

普通高等教育“十三五”规划教材
补救性心理教育重点图书

孤独症儿童 心理康复与生活训练指南

杨会芹 吴宝瑞 刘晖 编著

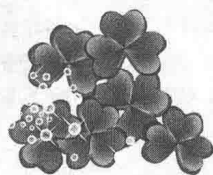


化学工业出版社

普通高等教育“十三五”规划教材
补救性心理教育重点图书

孤独症儿童

心理康复与生活训练指南



杨会芹 吴宝瑞 刘 晖 编著



化学工业出版社

· 北 京 ·

近几十年来,我国诊断出的孤独症儿童越来越多,在这种形势下,国内需要高质量的训练课程来培养大量所需的特殊教育专业人才。《孤独症儿童心理康复与生活训练指南》从理论联系实际的角度出发,以儿童心理发展为切入点,参考国内外前沿研究成果,着重阐述孤独症儿童在日常生活发展特点和操作训练。

本书共分八章:其中第一章为孤独症概述,内容概括介绍了孤独症的概念、临床表现及核心症状;第二章为孤独症的成因与干预,主要从医学生物学、神经心理学上介绍了目前的研究成果,以及心理学、教育训练的干预模式;第三章为孤独症的诊断,说明一般诊断原则和常用的评估工具;第四章为孤独症儿童的认知特征,主要从认知层面说明孤独症儿童的感知觉、注意、记忆、思维等特点及智力开发;第五章为孤独症儿童的情绪调整与情感发展,介绍了孤独症儿童的情绪情感特点、情绪调节及调节矫正方法;第六章为孤独症儿童的语言教育与社会交往训练,介绍语言训练、社会交往能力的培养;第七章为孤独症儿童的日常生活技能训练,说明培养孤独症儿童的日常生活能力的注意事项;第八章为孤独症儿童康复的环境支持,介绍家庭、学校和社会在儿童康复工作中的作用和支持措施。

本书可供普通高等学校特殊教育专业、教育康复专业的师生作为教材或指导用书,也可作为特殊教育学校、特殊儿童康复教育培训机构等相关领域的工作人员参考手册。

图书在版编目(CIP)数据

孤独症儿童心理康复与生活训练指南/杨会芹,吴宝瑞,刘晖编著. —北京:化学工业出版社,2016.9
普通高等教育“十三五”规划教材
补救性心理教育重点图书
ISBN 978-7-122-27721-3

I. ①孤… II. ①杨…②吴…③刘… III. ①小儿疾病-孤独症-心理康复-高等学校-教材②小儿疾病-孤独症-康复训练-高等学校-教材 IV. ①R749.940.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 167661 号

责任编辑:张双进

文字编辑:李 曦

责任校对:边 涛

装帧设计:王晓宇

出版发行:化学工业出版社(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 装:三河市延风印装有限公司

710mm×1000mm 1/16 印张 14 $\frac{1}{4}$ 字数 273 千字 2016 年 10 月北京第 1 版第 1 次印刷

购书咨询:010-64518888(传真:010-64519686) 售后服务:010-64518899

网 址: <http://www.cip.com.cn>

凡购买本书,如有缺损质量问题,本社销售中心负责调换。

定 价:38.00 元

版权所有 违者必究

前言



儿童孤独症简称孤独症，又称自闭症。无论怎样的称谓变化，我们都能从名称上推断出它的核心症状表现：社会交往和沟通困难、行为刻板、兴趣狭窄或异常，通常有 60% 的患儿智力落后、20% 的智商低于 35。成年后，孤独症障碍者往往难以独立生活，这些症状将伴随终身。20 世纪以来，孤独症的诊断经历了由罕见到多发的转变，发生率一直呈现不断上升的趋势。

面对孤独症儿童，我们往往困惑不解：为什么他们耳朵不聋，却对许多声音充耳不闻？为什么他们眼睛“明亮”，却对周围的人、物视而不见？包括亲爱的妈妈的笑脸和期待、渴望的眼神；为什么他们嗓子“完好”，却总是闭口不和人讲话？为什么他们选择了爸爸妈妈和家庭，却又总是独立于家庭成员和社会之外？什么会导致孤独症发生？成因至今未解。由于病因不明确，迄今为止，人们仍没有找到一种能改变孤独症核心症状的药物治疗方法。

