

# 家庭治疗改善青少年拒学行为效果分析

朱丽,程丽,张免,郑明明,朱囡囡

安徽省合肥市第四人民医院儿童青少年心理科,230032

**【摘要】 目的** 探讨家庭治疗对青少年拒学行为的干预效果,为改善青少年拒学行为提供参考。**方法** 选择 2017 年 5 月—2018 年 5 月因拒学行为于合肥市第四人民医院心理门诊就诊的 100 名患者为研究对象,采用随机数字表法将患者分为 2 组,均给予小剂量抗抑郁药物治疗(舍曲林 50~75 mg),研究组(50 例)加用家庭治疗联合认知治疗,对照组(50 例)单独认知治疗,采用焦虑自评量表(SAS)、严重程度印象量表(CGI-S)、儿童行为量表(CBCL)、家庭动力学自评量表、返校率评价治疗效果。**结果** 治疗前后比较,研究组 SAS、CGI-S、CBCL(父)、CBCL(母)、家庭氛围、系统逻辑、疾病观念及个性化评分均降低( $t$  值分别为 6.99,14.42,8.44,7.27,16.94,9.28,6.53,19.64, $P$  值均 $<0.05$ );对照组各项评分均降低( $t$  值分别为 2.96,8.90,5.60,4.37,6.72,3.18,2.19,3.34, $P$  值均 $<0.05$ )。2 组间比较,治疗前各量表得分差异无统计学意义( $P$  值均 $>0.05$ );治疗后,研究组各量表得分均低于对照组( $P$  值均 $<0.05$ )。研究组返校率为 92%,对照组为 70%,差异有统计学意义( $\chi^2=7.86, P<0.05$ )。**结论** 家庭治疗可有效降低拒学行为患者焦虑等负面情绪,改善青少年心理行为问题,促进返校,效果可靠,值得推广。

**【关键词】** 家庭;危险行为;干预性研究;青少年

**【中图分类号】** G 78 B 844.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2019)03-0396-03

**Effectiveness of family therapy for adolescent school refusal/ZHU Li, CHENG Li, ZHANG Mian, ZHENG Mingming, ZHU Nannan. Hefei Fourth People's Hospital, Hefei (230032), China**

**【Abstract】 Objective** To explore the effectiveness of family therapy on adolescent school refusal. **Methods** One hundred outpatient adolescents with school refusal were selected. All the patients were divided into two groups through random number table method. The intervention group (50 patients) received family therapy combined with cognitive therapy, and the control group (50 patients) received no intervention. Cognitive therapy was evaluated by the Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Severity Impression Scale (CGI-S), Family Dynamics Self-Assessment Scale, and information on going back to school was collected. **Results** After intervention, score in SAS, CGI-S, CBCL (father-reported), CBCL (mother-reported), family atmosphere, logic family, disease awareness, and personality significantly decreased ( $P<0.05$ ). No significant differences were found before intervention. However, the intervention group showed lower scores in all the above indicators and higher rates of going back to school (92% vs 70%) ( $\chi^2=7.86, P<0.05$ ). **Conclusion** Family therapy can effectively improve emotions such as anxiety and depressive symptoms and help going back to school in adolescents with school refusal.

**【Key words】** Family; Dangerous behavior; Intervention studies; Adolescent

拒学行为(school refusal, SR)指在父母或学校知情的情况下,儿童青少年自发不愿意去上学和/或在学校呆完一整天有困难<sup>[1]</sup>。随着我国社会经济的快速发展,青少年心理问题日益凸显,SR 是在校中小学生常见的心理行为问题,给家庭和社会带来严重影响。西方发达国家拒学行为发生率达 1.00%~5.00%<sup>[2]</sup>,我国因拒学行为导致的就医人数也在不断

增加<sup>[3]</sup>。本研究对 SR 患者采用家庭行为治疗取得满意效果,现将结果报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 选取 2017 年 5 月—2018 年 5 月来合肥市第四人民医院就诊并符合条件的 100 名患者为研究对象纳入标准:(1)符合 Kearney 关于拒绝上学的定义<sup>[4]</sup>;(2)年龄为 7~18 岁;(3)就诊前 4 周内不上学时间或者缺课时间超过 50%。排除标准:(1)精神分裂症;(2)焦虑、抑郁症;(3)辍学、逃学。其中男生 77 名,女生 23 名;独生子女 64 名,非独生子女 36 名;小

