

图书在版编目 (CIP) 数据

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

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 118677 号

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

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

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

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



前 言

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





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

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



目录

CONTENTS

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

目录

CONTENTS

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

目录

CONTENTS

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

目录

CONTENTS

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



一、儿童行为发展理论

（一）早期行为主义理论

1. 行为习惯

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





2. 情绪反应

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

(二) 新行为主义理论

新行为主义理论的代表斯金纳,把行为分为两类:应答性



家庭环境对孩子情绪发展的影响很大



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

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

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





（三）社会学习理论

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



二、儿童行为发育的影响因素

（一）家庭环境

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

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

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

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





躁、爱责备和惩罚孩子，则孩子也容易出现攻击行为。

（二）集体环境

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

（三）生理因素

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

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

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



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

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





三、儿童行为评定方法及量表

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



儿童行为问题测验方法



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

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

（一）Achenlach 儿童行为量表

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

量表内容分为三个部分：

第一部分为一般资料。

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





被认为可疑正常。

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

（二）Rutter 儿童行为量表

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

两种问卷评分均分为三级：从来没有此种行为评“0”分；



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

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

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

（三）Conners 儿童行为量表

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





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

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

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

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

（四）儿童适应行为评定量表

美国智力低下协会将适应行为定义为“个体适应自然和社



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

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

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

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

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

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





（五）婴儿—初中学生社会生活能力量表

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

全量表共 132 个项目，分为 6 个领域。

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

（2）运动能力。评定走路、上阶梯、过马路、串门、外出能力等。

（3）职业能力。包括抓握东西、乱画、家务及使用工具等技能。

（4）沟通能力。评定言语反应、言语表达和理解、日常言语应用技能。

（5）社会化。包括游戏、日常交往、参加集体活动等方面。

（6）自我管理。评定独立性、自律、自控、关心别人等方面。



四、儿童多动症

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

1. 发病原因

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





儿童多动症患者情绪易冲动，自控能力差

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

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



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

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

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





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

2. 主要表现

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



多动症原因分析



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

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





多动症患儿注意力不集中，易走神

(3) 学习困难。这类孩子由于注意力不集中，上课不注意听讲，对教师布置的作业未听清楚，以致做作业时常常发生遗漏、倒置和理解错误等情况。部分孩子读书时可把“6”读成“9”，或把“d”读成“b”，甚至左右不分。写字时不是多一横，就是少一竖，或偏旁反写。画图时不是比例大小失调，就是位置安排不当。这些也是造成学习困难的原因。

这类孩子考试成绩波动较大，到3~4年级时，留级的可能相对较多。但因智能正常，如课后能抓紧复习、辅导，尚可赶上学习进度。学习成绩差并非智力落后引起，主要是因为动作过多和注意力不集中给学习带来困难，越到高年级越明显。



(4) 情绪不稳，任性冲动。表现为缺乏自制力，易冲动，情绪不稳定，鲁莽行事，想干什么就干什么，不顾后果。这类孩子由于自控力差，冲动任性，不服管束，常惹事生非。当玩得高兴时，又喊又叫，又唱又跳，情不自禁，得意忘形；当不顺心时，容易激怒，好发脾气。这种喜怒无常、冲动任性，常使同学和伙伴害怕他，讨厌他，对他敬而远之。因为患儿不易合群，久而久之也可造成反抗心理，常常发生自伤与伤人的行为。

(5) 行为问题。多为继发，因多动和学习成绩差遭到周围人的反感和歧视，患儿对此的反应可能是退缩回避，也可能表现为攻击性、破坏性、无礼貌，甚至说慌、逃学、打架。成绩和行为往往形成恶性循环，导致学业上更加失败，社会适应问题也更突出。

(6) 认识功能障碍。部分患儿可有左右分不清，倒写、倒读、反读，临摹图画时分不清主体和背景的关系等认识功能障碍。

3. 诊断标准

儿童多动症的诊断要结合家长、老师提供的病史，参考家庭史、出生史等资料全面分析，上述症状持续6个月以上才能做出诊断。4岁以前诊断较难，患儿多在学龄前或低学龄期症状逐渐明显。多动、冲动或注意问题都出现于7岁以前。





- (6) 作出过分行动，如爬高、乱跑。
- (7) 参与危险活动。
- (8) 坐立不安，动手动脚。
- (9) 常干扰别人。
- (10) 说话过多。

诊断多动症时，应注意排除广泛发育障碍、精神分裂症或其他精神障碍的可能，并且不能用其他精神障碍，如心境障碍、焦虑障碍、分离性障碍或人格障碍来解释。



多动症患儿说话过多，经常打扰别人



4. 鉴别诊断

(1) 在允许活动的场合，如下课时、放学后，不管孩子的活动多么厉害，也无诊断意义。只有在不该活动的场合，如上课时、做作业时，仍约束不住自己，始终动个不停，才有诊断意义。

(2) 如只有活动过度，而无注意力涣散，不能诊断为多动症。相反，如果注意力涣散明显，而无活动过度，也应考虑有多动症的可能，因为有的儿童属所谓“不伴多动的多动症”。在美国，从1979年起，根据多动症最为常见和突出的症状是注意力集中困难，已把“多动症”改称为“注意缺陷症”并分为“注意缺陷伴多动”及“注意缺陷不伴多动”两种，后者也就是“不伴多动的多动症”。

(3) 与顽皮儿童的鉴别，在注意力、行为和自控能力方面都有区别。

注意力方面：患多动症儿童在任何场合，都不能较长时间集中注意力，即使是看“小人书”、“动画片”时，也不能专心致志。但顽皮儿童却不同，在看“小人书”、“动画片”时，能全神贯注，还讨厌其他孩子的干扰。

行为方面：顽皮儿童的行动常有一定的目的性，并有计划及安排。而多动症患儿却无此特点，他们的行动较冲动，且杂乱，有始无终。





多动症要早发现，早治疗

自控能力：顽皮儿童在严肃陌生的环境中，有自控能力，能安分守己，不再胡吵乱闹。多动症患儿却无此能力，常被指责为“不识相”。顽皮儿童虽活动也多，但约束自己方面较多动症患儿好得多。

5. 矫治方法

以往认为，多动症是一种儿童自限性疾病，随年龄增长，可自然消失。现在通过长期追踪观察发现仅部分多动症患儿可自愈，多数患儿的症状可延续至成年。治与不治，早治与晚



治，在疗效和预后上有显著差异。因此，目前一致的看法是：多动症应及早治疗，实施综合治疗。综合治疗措施包括教育引导、心理治疗、行为治疗和药物治疗。多动症孩子不应受到家庭、学校或社会的歧视，惩罚和责骂不仅收不到预期的效果，反而会损伤孩子的自尊心，造成精神创伤，加重社会适应障碍。要安排合理的课程和学习计划，避免环境中的无关刺激，鼓励孩子取得的任何进步。

1) 提高认识

儿童多动症是病态，对多动症患儿不应歧视，不应打骂，以免加重孩子的精神创伤。儿童多动症必须进行药物治疗，但药物不能代替教育，药物可为教育提供良好的条件，并应正确理解药物的作用与副作用。要取得良好的疗效，患儿、家长、教师、医师必须互相配合。

2) 教育引导

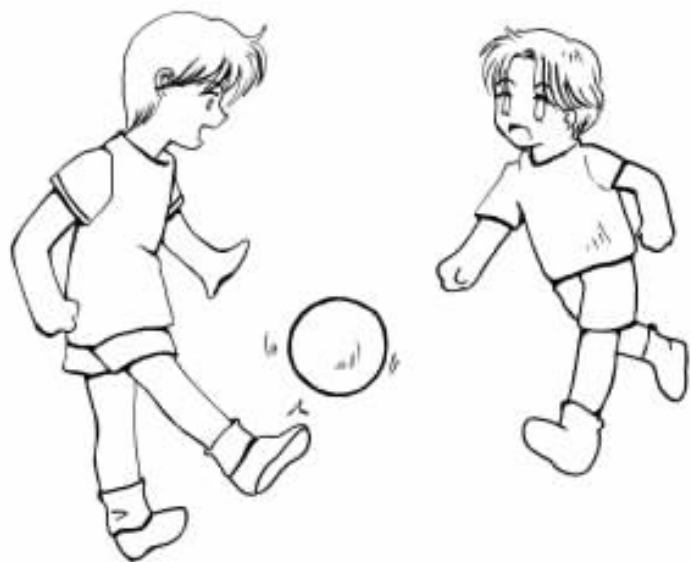
服药同时家长要重视教育工作，要学习了解有关儿童多动症的知识。不要责备、怪罪、歧视、打骂孩子，要耐心教育，抓紧辅导。教育多动症的患儿，要注意以下几点。

(1) 要求必须切合实际。首先，家长应该了解多动症的特点，对多动症患儿的要求，切莫像对待正常孩子那样严格。只要求他们的多动行为能控制在一个不太过分的范围内就可以了，提要求不应过于苛刻。





(2) 正确引导过多的精力。对于这类活动力过多的儿童要进行正面引导，使他们过多的精力能发挥出来。家长和老师要组织他们多参加各种体育活动，如跑步、打球、爬山、跳远等，如有条件，应安排他们做一些室内外活动，使他们过多的精力能释放出来。但是，在安排他们进行活动时，应注意安全，避免危险。



让孩子多参加课外活动，使他们过多的精力释放出来



(3) 加强集中注意力的培养。对于多动的儿童应逐步培养其静坐集中注意力的习惯。可以从看图书、听故事做起，逐渐延长其集中注意力的时间。可以把他们安排在教室的第一排座位上，以便在上课时能随时得到老师的监督和指导。如果儿童在集中注意力方面有所进步，应及时表扬、鼓励，以利于强化。

(4) 培养有规律的生活习惯。对多动的儿童应从小培养有规律的生活习惯，要求他们按时饮食起居，有充足的睡眠时间。不应迁就儿童的兴趣而让他们看电影或电视至深夜，以致影响睡眠。

(5) 培养他们的自尊心和自信心。对于多动的儿童，应耐心地反复地进行教育和帮助，培养他们的自尊心和自信心，消除他们所存在的紧张心理，帮助他们提高自控能力。父母应和医生经常保持联系，帮助医生了解教育孩子的情况，征求医生关于治疗上的指导性意见，有条件时，应争取医生、家长、教师三方面的合作，共同搞好教育。

3) 行为治疗

行为疗法是利用学习原理来纠正孩子的不适宜行为的一种方法。当他们在学习中出现适宜行为时，就及时给予奖励，以鼓励他们继续改进，并求巩固；而当有些不适宜行为出现时，就要加以漠视或暂时剥夺他们的一些权利，这样就会促使这些





行为逐渐消失。如教师把患儿在上课时间内屁股扭动的次数记下来,如果减少了,就加以表扬,并且每天给家长带一份报告,家长根据报告给予奖励。奖励办法可根据各家具体条件确定,如准许其晚上看电视,或假日去动物园,或奖励玩具等。

4) 药物治疗

目前大多数专家认为,用利他林治疗儿童多动症非常有效,可使患儿注意力集中,缓解活动过多的症状,从而达到改善行为的目的。患儿随着行为的改善,学习成绩也会有所提高,随着情绪的稳定,与同学之间的冲突也会减少。因此,该药也间接地促进了儿童的心理发育。

药物有效剂量因人而异。家长应经常与老师联系,密切观察反应,摸索其有效量,如出现食欲减退、头昏、失眠等情况,家长不必惊慌,可稍减量,2~3周后,患儿即可适应,反应消失。

为避免产生耐药性,在周日、假日及不学习时,可以不服药,寒暑假也可停药,但如果假日要学习及做作业,可在学习前半小时服用利他林。

利他林一次服药作用时间只能维持4~6小时,因此,必须坚持长期服药才有效果,随意停药,症状又会出现。根据个人不同情况,可服用1~5年,但随年龄增长,情况好转,药量可逐渐减少,直至停药。



5) 饮食疗法

近年研究表明,大量进食含有酪氨酸、水杨酸盐的食物以及进食加入调味品、人工色素和受铅污染的食物,均可使具有发生多动症遗传素质的儿童发生多动症,或者使多动症状加重。相反,多动症的患儿只要限制这类食物,症状可明显减轻。因此,多动症患儿的饮食,应注意以下几点。

(1) 应少食含酪氨酸的食物,如挂面、糕点等。少食含甲基水杨酸的食物,如西红柿、苹果、橘子等。饮食中不要加入辛辣的调味品,如胡椒之类,也不宜食用贝类、西红柿、橄榄等食物。

(2) 应多食含锌丰富的食物,因为锌是人体内的微量元素,与人体的生长发育密切相关。锌缺乏常使儿童食欲不振,发育迟缓,智力减退。研究发现,学习成绩优良的学生,大多数头发中锌含量较高。所以,常吃含锌丰富的食物,如蛋类、肝脏、豆类、花生等对提高智力有一定帮助。

(3) 应多食含铁丰富的食物,因为铁是造血的原料,缺铁会使大脑的功能紊乱,影响儿童的情绪,加重多动症状。因此多动症孩子,应多食含铁丰富的食物,如肝脏、禽血、瘦肉等。

