

儿童青少年学校恐惧症的相关因素及心理治疗特点

李玉焕 王立涛

【关键词】 儿童青少年; 学校恐惧症; 心理治疗特点

中图分类号: B844.1, R749

文献标识码: B

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2015.06.026

1 概述

儿童青少年因害怕学习和学校而拒绝上学,俗称“厌学”。Johnson 于 1941 年首先提出学校恐惧症 (school phobia) 一词^[1],特指那些对学校环境产生异常恐惧,强烈拒绝上学的儿童,认为其是儿童情绪障碍的一种类型。20 世纪 50 年代,一些教育界学者发现,由于心理因素造成的拒绝上学行为,其背景是由于儿童与母亲的分离焦虑而导致对学校的恐惧,与逃学有本质区别,后者往往伴有品行问题和反社会特征,而学校恐惧症则无明显反社会行为^[1]。

国内文献对学校恐惧症的定义是儿童青少年对学校特定环境异常恐惧、焦虑,出现强烈拒绝上学的行为,是社交焦虑障碍的一种特殊形式^[2]。表现为厌倦上学,以各种理由、借口推诿不去学校,或虽然勉强去学校,但上课精力不能集中,出现各种身体和心理不适又很快逃离,往往伴有睡眠障碍;躯体化症状如头痛、头晕、腹痛、呕吐等;精神症状如与同龄人交往障碍、冲动毁物等行为。

近年来,由于儿童青少年情绪、行为障碍发生率逐年上升,学校恐惧症也引起人们的重视,但相关研究较少,针对治疗方面的研究就更少。国外有报道称学龄期儿童中学校恐惧症的发生率约为 5%^[3]。Helen 等^[4]通过 3 个月的流行病学调查发现其发生率为 2%。我国学者曾对 260 例儿童情绪障碍进行分析,其中学校恐惧症达 13.8%,位于儿童情绪障碍的第三位^[5]。

学校恐惧症可发生于整个学龄期阶段,但好发于 5~7 岁和 10~11 岁^[6]。静进^[7]研究显示,学校恐惧症可发生在各种智力水平的儿童,低年龄组中女生多见,高年龄组中男生多见,发病率与患儿家庭经济和社会地位无关。

本文就儿童青少年学校恐惧症相关因素进行分

析、总结,并针对儿童青少年心理治疗的特点进行综述。

2 相关因素

2.1 心理因素 分离焦虑,欧美学者认为,儿童拒绝上学与儿童害怕与母亲(父亲罕见)分离有关^[8]。入学对儿童来讲,是从家庭走向社会,要与父母分离,不同心理发育状态的儿童与父母分开的难易程度不同,分离时儿童对母亲是既不想离开,又担心不上学会受到母亲的责备,长期的矛盾心态就易发展为焦虑与恐惧。由于儿童对情绪的识别和表达能力尚未发育完善,往往用行为和躯体表达,故植物神经功能紊乱类的躯体化症状比较常见^[9]。

亲附理论的创始人 John Bowlby 认为,人类在自然选择的压力下进化自己的行为模式,比如寻求亲密关系,通过笑、哭、黏附来激发成人的照顾^[10]。从本质上说就是无安全感的成人成为无安全感的父母,他们在抚育孩子的过程中,很多时候表现得很焦虑,过分关注孩子的一切,不能适时放手让孩子独立,很快造成又一代人的困扰^[11]。安全感不良的母亲因为自身的分离焦虑而将孩子留在家里陪伴;不能容忍孩子与自己分离的母亲会给孩子传递一种信息,让孩子感到他不能把握自己,为了保证安全,他必须与母亲接近。那么,分离焦虑也可以被理解为不仅是孩子亲附的需要没有被满足,分离的需要也遭到了驳回。此时母亲对孩子向外“温柔地一推”使其走向自主是非常重要的。

