

借

全国残疾人康复工作办公室组织编写

■ 帮助他们走出封闭的空间

■ 迈入新的环境

■ 接纳新的生活

孤独症儿童的教育与康复训练

*Guduzheng Ertong de
Jiaoyu yu Kangfu Xunlian*

王梅 张俊芝/编著



华夏出版社

全国残疾人康复工作办公室组织编写

■ 帮助他们走出封闭的空间

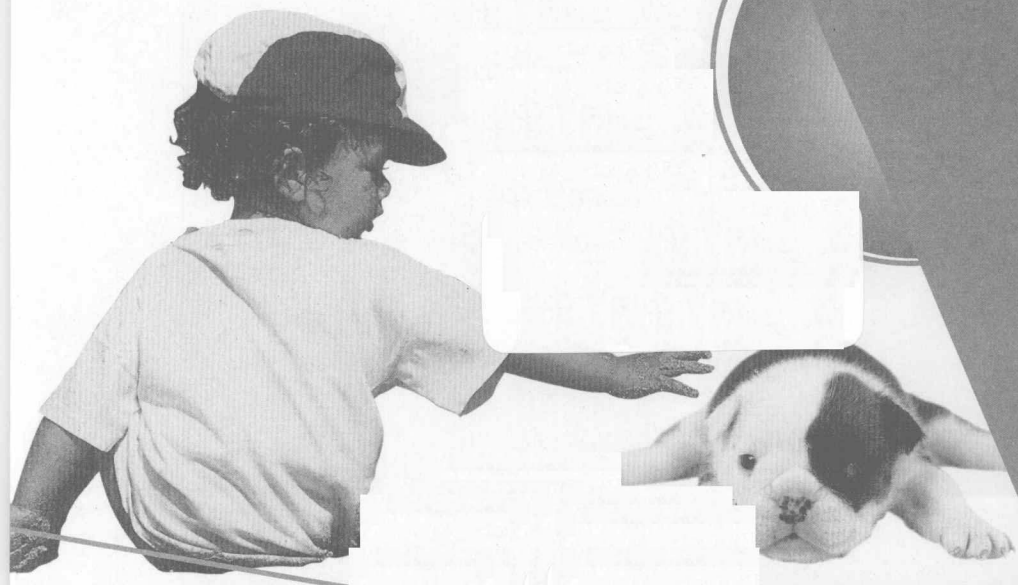
■ 迈入新的环境

■ 接纳新的生活

孤独症儿童的教育与康复训练

王梅 张俊芝/编著

*Guduzheng Ertong de
Jiaoyu yu Kangfu Xunlian*



华夏出版社

图书在版编目(CIP)数据

孤独症儿童的教育与康复训练/王梅等编著. - 北京:华夏出版社,2007.4

ISBN 978-7-5080-4176-6

I. 孤… II. 王… III. ①小儿疾病:孤独症-康复②孤独症-儿童教育 IV. R749.940.9 G76

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 053895 号

华夏出版社出版发行

(北京东直门外香河园北里4号 邮编:100028)

新华书店经销

世界知识印刷厂印刷

880×1230 1/32 开本 12印张 300千字

2007年4月北京第1版 2007年4月北京第1次印刷

定价:26.00元

本版图书凡印刷装订错误可及时向我社发行部调换

编委会

主任：程凯

副主任：胡向阳

编委：（按姓氏笔画为序）

王国光 王梅 张旭 张俊芝



序

孤独症严重危害儿童身心健康，极易造成终生残疾。孤独症儿童康复问题越来越多地引起全社会的广泛关注，也引起了政府有关部门及中国残疾人联合会的高度重视。

根据2001年全国0-6岁残疾儿童抽样抽查显示，目前我国0-6岁精神残疾现患率为0.101%，约有精神残疾儿童10.4万，其中绝大多数为孤独症儿童；调查还显示，孤独症儿童康复现状不容乐观，大多数孤独症儿童没有得到有效的康复训练和服务。

