

中国心理性困境儿童社会保护和 支持体系的构建

丁建定 方之瑜

摘要：近些年来，我国越来越重视困境儿童的保护工作，出台了一系列困境儿童救助政策，但基本上没有涉及孤独症以外的心理性困境儿童，目前心理性困境儿童的保护工作还主要依赖于家庭以及民间公益慈善组织，需要积极探索如何建立健全心理性困境儿童的全面保障制度。应根据心理性困境儿童的直接需求与间接需求，明确心理性困境儿童保障制度建设的短期目标和长远目标，并考虑从国家和社区两个基本层面，法律经济服务、医疗服务、教育服务、保健服务、生活服务五个维度构建心理性困境儿童的社会保护和支持体系。

关键词：困境儿童；心理性困境儿童；社会保护

中图分类号：C913 **文献标识码：**A **文章编号：**1003-854X(2019)06-0135-05

世界卫生组织文献显示，全球儿童和青少年精神心理障碍发生率高达 12%—28%，且呈逐年增高的趋势。联合国儿童基金会对来自 16 个发展中国家的困境儿童的患病情况进行多维指标分析，发现受心理性障碍影响的儿童平均比例高达 20%，其中 5.0% 的儿童有认知障碍，12.7% 的儿童有语言障碍，2.9% 的儿童有感觉障碍，6.2% 的儿童有运动障碍。^①另有一份研究报告显示，美国 25.0% 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。^②这些数据引起了国际社会的广泛关注，对这一类心理性困境儿童进行救助，保护其健康成长的权利，成为各国政府工作的重要内容。近些年来，我国也越来越重视困境儿童的保护工作，出台了一系列困境儿童救助政策，但基本上没有涉及孤独症以外的心理性困境儿童。目前，心理性困境儿童的保护工作主要依赖于家庭以及民间的公益慈善组织，针对心理性困境儿童的全面保障制度建设有待突破。

本文试图在明确心理性困境儿童的含义的基础上，针对心理性困境儿童的直接需求与间接需求，从国家和社区两个基本层面，法律经济服务、医疗服务、教育服务、保健服务、生活服务五个维度构建心理性困境儿童的社会保护和支持体系。

一、心理性困境儿童及其社会保护状况

（一）心理性困境儿童的定义

根据世界银行的定义，困境儿童是指 18 岁以下的未成年人，由于各种原因，缺少或可能缺少适当的照料和保护，并易受伤害的儿童。中华人民共和国国务院《关于加强困境儿童保障工作的意见》中明确指出，困境儿童包括因家庭贫困导致生活、就医、就学等困难的儿童，因自身残疾导致康复、照料、护理和社会融入等困难的儿童，以及因家庭监护缺失或监护不当遭受虐待、遗弃、意外伤害、不法侵害等导致人身安全受到威胁或侵害的儿童。

目前，困境儿童作为一个学术概念的研究还处于起步阶段。2002 年，张齐安在关于流浪儿童的研究中提出了困境儿童的概念，但没有加以清晰的界定。^③2005 年，刘继同将弃婴、孤儿、残疾儿童、贫困地区的儿童、寄养儿童、艾滋病孤儿、犯罪家庭儿童、自闭症儿童等列入困境儿童范畴。^④2014 年，尚晓援等提出困境儿童概念是个三级体系，包括生理性困境儿童、社会性困境儿童和多重困境儿童。^⑤

心理性困境儿童是困境儿童大概念下的一个分

支。2015年,高丽茹、彭华民从内涵和外延两个方面对困境儿童进行了界定。从内涵上看,困境儿童是指因基本需要不能得到满足而受到严重伤害的儿童,其中基本需要包括基本生活照顾的需要、卫生健康的需要、家庭生活的需要、教育的需要、休闲和娱乐的需要、心理发展的需要、社会生活能力的需要、免于被剥削伤害的需要。从外延上看,困境儿童可以分为生理性困境儿童、心理和行为困境儿童、社会性困境儿童和多重困境儿童,其中心理和行为困境儿童指心理发生偏差,具有不良习惯甚至有违法行为的儿童,包括受到严重精神性创伤的儿童、具有违法行为或涉案的儿童。^⑥