**【作者简介】** 朱丽(1980—),女,安徽池州人,硕士,副主任医师,主要研究方向为儿童青少年心理学。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2019.03.022

学生 24 名,初中生 60 名,高中生 16 名。采用随机数字表法将患者分为研究组(50 名)和对照组(50 名)。两组性别、年龄、父母文化程度等分布均衡,样本具有可比性。

1.2 方法 对每一位患者进行访谈调查,访谈时间为每周 1 次,每次 50 min。调查时要求被调查者不受他人干扰独立完成问卷;分别在干预前后各进行 1 次观察指标的测评,总干预时间为 3 个月。入组患者均给予小剂量抗抑郁药物治疗(舍曲林 50~75 mg)。对照组采用认知治疗:(1)全方位了解患者有关负性生活事件以及家庭社会支持情况,给予心理支持,利用启发式心理联想方法帮助其识别不合理信念,认识到思维活动与情感行为之间的关联;(2)纠正患者惯用错误认知模式,改变歪曲思维方式;(3)通过真实性检验指导患者改变不合理思维,树立正确的认知模式。研究组在认知治疗基础上对整个家庭系统进行治疗,干预技术着力于影响家庭成员之间的交流行为及相应的认知和情感模式,以此缓解和消除症状性问题:(1)治疗会谈开始,运用家庭评估 4 步模式<sup>[5]</sup>评估患者的家庭系统,为后面的治疗指明方向;(2)治疗中依情境、话题的需要运用循环提问、假设提问、差异性提问、阳性赋义、布置家庭作业等技术干预,其中家庭治疗以系统论为观点,不直接追求认知上的领悟,而是用间接的方式(提问过程启发思考)引发互动模式的变化;(3)会谈结束前精心布置家庭作业,让家庭成员共同完成。

本研究得到合肥市第四人民医院伦理委员会批准,患者及家长知情同意并签署知情同意书,在研究过程中可以选择自由退出;另外研究遵循保密原则,对涉及参与者的隐私、个人安全问题等均严格保密。

1.3 问卷和观察指标 (1)焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale,SAS)<sup>[6]</sup>,是 Zung 于 1971 年编制的,能准确迅速地反映伴有焦虑倾向被试的主观感受。共含 20 个项目,每个项目按 1~4 级评分,“1”表示没有或很少时间有;“2”表示有时有;“3”表示大部分时间有;“4”表示绝大部分或全部时间都有。分数越高,焦

虑倾向越明显。量表的分半信度系数为 0.78,结构效度系数也较高,是目前国际通用评定焦虑量表。(2)临床全面印象量表(Clinical Global Impression, CGI)<sup>[6]</sup>。CGI 适用于各种精神疾病的病情评估及疗效观察,评分与我国传统疗效评定、其他量表评分的一致性很高。最先由 WHO 设计,由美国 NMH 于 1976 年修订而成,属非定式检查工具,主要用于判断总的疾病严重性及其变化,具有良好的信效度。CGI 由 3 个项目组成,此次主要采用第 1 项——严重程度印象量表(CGI-S),根据检查者的临床经验 7 级评分(0 为未评,1 为正常,2 为边缘性精神病,3 为轻度有病,4 为中度有病,5 为明显有病,6 为严重有病,7 为疾病最严重)。(3)儿童行为量表(CBCL 家长用)<sup>[7]</sup>,采用 4~16 岁 Achenbach 儿童行为量表中国标准化版本,在医生的指导下由父母填写。研究证实 CBCL 信度和效度较好,是我国青少年行为问题度有效测量工具。量表共包括 113 条行为问题,按 0~2 的 3 级评分,从来没有计 0 分,有时或很少计 1 分,经常发生计 2 分,计算总分和各维度因子分,分数越高,行为问题越严重。(4)家庭动力学自评量表,采用杨义帆等<sup>[8]</sup>修订的学生测试版,从家庭氛围、系统逻辑、疾病观念以及个性化 4 个方面评价,量表总体 Cronbach  $\alpha$  系数和分半信度分别为 0.81 和 0.67,4 个领域的 Cronbach  $\alpha$  系数为 0.65~0.75,分半信度为 0.42~0.63;采用 5 级评分法,采用 5 级评分法,得分 1~5,分别代表“完全不符合”“很不符合”“部分符合”“很符合”“完全符合”,得分越高家庭动力越好。(5)通过上学的时间百分率计算返校率,上学的时间由父母提供:上学率=患者上学的时间/应该上学时间 $\times 100\%$ 。在 4 周内上学率 $\geq 80\%$ 为正常。返校率=上学率 $\geq 80\%$ 人数/总人数 $\times 100\%$ <sup>[9]</sup>。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 25.0 进行数据分析。以( $\bar{x}\pm s$ )表示计量资料,组间比较采用独立样本  $t$  检验;以百分率表示计数资料,组间比较采用 $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果 见表 1。