2.2 素质因素 素质因素指某些发生在生命早期的因素,它们决定了患者对发病的易感性,包括遗传因素、婴幼儿期的生理(神经生物学)、心理(气质)和社会因素^[12]。

2.2.1 遗传因素 对 299 名患有广场恐惧症的母亲进行家族史研究,发现其子女比正常母亲所养育的子女更容易发生学校恐惧症^[13];Mcshane 等^[14]发现,在患有学校恐惧症的学生中,有一半以上有精神障碍家族史。

2.2.2 神经生物学因素 大脑额叶是学习和复杂

作者单位: 271000 青岛市精神卫生中心

情感的中枢。大脑额叶和边缘系统是情绪的中枢。日本学者通过单光子发射计算机断层显像(SPECT)研究发现,患有学校恐惧症的儿童额叶及枕叶局部脑血流灌注降低,表明学校恐惧症的患儿有脑功能水平的降低^[4]。

2.2.3 气质因素 气质是个体的情绪性和唤醒模式,在个体生命里具有一致性和持久性特点,是个性的重要生物学因素,某些特殊气质的个体易发生某些特殊的精神卫生问题。任榕娜等^[5]报道,情绪障碍的儿童难养型气质占多数,有此气质的儿童容易出现情绪障碍。

气质是指一个人的行事风格,而不是他做什么或为什么这样做。发展心理学家观察从出生开始,婴儿便展示出一般倾向上的气质差异,到了青春期的气质差异仍然相当稳定^[6]。根据儿童的活动水平和易激惹性,可分为易养型、难养型、迟缓型。难养型的儿童通常比其他类型儿童更易在学龄期表现出行为问题。难养型儿童行为苛刻、抚养困难,容易引发父母的愤怒情绪和父母之间的不一致反应,最终导致儿童出现行为问题。假如父母在反应中展示更多温暖和一致性,难养型儿童日后更有可能避免行为问题^[6]。

2.2.4 自身素质 学校恐惧症多发生于胆小、易感素质、行为退缩的儿童,表现为过分拘谨、喜好表扬、任性、不善交友等。有些学校恐惧症儿童早期学习成绩十分优秀,受到周围老师、家长、同学长期的表扬和认可,为了保持自己的优秀地位往往表现出学习过度勤奋、自勉,当遭受学业失败或人际关系危机时,为了维护理想中的“自我”形象,怕丢面子,就拒绝上学。

另外,青春期“自我概念”(self concept)的不确定和不稳定性容易导致儿童青少年对“自我形象”不能有很好的认知,认为自己长得丑、长得矮、学习能力差、运动能力不佳等,过分夸大周围师生对自己的负面评价而不愿去上学。肢体残疾、肥胖或瘦弱、长青春痘的儿童也会拒绝上学^[7]。

2.3 家庭环境因素 有情绪、行为障碍的学生与学龄前父母的教养方式、职业、健康状况、受教育程度、父母关系等有关。家庭治疗在精神障碍及严重心理问题治疗中的应用表明,器质性因素对青少年情绪、行为障碍的影响较小,不良家庭因素是一个危险成分^[8]。少数学校恐惧症患者来自养育者的虐待(体罚、辱骂、情感忽略)、父母感情不和、争吵、暴力、父母离异的家庭^[9]。有研究发现学校恐惧症患儿的家庭中父母对孩子较其他同龄儿童更加溺爱、期望值过高,但缺乏温情和足够的情感支持^[12]。另外,

很多家庭的父亲忙于外出工作、应酬,希望给孩子创造比较富足的物质生活,但忽视了平时对孩子的教育和情感交流。另外有研究显示父亲的陪伴和教育在子女的成长、发展过程中有着不可替代的作用。父亲的慈爱及对子女的温暖关怀有助于形成和谐的父子/父女关系,有利于子女的健康成长。传统的父亲主外——挣钱养家,母亲主内——管教子女的方式已经不利于当下儿童青少年的健康成长,留守儿童越来越凸显的心理问题更加说明父母的共同陪伴对儿童青少年健康成长的重要性。父母共同参与抚养教育孩子,营造和谐完整家庭环境的重要性与张秀阁等^[13-17]研究结果一致。