自 1943 年美国儿童精神病医生 Leo Kanner 首次报道孤独症至今，已 70 余年了。我国大陆对该病症最初的诊断开始于 20 世纪 80 年代中期，起始只是医生和家长关注这些患儿，现在随着人数的增多，已成为当今整个社会关注的热点问题。2007 年 12 月，联合国大会决议通过将每年的 4 月 2 日定为“世界孤独症日”，以唤醒社会对孤独症问题的重视，提高人们对孤独症和相关研究与诊断以及孤独症患儿的关注。随着时间的推移，人们逐渐对孤独症的认识又有了提高。在 2014 年，由中国三原色儿童发育行为健康公益工程（简称三原色公益工程）、中国儿童发育行为研究院、国际孤独症联盟、中华儿童孤独症康复协会、中国关心下一代公益工程委员会等联合发布，提出“科学干预、合理治疗、平等发展”的宗旨，倡导以平等、尊重、关爱的原则去接纳和关注孤独症儿童，树立早发现、早干预、回归正常生活的理念。

始于教学需求和专业发展的原因，编者开始接触孤独症儿童和他们的家长，曾经想象“来自星星的孩子”是多么神秘、美好，但现实残酷地击碎了美好的梦：不能交流、没有互动，即使声嘶力竭、依旧没有任何回应——我们该如何读懂你？宝贝们！面对现状，编者与团队成员也和许多家长一样，在接受了残酷的现实之后，以巨大的决心和毅力投入到了孤独症儿童的教育和康复训练中。虽然目前没有满意的医疗手段，但特殊教育的干预训练还是为我们带来了希望，如通过训练，可以提

高孤独症儿童的认知水平，调控儿童的情绪和行为，能增强儿童生活自理程度，有智力开发和社会交往能力提升。由于孤独症儿童个体差异较大，在干预过程中，不断改进方法，逐渐摸索出适合每个不同儿童的最佳干预方案。

经过两年多的实践和探索，结合国内外的先进经验，并与本土相结合，我们编写了本书。本书立足于孤独症儿童的康复与教育，共设置了八章，从基本概念、诊断、认知特征、情绪调整、语言发展、社会交往、日常生活训练等方面，分别给予阐述。在本书编写中，我们努力使语言朴实、理论清楚明了、实训方法易懂易操作，并注重内容追踪国际动态变化。希望这本书不仅适合高等院校教师使用，还可以为众多的社会康复教育机构、基层特殊教育学校以及广大孤独症儿童家长们提供有益的参考。

全书由杨会芹确定总体框架并负责主体编写和统稿工作，石家庄学院教育学院院长吴宝瑞教授、副教授刘晖参与编写并做了很多工作，包括对孤独症儿童康复训练方案制订与家长指导；姜嫄女士对书中的外文做了大量检索、翻译和校对工作。本书的编写和出版，得到了“中国教师发展基金会”泰亿格“关爱特教园丁”专项基金资助，并作为河北省教育科学研究“十二五”规划课题“和谐发展视角下构建特殊儿童融合教育管理模式的城乡一体化的实践研究”研究团队的结晶，在此深表感谢。

在编写过程中，我们参考了国内外同行的一些研究成果，在此谨向原作者致以最真诚的谢意，并希望在看到我们的书出版后，进一步交流和提出宝贵意见，共同为孤独症儿童的康复与教育领域贡献一份自己的力量。书中的不当之处，恳请读者不吝批评指正。

最后，我们祝愿所有“星星的孩子”都是闪着星光、露着笑脸、温暖并幸福着的儿童！为此，我们值得不懈努力着！

编著者
2016年7月

目录



Chapter 1	第一章 孤独症概述	1
第一节	孤独症的概念及发展	1
一、	孤独症的概念	2
二、	孤独症的概念演变	2
三、	孤独症的发展	4
第二节	孤独症的主要临床表现	7
一、	社交障碍	7
二、	言语障碍	8
三、	兴趣狭窄及行为刻板重复	8
四、	智力问题	9
Chapter 2	第二章 孤独症的成因与干预	12
第一节	孤独症的医学生物学成因	12
一、	遗传学因素	12
二、	免疫生化因素	13
三、	围生期因素	14
第二节	孤独症的神经心理学成因	14
一、	神经机制的研究	15
二、	认知心理学的研究	16
三、	神经心理的研究	18
第三节	孤独症的干预	19
一、	生物医学干预	20
二、	心理干预	24
三、	教育训练方法	28
Chapter 3	第三章 孤独症的诊断	37
第一节	孤独症诊断的发展与原则	37

