

脑瘫儿童特殊教育的方式:引导式教育

吴卫红

[关键词] 脑性瘫痪;特殊教育;综述

中图分类号:R742.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2003)05-0259-02

特殊教育主要指对身心发育障碍、智力障碍、感觉器官障碍、运动功能障碍者的教育^[1]。脑瘫患儿的功能障碍是终生存在的,要使他们能够独立地生存于社会之中,也需要进行特殊教育。

与针对盲、聋、哑儿童为主的特殊教育相比,脑瘫儿童的特殊教育具有一定的特殊性,与教育训练有关的主要问题有^[2]:①运动障碍:表现为肌张力过高或过低,运动的自主控制能力低下,运动的协调性差等;②感觉障碍:由于深感觉和复合感觉功能障碍,表现为平衡能力差,空间定位差,同时可伴有顽固性斜视、听力异常等;③交流障碍:由于构音器官的运动不协调,表现有语言不清等。④智力低下:由于脑的发育不良或脑的损伤造成脑瘫儿童智力缺陷;⑤情绪、行为、性格异常:脑瘫儿童的行动范围受限,造成他们缺乏接触社会的机会,缺乏与人交往的经验,容易产生孤独、自卑的心理状态,表现为性格古怪、任性、固执、急躁,自我为中心,情绪极不稳定,对刺激缺乏反应或过于敏感,注意力不集中,散漫和感情脆弱等。

脑瘫儿童的康复所涉及的领域非常广泛。在脑瘫儿童的全面康复中,医学康复是主导,教育康复是基础。目前,我国的一些康复机构在对肢体运动障碍儿童进行传统康复治疗的同时,逐步开展了激发患儿主动克服运动障碍的信心,学习日常生活能力的技巧,改善社交能力的引导式教育。

1 引导式教育系统

引导式教育(Conductive Education)是由匈牙利的神经学、心理学和教育学家 Peto 教授在 20 世纪 40 年代创立的。最初主要是针对脑性瘫痪儿童,以后逐渐扩大到多种残疾儿童以及成年人^[2]。引导式教育不是一种康复技巧和治疗,而是一个针对运动功能障碍者的教育系统^[3,4,5],其目的是通过引导主动学习,激发和发展中枢神经系统受损儿童的性格与主动参与社会的积极性,使他们在体能、言语、智力和掌握日常生活技巧方面同步发展,发展其潜能代偿功能障碍^[5,6],使之尽可能独立适应社会和所生存的环境。

引导式教育体系的主要特征:①重点强调脑瘫儿童主动活动,而不是被动的或单纯辅助活动^[3];主动的学习能够获得较大的进步和成就感,是正常性格发育的表现之一;②根据患儿年龄、功能障碍程度和所要达到的目的,以小组为教育单位,通过小组共同进行的习作程序,激发儿童的上进心,诱发互相模仿与竞争的能力,从而可以主动挑战困难,达到个人与其他人之间的互动作用^[7]并促进性格的正常发展;③引导员是这个系统中的核心人物,他(她)融教师与治疗师的角色为一体,全面负责患儿的教育与发展,根据每个患儿的障碍程度与特点,进行活动分析,使用节律性意向的训练方法,引导儿童利用自己的运动潜能,将动作转移至行动上,从而获得独立日常生活的技巧^[8];④节律性意向性方法:与盲、聋、哑儿的特殊教育不同,对脑瘫儿童的引导式教育要充分利用患儿的感觉器官,通过运用有节律的语言,表达他/她的内心意向,使声音符号为外在的行为做好心理准备,将言语与运动连结在一起并促进运动的学习^[4,7,8];⑤特殊的训练器械:为改善运动障碍,稳定地完成每一项习作程序,诱发儿童自发参与活动的积极性,并从中获得成就感与自信心,Peto 教授设计了引导式教育特用的器械,如木条床、梯背椅、障碍梯等。

在匈牙利布达佩斯运动残疾学院,按照 Peto 教授的观点,教育课程具有高度的综合性,包括了一个健康儿童每天生活中的每件事,从进餐、卫生到游戏和学习等。所以每日的生活安排包容在他们的学习之中^[9]。

2 我国开展引导式教育的概况

1987 年,黑龙江省小儿脑瘫疗育中心首先开展了引导式教育,作为对脑瘫患儿全面康复的内容之一^[1]。以后香港复康会世界卫生组织复康协作中心也先后在国内多次举办引导式教育的培训班,培养了大批的引导式教育工作人员,并将这一教育体系逐渐运用于肢体运动功能障碍者的康复之中。

根据 Peto 教授的观点,引导式教育不是直接改变残疾,而是通过将功能整合为一体,从而获得协调运动。赵聪敏、李志军等人分别报道,在进行神经生理学疗法的基础上,辅以引导式教育,可使患儿运动功能显著提高^[9,10]。对于运动障碍儿童进行 Bobath、Vojta 等

作者单位:100077 北京市,北京博爱医院儿童康复科。作者简介:吴卫红(1956-),女,江苏如皋市人,副主任医师,主要研究方向:脑瘫康复。

神经生理学治疗方法是引导式教育的前奏;引导式教育则是将被动的、单一的、枯燥的体能训练变为在引导员的带领下,在愉快的儿歌、童谣环境中,运用所掌握的动作,学以致用,提高和巩固了康复的效果。