(4) 应少食含铅食物,因为铅可使视觉运动、记忆感觉、形象思维、行为等发生改变,出现多动,所以多动症患儿应少食含铅的皮蛋、贝类等食品。





(5) 应少食含铝食物，因为铝是一种威胁人体健康的金属。食铝过多可致智力减退，记忆力下降，食欲不振，消化不良。多动症患儿应少吃油条，因为制作油条需要在面粉中加入明矾，而明矾的化学成分为硫酸钾铝。因此，吃油条对小儿的智力发育不利。



五、儿童抽动障碍

抽动障碍，按临床特征和病程分为短暂性抽动障碍，慢性运动或发声抽动障碍，发声和多种运动联合抽动障碍，感觉性抽动障碍等。本病起病于儿童和青少年时期，发病年龄以5~7岁为多见，男孩多于女孩，主要表现为不自主的、反复的、快速的一个部位或多个部位肌肉运动抽动和发声抽动，并伴有注意力不集中、多动、强迫性动作和思维或其他行为症状。

（一）短暂性抽动障碍

通常称为抽动症或习惯性痉挛，多数表现为简单性运动抽动，少数表现为单纯发声抽动，病程不超过1年。

1. 发病原因

- (1) 遗传因素。患儿家族成员中患抽动障碍者较为多见。
- (2) 器质性因素。围产期损害，如产伤、窒息等，脑膜炎、神经梅毒、一氧化碳中毒等与本症有关。





要及时发现孩子的抽动症状

(3) 社会心理因素。家庭不和、父母离婚、亲人死亡、学习负担过重等。

(4) 药源性因素。某些药物，如中枢神经兴奋剂、左旋多巴、卡马西平、抗精神病药物、抗组织胺药物、抗胆碱能药物等，可产生抽动的副反应。

2. 主要表现

首发症状多为简单性运动抽动，如眼、面肌抽动。数周或数月后波及颈部和上下肢，如眨眼、挤眉、皱额、吸鼻、噘嘴、



露齿、张口、咬唇、伸脖、摇头、耸肩和模仿怪相等。少数可出现简单发声抽动，如单纯反复咳嗽、哼气或清嗓子等。

3. 诊断标准

- (1) 起病于童年。
- (2) 有运动抽动（单一部位或多个部位），或发声抽动。
- (3) 抽动能受意志克制短暂时间。
- (4) 抽动症状的严重程度、发生频度及部位可以改变。
- (5) 抽动症状一日内出现多次，天天如此，至少持续2周，但不超过1年。
- (6) 排除锥体外系神经疾病和其他原因所引起的肌肉痉挛。

4. 矫治方法

目前认为，症状较轻者，可自行缓解，一般不需服药治疗。如症状严重，可在医师指导下采用药物治疗，以氟哌啶醇为首选药物，约89%患儿可获明显的疗效，或用泰必利治疗。

家长要帮助孩子排除紧张感和恐惧感。家长要千方百计地创造条件，让孩子生活在平静和自信的气氛中。无论他的动作如何使人生气，既不要注意他的样子，也不要模仿他、取笑他。

鼓励和引导孩子参加各种有兴趣的游戏和活动，转移他的注意力。另外，要启发孩子从事适当的体育活动，体育活动会帮助孩子摆脱自己的封闭状态，振作精神，放松肌肉。





不要注意、模仿或取笑孩子的抽动症状

（二）慢性运动抽动或发声抽动障碍

本症是指临床表现符合抽动障碍的一般特征，可以有简单的运动抽动障碍和复杂的运动抽动障碍，或仅仅出现发声抽动，一般以眼、面肌抽动多见。多见于成人，持续数年或终生，儿童发病率为 1% ~ 2%。

本症临床特征为：在 21 岁前起病；具有不自主运动抽动，任何一次抽动不超过三组肌肉，或具有发声抽动；抽动表现或强度持久不变；能受意志控制短暂时间（数分钟至数小时）；



病程至少持续 1 年以上。

本症无须特殊治疗，特别是症状已持久固定不变，形成习惯的成年人清嗓、眨眼等抽动。

（三）发声与运动联合抽动障碍

本症又称为抽动—秽语综合征、Tourette 综合征（TS）、多发性抽动症、冲动性抽动症等。

1. 发病原因

（1）遗传因素。患儿家族成员中患抽动症和 TS 的发生率为 10% ~ 66%，TS 双生儿同病率一致性较高，单卵同病率为 75% ~ 95%，双卵同病率为 8% ~ 23%。研究表明，TS 为常染色体显性遗传，主基因为不完全外显性，基因的作用位置可能是中脑的多巴胺系统。

（2）神经生化因素。有人认为 TS 是由于中枢神经递质功能失调，包括多巴胺能、5-羟色胺能、去甲肾上腺素能、胆碱能、GABA 能及阿片系统。

（3）器质性因素。脑电图、CT、核磁共振（MRI）、正电子发射断层扫描（PET）等检查发现，患儿脑电慢波或棘波，脑室轻度扩大，脑皮质轻度萎缩，基底节和边缘系统发育异常。

（4）社会心理因素。母孕期应激事件、妊娠前 3 个月的严重反应均是小孩发生抽动障碍的危险因素。此外，模仿别人的





类似动作、心理刺激和躯体性疾病，也可以诱发病。常见的心理刺激因素有：①受惊吓，如突然受到狗的袭击，过马路时几乎被车压伤等；②慢性焦虑不快，如父母不和，父母长期生病，母亲又生了孩子，分散了对患儿的宠爱等。

(5) 躯体因素。急性扁桃体炎、上呼吸道感染等，以及其他急性病症。

2. 主要表现

(1) 运动。简单性运动抽动为迅速、突然、反复、无意义的运动抽动，表现为眨眼、呶嘴、翘鼻、伸舌、点头、伸脖、耸肩、挺腹、吸气等。复杂性运动抽动发作缓慢，呈奇特多样的姿态，如冲动性触摸人或物、跺脚、似触电样全身耸动、走路回旋、蹲下跪地等动作。

(2) 发声。简单发声抽动表现为快而无意义的声音，反复发声如清嗓、咳嗽、吐痰、哼声、吠叫声。复杂的发声抽动发声如词句、重复言语、重复刻板同一的秽语（猥亵语言）、模仿语言等。

(3) 行为和发育。包括注意缺陷多动障碍、强迫障碍、情绪不稳定、易激惹、冲动攻击行为、自伤行为、各种学习能力障碍。

3. 诊断标准

(1) 发病年龄在 2 ~ 15 岁之间。



简单发声抽动表现为反复发声，如咳嗽、清嗓子

(2) 有复发性、不自主、重复、快速、无目的的抽动，影响多组肌肉。

(3) 多种抽动和一种或多种发声抽动同时出现于某些时候，但不一定必须同时存在。

(4) 能受意志克制数分钟至数小时。

(5) 症状的强度在数周或数月内有变化。

(6) 抽动一日发作多次，几乎天天如此。病程超过 1 年以上。

(7) 排除小舞蹈症、肝豆状核变性、肌阵挛发作、药源性





不自主运动及其他锥体外系病变。

4. 矫治方法

(1) 心理治疗。因为抽动障碍给患儿自身及家庭的日常生活和学习带来不同程度的干扰和影响。心理治疗包括行为疗法、支持性心理咨询、家庭治疗等。家长或老师碰到这种情形，要理解患儿的疾病性质，切莫责怪孩子，因为越责怪越强制他就越感到紧张，不自主动作越频繁，长期下去，孩子会逐渐变得胆小、自卑。对极少数顽固性抽动症的孩子，家长要帮助他们用意念去克制自己的抽动行为，可以采用正强化法，只要孩子的抽动行为有一点减轻，就及时给予适当的表扬和鼓励，以强化孩子逐渐消除抽动行为。

(2) 药物治疗。常用氟哌啶醇或用泰必利，剂量同短暂性抽动障碍。其他药物有可乐定、利培酮、氯氮平、肌苷、哌迷清、氟桂嗪等，也可选用。



六、儿童品行障碍

品行障碍是指在儿童少年期反复、持续出现的攻击性和反社会性行为，包括偷窃、逃学、离家出走、说谎、纵火、虐待动物、性虐待、躯体虐待、违抗与不服从、破坏性行为等异常行为。



品行障碍儿童出现攻击性和反社会性行为





1. 发病原因

(1) 生物学因素。儿童早期的气质与以后品行障碍的形成有关。遗传因素对品行障碍的发病作用已被许多研究所证实，反社会性行为在单卵双生子之间的同病率明显高于异卵双生子。低智商、神经心理缺陷与少年违法相关。此外，中枢神经系统 5-羟色胺降低、母孕期间情绪不良、早产、异常分娩等与品行障碍的发生也有关。

(2) 心理因素。情绪不稳、好攻击、易冲动、适应不良、低焦虑、低奖赏依赖性的儿童易发生品行障碍。困难气质儿童常令父母不愉快和烦恼，因而父母会粗暴地对待或回避，病儿可能会变得更加敌意和违抗，逐渐发展为品行障碍。

(3) 社会因素。不良的家庭环境，如家庭不和、父母离异、大家庭、父母有犯罪史、家庭的社会经济状况差等，与品行障碍的发生显著相关。父母采用简单粗暴、放任不管、管束过严等不恰当的教育方式，家长在教育方法上的不一致，以及文化传统、思想价值观念等对品行障碍的发生均有影响。

2. 鉴别诊断

品行障碍的诊断并不困难，根据上述攻击性和反社会性行为即可作出诊断，但这些异常行为也可发生在其他精神疾病中，如儿童多动症、情绪障碍、抽动症、癫痫、精神发育迟滞（智力低下）、精神分裂症等。因此，须注意排除这些疾病。



3. 矫治方法

(1) 行为矫正疗法。如采用阳性强化疗法和惩罚疗法，利用操作性条件反射的原理改变儿童的行为方式，逐渐减少不良行为。近来发展了一种“问题解决技巧训练”方法，效果优于其他行为疗法。

(2) 家庭治疗。通过各种各样的方法（行为模式、结构模式、交流模式）改变家庭功能结构，继而改变患儿的行为。这些方法从家庭功能整体上来分析存在的问题，增加家庭成员之



为孩子树立好的行为榜样，
改变孩子的不良行为





间的直接交流和相互支持。训练父母以适当的方法与儿童进行交流,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。

(3) 社区治疗。许多家庭不愿采用家庭治疗,或一些家庭功能严重紊乱的患儿不适宜家庭治疗时,可进行社区治疗。如雇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。学校可制订社会技能训练计划和学习技能训练计划,以改善伙伴关系,使患儿学习成绩提高,自尊心增加,从而改变其不良行为。

(4) 药物治疗。迄今尚无有效治疗本症的药物。用药目的是处理其他伴随症状,如用中枢兴奋剂利他林治疗多动表现,用碳酸锂治疗情感症状,氟哌啶醇、碳酸锂、心得安对控制部分患儿的攻击性行为和暴怒发作有效。

4. 预防措施

(1) 预防和纠正孩子的破坏性行为。从小注意培养孩子的好习惯,限制玩具数量,惩罚故意破坏行为。家长平时注意以身作则,自己不拿孩子或东西做出气筒,鼓励孩子说出自己的感受,教孩子用适当的方法克制或发泄自己的怒气,如深呼吸、听音乐、参加体育活动。

(2) 纠正孩子偷拿东西的行为。学龄前儿童还分不清物品的所属权,即使是小学生明知不能随便拿别人的东西,由于控



制能力较差,也会偷拿自己喜欢的东西,这些不能视为品行问题。而青少年偷拿东西的行为则属于品行障碍。家长应从小开始注意培养良好的行为,当小孩能分清自己和他人时,就应强化物品的所属概念,告诉孩子不属于自己的东西不能因为喜欢就偷拿为已有,可告诉他用正当合理的手段获得,如对喜欢的玩具可与小朋友商量借玩一会。平时不要放纵孩子对物质的欲望,关心孩子的内心感受,一旦发现孩子的偷拿行为,首先调查原因,明确指出这种行为是错误的,鼓励孩子承认错误,归



教育孩子勇于承认错误





还物品，并作出适当的处理，避免以后再犯类似错误。

(3) 纠正孩子的攻击性行为。从小树立良好的行为榜样，尽量避免有攻击性行为的影响。成人要注意自己的言行，少看打斗的书籍、电视、电影。教给孩子积极的表达或发泄不满的方式，培养孩子的语言表达能力和多种爱好，如弹琴、绘画、阅读或参加体育活动等，通过各种活动进行正面教育。及时鼓励孩子的积极行为，必要时对攻击性行为进行惩罚。



七、儿童学习障碍

学习障碍或学习困难是指智力正常的学龄儿童，因社会心理等因素引起的学习成绩不良。国外资料提示学习困难的发生率为 20% 左右，国内为 15% 左右，男女比例为 2:1。引起学习困难的常见原因有以下几种。

(1) 学习技能障碍。由于从发育的早期阶段起，儿童获得学习技能的正常方式受损，导致阅读、拼音、计算和运动功能的障碍。

(2) 注意力缺陷多动障碍。学习困难的儿童中约有三分之一存在注意力缺陷多动障碍，这类患儿因注意力不易集中，小动作多，导致继发性学习困难且易出现品行问题。

(3) 情绪问题。因为情绪的焦虑、忧郁、紧张等原因而影响学习。

(4) 学校恐怖症。患学校恐怖症可以严重到因无法上学而休学。





(5) 考试综合征。在考试期间或考试前后，出现较严重的紧张恐惧心理，伴面色潮红、全身出汗、头昏脑胀、注意力涣散、思想迟钝，使原来记熟的复习内容，一时无法“回忆”起来，导致考试失败而影响学业。