表 1 两组拒绝上学青少年治疗前后各量表评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别            | 治疗前后 | 统计值        | SAS                 | CGI-S              | CBCL(父)             | CBCL(母)             | 家庭氛围               | 系统逻辑               | 疾病观念               | 个性化                |
|---------------|------|------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 研究组<br>(n=50) | 治疗前  |            | 53.51 $\pm$ 10.62   | 5.31 $\pm$ 1.60    | 42.24 $\pm$ 11.19   | 53.15 $\pm$ 13.23   | 3.92 $\pm$ 0.52    | 3.15 $\pm$ 0.47    | 3.02 $\pm$ 0.71    | 3.63 $\pm$ 0.29    |
|               | 治疗后  |            | 40.52 $\pm$ 7.73    | 1.69 $\pm$ 0.77    | 25.72 $\pm$ 8.16    | 35.94 $\pm$ 10.27   | 2.63 $\pm$ 0.14    | 2.51 $\pm$ 0.13    | 2.15 $\pm$ 0.62    | 2.71 $\pm$ 0.16    |
|               |      | <i>t</i> 值 | 6.99                | 14.42              | 8.44                | 7.27                | 16.94              | 9.28               | 6.53               | 19.64              |
|               |      | <i>P</i> 值 | 0.00                | 0.00               | 0.00                | 0.00                | 0.00               | 0.00               | 0.00               | 0.00               |
| 对照组<br>(n=50) | 治疗前  |            | 53.62 $\pm$ 10.51   | 5.02 $\pm$ 1.57    | 43.26 $\pm$ 11.15   | 53.18 $\pm$ 13.34   | 3.89 $\pm$ 0.45    | 3.19 $\pm$ 0.46    | 3.06 $\pm$ 0.77    | 3.59 $\pm$ 0.30    |
|               | 治疗后  |            | 47.85 $\pm$ 8.95 ** | 2.73 $\pm$ 0.92 ** | 33.21 $\pm$ 6.05 ** | 43.27 $\pm$ 8.93 ** | 3.41 $\pm$ 0.23 ** | 2.93 $\pm$ 0.35 ** | 2.76 $\pm$ 0.59 ** | 3.35 $\pm$ 0.41 ** |
|               |      | <i>t</i> 值 | 2.96                | 8.90               | 5.60                | 4.37                | 6.72               | 3.18               | 2.19               | 3.34               |
|               |      | <i>P</i> 值 | 0.00                | 0.00               | 0.00                | 0.00                | 0.00               | 0.00               | 0.03               | 0.00               |

注:治疗后组间比较, \*\*  $P<0.01$ 。

治疗后两组 SAS, CGI-S, CBCL 评分(父), CBCL 评分(母), 家庭氛围, 系统逻辑, 疾病观念, 个性化均下降( $P$  值均 $<0.05$ ), 且研究组评分均低于对照组( $P$  值均 $<0.05$ )。见表 1。研究组返校 46 例, 返校率为 92%; 对照组返校 35 例, 返校率为 70%, 差异有统计学意义( $\chi^2=7.86, P<0.05$ )。

### 3 讨论

青少年时期是儿童向成年过渡期, 由于环境改变和青春期心理、生理改变, 此阶段是心理障碍的好发时期<sup>[10]</sup>。本研究结果发现, 因拒学就医患者中男生比例较高, 可能与男生顽皮、难驯服, 而女生回避性人格占优有关<sup>[11]</sup>。其次就医青少年以初中生居多, 高中生最低, 高中生接近成年, 心智发育接近成熟, 因此心理障碍的发生率较低<sup>[12]</sup>。SR 不仅干扰学业, 还影响与家庭和同学的关系, 从远期来说导致成年教育和就业问题, 采用有效措施控制 SR 可预防和控制心理精神疾病的发生<sup>[13]</sup>。

