而出现哭闹、发脾气、自伤、攻击等现象:对于这种情况,①如果患儿的自伤、攻击行为对患儿或他人造成伤害,处理方法同寻求注意中有关内容。②如果患儿的情绪行为异常并没有对患儿或他人造成伤害,则应采取消退法予以矫正,即只要患儿出现上述行为,即不要理会患儿。待患儿上述行为停止后,再去关注他,帮助他擦干眼泪,并对他停止哭闹予以称赞。运用消退法对患儿上述行为进行矫正时,刚开始患儿上述行为可能会更加严重,但只要坚持下去,患儿终将渐渐明白上述行为对达到目的并没有帮助,随之,患儿的上述行为也就日趋减少了。

以发脾气、哭闹、攻击、自伤等方式逃避他所不喜欢的活动:对于这些患儿,想办法使患儿无法逃避这些活动,并帮助患儿完成这些活动非常重要。如对于以上述方式逃避学习的患儿,应手把手地帮助他完成学习任务,并在他完成学习任务之后表扬他。刚开始,患儿的上述行为可能会更加严重,但只要老师有毅力坚持,即无论上述行为持续多久,老师都要手把手地帮助患儿完成他所厌恶的任务。一段时间后,患儿将会发现上述行为并不能使他逃避他所不喜欢的活动,上述行为也就日益地减少。

由于孤独症患儿在交往方面存在质的缺陷,因此很多患儿虽然有与他人交往的愿望,但却不会以正常的、他人能够接受的方式进行交往,相反,他们可能会以某些看似招惹人或攻击人的方式与他人交往,如拍打小朋友、拽别的小朋友头发等。对于这些行为,仅仅告诉患儿这样做不对是远远不够的,简单的制止往往也难以起到作用,单纯使用漠视法效果也常常不理想,因此,努力加强患儿交往技能的训练最为重要和关键。当患儿逐渐学会以适当的方式与他人进行交往后,这些不适当的行为自然会逐渐消失。

以上较为详细地介绍了孤独症患儿常见的情绪行为异常的矫正方法。除以上问题外,

孤独症患儿还常常会出现多动、偏食、过分依恋某一物品等现象,这些行为也都可以通过适当的行为治疗予以改善。

(四) 家庭指导和支持

与其他障碍儿童的家庭比,孤独症患儿的家庭存在着更多的危机。这些危机来自于患儿疾病给家长带来的痛苦、烦恼、自责和对未来的无望;来自于家长对患儿疾病的无奈,面对幼小的患儿,他们常常不知道该如何对待患儿,如何帮助患儿;来自于父母间对患儿疾病、治疗、是否入托、是否上学、是否要第二个孩子等一系列问题的分歧。因此,及时地给予孤独症患儿家庭各方面的指导和支持非常重要。为此,应加强以下几方面工作:①家长的心理咨询、指导和支持,通过该方面工作使家长能够尽可能地面对现实,接受现实,保持情绪的稳定,以积极的心态去面对生活。孤独症康复协会是一种能够给患儿和家长提供帮助的民间组织,通过家长间的相互支持,对家长保持良好的心态起了非常积极的作用。②疾病知识的教育,通过该方面的工作,使家长能够尽可能地了解该障碍,从而使家长对患儿的疾病有一个相对客观的认识,对患儿的预后有一个相对现实的期望,对患儿所需的医疗、教育训练等方面的帮助有较为充分的了解,并能够正确地寻求各种资源对患儿进行治疗和训练。③教育训练等方面的指导,因孤独症患儿的教育训练要渗透到患儿生活的每一日、每一个场合,因此,无论家庭是否有条件把患儿送到康复机构去训练,在家庭中对患儿进行训练都非常重要,尤其在目前我国康复机构很少、远远不能满足孤独症患儿需要的情况下。因此,医生要通过各种方式给家长教育训练方面的指导,如通过书籍、培训班等方式帮助家长了解孩子发育的特点,掌握照管、教育训练患儿的方法及行为矫正的基本方法,从而使家长能够很好地与医生配合,并在家庭中对患儿进行行为矫正和教育训练。

(五) 感觉统合训练

孤独症儿童常常存在感觉方面的异常和感觉统合的失调,如痛觉迟钝、触觉过敏、听觉过敏、前庭功能失调等。而对外界环境和自身状态的正确感知和对不同感觉的良好整合是儿童高级认知活动和良好学习能力的基础,因此,对孤独症患儿进行感觉统合方面的训练非常重要。感觉统合训练不仅可改善孤独症患儿感觉方面的异常和感觉统合的失调,还可减少患儿的过度活动,提高患儿对周围环境的兴趣,增强注意力,并促进患儿言语、社会交往能力的发展。详细内容请见感觉统合治疗章。

(六) 听觉统合训练

听觉统合训练(auditory integration training, AIT)是由法国医师 G. Berard 发明,用于听觉问题而引起的一些疾病的治疗和康复的一种方法。它是通过让受试者聆听经过调制的音乐,来矫正听觉系统对声音处理的失调,并刺激脑部活动,从而达到改善语言障碍、交往障碍、情绪失调和行为紊乱的目的。

孤独症患儿的听觉系统存在功能失调。虽然该方面研究报道并不多,但较为一致的报道为孤独症患儿存在听觉过敏现象。1964 年 Rimland 报道 40% 的孤独症儿童存在听觉过敏现象。存在听觉过敏的患儿常常表现为捂耳,听到环境中某些声音烦躁、哭泣、发脾气、摔东西,躲避某些声音,畏缩,因为噪声的缘故制造噪声等。此外,孤独症患儿还对某些声音无

反应、听觉处理过程也缓慢等。由于听觉系统功能的失调,孤独症患儿对周围事物可能产生歪曲的感知,从而影响患儿的言语发育,并造成一定的情绪行为异常。到目前为止,听觉过敏的原因尚不明确,可能与内耳或脑干的损伤、药物不良反应、镁的缺乏有关。既往曾用耳塞、耳保护装置、补镁等方法予以治疗,现在可采用 AIT 予以治疗。

AIT 之所以可以起到治疗和康复的作用,其原理至今不清楚,可能与以下机制有关:

- ①滤去过度敏感的频率,减少了内耳和(或)大脑中某些区域的敏感性,使大脑听觉皮层重新组织,减轻了对过度敏感频率的超敏,促进了对其他频率的感知,减少了对听觉信号的歪曲。
- ②侧支抑制:过度敏感频率的刺激会兴奋内耳或大脑的某些部位的神经元,而对相邻的感受其他频率的神经元产生抑制作用。因此,过滤掉过度敏感的频率,感受其他频率的神经元不再被抑制,并被兴奋,而感受过度敏感频率的神经元被抑制,对声音的过度敏感现象将会消失。
- ③改善中耳肌肉张力的不足,使中耳功能保持正常,使声音有效地传导。
- ④使鼓膜张肌和镫骨肌共同很好地工作,完成听觉反射。
- ⑤使受训者容易转移注意力,并更清楚地感受声音,从而更好地学习声音与行为、物体及事件的关系。
- ⑥一名被训者治疗前后的 PET 检查结果显示,治疗后大脑活动正常化,额叶高代谢减轻,枕叶活动增强。
- ⑦动物实验表明治疗前后脑组织出现 5-羟色胺、去甲肾上腺素、多巴胺、 β -内啡肽水平的变化。

AIT 已被用于孤独症、精神发育迟滞、言语及语言发育迟缓、阅读障碍、多动症、情绪障碍的治疗。但如果患儿的年龄小于 4 岁,或存在中耳充血及发炎、戴助听器、高频耳聋等现象,则不宜进行该治疗。治疗之前应首先对患儿进行纯音听阈测定,以发现患儿有无听觉过敏现象。治疗时每次 30min,20 次一个疗程,音量逐渐增加,并根据纯音听阈测定结果决定是否过滤某些频率。

AIT 治疗儿童孤独症疗效如何,目前尚未完全确定。有部分研究报道该治疗并不能有效改善儿童孤独症症状。但也有研究(包括双盲对照研究)报道该治疗治疗儿童孤独症有效,可有效改善患儿的言语、交往、情绪及行为异常。经过治疗后,患儿对听觉刺激注意增强,言语理解能力增强,句子长度增加,交流兴趣增加,目光接触增加,适当的社交行为增加,发脾气减少,刻板行为、自我刺激行为、冲动行为、攻击行为减少等。除此之外,患儿对日常信息的记忆也增强,注意力也得到改善,对声音的过敏现象减轻。虽然 AIT 具有以上疗效,但对于每个接受治疗的患儿来说,改善的方面、改善的程度将可能有所不同。AIT 并没有长期的不良反应,但部分患儿确实出现一些短期的、一过性的不良反应,包括兴奋、烦躁、易哭、自语及重复言语增加、刻板动作增加、睡眠减少、疲劳、食欲食量减少、捂耳增加等。这些不良反应在治疗过程中或治疗后,将会逐渐消失。

(刘靖)

第三节 特定性运动技能发育障碍

特定性运动技能发育障碍(specific developmental disorder of motor skills)是指一种运动技能发育(主要是运动共济发育)的明显迟缓,常有视觉空间—运动功能的障碍。患儿从发育早期开始就已经存在共济失调,表现为精细或粗大运动的共济协调能力明显低于其年龄

应有的水平,或标准化运动技能测验低于其年龄期望值达 2 个标准差以上。主要特征是一种运动共济发育的严重损害,从发育早期就开始存在(即不是后天缺陷的继发症状),并且不是继发于广泛性发育障碍、智力发育迟滞或任何特定的先天和后天神经科障碍。根据 DSM-IV 中报道,本障碍在 5~11 岁儿童中的发生率为 6%。

一、病因

特定性运动技能发育障碍的病因尚未明确,可能与生物学因素和环境因素有关。

二、临床表现

(一) 精细或粗大运动共济不良

在学习系鞋带、扣纽扣、解扣子、抛接球和拍球等活动时难以学会,在学做操和模仿动作方面表现落后。跑步姿势怪异,动作不协调,走路姿势难看,常常摔跤,容易打翻东西,弄脏或损坏衣物、作业本等;不喜欢写字,握笔姿势很怪,写字像画画,画图能力差。

(二) 视觉空间—运动功能障碍

某种程度的立体视觉认知作业的操作困难。不能走纵横交错的迷宫,搭积木、搭建筑模型、玩球、描画和认识地图能力也很差。对前后、左右、上下等方位辨别困难,时间知觉较差甚至无法说出时间。

(三) 运动发育的重要指征发育迟缓

幼儿步态笨拙,学跑、学跳和学上下楼都很慢。

(四) 伴随症状

(1) 可伴有某种言语困难(特别是影响到发音),在说话方面可能会发音不清晰,掌握不好说话节奏和语调,不是过快就是过慢。

(2) 可发生某些神经系统发育不成熟的迹象,如悬空肢体的舞蹈样运动,或镜像动作或神经系统软体征等。

(3) 伴有学习困难、情绪或行为问题。

(4) 未发现具有诊断价值的神经系统体征。

三、诊断

根据中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3),特定性运动技能发育障碍的诊断须符合下列三条。

(1) 精细或粗大运动的共济协调能力明显低于其年龄应有的水平,或标准化运动技能测验低于其年龄期望值达 2 个标准差以上。

(2) 早期发生的运动技能障碍持续存在,并严重影响学习成绩或日常生活。

(3) 不是由于视、听觉缺陷,神经系统疾病,或运动系统障碍所致。

四、治 疗

主要采用综合治疗和训练,需要医护人员、训练师、指导教师、家长共同协作进行有针对性的基本技能训练,可用感觉统合疗法以体育运动的形式训练粗大运动和精细运动等。

(一) 感觉统合治疗

美国临床心理学家 Ayres 首先系统地提出了感觉统合理论,该理论认为感觉统合是指将人体器官各部分感觉信息输入组合起来,经大脑统合作用,完成对身体内外知觉作出反应。只有经过感觉统合,神经系统的不同部分才能协调整体工作,使个体与环境顺利接触。大脑学习信息有赖于身体感官的输入,学习后的大脑则发挥指挥身体及感官的能力。由于大脑、身体、感官的神经体系非常复杂,所以需要统合,如果此能力不足,身体、感官、大脑的学习便会由于协调不佳而造成混乱,就是感觉统合失常。

感觉统合理论认为儿童身体协调不足的原因是这类孩子对外界探索活动明显不足,使脑部应有的学习比较缺乏,运动形态的不正确,造成脑部的错误学习。特定性运动技能发育障碍就是典型的感觉统合失调,只有加强正确的运动感觉,才能使孩子健康和正常化。具体训练方法如下。

1. 滑板游戏 滑板被公认是感觉统合治疗中效果非常显著的教具。滑板游戏通过对前庭感觉和触觉的姿势调节,引发的平衡反应非常丰富,加上视觉信息的大量输入,脊髓及四肢运动产生的本体感,眼球运动输入的感觉信息,在感觉统合治疗上具有相当特殊的功能地位。

在进行滑板活动时,视觉信息大量送往中枢神经系统,固有感觉会使小脑更为苏醒,指挥着肌肉紧张感的变化。大脑-小脑间的运作可以有强有力的正确统合作用,促使孩子的整体感觉统合运作功能的发展。

(1) 乌龟爬行:先让孩子俯卧在滑板上,头颈部抬高,挺胸,身躯紧靠滑板,以腹部为中心,双脚抬高,以双手伸曲慢慢往前滑行,头部抬高,行进时可转变方向或后退,并可做 360° 的大回转。每日训练 10min。

(2) 青蛙蹬:趴在滑板上,头颈部抬高、双手平举,双脚如青蛙游泳般屈曲,顶在墙壁上,做出飞机状向前滑行。每日训练 10min。

(3) 趴地推球:孩子俯卧滑板上,距墙 60~100cm,头抬高,反复向墙壁推球,每日训练 60~200 次。

(4) 大滑板游戏:孩子俯卧滑板上,由大滑板上自然的滑下来,也可用双手抓住大滑板两边,借反弹力较用力地滑下来,向前俯冲,回程用脚蹬墙往前推动,双手滑地面。每日训练 60~200 次。

(5) 大滑板的手眼协调:孩子俯卧滑板上,由大滑板滑下时,身体可以穿过预先设计好的一个小隧道,可以伸出手去拿放置在旁边的小球、布口袋,也可以反过来将小球投入固定的木箱或纸箱中。

2. 大笼球游戏 大笼球是练习身体和地心引力协调非常重要的教具。

(1) 俯卧大笼球 :让孩子俯卧在大笼球上 ,训练者由后方抓住他的双脚 ,配合大笼球的转动 ,前后拉动。大笼球的前后、左右、快慢的变化 ,强化孩子前庭体系功能及颈部张力 ,训练孩子调整重力感的能力。注意不要太快 ,让孩子尽量自己在大笼球上练习如何用手、脚及头部的平衡来保护自己 ,避免掉落球下。

辅助活动 :可以用较小的弹力球 ,置于孩子的腹部 ,让他自己来做前后、左右及快慢的滚动 ,可以强化孩子身体各部位对重力的协调感。

(2) 仰躺大笼球 :让孩子仰躺在大笼球上 ,由训练者握住他的大腿或腰部 ,作前后、左右、快慢的滚动。做此训练前 ,一定要先做好前项俯卧游戏 ,让孩子熟悉大笼球的重力感后 ,再进行此活动 ,孩子比较容易接受。注意提醒孩子留意全身、关节和肌肉的感觉 ,协助他控制自己身体的平衡。这种训练强化颈部张力 ,对固有感觉和本体感的刺激作用最大 ,对孩子运动协调能力的培养有很大帮助。

辅助活动 :可以用小型弹力球 ,放置于孩子的背后 ,让他自己去滚动。也可以将气球放在他的屁股下 ,鼓励孩子设法坐破气球。

(3) 坐上大笼球 :协助孩子坐在大笼球上 ,训练者可以放手 ,只要协调保持大笼球的稳定就可以。这时候孩子可以自己用屁股力量做上下振动 ,训练者注意保护孩子安全。孩子要做前后、左右摇晃时 ,训练者可以用手握住孩子的双手或腰部 ,以协助孩子稳定下来。注意孩子手、脚肌肉的张力调节 ,有助于前庭机能的健全 ,对视觉的稳定也有帮助。

辅助活动 :孩子可以在大笼球上 ,伸出双手保持平衡 ,或者由另一位训练者与他做投接球的游戏 ,或让他投球入指定的篮子内 ,有助于孩子运动协调的练习。

(4) 俯卧大笼球抓东西 :训练者协助孩子俯卧于大笼球上 ,保持平衡姿势。将目标物放在孩子向前滚动时用手可以拿到的位置。滚动时可快、可慢 ,协助孩子触摸到目标物。此游戏可以协助孩子练习运动协调能力 ,促进孩子语言发展和自我控制能力的提高。目标物可以是积木、洋娃娃、球类等 ,只要孩子喜欢的东西都可以。

3. 平衡台游戏 可加强前庭—固有感觉 ,有助于孩子平衡感与重力感的发展。

(1) 平衡台平躺游戏 :孩子躺在平衡台上 ,注意手脚要能自然伸展。左右倾斜摇晃 ,要维持一定的韵律感 ,使重力感觉可以唤醒脑干的苏醒。速度加快时 ,要注意孩子姿势和表情的反应。

辅助活动 :可以让孩子分别张眼和闭眼作摇晃 ,并观察他们不同的反应。或者摇晃时做明显停顿 ,先倾向左 ,再倾向右 ,观察孩子两侧不同的反应情形。也可以让孩子以俯卧姿势进行摇晃 ,并观察孩子的不同反应。

(2) 平衡台跪或坐摇晃 :由于平衡台重心较高 ,平衡感不易掌握 ,因此必须提醒孩子坐好 ,自己尝试用可以自由移动的双手来保持平衡。观察孩子双手的姿势 ,以及头部倾斜的情形 ,了解孩子在倾斜时如何处理不安感。

辅助活动 :可以张眼练习 10min ,再闭眼练习 10min ,去感受两种不同的平衡感。视觉常会使前庭体系和固有体系的功能有完全不同的感觉反应。

(3) 平衡台互相扶持 :训练者和孩子共同站上平衡台 ,两人双手紧握 ,互相保持平衡。由于采取站姿时 ,重力感通常不稳定 ,两人配合的动作对相互合作关系的建立很有帮助。训练者观察孩子在运动时 ,头、手、脚、躯干的反应。摇晃时可以先由训练者带动小孩练习 ,孩

子熟练后再由两人在同一速度上,配合彼此摇动的韵律。

孩子配合训练者的动作,孩子完全处于无意识下,大脑皮质层便不必接受有意识的动作,对前庭自动调律神经的发展有很大帮助。

(4) 平衡台站立摇动:孩子站立在平衡台上,由训练者在台下缓慢摇动平衡台。观察孩子头、躯干、手、脚为保持平衡所做的伸展姿势。孩子为求平衡所做的姿势调整,对前庭感觉、固有感觉和视觉统合的调整有具体的帮助。

辅助活动:可以让孩子双手伸展,以保持身躯平衡,并且可以闭眼尝试不同的感觉,在平衡台上缓缓移动身体,便会出现不同的平衡反射,对前庭体系的调整帮助很大。

4. 旋转浴盘中的感觉运动训练 可促进孩子平衡能力的成熟。

(1) 坐在旋转浴盘中:孩子平坐在浴盘中,由训练者在外面帮孩子旋转,速度约每两秒一圈。不宜旋转得太快,并注意孩子可能的反应。回转时的速度可以作各种变化,也可右回转和左回转交错。回转中亦可以做中断,来观察孩子各阶段反应情形。

(2) 趴在旋转浴盘中:孩子可以趴卧或半跪在浴盘中,由训练者在旁边帮他旋转。旋转速度可以由慢逐步加快,但时间不宜太长,中间最好有中断休息。要让孩子张开眼睛,手脚紧贴在浴盘上面。身体不要屈曲,否则转动时很容易掉下来。

辅助活动:孩子可以尝试在上面,以腹部为重心,成为飞机飞翔状。这时候平衡能力不易把持,最好不旋转或只做轻微旋转。

(3) 旋转浴盘加投圈圈球活动:训练者可以变化旋转的速度及投球目标的位置。训练时,旋转速度仍不宜过快,并注意孩子对活动兴趣的反应,他愈努力想完成目标时,运动协调能力的成长愈好。当孩子在寻找目标时,观察他有无过多的眼球运动。

辅助活动:训练时可以将投球入圈圈改成将球放入固定的圈圈内,可以同时周围设置多个盒子,观察孩子依指令将小球放入盒子内的效率和正确性。

5. 四足位平衡吊缆 是爱尔兰博士设计出来的一种特殊器具。对孩子的视觉统合、眼球移动控制、前庭感觉、运动感觉有很大作用。

(1) 四足位平衡吊缆:四足位平衡吊缆是以中间上面绳索作定点而悬挂的一种器材,它的四面都会上下抖动,孩子站在上面有一种在太空中运动的感觉。孩子可以抱胸屈膝仰躺其上,或俯卧、跪坐方式均可。由训练者做前后、左右和上下抖动,以及360°大回转。操作时可以配上音乐,一边数数一边训练,增加趣味性。随着数字的逐渐增加,也可以使孩子增加运动自信心。

辅助活动:训练时可以不断变化方式,如用俯卧、仰卧、侧卧,或在一旁放置洋娃娃或玩具,让他在摇动时伸手去拿取。

(2) 四足位平衡吊缆加前进移动游戏:在四足位平衡吊缆上面,加上一条可以前进后退的绳缆,推动吊缆前进。孩子坐在吊缆上,前方3m放置打击目标,指导者迅速推动吊缆向前,孩子衡量距离,以手中小棒子正确击中目标物。孩子也可以俯卧姿势躺在吊缆中,在前进时捡起地上的球或积木。由于吊缆在往前行进,而且左右晃动,孩子必须有足够掌握平衡及身体协调的能力,才能正确掌握目标。

辅助活动:可以在前进途中,与另一训练者做抛接球动作,或做投球入篮的动作,也可以摆置多个目标,让孩子在前进中以手中球击中预定目标。

(3) 四足位平衡吊缆过河游戏:让孩子坐在可前后滑动的平衡吊缆上,在他手可以触

到的地方,放一条粗绳索与滑动方向平行。孩子可以左右手交互抓住绳索前进,在前进中设法保持住自己的平衡及双侧协调的能力。

辅助活动:可以俯卧或仰躺姿势进行这项游戏,或在沿途摆置多种目标物,前进中,孩子依指令拿取这些东西。

(二) 粗大和精细动作训练

粗大动作是指主要依赖身体大肌肉群的活动来实现的动作,如翻身、坐直、站立、爬行、行走、跑跳等等。精细动作则是指主要依赖身体小肌肉群的活动来实现的动作,如用筷子夹菜吃饭,用笔写字画图、剪纸等。儿童运动的发展规律是这样的:①头-尾规律:即动作的发育从上至下,如先抬头,两手取物,然后坐、直立、走路。②由近到远:即离躯干近的肌肉动作先发育,然后掌握肢体原段的肌肉活动,如先能抬肩,然后手指取物。③从泛化到集中,由不协调到协调:如小婴儿看到胸前的玩具手舞足蹈,但不能把玩具拿到手,较大的婴儿则伸手即可取到玩具。④正面的动作先于反面的动作:例如先学会手抓东西,以后才学会放下手中的东西,先学会向前走,以后学会倒退走等。因此,儿童动作的发展,一般是粗大动作在先,精细动作晚些。

1. 粗大动作的训练 运动技能发育障碍儿童往往长大后,才被重视。询问病史时,家长反映在发育早期与同龄儿童相比就有发育落后现象,但并没有引起家长注意。孩子长大后再进行训练就较困难,所以早期发现、早期干预是关键。作为家长从孩子出生开始训练孩子的抬头、翻身、坐、爬、走等很重要。

(1) 翻身的训练:

1) 使儿童仰卧在弹床上,训练者随着柔和的音乐节拍以双臂压动弹床,其中的动荡可给予儿童转身的意识。

2) 把儿童仰卧在摇篮里,慢慢把摇篮摇动,增强儿童的活动感,动荡的幅度由小至大,速度由慢至快。

3) 让儿童仰卧,拿一个他喜欢的玩具放在他碰不着的地方,让他必须翻身到侧面才能拿到。训练者与他说话,对他微笑,鼓励他转身去拿从而翻身,可看孩子的需要给予适当的帮助,然后逐渐减少帮助直至自己能独立完成。

4) 训练者可抓着孩子的手脚,轻轻地拉着他转向训练者,慢慢地松手让他自己转。同样的方法可以训练孩子从俯卧位到仰卧位,先使其俯卧。

(2) 坐的训练:

1) 不管你是直举他,还是搂抱他,都先把他举起来,再放下来,只用手围住他的臀部以支持他,而不是扶他的胸部。

2) 儿童坐时双脚伸前,双手向前按地。如果孩子的双手没有足够的力量支撑上身,训练者可用手托绑在孩子双臂上,使其伸直,用玩具或音乐声鼓励孩子抬头向前看。

3) 训练者帮助孩子固定一手,而协助孩子抬高另一手拿取玩具。

4) 孩子单手向前支撑坐地,另一手在地上拾取玩具。然后抬高手放入一容器中。

5) 成人还可以躺在地板上,双膝弯曲,将孩子放在膝上,需要时可以给以帮助,前后摇动他,或左右摇动他,让他体验怎样平衡自己,并学会保持平衡。注意训练要慢慢增多,并增加其复杂程度以发展他的潜力达到最大限度。

(3) 站立的训练：

1) 训练者用双手扶住孩子臀部并施加压力,以增强下肢感。

2) 训练者两手扶住孩子腋下,并轻轻提起、放下、再提起、再放下。这样反复几次,以增加孩子双脚踩地的意识。

3) 让孩子双手扶住栅栏站立,训练者可用双手扶住儿童臀部,然后看孩子的能力逐渐减少帮助。在此基础上,可用玩具鼓励孩子提起一手触摸玩具,玩具由近及远移动。

4) 孩子按着桌面站着,下身可轻靠桌边,桌上放些孩子喜欢的玩具或食物,鼓励他提起一只手拿取食物或玩具。在此基础上鼓励孩子提起双手拿玩具。

5) 训练者双手扶着儿童的手站立,当站稳时训练者慢慢放开其中一手,然后放开另一手,并叫儿童保持平稳。训练可在平地、软垫、三角斜面上进行,以逐渐增加难度,注意站立姿势正确。

6) 训练时,只要孩子有一点进步就马上给予表扬;当他失败时,如站不稳时跌倒了,也要说一些鼓励的话,使他有勇气和信心再练习,不要责骂或批评他,也不必有过怜惜之情。

(4) 行走的训练：

1) 把食物或玩具放在桌子的一角,鼓励孩子按着桌面走向桌角拿取食物或玩具。

2) 在孩子不远的地方,放置儿童喜欢的玩具或食物。当孩子要吃东西或拿取玩具时,训练者握着孩子的手掌去拿取东西。当孩子的平衡能力较好时,训练者只需让孩子握食指,然后带孩子去取物品。

3) 训练者在儿童前面持着软木条,每人各握一端,叫孩子跟着训练者向前行。

4) 也可以让孩子推着娃娃车向前走。

5) 把玩具放在距离孩子1m的桌子上,让孩子背靠家具而站,鼓励孩子自己向前拿玩具,看孩子的能力情况,可把距离加远,训练者要准备随时扶住他。

6) 孩子训练时由于生理和心理的原因,每个步骤所需要的时间可能长些,显得行走动作发展迟缓些,训练者指导时千万不要太急,应一步一步地提高,等到每一步都达到相当稳定后再提出新的要求。训练时必须给孩子以各种鼓励和口头指导。

(5) 上、下楼梯训练：

1) 让孩子随着音乐练习踏步,或让孩子慢慢由站而坐矮凳以增强其下肢关节的控制力。

2) 儿童不需要扶助单脚站踏矮凳,鼓励孩子弯腰从矮凳处拾起玩具给训练者。或训练者扶着孩子的手,让孩子以两步一级走上矮凳,然后去取凳子上面吊着的东西,跟着在另一边走下,逐渐减少扶持,直到自己能独立做这项活动。

3) 让孩子一只手扶着楼梯栏杆,仍牵着孩子的另一只手,走上一级后,轻轻地把孩子的手往上拉,鼓励他再往上踏一级。每上一级可取一样东西。或者训练者倒着下楼,面对孩子,跟他说话,鼓励他一脚踏下来,训练者把手放在孩子的脚上,抬起来,往下移,要帮助他,让他不害怕,待他一下脚就给予称赞:“你做得太棒了!”

4) 在孩子一只鞋上系红带子,一只鞋上系绿带子,在楼梯上一级放红线,一级放绿线,让孩子红鞋踩红色台阶,绿鞋踩绿色台阶上去。训练者可帮助孩子移动一只脚上一级,越过孩子另一只脚站的那一级。同样,训练者可帮助孩子双脚交替下楼梯。

5) 在上下楼梯的训练过程中,一方面注意楼梯每级之间的高度差要低些,适合于孩子

抬脚上下;另一方面训练者应在旁边保护、鼓励与指导,不能疏忽大意。

(6) 平衡能力训练:平衡能力是指儿童的交替运用身体两侧的保护、控制身体重心的能力,它是所有动作的基础。有良好的平衡能力,身体动作才能协调一致。

1) 初级阶段训练方法:①儿童以脚尖站立,并从1数到10。脚尖着地向前跑或向后跑。开始训练时光脚练习为宜。②儿童双手左右侧平举,身体正直,目视前方站稳。一只脚站立,另一只脚抬起,上身保持不动,并坚持从1数到5。换脚练习,并逐渐延长站立时间。③让儿童坐在椅子上,抬头挺胸,后背紧紧靠在椅子背上。将双臂放在前面的桌子上,头顶一本书或一件物品,保持身体平衡。

2) 中级阶段训练活动:①在地面上选一直线,要求孩子脚跟对着脚尖沿直线往前走,在平稳的基础上要求孩子脚跟对着脚尖沿直线倒走。②让孩子站立在支点较宽的平衡板上,要求孩子脚跟对着脚尖往前走,在平稳的基础上要求孩子脚跟对着脚尖倒走,训练中逐渐减少平衡板的宽度。③利用平衡木训练儿童的平衡感,为较高级的知觉动作做准备,要求孩子脚跟对着脚尖往前走,在平稳的基础上要求孩子脚跟对着脚尖倒走。训练时,平衡木的高度不宜过高。训练者可扶着孩子的手,在孩子敢于迈出一步时,给予鼓励和表扬,让孩子有信心训练,同时可播放音乐,缓解孩子紧张情绪。

3) 高级阶段的活动:①在上平衡木之前蒙住双眼,练习平稳行走。②在上平衡木之后蒙住双眼,练习平稳行走。③让孩子按节拍或音乐节奏在弹簧床上跳跃。

(7) 肌力训练:肌肉力量和肌肉耐力是儿童身体适应能力中的重要基础因素。如果儿童肌肉收缩无力或肌肉极容易疲劳,不能持久地收缩用力,就会影响儿童协调能力和生活能力的提高。

1) 初级阶段活动:①下蹲与跳起:主要锻炼腿部肌肉力量。方法:双腿同时做蹲起,10次为一单位,双腿屈膝从高向低或从低向高处跳。②单杠:主要锻炼幼儿上臂肌肉力量。方法:准备一单杠,距离地面要有一定高度;双手握杠将身体悬起或摆动,坚持的时间越长越好。③推脚:主要发展腰腹及腿部肌肉力量。方法:两人一组,双手抱头面对面坐好,脚心相对;用脚顶住对方的脚使劲推,坚持不动者为胜。④环臂:主要锻炼上臂及肩背部肌肉。方法:身体正直,双脚分开站立,向前伸出双臂,按相反方向从小到大做绕环(划圈)运动。⑤躯干运动:主要锻炼腰部及腹部肌肉力量。方法:两脚分开站立,双手举过头顶,以腰为轴做环绕运动,下肢保持不动。

2) 中级阶段活动:①爬楼梯:锻炼腿部肌肉力量,发展四肢协调能力。方法:跑着上下楼梯。②屈膝:锻炼四肢肌肉力量,发展平衡及协调能力。方法:席地或在椅子上坐好,同时向两侧屈伸双手双脚,直到累了或失去平衡为止。③摸地板:锻炼腿部肌肉。方法:双脚并拢直立站好,腿伸直不动,双手垂直向下,直到摸到地板为止。注意膝盖不要弯曲。④跑步:锻炼腿部肌力及身体的协调性。方法:进行100m短跑,速度越快越好。

3) 高级阶段活动:①仰卧起坐:锻炼腰腹部肌肉力量。方法:身体仰卧,双脚并拢,双手置于脑后,靠腰腹的力量坐起,反复做,直到累了为止。②抬腿:锻炼腰、腹、臀及大腿的肌肉力量。方法:身体仰卧,双脚并拢,双手置于脑后。尽量向上抬腿至垂直位置,然后慢慢放下到离地面30~40cm。不要触及地面,反复做,直到累了为止。③引体向上:锻炼上臂肌肉力量。方法:双手握横杠,用臂部的力量引体向上悬起,往上拉至下巴与横杠平行处。反复做,直到累了为止。④长跑:锻炼下肢肌力及耐力。方法:保持匀速跑步,直到累了为止。

(8) 身体的协调性和灵活性训练:

1) “大熊”走路 3m 见方的空地,先将地毯或废报纸铺在地上,让孩子俯身地上,两手和两脚撑住身体,模仿大熊的步伐,左手和右脚同时跨进一步,再右手和左脚同时跨进一步,交替不断进行。以步伐没有搞错而且走得快者为胜。也可以变换步伐,采用同侧并进的方法,即左手和左脚同时向前走一步,再右手和右脚同时向前走一步。

2) 脚夹沙袋向前跳 5m 见方的空地,在空地的一端画一条起跳线,距起跳线 5~6m 的地方放 2 块石头或 2 块砖,作为转弯的标志。孩子用两脚夹住沙袋,站在起跑线后,膝关节微曲做好往前跳的预备姿势。发令后开始往前跳,绕过石头或砖跳回起跳处,先到达者为胜,跳跃的距离可根据孩子年龄的大小,孩子体质和跳跃能力的不同进行调整。

3) 对面脚抛手接 5m 见方的空地,在空地上画一条相隔 2m 的平行线,孩子分别在两条线上相对站立。一方先用双脚夹住沙袋跳起将沙袋抛给对方,对面的人用手接住后,再用相同的方法夹沙袋抛回。照此重复,各抛 10 次。

4) 抛接球 ①你抛我接:两人面对面站立,用各种不同的方法抛接球,尽量做到不重复。②圈内接球:用粉笔并排画两个直径大约为 0.5m 的圆圈,游戏者站在圆圈内,自己抛球自己接,但不许出圈;自己向另一圆圈上空抛球,然后跑过去将球在落地之前接住。③自抛自接:坐着(或蹲着)抛球,站起来接,站着抛球后,迅速跪下手拍地,然后站起来接球。④接反弹球:往墙上掷球,接反弹回来的球。接到球者继续往墙上掷,如此反复进行。

5) 原地拍球:双手交替拍球,全身随着起伏,也可以在音乐的伴随下进行,用粉笔划一直径约为 1m 的圆圈,圈内划上 12 个格代表钟表上的时间,顺(或逆)时针单手拍球,使球依次落在 1 点、2 点、3 点……处;人站在圆圈中心不动,要求边拍球边使球围绕身体拍一圈。

2. 精细动作训练

(1) 穿木珠 ①教孩子一手拿一粒木珠,另一手拿着的尼龙绳端对准木珠孔穿过去。②将原来拿尼龙绳的手指松出来按住木珠。③用原来拿珠的手指去捻住那根已被穿进木珠孔的尼龙绳头,把它拉出来。④将木珠捋到尼龙绳的底部,使木珠真正穿进去。在上述每一步动作中,指导者需要一边讲解,一边双手动作示范。

(2) 用绳打结 ①在木板上钉上两条相距 2cm 的绳。②将两根绳叠成 X,一根绳向后反,然后再拉前叠着另一根绳。③将绳的两端拉紧使它成为一个结。④训练者一步一步示范如何打结,开始时,两条绳子可以是扁平的,颜色可不同,然后逐渐改用颜色相同的圆的绳子。

(3) 系鞋带:让儿童自己先打上一结,训练者示范孩子如何打蝴蝶结。让孩子替其他孩子系鞋带、打结,并加以赞美。

(4) 模仿折纸 ①训练者用双手按住纸的两角,儿童用双手持着另外两角,翻起一边使其与另一边对齐,再鼓励儿童把纸弄平(给予适当的帮助),以训练儿童提纸、折纸的动作。②把直尺放在纸的中央,使儿童对折更容易,尺子由训练者固定。③预先把纸折一条痕或画上一条线让儿童沿着痕或线折。④平时多教导儿童要把毛巾或手帕折好。

(5) 剪纸 ①训练者让孩子的拇指在上孔,中指在下孔,示(食)指放在下孔外面起平衡及稳定剪刀的作用。②帮助儿童用手拿稳剪刀,说“开”“合”。③帮助儿童剪纸,逐渐减少这种帮助,让儿童自己剪纸。④让孩子沿线剪,右手握剪刀,不要动,只是一张一合,左手捏纸,轻轻转动。

(6) 涂色 ①让孩子先描边,然后再涂色,要求既不要涂在外边,又不能露白点。②开始时训练者可手把手教孩子控制笔的能力,先从小的、简单图形涂起,然后过渡到大的、复杂图形。③时间以不引起孩子情绪烦躁为原则。每日1~2幅,约30min。

(7) 捡豆子 ①将黄豆、绿豆、红豆等混在一起,让孩子在规定的时间内,按要求捡出来。②可先让孩子捡出黄豆,然后绿豆,最后红豆。③或让孩子按黄豆6个、绿豆8个、红豆6个顺序来捡出豆子。④随时鼓励孩子:“你做得很棒!”“你做得很出色!”“你比以前捡得快了!”

(三) 视觉空间—运动功能障碍训练

1. 方向感的训练 许多学习和解决问题的情景要求孩子具备良好的方向感。因为人的运动有赖于对空间的认识,同时学习作为一种知觉活动,也需要空间关系的发展。

(1) 身体概念与身体功能的认识 这方面训练主要针对婴幼儿,尤其是那些对自己身体部位认识不清的婴幼儿,其目的是帮助婴幼儿建立有关自己身体各部位位置的正确概念,认识身体各部位的功能。

1) 指出身体的各个部位:要求儿童按照指示指出身体的各个部位,如鼻子、耳朵、嘴、左手、右肘等。或者要求儿童用身体的某一部分去接触另一部分,如用左手去碰右脚。

2) 猜谜:把身体的各个部位或者相应的功能编成谜语,让儿童猜。

3) 填充:让儿童指出或填上图片中缺少的身体部位。

4) 画画:教师在纸上画上人体的一些部位,让儿童把没有画出的部位补上。

5) 认识表情:让儿童观察画有各种脸部表情(高兴、生气、痛苦、愤怒、惊讶等)的照片或图片,要求他们进行判别。

(2) 整体运动:给出含有参照物的指令,如“坐在我左边的椅子上”;“请把第三张桌子下面的东西放到我的右侧”等。

(3) 手指定位:做两个标准的左右手图案,让孩子按要求做,如把左手指涂成红色,左右手的小拇指画个圆圈,把左手示(食)指放在右手拇指上等。

(4) 相对方向的训练:训练者和孩子面对面站好,让孩子指出训练者的左手、右腿、左臂等。

2. 手眼协调能力的训练

(1) 抄写:让儿童描写、抄写各种线条、图形、字母、数字、实物(画画)。为了帮助儿童观察,在样本中可以利用箭头、颜色、数字等来标志一些关键的地方。

(2) 倒水:让儿童把水倒到各种容器中,并要符合规定的要求(如到某一刻度)。

(3) 点点连接:让儿童用笔把画在纸的两点连成直线。当儿童学会两点之间的连接以后,可以增加点的数量,变换点与点之间的位置,指导孩子在连接以前要仔细地观察与计划。

(4) 画圆圈:让儿童学习画各种各样的圆圈,大的、小的、扁的、圆的等。

(5) 画几何形状:让孩子画正方形、长方形、菱形、三角形等规则图形与各种不规则图形。

(6) 字母与数字:在纸(或黑板)上抄写字母与数字。

运动技能发育障碍的矫治与训练方法很多,值得指出的是,应根据儿童已有的水平和不同的特点,来选择合适的教育或矫治方法。将所要训练的内容作详细的一步一步分解,然后

针对孩子的不同水平确定训练内容的起点并逐步提高要求,在训练过程中,同时伴随必要的口头语言指导和动作示范指导,个别有困难的孩子,还得手把手地帮助,在训练过程中,必须及时肯定孩子的进步,要充分练习,又要防止单一化的重复练习,以免孩子厌倦,失去练习的兴趣。

(于得澧)

第四节 儿童言语和语言障碍

语言应用是学习、社会交往和个体心理发育过程中的重要能力。儿童言语和语言障碍又称为沟通障碍,在学龄前儿童中,沟通障碍是最为多见的一个发育性问题,7%~10%的儿童在言语和语言的发育上低于正常标准,而3%~6%的儿童有语言感受或表达障碍,并影响日后的阅读和书写。因此,早期发现、早期诊断和及时的治疗尤为重要。

一、儿童言语发育过程

婴儿在第一年的言语发育过程大致经历了5个阶段。

1. 第一阶段 从出生到4周。主要为哭或发出各种声音。婴儿最早的声音是出生时的哭,而且哭声有了分化。其次是进食声。当婴儿高兴时会发出类似于元音的声音。

2. 第二阶段 从1个月到4个月。这时的婴儿会发出咕咕声,这种声音更像元音,同时也有硬腭与舌根部作用发出的辅音g、k。

3. 第三阶段 从4个月到6个月。出现呀呀学语、玩弄发声和各种元音样的声音,而元音样的声音共鸣较好,并产生了音调。此外,婴儿偶尔有声带关闭,发出如同辅音和元音组成的音节“ba”,也有些声音接近辅音如b、p、d、t等。在6个月末时,随着口腔前部运动的发育,唇音则出现更多了。

4. 第四阶段 是从6个月到8个月。婴儿在这阶段出现较多的声音,能发出一连串重复的音节如da-da-da-da,并逐渐从一种音节转变到另一种音节,出现更多的辅音和元音的组合声。

5. 第五阶段 是从8个月到12个月。是回声和乱语的阶段,8个月的婴儿能较快地模仿即刻情景中听到的声音,称为回声。从9个月后,婴儿出现乱语,即发出一连串有音调的音节声,仿佛真的在说话一样。

1岁以后,普通话语音发育逐渐开始,直到学龄前期基本完成。

二、儿童语言发育过程

(一) 婴儿的语言发育

人类的语言包括了非言语的方式。尽管婴儿早期的交流是非言语性的,但他们可以用哭、音调、动作和面部表情进行交流,因此,婴儿期又称前语言阶段,在这个阶段中,下述行为

是语言的基础。

1. 啼哭行为 婴儿从出生至2个月内,每天间断啼哭的时间累计约2h。在最初数月内,当婴儿啼哭后,养育者迅速作出应答,如喂奶、换尿布或抱起,婴儿从中懂得了啼哭之后的结果,把哭作为传递需求的信号。

2. 眼神 新生儿的眼神交流是一掠而过或短暂的,而且只对有鲜明对比的几何形状或动感的人或物品有兴趣。约2个月末时,婴儿与养育者有眼神交流。

3. 社交性微笑 当婴儿看到养育者或听到其声音后,便出现了社交性微笑,这是一种对他人的应答,是交流性的,意味着婴儿认知和依恋的建立,而社交性微笑又加强了养育者和婴儿间的相互交流。

4. 玩弄发声 婴儿玩弄发声会引起养育者的注意,并引发亲近、搂抱和轻声说话的应答。其后养育者模仿婴儿发声,教婴儿模仿说话的游戏,转而婴儿出现了回声。

(二) 幼儿的语言发育

在1岁末,婴儿纵然不会说,但已有交流的意愿。随着第一个词语的出现,婴儿便进入了口语的阶段,用口语表达意愿,发展对话。

1. 口语阶段 幼儿会独自行走后,他们活动范围日渐增大。此外,幼儿已理解物体永恒的概念,在这一系列能力的基础上,幼儿语言发育进入了下述阶段。

1) 表达意愿 在幼儿初期,幼儿用发声或单字,并常伴随姿势来交流自己的意愿,这时幼儿所用的单字在不同的情境下表达不同的意思。

2) 发展对话 幼儿对话初期是将已会说的词语和姿势结合起来,以后当幼儿的词语迅速增加后,幼儿不仅能更多地应用词语,而且能对感兴趣的事物产生对话的主题。此外,幼儿早期和养育者的对话一般限于“此情此景”,着重于眼前的事物。当词汇量增多时,幼儿开始能说不眼前的事物,这需要预见事物的能力。而后,发展轮流交谈技能。

2. 最初的词语 幼儿第一个词语的产生不仅标志着从前语言阶段转入语言阶段,而且标志着语言应用的发展。第一个词语的产生大约在1岁。真正的词语必须符合2个标准:①持续对同一人、事或物使用同样的词语。②该词语接近正确的发声,而且能被人理解。大约18个月,幼儿的词汇可增加至50个,出现了词语的组合。

3. 词语的组合 大约1岁半时,幼儿在语言发展上又迈进一大步,即词语的组合。当幼儿出现二个词语组合时,其表达犹如电报式的语言,如妈妈看。另一个特征即线性关系的句法,犹如公式 $f(x)$, f 代表一个固定值即功能性词语, (x) 代表其他词语,如“还要(f)饼干(x)”。在此基础上,又发展了语义-句法的规则,在词语组合中出现了一系列结构,如主事者+动作(爸爸洗)、动作+宾语(洗车)等。

(三) 学龄前儿童的语言发育

学龄前儿童语言发育的一个明显的特征是语言的应用。在交流中能从一个话题自然地转向另一个话题,而且由于想像和记忆能力的发展,他们具有讲故事的能力。

1. 语言的应用

(1) 扩大交流的范围 学龄前儿童随着其经历的丰富和理解力的增加,交流的能力明显提高。他们交流的内容从日常活动诸如吃、穿、洗到户外活动。

(2) 自言自语 :学龄前儿童说话有时是自言自语式的 ,这是他们的一种自我满足 ,也是一种自我指导 ,例如在专注于图画涂色时 ,边涂边说 :“草是绿的 ,天是蓝的……”此外 ,自言自语还是一种情绪的表述 ,例如在上床入睡前轻声地在说 :“我喜欢妈妈 ,妈妈抱我”。

(3) 交流行为的分类 :学龄前儿童交流不只是得到物品或命名之 ,他们对物品的使用、描述等感到好奇 ,并逐渐在交流中察觉到“你来我往”的规则 ,用语言的游戏等。这时的语言行为大致有如下的七类 :①要求 ,如要求得到信息、给予澄清、得到允许等。②对要求的应答 ,如肯定、重复等。③描述 ,如对物、事、人的命名和叙述。④陈述 ,如表明态度、信念、预示等。⑤承认 ,即对他人要求的认可或同意。⑥组织 ,如在交流开始、结束时的礼仪形式。⑦特殊情况 ,如嘲笑、开玩笑、抱怨等。

(4) 交流技能的发展 :学龄前儿童交流技能的发展体现在连贯性上 ,具体表现为主题明确 ,而且随年龄增长 ,主题的概念越来越明确。但是 ,开始时 ,交流的主题只是对熟悉的活动用提问和回答的方式 ,或把当时情景作为交流的主题 ,以后 ,交流的主题延伸到喜欢或不喜欢的事 ,回忆最近的事 ,表达自己和他人的情绪等。再进一步 ,交流出现轮流 ,即两人说话中 ,你说我听和我说你听。更进一步 ,交流过程中运用推测 ,提炼有关的信息。

(5) 讲述故事 :讲述主要包括 4 种类型 ,①描述。②设定场景 ,描述角色 ,关系和场景中刚发生的事。③事件和人物的描写 ,其中包括儿童本人的评价和解释。④讲述故事。

2. 语义的发展 :学龄前期儿童能轻松地学习新词语 ,并把有关联的词语结合起来应用。

3 岁儿童的词汇 900 ~ 1 000 个 ,5 岁时可增加 1 倍 ,2 100 ~ 2 200 个 ,但个体差异很大。到 6 岁时 ,单词量可至 2 500 ~ 3 000 个。

学龄前儿童学习新的单词有二个阶段 ,第一阶段为快速学习 ,即儿童听到新单词后 ,迅速储存某些最基本的信息 ;第二阶段为扩展学习 ,即逐渐扩充和修正新学单词的词义。第二阶段需数月甚至数年的时间。

在学龄前期儿童掌握的词汇中 ,增加了反义词 ,如大与小、多与少、高与低等。这个时期的儿童也增加了颜色的词语。此外 ,大多数 4 岁儿童能掌握空间性的词语 ,如“里面、上面、下面”等 ,还有家属关系的词语。

(四) 学龄期儿童的语言发育

这个时期的儿童在语言发育上有了质的飞跃 ,能把自己的经历整合于对语言的理解和应用中。在语法方面 ,学龄儿童能理解和应用各种问句及各种复合句 ,还能应用并列句等复杂的语法。

1. 语义的发展和变化

(1) 词汇的理解 :学龄儿童的词汇在进一步的发展中。1 年级儿童大约能理解 20 000 个词汇 ,到 6 年级时能理解约 50 000 个词汇 ,而到高中时 ,已达到 80 000 个词汇。

(2) 词汇的解释 :学龄儿童对词语的解释以概括性和逻辑性为主 ,一般约到小学 6 年级时 ,儿童能对词语给出相对正规的定义 ,即根据分类、功能和特征作出解释。

(3) 词语的结构 :学龄儿童词语的组织呈现其灵活性 ,反映了他们的逻辑水平 ,不同年龄水平的儿童 ,词语结构有不同的形式 ,儿童最初的词语结构是以主题的形式 ,例如要求儿童想与“汽车”有关的词语时 ,儿童可回答“人行道、马车、娃娃”等一系列的玩具。然后 ,词

语的结构进入分类的形式,儿童能说出与车有关的玩具。接着儿童的词语结构趋向语句化,例如当问起与“汽车”有关的词语时,儿童回答道:“开到公园去”。学龄儿童在上述基础上逐渐过渡到同义语的水平,他们会回到“卡车、公共汽车”等词语上。

(4) 词义的联想:学龄儿童能从某一词语联想到其他一系列关联的词语。例如当说到“消防车”时,儿童由此会产生一系列有关的词语,如消防人员、警报器、报警站、居民等。

(5) 较全面的语言能力:6~7岁的儿童才有较全面的语言能力,例如小学儿童能欣赏开玩笑中的幽默词语,理解词语的多个含义,在不同的情境,对不同的人使用不同方式的语言,而且能理解较浅显的成语表达。

2. 语言的应用

(1) 对话技能:学龄儿童的对话变得流畅和成熟起来,能围绕主题,对不同的人进行不同的交谈,在交谈中能推断他人的情绪、想法和意图,而且逐渐迎合外界的习俗,使用礼貌用语表示需求、赞扬,也会保持对话的进行或补救对话中的过失。

(2) 叙述技能:学龄儿童较好地理解了因果关系,在叙述中能使用连接词把有关的内容串联起来。在叙述事件或讲故事中,根据情节中的时间、地点、情景和内容进行清楚的表达。大约9岁的儿童能有条理地陈述事情。

(3) 教学语言:作为学生,学龄儿童面对的是不同情景下的语言,教学语言是学龄儿童每天所面对的、不同于日常生活中的语言。这类语言是面对一群学生,所阐述的内容又是较抽象的。此外,教学语言还包括教科书的语言。低年级的教科书往往是叙述性的书面语言。内容为儿童所熟悉或感兴趣的,从2年级开始,教科书的内容就呈现“学业”性了,而且文字更有结构性和正规性。

3. 阅读和书写 传统的观点认为译解声音与文字的联系是阅读的基础,阅读过程中体现了四种功能:一是文字中字母和有关声音的联系;二是词语的顺序;三是词义;四是经验的联系。阅读的发展经历六个阶段,第一阶段从1~6岁,儿童能认印刷的字体和自己的名字,并能写自己的名字;第二阶段为6~7岁,小学1~2年级的儿童,能发出单词的音,读简单的故事;第三阶段为7~8岁,2~3年级的儿童,阅读简单的故事较流利,根据拼音读出不熟悉的词语;第四阶段为9~14岁,4~9年级儿童,能应用已有的阅读技能理解较复杂的课文;第五阶段是15~17岁的青少年,用阅读技能获得特定的信息和新的知识;第六阶段为成人时期,使用阅读进行重要的分析,把信息整合为新的理念。

在阅读发展过程中,书写能力也随之发展。3~4岁的儿童,书写表现为逐渐从乱涂线条到划水平线、垂直线,并且从左至右,从上至下,但此时不能将声音与书写联系起来。5~6岁的儿童开始意识到二者的关系,但对书面文字尚不能很好地理解。6~7岁的儿童,书写能力表现在拼音和抄写词语。7~8岁的儿童逐渐熟练地掌握书写技能,会用词语造句,并以书写的形式表达。8岁以上的儿童,写作表现在以书面语言的形式表达自己的思想、理念、情感和经历,这是有别于口头语言的另一种语言表达方式。

三、病 因

1. 听力障碍 听觉是语言感受的一个重要的渠道,当儿童听力受损害后,不管是传导性的、还是感觉性的,都不能正确地察觉声音信号,产生程度不等的语言发育迟缓,其迟缓的

严重度受多种因素的影响,诸如听力损害的程度、发生的年龄、矫治听力的年龄、矫治的合适性等。传导性听力障碍伴有反复和长期的中耳炎、同时有渗出,这对早期言语和语言发育可产生不良的影响。虽然传导性听力障碍一般不超过 20~30dB,最大可在 50dB 左右,但明显影响小儿言语的辨认。长期中耳渗出在儿童早期可引起语言表达延迟,在学龄初期出现语言问题。此外,也有研究听知觉和听觉辨认对语言的影响,表明中枢性的听觉信息处理问题使小儿对听觉刺激的辨认、分析和储存出现困难、特别在有相似音时更觉困难。

2. 精神发育迟滞 语言发育迟缓的最常见原因是精神发育迟滞。虽然语言发育进程是按照正常儿童的顺序,但其速度比正常儿童慢,当环境对儿童语言的要求增加时,语言的问题就更为明显了。某些染色体和遗传性疾病伴有语言障碍,例如唐氏综合征的儿童有程度不等的语言障碍,脆性 X 综合征儿童的语言障碍为韵律和语言内容上有特别的形式。

3. 孤独症 孤独症的一个重要特征就是交流障碍,并伴有交往障碍和刻板的重复性动作。孤独症儿童的语言障碍可表现为完全不理解、没有语言,或言语过于刻板、学究式的,并有夸张的韵律。语言应用也出现问题,出现回声样语言,非言语的交流也很差,几乎没有眼神交往,面部表情和姿势也很有限。

4. 神经系统疾病 脑性瘫痪儿童因神经运动通路的障碍而影响说话,常出现构音障碍,他们对语言的感受能力比表达好得多。儿童左侧大脑的病变对语言、阅读、书写的影响较右侧大脑病变的影响更大。临床上一些左脑病变的儿童往往保存了原有的语言能力,因为右脑代替了左脑的功能,这说明右脑功能具有可塑性。大脑的损伤或肿瘤使儿童产生获得性失语症,即在儿童发展了说话成句的语言能力后,因为大脑的病灶致使语言损害。临床上出现不同类型的失语症,例如儿童听觉理解障碍但言语流利,称为感觉性失语症;对目标物不能命名的称为命名性失语症;难以找到适当词语表达称为传导性失语症;言语不流利且费力的称为运动性失语症。近年来,一些少见的神经学因素引起的语言障碍引起人们的关注,这就是获得性失语综合征伴抽搐障碍或称为 Landau-Kleffer 综合征。这个综合征使原来语言能力正常的患儿出现语言感受(和)表达的倒退现象,其严重度可达到完全的听觉失认,即不能辨认环境的声音。患儿脑电图表现异常,有两侧的尖慢波,至少 2/3 患儿有各种类型的癫痫。有些患儿的语言能力可恢复,但 50% 的患儿有严重语言缺陷。有些脑积水的小儿在语言发育方面可表现的特征是:使用长的复合句,词汇较老练,但没有实质性内容。

5. 行为障碍 语言障碍和行为问题之间有密切的关系,两者可以互为因果。从原因方面来看,明显的情绪创伤或心理社会的不良因素可影响儿童语言发育或引起语言障碍。

6. 环境剥夺 儿童的语言发展与环境有关。父母在和子女交往中所使用的词汇量,在言语交流中如何重复和扩展词汇直接关系到儿童词汇量的增长和语言发展的速度,儿童语言能力的良好发展并非来自于电视或广播。如果儿童生活在缺乏语言刺激的环境中则可能造成语言发育迟缓,而当这些儿童给予治疗性干预后,其语言功能出现明显的改善。

四、临床表现

1. 构音异常 说话不清晰,有的小儿是个别发音的错误,有的则是很多的错误,以致他

人听不懂。常见的构音异常有以下几种。

(1) 舌根音化 :即以舌根音如 g、k、h 代替大多数语音 ,例如把“耳朵”说成“耳郭” ;“草莓”说成“考莓” ;“头发太长”说成“头发盖扛”。这些儿童常常用舌根磨擦音代替舌前位的发音。

(2) 舌前音化 :即以舌前音 d、t 代替某些语音 ,例如“乌龟”说成“乌堆” ;“公园”说成“东园” ;“裤子”说成“兔子”。

(3) 不送气音化 :汉语中有许多音如 p、t、k、c、s 等是送气音。当儿童把送气音用不送气的音作替代 ,即为错误。如“婆婆”说成“跛跛” ;“泡泡”说成“抱抱”。说明儿童存在气流与语音协调的问题。

(4) 省略音化 :即省略语音的某些部分。例如“飞机”省略辅音“飞”后变“飞一” ;或把复韵母 ao、ie、iu、ang 等省略或简单化 ,如把“蚊子”说成“无子” ;“汪汪”说成“娃娃”。

2. 噪音问题 可以是功能性的 ,也可以是器质性的 ,表现为音调、响度、音质共鸣的异常。这些异常可以单独存在 ,但常同时存在言语或语言的问题 ,从而形成复合的沟通障碍。

最常见的音质问题是声音嘶哑 ,持久的或进行性的声音嘶哑 ,特别是伴有喘鸣或可听见的呼吸音 ,需要进一步用纤维镜检查 ,以发现咽乳头状瘤、先天性声门蹼或声带结节。儿童声带结节常常因为大声说话或不停地说话所致。声带麻痹表现为嗓音柔软或缺如、弱的、喘息样的哭声。

共鸣异常表现为鼻音过重或过轻 ,儿童腭裂、黏膜下腭裂、神经功能障碍影响声门关闭问题造成鼻音过重 ,而严重上呼吸道感染或鼻炎可造成鼻音过轻。儿童腺样增殖体肥大可出现慢性的无鼻音的发声。

3. 流利性问题 儿童说话流利性问题表现为说话中有停顿、重复、延长和阻塞现象。常始于 2.5~4 岁的儿童。

(1) 重复 :小儿在言语和语言发展过程中 ,重复可看作是正常现象。但是当重复过于频繁 ,每 1 000 个词语中超过 50 次重复 ,需要干预。

(2) 延长 :在说某词语时拖长某一声音。

(3) 联带动作 :当小儿说话不流利时 ,伴随一些动作 ,如面部扭曲、张大嘴、伸舌、瞪眼、下颌抽搐等。

4. 语言问题 儿童语言问题常用语言迟缓和语言障碍的术语。语言迟缓指儿童语言发育遵循正常儿童的顺序 ,但速度较慢 ;语言障碍指儿童语言发育偏离了正常的顺序 ,语言学习方式常有差异。

临床上明显的表现为语言表达问题。有些儿童迟迟不说话 ,有的说话明显少于同龄儿童。一般将儿童语言问题分为三种类型 :①语言表达障碍 :小儿语言的理解正常 ,但表达特别困难 ,无生理性缺陷所致的发音困难。②语言感受和表达的混合性障碍 :小儿能听到声音 ,但不解其意 ,能理解手势或姿势 ,能学习阅读 ,但不会表达。③语言信息处理问题 :小儿说话流利 ,但内容非常肤浅 ,而且在语言交流中 ,难以保持话题 ,小儿只关注自己所选择的话题上。

五、诊 断

1. 病史 主要由父母和抚养者提供信息 ,了解目前小儿的语言情况、说话清晰度、发声状况、表达的流利性等 ,还应了解小儿认知、社交和行为表现。以往的情况包括出生史、发育史、疾病史、家族史等。
2. 体格检查 一般的体格检查 ,并注意口腔器官的异常 ,如畸齿、腭裂、舌系带问题等 ,口腔运动功能的检查包括下颌的位置是否居中、嘴唇的运动、舌的位置和运动、口的轮替运动、发声情况等。
3. 行为观察 行为观察常常在与小儿的游戏中获得信息 ,观察内容包括游戏的技巧、眼手协调、大运动、注意力、自发语言和沟通技能等 ,了解儿童认知水平及言语语言能力。
4. 听力测试 儿童构音异常、说话不清晰、迟迟不开口说话时均应常规做听力测试 ,可用声阻抗测听法、耳声发射、脑干诱发电位 ,以排除听力障碍对儿童言语和语言的影响。
5. 言语评估 儿童构音遵循一定的发育进程的 ,普通话的音素发育进程见表 12 - 1。根据该进程 ,对小儿做相应的言语评估。

表 12 - 1 普通话的音素发育进程

年龄(岁)	90% 标准	75% 标准
1.6 ~ 2.0	d、m	d、t、m、n、h
2.1 ~ 2.6	n	b、p、g、k、x、j、q
2.7 ~ 3.0	b、t、f、h、x	f
3.1 ~ 3.6	g、k	
3.7 ~ 4.0	p	
4.1 ~ 4.6	t、s、j、q、r、l	t、s、sh、z
4.6 +	sh、zh、ch、z、c	zh、ch、z、c

6. 语言评估 包括语言理解和语言表达。
- (1) 语言理解 :儿童语言发育中 ,理解先于表达。如果一个儿童只说少量的词语 ,事实上他应该懂得更多。评估儿童语言理解能力时 ,注意不能给予任何暗示 ,也应避免一些情景性的联系。评估中要符合儿童整体的发育水平 ,较小的儿童可用实物或玩具测试 ,较大的儿童可看图片回答 ,了解其是否懂得主体、动作、定位、属性等词汇。
- (2) 语言表达 :在评估儿童的语言表达能力时 ,一个十分重要的条件是要给孩子机会去表达而不是问太多的问题。年幼儿童可通过游戏化的情境诱导之 ,观察其表达能力、语言的流利性等 ,并记录下来。
- 由于我国语言治疗开展的时间不长 ,至今尚无完整的标准化语言评估测试。但是 ,非标准化的测试和观察也能客观地反映儿童的语言水平 ,应用中更为随意和自然 ,能获得可靠的信息 ,在当前更具有现实的意义。
7. 标准化测试
- (1) 图片词汇测试 :该测试于 20 世纪 70 年代末期进行了标准化 ,最初作为儿童智力筛查的工具。由于该测试采用图片和词汇联系的方式 ,反映了儿童的语言感受能力 ,故多用于

儿童语言迟缓或障碍的评估。

(2) 丹佛发育筛查测试 这是一项发育筛查, 早已有我国的量表, 主要用以了解婴幼儿的发育水平, 寻找与发育有关的语言发育迟缓, 并为语言治疗提供适合发育年龄的可行方案。

(3) 韦氏智力测验 包括学前和学龄初期、学龄期两种韦氏智力测验。主要用以了解儿童的认知水平及认知中的语言状况, 并根据其中的操作智商将语言障碍与智能迟缓区分开来。

六、治 疗

(一) 构音异常的治疗

1. 构音程序的训练 大多数发音错误的儿童并不能意识到自己的问题, 因此治疗开始时, 需要夸大儿童的错误发音, 并与正确音作比较, 让儿童听录音机中正确的和错误的声音, 要求其辨别, 一旦儿童能完全辨别, 而且意识到自己错误发音时, 则进入下述各水平的治疗。

(1) 音素水平的治疗 当儿童出现数个错误发音时, 治疗总是选择正常儿童最早出现的音(也即最容易的音)入手, 这个音称为目标音。首先帮助儿童认识正确发目标音的口形及其他特征, 其次进行听觉训练, 即区分目标音和另外一个声音, 接着让儿童比较自己发目标音和正确目标音之间的差别, 建立正确的感知, 最后用语音定位法, 让儿童看着发目标音时, 治疗人员的唇、舌、下颌的运动和口形, 让儿童对着镜子模仿发音。有的儿童在这过程中并不能立即学会发目标音, 于是, 治疗人员要寻找与目标音接近, 而且儿童又会发的过渡音, 从过渡音的模仿学习逐渐延伸到目标音, 其间要求儿童以镜子为视觉反馈, 观察自己的唇、舌、下颌位置, 有的发音甚至要用手体会声带振动情况。当儿童学会发目标音后, 则继续下一步治疗。

(2) 音节水平的治疗 一个新的目标音在初学时往往是脆弱而不稳定的, 如果不放在音节及其以后水平的治疗中进行强化, 就很容易丢失或仍旧回到原来的错误发音。音节水平治疗即把目标音与其他的元音或辅音组成无意义的音节, 让儿童在学习发音时巩固目标音, 只有在完全正确地发出音节后, 才可顺延至下一级水平的治疗。

(3) 单词水平的治疗 治疗人员在这时把目标音应用到有意义的单词中。这个新的发音可以放在单词的开始、中间或末尾, 单词的水平要符合儿童的认知水平, 而且是日常生活中经常出现的。治疗中可将单词与相对应的图片结合起来, 增加趣味性。

(4) 句子水平的治疗 治疗人员选择一些适合儿童的句子, 采用放慢说话速度、重复说、模仿说、与儿童一起说等方式进行治疗。在重复说时, 儿童必须跟随治疗人员说话的音调、强度和节奏。治疗人员有意在说话时发出儿童以往不正确的发音, 训练儿童能否善于发现并自行纠正。

2. 口腔功能的训练 口腔运动功能问题会影响说话的清晰度。因此, 临床上发现这类问题的儿童必须进行口腔功能训练, 包括①增强口腔黏膜的本体感, 即要求每天按压或轻柔快速地弹击儿童的面颊、下颌、唇部, 用软硬适中的牙刷或硅胶棒刺激口腔内的舌、牙龈、颊黏膜和硬腭, 改善食物质地, 从软向硬。②改善口腔协调运动如教吹泡泡、喇叭、吸管吸食,

模仿动物叫声、口腔快速轮替运动等。

（二）语言异常的治疗

语言治疗包括四个方面,即制定目标、方法、策略和家庭的配合。

1. 制定目标 在制定语言治疗的目标时,维果斯基(Vygotsky)的“最接近发育水平”理论是主导原则,即所定的目标应略高于个体儿童的发育水平,但又使儿童在帮助下能够达到。例如,当儿童只会讲一个字时,在治疗时可用叠词,然后向2个字的词语发展;当儿童只会说短语不会成句时,治疗中略为扩展词语,让儿童模仿,使他建立一个模式,逐渐向句子过渡。

2. 治疗方法 语言治疗应在有意义的情景中进行,并伴随着玩具和游戏活动。语言治疗方法有两种,一种是以治疗人员为中心的方法,主要采用练习、游戏中操练和塑造三种形式。①练习:即给儿童任务,告诉他给予应答,如学说字或单词。这种形式比较单调,儿童常缺乏动力。②游戏中操练:即先给儿童一个游戏活动,要求儿童按要求学习所定的语言目标,当目标完成后,给予儿童感兴趣的的游戏活动强化目标的应答。③塑造:是给儿童听觉刺激,逐步诱导儿童产生接近目标的反应。这三种形式均在治疗人员有序安排下进行的,适用于年幼儿童或严重语言异常的儿童。另一种是以儿童为中心的方法。治疗人员将制定的目标作为游戏中的一个部分,跟儿童边说边玩,有意引导儿童,一旦儿童达到所定的目标,治疗人员立即给予反馈,与其交流。治疗人员与儿童互动过程中,不断地应用模仿、组词、扩展的技能作为示范。该方法适用于固执、怕羞的儿童,也适用于有一定语言能力的学前儿童。

3. 治疗策略 对尚未开口、只有理解的儿童,治疗采用前语言阶段的干预。干预的内容包括对声音、物品的注意,与他人共同玩耍,可玩一些轮流性和想象性的游戏。在干预中所用的策略如下:①用单词或叠词作语言刺激,反复应用于环境中,称为“听力轰炸”。②将儿童感兴趣的物品和玩具与单词相匹配。③鼓励儿童用姿势、发声作交流,不必理会其发音不佳。④用最简单的语言与儿童交流。⑤纠正哭叫、发怒、扔物等不良的交流。⑥创设情景,促使儿童与他人交流,并迅速给予应答。

对已经有语言,但内容少、形式简单的儿童,要求其模仿治疗人员的说话,诱导自发性的表达,并应用在生活中。干预中用的策略是在想象性游戏中,使儿童模仿。治疗人员在示范性语言中用手势和动作加强儿童的感受,激励儿童有意识的交流;创造各种机会与儿童对话;在角色扮演的游戏中教儿童生活用语,如去商店购物,接待来访朋友,礼仪等。

4. 家庭配合 父母和抚养者在儿童语言发育和语言治疗中起着非常重要的作用。父母需要积极地参与,在生活中应用语言治疗的方法和策略,向着治疗的既定目标努力。如今临床的语言治疗模式就是治疗人员与家庭之间的协作和配合,在实践中已证实是富有成效的。

（三）噪音问题的治疗

在儿童中,噪音治疗主要用于对听力障碍和精神发育迟滞儿童的发声训练,包括音调、响度、清浊音、起音和声时的训练。目前国内已利用电脑的多媒体功能,采用临床医学软件

作为一种治疗手段,结合个体治疗中的其他方法,如改变响度、喉部按摩、半吞咽、改变舌位、减少硬起音、放松、呼吸训练等,从而达到治疗效果。

(四) 语言不流利的治疗

年幼儿童的语言不流利与口吃难以区分,当这种不流利现象十分频繁时,常常采用非直接的治疗,如儿童的游戏、父母的指导、改变父母与儿童的交往方式、调整环境等。之所以采用间接的治疗方法是因为避免让儿童因刻意矫治语言不流利而引起紧张。治疗人员要劝告家人不要指正孩子的不流利说话,让他重说和复诵。可设计一些游戏性情境,如故事接龙、儿歌、童谣等,促进语言的流利性。

(五) 听力障碍的干预

1. 听觉信息处理 包括听觉察觉、听觉注意、听觉辨认和听觉综合。

2. 听觉表象和认识 即当小儿听到声音后,能浮现声音的“图像”。例如,让听力障碍小儿听到喇叭声时,能指出喇叭的图片。年幼儿童的听觉表象往往是物品、动作或事物。随着年龄的增长,儿童在听觉刺激中更为精确地内化听觉表象,形成事物的概念,即听觉的认知。

3. 听觉象征性和理解 口头语言是一种包含各种声学特征的密码,在一定的社会和文化中,这一密码组成有意义的词语。听觉损伤儿童在听功能训练中要学会解释和理解这一密码,把听到的口头语言作为一种象征,与所指的事物对应起来,产生语言的意义。

七、预 防

小儿自出生后,应生活在丰富的语言环境中,并且定期进行听力筛查和发育监测,一旦发现异常,立即进行干预。在临床中,及早识别语言发育异常的警告信号是非常重要的,详见表 12-2,以进一步证实问题的存在,及早干预。

表 12-2 语言发育异常的警告信号

年 龄	表 现
12 个月内	2 个月对熟悉的声音和脸无微笑
	3 个月对他人无微笑
	4 个月不能试图模仿声音
	8 个月无呀呀学语
	8 个月不能玩“躲猫猫”游戏或对此无兴趣
	12 个月不能说一个字的词
	12 个月无任何手势,如挥手“再见”或摇头
	12 个月不能指点任何物品或图片
12 ~ 24 个月	18 个月不能使用 15 个单词
	18 个月用手势代替说话表示需求
	18 个月不愿模仿声音,或有限地运用辅音和元音
	2 岁不能讲 2 个字的话
	2 岁不能模仿单词或动作
	2 岁不能听从简单的指令

(续表)

年 龄	表 现
24 ~ 36 个月	3 岁不能将单词组成短语或句子 3 岁不能自发地与人交流 3 岁不能准确发“ b、p、m、d、t、n、l、g、k、h ” 与人交流时常常表达受挫 局限于玩某些玩具或反复玩某些玩具 词汇有限 不能与他人交往或游戏 不能理解或回答简单的问题
4 岁	外人(非家庭成员)不懂其说的话 不能复述简单的故事 ,或不能清楚地回忆最近发生的事件 句子发音错误多 ,或替代或遗漏一些音

(金星明)

参 考 文 献

1. 陈文德著. 学习困难儿童指导手册. 感觉统合疗法. 北京 :中国少年儿童出版社 ,1996

2. 徐芬编著. 学业不良儿童的教育与矫治. 杭州 :浙江教育出版社 ,1997

3. 陶国泰主编. 儿童少年精神医学. 南京 :江苏科学技术出版社 ,1999

4. 徐韬园主编. 现代精神医学. 上海 :上海医科大学出版社 ,2000

5. 林薇编著. 学习的烦恼. 北京 :北京出版社出版 ,2000

6. 中华医学会精神科分会编. 中国精神障碍分类与诊断标准. 第 3 版 ,济南 :山东科技技术出版社 ,2001

7. 陈彦方主编. CCMD-3 相关精神障碍的治疗与护理. 济南 :山东科技技术出版社 ,2001

8. Aman MG ,Buican B ,Arnold LE. Methylphenidate treatment in children with borderline IQ and mental retardation : Analysis of three aggregated studies. J. Child Adolesc Psychopharmacol 2003 ,13(1) 29 ~ 40

9. King BH. Psychopharmacology in mental retardation. Curr Opin Psychiatry 2002 ,15(5) 497 ~ 502

10. Masi G ,Favilla L ,Mucci M. Generalized anxiety disorder in adolescents and young adults with mild mental retardation. Psychiatry 2000 ,63(1) 54 ~ 64

11. Lindenmayer J P ,Kotsaftis A. Use of sodium valproate in violent and aggressive behaviors : A critical review. J Clin Psychiatry 2000 ,61(2) 123 ~ 128

12. Hellings-JA. Psychopharmacology of mood disorders in persons with mental retardation and autism. Ment Retard Dev Disabil Res Rev ,1999 ,5(4) 270 ~ 278

13. Ruedrich S ,Erhardt L. Beta-adrenergic blockers in mental retardation and developmental disabilities. Ment Retard Dev Disabil Res Rev ,1999 ,5(4) 290 ~ 298

14. Davanzo PA ,Belin TR ,Widawski MH. Paroxetine treatment of aggression and self-injury in persons with mental retardation. Am J Ment Retard ,1998 ,103(5) 427 ~ 437

15. Hellings JA ,Kelley LA ,Gabrielli WF. Sertraline response in adults with mental retardation and autistic disorder. J Clin Psychiatry ,1996 ,57(8) 333 ~ 336

16. Lewis MH ,Bodfish JW ,Powell SB et al. Clomipramine treatment for self-injurious behavior of individuals with mental retardation : A double-blind comparison with placebo. Am J Ment Retard ,1996 ,100(6) 654 ~ 665

17. Ricketts RW ,Goza AB ,Ellis CR. et al. Fluoxetine treatment of severe self-injury in young adults with mental retardation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ,1993 ,32(4) 865 ~ 869

18. Mner C ,Willemsen Swinkels SHN ,De Jonge Met al. Open-label study of olanzapine in children with pervasive developmental disorder. J Clin Psychopharmacol 2002 ,22(5) 455 ~ 460

19. DeLong GR ,Ritch CR ,Burch S. Fluoxetine response in children with autistic spectrum disorders : Correlation with familial major affective disorder and intellectual achievement. *Dev Med Child Neurol* ,2002 ,44(10) : 652 ~ 659
20. Barnard L ,Young AH ,Pearson J et al. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *J Psychopharmacol* 2002 ,16(1) 93 ~ 101
21. Owley T ,McMahon W ,Cook EH et al. Multisite , double-blind , placebo-controlled trial of porcine secretin in autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 ,40(11) 1 293 ~ 1 299
22. Posey DJ ,Guenin KD ,Kohn AE et al. A naturalistic open-label study of mirtazapine in autistic and other pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001 ,11(3) 267 ~ 277
23. Buchsbaum MS ,Hollander E ,Haznedar MM et al. Effect of fluoxetine on regional cerebral metabolism in autistic spectrum disorders : A pilot study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001 ,4(2)119 ~ 125
24. Aman MG ,Langworthy KS. Pharmacotherapy for hyperactivity in children with autism and other pervasive developmental disorders *J Autism Dev Disord* 2000 ,30(5)451 ~ 459
25. Buitelaar JK ,Van der Gaag RJ ,Van der Hoeven J. Buspirone in the management of anxiety and irritability in children with pervasive developmental disorders : Results of an open-label study. *J Clin Psychiatry* ,1998 : 59(2) 56 ~ 59
26. Martin A ,Koenig K ,Scahill L et al. Open-label quetiapine in the treatment of children and adolescents with autistic disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* ,1999 ,9(2) 99 ~ 107
27. McDougle CJ ,Brodkin ES ,Naylor ST et al. Sertraline in adults with pervasive developmental disorders : A prospective open-label investigation. *J Clin Psychopharmacol* ,1998 ,18(1) 62 ~ 66
28. McDougle CJ ,Naylor ST ,Cohen-DJ. A double-blind , placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry* ,1996 ,53(11) 1 001 ~ 1 008
29. Kolmen BK ,Feldman HM ,Handen-BL et al. Naltrexone in young autistic children : A double-blind , placebo-controlled crossover study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 ,34(2) 223 ~ 231

第十三章 儿童心身疾病的治疗

心身疾病(psychosomatic disease) 是一组与精神紧张有关的躯体疾病。它们具有器质性病变的表现或确定的病理生理过程, 心理社会因素在疾病的发生、发展、治疗和预后中起重要的作用。在 DSM-IV 中, 此类疾病被称为“ 心理因素影响的医学情况 ”(psychological factors affecting medical condition)。①存在某种医学情况(即轴 III 诊断的躯体疾病)。②心理因素以下列方式之一对疾病产生不良影响 : 心理因素影响疾病的进展, 加剧或延缓康复, 从而与病程有关 ; 心理因素干扰治疗 ; 心理因素对个体构成额外的健康风险 ; 与应激有关的躯体反应触发或加重躯体疾病。

精神紧张及由此产生的情绪变化或应激, 通过自主神经系统、内分泌系统与免疫等中介机制, 使躯体器官发生病理生理与病理组织改变, 出现心身疾病。

第一节 儿童肥胖症

肥胖症(obesity)是由于能量超过消耗, 导致体内脂肪聚集过多而造成的疾病。一般认为体重超过同年龄、同身高小儿正常标准体重的 20% 即可称为肥胖。有些儿童尽管体重超重, 但不是脂肪组织过多, 而是因为肌肉、骨骼发达引起, 因此并不是肥胖。

一、概 述

儿童肥胖症的发生率为 3% ~ 5% , 大多数属于无明显病因的单纯性肥胖, 占儿童肥胖的 99%。单纯性肥胖症已成为全球性的疾病, 日益威胁着人类的健康。1986 年 9 大城市对 167 065 名儿童的调查显示肥胖症发生率为 0.91%。1991 年天津市儿童肥胖症发生率为 9.6%。1995 年 30 个省市 7 ~ 22 岁 30 万人群中肥胖检出率以城市为高。2000 年北京对 3 ~ 6 岁学龄前儿童肥胖症调查的结果为 3.9% , 而且 3 岁、4 岁、5 岁、6 岁各年龄段的检出率分别为 2.2%、2.8%、4.6% 和 6.2% , 肥胖症的检出率随年龄有增加趋势。

肥胖儿童是成人期肥胖的危险因素, 10% ~ 20% 的肥胖婴儿将成为肥胖儿童, 40% 的肥胖儿童将成为肥胖青少年, 75% ~ 80% 的肥胖青少年将成为肥胖成人。肥胖不仅影响人的形象、心理和生理的发育, 而且也往往是成人期发生高脂血症、高血压、糖尿病、冠心病、卒中、胆囊炎和胆结石等疾病的隐患, 故应及早防治。

二、肥胖症的病因

1. 社会因素 在不同社会文化背景中,此症的发生率相差悬殊。发达国家中发病率高。肥胖症以女性多见,发病率随年龄增长有上升趋势,社会经济阶层较低者患病率高。太平洋岛国汤加民俗以胖为美,故胖人甚多。

2. 遗传因素 虽然环境的作用十分明显,但在一些动物和人确实存在肥胖的遗传因素。根据对生后即离开父母被收养的 800 名儿童的研究,发现儿童体重指数(BMI)与亲生父母 BMI 成明显正相关,并且与母亲的 BMI 相关最显著,与养父母的 BMI 无相关。对同卵双胞胎与异卵双胞胎的研究也指出 80% 的体重变化是由遗传因素产生的。

3. 发育因素 10 岁以下的儿童发生肥胖时除体内脂肪细胞变大外,数量也明显增加,可 5 倍于正常体重儿童。肥胖症的发生随年龄增加而上升,50 岁左右达发病高峰,其发病率约为 20 岁人群的 2 倍。成人的肥胖主要表现为体内脂肪细胞变大,总数量不变。

4. 情绪因素 肥胖与情绪因素的关系较为复杂,情绪变化时常常伴有饮食变化乃人所共知,但研究并未发现在这一点上一般人与肥胖病人有何不同。有两种肥胖症,被认为与情绪因素有特殊的联系。一种是周期性贪食(bulimia),约占肥胖症的 5%。患者常有大量进食的欲望,自己不能控制,进食时速度快且进食量大,而后又感内疚烦恼。另一种为夜间多食症状群,约占肥胖症的 10%,女性较多见,表现为早晨厌食,白天情绪波动较大,可有烦恼抑郁,夜间多食,常有失眠,生活事件常为诱发因素。

5. 体力活动 活动能消耗热量,亦能提高基础代谢率,有研究发现在体力活动停止后几小时内,基础代谢率仍高于平时。动物实验发现体力活动增加时摄食反而下降,临床观察也发现肥胖者在清闲无事、活动减少的情况下食量与体重增加,而在忙碌与活动量增加时食量与体重下降,如同俗语所说“行人饱,坐人饥”。进食过多,肥胖儿童多系摄入过高热量和高脂肪物所致,过多能量的摄入超过体内代谢的需要转化成脂肪贮存在体内而导致肥胖。独生子女肥胖儿较多,与食物结构不合理及不良的养育方式有关。运动过少,即使未摄入过多的高热量食物,如小儿活动过少也可引起肥胖。

三、肥胖的病理生理

肥胖可因脂肪细胞数目增多或体积增大引起。人体脂肪细胞数目在胎儿出生前 3 个月(孕 7~9 个月),出生后第一年内(婴儿期)及 11~13 岁 3 个阶段增多最迅速。因此,认为若肥胖发生在这三个时期,可引起脂肪细胞增多型肥胖,而不在脂肪细胞增殖时期发生的肥胖,只是脂肪细胞体积增大而数目正常。

四、临床表现

单纯性肥胖可发生在儿童的任何年龄阶段,一般在 1 岁以内、5~6 岁和青春前期好发。患儿的体重往往超过体重标准的 20% 以上,食欲佳,一般都有过量进食、喜吃油腻荤食和淀粉类食物、甜食和零食的习惯。

单纯肥胖者皮下脂肪虽多,但分布均匀。面部脂肪堆积,形成双下颌,口、鼻相对变小,躯干及双乳、腹、肩部脂肪堆积为多。乳房脂肪堆积,无论男女常被误诊为乳房发育。男性往往因阴茎陷入阴阜组织被认为小阴茎,或睾丸陷入腹股沟处被误诊为隐睾。四肢脂肪以上臂和大腿堆积为多,使手足相对变小,指(趾)变细。重度肥胖儿的腹部、臀部和大腿皮肤往往出现粉红和紫红色裂纹。

患儿因肥胖行动不便易受同伴取笑,日久会造成心理障碍,自卑、孤独、不合群、胆怯,影响社交。自我形象和自我意识下降,减少与同伴和周围人群接触和交往,形成内向、孤独和缺乏竞争力,影响学习、自信和竞争能力。

五、诊 断

单纯肥胖症是一个与生活方式密切相关,以过度营养、运动不足和行为异常为特征的全身脂肪组织过度增生的慢性疾病。单纯肥胖症的诊断需要从病史、症状、体征、实验室检查等几个方面综合进行。

1. 年龄别体重(weight-for-age) 根据不同年龄组体重的正常值来检出肥胖是最简单的方法。

2. 相对体重指数(relative weight index) 将个体的实际体重与标准的平均体重或理想体重相比,所得的比值即是相对体重指数。

3. 身高别体重(weight for height) 将儿童生长发育数值按不同身高值(一般以1~2cm为组距)列出相应标准体重值。该体重值可以用均值±标准差(或用百分位)数值来表达。超过该标准值20%~29%为轻度肥胖,30%~49%为中度肥胖,超过50%者为重度肥胖。

4. 皮褶厚度(skinfold measurement) 用测量皮褶厚度来估计皮下脂肪厚度(subcutaneous fat thickness)是直接测量局部体脂的一个方法。常用测量部位有左侧肩胛下、肱二头肌、肱三头肌和髂肌、上腹壁等。目前倾向于做多处测量取其总和或均值。

5. 总体脂测量(measuring total adiposity) 直接测量总体脂含量,方法有体密度法、液体比重检查法和 γ 光谱分析法。

六、治 疗

儿童肥胖症的治疗目的是阻止发展为成人肥胖,因而治疗方案以努力使体重接近理想状态,同时又不对身体健康及生长发育造成影响为原则。对于年龄小的超重儿仅通过维持其体重不增加即可达到此目的。

目前主要的治疗方法有药物治疗、外科技术、饮食疗法和行为治疗。几种疗法都是为了减少热量的摄入,造成入少于出的局面,从而使体重减轻。①药物治疗已有几十年历史,有用抑制食欲的药如苯丙胺、芬氟拉明等,亦有人用三环抗抑郁剂和单胺氧化酶抑制剂,报道有一定疗效。②外科技术治疗一般用于重度肥胖者,目前最多用小肠旁路技术,使食物通过小肠的途径缩短,吸收减少。术后常常体重明显下降,最多可减45kg。③饮食疗法指有目的地在饮食中减少脂肪、糖等高热量食物,一般将热量的摄入控制在每日5 020~6 276kJ(1 200~1 500kcal),使体重每周下降约0.5kg。身体素质较好的患者可采用蛋白质为主的

快速减肥法,每日摄入仅 1 673.6 ~ 2 928.8kJ (400 ~ 700kcal),每周体重下降可达 1.5 ~ 2.3kg,但时间不能长于 3 个月。饮食治疗时要注意补充维生素与微量元素。④行为治疗包括四个组成部分:自我监测——记录每日饮食与体重,发现需要矫正的行为,如进食过快等;营养教育——弄清人体必须营养及怎样保证热量平衡,加强体力活动——有计划运动,认知重建——克服适应不良态度及体像障碍,克服体重波动时产生的自我失败感。

(一) 单纯肥胖症防治对策

1. 治疗方案 以运动处方为基础,以行为矫正为关键技术,饮食调整和健康教育贯彻始终,以家庭为单位,以日常生活为控制场所,肥胖儿童、家长、教师、医务人员共同参与综合治疗方案,控制饮食,同时增加运动锻炼,纠正不合理的行为习惯,配合耐心的教育、疏导,解除患儿及家长的精神负担。医务人员监督下的治疗疗程至少为一年。

2. 儿童期不使用“减肥”或“减重”的概念,只使用“控制增重”作为指导思想。儿童肥胖症的治疗目标是达到理想体重,而又不影响正常生长发育,因此饮食和热卡限制不应过度,要循序渐进,不可使体重下降过快。轻度肥胖只要能维持体重不增长即可,随着身高增长,体重可接近目标体重。中、重度肥胖要积极地限制热量,使体重逐渐下降,但不可操之过急。

3. 禁忌使用的手段 儿童期控制肥胖禁止使用下述手段:①饥饿/半饥饿或变相饥饿疗法。②短期(短于 3 个月)快速减重。反复多次的减重/增重反复循环。③服用“减肥食品”、“减肥药品”、“减肥药物”或“减肥饮品”。④手术、物理治疗等手段去除脂肪。

4. 体重控制目标 有近期目标和远期目标。近期目标:①促进生长发育(特别是线性发育),增重速度在正常生理范围内。②提高有氧能力,增强体质健康。③体育成绩合格。④懂得正常的营养知识,会正确选择食物,知道哪些食物和生活方式不利于控制体重。远期目标:培养具有科学合理的生活方式,身心健康发育,没有心血管疾病危险因素的一代新人。

5. 去除造成肥胖症的危险因素 ①家长的过度爱护:宠富,错爱,过度保护,过度喂养。②西方饮食模式:高脂快餐,软饮料,甜食、冷饮,巧克力等。③传统饮食习惯中的陋习:暴饮暴食,大吃大喝,逼迫式劝饥劝食,重肉油,轻菜果。贪大块,大量,嗜腻厚。④体育运动少:运动量小,运动方式少,运动设施少。⑤静坐生活方式:活动空间小,懒,学习负担过重,过度保护。⑥生活行为方式:营养知识欠缺,食物选择不科学,喂养不当,进食习惯不良。⑦错误的观念:认为儿童越胖越好,身体越胖,体质越好,越健康。

6. 预防 ①人群一级预防 肥胖症的一级预防从两个方面着手,一是通过社会各种组织和媒介在人群中开展普遍的社会动员,使人们对肥胖症有正确认识(既不麻痹,又不紧张恐惧),改变不良的生活方式、饮食习惯和不合理的膳食结构等,使人群中肥胖症的危险因素水平大大降低,从而控制肥胖症的发生。另一方面是提高对危险因素易感人群的识别,并及时给予医疗监督,以控制肥胖症的进展。②婴幼儿期预防 强调母乳喂养。人工喂养时按婴儿实际需要进行适度喂养。在出生后 3 个月内避免喂固体食物。在出生后 4 个月时,如果小儿已经成为肥胖,应注意避免继续摄入过量热量,特别是在生后 6 ~ 8 个月时对肥胖儿童尽量减少奶摄入量,代之以水果蔬菜,并用全米、全面代替精米、精面的制品。家长不要把食物作为奖励或惩罚幼儿行为的手段。③学龄前期预防:养成良好的生活习惯和进食习惯。不要偏食糖类、高脂、高热食物。养成参加各种体力活动和劳动的习惯。可以走路时的场合不要坐车,上下楼要自己爬楼,不要坐电梯。养成每日都有一定量体育锻炼的习惯。上述习

惯的养成对一生的生活方式,特别是防治成人期静坐式生活方式都有重大影响。④青春期以及青春早期预防,这是一个关键时期,也是一个危险时期。特别对女孩,除了体脂增多外,心理上的压力、担忧、冲突也增多。追求苗条体型,使不少女孩引发对减肥的错误认识,片面追求节食、禁食,盲目服用减肥食品和药物,造成损伤或死亡。这一时期健康教育的重点是加强对营养知识膳食安排和运动处方训练的指导,正确认识肥胖等。对于已经肥胖或可能肥胖的青年应由专业医师给予个别指导,并且鼓励双亲参加,共同安排子女生活。

(二) 肥胖儿童的膳食调整

饮食调整不仅指对摄入热量进行严格计算和控制,同时有选择性地进食或避免进食某些食物,还包括对摄食行为、食物烹调方式进行调整。

对于年龄很小,或刚刚发生的轻、中度肥胖者可按不太严格的饮食调整方案(informal intake modification)进行治疗。这个方案的内容包括:要求肥胖者多食富含纤维素或非精细加工的食物。少食或不食高热量、高脂、体积小的食物,油炸食物,软饮料,西式快餐,甜食,奶油制品等。食物切成小块,进食速度减慢,小口进食。吃饭时间不要过长,吃饭时可用适当方式分散其对食物的注意力。教会孩子如何正确选择适宜食物和不同食物间如何替代。鼓励孩子独立选择食物并在生活中独立地做出决定。

对于中重度肥胖者,对其摄食量应予适当限制。每日摄入热量5岁以下儿童为2 512.08~3 349.44kJ,5岁以上为3 349.44~5 024.16kJ,青春期为6 280.2~8 374.6kJ。具体食谱可根据个人经济状况、口味、习俗及习惯来制定。视具体情况可以每日六餐制(早餐、午餐、晚餐,上午、下午和晚间小吃)。蛋白质、维生素、矿物质和微量元素应充分供应。严格进食那些易于造成脂肪堆积的食物。控制体重显效后,进行维持期热量供应。

(三) 肥胖儿童的运动处方

1. 设计原则 安全,有趣味性,价格便宜,便于长期坚持,能有效减少脂肪。
2. 设计要素 应重视有体重移动的运动,在这些运动中距离比速度更重要。还应注意柔韧性运动。
3. 运动形式 有氧运动,有氧运动与无氧运动交替,技巧运动。
4. 处方制定 测试个体有氧能力。将峰强度控制在以代谢当量为单位的90%,平均强度为其60%~70%之间。寻得安全的界值点。把减脂的任务均匀分配到3个月之内。
5. 处方内容 包括运动强度、运动频率、运动时间、运动期限。运动强度以平均强度为主,一般为最大氧消耗的50%(为最大心率的60%~65%)。运动频率为每周3~5次。运动时间为1~2h。运动期限以3个月为一个阶段,一年为一个周期。
6. 训练方案 每次训练必须先做准备活动(即热身运动),在每个训练活动间要有小休息。运动结束必须有恢复运动(即冷身运动)。身体不适/受伤时立即停止训练。必须学会自我保护技术。

(四) 肥胖儿童的行为矫正方案

1. 行为分析 通过与肥胖者访谈,与家长、教师座谈和观察分析基线行为。找出主要危险因素。

2. 制定行为矫正方案 根据肥胖者行为模式中的主要危险因素确定行为矫正的靶行为,设立中介行为。制定行为矫正的速度、奖励或惩罚、正性或负性诱导等。

3. 肥胖者记录行为日记 内容包括对刺激和刺激控制的第一反应,对行为矫正过程中的体验、困难、体会和经验。

4. 座谈会 包括父母亲、(外)祖父母、教师等有关人员。以深入了解肥胖儿童的生活、学习环境、个人特点。同时,协助创造有助于肥胖儿童持续坚持体重控制训练的环境。

5. 认知-行为治疗 这种认知行为模式(CBT)是一个综合的被证明是很有效的治疗方法,有较好的长期和短期疗效。这种方法不仅涉及饮食和活动行为,还要帮助建立更加健康的生活方式,包括营养学教育、身体锻炼、鼓励教育、进食方式改变、生活态度的改变及自我管理。增加活动是行为治疗的一个主要目标,活动日志和周计划有助于这一目标的实现。行为调节的另一项工作是要消除患儿的自卑和缺乏自信的心理,为此积极地鼓励和奖赏是很重要的,奖励可以是物质的或精神的。