周氏结合 Peto 等的节律性意向治疗方法,将习作程序编制成一套有针对性的韵律体操,对 109 例脑瘫儿童每日进行 4h 的垫上和器械训练。经 2—4 个月后,以粗大运动功能量表(Gross Motor Function Measure, GMFM)和 Denver 发育评定测试修订版(Denver Developmental Screening Test-revised, DDS-T-R)评价,结果表明,这种小组形式的韵律体操使患儿在大运动、精细动作、语言、认知及社交行为方面均较治疗前有明显提高^[11]。

广东的袁氏对 30 例脑瘫儿童在各种矫形器的辅助下,进行小组或个别的引导式教育训练。1 年后用 DDS-T-R 评价,0—5 岁组有效率为 86.67%,6—10 岁组有效率 60%^[12]。

高志琼对年龄 2—8 岁的脑瘫患儿进行对照研究,治疗组每天 2 节引导式教育课程,按摩治疗 1 次,每次 40—50 分钟;对照组进行运动疗法与按摩,每日 1 次。治疗后评定结果显示,按摩加引导式教育组的儿童在智能、语言、社交及生活自理方面较对照组有显著性差异^[13]。

已有的研究显示,在进行正规医疗康复的基础上,对不同类型的脑瘫儿童分组进行集体训练,是一种使他们较好地互相观察、模仿、交流学习的方式。在融合中国传统医学、必要的辅助具使用的同时,充分运用语言节律(韵律)的意向性引导,可使脑瘫儿童在接受教育的同时,激发主动参与学习的积极性,提高集中注意力的时间,在愉悦的学习中增加了安全感,减轻了学习的压力,同时对他们的人格发展起到了促进作用。当然,家长的积极参与和配合也不可缺少。

3 Peto 疗法需要进一步探讨的问题

3.1 引导式教育应用的范围 从上述文献报道可见,目前我国对有运动功能障碍儿童进行引导式教育的年龄在 4 个月—10 岁,小年龄组(<2 岁)的治疗效果更明显。

由于引导式教育的重点是结合了所有的治疗,所以当发现小儿有突出的运动问题时,在进行物理治疗前即可将其引入,以提供一个包含了全面治疗,同时又有持续的语言刺激的新环境^[3]。香港复康会世界卫生组织复康协会中心已经开展了母婴组的教育,目的是激发自然的母婴关系,使母亲和家庭成员建立信心,在孩子的整个成长过程中扮演积极的角色,使孩子能有兴趣从事每日常规的训练程序^[14]。

引导式教育适合各种原因引起的运动障碍、语言障碍、行为异常、智力低下的患儿^[1],对于那些重度智力低下、癫痫、交往障碍、视觉损害和有慢性疾病的患儿不适合参与训练,有固定生理畸形的患儿不适合做 Peto 疗法,应采取相应的外科治疗。而矫形外科术后的患儿仍能通过引导式教育进一步提高他们的能力,对于轻度运动障碍的小儿不需要做引导式教育^[5]。

3.2 疗效评定 上述作者对他们所观察的对象多采用 GMFM 和 DDS-T-R 量表进行评测。笔者认为,引导式教育的目标是使中枢神经系统损伤的儿童能在体能、语言和智力等方面同步发展,所以对他们的评价应全面综合地进行。Reddihough 在澳大利亚进行引导式教育时,使用 Vulpe Assessment Battery(VAB)对 133 例儿童在粗大运动、精细动作、语言(听理解和表达)、认知能力、组织能力和日常生活活动(更衣、修饰、进食、入厕、社会交往和游戏)方面做出全面地评价^[4],也值得借鉴。

[参考文献]

- [1] 卢立春. 脑性瘫痪的现代诊断与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 2000. 462—466.
- [2] 南登昆. 肢体残疾儿童的教育与训练[M]. 北京: 华夏出版社, 1995. 180.
- [3] Bax M. Conductive Education[J]. Dev Med Child Neurol, 1991, 33: 941—942.
- [4] Reddihough DS, King J, Coleman G, et al. Efficacy of programmes based on Conductive Education for young children with cerebral palsy[J]. Dev Med Child Neurol, 1998, 40(11): 763—770.
- [5] Bairstow P, Cochrane R, Rusk I. Selection of children with cerebral palsy for conductive education and the characteristics of children judged suitable and unsuitable[J]. Dev Med Child Neurol, 1991, 33: 984—992.
- [6] Reed E. An outline of a theory of action system[J]. J Moto Behav, 1982, 14: 93—134.
- [7] 向群. 脑瘫儿童康复的新方法—引导式教育[J]. 现代康复, 1998, 2(11): 1176—1178.
- [8] 魏国荣, 张华. 小儿脑性瘫痪运动治疗过程中引导式教育的实施[J]. 现代康复, 2001, 5(5): 5—7.
- [9] 赵聪敏, 张雨平, 廖伟, 等. 引导式教育辅以神经生理学疗法对脑瘫儿童运动功能的改善与评价[J]. 中国临床康复, 2002, 6(7): 954.
- [10] 李志军, 刘瑾. 脑性瘫痪患儿引导式教育效果观察[J]. 现代康复, 2001, 5(12): 123.
- [11] 周安艳. 韵律体操训练程序对脑性瘫痪儿童的功能促进作用[J]. 现代康复, 2000, 4(8): 1172—1173.
- [12] 袁新茂. 引导式教育及矫形器治疗脑瘫儿童 30 例报告[J]. 中国民政医学杂志, 1997, 9(6): 333—334.
- [13] 高志琼. 引导式教育结合中医按摩治疗小儿脑瘫[J]. 中国康复, 2002, 3(7): 140—141.
- [14] 欧安娜, 余雪萍. 引导式教育——伴儿同行[M]. 香港: 香港复康会世界卫生组织复康协作中心, 2002. 4.

(收稿日期: 2003-04-14)