



新世纪高等学校教材
特殊教育学系列教材

Guduzheng Puxi Zhang'ai
Ertong De Jiaoyu

孤独症谱系障碍儿童的教育



胡晓毅 刘艳虹/著



北京师范大学出版集团
BEIJING NORMAL UNIVERSITY PUBLISHING GROUP
北京师范大学出版社



新世纪高等学校教材
特殊教育学系列教材

Guduzheng Puxi Zhang'ai
Ertong De Jiaoyu

孤独症谱系障碍儿童的教育



胡晓毅 刘艳虹/著



北京师范大学出版集团
BEIJING NORMAL UNIVERSITY PUBLISHING GROUP
北京师范大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

孤独症谱系障碍儿童的教育/胡晓毅,刘艳虹著. —北京:北京师范大学出版社,2016.11

ISBN 978-7-303-21169-2

I. 孤… II. ①胡…②刘… III. ①孤独症—儿童教育—特殊教育 IV. ①G766

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 193238 号

营销中心电话 010-58802181 58805532
北师大出版社高等教育分社网 <http://gaojiao.bnup.com>
电子信箱 gaojiao@bnupg.com

出版发行:北京师范大学出版社 www.bnup.com

北京市海淀区新街口外大街 19 号

邮政编码:100875

印刷:三河市兴达印务有限公司

经销:全国新华书店

开本:730 mm×980 mm 1/16

印张:16.5

字数:277 千字

版次:2016 年 11 月第 1 版

印次:2016 年 11 月第 1 次印刷

定 价:35.00 元

策划编辑:郭兴举

责任编辑:齐琳 张凌敏

美术编辑:焦丽

装帧设计:焦丽

责任校对:陈民

责任印制:陈涛

版权所有 侵权必究

反盗版、侵权举报电话:010-58800697

北京读者服务部电话:010-58808104

外埠邮购电话:010-58808083

本书如有印装质量问题,请与印制管理部联系调换。

印制管理部电话:010-58808284

前 言

孤独症谱系障碍,又称自闭症谱系障碍,这一曾经被认为是低出现率的残疾类型,是当今较为普遍和高发的发展性障碍之一。孤独症障碍儿童(以下简称孤独症儿童)表现出的高度的异质性、奇特刻板的行为特征、难以衡量的智力水平、令人费解的沟通与思维形式、琢磨不定的社会交往缺陷,更给其家庭带来了莫大的挑战。此外,面对日益增加的孤独症儿童,我国缺少大量的孤独症儿童的教育干预人员,无论是特殊教育教师还是普通教育教师,都对孤独症儿童不甚了解。

为了响应国家高等院校特殊教育专业课的建设、提升师范生的专业教学技能训练的新要求,《孤独症谱系障碍儿童的教育》一书是“教育部高等学校特色专业建设”暨“北京师范大学教师教育创新平台专业建设项目”中的子项目。本书可用于高等院校特殊教育专业的课程教学,也可作为特殊教育教师、普通教育教师的教学参考书以及继续教育用书。

全书共由十六章构成,第一章详细阐述了孤独症的概念演变、诊断与致病因素,第二章系统介绍了孤独症儿童的教育评估工具及其实施,第三章对孤独症儿童教育安置形式的发展历程、现状及发展趋势等内容进行介绍,第四章至第六章阐述了当今国内外孤独症儿童教学训练所采用的三大主要流派的干预策略,即教导式、自然式、发展式,第七章至第九章从科技辅助技术、教学环境设计和行为支持的角度阐述了外界环境的改变对孤独症儿童教育的具体影响与实施措施,第十章至第十六章是

本书的重点篇章,详细阐述了孤独症儿童的情绪管理、沟通与言语教学、社会化交往技能发展、动作训练、认知与学业发展、日常常规与生活技能教学以及青春期教育的主要内容及教学方法。