为满足孤独症儿童及家长的康复需求，探索孤独症儿童康复训练工作模式和方法，《中国残疾人事业十一五发展纲要》和《精神病防治康复十一五实施方案》要求，“十一五”期间在31个试点城市进行孤独症儿童康复工作试点。由于孤独症儿童康复训练是一项新拓展的业务工作，我国在上世纪90年代初才刚刚兴起，试点工作将不可避免地面临许多困难和问题。为了有效地指导各地开展孤独症儿童康复训练工作，培训孤独症儿童康复训练管理、技术人员及孤独症儿童家长，全国残疾人康复工作办公室组织了目前国内孤独症教育与康复领域的有关专家和有实际工作经验专业人员，共同编写了《孤独症儿童教育与康复训练》一书。本书是一本理论性、实验性很强的培训教材，比较全面地介绍了孤独症儿童教育与康复训练的理念、训练方法以及必备的专业知识，有助于进一步提高孤独症儿童康复工作人员的服务能力和水平，指导基层工作者有针对性地开展工作，更好地为孤独症儿童及家



长服务。

本书结合目前国内孤独症发展的现状和需求,紧密结合国内多年的研究成果汇编而成的。全书分为三个部分,包括孤独症康复相关理论理念、孤独症儿童康复案例以及关系着孤独症人士终生发展的关键因素——家庭与社区康复。参加编写本书的人员有:

王梅(北京联合大学特教学院):本书主编之一,主要统稿人,编写第一章、第五章、第六章第一节的部分内容和第三节、第六节,并参与了案例编写。

张俊芝(北京联合大学特教学院):本书主编之一,编写第四章、第六章第五节部分内容、第八章部分内容、第十章,并参与了案例编写。

张旭(北京联合大学特教学院):编写第二章、第三章、第六章第一节、第十一章。

王国光(北京星外宝贝教育培训中心):编写第六章第二节、第四节、第七章的部分内容、第九章。

陈莞(北京联合大学特教学院艺术系):编写第六章第五节音乐治疗部分内容。

温嘉吉(江西慧聪儿童康复训练中心):编写了第七章运动与游戏案例部分。

刘莹(江西赣南师范学院教育科学学院):编写了第八章案例部分内容。

此外,在本书编写过程中,北京联合大学特教学院、北京孤独症康复协会、辽宁师范大学、中国孤独症网站等单位以及为孤独症康复事业的发展而默默无闻、辛勤工作的广大康复工作者给予了大力的支持与合作,在此,我们表示深切的谢意。由于孤独症儿童康复训练工作在我国起步较晚,但我们相信在全社会的通力合作与支持下,在不远的将来,会有越来越多的孤独症孩子“走出孤独”。

编 者

2007年3月



目 录

第一篇 综合篇

第一章 认识孤独症：概念、演变、症状	3
第一节 概念及其演变	3
第二节 初识孤独症	6
第三节 再识孤独症	10
第二章 孤独症成因与生物学干预	19
第一节 医学生物学成因	19
第二节 神经心理学成因	26
第三节 生物学干预	31
第三章 孤独症儿童的诊断	36
第一节 流行病学调查及诊断的历史发展	36
第二节 诊断原则与诊断标准	41
第三节 鉴别诊断	45
第四节 常用的诊断工具	49

第二篇 教育篇

第四章 孤独症儿童的教育与安置	63
第一节 教育沿革	63
第二节 教育适应	71
第三节 教育安置	78



第五章 个案评估与课程设计	81
第一节 个案评估	81
第二节 课程设计	92
第六章 教育训练方法	111
第一节 人际关系发展干预	111
第二节 应用行为分析	135
第三节 结构化教学法	156
第四节 感觉统合训练	165
第五节 其他方法	175
第六节 方法的综合运用	190

第三篇 康复训练案例篇

第七章 运动与游戏训练案例	199
第一节 训练要点与案例	199
第二节 常用游戏活动举例	208
第八章 沟通、交往与社会适应案例	213
第一节 沟通与交往训练要点与案例	213
第二节 社会适应训练要点与案例	233
第九章 生活自理训练案例	255
第一节 进餐	255
第二节 洗漱	265
第三节 如厕	268
第四节 穿、脱衣服	274