(五) 儿童肥胖症的预防

预防肥胖症应从胎儿期着手,妊娠后期孕母过度营养可使胎儿脂肪细胞增殖,成为出生后肥胖的诱因。婴儿出生后6周至6个月体重增长速度可作为学龄期是否发生肥胖的预测指标之一。据文献报道,出生3个月内体重增加3kg以上的婴儿,5~15岁时将显著肥胖。应提倡母乳喂养,母乳喂养儿较人工喂养儿不易患肥胖症。应强调喂养过度的害处,婴儿啼哭并非都因饥饿引起。按照Piscano(1978年)等设计的“谨慎食谱”,对婴儿进行预防性干预,食谱中12%的热量由蛋白质供给,30%由脂肪供给,58%由碳水化合物供给,结果为研究组超重的发生率为1.28%,对照组为23.5%,该研究为婴儿期应用预防肥胖饮食提供了经验。

此外,对婴儿实施生长发育监测,及时发现体重增加过快,并及早进行指导,限制食用过多的淀粉类食品和甜食,儿童及青少年应强调建立正常饮食制度及良好饮食习惯,鼓励体力活动和体育锻炼,不易进食过多的碳水化合物和甜食,若已超重时,应取消餐间点心,饥饿时多吃蔬菜和水果,勿食油炸食品及淀粉类甜食。患慢性病、行动不便或卧床的患儿也应防止进食过多,以免发生肥胖。

第二节 神经性呕吐

神经性呕吐又称心因性呕吐,是指一组自发或故意反复呕吐为特征的精神障碍,呕吐物为所进食物。一般不伴有其他症状,呕吐常与心理社会因素有关,无器质性基础,可有害怕发胖和减轻体重的想法,但体重无明显减轻。

一、概述

神经性呕吐是消化系统常见心身疾病之一,病前常有明显的应激史和心理因素,儿童期发病率较高。常见应激史有高竞争的学习压力和挫折、恐学、厌学所致的心理矛盾,家长和教师高期望值与患儿本人能力的低下,同学之间的关系紧张,个人欲望无法得到满足等。既往消化系统疾患常起促发作用。本病患者性格缺陷较为突出,尤其是病前具有癯病性格缺

陷的女性,更易患本病。这种性格缺陷常具有暗示性强、情绪多变、反应强烈而体验肤浅、自我中心以及戏剧化人格倾向。

二、发 病 机 制

呕吐是一种神经反射,过程极为复杂。由外周各器官和组织接受外源性或内源性生物、物理和化学刺激后,经过体神经、内脏神经和血液循环传入中枢神经系统,在延髓的呕吐中枢(接受来自胃肠道及其他内脏神经冲动)和在第四脑室底部的后极区及化学感受器触发区(CTZ)(接受来自血循环的化学和药物的刺激),反射信号经过迷走神经和脊神经下传至各相应器官引起呕吐反应。多巴胺受体在CTZ对呕吐的介导中有重要作用。CTZ还含有5-羟色胺、去甲肾上腺素、P物质、脑啡肽和 γ 氨基丁酸等。某些此类内源性神经递质和脑神经肽均能经血液循环或直接对CTZ作用而引起呕吐。

吞咽活动是将食物由咽部输送至胃的运动,是一系列由神经、肌肉多相活动相互协调进行的复杂生理过程。其中任何环节的器质性或功能性障碍均可出现吞咽困难或其他异常(包括呕吐)。通常来自唇、咽、胃肠、胆道、腹膜、心脏、泌尿生殖等系统和器官的刺激,或不适的视觉、嗅觉、听觉、味觉,甚至疼痛刺激均可经感觉神经传导为催吐冲动而超越呕吐中枢的阈值界。此外,精神因素、颅内压升高等刺激均可引起呕吐。催吐药则直接作用于呕吐中枢。体内的异常代谢产物,如糖尿病人酮酸血症、肝病、尿毒症等可刺激呕吐中枢或CTZ而引发呕吐。呕吐反应由腹肌、膈肌和肋间肌收缩、腹压上升、屏气、心悸、出汗、上段小肠及胃蠕动、下食管括约肌松弛和唾液分泌增加等多种机能变化组成,恶心常在呕吐之前发生,年长儿可有预感而诉咽部或腹部不适,在一定程度上可受皮层控制。婴幼儿往往表现出烦躁、做怪脸、打哈欠、面色苍白、出汗、流涎及不能吸吮等。

三、临 床 表 现

多数患儿的呕吐是由于不愉快的环境或心理紧张而诱发。反复不自主的呕吐发作,一般发生在进食完毕后,出现突然喷射状呕吐,严重时类似颅内高压所致的喷射性呕吐,无明显恶心及其他不适,无内分泌紊乱现象。一般无恶心,呕吐亦不费力。呕吐有周期性,呈现定时以同一方式呕吐。一般有病前应激史,病程较长又未经积极治疗者,心理因素常变得不甚明显和有规律。每次呕吐量多少不一,特点是不影响食欲、进食量和体重,情绪波动时常使呕吐发作频繁。另一特点是患儿在不呕吐时依然玩耍如常。多数患儿无明显营养障碍,本病虽来势凶猛,但是一般无生命危险,通过心身综合治疗可明显缩短病程,预后好,但如再次遇到应激因素仍可再度发作。

四、诊断及鉴别诊断

(一) 诊断标准

CCMD-3对神经性呕吐的诊断标准是:①自发的或故意诱发的反复发生于进食后的呕

吐,呕吐物为刚吃进的食物。②体重减轻不显著,体重保持在正常平均体重值的80%以上。③可有害怕发胖和减轻体重的想法。④这种呕吐几乎每日发生,并至少已持续1个月。⑤排除躯体疾病导致的呕吐,以及癔症或神经症等。

(二) 鉴别诊断

因为呕吐仅是一种症状,其病因复杂多样,伴发症状不同,表现形式近似,所以要认真地采集病史、仔细地体格检查、必要又有针对地选择实验室和影像学检查,最后通过客观的分析才能得出初步诊断。

1. 病史采集 由于不同年龄的疾病谱不尽相同,故采集病史的重点应有差异。一般来说小儿各年龄组的呕吐均以内科原因占多数,内科疾病所致者以感染原因最为常见,故采集病史应围绕喂养方法、进食内容和习惯等方面进行,体重的变化常能客观地反应呕吐的严重程度及其对小儿的影响,需着重询问。也要认真听取家长和年长儿自身的叙述。

2. 对症状的分析 始终应结合年龄因素和疾病谱考虑。尽早争取分辨其呕吐为功能性或器质性及内科性或外科性,以便确定诊疗原则。对症状的分析要从以下几个方面进行。

(1) 呕吐 注意其发生、表现和变化。

(2) 呕吐的时间和次数 呕吐开始出现的时间和每日呕吐的次数因疾病可有明显的差别。

(3) 方式 可呈溢出性,或自口内反流涌出,或从口腔大量吐出,或自口腔和鼻孔同时喷出。

(4) 内容和性质 对诊断消化道梗阻有重要的参考价值,值得注意的是呕吐的内容和性状可随病程而变化,所以,应结合其他伴随症状和体征动态观察才能较准确地判断呕吐的临床意义。

(5) 腹胀伴发呕吐 需要区别腹胀是腹部肿物、腹腔或肠腔大量积液或积气所致、腹胀为局限性或呈全身性表现、腹胀是否伴有肠型、胃型或蠕动波、腹胀的程度属于轻、中或重度等。

(6) 腹痛 也是呕吐经常伴有的症状。需仔细了解腹痛开始的时间和呕吐在时间上的关系、腹痛的性质(阵发性、持续性或持续阵发加重性)和腹痛的部位等。伴有腹痛的呕吐时应警惕外科急腹症的可能性。

(7) 粪便异常 可表现为性状、量、时间和次数及排出部位等各种异常。

3. 体格检查 细致而全面的体格检查是诊断和鉴别诊断的基础,和症状有关的项目更应成为重点。除精神、面色和神志以外,体重、身高是反映营养和发育状况的重要指标。

4. 实验室检查 应根据病史、症状和体检后的初步印象有选择地进行。

五、治 疗

(一) 药物治疗

一般的解痉止吐药效果不明显。苯二氮_卓类药物,如地西泮对减轻焦虑有一定的帮助。部分患儿可以使用小剂量的舒必利,对缓解呕吐有一定的疗效。严重呕吐的患儿,要及时补

充液体,以免电解质紊乱和酸碱平衡失调。

(二) 行为治疗

以阳性强化治疗为适宜。当患儿的呕吐行为减少时,要用他(她)喜欢的玩具、活动、游戏等,去取代他已经习惯化了的呕吐行为,以强化可以接受的不呕吐行为。

忽视所出现的呕吐行为,对缓解呕吐会起到良好的效果。

(三) 支持性心理治疗

在深入了解患儿的致病应激因素的基础上,有针对性地开展支持性心理治疗,在治疗一开始就要注意医患关系的建立,取得患儿和家长的信任。解除家长的心理困惑和担心,减轻家长对疾病的焦虑情绪。向患儿和家长讲清楚呕吐的本质、发病机制和预后,消除紧张情绪,方能积极配合医生治疗,取得满意疗效。

家长的焦虑和紧张对患儿的症状会起诱发和促进作用,在孩子面前,家长要保持镇静,不应把焦虑的情绪暴露于脸上。不要一见孩子的面就问他症状是否减轻、呕吐的次数和自我感受。更多的是要鼓励他将不呕吐的时间延长下去,鼓励他去游戏、活动、走出局限的家庭和病房环境,甚至带着症状去上学。

(四) 森田治疗

耐心听取患儿的倾诉后,对患儿的痛苦深表理解,并指出患儿的病不是器质性病变(根据各种检查结果),只要愿意配合治疗是完全可以治愈的。言谈中体现医师很有自信心,而且非常愿意帮助患儿摆脱困境。同时,告诉患儿呕吐是人体的一种常见的消化道症状,由精神因素引起的呕吐主要是把注意力固着在胃部不适-进食-呕吐上,因而每遇进食就恶心、呕吐,以致怕进食。因患儿把精力全部集中在自身内部,没有转向外界,如果把注意力转向应该做的事情上,一方面任其症状存在,老实地接受症状,不予抵抗;另一方面带着症状从事正常的工作和学习,不把躯体和心理症状当作自己身心内异物,采取“顺其自然”的态度,即“不能被自己的力量所左右的情绪及症状,并不逃避,顺其自然地接受,以行动去做应该做的事”,“像健康人那样去行动,并坚持下去,心理则健康起来”。此外,还应告诉患儿森田理论治疗精神交互作用的原则是,对症状(情绪)顺其自然,必须以事实为准则,以目的为准则,以行动为准则。

(五) 中药治疗

1. 鸭跖草 中医认为神经性呕吐是由于邪气在胃、胃失和降、气反上逆而致,以有声无物为呕,无声有物为吐,但实际上很难截然分开,临床辨证分型有胃寒、胃热、伤食、痰浊四型,神经性呕吐属于偏胃热型。可以鸭跖草煎剂治疗,取鸭跖草全草 120g,水煎服即可。鸭跖草性味甘寒,其成分中含花青素类,为飞燕草次苷等,故可清热解毒、利尿解暑止呕。

2. 旋覆代赭汤 旋覆花 9g(布包煎),生代赭石 24g(先煎),半夏 9g,党参 9g,炙甘草 5g,生姜 9g,大枣 7 枚。兼胃脘发凉,便溏者加吴茱萸 6g,丁香 6g;兼烦躁易怒,喜食冷饮,便秘者加黄连 9g,竹茹 12g,大黄 6g,山栀 9g;消瘦,乏力,四肢不温者加人参 6g;兼口咽干燥,舌红少津者加西洋参 10g,沙参 15g。每日 1 剂,水煎 2 次,共 400ml,分次顿服。

3. 针刺治疗 以中脘、梁门局部取穴,施以平补平泻法,以健脾和胃,降浊止呕。膻中为气之会,针尖向下平刺0.3~0.5寸,以宽胸理气止呕。内关向上斜刺45°,先施以雀啄泻法,得气后予平补平泻法以宽胸膈、降逆气。由于此病多与情志失调有关,故以神门以宁心定志而止呕。除胃俞外其余各穴得气后皆留针15min。另外针刺中脘、梁门穴时进针不宜反复提插捻转,以防胃内容物进入腹腔,引起腹膜炎,注意肝脏准确位置,以防止针刺时伤及肝脏。针刺治疗此病,只要手法得当,则取之甚捷。

第三节 儿童高血压

高血压是一种常见的,以体循环动脉血压增高为主的临床症状群。长期精神紧张与情绪应激、体力活动过少、家庭遗传史、身体超重、摄盐过多等多种病因,均与高血压病的发生有关。

儿童高血压是指收缩压和(或)舒张压高于同龄儿童正常标准。正常儿童收缩压的粗略计算公式为 $80 + \text{年龄} \times 2$ (mmHg)。舒张压相当于收缩压的2/3。

一、病因

(一) 遗传因素

可能为多因素的,血压存在着家庭聚集现象,研究表明儿童甚至新生儿血压同父母血压相关联,近亲比远亲明显。

(二) 饮食因素

体重增加可使血压增高,减轻体重使血压降低,每日摄入较多食盐可使血压升高,高钾、高钙食物可能降低血压,高蛋白质饮食可能减轻高盐对血压的不利影响。

(三) 精神紧张与情绪

精神紧张与应激可使高血压易病倾向的人大脑皮质与边缘系统功能失调,通过植物神经及神经内分泌途径使全身细小动脉痉挛,血压上升。方式主要有3种:①下丘脑功能失调,血管收缩运动神经功能亢进,交感神经兴奋,肾上腺髓质分泌增加,心排血量增加,导致血管痉挛,血压上升。②下丘脑功能失调,垂体—肾上腺皮质轴活动增加,类固醇使水钠潴留,血压上升。③下丘脑功能失调,垂体加压素分泌上升致肾脏缺血,通过肾素—血管紧张素—醛固酮系统导致水钠潴留。长期高血压状态将导致细小动脉硬化,器官供血不足,反过来又加重大脑皮质与边缘系统的功能紊乱,形成恶性循环。

(四) 人格特征

人格特征与行为方式的研究显示,高血压患儿的人格特征表现为从童年起就因为害怕失去爱和没有安全感而不敢直接表露自己的不满或愤怒,这种人表面上很好相处,但内心总压抑着不满和猜疑,总是渴望得到赞许,外在的顺从与内在的准备争斗的状态纠缠在一起。

过分谦恭、总是抑制愤怒的人,血压总是高于那些能自由表达情绪的人,潜在的敌意使血管收缩,血压上升。Drummond(1982年)发现,成人的A型行为与应激时交感神经系统活动亢进及收缩压升高有关联,认为A型行为可促发本病。

(五) 器质性因素

肾实质性疾病为小儿继发性高血压最常见的原因,占70%左右,包括各种急、慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、紫癜性肾炎、多囊肾等。单侧或双侧肾动脉病变可引起肾缺血而致高血压。

二、发 病 机 制

高级神经中枢功能失调在发病中占主导地位,体液、内分泌因素与肾脏也参与发病过程。生活事件的发生、社会环境与生活方式的改变、精神紧张与应激都可使本病发生率上升。

高血压的基本病理基础是全身小动脉痉挛,长期反复痉挛使小动脉内膜因压力负荷增加、缺血缺氧结果而管壁纤维化、管腔狭窄,促使高血压进一步加重。肾缺血时刺激肾素,肾素可对肝脏合成的血管紧张素原起作用,形成血管紧张素,使血压持续升高,长期高血压致左室肥厚、主动脉粥样硬化、冠状动脉及脑部小动脉痉挛和硬化,最终导致各器官、脏器损害和衰竭。

决定儿童血压高低的因素包括:遗传因素、生长及成熟、膳食因素、运动多少等。

三、临 床 表 现

早期可有头痛、头晕、胸痛、肌无力、水肿、面色苍白、眼花、心悸、食欲不振、恶心、呕吐。随着病情加重可有烦渴、尿频、体重减轻、眩晕、视力障碍、惊厥、偏瘫、失语等。晚期发生心、肾、脑等重要器官衰竭,引起相应症状。

体格检查的基础是正确的血压测量。儿童高血压时收缩压和(或)舒张压高于同龄儿童正常标准。

四、诊 断

高血压的诊断并不困难,重点是查找引起高血压的病因。血压升高一定要在3次不同的时间测得才能诊断。确定儿童高血压的诊断,一定要考虑以下3个方面的因素:①询问过去史、现在史及家族史。②全面体格检查。③选择适当的实验室及辅助检查。

五、治 疗

(一) 非药物治疗

1. 改变生活方式 高血压的发生和发展与不良生活方式有关,从儿童期开始宜注意养成合理、科学的生活方式,避免不良的生活习惯,除注意劳逸结合、避免过度精神负担、坚持

经常性运动锻炼、杜绝青少年吸烟及饮酒外,最重要的是限制过多摄取盐、饱和脂肪酸、高热量食物。盐与高血压的关系是比较肯定的,嗜盐乃自幼养成的不良嗜好,生理需要量每日仅1g即够,尤其在儿童期肾脏正在发育、易受高盐负荷的损伤。

2. 合理安排日常活动 一般情况下可适量活动以防止体重增加过快,但在症状明显及症状性高血压时应适当卧床休息,以防意外。做好患儿的心理工作,解除引起精神紧张、焦虑的因素,使之保持情绪稳定愉快,生活规律化。

3. 生物反馈治疗 生物反馈治疗对轻至中度高血压有一定效果,综合各方面研究结果可见,应用生物反馈治疗可使血压下降 $7 \sim 37/4 \sim 22\text{mmHg}^*$ 。此方法的优点在于措施简单、无副作用、易于被接受。缺点是血压下降幅度很小,且不稳定,常常在中止练习后血压又复原。此外,松弛训练、冥想(meditation)、瑜珈(yoga)、催眠等方法也广泛用于高血压病的治疗中。例如,冥想状态对心率、脉率与血压均有显著的下调作用,认为是下丘脑及交感神经系统兴奋性下降的结果。

(二) 药物治疗

1. 减少血容量的药物 通过降低血容量而降压,作为治疗各型高血压的基础用药,用药期间注意水、电解质的平衡。主要选择利尿剂,常用氢氯噻嗪(双氢克尿塞),每日 $1 \sim 2\text{mg/kg}$,分2~3次口服;螺内酯(安体舒通),每日 $1.5 \sim 3\text{mg/kg}$,分3次口服;呋塞米每次 $1 \sim 2\text{mg/kg}$ 口服、肌注或静脉注射,每日1~2次;利尿酸每次 $0.5 \sim 1\text{mg/kg}$,每日2~3次口服。

2. 交感神经抑制剂 作用于交感神经原或肾上腺素能受体,减少去甲肾上腺素能贮存,并减弱其作用,使血管舒张,还可通过中枢抑制肾素的分泌,对高肾素性高血压有显著的降压作用。常用有利血平,每日口服 $0.01 \sim 0.02\text{mg/kg}$,数月后方产生降压效果,肌肉注射每次 0.07mg/kg ,最大不超过1.5mg,多用于急性重症高血压。不良反应有嗜睡、鼻塞、眩晕、乏力、恶心等。胍乙啶适用于各种肾性高血压及其他继发性高血压,每日 0.2mg/kg ,分2~3次口服。普萘洛尔(心得安)为 β -肾上腺素能受体阻滞剂,为一种强抗肾素药,能减低肾素分泌速度,降低血浆肾素水平,同时可降低心输出量而产生降压效果。但对伴有心功能不全、支气管哮喘者禁用,每日用量为 $0.5 \sim 2\text{mg/kg}$,分2次口服。

3. 血管扩张剂 直接作用于小动脉平滑肌,扩张血管而降压。常用的有肼苯哒嗪,每日 $0.15 \sim 0.35\text{mg/kg}$,分2~3次口服,适用于伴有肾功能衰竭的高血压,不良反应有恶心、呕吐及体位性低血压等,应由小剂量开始,逐渐加量,以减少其不良反应。低压唑适用于高血压危象,每次 5mg/kg 静脉注射;硝普钠为治疗高血压危象的首选药物,剂量为每分钟 $1 \sim 8\mu\text{g/kg}$ 静脉注射,从小剂量开始使用,用药期间持续监测血压,并根据血压调整静滴速度。血压稳定后,宜换用其他降压药物。不良反应主要为硫氰酸盐中毒,表现为乏力、恶心、呕吐及肌肉痉挛等,故用药不宜超过3d,以防中毒。

4. 血管紧张素转换酶抑制剂 目前应用较广的为巯甲丙脯酸,适用于高肾素性高血压,也可用于高血压危象的治疗,每日 $0.2 \sim 6\text{mg/kg}$,分3次,每8h一次口服,不良反应有药物疹、蛋白尿、粒细胞减少等,停药后消失。

5. 中药治疗 高血压病属中医的“眩晕”范畴,多因肝阳上亢所致,正如《素问·病机十

* $1\text{mmHg} = 0.0098\text{kPa}$

九条》所云：“诸风掉眩，皆属于肝”。辨证分型为阴虚阳亢型（头晕头痛，面红赤，性情急躁易怒，失眠健忘，口干口苦，舌质红绛苔少，脉弦细数）和肝阳挟痰型（头晕头重，昏昏欲睡，胸闷恶心，口中黏腻，舌红苔腻，脉玄滑）。基本方：天麻 6g，钩藤（后入），石决明（先煎），地龙、车前子、三七各 15g，川牛膝 5g，苦丁茶 10g。阴虚阳亢型加潼蒺藜、白蒺藜各 6g，生地 15g，山茱萸 5g，白菊花 6g；肝阳挟痰型加竹沥、法半夏、白术、菖蒲各 5g，泽泻 15g。每日 1 剂，水煎服。

6. 治疗原发病 在治疗高血压的同时，应积极治疗原发病，去除引起高血压的病因。除内科治疗外，部分病例尚需进行外科手术治疗，如动脉狭窄、嗜铬细胞瘤等。

7. 治疗注意事项 如果患儿仅轻度高血压，无其他症状及体征，提示为原发性高血压，对此类患儿应按时监测血压，低盐饮食，避免肥胖及过度精神紧张。

对于继发性高血压应积极寻找病因，进行原发疾病的治疗。

应用利尿剂时应注意防止电解质紊乱。胍乙啶可引起直立性低血压，应用后应卧床休息。硝普钠应用时药物需避光，根据血压变化调整剂量，用药过量会引起氰化物中毒。

降压药物选择的原则为开始用一种药物，从小剂量开始，逐渐增加剂量达到降压效果。一种药效果不满意时再加第二种药。

第四节 儿 童 哮 喘

支气管哮喘（bronchial asthma）简称哮喘，俗称气喘病、吼病等，是机体对抗原性或非抗原性刺激引起的一种以气道的变应性炎症和支气管高反应性为特征的一种疾病。

一、概 述

支气管哮喘是小儿常见的变态反应性疾病，据调查我国儿童哮喘患病率为 0.5% ~ 2%，个别地区高达 5%。河南省 2000 年进行了儿童支气管哮喘的流行病学调查，结果显示 0 ~ 14 岁儿童累积哮喘患病率为 1.75%，较 10 年前的 1.51% 有明显提高。全国至少有千万以上患儿，近年来还有上升的趋势，而且部分儿童哮喘还可以迁延为成人哮喘，成为终身疾患。哮喘不仅严重影响患儿身心健康，而且给个人、家庭和社会造成巨大的经济负担。

二、病因及发病机制

（一）病因

1. 致病因素

（1）遗传因素 国内外研究表明，支气管哮喘的发生与遗传因素有着密切关系，它是一种多基因遗传性疾病。发病受多种因素的影响，特异性素质、气道高反应性和血清总 IgE 水平均可能与第 11 号染色体上的哮喘基因有关。

（2）吸入性变应原 变应原是导致支气管哮喘发病的重要因素，被吸入气道后沉积于

气道黏膜上,通过局部及全身免疫反应而引起气道变应性炎症。吸入性变应原种类繁多,目前已知的达3 000多种,其中较为主要的有花粉类(pollens)、尘螨(dustmites)、室内尘土(house dust)、真菌(mold)、蟑螂和动物皮毛等。

(3) 呼吸道感染 呼吸道感染可直接引起气道变应性炎症,在婴幼儿哮喘和儿童哮喘的发病中尤为重要。

(4) 日常生活中的刺激性或有害气体 日常生活中可接触到的导致支气管哮喘的有害气体包括油漆、杀虫剂、各种烟雾、化妆品(发胶、香水)和天然气所产生的二氧化硫等。室内的空气污染和大气中的空气污染,装饰材料、工业烟雾、光化学烟雾、汽车废气等。

(5) 药物 包括药物过敏和药物反应两种类型,药物过敏是指病人由于某种体质上的变异而对某种药物产生不耐受或变态反应,临床上较为常见,如阿司匹林、青霉素、磺胺类药物、碘油造影剂、各种蛋白制剂和血清制剂等。药物反应是指由某些药物的药理机制而引起的哮喘反应,如 β_2 受体阻滞剂。

2. 诱发因素 哮喘的诱发因素是指在患儿已患支气管炎的基础上诱发哮喘急性发作或加重哮喘症状的因素,大多数支气管哮喘的致病因素同时也是哮喘发作的诱发因素。

(1) 气候因素 冷空气、空气湿度大、气压低。

(2) 运动过度 and 换气过度 运动过度可诱发起道炎症从而导致哮喘的发作,同时过度运动所导致的过度换气,使气道热损失过多,气道内环境变冷从而诱导肥大细胞释放炎性介质。

(3) 心理因素 情绪波动、生气、精神紧张、恐慌、忧郁、愤怒和烦恼等均可成为哮喘发作的诱因。对玫瑰花粉变应性哮喘的患者,如果放置同形色的纸花于瓶中,亦可引起哮喘发作。一般认为,单纯心理因素不会致病,心理应激可以改变呼吸系统的生理功能,影响免疫机制,同时须结合变应原或感染等因素,在各种因素相互作用下才引起本病。

(二) 哮喘的发病机制

哮喘的发病机制主要是气道慢性炎症及气道高反应性。主要的病理学基础是气道迟发型变态反应性炎症。患儿呼吸道对刺激具有高反应性,容易诱发支气管痉挛,黏膜非感染性炎性细胞浸润及黏膜水肿,黏液分泌增加,导致气道广泛梗阻,梗阻发生可自然或经治疗缓解,但又常常反复发作。

三、临床表现

婴幼儿及儿童均可发病。多有既往发作史,患儿可先有流涕、咳嗽,进而出现呼气性呼吸困难、端坐呼吸、大汗淋漓、面色苍白,不用借助任何工具就可以听到哮鸣音。哮喘发作严重时,一般治疗不能缓解,持续超过24h以上则称为哮喘持续状态,属危重急症。肺部体征有两肺叩诊过清音,肺底下移,听诊双肺可闻及呼气性哮鸣音。

实验室及其他检查 ①血常规 重症或合并细菌感染者白细胞计数可增高,嗜酸粒细胞计数常升高。②免疫球蛋白测定 常见IgE增高。③血气分析 可出现低氧血症,严重时伴二氧化碳潴留,导致酸中毒。④变应原检测 通常采用皮内注射或皮肤点刺变应原的方法,15min后局部红肿直径 ≥ 0.5 cm为阳性,方法简便,但特异性不高。⑤肺功能检查 可测定第1s呼气肺活量(FEV1)、最大呼吸流速(PEF)和用力呼气肺活量(FVC),正常均值 $> 80\%$

预期值,哮喘患儿常降低。⑥气道高反应性检查:常作运动诱发实验,嘱患儿在平板机上慢跑6min,如PEF或FEV₁比运动前下降15%为阳性。

四、诊 断

(一) 婴幼儿哮喘诊断标准

- (1) 年龄<3岁,哮喘发作≥3次。
- (2) 发作时双肺闻及呼气相哮鸣音,呼气相延长。
- (3) 具有特异性体质,如过敏性湿疹、过敏性鼻炎等。
- (4) 父母有哮喘病等过敏史。
- (5) 除外其他引起喘息的疾病。

具有以上第1、2、5条即可诊断哮喘。如喘息发作两次,并具有第2、5条,诊断为可疑哮喘或喘息性支气管炎。如同时具有第3条和(或)第4条时,可考虑给予哮喘治疗性诊断。

(二) 儿童哮喘诊断标准

- (1) 年龄≥3岁,喘息呈反复发作者(或可追溯与某种变应原或刺激因素有关)。
- (2) 发作时双肺闻及以呼气相为主的哮鸣音,呼气相延长。
- (3) 支气管舒张剂有明显疗效。
- (4) 除外其他引起喘息、胸闷和咳嗽的疾病。

对各年龄组疑似哮喘同时肺部有哮鸣音者,可作以下任何一项支气管舒张试验:①用 β_2 受体激动剂(β_2 激动剂)的气雾剂或溶液雾化吸入。②0.1%肾上腺素0.01ml/kg皮下注射,每次最大量不超过0.3ml。在作以上任何一项实验后15min,如果喘息明显缓解及肺部喘鸣音明显减少,或1s用力呼气容积(FEV₁)上升≥15%,支气管舒张实验阳性,可作哮喘诊断。

(三) 咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma)诊断标准(儿童年龄不分大小)

- (1) 咳嗽持续或反复发作≥1个月,常在夜间和(或)清晨发作,运动后加重,痰少,临床无感染征象,或经较长期抗生素治疗无效。
- (2) 气管舒张剂治疗可使咳嗽发作缓解(基本诊断条件)。
- (3) 有个人过敏史或家族过敏史,变应原试验阳性可作辅助诊断。
- (4) 气道呈高反应性特征,支气管激发实验阳性可作辅助诊断。
- (5) 除外其他原因引起的咳嗽。

五、哮喘的治疗

(一) 治疗原则及目的

1. 治疗原则 坚持长期、持续、规范、个体化的治疗原则。发作期快速缓解症状、抗炎、平喘,缓解期长期控制症状、抗炎、降低气道高反应性、避免触发因素、自我保健。

2. 治疗目的 在于尽可能控制消除哮喘症状(包括夜间症状),使哮喘发作次数减少,甚至不发作;肺功能正常或接近正常,能参加正常活动; β_2 激活剂用量最少,乃至不用;所用药物副作用减至最少,乃至没有;预防发展为不可逆性气道阻塞。

(二) 一般治疗

儿童的哮喘应早期治疗,儿童不是缩小的成人,尽管治疗策略原则相同,但仍有些特殊。预防过敏,但不应过度限制生活。不应禁止集体生活,但应很好地监测。不应被动吸烟,不应与猫等接触。注意避免托儿所里极易发生病毒感染。

持续关注儿童的生长,不仅在身高体重方面,同时肺的发育也应予以重视,应根据严重程度合理用药。

应坚持治疗,应考虑协调儿童的独立意识(尤其青少年)和家庭的约束。儿童有很多时间在学校度过,在那里亦应坚持治疗,教师、家长和医生应密切配合。

运动常为矛盾发生的焦点,一般不应禁止运动,应安排和鼓励运动。

(三) 教育与管理

哮喘儿童的教育和管理是哮喘防治工作中十分重要的组成部分。通过哮喘教育可以显著地提高患儿对于疾病的认识,使之更好地配合治疗,达到减少哮喘发作、维持长期稳定,提高生活质量的目的。可以根据不同对象和具体情况,采用适当的、灵活多样的,用患儿及其家长乐于接受的方式对他们进行系统教育,使患儿及家长了解和掌握以下内容。

(1) 相信通过长期、适当、充分的治疗,完全可以有效地控制哮喘发作,达到治疗目的。

(2) 了解哮喘的促发因素,结合每个患儿的具体情况,找出各自的促发因素,以及避免诱因的方法。

(3) 简单了解哮喘的本质和发病机制。

(4) 熟悉哮喘发作先兆表现及相应处理办法。

(5) 学会在家中自行监测病情变化,并进行评价。

(6) 学会记录哮喘日记,并在日记中谈出自己的感受。

(7) 学会哮喘发作时进行简单的紧急自我处理办法。

(8) 了解常用平喘药物的作用、正确用量、用法、不良反应。

(9) 知道什么情况下应去医院就诊。

(10) 与医生共同制定出防止复发、保持病情长期稳定的方案。

在此基础上采取一切措施对患儿进行长期系统管理。由于哮喘病因复杂,病程漫长,国际比较公认的观点是6种治疗方案:①教育患者积极配合和参与哮喘的防治,鼓励哮喘患儿与医护人员建立伙伴关系。②应用肺功能监测(PEF)等指标客观地评估病情严重程度。③避免和控制哮喘(诱)发因素,减少复发。④为慢性哮喘患者制定长期治疗方案。⑤制定哮喘急性发作期治疗方案。⑥定期随访保健。

(四) 药物治疗

1. 药物选择

(1) 轻度发作:间歇吸入肾上腺素能 β_2 受体激活剂或口服氨茶碱类或 β_2 激活剂。

(2) 中度发作 吸入或口服 β_2 激活剂和(或)口服氨茶碱类,如有夜间发作改用缓释茶碱类,同时长期吸入色甘酸钠或激素。

(3) 重度发作 吸入或口服 β_2 激活剂和(或)口服缓释茶碱类,同时持续用激素吸入治疗。

(4) 极危重或持续状态发作:口服或静脉应用短程激素,必要时用异丙肾上腺素静脉注射。

药物剂量与用法请参阅儿科治疗学方面的书籍。

2. 缓解期的处理 为了巩固疗效,维持患儿病情长期稳定,提高其生活质量,应加强缓解期的处理。

鼓励患儿坚持每日测量 PET,监测病情变化,记录哮喘日记,注意有无哮喘发作先兆,一旦出现应及时用药以减轻哮喘发作症状,病情缓解后应继续吸入维持量糖皮质激素,至少6个月至2年或更长时间。

根据患儿具体情况,包括诱因和以往发作规律,与患儿及家长共同研究,提出并采取一切必要的切实可行的预防措施,包括避免接触过敏原,避免哮喘发作,保持病情长期稳定。

3. 免疫调节剂的使用 在哮喘反复发作者中,尤其因反复呼吸道感染诱发喘息的发作者,加用免疫调节剂,可取得满意效果。

4. 阶梯式治疗方案的提出 阶梯式治疗方案在于按不同的患者,不同的病情严重程度,同一个患者,不同的病情阶段来用药。当哮喘恶化时,增加用药数目、数量、次数(即升级治疗),在哮喘得到控制后减少用药数目、数量、次数(即降级治疗),目标是尽可能少用药物控制症状。

5. 哮喘患儿的自我管理教育 把哮喘的知识交给患儿及家属,使之能自我管理。

(五) 中医治疗

1. 针刺治疗 针刺疗法通过各种补泻手法的应用可有效地控制各型哮喘的发作,主要方法有温针足三里,针刺内关、丰隆穴,针刺听会穴以及针刺大椎、定喘、风门、肺俞、足三里、三阴交、孔最等穴治疗。

2. 艾灸疗法 本法疗效确切,操作简便,患儿易于接受,运用三伏天隔盐灸治疗小儿哮喘,以大椎、肺俞、涌泉为主穴,肾虚加艾灸肾俞,痰热者加艾灸丰隆,隔日治疗1次,10次为一疗程;有用艾柱灸少商穴治疗儿童支气管哮喘的;有隔姜三伏灸治疗支气管哮喘,以肺俞为主穴,脾俞、肾俞为配穴,隔日1次连续针灸3个伏天;也有采用三伏灸治疗支气管哮喘,初伏取大椎、肺俞、命门;中伏取章门、关元;末伏取章门、足三里隔日1次,连续治疗3年。

3. 针灸配合药物治疗 每日针刺治疗加用口服一种抗生素及止咳化痰药,局部取穴,主穴熄喘、肺穴,配穴合谷、咽喉点、胸点等;操作方法为患儿呈仅握拳状,在示(食)指与中指之间本节前陷中的正中心部位取熄喘穴,然后用1.5~2.5寸毫针直刺0.2~0.3寸,刺入皮下示指与中指掌指骨间,通过上都、宗穴、降压、心包、胃点、脾点、外劳宫、直刺入肾点,用平补平泻手法,以使患者得气或症状减轻。患儿呈伸掌状态,在第四节横纹中点取穴,直刺0.2~0.5寸。以上穴位每日刺1次,留针15~30min,直到临床症状体征全部消失则停止针刺。

六、GINA 中有关儿童哮喘及婴儿哮喘的内容

全球哮喘防治创意(Global Initiative for asthma ,GINA)是 1994 年美国国立卫生院心肺血液研究所与 WHO 共同努力下 ,召集了 17 个国家的 30 多位专家组成小组共同制定的关于哮喘管理和预防的全球策略 ,提出了阶梯式的治疗方案。

(一) 治疗方案

由于不同的患儿中哮喘严重程度不同 ,同一个患儿的不同时间的症状也不相同 ,因此近年来 GINA 推出了婴幼儿哮喘缓解期治疗的阶梯式治疗方案 ,方案内容见表 13 - 1。

表 13 - 1 婴幼儿哮喘长期管理的治疗方案

长期预防药物		快速缓解药物
第 4 级严重持续	每日用药 :吸入糖皮质激素 ,用辅以储雾器和面罩的 MDI 每日 >1mg ,或雾化吸入色甘酸钠 20mg ,每日 4 次。或雾化吸入丁地去炎气雾剂每日 >1mg ,分 2 次吸入。如果需要 ,加用口服激素 ,以最可能小的剂量 ,隔日 1 次 ,清晨服用。	吸入短效支气管扩张剂 :根据症状按需吸入 β_2 激动剂或溴化异丙托品或 β_2 激动剂片剂或糖浆 ,按需使用 ,每日不超过 3 ~ 4 次
第 3 级中度持续	每日用药 :吸入糖皮质激素 ,用辅以储雾器和面罩的 MDI 每日 400 ~ 800 μ g ,或雾化吸入色甘酸钠 20mg ,每日 4 次。或雾化吸入丁地去炎气雾剂 $\leq$ 1mg ,分 2 次吸入。	吸入短效支气管扩张剂 :根据症状按需吸入 β_2 激动剂或溴化异丙托品或 β_2 激动剂片剂或糖浆 ,按需使用 ,每日不超过 3 ~ 4 次
第 2 级轻度持续	每日用药 :吸入糖皮质激素(200 ~ 400 μ g)或色甘酸钠(使用辅以储雾器和面罩的 MDI 或用雾化器)。	吸入短效支气管扩张剂 :根据症状按需吸入 β_2 激动剂或溴化异丙托品或 β_2 激动剂片剂或糖浆 ,按需使用 ,每日不超过 3 ~ 4 次
第 1 级间歇发作	不需用药	吸入短效支气管扩张剂 :根据症状按需吸入 β_2 激动剂或溴化异丙托品 ,按需使用 ,但每周不超过 3 次。治疗的强度依据发作的严重程度而定

(二) 治疗目标

这一阶梯式治疗方案的目标是用尽可能少的药物来控制哮喘 ,具体的治疗目标是 :最少的慢性症状 ,包括夜间症状 ;最少(罕有)哮喘发作 ;无急诊情况 ;最低限度按需使用 β_2 受体激动剂 ,包括运动在内的活动不受限制 ;PET 变异率 < 20% ;PET 正常(或接近正常) ;最少(或没有)药物不良反应。

(三) 升级或降级治疗

阶梯式治疗方案的实施中的药物剂量和次数应根据哮喘病情的变化而增加或减少。在确定患者的哮喘严重程度后 ,医生必须判定是在较高的级别开始治疗以尽快控制哮喘并随后减少治疗(降级治疗) ,还是从较低的级别开始治疗并按需增加治疗(升级治疗)。一旦哮

喘控制持续 3 个月,就可以考虑减少治疗即降级治疗。这种降级治疗可帮助医生确定使病情控制所需的最低治疗水平的药物和剂量。同时该方案也强调了在每个级别中要避免和控制患者的促发因素。

在阶梯式治疗方案中,如果患儿吸入方法正确、剂量恰当时仍然控制不佳或在目前所处的治疗级别没有达到控制哮喘症状的目的,就要考虑向上调整至较高一级的治疗级别。当患者有下列情况时意味控制失败,应及时升级治疗,咳嗽,喘息或呼吸困难症状每周多于 3 次,夜间或晨起出现症状,短效 β_2 受体激动剂的使用增加, PET 变异率增加。

总之,上述所说的级别及阶梯式治疗方案仅仅是一般治疗原则,各国或各地区必须根据具体情况制定地区性的治疗方案,推荐使用的药物也要根据各地的经济情况、药物剂型和常用的给药方式(吸入器或储雾器)而定。每个医生应根据各个患儿不同情况制定出适合患儿具体需要和情况的个体化的治疗方案。

七、心理治疗

哮喘儿童的家庭养育有其特点,多数儿童在幼年时期就表现为体弱多病,容易感冒。这样父母亲在养育过程中,就会给予过分关注,过度保护。结果是父母亲时刻提心吊胆地担心孩子的健康,而孩子则过分依赖和关注父母亲的行为和表情,能从父母亲的脸上读出他们的喜怒哀乐,从行为上看出他们的目的来。

对于父母亲来说,自己不要因为孩子的哮喘就整日紧张、焦虑、坐卧不安、六神无主。可以采用家庭治疗的方法,让家庭成员认识到家长与孩子关系的过分纠缠,培养和增加孩子的独立意识,增加家长和儿童的安全感。

对于孩子来说,要通过行为干预的方法来纠正他的过分依赖行为,强化他们的独立意识和行为。从小就培养他们的独立意识,让他们去做自己能做的事情,从中学到知识和积累到经验。父母亲更不能剥夺孩子成长的机会和权利。

第五节 儿童糖尿病

糖尿病(diabetes mellitus, DM)是一种以高血糖为主要特征的全身慢性代谢性疾病。最常见的一类是由于胰岛素 β 细胞受损伤引起胰岛素绝对或部分分泌不足而造成的疾病。

一、流行病学

儿童糖尿病全球发病率差异较大,欧美地区发病率较高,东南亚地区较低。美国儿童糖尿病患病率为 0.6%~2.5%,儿童糖尿病年发病率为 $9.6/(10 \times 10^4)$ 。儿童糖尿病发病率最高的国家是芬兰,1983~1992 年为 $35.0/(10 \times 10^4)$,1996 年已达 $40/(10 \times 10^4)$ 。我国 22 个地区 15 岁以下儿童的平均发病率为 $0.90/(10 \times 10^4)$,上海 $0.83/(10 \times 10^4)$ (1989~1993 年),遵义仅 $0.12/(10 \times 10^4)$ 。

儿童糖尿病的发病年龄一般以 10~14 岁较多,婴幼儿糖尿病较少。有报道秋冬两季为高发季节,但也有报道并无季节性分布规律。

二、病因及发病机制

近年来对糖尿病的研究表明 I 型糖尿病的发生与胰岛自身免疫和遗传易感密切相关。没有证据说明心理因素在发病中有特别重要的作用,精神紧张本身并不会引起慢性糖尿病状态。然而,情绪应激同其他因素一样(如发热、感染、肥胖),能加剧病情,影响病程。

突发病例往往与情绪应激有关。Cannon(1920 年)发现害怕可以引起糖尿,常人亦如此。Hinkle 和 Wolf(1952 年)发现应激,尤其是可导致灰心、绝望的应激事件可使严格控制饮食的病人产生酮症,如果应激持续存在则出现酸中毒。Miller(1981 年)发现动物应激时有生长素、皮质类固醇、肾上腺素、去甲肾上腺素与胰高血糖素分泌增加,它们抑制胰岛素的分泌与作用,使血糖上升。Grant(1974 年)调查患者的生活事件,发现生活变化与病情恶化有关系。社会、心理因素对本病的影响可能是经由自主神经系统和神经内分泌途径起作用的。

三、诊断及分型

(一) 糖尿病的诊断

美国糖尿病协会(ADA)于 1996 年制定了糖尿病诊断标准(修订版),根据 ADA 糖尿病诊断新标准,凡符合下列一条即可诊断为糖尿病。

(1) 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ($\geq 126\text{mg/dl}$),并有糖尿病症状(多饮、多尿、多食,体重减轻等)。

(2) 随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)。

(3) 糖耐量试验(OGTT) 2h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)。

ADA 新诊断标准的突出修改点是空腹血糖,即将糖尿病原空腹血糖值 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ ($\geq 140\text{mg/dl}$)降至 7.0mmol/L ,与 OGTT 2h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 两截点能较一致地反映相似程度的高血糖水平,又可防止糖尿病漏诊。

(二) 糖尿病的分型

1965 年 WHO 糖尿病专家委员会将糖尿病分为原发性和继发性两大类。

1980 年 WHO 对糖尿病分类作了修改,将原发性糖尿病分为胰岛素依赖型(IDDM)或称 1 型糖尿病和非胰岛素依赖型糖尿病(NIDDM)或称 2 型糖尿病。1985 年 WHO 又将 NIDDM 分为肥胖型和不胖型,并将在热带贫困地区发现的 J 型、Z 型糖尿病统称为营养不良相关性糖尿病(MRDM)或称 3 型糖尿病。

妊娠时期发生的糖尿病称妊娠糖尿病(GDM)。

1996 年美国糖尿病学会对糖尿病分型提出了新建议,分型新建议侧重从病因及发病机制进行分型,取消胰岛素依赖型糖尿病和非胰岛素依赖型糖尿病这些医学词语,因为它们是基于治疗而不是发病机制对患者进行分型。保留 1 型和 2 型,但采用阿拉伯数字 1 和 2,而不写成罗马数字 I 和 II。

四、临床表现

多数由于感染、情绪激动或饮食不当等诱因起病,通常有典型的多尿、多饮、多食和体重减轻的症状。婴儿多尿、多饮不易被发觉,易发生脱水和酸中毒。年幼儿童因尿液增多可发生遗尿。少数患儿无多食症状,表现饮食正常或减少。部分患儿消瘦伴乏力、精神萎靡。胃肠道症状表现腹痛、恶心、呕吐、便秘。

急性并发症有糖尿病酮症酸中毒、低血糖、感染、休克、胰岛素过敏和糖尿病高渗性非酮症性昏迷。慢性并发症有糖尿病视网膜病、糖尿病肾病等。儿童期死亡的主要原因为酮症酸中毒和低血糖。

糖尿病患儿常见的精神症状为情绪问题,18%患儿可达到诊断情绪障碍的标准,表现为焦虑、抑郁。Popkin 等(1988 年)发现半数慢性糖尿病患儿出现情绪问题,甚至有些患儿以过量注射胰岛素的方法自杀。出现精神症状、有阅读困难和严重或较多的社会心理因素者预后较差。

五、治疗

(一) 糖尿病的治疗原则

消除多饮、多尿和多食症状,防止再次发生糖尿病酮症酸中毒,避免发生低血糖;儿童患者应保持正常的生长和青春发育,防止发生肥胖;早期诊断伴发的疾病,以便及早诊治;及时了解患者的心理障碍、情绪变化,并给予精神支持和帮助,防止慢性并发症的发生。

(二) 胰岛素治疗

胰岛素仍是治疗糖尿病的主要药物,近年来随着胰岛素种类和应用方法的改进,对控制血糖和预防并发症已有很大帮助。

(三) 饮食治疗

儿童糖尿病患儿每日总热量的需要应满足正常生长发育。一般确定个体的能量需求较难,尤其是处于生长期的儿童。提高纤维素的摄入能降低餐后血糖水平。对儿童糖尿病患者推荐每日蛋白质摄入占总热量的 10% ~ 20%。每日脂肪摄入量可占总热量的 30% ~ 35%,其中 10% 的热量可用饱和脂肪酸或多不饱和脂肪酸,单一不饱和脂肪酸可占 20%,不推荐一定要吃鱼油,但可每周吃 1 ~ 2 条鱼。高血糖、高糖尿可使维生素和矿物质从尿中丢失,高纤维素饮食会导致维生素、矿物质吸收不良,尤其是镁、锌的缺乏。

全日热量分三大餐和三次点心,早餐为每日总热量的 $\frac{2}{10}$,午餐和晚餐各 $\frac{3}{10}$,上午和下午餐间点心各 $\frac{0.5}{10}$,睡前点心 $\frac{1}{10}$ 。

可能多数糖尿病患儿不能坚持推荐的食谱,营养师需对患儿进行不断的教育和指导,应强调根据患儿的生活方式制定食谱,注重现实可行,鼓励父母或家庭的配合。

(四) 运动治疗

运动对糖尿病患儿非常重要,运动可使热量平均并能控制体重,又能促进心血管功能。运动使肌肉消耗能量增加,亦增加肌肉对胰岛素的敏感性,从而使葡萄糖的利用增多,有利于控制血糖,主张糖尿病患儿每日有1h球类、游泳、跳舞运动。应避免攀高、攀岩和潜水,因为攀高和潜水时如发生低血糖则非常危险。运动前可减少胰岛素用量或加餐以防低血糖。坚持每日固定时间运动,有利于摄入热量和调节胰岛素用量。

(五) 足部反射治疗

全足按摩,胰腺、尿道等对应反射区重点加强,淋巴腺、肝、胆、脾等反射区一般性加强,垂体、胸腺、甲状腺等内分泌腺和胃、肠等消化道反射区施以辅助治疗,手法先轻后重,少量多次。同时维持糖尿病用药,糖尿病饮食,密切观察尿糖、血糖、尿量、饮食量的变化。

(六) 糖尿病知识宣传

糖尿病知识教育的目的是使儿童及其家长增长和理解糖尿病知识,教会家长和患儿自我治疗所必须的知识和技能,以达到优良的代谢控制和预防糖尿病并发症的目的。

糖尿病是终身性疾病,情绪、环境和家庭都影响病情。因此,教育一方面要普及糖尿病的自我保健知识;另一方面更应注重鼓励患儿树立战胜疾病的信心。

教育的内容主要包括糖尿病的性质与危害,糖尿病治疗目的和原则,胰岛素注射技术,如何调整胰岛素剂量,饮食治疗的重要性和如何控制食谱,运动疗法的选择及注意事项,如何监测血糖、尿糖、尿酮体和记录要求,低血糖症的识别、预防和治疗,足、皮肤、口腔的保健和护理,糖尿病患儿及其家庭成员的心理治疗。

(七) 心理治疗

认识到糖尿病后果的严重性,重视治疗的作用,密切配合医师进行治疗。对青少年患者,教会其自己根据血糖和尿糖水平来控制药量。鼓励糖尿病患儿树立战胜疾病的信心,去除“病号”角色,像正常儿童一样学习和生活。

针对患儿疾病过程中出现的情绪反应和不良行为方式可采用个体心理治疗,改变其歪曲的认知观点,进而达到改变行为和情绪之目的。

通过家庭治疗可改变患儿家庭成员之间的不利于患儿病情恢复的关系、生活方式、父母的态度等。

对有情绪反应的患儿,在心理治疗的同时,也不要忘记进行相应药物治疗,以免严重焦虑、自杀等情况的发生。

第六节 疼 痛

国际疼痛研究协会对疼痛的定义为:与实际或潜在组织损害相关的令人不愉快的感觉和情绪经历。本节主要阐述的是发生在儿童和青少年时期的非特异性疼痛。非特异性疼痛指身体某处或几处部位发生疼痛,但找不到相应的病理基础,有时是短暂的,有时持续几个

月甚至几年,主要的疼痛类型为头痛、反复发作性腹痛等。疼痛按病程长短分为急性疼痛、慢性疼痛。

一、常见临床类型

(一) 头痛

儿童和青少年最常见的头痛类型是紧张性头痛和迁移性头痛。

紧张性头痛通常为隐隐的或急迫的疼痛,多为双侧,不会因为身体运动而加重,不伴有明显的呕吐或恶心,程度一般比迁移性头痛轻。

迁移性头痛通常为严重的搏动性疼痛,多为单侧,常常伴明显的恶心、呕吐,身体运动会使疼痛加重,常在发作前 30min 眼前有光影。

头痛在儿童青少年中是最常见的疼痛形式,大约有 40% 的儿童和 70% 的青少年在过去的某段时期出现过头痛。学龄期儿童中 1 个月以上发生一次头痛的为 23% ~ 51%,一个星期或以上发生一次头痛的为 7% ~ 22%,只有 0.3% ~ 1.2% 的儿童每日头痛。紧张性头痛最常见。慢性反复发作性头痛的发生率为 15%,迁移性头痛为 2% ~ 5%。

(二) 反复发作性腹痛

反复发作性腹痛指每个月至少发生一次腹痛、持续 3 个月以上,影响孩子的正常活动。女孩稍多见。多数为继发于脾气、应激、家庭和非适应性因素的综合结果。

认知行为技术治疗反复发作性腹痛的理论基础认为应激是易感性儿童引发腹痛很重要的扳机点,而且患儿还有继发性获益,多数为回避学校,引起父母更多的关注。

评估应包括详细的病史和由内科医生作仔细的体格检查,排除引发反复发作性腹痛的明确的病理因素。其中有 10% 找得到明确的器质性病变(例如阑尾炎、寄生虫病等)。另外,应激性的生活事件和疼痛、继发性获益和疼痛的关系应该是明确的。要让患儿逐渐发展学习和运用认知行为方法的能力。最后,父母也要有相应有效的改变。

二、临床评估

(一) 病史

仔细询问病史,要了解疼痛发生的时间、部位、性质、持续时间、程度、频度和伴随症状,若以往发生过相同的疼痛,那么是如何缓解的,询问家庭成员是否有类似的疼痛经历。

(二) 关键性问题

“请告诉我你的疼痛是什么样的?它像什么?”让孩子画一张“疼痛像什么”的图画,画上可以为一个人或一个家庭,观察其内容和颜色。

(1) 当疼痛开始时你在干什么?你父母的反应是什么?疼痛发作时的情绪或身体的状况也许给寻找病因提供线索。

- (2) 你做了什么来缓解疼痛?了解孩子自己的应对方式。
- (3) 你家里其他人有疼痛的经历吗?你的父母是怎样应对疼痛的?
- (4) 疼痛是什么?疼痛从哪里来的?什么导致了你的疼痛?
- (5) 疼痛如何影响了你的生活?(问父母:疼痛如何影响了你孩子的生活?)

(6) 你的家庭、学校情况以及和朋友的关系怎么样?了解孩子有无来自家庭、学校和社会的压力;孩子和同学、老师的人际关系;孩子对于家庭作业的反应;父母对于孩子读书的态度。询问父母最后一次和老师谈话的内容;孩子是否在学习?孩子在学校是否快乐?

- (7) 你认为如何让我们共同努力驱除疼痛?

(三) 行为观察

治疗师应该观察父母和孩子的互动。当孩子疼痛出现时父母表现出怎样的担心,孩子的行为是否和他(她)年龄的发育水平相符?父母是否允许孩子回答问题?

(四) 体格检查和实验室检查

全面详细的体格检查是非常重要的。实验室检查包括血、尿常规,以及相应的必须的检查(如脑电图、CT、X线检查等)。务必做到不要误诊、漏诊。

三、诊 断

发生在儿童青少年的头痛、胃痛等躯体形式的疼痛,经全面详细的体格检查和实验室检查,未发现与主诉相应的躯体疾病。大部分的疼痛是短暂的,对孩子的生命没有影响。反复发作的疼痛可能伴有焦虑、恐惧,患儿和家长会担心患肿瘤或其他威胁生命的疾病。

需要探究疼痛与孩子、家庭、学校、社会环境的潜在关系,确认患儿是否为内部压力(抑郁、焦虑、恐怖)以及环境因素所致的继发性疼痛。了解疼痛的病因、严重程度以及疼痛对于患儿和家庭的意义。

四、治 疗

(一) 最初的目标

医生对父母和孩子进行评估性会谈,对孩子的疼痛表示理解,与他们建立良好的医患关系,逐步使父母和孩子都能够接受和应付疼痛,并对治疗很好地配合。

(二) 疼痛知识的教育

根据以往的常识,父母和患儿坚信所有的疼痛都有器质性的病因,有些患儿猜想肯定有未被诊断出来的疾病,也许是严重或恶性疾病,故越来越害怕疼痛。因此,很重要的一步是逐步教育患儿:疼痛代表了情绪,疼痛不一定有器质性因素,身体的行为能产生疼痛;大部分的疼痛是短暂的,对孩子的生命没有影响。有必要反复对患儿和家长进行疼痛知识的教育,因为这和人们的传统观念是完全相反的。

(三) 治疗策略

1. 放松训练 对于紧张性头痛的孩子,教其学会放松身体,可以取得明显的效果,能有效减少儿童的迁移性头痛的发作频度和大部分头痛活动。训练可以教会孩子聚焦于选择的愉快的想像。放松训练和运用想像(含或不含生物反馈)可有效地缓解疼痛,这是简单安全的治疗方法。

2. 认知行为治疗 对于疼痛的认知行为治疗一般包括对患儿进行心理教育,使他们了解疼痛和社会心理压力的相关。具体的步骤如下:疼痛和社会心理压力之间关系的基本理论;学习识别负性想法,并用积极的想法取代之;检查有无非现实的信念;分散注意力的策略;想像问题的解决。

疼痛日记是一种有效的方法,对于大年龄的孩子要求他们记。可以画一个疼痛的图表,包括日期、疼痛的分级(按强度分0~10级,0表示没有疼痛,10表示极度疼痛)、相伴的症状、持续时间、如何应对,并记录在疼痛的时候发生在患儿或家庭中的任何有压力的事件。这个练习也许会鼓励父母和孩子讨论引起疼痛的环境因素的扳机点,促使父母和孩子增加相互交流。

3. 生物反馈治疗 生物反馈治疗时放松训练的优点在于可以客观地测量到放松的反应。患儿处于坐位或卧位,让身体尽量舒适,使疼痛降低到最低点。躺着时在膝下放一个枕头,让脊柱舒适,减少绷紧感和恐惧感。侧卧时用枕头垫在靠上的手臂,可以使胸部疼痛减轻。应该向患儿解释这个设备的实质作用,并给患儿作示范,指导他们熟悉这个声调和方法。一般15~30min,中间让患儿休息一会儿。

4. 健身计划 反复发作性疼痛及慢性疼痛会消耗精力,患儿总是倾向于减少活动,从而损害健康。在疼痛的急性期,旁人会告知患儿要休息,于是患儿在以后的几年中还经常保持“休息”。对于慢性疼痛的人,你可以给他这样的劝告:“你可以有疼痛同时身体强健,或者有疼痛同时身体不健康,选择权在于你。”一些患儿已对运动丧失了信心,害怕锻炼会增加身体损害,治疗师应该鼓励他们开始行动。锻炼的方法有轻快的散步、跑步、单跳、游泳、骑车等,可根据年龄特点来选择。

5. 按摩治疗 治疗师学会一些按摩的手法可对治疗起辅助作用。疼痛的儿童喜欢被按摩,这让他们感到安全。另外,按摩能够表示关心,给患儿的颈部、肩部按摩能减少其紧张。

6. 针灸治疗 祖国医学中的针灸治疗在治疗疼痛方面有独到之处,但针灸师一定要受过严格训练、有丰富经验,且作为一种辅助治疗的形式进行。

7. 家庭的参与 反复发作性疼痛及慢性疼痛的患儿通常会影响到整个家庭,实际上家长也可能会强化疼痛行为。一方面家庭能够为治疗师提供有用的信息;另一方面在治疗计划中家长也能起重要作用,给他们一些任务可以缓解他们的焦虑,并配合治疗的进行。

五、随 访

一般在首次访谈后的2~4周内应该对患儿及整个家庭进行随访。治疗师的任务是对于行为干预予以支持,监测疼痛的频度和功能的状况。患儿回到自己的环境中要面对原来

的生活常规,即使有家长的支持和刚学到的应对技巧,要马上适应环境也决非易事。所以很重要 的是治疗师要与患儿及家庭保持定期的见面和会谈。

(朱金富 范娟 刘漪)

参 考 文 献

1. 郝芳之,杨兴季主编.临床儿科心脏病学.天津:天津科学技术出版社,1997
2. 赵光胜主编.现代高血压学.北京:人民军医出版社,1999
3. 李明华,殷凯生,朱栓立主编.哮喘病学.北京:人民卫生出版社,1998
4. 姚家裕主编.小儿科常见疑难疾病的诊疗与特殊用药.北京:人民卫生出版社,2000
5. 曾畿生,王德芬主编.现代儿科内分泌学—基础与临床.上海:上海科学技术出版社,2001
6. 李明华,殷凯生,董竟成主编.哮喘病药物治疗学.北京:人民卫生出版社,2001
7. 刘晓惠.手针配合药物治疗儿童支气管哮喘疗效观察.北京:中国儿童保健杂志,2002,10(1):41~42
8. 朱南方,李小平.针灸治疗儿童支气管哮喘近况.针灸临床杂志,2001,17(10):51~52
9. 莫宝庆综述.儿童糖尿病病因及发病机制的研究进展.北京:国外医学儿科学分册,2001,28(2):83~85
10. 谢明智.中药抗糖尿病的药理作用.中国中西医结合杂志,2001,21(4):318~320

第十四章 儿童行为障碍的治疗

第一节 一般行为障碍的治疗

儿童一般行为障碍是指不会给个体心理发展造成严重的影响,但会给儿童心理发展和教育带来较多的麻烦,严重时也会影响到身体发育或形成不良的性格、习惯的行为障碍。常见的一般行为障碍包括吸吮行为、咬指甲、恐惧、过度依赖、退缩、暴怒发作、拔毛发等。

一、吮吸手指

人的行为有些是不学就会的,这些行为被称为人的本能行为,吸吮就是其中之一。刚刚出生的婴儿就会吸吮,除了吸吮母亲的乳头之外,还吸吮他们的嘴唇所能接触到的几乎所有的东西。因此,婴儿吸吮手指是十分正常的行为,绝大多数婴儿都会这样做,但是这种行为应该随着年龄的增长逐渐消失。一般来说,到了2~3岁以后,吸吮手指行为会明显减少,但是仍有一部分孩子在饥饿、寂寞无聊、焦虑不安、疼痛或身体不大舒服的时候,会吮吸手指。偶然发生这种行为,或持续时间不长,属于正常现象,随着年龄的增长会逐渐消失。如果随着年龄的增长,孩子依然以吮吸手指来取乐,说明孩子出现了行为上的偏差。这种不良行为如果得不到及时纠正,就会固定下来形成习惯。上海市曾做过一项调查表明,在3岁孩子中吸吮手指达7.1%,在5岁孩子中吸吮手指则高达13.1%。而美国心理学家曾有一项调查表明,在6~12岁的儿童中,经常吸吮手指的发生率为12%。

(一) 原因

1. 喂养方式不当 当孩子感到饥饿时,往往以吸吮手指作为抑制饥饿的一种方式,如果孩子经常处于饥饿状态,久而久之,就会养成吮吸手指的行为。
2. 睡眠习惯不良 婴幼儿在没有睡意的情况下,让其躺于床上待睡,在待睡的过程中,他会把手指放在嘴里吸吮,或抓住被角或枕巾含在嘴里玩,久而久之,便形成固定的睡眠习惯。
3. 选择玩具不当 幼儿探究外界的方法之一是用嘴,在体验到棒状、条状的玩具放在嘴里与手指放在嘴里有类似作用时,当孩子丢开玩具之后,就会把手指放在嘴里吸吮,以满足心理上的需求。
4. 周围环境单调 有的孩子吸吮手指是由于周围环境太单调,没有玩具,没有成人陪

伴一起做亲子游戏等,于是他们把吸吮手指作为一种自我娱乐的方式。

(二) 基本临床特征

儿童自主或不自主的反复吸吮拇指、示(食)指等手指。吸吮手指短时间内不会造成太大的影响,长时间吸吮手指则可因局部刺激而使手指变粗、变大,影响美观和精细运动,还可引起局部感染。如此习惯延续至换牙以后,则可引起下颌发育不良、牙列异常、上下对合不齐,妨碍咀嚼功能。

(三) 治疗

1. 找出原因,对症下药 对有饮食、睡眠方面不良习惯的儿童,父母应当注意要按符合儿童身体和心理发育规律的方法教育孩子养成良好的饮食、睡眠习惯。在孩子因饥饿而哭闹时,要及时喂奶或者给予喜欢的食物,不可以因各种理由来忽视孩子的生理需求。在孩子睡眠时,不要让其过早地躺在床上待睡,而应让孩子在困倦、该休息时,再躺在床上睡,争取让孩子一上床就能睡着。

对孩子提供的玩具要合适,目前市场上各种声、光、电俱全的玩具,有助于孩子的智力开发,在整体功能上,要比棒状、条状的玩具好。父母应当从百忙的工作、家务中抽出时间,多与孩子在一起,交流感情,多进行肌肤间的接触,多陪孩子一起做亲子游戏。并要让孩子多到户外活动,与其他小朋友一起玩,使生活充实。

2. 正确教育,切忌粗暴 在对孩子的不良行为进行矫正时,父母的态度要和蔼亲切,语言及动作要轻柔,千万不能大声呵斥、恐吓、打骂,在矫正行为的过程中,对孩子的微小进步要及时给予鼓励、表扬,以使不良行为消退,良好的行为固定下来。

如果孩子到了4~5岁,仍有这种不良的行为,则可以提醒他:“小宝宝才会吸吮手指,大孩子根本不会这样,你已经长大了,你要赶紧改正。”通过这种方式,可以使4~5岁的孩子靠自己意志力来克服这种不良行为。

对于年龄较大的孩子,要耐心告诫他,不要以吮吸手指来取乐。吮吸手指是不卫生的,不仅会引起手指肿胀、疼痛,影响下颌骨的发育及牙齿变形,还容易把脏的东西带入口内,引起消化道疾病及其他传染病。对于因吸吮行为而遭受其他小朋友讥笑的孩子产生焦虑及害羞时,家长要鼓励他们改掉这种不良行为,在小朋友面前再树立孩子的良好形象。千万不可在众人面前呵斥孩子,以免损伤其自尊心,削弱其改掉不良行为的信心。

3. 厌恶治疗 针对吸吮时间较长,经过改变教养习惯仍然不能消除者,可采用厌恶治疗方法。临床上多采用局部涂抹酸味剂或苦味剂的方法,酸味剂可采用食用醋、柠檬汁,苦味剂可采用黄连素液、猪苦胆(猪胆囊)浸泡液等涂在手指或口唇上。但不主张在孩子手指上涂辣椒粉、辣椒汁的做法,因为孩子会在无意中揉眼、摸脸,带来不必要的伤害。一般情况下,经过厌恶治疗后,几乎所有的孩子都会克服这类不良吸吮行为,预后较好,不会造成更严重的心理问题。

4. 行为矫正 对于较大的孩子,还可以采取负性活动练习,如规定孩子在一段时间反复不停地吸吮,直到孩子感到不舒服、不愉快,产生厌烦这种动作的情绪,促使其改掉这种不良的习惯。

5. 处理继发的医学问题 对长期吸吮造成牙齿咬合不良的儿童,要到口腔科医师或牙

科医师处进行矫正。如因吸吮造成寄生虫感染者,应到有关寄生虫门诊或者防疫部门进行驱虫治疗。

对于用行为疗法及其他方法处理无效者,也可以在口腔内安装一种金属性顎槽(palatal crib),它可以附着在牙齿上并遮盖口腔顶部,儿童很难将手指插入口中,或在插入后引起疼痛,持续放置6个月能达到纠正这种行为的目的。

二、咬指甲

咬指甲在儿童期比较常见,有调查发现3岁儿童咬指甲行为发生率在17%左右,到5岁时则达25%。国外有报道其发生率为27%左右。男女儿童均可发生,程度轻重不一,多数不严重。只有少数儿童比较严重,可同时把几个指甲都咬坏,引起局部出血,甚至发生甲沟炎,有的儿童还伴有其他行为问题,如睡眠不安、抽动。一般随着年龄的增长,咬指甲行为会自动消失,但也有少数儿童咬指甲行为可形成顽固性习惯,而且能持续至成年,乃至终身。这类儿童情绪不稳,容易分心。常常在情绪紧张、心情不好、思考问题时,不知不觉地咬指甲。有的儿童,一静下来就咬指甲,也有的儿童是由于看见周围其他人先有此种行为习惯,反复模仿而获得的,有时他们也知道这样做不对,但他们往往难以自我控制。

(一) 原因

1. 爱得不到满足 当孩子的欲望得不到满足,尤其是觉得爸爸、妈妈不爱自己时,常常会出现咬手指的行为。如爸爸、妈妈工作忙,无暇照料孩子;长期被寄养在幼儿园里,爸爸、妈妈对孩子过于严厉;孩子的性格过于内向、腼腆;家庭气氛紧张,爸爸、妈妈经常吵架;学习成绩不理想,经常受到老师批评,家长指责,办错事经常受到惩罚。这种不良的咬指甲行为,可作为孩子心理应激的一种方式出现,如果孩子在第一次遭受某种心理刺激时,以咬指甲的形式能减轻心理应激的紧张程度,以后再遇到类似情况时,便会采取这种行之有效的办法,这样就使这种不良的行为方式固定下来。

2. 缺乏同龄伙伴 现在大多数孩子都是独生子女,当孩子从幼儿园或学校回到家里时,往往比较孤独,常常独自一人在家中玩玩具、看电视、做作业,这种寂寞、乏味的生活,孩子会不知不觉咬指甲,久而久之,就形成这种不良行为习惯。

3. 适应不良 孩子在生活发生重大的变化时,如刚进幼儿园、新学校,在陌生环境中或者对新的环境适应困难时,往往会紧张、焦虑。在紧张、焦虑状态下,孩子常常也会产生咬指甲这种不良行为。

4. 模仿 孩子是喜欢模仿的,他们有时可以从幼儿园、学校有咬指甲的同伴那里模仿,而学得这种咬指甲行为,并将这种不良行为固定下来。

5. 教育不及时 当孩子从咬指甲的过程中得到一定的快感后,便会将这种不良行为习惯化。如果父母对孩子的这种行为未引起重视,也没有及时矫正,这种不良行为便会保存下来。

6. 不良卫生习惯 父母未养成定期为孩子剪指甲的习惯,当指甲长到一定长度或指甲出现了倒刺时,就会用牙去咬掉它。吸吮手指行为往往与咬指甲行为相伴发生,有时是由吸吮手指发展而成为咬指甲。

7. 分散对不适的注意力 孩子在咬指甲的过程中,可以分散对饥饿、身体疼痛和不适感觉的注意力。如果这种情况经常出现,孩子就会反复咬指甲,并形成习惯。

(二) 临床表现

咬指甲的行为在儿童中非常多见,多数儿童表现为经常咬指甲或指甲周围的皮肤,严重时咬大小鱼际处的皮肤。所咬手指较多,有时几乎每个指甲都被咬过,多数将指甲咬得凹凸不平,严重时可将指甲全部咬掉,或造成甲沟炎甚至甲下脓肿。精神紧张或情绪焦虑时可加重咬指甲行为的频率。

(三) 治疗

1. 去除原因 消除儿童的紧张因素是克服咬指甲行为的关键所在。首先,家长要分析孩子咬指甲的原因,如父母要求过高,使孩子难以胜任,或父母管教过严,压力太大。因此,父母要想办法消除或减轻这些因素对孩子的影响。父母还要注意对孩子进行耐心教育,打骂或责备只能使孩子的精神更加紧张,加重咬指甲的行为。其次,要建立良好的生活习惯,注意身心健康。家长要向孩子说明咬指甲是不卫生的坏习惯,咬指甲不仅不雅观,而且还会把指甲咬坏,出血、疼痛,把指甲缝里的细菌带进口中,引起疾病。父母还要注意让这类孩子多参加集体活动,使孩子保持愉快的心情。

2. 厌恶治疗 多采取苦味剂涂擦于指端,可有效地消除这种不良行为(具体方法参照吸吮手指)。

3. 行为疗法

(1) 奖励法 根据孩子自己的记录,统计出每天咬指甲的次数。父母要有目的地制定一个“目标”,如每日只能咬指甲5次,要求孩子去“达标”(达到这一目标)。在孩子达到这一“目标”后,巩固几天。然后,再制定第二个“目标”,如每日只能咬指甲3次,在孩子达到第二个“目标”后,再巩固几天。然后,再制定第三个“目标”,再要求孩子去达到新的目标,依次进行……注意:①这些“目标”要一步一步地循序渐进,切勿一下子规定“不许咬”。这样做,非但无效,往往适得其反。②当孩子“达标”以后,家长要及时奖励。奖励一定是孩子自己提出来的,而且是孩子喜欢的内容,如去动物园、看电视。也可采取积分制进行奖励,如1d少咬指甲5次,记5分,累计25分,集中奖励1次。

(2) 惩罚法 如果孩子同意,可以把惩罚法与奖励法相结合,这样有助于加速矫治咬指甲不良行为。如将橡皮圈套在手腕上,若咬指甲了,就把橡皮圈拉起,重重地弹自己一下,有警告自己的作用。经研究表明,在咬指甲行为进行中惩罚,要比在咬指甲行为进行后惩罚更有效。另一种惩罚方法是出现咬指甲不良行为时,剥夺看电视或其他娱乐活动(去公园或动物园)的权力。

(3) 意识训练法 由于咬指甲是一种不自觉的行为,增强孩子的意识,有助于控制咬指甲的不良行为。每天早晨和晚上安排孩子在镜子面前坐5min,让孩子回忆他咬指甲的过程,仿佛他真的在咬。当孩子进入角色时,他会下意识地喊出“我不想这样做!”反复进行后,会增强孩子的“我不想这样做!”的意识,从而能更主动地控制住咬指甲的行为。

(4) 对抗法 事实上,当孩子在做什么其他活动时,就会无意地中止咬指甲的行为。所以在孩子很想咬指甲时教他一些对抗方法,也有助于控制咬指甲的不良行为。如把手放在身体

的一侧,用力握拳,直到手和臂感到紧张为止。如果孩子受到咬指甲的诱惑,可以做此活动2~3min,就会中止咬指甲不良行为。另一种对抗方法是把双手放在头顶上或把双手放在背后,并双手扣紧,也会中止咬指甲不良行为。当对抗成功后,孩子应当进行自我奖励,如喝一杯果汁或吃一块糖,以增强这种活动的意识。有的学者主张,对于有些咬指甲的孩子戴“人造指甲套”,再配合对抗法,也许既可以矫治咬指甲不良行为,也会有助于长出新的指甲,不妨可以试试。然而也有学者对戴“人造指甲套”持反对意见。

(5) 松弛法:假如咬指甲不良行为主要是由于过度紧张或焦虑所引起,就应该帮助孩子改变这种过度紧张或焦虑的状态。松弛法是一种行之有效的方法。提示控制放松法是主要方法之一,是孩子通过自己说提示词而获得放松的方法,提示词包括:“要冷静”或“控制住”。松弛法可以分为两个步骤:①肌肉松弛训练。②伴随提示词的松弛训练。让孩子在默默重复提示词,如“要冷静”或“控制住”,同时要孩子注意自己的呼吸。在开始的5min里,可以在父母帮助读出提示词情况下做松弛训练,然后,在自己默默重复读提示词情况下再继续做松弛训练15min,要鼓励孩子每天做这种伴随提示词的松弛训练。一旦掌握了这一技巧,就要让孩子认识到咬指甲与情绪有关,在日常生活中也要注意控制自己的情绪。

4. 相应外科处理 对甲沟、指端皮肤等处的损伤要及时包扎处理,在家时可以采用创可贴包扎。甲沟、指端皮肤等处的损伤会引起较严重的皮肤感染、甲沟炎、甲下脓肿等,要及时到医院的皮肤科或者外科处理。

三、儿童攻击行为

攻击行为是指因为欲望得不到满足而采取的有害他人、毁坏物品的行为。攻击行为不仅影响他人,更会妨碍儿童今后一生的发展。如果攻击行为延续至青年和成年,就会出现人际关系紧张、社交困难。另外,攻击行为与犯罪有一定关联。心理学研究表明,70%的少年暴力罪犯在儿童期就被认定为有攻击行为。也就是说,从小攻击性强的孩子,如果不注意克服和制止,长大后较难适应社会,甚至容易走上违法犯罪道路。

(一) 原因

1. 遗传因素 有些攻击性强的儿童可能存在某些微小的基因缺陷。

2. 家庭因素 有些家长惯于用暴力惩罚的方式来教育孩子,结果孩子也以同样的方式来对待其他儿童,表现出攻击行为。如有的家长只要孩子做错事,就不分青红皂白地打他一顿。孩子挨打以后,容易产生抵触情绪。这种情绪一旦“转嫁”到别人身上,就易找别人出气,逐渐形成攻击行为。又如有的家长对自己的孩子说:“如果有人欺侮你,你要狠狠地揍他。”在大人的纵容下,孩子容易发生攻击行为。

3. 环境因素 美国心理学家班杜拉通过一系列实验证明,攻击是观察学习的结果。如儿童在实验室中看见成人打玩具娃娃,等成人离开后,儿童也会学着打玩具娃娃。由于儿童模仿性强,是非辨别能力差。因此,孩子很容易模仿周围人或是影视镜头里人物的攻击行为。有资料表明,经常看暴力影视的儿童,容易出现攻击行为。也就是说,大众传媒的不良影响是产生攻击行为的一个很重要的原因。如果儿童经常看暴力影视片、武打片、玩暴力电子游戏,会使孩子的攻击性心理得到加强。值得指出的是,如果一个孩子在偶然几次的攻击

行为后,得到了“便宜”,尝到了“好处”,其攻击行为的欲望会有所增强,若再受到其他孩子的赞许,其攻击行为就会日益加重。

(二) 临床特征

儿童攻击行为常表现为打人、骂人、推人、踢人、抢别人的东西(或玩具)等。儿童的攻击行为一般在3~6岁出现第一个高峰,10~11岁出现第二个高峰。总体来说,攻击方式可分暴力攻击和语言攻击两大类,男孩以暴力攻击居多,女孩以语言攻击居多。男孩的攻击性强于女孩。

(三) 治疗

1. 营造不利于攻击行为的环境 与成人相比,孩子的行为更易受环境的影响。生活在一个有良好家庭气氛、有充裕玩耍时间以及有多种多样玩具环境中的孩子,攻击行为会明显减少。家长应为孩子提供足够玩的时间和足够的玩具。不让孩子看有暴力镜头的电影、电视,不让孩子玩有攻击性倾向的玩具。不在孩子面前讲有攻击色彩的语言。

2. 去除奖励物 识别并去除攻击行为的奖励物,可减少儿童攻击行为的发生。如佳佳和莎莎在一起画画,佳佳抢走了莎莎的蜡笔。对佳佳来说,蜡笔就是攻击行为的奖励物。这时,要让佳佳把蜡笔还给莎莎,以消除佳佳攻击行为的奖励物。如果不把佳佳手里的蜡笔还给莎莎,就等于鼓励了他,他以后还会去抢别人的东西。所以,当孩子出现攻击行为时,家长要查明原因,及时处理,而且要态度鲜明。从而使孩子认识到,什么行为是错的,应该怎样做才对。

3. 教孩子懂得宣泄自己的感情 烦恼、挫折、愤怒是容易引起攻击行为的情感,对于自控力弱的孩子来说,它也是点燃攻击行为的导火线。因此要教会孩子懂得宣泄自己的感情,把自己的烦恼、愤怒宣泄出来,尽可能使孩子的攻击行为减少到最低的限度。

4. 培养孩子丰富的情感 有些孩子见到小动物,会去虐待它,以发泄内心的痛苦和愤恨。有这种行为的儿童可能对自我不满,或者在爱的关系上受到挫折。家长要从各方面关心他,爱护他,可以让孩子通过饲养小动物来养成孩子的仁爱之心和爱怜之情。可以认为,这种鼓励亲善行为的方法,可培养孩子的丰富、深厚的思想情感,是纠正孩子攻击行为的一条行之有效的途径。

5. 冷处理 所谓“冷处理”,就是暂时不予理睬,对孩子表示冷漠,在一段时间里不理他,用这种方法来“消除”他的攻击行为。如把孩子一个人关在房间里,让他思过、反省,直到他自己平静下来为止。这种方法的好处在于不会向孩子提供呵斥、打骂的攻击原型。如果把这种方法与鼓励亲善行为的方法配合使用,效果会更好。

6. 引导孩子进行同情换位 心理学的研究表明,攻击者在看到受害者明显痛苦时,往往会停止攻击。然而,攻击性很强的人则不然,他们会继续攻击受害者。这是因为他们缺乏同情技能,不会同情受害者。在别人受到伤害时,他们没有感到羞愧和不安。如果家长能够注意从小培养儿童的同情能力,能有效地减少儿童的攻击行为。对于有攻击行为的孩子,家长首先要给孩子指出,攻击行为会给别人带来痛苦,导致严重后果。引导孩子想像受害者在受到攻击后的感觉和心情,然后,再让孩子换个位置想像,如果你是受害者,那么,你将会有怎样的感觉和心情呢?让孩子从本质上消除攻击行为,这是一种很好的方法。

7. 家长以身作则做孩子的表率 家长必须注意自身修养,不要因自己对某些事情不顺

心而在孩子面前毫无顾忌地攻击别人。夫妻之间要避免争吵打骂,为孩子树立良好的榜样。对孩子教育要求要一致,既不可打骂,也不可溺爱。

四、儿童退缩行为

儿童退缩行为多发生在5~7岁的儿童身上。一个正常的儿童,突然到了一个完全陌生的环境,或遇到惊吓、恐怖的情景,出现少动、发呆、退缩等行为表现,这是正常的,是儿童正常的适应性反应。随着时间的推移,儿童会对所处的环境逐渐适应,并在做游戏等活动中,主动发展自己适应环境的能力。但是有退缩行为的儿童却很难适应新的环境。童年时代的退缩行为如果不进行防治,不仅有可能延续至成年,而且有可能持久地影响到他们成年后的社交能力、职业选择及教育子女的方式。

(一) 原因

1. 适应能力差 这类儿童从小适应能力就差,对新环境感到特别拘谨,不愿意接触人。若勉强适应,适应过程则艰难而缓慢,活动少,对新鲜的事情不感兴趣,缺乏热情和好奇心,从不与陌生人交往。

2. 抚养教育不当 有的家长整天把孩子关在家中让他独自玩耍,不愿他与其他孩子交往;有的家长对孩子过于溺爱,过多地照顾与迁就,使孩子难以适应新的环境,以致其采取逃避的方式,如拒绝上幼儿园或学校等。

(二) 临床表现

大多数儿童都能学会融洽地与小伙伴相处,但有些儿童在与他人相处时,表现有轻重不一的退缩、胆小、害怕或局促。大多数儿童在陌生的环境中、意外的境遇下,可表现有短暂的退缩,但多数随着时间的流逝,环境的迁移而能较快地适应新的环境。而有退缩行为的儿童一般很难适应新的环境,他们常常不愿到陌生的环境中去,甚至连逛公园、去动物园、看电影、随父母去亲友家作客也不愿意,有退缩行为的儿童,平时表现孤独、退缩、胆小、害怕。他们从不主动与其他儿童交往,常常很少交朋友,沉默寡言,宁愿一个人在家中与布娃娃做伴,也不愿主动参加到儿童们的欢乐游戏中去,即使在自己家中,看见来了客人也要赶快躲藏起来,不愿见生人。但他们在熟悉的环境中,与自己熟悉的人在一起,他们还是能高高兴兴地谈笑与玩耍,并无任何精神异常的表现。

有退缩行为的儿童,当他们年龄较小时,父母除发现他们比较安静,不大愿意与其他小伙伴一起玩耍外,常常不易发现明显的退缩行为,而当他们入幼儿园或上小学时,退缩行为才会明显暴露出来,表现为紧张、害怕、拒绝上学。但当他们逐渐熟悉环境以后,退缩行为的症状常常会逐渐减轻。

由于儿童孤独症和儿童精神分裂症也有明显的退缩行为,因此儿童退缩行为与这两种疾病的鉴别非常重要。

(三) 治疗

(1) 家长应培养儿童独立自主的能力,让孩子学会自己管理自己、自己的事情自己做,

相信孩子的力量和能力。培养孩子的勇敢精神,让孩子丢掉处处依赖别人的“心理拐杖”,独立“行走”。

(2) 家长应鼓励孩子参加各种社会活动,并人为创造条件。鼓励孩子与同伴交往,一起做游戏,多让孩子参加社交活动和集体活动,让孩子能适应公共场所的各种活动。对已经出现退缩行为的儿童,父母和教师应帮助他们克服孤独感,适应外界的各种环境,与小伙伴之间建立和协的人际关系。

(3) 家长不要溺爱孩子,以免造成孩子过分依赖;当然也不可粗暴,以免使孩子恐惧不安,更加害怕与人接触。还应鼓励孩子从小热爱集体,主动与其他小朋友一起活动,培养活泼开朗的性格。家长和老师的亲切和关心,有利于孩子克服性格上的缺陷,塑造其开朗的性格。

(4) 家长应对儿童在社交中出现的合群现象给予奖励,逐渐增加他们的社会活动,经过多次社交实践和家长的正确心理诱导,绝大多数有退缩行为的儿童,都能克服其退缩行为,成为性格开朗的人。

(5) 对于经过上述治疗效果不理想的孩子,可在医生的指导下,服用抗抑郁剂如氟西汀、舍曲林、帕罗西汀(赛洛特)或马普替林。

五、儿童依赖行为

依赖行为是指儿童对父母的过分依靠,并与年龄不相符的一种不良行为。

(一) 原因

1. 过分照料 这类儿童的家长对儿童生活的各个方面往往过分照料,父母事事包办,处处代替,使孩子从小养成“衣来伸手,饭来张口”的习惯。一旦离开父母,没有父母的照顾,就不知所措。

2. 心理忽视 正常情况下,婴幼儿在情感上依赖母亲,当儿童的这种正常心理需求被家长有意或无意地忽视,或粗暴地给予了拒绝,儿童从正常的依赖向独立发展的过程就会受到影响,独立性就不能正常地建立而产生过度依赖。

(二) 临床表现

婴儿出生后与妈妈(或看护人)亲密接触,依赖妈妈无微不至的精心抚养,才发展成为独立生活的个体,这是每个儿童必须经历的正常发育程序。应该说,依赖在幼儿是正常现象。但是,有些儿童独立生活能力特别差,对父母过分依赖,就属于依赖性行为了。如已能独立行走了,还总喜欢让妈妈抱着,站立时则紧紧抱着妈妈不放,或紧紧依偎在妈妈身旁,不愿与小朋友玩耍。年龄稍大一些,则表现为没有主见,缺乏自信,总觉得自己能力不足,遇事总想依赖别人,如生活上依赖父母的安排,学习上依赖老师和同学的帮助。如所依赖的人不在,便容易出现焦虑和抑郁症状。

(三) 治疗

1. 改变教育方式 纠正家长的不良教养方法,锻炼和培养儿童的独立自主的能力,切

忌包办代替,大胆让儿童自己去实践,包括吃饭、穿衣及一些力所能及的家务劳动等,父母要给孩子予帮助和鼓励。最好让孩子适时进托儿所和幼儿园,让孩子在集体生活中锻炼生活自理和社会适应能力。对于学龄儿童,要坚持自己的事自己做,在学习方面,要培养独立思考、独立完成作业的好习惯。

2. 积极强化治疗 让小儿做一些能够增强独立自主,较少需要别人帮助的事,当他能够独立完成时,则给予鼓励或奖励。所有的治疗都必须持之以恒,直到依赖行为完全矫治。

六、儿童嫉妒行为

嫉妒是一种别人比自己优越时,所产生的一种憎恨情绪、不接纳行为。

(一) 原因

嫉妒是一种十分自然的反应。儿童的思维方式是以自我为中心的,情绪反应强烈,自控能力差,不会理性思考问题,因此他们会根据外界事物对他们的利弊,做出直接的情绪反应,他们希望独占父母和老师的宠爱,希望能总是处于受表扬的优越者的地位,他们不能分析这种希望是否客观合理,也不会进行自我调节。所以,对儿童来说,嫉妒是一种十分自然的情感。

(二) 临床表现

嫉妒在孩子不同的年龄,有不同的表现形式和内容。幼儿的嫉妒往往表现得比较直接,别的孩子亲近自己的妈妈,他会立即跑过去把那个孩子推开,说:“这是我的妈妈!”这就是恋母的嫉妒。当别的孩子拥有比自己更多更好的玩具时,嫉妒心强的孩子就会去抢别人的玩具。感到自己不如别人就哭泣流泪,大发脾气。还有的孩子则会以冷言冷语、背后说坏话、吹毛求疵,来表示其嫉妒之心。

(三) 治疗

1. 教育孩子积极向上 孩子好胜心强,总希望自己处处超过别人,这是无可非议的。但是嫉妒心强的孩子往往自尊心、虚荣心都很强,家长可利用他的虚荣心、自尊心激励他的竞争意识,使他积极努力,迎头赶上。家长应该告诉孩子,你希望成功,别的孩子也希望成功,在大家都努力获胜的情况下,其结果可能是这次你胜利了,下次又变成他胜利了。因此只要有强烈的进取心,那么不管结局如何,全都是有志气的孩子。这样使孩子既希望自己获胜,也能在心理上容纳别人的成功。

2. 帮助孩子克服不足 嫉妒心强的孩子往往是由于存在某种方面的不足而导致产生嫉妒情绪,家长要帮助孩子找出自身的不足,帮助他努力克服。如有的孩子看到别的小朋友画画得比自己好而产生嫉妒心,家长可帮助他提高绘画的能力。只要孩子各方面能力都得到相应的发展,嫉妒心就会相对减弱。

3. 引导孩子正确竞争 孩子产生嫉妒心理后,家长不妨把它引导到树立孩子正确的竞争意识上来。为此,家长可以告诉孩子,别人领先获胜后,自己生气不是本事而是应该激发起自己的斗志,敢于和对方展开竞赛。这次你获胜了,下次我要通过努力超过你,和你比一

比。同时家长还要告诉孩子,别的孩子获得成功了,肯定有许多优点值得你去向他学习,你要把对方的长处学到手,这样你也能不断进步,取得成功。

4. 为孩子树立良好榜样 在日常生活中,家长的一言一行都会影响到孩子。家长首先要自己养成开朗、豁达的个性,不为一些琐事而斤斤计较,为孩子树立良好的榜样,久而久之,孩子就会在潜移默化中形成豁达的个性。

七、儿童暴怒发作

儿童在受到挫折或要求得不到满足时,出现剧烈的情绪变化,如哭闹、打滚、扔东西、毁物、甚至用头撞墙、拍打脑袋,短时间内无法通过劝说而终止的行为称为暴怒发作,又称发脾气。在幼儿期尤为常见,男女均可发生,没有明显的性别差异。

(一) 原因

1. 气质因素 从气质上分析,这种孩子属于困难型气质儿童,表现为情绪易变,反应强烈,常伴有多动症及适应不良。

2. 家庭教育不当 在溺爱孩子、迁就孩子的家庭中,父辈及祖辈对孩子的生活往往是事事包办、处处代替、过分关心。这样的孩子在生活中常常缺乏锻炼和克服困难的能力,易养成以自我为中心、自私自利、任性等不良习性。由于长时间娇生惯养,孩子为了达到某一目的,常常会以暴怒发作来要挟父母。

3. 父母不良行为的影响 如果父亲或母亲性格暴躁,控制能力差,很可能会影响孩子,使孩子的脾气也暴躁、控制能力也差。这种孩子经常会随意与父母或其他小朋友发生冲突,发泄自己的脾气。另外,父母的行为粗暴,经常争吵、打架,发脾气,动不动就打骂孩子,也会使孩子脾气粗暴。

(二) 治疗

1. 冷处理法 孩子发脾气时,父母可以置之不理,孩子看到发脾气没人理他,达不到什么效果,自觉没劲便会自然平息。切莫在孩子发脾气时,你也向他发火,那样,一来会使孩子情绪更加激动,二来会让孩子觉得你也是用发脾气来解决问题的,以后他也会用发脾气对付别人。

2. 转移注意法 如果孩子是因为您不带他出去玩而发脾气时,您可以用他喜爱看的动画电视节目来吸引他,转移他的注意。待孩子暴怒发作过后,妈妈再给以安慰,并加以教育。

3. 暂时隔离法 如果孩子的暴怒发作无法控制时,可以将孩子放入设置简单,与外界没有联系的空房间内,在暴怒发作消除数分钟后再解除隔离。但要注意观察,防止孩子自伤、撞伤、触电、跳楼等意外情况的发生。

4. 暴怒发作后的处理 关心孩子,培养孩子的自理生活能力。爱孩子是每个父母的天性,但不能让孩子在家庭中有任何特权和特殊地位,要让他意识到自己是家庭中的一员,大家都是平等的,不能助长孩子的“自我中心”意识和“养尊处优”感,不能以迁就、宠爱代替教育,对祖辈来说更应如此。要注意从小培养孩子自理生活的能力,培养孩子讲道理和理解他

人的习惯,让孩子感到父母是爱他的。即使在批评他的时候,也要让孩子知道,这一切都是出自爱他的目的,有助于避免或减少暴怒发作。

5. 尊重孩子,提倡民主的家庭作风 有的父母认为,孩子是自己生的,自己就代表权威,要孩子怎样孩子就该怎样,没有商量的余地,一切都由父母说了算。孩子在家里没有地位,势必会引起孩子不满和反抗,容易导致孩子暴怒发作。因此,父母应该抛弃家长制思想,把孩子当作有独立人格的人来对待,与孩子说话要用商量、引导和激励的语气,而不要命令或指责。其实,孩子暴怒发作往往是由于欲望得不到满足而产生的。因此,对于孩子的各种要求,父母必须客观分析,如果孩子的要求是合理的,父母应该予以满足,如不合理,则无论如何不可迁就。即使是合理的要求,如果孩子采用要挟的手段,也不能予以满足。若顺从孩子,会助长他以后常用暴怒发作的手段来要挟父母。

6. 以身作则,为孩子树立良好的榜样 要使孩子有稳定的乐观的情绪,不发或少发脾气,和孩子在一起生活的父母,首先自己必须有稳定的乐观的情绪。父母的一言一行都是孩子的榜样,不要因一点点小事,就当孩子的面大发雷霆,更不可迁怒于孩子。有的父母在自己心境不好时,拿孩子当“出气筒”,随便打骂,使他们受不白之冤,这样对待孩子,必然会造成孩子愤怒的情绪,导致孩子暴怒发作,以后他自己遇到不如意的事情时,也会学父母迁怒于他人。

八、儿童屏气发作

屏气发作,又称呼吸暂停症,多发生在婴幼儿时期,是婴幼儿的一种紧张性行为。常见于6个月至6岁的小儿,6个月以前和6岁以后均少见。

(一) 原因

1. 脑功能发育不完善 屏气发作与婴幼儿的脑功能发育不完善,对植物神经和情绪活动的调节控制能力较弱有关。也有的与先天素质有关。此类患儿脾气较大,容易激动,比较任性,遇上情绪诱因刺激(如疼痛、恐惧、要求得不到满足)容易发作。

2. 教养不当 娇纵、溺爱等也是常见的发病原因。

(二) 临床表现

典型的屏气发作表现为,婴幼儿受到刺激(包括物理与情绪的)哭闹时,在过度换气后出现屏气,呼吸暂停,口唇青紫,四肢强直,严重的可出现短暂的意识丧失、角弓反张、四肢阵挛性抽动等。屏气发作的时间短则为 $1/2 \sim 1\text{min}$ 。发作停止后患儿全身肌肉松弛,呼吸恢复,面色转红,意识清楚,活动如常。大多数小儿神志立即恢复,少数小儿出现暂时性发呆,既不哭也不说话,也有的小儿立即入睡。发作的次数因人而异,轻则几天、几个月发作一次,重则一天发作几次。此症多见于 $1/2 \sim 2$ 岁的小儿, $1/2$ 以内的婴儿少见,屏气发作的早期,发作可非常频繁,3~4岁以后逐渐减轻,6岁以上一般均可停止发作。

