

孤独症儿童生活和学习能力的正向干预模式

刘亚萍^{1,3*}, 陈文锋^{2*}, 傅小兰^{1,3}

1. 中国科学院心理研究所, 北京 100101;

2. 中国人民大学心理学系, 北京 100872;

3. 中国科学院大学心理学系, 北京 100049

* 联系人, E-mail: bnu_et@163.com; wchen@ruc.edu.cn

2018-01-24 收稿, 2018-03-29 修回, 2018-04-02 接受, 2018-05-09 网络版发表

国家自然科学基金(31371031 和 61632004)资助

摘要 目前, 对孤独症儿童的干预模式逐步由医学模式转向社会模式, 孤独症儿童更需要人文精神与社会情怀, 需要生命观、伦理观来解读. 孤独症领域的实证研究成果转化为适应社会生活为目的的实操体系才能最终使患儿及其家庭受益, 同时也确保理论有效普及. 某种意义上, 协助患儿适应生活与生存即为“治疗”. 本文通过文献及个案研究, 进行了孤独症儿童生活和学习能力正向干预模式的前期探索.

关键词 孤独症, 干预理论, 正向干预, 生命观

Kanner教授^[1]在1943年首度提出“孤独症”一词, 主要特征是极度缺乏社会情绪性情感, 此后理论界提出了孤独症谱系障碍, 孤独症被认为是一种严重的神经发育障碍, 主要表现为社会互动与交流的缺损以及重复、局限行为或兴趣, 发病通常在3岁以前. 根据美国《精神疾病的诊断和统计手册》第四版修订版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR)的分类标准, 将孤独症谱系障碍分为孤独症(Autistic Disorder)、阿斯伯格征(Asperger's Disorder)、雷特综合征(Retts' syndrome)、儿童崩解征(Childhood Disintegrative Disorder)、广泛性发育障碍未注明型(Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, PDD-NOS)等亚型. 但在2013年的DSM-V不再细分为孤独症、阿斯伯格综合征、儿童瓦解症和未分类广泛性发育障碍, 而是针对症状的严重程度分了3级. 逐步趋向于简化诊断分类, 重视干预改善. DSM-V对孤独症儿童的诊断标准改为: (1) 社会沟通和社会交往的缺陷; (2) 局限的、重复的

行为、兴趣或活动. 在“孤独症谱系障碍”之外, 定义了“社交沟通障碍”以覆盖那些只存在社交沟通问题但没有狭隘兴趣和重复性行为问题的人群^[2].

“若你遇到过一个孤独症孩子, 那么就只是遇到了这个孤独症孩子^[3]”. 尽管每个孤独症儿童都是独特的个体, 但这个领域的研究必须基于众多个案提取有效的“共性”. 研究“共性”内在的产生机制, 同时以整体生命观为孤独症患者生存能力和生存价值的提升进行行为和心理干预, 可以在孤独症患者的日常生活中实现治疗. 其实, 孤独症领域普遍应用的ABA行为干预措施更多决定于操作者的人文精神而不是技术能力, 且介入越早治疗效果越好. 例如, 孤独症孩子抽象思维能力普遍低, 其内在原因是大脑中对抽象思维起重要作用的区域(如额叶)发展比同龄孩子缓慢, 且不能很好地和大脑其他部分连接起来^[3], 我们通过生活中类似“假扮游戏”的行为干预促进孩子抽象思维的形成, 刺激对应脑区的发展.

行为干预很可能将贯穿孤独症患者的一生, 但

引用格式: 刘亚萍, 陈文锋, 傅小兰. 孤独症儿童生活和学习能力的正向干预模式. 科学通报, 2018, 63: 1474–1481

Liu Y P, Chen W F, Fu X L. Positive intervention model of quality of life and learning ability of autistic children (in Chinese). Chin Sci Bull, 2018, 63: 1474–1481, doi: 10.1360/N972017-01242

很多行为和心理干预是违背个体意愿的强制干预,迫使家长与孩子都要面临不同程度的痛苦和考验。因此,研究生活中的自然干预很具有现实意义。对孤独症患者而言“生活即治疗”,就如普通人的“生活即修行”,脱离生活环境的孤独症干预是违背生命观的。就如越好的教育留下越少的教育痕迹,最理想的孤独症干预是自然发展脱离孤独症的特征,即能把患者看作“典型个性”的一般孩子,在生活中自然干预构成障碍的“个性”,且也有成功案例^[4]。但文献资料中依靠自然发展脱离孤独症特征的案例少之又少。一方面,众多家长很难具备等待孩子从孤独中自愈的心理承受力;另一方面,还未形成一套家庭生活中通过自然正向干预脱离孤独的理论体系。