本书在编著过程中参考了国内外专家、学者以及我国参与孤独症儿童教育研究的学者的论著与科研成果,真挚地感谢参与本书编写的北京师范大学特殊教育系的研究生范文静(参与第五章、第十二章的撰写),雷显梅(参与第三章、第七章的撰写)、郑群山(参与第一章、第十六章的撰写)、吴曼曼(参与第十三章的撰写),中国教育科学研究院的冯雅静博士(参与第六章、第十五章的撰写),北京现代艺术幼儿园教学主任黄晶晶老师(参与第一章的撰写),北京市残联康复指导中心的霍文瑶老师(参与第四章、第十章的撰写)、北京大学医疗脑健康儿童发展中心的程霞老师(参与第八章、第十四章的撰写),北京海淀培智中心学校的曹燕老师(参与第九章的撰写)与许明杰老师(参与第十一章的撰写)以及美国佛罗里达大学特殊教育系的在读博士黄可(参与第二章的撰写)。

最后,恳望各位同人、读者能不吝赐教,给予批评斧正。

胡晓毅、刘艳虹
2016年1月

目 录

第一章 孤独症的概述 /1	
第一节 孤独症概念的演变	1
第二节 孤独症的诊断及发现率	5
第三节 孤独症的致病因素及发病 机制	13
第二章 孤独症儿童的教育评估 /18	
第一节 孤独症儿童的评估	18
第二节 孤独症儿童教育评估的实施	21
第三节 孤独症儿童教育评估的工具	25
第三章 孤独症儿童的教育安置形式 /30	
第一节 孤独症儿童教育安置 形式的发展历程	30
第二节 我国孤独症儿童教育 安置形式的现状	32
第三节 我国孤独症儿童教育 安置形式的发展趋势	36

第四章 教导式的教育干预策略 /39

- 第一节 应用行为分析的发展历史 39
- 第二节 应用行为分析的理论基础——行为主义 42
- 第三节 以应用行为分析为基础的教育干预策略 44

第五章 自然式的教育干预策略 /53

- 第一节 关键反应训练 53
- 第二节 结构化教学 59
- 第三节 社交故事 63

第六章 发展式的教育干预策略 /68

- 第一节 地板时光 68
- 第二节 早期介入丹佛模式 75
- 第三节 哈宁模式 79
- 第四节 情境教学 83

第七章 孤独症儿童的科技辅助技术 /87

- 第一节 扩大替代性沟通系统 87
- 第二节 计算机辅助教学 91
- 第三节 视频示范 94
- 第四节 交互技术 97

第八章 孤独症儿童的教学环境设计 /101

- 第一节 教学环境的设计原则 102
- 第二节 教室环境的功能分区 105
- 第三节 教室环境的改造 107
- 第四节 视觉提示系统 111

第九章 孤独症儿童的行为支持 /114

- 第一节 孤独症儿童的问题行为 115
- 第二节 问题行为的功能 117

第三节	问题行为的操作性定义与定量观察	120
第四节	功能性行为评估	122
第五节	功能性行为干预	124
第十章	孤独症儿童的情绪管理 /129	
第一节	孤独症儿童的情绪理论	129
第二节	孤独症儿童的情绪特点	133
第三节	孤独症儿童的情绪干预策略	135
第十一章	孤独症儿童的沟通与言语教学 /144	
第一节	孤独症儿童的沟通与言语特征	144
第二节	轻度孤独症儿童的沟通与言语教学	146
第三节	重度孤独症儿童的沟通与言语教学	150
第十二章	孤独症儿童的社会交往技能发展 /157	
第一节	孤独症儿童的社会交往特征	157
第二节	认知取向的干预方法	159
第三节	技能取向的干预方法	165
第四节	孤独症儿童的社会交往教学	168
第十三章	孤独症儿童的动作训练 /172	
第一节	孤独症儿童的动作特征	172
第二节	孤独症儿童动作发展的相关因素	175
第三节	孤独症儿童动作训练的实施	181
第十四章	孤独症儿童的认知与学业发展 /187	
第一节	孤独症儿童的认知特征	188
第二节	孤独症儿童的阅读教学	193
第三节	孤独症儿童的数学教学	195