西方的一些关于公共健康的研究对心理性困境儿童作出了解释,D. I. Simeonova等指出,心理性困境儿童是由于某种异常、不合理、适应不良行为而导致功能紊乱综合征并严重影响其学习、生活与社会融入的儿童。^⑦ V. K. Bhutani等认为心理性困境儿童是因患有认知障碍、情感障碍、精神障碍或神经障碍导致生活困难的儿童,较为常见的为自闭症儿童、先天性智力发育障碍儿童和因感染导致的认知障碍儿童。^⑧

结合国内外研究,笔者认为心理性困境儿童可以定义为因认知障碍、情感障碍、精神障碍或神经障碍等心理性残疾因素,导致其基本权利难以得到切实的维护,在康复、照料、护理和社会融入等方面遭遇困难的儿童。

(二) 心理性困境儿童的社会保护状况

困境儿童社会保护是社会保障的重要组成部分。2006年,民政部联合15部委出台《关于加强孤儿救助工作的意见》,明确将困境儿童纳入儿童福利保障的范畴。2013年,《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》提出要“健全困境儿童分类保障制度”,困境儿童这一术语首次写进中国最高层纲领性文件中,成为重要的政策术语。2016年6月,国务院发布《关于加强困境儿童保障工作的意见》,强调完善困境儿童关爱服务体系,健全困境儿童关爱保护工作保障措施。近几年来,国家对于儿童救助与福利越来越关注,颁布了相当多的困境儿童保护政策,使困境儿童保护工作成效显著。但值得注意的是,这些政策中的儿童保护范畴主要还是以流浪儿童、孤儿、贫困儿童、生理性残疾儿童为主,较少涉及心理性障碍儿童层面。

国务院《关于加强困境儿童保障工作的意见》中提出:“对于0—6岁视力、听力、言语、智力、肢体残疾儿童和孤独症儿童,加快建立康复救助制

度,逐步实现免费得到手术、康复辅助器具配置和康复训练等服务。”这是国家首次明确将孤独症儿童纳入困境儿童保护的范畴。依据2016年国家统计局发布的社会服务年度数据,从2007年到2015年,孤独症儿童机构训练人数从1056人增长到22533人,平均复合增长率高于70%;智残儿童康复训练人数从26084人增长到145937人,平均复合增长率高于43.6%;肢体残疾儿童康复训练人数从12239人增长到33095人,平均复合增长率在15%左右。这一方面体现出国家对于孤独症儿童越来越重视,另一方面也反映出以孤独症儿童为代表的心理性困境儿童对于社会公共服务的需求量不容忽视。

总体来看,随着社会的发展,国家越来越重视困境儿童的保护工作,出台了一系列相关救助政策,但这些政策没有涉及孤独症以外的心理性困境儿童,目前这些心理性困境儿童的保护工作还主要依赖于家庭以及民间公益慈善组织,需要积极探索如何建立健全心理性困境儿童的全面保障制度。

二、心理性困境儿童的需求分析

要探索如何建立心理性困境儿童的全面保障制度,首先需要厘清其需求。心理性困境儿童的需求可以概括为两个方面:直接需求与间接需求。直接需求指基于儿童权利理论,心理性困境儿童作为权利平等的主体所产生的关于法律、医疗、教育、生活等方面的一系列保障需求。间接需求包括对降低认知障碍、情感障碍、精神障碍或神经障碍发生风险的干预措施需求以及对心理性困境儿童家庭的保障与支持措施需求。