家长直接受益的孤独症研究并非学术期刊的专业论文,而是孤独症干预过程描述和可操作性流程。相对研究人员提供的文献资料,具备自述能力的孤独症患者的自述材料以及亲历抚养过孤独症的家长的著作更有说服力,这些资料为抚养孤独症患儿的家庭成员与孤独症患儿的沟通提供了更切实的桥梁或纽带。本文将基于个案生活干预效果的跟踪以及以往实证研究结论,完成孤独症患儿生活中自然干预的直接理论指导。这套体系可能会由于孤独症患儿的个体差异,以及执行中不可控的偏差带来恢复程度与恢复周期的不一致,但不会偏离正向提升患者生活能力与生命价值的原则。

1 研究界定与假设

本研究的跟踪个案及调研案例年龄范围在1.5~7岁,但不包括如染色体异常等原因造成的先天性疾病患儿、脑组织损伤的先天患儿以及癫痫患儿,主要限于外在生理条件良好且核磁共振检测与脑电检测均为正常的孤独症儿童。本文采用了“地板时光”理论的评估体系,评估孤独症患儿或脱离孤独症的三组核心问题^[5]包括:(i) 儿童是否在与别人建立亲密感及友情方面存在困难? 儿童是否会寻找让他感到舒适、自在的大人? 如果孩子能这样做,那么当他跟这些人在一起时,是否表现出亲密感觉?(ii) 儿童是否能用手势和情绪表达方式与别人沟通? 是否会使用微笑、皱眉、点头及其他互动手势与别人进行一段持续的双向信息沟通?(iii) 当儿童开始使用词语时,能有意义地使用它们吗? 即言之有物,词语或象

征符号的使用是否被赋予了情感或愿望? 若以上3组问题至少两组都为否定,则确定被测儿童为孤独症。本研究强调孤独症的核心症状是儿童任何情况下都无法参与互动,或互动频率非常低,无法与任何人建立亲密关系。把被试与父母的互动能力也纳入到评估项目,选择在最有利的环境下观察被试的表现去判断被试是否具有某种能力。只要被试在任一情境下能重复展现自己的一项能力,将确认被试具备这个能力,但不排除存在“能力迁移”障碍。本文将提出正向干预模式,假设符合以上条件的孤独症儿童,其孤独症核心特征会通过实施正向干预模式而逐步好转,其在行为和心理上都能接近普通儿童。

2 孤独症干预体系的研究

2.1 孤独症的评估体系

迄今为止,对孤独症儿童的诊断没有单一完善的诊断工具和方法,诊断时必须进行多侧面的评估,非常依赖评估者的专业能力。客观上需要心理学家、儿科医生、治疗师、家长在内的多角色合作。对孤独症疑似病例进行综合评估时,通常还考虑其成长史、父母家族病史、孕期健康情况、必要的医学检验,以及对被评估者各种情景下认知能力、适应能力、社交与沟通技能的观察等等。

国外常用的诊断工具为孤独症诊断访谈量表(Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R)、孤独症诊断观察量表(Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS)和儿童孤独症评定量表(Childhood Autism Rating Scale, CARS)。ADI-R和ADOS为美国芝加哥大学Lord等人^[6,7]编制,因其信度、效度高,实用性好而被奉为金标准(golden standard)^[8]。国内常用的诊断工具是儿童孤独症评定量表(CARS)和儿童孤独症行为量表(Autism Behavior Checklist, ABC)。

本研究对评估策略未进行更深入的研究,从某种角度,精细的诊断数据不仅会给家长带来恐慌,而且由于国内孤独症领域医学鉴定的资源暂时匮乏,有些个案明显具备孤独症或社会交往障碍外显特征,但家长偏向于等候多个月得到权威医院、权威专家最后的诊断再干预,这个等待恰恰延误着患者的干预效果,潜在影响着患者的整体生命质量。所以,本研究立足国内现状,更多去关注切实能带来正向发展效果的干预措施,提出的干预措施并非有“立竿见