第十五章 孤独症儿童的日常常规与生活技能教学 /200

- 第一节 孤独症儿童适应性行为的特征 200
- 第二节 日常常规与生活技能教学的实施 202

第十六章 孤独症儿童的青春期教育 /212

- 第一节 青春期给孤独症儿童带来的挑战 213
- 第二节 孤独症儿童青春期教育的基本原则
和主要内容 215
- 第三节 孤独症儿童青春期教育的主要策略 218

参考文献 /224

第一章 孤独症的概述

个案分享

贝贝是个漂亮的小婴儿，红扑扑的脸蛋，一双乌黑的眼睛总是溜溜地转，看上去比哥哥聪明。然而开始喂奶时，问题出现了，贝贝竟然不会吮吸妈妈的乳头，无法进行母乳喂养。改换奶瓶，贝贝倒是接受了，可是一喝牛奶就拉肚子，只好改喝豆奶。开始喂辅食的时候，又发现他的咀嚼能力很差，不会嚼东西。再大一些，别的孩子开始学说话了，他却迟迟不会发音。后来贝贝又有一些奇怪的举动，引起了妈妈的注意：他喜欢原地打转，从来不觉得头晕；还喜欢看运动的东西，如婴儿摇篮车里转动的音乐玩具和马路上来来往往的汽车。他还喜欢把玩具车整整齐齐排成一排，并不准人将它们搅乱。此外，他会一直去关电视，别人一打开他就关掉。他还喜欢一直冲马桶，不停地按按钮。他怕和人的目光接触，连自己的妈妈看他，只要目光一和他的眼睛对上，他就立刻转头。贝贝还有些多动的表现，经常情绪低落，也一直不能专心，大小便的训练也很吃力，直到四岁才完成，对某些声音特别害怕，如手机声、电吹风声、引擎启动声等。

孤独症(autism)，又称孤独症谱系障碍(autism spectrum disorder, ASD)，是一组以脑神经系统失调为主要表现的复杂发育障碍，其特征主要表现为程度不同的社会交往困难、言语和非言语沟通障碍以及重复性和限制性的行为。在我国，孤独症又常被称为自闭症，他们都是“autism”的译名，本书遵从使用习惯，沿用孤独症这一称谓。本章将简要介绍孤独症概念的演变、孤独症的诊断及发现率和孤独症的病因及发病机制，以期对孤独症有一个整体性了解。

第一节 孤独症概念的演变

一、孤独症概念的缘起

根据美国心理学会的资料，孤独症这个术语是由瑞士精神病专家保尔·伊根·布洛伊勒(Paul Eugen Bleuler)于1908年首次提出来的，用来形

容把自己紧锁在自己小世界里的精神分裂症病人。“autism”这个词由“自我”的希腊语词根“autos”和“人的行为状态”的希腊语后缀“ismos”组合而成。由此可以知道，孤独症最原始的含义就是退回到自我的状态，封闭在自己的世界里。

来自奥地利的汉斯·阿斯伯格(Hans Asperger)和莱奥·坎纳(Leo Kanner)医生于20世纪40年代分别对孤独症进行了研究。1943年，美国巴尔迪摩约翰·霍布金斯医院的精神病医生莱奥·坎纳以《情绪接触的自闭性障碍》(*Autistic Disturbances of Affective Contact*)为题，报告了11个孤独症儿童的病例，其中有8个男孩和3个女孩。他写道，那些儿童所表现出来的行为“是如此不同于目前所报告的案例，每个案例都值得……去思考他们令人着迷的特征”。这些特征包括：社交互动障碍，很难适应日常生活规律的改变，记忆良好，对刺激非常敏感尤其是声音的刺激，吞咽困难，食物过敏，有良好的智力潜力，有模仿重复他人说话的习惯，某些正常的行为无法完成……第二年，坎纳医生将这些病例命名为早期婴幼儿孤独症(early infantile autism)。1944年，奥地利维也纳精神病专家汉斯·阿斯伯格也描述了在他诊所见到的四个孩子的独特特征，这些孩子与坎纳研究的孩子类似。从此，研究孤独症儿童的序幕被拉开了。