(6) 行为问题。各种行为问题会出现逃学、弃学，以致荒废学业。

(7) 环境因素。家庭环境不良，如父母文化较低、职业层次不高、家庭不和睦、对个人成就和小孩的学习不重视或期望过高，均可影响儿童的学习兴趣和学习动机，妨碍学习潜能的发挥。



可以因情绪问题而影响学习



(一) 学习技能障碍

学习技能障碍又称特殊发育障碍，是指在群体中有一类特异素质儿童，表现为拼写困难、计算困难、感知障碍、阅读障碍的一种综合征。

目前国内资料表明，在我国大约有 10% 的男孩和 3% 的女孩在不同的程度上患有本病。学习技能障碍的患儿，既非低能，亦非主观上不愿学习，而是由于这些儿童在学习能力上存在一种或几种不足，从而引起了学习上的某些困难。

1. 发病原因

近年学者们认为，学习技能障碍是由于儿童发育上有偏移所引起的，可能是在某一方面的发育尚未成熟，使儿童获得学习技能的正常方式受损，致使学习能力出现了障碍。根据美国神经病学家奥尔顿的研究，学习技能障碍可能是由于左右大脑半球之间缺乏功能上的协调联系，大脑缺乏正确处理视听功能和不能作出正确判断反应的结果。

2. 主要表现

(1) 选择性阅读困难。由于患儿视觉—空间知觉障碍，虽然视力检查正常，但辨别开头有困难。患儿不能在一定的背景上识别图形和字，分不清字的反转或倒转，如分不清上与下、6 与 9、p 与 d、13 与 31、月亮与月等。有时，单独一个字患





儿能认识,但把这个字放在一个句子中,他就不认识了。

(2) 绘画困难。由于患儿空间定位的能力差,在画图时常不易分清左右,不易把人画在恰当的位置,亦不易把颜色正确地涂在规定的线条内。

(3) 计算困难。由于患儿缺乏数的概念,计算时不会比较两个数字的大小,不会对多位数加减进位。

(4) 社交困难。由于患儿有语言发育障碍,讲话时常出现语法和句法混乱,往往不能与其他小朋友流利地进行语言交流,因此,常被其他小朋友轻视、讽刺,从而加重孩子的心理障碍。

3. 预防和治疗

(1) 早期预防。加强围产期卫生保健,母亲在孕期应防止接触烟、酒、毒等有害物质,防止产伤;儿童应防止因中毒、感染或外伤引起的脑损伤。

(2) 及早发现,及早治疗。家长应经常关心儿童的学习,发现问题及时解决。要注意孩子在入学前的早期教育,为孩子入学作好必要的知识和技能准备。

(3) 教育训练。一旦被确诊为学习技能障碍后,应在儿童心理医生的指导下,进行有关的专门的教育训练。这种训练应以患儿的主要缺陷为目标,有针对性地进行矫治,包括知觉、运动、语言、技巧及计算能力的专门训练。也可采用行为治



孕妇不宜吸烟

疗,并要适当加强营养和改善患儿的生活条件。

(4) 药物治疗。可使用 γ -氨酪酸、脑复康、小施尔康等。伴多动症者,可应用中枢兴奋剂,如利他林、匹莫林等。

(二) 厌学病

1. 发病原因

(1) 没有建立正确的学习动机,学习缺乏内在动力。





及的具体目标。家长还应提供一定的适当的奖励条件，鼓励、督促孩子为实现这个目标去努力，使他们失败不灰心，成功不骄傲。要从小培养孩子具有不达目的决不罢休的顽强精神。

（三）学校恐怖症

学校恐怖症是一种较为严重的儿童心理疾病，多见于7~12岁的小学生。由于存在各种不良心理因素，学生害怕上学，害怕学习，具有恐怖心理，故又称“恐学症”。

1. 发病原因

(1) 个性脆弱。这类孩子均有以下的性格特点，如胆小、仔细、敏感、多疑，特别爱面子，经不起批评，过分依赖父母，不能在精神上、生活上及学习上自立。

(2) 学习有困难。这类孩子基础较差，又缺乏克服困难的意志而拒绝上学。

(3) 环境因素。家长、老师及本人常期望过高，往往超过患儿心理所能承受的程度，导致孩子心理失衡，逐渐形成焦虑感；或者由于学习成绩差，受到老师的批评或同学的耻笑，自尊心受到伤害，不愿再面对老师和同学而害怕上学。

2. 主要表现

害怕上学，甚至拒绝上学是最突出的症状。



起初可借口头痛、腹痛、食欲不振或全身无力等身体不适来企图得到父母的同情允许其不上学。以后如果父母强迫患儿上学，患儿便会哭泣、吵闹、焦虑不安。倘若父母同意暂时不去上学，则孩子的焦虑症状马上缓解。

焦虑表现为心神不定，惶惶不安，面色苍白，全身出冷汗，心率加快，呼吸急促，甚至有呕吐、腹痛、尿频、尿急等表现。

3. 矫治方法

要寻找孩子不肯上学的原因。当发现孩子有不肯上学的现



受到老师的批评或同学的耻笑，自尊心受到伤害





象时，家长应该与他们谈心，尽可能了解所有与他们上学有关的情况。要注意开导，不要采用简单恐吓的办法，迫使孩子去上学，以免加重孩子的心理创伤。要正面诱导，讲清目前上学与将来工作之间的关系，让孩子在认识上有所提高，切忌各种强迫性、惩罚性的言行。

尽快设法使孩子回到学校去，假如不肯上学的孩子焦虑症状明显，父母不要性急，应通知学校取得老师的配合。然后，家长要耐心等待，并陪伴孩子，以消除或减轻其焦虑症状。开始时让孩子在学校呆一个小时也好，如果这步成功了，可将时间延长至2小时，然后再延长至半天，逐渐过渡到不陪孩子上



不要强迫孩子去上学，以免加重孩子的心理创伤



学和让孩子独自去学校。每当孩子有进步时，即应及时给予表扬和奖励。

帮助孩子克服恐惧心理。患学校恐怖症的孩子均有不同程度的焦虑症状，在找到原因后，要有针对性地请儿童心理医师进行心理治疗。

肌肉松弛疗法是帮助这类孩子克服恐惧心理、解除焦虑症状行之有效的方法。即当孩子接近学校门口时，反复做深呼吸，待全身肌肉渐渐放松之后，再进校门，以克服上学时产生的恐惧感和焦虑症状。

采用上述方法效果不明显时，可在医师的指导下，在短期内应用抗抑郁剂，如氯丙咪嗪、阿米替林、麦普替林，同时并用抗焦虑剂，如佳静安定、舒乐安定，以消除或减轻患儿的症状。

4. 预防措施

(1) 注意对孩子的性格培养。家长和老师对胆小、细心、忧郁的孩子，不宜要求过于严格。相反，宜劝导这些孩子处事不要过分认真，要让他们了解生活必然有成功，也有失败的道理。

(2) 对孩子期望不应太高。家长切勿对这类孩子期望太高，由于这类孩子的性格特点，决定了他们经受失败和挫折能力较差，因此，期望太高易使这些孩子在不良的性格基础上增





加心理压力，促发学校恐怖症。

(3) 及早发现，及早治疗。一旦发现孩子有学校恐怖症的迹象，应立即去心理门诊，请儿童心理医师进行心理治疗及必要的药物治疗。家长们更应注意防范这些孩子可能发生的离家出走等不良行为。

(四) 考试综合征

在考试期间或考试前后，学生出现较严重的紧张恐惧心理，伴面色潮红、全身出汗、两手发抖、心悸胸闷、头昏脑胀、注意力涣散、思想迟钝，使原来记熟的复习内容，一时无法“回忆”起来，导致考试失败。有的还可能出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻、尿频、尿急，严重者可大汗淋漓、头脑轰鸣、手指震颤，甚至虚脱、晕厥。

1. 发病原因

(1) 心理压力过大。由于家长和老师对学生的期望过高或提出过分的不恰当的要求，错误地夸大了考试与个人前途之间的关系，使考生情绪过分紧张，以致学生心理压力过大。

(2) 缺乏自信心。有严重的自卑感，错误地低估自己的能力和知识水平，总担心自己对考试准备得不充分，不能取得好成绩。

(3) 考试前过度疲劳。由于考试前不适当地减少睡眠时间



考试前过度疲劳影响睡眠和大脑的休息

而过度疲劳，或平时身体健康状况差，加上心理紧张，食欲下降，营养不良，影响了大脑供血。

(4) 考试前准备不充分。文具不齐备，考题形式与考生认识能力差别过大，考生难以理解考题的意义。临场过分紧张，如考题难度过大、考试时间太紧、监考人员过于严肃等造成不适当的紧张气氛。

2. 心理学基础

从心理学角度看，考试综合征无非是“回忆”受到了紧张情绪的干扰。学生在考试时往往担心自己考得不好，会影响升





中的紧张场面能恍惚记忆，片刻后便安然入睡。

梦魇发生在有梦的快速眼动睡眠阶段。因为快速眼动睡眠在后半夜的睡眠中占的比例较高，所以梦魇在后半夜发生的机会更多，做噩梦的当时，心跳和呼吸可能会增快，但是不会有显著的植物神经反应。儿童从梦魇中醒来，常常会哭，会说害怕，家长的安慰能使他安静下来并继续入睡。



梦魇是指梦见非常恐怖的事情，惊醒后还能生动地回忆起噩梦的内容



1. 发病原因

产生梦魇的原因是白天受到惊吓或兴奋过度。

心理学家分析，孩子做噩梦前大多有过心理矛盾，情绪焦虑，或因看了恐怖电视，或因听了吓人的故事，加上睡眠时姿势不舒适，如鼻子被毯子盖住，胸口受被子压迫等。有些孩子则可因感冒而引起呼吸不畅，或肠寄生虫病引起睡眠不适，或过饥、过饱，均可诱使梦魇的发作。

2. 梦魇与夜惊的区别

夜惊有明显的惊恐表情，怪声哭叫，以及植物神经症状，如心跳和呼吸加快，大汗淋漓，瞳孔散大，面色苍白，使孩子的父母见了触目惊心，但本人却什么也不知道，事后没有记忆。梦魇是正在做梦的儿童自己从梦中惊醒，感到非常害怕，但是别人却看不出什么明显的动静。夜惊吓着别人，梦魇吓着自己。

3. 治疗

一般轻症无需治疗即可自愈。梦魇并没有不良后果，只要精神不受刺激便可消失。孩子发生梦魇时，可尽快将他唤醒并可安慰孩子说：“这是做梦，不是真的，不要害怕。”待情绪稳定后再让他入睡，一般不需要药物治疗。发作频繁的可以在临睡时口服佳静安定，连服几晚。平时应当避免看恐怖的影视节目和听恐怖的故事，有心理压力和躯体诱因的应对症处理。





解除各种诱发因素之后，梦魇一般就不会再频频发作。另外，随着年龄的增长，梦魇的发作也会自然减少或停止。

（三）夜游症

夜游症，过去称“梦游症”，又称睡行症。表现为患儿在夜间睡眠中突然起床，下地走动，是睡眠和觉醒同时存在的一种意识改变状态，多发生在睡眠的前三分之一阶段。多于4~6岁之间发病，男多于女，5~12岁的儿童中大约15%至少有过一次夜游症。以往认为夜游症发作时人正在做梦，其实不然。近年研究表明，夜游症不是发生在梦中，而是发生在非眼快动睡眠的第三期和第四期深睡阶段，此阶段集中于前半夜。故夜游症通常发生在入睡后的前2~3小时。

夜游症患儿可兼有夜惊或遗尿，这三者都是发生在非眼快动睡眠的第三期和第四期深睡阶段，可能具有类似的病理机制，但呈不同的临床表现。三者都是由于中枢神经系统发育不成熟，而夜游症可能是在深睡状态中，大脑呈部分觉醒时所出现的一种运动。

1. 主要表现

夜游症患儿从睡眠中起床，两眼睁开或微闭，面无表情，步态不稳呈醉酒状态，在室内外走动，问之不答。夜游结束后或上床睡，或随便睡在哪里。当他醒来后，对夜游过程中所发



生的一切一无所知。癫痫患儿也有夜游现象，但在发作时常伴有遗尿，次日可有头痛、头晕现象，脑电图检查可以明确癫痫的诊断。

2. 矫治方法

夜游症对孩子的健康没有什么不利影响，一般无须特殊治疗。但家长必须注意加强保护，防止发生意外。如房间内不宜放置危险物品，不宜生火，门窗要加锁等。如发现夜游症发作



夜游症的表现为患儿在夜间睡眠中突然起床，下地走动，是睡眠和觉醒同时存在的一种意识改变状态





的患儿已走出门外，家长可将孩子牵回家中，让他到床上继续睡觉。不要强行叫醒夜游症发作的孩子，因为强行唤醒孩子可能会使孩子出现更严重的意识模糊和兴奋躁动状态。

3. 预防措施

家长应使儿童避免可能加深睡眠的因素，如白天过度疲劳，睡前过于兴奋等，以免诱发夜游症的发作。夜游症发作频繁的孩子，可于每晚临睡之前服用安定，连服几晚。随年龄的增长，大脑皮层逐渐发育完善，夜游症可不治而愈，家长们不必为此担忧。