一、孤独症诊断的发展历程	37
二、孤独症的诊断原则	42
第二节 孤独症的诊断标准	43
第三节 孤独症的常用诊断工具	46
一、婴幼儿孤独症检查量表	46
二、儿童孤独症评定量表	47
三、孤独症行为评定量表和克氏孤独症行为量表	50
四、孤独症诊断访谈量表和孤独症诊断观察量表	53
五、孤独症心理教育评定量表	54

Chapter 4 第四章 孤独症儿童的认知特征 58

第一节 孤独症儿童的感知觉	58
一、孤独症儿童的感知觉特征	58
二、孤独症儿童感知觉的训练	61
第二节 孤独症儿童的注意、记忆	68
一、孤独症儿童的注意特征	69
二、孤独症儿童的记忆特征	70
三、孤独症儿童的注意力与记忆力的训练	72
第三节 孤独症儿童的想象、思维	80
一、孤独症儿童的想象特征	81
二、孤独症儿童的思维特征	82
三、孤独症儿童想象力与思维能力的训练	83
第四节 孤独症儿童智力开发的意义	87
一、孤独症儿童智力发展的特点	87
二、孤独症儿童智力开发的重要性	88
三、孤独症儿童智力开发的着手点	90
四、孤独症儿童智力开发的误区	91

Chapter 5 第五章 孤独症儿童的情绪调整与情感发展 92

第一节 孤独症儿童的情绪、情感特点	92
一、情绪和情感的性质与功能	93
二、孤独症儿童的情绪、情感特点	95
三、孤独症儿童情感障碍的原因	97

第二节 孤独症儿童的情绪调节	98
一、孤独症儿童情绪问题的处理策略	98
二、孤独症儿童不稳定情绪的矫正方法	101
第三节 孤独症儿童的情感发展	105
一、孤独症儿童情感发展的障碍	106
二、孤独症儿童情感发展的训练	107

Chapter 6 第六章 孤独症儿童的语言教育与社会交往训练 113

第一节 孤独症儿童的语言教育与训练	113
一、孤独症儿童的语言训练方法	114
二、孤独症儿童语言理解能力训练	117
三、孤独症儿童语言表达能力训练	123
第二节 孤独症儿童的社会交往训练	137
一、以同伴为中介的社会交往训练	137
二、以人际关系发展干预为主的社会交往训练	139
三、以认知方法为基础的社会交往训练	140
四、孤独症儿童社会交往训练的其他方法	146

Chapter 7 第七章 孤独症儿童的日常生活技能训练 160

第一节 日常生活技能训练的一般方法	160
一、生活自理能力的培养	160
二、生活自理能力的训练	161
第二节 孤独症儿童的进餐训练	162
一、进餐训练中的注意事项	163
二、进餐技巧训练	164
三、偏食行为	166
四、引进新食物	167
第三节 孤独症儿童的如厕训练	169
一、基本阶段	170
二、具体做法	171
第四节 孤独症儿童其他生活技能的训练	173
一、孤独症儿童的穿脱衣服训练	173
二、孤独症儿童的洗漱训练	174