2.4 学校环境因素 在学校遭受生活事件或应激事件是导致儿童青少年出现学校恐惧症最主要的诱因。如学习困难、考试不及格、遭到同学嘲笑或欺侮、与老师发生冲突、遭受体罚、失去友谊、老师期望过高、校规严厉等^[1]。

2.5 社会因素 社会的快速发展、家庭结构(独生子女)的变化、激烈的升学和就业压力,使很多父母在婴幼儿时期就开始过度关注孩子,对孩子的未来过分担忧,孩子上学后又对孩子的学业倾注了大量精力和财力,但却很少试着去理解儿童青少年在学习过程中所承受的种种困难和心理困扰,使儿童青少年承受着巨大的学习压力,导致其内心压力不能及时得到缓解,长期处于情绪紧张状态,一旦受挫,容易诱发学校恐惧症。

3 治 疗

学校恐惧症常需要综合治疗,主要包括心理治疗和药物治疗。

药物治疗是学校恐惧症十分重要的治疗方法,尤其对伴有焦虑、抑郁症状的患儿。选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)因其不良反应小,服用方便,已作为儿童情绪障碍的一线用药。如氟西汀、舍曲林、帕罗西汀、氟伏沙明和西酞普兰在对焦虑、恐惧及抑郁情绪的治疗中都有较好的疗效^[2]。

心理治疗是学校恐惧症的首选治疗方法,包括支持性心理治疗、行为治疗、认知行为治疗、家庭治疗、精神分析等多种治疗方法。通过心理治疗可以缓解或消除学校恐惧症患儿对学校 and 学习的恐惧,解除可能引起儿童青少年心理压力的因素;帮助家长、老师改变互动和教育方式,以关心、理解、包容、鼓励等积极的教育模式代替抱怨、贬低、忽视、控制、软弱等不良教育模式;纠正患儿对学习、交往、自身的认知,从而改善与同龄人、家长及教师之间的关系。

对儿童青少年心理治疗的多年临床经验显示,儿

童青少年的心理治疗有以下特点: 首先父母要及早发现、及时就诊。在厌学的初期, 很多学生会向家长发出各种求助信号, 有的学生会直接向家长提出看心理医生, 如果这时家长能意识到问题的存在, 及时得到正规的心理治疗, 厌学的问题就会很快得到缓解。但往往很多家长并未意识到问题的重要性, 甚至片面的认为, 现在的孩子生活特别是物质生活足够丰富, 不会有什么心理问题, 是孩子小题大做。另外, 在寻求心理治疗的学生中, 由于儿童青少年心理发展的不成熟和不断独立长大的要求, 家长和学生都不愿意花过多的时间冒险尝试集中强化的个体治疗, 所以通常心理治疗时间不会太久, 一般为 10 次左右; 在治疗中家长必须参与, 至少在心理治疗中期治疗师要约见患者父母访谈 1~2 次(但不能由同一治疗师同时对孩子和父母治疗), 这会使治疗取得显著进步; 如果不是因为校内严重事件导致的学校恐惧症, 老师可不必参与心理治疗; 儿童青少年处于人生的快速成长发育阶段, 必要的教育、讲授和心理支持是必须的。心理治疗时间的设置、家长在治疗中必须参与其中与国外儿童青少年心理治疗的资料中显示青少年的心理治疗特点相符合^[6,18-19]。

就对儿童的心理治疗来讲, 由于儿童的自我是脆弱的, 不完善的, 所以他们是一类特殊的患者^[18]。行动在儿童治疗工作中占主导, 治疗师必须成为一个好的游戏师。另外, 儿童离父母最近, 父母是其成长发展的主要源泉, 也是快乐与恐惧的源泉, 儿童对家庭有着明显的身心依赖, 所以治疗的一个重要任务就是理解和经常调整儿童所在家庭的动力机制^[9], 即不断对儿童成长的家庭环境有足够的了解和扰动原来的不良家庭模式, 这就是为什么在儿童心理治疗中需要父母参与的原因。

