

孤独症儿童早期
——三元训练课程体系的实施指导

教育·训练·康复

主编 周耿 副主编 杜彦君 冯成



孤独症儿童早期

——三元训练课程体系的实施指导

教育·训练·康复

主编 周耿 副主编 杜彦君 冯成

辽宁大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

孤独症儿童早期教育·训练·康复：三元训练课程体系
体系的实施指导/周耿主编. —沈阳：辽宁大学出版社，
2010.2
ISBN 978-7-5610-6015-5

I. ①孤… II. ①周… III. ①孤独症—儿童教育：早期教育：特殊教育②小儿疾病：孤独症—康复 IV. ①G76②R749.940.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 030838 号

出版者：辽宁大学出版社

(地址：沈阳市皇姑区崇山中路 66 号 邮政编码：110036)

印刷者：鞍山新民进电脑印刷有限公司

发行者：辽宁大学出版社

幅面尺寸：170mm×228mm

印 张：18.25

字 数：330 千字

印 数：1—1000 册

出版时间：2010 年 2 月第 1 版

印刷时间：2010 年 2 月第 1 次印刷

责任编辑：祝恩民 佟 昕

封面设计：邹本忠 徐澄玥

责任校对：李 佳

书 号：ISBN 978-7-5610-6015-5

定 价：48.00 元

联系电话：024—86864613

邮购热线：024—86830665

网 址：<http://www.lnupshop.com>

电子邮件：lnupress@vip.163.com

序

我第一次关注孤独症儿童是在1994年，当时我有幸参与了国家教育部委托北京市教育局组织的部级科研课题《孤独症儿童的教育训练实验研究》。因职责所在，担任了课题的业务领导（行政领导是教育局基教处）。当时我们是在无经验、无理论，资料缺乏，经费不足的情形下艰难地开始的。我们充分利用了我校资料优势，北京的专家优势和一线培智学校的教师优势，开始了这次大陆教育界没有进行过的研究。我校资料室翻译了大量的外国文献供我们学习，我们聘请了北大医学部第六医院的杨晓玲教授和北京师范大学朴永馨教授为顾问，开始了医学和教育相结合的实验工作。在西城育红幼儿园成立了医教结合的孤独症儿童训练基地，集中研究学前孤独症的治疗和训练问题，在宣武、东城、西城、海淀、丰台等5所培智学校进行孤独症儿童随智障儿童班教育训练的系统研究。被试儿童为34名，实验进行2年，这次实验解决了孤独症儿童教育安置问题。学前和义务教育阶段随智障班就读的基本教育训练组织问题。而且发现和培养了一批研究型教师和管理者，这是一个最大的收获。34名被试儿童均取得了不同程度的训练效果。

1996年此课题又被列为北京市重点教育科学规划课题，在原有的基础上扩大被试对象（最多达40多名）扩大了实验单位。（又吸收了远郊房山区的特教中心），把实验重点放在巩固第一次实验成果，进一步研究出一套学前和义务教育阶段的训练方法。课题的业务负责人王梅老师刚刚取得硕士学位，她用学到的较新观念，使实验向更深一步发展，达到了空前的效果。

两个课题前后延续了近6年，至2000年前共出版专著2本，发表论文

若干。一批优秀的研究型教师、管理者成长起来，成为各校的孤独症教育训练的骨干研究力量。2000年北京联合大学特殊教育学院成立后，本科课程中开设了“孤独症儿童教育”的选修课（王梅主讲），“学前儿童早期干预”基础课中也设有专门孤独症教育的章节（周耿主讲）。我校学生从第一届开始就接受了“孤独症儿童教育”的专业知识。

2002年我正式退出一线后，有幸担任本科课程的教学（普高与成高）并较系统地向学生介绍了孤独症儿童教育。引导他们关注这一新的弱势群体，从此我的教育生涯与孤独症儿童的康复结下了不解之缘，从退休至今仍在关注着。

序 2000年以后国外的相关文献资料以及专家的讲学都给了我很大的启发，国内相继成立了数百家民办的孤独症教育训练机构，北京市就有几十家相关机构。他们采用的训练方法大都是单一性的ABA、感统等，并无系统的科学训练模式。