三、孤独症儿童的睡眠问题及干预 175

Chapter

8

第八章
孤独症儿童康复的环境支持

179

第一节 家庭环境支持 179

一、家庭在儿童康复中发挥的作用 179

二、正确的教养观 181

三、家庭训练的原则、内容与方法 186

第二节 学校环境支持 201

一、学校环境的有效服务 201

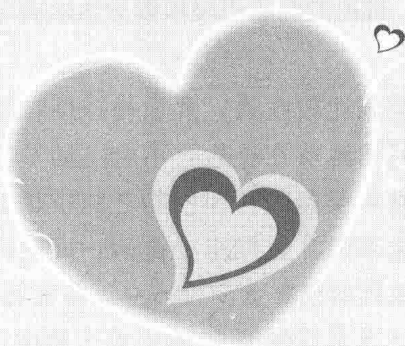
二、特殊教育的支持措施 204

第三节 社区环境支持 208

一、社区康复概述 208

二、我国社区康复现状及发展 209

参考文献 216



第一章

孤独症概述

第一节

孤独症的概念及发展

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下面这些人吧。

小明今年三岁，曾经是一个非常聪明的小男孩，刚刚几个月大就会喊“爸爸、妈妈”了。一岁多的时候，妈妈问他：“小鸡怎么叫？小鸭怎么叫？”他都会像模像样地模仿出来。妈妈问他：“哥哥怎么哭的？”他就“呜呜”地学着哥哥哭起来。每次爷爷从外面回来，他都会喊“爷爷”。在两岁多的时候，他的表现有点迟钝起来。爷爷从外面回来，他也不跟在后面喊“爷爷”了，也不会露出欢喜的表情和神色。家人一开始也没在意，过了一段时间，妈妈发现孩子有点不对劲，对谁都爱答不理的，谁叫他都不愿意搭理。

妈妈开始有点担心，但是爷爷奶奶还是不当回事，说：“没有关系的，孩子的爸爸也是到四五岁才开口讲话，后来还考上大学了，这叫贵人语话迟。”听了这些话，妈妈也开始放心了，认为总会好起来的。但是事情并不是向预想的方向发展，大人们慢慢发现孩子的语言一点一点地减少，原先会讲的话现在都不讲了，嘴里尽说一些听不懂的话。就连原先从不尿裤子，现在也开始尿裤子了，小便经常控制不住，尿在身上也不知道。

侃侃今年9岁，在培智学校上2年级，从外表看是个帅小伙。他整天呆坐在座位上，不和旁边的小朋友交流，全然一副与身边同伴井水不犯河水的模样。与他



交流比较吃力，要放慢速度，用简短的一两个字进行对话。集体活动时，他总是漠然地待在一边，不会主动参与。老师用很多种方法引导他参与集体活动，他都是不予理睬。即便是老师带领他到活动场地，他也是旁若无人地定格在那里，动也不动。侃侃很少讲话，即使讲话声音也很小、很低，经常自言自语，重复一些单调的话。

大刘今年 30 岁，是个初中正常毕业、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，住院后刚开始时表现还不错。过了几天出现了一些不正常的行为：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，但他们都具有孤独症类障碍的典型特征。同时，他们也有区别，有的是典型孤独症患者，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，首先就应了解什么是孤独症。

一、孤独症的概念

儿童孤独症简称孤独症，又称自闭症或孤独性障碍等，一般于 3 岁前起病，是一种严重影响儿童健康的神经发育障碍性疾病，是广泛性发育障碍（PDD）的代表性疾病。最早由凯纳在 1943 年（Leo Kanner）提出。它是婴幼儿期特有的、严重的精神障碍，属于广泛发育障碍的一种类型。本症基本特征是：起病于婴幼儿，极端孤僻，与人缺乏感情联系，言语障碍，刻板运动和对环境奇特的反应。患有该疾病的人在社交互动方面存在缺陷，缺乏眼神接触和身体语言运用，难以发展同辈关系，不会主动展示和分享自己的兴趣，没有情绪交流，难以完成想象游戏和模仿游戏，缺乏对对方心理状态的理解和想象；对某些特定物体的喜爱，如没有功能的家具，对物体部分的关注超过对整体的关注；对感觉表现得敏感或迟钝，对某一种气味或者衣物痴迷。他们言行举止低龄化，60% 的智力落后、20% 的智商低于 35，能感知细节和理解事实，但不能感知整体和理解概念，不能知觉面部表情。也有部分患儿在一般性智力障碍的同时出现“孤独性才能”，在音乐、计算、推算日期、机械记忆等方面呈现特殊才能，被称为“白痴天才”。