第四篇 家庭与社区康复篇

第十章 家庭康复	281
第一节 正确的教育观	281



第二节	家长的责任与关系调整	286
第三节	家庭训练的原则、内容与方法	295
第十一章	社区康复	326
第一节	概述	326
第二节	国外社区康复现状	332
第三节	我国社区康复现状及未来发展	335
儿童康复训练手册		342
“十一五”孤独症儿童康复训练试点工作实施办法		358
附件1	“十一五”孤独症儿童康复工作任务分配表	363
附件2	“十一五”新收训孤独症儿童登记表	365
附件3	“十一五”孤独症儿童康复训练统计汇总表	366
参考资料		367

第一篇
综合篇

内容提要

1. 孤独症的概念及其演变
2. 孤独症儿童典型特征的认识
3. 孤独症的成因与诊断



第一章 认识孤独症：概念、演变、症状

第一节 概念及其演变

当我们看到或听到孤独症（autism）这个词时，是否就想到是性格孤僻呢？是否觉得它是不爱与人交往的同义词呢？事实远非如此，让我们一起来认识一下他们吧。

鹏鹏今年9岁了，是个外表十分清秀的小男孩，经常是说起话来一字一句，显得很认真的样子。他在特殊学校上三年级，上课时几乎能正确回答老师提出的所有问题，放学后跟着照顾他的姐姐乘公共汽车回家，一路上都很听话，只是偶尔发脾气时会又哭又叫。他还爱和老师聊天，一天他跟老师说：我想换个妈妈。老师吃惊地问：为什么？他回答说：“我不喜欢她，她老说我。”后来又说了几次同样的话，老师每次听了都给他讲妈妈生养、照顾他的不易之处，可结果他还说不喜欢妈妈。从平时的行为表现中也一点儿看不出他对妈妈的喜爱，虽然他总要妈妈陪伴在身边，总要妈妈为他干各种事情，但在他的感情世界中似乎没有妈妈的位置。

杨杨今年14岁，在培智学校上7年级，从外表看是个帅小伙。他对人很热情，一见到学校来客人就主动上前问好，并经常跟着提问：你是谁？你为什么戴眼镜？你来我们学校干什么？当来者



回答问话时，他好像并不认真听。当反问他或想与之对话时，他除了回答叫什么名字外，又会开始新一轮的提问，问题与前面的完全一样。他有主动沟通行为但十分机械，只管问一些他感兴趣的事情。

大李今年30岁，是个正常初中毕业、一直待业在家的青年。他爱干净，字写得很好，每天生活都很规律，在家除了遛公园就是写字、画画、看电视。前不久他因病住院了，住院后开始表现不错，过了几天出现了一些新行为：不按时起床、睡觉不穿背心、内裤，躺在床上吃东西……经了解这些都是跟邻床病友学的或是听邻床陪护的话才做的。妈妈和医生怎么劝都不行，只好找邻床陪护做工作。一边是养育了他几十年的母亲，一边是他才认识几天的陪护（一个既不年轻也不漂亮的女工），他怎么就听邻床护工的话呢？此时此刻，他心中有谁呢？

这几个人有的属于孤独症患者，有的属于其他的广泛发育障碍患者，他们的生活自理和一般的认知能力都没有明显障碍，语言能力发展基本正常。大李能与人聊很长时间，鹏鹏做正常小学的功课都能很好地完成，但他们都具有孤独症类障碍的典型特征，都不能了解别人的内心世界或站在对方立场想问题，也很难有亲情感。同时，他们也有区别，有的是典型孤独症，有的是与孤独症极其相近的阿斯伯格症患者，因此要想分析、了解他们就应首先了解孤独症指什么。

一、孤独症概念的由来

1943年，美国儿童精神病医生利奥·凯纳（Leo Kanner）明确提出“婴幼儿孤独症”的概念，他报告了其从精神病的角度观察到的11名儿童所具有的异常的特点：他们拒绝交往；不说话或以自己的方式喃喃自语；对周围环境有着相当或极端固定的要求。他把这些症状称之为“情绪交往的孤独性障碍”及“婴儿孤独症”。现今，关于孤独症研究已有相当程度的进展，人们普遍认识