2004年我有幸参加了中国关心下一代工作委员会创建的启智学校的筹建，师资培训及教学管理工作，在近4年的一线教学实践中看到越来越多的孤独症儿童，迈着艰难的步伐，到处求医问药，最终只好求助于教育训练。为了解决他们的早期康复效果的问题，我萌发了建立一套综合性的、科学的训练课程体系。使得众多的训练机构学校有一个整体的训练框架的依据，为每一个儿童创立个性化的训练模式。

我始终认为“没有个性化的训练计划，就没有孤独症儿童的康复”。对孤独症儿童的教育训练，要以人本思想去着眼，要“治本”。正如我们传统的中医学的治疗思路，对每个患者要依据诊断的病情，给予个性化的治疗处方。同是一种病症，不同的人有不同的特点，用药种类可能基本相同，但药的量和比例却不同，要突出差异性的治疗思路。同样，对孤独症儿童的教育训练“处方”也不能千篇一律。单一项目，一刀切的方法，不会产生很好的效果，不会促进孤独症儿童的正常发展。

在这4年中，我先后接触过200多名孤独症孩子，学龄前就有120多名。当时启智学校有一批年富力强的教师，他们在康复部（学前教育）尤志英部长（曾参与1996年课题研究，有着丰富的训练经验）带领下，进行了有效的康复训练，这几年我与他们的密切合作。深入到一线教育训练课

程中，经过反复研究实践，提出了“三元课程训练体系”（以下简称“三元体系”）的综合教育训练模式。对学前孤独症儿童的训练起到了较好的效果。此项研究成果发表在中国特殊教育杂志2007年第5期上，得到相关专家的认可。

“三元体系”试图创立符合我国国情，适应我国教育人文环境的，综合性的，全人化的教育训练模式。它以正常化的原则为指导，在优质环境的支持下，实施综合性的，个性化的全面系统的科学训练。“三元体系”是为机构式的训练组织提供一种模式和参考，引导他们对课程实施有效的组织，对学生实施人性化的管理，创造性运用不同方法已达到不同程度的康复效果。对于孤独症儿童的家庭教育训练也可作为重要的参考。

2007年开始，“三元体系”在辽宁省鞍山市天使之翼孤独症儿童训练中心全面开展了实验研究，该中心负责人于溟、杜彦君、冯成三位老师原来就是北京市关心下一代启智特教学校的老师。负责业务的杜彦君老师直接参与过“三元体系”的研究实践。在鞍山的两年以来，他们克服了种种困难，进行了有效的实验。从培训教师、购置训练器材到落实“三元体系”的组织管理，取得了较好的训练效果。他们的实践进一步完善了“三元体系”的内容、方法和组织管理，为“三元体系”进一步发展打下了厚实的基础。

这一本书就是近六年来我们在研究实践的基础上，逐步形成的本土化的科学的孤独症学前教育训练课程体系。“三元体系”这一课程体系还在不断研究丰富完善和发展之中。我们深知构建一个“体系”是一个艰巨复杂的工程，但为了孤独症儿童的康复我们将不懈地努力着。

出版此书，为满足机构和家长的需求，以达到抛砖引玉的效果。

原北京联合大学特殊教育学院特教中心主任 周 耿

2009年7月

前 言

此书的出版只是为孤独症儿童早期教育机构、家长以及相关的研究人员提供一个综合性早期康复训练体系建构的思考。书中反映了近6年多的研究实践，老师的辛勤劳动，管理者的呕心沥血的历程，在此对他们表示衷心感谢！

全书是由周耿构思和主编，全书分认识篇和实践篇，均可独立成篇。认识篇以普及知识为主，实践篇为指导实施操作而写。书中的实践篇中的第三章的实施方法，课程案例，以及效果分析等。主要由鞍山“天使之翼”孤独症儿童培训中心的杜彦君老师、冯成老师编写。其中的案例有一些是在原北京关心下一代启智学校康复部老师提供资料基础上修改而成。在此一一表示谢意。特别应提出是此书的出版主要由“天使之翼”于溟主任策划并进行有效运作而完成。前前后后他为本书出版作出了大量无私的努力。在实践过程中，还要感谢鞍山市残联、鞍山市教委、鞍山市民政局、鞍山铁西区教委及民政局的相关领导大力支持，对他们表示衷心的感谢！