(一) 直接需求

联合国儿童权利公约规定,任何形式的残疾儿童都应该拥有平等的受教育权利。目前我国在关于儿童保护的法律法规中对于心理性困境儿童的权利没有详细的描述。实际生活中,教育机构对于心理性困境儿童的保护拥有比较大的自由裁量权,这导致多数心理性困境儿童不能享受平等的受教育权利。虽然我国制订了九年义务教育政策,但是心理性困境儿童的入学问题仍然成为其父母们的最大心病。普通中小学的教师缺乏对心理性困境儿童的照顾意识与针对性的教学技能,即使在特殊学校,心理性困境儿童也很难得到有针对性的训练,而普校随班就读的学生屈指可数。2010年一项针对江苏省自闭症儿童的研究发现,在6岁及以上的83名自闭症儿

童中,普校随班就读的仅有6人,占7.23%。^⑨

对于卫生健康的需要也是心理性困境儿童的核心需求。一项针对自闭症儿童母亲在育儿过程中的需求的分析报告显示,94%的自闭症儿童母亲表示需要医疗专家的咨询,84%的母亲需要医疗机构的信息支持,88%的母亲表达了对医疗费用的担心。^⑩

另外,西方的研究表示,社区关怀在心理性困境儿童的康复与社会融入中具有不可忽视的作用。巴基斯坦的学者做过一个比较研究:按照世界卫生组织心理健康行动指南,对一个心理性困境儿童生活的社区内的志愿者进行关于如何照顾心理性困境儿童的培训,在一段时间后按照世界卫生组织的残疾评分来检验社区关怀是否会对心理性困境儿童的成长起到积极作用,同时也反向检测这样的照料行为是否会成为志愿者的负担。研究的结果表明,短暂、频繁、密集的社区关怀对心理性困境儿童的康复与社会融入会产生积极的作用,同时也不会造成照料者的负担。^⑪

(二) 间接需求

西方的研究表明,如果在婴儿时期就能及时发现认知障碍、情感障碍、精神障碍或神经障碍并进行干预,可以最大程度地减轻其对心理性困境儿童成长过程的不利影响。欧美的一些国家已经将6类儿童发育评估筛查方法运用到儿童保健工作中,像英美区域应用的贝里婴儿发展量表、英式智力筛查、丹佛智力发育筛查法、斯坦福比奈智力量表,使5到6岁儿童的发育障碍甄别率达到91%。^⑫而在我国,贝里婴儿发展量表大多只用于儿童医院的心理科,这就导致大多数心理性困境儿童被发现行为异常而去门诊检查的时候,已经错过了0—3岁这一最佳干预时间。如果社区健康门诊就能承担这样的职责,在对儿童成长的常规检查中,除了对发育指标进行检测,同时也将心理性精神障碍筛查工作一并纳入其中,就可以最及时准确且低成本地为心理性困境儿童提供第一道保障。在最佳干预期及时有效地甄别出心理性困境儿童,并对其父母进行疏导与培训,可以缩短心理性困境儿童的康复时间,从而减少其父母因照料心理性困境儿童而产生的经济损失。有的儿童可以在入学前得以康复,从而可以接受正常的教育,正常进入社会参加工作,这样的早期干预将影响他的一生。

在心理性困境儿童成长的初期阶段,父母的陪伴能够有效缓解心理性困境儿童的症状并改善孩子的社会融入状态。所以在这一时期,心理性困境儿童的家庭成员也需要得到充分的社会理解与政策支

持。父母的情绪也会影响孩子的成长,而心理性困境儿童的父母患抑郁症的风险较高。S. Dave等在伦敦皇家医院对86957个心理性困境儿童家庭进行跟踪调查,发现其中有19286个母亲从孩子出生到12岁之间曾患过抑郁症,其中14780人有过轻度抑郁,3401人有过中度抑郁,1105人有过重度抑郁。从孩子的出生到12岁期间患过抑郁症的父亲总共有8012人,其中6656人有过轻度抑郁,1098人有过中度抑郁,258人有过重度抑郁。父母如果患上抑郁症,就会增加与儿童的不良互动,激发双方的负面情绪,不利于心理性困境儿童的自我康复。^⑬所以对于心理性困境儿童的父母,也需要定期进行精神疏导与测评。