影”的效果，但不会给孤独症患者带来负向效应。

2.2 孤独症干预理论

1938年，孤独症在美国被关注，国内在1978年开始认识孤独症，2006年，我国残联首次将孤独症归为精神疾病，列入我国的政策法案；在美国孤独症儿童相关法案的发展进程中，起到巨大推动是美国孤独症协会(Autism Society of Ameirica, ASA)，当前有5万多成员，200多个分会；在美国孤独症教育的老师必须具有学士学位以上，且通过严格的职业上岗培

训并获取资格证，国内还远远不能达到这些条件。

从表1可见，孤独症干预理论基本源自美国，且方法上逐渐转向交互游戏、生活文化干预。从整体生命观去看待孤独症，生活化干预意味着家庭必然承担着重要的责任。因此，个案的家庭干预文献记载尤为重要。

每个孤独症患儿都是一个独特的个体，但又总能从两个或有限个案上找到一些共性，因此这个领域的典型被试研究尤为重要。孤独症是世界性问题，但美国居多。无论文献资料还是干预理论的数据都

表1 孤独症干预理论汇总表
Table 1 Summary of theories in autism intervention

名称	创始人	起始时间	地域	简介
ABA	Lvar Lovaas	1962年	美国	应用行为分析法(Applied Behavior Analysis, ABA)，是普遍用于对发育障碍的儿童进行早期行为干预与训练的操作性方法体系
TEACCH	Eric Schopler	1970年	美国	结构化教学(Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children, TEACCH)，是美国北卡罗莱那大学的一个公共卫生项目，即孤独症与沟通障碍儿童的治疗教育计划，也称为系统化教学法
SI	Jean Ayres	1972年	美国	感觉统合(Sensory Integration Theory)，即“感统”理论，由南加州大学一位临床心理学专家创建
PRT	Rebert Koegel	1993年	美国	关键反应训练法(Pivotal Response Training, PRT)其前身是自然语言范式(Natural Language Paradigm, NLP)，也是从ABA延伸而来，PRT的目的在于正向改变核心行为，进而增强儿童的沟通技巧、游戏技能、社交行为以及自我监控能力，随着关键领域的发展，实现流畅的整合发展目标。美国国家孤独症中心2011年认定，PRT是被证实的11种有效孤独症干预方法之一 ^[9]
RDI	Steven Gutstein	2000年	美国	人际关系发展干预疗法(Relationship Development Intervention, RDI)是近年来由美国临床心理学家Steven Gutstein博士针对孤独症儿童的核心缺陷提出的训练方法。理论体系出现在2005年出版著作《解开人际关系之谜》
DIR	Stanley I Greenspan	20世纪 80年代	美国	基于发展、个别差异和人际关系的模式(Developmental, Individual differences, Relationship-based model, DIR)，也被称为“地板时光”，目的在于建立健康发展的基础，而不是在表面行为和症状方面下功夫
PECS	Andy Bondy和Lori Frost	1985年	美国	针对传统孤独症学童沟通训练的缺点，美国Delaware Autistic Program发展了图片交换沟通系统(The Picture Exchange Communication System, PECS)。它是专为孤独症儿童设计的一套语言沟通法，依儿童的程度分阶段实施训练
PCI	Michael Tomasello, Ann Cale Kruger 和 Hilary Horn Ratner	1993年	美国	游戏与文化介入(Play and Culture Intervention, PCI)，提出文化学习的观点来说明孤独症儿童的问题，即每一个婴幼儿不论是出生于何种文化，都能学会当地文化中的语言、风俗、习惯，包括衣食住行育乐与应对进退的内涵与表现方式、各种文物的意义与运用等等；因而能在不同的场所中察言观色，表现出适切的情绪与行为
SS	Carol Gray	1991年	美国	社交故事(Social Stories)是适合孤独症儿童学习社交技巧的方法之一，经过多年实践，已形成比较完善的体系
ESDM	Sally J. Rogers	2010年	美国	早期干预丹佛模式ESDM (Early Start for Your Child with Autism)，以实证研究成果与临床经验为基础，将治疗场所移至家庭环境中，为家长提供渐进性的指导，旨在通过亲子间的互动提高孤独症幼儿的多种能力。理论体系体现在著作《孤独症婴幼儿早期介入丹佛模式》，ESDM针对年龄在12-48个月大孤独症儿童的早期综合性行为干预方法