二、精神病学的孤独症概念

自坎纳首先对孤独症进行描述之后的20多年时间里，专家学者们陆续发现和比较了这一临床实体，并且纷纷推测原因，提出问题与假说。一些研究者按照坎纳医生的标准，发现了一系列与他所描述的症状类似而又有所不同的病症，并冠以不同的名称，如坎纳综合征、儿童精神分裂症、早期儿童孤独症等。由于当时对孤独症的病因并没有专门的研究和科学的认识，许多孤独症儿童的父母因为他们的孩子而受到责难，特别是妈妈们被叫作“冰箱母亲”。这个称呼背后的含义是那些孩子之所以患上孤独症是因为妈妈的冷漠。妈妈被推测为对孩子很冷淡，不与孩子互动或陪孩子玩，也没有给孩子足够的抚触和拥抱。当然，我们现在知道这是个荒谬的理论。

直到20世纪60年代，孤独症才成为一个单独的病症，和其他失调性疾病区分开来，如精神分裂症和智力缺陷。20世纪六七十年代，通过对比研究正常儿童和孤独症儿童的发育与言语发展，学者们对孤独症的病因和治疗方法有了进一步的认识。鲁特(Rutter, 2013)的研究表明，孤独症的

行为是儿童从出生到童年早期的发育障碍所致的。随着脑科学的不断发展,人们逐渐认识到孤独症是一种躯体性的、与父母抚养方式无关的发育障碍。1964年,身为自闭儿家长的美国科学家瑞蓝德(Rimland)(后任美国孤独症研究院院长)出版了《幼儿孤独症》(*Infantile Autism*)一书,列举了大量证据来证明孤独症是一种躯体疾病。瑞蓝德这一开先河的著作极大地改变了人们特别是专业人员对孤独症成因的看法,促使人们把越来越多的注意力集中到对孤独症的生理机制、病因病理和相关的治疗方法的研究上。

除了在孤独症病因和治疗方法等方面的研究及其应用上继续发展之外,孤独症诊断标准的规定也在这一时期有了长足进步,其主要标志是出版了《国际疾病分类手册(第九版)》(ICD-9, 1977)和美国《精神障碍诊断与统计手册(第三版)》(DSM-III, 1980)。自此,孤独症从精神分裂症的大类中被分离出来,正式归为儿童发育障碍的一种,从而使得临床对孤独症的评估和诊断的可信度与准确性大为提高。

三、发展障碍型孤独症概念

20世纪90年代以来,孤独症研究和治疗进入了高峰时期。这一时期专家学者基本都持有有一个相同的假设,即孤独症是一种脑神经系统失调导致的复杂发育障碍。1994年,美国精神医学学会(American Psychiatric Association, APA)出版了《精神障碍诊断与统计手册(第四版)》(DSM-IV),将孤独症(典型孤独症)归为广泛性发展障碍(pervasive developmental disorder, PDD)。广泛性发展障碍包括典型孤独症、阿斯伯格综合征(Asperger's syndrome)、未分类的广泛性发展障碍(PDD-NOS)、瑞特综合征(Rett's syndrome)以及童年瓦解性障碍(childhood disintegrative disorder)。在该分类系统下,孤独症(典型孤独症)必须符合三个特征:①社会互动方面存在缺陷;②语言、沟通技能存在缺陷;③存在局限刻板重复的行为活动或兴趣。