心理性困境儿童比一般儿童更需要科学的养育关怀,因为他们更敏感,并且情绪易于受到波动。在美国,养育关怀是一个包罗万象的概念,它包括家庭照料、父母的工作、儿童护理、学校、社会与国家政策等等方面。^⑭科学的养育关怀离不开医疗机构的教育与引导。心理性困境儿童的父母需要接受长期的学习,有针对性地掌握照顾心理性困境儿童的技能,这样才能建立良好的亲子关系,为孩子的成长创造一个稳定安全的环境。较高的安全感可以帮助心理性困境儿童正确面对情绪刺激,茁壮成长。反之,心理性困境儿童的父母如果得不到科学的咨询及技能培训,缺乏对孩子疾病的正确认知,就无法处理自己与孩子的负面情绪,从而妨碍孩子的康复。

心理性困境儿童家庭由于需要长期支付高昂的治疗费用,但是其父母中的一方或双方往往因为照料的需要不能正常工作,所以这些心理性困境儿童更有可能在贫困中成长,在幼年时期缺乏完善的护理以及优质的教育。美国2008年的一项调查显示,这些家庭平均损失的年收入高达6200美元,占这些家庭实际年收入的14%。^⑮中国医科大学第一附属医院关于对孤独症儿童家庭经济情况的调查发现,孤独症家庭的年收入(81000元)显著低于对照组(112039元),孤独症家庭用于儿童教育培训的年平均费用(44130元)显著高于对照组(15193元)。扣除教育培训费用后,孤独症家庭的纯收入仅为对照组的38%,组间差异具有显著性。^⑯我国的少儿医保对心理性疾病的负担较少,心理性困境儿童家庭背负着较为沉重的经济负担,需要投入更多的资源来支持这些家庭。政府提供一定程度上的经济补贴,医院和学校定期举办一些公益性扶助活动,都是心理性困境儿童家庭的迫切需求。此外,为了使

父母更好地参与心理性困境儿童的康复教育工作，为心理性困境儿童的父母提供带薪休假政策也是很有必要的。

厘清以上一系列心理性困境儿童的直接需求与间接需求有助于制定心理性困境儿童保障制度发展的阶段性目标，先满足直接需求再满足间接需求，从而分清主次关系，结合我国国情，构建与国家经济发展水平相适应的心理性困境儿童社会保护和支持体系。

三、心理性困境儿童社会保护和支持体系的构建

在儿童保护主体的界定上，学术界的观点一直没有统一，主要分为三类：第一类，将儿童保护的责任主体分为家庭、社区、社会组织或国家^⑧；第二类，将政府、市场、社区、民间作为儿童保护的主体^⑨；第三类，随着近几年关于家庭政策话题的增多，部分学者认为家庭应该作为保障对象而不是责任主体而存在，儿童保护需要从“家庭支持”向“支持家庭”转变^⑩。多年以来，由于心理性困境儿童社会保护性福利政策的传导及转换机制的缺失，使得家庭成为我国心理性困境儿童保护的主要承担者，很多家庭都因此而背上了沉重的负担。除了家庭以外，国内外 NGO 组织以及志愿者群体也成为心理性困境儿童保护性福利服务的另一具体承担者。这些民间群体的核心成员往往就是心理性困境儿童的父母，其本身就已经自顾不暇，组织力量实际上是非常有限的。所以心理性困境儿童的保护应当将其家庭视为保护对象，由政府与社会作为主要责任承担主体。

在明确责任主体的基础上，结合对心理性困境儿童个人及其家庭直接需求与间接需求的分析，笔者建议构建二元多维心理性困境儿童社会保护和支持体系。其中，“二元”就是指国家和社区两个基本层面，“多维”则是指法律经济服务、医疗服务、教育服务、保健服务、生活服务五个维度。并且，根据心理性困境儿童的直接需求与间接需求，采取普惠性与选择性相结合的福利策略，明确心理性困境儿童保护体系建设的短期目标与长期目标，更有助于阶段性地落实心理性困境儿童社会保护政策。