说明,美国从社会保障、自救、互救三个层面已经形成了比较完善的孤独症干预支撑体系,对孤独症的心态也由恐惧转变为了客观接纳、正向治疗,值得国内借鉴。

2.3 以整体生命观解读孤独症患者的社会角色

孤独症患者是一个真实的生命个体,社会有责任和义务给予支持,生命全程理念是尊重生命,实现生命价值,以人为本的体现。中国精神残疾人及亲友协会孤独症工作委员会郭德华等人提出了孤独症患者的生命全程支持体系^[10,11]。该体系分为4个关键环节,并在每个环节都有对应的需求与支持路径:(i) 0~3岁,早期发现诊断;(ii) 3~6岁,抢救性康复期(黄金干预期);(iii) 6~18岁,融合教育、职业培训、养护安置;(4) 18~终生,就业支持、养护安置、社会保障。本研究主要关注3~6岁的黄金干预期。

生命观,是人类关于如何对自然界生命物体的一种态度,更包括对人类自身生命的态度。生命观反映了社会的文明程度和人类对自身的认识程度。孤独症患者是一个特殊的人群,在人类发展中产生着特殊的价值。每个生命都是一个独立的整体,成长中需要各种形态的给予,同时又以各种形态回报于社会,良性给予必然带来良性回报。“生存根据论是人生命的首要问题,生存根据论体现了人对生命的终极关怀、终极意义和终极存在所采取的立场^[12]”。

高功能孤独症患者罗伊说,“当人们谈到治愈或治疗孤独症时,我感觉到很受伤,就好像社会不需要我一样^[13]”;孤独症科学家天宝说,“如果我打个响指,就摆脱掉孤独症,那么我不愿意,因为那样我就不是自己了,孤独症是我的一部分^[13]”。本研究特别指出对待孤独症患者一定要区分“个性”与“障碍”,只要不妨碍他人、不妨碍公共秩序、不影响个人健康,即为“个性”,而不为“障碍”,个性就需要得到尊重。

美国疾病预防控制中心的数据显示,孤独症的发病率是68:1。当前据不完全统计数据国内孤独症人群已远超出160万,这是一个庞大的、特殊的弱势群体。孤独症儿童有着不同于常人的观察和认知世界的视角,且这个视角常常为社会、科技发展带来重大突破。孤独症儿童培养得当,会激发其成长潜力,能独立生存更有卓越于世;培养不当,不断减少与外界的联系,不仅加剧了孤独症孩子的社交延迟,且患者长期得不到沟通交流,缺乏心理疏导而成为自残

或暴力倾向的社会隐患。

3 个案研究及效果分析

3.1 个案基本信息

年龄: 7岁

性别: 男

母亲孕检: 孕期体检正常,怀孕5个月时橄榄油外用引发皮肤过敏,经医生诊断不会影响胎儿,服用了少量维生素C

家族病史: 父母双方无孤独症病史,无确诊精神病史

初期症状: 22个月出现语言退化、情绪不稳定(哭闹严重)、睡眠不安、滋生刻板行为,拒绝接触外界,拒绝陌生环境与陌生人群。

医学检查:

- 初检年龄: 22个月
- CARS评估结果: 38.5
- 核磁共振检查结果: 正常
- 脑电检查: 正常

干预历史:

- 23~28月: 5个月康复中心集中训练
- 28月~7岁: 家庭教育+普通幼儿教育

3.2 研究方法

干预早期,被试会以哭闹捍卫关闭的身心,干预第1个月采取了引导和强制措施让被试感受自身之外的其他存在。接下来被试逐步能习惯和适应外界的“打扰”。孤独症患儿要长大成为社会人,适应群居的生活。因此,增加接触外界的机会,提升接触外界的勇气,感受到外界的冷暖,并能习惯沟通外界,是整个训练的原则。

