

學齡前特殊兒童家庭 語言規劃調查研究^{*}

李心敬、范媛媛、倪廣妍

提 要：家庭語言規劃對學齡前特殊兒童語言能力的康復與發展具有關鍵作用，直接關係到他們將來能否擁有接近普通人的語言能力。但目前學界相關研究相對匱乏，文章通過問卷調查和非結構性直接訪談法對學齡前特殊兒童家庭語言規劃情況進行調查，結果發現：家庭語言管理模式低效，主要表現為缺乏科學有效的語言問題篩查機制；家庭語言意識發展滯後，主要表現為語言知識匱乏，語言觀念落後；家庭語言實踐不足，主要表現為語言實踐強度不夠。因此，建議應全過程優化家庭語言管理，家庭語言意識提升先行一步，並且提高家庭語言意識與加強家庭語言實踐應同步進行。

關鍵詞：家庭語言規劃；學齡前特殊兒童；語言管理；語言意識；語言實踐

一、前言

家庭語言規劃是微觀層面、家庭場域的語言規劃（國家語言文字工作委員會，2020：157）。King 等人（2008）、King & Fogle（2017）定義家庭語言規劃為家庭中公開且明確的語言使用規劃。李宇明（2022）指出目前學界對語言規劃的內涵、外延和名稱的認識尚不一致，但目前有統稱為“語言規劃”的趨勢。根據 Leslie & Thomas（2002）對美國兒童語言發展情況調查，2—3.5 歲兒童語言發育遲緩的發病率高達 13.5%—17.5%。除了非殘障因素導致的語言發育遲緩障礙，聽力障礙、構音器官障礙、智力發育遲緩和孤獨症譜系障礙兒童也往往伴隨有語言發育遲緩症狀。2010 年末中國殘疾人聯合會發佈的全國殘疾人總數及各類不同殘疾等級人數中，言語殘疾共 130 萬人。這些言語殘疾的人群更需要學界關注，需要專業的家庭語言規劃。尤其對於學齡前特殊兒童^①來說，家庭是直接影響和決定幼兒早期成長發育的關鍵因素，家庭語言規劃將深刻影響並塑造兒童語言能力，加強特殊兒童家庭語言規劃研究具有直接

^{*} 感謝匿名審稿專家提出的寶貴意見，感謝重慶市南岸區樂語鳥特殊兒童早期干預中心特教教師劉曉博、程金秋；星兒守護家教聯盟特教教師樊容秀提供的支持與幫助，文章如有謬誤，概由作者負責。

^① 韋小滿、蔡亞娟（2016：2）將特殊兒童定義為一群在生理和心理發展的某一方面或多個方面明顯地偏離普通兒童的發展水平、有特別的學習或適應困難、只有接受了特殊教育才能充分發展的兒童。特殊兒童類別很多，本文所調查的特殊兒童主要是指表 2 中的幾種殘障類型所造成的語言發育遲緩兒童。感謝匿名審稿專家關於明確特殊兒童定義的建議。

的現實指導意義。但是，特殊兒童的家庭語言規劃不同於普通兒童家庭語言規劃，這些家庭需要配合專業機構的言語康復訓練來制定相應的家庭語言規劃，如果配合不當或是錯失黃金干預年齡，孩子有可能無法正常社交，從而影響後期融合教育效果。

關於家庭語言規劃的研究，目前學界主要採用的是 Spolsky (2009: 1-30) 的理論框架：即包含語言意識、語言實踐和語言管理三個相互依賴而又獨立的要素。其中，語言意識形態泛指語言政策背後的理念或不同語言所賦予的價值；語言實踐指的是有規律的、可預知的語言行為，即不同環境下為達到不同交流目的而實際使用的語言；語言管理是對語言實踐或語言意識形態進行干預、影響或修正的具體行為（張曉蘭，2017）。家庭語言規劃對家庭內部成員，尤其對兒童的語言能力有直接的塑造作用，King 等（2008）較早將兒童語言規劃和兒童語言習得這兩個獨立的領域結合起來研究，提出家庭語言規劃將塑造兒童的發展軌跡，影響孩子在學校的表現。Gillette（1992）提出對於 0—3 歲語言發育遲緩為代表的特殊兒童應優先採取以家庭為中心的早期干預模式；Beatson（2006）指出以家庭為中心的護理模式會增強干預效果。雖然家庭為中心的干預模式效果更好，但這種模式也會帶來更大的挑戰，Mandak & Light（2018）通過對特殊兒童家長及言語康復師問卷調查發現，以家庭為中心的服務往往缺乏很好的實施，父母和言語康復師仍存在很多分歧。所以，如何配合康復治療來制定更優的家庭語言規劃是一個難題。雖然家庭語言規劃對於特殊兒童語言發育至關重要，但是目前專門針對特殊兒童家庭語言規劃的研究較為薄弱，國外有對聾人社區家庭語言規劃的研究（Quer & De Quadros, 2015; Hill, 2015），國內倪蘭、雷紅波（2020）倡導學界重視聽力障礙兒童的家庭語言規劃研究；李宇明（2021：2）指出一些患有語言疾病的兒童更需要特殊的家庭語言規劃；梁丹丹（2022a）指出家庭在孩子的語言發展和干預中起到關鍵作用。雖然學界已經注意到這一特殊的家庭語言規劃領域，但總體上仍側重於普通兒童的家庭語言規劃研究，對於特殊兒童家庭規劃的相關調查和實證研究較少。