青少年的治疗与儿童也有不同, 通常不会在治疗中玩玩具。治疗师与青少年直接用语言交流, 任何转换的表达形式(如画画、沙盘)通常只作为一种辅助的交流方式。由于青少年的自我意识比较强, 面对权威的治疗师, 会表现出比较明显的青春期反抗, 最初的治疗他们不会认识到治疗师会帮到他什么。对部分青少年来讲, 更多的防御和缺少治疗动机是运用家庭治疗的适应症^[18]。甚至对一些有比较严重人格缺陷的青少年来讲, 约见他们的父母是最有用的方法。当然, 如果青少年拒绝治疗师见到自己的父母, 那治疗师就要非常慎重地考虑约见父母这件事, 治疗师可以与之讨论约见父母的目的, 私下约见会破坏治疗关系, 治疗就变得困难。

美国心理学者 Clarizio 和 McCoy 对儿童青少年心理治疗关系的独特性也做了介绍^[19], 儿童青少年

接受心理咨询和治疗的动机不同于成人, 成人通常能够意识到问题的存在, 而儿童青少年则很少承认或意识到问题。他们不太可能主动接受治疗, 通常由父母或周围的成人为其做出接受治疗的决定。儿童青少年患者的非自愿特点可能导致其不愿与治疗者建立关系甚至认为没有必要作出改变。因此, 心理治疗的第一步就是与儿童青少年建立关系, 逐渐激发其动机, 在需要改变的方面与治疗者达成一致意见。如果患者连了解目前状况的动机都没有, 要发生显著的改变是非常困难的^[19]。

对有学校恐惧症儿童青少年的进行心理治疗的过程中, 治疗师首先不要对不去上学做任何不好的评价, 理解他们是在经历了很长时间的、犹豫纠结未果后做出拒绝上学的决定, 虽然这与治疗委托方(父母)的目标不一致, 但对治疗关系的建立而言是个好的起点。另外, 治疗师需要向儿童青少年患者证明他们可以从咨询中获得帮助, 这样有利于治疗目标的商讨和达成^[19], 治疗才能顺利进行下去。

最后, 儿童青少年和成人对周围生活事件和环境变化的依赖也不同。儿童青少年更多的是生活环境变化的反应者而非发起者, 他们几乎没有任何力量采取行动来消除或对抗环境压力, 他们往往只能被动地对父母离婚、弟弟妹妹的出生、搬家、学校和学习压力等作出各种反应。他们情绪和行为的失调可能是对生活事件和环境压力较为正常的反应, 因为他们不能按照自己的意愿拒绝父母离婚、换校或搬家。当然, 儿童青少年情绪和行为的失调, 反过来也会对父母和家庭环境产生影响, 父母往往不得不停下来关注儿童青少年的心理需求, 这也是儿童青少年引发父母关注的一种方式。治疗师要帮助儿童青少年应付有压力的家庭和学校环境, 而不是幻想环境会很快发生变化。例如, 一个 10 岁儿童不可能对父亲的酗酒行为有何影响, 但至少可帮助他找到更好的办法来应对这一压力, 同时, 治疗师也可以在对父母的访谈中讨论父亲酗酒有可能对儿童和家人产生的影响, 并建议父亲接受心理干预。

总之, 尽管困难重重, 但美国心理学者 Weiner 觉得大多数有问题的青少年可从心理治疗干预受益^[19], 笔者多年的临床实践也得到同一结论。根据儿童青少年的心理成熟水平, 适合治疗他们的方法很多, 从年幼儿童的游戏类方法到有相似问题的成人干预方法, 但大多数青少年不适合使用以洞察为主的深度治疗方法^[19]。多数情况下, 治疗师会采用多形态或者组合式的方法, 例如, 谈话与绘画结合; 在孩子接受个人治疗的同时, 让父母也接受咨询, 或者直接进入家庭治疗。