(i) 干预的标准就是同龄孩子的认知能力、行为能力、语言能力。

(ii) 完全拒绝药物以及其他精神类医疗干预。

(iii) 若发现某些行为对被试掌握很难,不强求,会暂时放下继续等待时机。

(iv) 充分尊重的理念,生活中以正常孩子的成长规律看待被试,包括言语。

(v) 日常生活沟通外,注重增加被试与外界的联系,包括与大自然的接触。

表2是个案成长中,3个阶段的干预年龄、环境以及所采取的对应措施,个案经过3个阶段的干预

表2 个案干预措施

Table 2 The interventional treatments for the case in this study

阶段	环境	措施
23~28个月	孤独症康复中心	感统训练; 认知训练; 游戏训练; 发音训练;
28个月~7岁	家庭; 普通幼儿园	回归家庭生活吃喝拉撒的日常训练. (1) 被试由城市生活转到乡下生活; (2) 感统训练持续到5岁; (3) 集中进行过循声模仿的语言训练; (4) 面对面教学之外, 采用了视频录像教学吸引被试注意力; (5) 家庭提供了无任何约束的环境, 鼓励被试一切不沉浸于自身的活动, 并引导被试缓解焦虑、烦躁情绪; (6) 在幼儿园进行过2个月对视交互练习; (7) 按幼儿园规定进行规律生活的日常操练, 学习了语言和数字的基础认知
7岁~现在	普通小学, 融合教育	家长辅助下的自我适应, 没有全程陪读

取得了各维度的正向治疗效果, 图1是干预前与干预后CARS量表对照数据。

3.3 干预效果

本研究无法严格区分被试的进步是自然成长的结果, 还是干预的结果; 无法严格区分是理论的干预, 还是被试家人无条件的爱, 这些因素孰轻孰重? 但相信若激发出了自然成长的能力恰是正向干预希望达到的最终效果。图1给出了干预前后被试CARS量表对照。

本研究中, 被试的CARS分数基本趋于下降, 但“活动量”指标出现异常, 在干预前被试的活动量偏少, 但干预后的第一阶段(2~4岁), 被试进入多动状态; 随着干预积累, 多动的症状开始缓和。被试6.5岁做微量元素检查, 锌元素71.87 (正常值76.5~150), 不可忽略缺锌也是导致多动的一个因素, 被试的多动还在继续跟踪观察中。

CARS量表数据外, 本研究也详细记录了被试每

个阶段干预效果的特征描述, 同时对照分析了典型同龄儿童、集中康复训练的孤独症儿童、未经任何训练的孤独症儿童, 可参阅网络版附录。

4 讨论和展望

本研究调研分析了成功干预孤独症患儿的20份家庭干预指导文献, 从中提取与个案有共性的干预措施并实施到个案成长中, 跟踪了5年, 实践验证切实有效的干预理念及措施汇总如下:

4.1 孤独症最大化康复的必备条件

孤独症最大化康复的必备条件是:

- (i) 两周岁左右介入治疗, 越早干预效果越好;
- (ii) 和睦的家庭支撑环境, 父母或其他(任一)家庭成员有中等以上文化水平;
- (iii) 患儿的家庭有稳定的经济收入, 不存在基本康复的经济压力;
- (iv) 至少1位专门实施和配合康复训练的家庭成员(投入90%以上的精力);
- (v) 专业、系统、紧密的行为干预和语

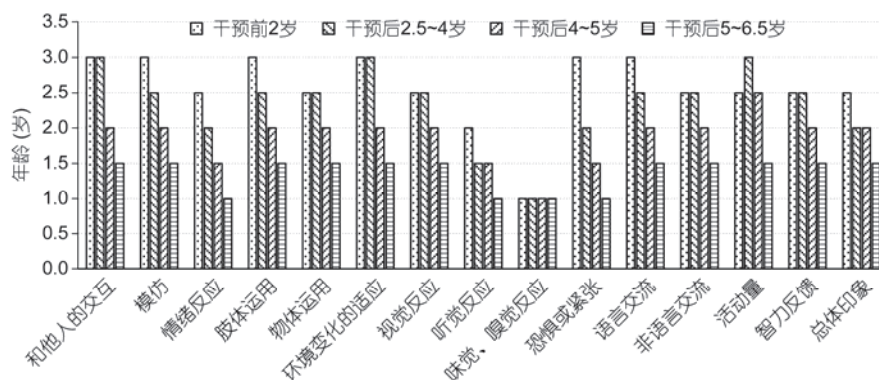


图1 干预前与干预后CARS量表对照

Figure 1 CARS scores at pre- and post-intervention

言干预。

4.2 孤独症患儿的正向干预体系

干预体系中的正向条件达成率越高,患儿恢复的程度就越好、周期就越短。本研究更是一个循证实践(Evidence-Based Practice, EBP),把研究证据纳入实践视野,平衡实证研究与实践经验,一方面促进被试自然正向的成长,另一方面为孤独症患儿的干预理论研究与实践的整合提供现实、可行的实施框架。如图2,从生活环境、感统协调、生理健康、情绪情感、社交沟通、语言干预、学业认知7个方面汇总孤独症患儿的正向干预体系,“√”是推荐选项。