但是,2013年5月正式面世的《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-5)公布了一个重要的改变,取消了之前的孤独症分组,将之前分组中的孤独症(典型孤独症)、阿斯伯格综合征、未分类的广泛性发展障碍以及童年瓦解性障碍合并,统称为孤独症谱系障碍,瑞特综合征不再包含其中。新定义的孤独症谱系障碍将之前DSM-IV中的三条标准合并为两条:①社会交流和社交互动方面存在持续性缺陷;②受限的、重复的行为模式、兴

趣或活动。言语沟通障碍不再包含其中，同时新增一种诊断名词，称为社会交流障碍(SCD)，针对那些没有限制性兴趣或重复行为的被诊断者。

四、文化主体型孤独症概念

伴随着某些轻度或者有表达能力的孤独症人士“不愿被治愈”的心声被报道，学术界对于如何看待孤独症开始出现一种新的声音，倾向于认为孤独症是一种特有的文化现象。一个日渐发展的孤独症患者尊严运动推行这样一个观点：患有孤独症的人不是残疾人，他们只是与“神经正常者”想得不一样。他们拥有与众不同的世界观，是一群拥有不同于普通人群认知方式的独特存在。他们对于细节的把握，在音乐、数学等方面的才能，甚至超过普通人群。

英国剑桥大学孤独症研究中心主任西蒙·巴伦-科恩(Simon Baron-Cohen)(当今世界上最具争议的孤独症研究先锋之一，心智理论的提出者)，基于他的大脑“同理心—系统化”轴理论和近年关于“孕期羊水的睾酮含量同孩子出生后患孤独症的概率之间是否存在关联”的研究，认为孤独症患者的大脑是“男性大脑的极端形式”。瑞士负责建立人脑超级计算机模型项目的亨利·马克拉姆(Henry Markram)夫妇，基于对抑制性神经细胞和兴奋性神经细胞的动物模型(VPA 鼠)的研究，于2007年在《美国国家科学院院刊》上发表了他们的强烈世界(intense world)理论。与当今孤独症研究界的主流观点相反，马克拉姆夫妇认为孤独症行为并非因为认知缺陷，而恰恰是他们理解力强，学得更快。当他们看似丧失理智时，事实上，他们不仅被自己的情绪淹没，也被他人的情绪压倒。社交障碍并不能界定孤独症，甚至不是孤独症的一个固有特征。如果通过早期人为干涉来降低或调节周围环境的刺激强度，就可以保护孤独症儿童的才能，由自闭引发的缺陷也能减轻，甚至有可能完全避免(方陵生，2013)。

2007年12月24日，联合国大会通过了卡塔尔提出的由50个国家共同提案的决议，从2008年起，将每年的4月2日定为世界孤独症日(World Autism Day)，以提高人们对于孤独症及相关研究和诊断的关注。联合国秘书长潘基文在2014年世界孤独症日致辞中也强调了这一思想：“今年的世界提高孤独症意识日是一个庆祝孤独症谱系障碍人士创造性思维，并重申我们帮助他们实现其巨大潜能承诺的机会……他们的优势是鼓舞人心的。他们理应得到教育、就业和融合的所有可能的机会。要衡量我们社会的成功，我们就应该研究那些包括自闭症者在内的具有不同能力的人们何以能

成为完全融入和受尊重的成员。”

概念反映了人们对事物本质的认识，概念的演变则体现了不同时代主流文化对事物本质认识的变迁。从过去一百年孤独症概念的演变，我们看到了人们对孤独症的认识经历了从早期的精神分裂症视角、冷漠教养情感缺失视角、发展初期的认知缺陷视角(心智理论、弱中央统合理论)、脑神经系统失调视角(镜像神经元破损理论等)，直到文化视角，甚至最新的性别差异视角、认知特点优势视角。这期间，诸多学科领域纷纷介入，包括精神病学、医学、儿科学、认知心理学、神经生物学、细胞免疫学、分子生物学、基因遗传学乃至人智医学。孤独症像一个美丽的谜，带给世人挑战，也带给人类探究“人”的本质的机会。孤独症这一独特现象正在跨越科学的领域，引领人们走向更深层次的文化哲学思考。

第二节 孤独症的诊断及发现率

.....