到孤独症是一种发生在儿童早期的广泛性发育障碍性疾病，基本临床特征为三联征，即社会交往障碍、言语发育障碍、兴趣范围狭窄以及刻板、同一的行为方式，主要在3岁前起病。2-5岁是孤独症行为最为明显的阶段，目前常用的诊断标准多是依据美国《精神障碍诊断与统计手册》第四版（DSM-IV）或国际疾病分类第十版（ICD-10）而建立的，国内主要依据中华神经精神科学会发布的《中国精神疾病分类方案与诊断标准》，具体条文将在第三章阐述。

二、称谓演变

孤独症又称自闭症，它们同是英文 Autism 的中译名。Autism 一词源于希腊语 Autor，原意为“自我”，用来描述孤独症患者的突出特征——自我兴趣。因我国正式颁布的文件中使用的是孤独症一词，所以延用至今。孤独症一词主要在中国大陆的医学界和特教界使用，而自闭症一词则是在日本、韩国、台湾、香港等国家和地区使用。它在疾病诊断上属广泛性发育障碍（PDD）中的一类。这两个称谓实质是完全一样的，从字面意义上看，孤独症容易理解为被孤立；自闭症容易被理解为自我封闭，这两种理解都有一定的局限性，为了避免产生更多的误解和歧视行为，很多学者也建议把它统称为凯纳症，即以最早命名它的医生名字来称呼，但目前还没有得到公认。现今，我国北方一般用孤独症，而南方用自闭症称呼的比较多。

在我国民间和广大媒体报道中，常见的孤独症或自闭症称谓所包括的对象多混淆进了阿斯伯格综合症（也常用阿斯伯格症）、雷特症等（详见第三章），有时甚至代表了医学诊断中的广泛性精神发育障碍类，使得这个称谓具有统称性质。之所以出现这种情况，一方面受整体诊断技术的影响，另一方面受社会认识广度等因素的影响，目前学术研究上已出现越来越细的分类，但未普及。我们在提倡明确诊断的同时，要清楚地认识到理论与现实差距，



加强社会宣传，特别是深入开展社区康复工作，这样才能有更多的人正确认识这个群体。

总之，在我国的官方文件中基本多使用“孤独症”这一称谓。我国大陆对他们的最初诊断开始于20世纪80年代中期，最先是医生和家长关注他们，现在随着人数的增多，已成为社会关注的热点问题。在2003年5月的“残疾人活动日”来临之际，仅中央电视台就有两个频道（10和12频道）做特别专题报道，其受关注程度是前所未有的；国家教育部已组织专门的教师培训项目；中残联等也计划在“十一五”期间开展有关康复培训活动。可见，我国已越来越重视孤独症儿童的教育、康复等工作。

第二节 初识孤独症

在长期的教育实践中，我们发现许多人对孤独症的行为表现有误解，常常依据“不理人、不看人”的行为表现来认定某个儿童是孤独症，即使是特殊教育教学人员，在筛查时也有时遗漏或者“草木皆兵”。实际上，认定孤独症应重点观察、客观分析以下三个方面的行为特征。

一、社会互动

孤独症儿童普遍缺乏社会性互动，普遍表现出自己愿意怎样做就怎样做，毫无顾忌，旁若无人，很难与别人同步游戏，注意力不能与游戏者同时集中在同一件事情或物品上。

有的患儿从婴儿时期起就表现出这一特征，他们虽然表现出“黏人”行为，但多是表面的依附，缺乏真正亲近父母亲的行为，对母亲的搂抱、亲吻毫无反应，当人要抱起他时，他不伸手表现期待要抱起的姿势，有时甚至“打挺儿”；长大一些后，不主动找其他小孩玩，别人找他玩时表现躲避，对呼唤没有反应，总是自