儿童青少年是家庭的希望,是国家的未来。在我国,由于受发展中国家家庭和社会环境必然遭遇的各方面变迁因素的影响,儿童青少年学校恐惧症的发生已经进入多发、高发期,并引起临床医生、教育工作者及家长的关注和重视。随着国内心理治疗事业的发展进步,加上很多发达国家针对此问题的应对干预方法给我们提供了一定的借鉴,改善儿童青少年学校恐惧症这一心理问题的预防和心理干预措施会日趋成熟。

参 考 文 献

- [1] 静进. 儿童青少年厌学和拒绝上学的诊断与治疗 [J]. 中国实用儿科杂志, 2007, 22(3): 172-174.
 - [2] 钱昀, 施慎迪, 杜亚松, 等. 学校恐惧症的研究进展 [J]. 上海精神医学, 2005, 17(2): 112-114.
 - [3] Neville J, Gail A. School refusal in children and adolescent: a review of the past 10 years [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001, 40(2): 197-205.
 - [4] McShane G, Walter G, Rey M. Characteristics of adolescents with school refusal [J]. Aust N Z J Psychiatry, 2001, 35(6): 822-826.
 - [5] 童俊. 人格障碍的心理咨询与治疗 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2008: 274.
 - [6] Chethik M. 儿童心理治疗技术 [M]. 高桦, 闵容, 译. 北京: 中国轻工业出版社, 2002: 5, 7, 17.
 - [7] Gelder M, Harrison P, Cowen P. 牛津精神病学教科书 [M]. 5 版. 刘协和, 李涛, 译. 成都: 四川大学出版社, 2010: 92.
 - [8] 任榕娜, 陈新民, 林茂英, 等. 情绪障碍患儿气质类型的临床研究 [J]. 中国当代儿科杂志, 2002, 4(1): 31-32.
 - [9] 罗伯特·费尔德曼. 发展心理学——人的毕生发展 [M]. 6 版. 苏彦捷, 邹丹, 等, 译. 北京: 世界图书出版公司, 2013: 227-229.
 - [10] 邹小兵, 静进. 发育和行为儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 280-282.
 - [11] 李玉焕. 儿童青少年情绪、行为问题及相关因素的概述 [J]. 四川精神卫生, 2010, 23(1): 60-63.
 - [12] 秦晓霞, 黄永进. “学校恐怖症”的临床特点与心理社会因素分析 [J]. 中国心理卫生杂志, 2000, 14(5): 346-347.
 - [13] 张秀阁. 农村青少年自我意识与父母教养方式研究 [J]. 健康心理学杂志, 2003, 11(3): 168-169, 172.
 - [14] 答会明. 父母教养方式与孩子的自信、自尊、自我效能及心理健康水平的相关研究 [J]. 中国健康教育, 2002, 18(8): 483-486.
 - [15] 赵静波, 梁军林, 刘珍妮, 等. 初中生智力、父母教养方式与学习成绩探讨 [J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(4): 234.
 - [16] 王莹. 父母养育方式对个体心理发展的影响 [J]. 四川精神卫生, 2007, 20(3): 附 4-附 5.
 - [17] 刘建榕, 刘金花. 初中生心理健康与气质、父母教养方式的关系 [J]. 心理科学, 2000, 23(6): 659-663.
 - [18] 大卫·萨夫, 吉儿·萨夫. 客体关系家庭治疗 [M]. 童俊, 丁瑞佳, 译. 北京: 世界图书出版公司, 2012: 347, 360-361.
 - [19] Prout HT, Brown DT. 儿童青少年心理咨询与治疗 [M]. 林丹华, 吴波, 李一飞, 等, 译. 北京: 中国轻工业出版社, 2002: 142-145, 147-151.
 - [20] (收稿日期: 2015-03-21)
-
- [21] (上接第 556 页)
 - [22] 杨骏. 帕罗西汀联合喹硫平治疗双重抑郁症疗效分析 [J]. 中国民康医学, 2013, 25(24): 56-57.
 - [23] 徐开营, 赵洁, 沈利. 喹硫平辅助治疗难治性抑郁症的临床观察 [J]. 中国伤残医学, 2014, 22(6): 147-148.
 - [24] 李淑华, 高树河. 小剂量喹硫平合并帕罗西汀治疗难治性抑郁症的临床观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 32(2): 228-229.
 - [25] 于永达. 小剂量喹硫平合并帕罗西汀治疗难治性抑郁症的临床观察 [J]. 航空航天医药, 2009, 20(9): 45-46.