一、孤独症的诊断

(一) 诊断流程

由于孤独症发病的生物学基础仍尚未明确，因而目前只是一个症状性疾患(phenomenological disorder)，缺乏具有鉴别意义的客观体征和实验室检查。临床医生主要根据患儿的特征行为和临床表现，通过病史询问、体格检查、精神状况检查、心理评估以及对儿童的行为观察和量表评定，对家庭和患儿访谈，参照国际通用诊断标准做出诊断。另外，还需对患儿的生长发育史、患儿母亲的怀孕期和家族精神病史加以了解。值得注意的是，其伴随症状也应纳入考虑。

1. 常用筛查量表

孤独症在年龄、性别、认知能力等方面的差异会导致不同的临床表现，因而就需要不同的筛查工具。在选取筛查工具时应该特别谨慎，因为每个筛查工具的筛查对象和目的是不同的。常规早期筛查工具推荐为改良的婴幼儿孤独症筛查量表(Modified Checklist for Autism in Toddlers, M-CHAT)，沟通和象征性行为量表(Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile, CSBS DP)也可用于孤独症的早期筛查。筛查时应该仔细斟酌阳性的结果，也不能放弃鉴别假阴性的结果。表 1-1 给出

了一些可供参考的筛查工具。

我国目前常用的筛查量表包括孤独症行为量表(Autism Behavior Checklist, ABC)和克氏孤独症行为量表(Clancy Autism Behavior Scale, CABS)。孤独症行为量表(ABC)共 57 个项目, 每个项目 4 级评分, 总分大于等于 31 分提示存在可疑孤独症样症状, 总分大于等于 67 分提示存在孤独症样症状, 适用于 8 个月~28 岁的人群。克氏孤独症行为量表(CABS)共 14 个项目, 每个项目采用 2 级或 3 级评分。2 级评分总分大于等于 7 分或 3 级评分总分大于等于 14 分, 提示存在可疑孤独症样问题。该量表针对 2~15 岁的人群, 适用于儿童保健门诊、幼儿园、学校等对儿童进行快速筛查。上述筛查量表结果异常时, 应及时将儿童转介到专业机构进一步确诊。

表 1-1 孤独症筛查一览表

筛查人群	适用年龄	筛查工具	工具描述
幼儿	14 个月	孤独症特征早期筛查量表 (Early Screening for Autistic Traits, ESAT)	14 个条目问卷: 访谈父母或监护者后由卫生工作者完成, 用时 5~10 分钟
	18 个月	婴幼儿孤独症筛查量表 (Checklist for Autism in Toddler, CHAT)	14 个条目问卷: A 部分的 9 个问题由父母或监护者完成, B 部分的 5 个问题由专业人员观察完成, 用时 5~10 分钟
	16~30 个月	改良的婴幼儿孤独症筛查量表(M-CHAT)	23 个条目问卷: 由父母或监护者完成, 用时 5~10 分钟
	6~24 个月	婴幼儿量表 (Infant-Toddler Checklist, ITC)	24 个条目问卷: 由父母或监护者完成, 用时 5~10 分钟
	18~24 个月	量化的婴幼儿孤独症筛查量表 (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers, Q-CHAT)	25 个条目问卷: 由父母或监护者完成, 用时 5~10 分钟; 简洁版 10 个条目问卷也可用
	24~36 个月	2 岁儿童孤独症筛查量表 (Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds, STAT)	12 个条目问卷和活动: 由临床医生或研究人员与幼儿互动后评估完成, 用时 20 分钟