本研究采用家庭治疗联合认知疗法对拒学行为患者进行干预, 结果显示, 两组治疗后 SAS, CGI-S, CBCL 评分(父), CBCL 评分(母), 家庭氛围, 系统逻辑, 疾病观念, 个性化评分均下降, 且研究组低于对照组, 而返校率研究组高于对照组。说明家庭治疗可有效降低拒学行为患者焦虑等负面情绪, 改善青少年心理行为问题, 促进返校。拒学行为问题形成原因中来自家庭的因素较多, 相关研究显示, 单亲离异家庭是导致青少年心理障碍的不利因素<sup>[14-15]</sup>。亦有研究显示家庭成员亲密度、情感表达、自主独立性、家庭矛盾的发生与否、家庭知识性文化普及、组织性、控制性是青少年产生拒学行为心理的危险因素<sup>[16]</sup>。家庭关系和谐、家庭动力对儿童青少年健康心理行为促成和维持有重要作用, 因此家庭治疗用于拒学行为干预将会大有效益。有研究表明<sup>[17]</sup>, 家庭治疗对治疗儿童行为问题有效。表明家庭治疗对于改善家庭关系, 纠正儿童行为问题有较好的疗效, 针对 SR 患者治疗应重视其父母行为管理, 通过管理父母行为形成良好家庭关系, 营造和谐氛围, 鼓励患者返校。同时家庭教育可纠正在校外寻求正性刺激行为 SR 患者的行为, 促使其返校<sup>[9, 18-19]</sup>。

综上所述, 家庭治疗可有效降低拒学行为患者焦虑等负面情绪, 改善青少年拒学行为, 提高返校率, 效果可靠, 值得推广。

### 4 参考文献

- [1] 刘宁宁. 儿童及青少年拒绝上学与自我意识、家庭环境及行为问题的相关研究[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2013.
- [2] PARK M H, YIM H W, PARK S, et al. School refusal behavior in South Korean first graders: a prospective observational community-based study[J]. *Psychiatr Res*, 2015, 227(2/3): 160-165.
- [3] 梅其霞, 王敏健, 魏华. 457 例儿童情绪障碍原因分析及药物治疗[J]. *儿科药理学杂志*, 2016, 22(6): 17-19.
- [4] KEARNEY C A, ALBANO A M. 孩子厌学: 治疗师指南[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2010: 2-15.
- [5] FRANK E, KUPFER D J, PEREL J M, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression[J]. *Arch Gen Psych*, 1990, 47(12): 1093-1099.
- [6] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2003: 39-154.
- [7] 郭文斌, 姚树桥, 蔡太生. 计算机辅助心理测验度的临床应用进展[J]. *国外医学(精神病学分册)*, 2002, 29(3): 190-192, 143.
- [8] 杨义帆, 梁英, 张玉海, 等. 系统家庭动力学自评量表学生测试版初步修订及信效度评价[J]. *中国公共卫生*, 2016, 32(2): 167-170.
- [9] 吴歆, 刘芳, 陈翠华, 等. 认知行为治疗拒绝上学的研究[J]. *儿科药理学杂志*, 2014, 20(8): 10-13.
- [10] 张曼茹, 王国强, 刘健, 等. 家庭环境、教养方式和人格对青少年心理障碍的影响路径[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2018, 27(4): 361-365.
- [11] 陈玉霞, 戴育红, 杨升平. 广州市中小学生对拒绝上学行为调查[J]. *中国心理卫生杂志*, 2016, 30(2): 140-141.
- [12] 马智杰, 郭继志, 杨淑香, 等. 潍坊市中学生心理健康状况及其影响因素分析[J]. *中国学校卫生*, 2015, 36(12): 1842-1844.
- [13] 汪玲华, 欧婉杏, 查彩慧. 拒绝上学儿童青少年心理健康状况分析[J]. *中国儿童保健杂志*, 2012, 20(1): 29-31.
- [14] 张晓菲, 梁瑞华, 毛富强, 等. 天津市区单亲中小学生对心理健康相关因素分析[J]. *中国公共卫生*, 2013, 29(1): 22-24.
- [15] 汪玲华, 陈群, 查彩慧, 等. 拒绝上学儿童的家庭相关因素研究[J]. *中国儿童保健杂志*, 2014, 22(3): 301-304.
- [16] 朱丽, 程丽, 高桦, 等. 家庭环境对青少年拒学心理特征的相关性研究[J]. *中国学校卫生*, 2018, 39(10-B): 107-108.
- [17] 陈宝平, 刘伟, 谢付付. 家庭治疗对儿童行为问题的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2005, 13(4): 304.
- [18] 焦鹏涛, 刘培兰, 李小红, 等. 家庭治疗对学龄前儿童行为问题的矫正作用[J]. *包头医学院学报*, 2017, 33(6): 10-12.
- [19] DANIEL W, CHRISTOPHER H, SAADA R M D, et al. Short-and long-term effects of inpatient cognitive-behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: a within-subject comparison of changes[J]. *Child Fam Behav Ther*, 2014, 36(3): 171-190.

收稿日期: 2018-11-02; 修回日期: 2019-01-25