由于水平有限，书中有不妥之处恳请指正。

作 者

2010年1月

目 录

认识篇 关注孤独症儿童

| | |
|-------------------------------------|----|
| 第一章 孤独症含义综述 | 3 |
| 第一节 定义问题 | 3 |
| 第二节 分类问题 | 5 |
| 第三节 诊断问题 | 6 |
| 第四节 孤独症与其他障碍儿童症状的区别 | 13 |
| 第五节 孤独症的流行病学及病因、病程 | 16 |
| 第六节 孤独症的谱系障碍 | 18 |
| 第二章 孤独症儿童的核心特征及治疗、教育对策 | 19 |
| 第一节 核心特征 | 19 |
| 第二节 治疗问题 | 24 |
| 第三节 教育训练及对策问题 | 26 |

实践篇 三元训练课程体系的实践研究

| | |
|--------------------------------|----|
| 第三章 综述 | 41 |
| 第一节 孤独症儿童学前康复训练教育课程构建原则 | 41 |
| 第二节 孤独症儿童学前教育三元课程体系的构建理念 | 44 |
| 第四章 三元训练课程体系的介绍 | 55 |
| 第一节 设计原则 | 55 |

| | | |
|----------|--|------------|
| | 第二节 课程目标及主要内容 | 59 |
| | 第三节 课程设置与内容标准 | 61 |
| | 第五章 三元训练课程体系的实施 | 65 |
| | 第一节 “三元体系”实施程序概述 | 65 |
| | 第二节 “三元体系”中的 IEP | 68 |
| | 第三节 “三元体系”中的教育训练活动 | 88 |
| | 第四节 课程比例及时间安排 | 140 |
| | 第五节 训练方法的主要建议 | 142 |
| | 第六节 评价系统 | 150 |
| 目 | 第七节 “三元体系”实施效果及案例分析 | 152 |
| | 附录 1 孤独症儿童训练基础评估表 | 189 |
| 录 | 附录 2 三元训练课程 IEP 系列图表 (表 1—表 12) | 198 |
| | 附录 3 三元训练课程中的专项性量表 (表 1—表 3) | 258 |
| | 参考文献 | 277 |
| | 后记 | 279 |

认识篇
关注孤独症儿童

第一章 孤独症含义综述

面前一位痛苦的母亲，向我们描述着自己的儿子：从初学走路时就不会喊妈妈，不会拥抱，不会看你的眼睛，你对他的爱和抚摸，都得不到回应。长大了，别的孩子都主动说话，与父母交流，而他却很少说话。会说话时，也是机械模仿你对他讲的话，或者说出一些毫无意义的短句。他不会用表情、手势来表达自己的需求，不笑、不点头、不摇头、不拿玩具跟你分享。你对他笑，他的视线好像不明白地掠过你的脸。再大一点儿，他越来越孤独，只会整天在自己的小天地里呆着。有时候，玩儿小碟子之类的东西会很长时间，有时无目的地摆弄桌上的物品，要是心烦了就摔东西，甚至打人、咬人……最严重时，自己用头撞墙，撞桌面，大声吼叫，等等。

以上的描述，正是孤独症（自闭症）障碍的早期表现。这是一种严重的儿童发展性障碍，他的社会功能和沟通缺陷以及极不寻常的兴趣和行为的特征，严重地影响着儿童的正常发展，影响着儿童与外界的交流，他们是应当引起我们关注的弱势群体。

第一节 定义问题

孤独症（或译成自闭症）的正式定义是在1943年由美国精神病学家里欧·坎纳（Leo Kanner）提出的。他对11名儿童进行观察，这些人均处于生命的头几年，他们好似退缩到一个壳里，不理睬别人，逃避眼神交流，缺乏社会意识，言语受限制或无语言，表现出刻板的动作，表现出千篇一