（一）针对心理性困境儿童直接需求的社会保护和支持体系

针对心理性困境儿童的直接需求，从国家层面

考虑，政府需进一步完善儿童保护法，针对困境儿童的人权保护专门立法，并且建立医疗保险对心理性困境儿童的医疗费用分摊机制。医疗机构要全面落实新生儿筛查，以降低智力障碍发生的风险。要及时主动地诊断儿童精神障碍，而不是等到孩子的父母发现异常后再进行干预，自闭症、注意缺陷以及多动障碍类心理性疾病若在早期就能进行甄别并得到有效的干预治疗，就可以缓解疾病恶化程度。还需对心理性困境儿童给予心理辅导与治疗，对有严重症状和危险行为的心理性困境儿童给予药物治疗。学校要保障心理性困境儿童拥有平等的受教育权利。要对在岗教师进行关于如何照顾心理性困境儿童的培训。要全面开展学前教育工作，通过模拟课堂增加儿童对学校的适应性，避免因入学不适造成的精神障碍。对有严重症状和危险行为的心理性困境儿童，要提供特殊的教育途径。

从社区层面考虑，社区健康服务中心要落实儿童发育障碍筛查，包括心理发育与动作发育障碍筛查。要第一时间发现心理性困境儿童并对其进行长期连贯性的追踪辅导，必要时提供转诊。要举行提高儿童心理健康素质的活动。要在社区内宣传幼儿教育计划，促进家长对儿童早期发展重要性的认识。居委会要定期对心理性困境儿童家长提供照料技能培训，在社区内进行消除歧视的教育宣传工作。

（二）针对心理性困境儿童间接需求的社会保护和支持体系

针对心理性困境儿童家庭的保障与支持部分的间接需求，从国家层面考虑，政府可适当考虑对心理性困境儿童家长实行带薪休假制度以满足孩子的健康和教育需求，对心理性困境儿童家庭给予适当的收入补贴以支付为照顾心理性困境儿童而发生的额外费用。医疗机构要对家长的心理健康状况进行评估，甄别患有抑郁症的家长并给予治疗。学校应为部分因心理障碍产生运动障碍的儿童提供便利设施。要开展包容性课外和暑期活动，促进心理性困境儿童的社会融入。要进行包容性的初级教育，为心理性困境儿童的正常入学提供条件。

从社区层面考虑，社区健康服务中心要帮助母亲提高产前和围产期保健的质量，降低精神、智力障碍发生的风险。要对家长的心理健康实施干预，对不同类型的心理性困境儿童家长提供有针对性的干预课程。同时居委会也应积极开展父母课堂之类的教育培训，对心理性困境儿童的家长进行跟踪随访以了解其动态需求。

综上所述,心理性困境儿童社会保障制度的构建和完善是一个艰难的过程,需要政府、市场、社会组织、家庭和公益慈善机构、志愿者个人等主体的多方参与。必须明确清晰地分配每个主体的具体任务,并且根据先满足直接需求后满足间接需求的原则,结合我国经济发展水平,有目标、有计划、分步骤地完善心理性困境儿童的社会保护和支持体系。

对心理性困境儿童议题,本文仅从概念、政策缺失、需求以及保护体系的构建等方面进行了一些框架性分析。目前我国对于这一议题的研究还存在较大的空白,未来还有一些问题值得不同领域的学者去探讨:(1)对于心理性困境儿童需求的量化研究。应建立科学的评估机制,跟踪观察心理性困境儿童的发展并全面的评估,准确地衡量心理性困境儿童及其家庭的需求。(2)对于心理性困境儿童早期干预的实证研究。应系统地评估早期干预措施的可行性、结果和成本效益比,深入了解父母的心理健康如何影响儿童的发育轨迹,并提出相应的干预措施。(3)对于政策与考核机制的研究。应评估医疗保健机构对心理性困境儿童的筛查和护理效果,系统地实时地监测干预效果,完善对于政策实施的考核机制。

注释:

① UNICEF, Multiple Indicator Cluster Survey Manual 2005: Monitoring the Situation of Children and Women, Children with Disabilities, 2013.