二、孤独症的概念演变

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

author, 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, 所以沿用至今。孤独症一词主要在大陆的医学界和特教界使用, 而自闭症一词则是在日本、韩国等国家和我国台湾、香港等地区使用。它在疾病诊断上属于广泛性发育障碍(PDD)中的一类。这两个称谓的实质是完全一样的。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, 很多学者也建议把二者统称为凯纳症, 即以最早提出该疾病的医生名字来命名, 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。

在我国民间和众多媒体报道中, 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征(也常用阿斯伯格症)、雷特症等, 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的差距, 要加强社会宣传, 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。大陆地区对孤独症儿童的最初诊断开始于20世纪80年代中期, 最初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”来临之前, 仅中央电视台就有两个频道(10频道和12频道)做特别专题报道, 其受关注程度是前所未有的; 教育部已组织专门的教师培训项目; 中国残疾人联合会等也在“十二五”期间开展了有关救助康复培训活动。可见, 我国已越来越重视孤独症儿童的教育、康复等工作。

自1943年美国儿童精神病医生Leo Kanner首次提出孤独症至今, 已70余年了。随着对孤独症认识的加深、概念的拓展以及诊断手段的提高, 孤独症已不再是过去人们所认为的罕见病, 而是日渐被熟悉和关注。1982年, 南京脑科医院陶国泰教授首次报道了中国的孤独症病例, 此后各地陆续有病例报道。根据文献查证, 世界各地的孤独症患病率总体上呈上升趋势。目前, 西方发达国家孤独症谱系障碍(ASD)的发病率在6‰~7‰, 其中孤独症在2.2‰左右。全国0~6岁残疾儿童抽样调查结果, 孤独症谱系障碍在0~6岁精神残疾儿童致残原因中占据首位。孤独症谱系障碍发病率高, 严重影响生存质量, 常给患儿家庭和社会带来巨大的经济和精神负担, 是影响人口健康的重大问题之一。近年来, 发达国家的政府、基金会、研究机构以及公众对孤独症谱系障碍的认识和重视程度普遍提高。美国把孤独症谱系障碍指定为排在癌症之后的第二位资助对象。2009年, 美国总统奥巴马更是将孤独症谱系障碍作为继任后医疗计划中的首要任务。美国2011年财政年度预算报



告中，孤独症研究经费在美国国立卫生研究院（NIH）总预算中超过 5%，其重视程度可见一斑。

三、孤独症的发展

临床上首次描述孤独症是在 20 世纪 40 年代。1943 年，美国医生 Kanner 报道了 11 例患者，并将这种疾病命名为“早期婴儿孤独症”（early infantile autism）。他认为这类患者有如下特征：严重缺乏与他人的情感接触；怪异、重复性的仪式性行为；缄默或语言显著异常；高水平的视觉-空间技巧或机械记忆能力与在其他方面学习困难形成对比；聪明、机敏且具有吸引力的外貌表现。最初，Kanner 报道的这类患者被认为是儿童精神分裂症的一个亚型而未受重视。在 20 世纪 40~60 年代，又有数人描述了与 Kanner 报道相似的病例，并冠以各种各样的名称。当时的国际及美国精神病分类与诊断标准将这类患者归入“儿童分裂样反应”类别中。对于孤独症的病因学，当时普遍认为是父母养育方式不当造成了孤独症的发生。Kanner 将孤独症患儿的父母描述成一群高学历、事业心很强但又冷漠无情的人，这一观点在当时似乎很少有异议。

20 世纪 60~70 年代，Rutter 的研究指出，孤独症的行为如果被认为是从出生到童年早期的发育障碍所致则更为合情合理。由此，逐渐把孤独症看作为是一种躯体性的、与父母抚育方式无任何关联的发育障碍。在此时期，Lotter 发表了新的孤独症诊断标准，强调把社会交互作用、言语与交流和重复性活动三个方面作为基本标准，并舍弃了 Kanner 诊断标准中关于“特殊技能和吸引人的外貌”等两项。以后，在 Lotter 标准的基础上，开展了广泛的流行病学调查研究。现在所普遍接受的“孤独症发病率为 4~5/万”是当时最重要的研究成果。