律的顽固不变的行为，这种“一致性保持”除了自己以外，不许任何人打破。他们的父母形容他们像“孤独的狼”，“做事情就像别人不在场”（目中无人）“完全忘记周围的一切”。坎纳称这种障碍为婴儿早期孤独症（“autism”的字义是在自己的里面）。这种障碍的早期发病，使坎纳相信孤独症儿童天生没有能力与别人建立爱的关系。

几十年来很多专家对此进行了研究，我们对各种研究孤独症的定义综述如下：由于孤独症真正被人们关注的历史很短，人们对它的认识还需要一个较长的过程，因此对其概念的理解存在着分歧是在所难免的。下面仅介绍几种有代表性的定义。

瑞特（Rutter）等美国人，1986年提出孤独症应具备四个特点：①缺乏社会化的兴趣与反应；②言语损害；③怪异行为；④早发性，一般起病于30个月之前。

美国儿童及成人孤独症学会顾问委员会在1978年提出：孤独症常发生在30个月之前，并有四个特点：①发病速度和顺序异常；②对任何一种感觉刺激的反应异常；③言语、语言认知及非言语交流异常；④与人、物和事的联系异常。

美国孤独症协会在20世纪90年代提出的定义为：孤独症是一种影响终生的严重残疾，它通常在3岁之前出现，已有明显证据证明与脑结构及功能失常有关。

Gail. Gill. Ingham教授认为孤独症是由于感觉非常强烈，其体内不能有计划、有效地处理这些强烈感觉的症状，它是基因引起的脑生理差异所造成的各种感觉过敏而引起的一种症候群。

Loan Wing于1987年指出：孤独症的障碍是发育性的终生行为障碍，由脑功能紊乱引起，其障碍涉及社会交往、语言、行为症状及病历有异于弱智、精神病及其他类型的病症。

1978年香港教育条例中明确提出，孤独症需具有四个方面的特点：①通常出现在30个月前；②有与儿童智力水平不相称的社会发展损害，并显示出一系列特征表现，如缺乏接触和依恋行为，不寻常的视觉接触以及缺乏注视等；③与儿童智力水平不相称的语言发展迟缓或者异常，通常是缺乏交际语，非口语交流异常以及理解障碍等；④同一性行为突出。如坚持

玩儿同一套游戏方法，拒绝改变居住环境等。

综上所述，以上定义的共性，应至少包括以下几点：

- (1) 孤独症是一种脑功能障碍引起的严重的长期发展障碍的综合征。
- (2) 通常在3岁以前察觉。
- (3) 障碍或异常主要表现在言语发展和沟通，社会交往以及情绪、行为模式等方面。

第二节 分类问题

孤独症分类基本上遵循从不同角度有不同的分类方法的原则，常见的有如下几种：

一、基于智力水平的分类

一类分法为：

- (1) 智商在70及以上的孤独症称为高功能孤独症。
- (2) 智商在70以下的孤独症称为低功能孤独症。

另一类分法为：

- (1) 高功能孤独症 $IQ \geq 85$ 。
- (2) 中功能孤独症 $55 \leq IQ \leq 84$ 。
- (3) 低功能孤独症 $IQ \leq 54$ 。

此种分类方法有一定的局限性，智商测定变化较多，且目前学术界有不同看法，因此应当与社会适应行为及平日观察相结合，综合得出智力水平，争取更加客观实际。

二、基于医学诊断的分类

- (1) 典型孤独症：全部符合诊断量表标准者（标准见后）。

(2) 非典型孤独症：部分符合诊断量表标准者。

此类中专家有不同的观点，有的学者称此类是孤独症亚型，比如亚斯伯格综合征（Asperge）瑞特综合征（Rett）等，也有的学者把这类病症称之为孤独症倾向，有的学者将儿童期感觉统合失调也归属此范围，甚至有的学者担心这一类型可能涵盖的范围太大了。

总之，我们认为，分类只是一种研究手段，为研究和治疗提供参考，应注意防止“贴标签”的弊端，应把关注点放在治疗训练上。

第三节 诊断问题

一、医学诊断标准

儿童孤独症属于症状学诊断，主要依靠专业医师的咨询观察后，再依据量表确定。目前，我国大陆现行诊断标准为《中国精神疾病分类方案与诊断标准》（CCMD-2-R），标准如下：