九、儿童口吃

儿童口吃是指说话时言语中断、阻塞、重复、不流畅的状态，一般是由于发音器官紧张或模仿周围口吃的人造成的。口吃是儿童期常见的语言障碍，患病儿童约占儿童总数的 5%，大约一半的口吃儿童，是在5岁以前发病的，多见于男孩。口吃的发生有两个年龄高峰，即幼儿期（2~3岁）和学龄前期（5~7岁），但多在幼儿期发病，同样，也最易在幼儿期纠正。如果在幼儿期不纠正，有时口吃可伴随终生。

口吃现象与口吃病有着本质的区别。口吃现象是人在感情激动或精神紧张时，因对神经中枢的干扰所出现的短暂语言不流畅现象，而口吃病则是由于心理病症所导致的一种口吃疾病。此外，言语障碍儿童思维贫乏，词汇量少，学讲话时犹豫不决或轻度顿挫，乃属正常现象。

1. 发病原因

(1) 模仿他人口吃。儿童好奇心强，模仿别人口吃，久之





自己也会发生口吃。大部分口吃的儿童都是在幼年时模仿他人的口吃而学习得来的。口吃的感染性很强，孩子们之间互相模仿，和口吃的人经常接触，因觉得口吃的人说话特别好玩而模仿，都容易学会口吃。



模仿他人口吃也会发生口吃

(2) 父母或保育员对小孩言语能力的形成要求过急。当孩子学话时，作过多的矫正，或采取恐吓手段逼迫孩子学话，进行斥责、嘲笑，以致儿童说话时情绪紧张，害怕说错话，说话时压力很大，失去信心而发生口吃。父母把孩子学话时犹豫不



决或轻度顿挫看作是口吃，对此操之过急，急于矫正而使孩子形成口吃。

(3) 左撇子改用右手。父母强迫左撇子的孩子改用右手时，孩子往往也会发生口吃。

(4) 突然的精神刺激。如受惊吓、过分受罚、环境突然改变，也可导致口吃。

2. 矫正方法

口吃矫正越早，效果越好。由于口吃病是心因性疾病，所以，对口吃病的正确矫治，应从心理治疗入手，着重于消除孩子的心理障碍。一时性的口吃现象是不需要治疗的，随着孩子的年龄增长和智力发展，可以逐渐转为正常。但是，父母千万不能让孩子产生心理压力，否则，口吃现象就会发展成口吃病。

(1) 心理行为治疗。家长一定要和蔼、耐心、细心地与孩子交谈，彻底消除孩子怕口吃的心理状态，创造一个愉快的环境，减少患儿对口吃的注意力。总之，要使孩子说话时不应感到有一点点心理压力。

鼓励孩子树立克服口吃的信心。口吃者常有自卑、羞怯、孤僻表现，所以周围人不应取笑于他，应对其加倍关心。鼓励孩子一字一句地将意思表达出来，不要急躁和粗暴地打断他们的讲话，更不能训斥、惩罚孩子，当孩子有一点进步时，就应给予鼓励和奖励。





十、儿童进食障碍

（一）异食癖

异食癖是指长期嗜食泥土、墙灰等不是食物的物质，且非其他精神障碍所致。

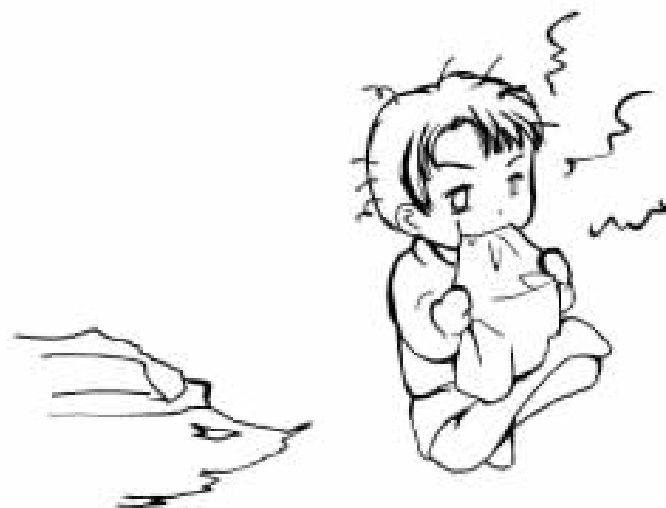
本病可能与个体出现强烈的连续或周期性渴求某种物质，以取得或维持某种特殊的心理快感有关。此外，肠虫症、贫血、缺锌也可出现异食癖。异食癖作为一种症状可见于多种心理行为障碍性疾病，如儿童多动症、智力低下和精神分裂症等。

本病可见于儿童各年龄阶段，以 5 ~ 10 岁患病率最高，通常自觉或不自觉地嗜食一些不作为食物和营养品的物质，并引以为乐，这些物质有泥土、墙灰、纸屑、沙子、毛发、衣布等。症状具有顽固性和持久性，虽经大人训斥可以阻止，但是过后仍我行我素。

在治疗上，首先应积极治疗原发病，并采用以行为治疗为



主的心理纠正方法进行行为矫治。用心理治疗记录表，每日记录异食的内容、次数、诱因和行为矫治方法的效果，对异食行为加以评分，采取奖惩措施，强化其正性行为。此外，厌恶疗法、直流高压电刺激疗法方便有效，可以选用。



异食癖患儿常自觉或不自觉地嗜食一些不能作为食物的物品

（二）神经性厌食症

神经性厌食症是以厌食和体重减轻为主要特点的疾病。本





病以女孩为多见，病前多有拘谨、保守、偏食、焦虑、强迫或癯病样性格的特征。厌食大多是由于小孩瘦弱或得了某些疾病，家长用强制性的喂食方法而造成的。尤其是现在，独生子女都是“掌上明珠”，家长惟恐小孩营养不够，于是，饭前巧克力、蛋糕不断，养成孩子挑食、偏食的习惯，使小孩并无饥饿感因而不思饮食，出现了厌食。

1. 主要表现

(1) 体重至少比原来减少 25%，比同年龄和身高的标准体



正确引导和鼓励神经性厌食症患儿进食



重至少低 15%。

- (2) 以苗条为美，惟恐长胖，有意控制饮食，宁愿挨饿。
- (3) 闭经至少 3 个月（女孩患者）。
- (4) 有心动过缓、消瘦、呕吐、发作性食欲亢进等症状。
- (5) 无其他躯体疾病及精神障碍。
- (6) 发病年龄在 10 岁以上。

2. 矫治方法

(1) 心理治疗。心理治疗对神经性厌食症的患儿十分重要。首先要了解患儿的发病诱因，凡是能解决的客观诱因，均应力争予以解决。因精神因素引起的厌食，则应妥善处理，并以心理疏导为主。属于主观认识上的问题，应逐步给予解释。对有意控制饮食，追求苗条为美者，则应向他们灌输正确的审美观，鼓励他们多多进食。必须强调的是，治疗神经性厌食症，患儿、医生、家长之间一定要建立良好的信任关系，并要密切合作。这一点在治疗上至关重要。

(2) 躯体治疗。除轻症患儿外，一般应以住院治疗为宜，应由专人管理患儿的饮食，边鼓励边进食，如能与护士一同进餐更好。患儿应卧床休息，供给高热量饮食，必要时可强迫鼻饲。营养极差，又有呕吐或坚决拒食者，可采用静脉补液或静脉营养，输给白蛋白，甚至输血。餐前半小时可肌注胰岛素 2～8 个单位，连续数月。激动不安者，可短期给予奋乃静。





必须指出，应及早识别和治疗本病，以防病情加重，一旦进入后期，治疗相当困难。

3. 预防措施

除少吃零食外，必要时可停餐一顿。应普及健美知识，让孩子知道，盲目追求时髦，追求苗条，过度节食是严重损害少男少女健康的做法，必须加以纠正。正确的减肥方法，应是进行体育锻炼，练习健美操，使脂肪减少，肌肉发达。这样，既能使形体健美，又能增强体质，有利于健康。

（三）神经性贪食症

神经性贪食症是一种无控制的多食、暴食病症，多见于女性儿童和少年，可与神经性厌食症同时伴发。

本病病因不明。患儿常采用暴食缓解内心的紧张，发作时具有强烈的进食冲动，食量惊人，继而采用自行催吐、滥用泻药、间断禁食、滥用食欲抑制剂、滥服甲状腺素和利尿药等手段试图抵消食物的发胖作用。长期呕吐可发生低血钾。

治疗常采用行为疗法，加强进食自控能力至关重要，每日记录进食量，严格评分，实行奖惩措施。提高认识，纠正对自己形体和体重的错误认识观念，消除应激因素，有忧郁症状者应用抗抑郁剂。



（四）神经性呕吐

神经性呕吐又称心因性呕吐，可以看作是精神因素的躯体反应，由于精神因素的影响，如强迫进食，进食时受到责骂、恐吓等以致情绪过分紧张，都可引起精神性呕吐。有的则是由于偶然因素引起，加上父母不恰当的言语暗示而形成习惯性呕吐。一旦形成习惯以后，任何紧张、不愉快的情绪均可引起同样的反应。本病患儿性格缺陷明显，不少患儿具有癯病性格，如自我中心、暗示性强，女孩多见。



神经性呕吐表现为反复呕吐，严重时呕吐呈喷射状





1. 发病原因

- (1) 各种因素导致的情绪混乱，如突然与父母亲分离，强烈的刺激或亲人死亡等。
- (2) 精神过度紧张，如遇到各类考试，尤其是有些女孩，显得特别紧张，且常有过去发作史。
- (3) 作为反对父母的一种手段。当患儿受到过度刺激或当



严重呕吐可引起营养不良，身体虚弱



父母强迫孩子去做他们不愿做的事情时，有些孩子可发生呕吐，以示反对。

(4) 作为对家庭施加压力的一种手段。有些家长对孩子溺爱、放纵，这种孩子有时往往以呕吐来对家长施加压力。如害怕上学或上幼儿园的儿童，呕吐往往发生在早晨，而周末或假日不发生呕吐。如强迫孩子进食或喂食过度，小儿也可以用呕吐来进行反抗。

2. 主要表现

反复呕吐，一吃就吐，严重时呈喷射状，一般无恶心，呕吐亦不费力气，呕吐量多少不等。不影响食欲和体重，不呕吐时依然活泼如常。体检和辅助检查，没有任何器质性疾病的表現。可见于任何年龄，甚至是婴幼儿。

严重呕吐可导致营养不良和水、电解质紊乱，甚至可见大脑皮质萎缩、肾上腺皮质萎缩、骨质疏松等。

3. 矫治方法

(1) 排除其他病变。首先注意排除其他原因引起的呕吐后，才能按神经性呕吐治疗。

(2) 心理治疗。主要依靠发现与解决不良的心理因素，药物的对症治疗作用较小。

(3) 合理安排生活。对患儿应合理安排生活，包括饮食制度、加强体育锻炼和增加生理睡眠时间。





(4) 消除患儿的紧张情绪。周围人不要过分注意孩子的呕吐症状，应避免在孩子面前表现得紧张和顾虑，以提高其治疗的信心。

(5) 注意全身营养情况。病情严重的患儿出现反复呕吐而引起营养不良，身体虚弱，甚至发生水、电解质紊乱。因此必须注意神经性呕吐患儿的全身营养状况，保持水、电解质平衡。

(6) 药物治疗。小剂量氯丙嗪可达到镇静止吐的作用，可以试用。



十一、儿童排泄障碍

(一) 遗尿症

儿童遗尿症，是指5岁以上的孩子还不能控制自己的排尿，夜间常尿湿自己的床铺，白天有时也有尿湿裤子的现象。

遗尿症在儿童期较常见。据统计，4岁半时有尿床现象者占儿童的10%~20%，9岁时约占5%，而15岁仍尿床者只占2%。本病多见于男孩，男孩与女孩的比例约为2:1。6~7岁的孩子发病率最高。遗尿症的患儿，多数能在发病数年后自愈，女孩自愈率更高，但也有部分患儿，如未经治疗，症状会持续到成年以后。

一般情况下，小儿到2~3岁便可逐渐控制排尿。如果5~6岁以后经常遗尿，在6岁以下每月至少有2次遗尿，6岁以上每月至少有1次遗尿病史者即可诊断为遗尿症。





1. 发病原因

引起遗尿的原因，常由于白天嬉戏过度，夜间睡眠过深，或受到惊吓，或调换新环境等便会出现遗尿。有些是由于泌尿生殖器官的局部刺激，如包茎、包皮过长、外阴炎、先天性尿道畸形、尿路感染等引起，其次与脊柱裂、癫痫、糖尿病、尿崩症等全身疾病有关。但是绝大多数儿童遗尿与疾病无关，是由于心理因素或其他各种因素造成的。

(1) 遗传因素。本病的家族发病率甚高。国外报告 74% 的男孩和 58% 的女孩，其父母双方或单方有遗尿症的历史。单卵双胞胎同时发生遗尿者较双卵双胞胎者为多。提示遗传与本病有一定关系。