20 世纪 80 年代，关于孤独症的研究进入全新阶段。人们开始抛弃所谓“父母抚养方式不当”的病因假说，从生物学领域探索孤独症的病因，并在临床症状的识别和临床诊断方面将孤独症与精神分裂症彻底分开。Kolvin 的研究表明，孤独症同成年精神病性障碍，尤其是成年精神分裂症没有关系。1980 年出版的《DSM-III》首次将童年孤独症视为一种广泛性发育障碍。之后，随着对孤独症研究的深入，逐步认识到孤独症是一种在一定遗传因素作用下，受多种环境因子刺激导致的弥漫性中枢神经系统发育障碍性疾病。在此认识的基础上，开展了从分子遗传到神经免疫、功能影像、神经解剖和神经化学等多方面的研究，人们试图从这些研究中找到孤独症的致病原因。但直至目前，仍没有任何一种假说能从根本上完美地解释孤独症的病因。

早期研究认为孤独症属罕见疾病，发病率为 0.2‰~0.5‰。但近年来孤独症发病率呈明显上升趋势：2000 年美国国立卫生研究院（NIH）公布的数据显示孤独症发病率约为千分之 2；2003 年上升为千分之 3.4；2007 年美国疾病预防控制中心

心（CDC）调查显示，发病率达到千分之 6.7，男女发病比率约为 4:1；2009 年，根据美国联邦政府公布的数据，约千分之 9.1 美国儿童患孤独症，其中男孩的患病率为千分之 14.3；2012 年，美国疾病预防控制中心根据一项来自 14 个州的数据调查研究结果估计，在美国，88 个孩子中就有 1 个孩子被诊断为孤独症。其中男孩被诊断为孤独症的比例是 1/54，是女孩的 5 倍。相比两年前孤独症和发育障碍症监测网（Autism Developmental Disabilities Monitoring, ADDM）报告的 1/110 的数据，发病率已经上升至千分之 11.3（1/88），而这仅仅是该中心报告孤独症发病率不断上升中的最新结果。2012 年 2 月，关于挪威人群孤独症发病率的研究结果显示的发病率为千分之 5.1（95% CI, 0.43~0.59），儿童孤独症发病率较之前的报道几乎增加了 4 倍。而 2012 年有研究小组对全世界范围内已有的孤独症的流行病学调查研究结果进行总结，结果估计孤独症的平均发病率大约为千分之 6.2。该研究结果表明孤独症发病率在全球范围内呈不断上升趋势，但是经济水平相对低下的不发达国家的孤独症流行病学调查研究数据却十分有限，应引起广泛重视。我国对孤独症的发病率缺乏广泛的调查。福建省 2000 年报告发病率为千分之 0.28，天津市 2004 年报告发病率为千分之 1.1，北京市 2007 年报告的发病率已达到千分之 1.34。2013 年中山大学和广州残联开展的一项流行病学调查发现，广州普通幼儿园孤独症发生率为 1/133，而这个发生率调查没有包括散居儿童以及特殊教育机构，因此实际发生率估计会更高。在我国孤独症现患率和世界其他国家相似，约为 1%，以此推算，我国孤独症个体可能超过 1000 万，0~14 岁少年儿童的数量可能超过 200 万。

扩展阅读 1-1

凯纳报告的案例之一： 冷漠

患儿维妮安，女孩，1931 年 9 月 13 日出生，初诊时 4 岁。

1936 年以来，在美国某州立弱智儿童训练学校就读。1938 年在聋哑学校中训练过 1 个月，曾在理查斯博士处门诊检查过好几次，诊断结果既不是弱智也不是聋哑儿。1941 年 5 月，理查斯博士的临床观察报告这样记述：“维妮安显得非常孤立和冷漠，她不与其他孩子一起玩；她能够听得见，却不说话；对于拼图游戏非常热衷，能很快将混合的两幅图区分开来。根据临床观察所见，我认为她是先天人格异常。”

维妮安的父亲是精神科医生，母亲是护士。父亲自述自己并不是特别喜欢孩子，也许是因为孩子比较吵闹；对妻子的评价是她绝对不是贤妻良母，她把孩子当做玩具一样对待，宠爱孩子，但不知道如何教育。但母亲并不这么认为，