(三) 治疗

1. 改变不良的教养方法 对患儿不要过分娇惯、溺爱,不要无限制地满足小孩的要求,否则一旦要求被拒绝心理就承受不了,容易诱发屏气发作。对孩子既要和蔼可亲,使他感到家庭

温暖有安全感,又要耐性教育孩子,建立适当的行为规范,使之习以为常,可以减少屏气发作。

2. 避免不良的心理刺激 应适当避免疼痛、恐惧等不良心理刺激,以避免诱发屏气发作。也不要过分限制孩子的正常活动、挫伤孩子的自尊心,以利于心身健康。还应让孩子多参加一些集体活动,利用游戏、故事教育孩子在遇到困难时,懂得如何正确地忍受挫折,自己去解决问题。

3. 药物治疗 一般情况下不采取药物治疗。发作过于频繁,可引起脑供氧不足,应在医生指导下,服用小剂量的镇静剂,如阿普唑仑。

九、拔毛发癖

拔毛发癖(trichotillomania)是指患儿长期反复拔自己头发的现象,也有的患儿拔扯自己的眉毛、睫毛、腋毛和阴毛,极少数甚至拔扯玩具、宠物等的毛发。该行为一般发生于1~5岁,也可开始于青春期,女孩比男孩多见。发生的原因可能与精神紧张、心理冲突等因素有关。该行为随儿童年龄增长可逐渐消失。

(一) 原因

引起拔毛行为的原因不明,有人认为与焦虑、忧郁的情绪有关,与心理不良因素有关,也有人认为与母子关系处理不当有关。

Friman 等行为学派学者则认为拔毛发行为是一种习惯性行为,这类患儿在拔毛发行为发作时常有明显的精神紧张和心理冲突。

(二) 临床特征

当儿童能够抓到自己的头发时便可有拔头发的行为,这种行为的表现呈发作性和冲动性,往往难以自拔。拔毛可发生于寂寞、读书、看电视时,部分患儿存在情绪障碍。发作时可伴有轻度紧张和满足感,有些患儿将拔掉的毛发吃掉,严重的拔毛可造成大片无毛发而影响美观,个别患儿可造成斑秃。

(三) 治疗

1. 去除导致精神紧张的因素 找出生活中可能导致精神紧张的因素,采取积极、主动应付方式去面对和解决。调整情绪,减轻生活和学习压力,改善睡眠。

2. 行为治疗 采用阳性强化疗法、厌恶疗法和习惯矫正训练等行为治疗措施。如患儿伴有吸吮手指,治疗吸吮手指可以阻止其拔毛发行为。

3. 药物治疗 如患儿存在情绪问题时,可使用抗抑郁剂或抗焦虑剂治疗,近年来有报道使用选择性5-羟色胺再摄取抑制剂,如氟西汀和氟伏沙明等可以取得较好的疗效。

4. 局部治疗 在毛发缺失严重的部位可外搽生发剂。

十、恐 惧

儿童对陌生人、某些客体、情景和想像的对象的害怕,称为恐惧(fear)。

儿童恐惧的种类很多,原因也很复杂。有的恐惧是在种系发展过程中形成的,有的是通过后天各种学习方式获得的。只有了解了儿童产生恐惧的各种原因,才能使我们预知儿童到什么年龄可能会出现什么样的恐惧,才能有效地预防和克服。

(一) 原因

1. 遗传因素 心理学家认为恐惧是遗传决定的,来自以下两个证据:①人类试验:Freud DG(1965年)研究发现同卵双生子产生陌生人恐惧的年龄比异卵双生子接近。Ainsworth MD(1963年)观察到不同地域、不同文化背景、不同经济水平和儿童教养习惯差异的条件下,婴儿产生陌生人恐惧的年龄非常相近,都在出生后8个月时出现。②猴子试验:Sackett GP(1966年)对隔离喂养的猴子,通过放映不同内容的幻灯片,来观察猴子的恐惧反应。结果显示威胁性幻灯片内容引起猴子骚动、恐惧的均为2~2.5个月时,到3个月时达到高峰,3.5个月恐惧程度又明显下降。由于这些猴子出生后就被处于隔离状态,无法用学习的理论来解释恐惧的产生。

2. 学习的结果 行为心理学家认为恐惧是学习的结果,是后天获得的。如小女孩第一次碰到发烫的水壶被烫了一下,以后就不敢再碰了。恐惧可以是直接学习、观察和模仿的结果,也可以是通过条件反射而建立。如儿童夜晚走在黑暗中时,突然又听到恐怖的叫声,以后即使无叫声出现,儿童也会对黑暗产生恐惧。

3. 知觉再认不完整 当通过视知觉获得了某人、某物、某场景的认知以后,就会产生相对固定的视觉认知模式。当再次看到类似但又不完全相同的情景时就会产生焦虑和恐惧。如婴儿见到自己熟悉面孔时就很愉快,而见到陌生面孔就害怕、甚至哭。这就是婴儿怯生的心理学基础。

(二) 临床表现

婴幼儿期最常见的是对陌生人恐惧,即怯生。怯生现象在婴幼儿时期是相当普遍的现象,如果有母亲在场、所处环境较熟悉、陌生人的面孔较温和、平时的抚养者较多等情况,怯生程度就不太严重。相反,就会产生相当严重的怯生反应。

不同年龄阶段,儿童产生恐惧的来源和对象不同。2~5岁的过程中,对噪声、陌生的事物、陌生人、疼痛、坠落、身体突然移动或突然失去支持的恐惧程度逐渐下降。而对黑暗、动物、伤害性威胁、过马路、空旷、幽静、落水等的恐惧逐渐增加。

年龄进一步增大,对想像的对象、虚构的情景如鬼怪、天龙、老猫、地狱恐惧较多。

当儿童恐惧的对象仅限于一种具体物品、动物、情景,且恐惧达到一定严重程度时,称为儿童恐怖症。

过分的恐惧可以给儿童造成远期的心理影响,有些儿童长大后仍然胆小怕事,影响个性的正常发展。

(三) 治疗

1. 改变不良的教育方式 当孩子不听话、任性时,不能编造谎言,以威胁性言语吓唬他(她):“再不听话,叫老猫把你吃掉!”更不应该把孩子关在黑暗的房间里,或者在夜晚将孩子推出门外。

2. 讲明原因 有的儿童听到雷声或看到闪电时恐惧、害怕。这时,家长要用简单的语言、科学道理向他们讲明闪电雷鸣产生的原因,以便消除恐惧。

3. 增加信心 儿童害怕一个人关灯睡觉时,可以帮助他(她)装一个灯光柔和的床头灯或壁灯,让其学会开灯和关灯,自己掌握决定黑暗与明亮的主动权,以帮助他们消除对黑暗的恐惧。

4. 示范疗法 让儿童在现实环境中观看与其年龄相近的儿童如何与他恐惧、害怕对象相处。对害怕小动物的儿童,先让他(她)分阶段地观察别的儿童如何接近小动物;再让他(她)站在旁边看别人与小动物嬉戏、玩耍;最后,在示范者在场的情况下,让儿童自己去接触小动物。

5. 系统脱敏疗法 对儿童恐怖症患者适用(见儿童情绪障碍治疗的章节)。

(翁晖亮 徐 通)

第二节 儿童多动症的治疗

儿童多动症(又称注意缺陷多动障碍,ADHD)是最常见的儿童期精神障碍之一。多动症的核心症状为注意障碍、活动过度、行为冲动,继发性伴随学业损害、同伴关系和家庭关系、社会适应功能的异常。Barkley认为,行为抑制能力差是多动症的主要特征,甚至是区别多动症与非多动症个体最有力的指标。而注意障碍是由于行为不能抑制所致,执行控制功能失调是导致注意障碍、多动、冲动三个核心症状的基础。

国外报道儿童多动症的患病率多集中在3%~5%,国内万国斌等(1993年)以DSM-III-R诊断标准对湖南省7~16岁城乡儿童进行的研究显示,包括轻度、中度和重度在内的总患病率为7.25%,而中、重度为4.99%。男女之比约为3:1。

一、病因

1. 遗传因素 遗传研究显示儿童多动症的发生有明显的遗传作用。家系调查发现,40%的多动症儿童的父母或同胞有多动症病史。父母一方患多动症,其子女有57%的可能发生多动症。双生子的研究发现,单卵双生子与双卵双生子的同病率分别为59%~84%和29%~33%。寄养子研究结果为,亲生父母患酒精中毒、反社会人格、癯症和多动症等疾病的概率比寄养父母高得多。征收等(1997年)报道多动症的遗传为0.75~0.91。

2. 气质因素 一些长期追踪研究显示,从小为难养气质的儿童发展为多动症的可能性明显增加。许多多动症儿童在婴幼儿时期就表现为高活动水平、注意涣散、坚持性低的气质特点。

3. 脑损伤和脑发育异常 虽然临床神经系统检查和CT检查并没有发现多动症患者有明显的神经系统异常征象,但是,近10多年来许多影像学研究发现多动症儿童存在一些脑结构或功能的异常。如核磁共振发现前额叶容积降低,尾状核、苍白球、胼胝体和小脑蚓部变小。单光子发射计算机扫描显示左额叶和左顶叶皮质血流灌注降低。正电子发射扫描发现额叶、颞叶、丘脑和海马区域葡萄糖代谢率降低,这种异常在女孩表现更明显。数字化脑

电图显示脑前部的额叶与正中部位 θ 活动增加, 颞顶部 β 活动减少, 当进行认知活动时这种变化变得更明显。虽然各研究的结果不一致, 但是许多研究集中地发现多动症患者在额叶、基底节等部位存在发育异常。

4. 神经递质代谢异常 围绕多动症进行的神经递质研究主要是涉及单胺类递质, 包括去甲肾上腺素(NE)、多巴胺(DA)和5-羟色胺(5-HT)。动物实验、人体实验以及从取得治疗效果的各种药物的作用机制推测, 认为多动症儿童存在上述3种神经递质的代谢紊乱。但是, 并未得出一致的结果, 这可能是由于多动症本身存在异源性问题。近年来, 一些研究结果显示, NE、DA、5-HT之间存在相互作用, DA使行为外向化, 导致攻击与激越行为。NE和5-HT的作用则相反, 引起注意集中和行为控制增强。当DA增高, 或NE与5-HT降低时, 就会发生多动、注意力不集中和行为控制能力降低。

5. 社会环境因素 目前认为多动症是一种素质性的异常, 家庭与社会因素在发病中的作用相对次要。Stevensen(1992年)进行的多因素研究发现, 在解释多动症的表现时, 环境因素代表的方差仅占30%。但是, 环境因素对多动症发展与结局的影响不容置疑。不良的社会环境、破裂家庭、家庭贫困、住房过于拥挤、父母有性格与其他心理障碍等都是影响多动症症状发展与预后的危险因素。

6. 铅中毒 轻微铅中毒会影响神经生理功能, 导致学习效率下降、注意力不集中和多动。有研究认为随着血铅水平的增高, 心理测验成绩逐渐降低, 行为问题逐渐增加。但是, 关于铅中毒与多动症之间的关系仍不清楚, 这有待前瞻性的研究来验证。

二、发 病 机 制

关于多动症发病机制的解释有几种模型。

1. 认知相互作用模型 由道格拉斯(1983年)提出, 认为多动症存在原发性缺陷和继发性缺陷, 原发性缺陷引起继发性缺陷。原发性缺陷对个体注意刺激、控制和组织反应的过程造成干扰, 包括注意与努力的损害、抑制能力缺陷、觉醒调节缺陷和寻求即时强化的倾向。而继发性缺陷包括高级推理、概念、策略和学业操作、元认知和效果—动机等方面的损害。

2. 行为抑制模型 由Barkley(1996年)提出, 他认为多动症的核心性缺陷是行为脱抑制。行为脱抑制对四个执行功能造成负面影响, 即工作记忆、情感、动机和觉醒的自我调节, 言语内化, 以及重建、分析和综合。

Gray(1982年)认为多动症的抑制能力差是由行为抑制系统与行为激活系统的不平衡引起。这两种系统控制着儿童对惩罚和奖赏信号的反应。行为抑制系统受惩罚、非奖赏信号和新奇信号激活而产生反应抑制。相反, 行为激活系统受奖赏信号激活而产生行为激活。多动症患者的行为抑制系统功能降低, 不太对抑制、惩罚和非奖赏性刺激发生反应。

3. 相互影响与神经发展模型 由Semrud-Clikeman(1995年)提出, 他们认为生物和环境因素影响脑的发展和脑的功能, 造成生物易损害性, 特别是导致执行控制功能失调。细微的脑部异常变化引起记忆、语言、信息处理和注意等认知功能的异常。这些易损害性也相互作用并影响学习过程、学习成就、人际关系和家庭关系。反过来, 家庭、学校和社会等环境也会对这种过程产生影响, 即通过调整和控制环境因素调节生物易损害性。这种相互影响模型可以作为一个典型范例, 解释在多动症的个体发现的脑功能与有关认知、学业、行为和心

理社会问题之间的双向关系,为干预计划提供一种理论模型。

三、临床表现

(一) 主要表现

1. 活动过度 表现为躯体活动、手的活动以及言语活动均明显增多。整个身体多动不宁,来回奔跑,喜欢户外活动,不喜欢并且很难做到坐下来从事安静的活动。坐着时身体扭转不安,手脚不停。话多而高声,喜欢喧闹。这些表现在上课与做作业等需要安静的环境中更为突出。

2. 注意力障碍 多动症儿童的注意障碍主要是表现在注意的集中性、稳定性和选择性等特征上的异常。注意力涣散,注意不能持续较长时间。做事有始无终,虎头蛇尾,常常是一件事情没干完又去干别的事情。在从事需要使用脑力、注意细节的任务时表现突出,很难完成这些任务。有的儿童表现为脑力易于疲劳,在从事短时间的任务时可以集中注意,时间稍微延长就表现出注意维持困难。不同多动症儿童可能表现为对视觉刺激、对听觉刺激或对视听刺激混合的注意障碍。有视觉注意障碍的儿童不喜欢看书,阅读时粗心马虎,容易出错。有听觉注意障碍的儿童上课听课特别不专心,幼儿期也不喜欢听故事,平常别人对他说话他似听非听,甚至给人他耳朵有问题的感觉。因此,这些患儿难以服从指令完成任务,甚至要大人连续不断的发出语言命令时才开始去执行任务。

3. 冲动控制能力差 表现为没有耐心,不能等待,对挫折的耐受能力低,容易出现情绪波动。做事粗心大意,行为冲动而不考虑后果,不接受成人的管教与行为约束,容易犯错误。

(二) 其他表现

1. 学习困难 多动症儿童在学业上最突出的表现是成绩波动性大,一般都呈现学习成绩低下。学习成绩下降的程度与病情严重程度、智力水平高低、学习兴趣大小、家庭环境好坏、家庭对学习管理程度等因素相关。严重的患儿在进入学校后就表现出学习成绩不好,一般患儿是在小学3年级左右才出现学习成绩的明显降低。

2. 感知觉功能异常 部分患儿存在感知觉功能以及中枢神经生理功能的异常。如手指精细协调困难,手指快速轮替、双手交替翻掌等活动不灵活,拿筷子、握笔书写、扣纽扣、系鞋带、做手工操作等动作笨拙。手眼协调性差,视运动功能障碍,视听转换障碍,空间位置障碍,左右分辨困难,眼球轻微震颤。这些现象反映了脑功能发育的异常,同样存在于其他心理发育障碍的儿童中。

3. 品行问题 由于患儿行为控制能力差,对环境中抑制性信息反应缺乏,难以接受约束和控制,容易违反社会常规,所以部分多动症儿童出现违抗性、攻击性和反社会性行为。如在家违抗父母的命令,故意与父母对着干,在学校不听老师的话,违反学校纪律,说谎、打架、逃学、旷课和外出不归。

4. 情绪问题 多动症患儿常常自我评价降低,自信心不足,把自己看成不成功和无能的人。部分患儿出现情绪问题,表现为烦躁、烦恼、激越、烦闷、不高兴,甚至出现自伤、攻击他人的行为。

5. 人际关系问题 由于核心症状的存在,以及继发性品行问题,多动症患儿在与同伴的关系、老师的关系以及父母的关系方面经常存在问题,与环境发生冲突,社会适应和调节困难。

四、发展过程与预后

多动症的起病是在6岁以前,大多数是在3岁左右,一些儿童在婴儿期就表现出好动的特征。一般症状最突出的时期是小学3~4年级,到少年期后部分儿童的症状减轻或消失,一些儿童的部分症状持续到成年期。

1. 婴幼儿期 一些患儿在胎儿期的胎动频繁而强烈。在婴儿期,活动水平明显高于其他儿童,兴奋性高,在把尿、把尿、洗澡、穿衣、喂食时不安分。睡眠混乱而缺乏规律,睡眠时间少。进食不好,辅食添加困难。过分哭闹,发生肠绞痛的频率较高。

这些儿童说话年龄可能延迟,但走路较早,不怕摔交而跑着走。会走路后不喜欢做安静的游戏,喜欢来回奔跑,吃饭要大人追着喂。他们与父母相互交往的质量不高,对人缺乏感情,难以遵从指令,顺从性差。

2. 学龄前期 过度活动,不服从,在大小便训练方面比较困难。在自由游戏中不安静,活动多变。在高度结构化的活动中多动明显,反应冲动,不接受常规约束,受同伴排斥。当到3~4岁以后,要求他们坐下来学习和阅读是非常困难的事情,让父母非常头疼。

3. 学龄期 在此阶段,各种原发性症状表现明显,继发性症状也相继出现。在适应学校与学业上有困难,不能根据学校常规调整自己的行为,不能完成学习任务,学习成绩差。在教室中出现破坏性行为,同伴关系不良。缺乏责任感,行为需要监督和督促。在家不服从管教,一些儿童存在违抗性行为,亲子关系不良。自我评价低,自信心缺乏,一些儿童合并情绪问题。

4. 少年期 进入少年期后,约30%的患儿的症状消失,疾病得到恢复。其余患儿仍然可以继续诊断为ADHD,但症状有所缓和,尤其是多动症状可以减轻。少年期的患儿突出表现为不能遵从规矩和承担责任,违抗性行为明显,与成人的关系紧张。一部分患儿,特别是家庭环境不良或父母教育方法不当的患儿,容易发展成为品行障碍和少年违法。部分患儿辍学,继续学习者成绩不良。

5. 成人期 约1/3的儿童多动症将发展成为成人多动症。到成年期后,虽然多动的症状相比儿童期明显改善,但是相对一般成人,仍好动而不喜安静,不喜欢从事安静的活动,难以完成持久而需要耐心的工作,好冲动。宁愿站着而不愿坐着,不喜欢看电视或其他安静的活动,很难维持精力去阅读。坐着时常常双腿交叉摇晃,或用脚在地上踢踏。在社会交往中不愿意倾听别人说话,常打断他人话题。工作空间和桌面零乱,家庭生活空间杂乱不整洁。做事缺乏计划,工作任务拖拉。行动时不加思索,轻率地做出决定,如轻率地放弃工作、结婚和离婚。对日常一般要求做出不适当的反应。多动症成人的生活质量和婚姻质量偏低,发生精神疾病的概率增加。一些人发展为反社会人格或物质依赖。

多动症的发展和预后受个体自身因素和环境因素影响,包括是否合并品行障碍和对立违抗性障碍、是否存在认知损害、智力水平高低、社会功能水平、父母的精神健康状态、是否存在家庭功能不良、家庭社会经济状态以及社会支持等众多因素。

五、诊 断

(一) 辅助检查

1. 智力测验 多动症儿童的智商在正常或边缘范围。但是,在进行智力结构的均衡性分析发现,与注意有关的分测验得分低,如韦氏智力测验的典型结果是记忆与分心因子智商明显降低,表现为算术、数字广度和编码3个分测验的量表分降低。也有许多患儿表现为各分测验的量表分普遍降低。

2. 注意力测验 划削测验是常常用来评价注意力的测验,当错误率超过划界分即对多动症的诊断确立有帮助。电脑化持续性注意力测验是近年来发展的测试方法,如IVA和TOVA。IVA是通过电脑自动提供视觉和听觉刺激,让儿童点击鼠标对目标刺激发生反应。根据儿童的错按、漏按和有无多余点击鼠标等情况,计算机自动分析结果,得出18个相应的商数,分别儿童的注意、冲动控制和手的精细运动控制等方面是否异常,并且区分是听觉还是视觉途径的异常。最后可以采取与DSM-IV一致的方法,将患者归为注意障碍为主型、多动冲动为主型和混合型多动症等3种类型之一。各种商数的计算类似于智商的计算方法,根据商数的高低,划分为正常、轻度、中度和严重异常等级别。

3. 行为量表评定 Conners儿童行为量表(父母问卷与教师问卷)、Achenback儿童行为量表(父母问卷与教师问卷)、家庭场合问卷、儿童活动性评定量表等都可以辅助评价多动症的症状严重程度,当量表总分或有关分量表得分超过正常划界分时,提示有多动症的可能。

4. 数字化脑电图 过去采取一般的脑电图检查发现多动症儿童脑电呈现慢波化。目前采用数字化脑电图分析发现,多动症患者脑前部额叶和正中部位 θ 活动增加,颞顶部 β 活动减少,或 α 和 β 平均频率降低。

(二) 诊断依据

在临床上对多动症的诊断主要是依据病史和临床检查结果,然后根据ICD-10、DSM-IV与CCMD-3等诊断标准作出诊断。诊断要点包括:存在注意力损害、多动和冲动性等主要表现,并且表现在学校、家庭和诊室等多种场所存在异常,起病于儿童早期(6岁以前),持续半年以上,排除其他儿童精神疾病。上述各种辅助检查,特别是持续性操作测验结果的异常有助于诊断确立。在症状的要求上,ICD-10与CCMD-3要求注意障碍与多动冲动症状同时满足标准才能确立诊断。而DSM-IV只要注意障碍症状或多动冲动症状单独达到要求就可以作出诊断,并且区分为注意障碍为主型、多动冲动为主型和混合型3种类型。

CCMD-3关于儿童多动症的诊断标准如下。

1. 症状标准

(1) 注意障碍:至少有下列4项:①学习时容易分心,听见任何外界声音都要去探望。②上课很不专心听讲,常东张西望或发呆。③做作业拖拉,边做边玩,作业又脏又乱,常少做或做错。④不注意细节,在做作业或其他活动中常常出现粗心大意的错误。⑤经常丢失或特别不爱惜东西(如常把衣服、书本等弄得很脏很乱)。⑥难以始终遵守指令,完成家庭作

业或家务劳动等。⑦做事难于持久,常常一件事没做完,又去干别的事。⑧与他说话时,常常心不在焉,似听非听。⑨在日常活动中常常丢三落四。

(2) 多动:至少有下列4项:①需要静坐的场合难于静坐,常常动个不停,或在座位上扭来扭去。②上课时常做小动作,或玩东西,或与同学讲悄悄话。③经常话多,好插嘴,别人问话未完就抢着回答。④常常十分喧闹,不能安静地玩耍。⑤难以遵守集体活动的秩序和纪律,如游戏时抢着上场,不能等待。⑥常常干扰他人的活动。⑦好与小朋友打逗,易与同学发生纠纷,常不受同伴的欢迎。⑧容易兴奋和冲动,有一些过火的行为。⑨常在不适当的场合奔跑或登高爬梯,好冒险,易出事故。

2. 严重标准 对社会功能(如学业成绩、人际关系等)产生不良影响。

3. 病程标准 起病于7岁前(多在3岁左右),符合症状标准和严重标准至少已6个月。

4. 排除标准 排除精神发育迟滞、广泛性发育障碍、情绪障碍,或其他精神疾病。

六、多动症的药物治疗

儿童多动症属于终身性疾病,其发病与中枢神经的结构和功能发育受损害有关,目前的任何治疗不能促进已经受影响的神经功能的恢复,也不能使多动症的核心症状消失。治疗的目标主要包括增加自我控制和行为抑制能力,降低破坏性行为,发展有效的交流行为、问题处理技巧和问题解决能力,改善人际关系,减少同伴对他们的排斥,提高自信心,降低父母与家庭的烦恼,增加对成人的依从性、对任务操作的完成率和完成任务的正确率等。要达到这些目标不是单靠药物治疗能做得到的,必须辅助其他手段才能实现。所以,目前对于多动症的治疗是采用综合治疗方法,包括父母管理训练、学校行为处理、学业干预、社交技巧训练和药物治疗等多方面,具有不同临床特点和家庭背景的多动症儿童,治疗的方法和策略各不相同。

药物治疗是多动症治疗的重要方法,甚至是首先采用的治疗方法。药物治疗简单有效,是临床医师愿意采纳的方法,单纯的药物治疗可以达到80%的治疗效果。治疗的药物包括兴奋剂、抗抑郁剂、肾上腺素受体阻滞剂和其他多种药物,本章介绍一些主要的药物治疗方法。

(一) 中枢兴奋剂

1. 中枢兴奋剂的作用机制与药理学特性 中枢兴奋剂是一类作用于中枢神经系统,具有提高中枢神经系统的活动、觉醒和警觉水平的药物,分为儿茶酚胺类与非儿茶酚胺类。前者的结构类似于儿茶酚胺,属于拟交感神经类药物,产生儿茶酚胺样作用,包括哌甲酯(利他林)、右旋苯丙胺、匹莫林、甲基苯丙胺和 Adderall(目前国内尚无此药)。咖啡因属于非儿茶酚胺类中枢兴奋药。目前在国外主要使用的兴奋剂是哌甲酯、右旋苯丙胺、匹莫林和 Adderall,国内使用的只有哌甲酯和匹莫林。

关于兴奋剂的作用机制目前仍然不是很清楚。右旋苯丙胺能够增加中枢神经系统的儿茶酚胺活性,可能是通过提高突触间隙的去甲肾上腺素和多巴胺水平而发挥作用。哌甲酯的结构类似于右旋苯丙胺,推测可能是通过提高多巴胺活性发挥作用。匹莫林的结构与前

两药不同,拟交感作用较轻,但功能类似于前两种药,对其作用机制的理解仍很少。

近年来一些神经影像学研究成果对兴奋剂的作用机制提供了一些证据。如以 SPECT 进行的研究显示,兴奋剂可以增加纹状体和额叶眶部与边缘叶之间联系部位的活动,以 PET 进行的研究也证明,兴奋剂能增加成人多动症患者两侧额叶眶部和左侧感觉运动区与顶部的代谢活动。Gualtieri 等(1983 年)假设兴奋剂通过调节觉醒、注意和中枢神经系统反应性的波动和变化,从而增加反应的持续性和皮质的抑制能力。Haenlein 等(1987 年)认为兴奋剂通过提高中枢神经行为激活系统的觉醒水平而降低强化刺激的域值,以致对任务或活动持续地发生反应。

口服兴奋剂后很快通过胃肠道吸收,快速通过血脑屏障,并且在 24h 内从体内清除。右旋苯丙胺在服药 2~3h 内血药浓度达到高峰,半衰期 4~6h。服药后 30~60min 内发生明显的行为变化,高峰持续 1~2h,4~6h 内作用消失。它的代谢主要在肝脏经过去氨基和 β 羟化而转化成安息香酸。一部分经尿液排除,但是经尿液排泄的比例受尿液的酸碱度影响,酸性尿排泄快,而碱性尿排泄慢。

哌甲酯在服药后 1.5~2.5h 血药浓度达高峰,半衰期 2~3h,12~24h 内从体内清除。临床效果发生在服药后 30~60min 之内,高峰时间持续 1~3h,整个药物作用维持 4~6h。缓释剂的半衰期为标准制剂的 2 倍,在服药后 1~2h 产生,高峰期维持 3~5h,作用时间维持到 8h。哌甲酯的代谢是经过去酯化作用,小部分经过羟基化成 β 羟基哌酯甲酯,剩下的部分变成氧化哌甲酯酸和氧化哌酯甲酯,这些代谢产物均没有药理活性。

匹莫林的半衰期在儿童为 7~8h,在成人为 11~13h,血药浓度高峰出现在服药后 2~4h,50%~70% 的药物成分在 24h 内经尿液排泄。行为反应出现在服药后 2h 作用,临床效果可以维持达 17h 之久。这种药物的半衰期在长期用药后可能延长,导致药物在体内蓄积而血药浓度升高。

2. 兴奋剂的作用

(1) 对行为的作用:兴奋剂能明显地减少多动症儿童的攻击性、冲动性、喧闹和不服从命令等行为,减少躯体活动水平。兴奋剂也可以改善多动症儿童的偷窃和破坏财物等反社会性行为,但是对单纯品行障碍儿童的反社会性行为无明显的治疗效果。

(2) 对认知与学习的作用:兴奋剂对提高注意力、集中注意于任务上、降低注意分散、排除无关刺激的干扰等有肯定的作用。同时,可以增加儿童在警觉、冲动控制、精细运动协调性和反应时间等认知功能方面的测验成绩,能提高短期记忆、对语言与非语言材料的学习成绩,产生短期内的学业成绩提高。这些变化主要因为改变了儿童的不良行为,提高了学习效率,增加了作业完成的正确性,可能并不是直接提高了认知能力的结果。

(3) 对社会交往的作用:兴奋剂可以明显地改善多动症儿童与父母、同伴和老师之间的社交关系,特别是增加了他们对父母和老师的命令的服从性,增加交往过程中对他人行为的反应性,减少交往中的负性行为和离开任务的行为以及对同伴的攻击性行为。结果导致父母和老师对儿童的命令和管束减少,增加了同伴对他们的接受性。也就是说,兴奋剂不但可以直接增加多动症儿童的良性行为和减少不良行为,而且可以直接改变父母、老师和同伴对儿童的态度,影响他们朝向儿童的行为。后者的变化不仅可以对儿童直接产生正性作用,而且还可以间接地提高儿童对药物的正性反应。

(4) 药物剂量与药物效果的关系:Sprague 等(1976 年)认为,低剂量(5mg)的哌甲酯就

可以使多动症儿童在学习和行为方面发生变化,特别是在学习方面产生明显的效果,而高剂量哌甲酯对社会行为更有益。近期的研究认为,从群体而言,哌甲酯的剂量与治疗效果之间存在剂量反应关系,即在5~20mg的剂量范围,老师评定的行为、坚持在任务上的行为以及学习效率等方面的进步都随着剂量的增加而逐渐增加,呈线性反应关系。但是从个体而言,不同个体的药物反应类型不同,呈现为下列几种形式。如线性剂量反应型,临界点反应型,即剂量增加到临界点时才出现治疗效果;平台反应型,即在中等剂量时达到高峰效果,剂量继续增加时效果并不增加;不规则反应型,剂量与治疗效果之间没有内在关系。不同评价方法反映的效果与剂量的关系可能不同,有研究发现老师评定的破坏性行为在15~20mg时治疗效果最好,但是超过10mg时只使一半左右儿童的学业成绩发生进步,中、高剂量时对认知功能的影响比较明显。

3. 兴奋剂的临床应用

(1) 兴奋剂治疗多动症的效果 在治疗多动症的药物研究中,涉及兴奋剂的报告最多。目前认为兴奋剂是治疗多动症最安全和最有效的药物,被列为首选药物。中枢兴奋剂治疗多动症的总有效率达70%~80%。但是不同症状特点、不同年龄和不同环境下的儿童治疗效果不一。混合型的反应最好,有效率达到70%~90%,注意缺陷为主型较差,有效率只有55%~65%。对多动冲动型效果的研究很少,可能与混合型类似。在各年龄组中,以儿童期对兴奋剂的反应最好,5~12岁儿童的有效率为70%~95%,4岁以下小于65%,青少年只有50%。

其他一些因素也影响兴奋剂的治疗反应。分心越明显对兴奋剂的反应越好,母亲与儿童的相互关系越好治疗反应越好,活动过度、运动协调性差、年幼儿童、没有明显情绪问题等特点的儿童对兴奋剂的反应好,有焦虑或抑郁症状或伴有认知损害($IQ < 50$)的儿童对药物的反应差。

(2) 兴奋剂使用的注意事项 虽然兴奋剂对治疗多动症有肯定的疗效,也是目前治疗多动症的主要方法,但兴奋剂不是万能药,不能作为惟一的方法使用,也不一定作为首选方法使用。在作出兴奋剂治疗的决定以前以及在治疗过程中需要注意以下问题。

1) 是否必须服药,其他干预是否能解决问题,是否已经采用其他治疗方法。只有当其他方法处理无效或客观情况不容许采用其他方法时才考虑首先用兴奋剂治疗,否则应该首先尝试其他治疗方法。

2) 儿童症状严重程度。当儿童的症状很严重,难以管理,给家庭和学校带来麻烦,而药物治疗能最快与最有效地处理危机时,可以首先使用兴奋剂治疗。一旦取得进展,并且证明其他方法能有助于儿童时,可以降低药物剂量或停止服药。

3) 家庭环境。家庭社会经济状态、父母文化程度较低的家庭,往往在处理儿童的问题上缺乏方法和手段。这种家庭也可能存在其他特殊问题,儿童的行为依从性较低,面对这类患儿时尽管症状轻微也可以首先使用兴奋剂治疗。相反,家庭社会经济状态较高,可以调动家庭资源来管理儿童时,应当首先采用家庭治疗或父母管理训练等方法处理,而不急于使用兴奋剂。

4) 父母对儿童服药的态度。如果父母拒绝药物却强迫用药将影响治疗效果。此时应当与父母进行讨论,提供药物各方面的信息,并在征得他们的同意后进行试验性治疗。另外,也要了解家庭对药物使用上的责任性,父母是否能很好地监督和管理儿童服药,并清楚

地向医师报告药物反应,以防止药物管理失控而导致药物依赖的发生。家里若有同胞或父母之一存在药物滥用的情况,不应当使用兴奋剂,因为有将药物流向患者以外的可能,此时可以用三环抗抑郁剂或成瘾性小的匹莫林代替。

5) 对儿童进行了详细的精神状态检查和评价。治疗前应该对儿童的心理状态进行评价,作出正确的诊断。诊断未确立前不要使用兴奋剂,以免造成药物滥用的现象。如果没有办法对儿童进行直接追踪观察,了解药物反应和监控儿童的治疗过程时,不要用药。

6) 对儿童进行了躯体检查和相关病史的了解。儿童有抽动症和精神病病史时不宜用兴奋剂治疗,因为有加重这些病情的可能。有高度焦虑、恐惧或其他情绪障碍的表现时对兴奋剂的效果不理想,应放弃兴奋剂而选用抗抑郁剂。如果没有给儿童进行直接的检查或对他的身体健康没有好的证据之前不要用药。

7) 儿童年龄。4岁以下的儿童对药物的反应不好,且不良反应大,不考虑用兴奋剂。4~6岁的儿童确实应该药物治疗时可以使用兴奋剂,如果效果不好,等到6岁以上重新应用可能会有效。

(3) 兴奋剂的选择及使用方法:在各种兴奋剂中一般首选哌甲酯,右旋苯丙胺为第二选择,Adderall为第三选择。如果这些药物无效或不能使用时才选用匹莫林或抗抑郁剂。

经典的哌甲酯使用方法是早上1次给药。学龄期儿童一般需要早、中2次给药。剂量必须个体化,从小剂量开始,推荐剂量为每日0.3~1.0mg/kg。一般开始1次剂量为2.5~5mg,以每周加2.5~5mg的速度增加剂量,直到出现治疗作用或出现明显的不良反应为止。每次最大剂量不超过20mg。中午与下午给药为早上的半量。饭中或饭后给药以减少厌食和消化道不良反应,如果没有消化道不良反应或反应轻微,可以在餐前30min给药,以减少药物排泄率和提高治疗效果。

右旋苯丙胺的剂量为哌甲酯的一半,有时更小,为其1/4量,用药方法类似于哌甲酯。匹莫林最初剂量为早上20mg,以后每3~5d加10mg直至产生效果为止,最大剂量为每日80~100mg,或对于少年为2.2mg/kg。一般每日仅给药1次,极少数患者需要1d给药2次,可以在下午给早上剂量的一半,不过这有导致失眠的可能。匹莫林的起效时间和清除时间均慢于哌甲酯与右旋苯丙胺,停药后效果可能仍保持2~3d。

哌甲酯和右旋苯丙胺的给药一般采取节假日休息的方案,上学吃药,周末、节假日和寒暑假停药,这一方案主要是改善儿童在学校与上课时的行为。对于在家里或社交环境中管理也非常困难的儿童,可以采用每周7d都服药的方案,并且可以增加服药次数。每日用药次数根据药物作用时间长短以及行为问题发生场所来定。可以每日早上1次,或早、中午2次,也可以3次。3次的时间可以为7~8时、10~11时、14~15时。如果采取每日用药和多次用药的方案,必须进行生长曲线监测,当对生长发育产生影响时必须恢复到传统的节假日休息的给药方案。剂量总是从最低剂量开始,观察5~7d后再调整剂量。不要让父母自己调整剂量,因为可能会出现过量给药的现象。

药物反应的评定需要综合父母、教师、青少年自己的报告以及临床测验结果,不能仅仅根据父母的报告。在治疗有效后的维持治疗期间应定期对效果及不良反应进行评定。用匹莫林时至少3~6个月做1次肝功能检查,有问题时每个月检查1次。每3~4个月测量1次身高、体重、血压和心率。当家长报告药物效果变差时不要急于增加剂量,要考虑是症状加重还是发生了其他行为变化,是否存在其他影响儿童症状变化的因素。

用药疗程问题没有一个统一的规定,据估计 20% 的儿童在服药 1 年以后能够停药,而多数患儿需要坚持治疗到青春期。虽然关于兴奋剂治疗多动症的长期效果并不肯定,但是它毕竟可以减少不良行为,减少交往冲突,降低受排斥、受惩罚和责难的发生,对儿童的成长走向良性循环有益。在青春期开始时并不一定停止用药。现在的观点是青春期与成年期均可以用兴奋剂,长期用药并不一定增加药物依赖的可能性。在长期用药的患者除了节假日停药外,也应该中途有停止用药的时间,可以在学期开始或学期中途停用一段时间以观察病情的变化。对于一些原来有治疗效果的儿童,建议新学期开始时就服药,这样可以让他们避免新学期一开始就处于没有服药的失败之中。

4. 兴奋剂的不良反应和禁忌证 兴奋剂的常见不良反应是食欲下降、胃痛、失眠。但是,这些反应一般程度较轻,与药物剂量有关,剂量过高时反应偏重。绝大多数儿童可以耐受这些反应。当每日 3 次给药时出现失眠和食欲下降的机会增加,特别是夜间用药时常常引起失眠。但是,有研究认为,在下午晚些时候或夜晚早些时候使用第 3 次药物,大多数人是可以耐受的。一般儿童自我报告的不良反应比父母和老师报告的偏重,所以在治疗过程中应注意直接询问儿童对药物的感受。

兴奋剂引起抽动症状一直是临床医师关注的一个问题,据估计兴奋剂会引起 1% 以下的儿童发生抽动症状,可能导致 13% 的多动症儿童已经存在的抽动症状加重。这些症状一般会在停药后 7~10d 内减轻,少数情况在停药后仍然继续存在。近期的研究认为这种不良反应并没有如过去强调的那样严重。但是,在治疗前要详细了解儿童本身及家庭有无抽动症病史,如果有这种现象就要慎重使用兴奋剂。当使用兴奋剂后发生抽动症状时先降低药物剂量,若继续存在时就终止治疗,换用其他剂型的兴奋剂或抗抑郁剂。

少数儿童在使用高剂量(0.9mg/kg)兴奋剂时导致过度注意集中,甚至类似于刻板运动现象,降低了解决问题的灵活性,形成与原来过度活跃的鲜明对比,给人以变“傻”、“蠢”的感觉。兴奋剂可以增加舞蹈样运动、舔嘴唇和咬嘴唇等动作,减轻剂量后即可消除。在极少数的情况下,过高剂量的兴奋剂可能产生如思维破裂、言语急迫、幻触和极度焦虑等短暂性精神症状。

匹莫林可以产生过敏性皮疹,肝功能损害发生率为 3%,也有产生急性肝功能衰竭的可能。

关于使用兴奋剂是否导致成瘾和药物依赖也是临床医师极为关注的问题。但是,目前还没有关于药物成瘾或严重的药物依赖的病例报道,也没有证据表明,获得兴奋剂治疗的多动症儿童比没有获得兴奋剂治疗的儿童在其他药物滥用方面的危险性增加。

兴奋剂对体重与身高增长有一定的抑制作用,这与剂量有关,主要发生在治疗的第一年。右旋苯丙胺产生这种现象比哌甲酯更多。体重的降低一般比较轻,在 1kg 以下,而成年患者发生这种现象比较少。虽然有几个研究认为兴奋剂对血液中生长激素水平有某些直接作用,但是,引起生长抑制的原因可能主要是食欲抑制的结果。近年来一些研究认为多动症儿童的身高在青春期前比同龄儿童稍微低些,在青春期后就能赶上同伴。因此,现在认为这种生长延迟是与疾病有关而不是兴奋剂治疗的后果。

使用兴奋剂存在下列禁忌证 ①有抽动症和精神疾病史者用兴奋剂需谨慎,因为有可能加重这些情况。②4 岁以下的儿童对兴奋剂反应差,不良反应大,需慎用或不用。③有过高焦虑水平的儿童对兴奋剂反应差,需慎用。④兴奋剂可能降低抽搐阈值,有癫痫者一般禁

用。但是,这仍是一个争论性的问题。Crumrine 等(1987 年)和 Spencer 等(1995 年)的实验研究显示,兴奋剂引起的抽搐很少见,即使在临床上出现了这种现象,通过增加抗抽搐药的剂量后就可以使之消失。⑤有血压增高或心血管疾病属禁忌范围。

兴奋剂与一些药物之间存在药物相互作用。兴奋剂可能抑制抗组胺药或苯二氮_䓬类药的镇静作用,加强拟交感药的作用。与杂环类抗抑郁剂具有协同作用,在用抗抑郁剂的同时小剂量的兴奋剂就可以很好地控制多动症的症状,但是可能会出现心律不齐和高血压等问题。与单胺氧化酶抑制剂合用可能导致高血压危相。如果应用单胺氧化酶抑制剂,至少要有 2 周的药物清除期后才能试用兴奋剂。锂盐抑制苯丙胺的兴奋作用,可能也抑制其他兴奋剂的兴奋作用。苯丙胺对苯妥因或苯巴比妥有增效作用以增加抗抽搐活性。

(二) 抗抑郁剂

1. 三环抗抑郁剂 对治疗多动症有肯定的效果,有文献认为其效果与兴奋剂不相上下,少数甚至认为更好,但总的疗效低于兴奋剂。该类药物的治疗症状谱与兴奋剂不同,在控制多动症的异常行为上有效,但对改善认知功能的作用不如兴奋剂,特别适合于伴有焦虑或抑郁等情绪症状的多动症儿童。

常用药物包括丙米嗪、去甲米嗪、多塞平、阿米替林、去甲替林等。治疗日剂量为 2 ~ 5mg/kg,或者每日 50 ~ 150mg,分 2 次服用。开始剂量为 12.5 ~ 25mg,每 4 ~ 5d 增加 12.5 ~ 25mg,增加到 2 ~ 3mg/kg 时,观察药物效果和不良反应,有条件的可以做血药浓度检测,根据血药浓度、药物效果以及副作用等情况决定是否继续增加剂量。一般三环抗抑郁剂要 2 周以上才开始见效。

三环类药物的常见不良反应有口干、视物模糊、便秘、心动过速、体位性低血压、心电节律异常等。误服大剂量会出现意识障碍、抽搐和窦性心动过速等中毒表现,不及时抢救可致死。因此,用三环类药物时一定注意药物的安全性问题,用药期间定期检查心电图、血压、脉搏,一次处方量不能太多,要交代家长保管好药物。6 岁以内的儿童一般禁用各种抗抑郁剂,有心血管疾病、青光眼、尿潴留、便秘、癫痫等属用药禁忌证。突然停药可能出现撤药综合征。

2. 其他抗抑郁剂

(1) 选择性 5-羟色胺回收抑制剂(SSRIs):属于新型抗抑郁剂,一些研究证明对多动症治疗有效。美国国立精神卫生研究所的研究并不支持它们对多动症的核心症状有作用。但是,该类药物用于治疗合并其他疾病的多动症儿童是有肯定效果的。常用药物有氟西汀、舍曲林和氟伏草胺等。治疗剂量为每日 0.5 ~ 1.0mg/kg。5-羟色胺回收阻滞剂的特点是不不良反应少,主要为食欲降低、恶心、呕吐等消化道反应,有的儿童可能出现兴奋症状。国外报道偶有用药后出现自伤、自杀的病例。

(2) 单胺氧化酶抑制剂:能够有效地治疗多动症。但是由于在进食富含酪氨酸的食物和与某些药物同时使用时可能导致中度,所以其应用受到限制。近年开发的可逆性单胺氧化酶抑制剂吗氯贝胺的不良反应较轻,使该类药物治疗多动症成为可能。

3. 抗抑郁剂的适应证

(1) 作为治疗一般多动症的二线药物。即当兴奋剂治疗效果不好,或由于各种原因不

能选择兴奋剂时,以抗抑郁剂代替治疗,其中首选三环类,也可以使用其他抗抑郁剂。

(2) 作为治疗合并有焦虑、抑郁等情绪症状的多动症的一线药。因为兴奋剂对这类儿童的治疗效果差,而抗抑郁剂正好对多动症症状与情绪障碍症状都有效。

(3) 作为治疗合并抽动症状的多动症的一线药。有研究显示三环抗抑郁剂对这类患儿的多动症症状有效率达82%,同时也能控制抽动症状。

(4) 用于治疗合并品行障碍或攻击性行为的多动症。因为担心这类青少年在使用兴奋剂时有发生药物依赖的可能,所以用抗抑郁剂代替治疗。

(三) 其他药物治疗

虽然兴奋剂与抗抑郁剂能有效地治疗多动症,但是仍然有一定比例的儿童对这些药物无效。这可能是因为多动症是一种原因不明的异质性疾病,存在不同的临床亚组,由不同的原因引起,对不同的药物有不同的反应。另外,一些儿童不能忍受兴奋剂或抗抑郁剂的不良反应,此时可以使用其他一些药物来治疗。包括可乐定、胍法辛(guanfacine)和中枢 β 肾上腺素受体阻滞剂普萘洛尔等。本处重点介绍可乐定在治疗多动症中的应用。

可乐定是一种传统的抗高血压药,作用机制是兴奋脑干突触前膜 α_2 肾上腺素受体,引起中枢去甲肾上腺素的释放减少。在前额叶可能影响突触后 α_2 肾上腺素受体。可乐定对多动症和抽动症都有治疗效果。

在治疗多动症时可乐定具有一些特点,如在降低冲动与多动的频率、强度和严重性上表现出部分效果,而改善认知功能上没有作用;对伴有高觉醒水平、冲动性、爆发性攻击、暴怒发作、运动性活动过度等表现以及合并品行障碍的多动儿童治疗效果良好;具有镇静作用,缩短第一期睡眠和快动眼睡眠,增加第二期睡眠,能改善多动症儿童的入睡困难或兴奋剂所引起的失眠,能有效地治疗伴或不伴多动症状的抽动症,减轻运动抽动或发声抽动的频率和严重程度。

可乐定治疗多动症时的适应证如下。

(1) 作为三线药治疗那些对兴奋剂和三环抗抑郁剂治疗效果不好的多动症,主要适合于混合型或多动冲动为主型。

(2) 作为候选药物治疗具有高觉醒水平、冲动性、过度多动、爆发性攻击和暴怒发作等表现的多动症。

(3) 作为二线药物治疗合并抽动症状的多动症。

(4) 治疗多动症儿童的入睡困难或由兴奋剂所引起的失眠。

(5) 治疗合并冲动性障碍的多动症。

可乐定的片剂标准为0.075mg/片,治疗多动症的标准日剂量范围是0.1~0.3mg,儿童每日用药3~4次,青少年每日用药2~3次。从小剂量开始用药,首先晚上0.025~0.05mg,以每4~5d增加0.025~0.05mg的速度逐渐增加日剂量,用药次数逐渐增加到每日3~4次,直到出现治疗效果、不良反应或治疗剂量的上限为止。一般2~5周达到稳定剂量,1个月左右出现治疗作用。可乐定有长效缓释透皮贴片,剂型有0.05mg、0.075mg和0.1mg/片3种,根据年龄不同选用不同剂量的贴片,每5~7d换1次,可以在用口服制剂达到稳定效果后换用贴片治疗。贴片不良反应比口服轻,贴在无毛且难以触及的部位。由于可乐定的起效时间慢,只有观察1~3个月才能确定有无治疗效果。治疗时间的长短可以根

据具体情况决定,可以在学期中期停药观察。

治疗睡眠紊乱时只在每日睡前 1h 服药 1 次,剂量 0.05 ~ 0.2mg。

可乐定的常见不良反应是镇静、血压降低、体位性低血压、心动过缓、头昏、眼花等心血管系统反应。一般出现在用药的初始阶段,1 个月以后逐渐消失。在用药前以及用药初始阶段应每周做心电图、血压和脉搏等检查,了解在运动时有无眼花、呼吸短促、昏厥等主观感觉。若出现不良反应时应减慢加药过程,脉搏少于每分钟 55 次或血压低于 80/50mmHg 应当减低药物剂量。在维持治疗阶段,每 2 个月检查脉搏和血压,每 4 ~ 5 个月测量身高、体重和心电图。突然停用可乐定可能会出现去甲肾上腺素反跳的症状,如血压增高、出汗、心动过速、腹泻和焦虑等。

有晕厥、心血管疾病和重症抑郁症病史以及一级亲属有早年起病的心血管疾病史者不适宜用可乐定治疗。

(四) 多动症的联合用药

在药物治疗中,一般遵从单一用药原则,但是对于一些特殊情况可以采用多种药物联合治疗。如单一药物只能对多动症的部分症状产生作用,合并另一种药物可以对其他症状也起到治疗作用;单一用药不良反应大,联合用药可以降低各自药物的剂量,降低不良反应而又能继续保持疗效;存在合并性疾病单一用药又不能解决问题。常用的合并方案与适应证如下。

1. 兴奋剂与抗抑郁剂联合用药 单纯多动症用兴奋剂治疗效果不理想;多动症合并重症抑郁和广泛性焦虑等情绪障碍;多动症合并多发性抽动症;多动症合并遗尿症。
2. 兴奋剂与可乐定联合用药 多动症合并抽动症;多动症合并品行障碍、攻击性行为或严重的冲动性障碍;多动症儿童伴有睡眠混乱。

Poppe(1995 年)报道 3 例儿童以兴奋剂合并可乐定治疗导致猝死的现象。虽然这可能是偶尔发生,但是在进行这种合并治疗时必须谨慎,应该严密观察躯体情况与心电图的变化。

3. 兴奋剂与其他药物的联合应用 兴奋剂与碳酸锂等情感调节剂或神经阻滞剂联合应用治疗多动症伴双向情感障碍。

七、父母管理训练

在教育和管理多动症的儿童中,父母会存在许多难以克服的困难和承受很大的压力,需要帮助他们发展各种策略以降低儿童的违抗、挑衅和不服从行为,也需要得到专业支持以应付儿童所经历的社会排斥、学业失败和情绪问题。国外一些研究者制定了一些父母和家庭训练计划,其重点是帮助父母发展应付机制,而不是着重去改变儿童的行为问题。

Barkley(1987 年)、Patterson(1976 年)、Forehand(1981 年)等分别发展了各自的父母训练计划。这些干预计划的目的是增进父母处理儿童问题的能力、增加父母对多动症及其治疗的认识、增加儿童的依从性、改变父母的期望水平、让父母理解儿童行为问题出现与持续存在的原因。每个训练计划在内容上既有相似性又存在差异。如 Barkley 的父母训练计划

内容包括评价儿童的不依从和问题行为形成的原因,学习恰当地关注儿童以及恰当地与儿童发生相互作用,强化依从行为,塑造良好行为,训练合作性游戏,使用正规的奖赏系统和代币法,使用暂停程序,处理家庭以外的行为,在问题出现前事先制订预防计划,维持或后续治疗等。

八、系统家庭干预

家庭治疗通常也是多维治疗的方法之一,特别适合于家庭中有明显应激与冲突的多动症儿童。Cunningham(1990年)使用结构性家庭治疗训练父母,包括提高父母的各种应对技巧,提高家庭功能,支持父母双方在家庭中的作用,发展家庭系统中的各种技巧。

治疗前对家庭功能和父母管理儿童中所承担的责任进行评价,包括父母联盟,儿童的问题行为,父母管理儿童问题行为的方法,解决问题的策略哪些有效哪些无效,家庭的优势与劣势,隐藏在行为问题后的情绪冲突,父母对行为问题的看法,可能有用的特殊策略,以及家庭角色、问题解决技巧和交流方式等。

在整个治疗过程中通过15次左右的家庭访谈以及做家庭作业、看录像带、模拟、角色扮演和练习等方式,以提高家庭功能和管理儿童的技巧,增进家庭成员之间的交流,共同承担管理儿童的责任。同时,也将一些其他的父母训练技巧引进到治疗中,如阳性赋义、奖赏和忽视,事先作出计划以预防即将出现的麻烦情况,使用暂停程序等。另外,在家庭治疗中也提供一些有益于家庭的独特技巧,如父母怎样平衡对每个同胞的关注,怎样使用“当你做完了……时你就可以做……”的陈述。在家庭治疗中也对儿童进行治疗,教儿童学会亲社会行为技巧,在家里怎样遵守规矩,利用小组治疗的形式让儿童学会怎样解决在学校中遇到的问题。

九、课堂行为管理与教育干预

课堂行为管理与教育干预作为多动症的多维治疗的方法之一,对于减低儿童在学校中的不良行为,提高学习效率有着肯定作用。这些治疗包括多个方面,对老师的训练、加强家校联系、课堂行为管理、同伴干预计划、自我管理干预以及基于家庭实施的干预方法。

(一) 课堂行为管理技术

行为治疗能有效地增加坚持在任务上的行为,降低攻击性,改善学业和行为操作。行为管理技术能有效地减少破坏性行为、增加课堂任务的完成。在课堂行为管理中常常将阳性强化与负性结果联合使用,并且融入一些其他手段。

1. 阳性强化 包括赞扬、实质性奖赏和代币法。当儿童安静地坐在位子上或专注于做作业时老师及时给予赞扬和关注,如口头赞扬、微笑、点头和轻拍儿童的背部等。当伴随不当行为时则不给予这些阳性关注(称为积极的忽视)。赞扬和忽视同时使用对于改变儿童的行为相当有效。实质性奖赏是指给予特殊的活动或特殊的权利,如当他适当地和正确地完成了课堂作业就可以赢得额外的自由活动时间。代币法是儿童因为良好行为而获得分数、纸牌筹码、红星、红花、贴纸等,一天结束后将其转换为特殊权利或特殊活动等实质性奖

赏。在阳性强化技术的使用中,对于适当行为必须经常和不断的强化。强化刺激必须紧接着适当行为发生之后立即实施,两者之间的潜伏期越长,其联系就越弱。如果问题比较严重,简单的阳性强化效果不好,应该采用行为塑造技术,将强化的目标分解成较低水平,让儿童能获得成功,当行为反应进步后逐步提高期望水平。期望设置太高或超出儿童的行为反应能力,往往是管理失败的最大原因。

2. 负性后果 包括斥责(reprimand)、反应代价(response cost)和暂停(time out)技巧。其中斥责与纠正是最常用的技巧,甚至它在维持适当行为上比赞扬更为重要。反应代价是指出现不适当行为时剥夺强化物,包括终止他正在享受的权利或喜爱的活动。这种策略常常结合在代币法中使用以降低破坏性行为,即因为良好行为而获得分数,因为不良行为而扣掉分数。已经证明,在控制多动症的行为中,反应代价策略比斥责更为有效。暂停(或称为暂时隔离法)技巧对于有攻击性或破坏性行为的多动症常常有效,它是指当出现不适当行为时撤除阳性强化。如短时间的关禁闭室,面壁而坐,离开游戏场所,要求他短暂的低下头而看不到其他人。对于长期的严重破坏性、攻击性行为,以斥责、反应代价和暂停技巧处理无效时可以试用停课技巧。但必须注意,只有在父母具有适当管理技巧的情况下才能采用此方法,因为可能儿童更喜欢呆在家中。

在使用负性后果处理儿童的行为问题时应当注意有关情况。如斥责的使用必须是直接、简短、平静而不附带情绪因素、坚定和一致,反应代价和暂停策略不能频繁应用。这些策略都应当伴随在丰富的强化刺激环境中使用。若奖赏很少,或者惩罚超过奖赏时,治疗计划几乎总是注定会失败。不要把管理方法作为惩罚手段或检验儿童的行为是否错误的方法使用,而是让儿童自然地因完成工作而挣回奖赏分数或因为不服从行为而失去特权。

3. 结构化管理和其他管理手段 在管理多动症儿童中,合理的教室环境设置和制定并张贴出课堂规矩与任务安排表有助于改善儿童的课堂行为。如把儿童的座位安置在离开其他同学而靠近老师的位置,使儿童不影响别人,同时又可以得到老师频繁的关注和强化。把重新调回位置作为“表现好”的奖赏。另外,多动症儿童适合于处在那种比较封闭的教室中,这可以使他们少受外界环境的影响而分散注意力。对于每节课的课堂安排和组织,老师应当作出很好的计划并预测可能的课堂意外情况,应当在教室里张贴一日计划表和课堂规矩。提供一些视觉帮助是有用的,如使用手势信号,张贴颜色鲜艳的彩色张贴以提醒儿童注意自己的行为。使用“好行为钟”,当儿童表现良好行为时走动并记录时间,当表现不恰当行为时停止走动。教学安排和学习任务布置要增加新颖性和趣味性。允许儿童在活动中采用适合自己的步调,甚至允许儿童自己安排活动,适当缩短学习时间。活跃、精力充沛的老师对多动症儿童的行为具有阳性作用。

Jones(1989年)和Rei(1993年)等提出了另外一些方法,着重改变教学策略和教室环境以对多动症儿童进行整体调节和提高学业成绩。具体策略包括为多动症儿童构造成功的教室环境,提供多感觉途径和视觉帮助的学习风格,提供单独的学习阅览桌,提供日常活动清单和学习伙伴,让他们积极地参与学习过程。鼓励老师调整 and 改变教学策略,而不是试图使儿童适应“适合所有人的风格”的课堂。

(二) 自我管理干预

自我管理干预涉及到自我监督、自我强化、自我指令和问题解决方法等一系列程序,属

于认知行为治疗范畴。

认知行为治疗引入到多动症的治疗中,最开始是用于处理多动症儿童的冲动控制问题,一些研究表明自我管理技术治疗多动症的行为是成功的。自我监督和自我强化是指儿童监督和评价自己的学习与社会交往行为,然后根据这些评价进行自我奖赏。在程序实行中教会儿童怎样观察和记录自己的行为,怎样评价自己的行为,并决定是否得到奖赏。自我监控和自我奖赏能使完成任务时的不良行为减少,坚持在任务上的行为增加,但是对减少儿童的一般活动水平以及集体环境下的不良行为并无明显作用。

自我指令是教会儿童使用自我陈述,最开始由老师示范,当反应正确时自我强化。Bekley等(1980年)发展了一个四个步骤的自我指令计划,包括听指令、重复指令、用自己的话重复问题和自我奖赏正确答案。教儿童使用5个原则监控自己的行为,呆在座位上、快速工作、别干扰其他人、别孤立自己(如做白日梦)和如果需要帮助就举手。研究认为自我指令可以提高心理测验成绩以及改善课堂中的行为。

一致性(correspondence training)训练,是由Pangiaqua等(1992年)发展的一种训练,包括教给儿童言语和非言语的行为之间的关系。教给儿童通过允诺、坚持他们的允诺、精确地报告自己的行为,以达到减少不适当行为的效果。结果发现在训练和强化后,儿童在分心、多动和品行问题上明显进步。

自我监控程序对那些课堂管理程序已经获得成功、发展了基本的组织技能以及8岁以上的儿童最为有效。低自尊的儿童更适合自我监控技术而避免挑选课堂管理计划或代币法,特别是那些作为班级中惟一管理对象的儿童更适合自我监控技术。

(三) 依赖于家庭实施的干预计划

在这个干预计划实施过程中,儿童白天在学校实行代币方法而获得分数,晚上父母根据白天在校表现给予实质性强化兑现。使用这种程序的注意事项是,老师和父母必须接受行为管理技术训练,仔细地确定怎样才能进行强化和怎样强化,怎样配合使用反应代价策略。必须分析父母执行干预程序的能力,当儿童的日常报告不好时应当注意避免虐待儿童,有惩罚行为的父母在使用这个程序以前需要优先使用更为有效的技术。老师在干预计划中承担责任也很重要,为了使干预计划有效,父母和老师必须合作,以合作伙伴的关系监控和管理儿童,根据儿童的反应修正干预计划。

十、学业和学习策略干预

当处理的焦点是学习问题时,可以采取一些特殊的策略教育多动症儿童,如减短学习任务时间,减低工作数量,增加学习任务的新奇性和趣味性,增加儿童积极参与的机会,改变信息呈现的方式,允许自我指示或借助计算机的方法学习等。这些策略对于老师和家长管理多动症儿童的学习都适合。

Jones(1989年)强调需要根据下列原则对学习任务和课堂中的安排作出调整。“简短”,即使用简短的课程、较短的安排、较小的信息量以便多动症儿童能维持注意力和努力;“变化性”,尽可能减少重复的数量,在安排上增加活动性,允许作出不同选择以增加努力性和学习动机;“结构和常规”,制定精密的计划,提供中心性环境(focused environment),而这

种环境中的活动及其活动变化是经过精心安排的。当学习环境和学习任务适合于多动症儿童时,能使他们获得阳性行为变化。

老师的教学风格也影响多动症儿童的课堂行为,允许儿童走来走去和活跃地参加学习任务的课堂将使多动症儿童产生阳性结局。充满活力的、走来走去的、经常吸引儿童的老师也更适合多动症儿童。

十一、社交技能训练

多动症儿童与周围人发生相互作用的概率比一般儿童高,行为调节困难,容易发生冲突,受到排斥和拒绝,随之伴有更多的情绪问题。社交技能训练作为多动症多维治疗的方法之一,主要用来帮助儿童提高社交技能和降低与同伴交往的困难。在干预方法实施中,采用模拟、排练、矫正反馈等行为治疗技术,教儿童介入社交、交谈、控制愤怒和解决冲突的技巧。

单独使用社交技能训练对改进多动症儿童社交技能的作用并不明显,然而,当它与其他干预方法合并使用时能产生明显的行为进步。

十二、其他治疗干预

体育运动训练纳入到多动症的多维治疗体系中,可以顺应这些儿童精力充沛好运动的特点,通过体育运动提高他们的自信心。另外,一部分多动儿童存在运动协调问题,运动训练可以帮助他们提高运动协调能力,甚至使他们的注意力和行为问题明显改善。跆拳道、拳击、柔道等运动项目比较适合他们。

神经生理功能训练是近年发展起来的新的治疗方法,如脑电反馈治疗就是其中的一种。它是通过抑制脑部 θ 波而提升 β 波,逐渐达到注意力集中。另外,近年来也在尝试对多动症儿童进行注意力训练,如以人工的方法或计算机软件控制的方法呈现视觉、听觉刺激给儿童,训练他们对刺激的辨别和反应速度,训练耐心等待的能力。因为认知功能训练可以促进儿童的认知能力的发展,而这些是药物治疗所不能达到的,所以这类治疗应该具有发展前景。一些研究也显示以这些方法治疗多动症儿童能收到较好的治疗效果。

(万国斌)

第三节 品行障碍的治疗

品行障碍(conduct disorder, CD)是指在儿童青少年时期反复、持续出现的反社会性、攻击性或对抗性等行为。这些行为违反了与该年龄相适应的社会行为规范和道德准则,影响了其自身的学习和社交功能,损害了他人或公共利益。如果在青少年时期出现违法犯罪者,称为青少年违法。品行障碍是儿童青少年时期一个相对独立的诊断类别,主要包括攻击性、破坏性行为、违抗、不服从、说谎、偷窃、逃学、离家出走、纵火、虐待动物、性虐待、躯体虐待等一系列行为。

一、流行病学资料

国外报道该病的患病率为 3.2% ~ 16% ,国内报道为 1.45% ~ 13.6% ,近年来有增加的趋势。该病通常于学龄期起病 ,男性明显多于女性 ,男女患病率之比为 3 ~ 12:1。目前该病的病因及发病机制尚不完全清楚 ,可能与遗传、生物因素、心理因素及社会文化因素等多因素的共同作用有关。

二、临床基本特征

攻击性行为和反社会性行为是儿童青少年品行障碍最主要的表现 ,部分患儿在此基础上伴有注意力不集中、活动过度等多动症的表现 ,有些伴有烦恼、愤怒、抑郁等情绪异常 ,多数品行障碍患儿自尊心降低 ,自我评价差。

(一) 攻击性行为

指侵犯和攻击他人的行为 ,可以表现为躯体攻击或言语攻击。2 ~ 3 岁时常表现为暴怒发作、屏气发作、大声吵闹等 ;以后渐渐变为违抗或拒绝服从成人的命令 ,推拉或动手打其他小朋友 ,咬人、咬物 ,难以合作。到了学龄期后攻击性行为的表现更加明朗化 ,常以言语伤人 ,惹是生非 ,破坏物品 ,扰乱课堂纪律 ,对抗老师。恃强欺弱 ,威胁、恐吓弱小儿童 ,索要钱物 ,或强迫他们为自己做事。常与同伴发生争吵、斗殴 ,甚至发展为团伙打群架及械斗。这类不良行为如不及时纠正 ,易与社会上流氓结成团伙 ,聚众斗殴或进行违法犯罪活动。

(二) 破坏性行为

主要表现为破坏他人或公共财物的行为。年幼儿童最初多半是出于好奇而摆弄、砸坏东西 ,多破坏自己家中的物品。学龄期后则表现为故意破坏家中或别人的东西、破坏公物或公共场景。破坏行为部分是出于报复心理 ,部分是发泄自己的不满情绪 ,而另外一些是属于冲动性行为 ,也有少数患儿以破坏他人的物品为乐。

(三) 违抗性行为

故意违抗和不服从他人 ,常伴有强烈的情绪反应。学龄期以前的儿童往往在不如意时出现这种行为 ,当要求得到满足或经过一段时间后便会自然恢复。学龄期以后的儿童则经常故意与老师或父母对着干 ,不服从管教 ,当要求没有得到满足或遭到冷落、委屈时 ,违抗行为会变得更加明显。

(四) 说谎

表现为经常有意地说假话 ,开始时是由于幻想希望获得家长或老师的表扬而撒谎 ,或做错事后为逃避父母的处罚而撒谎 ,或为了寻求他人的关注 ,以编造谎言来显示或标榜自己。由于能从说谎中受益 ,以后经常有意说谎 ,渐渐发展为说谎成性 ,以至于父母对儿童平

常所说的话也难辨真假,说谎则成为一种待人接物的行为模式。

(五) 偷窃

儿童在幼儿园出于好奇,常常把自己喜欢的玩具带回家玩,逐渐养成了为满足自己愿望随意拿别人东西的习惯。偷窃行为往往开始于学龄期,最初是拿家中的钱物,或把家里的东西拿到外面去。当被父母询问时,怕受处罚,只好否认、说谎。有时也能承认,表示以后会改,但过后很快又会重犯。逐渐发展为将别人的东西占为己有,有意地去偷别人的学习用具或钱物,明知故犯。少年期以后主要表现为外出行窃,可为单独行窃,或为团伙行窃。有些患儿通过行窃来寻求刺激,或以偷窃为乐,把偷来的东西当作战利品保存起来,用偷来的钱请客、招待同学。

(六) 逃学或离家出走

在早期可能是对外界好奇而不愿回家;也有因家长态度粗暴、在家得不到父母的关爱、自尊心受到挫伤而出走;或因学习成绩不好、厌恶学习,怕受到父母和老师的处罚而出走。第一次出走后常获得满足,以后则会多次离家出走。他们常常背着书包离家后,在外面游荡或与其他儿童玩,不去上学。而外出游玩的刺激会给他们带来愉快和满足感,因而逃学和离家出走极易形成习惯。倘若此时父母不及时管教,或者管教方法简单粗暴,这些儿童便会渐渐发展为经常逃学,离家出走,甚至到外地游玩。这种现象可以是单个出现,也可以是与他人结伴而行,易被社会上流氓勾引,结成团伙进行违法行为。

(七) 恶作剧

往往编造一些出人意料的、不可理喻和胆大妄为的恶作剧来捉弄同学、老师和家长,其程度远超过他人的承受能力,并从他人的恐惧或喊叫中获得刺激感和满足。

(八) 纵火

这种行为在我国比较少见,但危害性大。年幼儿童由于好奇而玩火柴、烧纸片、燃爆竹,以玩火为乐,此时玩火往往发生于家中,较少有其他反社会性行为。年长儿童则在工地、野外玩火,把玩火柴、燃烧废轮胎、草木等作为游戏,烧毁的往往是别人的或公共的财物,严重者发展为纵火违法。纵火的原因是寻求刺激,或者是其他破坏性行为的一种表现形式,因报复进行放火者少见。纵火行为可以单独进行,也可以是以集体的形式进行,常常伴有其他反社会性行为。

(九) 物质滥用

吸烟、酗酒和吸毒等反复使用成瘾性物质行为,在国外多见,国内近年也开始出现。主要发生于青少年时期,开始时多为出于好奇或受人引诱、利用,一旦成瘾后就长期反复使用,并不择手段地获取毒品,甚至发展为参与贩毒。常常伴有其他反社会性行为,形成少年违法。

(十) 性攻击

在国外较多见,多发生于青春期以后的男性,最初出于好奇心或恶作剧,对异性进行猥

袭行为,在黄色电影及小说影响下也可发生强奸、集体淫乱等性行为。女性一般不出现性攻击行为,但在受诱骗初次发生性行为后,能获得物质上满足,逐渐发展为卖淫和淫乱行为。

三、诊 断

CCMD-3 关于品行障碍的诊断标准如下:

(一) 反社会性品行障碍

1. 症状标准

(1) 至少有下列3项:①经常说谎(不是为了逃避惩罚)。②经常暴怒,好发脾气。③常怨恨他人,怀恨在心,或心存报复。④常拒绝或不理睬成人的要求或规定,长期严重的不服从。⑤常因自己的过失或不当行为而责怪他人。⑥常与成人争吵,常与父母或老师对抗。⑦经常故意干扰别人。

(2) 至少有以下2项:①在小学时期即经常逃学(1学期达3次以上)。②擅自离家出走或逃跑至少2次以上(不包括为避免责打或性虐待而出走)。③不顾父母的禁令,常在外过夜。④参与社会上的不良团伙,一起干坏事。⑤故意损坏他人财产,或公共财物。⑥常常虐待动物。⑦常挑起或参与斗殴(不包括兄弟姐妹打架)。⑧反复欺负他人(包括采用打骂、折磨骚扰及长期威胁等手段)。

(3) 至少有下列1项:①多次在家中或外面偷窃贵重物品或大量钱财。②勒索或抢掠他人钱财,或入室抢掠。③强迫与他人发生性关系,或有猥亵行为。④对他人进行躯体虐待(如捆绑、刀割、针刺、烧伤等)。⑤持凶器(如刀、棍棒、砖、碎瓶子等)故意伤害他人。⑥故意纵火。

(4) 必须同时符合以上第(1)(2)(3)项标准。

2. 严重标准 日常生活和社会功能(如社交、学习或职业功能)明显受损。

3. 病程标准 符合症状标准和严重标准至少已6个月。

4. 排除标准 排除反社会人格障碍、燥狂发作、抑郁发作、广泛发育障碍,或注意缺陷与多动障碍。

(二) 对立违抗性品行障碍

多见于10岁以下儿童,主要为明显不服从、违抗或挑衅行为,但没有更严重的违法或冒犯他人权利的社会性紊乱或攻击行为,必须符合品行障碍的描述定义,即品行已超过一般儿童的行为变异范围,只有严重的调皮捣蛋或淘气不能诊断本症。有人认为这是一种较轻的反社会品行障碍,而不是性质不同的另一类型。

1. 症状标准

(1) 至少有下列3项:①经常说谎(不是为了逃避惩罚)。②经常暴怒,好发脾气,常怨恨他人,怀恨在心,或心存报复。③常拒绝或不理睬成人的要求或规定,长期严重的不服从。④常因自己的过失或不当行为而责怪他人。⑤常与成人争吵,常与父母或老师对抗。⑥经常故意干扰别人。

(2) 肯定没有下列1项:①多次在家中或外面偷窃贵重物品或大量钱财。②勒索或抢

掠他人钱财,或入室抢掠。③强迫与他人发生性关系,或有猥亵行为。④对他人进行躯体虐待(如捆绑、刀割、针刺、烧伤等)。⑤持凶器(如刀、棍棒、砖、碎瓶子等)故意伤害他人。⑥故意纵火。

2. 严重标准 上述症状已形成适应不良,并与发育水平明显不一致。

3. 病程标准 符合症状标准和严重标准至少已6个月。

4. 排除标准 排除反社会性品行障碍、反社会性人格障碍、躁狂发作、抑郁发作、广泛发育障碍,或注意缺陷与多动障碍。

四、治 疗

品行障碍的治疗是个比较棘手的问题,目前还缺乏特异性的治疗方法,单一治疗方法的效果较差,多采用个体化的教育、药物治疗、心理治疗和行为治疗为主的综合治疗模式。

(一) 行为矫正

这是较常用的一种治疗方法,也是直接对患儿进行治疗的方法,治疗目的是改变患儿的不良行为。在行为矫正前,要了解患儿不良行为的原因,针对不同的病因进行行为矫正。首先,要耐心地听取患者诉说,全面了解其对自己不良行为的看法、认识及有否纠正的愿望;要与患儿一起讨论目前存在的主要问题、分析这些问题可能的原因,还应阐述不良行为的危害及为何要进行治疗的理由。如患儿的认识不够或没有纠正的愿望,则需进行诱导与启发,促使其产生正确的认识及强烈的纠正愿望。取得患儿的理解和配合是心理行为治疗重要的一步。

行为矫正的方法主要包括阳性强化疗法和惩罚疗法,即利用操作性条件反射的原理,改变品行障碍儿童的行为方式,逐渐减少其不良行为。注意行为矫正时奖励要多于惩罚,不要斤斤计较一些小的过失,要用表扬、赞许、奖品和特许等方式鼓励患儿的良好行为,只有当犯了大的错误时才给予惩罚。为了使奖励和惩罚能发挥更大的矫正作用,应注意以下几点:①要将奖惩与说理相结合,让患儿明白什么是对,什么是错,该如何去做。②奖励面要大,要对其进行纵向比较,发现其进步。③根据不良行为的性质、患儿的性格和对惩罚感受性,控制惩罚的类型和强度,不能使用过分或不足的奖励。④奖惩都要及时,这样才能建立起行为与奖惩的条件反射。

近年来发展了一种称作“问题解决技巧训练”的治疗方法。其原理是认为品行障碍患儿存在认知缺陷,因此可通过训练其交流技巧、解决问题的技巧、冲动和情绪控制的技巧等方面,来帮助他们提高各种能力。这种方法包括四个步骤:①帮助患儿理解问题,将问题在头脑中以恰当的形式再现出来。②订出获得结果的计划。③实施计划。④检验结果。这种方法在降低反社会性行为和增强亲社会行为方面有较好的治疗效果。

儿童和青少年的行为矫正是一个复杂的系统工程,家庭、学校社会各个方面、各个部门都应当按照统一的目标行动,协调一致地进行,才能收到良好的效果。

(二) 家庭治疗

家庭治疗的目的是通过各种各样的方法改变家庭功能,继而改变患儿的行为。在各种家庭治疗方法中,以行为模式、结构模式、策略模式和交流模式的方法较为有效。许多研究

显示,家庭治疗比其他方法更为有效,特别是对应激性较高的家庭更为实用。本治疗以家庭成员一起作为治疗对象,因此,治疗的成败与家庭成员的合作程度有关。其中家庭功能治疗和父母管理训练是近年发展起来的两种具有代表性的方法。

1. 家庭功能训练 这种方法的理论基础来源于系统论和行为心理学理论,从家庭功能的整体上来分析存在的问题,增加家庭成员之间的直接交流和相互支持,帮助家庭成员找到新的方法来解决他们的人际关系。通过对家庭成员就某一个具体问题或某一个观点提出循环式询问,使每一个人从不同的角度看问题,然后从他人的反馈意见得到信息,从而认识自己、得到启迪,而不是对问题或观点直接提问或直接评论。通过家庭治疗,从根本上打破原有的不能适合家庭正常功能的成员之间的关系、交往方式和规则,重新建构起能解决问题、改善关系的新型家庭关系,从而达到治疗之目的。这种方法需要依赖于家庭成员的积极参与和配合,因此对于那些问题多和功能明显紊乱的家庭,因为家庭成员难以合作、相互之间很难保持一致,因而治疗效果相对较差。

2. 父母管理训练 此训练方法的理论假设是品行障碍儿童的父母责任角色不当,不能注意和培养儿童的适当行为,或者采取过度粗暴的惩罚来处理孩子的不当行为,从而不知不觉中反而强化了儿童的不良行为。因此,治疗是以改变父母和儿童之间异常的相互作用方式为目的。首先要了解父母对患儿存在问题的看法、曾经采取的措施及成效,向他们有针对性地介绍儿童少年时期心身发育特点及自己在儿童少年时期心身特点之间的差异。征求他们对治疗计划的意见,请求配合治疗。治疗上直接训练父母在管理孩子时采用亲社会行为方式,改变父母和儿童之间异常的相互作用方式,用外显的积极行为示范作为品行障碍儿童提供社会学习依据。采用阳性强化的措施奖赏儿童的亲社会性行为,必要时采用一些轻微的惩罚措施消退不良行为。本方法对处理攻击型品行障碍效果最好,治疗效果受治疗持续时间的长短、家庭功能紊乱的严重性及社会支持强度等因素的影响。

(三) 社区治疗

由于各种原因,许多品行障碍儿童的家庭不愿意采用家庭治疗形式,一些家庭功能严重紊乱的患儿也不适合使用家庭治疗形式。因此,应当发展一些社区干预计划,借助社会的力量来帮助这些患儿,是品行障碍治疗的另一个基本途径。借助力量包括社区内的干预援助中心、大学生、同伴、家庭、学校乃至街道办事处和行政单位等,能够启动这样的社会系统力量,其效果会非常显著。可雇佣一些大学生或成人志愿者作为他们的伙伴,与他们建立朋友关系,作为行为榜样引导他们改正不良行为。另外,可以实施一些学校干预计划,如社会技能训练计划和学习技能训练计划,以改善伙伴关系,提高学习成绩,增加患儿的自尊心,进一步改善患儿的不良行为。有些国家设立有一种称为“治疗性收容所”的机构,被关进监狱的年轻人被分配给经过特殊训练的治疗者,他们能提供日常安排和支持,建立个体化的治疗计划,确保更密切地监督个体与同龄人的关系,提供持续性的非躯体性约束,并通过每周一次的心理治疗建立“社会-技巧-建设”行为模式。据报道经过治疗培养中心治疗的个体,在释放后的12个月的跟踪随访中发现重新犯罪率有明显降低。

(四) 社交技能训练

训练的焦点是针对品行障碍儿童各种影响人际互动的言语和非言语行为。训练策略包

括提供指令、治疗者示范、由儿童进行练习、矫正反馈以及对于适当行为的社交性强化等等,并且这种训练要求与父母、同伴或兄弟姐妹之间进行互动。该方法派生的一种形式是心理剧,由以下步骤组成:①感受转变。②注视自我。③潜抑转移。④榜样模仿。⑤学会理解等。

(五) 药物治疗

目前,儿童的品行障碍尚无特效的药物治疗,因此单用药物治疗是无效的,药物治疗只能作为辅助治疗,主要是用来缓解其伴随症状。

药物治疗的理由主要建立在假设的理论和临床印象上。由于患儿常常伴有偏执或一过性的知觉障碍,可给予小剂量的抗精神药物。对伴有活动过度、注意力不集中或冲动表现者,可用哌甲酯或右旋苯丙胺等中枢兴奋剂治疗伴随的多动症表现,据报道对患儿的对立违抗、攻击性行为也有一定的疗效。用碳酸锂、卡马西平和丙戊酸钠来治疗情感症状,用三环类抗抑郁剂治疗抑郁症状。另外,一些药物如小剂量的氟哌啶醇、碳酸锂、普萘洛尔(心得安)和利培酮等对抑制攻击性行为有一定的效果,可以作为严重攻击性行为的辅助治疗。有报道可乐定对改善症状也有一定的作用,不过安定类镇静药物往往会加重症状,应避免使用。

五、预 防

品行障碍的治疗效果与多种因素有关,尤其是与预防有关,因此预防工作有着更加重要的意义,预防得愈早效果愈好。由于本症的发生与遗传、生物、心理及社会等多因素有关,因此预防也应包括多个环节。

(一) 家庭预防

父母要做好优生咨询,避免围生期高危因素,优生优育。维持家庭完整,改善家庭环境,避免家庭冲突和暴力。建立良好的亲子关系,父母树立良好的榜样。家长对孩子的养育态度要一致,做事要有原则,避免娇生惯养、过度溺爱、粗暴专制、放任自流或重智轻德、与孩子金钱交易等不良的养育方式,对儿童过失行为的处理要及时恰当,最好以沟通方式了解和解决问题,正确引导,不宜体罚和打骂。对于高危家族,如家族矛盾冲突多、家庭功能紊乱、父母离异、父母有违法犯罪行为、精神疾病或人格异常等,要及早进行家庭干预,采用心理咨询和心理治疗的方法帮助处理家庭危机,最大限度地减少对儿童的影响,必要时把儿童与家庭分离开来,寄养到正常家庭或庇护机构中去。

(二) 学校预防

在品行障碍的预防方面,学校承担着特别重要的责任。学校要端正教育思想,完善教育内容,促进学生素质的全面发展。应注意培养学生良好性格,防止和改善不良性格,如自我中心性格、意志薄弱性格、情绪易变性格、攻击性格等,提高对挫折的耐受力。还应开展丰富多彩的文娱活动,培养学生的积极情绪,学会自我调节、控制情绪。开展心理卫生教育,促进学生的心理健康。要建立良好的师生和同学之间关系,老师要合理安排作息制度,真诚关心

“差生”,早期发现学生的心理卫生问题,并及时干预。

(三) 社会预防

儿童和青少年有很大一部分时间是在社会中度过,因此社会预防在品行障碍的预防中具有不可替代的作用。各级政府、社会团体和文娱部门都应加入到预防儿童不良行为的行列中,大力倡导和发扬中华民族的优良传统,树立良好的社会风范,提高社会的道德水准,教育人们以良好的行为规范与行为准则要求自己,让人们以正确的思想观念和认知模式调节个体行为,约束不良行为,从而降低儿童品行障碍的发生率。

(四) 自我预防

青少年已有一定的社会知识和认识,有一定的判断能力,因此有责任通过自己的努力,保护自己免受各种不良因素的影响,预防可能产生的不良行为。平时应学习有关心理卫生知识,克服自己的各种心理障碍,如嫉妒、自卑、虚荣、害羞、焦虑、盲从、偏激及暴躁等。还应通过各种渠道,学习有关法律知识,增加法律意识,掌握法律武器,有效地保护自己。

(徐通)

第四节 儿童夹腿综合征

夹腿综合征是儿童的一种以夹腿行为为主要特征,并不断摩擦会阴部的习惯性的不良动作。夹腿综合征在1~3岁幼女中最为多见。发作时,儿童表现为两腿屈曲,并拢紧贴或交叉内收,然后两腿互相摩擦或强直不动。个别女孩还喜欢骑跨在椅子上,或用下腹部顶住硬物反复上下摩擦,发作时伴面颊潮红、全身出汗、两眼发直,不愿他人打扰或阻止。多数在儿童刚刚入睡或刚刚醒来时发作。一般几天发作一次,个别儿童可一天发作数次。

夹腿综合征是儿童生长发育过程中的正常现象,如同吸吮手指一样,是一种自我安慰的方式,对于身体发育并无太大的害处。夹腿综合征曾被认为是异常的性行为或是幼儿期的一种手淫行为,我国的传统观念认为“手淫”是一种不良行为,并且有害于身体健康。当儿童出现这种行为时,家长常常很着急,表现出强硬的态度或者采取强硬措施来阻止夹腿行为的继续。现代医学研究证实,手淫不是一种病态,而是人类性心理发展中的一种十分常见的现象,对儿童的身体和心理发展没有明显的影响。婴幼儿的夹腿综合征不带有性幻想,与青少年手淫不同,青少年的手淫常常伴有性幻想和性快感。

一、病因

儿童发生夹腿综合征的最初因素可能是好奇,或与局部疾患有关。

1. 局部刺激,与外生殖器的不适感有关 如外阴湿疹、蛲虫、尿布潮湿或裤子太紧等刺激引起外阴局部发痒,继而摩擦,在此基础上发展而成。

2. 心理因素 有的儿童因家庭气氛紧张、缺乏母爱、遭受歧视而感情上得不到满足,又无玩具可玩,通过自身刺激来寻求宣泄,从而产生夹腿动作。

3. 探索身体 婴幼儿在探索自己的身体时,碰巧摸到自己的某个区域而感到比其他部位舒服、愉快,因此就会再次有意识地去触摸。

4. 青春期性发育 青春期后夹腿综合征增加,并可有性幻想、性快感。男孩子还会伴有射精。

5. 其他原因 还有一些不良的因素影响会增加儿童的夹腿综合征的发生,如看到描写性爱的镜头、图片和小说,同伴间谈论性话题。在大孩子中,黄色录像、黄色书刊的影响,也是导致“夹腿”不良行为的原因;少数是被人教唆后出现夹腿综合征行为;也可以是受到性骚扰的结果。

6. 某些精神发育迟滞和精神分裂症 也可能经常有夹腿综合征甚至手淫的行为。

二、临床表现

儿童用手指直接抚弄生殖器,或坐在床沿、椅子的靠背、或凳子角等边角部位,扭动身体,让生殖器与其摩擦,或将手电筒的电珠等小物体塞进自己的阴道,以取得快感。儿童在手淫时,常常面孔通红,表情紧张、愉快,眼睛凝视一处,还可伴有出汗、气喘。当快感出现后,儿童表现困乏、嗜睡。年幼的儿童出现上述活动时常常不分时间地点。如上课时,坐在椅子上擦动,不伴有性幻想,男孩可能出现阴茎勃起,但仅为一种单纯的抚弄或摩擦性器官的行为。而青春期以后的儿童,多在上床后入睡或凌晨醒转后进行夹腿行为,甚至手淫,且常常伴有性幻想(多为电视、图书中看到的或亲眼见到的父母性生活的场景),男童常伴有射精活动。夹腿行为过于频繁(每日数次)可能会影响儿童的生活,如社会交往、学习效率和睡眠质量,但频繁的夹腿行为往往是某些问题的外在表现。频繁出现的夹腿综合征,通常发生在感到无聊、无所事事的时候,这种情况下并不带有“强迫”的成分,很容易被其他有兴趣的事情分散注意。有时夹腿行为被当作“减压”的手段,儿童的情绪焦虑会通过“手淫”来缓解,使“手淫”带有“强迫性”,类似“咬指甲”等行为。

三、诊断及鉴别诊断

根据临床表现,诊断不难。须注意查明可能导致夹腿综合征的躯体、心理或社会环境因素,以及可能存在的其他精神障碍,才有可能有针对性地加以解除。特别是在有精神分裂症、精神发育迟滞的患儿也可出现夹腿行为。有包茎、阴道滴虫病、阴道真菌病、蛲虫病及会阴部湿疹等的患儿,由于局部刺激、发痒,也可造成夹腿综合征。因此,在诊断为夹腿综合征之前,应注意排除其他精神疾病及局部的原因。

在婴幼儿出现的夹腿综合征行为,须与颠叶癫痫或顿挫型癫痫相鉴别。鉴别要点为:夹腿综合征时无意识障碍,正在发作时,呼之可以有回应,且可用分散注意力或自我控制等方法暂时终止这种行为。较大的儿童,每次发作后可以谈出自己的体验及说明正在进行夹腿时周围环境的情况,证明其意识是清楚的。癫痫患儿,常有或轻或重的意识障碍,且可有癫痫大发作等其他发作形式。脑电图检查如出现典型的癫痫波,则对诊断帮助极大,但正常脑

电图不能作为完全排除癫痫 的根据。

四、治 疗

医生要对本症特征有一个明确的了解,早期发现、早期诊断和早期干预非常重要。家长一旦发现孩子有本症迹象,应及早向儿童心理专家咨询,并要了解此征的性质,对患儿不要责骂,不要惩罚,也不要强行制止其发作。

在处理夹腿综合征时,应做到以下几点。

(一) 消除家长紧张,做出适当的反应

家长对孩子夹腿行为的反应会影响孩子的心理状态,恐吓、指责和惩罚不仅不会减轻这种行为,相反会使儿童更加焦虑而夹腿现象更加频繁,自尊心受伤害,甚至引起性心理障碍。因此,家长不应反应过度,不要采取严厉的手段阻止夹腿行为,应避免说些令孩子难堪或产生恐惧的话。家长还要注意给患儿营造一个良好的家庭环境,给孩子充分的温暖和爱抚。

(二) 转移注意力

当患儿将要发作或正在发作时,家长应装作若无其事的样子将患儿抱起来走走,或给患儿玩具玩玩,或和患儿“逗逗乐”,或领患儿出去玩耍,以转移孩子的注意力。对偶尔发生者不要过分关注,频繁者应及时查找原因。这时应寻找儿童发生夹腿行为的压力源,并采取措施解决儿童的压力问题而不是注意行为本身。例如,同伴关系是否有问题?在幼儿园或学校中表现如何?是否容易发怒或郁郁寡欢?一旦找到可能的原因,应及时进行心理评价和咨询。

(三) 检查夹腿综合征的发生是否与其他问题有关系

夹腿现象有时可能是其他问题的外在表现,应检查是否存在以下问题:①局部疾患或局部刺激,如湿疹、炎症、内裤太紧、睡觉时被子盖得太多。家长要注意患儿会阴部卫生,去除各种不良刺激。如果患儿有蛲虫、湿疹等,要及时请医生治疗。②被忽视或精神压力大,如缺乏家长关注,家长经常指责孩子。③遭到性侵犯、性虐待。如果发现夹腿现象与精神压力或受性虐待有关,则需要解决根本的问题,而不是夹腿行为本身。受到性虐待的儿童通常会表现出一些行为或言谈方面的异常,可疑有性虐待时应及时对儿童进行保护,用法律来解决问题。

(四) 家长的应对

关键是使夹腿行为更符合社会行为的要求。有些专家认为注意夹腿行为发生的场所和时间比关注夹腿行为本身更重要。应限制夹腿行为发生的时间和地点,告诉儿童不可公开进行夹腿行为。

(五) 注意培养儿童广泛、健康的兴趣和爱好

家长要注意培养儿童广泛、健康的兴趣和爱好,不妨花一些时间与孩子进行富有意义的

游戏和活动,不能使孩子沉湎于夹腿的感受里,更应该避免看描写性爱的书籍或电镜头。对于青少年,要科学、及时地给他们介绍性生理和性心理知识,消除他们对性的盲点和神秘感。培养良好作息习惯,要养成按时睡眠的好习惯,晚上不要过早上床,早晨起床时不要赖床,以减少“夹腿”发作的机会。

(六) 药物治疗

对于病程较长、病情顽固的患儿,在排除心、肺、肝脏等器质性疾病基础上,可小剂量使用泰必利,每次 0.05mg,每日 2~3 次。对于一些夹腿行为比较频繁、有明显情绪问题的儿童,可考虑使用抗焦虑药,如地西泮 1.25mg,每日 3 次,以减轻儿童的焦虑情绪;年龄稍大的儿童可以使用氟伏沙明,每次 12.5~25mg,每晚睡前服用。

一般来讲,夹腿综合征的预后较好。偶尔出现夹腿行为应该视为发育过程中的正常现象。发作频度较密者,在解除有关的躯体或心理社会因素后,多数儿童的夹腿行为也可以消失。少数儿童的行为可持续至成人期的手淫行为。由于患儿及家长对夹腿行为的过度恐慌,常常造成家长和患儿的明显焦虑、抑郁,此时应及时治疗,以避免发展为焦虑症、恐怖症等情绪障碍。

(刘 漪)

参 考 文 献

1. 李雪荣主编. 现代儿童精神医学. 长沙:湖南科技出版社,1994
2. 陶国泰主编. 儿童少年精神医学. 南京:江苏科技出版社,1999
3. 杜亚松. 儿童心理卫生保健. 上海:上海科学技术文献出版社,1999
4. Michael H, Ebert, Peter T. Loosen, Barry Nurcombe. 现代精神疾病诊断与治疗.(孙学礼译). 北京:人民卫生出版社,2001
5. 万国斌等. 湖南省儿童少年注意缺陷多动障碍的流行病学调查. 北京:中华神经精神科杂志,1993,26(5):298~301
6. Barkey RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder——A Handbook For Diagnosis And Treatment, 2ed. New York: The Guilford Press, 1998
7. Teeter P. A: Intervention For ADHD. New York: The Guilford Press, 1998
8. Wiener JM eds. Textbook of Child & Adolescent Psychiatry, 2nd ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1997
9. Kaplan & Sadock Eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry VII on CD - ROM Version. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000
10. Ellingson SA; Miltenberger RG; Stricker JM et al. Analysis and treatment of finger sucking. J Appl Behav Anal. 2000, 33(1):41~52
11. Noshpits JD. Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Vol 2, New York: John & Wiley Sons, Inc. 1997
12. Walsh KH; McDougale CJ. Trichotillomania. Presentation, etiology, diagnosis and therapy. Am J Clin Dermatol. 2001, 2(5):327~333
13. Warren JJ; Levy SM; Nowak AJ et al. Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: a longitudinal study. Pediatr Dent. 2000, 22(3):187~191
14. Woods DW; Murray LK; Fuqua RW; et al. Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral-digital habits in children. J Behav Ther Exp Psy-

chiatry. 1999 ,30(4) : 289 ~ 300

15. Kazdin , A E ; Wassell , G. Therapeutic changes in children , parents , and families resulting from treatment of children with conduct problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 , 39(4) : 414 ~ 420
16. Scott S , Spender Q. , Doolan M. et al. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. BMJ. 2001 , 28 ; 323(7306) : 194 ~ 198
17. Searight HR , Rottnek F , Abby SL. Conduct disorder : diagnosis and treatment in primary care. Am Fam Physician. 2001 , 15 ; 63(8) : 1 579 ~ 1 988
18. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children : strengthening parenting competencies. J Consult. Clin Psychol. 1998 , 66(5) : 715 ~ 730

第十五章 儿童情绪障碍的治疗

儿童期情绪障碍(emotional disorders in childhood)是指特发于儿童少年时期以焦虑、恐怖、强迫、抑郁以及转换症状为主要临床表现的一组疾病。按照儿童行为障碍的两维度分类,相对于外化性行为问题而言,这类障碍属于内化性问题。外化性问题主要涉及与外部世界的冲突,内化性问题则为内部或自身的冲突,相对于“反社会行为”而言,属于神经症性行为。

儿童期情绪障碍为十分常见的儿童心理卫生问题,其患病率在国外居第二位,在国内居行为问题、发育性障碍之后的第三位。国内流行病学研究报道,儿童情绪障碍的患病率为0.3%~6.99%。国内李雪荣使用DSM-III-R诊断标准调查湖南省儿童青少年患病率为1.05%;王玉凤使用Rutter量表调查北京市小学儿童,神经症性行为为1.64%,可见于各个年龄阶段的儿童,女性高于男性,约为2.2:1。