(2) 功能性膀胱容量减少。1970 年有人曾经用膀胱内压测量方法研究 63 名遗尿儿童，发现膀胱容量比预计少 30%。1992 年有人对 44 例遗尿儿童作膀胱 B 型超声检查，除 1 例正常外，其余患儿的膀胱容量均不同程度小于正常，平均小于正常 50%。

(3) 睡眠过深。根据不少家长反映，这类患儿夜间睡眠很深，不易唤醒，唤醒之后，往往还是处于迷迷糊糊、半醒不醒状态，因此夜间唤醒排尿，在较长的一段时间内相对比较困难。其原因在于睡眠过深，不能接受来自膀胱的尿意而觉醒发生反射性排尿，造成遗尿。



(4) 心理因素。亲人的突然死伤，父母吵闹、离异，母子长期分离，黑夜恐惧受惊，均可导致孩子遗尿。有些孩子自幼没有养成控制小便的习惯和能力，一出现尿床，便受到家长的责备、打骂，长期处于过度紧张状态中，每天晚上睡前总要提心吊胆，生怕再次尿床，继而产生自卑心理，使遗尿经久不愈。心理因素不但可促使以往已有控制小便能力的儿童重新发生遗尿，而且还可使少数患儿在发生遗尿后，逐渐形成习惯，有些甚至长大成人后也无法改变。



遗尿症患儿夜间经常尿湿自己的床铺





(5) 排尿习惯训练不良。有些患儿使用尿布时间过长，以致自幼就没有养成自己控制排尿的习惯。有的母亲训练幼儿的方法不对，夜间把幼儿唤醒后，让他坐在便盆上边玩边尿，最后也没有看看是否已经排尿，就把孩子抱上床。这样幼儿不可能把排尿与坐便盆联系在一起，形成条件反射。因为孩子有时排了尿，有时是坐在便盆上玩，并未排尿，这样反会造成孩子排尿紊乱，不可能形成规律。还有的母亲常在晚上把孩子弄醒强迫排尿，不管孩子如何挣扎、哭闹，反正不排尿就不让孩子离开便盆，这样会使幼儿对排尿产生恐惧、紧张心理，同样不利于培养有规律的排尿习惯。

(6) 性格特征。迄今为止，虽然无足够的证据证明，遗尿与儿童的性格之间有明确的关系。但是，遗尿的儿童大多数具有胆小、被动、过于敏感和易于兴奋的性格特点。此外，遗尿患儿可由于遗尿，自己感到不光彩，不愿让别人知道，因此不喜欢与其他孩子多接触，也不愿参加集体活动，逐渐形成羞怯、自卑、孤独、内向的性格。

2. 遗尿与睡眠的关系

近年来，对遗尿症患儿作睡眠脑电图检查和多导生理仪描记，发现尿床都发生在睡眠的前三分之一阶段。当时，正处于非快速眼动睡眠的第三期和第四期的深睡之中。

遗尿可有一系列过程，开始是躯体不安宁，肌张力增加，



心跳加速，呼吸急促，皮肤电阻降低，这是一组觉醒征兆。与此相应，在脑电图上出现高波幅的 δ 波发放。大约过了几十秒钟或几分钟，孩子便在深睡之中尿床了。因此，很难将遗尿的孩子唤醒，有时往往是大人把尿湿了床的孩子抱起来，换上干衣裤和被单，他仍然不醒，等到次日早晨醒来，他对尿床经过完全无记忆。

因为尿床的人常在“湿梦”之中，如在梦中掉到了河里而醒来，以致人们长期以为尿床是在做梦时发生的。其实尿床当时并不在梦中，多数遗尿症孩子在发生尿床之前，尚未出现过



在睡觉之前给孩子洗澡，使孩子能舒适入睡，这样可以减少尿床





快速眼动睡眠，而大多数是在尿床之后2小时，才出现第一阵快速眼动睡眠。正常人每晚有快速眼动睡眠4~6次，而遗尿症患儿在尿床的当晚，只有快速眼动睡眠2~3次。因此，有人推想，尿床代替了有梦的快速眼动睡眠。实验研究证明，尿床在前，做梦在后，衣服和被单潮湿的感觉，被编入了尿床者的梦境，这就是“湿梦”。衣裤和被单被及时换干了的儿童，不做“湿梦”。

许多人梦见过尿急找厕所找不到，即做了“找厕所的梦”，在焦急中醒来，可能裤子和被单被尿湿了些，但大部分尿还在膀胱里，没有排出来。这是由于膀胱充盈的信号被编入了梦境，是正常人的梦。遗尿症患儿通常是不做这种梦的。

3. 矫治方法

(1) 心理治疗。经常遗尿的患儿可有怕羞、胆怯、不愿见生人的自卑心理。家长应正确对待，消除患儿的精神压力，切忌训斥、打骂。

(2) 调整饮食。每天下午4点以后少饮水，晚饭最好少吃流质食物，饮食宜偏咸偏干些。临睡前不要喝水（夏天除外），也不宜吃西瓜、橘子、生梨等水果及喝牛奶，以减少夜里膀胱的贮尿量。

(3) 建立合理的生活制度。应该使孩子的饮食、起居有规律，应避免孩子过度疲劳及精神紧张。孩子最好能坚持睡午



觉，以免夜间睡得太熟，不易被大人唤醒起床小便。

(4) 睡前不宜过度兴奋。应让孩子养成按时睡眠的习惯，睡前家长不可逗孩子，不可让孩子兴奋，不可让孩子剧烈活动和看惊险紧张的影视片，以免使孩子过度兴奋。

(5) 上床前把小便排干净。要培养孩子每天睡前把小便排干净彻底的习惯，使膀胱里的尿液排空。有条件的家庭，应尽可能在临睡之前给孩子洗澡，使孩子能舒适入睡，这样可以减少尿床。



在经常发生尿床前半小时至1小时用闹钟将患儿唤醒，以建立条件反射





(6) 及时更换尿湿的被褥和衣裤。孩子睡觉的被褥要干净、暖和，尿湿之后应及时更换，不要让孩子睡在潮湿的被褥里，这样，会使孩子更易尿床。必须指出，遗尿可使患儿害羞、焦虑、恐惧及畏缩。如果家长不顾及患儿的自尊心，采用打骂、威胁、惩罚的手段，会使患儿更加委屈和忧郁，加重心理负担，症状不但不会减轻，反而会加重。因此，对待遗尿症的患儿，只能在安慰及鼓励的情况下进行治疗，这一点甚为重要，是治疗遗尿症成败的先决条件。

(7) 行为疗法。行为疗法是在日常生活中采取不同的方法对患儿的排尿进行训练，使他们形成正常的排尿习惯。

设置日程表：从治疗第一天起，家长应为患儿设置日程表，以便每天进行记录。当孩子尿床时，要努力寻找可能导致尿床的因素，并记录在日程表上，如未按时睡眠、睡前过于兴奋、白天过于激动、傍晚液体摄入量太多等。当患儿无尿床时，便把一颗星画在日程表上，并给予口头表扬或物质奖励。每周与医师会晤 1 次。

建立条件反射：从治疗开始起，要求家长每天在患儿夜晚经常发生尿床的时间前，提前半小时至 1 小时用闹钟将患儿及时唤醒，起床排尿，使唤醒患儿的铃声与膀胱充盈的刺激同时呈现。经过一段时间的训练后，条件反射建立，患儿就能够被膀胱充盈的刺激唤醒达到自行控制排尿的目的。此外，要鼓励



患儿自己去厕所小便，目的在于使患儿在比较清醒的情况下把尿排泄干净。

膀胱功能训练：督促患儿白天多饮水，尽量延长两次排尿的间隔时间，促使尿量增多，使膀胱容量逐渐增大。鼓励患儿在排尿中间中断排尿，数 1 至 10，然后再把尿排尽，以提高膀胱括约肌的控制能力。

(8) 药物治疗。采用小剂量氯丙咪嗪配合治疗，每天睡前 1 小时服药 1 次，见效后持续服药 3 个月。然后用同样的剂量每两天睡前服药 1 次，持续一个半月。以后每三天服药 1 次，持续一个半月，然后停药。总疗程 6 个月。其作用机制是该药对膀胱具有抗胆碱能作用，使膀胱容量扩大，并可刺激大脑皮质，使患儿容易惊醒而起床排尿。在使用过程中发现个别患儿在治疗开始时，可出现睡眠不安、食欲下降、容易兴奋的现象，一般未经处理 1~2 周可自行消失。如果患儿的遗尿现象一旦有所好转，千万不可中断训练，否则已经建立起来的条件反射就会消失，以致前功尽弃。

(二) 神经性尿频

神经性尿频好发于学龄前儿童，尤以 4~5 岁为多见。主要表现为每天排尿次数增加而无尿量增加，尿常规检查正常。排尿次数可以从正常的每天 6~8 次增加到 20~30 次，甚





至每小时10多次。每次排尿量很少，有时仅几滴，睡眠后则无尿频。常在上床睡觉前、吃饭时、上课时加重。

1. 发病原因

小儿大脑皮质发育尚未完善，对脊髓初级排尿中枢的抑制功能较弱，而且这一功能最脆弱最易受损，这是小儿易患本病的内在原因。受惊吓、精神紧张易使神经功能失调而发生本病。此外，家庭成员的死亡、变换环境、突然离开父母、害怕打针和考试等所导致的紧张或焦虑等均可诱发本病。液体摄入量增加或使用利尿剂也可引起日间尿频。

2. 主要表现

每当家长或老师对患儿施加心理压力，或患儿受到恐吓感到紧张时，便会频繁感到尿意和排尿。而患儿在轻松愉快的气氛或专注于某种有兴趣的玩耍游戏时，则尿频消失。

3. 矫治方法

(1) 树立信心。应反复告诉孩子，他们是健康的，尿频症状会很快改善，以消除患儿的不良心理因素。

(2) 转移注意力。对学龄前儿童教育要耐心，不要打骂、训斥。幼托机构对新入托、新入园的小朋友要多组织参加一些轻松愉快的游戏，上课要避免精神过度紧张。对患儿要理解，不可不让患儿小便，应多加安慰，使患儿注意力集中到别的活动上去。



(3) 延长排尿间隔时间。应教会和鼓励患儿将两次排尿间隔的时间尽可能延长，并记录每天两次排尿间隔的最长时间，如有进步，可适当给予奖励。医生的信心和鼓励，将会明显改善患儿的症状，大部分患儿可在数日内痊愈。

(4) 药物治疗。应用阿托品，使膀胱的逼尿肌松弛，括约肌收缩，增加膀胱蓄尿量，减少排尿次数。也有人报告，氯丙咪嗪疗效较阿托品好，副作用比阿托品小，对膀胱也有类似作用。近年有人采用硝苯啶治疗神经性尿频，取得了满意的疗效。作用机理为硝苯啶能松弛膀胱逼尿肌，增加尿贮量。硝苯啶的治疗剂量为：每天每千克体重0.5～1毫克，分3次口服，4天为1个疗程。1个疗程治愈率为82%，2个疗程可全部治愈。

(三) 遗粪症

遗粪症是指5岁以后的儿童仍不能自行控制大便，出现原因不明的不自主排出正常粪便。本症发病率比遗尿症低得多，国外报告为1%～3%，男：女=3.4：1。

1. 主要表现

患儿常常不由自主地经常反复在不允许的场合下大便，往往是将大便拉在裤子里，且呈反复发作，每月至少有1次以上。患儿无器质性原因，也无腹泻，大便检查正常。病程持续





遗粪症表现为常不由自主地、经常反复地在不允许的场合下大便

半年。虽经家长和老师教育仍难以纠正。患儿平素胆小，害羞，敏感，不活泼。有的儿童自幼无良好排便习惯，有的病前有明显的精神创伤，或者病前曾生过其他重病，有的则是由于母子关系不良、家庭不和睦所致。家长、教师和同伴之间的讽刺挖苦、训斥威吓可使症状加重。



2. 矫治方法

(1) 心理治疗。明确诊断后，应消除患儿的不良心理因素，纠正性格缺陷，改善情绪障碍。对于无法去除的心理因素，或已经消失了的心理因素，应该帮助患儿正确认识，合理对待，以消除这些因素的影响。

(2) 排便训练。鼓励自信，培养儿童正确的排便习惯，加强训练，并持之以恒。

(3) 行为疗法。可采用正性强化法，当患儿能正常排便，不弄脏裤子时，给予表扬和奖励。当患儿仍出现不自主排便时，不可对其斥责、恐吓和施加心理压力，而应加以安慰，使患儿精神放松。

(4) 药物治疗。有些患儿，仅仅寻找出诱因，进行心理治疗还不能解决问题，仍时有遗粪现象，对此可应用氯丙咪嗪，连用数月，疗效明显。





十二、儿童发泄行为

（一）屏气发作

屏气发作是指儿童在剧烈哭闹时突然出现呼吸暂停的现象。这是没有语言表达能力的儿童发泄愤怒的一种方式，一般发生于6个月至2岁的婴幼儿，3~4岁以后随着语言表达能力的增强与剧烈哭闹现象的减少，发作则自然缓解，6岁后很少发作。

情绪受挫或严重气愤时即出现发作，表现为突然出现急剧的情感爆发，剧烈哭叫，随即呼吸停止，伴有口唇发绀和全身强直，甚至意识丧失，抽搐发作，随后才哭出声来。持续时间30秒至1分钟，严重者可持续2~3分钟。