但是,孤独症是生理、心理上的失调,还是病理原因至今还未有确切的结论。2002年的一篇文献提到,去甲肾上腺素(Norepinephrine, NE)与5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)是脑内存在的两种功能相拮抗的中枢神经递质,儿童多动症血中NE含量显著高于正常儿童,而5-HT含量显著低于正常儿童。儿童孤独症5-HT含量显著高于正常儿童,而NE含量显著低于正常儿童^[14],从这个研究结果看孤独症与多动症是“互斥”的。本研究的被试具有多动症状,但经中国中医科学院广安门医院检查,指出被试明显不是普通多动症儿童有问题的脉相,即被试的多动与多动症儿童(非孤独症)外在表现虽然相近,但内在原因是相

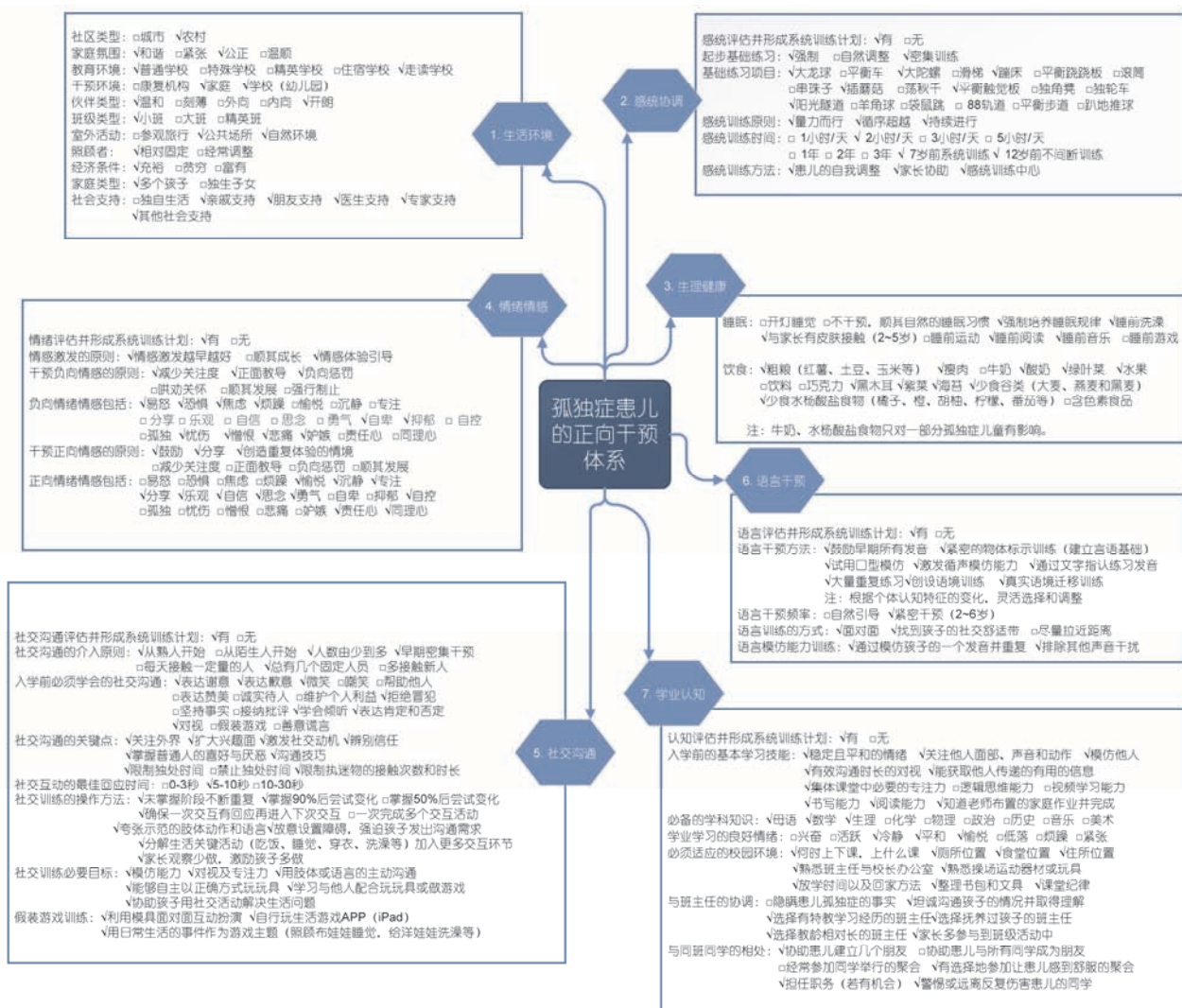


图2 孤独症患儿的正向干预体系

Figure 2 The positive interventional program for autistic children

异的. 因此, 孤独症患儿的多动表征可能另有原因, 或许多动是患者对外界焦虑的缓压渠道. 研究已证实, 运动可缓解焦虑, 快走10 min就可减轻紧张感^[3]. 从整体生命观的角度看, 孤独症儿童的某种症状可能反映了不同于常人的观察和认知世界的视角. 本文提出的正向干预体系接纳所谓的症状, 并提供无约束的环境, 引导被试自然正向的成长. 未来需要进一步的实证研究, 为症状的有效干预找到理论依据.

当然, 以上提出的很多正向干预措施在短期内

的收效是反复不定的, 必须跟踪被试多年的成长才能从整体发展得到稳定的结论. 如何召集更多能紧密跟踪多年的被试是本研究的一个难点. 接下来本研究将继续通过调查问卷的形式从家长方面得到更多支撑数据, 并深入到孤独症康复中心以及被试家庭进行长期的跟踪介入, 更大范围内进行验证, 不断校正、完善、扩展这套正向干预体系, 最终能上升为符合我国国情、本土文化、生活习惯并可普及推广的一套孤独症正向干预理论.

参考文献

- 1 Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943, 2: 217–250
- 2 Yang Y, Jin X M. The Effect of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition, DSM-V) on the diagnosis and treatment of children with Autism Spectrum Disorders (in Chinese). *Chin J Child Health Care*, 2015, 23: 1278–1280 [杨友, 金星明. 美国《精神障碍诊断和统计手册》第五版对儿童孤独症谱系障碍诊治的影响. *中国儿童保健杂志*, 2015, 23: 1278–1280]
- 3 Rogers S J, Dawson G, Vismara L A. Zhang Q C, He Y J, Transl. *An Early Start for Your Child with Autism* (in Chinese). Beijing: Huaxia Publishing House, 2016 [Rogers S J, Dawson G, Vismara L A. 张庆长, 何逸君, 译. 孤独症儿童早期干预丹佛模式. 北京: 华夏出版社, 2016]
- 4 Barron J, Barron S. Chi Z Y, Transl. *There's a Boy in Here Emerging from the Bonds of Autism* (in Chinese). Beijing: Huaxia Publishing House, 2015 [Barron J, Barron S. 池朝阳, 译. 男孩肖恩走出孤独症. 北京: 华夏出版社, 2015]