儿童期情绪障碍的特殊行为表现各不相同,但有某些共同的特征,大多数临床学家认为明显的焦虑是其主要表现,这些儿童比其他儿童显得更为苦恼、不愉快、易激动、害怕,或者表现为躯体功能失调。由于儿童是一个正在发育的个体,许多儿童情绪障碍似乎是情绪发育阶段的突出化,还不完全构成十分肯定的质的异常。临床症状不典型,年龄愈小,症状就愈不典型,常常以行为障碍为突出表现,如多动不宁、发脾气、摔东西、无故哭闹、打人、自伤、学习成绩下降,甚至拒绝上学等,须注意询问患儿的内心体验才会发现明显的情绪障碍。从症状表现很难明确其临床类型的归属,常常多种症状同时或交替出现,如强迫与恐怖、恐怖与焦虑、抑郁与焦虑等,有时3种以上的症状混合或交替出现。这些儿童主要表现为适应不良,较少引起功能的丧失,但对儿童的社会功能可造成某些干扰,给儿童和其家庭造成严重问题,甚至有明显自杀倾向,必须注意查询,早发现、早治疗,以防意外。

对儿童期情绪障碍的随访研究发现,多数儿童情绪障碍患者到成年期表现正常,但也有40%~50%成年期表现神经症性障碍、人格障碍或其他精神病。由于许多儿童情绪障碍似乎是情绪发育阶段的突出化,因此容易被家长疏忽,加强宣传、提高家长的认识,提倡早期干预,是预防儿童情绪障碍延续到成年的关键。儿童情绪障碍的常见类型有焦虑症、恐惧症、学校恐惧症、强迫症、抑郁症和癔症等。

第一节 儿童分离性焦虑症

儿童分离性焦虑症(separation anxiety disorder of childhood)指儿童与其依恋对象分离

后感到过度焦虑。

儿童对与自己依恋的人分离有很明显的焦虑反应。一般情况下,6~9个月的婴儿就会对陌生人和陌生环境产生警觉并拒绝接近。当幼儿刚入托、生病住院或送交他人抚养,要与主要依恋对象如妈妈分离时,部分幼儿表现为哭闹,抓住亲人不放,发脾气,家人很难将他送到托儿所,勉强送去,常静坐少语,不吃饭,不听指令,不与他人交往,每日离家相当困难。这种由于与主要依恋对象分离而产生的焦虑,称为分离性焦虑。多发生于幼儿早期,以3~5岁多见。随着时间的推移,逐渐熟悉环境,而自行缓解,一般不属于病态。

一、流行病学研究

儿童青少年分离性焦虑症并不少见,DSM-IV报道患病率为4%。Anderson等在新西兰按照结构式面谈研究了792例11岁儿童,评定了父母和教师问卷,结果持续超过1年患有分离性焦虑的儿童占3.5%,而另一组15岁儿童为2%。Bird等调查了2064例4~16岁波多黎各儿童,分离性焦虑症占4.7%。国内苏林雁等调查565名6~13岁小学生,儿童分离性焦虑症患病率为1.24%。

分离性焦虑症常发生于儿童和青少年早期,常见5~16岁,平均发病年龄为7.5岁。加拿大魁北克省儿童精神卫生中心对2400例儿童青少年进行为期6个月调查,其中6~8岁儿童发病率为4.9%,12~14岁青少年发病率为1.3%。澳大利亚一项社区调查发现青春前期儿童发病率为4.2%。Lewinsohn等随机调查1710名高等院校学生,报道终身患病率为4.3%。Last报道患病率男女相似,也有报道女性高于男性。

二、病因

Bowlby认为有两类行为与焦虑情绪有关,即依恋与逃避。依恋是出现在“联络成对”的成员彼此被分离之时,逃避是患儿与陌生事件突然相遇而产生。与依恋对象分离是引起分离性焦虑的直接原因。有研究表明,婴幼儿在熟悉的环境接触陌生人,几乎很少怯生;若在不熟悉的环境里接触陌生人,则半数以上的孩子会怯生。面对陌生环境,逃避起到了又一种引起焦虑的作用。

社会文化因素和跨文化因素研究发现,许多焦虑症儿童来自中等或中等偏上社会层次的家庭,然而50%~75%的分离性焦虑症患儿家庭的社会经济状况较差,常来自于单亲家庭。在家过分受溺爱,患儿依赖、任性、懒惰等各种退行的表现往往就是受家庭过度保护的结果,说明负性环境因素起了一定作用。

分离性焦虑症常常于生活事件后起病,如入托、入学、转学、迁居。也与家庭矛盾冲突、父母生病、离异等。经研究发现,精神应激可以使人的神经系统、免疫系统和内分泌系统调节失衡,出现病理性情绪反应。应激状态是心理活动自我保护的表现。

生物学研究发现,本症还具有家族聚集现象,有遗传史者占12%,父母心理素质存在缺陷,具有焦虑素质。患儿常常性格内向、害羞、胆小,独立生活能力差,难以适应新环境,不能承受与依恋对象分离的心理刺激,是起病的素质基础。

三、临床基本特征

核心症状是患儿与主要依恋人或家庭分离后表现明显的焦虑情绪和行为反应。分离性焦虑往往经历三个阶段。最初表现为反抗、哭闹、拒绝他人、表现极端痛苦,接下去情绪反应则为无助、冷漠、伤心、失望,最后患儿似乎变得“正常”,对与依恋对象的分离表现出漠然和无动于衷。这期间开始以心理防御机制来对抗由分离带来的焦虑情绪。但一般直到患儿拒绝上学或有躯体不适如腹痛,才到医院就诊,不同年龄表现形式有所不同。

幼儿期常表现在与主要依恋对象(通常是母亲)分离时,大哭不止,抓住亲人不放,乱踢乱跳,躺在地上打滚,不能接近,拒绝吃饭,严重者哭闹一整天。或者入托时大哭大闹,家长走后追随老师要求回家,见不到老师就感觉失去依靠。或较少哭闹,静坐不语不动,不吃饭,不答话,不听指令,不与他人交往。早上入托前,在家即便穿上衣服,也会躲在某角落里不出来,家人把他抱出家门,仍大哭不止,甚至呕吐。持续时间较长,超过一般幼儿初上幼儿园的适应时间,影响其日常生活和学习发展。

5~8岁患儿有了一定表达能力,常常不切实际地出现一些担心,如担心父母或主要依恋者被伤害,担心有灾难降临到亲人身上,会被谋杀或被绑架,担心不幸事件(如自己生病住院、外出失散、被人拐骗等)会把自己与主要依恋者分开,常做与分离有关的噩梦,不愿单独就寝,严重的因为害怕离开主要依恋者而不愿意或拒绝上学或去其他地方。

9~12岁患儿主要表现为对分离的过分苦恼。分离前过分担心即将来临的分离,分离时表现痛苦、依依难舍,分离后出现过度的情绪反应,主要是烦躁、不安、注意不集中、哭泣。甚至想像中的分离也引起痛苦。

而在青少年,最常见的是躯体症状,常常诉述头疼、头昏、胃痛、恶心等各种躯体不适的症状,以此为借口逃避或拒绝上学。

分离性焦虑症患者存在认知缺陷,对遇到的困境往往过高评价其危险程度。处理态度不积极,处理方法不够妥当。还存在社交和情感方面的缺陷。年幼儿的症状比年长儿多,大约3/4的分离性焦虑症患者表现有拒绝上学行为。

四、诊 断

根据CCMD-3诊断标准的定义,儿童分离性焦虑症是指儿童与其依恋对象分离时产生的过度焦虑情绪。

1. 症状标准 至少有下列3项:①过分担心依恋对象可能遇到伤害,或害怕依恋对象一去不复返。②过分担心自己会走失、被绑架、被杀害,或住院,以致将与依恋对象离别。③因不愿意离开依恋对象而不想上学或拒绝上学。④非常害怕一人独处,或没有依恋对象陪同绝不外出,宁愿呆在家里。⑤没有依恋对象在身边时不愿意或拒绝上床就寝。⑥反复做噩梦,内容与离别有关,以致夜间多次惊醒。⑦与依恋对象分离前过分担心,分离时或分离后出现过度的情绪反应,如烦躁不安、哭喊、发脾气、痛苦、淡漠或退缩。⑧与依恋对象分离时反复出现头痛、恶心、呕吐等躯体症状,但无相应躯体疾病。

2. 严重标准 日常生活和社会功能受损。

3. 病程标准 起病于6岁以前,符合症状标准和严重标准至少已1个月。

4. 排除标准 不是由于广泛发育障碍、精神分裂症、儿童恐惧症,以及具有焦虑症状的其他疾病所致。

在做出诊断之前,需要与以下情况相鉴别诊断。

1. 正常儿童分离焦虑 部分幼儿初次与依恋对象分离,会产生焦虑和回避行为。症状表现从一般感觉不安,到严重的焦虑。但经过一段时间能够自行缓解。鉴别诊断的要点为:是否与发育水平相称(如学龄期、青少年期起病)、症状持续时间(超过1个月)以及严重程度标准(对学习生活造成影响)。

2. 其他焦虑障碍 分离性焦虑症常常和其他焦虑障碍或情感障碍共病,如单纯性恐惧症、社交恐惧症、学校恐怖症、抑郁症等。分离性焦虑症最主要的主诉是不愿意与亲人分离,而其他障碍各有其核心症状。如某患儿不肯离开父母是因为害怕被小朋友欺负、害怕小朋友不和他玩,则应该诊断社交恐怖症;有些患儿可以同时下多个诊断。

3. 广泛性发育障碍 部分广泛性发育障碍儿童特别是儿童孤独症可以表现出过分夸张的、排他性的对母亲的依恋,如整天要母亲抱着,时时用脸去贴母亲或主要依恋者的脸或抚摸他们身体的某一部分,母亲拒绝就表现哭闹,称为假性社交。其实质是将母亲作为一种特殊依恋的目标。患儿同时还有对其他儿童缺乏兴趣、语言交流障碍以及刻板重复的言行,可资鉴别。

4. 精神分裂症 儿童精神分裂症起病后可表现为对母亲的过分依恋,如缠着母亲,一步也不肯离开,整天要母亲背着。但患儿病前能够离开母亲,病后还有其他精神分裂症的症状,如情感淡漠、孤僻、退缩、幻觉、妄想等,这些均有助于鉴别。

五、治 疗

1. 支持性心理治疗 尽快帮助患儿适应新环境。新环境中的抚养人要向患儿主要依恋对象了解患儿的饮食起居及生活习惯、性格、惯用词汇及表达需要和要求的特殊方式。对幼儿宜采用非语言交流方式,在给予抚摸、哄劝、承诺过程中,减少陌生感。转移注意力,给患儿玩他喜欢的玩具,给他讲故事、听音乐、陪他做游戏等。能够引起患儿兴趣的事物或活动,可以使他的心情平静并获得愉悦体验。学龄前儿童除提供适当游戏、绘画、电视外,在治疗前,用患儿容易理解的词语和方法解释其过程,多使用鼓励性语言。学龄期儿童重点以语言交流为主,交流时要态度诚恳、语言生动、表情温和,在进行各种操作及治疗前均说明目的、方法以及操作会带来的不适,以取得合作,并尊重患儿的选择,尊重患儿的人格时,认真解答患儿的提问。

2. 心理教育 对患儿及家庭同样重要,包括解释症状表现、治疗方法和步骤等。经过心理教育和疏导,可以提高治疗依从性。如当患儿较小,症状轻或中等严重时,可以进行心理教育,讲道理,告诉他爸爸妈妈要上班,要工作。同时让父母鼓励孩子如何面对新环境,不要过分责怪困境,要通过行动来解除分离焦虑。还应告诉患儿在学校需要团结合作,大家要相互帮助。一旦他同意到学校去,要帮他可能遇到的困境降低到最低程度。

3. 行为治疗 行为治疗主要是针对儿童的异常行为和内心矛盾冲突而进行的。以此为基础,采用系统脱敏疗法、情境再现和处理意外事件等方法。Blagg和Yule对30例拒绝

上学的儿童进行行为治疗,另外两组儿童分别进行住院治疗和家庭辅导员进行的个别心理治疗。1年后行为治疗组83%的患儿能去上学了,另外两组分别为31%和0。还可采用消退法对患儿进行治疗,即对患儿不适当的情绪、行为反应不予注意,不予强化,使之渐趋减弱以致消失。例如,患儿常常以哭闹的方式来引起别人的注意,若对此不予理会,患儿慢慢就会自行停止此行为。对于一些过分依赖、任性的患儿,就可以采取这种方法。

4. 家庭治疗 对一些分离焦虑的儿童有时需要进行家庭治疗,因为家长的知识水平、教育方法,直接影响孩子心理素质的发展,且父母的焦虑情绪和态度对孩子有暗示作用。父母与孩子交流他们的感受,教孩子克服分离焦虑、按时上学的方法,培养孩子的顽强意志和良好的性格,锻炼适应新环境的能力。家庭治疗的核心应该放在调整父母与儿童的关系上,母亲和儿童有较强的亲和力,往往和爸爸有排斥力。

5. 生物反馈治疗 此方法适合于年龄偏大的患儿,通过记录肌电、皮电、皮温、呼吸、心率、脑电等指标,并用反馈的方法改变这些指标,对患儿进行放松训练,从而缓解分离性焦虑情绪。

6. 药物治疗 当心理干预和行为治疗效果不理想时,药物治疗可以作为辅助手段。SSRIs类药物疗效肯定,被认为是治疗儿童分离性焦虑症的首选药物。

Susan等在128例6~17岁社交恐惧、分离性焦虑和广泛性焦虑患儿中,与安慰剂随机双盲对照,研究结果显示,氟伏沙明在小于12岁的儿童逐渐加量至每日150mg,12~17岁青少年逐渐加量至每日200mg,儿童焦虑量表平均减分率达到52%,而安慰剂仅有16%。该药从每日25mg睡前顿服开始,根据患者的耐受情况每4~7d加量25mg,直到最大有效治疗量。剂量达到或超过50mg时,药物要分2次服用。如果2次剂量不同,剂量大的1次放在睡前服。11岁前最大剂量每日不要超过200mg,女孩剂量一般小于男孩。在青少年每日剂量可以达到200mg。在6~17岁社交恐惧、分离性焦虑和广泛性焦虑患儿中,氟伏沙明每日50~200mg,无论在短程或长程治疗中都可以耐受。

氟伏沙明和其他SSRIs一样,容易引起食欲下降和体重变化。常见的不良反应有腹部不适、头痛、运动性兴奋、嗜睡和镇静、入睡困难、恶心、流行性感或上呼吸道症状、口中异味、鼻部充血、疲倦、肌肉或关节疼痛、咽喉疼痛、腹泻、咳嗽、皮肤瘙痒等。

氟伏沙明不能与MAOIs合用,停用MAOIs 2周后才能用氟伏沙明,停用氟伏沙明2周后才能用MAOIs。

当SSRIs类药物疗效不理想时,可以应用TCAs类药物治疗。可给予多塞平每日0.5mg/kg,分3次服,待临床症状明显改善后,即逐渐减量至停药。疗程最长6周,最短2周。

由于SSRIs类药物和TCAs类药物需要数周时间才能起效,所以早期可以合并服用苯二氮_草类_草类药物,以尽快缓解症状,如阿普唑仑每日0.2mg,睡前顿服。要注意其成瘾性和避免滥用。对伴有心动过速、双手震颤、多汗的部分病例,可加服普萘洛尔5~10mg,每日3次;谷维素10mg,每日3次。用药时间为1~2周。

六、预 后

大多数分离性焦虑症预后好,能够适应学校生活,适应社会。但有纵向研究提出分离性

焦虑是焦虑症其他类型诸如惊恐发作、广场恐怖、抑郁症等发病的危险因素之一,成为恐惧发作谱系障碍的一个症状。

第二节 儿童广泛性焦虑症

儿童广泛性焦虑症(generalized anxiety in childhood)是一组以持续的恐惧与不安为主的障碍。这种恐惧无具体的指向性,是伴有自主神经功能的兴奋和过分警觉为特征的一种慢性焦虑障碍,常与恐怖、强迫等症状合并出现。过去称为过度焦虑障碍(overanxiety disorder),即指不切实际地担心过去和将来的事件和行为,过分关注自己的能力,自我意识过强。因其标准含糊不清,且与其他障碍的诊断标准相重叠,所以 DSM-IV 中去除了这一诊断,而称为广泛性焦虑症。

一、流行病学研究

美国、加拿大、新西兰的几项大规模、设计良好的儿童青少年流行病学调查表明广泛性焦虑症的患病率为 3.7%。年龄越大广泛性焦虑症的患病率越高。终身患病率为 5.1%。国内苏林雁等 2002 年调查 565 名 6~13 岁小学生,儿童广泛性焦虑症的患病率为 1.95%。

二、病 因

(一) 生物学因素

1. 神经生化 ① γ -氨基丁酸(γ -GABA)/苯二氮_䜀 复合体: γ -GABA 是大脑的主要抑制性神经递质,与苯二氮_䜀 有着密切的结构和功能联系,被称为 γ -GABA/苯二氮_䜀 复合体。研究发现苯二氮_䜀 类药物可以有效控制焦虑症状,提示广泛性焦虑症患者可能存在 γ -GABA/苯二氮_䜀 系统功能缺陷。②去甲肾上腺素(NE):蓝斑过度兴奋可引起 NE 释放增加,产生焦虑和恐惧症状。近年来的研究发现广泛性焦虑症患者血浆 NE 水平较正常人高,并且对应激反应性高。③ 5-羟色胺(5-HT):5-HT 能神经通路,已被公认参与条件性恐惧,也适用于广泛性焦虑障碍模型。隔-海马结构属边缘系统,有 5-HT 能神经分布,有学者认为它参与评估面临的危险,并可激活行为抑制环路,在广泛性焦虑症的发病中也起重要的作用。④一氧化氮:一氧化氮是不典型的信使分子,在中枢神经系统中对突触间和非突触之间的信息传递中起中介作用。近来的研究发现一氧化氮增多可引起焦虑,而给予一氧化氮合酶抑制剂精氨酸 L-硝基-甲酯可减轻广泛性焦虑症状,也有研究发现可引起焦虑情绪。

2. 神经内分泌 ①下丘脑-垂体-肾上腺素(HPA)轴:应激可激活 HPA 轴,引起促肾上腺皮质激素(ACTH)和皮质醇释放增加,这是正常的应激反应。广泛性焦虑症患者基础血浆 ACTH 水平较正常人水平高,而皮质醇水平正常。应激反应时广泛性焦虑症患者 ACTH 和皮质醇与应激前后的正常人均无显著差异。广泛性焦虑症患者地塞米松抑制试验脱抑制率可达到 38% 左右。这些结果提示广泛性焦虑症患者存在 HPA 轴活动异常。②促皮质激

素释放因子(CRF):CRF在杏仁核、蓝斑和大脑皮质等与焦虑和恐惧反应有关的脑区都有表达。它可激活蓝斑并增强惊吓反射的效应,如向脑室内给予CRF可引起类似焦虑的行为和神经内分泌反应,此效应可被苯二氮₇类药物作用逆转。CRF还可增强5-HT和NE等多种神经递质的释放。提示CRF可能直接和间接地参与发病。③胆囊收缩素(CCK):CCK主要分布在杏仁核、海马和大脑皮质。如注射CCK入杏仁核可引起焦虑。外周和中枢给予CCK4、CCK8S和CCK激动剂的动物出现恐惧和敌对,使用CCK-B拮抗剂和苯二氮₇类药物可阻断上述效应。

3. 遗传因素 Shield曾报道15%焦虑障碍患儿的父母或同胞同患此病,50%单卵双生子焦虑障碍患儿同患此病。国内研究结果报道父或母与孩子同患率为12%,而有精神分裂症病史者占20%。有焦虑素质、认知功能缺陷等的父母,子代发病率较正常人群高。

(二) 社会心理因素

1. 应激因素 神经质倾向儿童对生活事件更敏感,与环境的交互作用中更易产生生活事件。社会或家庭中的负性生活事件,诸如父母离异、父母去世、家庭重组;老师、家长及自己的期望值过高,长期的精神压力过大;家庭经济困难,战争、灾荒等均可以引起儿童焦虑、恐惧、紧张、睡眠障碍等表现。持续的精神刺激使部分儿童情绪和躯体不适迁延不愈,并最终成为广泛性焦虑症。

2. 素质因素 广泛性焦虑症患儿具有内向、害羞、胆小、多思、多虑等特点。部分患儿受父母焦虑素质的影响,模仿学习而得。部分患儿从小被过于宠爱,心理适应能力差,经不起挫折,在困难面前不能找到解决问题的办法,自我心理调适能力差。Kagan曾描述一种叫行为抑制气质,具有这种气质的孩子在一个新的环境中表现为“抑制、回避、胆怯”等行为特征。Biederman曾对伴有和不伴有该气质特征的儿童作前瞻性研究,发现具有抑制气质特征的儿童到17岁时焦虑障碍的患病率明显高于对照组。

三、临床基本特征

儿童广泛性焦虑症表现为主观的焦虑体验、外显的不安行为和生理反应。不同患儿,三方面的表现程度不一样,或以其中的一种为主要的临床形式。

1. 焦虑体验 患儿表现为过分地、广泛地担心自己的社交、学业,最常见的是担心考试成绩不好。

2. 不安行为 年幼患儿由于语言发育尚未完善而难以很好地表达他们的不安或恐慌,表现为爱哭闹,不安,易烦躁,不愉快,不易安抚,给人们的感觉是“麻烦孩子”、“难照看难抚养的孩子”。学龄期患儿可表现为上课不安,坐不住,烦躁,过分敏感,多虑,易和同学、老师发生冲突。

3. 生理反应 儿童焦虑的躯体症状包括不安宁、疲劳、注意力不集中、激越、肌肉紧张、食欲下降、睡眠障碍、排泄习惯紊乱。常伴有交感神经兴奋所产生的自主神经功能紊乱的症状,如胸闷、心悸、呼吸加速、血压升高、多汗、口干、头昏、恶心、腹部不适、四肢发凉、便秘、尿频等。有的伴惊恐发作,其时交感神经活动增强,肾上腺皮质激素分泌增多,在高度焦虑、紧张、恐惧、激越的情况下,出现濒死感,而惊恐万分,甚至会发生昏厥现象,这主要是副交感神

经活动突然使内脏血管舒张,心跳减慢,血压降低,肌肉张力丧失,大脑血流供给减少而失去意识。一般年长儿的症状比年幼儿多,由于儿童广泛性焦虑症所表现的主诉不如成人丰富,自主神经症状有时可能不突出。

四、诊 断

根据我国 CCMD-3 儿童广泛焦虑症的诊断标准,儿童广泛性焦虑症的诊断要符合以下四点。

1. 症状标准

(1) 以烦躁不安,整日紧张,无法放松为特征,并至少有下列 2 项:①易激惹,常发脾气,好哭闹。②注意力难于集中,自觉脑子里一片空白。③担心学业失败或交友受到拒绝。④感到易疲倦、精疲力竭。⑤肌肉紧张感。⑥食欲不振,恶心或其他躯体不适。⑦睡眠紊乱(失眠、易醒、嗜睡却又睡不深等)。

(2) 焦虑与担心出现在 2 种以上的场合、活动或环境中。

(3) 明知焦虑不好,但无法自控。

2. 严重标准 社会功能明显受损。

3. 病程标准 起病于 18 岁以前,符合症状标准和严重标准至少已 6 个月。

4. 排除标准 不是由于药物、躯体疾病(如甲状腺功能亢进)及其他精神疾病或发育障碍所致。

五、治 疗

(一) 心理治疗

首先医生必须熟悉所选用治疗方法的主要理论、具体操作步骤、临床适应证及注意事项等。其次,必须建立良好的医患关系,包括与家长的良好关系,得到患儿及家长的充分合作。不论是患儿或家长对治疗没有信心或不能坚持者均不可进行治疗。治疗开始前要充分熟悉病史及患儿的症状,对与发病有关的心理因素也应充分掌握。开始治疗时应明确必须治疗的靶症状、选用的治疗方法、估计治疗的疗程及预期疗效等后再开始治疗。心理治疗是治疗儿童广泛性焦虑症的重要手段,部分病例仅通过系统的心理治疗,不需服药即可治愈。

1. 解除社会心理因素 在儿童期,父母、老师过高的期望,学习负担过重,课外学艺过多,儿童对自己的期望值过高,过分好胜,又力不从心,同学间伙伴关系、师生关系相处不好;朦胧的早恋倾向;父母离异或家庭关系不和;生活太贫穷;突发的天灾人祸等意外均可对儿童造成精神创伤,导致不同程度的情绪障碍。因此,治疗时必须深入了解可能存在的诱因,并帮助家长一起解开心结。如果期望过高可减负,人际关系不好或有早恋倾向可指导他们如何正确与人(包括与异性同龄人)相处。家中父母的争吵应尽量避免儿童,离婚者应向子女说清道理。意外事故所导致的生死离别应立即脱离伤害环境,让儿童信任的长辈给予暂时抚养,尽量减轻严重的应激给儿童造成的伤害。如母亲因车祸突然去世,应由父亲或

(外)祖父母立即担当子女的保护神,并及时给予安抚和温情等感情支持。有些家庭因父母不对子女教育矛盾等造成问题,应邀请父母同时到场,加以疏导。

2. 支持性心理治疗 对所有患儿均适合。针对不同患儿不同经历和心理需要,解决问题。对问题较轻者,仅用此疗法即可治愈;对较重者还需配合其他心理治疗。

3. 家庭治疗 帮助患儿父母认识患儿的疾病,了解病因,配合治疗,克服父母自身弱点或神经质倾向,消除家庭环境中的负性影响因素。

4. 行为治疗 特别对于年幼的患儿为一种主要的治疗方法。常用的有系统脱敏法、冲击治疗、与暴露疗法、示范法。这类方法主要用于治疗多种情绪障碍有暴怒发作、冲动、多动、不宁等症状的患儿可选用消退法和暂时隔离法。

5. 认知疗法 是根据人的认知过程影响其情绪和行为的理论假设,通过认知和行为技术来改变儿童的不良认知,从而矫正适应不良行为的一种心理治疗方法。焦虑儿童常倾向于高的负性自我陈述和认识,如认为如果成绩不好,同学就会看不起自己;认为自己缺乏社交能力,交往时不会被伙伴欢迎。正是这些负性认知,才使他们担心、患得患失,因而不快乐。

“认知”是指一个人对一件事或某对象的认识和看法,由于不同的人有不同的信念系统,因而对一个事件会做出合理或不合理的解释,例如同样的考试失利,有的学生会认为这是一次小考,不会对自己的学业产生影响;有的学生会认为是好事,暴露了自己的一些弱点,可以及时弥补;也有的学生会认为我在同学面前再也无法保持好学生的地位,一切都完了。所以,关键不在考没考好,而是不同的认知产生不同的情绪,从而影响人的行为反应。认知疗法的主要代表人物 Beck 认为:“适应不良的行为与情绪,都源于适应不良的认知”。一个患儿“认为”自己表现不好,连自己的父母也不喜欢他,因此,做什么事都没有信心,很自卑,心情也很不好。认知疗法的策略,便在于帮助他重新构建认知结构,重新评价自己,重建对自己的信心,更改认为自己“不好”的认知。治疗的目标不仅仅是针对行为、情绪这些外在表现,而且分析患者的思维活动和应付现实的策略,找出错误的认知加以纠正。

认知疗法是用认知重建、心理应付、问题解决等技术进行心理辅导和治疗,其中认知重建最为关键。心理困难和障碍的根源来自于异常或歪曲的思维方式,通过发现、挖掘这些思维方式,加以分析、批判,再代之以合理的、现实的思维方式,就可以解除患者的痛苦,使之更好地适应环境。Beck 认知治疗往往取以下 3 个步骤。

(1) 启发患儿寻找不良认知 治疗师要向患儿说明一个人的看法与态度是如何影响其心情及行为的。

(2) 协助患儿暴露认知曲解或逻辑错误,并加以讨论、检验、合理推论,通过交谈帮助患儿暴露他所持有的对己、对人以及对环境的看法,从中发觉跟其主诉的问题有密切关系的一些“看法”或“态度”,并协助患儿去分析这些看法或态度与一般现实的差距,指出其错误认知的非功能性与病态性。

(3) 通过反复“诘难”改变负性自动思维,放弃原有的错误认知,建立正确认知。督促患儿去练习更换这些看法或态度,重建功能性的、健康的看法与态度,使患儿的认知更接近现实和实际。随着对不良认知的矫正,患儿的焦虑障碍亦逐步好转。

本治疗方法仅适用于年龄较大,已能独立思考理解问题的患儿。

(二) 药物治疗

对于单纯心理治疗效果不够理想,或合并症状较多,迁延难愈的患儿,可以采用心理治疗配合药物治疗。

1. 苯二氮_䄂类 为早期的抗焦虑剂,其主要作用是增强 GABA 能神经的功能,用于治疗焦虑、恐怖以及失眠症状等。常用药物有地西泮每日 2.5 ~ 7.5mg、硝西泮每日 5 ~ 15mg、阿普唑仑每日 0.4 ~ 1.2mg。此类药物的镇静、安眠作用依次增强,均对婴幼儿呼吸有一定抑制作用,长期服用须逐渐减量停药,以避免戒断症状的出现。

2. 三环类抗抑郁药(TCA) 适用于合并抑郁情绪的患儿。用药剂量个体差异极大,可相差 30 倍,故小剂量亦可出现中毒反应。丙咪嗪主要用于治疗合并迟滞性抑郁者,常用量为每日 25 ~ 200mg;氯丙咪嗪为较新合成的三环类,对合并强迫症、恐怖症的疗效较其他药物强,为此类症状的首选药物,常用量为每日 25 ~ 200mg;多塞平其抗抑郁作用不及以上两种药,但抗焦虑作用强,主要用于治疗焦虑、恐怖,常用量为每日 25 ~ 200mg;阿米替林其镇静作用较丙咪嗪强,但对抑郁症的活跃作用较低,较少用,常用量为每日 25 ~ 200mg。

这类药物疗效肯定,但不良反应较严重,特别是心血管毒性,轻者出现心律不齐,重者可致猝死,其抗胆碱能的不良反应,导致尿潴留、便秘、大汗、口干等,也常常使患者不易耐受。应用这类药物治疗前及治疗中必须注意心、肝、肾等的情况,以免出现不可挽回的不良反应。

3. 选择性 5-HT 重吸收抑制剂(SSRI) 为新一代抗抑郁剂,此类药物通过阻断 5-HT 的再摄取,而使神经细胞突触间隙中可供生物利用的 5-HT 增多,从而增进 5-HT 能神经传递,发挥抗抑郁和抗焦虑作用。常用的药物有氟西汀每日 10 ~ 30mg,帕罗西汀每日 10 ~ 30mg,舍曲林每日 25 ~ 100mg。这类药物对抑郁症的疗效与三环类近似,但半衰期较长,可每日仅服 1 次,且不良反应较少,主要有恶心、呕吐、头昏、皮疹、疲乏、失眠等,而抗胆碱能不良反应及心血管不良反应少见,为其优点。价格较昂贵,对某些患者活跃情绪的效力似不及三环类。

4. 丁螺环酮(Buspirone) 为新型抗焦虑剂阿扎哌隆类的典型代表,它具有部分性 5-HT 回收阻断作用,是 5-HT_{1A} 受体的激动剂,通过与该受体的选择性结合而降低 5-HT 活动,从而达到抗焦虑效果。已证实丁螺环酮对于以躯体症状为主诉的广泛性焦虑症具有确切疗效。用药 2 周即可出现明显效果,并能消除伴发的抑郁症状。不良反应小、患者易耐受、无镇静作用、无认知功能抑制、停药后无戒断反应。适用于不耐受抗抑郁药或对苯二氮_䄂类有依赖者。常用剂量为每日 5 ~ 20mg。

5. 曲唑酮(Trazodon) 是具有四环结构的三唑吡啶衍生物,它选择性地抑制神经突触的 5-HT 再摄取和去甲肾上腺素再摄取,拮抗 5-HT₂ 受体而发挥其作用。不仅是有效的抗抑郁药物,而且也是良好的抗焦虑药物、催眠药,长期使用无潜在的依赖性。起效早,治疗 1 周就具有良好的疗效。疗效与丁螺环酮相当。

6. 文拉法辛(Venlafaxine) 是 5-HT 和 NE 再摄取抑制剂(SNARI),可以治疗广泛性焦虑症的核心症状。初始量为每日 25mg,1 周后适当调整剂量。不良反应主要有头昏、失眠、虚汗、厌食、乏力。适用于各年龄阶段。

所有药物,患儿个体剂量的差异很大,与年龄、体重、病情不完全呈比例关系。因此,对

每个患儿的用药剂量必须根据病情及躯体情况,小剂量开始,逐步调节到疗效最好,不良反应最少的剂量。

六、预 后

病程呈慢性,常达6个月以上,部分患儿持续到成年。Kaller报道焦虑障碍常呈慢性病程,缓解率低,平均病期为4年,46%过度性焦虑症至少持续8年。为了解儿童、青少年焦虑障碍是否持续存在,症状在不同年龄阶段有何演变,国际上已开展了7项前瞻性研究。Last报道门诊的102例焦虑障碍患儿在3~4年后82%不再符合原来的诊断。广泛性焦虑症或过度性焦虑症预后差,30%焦虑障碍发展成新的焦虑障碍。Cohen追踪了743例9~18岁流调中的广泛性焦虑症和过度性焦虑症患儿,严重者中2年半后47%维持原诊断。发病年龄早,就诊迟是预后差的因素。早期干预危险因素,发展保护因素是防治儿童焦虑的关键。包括改善亲子关系、干预父母的焦虑、减少家庭冲突,家庭治疗及药物治疗。

第三节 儿童恐惧症

儿童恐惧症(phobia)是指儿童显著而持久的对日常生活中的事物和情境产生过分的、毫无理由的恐惧情绪,并出现回避或退缩行为,其程度严重影响了儿童的日常生活和社会功能。ICD-10称为儿童期恐怖性焦虑障碍(phobic anxiety disorder of childhood)。

一、概 述

恐惧情绪是儿童期最常见的一种心理现象,一般儿童对某些物体或情境,如黑暗、动物、传说中的鬼怪、死亡、登高、雷电等会产生恐惧,但这类恐惧程度轻、持续时间短,并且随着年龄的增长多会逐渐消退,这是一种正常的情绪反应。许多正常儿童在早年不仅对某些特殊事物感到恐惧,并且常常害怕多种事物。Lapouse和Monk(1959年)观察了482名6~12岁的儿童,发现43%的儿童对7种以上的事物发生恐惧。MacFarlane等(1954年)对一组儿童进行纵向追踪至14岁,发现90%的儿童在其发育期的某一阶段曾有过恐惧反应。恐惧情绪除常见于幼儿外,还会发生于某些特殊的发育阶段。不同年龄阶段的儿童,所恐惧的内容和对象也不同,与年龄密切相关的恐怖如下:0~6个月婴儿害怕巨大声响;6~9个月害怕陌生人;1岁害怕与母亲分离,学前儿童典型地害怕陌生人、黑暗、动物;或虚幻的妖魔鬼怪;学龄早期儿童常害怕动物、黑暗、自身安全或雷击闪电,学龄晚期儿童则更集中在健康、社交和学校;青少年的恐惧集中在学业失败、性或特殊场所等社会环境。

一般而言,儿童对某一事物的恐惧常十分短暂,Miller(1974年)引证Hagerman(1932年)追踪研究,发现儿童有恐惧症状者6%于1周内消失,54%于3个月内消失,全部于1年内消失。也有些学者发现儿童恐惧持续的时间较长,但许多儿童恐惧不经任何处理,随着年龄的增长,恐惧会自行消失。恐惧作为一种情绪体验,即对某种事物或情境产生害怕或回避,对于保存个体具有重要意义,因为这能使人避免接触到有危害的事物或情

境。正常人对所恐惧的事物或情境的反应是与其危险性相适应的。一个完全没有恐惧情绪和无所畏惧的人,可能要比别人更多地处于危险的境地。所以,有恐惧情绪并不都是不好的。

恐惧症是过分的恐惧,其程度与外界刺激不成比例,患儿所害怕的事物或情境事实上并不具有危险性,或者虽有一定危险性,但其所表现的恐惧大大超过了客观存在的危险程度。当这种情绪持续一定时间,并由此而产生的回避、退缩行为严重影响了患儿的正常生活、学习、社交等活动,而且任何解释、说服或安慰都无济于事时则称为恐惧症。

儿童恐惧症的患病率尚无确切统计,但是在儿童中并不是很常见。20世纪80年代美国、加拿大、新西兰的几项大规模的、设计良好的流行病学调查表明,单纯恐怖症的患病率为0.9%~9.2%。苏林雁在湖南长沙市一所小学调查,儿童恐惧症的患病率为1.77%。男女均可发生,一般倾向女多于男性,女孩以恐惧黑暗、雷电、动物、昆虫为多见。

二、病因学研究

1. 社会学习理论 认为恐惧体验是条件反射基础上学习得来的,而恐惧的形式也是基于经验、学习的基础上获得的,有的是通过直接经验学习得来,也可通过观察别人的行为而学习获得。如儿童玩耍小狗,突然被狗咬了一口,以后他见了狗或者听到狗的叫声就怕,甚至波及到带毛的东西(如狗的画片、毛茸茸的玩具)。如果儿童看到父母或家中其他成员对某种外界刺激或情境表现过度恐惧和回避反应时,便可通过共鸣性的学习对同样的对象也产生恐惧。

2. 精神分析理论 精神分析学派的创始人弗洛伊德认为,恐怖症作为一种焦虑来自于自我对危险的反应,反应水平的差异是由于最初的归因所致。因此,这种危险体验的唤起,并非完全是由于外部情境造成的,还与内驱力的影响以及自我所受到的挫折和被拒绝有关。焦虑作为一种信号表明自我在竭力阻止潜意识驱力给意识造成的挫折体验,从而允许自我对造成其挫折经验的本能加以有效的监控和管理。在弗洛伊德的理论中,恐怖症又称为“焦虑性歇斯底里”,是由于儿童早期的恋母情节冲突所致。到了成人阶段,由于性驱力继续表现出强有力的恋母或恋父色彩,从而激起了一种关于被阉割的恐怖和焦虑。

3. 发展学说 认为对恐惧、焦虑应在发展的过程中理解,它们可能在一段时期内合理,而在另一段时期内不合理。

4. 相互影响学说 认为恐怖是发生和保持在特定的家庭、人际关系和社会关系之中。儿童恐惧症是一种适应性障碍,不良的启迪教育和不良的生活习惯可以导致其发生。例如,孩子原本就害怕黑暗,若家长再在晚上讲一个令人毛骨悚然的故事,或者动不动就拿“关黑屋”作为一种惩罚手段,就会强化孩子对黑暗的恐惧,久而久之,孩子就会产生“不敢独处暗室、整夜不敢关灯”的黑暗恐惧症了。

5. 生物学因素 有人认为恐惧症有素质性因素,同一家族中类似患者较多。患儿个性比较内向、胆小、被动、羞怯、依赖性强,遇事易产生焦虑不安,具有易患素质。Poznanski和Windhenser发现儿童的恐惧内容与母亲的恐怖、焦虑的症状相关,儿童的恐怖往往由模仿母亲的焦虑而加强,并且发现他们恐怖的对象明显一致。

三、临床基本特征

(一) 临床表现

儿童对日常生活中的客观事物和情境产生过分的恐惧情绪,年幼儿童语言发育水平低,常以其表情、动作或生理反应症状对恐惧作出反应,年长儿则可以用语言表达或表现对恐惧情境的回避。

1. 恐惧情绪 对某种物体或某些特殊环境,产生异常强烈、持久的恐怖。儿童对某些物体或情境明知不存在真实的危险(如独自上厕所),或者虽有一定危险性(如狗会咬人),但其所表现的恐惧大大超过了客观存在的危险程度。常见的恐怖对象有:①黑暗、昆虫、动物、火光、强声、雷电。②社交、与亲人分离、上学、孤独。③细菌、患病、出血、死人等。患儿经久地存在预期性焦虑,常常显得提心吊胆,害怕自己恐惧的事物发生。如某患儿害怕剪刀等利器,怕这些东西会伤害自己,甚至不准家人提到“刀子”、“剪子”这类词,否则就大发脾气。另一儿童害怕吊在树上的蠕虫,走路时小心翼翼,生怕树上的虫子掉到自己身上。害怕孤独、黑暗的儿童常常黏附于父母或要求父母陪伴。受发育性因素影响,儿童不像成人那样能意识到他们的害怕是过分的、不合情理的。

2. 回避行为 患儿有回避行为,如逃离恐怖现场或回避做可能引起恐怖的事,以期达到免除恐怖所致的痛苦。如某害怕剪刀的患儿,上学的路上不敢路过菜市场(因为菜市场有卖肉的),每日都绕道而行,甚至宁肯迟到,对昆虫恐怖的儿童,上劳动课时不肯去锄草等。

3. 急性焦虑反应 一旦接触(暴露于)所恐惧的刺激物,立即发生焦虑反应(惊恐发作),这种焦虑表现为尖叫、哭闹、发脾气、惊呆、或紧紧抱住他人,伴自主神经系统功能紊乱,呼吸急促、面色苍白或潮红、出汗、心慌、胸闷、血压上升、恶心、四肢震颤或软弱无力,重者可瘫软在地、昏厥、痉挛。长期处于焦虑状态,儿童则会出现食欲减退、睡眠障碍(睡眠不安、睡惊、梦魇)等。

4. 功能损害 这种对所恐怖的情景的回避、预期性焦虑,会显著地干扰个人的正常生活、学业、社交活动或伙伴关系,或者对于自己具有这种恐怖感到显著的痛苦而烦恼。

(二) 常见类型

1. 特殊恐怖症 以往称为单纯恐怖症,恐怖的主要对象为某些特定物体如动物、自然环境(如打雷、闪电、暴风雪、水)、鲜血、尖锐锋利物品、外伤等。也有的患儿害怕一些抽象的事物,如魔鬼、地狱、外星人等。有些患儿恐怖的有时并非物体本身,而是担心接触后会产生可怕的后果。如患儿之所以恐惧狗,是怕被狗咬伤得狂犬病;再如不敢接触尖锐物品,是害怕自己会用这种物品杀伤害别人。常见于学龄期儿童。

2. 特殊环境恐怖 又称场所恐怖症,如对高处、广场、桥、闭室、黑暗和拥挤场所、学校的恐怖等,是恐怖症中最常见的一种,约占全部病例的60%。主要表现为恐怖登高、恐怖离家外出、恐怖独处、恐怖独自在外时处于无能为力的状况,而又不能立即离开该场所。有两个高峰年龄,一个见于童年早期,另一个见于成年早期。

3. 疾病恐怖 对癌症、心脏病、肝炎、艾滋病等疾病造成的后果十分恐怖,以致情绪焦

虑不安,进而延伸为对死亡的恐怖,常常是看了报纸、电视的宣传,断章取义,认为自己会染上该病。如某患儿学习了艾滋病防治知识,害怕自己会患艾滋病,如不小心接触了艾滋病患者的排泄物,因而整日惶惶不安,不敢与人握手,不感上街,怕汽车行驶溅出的雨水会弄到自己身上而受到传染。

四、诊 断

儿童恐惧症的诊断并不困难,只要患儿对某一种事物或情景感到恐惧,出现强烈的焦虑反应或回避行为,并严重干扰了儿童正常的生活、学习和人际交往,患儿为此感到苦恼,并且排除了其他精神障碍,即可进行诊断。

(一) CCMD-3 关于儿童恐惧症的诊断标准

1. 症状标准 对日常生活中的一般客观事物和情境产生过分的恐惧情绪,出现回避、退缩行为。
2. 严重标准 日常生活和社会功能受损。
3. 病程标准 符合症状标准和严重标准至少 1 个月。
4. 排除标准 不是由于广泛性焦虑障碍、精神分裂症、心境障碍、癫痫所致精神障碍、广泛发育障碍等所致。

(二) 鉴别诊断

1. 正常儿童的恐惧 正常儿童在不同年龄阶段会出现对某些情境、事物的恐惧,并表现对恐惧情境的回避,其反应是与恐惧情境的危险性相应的,例如正常儿童怕狗,当有狗在近旁时他会感到不安。而恐惧症儿童即使没有狗出现,却整天害怕可能见到狗,而惶惶不安;正常儿童的恐惧是与发育年龄阶段相应的,如幼儿不敢独自一人在家,如果十几岁的青少年不敢独处,就显然是不正常的;正常儿童恐惧程度轻,一般不会影响社会功能,而恐惧症儿童可能由于害怕狗而不肯去上学、不愿拜访朋友、不愿离开家等,以此来避免听见狗叫或看见狗,即为社会功能受损;正常恐惧持续时间短,随着年龄的增长会逐渐消退。而恐惧症则持续时间较久。

2. 精神分裂症 恐惧常常是其他精神障碍的伴随症状,如精神分裂症患儿常常诉说害怕,但患儿常不能清晰表达他怕什么,而是一种莫名的紧张、恐惧,仔细检查,常可以发现其他精神分裂症的症状,如情感淡漠、孤僻、退缩等。

五、治 疗

儿童恐惧症的治疗,一般采取以心理治疗为主,药物治疗为辅的治疗原则。

(一) 心理治疗

1. 行为治疗(behavior therapy) 是把治疗的着眼点放在可观察到的外在行为或可具体描述的心理状态,充分运用从实验与研究所获得的有关“学习的原则”,按照具体的治疗步

骤,来改善非功能性或非适应性的心理与行为。虽然行为治疗提出了各种不同的治疗方式,可是其治疗上的基本原则是一致的。行为治疗的基本态度是认为人的行为,不管是功能性还是非功能性的,正常还是病态的,都经由学习而获得,而且也能经由学习而更改、增加或消除。所谓学习的原则是指一个个体的行为,假如是受“阳性强化”的,如受鼓励或夸奖,或获得令人满意的结果,就容易学习到且能维持,相反是受“阴性强化”,如被处罚或获得令人不悦的结果,就较不易学习或维持,或者逐渐放弃该行为。因此,操作这些奖赏或惩罚的条件,适当的选择且即时的供给阳性或阴性的强化,就可控制行为的增减或方向的改变。对儿童最合适的办法是采用直接且具体的奖励方法,如给儿童奖励,发给他们一个纸星星,可贴在他的桌上,给一块糖,可吃在嘴里,或让父母高兴地与其拥抱一下,比什么都有诱惑和效果。有些小儿很喜欢比赛,以比赛的方式进行奖赏,对小儿很合适。对于青少年或成人要讲解道理,培养动机,来改善其行为。

(1) 系统脱敏治疗: 又称交互抑制法或对抗性条件作用。现在已经成为使用最广泛的用以降低儿童、青少年恐怖性障碍的技术。Wolpe 认为恐惧或焦虑不可能与松弛同时并存。它们相互抑制或排斥,而克制恐惧最有效的反应是肌肉松弛,故以逐步肌肉松弛作为阳性刺激,用于对抗恐惧情绪,建立系统脱敏技术。它是把一些能唤起恐怖情绪反应的刺激与愉快的活动同时并存,最后以愉快活动所产生的积极的情绪克服恐怖刺激引起的消极反应。

治疗步骤:具体说来,这种技术包括三个方面的内容:放松训练、建立恐惧等级表以及这两者的配合训练。

1) 放松训练: 放松可以产生与焦虑反应相反的生理效果,如心率减慢、呼吸平缓、外周血流增加以及神经肌肉的松弛。肌肉放松训练一般让患者身体上的主要肌群按照一定的顺序先紧张后放松的过程来进行,通常由头顶开始,逐步往下放松。

2) 建立等级脱敏表:主观不适单位(subjective unit of disturbance,简称 Sub)是用来评定患者的主观不适的,通常以 5 分制或百分制来表示。以 5 分制为例,心情极度恐惧时可以评最高的 5 分,而心情平静没有任何不适感时评 0 分。将患儿所提供的引起恐惧的各种刺激因素记录下来,并让患儿评定各种刺激因素的 Sub,然后按照 Sub 的高低依次将各种刺激因素排列成表。

3) 将松弛训练与想像层次结合:即首先教患儿学会由头部、颈肩、上肢、躯干至下肢的全身肌肉松弛法,经过 1~2 周放松训练,达到几分钟内全身自我放松之后,便可进入系统脱敏程序。让患儿在深度放松的情况下,生动逼真地想像自己身临等级表上的每一个场面,如体验到恐惧,即刻举起一手指作为信号,若无恐惧产生,7~10s 后,让其放松,并停止想像此情境(物)。每一恐惧层次经过 2 个程序的想像,不产生焦虑恐惧,便可进入下一层次。如此,使患儿逐渐经历最小恐惧到最大恐惧的各个层次,基本上能对实际的恐惧情境(物)不再产生恐惧情绪。

(2) 实践脱敏法:年幼儿童无法学会自我松弛,也不可能对恐惧情境(物)进行想像,便可采用实践脱敏法(invivo desensitization)。操作方法如下:将患儿不良情绪分为若干层级,让其逐级暴露于引起恐惧的实际情境或实物前,并在暴露同时,给予阳性刺激(如给予爱吃的食物),使两者产生拮抗而逐步脱敏。例如,某幼儿怕狗,治疗开始,让他吃糖果的同时,看狗的照片,谈狗的趣事,之后看远处关在笼子里的狗,然后再分次逐渐走近狗笼(或将狗笼移近),直至消除害怕狗的情绪反应。

案例分析 星星是一个6岁的小男孩,有一次他被哥哥不小心锁在浴室里,过了很久才被父母发现,之后他就拒绝自己呆在任何房间里,尤其是没有窗子的小房间,并且他的恐惧开始出现泛化倾向,对于一切门口关闭的空间如房间、电梯甚至公共汽车都会感到恐惧。医生诊断他患了单纯恐惧症,准备对其进行系统脱敏治疗。治疗师利用从星星和他父母那里收集来的资料建立了一个恐惧的等级序列。

- 1) 大房间,治疗师在房间里:
 - 房门敞开,玩玩具。
 - 房门半敞开,玩玩具。
 - 房门关闭但没有关紧,玩玩具。
 - 房门紧闭,玩玩具。
- 2) 小房间,治疗师在房间里:
 - 房门敞开,玩玩具。
 - 房门半敞开,玩玩具。
 - 房门关闭但没有关紧,玩玩具。
 - 房门紧闭,玩玩具。
- 3) 小房间,治疗师不在房间里:
 - 房门敞开,玩玩具。
 - 房门半敞开,玩玩具。
 - 房门关闭但没有关紧,玩玩具,持续30s。
 - 房门关闭但没有关紧,玩玩具,持续1min。
 - 房门紧闭,玩玩具,持续1min。
 - 房门紧闭,玩玩具,持续2min。
- 4) 电梯里,有治疗师陪伴:
 - 站在电梯里,电梯门敞开。
 - 站在电梯里,关闭电梯门但很快就打开。
 - 站在电梯里,并上下往复。

治疗师在实际情景中逐渐向星星呈现等级序列中所列的各种场景,同时指导他一边玩玩具,一边进行积极的自我暗示,主要是肯定自己有能力完成任务。星星在玩自己喜欢的玩具时能够放松自己,而不去关注自己所处的空间,因而没有相应的恐惧反应。只要他表现出一点不舒服的迹象,治疗师就会带他到较低层次的场景去,随着时间的延长,星星逐渐能够在一些场景中应付自如了,并且每当他取得一定的进步,治疗师和其父母都会给他一定的积极的反馈或物质奖励。当星星成功通过了等级序列中的所有场景以后,他的恐惧症状也完全消失了。

(3) 冲击疗法与暴露疗法:冲击疗法(implosive therapy)与暴露疗法(flooding therapy)均为以恐治恐的方法,亦是系统脱敏法的一种变型。当患儿体验到最可怕的恐惧时,看到自己仍安然无恙,恐惧便会降低或消退。因此,提倡反复重现刺激,让患儿重新充分体验全部不愉快的情绪,从而使原来引起的症状逐渐减弱,直至消失。

操作方法 冲击疗法是强迫患儿想象恐惧的物体或情境,使其体验强烈的恐惧,并维持这种水平,直至恐惧反应自行消退,然后给予新的刺激,再引起高度恐惧,如此反复进行,达到恐惧明显减退为止。暴露法则要求患儿面对或接触引起恐惧的真正物体或情境,与冲

击疗法一样,使之经历强烈的恐惧,并认识到自己的恐惧毫无根据,从而消除恐惧。一般说来,采用系统脱敏法疗效不明显时,方可考虑改用冲击疗法或暴露疗法。

(4) 示范法 Bandura(1967年)创立示范法(modeling),又称榜样学习法,因为观察另一个人而引起的个人行为改变称为榜样学习。他认为,儿童的许多行为并非通过直接实践或受到强化形成的,而是通过观察、学习产生共鸣,从而增加良好行为的获得或减少、削弱不良行为。因此,模仿与强化一样,是学习的一种基本形式。他把榜样学习区分为现实榜样学习和符号榜样学习两种。前者是指在现实生活中,榜样逐渐接近恐怖情境的真实演示;后者是指通过电影、录像等视觉呈现物或想像以使榜样逐渐接近恐怖情境的过程。这两种方法在对恐怖症的治疗中都有显著的效果,而且简单易行,并且适用情境广泛,还可与其他行为治疗方法结合使用,特别适合于集体心理治疗时应用。

这种方法要求存在恐怖障碍的儿童看到榜样在那个令他感到恐惧的环境中所经历的积极的或安全的后果。需要注意的是,把榜样法应用到治疗恐惧症的时候,榜样必须逐渐地接近恐怖情境或恐怖对象,就如同在脱敏训练中为个人建立恐怖事件等级一样,榜样也需要按照这个等级逐渐接近恐怖刺激。

在运用示范法时,应当根据患儿的能力来确定目标行为。示范过程中,患儿若能集中注意力,可以增加示范行为的呈现时间,让他有较多的时间观看示范行为。在模仿行为产生之后,立即记录其进步情况,确保强化效果。

2. 认知治疗(cognitive therapy, CT) 认知理论认为,认知过程是情绪与行为产生的决定因素,治疗就是通过改变人的认知过程、改变人的观念来纠正患儿的情绪和行为。一个十分明显的例证就是在同样的环境刺激下,有些人若无其事,有些人会产生恐怖情绪,也有些人则会形成严重的恐怖障碍。此理论认为:①思维、感受和行为是具有内在的联系的。②各种认知活动对于了解人们的心理病理状况及寻求治疗机遇都是重要的。③认知和行为是彼此呼应的:一方面,认知可以引发与转换各种各样的行为模式;另一方面,认知又来源于行为操作。④认知治疗的工作就是与患者一道来评价已经扭曲的认知过程与行为,同时设计出一个新的治疗不适当认知、行为和情感过程的学习策略。认知治疗适用于具有一定认知能力的年龄较大的儿童。

(1) 心理教育技术 心理教育技术,与患儿建立良好的医患关系,了解患儿的心理问题及相关的原因,通过解释和提问等方式,也使患儿了解有关的认知理论,如惊恐的实质,侵扰性思想的认知偏差,以及惊恐时灾难化思想和惊恐反应之间的恶性循环关系,使患儿明白心理治疗的机制,增加战胜疾病信心。

(2) 认知改造技术:认知改造技术就是指出患者对身体症状与恐惧情绪之间关系的错误诠释,以一定的行为实验的结果,使患者领悟问题的实质,从而改变认知,打破恶性循环,建立良性循环。认知改造技术有认知抗辩法(cognitive countering)、问题解决技术(problem solving technique)。认知抗辩法即教给患者对自己担忧的想法进行提问,自我抗辩。如“我这样想有什么证据?有什么效果和好处?”问题解决技术,即与患者共同讨论,确定问题,寻找解决问题的方法,用笔记下来,选择一种解决问题的方法,并且实际去做,对做的结果进行及时评估和检查。恐惧症患儿发作时有特有的躯体症状,并伴有灾难化思想及其错误诠释,运用行为实验(behavior experiment),证明躯体症状的无害性,打破恶性循环。如恐惧时常有的躯体症状与灾难化思想有心跳、呼吸困难→我随时要窒息、头晕、目眩→如果我昏厥过去怎么办,恐慌想

逃跑——我快要失控了,感觉不真实——如果我发疯了怎么办……可运用的行为实验有许多,如低头、左右摇摆约 30s,会感到头晕;上下楼连跑几个来回,会感到头晕、出汗、呼吸困难、心跳加快、过度呼吸,也将有头晕、目眩、感觉不真实等。通过这些实验,使患者领悟到躯体症状与强烈的情绪反应与灾难化思想并无必然联系,更不会导致死亡和发疯。

3. 理性情绪疗法 美国临床心理学家阿尔伯特·艾利斯(Albert Ellis)在 20 世纪 50 年代创立了理性情绪疗法,又称为合理情绪疗法。按照他的观点人既是理性的,同时又是非理性的。人的大部分的情绪困扰和心理问题都来自于不合逻辑或不合理性的思考,即不合理的信念。这种不合理的信念会导致不适当、不适度的情绪和行为反应,当人们坚持某些不合理的信念并长期处于不良的情绪状态中时,最终会导致情绪障碍的发生。如果人们能学会并扩大自己的理性思考、合理的信念,减少不合理的信念,则大部分的困扰或心理问题就可减少或消除。合理情绪治疗的最基本的目标就是教会人们识别和改变那些导致他们发生错误行为的不合理信念,进而能够用更加合理的方式去对待他们自己。比如一个人患有恐高症,他对高处的恐惧不是由于害怕高处本身,而是由于害怕处于高处时会给他造成伤害。此时患者的恐怖情绪是由于在认知上对高处的错误理念而造成的,这时的治疗便是要纠正患者认知上的错误解释和评价。

(二) 放松训练

(1) 安静的环境和恰当的时间。确定一个地方,可以有 20~30min 的时间不会被打扰。这个地方越安静越舒适越好。在放松前,将灯光调暗,将衣服松开。最好不要在休息前作放松练习(除非是为了改善失眠),否则可能会睡着,以致无法练习有关的技巧;也不要饭后马上就做,那时身体正在消化食物,无法专心放在肌肉放松上。

(2) 找一个很舒服的位置,坐在舒适的沙发上或椅子上都可以,选择一个尽可能舒适的姿势,躺在地板上或床上也可以,但睡姿容易让人昏昏欲睡。

(3) 学会使用一句简短的话或一个简单的词,任何时间、任何地点,只要默念放松的“口令”,就可以条件反射似地集中精神,心平气和。例如:

句子	词
“我在放松”	“放松”
“我感觉平静”	“平静”
“我很稳定”	“稳定”

(4) 精神要专一,态度要顺其自然,毫不费力地让紧张、烦恼飘到体外,并细心体会这种感觉。放松的具体方法有以下几种。

1. 深呼吸 这是一种适用于任何地点、任何情况的简便易行的放松方法,有立竿见影的效果。当恐惧时,呼吸会变得没有规律;当感到恐惧和紧张时,呼吸变得急促;而当处于放松状态时,呼吸是缓慢、深沉且有规律的。所以,如果能将呼吸放慢,有规律地深呼吸,就能平静下来。步骤如下:①尽量地站直或坐直,告诉自己:“暂时把一切思绪都抛到脑后”。②尽量缓慢地吸气。③轻轻地屏住呼吸约 10s。④尽量缓慢地呼气。⑤暂停一会儿。⑥重复 3 次以上深呼吸。⑦现在,是不是觉得舒服些?

2. 想像放松法 ①选一个舒服的姿势坐好。②闭上眼睛,想像一个自己喜欢的恬静、愉快、轻松的画面,自己就身处其境,想像身体和头脑正得到更新,活力正在恢复;蓝天白云

之下,自己十分惬意地躺在青青的草地上,微风轻拂你的脸庞,周围静悄悄的,无忧无虑地漫步在海边的沙滩上,看夕阳西下,波光粼粼,天空无边无际,走进一个幽静的山谷,绿树成阴,野花缤纷,小鸟在轻吟浅唱……③平静地呼吸,让自己沉浸在这美好的情景之中,享受难得已久的宁静和安详,仔细体会那情形、声音、感觉,想像越真切越好。④5~10min后,慢慢睁开眼睛,伸展一下全身,自己会有一种感觉,如果愿意,可以再次回到放松之地,再次经历身心的和谐与宁静。

3. 渐进放松法 ①脱掉鞋子,松开衣服的束缚,选一个舒适的地方躺下来。伸直全身,双臂自然地放在身体两侧,双脚稍微分开,慢慢闭上双眼。②对自己说:现在我要完全放松,等我醒来,我就会感到充满活力。③想着自己的双脚,弯曲脚趾,活动一下踝关节,然后放松,心里默念:去吧,让一切疲劳紧张都消逝。④想着自己的小腿、膝盖、大腿直到髋部,想像它们都在陷落,沉重而且放松。⑤想着自己的双手,握紧拳头,然后松开。⑥想着自己的手臂、肘部、上臂直到肩膀,都软绵绵的没有力气,想像所有的疲劳都被融化,离你而去。⑦想着自己的腹部,先鼓起来,再恢复,使呼吸更加顺畅深沉。⑧想着自己的胸部,直到喉咙和颈部,随着不断地深呼吸,会感到所有疲劳都飘出体外,你变得越来越轻松。⑨想着自己的喉咙、脖颈、头部,感到软弱而且放松,然后放松面部肌肉、下巴。⑩如果感到身体的某一部分还比较紧张,那么再将注意力集中到该部位使之放松。⑪细心体会这种全身放松的感觉,持续5~10min,想一些令人愉快的画面,或仅仅是让思想保持空白,进入一种轻度睡眠状态。⑫当准备醒来时,对自己说:我已经感到全身放松,现在可以醒来了,我会感到精力恢复,心情十分轻松。⑬醒来时要先活动一下脚趾和手指,轻轻地抖动一下手腕,弯曲一下膝盖和手臂。⑭睁开双眼,将手臂伸过头顶,然后慢慢坐起,站起来,伸展一下全身,现在可以回去“干活”了。

这种放松方法既可以从脚到头进行,也可以从头到脚进行。即使自己没有条件躺下来放松,也可以很舒服地坐着,闭上眼睛,依次把注意力集中于身体的各个部位,进行放松。如果你有失眠的问题,也可以运用这种方法,不知不觉就很容易睡着了。

(三) 药物治疗

一般不需药物治疗,若患儿症状较重,可以给予小剂量的抗焦虑剂,如阿普唑仑0.2~0.4mg,每日2次。亦可给予小剂量的抗抑郁剂,如多塞平12.5mg,每日2次;左洛复25~50mg,每日1次,根据病情酌情调整剂量。

第四节 儿童社交恐惧症

儿童社交恐惧症(social phobia)指儿童持久地害怕一个或多个社交场合,在这些场合中,患儿被暴露在不熟悉的人面前,或者被其他人过多的关注时出现焦虑反应。

一、概 述

ICD-10称为儿童社交性焦虑障碍(social anxiety disorder of childhood)。早在1966年由Marks和Gelder首次描述,但一直未被重视,直到1980年才作为明确的临床疾病记载在

DSM-Ⅲ-R 上,所以许多老师、家长、咨询人员甚至儿科医师对此病并不熟悉。

流行病学调查显示,该疾病常常开始于儿童期,5.5%的女性、2.7%男性青少年患有社交焦虑障碍,发病年龄平均在 15 岁左右。

二、病因学研究

1. 遗传因素 双生子、寄养子研究显示,不恰当的害怕社交是可以遗传或部分遗传的。
2. 神经生化研究 发现 5-HT 能神经递质失调与社交恐怖症有关。
3. 环境因素 据研究显示,患儿的父母较正常人的父母对子女缺乏情感温暖、理解、信任和鼓励,但却有过多的拒绝、惩罚、干涉和过度保护。一般认为,过多拒绝式的教育与患儿害怕被否定的社交性焦虑产生有关,患儿具有“过分关心他人评价、害怕被否定和渴望被尊重”的认知心理特征。较少得到父母情感温暖、同情、赞扬及受到过多惩罚、干涉和拒绝的儿童,特别关心他人评价及渴望得到赞许和被承认。然而不幸的是这类儿童一方面非常渴望得到他人赞许,另一方面又对从他人得到赞许的期望度很低,结果导致对他人评价的忧虑。

三、临床基本特征

1. 对社交场合和与人接触的恐惧 主要临床表现是极端和持久稳固的害羞及行为抑制,害怕大家在公共场合注视自己,害怕当众出丑,使自己处于窘迫或难堪的状况,害怕对象可以是一个、几个或广泛的社交场合。最常见的是害怕当众讲话、表演、参加社交聚会,与有威望的人交往,以及周围有许多人时(如在公共场所就餐、在公共休息室写字等)。有的怕见人脸红被别人看见,或坚信自己已脸红,已被他人察觉,故而焦虑不安,称为赤面恐怖症。有的恐怖与人对视,怕别人看出自己的眼神怀有不好的意图,或自认为眼睛的余光在窥视别人,因而恐怖不宁者,称为恐人症。

2. 回避行为 患儿有回避行为,常常拒绝或不愿去自己害怕的场合,不参加集体活动、体育课、上课不发言。患儿希望逃离害怕的环境,他们存在自我轻视的认知,非常自卑,认为别人会拒绝自己。如果勉强他去恐怖的场所,对于年幼儿童,由于他们的认知水平有限,很难清晰地表达他们的思想、感受,他们常常表现出过分纠缠父母、尾随父母,寸步不离,或哭喊、发脾气、生气、冷漠,年长儿则表现为与人交往时窘迫,不敢与人对视,沉默寡言。他们难于与人建立伙伴关系,很少有朋友。有些儿童因害怕与人打交道而拒绝上学。

有些青少年表现一些外化的行为障碍,如打架斗殴、物质滥用等。

3. 焦虑反应 当患儿出现在社交场合,会出现明显不安,伴有出汗、面红、心悸、震颤、头痛、腹泻、尿频等躯体焦虑的表现。

4. 功能损害 社交焦虑症可以严重损害正常功能,由于害怕当众讲话,以致上课不发言,不参加需要抛头露面的活动,往往无法交朋友,严重者甚至无法上学。

四、诊断

人们常常错误地认为这种功能损害是一种害羞,因此,社交恐怖症始终没有得到应有的

重视、及时的发现和治疗。人们就诊的原因常常不是社交焦虑而是合并了抑郁症或者其他精神疾病。因此识别和早期诊断十分必要。

（一）诊断标准

CCMD-3 关于社交焦虑症的诊断标准：儿童社交恐惧症，指儿童对新环境或陌生人产生恐惧、焦虑情绪和回避行为。

1. 症状标准 ①与陌生人（包括同龄人）交往时，存在持久的焦虑，有社交回避行为。②与陌生人交往时，患儿对其行为有自我意识，表现出尴尬或过分关注。③对新环境感到痛苦、不适、哭闹、不语或退出。④患儿与家人或熟悉的人在一起时，社交关系良好。

2. 严重标准 显著影响社交（包括与同龄人）关系，导致交往受限。

3. 病程标准 符合症状标准和严重标准至少已 1 个月。

4. 排除标准 不是由于精神分裂症、心境障碍、癫痫所致精神障碍、广泛性发育障碍等所致。

（二）鉴别诊断

1. 与正常儿童的害羞鉴别 正常儿童，尤其是女孩常常有害羞、退缩等行为，鉴别要点在于持续时间和社会功能的损害程度。对陌生人产生警惕的现象在 6 个月～1 岁时是正常现象，当遇到陌生的环境或在意外遭遇下，表现短暂的退缩、胆小、害怕、局促或焦虑在儿童早期也是正常的。4～5 岁的儿童开始进入结交朋友时期，部分个性内向的儿童在社交场合较为退缩，是因为他们还未能学会如何与人和睦交往的技能，对人际交往感到焦虑。一般随年龄增大后也会自行消失，不属病态。而社交恐怖症对人际交往的恐惧是与其年龄发育阶段不相称的，随年龄增长不消失，有的在青春期起病。这种交往困难由于其主观的焦虑、紧张而造成社会功能的损害。另外，有研究显示，儿童时期的害羞、社交抑制及回避行为与今后发展为社交焦虑密切相关。因此，对儿童时期出现的社交焦虑应该予以足够的重视，做到早发现，早干预，早治疗。

2. 其他精神障碍 广泛性发育障碍具有明显的交往障碍，需与社交恐惧症鉴别。广泛性发育障碍除交往障碍外，还有言语障碍和刻板重复的行为，而社交恐惧症患儿在和熟悉的人交往时一切正常，精神分裂症可以出现明显的孤僻、退缩，根据其临床症状，如幻觉、妄想，不难鉴别；抑郁症由于情绪低落，也不愿与人交往，患儿有抑郁的内心体验，与人交往时没有明显的自主神经失调的症状，可资鉴别。

五、治 疗

治疗社交焦虑症的方法以心理治疗为主，严重焦虑者可合并药物治疗。常用药物包括苯二氮_䝐类抗焦虑剂，SSRI 类抗抑郁剂如氟西汀，三环类抗抑郁剂，如多塞平等。

20 世纪 80 年代早期，Lowenstein（1983 年）首次报道多种方法治疗儿童、青少年社交焦虑。目前用于治疗社交恐怖症的心理治疗方法很多，主要包括认知-行为疗法（cognitive-behavioral therapy，CBT）、暴露疗法（exposure）、社交技能训练（social skills training）、放松训练（relaxation training）、认知领悟疗法、森田疗法、冲击疗法（implosive therapy）和系统脱敏疗法

(systematic desensitization)。考虑到年幼儿童有限的认知能力以及恐惧伴随的焦虑情绪,所以在年幼儿童的认知行为治疗中,最为重要的方法当属行为治疗方法(如系统脱敏、模仿学习)与认知技术(积极的自我评述、读书治疗)。对年长一些的儿童和青少年在采用暴露疗法的基础上增加一些心理教育、社交训练、放松训练和角色扮演。

1. 暴露疗法 是治疗社交恐怖症的基础,是由 Mark 所创立,属于经典的消退抑制。据此理论,当患儿较长期暴露在真实的可以导致焦虑恐怖的场景之中,使他出现最大的焦虑或恐怖感,此时只要不伴有疼痛或其他躯体的嫌恶性刺激,经过反复的、长期的暴露于刺激当中,这类不良情绪会逐渐消退。在治疗过程中,首先治疗师应该取得家长和患儿的信任,并介绍该治疗方法,得到家长和患儿的同意。开始治疗前治疗师应该详细了解患儿的病情并观察患儿不良情绪的外在表现,特别是躯体情况。继之,让患儿暴露在能引起不良情绪的情境之中,连续数小时。

案例分析 小华是一名 15 岁的女中学生,她过分害羞,与人说话不敢直视别人的眼睛,常常面红耳赤,大汗淋漓,诊断为社交焦虑症。治疗师在了解小华的病情后,向其家长和患儿介绍了该治疗方法,家长和患儿都表示愿意参与治疗。治疗师将小华带到繁华的商业街,先让小华观看治疗师向一位陌生人问路,随后让患儿重复治疗师的行动,反复多次进行,直到小华感到在街道上向陌生人问路不是一件艰难的事情为止。每次治疗后都布置类似的家庭作业,并逐一按固定格式记录病情和治疗反应,每周治疗 1~2 次,一般 10~15 次可以获得效果。

2. 系统脱敏法 是通过以一种适应性的反应代替原来的非适应性反应从而减少焦虑或恐怖情绪的一个治疗过程。通过切断一个特定的刺激与它通常所诱发的焦虑或恐惧反应之间的联系,达到降低情绪反应的目的。也就是说,当刺激出现时,焦虑反应被阻断了。对于年长一些的儿童和青少年可以通过采用肌肉放松而实现的,在平静放松的状态下,就不可能出现焦虑反应。对年幼儿童需要使用一些能够诱发放松的方法,如用大笑来达到放松。

在系统脱敏过程中,患儿在真实的生活情境中面对能诱发焦虑的刺激,并不是能通过想像达到放松,因为想像脱敏对于年幼儿童来说比较困难。在建立现实脱敏的治疗程序时,治疗师必须能够完全控制恐惧刺激。

案例分析 小麦是一个 5 岁的男孩,自从 3 岁上幼儿园以来,害怕与小朋友来往,不和小朋友玩游戏,爱发脾气,沉默寡言。治疗师从小麦的母亲那里收集了一些资料,建立了一个恐惧的等级序列,共 9 级,从小麦最低的恐惧刺激(不愿和小朋友打招呼),到他最害怕的情境(与小朋友一起玩游戏)组合成完整的恐惧刺激序列。治疗师在实际情境中逐渐向小麦呈现该序列里的刺激,同时指导他进行简单和积极的自我暗示,如“我是勇敢的孩子,我可以做得好”,主要是肯定他自己具有完成任务的能力。在治疗室的墙壁上挂有一个摇摆、微笑的小丑,当小麦紧张、焦虑时,小丑就会竖起大拇指,小麦看见这个小丑时,心里就放松了。每当小麦感觉紧张时,治疗师就陪同他回到上一个等级。随着小麦应付困难情境的能力不断增强,他在心理上得到了一些满足,并且通过治疗师和父母的正面反馈,终于克服了社交焦虑。

以下是小麦的系统脱敏时的焦虑等级序列:

- (1) 与父母打招呼。
- (2) 与治疗师打招呼。

- (3) 与一个幼儿园小朋友打招呼。
- (4) 与该小朋友握握手。
- (5) 与该小朋友拥抱。
- (6) 与该小朋友手拉手打招呼。
- (7) 问该小朋友喜欢什么玩具。
- (8) 与该小朋友说自己喜欢的一种玩具。
- (9) 与该小朋友一起玩这个玩具。

3. 读书治疗 虽然读书治疗不是一种认知干预方法,但是它作为治疗的一种补充已经得到越来越多的应用。对于年幼儿童而言,可提供一个儿童作为故事主角(模特)的故事,通过讲故事来描述该儿童如何应对相似的情境。这样的故事可以使儿童通过模仿而表现出对某个特定情境的积极反应,即希望听故事者将故事中的一些做法应用在自己解决问题的方法中去。治疗师通常可以利用一些已经出版的刊物作为读书治疗的材料,但是,这些具有针对性的材料并不容易找到。一般说来,对于年幼儿童,治疗师可以创作一些简单的故事书;对于年龄较大的儿童,治疗师在治疗过程中可以与儿童一起编写相应的故事。与儿童一起创作故事的好处非常多,儿童积极地参与书籍的创作,他们可能会将治疗中发生的材料融合到故事中去。因此,儿童可以在故事中创造出许多解决问题的方法和积极的自我评述,进一步,儿童就有可能逐渐掌握了认知改变的策略。

案例分析:小明是一个7岁的男孩,上小学二年级,他父母对他的许多问题都感到担心,这些问题主要包括害羞、不敢见人,当家中有客人来时,小明总是躲到自己的房间里不肯出来见人,或者勉强出来,也不与客人打招呼,上课注意力不集中,在学校沉默寡言,从来不主动举手回答老师的提问,有时老师提问小明,他站起来,也总是低着头不回答,额头冒汗,双手握拳,显得非常焦虑。

治疗师选择了《勇敢和沉着的小孩》一书,小明仔细读到这个勇敢和沉着的小孩原来是一个长得非常难看的小男孩,说话结巴,家庭一贫如洗,是个孤儿,小镇上的许多小朋友都嘲笑他,他常常一个人躲在家中,或者在河边与老橡树聊天,见到其他人,他总是低着头绕道走,从来没有朋友。有一天,有个怪兽来到小镇。扬言要一位小朋友在晚上跨过小河到怪兽居住的山洞里给它喂食,如果不来,它将要毁灭小镇,镇上小朋友的爸爸妈妈都不愿意自己的小孩去,而这个非常难看的小男孩没有爸爸妈妈,所以,小男孩不得不连夜启程去河对岸,小男孩非常害怕,他大声地对自己说:“我是勇敢的,我能做到”,小男孩终于走到怪兽居住的洞穴,怪兽见到他,笑着对小男孩说:“你是最勇敢和沉着的孩子”。小男孩回到了镇子上,全镇的居民都来欢迎他,并且在他的小屋旁插着一个小木牌,上面写道:“这是小镇上最勇敢和沉着的小孩”。小明在治疗师陪同下看完这本书,接着写信给小男孩,信中说道:“小男孩,我要像你一样勇敢!小明签名。”随后,治疗师又使用了《了不起的猫》一书帮助小明如何运用焦虑管理和放松技能,如第3号猫:“高高扬起你的头”,第9号猫:“继续坚持”。经过约6个月的治疗,小明逐渐变得开朗和大方,话多了,能够与客人打招呼了。

4. 认知-行为疗法 有研究报道,单纯使用认知治疗并不能够明显改善患儿的行为问题,单一使用行为疗法疗效也常常不能保持。因此,认知结合行为疗法被认为是目前最有效的治疗社交恐怖症的心理疗法。认知-行为疗法由 Heimberg 创立,在成人社交恐怖症的治疗中取得疗效,以后,根据此原理发展出一些适合儿童、青少年社交恐怖症的治疗方法,如

Kendall 的“Coping Cat Program”,其主要内容是一个 16 周的访谈,结合心理教育、认知和定向暴露法,其主要目的在于帮助患儿学会鉴别各种焦虑体验以及与自身躯体的感觉联系,将注意力集中在负面的不现实的思维中,在害怕的环境中采用合理的自我对话,提升个人行为的现实感,在适宜的情况下自我奖励。Barrett 等在认知-行为疗法基础上增加了父母治疗,认为对于青春前期的儿童效果良好。社交焦虑症患者由于回避害怕的环境,从而减少社交机会,强化害怕,进一步回避社交,导致不正常的恶性循环。认知-行为疗法就是帮助患儿认识害怕,回避,从而发展有效的处理认知和行为方式,用新建立的技巧系统地对抗所害怕的环境。

具体步骤:首先是心理教育,要向患儿介绍有关社交焦虑症的背景资料,如起病的年龄,常见的临床表现,躯体的一些反应,特别强调患儿因为害怕而产生的回避行为,在各种自己害怕的社交场合中暴露自己是非常有必要的。同时,向患儿介绍一些有关非病理性焦虑、病理性焦虑的概念,非病理性焦虑是一种适宜的反应,这种反应是对迫在眉睫,将要发生危险的一种警戒信号,让人们远离危险,病理性焦虑是一种错误的警报信号,因为并没有危险或将要受到伤害的情况发生。让患儿认识到其自我评价的不恰当性,领悟到这种不恰当的自我评价与对自己和周围环境要求过高是产生症状的原因,督促患儿在逐渐的社交练习中,纠正自己的错误和不恰当的认知,树立起健康的自尊心,正确对待自己与周围人,达到消除症状的目的。第二是暴露疗法(详见上文)。第三是技巧训练,这里包括放松训练,认知重建训练,坚持训练,各种社交训练,问题解决训练,合理自我对话训练等。这些技巧的训练可以通过口头教育,模仿学习,角色扮演等形式来完成。例如放松训练,放松训练的目的在于帮助患儿在处于引起焦虑的情境中减轻躯体反应。训练患儿掌握渐进放松技术和深呼吸方法,利用生物反馈技术,促进患儿掌握放松技术,训练患儿凭积极的想像指导缓解焦虑,可以结合暗示自我放松训练(平卧闭上眼睛,由治疗师反复多次语言暗示,使患儿在内心产生短期暗示,以后逐渐熟练掌握,使自己逐渐放松)。有关社交技巧训练,其目的是帮助患儿获得一些在社交场合中需要使用的行为方式。如眼与眼的对视、微笑,以一种合适的声音说话,愉快的接收别人的赞美,学会问问题,观察同伴的感受并如何适当的回应。可以组织一些集体活动如垂钓、打保龄球、看电视等来发展友谊。第四是家庭作业,每次完成治疗后均要布置相应的家庭作业来完善治疗内容,熟练掌握各种技巧,并将这些技巧推广应用到真实的社会中去。第五是父母治疗,帮助父母了解和处理他们患有焦虑症的孩子,当小孩减少了回避行为时,教会父母用可能的管理策略奖赏孩子。特别是当这些父母本身是有明显的焦虑倾向时,父母治疗更是非常必要。

对儿童有效的社交治疗(SET-C)。Beidel 等从成人版社交有效治疗计划中发展出针对儿童社交焦虑的版本(Social Effectiveness Therapy for Children, SET-C)。SET-C 是一种针对儿童社交焦虑,结合与同龄无焦虑儿童游玩、暴露治疗和社交训练治疗的多方面行为治疗。治疗目的是减少社交焦虑和恐惧,改善社交技能,增加各种社交活动。治疗步骤包括:①教育部分,向焦虑儿童和其家长提供有关社交焦虑的知识以及 SET-C 治疗计划。②社交训练,由 4~6 个儿童组成,每次治疗时间接近 60min,训练内容包括问候、自我介绍、如何开始交谈以及维持交谈、聆听和记忆的技巧、如何参与集体活动、如何打电话等,每周 1 次,通过指导、角色扮演、正面反馈来完成,治疗后安排相关内容的家庭作业。③与同龄无焦虑儿童游玩计划(一位焦虑儿童配对一位无焦虑儿童,且这些无焦虑儿童的社交能力需要比较

强),每次活动约90min,在完成社交训练后开始,主要包括玩保龄球,参加PIZZA餐会,放风筝或者溜冰等活动。④暴露治疗主要包括在集体治疗组面前朗读,与同龄无焦虑儿童玩游戏或在其他人注视下能够在黑板上做考试题。从Beidel与同事的研究结果来看,SET-C对儿童社交焦虑的治疗效果良好。

5. 认知领悟疗法 是钟友彬创立的一种具有中国特色的短程精神分析疗法。对强迫症、恐人症、某些性变态等精神障碍的治疗取得了良好效果。刘浩志等人根据认知领悟疗法的原理和方法治疗社交焦虑症取得了满意的效果。钟友彬认为,社交焦虑症不过是恐人症的一个类型,他从患儿性心理发育障碍的角度探讨了恐人症的发病机制并提出相应的治疗方案。他认为某些性格腼腆的少年,青春期开始出现成年的性欲望和性幻想时,不能正确理解,不恰当地压抑并用不完全理解的性道德来自我谴责,结果出现严重羞耻反应(如脸红、怕见人等),对幼年性经历的不恰当谴责加剧了心理冲突,并进入恶性循环,是恐人症的发病心理机制。由此他认为,只要患儿能认识到青春期出现成熟的性心理是正确的,并且能领悟用针对成年人的性道德对自己幼年的性游戏或性经历进行自我谴责是不恰当的、幼稚的,这样就可以消除患儿的疑虑、缓解大部分症状。对那些有敏感性关系妄想的患儿,需督促患者反复调查,以证实其想法的幼稚性和非真实性,以消除敏感性关系妄想。目前,应用认知领悟疗法治疗社交焦虑症多是个案分析,而且患儿大多数是成年人,有儿童青少年的治疗报道较少,进一步的疗效评定有待观察。

6. 森田治疗 方法以森田正马的“顺其自然”、“重在行动”为治疗原则。具体步骤有以下几种。

(1) 详细询问患儿的症状起因、临床表现、严重程度、性格特点、家庭背景、个人成长经历等,以对患儿做出正确的医学诊断及心理诊断。

(2) 按照森田理论,反复向患儿解释社交焦虑症形成的机制及与其人格特征的关系,引导患儿领悟社交焦虑症治疗的关键就是打破精神交互作用,使注意力不再固着在症状上,从而使症状减轻以致消除。

(3) 与患儿一起制定合理的生活作息制度。要求患儿生活有规律,尽量安排一些消耗体力的活动,以促使患儿的注意力由“内向化”向“外向化”转变。反复强调积极行动的重要性,鼓励患儿主动寻找各种活动、工作,并积极做好。

(4) 要求患儿接受症状,承认事实。在治疗中,明确告诉患儿不要想摆脱恐人症状,这些症状在短期内是难以消除的,并让患儿背诵森田疗法中的格言,如“欲想以浪平息一浪,反而波浪叠起”、“对于症状,你越躲,它就越来,越对抗它就越重”等,以指导患儿的行动。这种方法可以鼓励患儿战胜自我,带着症状去行动,症状出现时,努力做到顺其自然,对症状不抵抗,自己的行动、态度也不受症状的干扰。尽量按“脸红就脸红吧”、“我的目光让别人紧张就紧张吧”的思路去想,同时把注意力集中在谈话内容上。由于森田疗法是基于人本性的一种心理疗法,患儿的个性特征直接影响着治疗效果。需要选择那些具有一定领悟力和忍耐力的患儿。这在儿童、青少年并不一定适合,治疗例数较少,比较难评定疗效。

目前对儿童、青少年社交焦虑症的心理治疗报道较一致认为认知-行为治疗是一个有效的治疗方法,结合暴露、认知重建、社交技巧训练对于减轻焦虑体验,减少损害无论是在理论上还是在实际操作上都是合理的以及有效的。进一步的研究方向是对其他心理治疗方法的深入探讨。

第五节 学校恐怖症

学校恐怖症(school phobia)是近年来在儿童青少年中发生较多的一种心理障碍,因其主要表现为对学校产生强烈的恐惧并拒绝上学而得名。

一、概 述

1932年Broadwin首次对这类长期的学校感到恐惧而不愿去上学的现象进行了描述,“学校恐怖”由此得名。当前随着研究的深入,学校恐怖症被认为是一种强烈地拒绝上学的情绪障碍,其临床表现本质上是一种焦虑障碍。

学校恐怖症的流行病学调查很少。据Kenndy 1965年推测每年患病率为1.7%。Chazan 1962年提出在儿童精神科病例中仅占1%。Miller等1972年发现虽然在普通中学中学校恐怖症的患病率低于1%,而在儿童精神科门诊,60%的情绪障碍为学校恐怖症。美国的Mauclesley医院儿童部1970年报道该症占情绪障碍儿童的3.8%。Burke、Silverman 1987年和King等1995年研究表明,在全部学龄儿童中的患病率有1%,占儿童心理门诊的5%。杨晓玲分析北京医科大学5年中的儿童门诊资料,发现该症约占情绪障碍的10%。该症女性多见,可发生于任何年龄和任何智商水平。国外研究报道一般有三个与发生原因密切相关的发病年龄高峰:5~7岁为第一高峰,可能与分离性焦虑有关;11~12岁为第二高峰,可能与因升中学、功课增多、学习压力加大、改换学校、重新适应新环境和新环境的人际交往困难的广泛性焦虑症有关;14岁为第三高峰,可能与少年第二性征发育,对自身像的焦虑、抑郁情绪有关。

二、病 因

学校恐怖症与其他儿童情绪障碍类似,没有单一的病因,病因是复杂和综合的,是生物-心理-社会等因素综合起来而导致的结果。生物学因素是基础,不良的心理社会因素只有在易感的生物素质基础上起作用。

对于学校恐怖症的生物学因素的研究至今没有发现明确的阳性的结果,可能是由于学校恐怖症不像其他重性精神疾病那样与正常人群有显著的差异。所以,对于生物学的研究很少。

1. 精神分析理论 认为儿童害怕与自己的父母直接发生冲突和对抗,他们对学校的恐惧是对这种冲突的转移,从一个实体对象(父母)转移到另一个对象(学校),所以拒绝上学的实质是一种特殊的恐怖症。精神分析学说认为学校恐怖的儿童害怕上学,其实是害怕离开自己的母亲,恐惧的基本问题是不愿“分离”;另一派学者则认为分离恐惧不能解释有的儿童不去学校,而在其他方面还可以进行恰当地活动(如离开家到其他地方去玩),认为儿童恐惧学校的实质是害怕失败。

2. 行为理论 认为学校恐怖症是一种反应性及操作性的学习行为,是在恐惧事物的经历上学习而得。如儿童在入学、转学或升学中碰到过分严厉的老师、在学校学习或其他活动

上的失败、挫折或受到委屈、羞辱等,产生强烈的情绪反应和焦虑不安的心理,害怕并且不愿再面对或重新尝试这种痛苦的经验,对这种情境产生回避性反应,而呆在家中。对这种行为如果处理不当,会增强对学校恐惧的程度。如父母不分是非地同情患儿,为其辩护,或者以粗暴的体罚强迫儿童上学,就会强化患儿的恐怖情绪。其次,大多数的幼儿与父母在一起自然的有安全感,与父母分离则产生害怕、恐惧、焦虑、不安等情绪。假如母亲对幼儿外出离开自己表示焦虑不安、不放心,则会增强患儿的害怕和恐惧情绪。因此,他们认为儿童的恐怖也与父母的反应相互影响。

3. 发展学理论 认为在正常儿童中出现对学校的恐怖行为是一个很自然的过程。例如,幼儿普遍害怕与父母分离,大一点的孩子普遍害怕老师和其他儿童,再大一点的儿童对于社会的评价容易恐惧等。所以学校恐怖症是一定年龄中自然发生的事情,只是有些患儿在反应的程度和持续时间上超过了正常范围。其内容也是随着年龄而变化的,随着儿童的一天一天的长大,这些潜在的问题将一一显现出来,如果学校和父母用粗暴的方式逼迫小孩上学时,这些问题将会变得严重,容易使儿童选择拒绝上学,而愿意呆在家里。

总之,对于学校恐怖症的解释存在着差异,但综合各家的观点,可以确定的是至少有以下两方面原因:

(1) 个性方面的缺陷:研究表明学校恐怖症的儿童有性格方面的弱点。年龄小的儿童,常常表现为脆弱、过分依赖、胆小、害羞等特点,这种个性特点的儿童容易过分依赖父母而出现上学困难,他们常常愿意呆在父母身边,对陌生的人和环境感到紧张和恐惧。对于年龄稍大的儿童有人用艾森克个性问卷进行调查,发现患儿的个性与正常儿童有显著性差异,表现为孤独、情感封闭、难以适应外部环境、情绪不稳定、容易紧张和焦虑等。由于这种性格上的缺陷,使这类儿童容易在学校里得不到老师和同学们的喜爱,使其体会不到学校集体里应有的温暖,有些儿童由于性格软弱,常常遭到其他学生的嘲笑和欺负,有些儿童由于不能很好的与老师进行交流和沟通,容易被老师同学误解,加之性格敏感,常常产生过分的烦恼。基于这种研究,曾经有学者认为学校恐怖症是一种特殊类型的社交恐怖症。类似内化性的个性特点及适应不良是学校恐怖症发病的素质因素。

(2) 环境因素:在国外关于学校和家庭因素对子女拒绝上学行为的影响早有报道。常见诱因是学习失败,如可能是因某事被老师批评、指责或体罚,自尊心受到伤害而出现强烈的负性情绪反应,害怕教师的批评或同学的嘲笑,不愿再面对老师和同学,而回避在家。有的因成绩不理想被家长责骂,或学习环境改变一时无法适应等。近年国内也就这方面进行了研究,与国外研究结果相似。杜亚松等调查发现在换学校时发病的占全部患儿的48.9%,35.6%的学校恐怖症是在被老师责骂、批评或被同学欺负、嘲笑后发病;有22.2%的患儿在重大生活事件(如双亲之一去世等)后发病。发病季节以9~10月份为多,这可能与正值升学,学校环境改变大,任课老师变化大有关。其他家庭及学校因素调查还可以看出,大部分患儿的父母对子女的期望值较高,希望子女将来能上名牌大学,且患儿父母的关心和温情较少,父母的教养方式存在问题,如对学业的苛求,加之学校老师可能存在的过分严厉,都可能成为学校恐怖症的诱发因素。国内学者对学校恐怖症的儿童的调查发现,有75%的家长对学习成绩过分重视,有37.5%患儿父母对子女较少的温情和理解;有25%患儿老师严厉、体罚、甚至言语侮辱学生。有37.5%的患儿为重点学校、重点班或自费班学生。对那些刚上学又存在亲子关系不良的患儿,往往出现分离焦虑而不去上学,这也是学校

恐怖症的一种诱因。

三、临床基本特征

学校恐怖症的症状最突出是拒绝上学,为了达到不上学的目的,起初可借头痛、腹痛或食欲不佳、全身无力等诉说以便得到父母的同情。以后每当父母要求其上学时则会紧张、哭泣、吵闹、焦虑不安,若被父母强行送到学校教室,常常畏畏缩缩,低着头走到自己位子上坐下,不与同学打招呼。上课时提心吊胆、战战兢兢,不敢正视老师,害怕被提问,若被提问,则面红耳赤、手心出汗,常常只站立不回答问题,或口齿不利、结巴重复。此时患儿恐惧心理异常严重,放学后如释重负。学校恐怖症的表现可以分为两类:即精神症状和伴发的躯体症状。精神症状主要是一些比较轻的情绪障碍,以焦虑为主;躯体症状是一些躯体不适,可以包括各种各样的躯体症状。

1. 精神症状 本症最早的表现常常是孩子每到要上学时就不愿去而提出各种条件理由,以逃避上学,即便被说服了去上学,也可能在走到学校门口或接近学校时逃走。有的向父母提出种种要求以作为去学校的交换条件,并且要求越来越多,越来越苛刻,以后就干脆拒绝上学,即使父母给予更多的保证和奖励也不能解决问题。有的儿童对学校的拒绝不仅是“到学校去”,就是提到“学习”、“上学”这两个字都会十分生气而大吵大闹,自伤或毁物,只要不提及“学习”、“上学”这两个字则相安无事。有的儿童当晚答应次日要去上学,也收拾书包文具,看来是真的要去上学,但一到早上就又拒绝去。有的患儿明知若是自己不去学校会遭父母一顿打骂,也不愿走入校门。有的患儿表现到了上学的时间仍然睡在床上,家长叫也叫不醒,过了上学时间则自然起床。也有表现为直接的情绪表达,如哭闹、喊叫和焦虑不安等。上海曾对45例学校恐怖症的患儿进行调查,全部患儿均害怕上学、拒绝上学,37例有明显的焦虑症状,占82.2%;17例伴有抑郁情绪,占37.8%。男女焦虑的表现不同,7例哭泣均为女性,占女性的43.8%;发脾气6例,其中除1例女性外,均为男性。男性患者以发脾气为多。这可能与男女学生的个性差异有关,女性往往文静、弱小,只能以哭泣求得家属的同情,而男性往往刚烈、坚强,多以发脾气而达到不去学校的目的。有的直接表达不愿上学,但内心又有强烈的求学愿望,由此形成内心冲突而产生情绪抑郁、自卑,甚至出现自杀行为。

2. 躯体症状 学校恐怖症的儿童容易出现肌肉紧张、呼吸不规律等交感神经兴奋表现,另一类表现为在上学日的清晨或前一天晚上出现头痛、头晕、腹痛、恶心、呕吐、腹泻等不适,其中以腹痛最常见,或者早晨上学时间突然晕倒等。患儿常常以头痛、头晕、腹痛、恶心、呕吐、胸闷、过度换气等症状作为借口而拒绝上学。有些患儿以躯体化症状为首发症状,他们常常到综合性医院就诊,辗转于各科室,误诊率相当高。患儿因此而服一些不该服的药物,不去学校,荒废了学业,给家庭带来经济损失。如有一患儿经常恶心和呕吐,在多个综合医院做过胃镜、CT等检查,服过洛赛克等贵重药物,花费达6万余元。这些躯体化症状有一个非常明显的特点是在非上学日不出现,周末、周日及假期不出现。一般周一最严重,故有的称为“星期一病”。一天之中亦有规律,早上症状明显,下午减轻。不去上学,留在家看书、游戏、活动时一切正常。以上不通常检查不出其他原因,也不需特殊治疗,可自行缓解。学校恐怖症的躯体化症状及其规律的识别,对该症的诊断是很有帮助的,可以减少误诊率。