② T. C. Reardon, K. M. Gray, G. A. Melvin, Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Intellectual Disability: Prevalence and Assessment, Research in Developmental Disabilities, 2015, 36(1), pp.175-190.

③ 张齐安:《曲折的历程 光明的前景——流浪儿童救助保护工作发展状况述评》,《社会福利》2002年第12期。

④ 刘继同:《国家与儿童:社会转型期中国儿童福利的理论框架与政策框架》,《青少年犯罪问题》2005年第3期。

⑤ 尚晓媛、虞婕:《建构“困境儿童”的概念体系》,《社会福利》(理论版)2014年第6期。

⑥ 高丽茹、彭华民:《中国困境儿童研究轨迹:概念、政策和主题》,《江海学刊》2015年第4期。

⑦ D. I. Simeonova, F. J. Lee, E. F. Walker, Longitudinal Investigation of the Relationship between Family History of Psychosis and Affective Disorders and Child Behavior Checklist Ratings in Clinical High-risk Adolescents, Schizophrenia Research, 2015, 166(1-3), pp.24-30.

⑧ V. K. Bhutani, A. Zipursky, H. Blencowe et al., Neonatal Hyperbilirubinemia and Rhesus Disease of the Newborn: Incidence and Impairment Estimates for 2010 at Regional and Global Levels, Pediatric Research, 2013, 74 (S1), pp.86-100.

⑨ 熊絮茸、孙玉梅:《自闭症儿童融合教育现状调查、困境分析及家庭参与的探索》,《内蒙古师范大学学报》(教育科学版)2014年第4期。

⑩ 吕晓彤、高桥智:《自闭症儿童母亲在养育儿童过程中的需求调查》,《中国特殊教育》2005年第7期。

⑪ S. U. Hamdani, F. A. Minhas, Z. Iqbal, A. Rahman, Model for Service Delivery for Developmental Disorders in Low-income Countries, Pediatrics, 2015, 136(6), pp.1166-1172.

⑫ V. J. Fischer, J. Morris, J. Martines, Developmental Screening Tools: Feasibility of Use at Primary Health-care Level in Low-and Middle-Income Settings, Journal of Health Population and Nutrition, 2014, 32(2), pp.314-326.

⑬ S. Dave, I. Petersen, L. Sherr, I. Nazareth, Incidence of Maternal and Paternal Depression in Primary Care: A Cohort Study Using a Primary Care Database, Arch Pediatr Adolesc Med, 2010, 164(11), pp.1038-1044.

⑭ J. P. Shonkoff, D. A. Phillips, From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development, Washington, DC: National Academies Press (US), 2000.

⑮ G. Montes, J. S. Halterman, Association of Childhood Autism Spectrum Disorders and Loss of Family Income, Pediatrics, 2008, 121(4), pp.821-826.

⑯ 杨昱、王曼:《学龄前孤独症儿童家庭的职业和经济负担调查》,《中国临床心理学杂志》2014年第22期。

⑰ 行红芳:《从一元到多元:困境儿童福利体系的建构》,《郑州大学学报》(哲学社会科学版)2014年第5期。

⑱ 冯元、彭华民:《转型期流浪儿童救助服务创新探讨——基于福利多元主义视角》,《长白学刊》2013年第1期。

⑲ 徐浙宁:《我国关于儿童早期发展的家庭政策(1980—2008)——从“家庭支持”到“支持家庭”?》,《青年研究》2009年第4期。

作者简介:丁建定,华中科技大学社会学院院长、教授、博士生导师,湖北武汉,430074;方之瑜,华中科技大学社会学院博士研究生,湖北武汉,430074。

(责任编辑 刘龙伏)