- 5 Greenspan S I, Wieder S. Ma L, Transl. *Engaging Autism Using the Floor Time Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think* (in Chinese). Beijing: Huaxia Publishing House, 2014. 3 [Greenspan S I, Wieder S. 马凌冬, 译. 地板时光: 如何帮助孤独症及相关障碍儿童沟通与思考. 北京: 华夏出版社, 2014. 3]
- 6 Lord C, Rutter M, Le Couteur A J. Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 1994, 24: 659–685
- 7 Lord C, Rutter M, DiLavore P C, et al. *Autism Diagnostic Observation Schedule-WPS (ADOS-WPS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1999
- 8 Falkmer T, Anderson K, Falkmer M, et al. Diagnostic procedures in Autism Spectrum Disorders: A systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2013, 22: 329–340
- 9 Lv M, Yang G X. On the PRT intervention model for autism (in Chinese). *Chin J Spec Educat*, 2012, 10: 38–42 [吕梦, 杨广学. 自闭症PRT干预模式评析. *中国特殊教育*, 2012, 10: 38–42]
- 10 Guo D H, Deng X Y, Zhao Q, et al. Investigations and analysis on the needs of parents of children with autism (in Chinese). *Disabil Res*, 2014, 2: 43–48 [郭德华, 邓学易, 赵琦, 等. 孤独症家长需求分析与对策建议. *残疾人研究*, 2014, 2: 43–48]
- 11 China Association of Persons with Psychiatric Disability and their Relatives. *Blue Papers on Needs of Parents with Autistic Children in China* (in Chinese). Beijing: Huaxia Publishing House, 2014 [中国精神残疾人及亲友协会. 中国孤独症家庭需求蓝皮书. 北京: 华夏出版社, 2014]
- 12 Xu C L. The life annotation of confucianism (in Chinese). *J Hubei Univ (Philos Soc Sci)*, 2014, 5: 78–81 [徐春林. 儒学的生命化诠释. *湖北大学学报(哲学社会科学版)*, 2014, 5: 78–81]
- 13 Grandin T. Fan W Transl. *Thinking in Pictures: My Life with Autism* (in Chinese). Beijing: Huaxia Publishing House, 2014. 5–95 [Grandin T. 范玮, 译. 用图像思考与孤独症共生. 北京: 华夏出版社, 2014. 5–95]
- 14 Luo L R, Liang Y F, Yao Y X. A study of the relationship of monoamine neurotransmitters in blood between ADHD children and autistic children (in Chinese). *Chin J Clin Rehab*, 2002, 6: 2868–2870 [罗丽茹, 梁友芳, 姚艺雄. 儿童多动症、儿童孤独症与血中单胺类神经递质关系的研究. *中国临床康复*, 2002, 6: 2868–2870]