上海的研究表明,学校恐怖症患儿均伴有躯体化症状,其中 42.2% 的有头痛、头晕;35.6% 的出现腹痛;31.1% 的有恶心、呕吐;6.7% 的哮喘发作;8.9% 的有胸闷。还有一些患儿有自主神经系统表现,如出汗、手抖、尿急等。

学校恐怖症的表现多种多样,下面举两例分别以精神症状和躯体症状为主要表现的病例。

病例 1:男,11 岁,小学四年级学生。因拒绝上学、害怕、哭泣、自伤 3 个月来就诊。患儿自幼自尊心强,学习成绩名列前茅,每次考试全班第一,担任班长。最近一次考试排名班上第 10 名,感到非常失落,以后总是担心考试出错挨老师批评,担心上课回答不出问题被同学嘲笑,因而不愿去上学,提起上学就发脾气,愿意在家里通过问同学题目来学习。有时背着书包出了家门,却溜到家里的 7 楼顶上,等同学放学后再回家。因此事被家长发现,家长强迫他上学而用刀片划皮肤、扬言自杀。不提上学的事,情绪和活动如常。病后睡眠不佳,经常做恶梦。

个人史:第一胎,母孕期体健,幼时生长发育正常。自幼胆小,上学后担任班长,工作负责,能指挥同学排队、出操、唱歌。

既往史:否认有重大躯体疾病。

家族史:母有抑郁症病史。

体检及神经系统检查无异常发现。精神检查:神志清楚,表情自然,接触好。主动述说因为考试没考好,同学们会认为自己蠢,老师会不喜欢自己,一到了学校就处于压力中,心里有一种说不出的难受,无法忍受,所以不愿意去上学。自己也明白不上学不好,可是无法克服。

病例 2:女,12 岁,初中一年级学生。因不愿上学,反复腹痛近 1 年来诊。患儿自幼性格内向。适龄入学,在校与同学关系融洽,学习成绩名列前茅,得到老师喜爱。考入重点中学后,不再担任班干部,未得到新任老师宠爱,同学也不像以前的同学那样拥护她,有次问老师问题,老师说“你怎么这么容易的题也不懂”。患儿感到自尊心受损,情绪不好,继之不愿上学。被家长强送上学,常常在到达学校或在上学的路上出现剧烈腹痛,伴面色苍白、冷汗、呕吐等,因此常被老师护送回家。每周上学 1~2d。不上学在家则能正常学习、玩耍,情绪良好。家长因孩子腹痛曾多次带去儿科、消化内科就诊,先后做过上消化道钡餐透视、腹部 B 超、脑电图、肝功能等检查,均无阳性结果,给予助消化药等治疗无效。

四、诊 断

至今国际和中国精神疾病分类方案与诊断标准均无此症的单独的诊断标准。

Bery、Nichols 和 Pritchard 提出四条诊断标准:①去学校产生严重困难。②严重的情绪焦虑。③父母知道他们在家。④缺乏明显的反社会行为。

King 等 1995 年建议诊断标准为:①上学非常困难,常常长期缺席。②面临上学问题时,出现严重的不安情绪,包括极度的恐惧、发脾气或者抱怨躯体不适等。③对于应该上学的儿童,父母亲知道其在家。④没有反社会特征,如偷窃、说谎和破坏行为。参考恐怖症的诊断标准,结合该儿童为学龄期儿童,有明显拒绝上学的表现,即可考虑诊断。

关于学校恐怖症的典型病例诊断不难,但早期诊断存在一定困难,患儿常因腹痛、呕吐、

头痛、头晕等躯体疾病进行诊治。若能详细询问其症状发作的时间与特点,与情绪及学习、学校事件的关系,想到本病的可能,即不易误诊。

本病须与逃学进行鉴别。学校恐怖症患儿常伴有较明显的情绪障碍,一般来说学业上问题不大或是品学兼优,自幼成长较顺利且家庭条件较好,父母对患儿期望较高,过度保护,患儿对父母过分依赖,往往与学业负担过重、竞争激烈、屡遭学业失败、歧视与压力、体罚、侮辱等各种较强而持久的因素有关,又得不到父母关心,反而常被体罚。其家族中常有神经症患者。而逃学儿童一般无明显的情绪表露,常有其他违纪行为,并且往往学业上长期困难。仔细观察可以鉴别。

五、治 疗

学校恐怖症治疗的基本原则是根据不同患儿的具体情况,采取综合性的治疗方案。治疗的主要目的是减轻患儿焦虑恐怖情绪,消除各种紧张因素,增强学校的吸引力,培养儿童入校学习的自觉性,以期尽早返校。更高的目标是对患儿的个性和行为方面的缺陷进行纠正,培养良好的生活技能和健全的心理素质。

学校恐怖症与恐怖症的治疗方法基本相同,同样的要注意发现产生学校恐怖症的心理原因和诱因,帮助减轻或消除心理社会因素。如患儿经常诉说头痛、腹痛,应予以检查排除躯体疾病,解除患儿的心理顾虑,以利开展心理治疗。治疗中,医务人员、父母和教师的充分理解与合作是治疗成败的关键。家中同胞和邻居孩子应起示范作用、父母避免强制,多加鼓励和支持。教师要注意自己的教育方式,做到和蔼可亲,必要时亲自到校门口迎接,同时教育同学向患儿伸出温暖的手,可以安排同学到家中陪患儿上学。鼓励患儿多参加文体活动,可以安排一些患儿专长的活动,让他获得成就感,恢复自信。

(一) 心理治疗

心理治疗的开展需要医师、家庭和学校三方面的充分合作。首先医师要详细了解发病经过,发病诱因,患儿客观存在的困难和问题,家庭和学校及其他可能的不利因素。依据以上情况,为他们设计可行的返校措施。其次医师对患儿要表示关心,耐心倾听他们诉说痛苦和困难,与患儿建立良好的关系及对医师的信任,要对患儿进行反复的保证和疏导,鼓励他们重新返校。此外,还需调整学校环境,在详细了解患儿在校困难后,若负担过重,与校方联系,暂时减轻其学习和工作负担,使其回校后有较好的适应条件,能较快建立自信心,依据具体情况和可能性考虑换班、转学,使患儿接受返校比较容易。

儿童的心理健康状况还与家庭尤其父母的个性心理特征、心理健康水平、教育抚养方式有密切关系,为此应详细了解父母的心理健康状况,分析他们的行为方式、情绪反应方式及其可能对患儿产生的影响,并对其进行指导。当发现孩子患有学校恐怖症以后,父母不应当指责孩子,而应当站在孩子的角度,想一想孩子为什么对学校恐怖,要帮助孩子分析原因。必要时进行家庭治疗。

治疗案例 大蓼女,14岁,初中二年级学生。自幼表现优异,家长对其期望高,从普通中学转至市重点中学,需寄宿。因系插班生,与同学不熟悉,生活方面不适应,与寝室同学因小事摩擦,又因教学进度有差别,学习成绩也不突出。常常以头昏、头痛为托词,要求回家。寒

假开学后不肯去上学,想到学校的情境就难受,家里人一提“上学”就发脾气。老师来电话就紧张,甚至不能看到老师的电话号码。治疗师安排大葳的系统脱敏等级序列如下:

1. 第一阶段,对学校环境脱敏

- (1) 将老师的电话号码写下,贴在墙上。
- (2) 接听老师电话。
- (3) 给老师打电话。
- (4) 乘车往学校方向走。
- (5) 在学校周围转转。
- (6) 放学后到校园转转。
- (7) 到寝室和同学聊聊。

2. 第二阶段,上学并寄宿

- (1) 上学,每天回家。
- (2) 上学,每周在学校住一个晚上。
- (3) 每周在学校住二个晚上。
- (4) 每周在学校住三个晚上。

经过第一阶段治疗(约1个月),大葳能够白天去上学,经过第二阶段的治疗,虽然每次离家时仍感到痛苦,但能够在家人的鼓励下到校寄宿,并适应了学校生活。

也可采取认知领悟疗法进行心理辅导,如与她交谈,尽量消除紧张,让同寝室同学主动与她交往,促进她尽早融入班集体,指出家长在家教中的失误,提出建议。医生有机会和她谈心,用真诚的态度关心她,帮助她分析与同学交谈时产生紧张的原因,指出她身上的优点,在交谈中稍有进步便给予鼓励,不断增强她的自信心,并建议她多看书报、电视,多与同学交谈。同寝室的同学主动接触她,陪她一起上街,还经常鼓励她发表自己的意见,出现错误不是嘲笑,而是善意地指出,从中体会到集体的温暖,主动敞开心扉与同学进行交往。向其家长述说过分严厉给孩子带来的不良后果,建议他们多与孩子沟通,多谈论问题,引导孩子多讲,并尽量站在孩子的角度理解问题。一般的患儿经过调整与适应,均能和班上大部分同学友好相处,坚持完成学业。

(二) 药物治疗

由于多数患儿的精神症状不是很严重,仅有轻度的焦虑抑郁,一般很少需要长期服药治疗。对于有严重焦虑、抑郁情绪的患儿,在心理治疗一时还不能解决问题时,可以适当短期使用一些药物治疗。病情较好时可以逐渐减药和停药,不像其他精神疾病需要长期的维持巩固治疗。常用药物包括以下几种。

1. 抗焦虑药 常用的抗焦虑药物有地西泮、劳拉西泮、阿普唑仑等,剂量因人而异,注意剂量不要大。虽然安定类药物的不良反应很少,但在使用中要注意预防形成地西泮的依赖,持续使用的时间不要超过2周,由于安定类药物容易形成耐受,需要长时间使用者可以适当换用不同的药物。这类药物的疗效基本相似,对消除焦虑、改善情绪、配合心理治疗和调整环境可以起到良好的效果。一旦患儿病情较好,可以考虑减量和停药。

2. 抗抑郁剂 在进行心理治疗的同时,可以适当的使用抗抑郁药进行辅助治疗。过去首推氯丙咪唑治疗,剂量为每日25~75mg,可以分2次服用。亦可用多塞平每日25~

100mg,分2次服用。以上药物均为三环类药物,缺点是不良反应多,可见口干、头晕、食欲下降、便秘等。所以使用药物前后要定期进行心电图、肝功能、血象检查,不良反应严重者可减量或改换其他药物。目前,随着新型抗抑郁药物的出现,以上传统药物逐渐被不良反应小、疗效相当的新药所取代。目前在儿童中常用的SSRI类药物,如左洛复50mg,每日1次口服,一般药物在2周后开始起效。多在情绪改善后,考虑逐渐减药,不需要长期维持的治疗。

大多数学校恐怖症患儿预后较好。其预后与年龄、起病缓急有关。急性发作往往为年幼组,并常常有各种环境和躯体等方面的诱因,在家中和学校里的伙伴关系较好,治疗及时,预后较好。慢性者往往无任何肯定事件,而是逐渐退缩而变得更加固执、好争辩、好挑剔等。他们过多依赖家庭和父母,与同学伙伴的关系不密切,往往兴趣少,很难适应社会。不同年龄的患儿预后有差异,学龄初期的患儿比较容易回到学校,大一点的患儿,如学龄晚期和青春前期前者困难些,年长的患儿学校恐怖的情绪往往可以延续到成年,成年后到精神科门诊就诊率明显高于普通人群。

第六节 儿童癔症

癔症又称歇斯底里(hysteria),公元前即有关于歇斯底里的记载,当时认为女子行为紊乱是由于子宫游走,hyster原意为子宫,加词尾ia故而得名。现代观念认为癔症是由精神因素,如生活事件、内心冲突、暗示和自我暗示,作用于易感个体引起的大脑功能性失调,包括两种情况,即转换性障碍(conversion disorder)和分离性障碍(dissociative disorder)。

一、概述

在儿童情绪障碍中,与其他几种类型的疾病相比,癔症的患病率并不高。因为癔症患儿常有躯体症状,故常就诊于儿科。Robins和O'Neal(1953年)报道,他们在15年期间内共诊治了51311例儿童,其中癔症仅有27例。Rae(1977年)在3个儿科和儿童精神科病房中发现,按严格标准诊断为转换症状者仅占3%~13%。Caplain(1970年)报道,在英国Maudsley医院,青春前期癔症患病率达2%,但在后来的4~11年随访中大约一半发现为器质性疾病,这是一个十分值得重视的问题。

国内对儿童癔症报道资料不多,近年来尚无流行病学调查结果。王淑馨等(1965年)报道北京医学院精神科儿童门诊211例中癔症占首位,共41例(其中集体癔症发作10例),占19%。南京神经精神病防治院住院儿童1155例(1958~1968年,1979~1989年)中,癔症59例,占住院病儿总数的5.1%。在儿童期男女发病相当,但在青春期后女性较男性高。年龄较长一些的儿童又较幼童多见,文化和经济水平不发达地区还有群体发作。集体癔症发作的报道不断见于文献。

二、病因

1. 个性特征 癔症患者常具有某些特殊的性格特征,如情感丰富、情绪不稳、自我中心、好幻想、暗示性强、依赖性重等。受发育性因素影响,儿童本身就具有情绪不稳、易受暗

示、幻想性等特点,因此儿童癔症的性格特征不像成人那么突出。Rock(1971年)报道了转换症状儿童的个性特征,发现90%患儿智力水平高于平均水平,学业成绩差,伙伴关系不良,过度依赖,情绪抑郁。此外,就中学生本身的特征而言,独生子女较非独生子女易表现为自恋型人格特征。

2. 心理因素 大多数患儿往往在负性精神因素作用下急性发病,如委屈、气愤、紧张、恐惧、突然的不幸事件,均可导致发作。Barbara报道一名9岁的女孩因父母关系不佳,对她关注少而出现转换症状。父母当着孩子的面吵架时,高度敏感的孩子就会意识到:“他们为什么吵架?他们会不要我吗?”孩子一“生病”,原本就以孩子为中心的父母马上停止了冲突,注意力转移到孩子的身上,这样就强化了儿童的症状,甚至导致症状转移(这也是儿童癔症的特征)。精神分析学派认为癔症是个体在面对难于接受的思想、愿望和冲动时,精神内部冲突的结果。患者对冲突和伴随的焦虑予以阻抑,躯体症状代表了无意识中的冲突。行为学家则认为,转换症状是患者对遭受挫折的生活经历的适应方式,病后的获益则通过操作性条件反射使症状强化,癔症症状被看作是一种习得的行为,患儿发现这类症状可以减轻困难处境给他带来的焦虑,并使他的需要得到满足,症状便会被强化,持续存在,在以后遇到困难时再次出现。再次发病时不一定具有明显的精神因素,可能是遇到与第一次发病因素在内容和情境上有关的因素而诱发,亦可能在别人谈论其发作或患儿本人回忆第一次发作的体验在暗示和自我暗示作用下发病。

3. 躯体因素 躯体疾病、月经期、疲劳、睡眠不足等情况均易促使发病。

4. 社会文化因素 ①教养因素:父母溺爱、过度保护,使儿童变得任性,一旦受到挫折,缺乏应有的承受能力,常常是发病的基础。②文化因素:Proctor提出癔症患者常来源于农村、教育水平和经济条件较低的区域,认为可能与文化因素有关,这些人群更容易接受迷信和偏见的影响。灾难、战争、社会变迁等因素造成儿童处于精神紧张中,也是重要的病因学基础。迷信或对自然、疾病现象的不科学解释,常导致癔病群体发作,近年国内报道较多。癔病群体发作常发生于经济文化较落后的农村中小学生中,由于接种疫苗、某人患病、听信传言等,对疾病的恐惧、紧张心理,使密切接触的群体(如学校、村庄)受到暗示和自我暗示而发病。癔症和群体癔症的发病机制是有区别的,癔症是以性格因素占主要地位,而集体癔症则以环境因素为主。根据现代心理社会应激概念,紧张刺激可以是客观事件,也可以是象征性的威胁事件。应激既不伴随特定的刺激,也不伴随特定的反应,而是个体对觉察或估计一种有威胁的情境做出的一系列心身反应。

三、临床基本特征

癔症的临床表现多种多样,归纳起来,可分为躯体功能障碍和精神症状两大类,即转换性障碍和分离性障碍。在儿童,分离性障碍少见。

(一) 躯体功能障碍

多见于神经系统运动和感觉障碍,也可表现为躯体、内脏等躯体化障碍。常见的有以下几种:

1. 痉挛发作 发作无一定形式,四肢挺直,肢体抖动,或角弓反张,发作过程中有时伴

以肢体的各种动作如挣扎状、捶胸、抓人。这一发作形式与典型癫痫大发作不同,发作中无咬破舌、摔伤,一般无大小便失禁,无缺氧表现,面色正常,瞳孔对光反应存在,常持续数十分钟。也可表现为局部肌肉的抽动和阵挛。

2. 瘫痪 可表现为单瘫、偏瘫,以双下肢同时瘫痪较多见,发生突然,好转也突然,不伴有上、下运动神经元受损时的体征,肌肉张力正常或时高时低,肢体被动活动多有抵抗。

3. 失明、失聪、色盲、失音或其他形式的语言障碍 如口吃、耳语、声嘶等。

4. 躯体化障碍 可表现为自主神经功能紊乱,如腹痛、恶心、呕吐;头痛、头晕、软弱无力、心悸、气促、肢体、口唇发麻。

症状可互相转化,如原为双下肢瘫痪,可能下次发作转成昏厥,也可能几种临床症状表现同在一患者身上存在。

(二) 精神症状

1. 情感暴发 表现为情绪的失控,如嚎啕大哭、喊叫,常伴以肢体乱动及冲动行为,或哭诉不愉快的体验,有的表现为狂笑不止,情绪变化迅速、激烈,有时伴有戏剧样夸张动作和表情。

2. 意识改变 常见的形式是“昏厥”。一般主诉“开始感到头晕,后来便不知道了”,发作大多与精神因素有密切关系,但久病患者有时因为很小的事也会引起发作。昏厥表现为缓慢地倒地,常发生在没有危险性的地方,有时是在情感暴发,如大哭、大笑后晕倒,有的又与痉挛发作同时存在。发作持续时间长短不等,事后部分遗忘,有的可回忆晕倒后周围的情况。这一症状需注意与不典型的癫痫发作、低血糖等症进行鉴别。另一意识障碍表现为嗜睡或昏睡,亦应排除其他器质性疾病。

其他如身份障碍、阶段性遗忘、癔症性漫游、假性痴呆等在儿童少见。

(三) 癔症的群体发作

多发生在共同生活且观念相似的群体中,发作的原因是各种能够导致团体成员产生恐惧、焦虑的因素,引起流行的原因可能是由于迷信或不科学解释的影响,对疾病产生恐惧、紧张的心理。起初有一个人发病,且这个人具有一定影响力,周围目睹者受到暗示而发病,出现类似症状,短期内可出现暴发性流行。国内报道多达200余人,以女生多见,流行一般历时数天。

癔症表现多种多样,但共同具有以下特点:①无器质性基础,症状不能用神经解剖、生理学、医学等知识解释。②症状变化的迅速性、反复性亦不符合一般器质性疾病的规律,如患者双下肢突然瘫痪,不到半小时即痊愈,若遇精神因素又可重新发作。③自我中心性格,一般常在引人注目的时间地点发作,围观时加重,症状表现具有夸大性、表演性。④暗示和自我暗示性,容易受周围环境的暗示发病,加重或好转,有的还在自我暗示情况下发病。因此,有时客观的发病原因消除但症状发作并不能消失。在癔症发作时,对患者处理不当,如周围人的语言、行为,紧张、焦虑的气氛,过分的关切和照顾,不必要的医疗检查措施等,都可能起到强化或加重发作的作用。

四、诊 断

(一) 诊断标准

CCMD-3 中没有儿童癔症的诊断标准。列出成人癔症的诊断标准如下,可供参照。

1. 症状标准 有心理社会因素作为诱因,并至少有下列 1 项综合征。①癔症性遗忘。②癔症性漫游。③癔症性多重人格。④癔症性精神病。⑤癔症性运动和感觉障碍。⑥其他癔症形式。没有可解释上述症状的躯体疾病。

2. 严重标准 社会功能受损。

3. 病程标准 起病与应激事件之间有明确联系,病程多反复迁延。

4. 排除标准 排除器质性精神障碍(如癫痫所致精神障碍)、诈病。

(二) 鉴别诊断

对癔症转换型症状的鉴别诊断必须谨慎小心。应在完全排除了器质性疾病之后,才能考虑癔症的可能。有些器质性疾病(如脑炎)早期,其症状、体征尚未充分显露时,此时如患儿性格不良,即有暗示性强和(或)自我中心性人格倾向者,有心理因素,使症状带有“功能性”色彩,易被误诊为癔症。还有些是由于医师知识不全面或粗心大意,忽视某些重要的体征,或躯体疾病症状不典型、医师考虑问题时以偏概全而造成误诊。例如 Rutter 曾对 28 例原诊断为癔症的患儿追踪 4~11 年,发现其中 13 例应修改诊断为器质性疾病。因此,对任何可疑的病例,必须警惕有器质性疾病的可能,并进行详细的体检(包括神经系统检查)及必要的实验室检查,以求确诊。切忌将任何诊断不明的疾病或有心理因素诱发的患儿诊断为癔症。

暗示治疗不仅对治疗癔症有效,而且可用于协助诊断。如能通过医师的诱导使症状复制,又通过心理暗示而达到治愈,则对诊断为癔症十分有帮助,须注意儿童易接受暗示,对暗示治疗可能部分有效,故对于癔症痉挛发作和癫痫大发作鉴别有困难的患儿,在脑电图检测的同时诱发发作,对于鉴别诊断意义更大。暗示治疗不能使症状完全缓解者,需进一步观察,以免误诊。另一方面,有的患儿,患病较久,求医太多,或心因无法消除,以致病情十分顽固,或由于医师准备不够充分,治疗方法不对,医患关系未建立好,患儿对暗示治疗缺乏信心,产生对抗情绪等也可导致治疗失败,因此,对于暗示无效者,也应具体分析,不能仅凭治疗失败而推翻诊断。

1. 癫痫大发作 在临床上类似于癔症的痉挛发作,癫痫大发作多数无诱因,发作呈典型的强直-阵挛状,脑电图有痫样放电。

2. 瘫痪、失明、失聪 要与有相应器质性基础的瘫痪、失明、失聪相区别。癔症所致的上述障碍无与神经分布相一致的体征;“失明”时行走可绕过障碍物;“失聪”者对外界的声音有相应的反应。

3. 感应性精神障碍 与癔症流行相鉴别,前者往往受占支配地位又患偏执性精神病患者的影响,出现与感应者相类似的幻觉或妄想,经与感应者隔离后,被感应者的症状旋即消失。

五、治 疗

治疗以综合性治疗为原则,包括心理治疗、环境治疗、暗示治疗和药物治疗等。

医师要始终保持镇静和自信的态度,首先要安慰和安置好家长和周围环境,父母和患儿可以分开报告病史和检查,对患儿进行详细体检及必要而精确的实验室检查是确立诊断所必需的,亦是建立患儿信任感的前提,以树立治疗者的权威性,但要避免引起患儿的紧张、恐慌和暗示而加重症状。治疗过程中交谈语言要亲切,多用肯定和鼓励性语言。

(一) 心理治疗

治疗前应详细了解病史,包括个人生长史、个性特征、家庭环境及成员之间的关系、病因及症状表现等。医师应取得患儿的信任,然后制订治疗计划,安排时机进行心理治疗。

1. 暗示疗法 是治疗癔症的经典方法,即使用语言暗示,消除患儿的症状。一旦确定诊断,便可及时进行暗示治疗。治疗之前要取得患儿的充分信任和合作,用简短、明确的语言向患儿解释他的疾病是一种短暂的神经功能失调,根据患儿的理解能力,还可以解释为经络不通、气血不畅等。用坚定的口吻告诉患儿即将采取的治疗方法能够使失去的功能完全恢复正常。同时要做好家长的工作,不但在治疗当时要配合,并且在治疗好后避免暗示作用而再发。对于正在发作者,可采用一些能产生躯体效应的手段进行治疗,如按压穴位、针灸、电兴奋治疗、注射用水肌内注射或10%葡萄糖酸钙静脉注射等,治疗师在治疗过程中配合言语暗示,告诉患儿当按压穴位、针灸产生酸麻胀痛的感觉,或电兴奋治疗产生麻感,或注射用水肌内注射产生痛感,10%葡萄糖酸钙静脉注射产生喉头和全身发热感时症状就好了。暗示疗法适用于急性发作而且暗示性较强的患儿,会收到良好效果。对癔症性痉挛发作、嗜睡状态、木僵状态可采用针刺治疗,对于癔症性瘫痪、挛缩、失语、失明、失聪等采用直流感应电兴奋较为有效。治疗前要了解患儿以往治疗史,避免重复使用已经用过的方法,力争一次成功。

对于就诊时症状已经消失的患儿,可以使用诱导治疗,即用暗示方法将症状在治疗室诱发出来,再运用暗示方法将症状消失。这种先诱发出症状再终止症状的方法,使患儿相信医生能“呼之即来,挥之即去”,能够对医师产生信任感,消除症状的效果更持久。治疗前要仔细了解患儿发作的过程,如先是头晕,接着口唇发麻,然后手足发硬,再出现上肢抽搐,最后全身抽搐……治疗前可以告诉患儿,只有将症状都发出来,才能彻底断根,就好比“引蛇出洞”,再打它的7寸。诱出的方法可以让患儿嗅乙醚,或10%葡萄糖酸钙静脉注射,当患儿闻到乙醚气味,或注射葡萄糖酸钙产生喉头发热时,治疗师就可以按照症状出现的次序,暗示患儿:“你开始头晕了,口唇发麻了,现在手足发硬了,上肢开始抽了,现在全身抽筋了,病全发出来了,现在我们打一支‘特效针’,将它止住。”终止的方法可以使用蒸馏水皮下注射,也可以使用微弱电流刺激等。此法适用于年龄较大、具备充分理解能力的患儿,治疗前务必使患儿理解治疗的意义及过程,产生迫切求治的愿望。此法不宜多次反复使用。对于分离性障碍,诱发后存在轻度意识障碍、大哭大闹、情绪激动,无法接受终止暗示,也不宜采用。

2. 个别心理治疗 为巩固疗效、预防复发,应对患儿进行支持性心理治疗。医师以热情、诚恳、温和、认真的态度对待患儿,以谈话方式鼓励患儿谈出存在的问题和内心矛盾,然

后共同寻找症结,帮助患儿了解所患疾病的原因,讲明该病可以治愈,使其建立治病的信心,消除紧张、不安的情绪。同时根据存在的症结,寻找解决问题的办法,分析患儿不适当的应付方式和情绪反应,提高耐受挫折的能力,以达到治愈的目的。每次心理治疗不超过40min,治疗次数视病情转归而定。

3. 集体心理治疗 选择病情、年龄、文化程度相近似的患儿组成小组,但人员不宜太多,采取多种方式进行。如系统讲解、小组座谈、集体游戏等方式,发挥互相鼓励和暗示的作用,提高医疗效果。必要时请康复后的患儿为其讲解。并把治疗成功的录相片让患儿观看,使其增强战胜疾病的信心。

4. 行为疗法 对于年龄较大的患儿,可采取系统脱敏疗法,使原能诱发癔症的精神因素逐渐失去诱发的作用,减少发作或达到治愈。

(二) 针对家长的治疗

父母在儿童癔症的治疗中有特殊地位,父母及家庭能正常而有效地发挥其功能,对于儿童的康复起积极作用。癔症的疗效、预后与家长的处理方式密切相关。因此,在治疗儿童的同时,要给家长以耐心、细致的指导。

1. 避免不良暗示 患儿出现急起的神经或躯体功能障碍或精神障碍,家长往往十分紧张。因此癔症确诊后,医师应将本病的知识传授给家长,消除家长的紧张情绪,避免对患儿暗示作用而导致复发。要向家长解释暗示对于病情复发和康复的作用,劝阻家长对患儿症状的过分关注,不宜做过多的躯体检查,不宜四处求医。避免当着患儿的面谈论其发作的表现和经过。在日常生活中忽视儿童的症状,不宜反复询问其感受,如头晕不晕?眼睛看得见吗?病情一旦缓解,就应该恢复学业、体育锻炼,不宜长期服药,以免给儿童以“我的病很严重”、“我的病还没好”的暗示。许多顽固性癔症往往是家庭不良暗示的结果。

2. 合理应付心理刺激因素 许多患儿是在明显精神刺激下起病,如被殴打、被辱骂,在学校打了防疫针,交通事故等,家长往往归咎于这些刺激因素,要为孩子讨回公道,有的还牵涉到索赔问题,将孩子卷入长期的诉讼中,进行各种检查、鉴定,这些因素会使儿童的症状不断被强化,而迁延不愈。应向家长解释患儿的主观因素和家长的暗示所起的作用,避免将儿童卷入诉讼中。对于这类事件的赔偿,应该一次了断,而不宜采用“用多少赔多少,治好为止”的方法解决纠纷。

患儿病后往往变得更加任性,提出无理要求。家长往往怕精神刺激引起发病而百依百顺。根据精神分析理论,患儿潜意识中通过“发病”来回避困难处境,使需要得到满足。要告诉家长改变对儿童的教养方式,不要怕发病而事事予以满足,使症状强化。即使是合理要求,也可以延迟满足,让儿童学会理性处理学习、生活中的困难,培养健全的人格。

3. 改善家庭功能 除了家庭结构、家庭社会经济地位等家庭因素外,父母的消极个性特征、不恰当的教养态度和教养方法、不良的亲子关系和不安全的依恋、家庭的情绪冲突等都可能是导致儿童癔症的重要因素。癔症不仅给儿童的成长和社会适应造成困难,而且也对父母造成负面影响,还是影响家庭的应激事件,可能导致家庭社会系统的改变。因此,治疗集中在两方面:①指导父母在家里实施心理治疗的措施。具体做法主要用消退法和替代强化消除过去由暗示、不恰当的正强化形成的心身症状,辅以放松疗法。②改善家庭关系,

特别是夫妻关系,调整家庭内的动力关系。父母要共同投入更多的精力来营造温馨的家庭氛围,让家庭成员感到家庭是个人生活中不可缺少的一部分。其他家庭成员的教育态度和方式对孩子也会产生深刻的影响。如果儿童的发病是缘于家庭危机,在解决儿童的问题之前,应当解决父母的矛盾冲突、潜在的婚姻危机。

(三) 药物治疗

(1) 在精神创伤下急性起病的患儿,常常伴随焦虑情绪,可以给予小剂量抗焦虑剂,如地西泮、阿普唑仑,或抗抑郁剂如舍曲林、多塞平等短期治疗。

(2) 儿童癔症一般不用抗精神病药。对于癔症情感暴发、精神发作或某些痉挛性发作的患儿,不宜用暗示疗法,或暗示治疗失败者,可给予地西泮 5~10mg 或奋乃静 5mg 肌肉注射使患儿入睡,不少患儿醒后症状即消失。亦可口服小量抗焦虑剂或抗精神病药物。但须注意,儿童癔症不宜长期使用药物治疗,以免增强暗示作用,使其病情迁延。

(四) 住院治疗

起病急、症状较严重、家庭难于护理的患儿,可以住院治疗。住院有利于减轻家属的焦虑和医疗手段的尽快实施。对于由于家长的暗示而使症状迁延不愈的患儿,住院可使患儿与父母隔离,从而打断恶性循环。但癔症患儿不宜久住院,因为他们可能通过观察其他患者的临床表现而“习得”其他症状。一般以短期住院为宜。

(五) 癔症群体发作的治疗

接到癔症群体发作的报告后,有关部门应保持镇静。①向家长、教师、学生宣传解释发病的原因和机制,消除恐惧心理。②隔离分散管理患儿,以防其作为“传染源”波及其他儿童。在学校流行的应立即停课。③对患儿进行语言暗示治疗 and 对症治疗。④严重者可短期住院治疗。⑤开展健康教育,提高人群心理卫生素质,树立讲科学、讲文明、讲卫生的社会风尚,创造良好的外部环境和心理环境,以防初愈患儿再复发。

(六) 预防复发

癔症是一种容易复发的疾病,对于儿童,要力争一次治愈,以免迁延一生。因为儿童期是可塑性最大的时期,如果处理得当,是可以完全治愈的。预防复发的措施包括:对有精神因素的要消除不利的因素,尽快解决或淡化精神刺激因素;对学习成绩差、压力重的儿童,老师和家长均要进行正面引导,安慰儿童,切不可打骂或变相惩罚,使他们产生自卑心理。对家庭成员进行健康教育,动员家庭、学校各方面的力量帮助儿童培养健全的人格,提高对挫折的耐受性,正确面对困难,改变自我中心的教育模式;这些儿童不是装病,学校、老师要满腔热情地接纳,而不应推诿,更不应歧视,培养儿童广泛的兴趣爱好,让其多参加一些学校组织的文体活动,多与同学接触,一起读一些有益的课外书籍等;注意劳逸结合,保证充足的睡眠。对教育方法不当的家长,医护人员要指出其问题所在,教育患儿的父母及其亲属要避免对其过分宠爱,如对某些不正当的要求应予拒绝,避免对儿童的不良暗示,以预防该病的反复发作。长期疗效的巩固在于心因的解除及帮助患儿培养健全的人格。

六、预 后

儿童癔症如在合理教育和有效的治疗下,一般预后良好。

第七节 儿 童 强 迫 症

儿童强迫症较成人强迫症少得多,青少年的强迫症年来有逐渐增多的趋势。

一、概 述

有文献记录显示,最小的强迫症患者年龄为2岁(Despert,1955年)。美国国立精神卫生研究所(NIMH)对70例连续就诊的患儿观察后发现,强迫症患者平均年龄为10.1岁,其中8例患儿发病于7岁以前(Swedo等,1989年)。发病越早的患儿,其症状越类似于抽动-秽语综合征,可能提示抽动-秽语综合征是强迫症的特殊形式,与少年或青年发病的患儿在症状上明显不一样。

儿童在心理发展的过程中,可能会出现类似强迫的症状或仪式样动作,如走路数格子、反复折叠自己的手绢、睡觉前一定把鞋子放在某个地方等。这种带有一定规则或者被患儿赋予特殊含义的动作,往往呈阶段性,持续一段时间后会自然消失,不会给患儿带来强烈的情绪反应,不会影响儿童的生活。

美国五个多发地区进行的流行病学调查研究显示,在所调查的18500名成人中,终身患病率为1.9%~3.3%,排除其他有关疾病后,患病率为1.2%~2.4%左右(Robins,1981年)。该患病率是普通人群患病率的25~60倍,而且近半数患者是在儿童或青少年期发病的(Karno & Golding,1990年)。

二、病 因

1. 基底神经节功能障碍 在精神疾病的研究中,通过CT、正电子发射断层扫描(PET)、神经递质和神经内分泌等手段得到的发现显示强迫症症状与额叶-基底神经节环路功能异常存在十分密切的关系。

在临床实践中,临床医师都会有这样的经验:①脑炎后巴金森病患儿的强迫性运动抽动和仪式性行为,与强迫症患者的“不做不行”行为有很多相似之处。②抽动-秽语综合征是一种基底神经节功能异常所致的疾患,而在患强迫症的儿童和少年中伴发抽动-秽语综合征和舞蹈样运动障碍者明显增加。③风湿性舞蹈病是基底神经节对溶血性链球菌的免疫性反应所导致,发病时表现为不可控制、无目的的运动障碍。Chapman(1958年)报道了8例风湿性舞蹈病患者,4例出现强迫症状。④很多疾病发病时可以出现强迫症状,这些疾病有风湿性舞蹈病、Huntington氏舞蹈病、肝-豆状核变性(Wilson氏病)、特发性和脑炎后巴金森病、抽动-秽语综合征等,它们都是基底神经节功能障碍的表现。

Rapoport(1991年)对10例儿童强迫症和10名健康对照者进行头颅CT扫描后发现,强

迫症儿童基底神经节的重要组成部分尾状核明显小于正常儿童。

美国国立精神卫生研究所和加州大学洛杉矶分校的研究人员利用正电子发射断层扫描 (PET) 技术对强迫症患者头部局部葡萄糖代谢率的研究发现,强迫症患者额叶、扣带回、尾状核部位葡萄糖代谢率明显增加,这些部位葡萄糖代谢率的增加提示额叶-基底神经节通路存在功能异常 (Swedo, 1989 年)。

2. 神经递质异常 目前临床上常用的抗强迫症药如氟伏沙明是选择性 5-HT 再摄取抑制剂,它们通过有效阻断突触前细胞对 5-HT 递质的回收而达到治疗目的,推测强迫症时 5-HT 功能不足或水平下降 (Riddle, 1989 年)。

还有研究者观察到强迫症儿童多巴胺能神经递质功能亢进,与精神兴奋剂 (苯丙胺、哌甲酯) 过量使用时出现的“强迫观念”和“强迫仪式动作”有非常相似之处 (Borcherding, 1990 年)。

3. 神经内分泌异常 在对高中生强迫症的流行病学调查中,Flament (1988 年) 发现男性比女性发生强迫症的人数少、症状轻。强迫症状在青春前期增加,妇女月经前时强迫思维和强迫仪式动作增加,产后出现强迫症等都说明神经内分泌的改变在强迫症的发病中起一定作用。

4. 心理因素 精神分析学派认为儿童强迫症症状源于性心理发展固着在肛门期,这一时期正是儿童进行大小便训练的时期,家长要求儿童顺从,而儿童坚持不受约束的矛盾在儿童内心引起冲突,导致儿童产生敌意情绪,使性心理的发展固着或部分固着在这一阶段,强迫症状就是此期内心冲突的外在表现。

5. 父母性格特征 早在 1962 年, Kanner 就认识到强迫症儿童多数生活在“父母过分十全十美 (overdose of parental perfectionism)”的家庭中,父母具有循规蹈矩、按部就班、追求完美、不善改变等性格特征。

三、临床基本特征

儿童强迫症主要表现为强迫观念和强迫行为两种类型。

强迫观念包括:①强迫怀疑,怀疑已经做过的事情没有做好,怀疑被传染上了某种疾病,怀疑说了粗话,怀疑因为自己说坏话而被人误会等。②强迫回忆,反复回忆经历过的事件、听过的音乐、说过的话、看过的场面等,在回忆时如果被外界因素打断,就必须从头开始回忆,因怕人打扰自己的回忆而情绪烦躁。③强迫性穷思竭虑,思维反复纠缠在一些缺乏实际意义的问题上不能摆脱,如沉溺于“为什么把人称人,而不把狗称人”的问题中。④强迫对立观念,反复思考两种对立的观念,如“好”与“坏”、“美”与“丑”。

强迫观念可以分为两类:①针对刚刚过去的事,如强迫回忆,刚刚关好的门总想着没有关好。②期待将要发生的事,如家人要外出,总是担心在外面出事,遇到意外等。

强迫行为包括:①强迫洗涤,反复洗手、洗衣服、洗脸、洗袜子、刷牙等。②强迫计数,反复数路边的树、楼房上的窗口、路过的车辆和行人。③强迫性仪式动作,做一系列的动作,这些动作往往与“好”、“坏”或“某些特殊意义的事物”联系在一起,在系列动作做完之前被打断则要重新来做,直到认为满意了才停止。④强迫检查,反复检查书包是否带好要学的书、口袋中钱是否还在、门窗是否上锁、自行车是否锁上等。

强迫行为也可以分为两类:①一定要实现、要表达的某种冲动,见到电器一定要摸一下,明知有危险而不能自制。②为控制某种冲动而采取的预防措施,所做动作是为了防止某种冲动。

强迫症状的出现往往伴有焦虑、烦躁等情绪反应。严重时会影响到患儿睡眠、社会交往、学习效率、饮食等多个方面。

四、诊 断

CCMD-3 未列出儿童强迫症的诊断标准,在诊断时主要参照成人强迫症的诊断标准。

成人强迫症的诊断原则是:①首先要符合神经症的诊断标准。②以强迫症状为主要临床相,表现为强迫思维或强迫行为,或者强迫思维和强迫行为的共同存在。③排除其他精神障碍继发的强迫症状。

五、治 疗

1. 药物治疗 药物治疗是治疗强迫症的主要方法之一,大量对成人强迫症治疗的研究结果显示氯丙咪嗪和氟西汀效果最好。

氯丙咪嗪(CMI)是一种三环类抗抑郁剂,CMI的血清半衰期为17~28h,口服后在肝脏内代谢为去甲氯丙咪嗪(DMI),DMI同样具有生物活性,半衰期更长。CMI的临床疗效较DMI为好。CMI治疗儿童和青少年强迫症的平均剂量为每日140mg左右,一般情况下治疗3周以后,75%的患者会有不同程度的改善。治疗初期部分患儿会出现口干、多汗、震颤、眩晕、视力模糊、共济失调等不良反应,使用一段时间后多能自行消退。可能会有部分患者服药后影响听课效率和学习成绩,但往往在大剂量使用药物时才出现。大剂量用药偶可见心脏传导阻滞、心律不齐等不良反应,需要密切的临床观察,要在医师指导下进行。

氟西汀是一种5-羟色胺再摄取阻滞剂,开放性和多中心临床研究显示氟西汀对成人强迫症患者安全、有效。虽然氟西汀治疗儿童强迫症的研究没有成人多,但已有的结果认为儿童强迫症可以耐受每日10~40mg的剂量,而且不良反应较少。

也有一些研究者曾使用CMI联合左旋色氨酸和(或)碳酸锂治疗强迫症取得了部分疗效,这种经验性治疗对儿童患者是否有效尚有待进一步探讨。单纯药物治疗虽然可取得一定的疗效,但停药后多数患者的病情会复发,如果结合行为治疗同时进行,复发率则会大大降低。

2. 行为治疗 对儿童和青少年强迫症患者进行系统行为治疗研究的报道很少,但能用于成人的行为治疗方法基本上都适用于儿童和青少年(Wolff & Rapoport, 1988年;Berg, 1989年)。

常用的行为治疗包括系统脱敏治疗、冲击治疗和暴露治疗,实际上后两种治疗是系统脱敏治疗的变型,在临床实践中应用较多。

暴露治疗使用的比较多,对儿童和青少年的效果较好。基本策略是使患儿暴露于所害怕的情景中,激发起患儿的焦虑或不安,在此基础上让患儿尽量忍住不去表现出强迫行为。

在治疗的过程中,首先,医师要向患儿及其家长介绍所采用的方法,以取得他们的信任

和合作。其次,帮助患儿制定一个可行的、逐步的、系统的暴露计划。在实施每一个步骤时,都要指导患儿忍受强迫行为所带来的不适感甚至是痛苦感。第三,让患儿暴露于可引起不良情绪反应的情景之中,这样反复、长期暴露于刺激中之后,不良情绪就会逐渐消退,达到治疗目的。例如,在治疗1例反复检查书包的患儿时,让其粗略看一下书包后便将书包放置在患儿拿不到的地方或者让他直接背上书包上学去,这时候患儿会有明显的情绪反应,焦虑、担心,甚至哭闹,不管患儿反应如何强烈,都要坚持做下去。连续治疗一段时间,反复检查书包的现象就会逐渐消失。

厌恶治疗是训练患儿自己控制强迫思维或强迫行为的一种方法,可教会患儿使用橡皮筋或者苦味剂,当出现强迫思维或强迫行为时,通过弹橡皮筋或饮苦味剂以抑制强迫的冲动或行为。这种方法实施起来比较简单,但是效果不能肯定。对于症状轻、治疗关系良好、配合治疗的患儿的效果较好。

3. 生物反馈治疗 对于年龄稍大的儿童和青少年,可利用生物反馈手段,让患儿学会自我放松技术。在患儿暴露于不良情景时,以自我放松方法缓解内心的焦虑和不适,这样经过反复紧张-放松-再紧张-再放松的训练,不良情绪就会消失。

4. 支持小组 强迫症治疗的一个进步是建立对患者及其家庭的支持性小组,在这个小组中,除了给患者以安慰、鼓励、支持以外,还可以推荐曾经治疗好的强迫症患者以现身说法给小组成员讲自己战胜疾病的方法,树立患者战胜疾病的信心。通过与家庭成员、学校协调,解除患者现实生活中和学习中的压力。培养积极有益的兴趣和业余爱好,将患者注意力从“症状”中转移出来,可以减轻患者焦虑、烦恼等不良情绪。

5. 领悟治疗 对年龄大的青少年患者可以采取认知领悟疗法进行治疗,它是通过一定的晤谈技巧,从患者的早年生活经历中找出与患者症状有联系的心理创伤事件,让患者领悟到反复出现的强迫症状是对这些心理事件的“病态”反应。患者认识到疾病的性质后,就会解除心理压力,以达到消除症状的目的。

第八节 适应障碍

适应障碍为短期主观的烦恼和情绪失调,常影响到社会功能,而不出现精神病性症状。本病的发生是由于某一明显的生活变化或应激事件的后果(包括严重躯体疾患的存在)而引起的适应障碍,故不少学者把适应性障碍看作是暂时性诊断。

适应障碍是指个体对某些新环境或不利处境不能适应而产生的症状,属于心因性精神障碍的一个亚型,包括心理社会刺激和患儿对这种刺激产生超出正常的反应两个要素。适应障碍在1984年之前我国的精神疾病分类标准中还未收纳,而将类似表现称为反应性精神病。在美国的DSM-III发表之后,我国才参考其中的分类采纳适应障碍这一诊断类别。

近数十年来,美国有关“适应障碍”诊断得很多,青少年的适应障碍尤其广泛,但由于各家所用的诊断标准不一,所以报道的患病率情况都难说可靠。不过有一点可以明确,年龄越小,对别人的依赖性就越大,产生适应障碍的机会也越多。1975年Sowder等报道美国儿童精神科住院及门诊的患儿中,分别有30%和45%被诊断为适应障碍。以做儿童长期随访研究而著名的Chess和Thomas 1984年曾指出:“儿童临床病例中,绝大多数(40/45)是适应障碍,以轻症为主。”

一、病因

(一) 环境因素

环境因素主要是指一些不寻常的心理社会刺激。如果儿童生活在一个比较稳定、比较和平的环境里出现一些比较明显的症状的话,那么就应该考虑别的疾病而不是适应障碍。

过去认为适应障碍应由“严重的”心理社会刺激引起,现在则认为这种严重度对不同的个体来说是相对的,是与个体的适应能力高低相对照而言的。很少有什么心理社会刺激会使所有的人(100%)产生适应障碍,而在临床上引起适应障碍的许多所谓环境因素,对许多人来说都是可以适应的。例如父母感情破裂,对所有儿童,这都是一个很明显的心理社会刺激,但只有一部分的儿童产生适应障碍,一部分儿童能够适应,另一部分儿童虽有一些不适应,但并未严重到需要加以治疗的程度。

环境因素的具体表现形式很多,最常见的是家庭破裂(父母因感情破裂而离婚,父母之一或双方远离患儿或丧亡等),迁移远方(因言语不通、生活习惯不同或受当地人歧视等),学习负担过重,家庭的社会经济地位低下,父亲或母亲犯罪被捕等。一旦适应不良被误诊为“精神病”,又会给家人及本人增加新的心理社会刺激。

(二) 个人因素

儿童主要是指个人适应能力的高低。适应能力的高低与遗传因素及其他许多因素有关,例如躯体健康水平,认知能力,过去经历和克服困难的经验和技巧,人际关系的好坏,遭遇困难时别人的关心和支持情况(“社会支持系统”)等。

学习成绩差的儿童常会受到家庭的压力和别人的歧视(“不和坏小孩交朋友”)。因而容易碰到心理社会刺激。只会读书,别的什么都不会(都由家长包了)的儿童,即使学习成绩好,但适应能力并不一定强。社会适应能力的关键是正确处理人际关系的能力,所以学习成绩好(常考高分)而不能活学活用,仍旧不能解决问题。

适应是相互的,相互关系好就越来越适应,相互关系不好,就越来越不适应。子女很乖,父母会给予更多的爱,还可以增加父母之间的感情,因此环境越来越好,儿童的心理发展当然很顺利。子女如果不乖,父母就可能不耐心,甚至采取粗暴的教育态度,父母之间也可能因此相互埋怨而造成关系紧张,家庭环境当然不会和谐,儿童的心理发展也就不会顺利。尽管如此,对幼儿来说,父母应该担负更多的责任,对青少年来说,也应该使之明确自己的一份责任。只要求别人来适应自己,而自己却不努力去适应环境,这也是适应不良的一种表现。

(三) 适应障碍多由环境因素和个人因素相互作用而引起

适应障碍的两个病因成分常需相互作用才能产生症状。如果仅是环境恶劣,而个人适应性很强,不一定会产生适应障碍,有时甚至会成为促进成长获得巨大成就的动力。如果适应能力很差而环境很顺利,也不一定会发生适应障碍。但儿童所处的环境,大多是由父母造成的,如果失去了父母的“保护伞”(迟早总要失去的),以后还是可能出现适应障碍的。

二、临床表现

本病的临床症状变化较大,不同儿童可有不同表现,同一儿童在不同年龄阶段也可有不同的表现。有时症状只在某些特殊情境下出现,有时则在各种情境下都出现,主要表现为情绪障碍,如烦恼、焦虑不安、抑郁心境、无能为力感、惶惑不知所措、胆小害怕等。同时可出现适应不良的行为而影响日常活动,患儿表现为惹人注目的行为或暴力行为。症状的严重程度不一定与环境因素相一致,症状表现也不一定与刺激的性质相一致,临床症状与年龄有某些联系:在成人多见抑郁症状,在青少年以品行障碍(即攻击或敌视社会行为)常见,在儿童可表现退化现象,如尿床、幼稚言语或吮拇指等表现。以上症状出现通常在应激性事件或生活改变后1个月之内。患儿的表现可有占优势的临床相,有时也可以混合出现,故有学者称为综合征。

1. 抑郁障碍 抑郁心境是成人中最常见的适应障碍。临床表现以抑郁症状为主,但比重性抑郁为轻。患者在抑郁心境的背景上,出现无望感、哭泣、沮丧等症状。

2. 焦虑障碍 焦虑心境以神经过敏、心烦、紧张不安等为主要表现。

3. 混合性情绪障碍 混合性情绪表现为抑郁和焦虑心境及其他情绪异常,从症状的严重程度来看,比重性抑郁症和焦虑症为轻。如青少年从家中离开父母后,出现抑郁、矛盾、发怒和高度依赖症状。

4. 品行障碍 品行异常的适应性障碍主要表现为对他人权利的侵犯或对社会准则和规章的违犯行为,如逃学、破坏公物、打架、不履行法律责任等。这些表现多见于青少年。

5. 情绪和品行混合障碍 情绪和品行混合的适应性障碍既有情绪异常,也有品行问题。

6. 躯体性主诉障碍 主要症状为疲乏、头痛、背痛和其他不适,这些症状又不能诊断为某种躯体疾病。

7. 退缩性障碍 表现为社会性退缩而不伴有抑郁或焦虑心境。

三、诊断及鉴别诊断

适应障碍的诊断

因长期存在应激源或困难处境,加上患儿有一定的人格缺陷,产生以烦恼、抑郁等情感障碍为主,同时有适应不良的行为障碍或生理障碍,并使社会功能受损。病程往往较长,但一般不超过6个月。通常在应激性事件或生活改变发生后1个月内起病。随着事过境迁,刺激的消除或者经过调整形成了新的适应,精神障碍随之缓解。CCMD-3中适应障碍的诊断标准有以下几种。

1. 症状标准 ①有明显的生活事件为诱因,尤其是生活环境或社会地位的改变(如移民、出国、入伍、退休等)。②有理由推断生活事件和人格基础对导致精神障碍均起着重要的作用。③以抑郁、焦虑、害怕等情感症状为主,并至少有下列1项:适应不良的行为障碍,如退缩、不注意卫生、生活无规律等;生理功能障碍,睡眠不好、食欲不振等。④存在见于情感

性精神障碍(不包括妄想和幻觉)、神经症、应激障碍、躯体形式障碍、或品行障碍的各种症状,但不符合上述障碍的诊断标准。

2. 严重标准 社会功能受损。

3. 病程标准 精神障碍开始于心理社会刺激(但不是灾难性的或异乎寻常的)发生后1个月内,符合症状标准至少已1个月。应激因素消除后,症状持续一般不超过6个月。

4. 排除标准 排除情感性精神障碍、应激障碍、神经症、躯体形式障碍以及品行障碍等。

四、治 疗

(一) 消除刺激因素

心理社会刺激因素即前述的环境因素。有些是可以消除的,如父母感情不和谐;有些则无法消除,如生离死别;有些可以采取一些措施来补救,如迁居异地或异国。有些因素是家长可以控制和忍受的,但由于没有考虑到儿童的忍受能力,因此造成了不好的后果。因此,家长如果了解一些儿童心理特点的知识,就可以避免一些对儿童不利的刺激因素。儿童患病住院,有时会产生“住院病”,对幼儿尤其如此。这是因为医院对儿童是一个完全陌生的环境,打针对儿童又是一件“可怕”的事情,所以会产生适应障碍。目前有许多儿童医院都开始同意家长陪伴,这可以大大减少这种不适应的出现。

(二) 心理治疗

对幼儿来讲,主要不是治疗患儿本人,而是对父母进行指导,因为环境因素常与父母有关,而父母有时不一定意识到这一点。治疗的过程中,首先要确定有什么有关的环境因素,然后分析这个因素是怎样产生的,再研究如何消除或如何使儿童脱离这些因素的影响。在寻找因素的过程中,可以向父母介绍一些儿童心理学的知识,使父母能认识一些自己认为是无足轻重的事,对儿童可以是一个刺激,以后应尽可能注意避免。有些环境因素无法避免,家长可以应用行为疗法,使小孩一点一点地习惯起来,尽可能缓和环境因素对小孩的打击。对少年儿童来说,应教育他们学会克服困难、适应环境,而不是要求环境去适应个人,当然也要教他们一些适应的技巧。如碰到学习困难,首先要有克服困难的决心,然后去寻找解决困难的方法。这种教育可由医师、老师、家长共同进行。

(三) 预防性指导

这主要是指导家长不要过分宠爱和过分保护自己的小孩,把小孩弄得像“暖房里的花朵”一样,经不起风雨。要在一定的关心下让孩子自己去克服在成长过程中常碰到的一些困难,使他有一些克服困难的经验。有了这种经验,以后碰到不良处境就会增强克服困难的信心,就会想出办法去解决问题,而不至于产生适应障碍。因为行为具有可塑性。俗话说“江山易改,本性难移”,即是指人的性格、脾气以及所表现的行为具有很大的先天性,不易改变。这种遗传决定论的观点,未免失之偏颇。由于生活、环境、教育的影响,人们在心理、行为、习惯等方面会出现很大差距。

家庭是孩子学习“为人处事”的课堂,家长要向孩子介绍一些待人接物的基本知识,在交往时的称谓、礼节、礼貌、举止谈吐等。有时家中来了客人可让孩子参与接待。家长要以友好和礼貌的方式向他人寻求所需的帮助,要以热情大方的姿态对待别人的求援。家中需要有一套解决家庭纠纷和矛盾的“规则”。家长在面临困难时要表现出沉着、稳妥、良好的性格素质,这些都将有助于孩子在家长的影响下获得社交的技巧和能力。

1. 运用学习原理 行为矫正应用条件反射和社会学习等原理对儿童和成人的不正常行为进行治疗,并训练他们形成良好的适应行为。例如运用奖励等正强化法形成儿童的良好行为,运用消退或惩罚法消除儿童的不正常或不良行为。

2. 运用行为原理 行为矫正反对传统的精神分析法的主观性,注重预测各种事物之间的因果关系。它要求实验者(矫正者、训练人员或教师、父母)在控制条件下,慎重地操作矫治策略和教学措施(自变量),然后客观地记录、观察和评估被矫正者(被治疗的儿童或成人)行为改变的情况(因变量)。这种方法的优点是较为客观,人们可以从自变量和因变量之间的关系,直接推断所用方法的效果。

3. 依据系统而客观的记录进行测量 行为矫正特别反对主观猜测和内省法,强调用行为的客观表现以及可测量的数据作为有效的治疗根据。所以行为矫正的治疗程序遵守严格、特定的系列过程,一般分为三个阶段:①治疗前被治疗行为的发展水平或情况的基线阶段。②引入治疗或训练方法的治疗或处理阶段。③治疗后效果追踪阶段。每个阶段都必须进行一段时间(如7d)的试验,在每次试验中,必须对行为变化做出详细而客观的记录。治疗人员根据观察记录的数据进行科学的分析,从而获得临床诊断的确切资料。

梅晨葆(Meichenbaum)经过十多年的临床研究,提出了一套自我指导训练的方法。其步骤包括:①训练患者能确认不适当的想法(包括内在的自我声明)。②由治疗者示范适当的行为,并口头说明有效的活动方式及策略。这些口头说明包括对指定作业的评价,让患者自行宣称自己能胜任并打消受挫念头,以及在想像中对成功的作业进行自我强化。③患儿配合口头说明,先自导自演几次,然后再经过想像,在内心重复演练几次。这时,治疗者要适时给予反馈。为了帮助患者在进入自然的应激情境之前能掌握应答技能,治疗师可以让患者进行“应激预习”。如在不知道的情况下,将应激刺激呈现在患者的治疗背景中,这时,让患儿学习适应的应答技能,或者让患儿回忆以前碰到过的应激情境,然后把现在学到的这些应答技能迁移到他当时无法应答的应激情境中。

情境诱导是有意识地运用情境和场所来控制行为的方法。在我们的日常生活中,由于习惯或约定俗成的种种原因,我们社会中有大量的情境和场所是同强化与惩罚紧密相连的,因而它们在某种程度上控制着人们的行为。在行为矫正中,情境诱导常通过改变情境因素来有效地增加或减少目标行为,或使它们处于适当的刺激控制之下。一般说来,利用情境诱导来矫正行为有以下四种类型。

1. 重新安排现存的周围事物 中国有句俗语叫“触景生情”、“见物思人”。许多人常常把自己的感情、情绪同某一环境、某一物品维系在一起。例如某妇女的丈夫某天晚上突然在家里心肌梗死而死,以后这位妇女一走进家里就会伤心不已,甚至颤栗,有时还会极端恐惧。研究表明,减弱这种恐惧的一种有效方法是改变情境中的诱发刺激,即改变家里物品的布局 and 陈列方式,重新安排房间和室内的家具,使之看起来与以前大不一样,同时放一些轻松明快的音乐。

2. 把活动迁移到新的地点 日复一日的重复工作及生活的单调、缺乏变化,常会使人们的学习和工作效率下降。改变这种状况的一个简单方法就是变换活动场所。我们首先应塑造其良好的学习技能和适应技能,然后在特定的场所运用强化技巧,使反应量逐渐加大,使行为最终在期望的水平上得以保持,同时还应给予适当的强化。

3. 人员的重新定位 我们知道,人际关系的好坏直接影响着人们的情绪和心境,影响着人们的行为和工作的效率。所以人员的选择和重新定位对人的行为有着重要的影响。朋友之间、亲戚之间存在一定的空间距离,将会使双方感到愉快和相互尊敬。如果你不能同某位同学或朋友友好相处,不妨换着同其他朋友或同学相处,这样可以使你不拘于原来的困惑,消除问题困扰。

情境诱导在日常生活中的用处很广泛,它的使用要比前面介绍过的方法所受到的限制少得多。正确使用情境诱导的原则包括以下几个方面。

(1) 在实际运用中,把个体尽量安排在已经以某种希望的方式控制了目标行为的场所和环境中,要避免在没有这种控制作用的场所和环境中安置。

(2) 确定是否需要把行为扩展到现在还没有对行为进行控制的场所中,如果需要,应采取适当的方法使其发生。

(3) 保证不需要的行为在引入的控制目标行为的情境中从不产生。

从点滴做起。如果在小事上马马虎虎,干什么都是半途而废,久而久之将造成意志薄弱。因此父母一定要坚持让孩子学会自始至终、认认真真地做好每件小事,严格锻炼,贵在坚持。给孩子创造条件,让他不断去重复某种活动,并坚持不懈地去做好,以锻炼他的恒心和毅力。父母应该经常督促和指导,这对本来就缺乏坚持和自制力的孩子来说是十分重要的。当孩子遇到较大困难时,要鼓励他树立信心,帮助他找到克服困难的方法,当他成功时,要及时帮助他分析成功的原因。

(4) 精神药物治疗

对以情绪异常为主的病人,可酌情选用抗抑郁药或苯二氮_卓类抗焦虑药,以便症状更快地消失。对出现的暴力行为,必要时可予短时间抗精神病药,以中小剂量为度。

(苏林雁 张纪水 刘 军 朱 焱
程道猛 杜亚松 李 飞)

参 考 文 献

1. 陶国泰主编. 儿童青少年精神医学. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999, 260 ~ 263
2. 李雪荣主编. 现代儿童精神医学. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1994, 270 ~ 273
3. 王大斌, 陈洪波, 齐旭升等. 36 例儿童癔症临床特点及心理治疗. 北京: 中国当代儿科杂志, 2002, 5: 399 ~ 400
4. 詹春云, 张良诚. 多塞平治疗癔症 113 例. 实用医学杂志, 2001, 6: 551 ~ 552
5. 翟丽, 姚卫光, 史俊娥. 28 例儿童癔病的观察及护理. 中华护理杂志, 1999, 3: 155 ~ 156
6. 杜亚松. 儿童心理卫生保健. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1999, 228 ~ 230
7. 苏林雁, 殷青云, 王凯等. 长沙市小学生焦虑障碍现状调查. 中国神经精神疾病杂志, 2003, 29(5): 330 ~ 333
8. 中华医学会精神科分会编. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准(第3版). 济南: 山东科学技术出

版社, 2001

9. Heidi Gerard Kaduson, Charles E. Schaefer 主编. 刘稚颖译. 儿童短程游戏心理治疗, 中国轻工业出版社 2002
10. Barbara Milrod. A 9-year-old with conversion disorder, successfully treated with psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 2002, 83, 623 ~ 633
11. King NJ, Ollendick TH, Tonge BJ: School Refusal: Assessment and Treatment. Boston, Allyn and Bacon, 1995
12. Burke AE, Silverman WK: The prescriptive treatment of school refusal. *Clin Psychol Rev* 7 353 ~ 362, 1987
13. Anxiety disorders of childhood or adolescence. In: Last CG, Hersen M(eds): *Handbook of Child Psychiatric Diagnosis*. New York, Wiley, 1989, 156 ~ 169
14. Last CG, Hansen C, Franco N: Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37 404 ~ 411
15. Kearney CA, Silverman WK: A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior Modification*, 1990, 14 340 ~ 366
16. Bernstein GA, Svingen PH, Garfinkel BD: School phobia: Patterns of family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 24 ~ 30, 1990
17. Zaider TI, Heimberg RG. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003 (417) 72 ~ 84
18. Cartwright-Hatton S, Hodges L, Porter J. Social anxiety in childhood: the relationship with self and observer rated social skills. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003 44(5) 737 ~ 742
19. Keller MB The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003 (417) 85 ~ 94
20. Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry.* 2002 51(1) 101 ~ 108
21. Lewis M ed. *A Comprehensive Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991, 796 ~ 806
22. Kratochwill TR. *The Practice of Child Therapy* (2nd ed.) New York: Pergamon Press, 1991
23. Gabriele M, Maria M, Stefania M. Separation anxiety disorder in children and adolescents. *Epidemiology, Diagnosis and Management.* *CNS Drugs* 2001, 15(2): 93 ~ 104
24. Manicavasagar V, Silove D, Hadzi-Pavlovic D. Subpopulations of early separation anxiety: relevance to risk of adult anxiety disorder. *J Affect Disord* 1998, 48 (2 ~ 3): 181 ~ 190
25. Susan M. Denise Z. Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2000, 28(2): 205 ~ 211
26. Susan M. David P. Fluvoxamine, a review of its therapeutic potential in the management of anxiety disorders in children and adolescents. *Pediatr drugs*, 2001, 3(10): 763 ~ 781

第十六章 儿童社会功能障碍的治疗

第一节 儿童依恋障碍的治疗

依恋障碍(attachment disorder)在 DSM-IV 和 ICD-10 中被描述为开始于五岁以前的,对大多数社会条件不适合的行为,并明确规定儿童的反应或为极度抑制,或有矛盾情感,或出现社交泛化或选择性依恋不良。分为童年反应性依恋障碍(reactive attachment disorder)和童年脱抑制性依恋障碍(disinhibited attachment disorder)。

一、概 述

1. 童年反应性依恋障碍 童年反应性依恋障碍发生于婴幼儿和童年早期,表现为与严重的儿童教养不良有关的儿童社交关系模式的长期异常,伴有情绪紊乱,有安慰无效的恐惧、愁苦,而且保持高度的警觉,与同伴交往差。这种教养不良包括对儿童心理虐待或忽视,身体虐待或忽视,如长期的对儿童舒适需求和(或)鼓励要求的不理睬,对婴儿冷淡、忽视或虐待,甚至故意的伤害,在婴儿病痛时也不关心、不爱抚、不提供诊疗和足够的营养。对婴儿躯体需要的不理睬,饥饿时不喂食,主要养育者的反复变换等。

2. 童年脱抑制性依恋障碍 该障碍主要发生于从婴幼儿期就一直在保育院看护的孩子中,也可发生于极频繁更换养育者的儿童中。表现为 2 岁起出现的依赖他人,并有泛化、无选择性依恋行为,4 岁时泛化现象仍然继续,但对他人的依恋趋于改为寻求注意和无区别的友好行为。童年中晚期可能形成也可不形成选择性依恋,但仍常有寻求注意行为,常有与同伴交往失调,可在环境影响下伴发情绪或行为紊乱。这种表现可持久存在,甚至可延续至青年早期。童年脱抑制性依恋障碍的完整概念建立在早年发生的泛化性依恋,持久的社会交往不良,并且不限于特定的场合。

二、诊 断

我国 CCMD-3 中对童年反应性依恋障碍和脱抑制性依恋障碍这两种综合征均没有给出诊断标准。虽然在 DSM-IV 和 ICD-10 中给出这种障碍的诊断标准已多年,但仍没有公认的并可利用的评估工具,部分原因可能在于这种行为模式的临床特征的不确定性和缺乏较好的随访数据。

1. ICD-10 给出的童年反应性依恋障碍的诊断要点

(1) 关键特征是5岁前产生的与抚养者的关系异常,包括在正常儿童中少见的适应不良,这种异常持续存在,然而却是抚养方式明显变化的反应。

(2) 社交反应具有强烈的矛盾性,在离别与重逢时更为明显。幼儿可能会在向人走来时回避目光接触,在被抱着时极力注视别处,对抚养者可以有亲近、回避和拒绝爱抚的混杂反应。

(3) 情绪紊乱可以表现为明显的苦恼、缺乏情绪反应、退缩反应和(或)对自身或他人的痛苦出现攻击性反应。一些患儿出现对爱抚不起作用的恐惧和过分警觉。

(4) 多数患儿对同伴间交往有兴趣,但负性情绪反应妨碍其社会活动。依恋障碍也可伴有身体成长受阻和损害。

2. ICD-10 给出的童年脱抑制性依恋障碍的诊断要点 5岁前表现出选择性依恋异乎寻常的泛化,伴有婴幼儿期一般依赖行为和(或)童年早、中期无选择的、友好的寻求注意行为。通常难与同伴建立亲密和信任的关系。情绪或行为紊乱可有可无(部分取决于患儿的当前处境)。多数患儿出生头几年曾经更换抚养者或多次变动家庭安置(如多次更换寄养家庭)。

三、治 疗

在依恋障碍的治疗中,由于病因较为明确,因此治疗的焦点常在于改变有危机的亲子关系。

(一) 建立良好的依恋关系

Bowlby将亲子关系用依恋来描述。Bowlby认为依恋并非来自母亲的喂食行为及人类性的驱力,它是生命系统的一部分,它对人类心理健康犹如维生素、蛋白质对人类身体健康一样重要。婴儿在7~9个月开始对特殊照顾者产生特殊的偏爱,形成相互依恋的关系,虽然这种关系在整个生命过程中都存在,但在儿童早期最明显,儿童只有把养育者作为安全提供者才能有效的探索其周围环境。Ainsworth认为依恋关系中个体间的重要差异在于依恋的安全性或不安全性。他将婴儿的依恋关系分为安全型依恋、不安全依恋回避型、不安全依恋反抗型。前者是积极、良好的依恋,有助于儿童亲社会性的发展,而后两种则是消极、不良的依恋,使儿童的攻击性、破坏性行为出现。婴儿早期从依恋关系中产生的信任感和安全感是儿童心理和社会性行为健康发展的重要保证。因此,对于儿童依恋障碍的治疗来说最为重要的是建立良好的依恋关系。

1. 建立良好的亲子关系 现今的社会工作模式虽然限制了父母与婴儿接触的时间,但父母应重视亲子依恋的正常发展,应尽可能与婴儿密切接触,体验和理解婴儿,用语言及非语言的方式表达对婴儿的关怀和喜爱。这时,可通过增加与婴儿躯体上的接触,如母乳喂养,对婴儿拥抱、亲吻、爱抚,对他“说话”,给婴幼儿以充分的安全感,建立一种安全型的亲子依恋关系。目前产科病房中所提倡的母婴同室,儿科病房中对于小龄儿允许父母陪护,都促进了安全型依恋的形成。

2. 父母是主要治疗者 婴儿出生后,与他们接触最多的就是父母,婴儿的衣食住行都

需要父母来帮助,婴儿的喜怒哀乐都牵动着父母,而大多数促进儿童转变的工作也必须通过父母来执行,因此父母是主要的治疗者。应帮助父母认识到自己对婴儿生长发展的重要作用,使父母认识依恋障碍疾病的重要性,并使父母及时与儿科医生、社会机构、幼儿园等部门建立联系以协助治疗。

3. 建立专门养育者体系 主要是针对收养遗弃儿童、残疾儿童或孤儿的儿童慈善机构,如 SOS 村、儿童福利院、孤儿院,以及目前针对双职工父母而越开越多的寄宿制幼儿园等机构。由于这些机构常是统包统管的多名照料者轮流照看的养育模式,使照料者不可能像家庭养育一样将关注放在每一个孩子身上,而无法形成选择性依恋。因此,针对这些机构,应由院舍照顾模式走向家庭模式培养专门的养育者。Smyke 等研究发现,养育机构中有多人轮流养育的儿童比有相对固定养育者中的儿童中依恋障碍发生率要高。

(1) 责任制养育 根据养育机构中缺乏单一的或固定的养育关系的情况,可建立责任制养育体系。即由一个固定的照料者专门负责几个孩子,由固定的照料者照顾他们的饮食起居,对他们的心理或身体的需要给予充分的满足,使这些在养育机构中生活的孩子与家养孩子有相似的养育模式,使每一个儿童都能得到足够的爱与关注。

(2) 家庭寄养 随着由机构照顾模式向家庭收养和家庭寄养照顾模式的变化,为寄养儿童提供一个家庭完整、关系融洽、养育方法得当的寄养家庭很重要,这样易于形成和谐的亲子关系。社会机构为儿童选择寄养家庭时,应结合收养者的文化水平和家庭关系综合考虑。而针对每一名寄养儿,应有相对稳定及固定的寄养家庭,从而给寄养儿一个建立温馨的寄养环境。在寄养家庭中应注意培养寄养父母与寄养儿的感情,使寄养父母与寄养儿之间有亲近、关心、爱护的关系,同时给予提供足够的温暖和物质上的满足,减少寄养儿与寄养父母之间的陌生感,加强寄养儿对新家庭的归属感,从而建立起一种替代的亲子关系,形成依恋,使被寄养儿童的心理能健康地发展。

4. 针对虐待儿童的养育者 针对虐待儿童的养育者还可采用劝告养育者的方式,进行亲子心理治疗,帮助家庭成员正确对待儿童,帮助他们理解和关心儿童,提供持久性干预,给儿童建立一个安全的环境,使他们尽快从精神创伤中恢复过来。

(二) 支持性治疗

支持性治疗以假定无依恋的儿童对世界愤怒并因此需要减轻愤怒为基础,将这些儿童安排于治疗师面前,治疗师通过大声喊他、戳他、搔痒他、推他等方法激怒他们,这些孩子开始时会通过尖叫来表示反抗,但最后倾向于屈服,在此时把他们带到养育者面前,他们会很快依恋养育者。支持性治疗疗程通常为 2 周左右。

(三) 依恋治疗

当儿童愤怒减少和支持性治疗把焦点更多地放在儿童的问题时,一些治疗师把依恋治疗看作是家庭治疗的一个类型。

1. 依恋治疗的理论基础

(1) 认知重建 帮助儿童认识自身的错误认知,并学习更健康的认知思维方式。

(2) 心理剧 把儿童置于由他人扮演的自身早期生活事件中,这样能更好地找到解决创伤事件的方法。

(3) 治疗心理创伤的儿童,帮助儿童找到倾诉方法并支持有严重心理创伤的儿童。

(4) 养育和重新教养儿童,使他们知道现在的养育者不会像原来的养育者那样虐待他们。

2. 实施 治疗为2周共30h的集中治疗模式。这30h被分为10次治疗,每次3h与治疗师会谈,其中每次利用1h的时间学习育儿技巧。治疗的大部分时间放在帮助父母学习有效的养育技巧上。依恋治疗是家庭治疗的一种形式,父母通过在单面镜后面观看,实际上参与了治疗师与孩子的每一次会谈。孩子在2周的集中治疗期间与专业人员生活在一起,父母与孩子联系较少,除非孩子在治疗中较努力时可获得额外的与父母在一起的机会。治疗师对父母进行养育策略的教育,与父母的会谈一般围绕儿童的生长发育、目前的行为以及经过治疗后的进步。治疗师与孩子在一起时了解孩子所具有的问题以及孩子需要解决的问题。在孩子解决了依恋的障碍后,治疗的焦点就在帮助孩子依恋父母。心理剧、认知重建、治疗有心理创伤的儿童及其他教养训练是用来帮助儿童评估和解决儿童早期未解决问题的方法,治疗师也帮助家庭了解早期虐待如何影响儿童知觉、情感、认知功能的动力学,了解儿童的世界观如何转变,包括相信其他人可满足他的需要。这样,使父母或寄养父母知道如何对孩子以关爱,正确对待与养育孩子,使孩子健康成长。

(四) 治疗伴随症状

存在伴随症状的儿童常需要采用综合治疗方法,包括心理治疗和药物治疗。

心理治疗是首选的治疗方法。多数儿童通过心理治疗就使情绪或行为问题等伴随症状缓解。药物治疗应作为对症治疗,并短期用药,而对于年龄较小的儿童不主张用药。

1. 情绪紊乱

(1) 心理治疗 对于孩子的情绪问题,如苦恼、退缩、恐惧等表现,可通过家庭治疗解决家庭内的矛盾与冲突,使父母了解产生疾病的因素,去除家庭内引起儿童情绪异常的不良因素,改变父母自身的情绪不良,使儿童异常情绪得以恢复。对于受虐待的儿童,应给予温馨的环境,提高自尊心,消除不信任感,消除过度警觉。

(2) 生物反馈治疗 是近年来新兴的一种治疗方法,对减轻焦虑,改善植物神经性功能及改善睡眠有一定的疗效。

(3) 药物治疗 选择性5-羟色胺回收抑制剂(SSRIs)因其不良反应小,服用方便,可作为一线用药。如可使用氟西汀每日20mg,或舍曲林每日50mg,或氟伏沙明每日50mg,都是较为安全有效的剂量。三环类抗抑郁剂与SSRI类药物同样有较好的疗效,但因这类药物有较多的不良反应,如抗胆碱能、抗组胺、抗肾上腺素能等不良反应,故不做首选用药。

2. 行为紊乱与攻击性行为

(1) 心理治疗 对于孩子所出现的行为问题,可以通过行为治疗来消除。例如行为契约,家长与孩子订立一个明确的约定,明确孩子需要改正的行为,并在生活中观察儿童亲社会性行为的出现,当亲社会性行为出现时给予适当的表扬及鼓励,相反时给予批评或惩罚,使孩子的亲社会行为得到阳性强化并消退不良行为,使儿童的行为得以规范。

(2) 药物治疗 当行为紊乱严重时,可适当使用药物来辅助治疗。对于兴奋性、攻击性的行为问题,可选用一些抗精神病药物。如氟哌啶醇对于严重攻击性行为疗效也较好,开始时每日2mg,根据病情调整用药,剂量不宜过高,最高可用至每日10mg,但应注意到该药锥体外系不良反应较重,故应引起重视并及时处理。

3. 社交关系异常

(1) 心理治疗:一方面可通过社交技能训练,使孩子学习社交技巧,通过角色扮演等方式帮助孩子学习合适的社交行为,与父母或寄养父母、同伴相处,并对孩子的进步给予鼓励与强化。可通过系统脱敏治疗,改变家庭环境或寄养环境,使孩子一点一点地习惯起来,尽可能减轻环境因素对儿童的应激,减少不安全感。

(2) 药物治疗:当出现严重睡眠障碍、焦虑反应、恐惧等症状时,可使用小剂量 SSRI 类抗抑郁剂或苯二氮_卓类药物治疗。

第二节 选择性缄默症的治疗

选择性缄默症(selective mutism)是指起病于儿童期,因精神因素的影响而出现的一种在特定场所(学校、陌生环境)保持沉默不语的现象,而在其他场所保持有正常或接近正常的语言能力。选择性缄默症自 Kussma_l(1877 年)首先报道并称为随意性失语以来,其概念已经发生许多变化。Tramer(1934 年)作了进一步描述并正式命名为选择性缄默症(elective mutism)。精神疾病分类方案(DSM-IV 和 CCMD-3)将其列入到儿童社会功能障碍类别中。

本患病率较低,国外报道在校儿童患病率 0.02%~2%。国内湖南 1990 年调查全省 8 644 名 4~16 岁儿童,仅发现 2 例,均为女性,患病率为 0.023%。一般以女性多见,男:女=1:1.2~1.6,家庭环境可以为各阶层。

一、病因

1. 心理与家庭环境因素 有学者研究认为,选择性缄默症是儿童对家族神经症的一种反应,认为过分保护、严厉的父母教育、无法解决的心理冲突、创伤、父母离异、亲人死亡、经常搬家迁徙等因素在症状的发生和发展中起着重要的作用。当儿童受到过分保护时,儿童与其他人特别是与成年人企图建立关系的努力受到阻抑,以后则以缄默作为人际关系中的处理策略。

2. 生物学因素 尽管本症的发生无明显的器质性损害基础,一些研究认为与发育不成熟有关。研究发现怀孕期间及出生后的一些并发症与疾病发生相关。Kovin 和 Fundudis 发现选择性缄默症不仅与出生时的并发症有关,而且有明显发育方面的迟缓或不平衡,如说话比正常儿童要迟、过多的发音错误及一些相关的语言方面的问题。常与功能性遗尿、功能性遗粪等其他发育性障碍并存。

3. 气质和人格因素 据文献报道,儿童病前有特殊的素质或人格特征,与一般儿童相比,选择性缄默症儿童具有敏感、胆怯、害羞、孤僻、脆弱、依赖性较强的个性特征。Black 等在研究了 30 名 5~12 岁选择性缄默症儿童后发现,97% 的患儿可被诊断为社交恐怖症和回避性障碍,且社交焦虑的严重程度和选择性缄默症的严重程度明显相关,因而认为选择性缄默症可能是社交焦虑症的一种亚型。家族研究发现 70% 的选择性缄默症患儿的父母有社交恐怖症或回避性障碍。尽管选择性缄默症和社交恐怖症存在很大的相似性,但两者在发病年龄上不一样。一般而言,选择性缄默症多在 5 岁前起病,而社交恐怖症典型发作年龄较选择性缄默症要晚 10 年。

二、临床表现

多在3~5岁发病,病前已获得了言语的发展,有正常的语言理解和表达能力。发病后主要在某些特定场所(学校、陌生环境)拒绝讲话,而在另外一些场所(家里、熟悉环境)有正常或接近正常的语言交流。缄默时可用手势、点头、努嘴、摇头等躯体语言来表达自己的需要,如想喝水时就通过拉扯老师的衣服来表达自己的愿望,有时也用书写或耳语的形式来表达。患儿大多伴有情绪和行为方面的问题,如害羞、焦虑、对立行为等。约1/4的儿童在社交中表现害羞,在家中表现温顺。2/3患儿伴有行为问题,在家里和学校难以管理,对陌生人容易生气,而在家里出现攻击行为。部分患儿性格刚强,被描述有“钢铁般意志”。部分儿童合并有遗尿、遗粪以及其他言语异常等发育性问题。神经系统检查无异常,智力测验无异常,脑电图检查可有轻度异常。

三、诊断和鉴别诊断

起病于3~5岁之间,病前获得了语言能力,病后在特定的环境(学校)下拒绝讲话,而在其他环境则能进行正常的言语交流,言语的理解和表达正常,智力正常,神经系统检查正常,并排除器质性的疾病、精神分裂症、重度发育迟滞等疾病,病程至少1个月,可诊断此病。但需与以下疾病相鉴别。

1. 儿童孤独症 可出现沉默不语或较少使用语言,但患儿的语言损害是一种质的损害,对语言理解和表达有障碍,可有自发言语,但不能理解,缺乏肢体语言和不能建立情感交流,对场所无选择性。

2. 学校恐怖症 患儿非常害怕上学,往往以各种借口来推辞,在上学日或早晨诉说头痛、头晕、腹痛、腹泻等不适,症状往往在星期一出现而在休息日消失。

3. 其他重性精神病 儿童精神分裂症、儿童抑郁症可表现缄默,但伴有其他特征性精神症状,起病年龄较大,对抗精神病药物与抗抑郁药治疗有效。

4. 其他言语障碍 聋哑症、发育性语言障碍患儿可能不会说话,但发育性语言障碍患儿有的语言功能就未建立,不说话非选择性。聋哑症儿童有听力损害,通过详细了解病史与听力检查,可以进行鉴别。

CCMD-3对选择性缄默症的诊断标准如下:在某种或多种特定的社交场合(如学校)长时间拒绝说话,但在另一些场合说话正常或接近正常,其语言理解和表达能力正常,症状至少已持续1个月,但不包括初入学的第1个月,排除言语技能发育障碍、广泛发育障碍、精神分裂症及其他精神性病性障碍。

四、治疗

(一) 心理治疗

1. 行为治疗 阳性强化法主要依据操作性条件行为理论,即一种行为之后,如当患者

出现良好的行为时,即给予奖赏强化,则这种行为就会增加。出现回避、退缩等不良行为时,则不予以强化或给予负性刺激,则可以逐渐消除过分敏感、紧张、害怕、害羞等不良情绪。Real最早运用行为技术来治疗选择性缄默症,他假定缄默不语是为了获得注意或是为了逃避焦虑等,因此应消除对缄默现象的强化行为,同时增强自信心及减轻患儿焦虑。常用的技术有强化技术和刺激衰减法。刺激衰减法,常与强化技术合并使用,此法与治疗社交恐怖症的脱敏技术相似,首先建立一个简单的目标,逐渐增加难度,直到患儿能够进行正常的语言交流。

另外,加强自信心理的训练也属行为治疗。通过对患儿进行循序渐进的示范训练、角色扮演和社会性奖励,使患儿能够自由表达思想和情感,克服过分敏感、紧张、恐惧及自卑的心理,增强自信,减轻或逐渐消除患儿在社会交往中的回避和害怕程度。

病例介绍:女,4岁。因逐渐变得缄默少语10个月来门诊求治。

患儿系独生女,自幼生长发育正常,活泼可爱,能歌善舞。一年前患儿随父母从外地迁入长沙,被送进幼儿园。由于是新环境、新老师,加上患儿语言不通,无法与老师和同学交流,而逐渐出现不语,看见陌生人或到新环境就躲在父母身后,默默不语,到幼儿园也一个人独处一隅,不讲一句话。在家中与父母尚能交流谈话,但也不及过去活跃。曾检查耳鼻喉专科、脑电图等均正常。足月顺产,自幼活泼听话,与外界少接触。

家族中无精神病患者及类似病史。

体检:生长发育正常,心肺无异常,神经系统亦未见异常。

精神状况:衣饰整洁,对体检合作,能以目光示意表示赞成与否。给她折一个纸船能拿着玩,但不语,不与人接触,看见别的小孩玩,她凝视,但不参加。

给予行为治疗。每周1次,每次40min,并每天做家庭作业。

第1次,了解病情基线。要求父母记1周的行为日记,了解患儿在不同的情况下的言行表现。

从日记中反映出患儿主要问题为缄默、怕社交。主要爱好为愿到儿童娱乐场所玩,喜欢小白兔等动物,喜欢听故事。

决定采用以阳性强化法为主体,结合观察学习等方法的行为治疗。

第2~6次,采用讲故事,放儿歌和儿童故事录音的办法,先让她听,再让她给父(母)复述故事,和学唱儿歌。当她唱完后加以鼓励,以带她去儿童娱乐场观看其他小朋友玩,到动物园看小动物,喂小白兔等作为奖赏。第5次以后,鼓励她在熟悉的个别老师前唱儿歌、讲故事,第5次治疗后,她就可可在诊室内唱歌,讲故事给医师听,但对话性语言仍少。从治疗开始就让父母在家中均讲普通话,避免讲家乡话,可以讲长沙话,以使她尽快适应新的语言环境。

第7~10次,在上述基础上,逐步开展与人对话性交谈,带她上街,鼓励她自己去买糖果。冰淇淋等零食。第9次开始,又将她送回幼儿园半托。请老师协助,鼓励她与小朋友交往,并注意不要当众过重地批评她。让她与老师、小朋友逐渐培养感情。此时,已可被动与小朋友交往。

以后每月或数月来门诊追踪,患儿已能适应幼儿园生活。据老师反应除较文静外,与小朋友交往已无困难。

2. 心理动力学治疗 曾一度是首选治疗方法,他们认为缄默症状是一种内心冲突,治

疗的目的主要是确定并移除这种潜在的冲突,因这种治疗方法耗时过长,许多治疗师常利用一些技巧和游戏来推动交流和加强治疗。

3. 家庭治疗 对选择性缄默症的家庭治疗,应详细了解患儿发病的家庭背景及家庭成员之间的关系,有针对性地开展家庭治疗。对存在严重家庭问题的患儿,如家庭环境问题、亲子关系问题、父母关系问题、家庭气氛不良,治疗者应对家庭中存在的一系列问题进行全面调整及干预,对家庭环境及家庭功能系统中存在的问题分别予以心理行为指导。

4. 认知治疗 在认知治疗中首先建立良好的医患关系,布置家长及儿童写病情回忆,分析产生缄默的原因。根据父母和患儿提供的材料,将患儿的病情表现及原因分类排列,根据以上症状进行治疗。在治疗中重点分析其缄默的原因,纠正这些错误的认知方式。

(二) 语言训练

治疗师故意避免提及缄默行为或不讨论其感受,取而代之集中训练患儿的发音和言语技巧,尤对一些伴有语言和言语方面问题患儿有效。详细内容请见言语障碍治疗章节。

(三) 以学校为基础的个体化治疗

一个有效的个体化治疗项目需要父母、临床医师和老师的共同努力,治疗目的是降低焦虑,鼓励患儿互动和交流。具体方法:将班集体分成多个小群体,确定支持的同伴,在开始时要允许交替使用某些方法(卡片、手势)来表达一些基本需要,尽量保持简单,不管用何种方法都应该让患儿有动机去进行语言交流。

(四) 药物治疗

治疗恐怖症有效的一些药物对治疗选择性缄默症也有效。文献报道用氟西汀成功治疗选择性缄默症。对儿童而言,百忧解有很好耐受性,不良反应少,少数患儿可能会出现焦虑、失眠、消化道反应等不良反应。其他 SSRI 类药物,例如氟伏沙明、舍曲林、西酞普兰等对缓解选择性缄默症的焦虑、紧张、抑郁症状也有帮助。

(五) 预后

预后一般较好,大多在几个月内缓解。少数持续时间长,发展为慢性过程,可以持续到青少年。

第三节 口 吃

口吃(stuttering)是一种表现为言语节律异常的口语障碍。口吃的特征为频繁地重复或延长声音、音节或单词,或频繁出现踌躇或停顿以致破坏讲话的节律。临床表现为言语节律异常,包括发音、字、词的重复,声音的延长,发声音节之间异常停顿或完全阻滞。美国和欧洲的调查显示其患病率为1%左右,个体在一生中出现某种形式口吃的发生率为3%~4%。口吃以男性多见,男:女=3~4:1。国内李雪荣等(1990年)在湖南调查8644名4~16岁城乡儿童,发现患病率为0.89%,男(1.37%)高于女(0.35%),男女之比与国外报道相近。

一、病因和发病机制

造成口吃的病因非常复杂,至今未找到明确的病因,主要认为与以下因素有关。

1. 心理因素 有学者认为,口吃是一种获得性行为。经典的操作条件理论认为,部分病例在语言发展的早几年无口吃,后来模仿周围人的口吃而发病。精神因素对口吃的发生也有影响,部分儿童是在急性精神创伤或慢性迁延性精神创伤后出现口吃,他们将口吃看成是一种神经症的表现,口吃的出现可以减轻患者本身原已有的焦虑情绪。

2. 生物学因素 研究发现口吃与器质性因素有关。早在20世纪20年代,人们就发现左利手儿童口吃明显高于一般人群。进一步研究发现,儿童在左右手转换后不久即发生口吃,因而提出口吃是脑的不完全或非典型侧化所致。正常右利手的人,对言语刺激有右耳听觉优先的特点,而口吃患者这种右耳听觉优先不明显。口吃患者的辅助运动区位于左大脑半球,较为脆弱,易受外界神经活动干扰,右大脑半球的过度活动可干扰辅助运动区的正常活动,其信号不能适时到达双侧有关的发音的肌肉,而表现为口吃。运用单光子发射计算机断层扫描成像术(SPECT)和正电子发射断层扫描(PET)发现,口吃患儿的脑血流在口吃讲话时,右半球Broca区活动增强。李雪荣等研究发现,口吃患儿与产前、产时、产后的损害有关,且发育较正常儿童延迟,较多地合并注意缺陷多动障碍或功能性遗尿等发育性问题,推测可能存在神经损害的基础。在口吃患者家族中,口吃的发病率高于一般人群,单卵双生子同病率高于异卵双生子,认为与遗传因素有关。部分学者认为可能与发音器官异常有关,如呼吸、喉部器官的功能异常。

二、临床特征

常见于学龄前与学龄期儿童。

多在2~8岁发病,4岁左右是高峰期。表现在言语表达过程中不自主的中断,这种中断可能是有声或无声的,通常以字、词、音节的重复,发音的延长、阻滞或完全停止为主要临床特征。患儿通常在说出第一个字后即停顿,或重复第一个字,或拖长第一字的发音。发音困难主要是在发辅音时,且部分音容易出现发音困难,如发“b”、“d”、“g”比发“p”、“t”、“k”音更容易引起口吃,故患儿避免发这些字的音而选用其他的字来代替,因而在说这些难发的字前有停顿的现象。发声困难常伴有摇头、伸颈、双手握拳等继发性奋力动作,难发的字说出后即随之而全身放松。口吃时也可出现一些如眨眼、做鬼脸、口唇和舌震颤、头部痉挛、肢体的异常运动、呼吸不规则等伴随症状。口吃患者常常出现一些回避行为,如察觉到容易引起口吃的字词时,就用其他的字词来替代,或婉转地陈述,甚至停止讲话,回避一些容易产生口吃的场景,不愿意参加集体讨论,上课怕发言,怕被提问,不敢接听电话,害怕面对权威人士。另外在焦虑、紧张或面对突发事件时口吃加重,情绪放松时则减轻。在某些情况下,如缓慢阅读、唱歌、低语、独自讲话时,口吃可得到一定程度的缓解。

口吃患儿常伴有情绪和行为问题,学龄前和学龄期儿童经常产生社交和学校相关的焦虑,而青少年口吃者在正常的社会交往中变得退缩、被动。智力正常,语言功能正常,神经系

统检查无异常。

三、诊断和鉴别诊断

当患儿讲话时出现频繁的字、词音节的重复、停顿或阻滞,发音的延长明显影响到言语的流畅性,排除神经系统疾病及其他精神病性障碍,病程已达3个月即可诊断。

部分正常儿童在发育过程中会出现言语重复、拖音或停顿、犹豫不决的现象,尤见于学龄前儿童,需与口吃相鉴别。正常儿童的语言不流畅主要表现为词或短语的重复,在说话、发声和气流方面呈一种不间断的方式,更可能毫不费劲地说话。而口吃儿童更多表现为音节、字的重复,延长停顿,在讲话时伴随努力,如肌肉震颤、屏气、喘气、握拳、摇头等,常回避容易引起口吃的字词或说话场所。

CCMD-3关于口吃的诊断标准是:①经常反复出现语音、音节单词重复、延长,频繁出现停顿,使语言不流畅,但言语表达的内容无障碍。②症状至少已3个月。③不是由于神经系统疾病、抽动障碍和精神病性言语零乱所致。

四、治 疗

部分口吃患儿不经任何治疗数年后也可自愈。Jonhnsom报道42%的学龄期口吃儿童不经任何干预随年龄增长而自愈。约有80%以上的口吃儿童在青春期即恢复说话的流畅性。少数发展成为慢性口吃,持续到成年期,发展为终身。经过语言矫正绝大部分儿童均可以恢复正常。

一般来说,多数口吃儿童到青少年期或者青年期后口吃现象会自行消失,言语流畅性达到正常状态,研究者们将这种能够自行痊愈的口吃称为“良性口吃”,而把不能自愈者称为“慢性口吃”。

(一) 预防

(1) 避免正常儿童发育过程出现的语言不流畅发展为口吃。当幼儿说话不流畅时,不要指责他,不要过分给予关注,要让其放松,使之说话放慢速度。

(2) 要让儿童养成良好的说话习惯,吐词清楚,不要模仿口吃患者说话;另外避免在过分焦虑、着急的情况下说话,更不能去催促他说话。这样可以减少口吃的发生。

(二) 言语训练

言语训练是矫正口吃的重要方法。口吃患者长期形成了一种很坏的习惯,即讲话方式急、慢、猛、重。改变这种说话方式,可以部分缓解或暂时减少口吃现象。

1. 言语训练 ①放慢语速,让患儿养成一种习惯,无论是否口吃都应该让说话的节奏、速度放慢。在诊室里先指导患者以很慢的速度说话(约50音节/min),掌握好以上发音技术,循序渐进,最后过渡到接近正常的语速。对特别困难的患者,还可借助语音延迟反馈器帮助其达到极慢语速,从而能流畅地说话。语音延迟反馈器并非必须的仪器,它的作用仅限

于尽快帮助患者减慢语速。②诱导发音,由易到难,循序渐进,如做一些咬字、吐字、拼音及四声训练。③形成说话的节律和韵律,进行普通话训练。慢读由简单逐渐增加难度,注意语句的连贯性。④轻柔发音和运用气流技术。

2. 发音矫正法 该疗法是我国学者钱厚心创立的,经临床实践具有较好的疗效。具体治疗原则如下。

- (1) 平静:情绪稳定,肌肉松弛。
- (2) 慢一些:不要很快,要在自己能力范围之内。
- (3) 拖长些:第一音少许拖长些。
- (4) 独立:说完第一音,再发第二音。
- (5) 低和轻:第一音(子音)比第二音要低一些。

先放慢节律,延长声母发音时间,如“我—是—男—孩”,要说成“w-o s-h-i nan hai”。尤其是一句话开头第一个字的声母和韵母之间的间隔要延长,尽量减少重复。