 - [26] 吴芸, 王瑶, 成栋, 等. 帕罗西汀合并小剂量喹硫平治疗老年抑郁症的对照研究 [J]. 临床精神医学杂志, 2014, 24(3): 188-189.
 - [27] 梁震韬, 梅刚, 李晶晶. 喹硫平联合帕罗西汀治疗老年期抑郁症的对照研究 [J]. 四川精神卫生, 2009, 22(4): 226-227.
 - [28] 赵惠芳, 王翠敏, 张月卿, 等. 帕罗西汀合并喹硫平治疗老年抑郁症疗效观察 [J]. 临床精神医学杂志, 2008, 18(1): 61-62.
 - [29] 欧阳华, 耿彩虹, 张清清, 等. 小剂量喹硫平联合帕罗西汀治疗躯体形式障碍疗效观察 [J]. 新乡医学院学报, 2015, 32(3): 273-276.
 - [30] 姚雪强, 朱毅平. 帕罗西汀联合小剂量喹硫平治疗抑郁症躯体症状 35 例 [J]. 中国药业, 2013, 22(3): 39-40.
 - [31] Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, et al. Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults [J]. J Abnorm Psychol, 2013, 122(2): 339-352.
 - [32] Jasinska AJ, Lowry CA, Burmeister M, et al. Serotonin transporter gene, stress, and raphe- raphe interactions: a molecular mechanism of depression [J]. Trends Neurosci, 2012, 35(7): 395-402.
 - [33] Gur TL, Kim DR, Epperson CN. Central nervous system effects of prenatal selective serotonin reuptake inhibitors: sensing the signal through the noise [J]. Psychopharmacology (Berl), 2013, 227(4): 567-582.
 - [34] Wang C, Zhang N, Zhang YL, et al. Comparison of the neurobiological effects of attribution retraining group therapy with those of selective serotonin reuptake inhibitors [J]. Braz J Med Biol Res, 2013, 46(3): 318-326.
 - [35] Jensen NH, Rodriguiz RM, Caron MG, et al. N-desalkylquetiapine, a potent norepinephrine reuptake inhibitor and partial 5-HT1A agonist, as a putative mediator of quetiapine's antidepressant activity [J]. Neuropsychopharmacology, 2008, 33(10): 2303-2312.
 - [36] Altamura AC, Moliterno D, Paletta S, et al. Effect of quetiapine and norquetiapine on anxiety and depression in major psychoses using a pharmacokinetic approach: a prospective observational study [J]. Clin Drug Invest, 2012, 32(3): 213-219.
 - [37] Frey BN, Haber E, Menders GC, et al. Effects of quetiapine extended release on sleep and quality of life in midlife women with major depression disorders [J]. Arch Womens Ment Health, 2013, 16(1): 83-85.
 - [38] Pathak S, Finding RL, Earley WR. Efficacy and safety of quetiapine in children and adolescents with mania associated with bipolar I disorder: a 3-week, double-blind, placebo-controlled trial [J]. J Clin Psychiatry, 2013, 74(1): 100-109.
 - [39] (收稿日期: 2015-11-07)