矫正方法主要是分析和消除引起发作的原因，避免各种诱发因素，解决患儿与家长或环境之间的矛盾，纠正不良的抚育方式，切忌惩罚与训斥孩子。



（二）咬指甲

咬指甲是儿童期常见的不良行为习惯。一般认为咬指甲与心理紧张和情绪不稳有关，患儿在焦虑紧张时通过咬指甲，借以减轻自我紧张，长此以往则形成了行为习惯，但也有一些儿童是在模仿他人咬指甲后形成习惯的。常于3~6岁开始出现，持续至青春期，在男孩12~13岁，女孩8~9岁时最多见。表现为反复出现咬指甲和指甲周围的皮肤，甚至咬足趾。



咬指甲是儿童时期常见的不良习惯行为





治疗可采用厌恶疗法和习惯矫正训练，使患儿自我意识到咬指甲的害处，培养和强化良性行为，增强自我控制能力。

（三）吸吮手指

在婴幼儿时期，吮吸手指是一种很常见的不良行为，发生率高达 90%。2 ~ 3 岁以后，这种现象大大减少，4 岁时发生率只有 5%。但是有一部分儿童在饥饿、寂寞无聊、焦虑不安、疼痛或身体不舒服的时候，仍然会吮吸手指。偶然发现这种行为，或持续时间不长，则属于正常现象，随着年龄的增长会逐渐消失。如果随着年龄的增长，孩子依然吮吸手指玩乐，说明孩子出现了行为上的偏移。如果孩子这种不良行为得不到及时纠正，那么，这种不良行为就会固定下来，而形成顽固性的习惯。治疗上主要是采取综合性措施。

（1）纠正不良喂养习惯。已养成吮吸手指的不良卫生习惯的孩子，应弄清楚造成这一不良习惯的原因，如果属于喂养方法不当，首先应纠正错误的喂养方法，克服不良的哺喂习惯。要培养孩子规律的进食习惯，做到定时定量，饥饱有节。

（2）行为疗法。家长要耐心、冷静地纠正儿童吮吸手指行为，可采用厌恶疗法或正性强化疗法。对这类患儿切忌采用简单粗暴的教育方法，不要嘲笑、恐吓、打骂、训斥，更不要使用捆绑双臂或戴指套等强制性的方法。因为这样做，不仅毫无



效果，而且会使儿童感到痛苦、压抑、情绪紧张不安，甚至产生自卑、孤独等情况，而且一有机会，孩子就会更想吮吸手指，使吮吸手指的不良行为顽固化。



不要采用简单粗暴的强制性矫正方法纠正孩子的吮吸手指的行为





（四）习惯性擦腿动作

习惯性擦腿动作，即摩擦会阴部的习惯动作，也称作“习惯性会阴部摩擦动作”，国外称作“婴儿自淫”，是一种发生在儿童的异常心理行为。约50%的婴儿可出现，但多发生在2岁以后，女孩多于男孩。

1. 发病原因

发生本病的原因可能是先有会阴部的刺激，如外阴湿疹、炎症、蛲虫病及衣裤太紧等引起局部痒感，孩子在摩擦阴部时有了某种带有性色彩的体验，以后在此基础上形成习惯。也可以是由于偶然机会形成习惯的。

2. 主要表现

婴儿期发作表现为在家长怀抱中两腿交叉内收进行擦腿动作。幼儿常在睡前、醒后或单独玩耍时出现，持续数分钟，甚至为了避免大人的干涉而暗自进行，多在突出的家具角上或骑坐在凳子或某种物体上活动身体进行摩擦。女孩常常两腿交叉内收进行擦腿动作，做摩擦动作时两颊泛红，两眼凝视，额部微微出汗，对呼唤不理不睬，如果强行制止她则会不满，会阴部有分泌物，常被误认为是癫痫发作。

3. 矫治方法

家长发现此现象后不要流露出焦虑或紧张的情绪，要寻找



原因，消除局部诱发因素，如注意孩子会阴部卫生，治疗局部炎症感染和驱蛲虫等。但是由于孩子已经形成习惯，消除局部因素后，往往发作并不停止或减少，因此要注意诱导，切忌责骂、羞辱或惩罚孩子。

晚上让孩子感到疲倦后再睡觉，清晨醒后立即穿衣起床，消除此习惯动作的条件。睡时被子不要盖得太多，平时不要穿紧身裤。看到孩子发作时应将他的注意力吸引到其他方面，鼓励孩子参加各种游戏活动。本现象的存在对小儿的发育没有不利的影响，年长后大多停止发作，只有个别人可出现行为问题。

发作时，家长用手轻轻地将孩子的双腿分开，并转移其注意力以终止发作。

年龄较大的孩子有此习惯时往往受到环境的歧视而出现心理异常，应适当进行说服教育，使他们消除顾虑，鼓励他们要有信心，主动克服恶习。

（五）发脾气

发脾气在各年龄阶段均可出现，以幼儿期和学龄前期更为常见。好发脾气的儿童一般较任性，常有不合理的要求，当要求未满足或受到挫折时就大发脾气。表现为大喊大叫，哭闹不止，就地打滚，撕扯衣服头发，甚至用头撞墙或以死来威胁父





母。发脾气时劝说多无效，只有当要求得到满足后，或不予理睬，经过较长时间后才可平息下来。矫正的方法是从小注意培养孩子的良好行为习惯，父母之间的教育态度要一致，耐心说服解释，不要娇生惯养孩子。



当孩子发脾气时应将他的注意力转移到其他方面去



十三、青少年常见行为问题

具有统一的自我同一性的少年，如能得到成人的肯定，他们的愿望和愿望的实现将比较顺利，能力循着目标与日俱增，真正的独立处世能力得到发展。他们乐观，自信，理智，富于热情，善于进取和敢于冒险。他们也经常会遇到困难，但从困惑中逐渐变得坦然，从冲突中得到疏解，在挫折中成熟起来。

未能建立起统一的自我同一性的少年，容易发生“角色混乱”。他们在遇到多变的情境



个体在青少年期充满了错综复杂的心理矛盾





时，没有恒定的观点和处理方式而表现为自我混乱。他们难以确立明确的目标，需要和愿望变换不定，经常盲目行动而不顾后果，或是放弃期望而不敢面对世界。因此，青少年期的心理具有敏感、批判力不足、好胜、韧性差、自控力不足、涉世不深、人际关系简单、心理的内部稳定状态较差等特征。

个体在青少年期充满了错综复杂的心理矛盾，如得不到及时有效的处理，常导致心理行为问题的出现。

（一）手淫

手淫在儿童期十分常见。它是一种满足性欲的自慰行为，用手摆弄自己的生殖器，在儿童最早可见于1岁左右，几乎所有的儿童均或轻或重出现过这种现象。学龄前期明显，入学后消失，青春期又出现。心理学家认为，只要手淫适度，不是过度的手淫，均可视为儿童生长发育过程中的正常现象。如果手淫形成习惯，不手淫就不能满足本身性需要的时候，就会造成心理障碍。因此，过度的习惯性手淫是一种病态，多见于男孩。

1. 发病原因

在乳儿期以前，家长如随意用手摆弄儿童的外生殖器，会起到强化儿童性感受的不良作用，致使儿童在稍大以后，自己出现手淫行为。有的儿童包皮过长，经常堆积一些污垢，刺激



色情电视、电影的引诱会诱发
儿童性冲动而发生手淫

儿童的性敏感带，诱使儿童产生手淫。有的家长不注意儿童的外阴部卫生，长时间不替儿童清洗，由于炎症刺激或外阴部搔痒，用手去抓，碰到阴蒂，使儿童产生性感受，习以为常就可能出现手淫。年龄稍大的儿童，有些色情电视、电影的引诱以及成人的性生活不注意回避儿童，都可造成儿童诱发性冲动，发生手淫。儿童发育到10岁左右，身体内的性激素水平增高，也可以产生性冲动引起手淫。

2. 主要表现

手淫表现为儿童用手直接摆弄自己的生殖器，或两脚交叉上下移擦，或二腿骑跨于某种物体上如突出的家具棱角上进行





摩擦，持续数分钟，甚至为避免大人的干涉而暗自进行。在阴部摩擦的同时，可有脸孔通红、两眼凝视、表情紧张愉快，还可伴出汗气喘等，手淫之后困乏、嗜睡。大多数儿童多在入睡前、醒来后在床上进行手淫，可伴性幻想及射精活动。

3. 矫治方法

家长一旦发现孩子有习惯性手淫，不要心情紧张、焦虑，更不应该采用惩罚、责骂、讥笑等手段来迫孩子中止发作。

首先应寻找形成局部刺激的原因，并加以去除。其次，勿让孩子过早卧床，可以让孩子在睡前进行一定时间的体育活动，以便卧床后能很快入睡，醒后即唤孩子起床。不要让孩子穿得太多太热，宜穿较为宽松的布料柔软的内衣、内裤，平时不穿紧身裤。应注意孩子外生殖器的清洁。对年龄较大的儿童应适当地进行说服教育、诱导、解释，使他们打消顾虑，鼓励、支持他们多参加一些户外活动，转移他们的注意力。要培养孩子健康的兴趣和爱好，不要看黄色影视和小说。当孩子的手淫习惯的次数明显减少时，要及时表扬、鼓励和奖赏，强化其新的健康行为。

（二）性早熟

性早熟是指青少年期出现成人的性欲和行为，与神经内分泌因素、父母对孩子过分亲昵、父母性行为的影响、看色情影



视和刊物及不适当服用保健品等因素有关。

一旦发现性早熟现象，首先应到医院进行有关神经内分泌方面的检查，以排除器质性疾病。如果神经内分泌功能正常，则应分析和寻找其他影响因素。平时注意不要让孩子受到性行为方面的不良影响。

（三）身体关注

青春期开始后，青少年常关注自己的身高、体型、容颜等，包括对生殖器官、乳房等的关注，且常暗自忧虑。

正确引导孩子不要过分关注身体，不然会影响学习，要转移他们的注意力，使他们把精力放到学习上，并且让孩子知道自己的身体变化是正常的生理现象。少年儿童平时应加强营养和锻炼，注意个人卫生，保证身体的健康成长。

（四）遗精恐惧和初潮焦虑

少男遗精和少女月经初潮本是正常生理现象，但由于学校不重视性卫生教育，使青少年感到恐惧或焦虑，久而久之继发神经衰弱，出现头痛、失眠、无力、记忆力下降等，影响学习。

矫治的方法是进行生理卫生知识教育，让孩子知道遗精和月经初潮是青春期的正常生理现象，不必恐惧，使他们放下心理包袱。





（五）过早性行为和性倒错

主要是由于对青春期生理出现心理不适应，再加之家庭环境、社会环境的影响和学校教育不健全而造成。矫正方法主要是平时加强生理卫生和道德品质教育。

（六）窥阴癖

窥阴癖是一种千方百计通过窥视妇女阴部来获得性满足的性心理变态。这种人可不顾肮脏，藏身于粪窟内，或在女厕所



窥阴癖患者常从窗户偷窥妇女裸浴，以获得性满足，是一种性心理变态



墙上挖洞，或用反光镜从男厕所一边进行窥视。有的则是在浴室或寝室窥视妇女脱衣、裸浴。窥视时伴性兴奋，如阴茎勃起，并常伴手淫。

1. 认知治疗

首先应使病人树立正确的人生观，培养其正确的性道德和性观念。鼓励病人面对现实，消除深沉不拔的变态心理，加强治好性变态的决心和意志，树立战胜疾病的信心。对这种病人，还要加强法制教育，通过实例，使他们认识到性变态的严重危害性和可能断送前程、身败名裂的现实危险，使他们加强自控能力，悬崖勒马，克服变态心理。

2. 行为治疗

使用厌恶疗法，让患者手持一张美貌女性照片或女性性器官图，在引起性欲勃起时，即给予厌恶性质的条件刺激，如电击、用橡皮筋弹击手腕、注射催吐剂等方法。也可配合精神厌恶刺激，即反复阅读被处分时的难堪局面的书面记录，形成厌恶条件反射。此法至少应坚持半年才有效。

3. 药物疗法

由于性变态病人常有强迫冲动，目前较理想的治疗药物是氯丙咪嗪，应在医生指导下应用。该药不但可抗忧郁、焦虑，对强迫冲动也有明显效果。也可加用奋乃静，可帮助抑制这种变态冲动。





治疗窥阴癖变态心理，可以使用厌恶疗法

4. 转移兴趣

积极参加文体活动和适当的劳动锻炼，诱导回忆个人幼年性心理发展的过程中所遇到的问题，进行现实的反省，从而纠正变态的心理。

5. 心理“升华”

鼓励性变态病人把变态的性兴趣转移到正常的活动中去，如把对女性性器官的特殊兴趣转向从事男性健美、造型、绘画上去。



（七）儿童性角色畸形

一个人把自己看作是男性还是女性，在心理学上称之为性别角色。大约到3岁时，儿童的性别角色已形成。所谓性角色畸形是指儿童对自身性别的认识、言语行为与自己的真实性别（生理解剖特征）相反，也就是在穿着打扮和行为爱好上像异性，或坚持否认自己的真实性别。如果小男孩把自己看作是一个与周围女孩一样的人，在打扮、表情、举止上努力模仿女性，即成为女性化男孩。反之，如果小女孩把自己看作是一个与周围男孩一样的人，在打扮、表情、举止上努力模仿男性，即成为男性化女孩。