3. 控制言语速度 早在20年以前,就有人主张在口吃患者耳内安装一个微型节拍器,借助于固定的节拍以养成言语节律。但更重要的是要放松自己,精神放松,有自然的讲话环境,全身肌肉也要放松。

(三) 心理治疗

1. 消除心理紧张 口吃患者存有对口吃的恐惧心理,表现为一些回避行为及焦虑、害羞等相关的情绪问题,严重时与外界隔绝。这种恐惧的心理使口吃症状进一步恶化,反过来加深心理障碍,这种恶性循环的结果使口吃变得根深蒂固。因此在治疗时指导父母及养育者减少造成或加重口吃的心理因素。治疗口吃的重点应放在消除患者的心理障碍,心理障碍消除后,因心理因素而导致的口吃现象会逐渐消失。Sheeban认为如果在治疗中片面追求减少口吃数量,而不注意消除口吃患者的恐惧心理和逃避行为,只会减少其痊愈的机会。

2. 支持性心理治疗 当孩子出现言语不流利或者轻度口吃时,不要对它过分关注,更不能指责和批评,不要给他(她)一种感觉“大家都在注意我的讲话”,以减轻他(她)的情绪反应。

养成良好的讲话习惯和讲话氛围,不模仿口吃者讲话,不催促儿童讲话,讲话气氛要平静、富有鼓励性。

让儿童在多讲话中树立信心,找到自信。口吃儿童虽然讲话不流利,但在唱歌、朗诵、读外语时言语节律正常,利用这一特点,让孩子多进行这方面的练习,既可以养成好的言语节律,又可以从中找到自信,促进成功。

加强支持性心理治疗,详细了解患儿生活经历及家庭环境问题,深入与患者及家长沟通,向其说明口吃的性质和特点,解除患儿及家长的心理负担及焦虑不安的情绪,帮助患儿改变态度,建立自信心,重建人际关系,减少回避行为及焦虑。

口吃患者经治疗获初步改善后,应将所学技巧转换到日常生活中,尤其要应用到易引起口吃的环境中,一般通过循序渐进的方式来实现转换。首先应告诉患儿对自己期望不要过高,以免引起心理紧张,不利于口吃的矫正。应循序渐进地练习,从自己熟悉的亲人,过渡到自己的朋友,再逐渐过渡到陌生人。练习时应解除心理负担,情绪紧张时也可进行自我松弛练习,要充满自信,相信自己一定能讲得更好。向患儿说明,只要持之以恒坚持训练,最终一定会取得较好的效果。

给口吃孩子以支持,目的是为了建立和增强自信心。需要重视的另一点是,同伴会因口吃而嘲笑患儿,它会在无形中打击患儿讲话的积极性。对患儿的理解、尊重是更大的支持。

3. 鼓励和支持 家长应善于观察和分析患儿的生活,找出患儿易出现口吃的情景,并尽量设法减少在不利情景中谈话的次数和内容,当患儿出现口吃时,不要过多的关注,而尽量缓和对话的情景,选择短句子缓慢与患儿交谈,以减轻其焦虑不安情绪。当患儿有微小的进步时,则及时给予鼓励和支持,使口吃的次数逐渐减少,最终消失。

4. 系统脱敏疗法 口吃患者多伴有紧张、焦虑、恐惧的情绪,一般来讲交往对象及谈话的情景不同,口吃的严重程度也不同,如有的患儿在家人面前不口吃,而到朋友面前就口吃;有的在朋友面前不口吃,而到陌生人面前就口吃;有的在小场合不口吃,而到大的社交场合就口吃。根据不同场合发生口吃的程度不同,建立引起口吃或焦虑的等级层次,然后按由低到高的层次进行语言训练,训练过程中如果出现紧张情绪可用渐进松弛法进行放松,以减轻焦虑和口吃的程度,最后达到在任何场合下都不引起焦虑和口吃的目的。

(四) 生物反馈治疗

使患者放松肌肉,减轻患儿的焦虑不安及烦躁情绪,可对患儿进行渐进性放松疗法,通过全身肌肉及生物指标的测定,达到全身放松逐渐消除紧张情绪的目的。通过生物反馈,可以加强语言训练的效果,可减少口吃。

实际上,要达到真正的放松并不像书上写的那样容易,可从放松技术进行,如带有指导语的磁带、讲故事等。在完全放松的情况下,找出自己的言语节律,既能正确表达出自己的意思,又不会出现明显的口吃现象。

(五) 药物治疗

对焦虑明显者,可服用一些安定等抗焦虑药物,帮助减少焦虑情绪、放松肌肉。

(罗学荣 杜亚松 钱 昀 周韦华)

参 考 文 献

1. 范肖冬,汪向东,于欣等译. ICD-10 精神与行为障碍分类. 北京:人民卫生出版社,1993,216~219
2. 李雪荣主编. 儿童精神医学. 长沙:湖南科技出版社,1994
3. 陶国泰主编. 儿童少年精神医学. 南京:江苏科学技术出版社,1999
4. 黄春香,李雪荣. 儿童依恋. 国外医学·精神病学分册,1997,24(1):6~10
5. 李雪荣等. 4~16岁儿童口吃流行病学调查. 健康心理学,1996,4:237~238
6. 黄海英等. 口吃的国内外治疗与研究回顾. 中国临床心理学杂志,1996,4:246~248
7. Klaus Minde. Assessment and treatment of attachment disorder. Current opinion in psychiatry,2003,16(4):377~381
8. Randolph L, Myeroff R. Does attachment therapy work? Result of two preliminary studies[online] 1998, www.instituteforattachment.org
9. Anna S, Alina D, Charles H et al. Attachment Disturbances in Young Children I: The Continuum of Caretaking Casualty. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002, 41(8):973~982
10. Casta D. Stuttering: An Update for Physicians. CMAJ 2000, 162(13):1849~1855
11. Nakao A. My Personal Experience with Speech Therapy for Stuttering at the Stuttering Center of Western Penn-

sylvania. Acta. Med. Okayama 2001 55(3) :193 ~ 195

12. Berger I. Selective Mutism :A Review of the Concept and Treatment. IMAJ. 2002 4 1 135 ~ 1 137
13. Staudart S. The Quiet Child : A literature Review of Selective Mutism. Child and Adolescent Mental Health. 2003 18(4) :154 ~ 160
14. Remschmidt H. A Follow-up Study of 56 Patients with Elective Mutism. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2001 251 284 ~ 296
15. Bergman RL. Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002 41 938 ~ 945

第十七章 受虐待儿童的治疗

儿童虐待(child abuse ,child maltreatment)这一术语的定义一直广有争议 ,究其原因 ,其一是在不同地域和不同文化背景下 ,人们的教育观不同 ,所引发的对待儿童的行为的理解也不同 ;其二是不同的领域对这一术语的理解也不一样 ,如司法系统上的定义往往强调所造成的后果 ,尤其是躯体上可见的伤残 ,而医学上的定义则强调虐待行为对儿童躯体的伤害、性的攻击和心理上的创伤。医学上一般指父母或其他监护人故意地并非偶然地或允许他人对未成年的儿童和青少年施以躯体、性和情感上的伤害 ,具体可分为躯体虐待(physical abuse)、性虐待(sexual abuse)、忽视(neglect)和情感虐待(emotional abuse)。

美国精神疾病诊断标准 DSM-IV 在“ 其他临床注意情况 ”中提出了儿童虐待这一诊断分类 ,列出了儿童躯体虐待、性虐待和忽视这 3 个概念 ,但未提出具体的诊断标准 ,而且有关情感虐待的诊断在 DSM-IV 中并没有列出。ICD-10 和我国的精神疾病诊断标准 CCMD-3 尚未提出儿童虐待这一诊断概念。

第一节 儿童躯体虐待的治疗

躯体虐待一般是指父母或监护人对 16 岁以下的儿童施以躯体暴力 ,造成他们躯体伤害和(或)情绪伤害 ,以致影响儿童的心身健康发展 ,甚至导致儿童死亡的现象。它可能单独发生 ,也可能与忽视、情感虐待或性虐待同时发生。多发生于家庭内 ,施虐者多为父母 ,也有部分发生于学校及各种儿童照顾机构 ,施虐者为教师或其他儿童照护工作人员。本节主要讨论发生于家庭内的虐待。

由于不同的文化不同的民族对养育孩子的方式和态度上的不同理解 ,一个民族认可的管教孩子的方式可能在另一个民族中被认为是虐待 ,所以不同的国家所报导的虐待的发生率也不一致 ,而且即使在同一个国家 ,由于定义的范围不一致 ,所报道的发生率也不一致 ,如 Gelles(1987 年)统计发现在美国如果所有的躯体惩罚都被视为躯体虐待 ,那么发生率将超过 60% ,但如果只将出现了严重的躯体损害的情况视为虐待 ,那么发生率在 1% 以下 ,如果将日常的较轻微的体罚不纳入躯体虐待 ,那么发生率大约是 10%。我国目前尚未见有关躯体虐待发生率的报道。

一、与躯体虐待发生有关的因素

虐待的发生与施虐者和受虐者双方的个人特征、家庭中的亲子关系及社会文化历史背

景等诸多因素相关,并且发生前往往往有诱发因素。

1. 社会文化历史背景因素 在不同地域和不同文化背景中,虐待儿童行为都曾作为一种固有的文化特征存在过。美国学者 Breiner(1990年)曾就儿童虐待问题撰写专著《对无辜者的屠杀》,从人类历史学的角度考察了古代五个文明大国埃及、希腊、罗马、以色列和中国,发现几乎每个国家从它的成立开始,虐待儿童行为就已经存在,如在某些民族杀死有缺陷的儿童曾被当作保持种族优良血统的手段。随着人类的进步,这种暴力的极端形式已逐渐灭迹,但是其他形式的虐待却一直存在着,而且并没有引起社会的足够重视。究其原因,一是受历史文化的影响,体罚仍在某些地区某些人群中被认为是一种教育孩子的方式,比如在我国,传统的观念认为“不打不成才”、“子不教,父之过”,体罚被看作是纠正孩子的错误行为引导正确行为方向的方式,所以因“望子成龙”心切而体罚子女过度而造成悲剧的现象屡见不鲜。在学校,教师体罚学生的事也是常有发生,第二个原因是受家庭隐私旁人不可介入的观念影响,旁人对发生于家庭内的暴力行为要么有意回避,要么认为司空见惯而熟视无睹,以致施虐者有恃无恐,或认为理所当然。另外,由于受传统性别歧视观念的影响,在一些国家,以及我国的某些较偏远的地区,虐待女童的现象也有存在。

2. 受虐儿童特征 被虐待儿童可发生于任何年龄,但以4岁以下为多见,男女儿童均可发生,无明显性别差别。一般认为早产、低体重出生儿、多病、躯体残疾、智力发育迟滞,以及对对抗和攻击性行为等行为问题的儿童为受虐的高危儿童。这些因素往往形成难抚养气质,给父母的照顾提出了更多的要求,容易形成负性亲子关系,导致受虐的发生。而易抚养气质、身体健康、对父母要求少、易于满足、性情开朗被认为是免受虐待的保护因素。

3. 施虐父母特征 女性虐待中施虐者多为父亲,躯体虐待中施虐者可为父亲或母亲,两者无明显差异,也可能父母双方。研究发现4岁以下的受虐儿童事件多为母亲施虐,而4岁以上则多为父亲施虐,这可能与孩子幼小时母亲更多地承担了照顾的角色有关。年轻的父母较年长的父母易于发生虐待。虐待存在着明显的代际相传性,有30%以上的在儿童期曾受虐过的父母出现虐待子女的行为,可能与他们缺乏适当的应激应付策略,在应付照顾儿童的应激事件时更倾向于采取攻击性行为的人格特征有关。精神障碍如抑郁症、边缘性人格障碍、酒精依赖和药物滥用也是施虐的危险因素,自我价值的降低、自我满足感低、不成熟的防御机制和应付策略、缺乏良好的情感调控能力以及缺乏同情心是这些障碍中促使发生虐待的危险因素。夫妻关系的不稳定,存在明显的婚姻冲突,离异,家庭社会经济状况低下,社会支持系统少也是发生虐待的家庭特征,这可能与家庭成员处于较高的应激状态有关。

4. 亲子关系 在躯体虐待发生的家庭中,亲子关系往往为一种负性的行为模式所引导。许多施虐父母对父母在家庭中所应扮演的角色缺乏正确的认识,没有意识到他们应该是儿童探索外界的一个安全的基地,并缺乏满足儿童各种需要的敏感性,所以往往没有建立一个稳定的模式来及时满足儿童的需要。他们常常在负性的认知模式的引导下认识理解儿童的行为,对儿童的行为总带有一种负性的偏见,或总是对儿童的行为有不切实际的高标准,所以在他们眼中,儿童的很多行为都是错误的,应该纠正的,而体罚则是他们认为控制儿童纠正错误的一种主要方式。在采取体罚的过程中,体罚又往往过于严重,超出了儿童将父母的这种行为理解转化为引导良好行为的规则的范围,所以可能表现明显的违拗和对抗,这让施虐父母更感到受挫。由于他们难以分析理解这种方式为什么无效,而且也难以掌握和运用其他的教育方式,所以在下一次惩罚时躯体暴力可能会更严重。

5. 诱发因素 大多数躯体虐待事件发生前有诱发事件,如婴儿长时间地难以安抚的啼哭、尿湿衣裤、拒绝进食,以及儿童的偷窃、撒谎、攻击等行为。这些事件引发了施虐父母的难以控制的愤怒,从而试图通过躯体惩罚来纠正儿童的这些诱发行为,然而,由于父母当时的愤怒水平很高而难以控制,体罚往往过于严重。在诱发事件后虐待发生与否与施虐者当时的唤醒水平和愤怒水平有关。如果施虐者当时处于与伴侣的婚姻冲突、工作压力大、与他人的人际冲突时,他们可能就将这种唤起的愤怒发泄到儿童身上。而一部分施虐父母可能在教养儿童的过程中与儿童长期处于冲突中,诱发事件作为一个扳机点引发了施虐行为。

二、临床表现

受虐儿童的临床表现与受虐的方式、受虐的频率和持续时间、何人为施虐者及是否伴有其他形式的虐待等因素有关,可分为躯体表现和心理表现两类。

躯体表现可为多部位皮肤的淤血、青紫、烧灼伤、头皮下血肿、内脏损伤、骨折,有些甚至出现肢体不可逆转的功能残疾、视觉或听力的损害、生长发育的停滞,亦有部分儿童甚至在暴力下死亡。

心理表现有立即出现的,也有虐待发生一段时间后出现的症状。大部分受虐儿童的症状会随着时间的推移和虐待的中止而减轻,但有部分受虐儿童的问题会持续影响终身。具体的临床表现包括自我评价的降低、对事件发生的自责自罪、抑郁、焦虑,甚至出现自伤自杀行为、冲动攻击行为、人际关系困难、认知和语言能力发育的推迟、学业成就差、同情心的缺乏等。

长期的影响是增加了受虐儿童在青少年和成人期出现过度外化和内化行为问题的危险性。外化行为问题包括青少年违法犯罪、攻击性行为、酒精依赖和药物滥用、组建家庭后出现家庭暴力和虐待子女等问题。内化行为问题包括抑郁焦虑、自伤、自杀、躯体化症状等。适应障碍和学业成就差也是受虐后的长期影响。

三、诊断

当有明确受虐史,躯体检查或特殊检查发现躯体有明显损伤时可直接作出诊断。但是由于施虐者往往没有认识到自己的行为是施虐行为,或者为了逃避外界的谴责而刻意隐瞒施虐史,所以凡因躯体损伤而就诊的儿童都要考虑到受虐的可能,要仔细了解受伤史,作全面的躯体检查和必要的特殊检查。

有下列病史者应高度怀疑受虐待的可能,反复受伤史,受伤后没有就医,病史前后矛盾,父母把受伤归咎为儿童本人或其他人,就诊时父母对儿童的伤情漠不关心,父母对儿童期望过高,父母本人在儿童期有受虐史,病史与检查结果不符等。

有下列特征的损伤时要高度警惕受虐的可能,如耳郭、腰部、会阴部、大腿内侧的青肿,皮肤抓痕,皮带抽打痕迹,新旧瘢痕同时存在,手足部位的烟蒂伤,以及头皮下血肿等。

四、治疗

儿童虐待的治疗应该是一个多方位的治疗,在治疗儿童的同时也应对发生虐待的家庭

进行干预。

（一）受虐儿童的治疗

治疗的第一个关键是要保证受虐儿童的安全,防止受到进一步的伤害。在考虑将儿童移至安全机构的同时,必须考虑到儿童离开熟悉的环境,到一个陌生的环境中时存在着适应的问题,容易受到伤害,而且在新的环境中,也容易受到歧视,所以治疗的第一步应是对儿童的受虐环境进行全面评估,如果在各级儿童保护机构的监督管理下,能保证受虐儿童在家庭中不会受到进一步的虐待,则应尽量让儿童继续在原来的家庭中生活,同时接受躯体治疗和心理治疗。如儿童在现在的家庭中很可能继续受到虐待,则应将儿童转移至安全照护机构或是儿童熟悉的健康的亲戚朋友家。当施虐父母的治疗干预结束,再次施虐的危险消除后,儿童应尽早返回家庭。

对受虐儿童的具体治疗包括了躯体治疗和心理治疗。

1. 躯体治疗 躯体治疗前应对儿童进行全面的体格检查及神经系统检查,还应包括放射线、超声波等特殊检查,要考虑到儿童可能是多部位多器官受伤,既往亦可能受到伤害,可能存在某些陈旧伤。浅表的擦伤、淤血,以及四肢的明显骨折可能很容易发现,从而得到很积极地处理,减少了遗留肢体功能残疾的发生。但要考虑到儿童可能是多部位多器官受伤,施虐者刻意的隐瞒施虐情况可能会让我们忽视某些肉眼难以观察到的损伤,如头部和内脏的受伤等,所以进行必要的特殊检查有助于及早发现和治疗受虐儿童的器官损伤。

2. 心理问题的治疗 治疗的第一个目的是改变受虐后出现的情绪和行为问题,第二是改善儿童本身所存在的诱发虐待发生的行为问题。

受虐儿童往往由于受虐对外界产生了一种不安全感,对所有接近他的人都明显的敌意和不信任,甚至出现违拗和攻击行为,所以建立良好的医患关系极为重要和关键。首先,应给予儿童心理支持,要对儿童表示理解和同情,要让儿童感觉到他是安全的、被保护和支持的,他可以做他自己愿意做的事。在诊室和治疗室尽量不要限制他的活动。在对受虐儿童进行全面的心理评估后,根据儿童的具体情况决定合适的治疗方案,包括个人治疗、集体治疗和药物治疗等。个人治疗又包括游戏治疗、认知治疗、行为治疗等。

（1）游戏治疗 游戏治疗对受虐儿童是一种很有效的治疗方法,尤其是适用于学龄前期儿童和学龄初期儿童。Piaget 认为游戏的经验在儿童认知发育中是极为重要的,是他们与外界交流的语言,在游戏中他们面对问题,并寻找解决方法,从而得以成长,为进入下一个发育阶段奠定基础。当这些经历没有发生时,儿童组合生活经历至成人期所用的能力受到了限制,就如他们被剥夺了营养食品,体格不能健康发育一样。而受虐待儿童正是失去了这种游戏的机会,因为他们的大多数时间和精力都转向了怎样从情感上和躯体上保护自己以及怎么去处理这种创伤。如果没有干预,他们的情感记忆就会停留在创伤发生的阶段,他们今后的发育就会围绕着他们所受的创伤,而不像其他同龄儿童那样在安全与舒适的基础上发育,从而使受虐儿童在今后每一个新的发育阶段都会遇到困难。而游戏治疗就是在给儿童提供安全舒适自由的基础上,给他们游戏的机会,运用玩具作为象征物来投射,重现他们的痛苦,表露宣泄压抑的情感,并在游戏中找到处理这一事件的方法,从而成长。

治疗分五个阶段 ①探索性阶段:儿童在这一阶段在探索自己与治疗者的关系。治疗者应表现所有的注意力都在儿童上,让儿童知道无论他说什么做什么,他都是被接受的。在具

体实施过程中,治疗者可经常通过关注的行为或语言对儿童表示“我相信你”、“我理解你”、“我接受你”、“我尊重你”、“我听你的”、“我知道你的体验”等。通过赞誉和接受,儿童的受挫感减轻,同时增加了希望。②安全检验阶段:在这一阶段,儿童需要确认赞誉仍然是可及时为社会所接受的行为吗?我和这个人在一起到底有多安全?”所以儿童可能出现一些过激的行为,如攻击破坏行为,治疗者应尽可能地不限限制儿童。一旦儿童检验了这种关系,认为他真的是安全的、被保护的,真正的治疗就开始了。③依赖阶段:通过第二阶段,儿童感觉他是足够安全的,他开始在游戏中的暴露他的痛苦、他的挣扎、他的恐惧。有时儿童可能会为自己失控的情绪而感到害怕,当这种情况发生时,儿童会再次估计治疗者所能给予他的安全的程度,这时治疗者可再次强调他是安全的、被保护的。一旦儿童再次感到安全,他会重新回到游戏中,面对他所承受过的痛苦。④治疗成长阶段:在安全的保障下,儿童开始在游戏中整合力量和自我价值,探索解决方式,而得以成长。⑤结束阶段。

(2) 认知治疗:认知治疗通过认知和行为技术,矫正儿童的那些被歪曲了的、消极的观念,从而使情绪和行为得到相应改变。它主要适用于学龄期以上儿童,指语言能力发育良好,能用语言表达自己的感受的儿童青少年。对于受虐儿童,关键要纠正他们的负性的自我评价、认知和行为问题,帮助儿童理解已发生的虐待原因并不在于他们,他们并不是无用的,他们对父母是能同时有愤怒和忠实的感受的,并帮助他们最后找到一个原谅父母的方式,同时也引导儿童认识他们引起父母施虐的诱发行为下的负性的认知,减少诱发行为。

(3) 集体治疗:集体治疗是以集体为对象,定期进行引导、启发和帮助的一种治疗方法,对受虐儿童是一种有效的方法。在治疗集体中受虐儿童从同伴中获得尊重和支持,改变负性认知,从而改善负性情绪,矫正不良行为。治疗师应组织有类似受虐经历,并且年龄相仿的儿童5~8人组成一个治疗小组,分阶段有计划地进行启发和辅导,鼓励儿童之间的交流和情感支持,让受虐儿童自由表达他们对施虐者和其他家庭成员的复杂的感觉,从同伴的经历中获得理解,宣泄抑郁情绪,并寻找解决方式,交流成功经验,从而消除负性的情绪和行为,建立正性的行为模式。

(4) 药物治疗:当单纯的心理治疗难以达到治疗目的时,应考虑合并应用药物进行治疗,如对于严重焦虑抑郁状态的受虐儿童应酌情给予抗抑郁药物,对于有注意缺陷多动障碍的受虐儿童亦应考虑给予哌甲酯等药物治疗。

(二) 亲子关系的治疗

治疗的目标是改变负性的亲子关系,建立正性的亲子关系模式。家庭治疗是有效改善亲子关系的一项重要治疗方案。

治疗的第一步应该是让所有家庭成员承认虐待的发生,对这一事件有合理的评价,希望采取具体的步骤防止虐待的再次发生。大部分施虐父母将他们对儿童的暴力行为解释为是对儿童不良行为的纠正,并没有意识到他们的行为是虐待行为,有部分施虐父母则采取否认的方式来回避内心道德的谴责和外界的谴责,所以首先应帮助父母认识他们的施虐行为,引导他们意识到体罚并不能达到教育的目的,并愿意采取具体措施来改变这种负性的行为模式。具体可以通过事件回顾、案例分析、倾听受虐儿童的心声等方法来进行。

治疗的第二步是打破负性的认知模式,建立正性的亲子行为模式。重建(reframe)是打

破负性的认知模式的重要技巧,是通过对儿童的一些模棱两可的行为给予正性的或同情的方式解释,而不是将之归之为儿童的负性的意图。如当一个妈妈去接电话时,婴儿开始啼哭,这个母亲可能将之解释为婴儿想阻止她与朋友的通话,但当这个母亲被要求在这种场景中重建时,她可能就会发现当电话响时,婴儿被电话的铃声吓住了,而且他对电话将母亲的注意力全部从他身上转移了感到失望而开始啼哭。一旦负性的认知被打破,正性的行为模式的建立也就成为可能。目标行为法是一种有效的方法。治疗师帮助施虐家庭在日常生活中建立具体的有针对性的正性行为目标,并将目标分为数个在各个阶段易于达到的小目标。目标行为的达成可以通过建立家庭成员的共同游戏时间来完成。具体方法为治疗师布置作业,家庭在每一天有一个固定的时间是所有成员共同游戏的时间,然后,治疗师在与家庭成员下一次会面的时候,帮助父母分析前一天游戏时间中的成功之处和失败的原因,引导父母及时发现儿童的各种需要,并选择合理的方式及时满足儿童的需要,将成功的经验应用到今后的游戏时间中,减少对儿童的吼叫和殴打等负性行为,逐步完成目标行为。对治疗中所形成的正性行为以及当每一个小目标达成时治疗者应给予鼓励和奖赏,通过正性强化来完成目标行为。

治疗师亦应帮助父母在儿童问题行为发生前识别,并指导怎么通过转移儿童的注意而阻止问题行为的发生,或当问题行为发生时采取忽视的态度。

(三) 施虐父母的干预

对父母的干预包括提高施虐父母照顾儿童的技能以及解决施虐父母伴有的其他心理问题,如冲动控制障碍、情感调控障碍以及药物的滥用等问题。

集体上课是给施虐父母提供有关儿童发育知识和提高照顾儿童的技能的一种有效方法。将有类似问题的父母组织起来进行上课,讲解儿童各生长发育阶段的特点,以及怎样及时发现儿童的各种物质和心理需要,并采取合理方式及时满足儿童的需要,同时组织并指导父母利用所学的知识照顾儿童。每一次课程都会分析前一次的实践结果,总结成功经验并应用到下一次实践中,同时鼓励父母之间的经验交流。这种计划—行动—回顾的方法能够有效地巩固所学到的照顾儿童的技能。

认知—行为治疗法是帮助施虐父母培养调控负性情绪的技能的有效方法,它通过改变产生负性情绪的认知而改善情绪状态,并改变负性的行为方式。首先通过回顾引导施虐父母识别哪些特殊的情景会引发他们的愤怒、伤心和焦虑等负性情绪,然后帮助他们认识到在这些特殊情景中,其实是他们的负性观念引发他们的负性情绪,从而发生了施虐行为。当改变了这种负性认知时,治疗师应帮助施虐父母建立正性的行为方式避免再次施虐,比如,对于带明显愤怒情绪的施虐父母指导他们识别诱发他们愤怒情绪的情景,然后训练他们在遇到这些情景时采取一些回避的策略,包括离开房间,从1数到10,或是做放松活动等,对有明显有焦虑情绪的施虐父母,如放松训练及系统脱敏能帮助父母控制他们的负性情绪状态。

对于婚姻关系不稳定,有明显夫妻冲突的家庭,施虐者可能将夫妻冲突所引起的愤怒转嫁到儿童身上而出现虐待行为,所以夫妻治疗亦是很有必要的。具体治疗重点应包括夫妻之间的交流技能训练、问题解决训练和行为交换训练等。

对于患有严重精神疾患的施虐父母,应考虑合并药物干预,如患有抑郁症的施虐父母应

合并应用抗抑郁制剂,对药物依赖和酒精依赖的父母应给予戒毒戒酒治疗。

第二节 性虐待的治疗

儿童性虐待是指利用 16 岁以下的儿童获得性的满足,造成儿童心理和生理创伤的现象。施虐方式主要包括性暴露、性抚弄和性交等。施虐者多为男性,而受虐者多为女性儿童。根据虐待发生环境分为家庭内性虐待和家庭外性虐待两种,发生于家庭内的性虐待的施虐者多为父亲、继父或兄长,而发生于家庭外的性虐待的施虐者多为教师或其他儿童照护机构的工作人员、邻居、朋友等。本节主要讨论发生于家庭内的父亲—女儿的乱伦。

由于性虐待的隐秘性以及定义范围的不一致,有关性虐待的发生率报道不尽一致,在美国男性儿童的发生率报道为 2% ~ 30%,女性儿童的发生率为 4% ~ 60%。我国长春等(1991 年)对北京市四所中学的学生作了回顾性的调查,发现遭受性侵犯(性虐待)的总发生率为 14%,其中男生为 2.4%,女生为 11.6%。

一、与性虐待发生有关的因素

性虐待的发生与施虐者和受虐者的个人特征以及家庭结构特征有关。

1. 施虐者特征 部分施虐者在儿童期曾有受虐的经历,心理发育不成熟,尤其是性心理发育出现偏差、有冲动控制障碍等,部分施虐者有酒精依赖和药物滥用史,亦有部分施虐者存在智力发育障碍。性虐待发生前往往有诱发因素,如施虐者的性要求被性伴侣拒绝、性冲动为受虐儿童唤起等。可能在饮酒或药物的使用下,道德的约束减小甚至消失,施虐者在武力威胁或物质引诱下进行了第一次施虐,为了逃避道德的谴责及事件公开所带来的舆论的谴责和刑事责任的追究,施虐者往往对受虐儿童进行威胁利诱,服从则有奖赏,而不服从则会受到惩罚,并将事件的发生解释为受虐儿童的过错,阻止儿童泄露。此后,可能在其他诱发事件后,施虐者克服内在的和外在的约束再次施虐,由此形成一个循环,虐待反复发生,以致施虐者可能将施虐理解成自然的。

2. 受虐儿童特征 部分受虐儿童存在肢体残疾、体力缺乏、智力残疾、对性知识的缺乏等。亦有部分受虐儿童认为应绝对地服从父母,所以在受虐时亦会出现服从。一旦性虐待发生,受虐者往往被施虐者威胁,而对自己的安全感到担心,同时也担心一旦事件被暴露家庭会破裂,其他人会瞧不起自己,而且会指责自己,尤其是当受虐者不能从非施虐的一方父母那儿得到保护和支持的时候,这种担心尤为明显。由于施虐者的错误观念的灌输,受虐儿童往往认为自己对虐待的发生是有责任的,而感到自责,从而配合施虐者隐瞒否认事件的发生。

3. 受虐儿童家庭特征 重组家庭、单亲家庭以及夫妻关系不和谐的家庭是性虐待发生的高危家庭。在受虐儿童的家庭中一个极为常见的特征是在受虐儿童和非施虐的一方父母之间缺乏支持和保护的关系。部分家庭中非施虐的一方父母存在躯体疾病或精神疾病而不能满足施虐者的性要求,或者是夫妻之间的性生活不和谐。

二、临床表现

由于施虐者的刻意隐瞒以及受虐者对事件暴露的担心和害怕,性虐待往往较躯体虐待更难发现,往往是出现了严重的后果如女性儿童的妊娠或严重的心理问题时才暴露。受虐表现亦分为躯体表现和心理表现两种。

躯体表现可有外阴的出血、撕裂、异物和反复感染,性病,甚至妊娠,在暴力性虐待的情况下,也可见躯体其他部位的损伤。

受虐后的心理表现有立时出现的症状,也有受虐后一段时间出现的症状。研究发现有2/3以上的受虐儿童会出现各种各样的心理症状,包括过度的内化或外化行为问题,学业成就问题,性行为紊乱等。在随访研究中,发现即使在受虐18个月后,仍有1/4的儿童有严重的情绪和行为问题,而且有1/5的受虐儿童的心理问题会持续影响到成人期。

常见的急性心理障碍有创伤后应激性障碍,表现为恐惧、焦虑、惊跳反应、创伤景象的重现和回忆、睡眠障碍、情绪抑郁愤怒,一般发生于强奸、暴力性虐待和受陌生人虐待后。

慢性心理表现包括由创伤性性行为、阴影、背叛、无力四个机制所引起的具体表现。

在创伤性性行为中,由于施虐者对受虐儿童灌输了有关性行为和性道德的错误观念,受虐儿童的不适于她的发育年龄的性行为得到了奖赏,从而对这部分受虐儿童而言,性唤起是与获得奖赏以及接受关爱和注意联系起来的,而对另一部分承受暴力性性虐待的儿童而言,性行为是与负性的情绪和记忆联系的。这些经历混淆了性和关爱照顾的关系,必然会影响性认同和性模式的发展,导致成人后的过度性行为、性冷淡、性唤起困难等性问题。

通过阴影机制,施虐者为了减轻道德的约束以及避免施虐事件的暴露,往往将施虐的罪责归于儿童,对受虐儿童解释他的施虐行为是对儿童的错误行为的惩罚,或者是儿童引诱了他。事件一旦暴露,家庭的其他成员可能亦谴责受虐儿童参与了虐待。在这种情况下,受虐儿童对自我产生负性的认知,从而引发自我破坏性行为,如人际关系的回避,药物的滥用,自伤自杀行为等。

由于施虐者背叛了受虐儿童对他的信任,而且儿童希望得到其他家庭成员的保护的期望也没有满足,这种信任和被保护的期望的动摇使受虐儿童认为周围人是不可信任的。这种信任感的缺乏可能引起一系列的人际关系问题、不良行为和强烈的悲伤和愤怒的感觉。

由于在受虐过程中受虐儿童被施虐者进行了武力和心理的威胁,使受虐儿童感觉到了自己的无力,这种感觉尤其在其他成员认为儿童应采取有力的措施防止施虐的发生时更为强烈。这种无力感引发抑郁、焦虑和一系列的躯体化问题。

三、诊断

有明确的受虐史时即可诊断性虐待,但是由于性虐待发生后施虐者和受虐者都倾向于刻意隐瞒否认事实,所以在出现以下情况时要高度怀疑性虐待发生的可能。

- (1) 有阴道出血、阴道炎、反复尿路感染、直肠炎、性病、直肠或阴道异物等。
- (2) 有强迫性手淫,过早性行为和卖淫行为。
- (3) 因应激反应而急诊的儿童。

必要时可采用一些心理投射测验,了解儿童对性行为的看法和性心理变化以协助诊断。

四、治 疗

与躯体虐待的治疗一样,性虐待治疗也是一个综合的治疗,包括了对儿童的治疗和家庭的治疗。但是,对于发生于家庭内的性虐待,治疗前应考虑的一个很重要的问题是:治疗是针对家庭的部分重合还是完全的重合。Bentovim(1988年)曾对120例受到家庭内性虐待的儿童进行了2~6年的追踪调查,发现只有14%的受虐儿童仍与双亲生活,而38%的儿童与非施虐的一方父母生活,28%的儿童在儿童照顾机构或亲戚家中生活,剩余的约20%的儿童则离家出走了,所以治疗前必须意识到家庭的完全重合治疗可能只适用于一部分儿童的家庭,从而在全面评估家庭的功能的情况下选择合适的治疗方案。

(一) 受虐儿童的治疗

与躯体虐待的受害儿童的处理一样,治疗的第一个关键是要保证受虐儿童的安全,防止受到进一步的伤害。对于强奸等暴力性事件,应首先考虑寻求法律上的保护。在各级机构监督下,对能避免进一步施虐的家庭,应尽量让儿童继续待在家庭中,或者选择让施虐者一方离开家庭,当受虐儿童与非施虐的一方父母建立了良好的支持和保护关系时,再允许施虐者回到家庭中。但如儿童继续留在家庭中会出现强烈的情绪反应,甚至出现冲动、自伤、自杀行为时,要考虑将儿童隔离于家庭,寄养于健康家庭或安置机构,当家庭的危险因素去除,受虐儿童能接受施虐者和非施虐的一方父母的道歉时,应尽早让儿童回到家庭中。对受到性虐待的儿童的治疗同样也包括了躯体治疗和心理治疗。

1. 躯体治疗 治疗前应对受虐儿童进行全面的体格检查以及必要的特殊检查,重点在生殖器官、消化器官(如直肠和肛门)和泌尿系统的检查,同时也必须考虑到在暴力性虐待时,可能合并其他的躯体损害。积极地治疗躯体情况,对怀孕的女性受害者,在征求本人及家长的意见和理解下,尽早终止妊娠。对撕裂的外阴及早修补,对反复的尿路感染、阴道炎及直肠炎,应积极地抗感染,对阴道及直肠异物等则应尽快争取外科治疗。还应积极地治疗其他因暴力性虐待引起的躯体情况,如因暴力所致的骨折等。

2. 心理问题的治疗 心理治疗的目的是让受虐儿童尽快从受虐的精神创伤中恢复过来,正确对待已发生的受虐现象,促进心理健康发展。具体目标包括建立肯定性的自我保护技能;与非施虐的一方父母建立支持和保护的关系;学会控制内化、外化及性行为问题;建立正性的自我评价信念;处理与施虐者之间的强烈情绪反应;与施虐者建立一个可协商的关系。治疗方法包括了游戏治疗、认知治疗等个人治疗、集体治疗以及药物治疗。

(1) 个人治疗 游戏治疗对受到性虐待的学龄前期和学龄初期的儿童是一种有效的治疗方法。在让儿童感受到她是安全的被保护的基础上,让儿童通过玩具进行角色游戏回到创伤情景,重现他们的痛苦,表露宣泄压抑的情感,发展自我肯定技能,从而在游戏中成长起来。

认知行为治疗引导受虐儿童改变他们的负性的认知,建立正性的自我评价,减少和消除内化和外化行为问题,接受正确的性知识,帮助建立与非施虐一方父母的支持和保护关系,防止虐待的再次发生。

在进行个人心理治疗时,治疗师必须注意的一个问题是受虐儿童可能将她与施虐者的关系投射到治疗师上。在这种情况下,受虐儿童会将她在受虐情景中出现的有关性、攻击和焦虑的情绪转移到治疗师上,从而对治疗师出现害怕、或攻击治疗师、或性诱惑治疗师,而且当治疗师不满足她的要求时,她可能控告治疗师强奸她,所以在进行个人治疗时,适当的治疗监督是有必要的。

(2) 集体治疗 集体治疗的优势在于回避了重复受虐史的隐私性,同时也提供了获得同伴的社会支持和行为回馈的机会,适用于学龄期儿童。在确定治疗小组时应注意小组成员的情况基本同源,年龄相仿,同是发生于家庭内部的性虐待,或同是发生于家庭外的性虐待,而且性别相同。理想的治疗小组应是同时由男性和女性治疗师组成的小组,能给儿童提供一种可替代的父母模式,即开放的、易于交流的、互相尊重的关系。

在集体治疗的初期,给予儿童一个回忆受虐事件的阶段,让他们自由表达自己的复杂的感觉,包括了对施虐者的愤怒、害怕,失去对施虐者的信任和尊重的伤心,对家庭可能由此而分开的担心,对非施虐的一方父母没有保护他们的失望和愤怒,以及有关性的感觉和性困惑,帮助他们分析事件的发生并不如施虐者所说的是他们自身的错,引导他们学会识别虐待可能发生的情景和怎样去控制它,改变负性的认知和负性的情绪。在治疗中期指导他们在家庭中建立正性的行为模式,包括与非施虐一方父母的支持和保护关系,并通过在小组成员中进行角色互换练习而强化所学到的技能,帮助他们树立自信。治疗的后期应重点让儿童掌握正确的性知识,需讲解有关性发育和性需求的正确满足方式,让儿童学会区分性的需要和对关爱的需求。

(3) 药物治疗 对于严重的焦虑抑郁状态,应酌情考虑苯二氮_卓类药物和 SSRI 类等抗抑郁制剂的使用。

(二) 对非施虐的一方的治疗

对于非施虐的一方父母,治疗的目标是:学会怎样给受虐儿童提供一个支持和保护性的关系;从对施虐者的复杂感觉中走出来。

在性虐待事件暴露后,非施虐的一方父母往往有着极其复杂的痛苦感觉,对施虐者的极度愤怒和失望,对受虐者的内疚和自责。集体治疗有助于帮助非施虐的一方父母从其他成员中获得支持,改善情绪,并获得解决问题的方式,采取有效的措施建立与受虐儿童的支持和保护的关系。对于非施虐的一方父母出现的严重的情绪反应,亦可酌情给予抗焦虑和抗抑郁药物。

(三) 施虐者的治疗

施虐者的治疗目标包括:放弃否认虐待的行为,并承认虐待的全部责任;建立一个不再牵涉性虐待的健康的生活方式。

在施虐过程中,否认是施虐者的主要防御机制,因为否认使施虐者感觉不到他对受虐儿童的伤害,让施虐者保持着自我感觉的良好,也免除了对被起诉被法律制裁的恐惧以及对家庭破裂的害怕,否认也使继续施虐成为可能。所以治疗的第一步关键在于让施虐者放弃否认,承认虐待的事实。在施虐者放弃否认后,行为治疗有助于帮助施虐者建立一个健康的生活方式,管理潜在的异常的性满足方式。

（四）受虐儿童的家庭治疗

家庭治疗的目的是帮助家庭成员给受虐儿童提供一个安全的生活环境,成员之间相互支持和保护,防止虐待的再发生。在治疗初期,施虐者离开家庭,直到家庭已经建立了保护性的模式再回到家庭是一种理想的治疗方式。

首先在受虐儿童和非施虐的一方父母之间建立一个支持和保护性的关系是阻止虐待再发生的一个关键。在这个阶段,鼓励受虐儿童对非施虐的一方父母表达对她没有保护她免受虐待的失望和愤怒,非施虐的一方父母也应表达她对没保护到受虐儿童的悔恨和自责。由于受虐儿童存在内化和外化行为问题,可能对非施虐的一方父母存在敌意、不信任、甚至会出现违拗和攻击行为,这时应帮助非施虐的一方父母全心的接受受虐儿童,让儿童感觉到她是安全的被接受的。

当受虐儿童和非施虐的一方父母建立了支持和保护的关系时,治疗就跨越了受虐儿童和非施虐的一方父母之间出现的鸿沟,这时施虐的一方父母(施虐者)就应加入治疗了。在感觉到非施虐的一方父母的保护和支持下,受虐儿童面对施虐者表达她的与受虐有关的愤怒和挫伤,要求施虐者承认施虐事实。这也是施虐者放弃否认的一个有效的办法。当施虐者不再否认,在全体家庭成员在场的情况下,直接用言语对受虐者表示对不起,并承诺不再侵犯受虐者时,治疗进入了一个转折点,这时应让受虐儿童在没有任何压力的情况下表示她接不接受施虐者的道歉,当受虐儿童表示在施虐者遵守诺言永远不再侵犯她时能原谅施虐者时,家庭的重合才成为可能。

第三节 忽视和情感虐待的治疗

忽视和情感虐待是儿童虐待中的两种特殊形式。忽视指被动地非有意地忽视儿童的各种需要,包括儿童对食物的需要、对避寒的需要、对安全的需要、情感上的安全性的需要、教育的需要等。情感虐待是指有意的通过羞辱、恐吓、拒绝、孤立来漠视儿童的情感需要。两者均多发生于家庭内,可与躯体虐待同时发生。

一、与忽视和情感虐待发生的因素

1. 施虐者特征 抑郁症、酒精依赖、药物滥用、精神发育迟滞以及儿童照顾技能的缺乏是发生忽视和情感虐待的高危因素。

儿童忽视的施虐者往往缺乏了解儿童各种需要的敏感性,也缺乏满足儿童各种需要的技能,缺乏有关儿童生长发育的认识,难以及时发现儿童的不成熟。

情感虐待的施虐者往往对儿童产生不切实际的期望,或是对儿童的行为总是予以负性的理解,认为批评和惩罚是纠正儿童错误行为的主要方式。

2. 受虐者特征 难抚养气质是儿童受到忽视和情感虐待的高危因素。另外,体弱多病、感觉、认知和言语发育延迟,有违拗和攻击行为也是受虐的危险因素。

3. 家庭亲子关系 在儿童忽视的家庭中,一个值得注意的问题是,不论是正性的交流还是负性的交流都明显减少。而在情感虐待的家庭中,占主导的交流方式是负性的交流。

二、临床表现和诊断

由于忽视和情感虐待不像躯体虐待和性虐待容易出现急性的躯体和心理表现,它们往往更为隐蔽,经常是持续了一段很长的时间后,对受虐儿童的生理和心理发育造成了巨大的影响才被发现。

受到忽视和情感虐待的儿童比较特征性的躯体表现为找不到原因的生长发育不良,即儿童的躯体发育较同龄儿童明显延迟,但无器质性原因。

心理表现中常见的有感觉发育、智力发育和言语能力发育的延迟,人际关系困难,依恋障碍,违拗攻击行为问题,及焦虑抑郁情绪等。

诊断有赖于抚养史的详细追问及躯体检查。

三、治 疗

与躯体虐待的治疗相同,治疗应是一个综合的治疗,在治疗儿童的同时应对施虐的家庭进行治疗。具体治疗方法包括了儿童和施虐者的个人治疗和集体治疗,施虐家庭的家庭治疗等。治疗的主要目标是给父母提供儿童生长发育的知识,教导父母去识别儿童的各种需要,并了解如何去满足他们的需要,鼓励正性的交流。

(禹顺英)

参 考 文 献

1. 陶国泰主编. 儿童少年精神医学. 南京:江苏科学技术出版社,1999
2. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology : a contextual approach. Rout ledge Press. 1999
3. Breiner SJ. Slaughter of the innocents : child abuse through the ages and today. Plenum Press. 1990
4. Goldstein SL. The sexual exploitation of children : a practical guide to assessment , investigation , and intervention. Elsevier Press. 1987

第十八章 儿童期精神病的治疗

第一节 儿童精神分裂症的治疗

精神分裂症是一组病因未明的精神疾病,常缓慢起病,具有思维、情感、行为等多方面的障碍,以精神活动和环境不协调为特征。通常意识清晰,智能尚好,部分患者可出现认知功能损害。自然病程迁延,多数呈复发、加重、慢性化和衰退的过程,部分保持痊愈或基本痊愈状态。

一、概 述

精神分裂症多数起病于青壮年,但在儿童和少年期发病者也不少。学术界将 18 岁以前发病的精神分裂症称为早发性精神分裂症(early-onset schizophrenia, EOS),其中发病年龄在 13 岁以前被称为早早发性精神分裂症(very early-onset schizophrenia, VEOS),已报道的精神分裂症最小发病年龄为 6 岁。本章讲述的内容指儿童和少年期患病的精神分裂症。

1993 年全国流行病学资料显示精神分裂症的终身患病率为 6.55%。在全部精神分裂症患者中 10 岁以前发病者占 0.1%~1%,15 岁以前发病者占 5%。儿童期发病者男性多于女性,随着发病年龄增长这种性别差异逐渐减少,直到成年期女性多于男性。

精神分裂症的确切病因未明,但已有的研究证明遗传因素、环境中的生物学和心理社会因素对发病有一定作用,部分患者还有脑结构异常。追溯儿童精神分裂症病前的发育情况,发现多数患者病前已有人格缺陷和发育异常,其中 12 岁以前发病者的这些异常的出现率最高,他们在病前即表现出孤僻、社会性退缩、怪异行为和其他行为障碍,也有感觉、认知、运动和社会功能等方面的发育迟缓。

二、临 床 表 现

(一) 临床症状

儿童精神分裂症的基本临床症状与成人相同,即表现为思维、情感、行为等多方面的障

碍,以精神活动与环境不协调为特征,若儿童的智力水平越高、发病年龄越晚,与成人患者的临床表现越相似。尽管如此,儿童精神分裂症也有其自身的特点:绝大多数患者出现幻觉,特别是听幻觉和视幻觉,多数表现有联想松弛、非逻辑性思维、现实检验能力缺乏,但妄想、思维贫乏、情感平淡、紧张症状较少见。儿童若表现有幻觉和妄想,其内容很简单,主要反应他们的日常活动和自己所关心的事情,如妖魔鬼怪、动物等。精神分裂症经典的一级症状,如评论性幻听、争论性幻听、思维化声、思维被广播、思维被夺走、思维被插入、被动躯体活动、被动情感、被动行为、被动冲动(意志),妄想知觉非常少见。部分患者可能有攻击性行为、怪异行为、怪异装扮、刻板动作或重复动作等症状。由于精神分裂症病理症状的影响,患者的社会功能、学习能力、自我照料能力各个方面都较病前已经获得的最高水平明显减退,或者不能达到相应年龄应该达到的水平。

(二) 临床亚型

精神分裂症有偏执型、青春型、紧张型、单纯型和未定型等5种亚型。偏执型以妄想为主要临床症状,常伴有幻觉,以听幻觉较多见。青春型(又称瓦解型)以思维、情感、行为障碍或紊乱为主。例如,明显的思维松弛、思维破裂、情感倒错、怪异行为,或愚蠢行为。紧张型主要表现为紧张综合征,特别是紧张性木僵较常见。单纯型的临床特点是思维贫乏、情感淡漠,或意志减退等阴性症状,而无明显的阳性症状,社会功能严重受损,趋向精神衰退,起病隐袭,缓慢发展,病程至少2年。未定型有明显阳性症状,但都不符合其他4种亚型的经典临床表现,有时未定型是偏执型、青春型,或紧张型的混合形式。儿童精神分裂症以偏执型、青春型和未定型为多,很少见单纯型和紧张型。

(三) 病程

一般来讲,精神分裂症的病程分为以下几个阶段。

1. 前驱期 指起病到出现明显的精神病性症状以前的阶段。急性起病者前驱期持续数天到数周,慢性起病者可持续数月至数年。多数患者表现为正常功能的减退,也可能表现为病前不良人格特征或行为的加重,如社会性退缩、思维怪异或偏执、学习能力减退、个人卫生或自我料理能力下降、情绪烦躁和行为怪异。部分患者有攻击性行为、物质滥用或其他行为问题。这些前驱症状使诊断的难度增加,特别是当起病非常缓慢时,或者年龄在13岁以下者,很难将病前的人格缺陷和认知等发育异常与疾病发生后的前驱症状做出截然划分。

2. 急性期 以阳性症状为主,伴有明显功能减退。在治疗过程中也可能阳性症状减轻,逐渐出现阴性症状。急性期多数持续1~6个月,少数达1年,持续时间与是否给予治疗有关。

3. 恢复期 患者继续保持明显的功能减退状态,以阴性症状为主,也可保留一些阳性症状,还可能发生精神分裂症后抑郁,恢复期持续数月。

4. 残留期 阳性症状完全消失,仅有阴性症状及阴性症状所致的某些功能缺陷,持续数月以上。

少数患儿尽管经过合理的治疗,但精神症状仍延续多年而不能缓解,一般都有严重的功能缺陷,需要更强有力的治疗。极少数患儿病程达10年之久,在此期间每发作1次,功能缺

陷的严重程度在上一次发作的基础上加重,发作间歇期病情时有波动,主要表现为阴性症状。临床上也发现极少数13岁以前发病的患儿,终身仅有1次发作。

(四) 预后

一般认为,儿童精神分裂症的预后基本上与成人相似,即预后不良。5年随访显示80%~90%有2次或2次以上发作,仅少数完全缓解。若疾病发作超过1次以上,约80%缓解不完全。近期预后与精神症状、患者对治疗药物的有效性、治疗资源的利用情况等有关。远期预后研究结果是:随访平均发病年龄14岁患者15年,40例中仅2例完全缓解,74%显示中度和重度的功能缺陷,随访发病年龄7~13岁患者16年,57例50%明显衰退,30%社会适应能力良好,20%完全缓解,其中11例10岁前发病者的预后均差,对这些患者42年后再次随访,结局基本相同。预后不良的因素有:14岁以下出现症状者、病前人格不健全或社会功能差、慢性起病、青春型。若发病年龄较晚、病前社会功能良好、智商高于平均水平、急性起病、症状明确、有情感性症状以及偏执型,则预后较良好。

三、诊 断

目前,国内外都没有制定专门用于儿童精神分裂症的诊断标准,所以诊断时参照使用成人精神分裂症的诊断标准。以下是CCMD-3诊断标准:

(一) 症状标准

至少有下列2项,并非继发于意识障碍、智能障碍、情感高涨或低落。

- (1) 反复出现的言语性幻听。
- (2) 明显的思维松弛、思维破裂、言语不连贯,或思维贫乏或思维内容贫乏。
- (3) 思想被插入、被撤走、被播散、思维中断,或强制性思维。
- (4) 被动、被控制,或被洞悉体验。
- (5) 原发性妄想(包括妄想知觉、妄想心境)或其他荒谬的妄想。
- (6) 思维逻辑倒错、病理性象征性思维,或语词新作。
- (7) 情感倒错,或明显的情感淡漠。
- (8) 紧张综合征、怪异行为,或愚蠢行为。
- (9) 明显的意志减退或缺乏。

(二) 严重标准

自知力障碍,并有社会功能严重受损或无法进行有效交谈。

(三) 病程标准

符合症状标准和严重标准至少已持续1个月。

(四) 排除标准

排除器质性精神障碍,及精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍。

由于儿童期心理发育尚处于未成熟阶段以及本身的心理特点,如语言表达能力较差,词汇量较少,注意力不集中,记忆尚未发育成熟,对医生违拗或过分顺从,害怕住院而不愿说出症状等,这些均造成诊断精神分裂症的困难。因此,医生要从父母、教师等多方面采集病史。精神检查时要使患者感到舒服自在,耐心与患者交谈,仔细观察他们的行为、情感反应以及日常活动,再掌握好诊断标准,才能做出比较可靠的诊断。

儿童精神分裂症需要与一些疾病鉴别。

1. 儿童孤独症 可以伴有一些精神病性症状,有时两者容易混淆。鉴别要点在于孤独症是从幼年期以前起病,部分从小发育便不正常,以语言、社会交往、智能等发面发育障碍为主要临床表现,药物治疗对这些症状效果不明显。精神分裂症幼年期发育正常,起病年龄多在童年期以后,主要以幻觉等感知障碍、思维破裂、词的杂拌及妄想等思维障碍为核心症状,而语言、智能发育正常,抗精神病药物可以明显改善其临床症状。若过去已经诊断孤独症或其他广泛性发育障碍,目前出现明显的幻觉、妄想等精神病性症状,持续1个月以上,应同时做出两种诊断。

2. 情感性精神障碍 常伴有联想松弛和幻觉等其他精神病性症状,特别是少年期发作的双相I型常表现一些分裂样症状,而精神分裂症患者又常出现情感异常症状。精神分裂症的病程持续,幻觉和妄想比较怪异,精神分裂症家族史等都是鉴别诊断的依据。此外,还需要排除神经系统疾病和其他躯体疾病、心理性反应等情况下出现的类似精神分裂症的临床表现。

四、治 疗

(一) 治疗原则

- (1) 根据每个患者及家庭的具体情况制定合适的治疗方案。
- (2) 治疗目的不仅要减轻或消除精神症状,而且还要促进心理发育。
- (3) 治疗参与者不仅是精神科医生,而且还需要护士、家长、教师、心理治疗师。
- (4) 治疗方法以药物治疗为主,同时调动其他医疗服务资源。
- (5) 治疗前要做好必要的准备,如治疗方法应获得患者和家长的同意,充分了解患者的生理和心理发育情况,与患者接触中使用的语言和术语都应适合患者的相应年龄,确认治疗方案未违背法律条款。

(二) 药物治疗

这是精神分裂症的最重要治疗方法,主要使用抗精神病药(antipsychotics)。虽然儿童患者使用的药物与成人精神分裂症一样,但研究发现儿童患者与成人患者的药动学,如神经递质-受体的敏感性不完全相同,因此在药物治疗的过程中要考虑到儿童的特点。

国内常用抗精神病药物的作用特点及儿童患者使用剂量范围见表18-1。

表 18-1 常用抗精神病药物的作用特点及儿童患者使用剂量范围

分 类	中文药名	英文药名	镇静 作用	体位性 低血压	抗胆碱 不良反应	锥体外 系反应	剂量范围 (mg/d)
吩噻嗪类							
二甲胺类	氯丙嗪	chlorpromazine	高	高	高	低	100 ~ 300
哌啶类	硫利达嗪	thioridazine	高	高	非常高	低	100 ~ 300
哌嗪类	奋乃静	perphenazine	低	低	低	中	2 ~ 24
	三氟拉嗪	trifluoperazine	低	低	低	高	10 ~ 20
	氟奋乃静	fluphenazine	低	低	低	高	1 ~ 10
丁酰苯类	氟哌啶醇	haloperidol	低	低	低	高	1 ~ 16(>12 岁) 0.5 ~ 8(<12 岁)
苯甲酰胺类	舒必利	sulpiride	低	低	低	低	25 ~ 500
二苯二氮䓬类	氯氮平	clozapine	高	非常高	高	非常低	25 ~ 600
	奥氮平	olanzapine	高	中	高	非常低	2.5 ~ 20
	喹硫平	quetiapine	高	高	中	非常低	25 ~ 500
苯丙异恶唑类	利培酮	risperidone	低	低	低	低	1 ~ 6

1. 药物分类 按照药物的药理作用一般分为经典和非经典抗精神病药物两类。

(1) 经典抗精神病药物 主要通过阻断多巴胺 D2 受体产生治疗的作用。其中低效价药物镇静作用强 , 抗胆碱能作用明显 , 对心血管和肝功能影响较大 , 锥体外系不良反应较小 , 治疗剂量比较大 , 以吩噻嗪类的氯丙嗪为代表药物。氯丙嗪使用历史久远 , 过去被视为抗精神病药的参照药 , 但因其效价低 , 且有多方面药理作用而容易出现不良反应 , 故临床使用逐渐减少。

高效价药物对受体有一定选择性作用 , 抗幻觉妄想作用突出 , 镇静作用很弱 , 心血管及肝脏毒性小 , 但锥体外系不良反应较大 , 以丁酰苯类的氟哌啶醇(Haloperidol)为代表药物。氟哌啶醇口服首次剂量 0.5mg , 每日 1 ~ 2 次 , 观察 3 ~ 7d 若不良反应不明显可增加剂量 , 在加量的过程中因根据治疗效果和不良反应调整剂量。常用剂量每日 1 ~ 10mg , 或每日 0.05 ~ 0.1mg/kg。氟哌啶醇的锥体外系不良反应和镇静作用较明显 , 因而常影响到治疗的依从性。但是仔细观察和处理不良反应 , 加上一些有关药物知识的心理教育有利于提高患者的依从性 , 可使治疗获得成功。

(2) 非经典抗精神病药物 : 最近 20 年出现的许多化学结构完全不同的药物的统称 , 通过平衡阻滞 5-羟色胺与多巴胺 D2 受体产生治疗作用 , 很少引起锥体外系不良反应。主要药物有舒必利(sulpiride)、氯氮平(clozapine)、奥氮平(olanzapine)、利培酮(risperidone)、奎硫平(quetiapine)等。这些药物不仅对精神分裂症阳性症状的疗效与氟哌啶醇相当 , 同时一些研究结果显示对于慢性精神分裂症的总体疗效、阴性症状的疗效都优于经典抗精神病药物 , 这类药物也适用于不能耐受经典抗精神病药物的不良反应或发生迟发性运动障碍的患者。但也有人认为目前还不能最后确定非经典药物对阴性症状的疗效究竟是改善了精神分裂症的核心性阴性症状 , 还是减少了与阴性症状相似的锥体外系不良反应而造成的疗效假象。

2. 非经典抗精神病药物在儿童患者中的使用 出于伦理学的考虑和患病率明显少于成人 , 有关儿童精神分裂症患者的药物治疗的研究非常少 , 且多数治疗研究都是开放性。目

前,国内还缺乏在 15 岁以下患者中使用非经典抗精神病药物的安全性的确切资料,仅有一些临床治疗研究的报道。国外有关研究相对较多,精神病学和儿童精神病学专著中推荐将非经典抗精神病药物作为儿童精神分裂症治疗的一线药物。尽管如此,临床医生在使用过程中一定要将药物的疗效和不良反应如实告诉家长,征得同意后小心使用。

(1) 利培酮:属于苯丙异恶唑类,该药对 5-HT₂ 受体具有较强拮抗作用,与多巴胺 D₂ 受体结合能力较弱,也可与组织胺 H₁ 及肾上腺素 α_1 、 α_2 受体结合。尽管发现利培酮也可产生锥体外系不良反应,但少于经典抗精神病药物。利培酮问世以后,国内外都逐渐报道了利培酮治疗儿童精神分裂症以及抽动障碍、孤独症的报道,发现疗效和安全性都较好。其中年龄最小的 2 例患者分别是 29 个月和 23 个月的男性孤独症患者。尽管如此,还需要在这一人群中做进一步的双盲对照研究。

利培酮在儿童少年患者中使用的初始剂量为每日 0.25 ~ 0.5mg,1 周后逐渐缓慢增加剂量,每周增加 0.25 ~ 1mg,一般有效剂量为每日 1 ~ 6mg,维持剂量为每日 0.5 ~ 3.0mg,研究报道的剂量范围为每日 0.5 ~ 10mg。

利培酮最常见的不良反应是镇静和体重增加,女性患者可能有停经的不良反应。少数出现心动过速、烦躁不安、发热等不良反应,心电图(EEG)异常率 28.0%。利培酮的锥体外系不良反应较少,但仍然可能出现运动迟缓、肌张力增高、震颤、流涎、静坐不能和急性肌张力障碍等锥体外系不良反应。个案报道的少见不良反应有心电图 Q-T 间期延长,停药以后消失,面部肌张力障碍,减量或停药以后消失。未发现肝功能、血液学和脑电图等方面的改变以及其他严重不良反应。

(2) 氯氮平:属噻吩苯二氮^{*}类,可与其他多种类型受体结合,如多巴胺系统 D₁、D₂、D₃ 和 D₄ 受体,其中与 D₄ 受体亲和性较高;与 5-羟色胺(5-HT)受体也有较高的亲和力,特别是 5-HT_{2A}、5-HT_{2C}、5-HT₆ 及 5-HT₇,此外还与肾上腺素 α_1 和 α_2 受体、组织胺 H₁ 和毒覃 M 型胆碱受体结合。氯氮平发挥治疗效果在于其不同神经递质受体间效应的平衡。氯氮平 also 具有很强的抗胆碱能作用,这与不会出现严重的锥体外系不良反应有关,长期使用也极少产生迟发性运动障碍,故可用于使用其他药物过程中出现迟发性运动障碍的患者。有报道氯氮平与氟哌啶醇合并使用治疗成人难治性精神分裂症患者。现已确定了氯氮平对儿童精神分裂症的治疗作用。

开始使用氯氮平时应小心谨慎,缓慢调节剂量。一般开始剂量为每日 12.5 ~ 25mg,3 ~ 4d 后若未出现严重副作用,可每 5 ~ 7d 增加剂量 25 ~ 50mg。有效剂量一般为每日 100 ~ 600mg,维持剂量为每日 50 ~ 300mg。多数患者在第 12 周症状有所改善,一项持续 75 周的研究发现若氯氮平有效,则在 18 周内 90% 患者显效。一旦症状开始改善,在以后的 6 ~ 18 个月里还会进一步好转(Conley,1998 年)。

氯氮平血浆浓度对判别少数的快代谢型者,即使用常规治疗剂量仅部分有效者有所帮助,有时可通过增加剂量使这类患者获得疗效。成人的有效剂量血浆浓度为 200 ~ 350mg/L,若低于此水平临床效果往往欠佳,高于此水平则不良反应增加。但是,目前还缺乏儿童患者有效剂量的血浆浓度数据,成人的血浆浓度仅作参考。

治疗早期出现的不良反应主要是体位性低血压和嗜睡,多数患者的这些不良反应会随时间而消退,但也有患者可能会因不能耐受这些不良反应而拒绝服用氯氮平。治疗开始后 18 周内,应每周检查血常规,监测是否发生粒细胞缺乏,一年以内每 2 周查 1 次,在维持治

疗期仅需要每个月查1次。其他不良反应有体重增加,唾液分泌增加,肌强直,心动过速以及剂量相关的抽搐,EEG异常出现率为47.1%。较少见的不良反应有急性胰腺炎和过敏性心肌炎。由于治疗早期不良反应比较明显,需要密切观察和调整药物剂量,所以最好住院治疗。

值得注意的是,氯氮平与其他药物合并使用可能会出现一些特殊的危险性。氯氮平合并其他抗精神病药物会增加粒细胞缺乏症的风险,因为大多数抗精神病药物都具有轻微的骨髓抑制作用。卡马西平本身可引起粒细胞缺乏,故不应和氯氮平合用。也曾有氯氮平合用苯二氮_类出现呼吸心跳骤停的报道。另外,氯氮平若与丙戊酸盐、氟西汀、帕罗西汀以及拉法唑酮等合用时,氯氮平的血浆浓度可升高,临床医生可利用这些相互作用,减少使用剂量,但同时也要避免药物过量。

(3) 奥氮平:与氯氮平同样属于噻吩苯二氮_类。奥氮平是多巴胺D₁、D₂、D₄和5-HT_{2a/2c}双重拮抗剂,对组织胺H₁受体、肾上腺素能及毒蕈样M型胆碱能受体有部分亲和性。Baldwin DS(1995年)首次使用奥氮平,证实具有良好的抗精神病作用。自1996年有文献报道了奥氮平与氟哌啶醇对成人精神病患者的双盲对照研究之后,陆续出现奥氮平治疗儿童青少年精神分裂症患者的报道。Kumra S(1998年)首先使用奥氮平治疗23例儿童精神分裂症,显示疗效好。这些患者最小年龄12岁,他们曾经使用过两种以上经典抗精神病药物治疗无效,或者不能耐受氯氮平的不良反应。Kumra S(2000年)又对8例难治性12岁前发病的精神分裂症患者做了8周的奥氮平开放性治疗,同时还对15例患者使用氯氮平开放性治疗6周,两组治疗前评定量表得分相同,都是曾经使用过两种以上不同类型的抗精神病药物无效的难治性精神分裂症患者,结果两组患者的阳性和阴性症状都得到改善。Sholevar等(2000年)使用奥氮平治疗的15例住院儿童精神分裂症患者中,最小年龄6岁。还有研究发现奥氮平对精神分裂症的紧张症状有效(Martenyi,2001年)。一般而言,过去没有使用过抗精神病药物者奥氮平疗效较好,而曾使用过其他抗精神病药物且疗效差者奥氮平的疗效也差,年龄越小,疗效越差。

奥氮平开始剂量为每日2.5mg,3~4d后可每5~7d增加剂量2.5mg,一般有效剂量为每日5~10mg,维持剂量为每日2.5~10mg,研究报道的剂量范围为每日2.5~20mg。

用药初期的不良反应是镇静,其他常见不良反应是体重增加、头昏、口干和便秘等抗胆碱能作用,以及短期的无症状性肝酶学指标的升高。有的女性患者使用其他抗精神病药物后出现月经紊乱和泌乳等高催乳素血症,换用奥氮平以后这些不良反应可消失。使用奥氮平时EEG异常率为38.5%,但有报道不会出现Q-T间期延长,因此不会导致致死性室性心律失常。该药较氯氮平致粒细胞缺乏的潜在可能性小,有个案报道了3例白细胞减少,但药物减量后白细胞恢复正常。其他不良反应的个案报道有1例16岁女性出现糖尿病酮症酸中毒,5例中发生2例静坐不能。

(4) 奎硫平:化学结构属于二苯三氮_类,对多巴胺D₂受体、5-HT₂受体等多种受体有亲和性,也可与组织胺H₁及肾上腺 α_1 、 α_2 受体结合,且对D₁受体有较弱的亲和力。可见,奎硫平与氯氮平有些相似,两者的区别在于奎硫平缺乏毒蕈碱样胆碱能受体亲和性。奎硫平与氯氮平及奥氮平相比,较少引起体重增加,较常见口干、嗜睡、心动过速等不良反应,但有文献报道治疗剂量不出现心电图异常(Centorrino F,2002年)。奎硫平与利培酮的差别在于奎硫平与D₂受体结合稍弱,而利培酮D₂受体亲和力强度与氟哌啶醇相仿,奎硫平不

会升高血清催乳素水平。

奎硫平于 1997 年开始在国外临床使用 ,已有文献报道了奎硫平在儿童和少年抽动症、孤独症、躁狂症以及精神分裂症患者的临床治疗以及药物动力学的研究 ,患者年龄最小 6 岁 ,最大使用剂量为每日 800mg ,对精神分裂症治疗结果提示奎硫平疗效和近期安全性好。国内刚开始临床使用 ,尚缺乏成熟的临床使用经验和研究报道。奎硫平的使用方法如同其他抗精神病药物 ,从小剂量开始 ,逐渐增加到治疗剂量。建议初始剂量 12.5 ~ 25mg ,每日 2 次 ,每周增加 25 ~ 100mg ,根据疗效和不良反应调整治疗剂量。国外精神病学及儿童精神病学专著推荐的儿童精神分裂症有效剂量为每日 25 ~ 500mg。

非经典抗精神病药物的一个共同特殊现象是使用过程中患者合并强迫症状者较多。一项研究显示在 200 例 15 ~ 19 岁精神分裂症患者中 ,合并强迫症状率分别是 :使用氯氮平的为 14.3% ,利培酮为 12.5% ,奥氮平为 5.9% ,经典抗精神病药物为 0。对这种现象有不同的解释 ,可能是非经典抗精神病药物使 5 - HT 增加所致强迫症状 ,或者强迫症状是精神分裂症的症状之一。

3. 药物的神经系统不良反应及处理 抗精神病药物具有多方面药理作用 ,所以不良反应也较多 ,其中神经系统不良反应的判断和处理特别重要。

(1) 锥体外系反应 :抗精神病药物最常见的神经系统不良反应 ,一般有 4 种表现。

1) 急性肌张力障碍(acute distonia) :出现的时间最早 ,表现为眼上翻、斜颈、颈后倾、面部怪相和扭曲、吐舌、张口困难、角弓反张和脊柱侧弯等。在未处理的情况下 ,急性肌张力障碍的自然过程一般持续数小时到数日 ,临床表现时重时轻 ,其间有缓解期。一旦出现急性肌张力障碍 ,患者的家长会非常紧张和害怕 ,常首先去急诊 ,非专科医生在不了解患者使用的抗精神病药物情况下易误诊为破伤风、癫痫、癔症等其他疾病(表 18 - 2)。

表 18 - 2 急性肌张力障碍的临床表现

发生部位	临 床 表 现
颈	后倾 ,前倾 ,侧倾 ,斜颈
舌	伸舌 ,卷舌 ,舌后缩
颌	不能闭口 ,一侧歪斜 ,牙关紧闭
眼外肌	上斜
躯干	侧凸 ,角弓反张
四肢	各种肌张力障碍姿势 :手臂过度旋前 ,手腕屈曲 ,掌指关节屈曲、过度伸展 ,下肢过度伸展 ,内收肌痉挛 ,足跖屈-内收 ,足背屈-外展

2) 帕金森综合征(parkinsonism) :有 3 类基本临床特点。第一是运动迟缓(也叫运动减少或运动不能) ,指丧失自主的运动。表现在肢体基本运动和联合运动减少、随意运动减慢及正常运动的连贯性中断。第二类表现是强直 ,指肌张力增高 ,以被动运动时最为明显 ,被称为“ 齿轮样 ”或“ 铅管样 ”的强直都同样常见。前者是肢体被动运动过程中出现短促、断续停顿的阻力 ,这可能是强直与震颤的结合所致 ;后者则是在被动运动过程中始终具有同样的阻力。第三类表现是震颤 ,即身体的一部分围绕关节周围作规则的不由自主运动 ,一般手臂平伸时手指最明显 ,又分为静止性震颤和运动性震颤两种。药源性帕金森综合征以运动性震颤常见 ,且出现较早 ,静止性震颤少见 ,且后期才出现。帕金森综合征通常在数日到数月内逐渐出现 ,90% 患者在前 10 周最明显 ,临床表现可

能波动不定 ,部分患者在数月后治疗方案稳定的情况下可自发缓解。按理 ,一旦停药 ,药源性帕金森综合征就可缓解 ,但临床实际情况并非一定如此 ,有些患者在停药后症状长期存在。

处理的最常用方法是加用抗胆碱能药物苯海索 ,但效果不一定十分满意 ,这时可换用非经典抗精神病药物。不应滥用抗胆碱能药物 ,例如在开始使用抗精神病药物的同时使用抗胆碱能药物 ,而应当发现帕金森综合征的特点很明显时才使用这类药物。使用时间 3 ~ 4 个月 ,然后逐渐停用 ,因为大多数的帕金森综合征不会复发。如有复发 ,可再使用抗胆碱能药物 3 个月 ,以后仍要考虑停用。

3) 静坐不能(akathisia) 80% ~ 90% 静坐不能在使用抗精神病药物的前 6 ~ 10 周比较明显 ,表现为无法控制的激越不安、不能静坐、反复走动或原地踏步。患者感到强烈的、不愉快的内在不安感 ,有一种欲运动的需要来缓解这种主观痛苦 ,但往往是徒劳的 (静坐不能的临床特点见以下内容)。临床上容易将静坐不能误诊为精神疾病的加剧而错误地增加抗精神病药剂量 ,从而使静坐不能症状进一步加重。诊断的另一困难在于与精神运动性激越的临床现象相似 ,而这两种情况的治疗方法却截然不同。加大抗精神病药剂量可加重静坐不能 ,却能使激越缓解 ;减少抗精神病药物剂量可缓解静坐不能 ,但不能缓解激越 ,因此减量抗精神病药物是一种鉴别方法。静坐不能对于患者是极端痛苦的事情 ,也是治疗依从性差的主要原因 ,还与暴力行为、自杀有关 ,因此医生必须认真对待和处理。

静坐不能的临床特点有 :①焦虑紧张的表情。②坐立不安 ,双手没处摆 ,反复起立 ,左右晃动 ,前后晃动 ,腿晃动 ,反复交叉腿。③难以静坐 ,在交谈中间经常站起。④难以静立 ,轮换蹬脚 ,反复踱步。

对静坐不能的治疗一般不能达到很满意的程度 ,因此减量是首选的方法。因为高效价抗精神病药物最容易发生静坐不能 ,所以也可换低效价或非经典抗精神病药物。苯二氮_䷀类的抗焦虑作用能够改善静坐不能的非特异症状 ,可使用地西泮每日 2.5 ~ 10mg ,或 β 受体阻滞剂普萘洛尔每日 5 ~ 10mg ,赛庚啶每日 2 ~ 4mg 缓解静坐不能。抗胆碱能药物对静坐不能的效果一般欠佳。

4) 迟发性运动障碍(tardive dyskinesia , TD) :多在持续用药几年以后出现 ,极少数用药仅几个月后发生 ,一般用药时间越长发生率越高。TD 的特征是不自主的、有节律的刻板式运动 ,其中舌或口唇周围的轻微震颤最早出现(表 18 - 3)。

表 18 - 3 迟发性运动障碍的临床表现

发生部位	临 床 表 现
舌	蠕动 ,扭曲(水平或垂直轴)扫过颊面部 ,不规则快速伸舌 ,伸舌成喇叭状
唇	皱唇 ,噘嘴 ,吹气 ,咂唇 ,两侧回缩
颌	张口 ,牙关紧闭 ,磨牙 ,前伸或侧伸
面部表情	面肌抽动 ,扮鬼脸 ,眼睑痉挛 ,不规则抬眉 ,蹙额
颈	前、后、侧倾 ,斜颈
躯干	单侧张力障碍 ,脊柱过伸(双侧张力障碍) ,中轴性运动
上肢	肩部运动 ,过度旋前 ,舞蹈样指腕运动
下肢	腿不规则运动 ,趾向外蠕动 ,踝旋转、内收或外展 ,跺脚

(续表)

发生部位		临 床 表 现	
口咽部	吞咽困难		
胸膈/肋间	不规则呼吸,咕隆声		

TD 的严重程度波动不定,在处于警觉和兴奋状态时表现很明显,有的患者只在此种状态下才出现,情绪稳定时则减轻,睡眠和镇静状态时消失,有时患者能够短时有意地克制,当注意力高度集中情况下可能完全消失。停用或减量使用抗精神病药时,TD 可能暂时加重 1 个月左右,而增加剂量则可暂时抑制其症状。对于 TD 的长期结局,过去的论点比较悲观,认为 TD 为进行性,预后不佳,但临床和随访发现有些患者的 TD 症状可以缓解,多数患者的 TD 症状稳定几年以后会达到一个平台期,病情不再发展。

目前尚无治疗 TD 的有效药物,所以预防 TD 的发生最为重要,即使用最低有效剂量的抗精神病药物、锥体外系不良反应少的药物。若服长效制剂者出现 TD 的征象时应立即换成更容易调整剂量的口服药物。临床研究发现氯氮平不会导致 TD,所以对已经发生 TD,且又需要较强的抗精神病药物治疗时可换用氯氮平。此外,也可试用苯二氮_䓬类、丙戊酸盐、维生素 E、去甲肾上腺素能拮抗剂(如可乐定)等药物缓解 TD 症状。抗胆碱能药物会使 TD 加重,应避免使用。

(2) 恶性综合征(neuroleptic malignant syndrome, NMS):是一种少见的、严重副作用。临床表现是意识障碍、肌肉强直、高热和自主神经功能紊乱。实验室检查可能发现粒细胞增高,肌磷酸激酶(CPK)升高。一般在药物加量过快、剂量过大、气候炎热及脱水、进食少及营养不良或合并躯体疾病等情况下容易发生。处理方法是立即停用抗精神病药物,并采用对症和支持性治疗,也可使用肌肉松弛剂硝苯呋海因或促进中枢多巴胺功能的溴隐亭治疗。

(3) 药物过量(overdose):儿童多是意外情况下过量服用,但少年患者常是因为企图自杀而过量服用抗精神病药物。临床表现为意识障碍或激越,癫痫_{发作},脑电图显示大量慢波,严重低血压,心律失常,低体温,由于过量药物本身的抗胆碱能作用,锥体外系不良反应可能不明显,但有时仍可见肌张力障碍,具有抗胆碱能作用的药物会进一步加重症状,最好避免使用。

一经发现患者药物过量,立即采用药物过量的常规处理方法进行治疗。首先排除体内药物,可采用洗胃和大量输液的方式。抗精神病药物具有抗胆碱能作用,这使药物在胃内滞留的时间较正常情况下更长,所以过量服药数小时后仍然应当洗胃。多数抗精神病药物的蛋白结合率较高,采用血液透析方法排除体内药物的作用不大,但少数药物仍然可采用血液透析方式。其次,使用对症和支持治疗,包括维持正常体温,使用抗癫痫_{药物}控制癫痫_{发作}。因为抗精神病药物同时阻断 α 和 β 肾上腺素能受体导致低血压,所以必须使用仅作用于 α 受体的升压药如阿拉明和去甲肾上腺素等升压,而禁用同时阻断 α 和 β 肾上腺素能受体的药物肾上腺素。因为抗精神病药物一般都具有抗胆碱作用,故拟胆碱能药物毒扁豆碱对于减轻临床中毒症状有一定效果。

4. 药物治疗计划 用药之前首先应当做血常规、肝脏和肾脏功能、血电解质、心电图和脑电图等检查。其次还需要全面的神经系统检查,评估患者是否已经有神经系统疾病,特别

是运动障碍。其目的是掌握患者的基本情况,便于在药物治疗的过程中随时鉴别和判断患者所表现神经系统症状和体征是药物所产生的不良反应,特别是迟发性运动障碍或恶性综合征,还是治疗前已有的神经系统疾病。

在精神分裂症的治疗过程中随时都存在依从性问题。家长和患者的治疗依从性差有许多原因,包括否认自己有病、对医疗干预的厌恶或只是由于疏忽等,但最多见的还是由于不能或不愿忍受不良反应。多数情况下依从性差被看作是家长和患者的问题,但事实上医生对此具有相当大的影响。若医生能够了解患者不愿意接受治疗的原因,解释用药的理由,给药方案尽可能简单,随时观察和处理药物不良反应,会使家长和患者信任医生所推荐的药物,愿意经常与医生一起讨论药物的疗效及其不良反应,依从性也会很好。

(1) 急性期治疗 急性期以多变而丰富鲜明的精神症状为特点,伴有不同程度的非特异症状和行为异常,治疗目的是减轻或基本控制症状,常需要4~6周。

虽然各种抗精神病药物有一定的相应靶症状,但目前还没用研究来证实某种药物的总体疗效明显优于另一种药物,所以选择药物除了考虑到患者的精神症状以外,主要根据是患者对药物不良反应的耐受性、躯体情况、过去用药史和家族成员的用药史。以往的常规方法是首选经典药物,无效情况下再换用非经典药物。但最近几年很多人认为可将非经典药作为首次发作精神分裂症的首选药物或“一线”药物,而经典抗精神病药作为次选药物,或在过去已确定药物对患者有效的情况下使用。

用药剂量应个体化,如果从未使用过抗精神病药物,开始剂量宜低,若以前有过治疗史,应参考过去的用药情况。因为抗精神病效果往往需要用药后2~3周才出现,用药早期增加剂量快速只会是欲速则不达,反而容易产生患者难以耐受的药物不良反应。最好每周加量1次,最多1周加量2次,每次不要超过增量前药物剂量的50%。一般的常用治疗剂量相当于氯丙嗪0.5~9.0mg/kg,或氟哌啶醇每日2~10mg。不提倡大剂量用药,因为研究已经证实,大剂量不比常规剂量效果好,药物不良反应却会明显增加。抗精神病药物一般需要使用4~6周才能基本控制精神症状,因此医生应当向患者及其亲属提供这些信息,特别是在药物治疗的早期,以鼓励患者服从治疗。

用药初期一般都会出现一些副作用,这时要耐心倾听患者和家长的诉述,更重要的是告诉他们经过一定时间以后不良反应可缓解。但如果出现急性肌张力障碍、体位性低血压及过敏反应等则必须紧急处理。若出现急性肌张力障碍,最好将药物剂量减小,或换用非经典抗精神病药,对儿童患者尽量少用或不使用抗胆碱能药或 β 受体阻断剂。

在急性期有时需要住院治疗,其优点在于患者可以全方位接受医疗服务,尽快控制症状。儿童精神分裂症住院治疗指征有:①对他人构成危险。②明显情感改变,如多疑、愤怒、敌意等。③存在伤害患者本人或他人的命令性幻听。④严重抑郁、绝望、自杀观念。⑤明显的行为紊乱。⑥对治疗的依从性不好。⑦诊断有疑问,需要临床密切观察和评估。⑧选择最佳药物或换用药物。⑨伴有躯体疾病。

(2) 巩固治疗 这一阶段的目标是巩固治疗效果,使治疗措施更合理化、个体化,并且要从长远着想,为长期药物治疗奠定基础,同时还要开始积极的康复措施,使患者尽快重返家庭和学校。若能掌握好治疗剂量,在数周至数月内症状还会继续好转。巩固治疗一般需要6~12个月。

巩固治疗效果是首要目标。在没有明显药物副作用的情况下,这一阶段的初期应维持

急性期的药物剂量,才能巩固治疗效果。但是,医生常迫于家长和患者的要求,在病情初见改善后即予减量,这样容易致使症状加重或复现。

病情巩固4~8周后,治疗方案可稍作修改以便患者能更好地配合治疗。具体方法是尽可能单一用药,特别是对于在控制急性症状时采用了合并用药者,将药物调整到能充分维持疗效,同时没有或最小药物不良反应的剂量。这时,尤其要当心复发。临床经验表明急性期后的复发较原来的发作更难治疗,往往需要更大剂量、持续更长时间才能再控制症状。因此,减量是否过多?是否有复发?医生对此特别需要掌握分寸,做出判断。对大部分患者药物减量25%~30%后症状不会复发,且可能进一步好转。更改剂量的频率不要过快,最好1~2周调整剂量1次。判断复发的最早、最敏感的指标往往不是精神病性症状,而是一些非特异性症状的再现,如焦虑、激越、易怒、睡眠问题等。如果出现这些症状,应将药物恢复到减量以前的剂量,维持1~2个月以后,再做进一步调整。如果在急性期使用较大剂量的经典抗精神病药物,这一阶段减少剂量后不良反应仍然比较严重者,可以换用药物不良反应较小的非经典抗精神病药物来长期维持治疗,提供长期使用的依从性,防止产生迟发性运动障碍。

(3) 维持治疗:这一阶段的目标是保持患者良好的治疗效果和社会功能,一般需要12~24个月,或者更长时间。

维持期治疗与前一阶段的巩固治疗的着重点是不相同的。巩固治疗的重点是让学生坚持服用剂量尽可能大的药物,以巩固治疗效果,而维持期则是期望药物剂量尽可能小却能保持患者的最佳状态。医生要避免不必要地使用较高维持剂量而产生神经系统的长期不良反应。许多患者在维持期可能大幅度减量,但须是渐进达致。如果不减量,医生就无从得知最小需要量。维持治疗后期,医生、患者及家长都会考虑停药的问题。

首次发病患者是否停药?约25%患者一开始疗效就不好,因此不可能停药;另有25%患者不会复发或数年后才会复发,未复发期间一直保持良好状态,对这些患者在充分的维持治疗以后,停药随访不失为一种合理的选择;其余50%患者是复发与缓解不停地交替的病程,若不继续维持治疗多数会在停药12个月内复发,因此需要长期维持治疗。对于后两种情况的首次发作者,判断他们属于哪一种却有一定困难,医生只能综合患者的临床资料做出初步意见。

对于以往曾有过发作的患者常常需要长期维持治疗,但难以确定维持治疗的时间究竟需要多长,其中多数患者将终身服药。有很少部分患者,每次复发时程度很轻,或发作间歇期较长且缓解完全。对他们而言,在病情完全缓解后可以停药,当精神症状出现时才开始用药。另外,精神分裂症每次发作的形式一般与第一次发作相同,如果家长对患者的发作形式熟悉的话,能够在前驱症状出现时立即开始药物治疗,往往可以成功地遏制疾病的进一步发作,对这些患者偶尔可以考虑在发作间歇期停药。

不管患者是哪一种情况,医生都应将精神分裂症的预后、维持治疗的利弊等知识告诉家长,与他们一起共同商量,共同作出是否停药的决定。

5. 抗精神病药物与其他药物间的相互作用 抗精神病药与其他许多药物之间具有相互作用。由于患者往往需要服用抗精神病药多年,在此期间内患者不可避免会发生一些疾病或使用一些其他药物。因此,了解某些重要的药物之间的相互作用具有重要的临床意义(表18-4)。

表 18-4 抗精神病药与其他药物之间的相互作用

药物名称	与抗精神病药的相互作用效应
乙醇(酒精)	增强中枢神经系统的抑制作用
镇静催眠药	增强中枢神经系统的抑制作用
麻醉药物	增强中枢神经系统的抑制作用
三环类抗抑郁药物	提高三环类药物的血浆浓度
SSRIs *	提高抗精神病药物的血浆浓度,增加不良反应
MAOIS **	增加低血压效应
锂盐	与氟哌啶醇合用有神经毒性,锂盐中毒
苯妥英钠	有个体差异,可能降低苯妥英钠血浆浓度
卡马西平	降低抗精神病药血浆浓度
皮质激素	提高抗精神病药物的生物利用度
拟交感胺类药	抑制 α 肾上腺素能介导的升压效应

* SSRIs 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 ;* * MAOIS :单胺氧化酶抑制剂

（三）非药物治疗

1. 支持性心理治疗 针对患者的支持性心理治疗主要解决患者因精神症状、学业问题、人际关系问题引起的抑郁和焦虑情绪。针对家长的支持性治疗主要解决家长面对一系列心理应激所产生的抑郁和焦虑情绪。这些心理应激有患者的病态表现对患者自身、家长、邻居和同伴造成的伤害和不良影响,让患者服从就诊和治疗等安排,处理药物的不良反应,疾病的不良预后,患者学业和前途的担忧、经济困难等问题。医生帮助患者和家长分析问题和现状,给予鼓励和指导,帮助他们建立正确的应付方式,达到尽量消除他们的焦虑和抑郁情绪,有利于患者康复的目的。

2. 行为治疗 可使用操作性条件反射技术,用以减少精神病性行为,或鼓励社会可接受的行为。例如,在病房可使用“代币制”的方法来修正患者的攻击行为、退缩行为等,用奖励的方法鼓励患者与他人友好交往的行为、自己料理日常生活的行为等。

3. 功能和社会技巧训练 慢性精神分裂症患者常常缺少人际交往的技巧及日常生活的技巧。技巧训练通常是以小组训练形式,采用模仿、预演、实践、反馈及社会强化等方法,让患者掌握这些正常的功能和技巧,防止他们社会功能的衰退。

4. 心理教育性干预 主要针对家长,也可用于患者。目的是通过给家长向患者提供精神病学,特别是精神分裂症方面的基本知识和指导,提高家长和患者对治疗的依从性,使患者尽快康复,预防疾病复发。具体内容包括讲解疾病的原因、疾病的表现、药物治疗效果和不良反应的观察,长期治疗和定期随访的必要性、对患者服药和行为的监护、复发时早期征象的识别、紧急情况的处理方法、正常生活和学习的恢复、升学和就业等方面的指导等。

（四）难治性精神分裂症及其治疗

难治性精神分裂症指经过足够药物剂量、足够疗程和不同种类的抗精神病药物治疗,仍存在丰富的阳性症状、明显的阴性症状和认知功能障碍。临床研究发现精神分裂症患者中约 30% 对抗精神病药物的效果不好,约 8% 完全无效,对有些患者更换各种抗精神病药,或

将药物加至危险剂量都毫无作用。但是,Barnes等(1996年)总结了一组对抗精神病药(包括氯氮平)无效的患者,发现有以下几种情况:①临床表现具有情感性精神病的特征,可能患有双相情感障碍。②治疗依从性差。③治疗时间不够充分,如停药太快。④未达到患者所需要的治疗剂量。⑤不合并物质滥用。因此,若发现患者的治疗效果不好,在断定为难治性精神分裂症之前,应当首先分析是否存在这几种情况,并做相应处理。例如,对具有情感性精神病的特征者可合并使用锂盐、抗抑郁药治疗;对剂量不足者可增加剂量,若有条件可通过监测药物血浆浓度来指导剂量的调整。

如何治疗难治性精神分裂症?早在1988年Kane等就使用氯氮平对成人难治性精神分裂症做了治疗性研究,为这类患者提供了新的希望。他的研究发现难治性精神分裂症患者使用氯氮平组30%有效,而氯丙嗪组仅4%有效,随后的一些研究证实了同样的结果。因此,对难治性精神分裂症可考虑使用氯氮平。在仍然无效的患者中,部分患者仅仅是因为不能耐受氯氮平的不良反应,对这些患者不一定放弃氯氮平,若能尽力解决氯氮平的不良反应也可达到治疗效果。同时,也可使用其他非经典药物,如奥氮平或利培酮治疗难治性精神分裂症,15岁以上患者还可考虑使用电惊厥治疗。

(五) 精神分裂症患者的抑郁症状及其治疗

临床和研究均发现多数患者在疾病的某个时期会出现明显的抑郁症状,由于这些患者存在自杀的潜在危险,其中约10%患者最后自杀成功,因此对精神分裂症的抑郁症状进行治疗非常重要。精神分裂症患者的抑郁症状有以下几种情况:精神分裂症本身的症状之一;药源性抑郁,即与抗精神病药的使用有关;精神分裂症后抑郁;儿童患者的抑郁症状还与患病以后所面临的一系列应激问题关系密切。儿童精神分裂症患者在急性期不得不离开学校,离开同伴,到陌生的医院看医生,甚至住院,接受各种检查,服药,忍受药物的不良反应等,这些不仅与他们过去的环境完全不同,而且他们自己难以预计和掌握将要面临的新问题、将会发生的新事件。在疾病的缓解期,患者又要面对学业问题,若回到原来的班上学习有困难,若留级或转学则又要重新建立师生关系、同伴关系、适应新环境等,这些对他们都是很强的心理应激源,往往容易造成患者的抑郁和焦虑情绪。

处理方法是首先分析抑郁症状属于上述哪一种情况,然后采取相应的治疗方法。在通过积极调整环境、支持性心理治疗等非药物治疗以后,可使用三环类抗抑郁剂或其他新型抗抑郁剂治疗。值得注意的是,有研究发现三环类抗抑郁剂可能恶化精神分裂症阳性症状,尤其在疾病活跃期。不过,急性期过后巩固期和维持期一般不会出现这种情况。另外,某些SSRIs(如氟西汀和帕罗西汀)本身可能会引起静坐不能,因此在使用时应密切观察。若患者处于分裂情感阶段,出现抑郁症状时可使用锂盐治疗,一般3~4周就会显效,如果无效则在8周后停用锂盐。

五、随访、复发处理和早期干预

随访过程除了观察疗效以外,监测药物不良反应是主要的随访内容。抗精神病药是一类药理作用广泛,特别是对中枢神经系统作用较强的药物,而且基本上都需要长期服药。在药物治疗过程中可能出现全身各个系统的不良反应,甚至严重的神经系统不良反应,所以必

须长期监测药物的不良反应。有资料表明精神科医生日常工作的相当一部分精力是用于处理与药物有关的问题。监测药物不良反应的具体内容包括,仔细观察和记录患者所表现的运动障碍,对于使用氯氮平、氯丙嗪等药物的患者应每周检查血象,防止粒细胞减少,警惕恶性综合征;定期(至少1年1次,最好每6个月1次)全面评估患者的心理发育和躯体发育情况、精神症状、躯体症状和体征。此外,通过随访还能了解患者最佳疗效时的功能状况,为评估患者在复发时的严重程度提供基线参考。在维持治疗结束以后,停药期间也应当要求患者接受随访,因为停药以后12~18个月是观察是否复发的关键阶段。因此,不应将停药作为结束随访和治疗的标志。

若发现患者的病情复发,可按照以下步骤处理:首先要考虑到患者是否按照要求服药,即依从性如何。若依从性不好,则重新开始过去的药物治疗方案;若依从性好,且过去对药物的耐受性和效果都好,则可适当增加药物剂量;如果增加药物剂量且持续足够时间后效果仍然差,则应当考虑换用其他药物。

总之,经研究提示,很多患者在起病后相当长的时间才被识别和诊断,若能在疾病早期鉴别可能发展为精神分裂症,早期便做出诊断,采用相应的干预措施,可能防止疾病进一步发展。但要做到这一点目前还相当困难,因为在疾病的未发展的很早期阶段,没有很好的指标来准确预测患者是否会发展为精神分裂症。

第二节 儿童心境障碍的治疗

心境障碍又称情感性精神障碍,是以明显而持久的心境高涨或低落为主的一组精神障碍,并有相应的思维和行为改变。可有精神病性症状,如幻觉、妄想。大多数病人有反复发作的倾向,每次发作多可缓解,部分可有残留症状或转为慢性。临床表现为躁狂、抑郁交替发作、单相发作或混合型发作。由于儿童心境障碍在此诊断标准中未单独列出,故参照成人诊断标准。

一、病因

(一) 遗传因素

心境障碍显示了家族聚集性。

(二) 认知因素

在儿童、少年和成人抑郁患者中都可见到认知紊乱,而抑郁儿童和少年更表现了高度的抑郁和无望,并有把自己的问题归于难以控制的外界因素的倾向。

(三) 家庭因素

在有抑郁患者、矛盾或严厉的家庭中长大的孩子,患各种精神障碍的风险增大。抑郁症家庭的孩子会模仿父母的负性认知和自卑心理模式,最后导致应对困难,进而产生抑郁症状。

二、临床表现

儿童少年心境障碍的临床表现与成人基本相同,但由于儿童少年处于成长发育阶段,心理发育尚未成熟,心境障碍的临床症状不典型,造成诊断上有一定困难。

(一) 躁狂症

年龄对躁狂症状有明显的影响,儿童年龄越大,基本症状与成人越接近。临床主要表现在以下几个方面。

1. 情感障碍 表现为过分喜悦,欢笑喧闹,欣快,精力充沛,易激惹。
2. 思维障碍 思维奔逸,意念飘忽,注意力涣散或随境转移,夸大自己的才能,处处好表现自己。
3. 精神运动性兴奋 表现过度活动,坐立不安,话多,滔滔不绝,言过其实,好管闲事,好争论,易冲动,惹是生非,恶作剧,不听管教或有不良行为。
4. 躯体症状 进食增多或减少,腹痛,常有失眠。