她说她生下第一个儿子以后，就一直生活在一种“冷漠的气氛”中。哥哥比妹妹大5岁，有严重的口吃，在被问及家庭状况时会突然哭泣。哥哥意志较薄弱，对医生说他很害怕父亲责怪他。家庭生活中兄妹关系一般。

1938年8月，弱智儿童训练学校的心理老师承认，维妮安对各种声音，包括呼唤她的名字的声音能够做出反应。她不注意周围的人跟她说了什么，但她能够知道别人说的话。从她的动作中，可以反映她理解的正确性和认知能力。根据比纳智力测验的结果：“非语言项目”智商得分94。

心理医师这样评价她：“也许，她的智商要更高一些。她安静、冷漠，没有见她微笑过一次。她封闭在自己的壳中，住在与他人隔绝的世界中。她自我满足，不依存于任何人。别人进入她的领域，她也是一脸漠不关心的态度，根本不理睬他人对她的关心和爱护。她有独特想象力，但从不表示特殊的情感。”

1939年10月，心理医师在观察记录中这样描述：“维妮安能够安静地待在咨询室里，她能完全记住1年前进行游戏疗法时所使用过的玩具。想给她做智力测试，但她不感兴趣。她动作敏捷，能很快识别错误，游戏时没有多余的动作。”

1941年1月，维妮安在学校表现为总是喜欢一个人独自玩，既没有反抗行为，也不和班级其他孩子一起玩。她一个人唱歌，能有效地记住音乐的节奏；有其他儿童侵入时她会尖叫、大哭。维妮安很喜欢吃糖，经常自言自语地说“巧克力”、“糖果”和“妈妈”等词语。

1942年10月11日，维妮安再次来心理门诊。她已经是一个11岁的少女了。叫她的名字，她会听得见，但不理睬任何人，即使回答也是喃喃自语；她对其他孩子进行的钢琴表演完全不感兴趣；她给人的印象是很聪明，可是态度冷漠。她仍然没有语言表达能力，完全生活在自我封闭的世界里，但对周围人的行为却能很快识别。

该案例的追踪调查结果：

成年后，她（维妮安）进入一家州立医院。1970年11月2日，在维妮安将近40岁的时候，医院来信报告说：“她现在接受发展障碍治疗的教育课程。她能倾听，也能服从命令和指导，能辨别色彩和知道时刻表。她基本上能够自己照顾自己，但如果不指示的话她就不做。维妮安非常喜欢拼图玩具，她玩起来很上手，而且喜欢一个人玩。她还能使用熨斗熨衣服。她不能使用语言交流，发音时需要伴以肢体动作，但她能理解别人对她说的话。她希望一个人生活，不要和其他患者有交往关系。”

摘自：徐光兴：《孤独的世界——解读自闭症之谜》，合肥：安徽人民出版社，2010：51~52，311。

第二节

孤独症的主要临床表现

一个孩子出生后就依附于某一特定的社会环境和社会关系，而社会环境和社会关系影响和促进了孩子的心理发展。他逐渐独立地掌握行为规范，正确处理人际关系，妥善地自己管理自己，从而客观地适应社会生活，这一过程在心理学上称为社会化。而社会交流障碍是孤独症的核心症状，患儿缺乏与人交往、交流的能力。同时，患儿语言发育落后，通常在两岁和三岁时仍然不会说话，多数因为语言障碍而就诊。部分患儿虽具备语言能力，但是语言缺乏交流性。患儿一般会表现出某种刻板行为或动作以及仪式性的行为。另外，孤独症患儿的认知能力往往是不平衡的，语言技巧常常弱于非语言技巧。感知能力通常比概念流程、推理、解释、整合、或抽象能力更好。60%~70%的患者伴有智力低下（即精神发育迟滞），而很多单纯的智力低下儿童会表现出部分孤独症特征，二者在临床诊断中可能被混淆。