Summary for “孤独症儿童生活和学习能力的正向干预模式”

Positive intervention model of quality of life and learning ability of autistic children

Yaping Liu^{1,3*}, Wenfeng Chen^{2*} & Xiaolan Fu^{1,3}

¹ Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, Beijing 100101, China;

² Department of Psychology, Renmin University of China, Beijing 100872, China;

³ Department of Psychology, University of Chinese Academy of Sciences, Beijing 100049, China

* Corresponding authors, E-mail: bnu_et@163.com; wchen@ruc.edu.cn

Although each autistic child is a unique individual, to understand the inherent mechanisms of autism, the research must focus on the common attributes among most cases of autism. From the holistic perspective of life, the common attribute of behavioral and psychological interventions for autism is to improve the abilities of autistic children to adapt to social life. The holistic view of life suggests that ideal autism intervention is not to treat autistic children in an environment separate from their daily living, but to heal through natural development in their daily lives. Notably, the intervention for autistic children is gradually changing from a medical model to a social model, which requires more humanistic spirit and social sentiment and particular perspectives of life and ethical values. Thus, the empirical research on autism should be translated into practical programs with a purpose of adaption in social life, so that autistic children and their families can maximize benefit from the empirical research. In some sense, “treatment” is to help autistic children to adapt to life and survival. Considering that family members play the core roles in raising autistic children, an intervention method with practicable programs, not academic outcomes, would benefit the parents more directly. Compared with the academic literature, it seems that the writings of autistic people and the parents who have raised children with autism are more convincing and helpful. This is because these documents provide a more practical bridge for the communication between family members and autistic children. Based on a summary analysis of such literature and by conducting a case study, we proposed a positive intervention model of autistic children to improve their life skills and learning ability.

This study analyzed 20 manuals for family intervention of children with autism, and the common intervention methods were summarized and applied in the five-year case study. We summarized effective intervention ideas and treatments and proposed a positive intervention model for autistic children. This study also predicted the necessary conditions to maximize the rehabilitation of children with autism, such as intervention therapy at two years of age, a harmonious family environment, the presence of at least one family member to monitor the implementation and coordination of rehabilitation training, and professional and systematic interventions in behaviors and language.

The effectiveness of many positive intervention methods is uncertain in the short term. To obtain a reliable outcome, long-term tracking of the growth of the autistic cases for many years is necessary to conclude from the overall development of the children. To test and improve the positive intervention model, we aim to conduct further studies to get more data from parents and autism rehabilitation centers through surveys and interviews and to conduct more case studies with the families for long-term tracking.

autism spectrum disorder, intervention theory, positive intervention, holistic view of life

doi: 10.1360/N972017-01242