在儿童时期,躁狂症症状往往不如成人那样典型,诊断较为困难。儿童躁狂症有自己的特点,如行为障碍突出,这是因为儿童思维活动处于幼稚发展阶段,情感的自我体验和表达较为单调,对挫折、批评的耐受性较差,情绪不稳定、易激惹。少年期躁狂症可伴有分裂症症状,如心境不协调的妄想,奇特行为,视、听幻觉亦较多见。随着病程的进展,情感症状越来越典型。

(二) 抑郁症

Kaplan 和 Sadock 编写的精神病学英文教科书中描述儿童和少年期抑郁症与成人有近似的核心症状。儿童抑郁症临床基本特征有以下几种。

1. 情感障碍 表现为情绪低沉,不愉快,悲伤,哭泣,自我评价过低,不愿上学,对日常活动丧失兴趣,什么都不想玩,想死或企图自杀。也有表现为易激惹、好发脾气、违拗、无故离家出走等。
2. 精神运动迟滞 表现为迟缓,活动减少,行为退缩,严重者可表现为类木僵状态。儿童抑郁症可能以行为障碍为突出症状,如不听从管教、对抗、冲动、攻击行为或其他不良行为。ICD-10 将这种既有抑郁症又有品行问题的现象称为抑郁性品行障碍。
3. 思维、言语障碍 思维迟钝,低声细语,言语减少,语流缓慢,自责自卑。年龄大的儿童可有罪恶妄想。
4. 躯体症状 常诉述各种各样躯体不适,如头昏、头痛、疲乏无力、胸闷气促、食欲减退、睡眠障碍等。

儿童抑郁症临床表现是以情绪抑郁为核心症状,但患儿除了情绪抑郁外,往往可表现为活动过多、逃学、攻击行为等。Murray 认为儿童发生睡眠障碍、社交退缩、死亡恐惧、攻击、逃学行为、躯体症状和广泛焦虑,就是抑郁症的表现。

抑郁症儿童描述自己的主要情绪是悲伤、暴怒或烦恼。如果一个儿童的情绪或行为发生急剧变化,会很容易识别,但有些儿童长时间情绪低落或易激惹反而容易被忽视。而对于

少年 抑郁的情绪特征如自罪、无望等表现得比年幼的儿童更严重。但迄今为止诊断标准中尚没有列出某个类型或症状在哪个年龄阶段较常见。表 18-5 归纳了不同年龄段抑郁症状的出现频率。

表 18-5 不同年龄阶段抑郁症状出现频率

	成人	少年	儿童	学龄前儿童
感到悲伤	93	99	95	100
表现悲伤	74	74	64	89
哭泣	50	—	—	89
易激惹	67	83	83	78
社会退缩	78	73	64	89
焦虑 季节性情感障碍	30	59	78	67
躯体主诉	76	66	83	100
攻击行为	—	5	38	11
在情绪背景上产生的幻觉	2	10	22	—

— 缺乏资料

随年龄增长而多见的症状有愉快感缺乏、妄想、精神运动迟滞、无望感、嗜睡和昼夜节律改变。随年龄增长而较少见的症状包括躯体主诉、听幻觉、缺少自尊、悲伤表情。有些症状在各年龄段分布相似 ,包括注意力下降、情绪低落、失眠和自杀观念。自杀观念在各年龄阶段出现频率相似 ,但青春期前的儿童自杀死亡的比例非常低(0.04/10 万人)。

儿童的每个发育阶段都有其特殊的抑郁症状 ,即儿童抑郁症与年龄因素密切相关 ,因此可根据发育不同阶段做临床分型。

1. 婴儿期抑郁症状 Spitz 称为依恋性抑郁 ,大多发生于出生后 6 个月以后。主要是婴儿原先已与母亲建立了依恋关系 ,如果早期与母亲分离 ,便可出现抑郁症状。临床表现为婴儿体重不增、面部表情淡漠、出现退缩、易激惹 ,或表现为精神运动迟滞、睡眠障碍、对疾病抵抗力降低、营养不良等。

2. 学龄前儿童抑郁症 学龄前儿童也可有抑郁症存在。一些学者调查发现不少学龄前儿童存在抑郁症状。通常表现为缺少笑容、不愉快心境 ,对游戏甚至所有活动都不感兴趣。这样的孩子可能会容易哭泣、易激惹、食欲下降、睡眠障碍。可能会伤害自己、他人 ,毁坏物品。躯体主诉和躯体的攻击会很常见。

3. 学龄期儿童抑郁症 临床表现逐步趋向、接近成人 ,往往表现长时间抑郁、不愉快、社会交往减少、睡眠障碍、易激惹、嗜睡、学习成绩下降、注意力不集中、记忆减退、兴趣减少、自我评价贬低、自罪自责、产生消极意念或自杀企图等。在这类儿童中 ,越来越糟糕的学业成绩和对同伴的回避可能就是抑郁的标志 ,他们往往逃避上学。另外 ,还会出现与情绪相适应的听幻觉。

4. 青春期抑郁症 症状与成年人基本类似。躯体主诉、绝望、社会退缩、易激惹亦较常见。此外 ,常可出现反社会行为 ,饮食障碍 ,注意缺陷和多动 ,乙醇和药物滥用以及自杀率明显增多。和其他年龄段的儿童对比 ,抑郁可能是青春期最主要的精神症状 ,或者是与其他行为、焦虑障碍混合出现。一些孩子能认识到他们的抑郁状态 ,但另外一些孩子并不能认清抑郁状态的各种组成部分。有些患儿表现为更严重的抑郁 ,如在抑郁情绪背景下的听幻觉、妄

想、精神运动迟滞和兴趣缺乏,经常在这样的抑郁发作后会跟随躁狂发作,而诊断为双相情感障碍。需要注意的是,有些早期精神分裂症的患儿也有社会退缩、听幻觉、妄想和兴趣缺乏,过去许多双相情感障碍的患儿开始都被误诊为精神分裂症。

心境恶劣障碍表现为慢性抑郁,是某些方面不如抑郁症严重的疾病,且比抑郁症恢复时间要长。一日中的大多时间(至少持续一年)或一年中的大多天数是情绪抑郁的。对于成人,诊断需要的时间标准是2年。除了抑郁情绪外,恶劣心境的标准还包括自我评价低,能力水平下降,无望感,无助感、失眠或嗜睡,注意力下降和食欲紊乱。1年中无恶劣心境的时间不能超过2个月。由于心境恶劣障碍不如抑郁症严重,因此经常被忽视或误诊,应该看到,心境恶劣障碍可以引起与抑郁症一样严重或更严重的社会功能损害。

现有的流行病学资料显示,心境恶劣障碍在儿童中的患病率为0.6%~1.7%,而在少年中的患病率为1.6%~8.0%。大约70%患心境恶劣障碍的少年同时合并抑郁症,另外50%患有其他精神障碍,包括焦虑障碍(40%),行为障碍(30%),注意缺陷多动障碍(24%),大便失禁或遗尿(15%),大约15%患者合并2种或更多的精神障碍。

儿童期心境恶劣障碍表现为迁延病程,平均为3~4年,并且转化为抑郁症、双相障碍和物质滥用的风险非常大。有一部分患儿诊断心境恶劣障碍后2~3年出现抑郁症,被称为“双重抑郁”。

三、诊断标准

儿童心境障碍的诊断标准尚未单独列出,临床上参照成人心境障碍的诊断标准。以下是CCMD-3心境障碍诊断标准。

(一) 单次躁狂发作

以心境高涨为主,与其处境不相称,可以从高兴愉快到欣喜若狂,某些病例仅以易激惹为主。病情轻者社会功能无损害或仅有轻度损害,严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。

1. 症状标准 以情绪高涨或易激惹为主,并至少有下列3项(若仅为易激惹,至少需4项)。

- (1) 注意力不集中或随境转移。
- (2) 语量增多。
- (3) 思维奔逸(语速增快、言语迫促等)、联想加快或意念飘忽的体验。
- (4) 自我评价过高或夸大。
- (5) 精力充沛、不感疲乏、活动增多、难以安静,或不断改变计划和活动。
- (6) 鲁莽行为(如挥霍、不负责任,或不计后果的行为等)。
- (7) 睡眠需要减少。
- (8) 性欲亢进。

2. 严重标准 严重损害社会功能,或给别人造成危险或不良后果。

3. 病程标准

(1) 符合症状标准和严重标准至少已持续 1 周。

(2) 可存在某些分裂性症状,但不符合分裂症的诊断标准。若同时符合分裂症的症状标准,在分裂症状缓解后,满足躁狂发作标准至少 1 周。

4. 排除标准 排除器质性精神障碍,或精神活性物质和非成瘾物质所致躁狂。

(1) 轻躁狂 除了社会功能无损害或仅轻度损害外,发作符合躁狂发作标准。

(2) 无精神病性症状的躁狂 除了在躁狂发作的症状标准中,增加“无幻觉、妄想,或紧张综合征等精神病性症状”之外,其余均符合该标准。

(3) 有精神病性症状的躁狂:除了在躁狂发作的症状标准中,增加“有幻觉、妄想,或紧张综合征等精神病性症状”之外,其余均符合该标准。

(4) 复发性躁狂:①目前发作符合上述某一型躁狂标准,并在间隔至少 2 个月前,有过 1 次发作符合上述某一型躁狂标准。②从未有抑郁障碍符合任何一型抑郁、双相情感障碍,或环性情感障碍标准。③排除器质性精神障碍,或精神活性物质和非成瘾物质所致的躁狂发作。

(二) 双相情感障碍

目前发作符合某一型躁狂或抑郁标准,以前有相反的临床相或混合性发作,如在躁狂发作后又有抑郁发作或混合性发作。

双相情感障碍,目前为轻躁狂:目前发作符合轻躁狂标准,以前至少有 1 次发作符合某一型抑郁标准。

双相情感障碍,目前为无精神病性症状的躁狂:目前发作符合无精神病性症状的躁狂标准,以前至少有 1 次发作符合某一型抑郁标准。

双相情感障碍,目前为有精神病性症状的躁狂:目前发作符合有精神病性症状的躁狂标准,以前至少有 1 次发作符合某一型抑郁标准。

双相情感障碍,目前为轻抑郁:目前发作符合轻抑郁标准,以前至少有 1 次发作符合某一型躁狂标准。

双相情感障碍,目前为无精神病性症状的抑郁:目前发作符合无精神病性症状的抑郁标准,以前至少有 1 次发作符合某一型躁狂标准。

双相情感障碍,目前为有精神病性症状的抑郁:目前发作符合有精神病性症状的抑郁标准,以前至少有 1 次发作符合某一型躁狂标准。

双相情感障碍,目前为混合性发作:

(1) 目前发作以躁狂和抑郁症状混合或迅速交替(即在数小时内)为特征,至少持续 2 周躁狂和抑郁症状均很突出。

(2) 以前至少有 1 次发作符合某一型抑郁标准或躁狂标准。

双相情感障碍,目前为快速循环发作:在过去 12 个月中,至少有 4 次情感障碍发作,每次发作符合轻躁狂或躁狂发作、轻抑郁或抑郁发作,或情感障碍的混合性发作标准。

(三) 抑郁发作

以心境低落为主,与其处境不相称,可以从闷闷不乐到悲痛欲绝,甚至发生木僵。严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。某些病例焦虑与运动性激越很显著。

1. 症状标准 以心境低落为主 ,并至少有下列 4 项。

- (1) 兴趣丧失、无愉快感。
- (2) 精力减退或疲乏感。
- (3) 精神运动性迟滞或激越。
- (4) 自我评价过低、自责 ,或有内疚感。
- (5) 联想困难或自觉思考能力下降。
- (6) 反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为。
- (7) 睡眠障碍 ,如失眠、早醒 ,或睡眠过多。
- (8) 食欲降低或体重明显减轻。
- (9) 性欲减退。

2. 严重标准 社会功能受损 ,或给本人造成痛苦或不良后果。

3. 病程标准 ①符合症状标准和严重标准至少已持续 2 周。②可存在某些分裂性症状 ,但不符合分裂症的诊断。若同时符合分裂症的症状标准 ,在分裂症状缓解后 ,满足抑郁发作标准至少 2 周。

4. 排除标准 排除器质性精神障碍 ,或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。

- (1) 说明 本抑郁发作标准仅适用于单次发作的诊断。
- (2) 轻抑郁 除了社会功能无损害或仅轻度损害外 ,发作符合抑郁发作的全部标准。
- (3) 无精神病性症状的抑郁 除了在抑郁发作的症状标准中 ,增加“无幻觉、妄想 ,或紧张综合征等精神病性症状”之外 ,其余均符合该标准。

(4) 有精神病性症状的抑郁 除了在抑郁发作的症状标准中 ,增加“有幻觉、妄想 ,或紧张综合征等精神病性症状”之外 ,其余均符合该标准。

(5) 复发性抑郁 ①目前发作符合某一型抑郁标准 ,并在间隔至少 2 个月前 ,有过另 1 次发作符合某一型抑郁标准。②以前从未有躁狂符合任何一型躁狂、双相情感障碍 ,或环性情感障碍标准。③排除器质性精神障碍 ,或精神活性物质和非成瘾物质所致的抑郁发作。

(6) 复发性抑郁 ,目前为轻抑郁 符合复发性抑郁的诊断标准 ,目前发作符合轻抑郁标准。

(7) 复发性抑郁 ,目前为无精神病性症状的抑郁 符合复发性抑郁的诊断标准 ,目前发作符合无精神病性症状的抑郁标准。

(8) 复发性抑郁 ,目前为有精神病性症状的抑郁 符合复发性抑郁的诊断标准 ,目前发作符合有精神病性症状的抑郁标准。

(9) 环性情感障碍 ①症状标准 反复出现心境高涨或低落 ,但不符合躁狂或抑郁发作症状标准。②严重标准 社会功能受损较轻。③病程标准 符合症状标准和严重标准至少已 2 年 ,但这 2 年中 ,可有数月心境正常间歇期。④排除标准 心境变化并非躯体病或精神活性物质的直接后果 ,也非分裂症及其他精神病性障碍的附加症状 ;排除躁狂或抑郁发作 ,一旦符合相应标准 ,即诊断为其他类型情感障碍。

注 诊断中带有“慢性” ,意为一次抑郁或躁狂发作的病程持续 2 年以上。

四、治 疗

对心境障碍的患儿来讲,应在安全而有效的前提下选择有较少限制的治疗环境。对治疗环境(如门诊、半住院或日间住院、住院、长期住院)的选择有赖于患儿的临床症状、父母的支持、治疗动机和能否保证患儿的安全。制定治疗计划,并应决定提供治疗的临床医师的数量和作用。

由一个临床专家来治疗可简化治疗计划的调整程序,但仍有许多原因会使治疗需要另一位专家的参与,如一个临床专家不能同时胜任药物治疗和心理治疗、特殊心理治疗的需要或提供照料方面的原因。一旦有其他医生加入治疗,应该明确每个医生的责任,建立协作的机制。通常任命其中一名医生为主要治疗者对治疗工作很有帮助。应尽量在治疗早期结成有效的治疗集体,并保证患儿与家人参与治疗全过程。

国外非常强调对患儿及其家属进行有关疾病和治疗方面的教育,使他们在结成的治疗集体中成为有医疗知识的一部分。有证据表明,抑郁症患儿倾向于不愿求医,对他们的教育可以使这种回避医疗的情况大为减少。抑郁症疾病知识的教育使家长可以参与治疗方面的讨论,而减少家长的自责(“我是不称职的家长”)或对患儿的责备(如“她是假装生病”;“他只是懒于做事”)等。

国内一般为一个住院医师和一个主治医师联合管理患儿,上级医师为主任医师。患儿入院后制定治疗计划,虽然对儿童心境障碍倾向入院治疗,但国内仅有几家医院有单独的儿童病房。

(一) 躁狂症的药物治疗

1. 抗精神病药物 主要用于治疗有精神症状的躁狂症、抑郁症和双相情感障碍。常用的药物是氯丙嗪、氟哌啶醇或奋乃静。由于新型抗精神病药物如利培酮、奥氮平和氯氮平等的锥体外系统不良反应轻微,使用得越来越多。虽然氯氮平被认为是治疗躁狂症的最有效的抗精神病药物之一,但它的致粒细胞缺乏的不良反应和每周需要监测血象使该药使用起来不那么方便。值得注意的是,对于躁狂发作,单独使用抗精神病药物通常无效,一般要合用心境稳定剂。

2. 心境稳定剂 包括锂盐和抗癫痫药物。

(1) 锂盐:一般用于少年期患儿。每日剂量为 30mg/kg ,分3次口服,治疗剂量的血锂浓度保持在 $0.6 \sim 1.2\text{mmol/L}$ 之间。应从小剂量开始,逐渐增量,出现疗效后不再增量。每隔2周测1次血锂浓度。锂盐治疗前须测定血常规、心电图、血清电解质、甲状腺功能及肾功能。经锂盐有效剂量服用2周后,仍未见效者或出现锂盐毒性反应征象,应减量或停药改换其他疗法。常见的不良反应包括恶心、腹泻、胃痛、手震颤、多尿、烦渴和体重增加。锂盐中毒反应包括困倦、言语不清、共济失调、肌肉抽动和反射亢进。接受锂盐治疗的儿童有认知迟钝的危险。对儿童和少年的锂治疗前须进行实验室检查。表18-6显示锂盐治疗前需进行的检查及其原因。

(2) 抗癫痫药:研究资料显示,抗癫痫药对少年的情感障碍混合发作或快速循环型有

表 18-6 锂盐治疗前须进行的实验室检查

实验室检查	原 因
血清电解质	低血钾会增加心率失常的危险 ;低血钠会降低锂的排泄导致锂中毒
血清尿素氮、肌酐	如肾功能损害则锂无法排泄
血细胞计数	锂会导致白细胞增多
心电图	锂会导致 T 波倒置或传导异常
甲状腺功能试验	锂会导致甲状腺功能低下 ,或甲状腺肿
妊娠试验	锂可导致妊娠前 3 个月的胎儿发育异常

效。卡马西平和丙戊酸盐治疗少年躁狂症的临床试验显示这些药物有效 ,尤其是对锂盐不敏感的患躁狂症患儿。但卡马西平和丙戊酸类药物有潜在的严重的不良反应。用卡马西平的开始 1 个月需要每周监测血象 ,进行白细胞计数 ,因为卡马西平的不良反应有贫血、血小板减少症、红细胞增多和粒细胞缺乏。丙戊酸类的不良反应有恶心、皮疹、困倦、体重增加和脱发。

3. 其他药物 主要有钙通道拮抗剂和甲状腺素激动剂。开放性试验和一些双盲试验报道了钙通道拮抗剂尼莫地平对控制难治性或快速循环型躁狂发作有效。甲状腺素激动剂如三碘甲状腺原氨酸、左旋甲状腺素与锂盐合并用于治疗抑郁症、双相情感障碍、难治性快速循环型双相情感障碍。

(二) 抑郁症的药物治疗

抗抑郁剂用于儿童少年患者的疗效和安全性来自临床经验或成人患者的研究数据 ,迄今还需要大量的临床双盲试验予以验证 ,已有的研究结果非常有限。因此 ,应用于儿童要谨慎。而且治疗要符合儿童少年的生长发育的特点 ,一般应充分考虑改善认知和改善注意力。

1. 三环类抗抑郁药(TCAs) 儿童少年的抗抑郁药物治疗主要还是经验用药。 TCAs 在成人情感障碍中的应用已被证实有效 ,但许多新药的出现使药物不良反应大大降低(心律失常不良反应的减少和低致死性) ,因此 ,越来越多的人主张在儿童少年中不把 TCAs 作为首选药物。但由于经济、临床经验等方面的原因 ,TCAs 作为传统抗抑郁药目前在国内还是被许多临床医生选用。

临床常用的 TCAs 有丙咪嗪、阿米替林、多塞平、氯米帕明等。据开放性临床研究 ,其疗效为 60% ~80%。TCAs 毒副反应较大 ,用药应从小剂量开始。通常 TCAs 剂量为每日 2 ~5mg/kg ,分 2 ~3 次口服。起效时间多在服药后 5 ~14d。选一种药物治疗 ,如 1 个月未见效 ,可加用另一种心境稳定剂 ,或换用其他药物。对于难治性少年抑郁症 ,一般推荐应用 TCAs 合并锂盐治疗 ,效果较好。Salee 等(1997 年)发现采用静脉注射氯米帕明治疗少年难治性抑郁症有效。对于儿童抑郁症伴有精神病性症状者可采用 TCAs 合并抗精神病药物治疗 ,或合并高效价的苯二氮 䓬 类药。

儿童服用 TCAs 常见不良反应包括口干、便秘、视物模糊、血压升高、心电图改变等。骤然停药可产生撤药症状。过量使用或误用可能会有生命危险。因此 ,须密切观察 ,即时调整治疗计划。加强心电监测和血药水平监测。另外 ,少数病例用 TCAs 可引起矛盾反应 ,如表现激怒、恐惧、攻击行为、类躁狂状态等现象。也有报道可发生脑电图改变或癫痫 发作 ,因而

对有癫痫的儿童应慎用 TCAs。

2. 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs) 主要包括氟西汀(fluxetine)、帕罗西汀(paroxetine)、舍曲林(sertraline)和氟伏草胺(fluvoxamine),已相继应用于儿童抑郁症,但尚缺乏系统的在儿童患者中使用的安全性和有效性数据。

开放性及双盲安慰剂对照研究表明氟西汀治疗少年抑郁症有效,副作用较轻。常见不良反应有头痛、失眠、呕吐和震颤。TCAs 治疗无效者,改用 SSRIs 可获得疗效。Juin 等人观察了 31 例儿童少年(9 ~ 18 岁)抑郁症患儿,口服氟西汀(每日 20 ~ 80mg),治疗 7 ~ 89d, 74% 有显著进步。另一项研究显示氟西汀与安慰剂双盲对照比较,治疗少年抑郁症,服药时间为 8 周,结果氟西汀疗效为 58%,安慰剂为 32%。氟西汀对男女儿童的疗效相差不多,对儿童与少年的疗效亦无差异。

SSRIs 常见不良反应有胃肠道症状、激动不安、出汗、头痛、静坐不能等。长期服用 SSRIs 的不良反应尚不清楚。少数报道氟西汀可引起躁狂或轻躁狂发作,易发生于注意缺陷多动障碍、情绪不稳定和伴有精神病性症状双相障碍儿童,有情感性障碍的家族史者也是易感人群。因此在应用氟西汀的过程中须注意诱发躁狂的不良反应发生。有学者报道在氟西汀(每日 20mg)治疗的第 1 周就出现激动、易激惹、攻击行为。停药后行为不良反应可逐渐消失。有少数报道服用 SSRIs 可出现自杀意念和癫痫发作。SSRIs 的半衰期短,突然停药可引起撤药症状,甚至可在停药后 6 ~ 8 周发生。此外,在应用 SSRIs 治疗儿童抑郁症时须注意与其他药物的相互作用,以避免不良反应的发生。如 SSRIs 与单胺氧化酶抑制剂合用,可产生 5-羟色胺综合征,表现有高热、意识不清、激动等危重征象。

3. 其他抗抑郁药 包括曲唑酮(trazotone)、米安色林(mianserin)和米氮平(mirtazapine)、丁氨苯丙酮(一种拟多巴胺能药物)、万拉法新(venlafaxine) (抑制单胺类递质和去甲肾上腺素的再摄取)、单胺氧化酶抑制剂(MAOI)苯乙肼和反苯环丙胺。

曲唑酮药理作用既阻滞 5-HT 与受体的结合,又选择性地抑制 5-HT 再摄取。适用于伴有焦虑、激越、睡眠障碍的抑郁症、对 SSRIs 不能耐受或无效的患儿。

米安色林和米氮平药理作用主要是拮抗突触前 α_2 肾上腺素受体,以增加去甲肾上腺素的传递,还对 5-HT₂ 和 H₁ 受体具有阻断作用,因此除抗抑郁外,还有较强的镇静和抗焦虑作用。米安色林有引起粒细胞减少的研究报道,因此应定期监测血象。

丁氨苯丙酮有中枢兴奋作用而基本无镇静作用,抗胆碱的不良反应也很轻,比三环类抗抑郁药安全。正因为其中枢兴奋作用,因而也被用来治疗注意缺陷多动障碍。

万拉法新是新型抗抑郁剂,与 SSRIs 有相似的效应和不良反应,最常见的不良反应包括恶心、厌食、精神紧张和性功能紊乱。虽然其有引起精神紧张的不良反应,但有趣的是有报道它对焦虑症有效。MAOI 治疗儿童少年期抑郁症的研究很少见,虽然它治疗成人重型抑郁症和不典型抑郁是有效的。一项公开发表的关于苯乙肼治疗少年抑郁症的开放型研究发现,这些三环类药物治疗无效的少年抑郁症患者中,60% 在苯乙肼治疗中症状获得改善。由于 MAOI 治疗需要严格遵守饮食限制(不吃奶酪、鱼子酱、过熟的水果、鳄梨、蚕豆、酵母精、红葡萄酒、含酵母的啤酒),除了这些禁忌(如果违反会导致高血压危象甚至死亡)之外,还会出现直立性低血压和睡眠紊乱。

另外,需要注意的是,儿童少年抑郁症在使用抗抑郁药物治疗过程中有转为躁狂或轻躁狂的危险,临床上要特别注意观察。

(三) 心理治疗

主要用于治疗抑郁症。

1. 认知行为疗法 针对认知障碍、自卑心理进行的治疗。治疗目的在于减少惩罚性的态度和自责,并使儿童建立积极的个性和提高社会技能。虽然消极的性格对抑郁症来讲不是独特的,但是在成人和少年抑郁症中非常常见。对成人的研究显示,认知行为疗法可以使抑郁症患者减少复发,阻止抑郁症的循环发作。但临床上对儿童少年抑郁症的认知行为疗法的研究很少见。一项对儿童少年的认知行为疗法研究的综述对此疗法总结如下。认知行为疗法目的在于教会儿童新的应对问题的方式和不同的思维方法,从而使儿童发生情绪和行为上的改变。其中6项研究的患儿来自学校,都应进行小组治疗。另2项研究的是诊断为抑郁症的患儿,并采用结构式会谈进行诊断,一般经过6~14次会谈,时间为5~8周,治疗方法包括松弛治疗、家庭治疗、支持心理治疗、自我控制疗法和自我塑造疗法。每个研究至少应用一种抑郁量表,在治疗前和治疗后分别给予评分。这些量表包括 Beck 抑郁问卷(BDI),Reynold 少年抑郁量表(RADS),儿童抑郁问卷(CDI),儿童抑郁量表(CDS),流调中心用抑郁问卷(CES-D),情绪和情感问卷(MEQ)。研究对象共217例,治疗后评分显示少年患儿的抑郁和焦虑症状显著减少。随访治疗时间从1~24个月不等,大多研究为3个月。认知行为治疗和支持心理治疗的对比研究发现认知行为治疗效果明显。认知治疗的目的在于改变患儿非理性信念,而试图培养其解决问题的能力、社会适应能力、社会和职业领域的控制能力。

2. 小组治疗 常常用认知行为技术来治疗儿童和少年抑郁症。小组治疗重点在于提高社会技能和社会学习来减少抑郁症状。例如一项称为“应对少年抑郁症”的治疗方案,就是应用课堂的形式进行,包括有计划的社会学习任务和家庭作业。虽然并不是每个抑郁症的患儿都愿意参加这样的治疗,但参加治疗的患儿比那些未参加治疗者病情明显地改善。对家长进行的相似的干预减低了家长对患儿行为问题的评价,但从对患儿的评价来看,与远期的抑郁症状减少无关。

3. 人际治疗 又称人际关系治疗,原来是应用于成人抑郁症的治疗方法,现在也用于患儿的人际关系评价和干预,治疗目的在于通过改善人际关系而减少抑郁症状。人际治疗的理论认为抑郁症状是在一定的社会背景之下表现出来的,而与某个重要人物的关系会影响抑郁症的病程发展。这种治疗理论假设随着重要人际关系的改善,抑郁症状也会随之消失。一项针对青少年的研究,应用标准化的治疗程序,进行为期12周的个别心理治疗。治疗的第一阶段是去确认引起抑郁性认知的人际关系类型。第二阶段是为改善患儿的人际关系而展开治疗策略。最终治疗阶段包括人际关系策略的实际应用。人际治疗认为不管什么原因导致的抑郁症状,改善重要的人际关系都可治疗抑郁。

4. 家庭中心心理教育治疗 该治疗方法目的在于帮助家庭在某一成员发生情感障碍后建立感情平衡,并减少疾病给家庭带来的创伤性。治疗方法包括对家庭环境的评估、对患者和家庭进行有关疾病知识的教育,促进交流和解决问题技巧的训练。治疗模式一般建议为21次门诊咨询:每周1次,共12次;每2周1次,共6次;每个月1次,共3次,均在急性发作之后进行治疗。促进交流作为治疗的一部分,旨在促进家庭成员之间的情感表达,包括主动倾听、正(负)反馈、要求其他家庭成员改变行为等。

(四) 电抽搐治疗(ECT)

15 岁以上的少年躁狂症,病情严重,抗躁狂药物无效,在严格掌握其适应证的情况下,采用电抽搐治疗来缓解症状。ECT 被认为是治疗少年心境障碍中木僵状态、伴精神症状和抑郁症的有效疗法。一项关于少年 ECT 治疗的流行病学调查研究了 42 例从 14~18 岁的少年患儿接受了 49 疗程的 ECT 治疗。其中 29% 系无精神症状的抑郁症,29% 达到了精神病性抑郁的诊断标准,6% 躁狂症,12% 为伴有抑郁的精神分裂症,6% 为无紧张症状的精神分裂症,6% 为有紧张症状的精神分裂症,8% 为分裂情感障碍,4% 为无法归类的精神障碍。治疗次数从 4 到 21 次不等。治疗中电极单边放置在右侧占 64%,双侧占 11%,混合放置的占 25%。对于有效的患儿,效果平均出现在 4.4d 之后,或在 2.8 次治疗之后,ECT 的总有效率为 51%。被评价为症状显著进步的在诊断为抑郁症的患儿中占 38%,精神病性抑郁患儿占 85%,躁狂症患儿为 100%,伴有抑郁的精神分裂症为 16%,无紧张症状的精神分裂症占 33%,有紧张症状的精神分裂症为 66%,无法归类的精神障碍占 50%。对于情感障碍的患儿其精神病性症状对 ECT 更敏感。ECT 治疗的不良反应主要有头痛(65%),记忆障碍(22%),精神错乱(18%),肌肉痛(12%),转为躁狂(4%)。

(五) 光疗

主要用于治疗儿童季节性抑郁症,以 2 500~10 000Lx(勒克司)的全光谱光线(10 岁以下 2 500Lx)照射患儿,患儿距离光源 45cm 左右,每 30s 看一下光源(不能凝视),每次照射 45min,早晨和傍晚各 1 次。此外,平时要鼓励患儿到户外活动,增加自然光线照射的时间,尤其在早晨。严重病例同时可给予抗抑郁药治疗。

(六) 长期治疗

1. 持续治疗 抑郁急性发作后的持续性药物治疗能减轻缓解后复发的风险,与安慰剂 50% 的复发率比较,经过 2~8 个月三环类抗抑郁剂的维持治疗后复发率为 22%。缓解 6 个月如果还有残留的抑郁症状,撤除抗抑郁剂多会复发。无明显症状的患者或又恢复到发作间期功能水平的患者经过至少 4 个月的持续治疗,比那些未达到上述水平的患者复发率低。WHO 指出在抑郁发作缓解后抗抑郁剂至少应持续 6 个月,然后逐渐停用,并应继续监测患者的精神状态。躁狂发作的持续治疗同抑郁发作。

2. 维持治疗 WHO 一致推荐使用维持治疗,如果患儿有 1 次以上的严重抑郁发作,应继续使用在急性期有效的抗抑郁剂。预防复发得到肯定的药物有丙咪嗪、SSRIs 等。

由于所有的抗抑郁剂都有可能促发躁狂的发作,所以如果有躁狂的风险应选择锂盐治疗。在有些研究中,锂盐本身也显示具有预防单相抑郁发作的效果。

3. 停药 在试图停药以前,患儿至少应保持 4~6 个月内没有症状。TCAs 停药的时间取决于剂量,不宜突然停药,一般在 1~2 个月内之间停掉,对服药剂量大的患儿,时间可能更长。SSRIs 1d 服用 1 片时可以突然停药,因为药物半衰期较长使药物逐渐被清除。另一种选择是隔日服用一段时间。在停药期间需特别注意患儿的情绪变化。

参 考 文 献

1. 中华医学精神科分会. 中国精神疾病分类方案与诊断标准(第3版)(CCMD-3). 济南:山东科学技术出版社,2001
2. 吴敏伦,郭兰婷主编. 成人精神病学,上册,第9章 精神分裂症的药物治疗. 香港:Blackwell Science Asia Pty Ltd. 2001
3. 陶国泰,主编. 儿童少年精神病学. 南京:江苏科学技术出版社,1999,301~310
4. 张志群,郭兰婷. 青春期自杀及其相关因素. 华西医学,2001,16(2):255~256
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Volume Two. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins,2000,28~35
6. Rutter M and Taylor E. Child and adolescent psychiatry. Forth edition. Blackwell Publishing,2002,1002~1003
7. Kumra S, Jacobsen LK, Lenane M, et al. Childhood-onset schizophrenia: an open-label study of olanzapine in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,1998,37(4):377~385
8. Sholevar EH, Baron DA, Hardie TL. Olanzapine pharmacokinetics in pediatric and adolescent inpatients with childhood-onset schizophrenia. J Clin Psychopharmacol,2000,20(2):220~225
9. Findling RL. Use of quetiapine in children and adolescents. J Clin Psychiatry,2002,63(Suppl 13):27~31
10. DeVane CL, Nemeroff CB. Clinical pharmacokinetics of quetiapine: an atypical antipsychotic. Clin Pharmacokinet,2001,40(7):509~522
11. Boris Birmaher, David Brent, William Bernet, et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry,1998,37(10):63~83

第十九章 青少年物质滥用的治疗

第一节 概 述

青少年正处在心理和生理不断发展的时期,青少年活泼好奇,喜欢追求各种新奇感受,是发生各种行为问题的高危时期,其中物质滥用是青少年较突出的问题之一。青少年常用的合法物质有烟草、乙醇(酒精)、咳嗽药和激素等处方药物、挥发性有机溶剂及感冒药、睡眠药和减肥药等非处方药物,使用的非法物质包括大麻、中枢兴奋剂,如可卡因、麦角酰二乙胺(LSD)、苯环己哌定(PCP)、阿片、海洛因、摇头丸(MDMA)等。1996年全国吸烟行为流行病学调查显示,15~19岁吸烟率为9.7%,估计全国15~19岁青少年吸烟人数900万,尝试吸烟者人数不下1800万。青少年非法物质滥用问题也十分严重,美国的一项调查显示,2/3中学生曾使用过非法物质。

近年来,我国的青少年非法物质滥用问题也日益突出,使用兴奋剂类等新型毒品者主要对象为青少年,我国登记在册的吸食阿片类毒品约占青少年吸毒的74%。青少年药物滥用导致一系列不良后果,如学业失败、意外事故、暴力、自杀等,还会增加滥用其他严重违法药物的危险性,严重影响了青少年的成长和身心健康,青少年药物滥用已成为当今社会一个重要的公共卫生问题,国际上对青少年物质滥用的预防和治疗已发展成一门独立的学科。

一、精神活性物质的概念和分类

精神活性物质简称物质(psychoactive substance, substance)指能够影响人类心境、情绪、行为、改变意识状态,具有依赖潜力的化学物质。按药理特性分为如下几类:①麻醉性镇痛药:包括吗啡、可待因、海洛因、哌替啶、吗啡、美沙酮等。②中枢神经系统兴奋剂:包括可卡因、克拉克(Crack)和甲基苯丙胺(冰毒)、3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺(摇头丸,MDMA)等苯丙胺类兴奋剂。③大麻类药物。④中枢神经系统抑制剂:包括巴比妥类、非巴比妥类麻醉剂氯胺酮(Ketamine, K粉)和 γ -羟基丁酸(GHB,俗称迷奸药)、抗焦虑药、乙醇等。⑤致幻剂:包括麦角酰二乙胺(LSD)、烷基色胺类、北美仙人球毒碱、麦斯卡林、苯环己哌定(PCP)等。⑥挥发性有机溶剂:醇类、汽油、樟脑油、苯、甲苯、丙酮、四氯化碳、氟利昂等。⑦烟草类。

在精神活性物质中,有的是可以在商店买到的,如乙醇、香烟等,主要在社交场合使用;

有的药物凭医生的处方可以在医院或药店买到,称为处方药物;有的药物不需医生的处方便可以在药店购买,为非处方药物;还有的药物属非法药物,俗称毒品(Drugs),是指鸦片、海洛因、吗啡、甲基苯丙胺(冰毒)、大麻、可卡因等;有的毒品如亚甲二氧基甲基苯丙胺(摇头丸)等苯丙胺类兴奋剂、 γ -羟基丁酸、 γ -丁内酯、氯胺酮等主要在舞会、酒吧、俱乐部等场所使用,称为俱乐部药物。

二、物质滥用的原因

物质滥用是社会、心理和生物学等多种因素相互作用的结果。社会文化氛围、法律、社会对使用药物的态度、家庭因素、同伴的影响、药物的价格、药物的可获得程度等对人们开始尝试使用药物起重要作用。个体对药物效应的主观体验、使用药物的模式与个性心理因素、个体的生物学基础的关系更为密切。药物的存在、药物及其特性是药物依赖形成的必要条件,但是否产生依赖和依赖的特点与个体人格特征、生物易感性有关,社会文化因素和心理因素在药物依赖中起着诱发或阻抑的作用。

1. 药物依赖 反复用药引起的人体心理或生理上的对药品的依赖状态,表现出一组认知、行为和生理症状群,尽管个体明白使用成瘾物质会带来明显的问题,仍继续使用,导致了耐药性增加、戒断症状、强制性觅药行为。

2. 戒断综合征 长期使用精神活性物质可造成躯体病理性适应状态,停止使用相关物质、减少使用后、使用拮抗剂占住受体后会出现一系列心理生理症状群,称为戒断综合征,不同的药物其戒断症状不同,一般急性戒断症状与药物的作用相反,使用药物后症状消失或减轻。

3. 耐受性 在反复用药过程中机体对药物的敏感性下降,产生耐受性,出现药效减弱,必须加大剂量才能获得原来的欣快效果,因而加大用药。

4. 精神依赖 又称“心理依赖”,吸食者使用成瘾物质愉快满足或舒适感,多次使用后导致精神或心理上对成瘾物质的一种主观渴求,有强烈欲望,在精神上驱使用药者反复用药以获得满足感。

5. 物质滥用 指非医疗目的使用精神活性物质并造成了躯体、心理和社会功能的损害。

三、青少年物质滥用的发展阶段

并非所有人开始使用药物后都会发展到药物依赖,青少年在开始使用精神活性物质后会由于各种原因停止或继续使用这些物质,只有10%发展到物质依赖。根据青少年物质滥用程度,分以下5个阶段。

1. 尝试使用 当青少年知道精神活性物质及其效果后,由于好奇可能开始尝试性使用这些精神活性物质,一般是与他人一起秘密使用,次数很少,家长和学校不会知道。

2. 娱乐性或社交性使用 在尝试性使用精神活性物质后,有的青少年会在一些娱乐或社交场所继续使用,一般是与朋友在周末或者聚会时使用,使用频率为每个月2~3次,使用药物的目的是增加聚会的气氛,一般不会发生中毒,学校和家长不知道。

3. 寻求用药 在娱乐性或社交性使用后,有的青少年会寻求机会继续使用或享受用药效果,并开始出现有害使用的一些特征:使用的频率和数量增加、开始单独使用药物、使用多种精神活性物质、聚会的目的是为了使用药物、使用药物用于逃避困难和压力、经常撒谎、交往的同伴发生改变、影响学业、在使用药物的情况下去上学。

4. 有害使用 寻求用药继续发展,使用药物变成了生活的一部分,有了自己用药的工具,使用多种更“严重”药物,为自己使用药物寻找合理化理由,认为使用药物是帮助自己应对困难和压力,强烈的负性情绪导致青少年使用药物来减轻痛苦。

5. 依赖/成瘾 发展到每日使用药物,需要反复体验药物的快感,在家里或学校也使用药物,不惜一切手段获得金钱来购买药物,经常单独用药,变得非常孤独,同伴多数是使用药物者,躯体健康状况下降,出现偏执、自我仇视、暴怒、抑郁、自杀症状,在家庭、学校和社区发生很多问题。

第二节 青少年物质滥用的类型

一、乙醇滥用

乙醇(酒精)的有效成分是乙醇,为中枢神经系统抑制剂,长期慢性饮酒可引起神经系统广泛和严重的损害,出现末梢神经损害、基底节出血、共济失调、癫痫、痴呆等。慢性饮酒可有许多躯体并发症和营养不良,可出现肝硬化、胃炎、胃溃疡、肾硬化、心肌炎、急性慢性胆囊炎等。长期饮酒影响家庭社会功能,出现学习和工作效率下降、家庭不和、影响后代发育和成长、交通事故、犯罪等,青少年饮酒会增加以后使用其他非法药物的危险性。

1. 乙醇的药理作用 乙醇属催眠麻醉剂,对中枢神经系统具有抑制作用,大脑皮质内抑制过程减弱,皮质下兴奋,随着乙醇剂量在人体血浓度的增加对中枢神经系统的作用表现为三个阶段。①低剂量:欣快、愉悦、活力增加,约束力下降。②中剂量:自我控制力明显受损,讲话随便、行为协调能力下降。③高剂量:意识障碍、嗜睡、深睡、昏迷、死亡(延髓中枢损害)。

2. 酒精戒断综合征 早期出现焦虑、不愉快、抑郁,伴恶心、呕吐、食欲不振、畏寒、出汗、心悸、脉搏不齐、血压波动等自主神经系统症状,睡眠障碍等,7~8h后出现震颤,72~96h后出现震颤谵妄。

3. 急性酒中毒 一次大量饮酒可出现急性酒中毒,先出现情感高涨、运动兴奋、共济失调,继而进入麻痹期,出现昏睡、昏迷,血中乙醇浓度达到一定时可引起死亡,病理性醉酒时出现突然严重的意识障碍、定向力丧失、行为盲目,可出现冲动、攻击等意外事件。

4. 酒依赖 长期慢性饮酒可形成酒依赖,饮酒成为生活的中心,表现为饮酒的强迫感,形成了固定饮酒模式,耐受量增加。在完全或部分停止饮酒后出现的一组症状,包括震颤、幻觉、癫痫、震颤谵妄等。不饮酒时对酒有强烈的渴求感,可连续或周期出现,以体验饮酒的心理效应,有时为避免不饮酒时的不适。

二、阿片类药物滥用

阿片类药物是指任何天然的或合成的对机体产生类似吗啡效应的一类药物,阿片是从罂粟果中提取的粗制脂状渗出物,含有包括吗啡、可待因在内的多种生物碱。海洛因(Heroin),化学名二乙酰吗啡,呈白色、有苦味的粉末状,为人工合成阿片类物质,合成类的阿片类药物还包括美莎酮、哌替啶等。阿片类药物是世界范围的公共卫生和社会问题,是我国目前滥用最严重的精神活性物质,滥用程度有日益恶化的趋势,滥用人群中以无业者、文化程度低的青少年为主。

1. 用药方式 海洛因是目前我国青少年滥用最广泛的药物,海洛因主要用药方式有4种。①通过呼吸道吸入:最常见的为追龙,即将海洛因粉末倒在锡箔纸上,用火在锡纸下加热使毒品蒸发产生烟雾,同时嘴含吸管将烟雾吸入。另外,有的吸毒者把海洛因卷入香烟中吸入或使用烟枪吸入。②血管注射:常见的方式有皮肤浅表静脉或肌肉注射。③吞服。④黏膜吸收:将毒品直接与口腔或鼻黏膜摩擦使毒品通过黏膜吸收。

2. 药理作用 海洛因是阿片类物质中成瘾性最强的物质之一,具有致欣快、镇静、镇痛、抑制呼吸中枢、抑制咳嗽中枢、缩瞳、抑制胃肠蠕动等药理作用。开始吸毒时有的人只有欣快感,容易继续使用下去直至成瘾;有的人初吸时有不适感,表现为恶心、呕吐、头昏、乏力、嗜睡、注意力不集中、焦虑、心烦等,有些吸食者会因此而停止吸毒,但这些不适感一般会很快消失继而体验到欣快感,有时不适感和欣快感可同时存在。

3. 戒断综合征 阿片类药物使用产生依赖后,在减少或停用时,出现戒断综合征,其轻重程度与海洛因使用的方式、剂量、用药者的心理状态有关,主要表现为自主神经系统症状如打哈欠、流眼泪鼻涕、畏寒、起鸡皮疙瘩等,全身肌肉、关节、骨骼等疼痛症状,焦虑、烦躁、坐立不安、心神不定、抑郁等情绪症状,恶心、呕吐、食欲缺乏等消化道症状、浑身乏力、全身不适、顽固性失眠等,戒断时出现瞳孔扩大、呼吸脉搏加快、心率加快、血压波动等。戒断症状在停药后36~72h达高峰,7~10d基本消失。

4. 急性中毒 一次大量使用阿片类药物可急性过量中毒,主要表现为意识障碍、呼吸抑制、瞳孔缩小三大主征,还可出现皮肤湿冷、体温下降、发绀、脉弱、心率减慢、血压下降、肌肉松弛、下颌松弛、舌后坠、气道阻塞等,呼吸衰竭可引起死亡,肺炎、肺水肿、休克等并发症也可导致死亡。

5. 阿片类药物滥用者的临床特征 长期使用海洛因导致食欲不振、便秘、性功能下降,身体日渐虚弱、营养不良、抵抗力低下,伴发各种躯体感染和传染病。耐药性增加,用药初期的快感减弱,用药剂量不断增加,停药或减少用药后出现戒断症状,迫使用药者不断寻求用药,避免戒断症状的痛苦。海洛因依赖后可出现情绪障碍和人格障碍,海洛因依赖者易冲动、暴躁、易激惹、情绪波动大,可有悲观、抑郁、自杀、焦虑、烦躁、空虚、无聊等不良情绪,海洛因依赖者生活的惟一目标就是海洛因,变得孤僻、懒惰、无上进心,除了毒品,对什么都无兴趣,反应迟钝、记忆力下降、整天醉生梦死、行尸走肉,丧失社会功能,为了毒品,不惜撒谎和违法犯罪,失去了人格和尊严,家庭责任心丧失。

三、大麻滥用

青少年使用大麻较常见 2002 年美国药物依赖研究所的一项调查研究显示,美国 8 年级学生、10 年级学生和 12 年级学生在过去 1 个月中使用大麻者分别占 8.3%、17.8% 和 21.5%。大麻是大麻植物的叶、茎、种子、花等晾干碾碎后的混合物,这种混合物可呈绿色、棕色或者灰色,含有 400 多种化学成分,其中四氢大麻酚(THC)是最主要的活性成分。

1. 用药方法 大麻有多种使用方法,可以泡茶喝、与食物混在一起用、烟吸、咀嚼等,最常使用的方法是卷成香烟状吸食,吸入比口服作用大。

2. 药理作用 大麻明显地影响精神活动,对生理功能影响较小,吸入后几分钟,吸入者自身感到特别愉快、精力充沛、充满自信心。对周围事物的感知特别鲜明,事物的线条、形状和色彩发生变化,将声音感知为音乐,空间变得宽广,时间变慢,手足变轻、身体飘浮感。可出现色情兴奋、恐惧、人格解体和非真实感。使用者体验到这种快感是由于 THC 促使大脑释放多巴胺,当多巴胺停止释放后,促使滥用者再次使用大麻,这样反复使用导致大麻依赖。

3. 慢性中毒 大麻滥用发展为慢性中毒较慢,滥用者停药后可很快恢复正常。反复使用大麻可产生许多不良的生理、心理、情绪和行为改变,大麻可损害短时记忆、语言功能、判断力,出现感知障碍,出现易激惹、好冲动,工作能力降低,意志活动减退,精神活动迟钝。重者出现谵妄状态、幻觉、妄想、瞳孔缩小、对光反应迟钝,口齿不清和痴呆状态。有的报道重症者的脑室扩大。此外,吸食大麻和吸食烟草一样损害肺部,可降低免疫功能,增加患癌症的危险性,大麻还会影响青少年的正常发育。

四、可卡因滥用

可卡因产自古柯属可可树叶或秘鲁与玻利维亚地区其他古柯属树,几个世纪以来,当地居民咀嚼古柯树叶来减少疲劳、饥饿感或增加快感。19 世纪末到 20 世纪初,可卡因便开始在美国流行,目前在我国的滥用仍十分严重。

1. 使用方式 目前盐酸可卡因和可拉可(Crack)是滥用的主要物质。盐酸可卡因是从古柯树中提取的一种白色结晶粉末状物质,滥用者常以鼻吸方式使用,通过黏膜吸收,使可卡因迅速进入血循环,也有静脉注射使用者。有不少人将可卡因与海洛因混合注射,据称这样可增强欣快感和消除单独使用海洛因时的疲倦等。

2. 药理作用 可卡因能兴奋中枢神经系统,使用者产生欣快感,有时也造成心境恶劣,伴随出现不安与兴奋、话多。小剂量时,可以出现协调性运动活动,随着剂量的增加可出现震颤乃至脊髓反射强化而产生脊髓强直性抽搐。可卡因刺激血管运动中枢与呕吐中枢,引起血压升高、心率加快、呕吐等症状。

3. 急性中毒 可卡因急性中毒主要表现为欣快感、易争斗、夸大、过分警觉、精神运动性兴奋、判断失误,有明显的职业或社会功能损害。急性中毒时可有以下体征,心动过速、瞳孔扩大、血压升高、呼吸急促、震颤、恶心、呕吐、视幻觉和触幻觉。中毒较深时,可有站立不稳、说话吐词不清、焦虑不安等,可有短时的牵连观念、被害妄想和一些怪异动作,严重者意识障碍、抽搐。单纯可卡因中毒常常是自限性的,在 48h 内可完全恢复。

4. 戒断症状 长期使用可卡因产生依赖后,在停药或减量时可出现戒断症状,主要表现为心境恶劣,如抑郁、易激惹、焦虑不安、疲劳感、失眠或多睡,可有牵连观念、被害妄想、自杀企图等。戒断症状在停药后 2~4d 达高峰,抑郁和易激惹可持续数月。

五、俱乐部药物滥用

俱乐部药物是指在狂欢舞会、迪斯科舞厅、酒吧等场所经常使用的一些药物的总称,包括如亚甲二氧基甲基苯丙胺(摇头丸,MDMA)、甲基苯丙胺(冰毒)、 γ -羟基丁酸(GHB)、 γ -丁内酯、氯胺酮、麦角胺二乙醚(LSD)等,使用这些药物会引起严重的健康问题,与乙醇一起使用更加危险。近年来,青少年使用俱乐部药物有日益加剧的趋势,美国 2003 年未来检测研究(Monitoring the Future Study)显示,8 年级学生、10 年级学生和 12 年级学生报告曾使用过 MDMA 者分别占为 3.2%、5.4% 和 8.3%,在过去一年中使用过 GHB 者分别占 0.9%、1.4% 和 1.4%。俱乐部药物一般都是无色、无味的,可加到他人的饮料中而不会被发现,有人使用这些药物进行性暴力犯罪。因此,俱乐部药物使用已引起人们的普遍关注。

1. 亚甲二氧基甲基苯丙胺(摇头丸,MDMA) MDMA 的药理作用与兴奋剂安非他明和致幻剂麦斯卡林的作用相似,具有中枢兴奋和致幻的双重效应。MDMA 一般是以片剂和胶囊的形式口服使用,作用时间一般持续 3~6h,MDMA 可使心率增加、出现警觉、反应快,由于中枢兴奋作用可以使跳舞时间明显延长,出现脱水、高血压、心功能和肾功能衰竭。一次大剂量使用 MDMA 非常危险,可出现高温、肌细胞断裂、肾脏和心血管系统衰竭,还可导致心肌梗死、卒中、癫痫发作。有的人在使用 MDMA 后数周仍存在混乱、抑郁、睡眠障碍、焦虑、偏执状态。MDMA 具有神经毒性,慢性使用可对释放 5-羟色胺的神经元产生长期永久性损害,导致记忆损害。

2. γ -羟基丁酸 γ -羟基丁酸有无色透明状液体、白色粉末、片剂、胶囊几种形式,主要由青少年在夜总会和狂欢舞会使用,经常与乙醇一起使用,使其更加危险,GHB 经常与过量、中毒、约会强暴、致死等有关。GHB 具有中枢抑制作用,可放松和镇静机体,高剂量可减慢呼吸和心律,导致生命危险。其毒性作用在使用后 10~20min 出现,根据剂量大小,其药理作用一般持续 4h 左右。低剂量 GHB 有缓解焦虑、放松的作用,随着剂量增加,其镇静作用可导致嗜睡、昏迷甚至死亡。GHB 的过量中毒发展很快,其症状类似其他镇静剂,如嗜睡、恶心、呕吐、头痛、意识障碍、反射消失、呼吸抑制、死亡,GHB 从机体排出较快,难以在实验室检测到。

3. 氯胺酮(K粉) 是一种注射使用的中枢麻醉剂,目前主要是兽用。20 世纪 80 年代,发现大剂量 K 粉可产生与苯环己哌定(PCP)相似的反应,如梦样状态和幻觉,开始流行使用氯胺酮。氯胺酮呈液体状或白色粉末状,常通过鼻黏膜吸入或与大麻或烟草一起吸入,还可静脉注射使用。小剂量氯胺酮可导致注意、学习和记忆功能损害;大剂量氯胺酮可引起谵妄、遗忘、运动障碍、高血压、抑郁、呼吸抑制。

4. 甲基苯丙胺 具有中枢毒性和成瘾性,对中枢神经系统有多种作用,多在地下实验室秘密合成,价格低廉。甲基苯丙胺是一种白色、无臭、味苦的晶体状粉末,易溶解,可通过烟吸、鼻吸、口服、注射使用,甲基苯丙胺与其他非法药物不同,不是在街上购买,而

是在网上购买。滥用者出现易激惹、言语兴奋、食欲下降、躯体运动减少等,还产生严重的健康问题,如记忆丧失、冲动、暴力、精神症状、心血管和神经心理损害,滥用者的血液传播疾病如肝炎、HIV/AIDS等发生率较高。甲基苯丙胺具有神经毒性,滥用者出现多巴胺转运体减少。

5. 麦角酰二乙胺(LSD) 属于致幻剂,产生异常的感知,使用后的效应根据使用剂量的大小、使用的环境、使用者的人格、情绪和期望不同而各异。LSD有片剂、胶囊、液体、吸收了药物的吸纸等,通常口服使用,30~90min后发生作用,出现缩瞳、体温上升、心率加快、血压上升、出汗、食欲丧失、失眠、口干、麻木、震颤等。

六、烟草滥用

烟草是当今滥用最严重的物质之一,我国已成为世界烟草大国,由吸烟引起的健康问题也日益受到人们的重视。烟草是许多滥用其他药物的入门物质,许多青少年药物滥用者都是从使用烟草开始逐步开始滥用其他成瘾物质,与非吸烟青少年相比,吸烟青少年使用乙醇的危险性高3倍,使用大麻的危险性高数倍,使用可卡因的危险性高22倍,吸烟还与其他一些危险行为有关,例如打架、不安全的性行为。

烟草主要通过烟吸使用,纸烟的燃烟中所含的化学物质达4000余种,其中在气相中含有近20种有害物质,粒相中的有害物质达30余种,有些具有致癌作用。其中一氧化碳和尼古丁对人体的影响最大。

1. 烟草对人体的作用 尼古丁是烟草中主要的致依赖成分,其成瘾性很强,具有中枢神经系统兴奋和镇静的双重作用。吸烟后可感觉到消除烦恼、工作效率提高,由于尼古丁兴奋交感神经节和肾上腺髓质,儿茶酚胺释放增加,引起血管收缩、心律加快。尼古丁的兴奋作用很短暂,随后是长时间的抑制。

2. 烟草依赖 长期吸烟者可产生依赖,对烟草有强烈渴求感,无烟吸时,出现戒断症状,如心率、血压下降、唾液分泌增加、头痛、失眠、易激惹、情绪焦虑、坐立不安等,吸烟后上述症状缓解。长期吸烟将危害身心健康,吸烟影响心血管和呼吸系统功能,与多种心血管疾病和肺部疾病有关,烟草有致癌作用。

七、其他精神活性物质滥用

其他精神活性物质滥用还包括镇静催眠剂、哌甲酯、咳嗽药水、激素等处方药物和非处方药物,还有挥发性有机溶剂、苯环己定(PCP)等,根据不同药物的作用特点,其临床表现各异。

第三节 精神活性物质滥用的诊断

根据DSM-IV分类,精神活性物质有关的精神障碍分两类:①精神活性物质使用障碍,包括药物依赖和药物滥用。②精神活性物质所致精神障碍,包括急性中毒、戒断、中毒性谵妄、痴呆、遗忘、精神病性障碍、情绪障碍、人格障碍等。不同的精神活性物质由于

其不同的药理特性 ,导致不同的精神障碍 ,表 19 - 1 总结了常见的几种精神活性物质所致的精神障碍。

表 19 - 1 精神活性物质所致精神障碍

	中毒	戒断	中毒性 谵妄	戒断性 谵妄	痴呆	遗忘	精神病 性障碍	情绪 障碍	焦虑 障碍	性功能 障碍	睡眠 障碍
乙醇	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
阿片类	+	+	+				+	+	+	+	+
苯丙胺类	+	+	+				+	+	+	+	+
大麻	+		+				+		+		
可卡因	+	+	+				+	+	+	+	+
致幻剂	+		+				+	+	+		
尼古丁	+	+									
镇静催眠剂	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

不同药物的滥用有不同的临床表现 ,以下是青少年药物滥用的一些共同症状。①躯体症状 :疲劳感、反复多种躯体主诉、眼睛发红或发呆、持续咳嗽。②情绪表现 :情绪变化突然、易激惹、行为不负责、自卑、判断力差、抑郁、兴趣缺乏等。③家庭方面 :开始出现争论、破坏规则、退缩。④学校方面 :兴趣下降、态度消极、留级、缺课、逃学、破坏纪律。⑤社交方面 :交的新朋友有法律问题 ,不喜欢传统的穿着和音乐 ,对家庭和学校的活动无兴趣。如出现上述症状 ,需警惕青少年药物滥用的可能 ,上述表现也可能是其他行为问题的症状 ,需要获得使用药物的确切病史或进行某些实验室检查来明确诊断。

如怀疑青少年药物滥用 ,应从家庭、学校、青少年本人等各方面采集可靠的病史 ,根据使用精神活性物质的病史 ,结合各种精神活性物质的特异性临床表现 ,诊断较容易确定 ,还可进行精神活性物质代谢产物的检测来确定对哪种物质的滥用或依赖。由于药物依赖在戒断、急性中毒和慢性中毒时可出现各种精神症状 ,而且药物依赖者与其他精神疾病的共病率较高 ,其精神症状的临床表现无特异性 ,诊断时需要排除其他器质和功能性精神疾病。

1. 精神活性物质所致精神障碍诊断标准(CCMD - 3) 精神活性物质是指来自体外 ,可影响精神活动 ,并可导致成瘾的物质。常见的精神活性物质有酒类、阿片类、大麻、催眠药、抗焦虑药、麻醉药、兴奋剂、致幻剂和烟草等。精神活性物质可由医生处方不当或个人擅自反复使用导致依赖综合征和其他精神障碍 ,如中毒、戒断综合征、精神病性症状、情感障碍 ,以及残留性或迟发性精神障碍等。

(1) 症状标准 :①有精神活性物质进入体内的证据 ,并有理由推断精神障碍由该物质所致。②出现躯体或心理症状 ,如中毒、依赖综合征、戒断综合征、精神病性症状 ,以及情感障碍、残留性或迟发性精神障碍等。

(2) 严重标准 :社会功能受损。

(3) 病程标准 :除残留性或迟发性精神障碍外 ,精神障碍发生在精神活性物质直接效应所能达到的合理期限之内。

(4) 排除标准 :排除精神活性物质诱发的其他精神障碍。

(5) 说明 :如应用多种精神活性物质 ,鼓励作出一种以上精神活性物质所致精神障碍的诊断。

2. 有害使用的诊断标准(CCMD-3) 反复使用精神活性物质 ,导致躯体或心理方面的损害。

(1) 症状标准 :有反复使用某种精神活性物质导致心理或躯体损害的证据。

(2) 严重标准 :社会功能受损。

(3) 病程标准 :最近 1 年中 ,至少有一段时间符合症状标准和严重标准。

(4) 排除标准 :排除更重的亚型诊断 ,如依赖综合征、戒断综合征 ,或精神病性综合征等。如诊断了这些亚型 ,就不再诊断有害使用。

(5) 说明 :急性中毒不至于导致明显心理或躯体健康损害(有损害的证据)时 ,不用本诊断。

3. 依赖综合征的诊断标准(CCMD-3) 反复使用精神活性物质导致躯体或心理方面对某种物质的强烈渴求与耐受性。这种渴求导致的行为已极大地优先于其他重要活动。

(1) 症状标准 :反复使用某种精神活性物质 ,并至少有下列 2 项。

1) 有使用某种物质的强烈愿望。

2) 对使用物质的开始、结束或剂量控制的自控能力下降。

3) 明知该物质有害 ,但仍应用 ,主观希望停用或减少使用 ,但总是失败。

4) 对该物质的耐受性增高。

5) 使用时体验到快感或必须用同一物质消除停止应用导致的戒断反应。

6) 减少或停用后出现戒断症状。

7) 使用该物质导致放弃其他活动或爱好。

(2) 严重标准 :社会功能受损。

(3) 病程标准 :最近 1 年中某段时间符合症状标准和严重标准。

(4) 说明 :包括慢性酒中毒、发作性酒狂、酒精成瘾、药物成瘾。

第四节 青少年物质滥用的治疗

青少年物质滥用是由生物、心理、社会等因素综合作用而成 ,药物成瘾以后 ,滥用者的行为和思维方式发生一系列的变化 ,导致生理、心理和社会功能的一系列损害 ,学习、生活多方面受到影响 ,对物质滥用的治疗是一个较长的过程 ,需要进行药物、心理社会康复和回归社会等综合治疗。

一、青少年物质滥用的治疗原则

(1) 药物脱毒治疗只是整个药物滥用治疗的第一步 ,对改变依赖行为作用不大 ,必须进行后期的心理社会康复治疗。

(2) 药物滥用是一种慢性复发性脑疾病 ,药物依赖的康复是一个长期的过程 ,可能需要反复多次的治疗。

(3) 药物滥用是一种复杂的临床现象 ,应采取综合性治疗方法。

(4) 针对不同滥用者的特点 ,应采取不同的治疗方法 ,满足患者的不同需求 ,如采用药物治疗与心理治疗、行为治疗相结合 ,或以心理治疗和行为治疗为主。

(5) 应定期评估治疗效果,根据治疗对象的需求和问题不断调整治疗计划和治疗方法。

(6) 治疗持续时间对药物滥用者的治疗是否成功非常关键,治疗时间小于3个月则效果有限,应尽量延长治疗时间。

(7) 父母和家庭在青少年药物依赖治疗中起重要的作用,应发挥父母和家庭在治疗中的积极作用。

(8) 药物依赖者合并其他躯体精神疾病者较多,应同时治疗药物滥用和共患的其他精神和躯体疾病。

二、药物依赖的治疗方法

1. 药物治疗

(1) 脱毒治疗:有的药物戒断症状较严重,需要进行脱毒治疗,即停止使用依赖的药物,使机体恢复正常平衡,对于戒断症状轻的药物依赖可一次性断药,采取对症支持治疗。对于戒断症状严重的药物依赖者,可根据交叉耐受的原理,使用同类药物替代治疗减轻戒断症状,或使用中西药对症治疗戒断症状,使机体能安全脱离依赖的药物。如对阿片类药物依赖可采用美沙酮替代治疗、丁丙诺非替代治疗;使用可乐定、诺非西丁、抗胆碱药、镇静安眠药等及各种中药配方可缓解或减轻阿片类药物的戒断症状;使用安定类药物治疗酒依赖症状等;含有尼古丁的口香糖或尼古丁贴膏可用于尼古丁依赖,减轻尼古丁戒断症状;对于其他精神活性物质依赖目前尚无特异性脱毒治疗的药物,一般采取对症治疗。

(2) 拮抗剂治疗:阿片受体拮抗剂纳屈酮具有阻断阿片类药物心理效应的作用,长期使用可减轻其心理强化作用,对阿片类药物依赖具有抗依赖、预防复发作用。阿片受体拮抗剂可置换受体上的药物,因而可用来治疗阿片类药物中毒。有研究显示阿片类药物拮抗剂对酒依赖也有一定的治疗作用。

(3) 美沙酮维持治疗:人工合成阿片类药物如美沙酮、长效美沙酮等作用时间长、无明显欣快作用,依赖潜力较低,长期使用这类药物可降低对非法药物如海洛因的需求,可改善工作能力,降低非法药物使用导致的违法犯罪,减少HIV传播等。

(4) 厌恶疗法:乙醛脱氢酶抑制剂戒酒硫可阻断乙醇(酒精)在肝内代谢过程,酒依赖者使用戒酒硫后再饮酒可使乙醛在体内大量蓄积,产生恶心、呕吐、脸红、心悸、焦虑等乙醛综合征,使之厌恶饮酒。另外,一些药物如阿朴吗啡和催吐剂土根碱可作为化学厌恶刺激物,使用这些物质后立即饮酒引起呕吐等反应,使之产生对酒的厌恶反应而戒酒。

(5) 治疗并发的精神疾病:药物依赖与其他精神疾病的共病率高,且药物依赖本身可导致各种精神疾病,需要进行精神药物治疗,如使用抗精神病药治疗幻觉妄想,使用抗抑郁药物治疗抑郁,使用锂盐治疗情感症状,使用这些药物时要注意它们与依赖药物的相互作用,如抗抑郁药能增加乙醇的作用。

2. 心理社会康复治疗 物质滥用是由生物、心理、社会等因素综合作用所致,物质滥用的康复是一个从开始放弃使用药物,到改变自身和人际间的行为模式,最终保持稳定戒断的漫长过程。目前物质依赖已发展成一门独立的学科,药物的脱毒治疗只是治疗物质依赖的第一步,主要采取心理社会康复治疗。

(1) 治疗社区(therapeutic community, TC):是一长期住院治疗模式,主要针对较严重的海洛因依赖者,在TC中,主要是居住成员自己管理自己,TC以家庭的形式进行集体生活,各成员均分担不同的角色,强调严格的等级制度,奖罚分明。TC的目标是协助个人通过集体生活而自我成长起来,改变以往的生活模式,通过各种治疗程序来修正自己的人格问题,改善人际关系,树立对自己行为负责的观点。成员通常应在TC中居住6~12个月以上的时间,在TC中,他们将接受各种辅导,如心理、职业、教育、家庭辅导等,学习各种知识,接受各种技能训练,在TC中实现重新社会化。

TC的治疗康复程序一般分三个时期:脱瘾期、康复期和重返社会期。重点放在康复期,为了帮助居住者改变旧的行为模式和负性观念,需要一套具体的行为矫正的实施方法,各种活动穿插进行,整日的活动安排得非常紧张,使他们无暇顾及毒品。具体的一些康复活动方法有:①新居住者接谈,新入住者将坐在“轮椅椅”上静静等待一段较长的时间后,进入接谈,他开始认识到他的行为问题,整个接谈过程应是充满帮助和善意的。②早会,每日小组成员按时集会。早会开始由全体成员集体背诵戒毒信条,然后对当天的日程作出安排,布置每人当天的任务,接下来开展批评和自我批评,使每个人都清楚认识到自己的负性行为,然后是表扬和感激,新闻和天气预报,游戏,最后互相问候。③讨论会,定期召开,在讨论会上,可由辅导员授课,讨论一些个案、现实问题等,还对居住者行为作出评估,解答居住者提出的问题。④对质小组,由8~20人组成,每个成员都在对质小组中指出他人和自己的不良行为和负性观念,大家应敞开自己的心扉,揭开自己的隐私,坦诚地对人对自己,抛弃人际交往中的偏见。⑤教育辅导小组,有家庭教育小组、性教育小组、职业辅导小组和生活体验小组,通过各种小组活动,帮助居住者认识到角色要求和应承担的责任,学会应付不同环境压力的方法。⑥各种体育娱乐活动小组,开展各种各样的自娱、自乐活动,如歌唱、跳舞、球类等体育活动,聚餐、晚会、旅游等小组活动,让每个成员在紧张的治疗集体生活中精神上得以松弛。⑦感受分享小组,利用一些特殊的技巧引导居住成员共同分享对某事、某人、某物的内心感受。通过感受分享小组的活动,使成员学会情感的正常表达、正常的交流和疏泄方式。从而能控制自己的情感,不再受负性情感的支配。⑧心理治疗,主要进行集体心理治疗,强调“这里”和“现在”作为治疗小组的成员应当做什么,什么是错误的,什么是正确的,每个人都必须发言,谈个人或帮助别人,当某个小组成员出现心理危机时,心理治疗者可与其单独接触,进行个别心理指导。⑨工作会议,治疗集体每周开1~2次工作会议,收集居住成员提出的问题、建议和工作汇报,以便协调各部门的工作及更好地开展下一步的工作。⑩对质活动,治疗集体的任何成员出现了不良行为,都要遭到对质,对质时犯错误的人站在小组的中央,面对面地接受其他成员的批评,批评时态度要诚恳、严厉,对事不对人。⑪其他行为管理的方法还有检讨小组、严厉批评、保证、惩罚或学习体验等。

(2) 认知治疗:是由Beck等最初发展,用于治疗抑郁和焦虑,经修改用于物质滥用的治疗。其理论基础是通过识别并改变病人不合理的认知,来减少或消除不良的情绪或滥用行为。对药物依赖者进行认知行为治疗的主要目的在于:改变导致药物滥用者适应不良行为的认知过程,对导致药物使用的一系列事件进行干预,帮助患者有效地应付对药物的心理渴求,促进发展不滥用药物的行为和社会技能。

(3) 预防复发训练(relapse prevention):最常见的模式是由Marlatt等应用认知行为技术发展起来的,目的是帮助患者加强自我控制来避免物质依赖的复发。预防复发技术包括

帮助患者识别促发心理渴求的情绪和环境因素 ;帮助发展和训练应付内外应激以及复发高危情景的方法 ;探讨导致药物使用的决定过程并帮助患者改变扭曲的认知 ;帮助患者从偶尔短暂的复发中了解导致复发的因素 ;发展有效的早期干预的方法 ;帮助患者发展应付负性情绪的方法 ;发展社会支持网络 ;帮助患者建立健康的生活方式等。

预防复吸的原则 :明确每人的高危情境 ;学习应付高危情境的技能 ;学习放松和应激处理技能 ;思考成瘾活动短期和长期后果 ;如果发生偶吸 ,该采取什么行动 ;通过训练控制行为 ;学会观察渴求而不是付诸行动 ;检验自己的生活方式 ;发展替代性成瘾行为 ;建立复吸警报系统 ,及时发现复吸的危险信号。

(4) 动机强化治疗(motivational enhancement therapy) :是以认知行为治疗、就诊者中心治疗、系统论和社会心理劝说技巧为基础 ,治疗者运用投情和积极的倾听 ,讨论患者有关赞成或反对药物滥用的观点 ,明确患者的治疗目的 ,探讨要达到这些目的的有关的矛盾等 ,达到帮助患者加强治疗动机的目的。

动机强化治疗的主要技巧是促动性交谈(motivational interviewing) ,促动性交谈的原则是表达其情(express empathy) ;发现差距(develop discrepancy) ;避免争论(avoid argumentation) ;化解阻力(roll with resistance) ;支持自信(support self-efficacy)。促动性交谈的技术要点有 :开放式提问(open-ended questions) ;主动性倾听(listen reflectively) ;找到切入点(elicit concerns) ;支持肯定(affirm) ;小结。

(5) 行为治疗 :应用行为医学的理论 ,如经典条件反射、学习理论、强化作用、操作条件反射等 ,帮助患者消除或建立某种行为 ,从而达到治疗的目的。

1) 操作行为疗法(operant behavioral therapy) :通过奖励患者出现所期望的行为(如表现出依从于治疗) 和惩罚患者所表现的不期望的行为(如与复发有关的行为) ,来达到消除成瘾行为的目的。如用奖票奖励尿检结果阴性者 ,奖票可用来交换一定的物品(如电影票) ,或者通过家庭成员或同伴的强化 ,即“ 社区强化 ” ,来促使患者戒断。Higgins(1994 年) ,Iguchi(1997 年) 和 Sliverman(1996 年) 等对阴性尿检结果或完成治疗协议者用奖金进行强化 ,结果显示这种方法在减少海洛因或可卡因等非法物质滥用、提高患者对治疗的依从性等方面有明显的疗效。

2) 奖罚性处理(contingency management) :是一种以约定的奖励或惩罚的条件 ,来奖励药物戒断或惩罚与使用药物有关的行为的行为疗法 ,回到药物使用的惩罚包括法庭的传票、对雇主或家庭成员的罚款通知单等。条件性处理应定期随机地进行有关滥用药物的尿监测 ,如果惩罚的条件是以配偶、雇主等他人来承担 ,首先应与患者签订书面的合同。Higgins 等比较了这种行为治疗(包括行为协议、社区强化、咨询、预防复发技术、建立替代娱乐活动等) 和药物咨询(DC) 的疗效 ,行为治疗组在治疗后 8 周和 16 周的戒断率分别为 68% 和 42% ,而 DC 组相应为 11% 和 5%。Higgins 等在另一个研究中 ,把患者随机分配到提供和不提供奖品两组 ,发现两组的完成 24 周治疗的比例分别为 85% 和 40% ,说明行为治疗对可卡因戒断和持续治疗是一种有效的方法。

3) 线索暴露治疗(cue exposure treatment) :它基于巴甫洛夫的消退模式 ,把滥用者暴露于引发药物渴求而又防止其真正使用药物的环境中 ,这样反复经历与药物有关的强化来消除对药物的渴求。线索暴露可配合放松技术、拒绝药物训练来促进条件反射性的对药物渴求的消退 ,它可作为预防复发训练的一个内容。有研究显示出它有令人鼓舞的结果 ,但要广

泛推广仍需进一步研究。

4) 厌恶疗法(aversion therapy) 把药物或酒的使用与不愉快的经历(如轻度的电击或药物导呕等) 联系起来的治疗方法 , 从而来消除不良的行为。有关这种治疗的对照研究结果不太一致。

(6) 心理动力学治疗 : 主要目的是帮助患者领悟潜在的心理冲突 , 寻求健康的方式来达到希望和目的 , 摆脱用成瘾药物满足愿望和需求的方式。由于这种治疗不是着眼于控制症状 , 治疗者没有指导患者建立应付技巧等 , 它不太适合于对药物依赖者的治疗。

支持表达疗法(supportive expressive therapy) 是一种经过修改的心理动力学定向的疗法 , 治疗者创造一种安全、支持性的关系 , 鼓励患者应付其他的不良关系。

个别人际间疗法(individual interpersonal therapy) : 它由 Klerman 等应用心理动力学原理 , 经过修改发展而成 , 包括规定、劝告、建议 , 着眼于解决目前人际关系的困难。

(7) 小组治疗 : 将药物滥用者组成治疗小组 , 在心理治疗师的引导、启发与帮助下 , 定期集会 , 采用各种心理治疗技术 , 促进精神活性物质的戒断和药物依赖者的康复。用于药物滥用者的集体心理治疗包括修改的集体心理分析疗法、集体人际间疗法、集体格式塔治疗、集体理性情绪化治疗、心理剧等。因为它是由有着同样问题的患者组成治疗集体 , 集体心理治疗有它独特的优势 : 可通过成员之间的交流与交往 , 产生一种共同归属感 , 能相互理解、认同和接受 , 这对于战胜因药物滥用而引起的孤独、羞耻、内疚等情感有重要的作用 ; 有利于理解药物滥用对他们生活的影响 , 加强对自己和他人的情感和反应的理解 , 学习更健康地交流他们的需要和情感等 ; 增进人际沟通能力 , 集体可提供积极的同伴压力 , 提供社会支持 , 树立乐观和希望 , 互相交流学习成功信息和经验 , 集体可提供模范作用 , 根据来自集体的信息反馈来调整自己的情绪和修正自己适应不良的行为 , 促进患者形成健康的行为方式 ; 定期参加集体治疗可使治疗者和其他成员注意到早期复发的症状 , 并采取相应的措施。

小组治疗的规模为每组 8 ~ 12 人 , 治疗频率为每周 2 次 , 每次 1h , 辅导员的功能为组织、引导、维持小组。小组技术 : 保持安全环境 , 保密、鼓励积极交流 , 做好联络工作 , 帮助成员保持在“此时此刻”。小组规则 : 非评判性接受他人 ; 愿意暴露自我 ; 所有成员参与 ; 尊重隐私 ; 认识小组的重要性 ; 寻求小组支持 ; 尊重他人 ; 愿意接受反馈。

(8) 家庭治疗 : 各种理论取向包括结构式、系统式、行为式等途径。家庭治疗在脱瘾一段时间后开始进行 , 它涉及到核心家庭成员、成瘾者的配偶(婚姻治疗)、同胞兄妹、所有家庭成员或主要社会支持人员。治疗师指导他们如何面对成瘾者以帮助他们康复 , 包括鼓励家庭支持成瘾者操守 , 向家人提供成瘾者有关药物的态度 , 要求家人督促成瘾者参加治疗或自助集体 , 支持成瘾者适应社会和工作 , 指导他们如何保持婚姻关系和相互交流 , 如何解决分歧 , 改善人际关系 , 如何与药物滥用的同伴接触等。家庭治疗是治疗青少年药物滥用的有效方法之一。

(9) 多维度家庭治疗(multidimensional family therapy , MDFT) : 是由美国 Howard 博士等于 1987 年创立 , 主要针对物质滥用的青少年。经过近 20 年的发展 , 已形成了一整套完整的理论、干预原则、干预策略和干预方法 , 并有具体治疗及培训手册。经 4 个随机对照研究结果显示 MDFT 可有效地改善青少年药物滥用和其他行为问题 , 提高学业和改善家庭功能。MDFT 在美国已得到广泛认可 , 美国国家药物滥用研究所(national institute of drug abuse , NIDA) 已把 MDFT 作为现代科学有效的治疗方法进行推广应用。

1) MDFT 的理论基础 :MDFT 以发展心理学和发展病理学为理论基础 ,认为青少年药物滥用的产生和发展的途径是多方面的 ,青少年药物滥用的后果也是多方面的 ,青少年药物滥用是在个体发展过程中适应和功能不良的一种表现 ,偏离了正常的发展道路。MDFT 的原则是促进青少年的各方面功能的正常发展 ,减少药物滥用和其他行为问题。MDFT 认为青少年药物滥用是通过许多“ 危险因素 ”和“ 保护因素 ”相互作用的结果 ,影响青少年正常发展、与产生药物滥用或其他行为问题有关的因素为危险因素 ,而保护因素是利于青少年健康发展、起保护和对抗危险因素的作用。MDFT 以有关青少年药物滥用“ 危险因素 ”和“ 保护因素 ”大量研究结果为依据 ,一方面评估和减少青少年药物滥用的“ 危险因素 ”,另一方面增强减少青少年药物滥用的“ 保护因素 ”。MDFT 吸收了家庭系统论的观点 ,认为青少年药物滥用与其生活成长的所有社会生活环境网络(个人、家庭、同伴、社区)有关 ,因此要同时或先后通过多种途径和机制、在不同的环境中来减少药物滥用症状和增加社会行为。

2) MDFT 的治疗方面 :MDFT 主要对产生和维持青少年药物滥用的 4 个方面进行干预 :
①青少年。②父母。③家庭环境和家庭关系。④与青少年及父母有关的家庭外系统 ,如学校、司法系统、同伴和社会支持网络。通过对这 4 个方面的评估 ,对各个案例进行个体化治疗 ,同时或先后改变与药物滥用及相关行为问题有关的内在、外在和环境因素 ,达到减轻药物滥用 ,改善青少年各方面社会功能 ,促进其健康发展的目的 ,表 19 - 2 列出了 MDFT 干预的主要方面和内容。

表 19 - 2 MDFT 干预的方面和主要内容

治疗方面	危险因素	MDFT 干预内容
青少年	疏远/孤立 学业差 不良同伴 疏远学校等社会机构 行为问题和犯罪	青少年建设性接触 与学校老师及有关人员合作提高学业、职业培训 加强父母的监督 ,避免不良同伴影响、同伴的干预 使其参加社会娱乐活动 ,俱乐部或课外活动 与司法部门配合 ,加强父母对其行为控制 ,对青少年进行应付愤怒和冲动控制训练
父母	治疗不投入 父母药物滥用 父母责任不够	与父母建立良好的治疗关系 鼓励动员其参加 AA、NA 等 加强父母监督 ,设置纪律、限制和适当强化
家庭内环境	父母应激、缺乏支持 家庭冲突与不和	为父母或其他家庭成员寻求社会支持 处理既往或目前的失望和冲突
家庭环境	交流缺乏 药物可获得性 贫穷	提高青少年和父母的交流技巧 ,在治疗过程中进行引导 ,增加相互交流 增加拒绝技能 经济援助、就业服务

MDFT 是在治疗室中进行 ,但是在某些应激情况下 ,也可以在青少年家中、学校或法庭等地点进行治疗。治疗形式包括 :对青少年、父母或其他家庭的个别治疗、家庭成员集体治疗、电话交谈治疗、HIV 预防小组活动、司法系统有关人员的治疗会议等。多维度家庭治疗的疗程一般为 5 个月左右 ,分 3 个阶段 ,治疗最初 1 个月的目标是与青少年、父母及家庭外系统建立良好的合作关系 ,对青少年药物滥用进行综合性多维度评估 ,了解青少年药物滥用、家庭环境和社会生活环境等情况。第二阶段 2 ~ 3 个月 ,以解决问题为主 ,促进青少年各方面功能的恢复 ,帮助青少年学习交流技能、应对应激 ,提供就业训练等 ,帮助父母学习如何

面对和帮助吸毒者,改善家庭关系,同时与学校、社区、司法系统等合作一起帮助吸毒者远离异常发展的道路。第三阶段约1个月,主要是强化在治疗中学习的观点、技能和行为生活方式,为现实生活做准备。

(10) 生活技能(life skills)训练:是指一个人有效地应付日常生活中的需求和挑战的能力,许多青少年开始使用药物和继续使用药物与生活技能缺乏有关,对青少年提供生活技能训练可预防青少年使用药物和预防复发,其内容有认识毒品,提高自信自尊,善用闲暇时间,应付不良情绪和压力,拒绝诱惑,如何说“不”,找出对你最重要的东西,如何交朋友等,对药物依赖者的预防复吸、帮助其形成健康的生活方式、适应社会有积极意义。

生活技能训练的辅导员是激发者和组织者,而非指导者,训练的形式以小组活动为主;内容灵活多样,以训练对象的需求为中心,生活技能训练强调小组参与性,强调重复和强化。生活技能训练的方法丰富多样,例如,讲解、示范、使用辅助材料、讨论、头脑风暴、问题树、反馈强化、游戏、姓名解释、聚类、鞋子、破冰活动等;各种小组活动;家庭练习;其他如娱乐活动、体育活动、体能锻炼、放松训练、冥想等。

(11) 自助小组:匿名吸毒者协会(NA)、匿名可卡因协会(CA)等自助组织一般都是类似于AA(匿名者戒酒协会)的12步程序,为康复期的药物滥用者提供定期集会的场所,为他们提供重要的支持,通过集体的力量帮助患者从依赖的药物中自拔出来。NA为那些前吸毒者和希望戒毒的人员提供集会场所,在同伴的帮助下,他们能相互支持和鼓励戒毒,并劝导其他人不要染上滥用药物的恶习,这种组织不仅为寻求治疗的人提供了动力,而且为前吸毒者进行重新整合提供了支持。定期参加这些自助组织,接受同伴的支持,以药物滥用对自己的危害及戒断后健康生活的益处,来反复提醒或鼓励自己,接受避免复发的建议等,保持操守和良好的社会功能。

(12) 疗后服务(aftercare):是康复程序的一个组成部分,指在初步的治疗和康复后,继续对患者进行各种心理社会干预,促进患者继续康复,保持和巩固所取得的疗效。在实施过程中,治疗的时间、地点、治疗的种类及治疗师都各自不同。一般是在门诊、中途宿舍或在开放的康复医院进行,疗后服务的时间有的固定在3个月、6个月或12个月,有的治疗时间较灵活。疗后服务包括集体治,或家庭治疗,心理咨询,个别心理治疗,参加各种自助组织等,这些方式可单独或联合进行,提供疗后服务的可能是心理学家或社会工作者。

(赵敏)

参考文献

1. 姜佐宁,万文鹏主编.药物滥用.临床.治疗.检测.管理.北京:科学出版社,1992
2. 张瑞敏,冯忠堂,张力群主编.海洛因等阿片类物质依赖的临床与治疗.太原:山西科学技术出版社,1999
3. 殷彬,陈中献主编.鸦片类毒瘾及并发症的诊治.汕头大学出版社,2000
4. Russell JM, Newman SC, Bland RC. Drug abuse and dependence. Acta Psychiatry Scand. 1994, 376 (suppl): 54 ~ 62
5. Paul CC, Lynne S. psychosocial treatment for drug abuse. Arch Gen Psychiatry, 1996, 53: 749 ~ 756
6. 赵敏,杨德森,郝伟.药物依赖的社会心理康复治疗,国外医学精神病学分册. 1998, 25(3): 155 ~ 159
7. Lowinson J. H, Ruiz P, Millm R. B, Baltimore. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Second Edition. New York: Williams & Wikins Press, 1992

8. NIDA/NIH monograph. Principles of drug addiction treatment : a research-based guide. NIH Publication No. 99 ~ 4180 , Printed October 1999
9. Eric F. Wagner & Holly B. Waldron. Innovations in Adolescent Substance Abuse Interventions. Pergamon , First edition , 2001
10. Liddle , H. A. , & Hogue , A. (2001). Multidimensional Family Therapy : Pursuing empirical support through planful treatment development. In E. Wagner & H. Waldron (Eds.) , Adolescent substance abuse. Needham Heights , MA : Allyn and Bacon

第三篇

儿童心理障碍相关问题

第二十章 优生与儿童心理健康

第一节 优生与遗传概述

一、优生学的概念和内容

1. 优生学的概念 优生,通俗的理解是出生健康的婴儿,这是广义的优生学。从医学意义上讲,是出生的婴儿应该健康,健康的体格、健康的心理和素质。不仅与遗传有关,与孕期、胎儿期的营养、感染、环境、全面保健等均有非常重要的关系。有些遗传病或先天性畸形是终生无法治愈的,比如智力低下问题,因此出生后必须尽早进行特殊教育和智力开发,但仍然只是使智力得到改善而不能彻底或根本改变。

美国学者认为:“遗传咨询—产前诊断—选择性流产”的程序是“新优生学”,优生便被赋予了“预防有先天缺陷婴儿出生”的含义,因此“预防性优生学”在世界各地被广泛接受,优生学的概念也抛开了人的整个健康活动,限定在“出生”这个意义上了。

优生学是一门综合性科学,应在社会、经济、文化、伦理的支持下,以预防性优生学为重点,以生物学、医学、环境学和遗传学为基础,采取遗传咨询、产前诊断、胚胎种植前遗传学诊断(在试管婴儿技术助孕治疗时进行)、选择性流产等方法,减少或杜绝某些遗传病或先天缺陷儿的出生,并积极关注孕期、围生期和新生儿期的保健以及婴幼儿的早期教育,以达到提高所出生人口素质的目的。还要为积极优生探索方法和积累资料,为将来人类控制创造条件。

2. 优生学的内容 优生学并没有统一的定义,因此,内容也难以真正的界定。一般认为,优生学包含了以下内容。

(1) 预防性优生学:是指预防不健康的、有遗传病或先天缺陷的婴儿出生,即减少残疾儿(包括身体残疾及智力残疾)的出生。这是一个大的概念,其中包括产前诊断、胚胎种植前的遗传学诊断、孕期营养保健等。产前诊断的概念是采用医学的手段,对出生前胎儿遗传病或先天畸形等疾病进行诊断,如果发现有遗传病或畸形等,应考虑进行选择性流产,以达到优生的目的。

(2) 积极优生学:是指对人类优良性状和基因给以巩固、延续、改进和发展,可以理解为人种改良,如进行基因治疗等手段可以预防某些疾病,改进某些积极的性状等。

(3) 早期教育:一般意义上的早期教育是学龄前的早期教育,具体为对出生后至3岁的儿童进行的智力开发。

二、遗传病概述和内容

1. 遗传病定义 遗传病(genetic disease , hereditary disease , inherited disease)是指生殖细胞或受精卵的遗传物质发生突变(或畸变)所导致的异常生理状态。通常有垂直传递和终生性的特征。

先天性疾病(或出生缺陷)指出生前或出生后即表现出来的疾病 ,虽多数因遗传而获得 ,但也可因妊娠期不利因素如病毒感染等因素所致。

家族性疾病是指有家族史的一类疾病。虽然许多遗传病有家族史(隐性遗传病可能没有家族史) ,但由于环境因素引起的某些疾病也呈“ 家族聚集现象 ” ,因为他们生活、居住的环境是一致的 ,有可能集中患某一种疾病 ,所以应区别这种“ 家族聚集现象 ”是由遗传因素还是由环境因素所引起。

2. 几个基本遗传概念

(1) 等位基因 :是位于同源染色体同一基因座上不同的基因形式称为等位基因 (allele)。

(2) 纯合体和杂合体 :如某个个体的一对等位基因彼此相同 ,如 RR、rr ,称为纯合体 (homozygote) ,如一对基因有显隐之分或不同时 ,如 Rr ,称为杂合体 (heterozygote)。

(3) 基因突变 :遗传物质的变化以及由其所引起的表现型改变称为突变。

(4) 表型 :某种可观察到的性状 称为表型。

(5) 基因型 :与表型相关的遗传基础 ,即基因组成 称为基因型。

(6) 显性基因和隐性基因 :显示性状的基因称为显性基因 ,一般用大写字母表示 ,如 A , R ,... 等 ,不显示性状的基因称为隐性基因 ,一般用小写字母表示 ,如 a ,r ,... 等 ,相对应的基因 a 对 A ,r 对 R 是隐性基因等。如果 A 代表显性基因 ,a 代表隐性基因 ,那么杂合体 (Aa)应表现出显性性状。

3. 遗传病的分类、遗传方式和遗传异质性 一般将遗传病按其病因分为三种类型 :染色体病、单基因病和多基因病。近十几年有人提出遗传病还应包括另外两种类型 :体细胞遗传病和线粒体遗传病。按照遗传物质的突变方式及传递规律进行如下分类(图 20 - 1)。

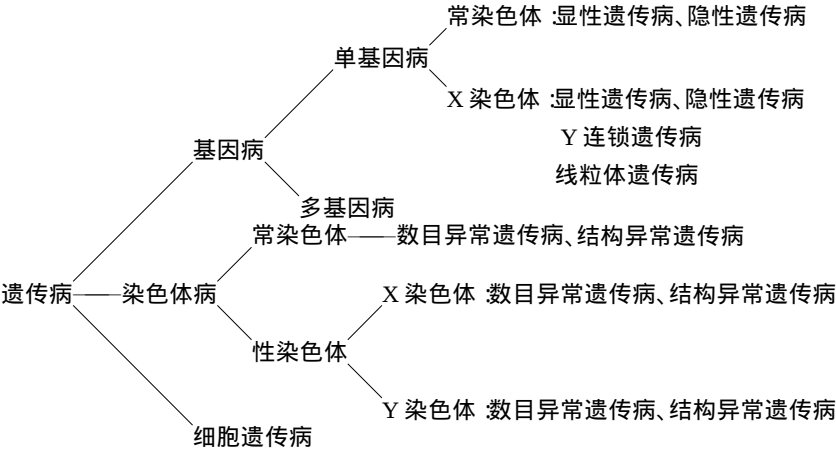


图 20 - 1 遗传病的分类

(1) 染色体病 :是由染色体的数目或结构异常引起的疾病。

(2) 单基因病 :是由单个基因突变所引起的疾病。其传递方式符合孟德尔遗传定律 ,故也称为孟德尔遗传病。

(3) 多基因病 :受微效基因(对该遗传病形成的作用较微小的基因)控制和环境因素的双重影响而造成疾病。

(4) 遗传方式 :分为单基因遗传方式和多基因遗传方式。

(5) 遗传异质性(heterogeneity) :有些疾病临床症状相似、甚至相同 ,但病因不同或具有不同的遗传基础 ,称为遗传异质性。它是遗传病中的一个很重要的概念。基因型相同 ,表现型可能都相同 ,表现型相同 ,基因型未必相同。

4. 单基因遗传病 又称单基因病 ,主要有以下几种。

(1) 常染色体显性遗传病 :某种疾病 ,其基因位于常染色体上 ,其遗传方式是显性的 ,称为常染色体显性遗传病。人类有 4 500 种左右 ,Huntington 舞蹈病属于常见的常染色体显性遗传病。其特点为 :①患者双亲之一是患者 ,提示先证者(家系中首次确诊的患者即先证者)的致病基因是由亲代传来 ,并可由他传递给下一代。如果患者的双亲无病 ,提示这可能是新发生的突变。②患者同胞中 $1/2$ 将会发病 ,男女发病机会均等。③正常的个体 ,其子女不发病。④杂合子患者的子女有 $1/2$ 将发病 ,其患病的子女又有 $1/2$ 的可能生出有病的孩子。因此 ,可在一家几代中连续传递。

(2) 常染色体隐性遗传病 :某种疾病的致病基因位于常染色体上 ,其传递方式是隐性的 ,即称为常染色体隐性遗传病。人类约有 1 700 种。其特点为 :①患者双亲都无病 ,但都是肯定的携带者。②患者同胞中将有 $1/4$ 的个体可能患病、男女发病机会均等。③患者子女中 ,一般不发病 ,所以看不到连续传递 ,多为散发的病例。近亲婚配时 ,子代发病机会较高。

(3) X 连锁遗传病 :致病基因位于 X 染色体、并随 X 在上、下代之间传递而引起的疾病 ,故称为 X 遗传病或伴性遗传病。现已认识的有 412 种。

(4) X 连锁隐性遗传病 :致病基因位于 X 染色体上 ,其传递方式显隐性 ,女性杂合时不发病 ,即称为 X 连锁隐性遗传病。

(5) X 连锁显性遗传病 :致病基因位于 X 染色体上 ,其传递方式呈显性 ,杂合时即可发病 ,故称为 X 连锁显性遗传病。

(6) Y 连锁遗传 :决定某些性状或疾病的基因位于 Y 染色体上 ,并随 Y 染色体传递 ,只要 Y 染色体上有此基因 ,即可表现相应性状 ,故称为 Y 连锁遗传。