1. 发病原因

与性别发育有关的生理因素，如性染色体、性腺、性激素、外生殖器和内生殖器等任何一个出现问题，都可引起性角色畸形。

在女性化男孩中，约三分之二在出生前其父母欲生女孩；而在男性化女孩中，出生前其父母均欲生男孩。这些父母无视孩子的解剖性别，在打扮等性别角色上只按自己的意愿来抚养孩子。

缺乏应有的父母性角色榜样。性心理学认为男孩在3~4岁以后，开始更多接触父亲等男性榜样，如果此时得不到应有





116

的男性榜样，性心理发育可受到挫折，可致性别认同混乱。此外，从小有倾向异性素质的儿童也可出现性角色畸形。

2. 危害性

(1) 对孩子性格产生不良的影响。这些女性化男孩和男性化女孩在年龄较大时，常常受到小朋友的歧视和捉弄，或受到老师和邻居的压力，使他们企图隐蔽自己的异性行为，但常常又做不到，内心十分痛苦。同时他们又常无形中被其他孩子“隔离”开来，因而产生内向、孤独、胆小及忧郁的性格特点。



女性化男孩喜欢穿女装，说话娘娘腔，举止嘤溜溜



走出儿童行为的怪圈



117

(2) 可成为同性恋、异装癖及易性癖等性变态的心理根源。国外研究指出：几乎所有要求手术变为女性的男性易性癖患者，幼年均有女性行为；大约有三分之二的男性同性恋者，幼年就有女性行为；大约一半的异装癖者幼年时就喜欢穿异性的服装。

3. 诊断方法

(1) 筛选对象。凡男孩穿女装，说话娘娘腔，举止嘤溜溜，喜欢女娃娃，做游戏常扮女人，喜与女孩结伴玩者；凡女孩穿男装，说话粗鲁，举止粗野，喜欢玩汽车手枪，做游戏中常扮男人，喜与男孩结伴玩者，均可作为测试对象。

(2) 心理测验。①玩具人选择试验：提供给儿童一组具有性别特点的逼真的玩具，包括爸爸、妈妈、男娃娃、女娃娃，要求儿童在4个玩具中选择一个，然后引导儿童手持玩具编一个故事，手持10分钟以上者便记录下来。②画人试验：要求儿童画一个人，不要画机器人，然后让他（她）们说出所画的是男人还是女人。

(3) 家庭调查。调查家庭中父母的地位，是主要以母亲作主还是以父亲作主，或父母平等作主。调查孩子出生前父母的愿望，欲生男孩还是欲生女孩。

4. 诊断标准

凡女性化男孩选女人或画女人者，凡男性化女孩选男人或

——儿童行为问题矫治指南





画男人者，均可诊断为性角色畸形。

5. 矫治方法

(1) 强化孩子的性角色意识。家长应培养儿童从小对自己性别进行正确辨别。男孩应穿男装，玩男孩玩的玩具，从小与男孩一起玩。对性格文静、害羞、有女性化的男孩，更要从小注意训练，培养其勇敢、活跃、大胆等男孩性格。女孩反之亦然。父母千万不要出于自己的心愿而无视孩子的解剖性别，人为地为孩子选择性别，千万不要给孩子男扮女装或女扮男装。



让“假小子”学会女性的秀美和端庄



父母应按孩子的解剖性别来教育和培养孩子。对于男孩来说，父母要明确告诉他长大后是男人；对于女孩来说，告诉她长大后是女人。

(2) 选择与性别相应的文体活动。女性化男孩，往往缺少体育锻炼；男性化女孩，常常缺乏文艺爱好。家长应让“假姑娘”在运动场上驰骋拼搏，让他们懂得什么是竞争，什么是勇敢。让“假小子”在唱歌、跳舞中追求女性的秀美、端庄、乖巧、细致。如果父母能与孩子共同参加这些文体活动，也许会获得更好的效果。

必须强调，性角色畸形这一心理偏差与孩子今后的恋爱、结婚、家庭和谐密切相关。父母应从小培养孩子的性角色意识。如果父母在孩子幼儿阶段对孩子教育不当，就可使孩子性心理的发育受到不良的影响，就有可能种下成年后性变态的祸根，后果不堪设想。因此，一旦父母发现孩子有性角色畸形的倾向，应及早请医生检查，及早矫治。

(八) 少年儿童适应障碍

适应障碍是由于某一明显的生活变化或突发应激所致短期出现的烦恼和情绪失调。适应障碍损害人的精神健康，削弱人的潜能，影响少年儿童人格的健全发育。

引起适应障碍的原因有家庭不合，父母离异，初次入幼儿





园、小学或升学、转学后的生活、学习环境和学习任务发生了明显变化，以及升学失败、患严重躯体疾病等。引起挫折体验的各种生活事件可不同程度地破坏人的适应能力。应激事件越频繁，良好的适应能力越不容易建立。应激越强烈，破坏性越大。

少年期的情感挫折在适应障碍中扮演着重要角色。少年期生理需求与心理承受能力以及道德规范之间的冲突可不断地造成挫折体验。有些少年儿童的适应障碍是智能缺陷造成的。智能缺陷使理解力、判断力、取得和使用经验的能力比正常儿童都差，其适应能力必然降低。

此外，适应障碍可由精神疾病引起。儿童精神分裂症患者可产生与现实不相容的许多幻想体验，行为退缩，正常的适应能力严重受损。儿童神经症患者经常纠缠于自我矛盾或没有现实意义的症状之中，或者对周围环境产生莫名其妙的恐惧，其适应能力也会削弱。

适应障碍的主要表现是情绪障碍，如焦虑、抑郁、烦恼、害怕，不能应付日常事情，甚至倒退，如重新出现尿床、语言幼稚、吸吮手指等。持续时间不超过 6 个月。

预防适应障碍的有效措施是从小注重对良好个性的培养。对已发生适应障碍的儿童，常采用支持性心理治疗，指导他们如何面对所发生的事情，必要时进行定期的心理咨询。



十四、儿童感觉统合失调

感觉统合是指人的大脑对视、听、嗅、味等感觉器官收集到的各种感觉信息进行多次的组织分析和综合处理，然后做出正确的决策，使身体各部位协调运作，从而完成人类高级而复杂的活动。这些活动包括领会、概括、理解能力、注意力及自我控制能力等。如果大脑对感觉信息的统合能力发生了障碍，就会使身体不能协调有效地运作，称之为统合失调。

1. 发病原因

- (1) 母亲怀孕期间胎位不正、早产、剖腹产。
- (2) 出生后母亲爱抚、摇抱过少。
- (3) 生长发育过程中空间太小，爬行不足。
- (4) 父母对孩子过多地干涉或放任自流。
- (5) 中枢神经系统感染、损伤。
- (6) 孩子生活在不良的家庭环境中。
- (7) 学习压力过大。





2. 主要表现

孩子智力正常，但学习成绩不好，上课注意力不集中，小动作多。写字时常将笔划、部首颠倒，计算粗心，胆小怕事，严重害羞，不愿与小朋友交往，动作笨手笨脚，怕人碰撞，攻击性强，喜欢招惹别人，还可有偏食、厌食等。



感觉统合失调的孩子攻击性强，喜欢招惹别人

感觉综合失调主要表现为：

(1) 前庭功能失调。身体平衡性差，容易跌倒，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，不敢去游乐场玩，怕玩旋转木马。

3. 矫治方法

(1) 早期积极治疗。如果感觉统合失调长期得不到矫正，会影响孩子性格的形成和学业的完成以及正常的身心发展。

(2) 树立信心。家长和老师不应指责、批评他们太多，否则，会使孩子心理上感到害怕、紧张、焦虑而使症状加重。正确的做法是父母要经常与孩子接触，创立温馨的家庭环境。

(3) 快乐教育。学校、幼儿园应开展快乐教学，让孩子在欢乐的情绪中玩耍、学习，促进身体和大脑之间的协调反应，帮助他们的感觉运动功能向正常方向发展。

4. 感觉统合训练

由于4~12岁的儿童神经系统的可塑性强，行为适应快，所以，经过感觉统合治疗，注意力不集中、动作不协调、运动能力差、学习困难、孤僻独处、胆小害怕和攻击行为等都会明显改善。因此，应及早对孩子进行感觉统合方面的训练，使他们的身心得到正常发展。





家长和老师的指责太多，会让
孩子害怕和紧张

感觉统合训练的原则：

- (1) 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、学习状况、身体接触的观察，清楚、准确地了解儿童存在的感觉统合失调问题。
- (2) 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。

(3) 快乐性原则。要让儿童在感觉统合的训练中感受到快乐。训练场所要活泼、有趣，加上丰富多彩的器具可使儿童仿佛置身于游乐场之中。

感觉统合训练的作用：

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。眼睛可以定向规则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和事物的注视、追踪能力，可以改善视觉及其控制能力。听觉处理不良的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。触觉功能训练可全面地使儿童触觉系统健全发展，与运动活动更加协调。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。因此，通过视、听、嗅、味、触和本体感觉训练获得熟练活动的感觉，可以增强患儿的自信心和自我控制的能力，患儿在指导下能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。





十五、儿童癔病

癔病是由明显的精神因素导致的精神障碍，主要表现为感觉或运动障碍，或意识状态改变。癔病分为分离性癔病和转换性癔病。国内报告儿童癔病患病率为 3.55%，女孩多于男孩，农村高于城市。

1. 发病原因

(1) 个人性格缺陷。这类儿童大多具有自我中心、富于幻想、易受暗示、情感强烈而不稳、容易从一个极端走向另一个极端的性格特点，因此，容易受环境的影响，容易把现实和幻想相混淆。

(2) 心理因素和家庭环境。诸如自尊心受到挫折，人格遭受侮辱，家庭不和，父母冲突，父母精神异常，父母对孩子态度生硬，同学之间的纠纷等所引起的气愤、委屈、恐惧或其他种种内心痛苦，均可导致本病发生。亲人死亡或其他不幸意外遭遇引起的强烈情感反应也易导致本病的发生。



某些躯体疾病、疲劳、健康状况不良等原因也容易促发本病。

2. 主要表现

(1) 分离性癔病。主要表现为情感爆发。幼儿期表现为原始性情感反应，如嚎啕大哭、四肢乱动、憋气、面色苍白或青紫、大小便失禁等。较大儿童则表现为烦躁、哭闹、冲动，有时拔头发、撕衣服，有时破坏周围物品，有时在地上打滚或四



“情感爆发”表现为哭闹、冲动，甚至破坏物品





肢抽动等。发作时面色潮红，或一阵阵换气过度、出汗，呼之不应。发作时间的长短与周围人的注意程度有关，发作后有部分遗忘。

(2) 转换性癔病。表现为“瘫痪”、步态异常、感觉障碍、过度换气、失明、失聪等，但较少见。躯体功能障碍可以有抽搐，但无癫痫发作中的咬舌头、摔伤、大小便失禁等。“瘫痪”以双下肢同时瘫痪多见，但发生突然，无神经系统受损的体征，好转很快。这种癔病的发生，有时受家庭、邻居或同学中类似病人的影响，甚至可以流行或集体发作，女孩多见。

3. 治疗

应帮助儿童正确认识疾病，将与本病有关的知识教给儿童，使他们了解本病是由于高级神经活动失调所致发作性症状，是暂时性的脑机能障碍，是完全能够治愈的，不会留下任何残疾。还要使患儿了解癔病发作与本人情感体验有关，使他们认识到某些性格特征与发病之间的关系，从而使患儿减轻心理压力，树立战胜疾病的信心。

防止发作的措施因人而异。有的儿童在发作前常有某些症状，此时，可使他们有意识地转移自己的注意力，或暂时离开当时环境，以改变心境，这样常能防止发作。平时注意合理安排生活，注意劳逸结合，保证充足的睡眠，对于提高大脑皮质的工作能力、防止发作也有一定意义。如能使儿童认识并有意



识地注意发现自己的不健康性格特征，以正确态度对待自己的学习、工作、生活，改善人际关系，正确处理各种冲突和挫折，对于彻底治疗本病有更重要的意义。

做好患儿周围人如同学、亲属等人的工作，也是治疗本病的很重要的一个方面。应向他们介绍本病的特点，解除对本病的顾虑，改变不正确的态度，尤其在病人发病时，要避免周围人造成的过分紧张及过分关心的不良的影响。本病还可以用暗示和药物进行治疗。





十六、儿童自损行为

自损行为是儿童中常见的一种行为障碍或行为异常。幼儿偶然有自损行为不能说是行为异常，随着年龄增长这种行为会自行消失，但如果经常出现自损行为就属于异常了。

1. 发病原因

- (1) 弱智或有焦虑、恐怖、孤独等精神问题。
- (2) 正常儿童产生这种行为的原因可能是受了不良的精神刺激，如挨骂被打、受惊吓、生气、烦躁，后来在无意中发现某种自损行为可以帮助发泄，以后逐渐形成某种自损的行为习惯。