续表

筛查人群	适用年龄	筛查工具	工具描述
大龄儿童 和青少年	>4岁 (心理年龄 >2岁)	社会交往问卷(Social Communication Question- naire, SCQ)	40个条目问卷: 由父母或监护者 完成, 用时10~15分钟
	>2.5岁	社会反应量表第一版/第 二版(Social Responsiveness Scale, SRS/SRS-2)	65个条目问卷: 由父母、监护 者、老师、亲戚或朋友完成(成 人以自我报道形式可使用SRS-2 问卷), 用时15~20分钟
	4~11岁	儿童孤独症筛查测验 (Childhood Autism Spectrum Test, CAST)	37个条目问卷: 由父母或监护者 完成, 用时10~15分钟
	7~16岁	孤独症谱系问卷(Autism Spectrum Screening Ques- tionnaire, ASSQ)	27个条目问卷: 由父母、监护者 或老师完成, 用时10分钟
	儿童: 4~11岁; 青少年: 10~16岁	孤独症谱系问卷(Autistic- Spectrum Quotient, AQ) 儿童和青少年版	50个条目问卷: 由父母或监护者 完成, 用时10~15分钟; 简洁 版10个条目问卷也可用
成年人	>16岁 (智力水平 处于或高于 平均水平)	孤独症谱系问卷(AQ)成 人版	50个条目问卷: 自我报告形式, 用时10~15分钟; 简洁版10个 条目问卷也可用
	>18岁 (智力水平 处于或高于 平均水平)	Ritvo孤独症阿斯伯格综 合征诊断量表修订版 (Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised, RAADS-R)	80个条目问卷: 自我报告形式, 最后由临床医生完成, 用时60 分钟

2. 常用诊断量表

目前国际上通用的孤独症诊断量表(表1-2)有孤独症诊断访谈量表修订版(Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R)、儿童孤独症评定量表(Childhood Autism Rating Scale, CARS)和孤独症诊断观察量表(Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS)。孤独症诊断访谈量表修订版

(ADI-R)是面对父母和养育者的访谈问卷,涵盖儿童在社交互动、沟通能力、重复刻板行为方面的表现,多用于大龄儿童。儿童孤独症评定量表(CARS)共15个项目,每个项目4级评分,总分低于30分为非孤独症,总分30~36分为轻至中度孤独症,总分大于等于36分为重度孤独症。该量表适用于2岁以上的人群。孤独症诊断观察量表(ADOS)则根据儿童语言表达能力选择相应的模块,2009年修订后增加了婴幼儿模块,可较好地应用于孤独症谱系障碍的早期诊断。这几种工具是目前国外广泛使用的诊断量表,但我国尚未正式引进和修订。

表 1-2 国外常见的孤独症诊断工具

诊断方式	适用年龄	诊断工具	工具描述
结构化诊断	心理年龄>2岁	孤独症诊断访谈量表修订版(ADI-R)	访谈父母或监护者93个条目,用时1.5~3小时
	所有生理年龄和心理年龄	交往和交流障碍诊断访谈量表(Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder, DISCO)	访谈父母或监护者362个条目,用时2~4小时
观察测量	>12个月	孤独症诊断观察量表第一版/第二版(ADOS/ADOS-2)	通过互动进行临床观察,根据患者语言表达水平和心理年龄从5个模型中选择1个,用时40~60分钟
	>2岁	儿童孤独症评定量表第一版/第二版(CARS/CARS-2)	15个条目评定量表,由临床医生或研究人员完成,用时20~30分钟,连同—个问卷由父母或监护者完成

随着对孤独症谱系障碍认识水平的提高,对于专业人员来说,典型孤独症谱系障碍诊断并不困难。然而,如何早期诊断孤独症谱系障碍,目前仍存在困难甚至争议。此外需要注意的是,在使用筛查量表时要充分考虑到可能出现的假阳性或假阴性结果。诊断量表的评定结果也仅作为儿童孤独症诊断的参考依据,不能替代临床医师综合病史、精神检查并依据诊断标准做出的诊断。

3. 发育评估及智力测验量表

可用于发育评估的量表有丹佛发育筛查测验(Denver Developmental