儿童孤独症的临床表现往往以语言发育障碍、社会交往障碍及兴趣范围狭窄、行为刻板为主要特征，部分患儿伴有不同程度的智力发育障碍。

一、社交障碍

这种患儿在很小时就表现出与别人缺乏接触，例如看他时他眼光避开，要抱他时缺乏扑过来的反应；会说话后很少主动开口，因此很难跟别的小孩建立伙伴关系。自己遇到挫折时（例如跌跤）不会去寻求别人的同情和安慰，别人（例如母亲）遭受痛苦时也不表现出同情和安慰。如能入学，在学校里也不善于合群，即使参加集体游戏，也只能担当较机械的角色。患儿不但不善于言语交流，有时言语发育也不正常，例如不能正确理解别人的问题、不能正确表达、发音怪异等。又常表现刻板的行为或动作，例如反复模仿某一电视演员的某一动作；对已形成的某些生活习惯不能任意改变，例如进食时坐惯某个位子就不能改变。兴趣狭窄，有时甚至只对某一游戏的某一片断感兴趣，反复不停，甚至很精通。有时只对某一玩具或玩具的某一部件、甚至一段绳子有兴趣。

在孤独症患儿社会交往方面，交会性注意缺陷最为典型。所谓交会性注意，是指对周围人、物、事注意的协调分配，儿童调整注视点，儿童和成人的注意力的会聚在同一个注意对象上，其实质是和成年人共享周围信息。交会性注意大致可分为两种类型：要求性注意指向，表示儿童要达到什么目的，想要得到某件东西，如主动挥舞玩具以企图得到饼干。表白性注意指向，表示对事物的简单评价，明白了对方的意思，感受某种体验所表现出来的外部特征。研究发现，孤独症患儿中表白性

注意指向存在明显缺陷，而要求性注意指向也存在缺陷，具体表现在对待人像对待物体一样，在要求性注意指向过程中没有伴随相互协调的情感表现。

二、言语障碍

语言交流障碍在孤独症状中表现得较为显著，具体表现为以下几方面。

1. 孤独症患儿常以哭或尖叫表达他们的不舒适或需要

年龄稍大的患儿可能会拉着大人的手走向他们想要的东西。缺乏相应的面部表情，常显得表情漠然，很少用点头、摇头、摆手等来表示他们的意愿。

2. 语言发育较延迟或不发育

患儿常常表现为语言发育较同龄儿晚，有些甚至不发育。患儿约有一半是保持缄默，仅以手势或其他形式表示要求。也有些病儿在2~3岁语言功能出现以后，逐渐减少甚至完全丧失。

3. 语言同内容、形式的异常

患儿往往不会主动与别人交谈，不会提出问题，或者只会反复纠缠同一话题，而对别人的反应毫不在意。他们常常是在“对”人说话，而不“与”人交谈，语言交流十分困难。刻板重复性语言及模仿性语言也较多见，和患儿谈话时他常只会重复你的讲话。有的会在当时或隔一段时间以后模仿电视、收音机或别人说过的话。有些患儿表现为自言自语或哼哼唧唧，自得其乐。另外，孤独症患儿还可能在语音、语调、语速、语言节律及轻重音等方面出现异常，讲出的话怪声怪气或平平淡淡，没感情色彩。有的患儿对人称代词常错用，把“你”说成“我”，或把“我”说成“他”等。

在孤独症言语交往方面，想象性游戏缺陷最为典型。按游戏的性质，可将游戏分为想象性游戏、功能性游戏、感知性游戏。想象性游戏是把一种物体想象成具有另外性质或特点的物体，分为三种形式，即物体代换、假道具、想象中的物体。功能性游戏是指使用玩具的特有功能，如推玩具小汽车跑。感知性游戏，即只探索物体的物理特性，如打、摇、吸吮、投掷手中的玩具。孤独症儿童在进行功能性游戏和感知性游戏时一般并没有异常，而在想象性游戏中表现明显缺陷。交会性注意障碍和想象性游戏障碍相结合可能显示孤独症或PDD的高危性。

三、兴趣狭窄及行为刻板重复

患儿兴趣范围狭窄，甚至有怪癖，他们常常对玩具、动画片等健康儿童感兴趣的东西不感兴趣，却迷恋于看广告、看天气预报、自己旋转及看转动的物品、反复排列物品等。对一些非生命物体，如纸盒、小瓶可能产生强烈依恋，如果被拿走，则会哭闹不安。患儿行为方式也常常很刻板，他们会用同一种方式做事或玩玩具，会要求物品放在固定位置，不能变动，出门非要走同一条路线，长时间只穿同一套