- (3) 与遗传因素有关。

- (4) 缺乏锌、铜等微量元素也可诱发本病。

2. 主要表现

临床表现多种多样，除拔头发外，有的患儿常反复无意识咬指（趾）甲，致指（趾）甲残缺不全或甲沟炎。有的患儿紧



握手部使手指出现水肿、淤斑或指甲下出血，或紧缚某一部位使之长期受压，引起皮下组织萎缩或出现胼胝样角质层肥厚。个别患儿咬伤自己的口唇、手臂，或反复碰撞头部，发生头部创伤或制造自身撕裂伤，甚至企图以自杀来显示“勇敢”。

3. 矫治方法

- (1) 心理治疗。对有自损行为的患儿，家长不应指责和打骂，也不宜采用强制手段加以制止，而需做耐心细致的说服教



自损行为的患儿可以用企图自杀来显示“勇敢”





育工作，鼓励孩子参加集体活动，多做有益的游戏，转移注意力。孩子要少看最好不看电视中的惊险武打片。

(2) 行为疗法。较严重的自损行为，可以在医生指导下采用厌恶行为疗法来矫治。一是短时隔离法，当患儿出现自损行为时，将患儿关在空房内，直到自损行为停止为止。二是橡皮筋弹击法，当出现自损行为时，立即拉橡皮筋弹击，直到患儿的自损行为停止。这样经过多次治疗，可以有效地抑制消除儿童的自损行为。

因缺乏锌、铜等微量元素诱发本病的患儿，经补充纠正后常可痊愈。

已造成的皮肤伤害，应请医生治疗。



对自损行为造成的伤害，应请医生治疗



十七、行为疗法

行为疗法又称行为治疗或行为矫正，是建立在行为学习理论基础上的—种心理治疗方法，即以行为学习理论为指导，按—定的治疗程序，来消除或纠正人们的异常或不良行为。行为疗法的理论根据来自三个方面，即巴甫洛夫的经典条件反射原理、桑代克和斯金纳的操作主义、班都拉的社会学习理论。这些理论都认为病人的异常行为既然也和正常行为—样可以通过学习而获得，那么，也应当能够通过另—种学习使之消失。因此，也就可以设计某些特殊的治疗程序，通过条件反射作用的方法，即学习的方法来消除或矫正那些异常的行为或生理功能，从而建立新的健康的行为。

常用的行为疗法包括系统脱敏法、厌恶疗法、满灌疗法、行为塑造法、代币调节法、暴露疗法、松弛反应训练、生物反馈治疗。





（一）系统脱敏疗法

系统脱敏疗法又叫交互抑制法或对抗条件作用，是让患者按事先设计好的恐怖事物分级表逐渐暴露脱敏，直到最后消除恐怖的行为治疗方法。

系统脱敏疗法是行为治疗中研究和应用最多的方法之一，对社交恐怖症、广场恐怖症、强迫症和考试焦虑等特别有效。具体方法如下：

步骤一：让患者学会放松。根据病种的不同采用不同的放松训练，一般应用肌肉放松训练的方法来对抗恐惧症中的焦虑情绪。训练时要求患者首先学会体验肌肉紧张与肌肉松弛在感觉上的差别，以便能主动掌握松弛过程，然后根据指导语进行全身各部分肌肉先紧张后松弛的训练，直至能主动自如地放松全身的肌肉。

步骤二：将患者的焦虑从可以引起最轻微的焦虑到引起最强烈的恐惧情景按层次顺序进行排列，然后制成模拟情景（如幻灯片、照片、拟声等），在治疗过程中按顺序向患者先后显示模拟情景，并让患者进行放松训练。每一个模拟情景都应出现较长时间，直至患者不会感到恐慌和肌肉紧张。患者全身肌肉处于松弛状态后，再按顺序出现下一个模拟情景，直到患者经过全部模拟情景不再出现焦虑，肌肉处于松弛状态，即可以



从模拟情景向现实情景中转移。当在现实情景中也不再出现焦虑和恐惧情绪时，治疗便告结束。

（二）厌恶疗法

厌恶疗法的原理是操作条件反射中的惩罚作用，即认为一种不良行为如果使消极（痛苦）刺激增加，则该行为反应会逐渐减弱。因此，厌恶疗法适用于酒精依赖、海洛因依赖、同性恋、窥阴癖、露阴癖、恋物癖、强迫症等，也能用于消除某些获得性不良行为。厌恶疗法也是行为治疗中应用最早和最广泛的方法之一。

1. 刺激方法

（1）物理刺激。如电击、橡皮圈弹击手腕致痛、掐手腕、声响刺激等。

（2）化学刺激。使用催吐剂，如阿朴吗啡、吐根制剂等致吐剂，也可以用令人难以忍受的气味。

（3）环境刺激。采取食物剥夺或社会交往剥夺措施（隔离）等。

（4）想像。如令患者想像痛苦、恶心、憎厌或无法接受的场面，从而达到厌恶刺激强化的目的。

2. 治疗要领

（1）厌恶刺激必须在不良行为发生时始终存在。





- (2) 治疗时要持续到不良行为彻底消除。
- (3) 刺激要达到明确厌恶的水平。
- (4) 对不良行为的改变应随时进行鼓励强化。

3. 具体实施

(1) 戒酒。可以在酗酒者个人生活习惯中最喜欢喝酒的时刻进行，使用催吐吗啡或电击等惩罚性刺激，造成对酒的厌恶反应，从而阻止并消除原来酗酒的不良行为。

(2) 儿童破坏行为。在一出现破坏行为时就立即将患儿短时隔离起来，不须加任何训斥或拉拉扯扯的动作，反复多次训练有望矫正儿童的破坏行为。

(3) 同性恋。将一金属环作为电极套在男同性恋患者阴茎上，并令患者观看各种裸体录像或幻灯片，当看到男性裸体引起阴茎勃起时就遭电击，如此反复的疼痛刺激导致患者对同性不再有性欲冲动。

(4) 窥阴癖、露阴癖。给患者分别看阴部裸体照片和人像照片，看阴部裸体照片时给患者前臂一个强烈电击刺激，而观看人像照片时则不给予电击刺激，如此反复训练可矫正患者的窥阴癖和露阴癖行为。

(三) 满灌疗法

满灌疗法又称暴露疗法、冲击疗法，是鼓励患者接触引起



他平素恐惧或焦虑的情景，一直坚持到紧张感消失。因此满灌疗法与系统脱敏疗法正好相反，它不需要经过任何放松训练，而是一开始就让患者进入最使他恐惧的情景中。满灌疗法具有见效快的特点，适用于各型恐怖症、特定情景的惊恐发作和强迫性动作的治疗。

方法：治疗前应取得患者的同意，并且告诉患者暴露于恐惧情景中可能会出现一些不舒服的症状，但不会有任何危害，以取得患者的密切配合。第一次暴露的项目应当是患者容易做到的，以利于患者建立自信心，对患者的成功暴露要及时予以赞赏。随着暴露次数的增加，患者对恐怖情景的应付能力不断提高，焦虑症状也会日益减轻直至完全消失。

(四) 行为塑造法

行为塑造法又称操作条件法、奖励法，是根据斯金纳的操作条件反射原理设计出来的，目的在于通过正强化（即奖励）而造成某种期望出现的良好行为的一项行为治疗技术。主要通过正强化过程塑造新的社会行为模式，从而矫正原有的不良社会行为，如儿童孤独症、癔病、神经性厌食症、神经性贪食症、慢性精神分裂症等。

(1) 分析行为问题。由于某一种行为问题往往涉及多方面的不良行为要素，因此必须分析其中主要的要素，首先加以操





作训练，则其他不良行为要素相对容易矫正。

(2) 选取强化物。一般应选用儿童所喜欢的奖励物，如小人书、钱币、与大人玩耍、接受抚摸等。

(3) 强化训练。先针对首要行为问题进行强化训练。一般采用逐步进级的作业，并在完成作业时按情况给予奖励（即强化），以促使增加出现期望获得的良好行为的次数。有人认为最有效的强化因子（即奖励方法）之一是行为记录表，即要求患者把自己每小时所取得的进展正确记录下来，并画成图表。这样做本身就是对行为改善的一种强大推动力。根据图表所示的进展，治疗者还可应用其他强化因子，当作业成绩超过一定的指标时即给予表扬或奖励。

在整个训练过程中，奖励物的使用原则是：开始时稍有正确反应就要给予奖励。开始可用物质奖励，逐渐转化为精神奖励，并以精神奖励为主。

（五）代币调节法

代币调节法又称标记奖励法，与操作条件法相似，也是根据斯金纳的操作条件反射理论，通过正强化来塑造新的行为模式，但代币调节法是利用各种代用券、筹码等团体内使用的“货币”作为奖励手段来强化所期望的行为，常用于智残儿童、行为障碍儿童和严重行为衰退的慢性精神分裂症患者来塑



造新的行为。

实施代币调节法应规定好哪些行为是应该奖励的，应奖励的行为一旦出现必须及时发现，及时给予代币，并说明是什么行为使他获得了奖励。

代币作为阳性强化物，是一种抽象的奖励物，可以用不同的形式表示，如用记分卡、代用券、筹码和证券等象征性的方式，在以后需要的时候能兑换，起到调节病人行为的作用。代币应该具有现实生活中“钱币”那样的功能，即可换取多种多样的奖励物品或患者所感兴趣的活动的，从而获得价值，否则不能起强化作用。

用代币作为强化物的优点在于不受时间和空间的限制，使用起来极为便利，还可进行连续的强化。只要患者出现预期的行为，强化马上就能实现。用代币去换取不同的实物，从而可满足受奖者的某种偏好，可避免对实物本身作为强化物的那种满足感，而不降低追求强化（奖励）的动机。当患者出现不良行为时还可扣回代币，使阳性强化和阴性强化同时起作用而造成双重强化的效果。

代币调节法不仅可用于个体，而且可在集体行为矫治中实施。临床实践表明，在多动症儿童、药瘾者和酒癖者等的矫治中，在衰退的精神病人的康复中，代币调节法都有良好的效果。





（六）生物反馈疗法

生物反馈疗法是利用生物反馈技术，训练人们按照体内某些生物学信息，调整与这些信息有关的某些器官或系统的病理性生活。按照传统的观念认为，骨骼肌（随意肌）是人能够随意控制的，而内脏和腺体等平滑肌则受植物神经支配，是不能随意控制的。但采用现代电子仪器将这些内脏活动的生物信号放大，使病人获得内脏活动的信息，通过学习和训练，病人也可以学会知道和随意控制自己的心脏、血管、胃肠、肾脏和各种腺体等内脏器官的活动，从而改善机体内部各个器官系统的功能状态，矫正对应激的不适宜反应，达到防治疾病的目的。

由于生物反馈不会给机体带来痛苦，也没有副作用，在使用过程中能够调动病人的主观能动性，使之积极参与疾病的康复过程，因此生物反馈疗法已被广泛应用于治疗偏头痛、儿童多动症、神经症、心理情绪应激、各种心身疾病，如心律失常、高血压、支气管哮喘、腰背痛、面瘫、便秘和某些精神病。

（七）模仿学习

模仿学习又称观摩示范学习疗法、示范法，理论根据是班杜拉的社会学习理论，是行为学习理论中的示范作用。班杜拉认为，人有复杂的文化背景（指社会条件），所以人的行为是



极为复杂的。这种复杂行为不可能通过经典条件反射及操作条件作用来简单地加以控制或改变，而要通过观摩示范式学习，通过模仿来获得。

中国古代的“孟母三迁”就是这种疗法的具体例子，即所谓“近朱者赤，近墨者黑”的道理。因此，模仿学习可用于不良行为的矫正、社会技能的训练以及消除焦虑。

观摩示范学习包括主动模仿学习和被动模仿学习。

（1）主动模仿学习。用于示范的活体模型通常是现实生活中与患者接近的具体人物，如病房中某位情绪、配合良好的病人，学校中品学兼优的学生，让患者模仿学习他们的行为。患者不但要观察示范情景，而且要参与行动，进行角色扮演。示范者和观摩者最好有相似之处，如有才能的女教师和成绩优秀的女生对其他女生有较好的示范作用，其相似之处为都是女性。

（2）被动模仿学习。患者只是看录像、听录音或观察示范情景，自己并不参与其中，但效果不如主动模仿学习好。

观摩示范学习必须要有以下条件相配合：第一，必须引起观摩者的注意，才能使其接受有关的外界刺激并加以学习。第二，要将观摩的行为保持在记忆中，以便在一定的情境中加以模仿。第三，要具有言语和动作能力，才能模仿一定的行为。模仿是通过语言作中介（说和教），按一定程序把相应的动作





142

再现出来。第四，要有适当的动机，才会促进学习的效率。最后，当然仍应在动作正确之后加以强化。此外，观摩模仿要逐步进行，不能过快过急。多方面观摩比单方面观摩更能产生效果。



走出儿童行为的怪圈



143

参考文献

1. 李兴民, 王明旭, 主编. 现代行为医学. 北京: 军事医学科学出版社, 2000
2. 姜乾金, 主编. 医学心理学. 北京: 北京科学技术出版社, 1993
3. 钱铭怡, 编著. 心理咨询与心理治疗. 北京: 北京大学出版社, 1994
4. 解亚宁. 临床儿童心理测验. 中国实用儿科杂志, 2003, 18 (10) : 638 ~ 639
5. 杜亚松. 心理治疗. 中国实用儿科杂志, 2003, 18 (8) : 508 ~ 509



——儿童行为问题矫治指南