(1) 通常起病于3岁以内。

(2) 人际交往障碍至少需具备下列中的两项症状：

①极度孤独，明显缺乏社会情绪反应，不能与别人（包括父母）产生正常的情感交流。

②不能用注视、表情、姿势或手势进行交往。

③不能与其他儿童建立伙伴关系。

④对集体游戏缺乏兴趣，不能对集体欢乐产生共鸣。

⑤遇到疾病或挫折时，不会寻求支持或安慰，当别人遇到挫折时，也不会主动给予支持或安慰。

(3) 言语障碍，至少需要具备下列中的两项症状：

①言语发展延迟或不发育，例如不会咿呀学语，有以手势或其他形式来代替言语交流的倾向。

- ②刻板重复一些词语，与环境 and 正在进行的活动无明显联系。
- ③言语的声调、速度、节律、重音等方面异常。
- ④言语的理解力明显受损害。
- ⑤2岁以前言语功能发育正常，但2岁以后出现障碍，甚至完全不会讲话。

(4) 兴趣和活动异常，至少须具备下列中的两项症状：

- ①兴趣刻板狭窄（如专注于报纸、风扇、日期、广告、气象预报等）。
- ②对某种东西特别依恋。
- ③强迫性的进行某种仪式性的行为。
- ④刻板重复的动作或姿势。
- ⑤对某些东西，如玩具的非主要部分特别感兴趣（如气味、表面感觉、产生的噪音等）。
- ⑥对个人生活环境不愿意或拒绝做任何变动。

(5) 排除儿童精神分裂症、阿斯伯格症、赫兹勒综合征、瑞特综合征。

除以上介绍的大陆现行的医学诊断标准外，在国际上较为通行的诊断标准有两种：ICD-10（国际残疾分类第十版）和DSM-4（美国诊断体系）。因篇幅有限，不一一介绍。

二、其他评定量表介绍

随着对孤独症的深入研究，为了进一步帮助医务人员、教育工作者以及家长更好地深入了解孤独症的特点和障碍程度，以便早期发现，早期干预，简要介绍一些常用量表。

《儿童孤独症评定量表（CARS）》由美国 Schopler 制，适用于2岁以上儿童，一共15项评定内容，可评出正常、轻度、中度、严重异常。

儿童孤独症评定量表 CARS

儿童孤独症评定量表（Childhood Autism Rating Scale, CARS），由

评定者使用，包括15个评定项目。每一项都附加说明，指出检查要点，让评定者有统一的观察重点与操作方法。本量表是按1、2、3、4四级标准评分。每级评分意义依次为“与年龄相当的行为表现”、“轻度异常”、“中度异常”、“严重异常”。每一级评分又有具体的描述性说明，以期不同的评分者之间尽可能一致。

本量表最高分为60分，总分60分。总分低于30分则评分为非孤独症；总分等于高于36分并且至少有5项的评分高于3分的，则评为重度孤独症；总分在30~36分之间，并且低于3分的项目不足5项的，则评为轻至中度孤独症。

儿童期孤独症评定量表 (CARS)

(一) 人际关系

- 1分 与年龄相当：与年龄相符的害羞、自卫及表示不同意。
- 2分 轻度异常：缺乏一些眼光接触，不愿意、回避、过分害羞，对检查者反应有轻度缺陷。
- 3分 中度异常：回避人，要使劲打扰他才能得到反应。
- 4分 严重异常：强烈地回避，儿童对检查者很少反应，只有检查强烈地干扰，才能产生反应。

(二) 模仿 (词和动作)

- 1分 与年龄相当：与年龄相符的模仿。
- 2分 轻度异常：大部分时间都模仿，有时激动，有时延缓。
- 3分 中度异常：在检查者极大的要求下才有时模仿。
- 4分 严重异常：很少用语言或运动模仿别人。

(三) 情感反应

- 1分 与年龄相当：与年龄、情境相适应的情感反应 (愉快、不愉快) 和兴趣，通过面部表情、姿势的变化来表达。
- 2分 轻度异常：对不同的情感刺激有些缺乏相应的反应，情感可能