己单独玩。但他不是喜欢自己玩，而是不敢、害怕陌生小朋友，或不会与别人玩、不能理解别人的用意。

另外，他们的目光不注视对方，甚至回避对方的目光，平时活动时目光也游移不定，看人时常眯着眼、斜视或给人以用余光看人的感觉，很少正视、微笑，也从不会主动和人打招呼。

值得注意的是，有些普通儿童因生活环境中缺乏同龄人，缺乏与他们交往的经验，也不会主动与其他小朋友交往，也比较孤僻，反而有的孤独症儿童并不拒绝别人，因此仅凭这点不能明确认定有孤独症行为。

二、言语沟通

孤独症在这方面的障碍表现通常十分突出，大多数言语很少，严重的几乎终生不语，会说会用的词汇有限，即使有的会说，也常常不愿说话。有的会说话，但声音很小，很尖细，常自言自语地重复一些单调的话；有的只会模仿别人说过的话，而不会自己组织语言进行交谈。很多儿童不会提问或回答问题，多是重复别人的问话。语言交流上还常常表现出代词运用“反转”，如常用“你”和“他”来代替“我”，比如有人问“你叫什么名字？”他回答：“你叫兵兵。”

有些言语沟通问题与听觉反应异常有关，一个患儿可能会对某些声音感到强烈兴趣，例如弹簧驱动的玩具或晃动钥匙发出的声音。同时，他还可能对某些声音感到苦恼，如听到摩托车轰鸣声或狗叫声就会捂上耳朵、畏缩不前（但他对自己的尖叫并不敏感），这些不同的反应可能在一段很短的时间内在同一患儿身上观察到。客观测试结果也表明，儿童的情绪状态、身体状态等都会影响对声音的反应，如情绪状态处于平和、安静时，可能听力曲线正常；而当他情绪紧张、焦躁，表现出紧绷面颊、瞪着眼、无意识地轻微转动身体或手指等行为时，可能对某频率的声音反应敏感——如对语音敏感，这时他不可能愿意与他人沟通；有时情



绪有轻微不安，表现为东张西望、左顾右盼、轻微蹦跳，客观测听的结果是正常的。总之，有些儿童长期听觉反应异常，有些儿童则是在某些时候反应异常，不能一概而论。

还有些与孤独症相近的“阿斯伯格症”儿童，他们能比较主动地与人打招呼，能进行一些对话交流，语言比较流畅，因此也不能只从没有主动言语沟通这个角度认定孤独症行为。

我国民间常把国外称为“阿斯伯格症”（有关鉴别诊断见第三章，全称为阿斯伯格综合征）的患儿混称为孤独症儿童，因此我们还要一起来认识“阿斯伯格症”。

“阿斯伯格症”与孤独症相比较，患儿有正常或接近正常的口语表达能力以及借助于手势、身体等辅助手段进行沟通的能力，言语沟通方面问题不突出，只是往往在早期就常说大人话。但也不尽然，部分语言发育落后的患儿当中也有很少一部分属于“阿斯伯格症”。他们在认知发展以及与年龄相适应的自理生活技巧方面也没有显著的落后，6岁前通常能表现出对周围环境好奇；社会互动以及行为模式方面的异常与孤独症一样，他们大多有刻板行为，常自己玩自己的，不关注周围的人和事。

人们常容易把“阿斯伯格症”与高功能孤独症的儿童等同看待，这里的功能高、低主要依据智商来判定，高功能孤独症指孤独症群体中智力正常的（即智商 >70 ），约占该群体的 $1/5$ 。无论功能高低，孤独症患儿都会具有退缩的情绪和行为，他们在早期不会有意地、主动地侵扰他人，除了吃喝、自己玩，几乎对外界不感兴趣；而“阿斯伯格症”患儿往往不安分，不知如何与人交往，但有与外界沟通的愿望，不愿意被忽视，喜欢炫耀自己的意愿。长大以后，高功能孤独症患者常表现出对社交场合的冷淡，情绪好时就愿意安静地做自己喜欢的事情，而“阿斯伯格症”患儿却对社会交往有着异常的兴趣：他们喜欢接近异性，只是显得不合时宜；他们常常喜欢聊天但又不考虑对方的反应，常给人以“目无他人，目空一切”的感觉。在行为模式方面，两者之间差别