5. 多基因遗传病 是由多对微效基因共同作用 ,并受环境因素影响而引起的疾病。某些常见神经系统和精神心理疾病 ,如神经管缺陷、精神分裂症等都是多基因遗传病。

(1) 易感性(susceptibility) :在多基因病中 ,若干微效基因的累加作用 ,使带有这些致病基因的个体有患病的遗传基础。这种由遗传素质决定的患病风险称为易感性。所以易感性仅指个体的遗传素质。

1) 易患性(liability) :在多基因遗传病中 ,由遗传基础和环境因素共同作用决定一个个体患病可能性的大小 ,则称为易患性。易患性低 ,患病可能性小 ;易患性高 ,患病可能性大。

2) 发病阈值(threshold) :当一个个体的易患性高达一定水平时 ,即达到一定限度时即

将发病,这个限度称为阈值。阈值代表在一定环境条件下,发病所必须的、最低的易感基因的数量。

3) 群体发病率:一个群体连续分布的某遗传病的易患性变异被阈值划分为两个部分,一部分是正常个体;另一部分是患病个体。患者与群体总人数的比率即为群体发病率。

(2) 遗传度(heritability):在多基因遗传病中,易患性高低受遗传基础和环境因素的双重影响,其中,遗传基础所起作用的大小即称为遗传度或遗传率(或遗传力),一般用百分率(%)计算。如果某种遗传病全部由遗传基础决定,其遗传度就是100%。在遗传度高的疾病中,遗传度可高达70%~80%;在遗传度低的疾病中,遗传度可仅为30%~40%。临床常见的精神分裂症就是多基因病,其遗传度可高达80%。

(3) 多基因病的遗传特点:发病有家族聚集倾向;一级亲属亲缘系数相同,均为1/2,有相同的发病风险;随着亲属级别的降低,患者亲属的发病风险迅速降低;近亲婚配时,子女的发病风险也增高;发病率有种族的差异。

6. 确定遗传病的方法 主要通过下列方法确定遗传病。

(1) 群体普查法:指对一定人群进行某病性状或发生频率的普查。其目的是了解发病率和致病基因的频率,确定预防和治疗对策,筛选某种遗传病,特别是隐性杂合子携带者,结合家系调查判断某病是否与遗传因素有关。

(2) 家系调查法:即在同一疾病患者和各级亲属中进行发病率的调查分析,以判断该病是否与遗传有关。

(3) 系谱分析法:是最常用的方法,其基本程序是先对疾病患者家族成员进行调查→将家族各成员相互关系和发病情况绘制成家系图→根据孟德尔定律对各成员进行分析→最后。①判断某病是单基因病还是多基因病。②确定具体的遗传方式。③探讨遗传的异质性。④用于发病风险的估计。

(4) 双生子法:双生子分为单卵双生子(MZ)和双卵双生子(DZ)。观察比较MZ和DZ中某种疾病或某症状发生的一致性,一般用发病一致率或同病率表示,可以估计遗传或环境因素对疾病发生所起作用的大小。

(5) 种族差异比较:观察不同种族某疾病性状的差异,可以判断疾病是否是由遗传引起的。

(6) 疾病组分分析:对比较复杂的疾病,将其分析成不同的组分进行分析,以明确遗传因素的作用。

(7) 伴随性状研究:如果某一疾病经常伴随某一已经确定由遗传决定的性状或疾病出现,则说明该病与遗传有关。

(8) 动物模型:作为确定遗传病的辅助手段。因人的生命周期长、子代数目较少,使得某些疾病的病理性状难以观察分析,此时可利用自发或人工诱发产生的遗传病动物模型进行研究。

(9) 染色体分析:是确定遗传病的极为重要的内容,广泛用于临床实践和遗传病研究。

(10) 离体细胞研究:是分子遗传学的重要方法和手段,对遗传病的确定有重要的价值。

第二节 遗传与儿童心理健康

一、遗传与精神发育迟滞

（一）遗传与智力

人的心理和行为特征是最重要的,也是最为复杂的性状,受遗传和环境双重因素的影响。人所共知,遗传因素是先天因素,无法改变。人出生时,无论其心理特征还是行为特征,遗传因素都为其准备了后天发展的基础,对人的智力甚至是未来的发展而言,是遗传因素还是环境因素起决定作用似乎一直是教育家们争论的问题。

智力也称智能,是人对周围环境事物认识、反应和处理的能力。智力是一种连续变异的性状,只有高低的差别没有有无的区分。智力高低的表现是由基因和环境共同作用的结果。经研究表明,人的某些初级智能比另一些初级智能更可以遗传,遗传力由大到小的顺序大致是:空间分析、词汇、流利的词语、简单数学计算速度和推理。记忆力受遗传因素的影响较小。通过对智力功能的分解,可以找出环境因素起主要作用的功能组分,从而可对婴儿进行有目的、有计划的智力开发、教育和培养。

（二）遗传与精神发育迟滞

人的智能是多基因控制的数量性状,受 600 多对基因(且不等值)控制,在人群中,智能的高低呈常态分布,99%的人在 70~130 之间。IQ 低于 70 以下即为智力低下,即精神发育迟滞(mental retardation,MR)。

MR 是由染色体病、单基因和多基因遗传或环境因素共同作用所引起,指 18 岁前各种原因引起的中枢神经系统发育受阻,以智力低下和社会适应能力缺陷为主要表现的综合征。依据智商(IQ)将其分为轻度(IQ 50~69)、中度(IQ 35~49)、重度(IQ 20~34)、极重度(IQ<20)。

引起精神发育迟滞的原因有 100 多种,出生前病因所致的 MR 程度较严重,其中遗传性疾病占 40% 左右,其他依次为胎儿宫内发育迟缓、早产、多发畸形、宫内窒息、妊娠高血压综合征、各种中毒、宫内感染等;产时病因占约 14% 左右,其中窒息占 71%;其次为颅内出血、产伤等;出生后病因(包括社会心理文化等因素)占 42% 左右。

在引起 MR 的遗传病中,染色体病占 37%,先天性代谢性疾病占 20%,遗传综合征占 7%,其他遗传病占 36%。表 20-1 和表 20-2 列出了导致精神发育迟滞的染色体病、先天出生缺陷及分子病。

表 20-1 导致精神发育迟滞的染色体病

染色体数目异常	XXXXY	7p ⁺
21 三体(先天愚型,Down 综合征)	XXY(Klinefelter 综合征)	8q ⁺
18 三体(Patau 综合征)	XXY	9p ⁺
14 三体	染色体结构异常	11p ⁺ 11q ⁺

对照组,其他精神障碍的患病率也较对照组为多。另一组寄养子研究显示,患精神分裂症的寄养子,其生身父母家族的一二级亲属中精神分裂症患病率明显高于其养育父母家族的一二级亲属患病率。这些结果表明遗传因素是精神分裂症的重要决定因素,甚至也有人认为,精神分裂症是一种遗传病。如果按照遗传学的原理进行理论分析,MZ的精神分裂症同病率应达到100%,但事实上所有的有关MZ的精神分裂症研究,同病率均未达到100%,表明虽携带同样的遗传基因,但环境因素对其发病与否的影响也是不容忽视的。

2. 遗传方式 在各种遗传病的诊断、风险估计、预防和治疗过程中,明确遗传病的遗传方式是十分重要的。因为遗传方式可以使我们预测估计其发病的概率,避免遗传病的发生。

精神分裂症的遗传方式不十分清楚。研究者几乎提到了所有的遗传病的遗传方式,如隐性遗传、显性遗传、显性但其杂合子的外显率减低、双基因遗传、多基因遗传等,研究结果有较大的差异。

3. 临床类型、疾病谱与遗传异质性 精神分裂症有不同的临床类型,但并没有发现各种类型其独特的遗传规律。另一方面,不论是家系调查、双生子研究或寄养子研究都发现在精神分裂症的近亲中“分裂样”精神障碍患病率明显增高。提出了“精神分裂症病谱”的概念,用以概括这些轻重不等、表现不同、不典型的精神障碍,并在精神分裂症的遗传学研究中广泛使用。

许多临床研究发现,精神分裂具有一定的遗传异质性,其主要的证据为某种特异性基因产物或基因座位可与精神分裂症的某一类型关联而不与其他类型关联。如果没有可以肯定的遗传方式进行谱系分析,利用临床生物学特征也可区别出一种亚型,如果这一亚型只适合某种遗传方式,而不适合其他遗传方式,也可作为遗传异质性的证据。

三、遗传与性感性障碍

情感性障碍(affective disorders)又称躁狂抑郁症(manic-depressive disorders),是一组以原发性心境异常为主要特征的精神障碍。表现为情绪持续高涨或低落,可间歇发作或交替出现,并伴有相应的认知、精神运动和心理生理改变。

躁狂症多有家族史,女性发病多于男性。各种遗传学研究方法均证明遗传因素是躁狂症发病中最重要的因素,其遗传方式尚不十分清楚,认为主要有:①显性基因不完全外显。②X连锁遗传。③多基因遗传。④遗传异质性等。

躁狂症常与其他异常行为相伴,如自残行为等。双生子及寄养子研究显示了其遗传因素的重要性。

第三节 优生与遗传咨询

遗传咨询是由咨询医生或其他专业人员与咨询者就其遗传病的个体或家庭中发生或复发风险的信息进行交流的全过程。其目的是提供该病的遗传信息,探讨该病的个体后果,为有风险的夫妇提供相关信息,以利他们做出有根据的生育决策。这一过程是由训练有素的专业人员完成,从而帮助个人或家族:①了解该疾病的相关医学信息,如诊断、治疗及预后情

况。②评估该疾病的遗传方式和在亲属中再发的风险。③探讨处理再发风险的各种方法和各种途径,并依据其患病风险、个体或家族目标等情况制定相应的决策和措施,做出最佳的方案调整。

优生咨询的概念更加广泛,咨询内容不仅包括各种遗传病及其再发风险,而且也包括营养、环境、围生期保健等问题,因而涉及妇产科、小儿科、遗传学等多学科工作者。一种遗传性疾病或遗传度较高的疾病,在婚前、孕前和孕期各阶段都要进行咨询,这样才能真正做到优生优育,确保生育一个身体和心理都健康的婴儿。

一、优生与遗传咨询的指征

精神发育迟滞或出生缺陷可发生于单基因病或染色体病,是遗传与环境共同作用的结果。对咨询者进行遗传方面的诊断性评估和遗传咨询是处理患者的重要部分,对孕前或孕期发现有致胎儿畸形的因素可使相关人员做出生育决策。高龄产妇是指年龄超过 35 岁的产妇,其伴发 Down 综合征和其他三体的风险明显增加。某些药物,如用于治疗囊性粉刺的维甲酸衍生物可以致胎儿畸形等,因此均应该进行优生与遗传咨询。

常见的优生与遗传咨询指征如下:在患者或家族中存在已知和可疑的遗传病或已确定为遗传缺陷携带者;精神发育迟滞,出生缺陷史;高龄产妇或孕期胎儿异常者;近亲婚配;接触致畸因素;反复流产、死产、死胎、不良分娩史;心理障碍病史。

优生与遗传咨询能使一些个体、家庭或家族生育健康婴儿,对一个群体而言,应在群体筛查的基础上开展前瞻性优生与遗传咨询,以更有效地预防群体中遗传病、先天缺陷、精神及行为发育障碍等疾病的发生。

二、优生与遗传咨询的步骤

1. 明确咨询者所咨询疾病的性质 这是咨询的基础,咨询医生应对咨询者的疾病进行全面的诊断、分析与必要的检查,以明确该疾病的性质。这说起来好像很简单,事实上有时难以做到。如对临床上常见的精神发育迟滞,彻底分析其类型和病因并不容易。对于一些较罕见的单基因病,咨询医生应先查阅一些图书资料,然后再结合症状、体征及各种辅助检查进行诊断。

在此需特别注意,对某疾病先证者的诊断记录等疾病资料进行核实是非常必要的,否则,对现在疾病的遗传评估、再发风险评估便会不准确,最后可能对咨询者进行误导。

2. 如何获取家族史 一般来讲,某种疾病的“现病史”、“既往史”、“个人生活史”,或按照医学常用的步骤进行“系统回顾”并不难,很容易做到,但最重要的是“家族史”。这里我们应区分是真正由遗传因素引起的还是由环境因素引起的“家族聚集现象”。可通过对某种疾病在患者各级亲属的发病率与一般群体发病率进行比较,从而判断该疾病与遗传及环境的关系。

如果某病与遗传有关,则患者亲属的总发病率应高于一般群体发病率或对照的非患者亲属发病率。而且不同的血缘关系表现为不同的发病率:一级亲属 > 二级亲属 > 三级亲

属 > 一般人群。一级亲属为父母、同胞、子女 ; 二级亲属为祖父母、孙子女、叔舅姨姑、侄甥 ; 三级亲属为堂表兄妹、曾祖父母等。

由于同一家庭成员往往生活在同一环境里 , 这些环境因素也可能使有些疾病呈现家族聚集现象 , 所以应区别环境因素与遗传因素对亲属发病率的影响 , 可以采用下列方法 : ① 比较血缘亲属和非血缘亲属的发病率 , 如果非血缘亲属发病率高于血缘亲属 , 说明该疾病与环境因素有关 , 反之亦成立。② 对患者而言 , 如果是寄养子女 , 可以调查养母所生子女的发病率及生母其他子女 (即患者同胞兄弟姐妹) 的发病率 , 根据发病率的高低分析患者是否患有遗传疾病。

在临床上 , 当发现某疾病有“家族聚集现象”时 , 咨询医生常常忽略遗传的异质性和临床症状的相似性而没有进行进一步的鉴别诊断 , 这不仅可能会对患者进行错误的指导 , 如果是可以避免的环境因素所致 , 而且可能会使患者失去生育机会。如果将由于遗传因素引起的真正的“家族聚集现象”误解为环境因素所致 , 则仍然不能依据遗传学的原理 , 对疾病进行再发风险的评估 , 降低了咨询的价值 , 不能给患者真正的帮助。因此 , 获取家族史的关键是应首先询问的病例或患者相同或相关的疾病 , 而不是列出患者“家族倾向”的疾病 , 如果获得了“这个病人的疾病有家族倾向”的印象 , 也应该进行遗传因素和环境因素的鉴别。

3. 遗传方式的确定 利用各种方法如群体调查、家系调查、系谱分析、染色体分析等方法以确定遗传病的遗传方式。应注意下列几点 : ① 某些遗传病存在着不同的遗传方式 , 因此要考虑遗传异质性问题而进行鉴别。② 有时遗传病和非遗传病的症状相似 , 要注意加以鉴别。③ 有一些显性遗传病显现不规则的显性或延迟显性 , 必要时可考虑进行第二次咨询。④ 环境因素会导致某些基因的突变 , 因此要区分这种突变的时间 , 是遗传还是后天突变 , 对预测复发风险率有较大帮助。

4. 遗传病复发风险率估计 复发风险率是指某一种在患者同胞和患者子女中再出现这种疾病的危险 , 是优生与遗传咨询的重要内容。

(1) 染色体病发病风险的估计 : 染色体病大部分是由亲代生殖细胞在形成过程中发生畸变所致 , 小部分是源于双亲之一是平衡易位或倒位携带者 , 还应考虑致畸因素接触史。

夫妇双方核型正常 , 已生过染色体数目异常的患儿 , 其再生子女的复发风险率并不高于或稍高于一般群体。一般来说 , 对于已生育过一个完全三体患儿的双亲来说 , “偶然”再发的风险为 1% ~ 2%。

夫妻均为同源染色体的平衡易位、整臂易位和插入易位携带者 , 一般不可能生育出正常的后代 , 只能形成部分三体型和部分多体型患儿。

夫妻一方为非同源染色体的平衡易位、整臂易位和插入易位携带者或夫妻一方为臂间或臂内倒位携带者 , 出生后代中 1/4 正常 , 1/4 携带者 , 1/2 为部分三体和部分多体患者。

双亲之一核型为嵌合体时 , 则再生患儿的风险率一般可用下式计算 : $P = X / (2 - X) / K$, P 为风险率 , X 为三体细胞的百分数 , K 为常数 , 通常为 2。

某些染色体病如 21 三体、13 三体和 18 三体综合征的发病风险率与孕妇的年龄有关 (表 20-3)。

表 20-3 孕妇年龄与 21 三体关系

孕妇年龄(岁)	21 三体发生率
15 ~ 19	1/1 850
20 ~ 24	1/1 600
25 ~ 29	1/1 350
30 ~ 34	1/800
35 ~ 39	1/250
40 ~ 44	1/100
45 岁以上	1/50
平均	1/650

- (2) 单基因病发病风险的估计 :
- 1) 基因型明确的单基因病 : 应按不同的遗传方式进行推定。
- 2) 常染色体显性遗传病 : 如遗传病的外显率(是指一定基因型个体形成一定表型的百分率)100% , 若生育一胎患儿后 , 以后再生复发风险仍为 1/2 ; 若外显不全 , 则子女患病概率为 1/2K(K 为外显率)。若双亲均为杂合子患者 , 则子代复发风险为 3/4 ; 新发突变的患者 , 子代复发风险率为 1/2 , 但其弟妹再发风险率则不高于一般群体。
- 3) 常染色体隐性遗传病 : 父母双方均为携带者时 , 子女有 1/4 的概率发病 ; 若双亲之一为患者 , 配偶为正常的纯合子 , 则子女有 1/2 的复发风险率 ; 患者的配偶如为同类疾病患者 , 则子代通常均会发病。
- 4) X 连锁隐性遗传病 : 如父母表型正常已生一男性患者 , 则以后弟弟的复发风险率为 1/2 , 妹妹不发病 ; 如男性患者 , 则子代都不发病 , 但其外孙复发风险率为 1/2。
- 5) X 连锁显性遗传病 : 如母亲为杂合患者时 , 子女复发风险率均为 1/2 ; 如父亲是患者时 , 儿子全正常 , 女儿则全部患病。
- 6) 基因型未明确的单基因病 : 多用 Bayes 法进行计算。

(3) 多基因病发病风险的估计 : 在大多数多基因病中 , 其群体发病率为 0.1% ~ 1% , 遗传度为 70% ~ 80% , 在一个家庭中 , 患同一种多基因病的人数越多 , 说明该家系成员具有的易患基因越多 , 再发风险就越高 ; 病情严重程度不同 , 其再发风险也不同 ; 某些多基因病 , 其易患性的阈值存在性别差异 , 所以 , 其群体发病率也有性别差异。多基因病复发风险估计见表 20-4 精神分裂症患者亲属患精神分裂症的预期发病率见表 20-5。

表 20-4 多基因病复发风险估计

双亲患病数		0			1			2		
群体发病 率(%)	遗传度 (%)	患者同胞数			患者同胞数			患者同胞数		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2
1.0	100	1	7	14	11	24	34	63	65	67
	80	1	6	14	8	18	28	41	47	52
	50	1	4	8	4	9	15	15	21	26
0.1	100	0.1	4	11	5	16	26	62	63	64
	80	0.1	3	10	4	14	23	60	61	62
	50	0.1	1	3	1	3	9	7	11	15

表 20－5 精神分裂症患者亲属患精神分裂症的预期发病率

亲缘关系		预期发病率(%)	亲缘关系		预期发病率(%)
父母		4.38	伯叔姑舅姨		2.01
兄弟姊妹		8.51	异父或异母兄弟姊妹		3.22
父母无精神分裂症者		8.24	侄(女)、甥(女)		2.25
父母患精神分裂症者		13.79	(外)孙子(女)		2.81
子女		12.31	亲堂(表)兄弟姊妹		2.91
双亲均患精神分裂症者		36.60	一般居民		0.86

表 20－6 和表 20－7 分别列出了精神分裂症的遗传咨询表和常见多基因遗传病遗传咨询表和躁狂抑郁症的遗传咨询表。

表 20－6 精神分裂症遗传咨询表(表内为生育子女患病概率%)

父母患病人数 患病子女数			0				1			2	
			0	1	2	0	1	2	0	1	2
祖、外祖父母 正常											
正常 人数	患病 人数	子女 数									
4	0		0.37	3.04	7.91	3.38	8.99	15.44	18.46	24.78	30.53
3	1	0	1.17	5.34	11.17	4.73	11.08	17.80	23.25	29.49	34.95
2	2		3.32	9.24	15.84	11.13	18.56	25.28	28.68	34.69	39.78
4	0		0.36	2.89	7.42	3.18	8.35	14.30	17.03	22.89	28.31
3	1	1	1.13	5.01	10.43	4.42	10.24	16.46	21.35	27.21	32.43
2	2		3.11	8.57	14.66	10.20	17.03	23.32	26.26	31.99	36.95
4	0		0.35	2.76	7.00	3.01	7.81	13.34	15.83	21.28	26.39
3	1	2	1.08	4.72	9.74	4.15	9.53	15.32	19.76	25.26	30.24
2	2		1.94	8.00	13.66	9.43	15.74	21.64	24.22	29.65	34.45

表 20－7 躁狂抑郁症遗传咨询表(表内为生育子女患病概率%)

父母患病人数 患病子女数			0				1			2	
			0	1	2	0	1	2	0	1	2
祖、外祖父母 正常											
正常 人数	患病 人数	子女 数									
4	0		0.003	2.91	9.09	3.36	11.16	19.69	38.63	43.14	47.10
3	1	0	0.64	5.62	12.97	4.24	12.71	21.50	43.34	47.48	51.06
2	2		3.43	11.35	19.27	16.17	25.47	32.92	48.15	51.91	55.11
4	0		0.091	2.73	8.40	3.09	10.09	17.86	35.79	40.13	44.02
3	1	1	0.61	5.18	11.90	3.86	11.43	19.44	40.17	44.25	47.84
2	2		3.15	0.33	17.66	14.38	22.93	30.05	44.66	48.45	51.76
4	0		0.083	2.57	7.82	2.87	9.21	16.33	33.38	37.53	41.30
3	1	2	0.58	4.81	11.01	3.56	10.40	17.73	37.43	41.39	44.94
2	2		2.91	9.49	16.27	12.94	20.81	27.58	41.59	45.35	48.68

5. 遗传咨询应提供给咨询者的信息 遗传咨询要求咨询医生对咨询者提供一些与疾

病关系较密切的信息,要求咨询医生熟悉遗传学原理、了解遗传病的群体资料、会查阅有关遗传病的工具书等,只有这样才能为咨询者提供真正的疾病相关信息。

(1) 向咨询者解释说明风险和再发风险的概率的概念:许多咨询者对概率的概念并不十分清楚,导致对医生提供的信息进行错误的理解。如常染色体隐性遗传复发风险为 25% ($1/4$),可能会理解为,已生了一个有病的孩子,以后再生三个孩子都应该是正常的了。这时,咨询医生进一步解释概率的真正含义,再生育一个有病的孩子的可能性仍然是 25% ($1/4$)。对已生育一个常染色体显性遗传性疾病孩子的人,再生育该病孩子的可能性仍然是 50% ($1/2$)。

对多基因遗传病的复发风险,也应如此理解。如一方为精神分裂症患者的夫妇,其子女患精神分裂症的概率为 12% 左右。在一百对生育一个患有精神分裂症子女的这样夫妇中,若再生第二个孩子时有几个再患精神分裂症? 答案是每对夫妇生育的第 2 个孩子精神分裂症的复发率仍为 12% 左右。

(2) 疾病对患者和家庭的影响:在遗传咨询中,除了考虑复发风险外,还应考虑疾病的严重程度,可分为三级:第一级,患者丧失自主生活能力和工作能力,如重度精神发育迟滞等;第二级,患者有生活能力和一定的工作能力,如精神分裂症等;第三级,对患者健康有一定影响,但不影响生活能力和工作能力,如轻度精神发育迟滞、轻度情感障碍等。

遗传病再发风险的预测是优生与遗传咨询中的主要内容,但不是全部。咨询医生应充分了解疾病对患者和家庭造成的临床、经济、社会影响,特别值得提出的是,疾病对患者及其家庭成员的心理方面的影响。因此,对遗传病的咨询必须包括对其自然病史、临床处理、疾病的预后及心理、经济等问题的咨询与交流。

如轻微的人格障碍,在精神分裂症和情感性障碍的家系中发病率较高,遗传对其发生有重要影响,但无论其再发风险多大,对患者及家庭造成的影响相对都较小。相比之下,对生有 Down 综合征患儿的再发风险仅为 1%,应该说风险很低,但对患者及家庭的影响是巨大的。因此,咨询医生对咨询者一定要传递疾病的性质和影响方面的信息。

(3) 改变疾病的影响:虽然一般意义上讲,遗传病的治疗相对较难,但随着医学科学的发展,一些特殊的治疗和遗传实验技术可以改变它的影响和再发风险。如 Down 综合征,可以通过辅助生殖技术(一般可以通俗地理解为试管婴儿技术)将其筛选掉,只种植健康的胚胎,这样就可以避免 Down 综合征患儿的出生。也可以借助其他健康男性精子或女性卵子生育健康孩子等信息也应该提供给咨询者。

6. 精神发育迟滞遗传咨询举例 一对夫妇生了一个智力低下的孩子,前来进行遗传咨询,问了以下问题:我能不能再生孩子,如果再生是否还会智力低下? 目前这个孩子能否治疗? 怎样治疗?

在遗传咨询中,有关智力低下的咨询几乎占到一半以上。智力低下的形成原因是多方面的,有先天的遗传因素的作用,也有后天的疾病和环境因素等多方面的作用。

首先要明确原因。引起智力低下的原因很多,了解孕期保健、分娩史、家族史,然后对患者进行体格检查和智能测验,并根据需要进行染色体检查或生化检查,以明确智力损伤的程度、并发的异常及引起智力低下的原因。引起智力低下的原因大致可分为染色体异常、单基因病、多基因病和环境因素四大类。染色体病及单基因遗传的智力低下的复发风险可按染色体病及单基因病复发风险估算。多基因病引起的智力低下的复发风险估算,主要依家系

中的患病人数及病情程度来估算。

双亲智力正常 ,患儿为同胞中惟一患者 ,则下次妊娠的复发风险 <5% ；

如已有两个患儿 ,或患儿为同胞中惟一患者 ,但父(母)亲同胞中有一名患者 ,则患儿同胞的复发风险 >10% ；

如患者双亲之一为智力低下 ,则患儿同胞的复发风险率为 25% ；

双亲中一方为智力低下 ,如患者为男方 ,则子代发病风险 <10% ,如患者为女方 ,则子代发病风险 >10% ；

双亲都为智力低下者 ,则子代的复发风险率大为增加 ,可大于 40%。

环境因素引起的智力低下包括 胎儿期的宫内感染、X 线照射、母亲的全身性疾病、母亲的营养缺乏和分娩及出生后的因素 ,如分娩时的产伤、产程缺氧、生后感染、婴儿期脑炎、中毒、内分泌失调及新生儿营养不良等 ,另外还有社会心理因素。这种情况下所致的智力低下的再发风险率等于群体发病率。

为避免儿童在大脑发育定型后造成的不可挽回的影响 ,对智力低下进行早期确认和矫治是十分重要的。这是因为 1~4 岁是大脑发育的重要时期。对许多疾病 ,如能出生后早期诊断 ,及早开始饮食控制治疗或药物治疗 ,可收到较好的疗效 ,可使患儿达到基本正常的智力水平。

第四节 孕期保健与儿童心理健康

一、胎儿发育的特点

1. 胎儿器官形成的致畸敏感期 一般来讲 ,胚胎形成规律是这样的 :细胞和组织分化前期 ,指受精卵形成至胚胎着床后第 14 天这一阶段 ,此阶段对致畸原不敏感 ;受精后 3 周进入胚胎期 ,3~10 周是胚胎各器官系统的形成时期 ,三个胚层定向分化形成特定的器官或组织。在妊娠的第 3 月末 ,除生殖器官尚未完全分化完毕外 ,外观形态上已形成完整的胎儿个体。在器官形成期这个阶段 ,胎儿各胚层分化过程对外界的致畸因素很敏感 ,可以称为高度敏感期 ,如果存在有害因素 ,极易引起胎儿畸形。

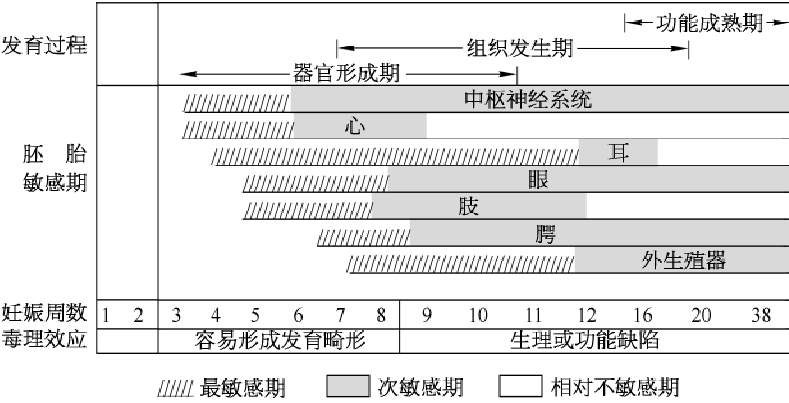


图 20-2 胎儿各器官的分化

胎儿各器官分化的时间有一定的顺序和规律性,致畸因素(或称致畸原)在不同的时间存在,会出现不同的畸形(图20-2)。如胚胎分化早期,心脏最早受到影响,之后是四肢和眼睛等。

2. 少数器官发育期 妊娠的第3个月末,各器官系统的分化已基本完成,以后随着胎儿的长大,对致畸原的敏感性逐渐下降,一般不再引起胚胎的畸形。但生殖器官的分化尚未完成,中枢神经系统的分化也在继续,如果致畸原持续存在,有可能还会出现生殖或神经系统等少数器官的异常。

对这个时期的胎儿生理机能的发育和完善应充分关注,尤其是中枢神经系统,由于其敏感期最长,可以从受精后3周开始一直至胎儿娩出。在妊娠的中期和后期,如果存在有害因素的影响,最容易导致胎儿宫内发育迟缓、精神发育迟滞、低体重儿或生后婴儿的行为发育异常等。

3. 大脑的发育 在精卵结合即受精后第4周,胚胎的脑部已可以区分出脑的最初形态,以后逐渐发育,脑细胞的数量逐渐增加,结构渐向成熟方向分化,直至妊娠的第6~7个月脑才开始走向成熟期。

胎儿至婴儿期,脑细胞生长有两个高峰:第一个高峰在胚胎发育的第10~18周,主要是脑细胞数量的增加,到第23周时,脑皮质的六层结构均已定型;第二个高峰是在出生前3个月至出生后1年左右,主要是脑细胞本身的生长。

随着胎儿大脑的发育,在数量增加的同时,细胞的内部结构进一步分化,在细胞内部出现了与细胞代谢有关的酶,如胆碱酯酶,其出现标志着神经系统成熟的开始,它在细胞的含量可作为器官系统功能活动的衡量标准。在整个胚胎发育过程中,脑细胞变化的同时,其生理功能也同时建立起来。形态的发生与功能的出现是相互影响密不可分的。脑细胞数量多少和细胞内部分化是否完善,严重地影响着智力的发展。

二、孕期保健与儿童心理发育

1. 营养保健与儿童心理发育 儿童心理发育的健康取决于身体发育的健康,后者是前者的基础。许多影响健康的因素都与其出生前即胎儿期的营养健康状况有密切关系。胎儿在子宫内的生长发育,需要有足够的热量与营养素供给,这全部来自于母体。在妊娠的最初3个月,孕妇的营养状况对胎儿细胞的分化与骨骼的生长有直接影响,3个月至出生前,子宫内能量及营养素的供应,则决定着胎儿的营养、体重和体质、免疫力的强弱,各种蛋白质、核酸及一些辅助营养素的供给非常重要。所以要想让孩子有一个健全的大脑、聪明有智慧,应从准父母开始至婴儿出生后,按大脑的发育规律进行合理的营养和保健,以保证足够的大脑所需营养物质的供给。

如果热量与蛋白质的摄入不足,可致胎儿生长发育低下,所有器官与组织分化较差,同时大脑的发育也受到影响,即营养不良对胎儿脑发育的阻遏作用,主要表现为脑神经细胞数目减少、脑重量下降、脑的酶含量下降等,尤其是在脑细胞生长的高峰期,这种阻遏一旦发生,以后难以弥补,或者说这种阻遏几乎是不可逆的(因此期的脑细胞生长具有“一次性完成”的特点),这种不同程度的脑发育障碍,可表现为出生后婴儿的精神与智力不正常、反应迟钝、行为异常等。经研究发现,缺乏氨基酸或氨基酸比例失调对脑发育也有影响。如果缺

乏缬氨酸,可能会出现中枢神经系统功能紊乱、共济失调等症状,某些氨基酸过多对胎儿的发育也有害,如患苯丙酮尿症的孕妇,其孕育的婴儿常有精神发育迟滞。因此,为生出健康的婴儿,避免先天缺陷和儿童心理障碍的发生,孕期营养要注意如下几点。①高热量饮食:妊娠4个月至分娩,每日应比平时多摄取热量 $836.8 \sim 1\,046\text{kJ}$ ($200 \sim 250\text{kcal}$)。②高蛋白质饮食:非孕期蛋白质的摄入约需 60g 以上,孕早中期多摄入 20g ,孕晚期应多摄入 30g 以上,只有这样才能满足孕期孕妇和胎儿的生理需要。③矿物质与维生素缺乏对胎儿及婴幼儿的影响及孕期所需的量。

2. 环境、职业保健与儿童心理发育 儿童心理障碍的病因归结为两大类:先天因素和环境因素。一些遗传度较高的疾病,如儿童精神分裂症、严重的精神发育迟滞(如唐氏综合征)等,可以通过遗传咨询或产前诊断等措施避免这种患儿的出生。但对于一些遗传度不明或后天因素或环境因素起主要作用的心理障碍,我们应该充分认识这些后天因素或环境因素,尽可能避免一切可以避免的有害影响。

先天缺陷包括先天智力低下,对儿童心理发育有着直接或间接的影响。一旦某儿童有先天缺陷,很容易出现自卑、孤僻、社交恐惧等心理障碍,因此预防先天畸形、避免先天缺陷婴儿的出生是非常重要的。无论儿童心理卫生工作者还是拟怀孕或已怀孕的夫妇,都应该了解先天缺陷的病因,以有助于对有害的环境因素进行控制。

3. 分娩过程对儿童心理发育的影响 孕期保健除了进行先天缺陷的检测、营养保障外,胎儿生理机能的动态观察也十分重要,尤其在孕中后期。某些儿童精神心理疾病如精神分裂症,由于遗传度较高,一旦妊娠,往往预防的作用已经不太大,但有些疾病,如儿童精神发育迟滞。虽然一些真正的遗传病伴随的精神发育迟滞或障碍,治疗效果不好或无法治疗,但至少有部分障碍是可以减轻甚至是可以避免的,这时孕期保健显得十分重要。

(1) 尽最大努力避免接触环境或职业因素中存在的有害或有毒物质,尤其在孕早期,胚胎对各种环境中存在的致畸原非常敏感,如果出现感冒、生殖道感染或患有糖尿病、肝炎、肾炎等疾病应及时到医院进行治疗,并在医生的指导下进行定期保健。

(2) 正常胎儿按照一定的速度生长发育,如果有有害影响存在,如营养不良、接触环境的化学或物理有害物质、长期精神紧张或孕妇患妊娠高血压综合征或其他疾病等,可使胎儿在宫内发育迟缓,常常伴发精神发育迟滞或出生后的行为异常等。因此,一旦确定妊娠,一定要定期到医院进行孕期保健,听取医生的指导意见。

(3) 成年人脑的氧耗量占全身氧耗量的 25% ,而新生儿、婴幼儿脑的氧耗量却占全身的一半以上,约 60% 。因此孕期如果因为各种因素导致能量供应不足,可引起胎儿宫内缺氧,尤其是孕晚期,即最后3个月,如果有胎儿慢性缺氧,可致胎儿储备能力下降,耐受性差,致临产时胎儿缺氧加重,可能合并有急性缺氧窒息,虽抢救成功,也可能遗留精神发育迟滞和行为异常,甚至可能出现脑瘫。

值得重视的是,胎儿在宫内的慢性缺氧比分娩时和急性缺氧更容易出现精神发育障碍。因慢性缺氧易致胎儿储备能力差,虽然胎心在正常范围,但应急能力较差,就像一个疲惫无力的人,虽检查体温、脉搏、血压、呼吸都在正常范围,但已经不能从事任何活动,紧急情况下更是无以应对。因此,在孕晚期,一定要进行胎儿心电监护,了解胎儿的储备情况,必要时定期定时吸氧或住院治疗。

三、常用产前诊断技术简介

产前诊断又称宫内诊断或出生前诊断,即通过各种手段或技术对妊娠期间胎儿的性别及健康状况进行检查,以防止具有严重遗传病、智力障碍及先天畸形的胎儿出生,达到优生的目的。常用的技术如下。

1. 超声波检查 目前常用的是B型和M型超声诊断仪。在孕3个月时胎儿外观上已发育成一个完整的个体,可以用超声波进行检查和辨别胎儿身体结构方面是否正常,有无畸形存在;孕4~5个月时,B型超声对胎儿的性别可以明显识别,这对于防止一些性连锁遗传病患儿的出生有较大帮助;M型超声可以对胎儿进行心脏结构的判断;在孕中晚期,用B超可以对胎儿的发育速度及在子宫内的安全情况进行检测,从而发现胎儿是否存在宫内发育迟缓等,并对胎儿在宫内是否缺氧进行初步判断等。

2. 羊水穿刺术 穿刺的目的是取羊水中胎儿的活细胞,进行细胞培养,用于:①胎儿的血型鉴定。②胎儿的性别鉴定。③染色体分析以筛查遗传病。如果发现不宜继续妊娠,则可进行选择性流产,以避免遗传病或先天性疾病患儿的出生。羊水穿刺最合适的时间是妊娠16~20周,这个时期的羊水最多,对胎儿的影响较小,相对安全,一次成功率几乎100%,羊水中胎儿活细胞的比例较大(20%左右)。

3. 绒毛吸取术 羊水穿刺术虽然较安全,但需在妊娠中期进行。绒毛的吸取在孕6~7周(从末次月经开始计算)进行,吸取胚囊周围的绒毛后进行细胞培养,然后再进行各种诊断以达到与羊水穿刺术一样的目的。这个手术安全性相对不如羊水穿刺术,有时会出现流产,所以临床上要与其他产前诊断技术对比进行选择。

4. 胎儿脐血穿刺术 手术方法是在超声引导下,用穿刺针穿刺入胎儿脐带内抽取胎儿血,以进行胎儿细胞培养,达到鉴定胎儿血型、性别、制备染色体进行遗传学诊断的目的。由于脐带穿刺取血的技术要求较高,手术难度较大,我国只有少数医院开展这项手术。

5. 生化分析 有些遗传病或先天性疾病可以表现为生化方面的异常,如甲胎蛋白、某些酶及代谢的异常等,这些异常可以直接采用胎儿血或胎儿细胞进行检查。医生应根据患者不同的情况进行分析以明确诊断。

6. 胚胎种植前的遗传学诊断(PGD) PGD技术是在运用试管婴儿技术进行助孕时,在胚胎发育至6~10个细胞时,用显微操作技术,从胚胎中取出一个或两个细胞进行遗传学诊断,筛选掉有遗传病的胚胎,把健康胚胎移植入子宫,使其发育成健康胎儿。PGD主要适应症为:①X-连锁遗传病,如血友病甲等。②有染色体单倍体或多倍体(如唐氏综合征)遗传病患儿出生史或高龄(>35岁)妇女等。③单基因缺陷,如家族性黑矇性痴呆等。

(赵瑞钦)

参考文献

1. 吴刚,伦玉兰主编.中国优生科学.第1版,北京:科学技术文献出版社,2000
2. 杨保胜,丰慧根主编.医学遗传学原理.第1版,天津:天津科学技术出版社,1996
3. 杜传书,刘祖洞主编.医学遗传学.第2版,北京:人民卫生出版社,1992

4. 严仁英主编. 实用优生学. 第 1 版 ,北京 :人民卫生出版社 ,1986
5. 卢惠霖 ,卢光秀主编. 人类生殖与生殖工程. 第 1 版 ,郑州 河南科学技术出版社 ,2001
6. Gelehrter TD ,Collins FC ,Ginsberg S. Principles of Medical Genetics ,2nd ed ,Williams & Wilkins Inc ,1998

第二十一章 儿童心理障碍治疗 中的法律问题

第一节 儿童心理障碍中常见的法律问题

一、心理治疗中法律和伦理规范的价值观基础

(一) 自主权

自主权(autonomy)是一个被广泛接受的基本原则。自主权是指“个人的自我管理,不受他人的控制、干扰和限制做出自主的个人决定”。如果我们视自主权为人的一项基本权利,那么就有相应的义务来尊重这一权利。医生有义务尊重患者根据自己的利益和责任做出选择的权利,这就要求医生帮助患者做出自己的决定,然后尊重和执行这些决定。患者对治疗和参与研究的知情同意就是医生对患者自主权的尊重。然而,情况往往会很复杂,这是因为患者和医生的权利关系并不平等,尤其当患者是儿童青少年时。我们一般认为,儿童青少年缺乏生活经验,面对选择时在智力和情感上都缺乏足够的与医疗有关的能力(capacity),因此需要父母的监护管理。所以医生对儿童青少年患者自主权的尊重是在一定程度和一定范围内的,并不可能做到完全和充分。

(二) 行善

患者获得福益和帮助是医疗服务的目标。患者有权利信任专业人员将保护他们的福益,专业人员也有这样的责任;患者有权利要求良好和精湛的医疗服务,而专业人员则有这样的责任去提供优良的服务,这就是一种守信托付的医患关系。行善(beneficence)原则要求医生为使他人受益而工作,去除和阻止伤害,不做有伤害企图的事。医生只有充分地权衡利弊之后才能将他人置于受伤害的风险中。行善原则有时会与自主权原则冲突,可能导致“父权作风”(paternalism),但是如果医生是从患者的最大利益行事,则自主权原则就要处于次要位置了。

(三) 公正

公正(fairness)原则要求医生行事公正合理。公正能够增强社会的凝聚力,西方国家中

呼吁儿童青少年在接受治疗时能够被赋予与成年人大致相同的权利也就是基于这样的背景。当然情况不可能如此,但是尊重儿童青少年的自主权,并且在某些方面给予他们一定的自主决定权利,至少显示了程序是公正的。

二、医患关系和弃置

(一) 医患关系

在我国,医患关系更多的是一种社会学的概念,目前尚缺乏严格的法律界定,同时也没有调整医患关系的特殊法律、法规,因此,许多人只好尝试从“合同关系”、“消费关系”、“伦理道德关系”等角度探讨医患关系。在精神科领域,由于精神疾患的特殊性更形成了精神科医患之间法律关系的特殊性,对于住院患者有人还从“监护关系”来论证双方的权利义务。从传统的医学伦理学意义上讲,医患关系中还有许多约定俗成沿袭下来的成分,从法律关系上找不到出处。国内外现有的一些相关法律法规可以部分作为参考,但按照我国的社会制度、现有法律法规和各地医疗服务基本条件,我们认为在讨论医患关系时,应考虑以下几个基本的原则:诚实信用原则、人道主义原则、恪尽职守原则、隐私保密原则和合理风险原则。

医患关系一旦建立,医生就有提供治疗服务的义务。患者一方可以随时无条件终止与该医生的关系,但医生却不能随意终止。如果医生没有合理地告知患者就单方面停止对患者的治疗,而患者仍然需要这种医疗服务,那是违背职业操守甚至是违法的。紧急情况下,医生还应该帮助、陪伴患者度过危机时刻。特别是处理儿童青少年患者的青春期危机,对心理医生而言是一个尤为艰巨的任务。如果医生因为害怕受到医疗过失的诉讼而终止对一位有自杀企图的患者的治疗,那只会使情况更糟,导致患者进一步地退行甚至真的自杀,所以如果患者处于严重的急性危机中,医生应该暂缓终止对患者的治疗。

医生应该注意,不能以患者出现下列情况而终止医患关系:①未付治疗账单。②在治疗中不能合作。③向另一位精神卫生专业人员咨询。④不能按时赴约。

对于在约定时间未能按时定期赴约的患者,心理医生还应主动通过电话或书信的形式与患者或其家人取得联系,明确其停诊或终止治疗的确切原因并记录在案。某些出现精神病性症状的患者可能不具有决定终止治疗的行为能力,遇此情况,心理医生就有伦理和专业的义务继续照料患者并且要求精神病医生的介入,并将此情况告知患者的家人。

(二) 医患关系的弃置

医生的下列行为可能会构成对患者的弃置:①未与患者共度危机。②不恰当地将患者转诊给另外一位医生。③与患者有性关系或者希望终止治疗后有性关系发生。

如果心理医生将外出开会或度假一段时间,应该为患者寻找一位有相似专业训练和经验的替代医生,并且将患者可能出现的危险情况预告给这位替代医生,同时将这一情况事先告诉患者,与患者或其家人商量。医生一般不必为替代医生的职业疏忽行为负责,除非替代医生行使的是这位医生的意旨或者在选择替代医生时医生未对患者尽到正当的医疗服务之责。

当然,只要医生以恰当的方式告知患者,使患者能够找到一位合适的替代医生,医生也

是有权利终止治疗的。如果医生感到由于缺乏患者的合作,不能提供进一步良好的医疗服务,法律并不会强求医生继续提供服务——只要医生在终止治疗之前做好恰当的安排。

治疗师在应对患者时还常常遭遇反移情的困惑。有些案例非常困难,患者的要求非常苛刻,会提出一些很独特的问题,也许将患者转诊给能够更好地处理这类问题的医生将是明智之举。治疗师应该认识自己的局限,不要妄想解决所有患者的问题。如果医生觉得治疗变成一种对自己的折磨而难以忍受,就应该迅速地将案例转诊。

专业和道德的义务要求治疗师在医治患者时不能超越患者的利益。久治不愈、身陷治疗困境中长达几年的患者并不少见。此种情况往往发生在医生成功地解决了患者 DSM 系统中轴 I 的临床综合征,而忽视了患者轴 II 的人格障碍问题,或者轴 II 的问题很难被解决。这样的患者如果被转诊到另外一位能够更有效地处理患者问题的医生那里,或者医生恰当地终止了治疗,那就构不成弃置。需要记住的是,治疗时需要在转诊之前将此情况告诉患者并与之讨论。下面列出的是指导医生正确地终止治疗关系的一些措施。

(1) 与患者充分地讨论终止治疗。

(2) 写给患者一封信,信中讨论终止治疗的事项:提及终止治疗;终止治疗的原因;终止治疗的日期;表示愿意提供其他合适的治疗师;表示愿意将医疗记录提供给继任治疗师;如果合适,提议一下患者还需要其他的治疗。

(3) 给患者充分的时间来寻找另一位治疗师(时间长短取决于患者病情的严重程度以及寻找到另一位合适的治疗师的可能性)。

(4) 在得到患者的正式认可之后将医疗记录提供给新治疗师。

(5) 如果患者要求进一步治疗,将其他治疗师的名字提供给患者。

(6) 如果医生建议患者需要进一步的治疗,那医生应该将不进行进一步治疗的可能潜在后果告诉患者并记录下来。

(7) 终止治疗的信件要用挂号形式,保留邮戳,并要求患者给予回执。

三、知情同意

(一) 知情同意的定义、基本要素及法律意义

1. 定义 知情同意(informed consent)是指在医务人员为患者提供足够的医疗信息的基础上,由患者做出自主医疗决定(同意或拒绝)。即知情同意是患者的一项基本权利,患者在做出自主抉择之前,有权了解自身的病情、医生所建议治疗的利弊、其他治疗方法及其利弊。

2. 基本要素 知情同意由三个基本要素组成,即告知、自愿及能力。告知(information)是指在患者做出知情同意之前,医生有义务和责任告知患者的病情、治疗的目的和性质,治疗的利弊及其他治疗方法,患者在未被充分告知的情形下做出的知情同意,在法律上会被视为无效同意;自愿(voluntariness)是指患者在做出知情同意的过程中不受外界的利益诱或胁迫,患者的决定是自愿自主的;能力(competency)是指患者作为知情同意权利的法律主体应当具有法律所要求的民事行为能力。可见知情同意的三个基本要素之间是相互联系的,缺一不可。

3. 法律意义 法律意义上的知情同意建立在两条法律基础之上,第一,每位患者都有权决定对自己的身体做什么或不做什么,通常称为自我决定权(self-determination),自我决定权源于宪法中的个人自由权利,第二,医患关系的受信托付实质(fiduciary nature),它要求医生有责任善意地告知患者其病情的必要事实情况。

(二) 心理治疗中知情同意的利弊

医生与患者进行公开的讨论,提供给他们关于治疗的一些有用信息,能够让患者知道自己所面临的问题、问题的潜在影响、解决问题的途径等,帮助患者自主地做出某些决定,与医生一起建立一个良好的医患关系,而并不完全听由医生对治疗流派、治疗设置等做出决定以及听由医生来对治疗中所发生的变化做出解释。

知情同意还能降低治疗中出现退行性依赖的概率,而退行性依赖将导致治疗无效,对于那些自我脆弱的患者尤会引起一些破坏性的后果。恶性退行常常发生在治疗师过分强调自己的优点及长处时,他们让患者觉得他们是无所不能的,进一步削弱患者本已十分脆弱的自我。因此,告诉患者尚有其他可供选择的治疗方法,可以切断患者对治疗师的病态崇拜,增强他们自主、自决、自助的信心,激活患者自我治疗的能力,也从一定程度上减轻了医生的责任,将原先完全由医生来承担的责任分一部分到医患关系上去。

然而,在几乎所有的治疗过程中,从治疗一开始任何一方都不知道治疗会沿着怎样的一个方向进行,治疗过程中会出现一些什么样的意外情况,治疗需要逾越哪些障碍,治疗的最终结果将会是什么样的。在两元互动治疗关系中,任何一方都会影响另外一方,这种影响是明显的却又是微妙的,在认知、情感的多种水平、多种层次上同时发生着。治疗师不知道患者在不期而遇的情景下将会做什么,也不知道患者的朋友和亲属会如何反应以及这种反应又会如何影响着患者等等。所有的人、情景、关系都可能深刻地影响治疗的过程,因此,从现实操作的角度而言,医生很难确切地告诉患者治疗结果将会如何。

在会谈刚开始就进行过分详细的知情同意,会阻碍医患良好信任关系的建立,更重要的是,过分突出心理治疗的缺陷和不足具有负性暗示作用,让患者对心理治疗信心不足、沮丧失望。因此,心理治疗中知情同意执行不当反而会削弱治疗的作用。

(三) 未成年人的知情同意问题

从传统的角度而言,法律认为未成年人在大多数情况下是不具有能力的,这种情况包括做出治疗决定的权利。这样,医生就必须获得父母或法定监护人的知情同意。当然,也有例外,这主要是指在急诊情况下,如果父母不能立刻到达现场,任何年龄的孩子都可以没有父母的同意而得到治疗,急诊意味着对患者的即刻治疗,否则可能导致死亡或残疾。在美国某些州,医生无须获得知情同意就可进行治疗的情况还发生在根据医生的判断,如果延迟获得家长同意就会威胁到未成年人的健康。还有一种例外发生在已经不受父母控制而获得合法权利的未成年人,这种情况主要是指结婚或军事服役。法庭还会从年龄、居住情况、经济独立性、财产支配权、怀孕以及父母情况等方面综合决定恰当地运用此条目。对成熟-未成年人的特例是指如果未成年人显示出充分地理解医学治疗的性质、程度和结果的医学能力,那么医生在父母同意的基础上,可以适当考虑成熟-未成年人本人的意愿。在美国,也并不是所有的州都采纳了成熟-未成年人特例,但是至今为止,尚没有医生因接受了15岁以上未成

年人自己同意的治疗而被控负有责任。

《中华人民共和国民法通则》(1986年)第十一条规定:18周岁以上的公民是成年人,具有完全民事行为能力,可以独立进行民事活动,是完全民事行为能力人。16周岁以上不满18周岁的公民,以自己的劳动收入为主要生活来源的,视为完全民事行为能力人。第十二条规定:10周岁以上的未成年人是限制民事行为能力人,可以进行与他的年龄、智力相适应的民事活动;其他民事活动由他的法定代理人代理,或者征得他的法定代理人的同意。不满10周岁的未成年人是无民事行为能力的人,由他的法定代理人代理民事活动。第十四条规定:无民事行为能力人、限制民事行为能力人的监护人是他的法定代理人。

在我国,面对未成年人的知情同意问题时,一般是告知为未成年人承担医疗看护职责的监护人。对于未成年人的法定监护人设置《中华人民共和国民法通则》(1986年)第十六条规定:未成年人的父母是未成年人的监护人。未成年人的父母已经死亡或者没有监护能力的,由下列人员中有监护能力的人担任监护人:①祖父母、外祖父母。②兄、姐。③关系密切的其他亲属、朋友愿意承担监护责任,经未成年人父母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会同意的。对担任监护人有争议的,由未成年人父母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会在近亲属中指定。对指定不服提起起诉的,由人民法院裁决。没有第一款、第二款规定的监护人的,由未成年人父母的所在单位或者未成年人住所地的居民委员会、村民委员会或者民政部门担任监护人。

(四) 关于精神病患者知情同意能力评定的问题

法律规定,权利的主体在行使法律所赋予的权利时,他必须具有行为能力(competency)。对于知情同意也不例外。因此,对于患者来说一个关键的问题是他是否具有知情同意能力。特别是对于精神病患者而言,患者常会在精神疾病的影响下削弱或丧失行为能力。但这并不是说一个人得了精神疾病就意味着他丧失了知情同意能力,抑或他永远无知情同意能力。

那么当患者丧失能力时,患者又如何能实现这一权利呢?目前国外比较通行的做法是代理决定(substitute decision-making),即此时医生要征得患者的代理决定人的同意。《上海市精神卫生条例》中规定患者的医疗保护人在患者丧失自知力时做出代理同意。此外,在美国有人提议以“预先指令”(advance-directives)的方式解决这一问题,预先指令是指在患者具有决定能力时,事先以书面的形式表达自己对于知情同意的处置,当患者无知情同意能力时,医生则根据患者的“预先指令”行事。

对于临床医生而言,最为棘手的问题是要经常对精神疾病患者的能力进行评定,尤其是当患者同意或拒绝治疗的能力存在问题时,医生更需对患者的能力做出正式的评估。因为只有正确评估患者的能力之后,医生才能决定是否接受患者的决定,还是寻求患者监护人的代理同意。目前,在精神科临床中为大家普遍接受的知情同意能力的评定标准包括以下四个方面:①患者能否理解(understanding)自身的病情及医生所建议的治疗方案。②能否推断(reasoning)做出选择的利益和风险。③能否正确评价(appreciating)自身的病情及选择的后果。④能否表达(expressing)自己的选择。Kitamura指出,临床医生在评定患者的知情同意能力时应当记住:我们对患者知情同意能力的评定应当是就所涉及的某一问题(如药物治疗或住院)而进行,不能以点代面,即患者也许对某一问题无决定能力,但对另一问题则可以

有决定能力 ;其次 ,临床上对精神疾病患者的知情同意能力的评定应是一个连续的过程 ,而不是一蹴而就 ,例如 ,因幻觉或妄想而表现兴奋躁动的患者在入院时无知情同意能力 ,但经过一段时间的药物治疗时 ,患者也许会恢复知情同意能力。

为了帮助临床医生能更正确和客观地评定患者的知情同意能力 ,许多学者试图设计出量化的知情同意能力评定工具。目前较有影响的工具有 HCAT(Hopkins Competency Assessment Test ,Janofsky et al. ,1992 年) , MacCAT-T(MacArthur Competency Assessment Toll-Treatment ,Grisso & Appelbaum ,1995 年)以及 SICIATRI(Structured Interview for Competency / Incompetency Assessment Testing and ranking Inventory ,Kitamura ,1993 年)。但工具仅仅是为了临床的方便 ,医生在评定时不能一味依赖工具 ,要结合患者的临床情况一起考虑。

四、隐 私 保 密

(一) 隐私保密和特许证明

1. 隐私保密(confidentiality) 是指患者在私下将所写的信息 ,如果未经口头或书面的许可 ,有不被外界知晓的权利。

2. 特许证明(testimonial privilege) 派生于隐私保密权 ,是一种关于证据的法律规定 ,指的是此特权持有者(如患者)享有防止掌握隐私信息的人(如治疗师)在法律程序中泄漏隐私的权利。

承认和保证患者私密的法律和伦理学依据主要有如下 3 个方面 :①执业医师法中有相应的隐私保密条款 ,承认对患者这一权利的保护。②传统的各种有关精神卫生工作的伦理、宣言和法规。③隐私保密也可归入宪法中的一般公民权范畴。

《上海市精神卫生精神条例》第六条第三款规定 :“ 医疗机构、心理健康咨询机构和有关工作人员应当保护精神疾病患者或者心理健康咨询对象的个人隐私 ”。第二十四条规定 :“ 未经精神疾病患者或者其监护人的书面同意 ,不得对精神疾病患者进行录音、录像、摄影或者播放与精神疾病患者有关的视听资料。因学术交流等需要在一定场合公开精神疾病患者的病情资料的 ,应当隐去能够识别该精神疾病患者身份的资料 ”。第三十六条规定 :“ 精神疾病患者行使知情权和决定权应当以其有自知力为前提 ”。《中华人民共和国未成年人保护法(1991 年)》第三十条规定 :“ 任何组织和个人不得披露未成年人的个人隐私 ”。这里需要注意的是 ,行使隐私权的对象应当均为具有自知力的精神疾病患者 ,完全或者部分丧失自知力的精神疾病患者以及未成年人 ,由其承担医疗看护职责的监护人代理行使隐私权利。

医患关系一旦建立 ,医生就自动地承担起保证患者的隐私不予泄露的义务。未经精神疾病患者或者其承担医疗看护职责的监护人的许可 ,精神卫生专业人员不得将在精神检查和治疗患者时获得的信息披露给他人或团体。但是 ,有下列情况之一者除外 :患者有可能实施危害他人或者危害社会的行为时 ;患者有可能实施危害自身的行为时 ,司法部门取证。

在有些国家 ,法律法规强制规定 ,某些情况下医生必须公开隐私。这些情况包括 :存在虐待儿童的证据时、需要启动强制住院程序时、“ 有责任提醒 ”第三者可能遭到患者的伤害

时等。相应的, 特许证明的除外条件也就包括有: 虐待儿童的报告、强制住院、法庭指定的证明、作为诉讼一方的患者的精神状态有疑问时等等。

(二) 公开隐私职责

当一位治疗师基于专业知识, 认识或者应该已经认识到一位患者对第三者构成了即将到来的严重威胁时, 就需要履行合理地保护他人的职责, 必要时可以公开患者的隐私, 这一职责来源于 Tarasoff 案例。1976 年, 在美国加利福尼亚大学卫生服务中心治疗的一个学生, 在治疗过程中表示了要谋杀 P. Tarasoff 女士的意图。治疗师通知了该学生的监护人和警察局, 但没有通知 P. Tarasoff 女士本人, 最后这个学生杀害了她。美国加利福尼亚最高法院认为治疗师有责任采取措施保护第三方, 按理应通知受害者。

Tarasoff 职责要求治疗师必须做出与其知识、技能相称的最佳判断, 履行警告职责, 合理地实施常规护理, 以保护受害者免于可预见的暴力。Tarasoff 职责(公开隐私职责) 不要求治疗师有十分高超的技巧, 只是要求治疗师运用在与此相类似的情境下应运用的技巧。尽管警告是治疗师干预策略的一部分, 但是不能仅仅只警告就了事。治疗师必须合理地确信患者对他人的伤害威胁即将来临, 这就需要: ①治疗师对具有潜在暴力危险的患者进行暴力风险评估。②尽所有的努力来治疗患者, 控制患者的病情。

第二节 儿童青少年暴力行为

暴力行为是儿童和青少年行为障碍中常见的异常行为, 它会涉及到多种法律问题, 严重影响儿童和青少年的身心发展和心理健康。

一、青少年暴力的危险因素

(一) 人口学资料

男性青少年因暴力犯罪遭捕的比率是女性青少年的 6 倍。13 ~ 18 岁的每一年龄段, 青少年杀人的比率都急剧增加。从表面看, 种族似乎也与青少年暴力增加有关。黑人青年因暴力犯罪遭捕的比率几乎是白人青年的 5 倍, 当然这种种族的差异更多的是与较差的生活条件和较低的社会经济地位有关。

(二) 暴力行为的个人史和家庭史

从成人资料中我们发现, 决定成人是否发生暴力的最重要因素是过去暴力史。少年犯的特征是经常出现各种违犯法律的行为, 而不是重复某一种特别的违法行为。青少年期违法行为的确切数量比某种特殊类型的违法行为更能预见成人犯罪行为。

家庭史通常提供了评估青少年暴力危险性的有用信息。有攻击性父母的儿童更容易在青少年和成人期表现出暴力。假如儿童目睹成人用刀或相互间枪击, 则以后成为严重暴力违法者的可能性会翻倍。那些父亲被囚禁的儿童或被虐待或被忽视的儿童发生暴力性犯罪的危险性急剧增高。

（三）持有武器

在美国,持有武器的青少年的数量惊人。美国一项全国范围内的调查发现,5个高中生中有一个汇报他们在上个月持有一件武器;男性的比率是女性的4倍。小刀和剃胡刀是青少年最常携带的武器。在内陆城市的高中生中,几乎1/3的男性和1/10的女性青少年在马路上持枪。

青少年持枪已经导致在过去的15年中青少年死于枪杀的数目翻了3倍。大多数青少年持枪的初衷是为了自卫。超过一半被囚禁的青少年被人刺伤过,80%的人被人用枪威胁过或射杀过。许多青少年已经发展了一套将枪支使用合法化的信念系统。例如,有近1/3被囚禁青少年同意“为了得到某样你要的东西,用枪射杀一个人没什么大不了”。

大多数青少年在15岁以前有枪。许多人从他们的亲戚或同辈那里被动地得到第一支枪。主动而有目的地得到他们第一支枪的青年比那些被动者更频繁地持枪。

青少年经常持枪到一些俱乐部去,期望在那里碰到同辈。不幸的是,青少年还经常把枪支带进教室。几乎每10个高中生中就有1个每个月持武器进入教室。初中生持武器进入教室的相关因素包括:男性,只与一个双亲生活且亲子间关系疏远,曾经有过破坏学校财产的记录,酒精滥用,认为其他学生带武器进入学校。

（四）参加帮会

帮会是指有3个以上个体组成并有一个头目的组织。帮会成员频繁地接触,宣称某一块地归他们所管,使用各种象征符号,并涉足暴力行动。大约有1/3的城市青少年加入帮会。帮会成员一般是12~24岁的男性。男性参加帮会的年龄比女性年轻,而且因涉及与帮会相关的犯罪而遭捕的数目是女性的9倍。然而,近年来,女性帮会暴力也呈上升趋势。

在过去的20年间,帮会活动触及城市的每一角落。大约一半与帮会相关的犯罪活动涉及他杀或暴力。参加帮会的青少年比不参加帮会的青少年更多地涉及暴力行为。与帮会有关的暴力大多数是帮会间为争抢地盘或攀比地位而起的斗争。在美国,4个主要的青少年帮会是Crips、Bloods、Folk Nation和People Nation。美国帮会文化的3R是指:①名气(reputation)。②尊敬(respect)。③复仇(retaliation/revenge)。整个帮会的名气是帮会成员个人名气的重要组成部分。青少年可能会夸过他或她自己的能力以获得在帮会内较高的地位、压制他人和赢得尊敬。青少年在帮会内的权力愈大,他或她就可得到愈多的“果汁”(juice)(好处)。

获得尊敬要求青少年帮会成员对敌对帮会显示出鄙夷,这种表示被称为“dis”或“dissing”。一个帮会成员可以用手势、涂鸦或蔑视来表示对敌对帮会的“dis”。一个不能做出类似动作的帮会成员会被他或她的帮会成员痛揍一顿。一旦一个帮会成员感到他或她不被其他帮会成员尊重,他或她就会报仇以重新得到在帮会中的地位。这种报仇通常就是驾车枪射和其他的暴力性殴打。为了一个手势或眼神这样一些微不足道的挑衅而起的谋杀是这类报仇活动的极致,然而,这是帮派的规矩。从帮会的背景上看,这类暴力行为是可以被理解的,所以临床医生在把这类行为贴上精神性病性标签时要格外谨慎。

二、暴力行为的评估

暴力风险评估并不是一个学术问题,它的惟一目的就是指导患者管理。暴力风险评估包括三个独立的步骤:①识别患者及与其暴力相关的危险因子。②分析明确的暴力危险因子等级并评估暴力的总体风险。③进行与总体暴力风险评估相称的预防性干预。

从临床的角度而言,治疗师评估暴力潜在的风险比预测暴力行为更合理。对暴力危险因子做充分地评估后,治疗师就应知道患者发生潜在暴力的可能性有多少。对患者的总体暴力风险评估是建立在临床判断的基础之上的,但是不存在一个绝对的临床标准。

评估危险包括两个独立的部分:收集信息和评估暴力风险。Tarasoff 职责要求治疗师做认真的临床评估。Appelbaum 建议,常规地询问两个问题:“你曾经严重地伤害过另一个人吗?”和“你曾经考虑过伤害他人吗?”询问这2个问题治疗师常常会得到许多令人意想不到的信息,这些信息根本不可能通过普通的精神病病史得到。需要精神科医生密切关注的还有与前面讨论过的暴力因子相关的个体、社会、环境、临床变异。临床医生经常犯的错误就是没有收集足够的信息,导致以后的暴力风险评估都是错误的。

临床医生应该通过细察患者的心理防御机制、冲突强度和其他心理动力学参量来深入评估。假如治疗没有能改变患者的暴力倾向,那么就应当不断修正治疗方案。尽管不存在预测暴力行为的标准,但是却存在着明确的标准要求收集到充分足够的信息,以提高暴力风险预测、完善管理和看护。因为暴力预测还存在一些问题,所以认真详细地记录暴力总体风险评估背后的临床原因是十分重要的。

在开始评估之前,临床医生应该明确评估的目的并征求专家的意见。另外,还要得到法律程序上的同意。涉及到青少年或家庭法庭的案例,临床医生可能要与法庭为该青少年指定的律师沟通。在访谈之前,首先应声明保密条款。医生还要接触的重要人物包括家庭成员和照顾者、青少年法庭的官员、精神卫生服务提供者、学校老师和以前的治疗师。另外一些重要的资源包括精神卫生和医学记录、学业记录、教育和智力测验结果、以前违法记录和警察报告。最后,涉及违法青少年威胁第三方的案例,临床医生应该遵循他所在州法律的规定,决定是否履行 Tarasoff 保护职责。这项职责要求提醒被威胁方注意或警方注意。

三、青少年暴力和临床诊断

DSM-IV 对青少年暴力用得最多的诊断是品行障碍。超过 80% 被囚禁的男性和女性青少年违法者符合品行障碍的诊断标准。品行障碍出现年龄愈早、符合诊断条件愈多的青少年其违法行为也就愈严重和愈顽固。

青少年违法者中还较多地存在注意缺陷多动障碍(ADHD),ADHD 症状包括冲动、注意缺损和活动过度。一半以上的 ADHD 儿童到 13 岁时被法庭宣判过违法。几乎一半 ADHD 青少年同时有品行障碍。ADHD 青少年被捕率比没有 ADHD 的青少年高出 5~26 倍。然而,对这些青少年的长期追踪研究发现,品行障碍的其他表现而不仅仅只是 ADHD 能预见成年后的犯罪。

近 25% 的违法青少年符合重性抑郁障碍的标准。青少年的抑郁症更多的表现为激惹

性增高而不是情绪抑郁。尽管大多数违法青少年由于抑郁并没有暴力性犯罪行为,但是识别和治疗情绪障碍可能会降低这一群体的反社会行为。

违法青少年经常被暴露于反复的创伤性事件中。他们频繁地目睹朋友或家庭成员被杀、看见邻居的暴力行为或本身就是受害者。一项研究发现约 30% 的被囚禁青少年符合 PTSD 诊断。经常经历高水平的社区暴力的青少年比只经历一次暴力事件的青少年更容易出现社会关系受损和同辈攻击。被暴露于反复的创伤性情境中的儿童会出现情感麻木,对创伤事件的反应降低,他们可能会有“我不介意”的态度,也不会对受害者表现出同情。

人们还认识到青少年暴力与酒精或药物滥用有关。乙醇(酒精)、LSD、PCP 和兴奋剂都与暴力行为相关。根据美国 1995 年的“监控未来研究”(Monitoring the Future Study),高中生使用乙醇、大麻、致幻剂、安非他明、兴奋剂和吸入剂的数目急剧增加。学生使用 LSD 的数目比使用可卡因的多。吸入剂是另一种被滥用的物质,由鼻腔直接吸入,其产生的中毒症状类似于酒精中毒。严重的中毒会导致幻觉和破坏性行为出现。

约 1/3 青少年在他们进看守所时被查出至少一种药物阳性。超过 40% 的青少年杀人者承认他们在作案当时受酒精或药物的影响。贩毒的青少年比使用毒品的青少年更容易做出暴力性违法行为。青少年贩毒者经常偷偷地携带武器,这增加了他们做出严重攻击行为的机会。

导致青少年暴力的神经精神病学观点仍是有争议的。Lewis 的研究认为,较大一部分的暴力青少年患有精神运动性癫痫、异常脑电图和神经系统软体征,但是这些神经系统的缺陷并没有被其他研究者所证实。由 McMannus 等人对青少年违法者所作的神经系统检查发现,显著的神经系统障碍不多,神经软体征也与暴力行为的严重性无关。Lewis 还认为,偏执性思维、幻觉、思维联想松弛和青少年暴力密切相关。然而,Cornell 等人对青少年杀人者所作的综述发现仅 7% 者是精神病性的。Myer 等人对 25 名青少年杀人者的研究发现,尽管其中 71% 者有偏执性观念,但还没有达到 DSM-III-R 中精神病性障碍的诊断标准。

四、严重暴力青少年

(一) 青少年性暴力

在美国,约 20% 的强奸案和 30% 的儿童性虐待案由青少年所为。一半成人性违法者报告他们的第一次性犯罪是在青少年期。尽管 1/3 的性违法青少年以前有过非性违法的犯罪记录,但是这些青少年以前很少有因性攻击而被判罪的。性违法青少年的典型例子是这样的,一个与双亲居住在一起的 14 岁的白人男孩,受害者则是一个 7~8 岁的与之无关的女孩,被其强制性攻击。性违法青少年常常反复攻击同一名受害者。最后,性违法青少年的受害者数目平均是 7 个左右,有时多的甚至达 30 个以上。

歧异的性幻想是性违法行为发生的第一步。这些幻想常常与和性活动有关的攻击主题连结在一起。显示强大和意图控制他人的心理动机使这些幻想付诸行动。刚开始,这些青少年可能会对动物或幼童实施虐待行为。攻击实施过程中,违法者只关心他们自己的需要而漠视受害者的价值和存在。性虐待行为与性刺激有关,因此会被强化。为了补偿孤立的感觉,这些青少年逐渐将自己的行为合理化。青少年性暴力违法的后果是严重的。有性攻

击的男性青少年相比较无性违法史的暴力青少年成年后会有更多的性违法和暴力性非性违法。

青少年性他杀是性暴力的另一种极致形式。性他杀是指“有证据或观察证实杀人者本质上是性犯罪”。性他杀被分为组织型和非组织型两种。组织型性他杀者的特征包括具有良好的社会和性表现、智商高、遭遇急剧的应激以及在犯罪过程中始终保持控制良好的情绪。犯罪通常事先被计划,目标是一个陌生人。在他杀之前先有攻击性动作。相比较而言,非组织性的他杀者通常是些社会和性功能不成熟者,而且智力平平。犯罪是突然发生的,往往针对一个陌生的受害者。性行为发生于谋杀之后。

对一些性杀人青少年的调查研究发现,2/3者称在犯罪之前有过暴力性幻想。超过90%者在此之前有过暴力性行为,杀人时使用武器(常用的是小刀或切割性工具)。青少年常独自作案,犯罪对象是一个已知的、低危险性的受害者。其中43%是组织型的性他杀,36%是非组织型的性他杀,剩下的21%两者特征兼具。

许多以后成为成人性犯罪者的青少年本身是儿童性虐待的受害者,只是他们受到的侵害未被揭露而已。要了解是否有过儿童期的性虐待史,可以这样提问“你和你的伙伴第一次性交时你几岁?”和“你是否和比你年长的人有过性关系?”

在评估青少年性犯罪者时,临床医生应该探究各种行为的类型、性行为的发展过程以及任何与之相关的攻击。

(二) 青少年杀人

1983~1994年间,美国青少年因谋杀而遭捕的比率增加了近170%,1993~1995年这一趋势略有改变,青少年谋杀遭捕率下降了20%。大多数青少年杀人者单独作案,杀害和自己同一种族的人。但是,假如杀人是群体作案,则他们倾向于杀害异族的人。男孩比女孩更容易杀人,比率高出近10倍。男性青少年最常杀害的是男性朋友和熟人,女性青少年还常常杀害家庭成员。尽管女孩杀人时最常用的武器是枪,但较男孩她们还更喜欢用刀。

对青少年杀人者归类研究的主线索通常基于发展因果论或环境因素。Lewis等人报道,杀人的青少年常常有暴力性的父亲、癫痫发作史、自杀倾向以及在精神病院住院的母亲。Busch认为,这些青少年常常有暴力犯罪的家庭成员、帮会成员、严重的学业困难和乙醇滥用。最后,Cornell等人将青少年谋杀者分为三类:①精神病性的,有明显的精神病性症状或组织不良行为。②冲突性的,与受害者间存在人际冲突的非精神病性青少年。③犯罪性,青少年在另一桩犯罪(例如抢劫)过程中行凶。

尽管这些分类在评估谋杀犯罪者的特征时有一定用处,但是迄今为止还没有任何一个分类系统能够完整地描述一个犯罪青少年。在对这些违法者进行评估时,临床医生应该探究该青少年与被害者之间的关系、使用的武器类型、事件发生的促发因素、其他与犯罪有牵连的违法者、是否滥用物质或有精神疾病。一份完整的过去史应包括,以前的违法行为、躯体或性虐待史、暴露于家庭暴力中、学校或社区暴力、潜隐着的医学疾病例如(癫痫和脑瘤)。检查者还应询问该青少年对杀人的态度。那些毫无任何理由而杀人的冷漠杀手是一类尤为危险的群体,因为他们的暴力是反社会和破坏性的。

临床医生还应尤其关注那些杀害父亲或母亲的青少年。尽管这种情况只占少数,但是这些杀人者却会引起大量的媒体注意。临床医生应仔细询问是否有家庭暴力和躯体虐待

史、家庭物质滥用史、不恰当的家庭界限、杀人者与其他兄弟姊妹的关系。一小部分青少年会集体他杀。在外人看来,他们行动之前似乎毫无任何警示信号,但事实上,这些青少年常常感到被隔离、沮丧、参加帮会、持有武器、曾有过伤害的口头威胁以及暴力性幻想。

五、暴力行为的治疗

治疗师管理暴力患者时在临床方法上应循序渐进。在治疗患者和保护第三方之间,没有职责上的本质冲突。有些治疗师向新来就诊的患者发出警告,告诉患者治疗师有职责去警告和保护第三方免于暴力威胁。大多数情况下,这样的警告会给建立良好的治疗关系投下浓重的阴影。已经在为自己的攻击行为担惊害怕的患者会因此而加强自己的投射,觉得他威胁着每一个人。有掩饰自己情感和思想倾向的患者可能会利用这样的一个警告来隐藏暴力情感的言语表达。当保护他人免于患者的暴力是必要时,临床干预也仍然会考虑保护患者的隐私权。

(卞茜谢斌)

参考文献

1. Faden R. R , Beauchamp J. T. L. A history and theory of informed consent. New York : Oxford University Press , 1986
2. Simon R. I. Psychiatry and law for clinicians. Washington , American Psychiatric Press ,1992
3. Appelbaum P. S , Gutheil T. G. Clinical handbook of psychiatry and the law. Baltimore , Williams & Wilkins , 1991
4. Appelbaum P. S , Grisso T. Assessing patients ' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988 ;319 : 1 635 ~ 1 638
5. Melvin Lewis. Child and Adolescent Psychiatry : A Comprehensive Book. Williams & Wilkins Company ,1996
6. Beahrs J. O. , Gutheil T. G. Informed Consent in Psychotherapy. Am J Psychiatry 2001 ,154 :4 ~ 10
7. Levine M , Anderson E , Ferretti L et al. Legal and Ethical Issues Affecting Clinical Child Psychology. Advances in Clinical Child Psychology 1993 ,15 :81 ~ 120
8. Rutter M , Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Publishing , 2002
9. Janet Ritchie , Ron Sklar , Warren Steiner. Advance directives in psychiatry : Resolving issues of autonomy and competence. Int. J. Law Psychiatry 1998 245 ~ 260

索引

1-脱氢-8 右旋-精氨酸加压素 196

Ainsworth 450

Albert Ellis 86 418

Ana Freud 112

Ayres 314

Beck 86

Beck 认知心理治疗 87

Bowen 93

Bowlby 402 450

Dora Kalffyu 113

Ivar Lovaas 305

D—睡眠 203

E. Schopler 306

G. Berard 311

Hammill 243

informed consent 538

Kirk 243

Kleine-Levin 综合征 228

Kuhn 40

MacLean 196

Meichenbaum 86

Melanie Klein 112

Pavlov 77

R. T. Raichler 306

Schaefer 111

Sigmund Freud 112

Skinner 77

Thorndike 77

Whitaker 93

Woltmann 114

X 连锁显性遗传病 521

X 连锁遗传病 521

X 连锁隐性遗传病 521

Y 连锁遗传 521

aftercare 514

invivo desensitization 415

mental retardation , MR 523

motivational enhancement therapy 511

multidimensional family therapy , MDFT 512

relapse prevention 510

susceptibility 521

阿尔伯特 418

阿米三嗪-萝巴新 57

阿米替林 43

阿片类药物滥用 503

阿普唑仑 54

艾尔丝博士 130

艾司唑仑 54

艾里克森 15

安非他命 30

安娜·弗洛伊德 69

安思沃斯 22

安他乐 54

暗示疗法 436

昂丹司琼 184

奥氮平 39 299 480

奥兰扎平 39

巴塞尔 148

拔毛发癖 371

把自己画成动物技术 115

白日梦练习 126

班杜拉 10

榜样学习法 417

包尔拜 21

鲍温 90

暴力行为 542

- 暴露 83
暴露疗法 83 422
暴食/清除型 175
悲观值 245
苯丙胺 30
苯异妥因 30
吡拉西坦 57
边界 96
标准方法 249
表型 520
丙咪嗪 42 196
不放弃 124
布斯哌隆 55
彩绘你的生活 115
操作疗法 80
操作行为疗法(operant behavioral therapy) 511
操作行为主义 5 8
操作性条件反射 77
策略式家庭治疗 94
差距标准 249
产前诊断 534
肠痉挛 168
常染色体隐性遗传病 521
成绩不足 245
惩罚 81 259
惩罚法 363
迟发性运动障碍(tardive dyskinesia , TD) 482
持续时间取样 79
冲击疗法 83
抽动-秽语综合征 233
抽动障碍 233
抽动症 233
出生前诊断 534
初级感觉统合 130
纯合体 520
词汇分析能力不足 265
次系统 95
刺激 6
刺激辨别训练 82
刺激控制 82
刺激控制的形成 82
粗大动作 317
促皮质激素释放因子(CRF) 407
促胃肠动力药 178
促胰液素 302
大笼球滚压 136
大笼球游戏 315
大麻滥用 504
代币管理技术 82
单胺氧化酶抑制剂 383
单基因病 521
单基因遗传病 521
等级化 126
等位基因 520
地西洋 52
电抽搐治疗(ECT) 498
垫上运动 137
丁螺环酮 55 301
动力心理学 72
动力型困难 248
动机强化治疗 511
动量效应 122
都可喜 57
读书治疗 423
短暂性抽动障碍 233
对比法肌肉放松训练技术 139
对抗法 363
对立违抗性品行障碍 392
多基因遗传病 521
多萨 116
多萨过程 117
多萨治疗 116
多塞平 43
多世代家庭治疗法 93
多维度家庭治疗 512
多种感觉阅读技术 266
俄底浦斯情结期 74
恶性综合征(neuroleptic malignant syndrome ,NMS) 483
儿童暴怒发作 369
儿童多动症 373
儿童分离性焦虑症(separation anxiety disorder of childhood) 401
儿童感觉统合能力发展评定量表 133
儿童高血压 343
儿童攻击行为 364

- 儿童孤独症 294
- 儿童期广泛性焦虑症(generalized anxiety in childhood) 406
- 儿童嫉妒行为 368
- 儿童精神分裂症 474
- 儿童恐怖性焦虑障碍(phobic anxiety disorder of childhood) 411
- 儿童恐惧症(phobia) 411
- 儿童虐待(child abuse ,child maltreatment) 462
- 儿童屏气发作 370
- 儿童期情绪障碍(emotional disorders in childhood) 401
- 儿童强迫症 439
- 儿童社会技能 153
- 儿童社交恐惧症(social phobia) 419
- 儿童退缩行为 366
- 儿童心境障碍 488
- 儿童性虐待 467
- 儿童言语和语言障碍 322
- 儿童一般行为障碍 360
- 儿童依赖行为 367
- 儿童遗粪症 197
- 儿童遗尿症 190
- 儿童运动的发展规律 317
- 儿童中心游戏治疗 113
- 发声和多种运动联合抽动障碍 236
- 发展 3
- 发作性睡病 222
- 法律问题 536
- 反社会性品行障碍 392
- 反向过程理论 128
- 反移情 75
- 反应 6
- 反应剥夺学说 80
- 反应代价 81 387
- 反应干预 83
- 反应练习 127
- 放松训练 84 415 418
- 非经典抗精神病药物 478
- 非快速眼动(non-rapid eye movement ,NREM)睡眠 202
- 非清除型 182
- 非指导性治疗 113
- 肥胖症(obesity) 334
- 奋乃静 33
- 弗洛伊德 3 12
- 氟伏草胺 50
- 氟伏沙明 50 300
- 氟哌啶醇 36 240 298
- 氟西汀 44 300
- 俯卧大笼球 136
- 父母管理训练 385
- 负性惩罚 81
- 负性强化 80
- 腹式(深)呼吸法 85
- 感觉刺激学说 80
- 感觉统合 130 314
- 感觉统合理论 130 314
- 感觉统合失调 130
- 感觉统合训练 311
- 感觉统合治疗 131 314
- 高级感觉统合 130
- 告知(information) 538
- 格塞尔 3
- 个别化教育方案 302
- 个别化阅读 266
- 个别人际间疗法(individual interpersonal therapy) 512
- 公正 536
- 宫内诊断 534
- 古典行为主义 5
- 关节活动度评定 141
- 关节活动度训练 141
- 观察学习 10
- 光疗 218
- 归因训练 260
- 滚筒筒 136
- 滚筒式时光隧道 137
- 海尔神 55
- 酣乐欣 55
- 合理情绪疗法 418
- 呼吸暂停症 370
- 忽视(neglect) 462
- 忽视和情感虐待 471
- 华生 4 5
- 滑板游戏 314

- 滑滑板 136
 滑滑梯 136
 画个家庭 115
 环境决定论 4
 回归公式 249
 肌力评估 140
 肌力训练 140
 肌肉放松训练 139
 基本学习策略 263
 基因突变 520
 基因型 520
 急性肌张力障碍(acute distonia) 481
 急性酒中毒 502
 急性中毒 503
 技术 115
 继发性 198
 继发性遗尿症 191
 夹腿综合征 396
 佳静安定 54
 家长教育期望 278
 家谱图 99
 家庭动力绘画 115
 家庭教养方式 278
 家庭结构 95
 家庭社经 277
 家庭玩偶会谈 114
 家庭文化氛围 279
 家庭治疗 89, 393
 家庭中心心理教育治疗 497
 甲硫哒嗪 35
 甲哌氯丙嗪 34
 间隔取样 79
 简单任务分析(5W-H)法 150
 见诸行动 75
 渐进性肌肉松弛法 85
 奖罚性处理(contingency management) 511
 奖励法 363
 奖赏 258
 角色扮演 158
 角色扮演法 156
 角色转换 262
 教师的期望 274
 教育训练 288, 302
 节制 76
 结构化教学 306
 结构式家庭治疗 95
 解释 76
 解释性理解技能 266
 戒断综合征 503
 经典抗精神病药物 478
 经典条件反射 77
 经验式家庭治疗 93
 精神发育迟滞 282, 523
 精神分裂症(schizophrenia) 524
 精神分析理论 12
 精神分析学 72
 精神分析治疗 72
 精神活性物质 500
 精细动作 317
 警铃-褥垫法 194
 静坐不能(akathisia) 482
 酒精戒断综合征 502
 酒依赖 502
 具体分析 151
 俱乐部药物滥用 505
 绝对学业不良 245
 咖啡碱 32
 咖啡因 32
 凯格尔运动 195
 抗焦虑剂 51
 抗精神病药 32, 177
 抗抑郁药 178, 183
 抗躁狂药 56
 咳嗽变异性哮喘 348
 可卡因滥用 504
 可乐定 241, 301, 384
 可能性管理 82
 客体关系理论 73
 课堂心理环境 276
 课堂行为管理技术 386
 恐惧 371
 恐惧程度量表(SUDS) 83
 口吃(stuttering) 456
 快速眼动(rapid eye movement, REM)睡眠 202
 奎硫平 480
 来访者中心游戏治疗 113

劳拉西洋	54	呕吐	170
乐观值	245	帕金森综合征(parkinsonism)	481
理性情绪疗法	86 418	帕罗西汀	50
锂盐	178 494	排他标准	249
立吊网缆	136	哌醋甲酯	301
利培酮	39 241 479	哌甲酯	29 381
连续绘画技术	115	膀胱张力控制训练	195
链锁法	304	皮格马利翁	274
良心	119	皮格马利翁效应	274
疗后服务	514	皮亚杰	3 17
疏利达嗪	35	匹莫林	30
氯丙咪嗪	42	匹莫齐特	298
氯丙嗪	32	品行障碍	389
氯氮 _卓	52	平衡跪坐或静坐摇晃	135
氯氮平	38 479	平衡台互相扶持	135
氯米帕明	299	平衡台平躺游戏	135
氯普噻吨	35	平衡台游戏	315
劳拉西洋	54	平衡台站立摇动	136
氯硝西洋	53	评论性理解技能	266
轮流涂鸦技术	115	期望公式	249
罗伦兹	21	其他统合游戏	137
马普替林	367	启发性游戏治疗	113
慢波睡眠	202	潜意识理论	73
慢性运动或发音抽动障碍	235	强化	80
梦睡眠	203	强化物	80
梦魇	208	强化因子	80
梦中焦虑发作	208	羟哌氯丙嗪	33
米安色林	45	羟嗪	54
米氮平	48 300	亲子关系	450
米纽琴	90	亲子关系的治疗	466
磨牙症(grinding teeth)	206	青少年物质滥用	500
纳屈酮	301	清除型	182
难治性精神分裂症	486	情感虐待(emotional abuse)	462
脑复康	57	情感性精神障碍	488
内部动机激发	258	情感性障碍(affective disorders	525
内驱力	73	情境诱导	446
内斯	117	球池游戏	136
内隐构造	88	球池综合游戏	137
能力(competency)	538	驱力减少	80
能力型困难	248	躯体虐待	462
尼莫地平	58	躯体虐待(physical abuse)	462
泥土游戏	136	去同步睡眠	203
年级水准差异	249	人本主义家庭治疗	94

- 人格结构理论 73
人际关系心理治疗 185
人际治疗 497
认知重构 88
认知改造技术 417
认知抗辩法(cognitive countering) 417
认知理论 16
认知疗法 86 409
认知领悟疗法 425
认知行为纠正疗法 86
认知行为疗法 497
认知行为治疗 184 510
认知治疗(cognitive therapy , CT) 417
日常生活活动评估 148
赛庚啉 178
三氟拉嗪 34
三个愿望技术 115
三环抗抑郁剂 383
三环类抗抑郁药(TCAs) 40 495
三唑仑 55
森田正马 103
森田治疗 103
舍曲林 46 300
设置目标 125
社会学习理论 5 10 77
社交感知技能训练 84
社交技能训练 84 394
社交能力 84
社交问题解决技能训练 84
社区治疗 394
身体跷跷板 136
神经性呕吐 339
神经性贪食症 180
神经性厌食症 173
生活技能(life skills)训练 514
声音混合困难 265
失读症 265
失眠症(insomnia) 211
时差综合征(jet-lag syndrome) 220
时相治疗 218
实践脱敏法 415
实时效仿 158
示范法 417
示范疗法 82
视觉诵读困难 265
适应障碍 442
嗜睡症 215
书面语言困难 267
书写困难 267
舒必利 37 298
树-房子-人 115
树-房子-人动力绘画 115
数学学习困难 269
睡惊症 207
睡眠-觉醒节律 221
睡眠-觉醒节律障碍 217
睡眠呼吸暂停综合征(sleep apnea syndrome) 226
睡眠磨牙 206
睡眠时相延迟综合征(delayed sleep phase syndrome , DSPS) 218
睡眠无呼吸综合征 226
睡行症(sleep-walking) 209
吮吸手指 360
顺应 17
瞬间时间取样 79
斯金纳 8
四足位平衡吊缆 316
松弛法 364
塑胶粒游戏 136
塑形 127
塑形法 304
塑造 81
算术障碍 269
泰尔登 35
泰必利 240
碳酸锂 56
糖尿病(diabetes mellitus , DM) 352
特定性运动技能发育障碍 312
特教标准 250
特殊学习障碍儿童 243
特许证明(testimonial privilege) 541
疼痛 355
体质指数 176
条件反射 6
跳床 137
听觉诵读困难 265

- 听觉统合训练 311
- 廷伯根 21
- 停止想法 88
- 同伴提名法 156
- 同伴行为描述法 156
- 同化 17
- 童年反应性依恋障碍 449
- 童年脱抑制性依恋障碍 449
- 头痛 356
- 涂鸦技术 115
- 脱毒治疗 509
- 外部动机激发 258
- 玩偶治疗 114
- 万拉法新 51 301
- 维生素 B₆ 加镁 301
- 维思通 39
- 稳定性学习困难 247
- 问题解决技术(problem solving technique) 417
- 物质(psychoactive substance , substance) 500
- 西酞普兰 49 300
- 习得性无能 256
- 习惯性痉挛 233
- 习性学理论 20
- 洗澡游戏 137
- 系统家庭干预 386
- 系统式家庭治疗 96
- 系统脱敏法 422
- 系统脱敏疗法 83
- 系统脱敏治疗 415
- 下丘脑-垂体-肾上腺素(HPA)轴 406
- 先天性疾病(或出生缺陷) 520
- 显性基因 520
- 现实时间取样 79
- 限制型 175
- 线索暴露治疗(cue exposure treatment) 511
- 相对学业不良 244
- 相互讲故事技术 116
- 相互作用论 4
- 消呕宁 37
- 消退 81
- 硝西洋 53
- 小组治疗 497
- 歇斯底里(hysteria) 432
- 写作困难 268
- 心境恶劣障碍 491
- 心境稳定剂 494
- 心理防御机制 74
- 心理和情绪想像 87
- 心理教育技术 417
- 心理想像 87
- 心理治疗 68
- 心理咨询 68
- 心身疾病(psychosomatic disease) 334
- 心因性呕吐 339
- 锌制剂 178
- 行善 536
- 行为观察 79
- 行为矫正 393
- 行为结果测量 80
- 行为评估 78
- 行为评估性面谈 79
- 行为契约 82
- 行为取样 78
- 行为社交技能训练 84
- 行为顺从性训练 128
- 行为治疗 76 308
- 行为治疗(Behavior therapy) 414
- 性虐待(sexual abuse) 462
- 修通 76
- 旋转浴盘中的感觉运动训练 316
- 选择性 5 -羟色胺回收抑制剂 383
- 选择性 5 -羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs) 496
- 选择性 5 -HT 摄制抑制剂 44
- 选择性缄默症(selective mutism) 453
- 学龄期儿童的语言发育 324
- 学龄前儿童的语言发育 323
- 学习策略 263
- 学习怠惰 257
- 学习过程 250
- 学习障碍 243
- 学校恐怖症(school phobia) 426
- 学业不良 244
- 学业不良标准 250
- 学业不良学生 244
- 压力转嫁 89
- 烟草滥用 506

- 言语发育过程 322
言语训练 458
厌恶刺激疗法 81
厌恶疗法(aversion therapy) 512
厌恶治疗 361
咬指甲 362
药物过量(overdose) 483
夜惊症(night terrors) 207
夜醒(night waking) 204
一般支持性心理治疗 240
依恋 450
依恋理论 22
依恋障碍 449
依恋治疗 451
胰岛素治疗 179
移情 74
遗传病(genetic disease , hereditary disease , inherited disease) 520
遗传度(heritability) 522
遗传决定论 4
遗传异质性(heterogeneity) 521
遗传咨询 525
乙醇滥用 502
以优促劣 158
艺术治疗 115
异食症 187
异相睡眠 203
抑郁症 489
易感性 501
益智药 57
意识训练法 363
癔症 432
隐私保密(confidentiality) 541
隐性基因 520
应用行为分析法 306
婴儿的语言发育 322
婴儿反刍或反胃 172
婴儿溢乳 170
婴幼儿喂食障碍 167
营养治疗 177
优生 519
优生学 519
游戏治疗 111 465
右旋苯丙胺 381
幼儿的语言发育 323
预防复发训练(relapse prevention) 510
原发性 198
原发性遗尿症 191
阅读困难 265
孕期保健 531
运动动作治疗 116
运动治疗 138
运算能力障碍 269
韵律操练习 241
杂合体 520
再发性呕吐 170
暂时性困难 248
暂停法 81
躁狂抑郁症(manic-depressive disorders) 525
躁狂症 489
整体型困难 248
整体语言经验方法 266
正性惩罚 81
正性强化 80
正性强化法 304
支持表达疗法(supportive expressive therapy) 512
支持性心理治疗 179
支持性学习策略 263
支气管哮喘(bronchial asthma) 346
知情同意 538
肢体残疾 138
直观词方法 267
直观字或词辨别困难 266
职业治疗 147
止吐灵 37
指导性治疗 113
指数记分法 148
治疗关系 71
治疗联盟 74
治疗社区(therapeutic community , TC) 510
致畸敏感期 531
智力标准 250
中间目标 245
中立 76
中枢精神兴奋剂 27
中枢兴奋剂 378

重建	76	自我信念	261
逐字理解技能	266	自我指导训练法	446
注意力集中训练法	85	自信心训练	261
注意缺陷多动障碍	373	自由绘画技术	115
抓痒游戏	136	自由联想	76
锥体外系反应	481	自愿 (voluntariness)	538
锥体外系统反应	33	自主权	536
咨询	68	自助小组	514
资源取向	72	字母与词反向	265
自陈量表	80	综合活动能力评估	149
自我调控策略	263	阻抗	75
自我管理	83	最大限度目标	245
自我管理干预	387	最小限度目标	245
自我监控	83	最优值	245
自我控制	82 , 119	佐匹克隆	55
自我控制的“心理惯性”	123	作业治疗	147
自我实现预言	274	做出决定	127
自我效果	126		