結合當前特殊兒童家庭語言規劃的實際情況，Spolsky 的語言規劃理論可以從不同角度較為全面地揭示家庭語言規劃目前存在的問題。本文借鑒這一理論思想，將其與特殊兒童家庭語言規劃實際情況結合起來，具體體現為：特殊兒童家庭語言管理是家庭在應對特殊兒童語言問題時採取的一系列決策；特殊兒童家庭語言意識是家長潛在的語言觀念和期待，是特殊兒童語言問題的第一道篩查機制，對語言管理和實踐起決定作用；特殊兒童家庭語言實踐主要表現為家庭和干預機構所採取的干預治療、日常泛化訓練、與同齡兒童社交互動等活動。本文通過對特殊兒童家庭的語言管理、語言意識和語言實踐三方面的實際調查，分析目前存在的問題並提出建議，期望通過本研究優化特殊兒童家庭語言規劃，提升特殊兒童語言能力，釋放他們的語言潛能。

二、方法

2.1 研究對象

本研究以特殊兒童家長為問卷調查與訪談的對象，問卷形式包括網絡問卷和紙質問卷，主

要在重慶市南岸區樂語鳥特殊兒童早期干預中心^②線下採集(共 84 份問卷, 34 個訪談), 同時還有來自“星兒守護家教聯盟”^③平台收集的網絡問卷(共 10 份^④)。共收集問卷 94 份, 其中, 有效問卷 89 份, 問卷有效率 94.68%。

2.2 調查方法

調查以問卷調查為主, 問卷由一線特教教師和特殊兒童家長共同修訂而成, 問卷信度為 0.885; 為了充分尊重家長表述意願, 挖掘家庭語言規劃背後的原因, 我們同時採用相對自由的非結構性訪談來輔助觀察, 訪談是線下問卷調查時同步進行。本文的問卷和訪談通過匿名化和去標識化處理, 所有受試者均在完全自願的基礎上參與, 保證了被試的隱私和權益。

2.3 調查內容

(1) 背景信息: 所在城市, 兒童出生年份, 性別, 殘障類型, 主要帶孩子的家長及其學歷; (2) 語言管理方面的信息: 幾歲發現異常, 怎樣發現的, 確診後間隔多久開始進行正規干預, 如何確定康復機構, 是否主動學習相關康復知識等信息, 是否支持繼續干預; (3) 語言意識方面的信息: 是否瞭解孩子語言發育基本規律, 是否認同“貴人語遲”觀念, 是否重視孩子的語言能力, 希望孩子達到的語言能力水平, 希望孩子學會什麼語言等問題, 家長焦慮情況等問題; (4) 語言實踐方面的信息: 是否在語前階段有意識和孩子多交流, 是否配合老師完成課後指導, 是否常帶孩子與同齡兒童社交, 是否會利用真實生活場景進行泛化教育, 有無進行自主干預; (5) 其他相關信息: 如在配合干預過程中遇到哪些困難等。訪談內容主要圍繞問卷情況開展, 主要內容包括語言管理和語言實踐行為背後的原因, 影響語言意識變化的因素及心路歷程。

三、結果

3.1 基本情況

通過調查, 我們收集到了來自十個省份的 89 份有效問卷, 特殊兒童的具體情況如表 1、表 2 所示:

表 1 特殊兒童出生年份分佈 (n=89)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
人數	3	5	16	13	29	17	6

本次調查中特殊兒童的出生年份分佈在 2014—2020 年; 其中男孩 71 人 (佔 79.78%),

② 重慶市南岸區樂語鳥特殊兒童早期干預中心是重慶市殘疾人聯合會定點康復機構, 主要為 0—6 歲聽力障礙、孤獨症、語言智力發育遲緩的特殊兒童提供康復教育, 目前有 200 多名患兒接受康復訓練。

③ 星兒守護家教聯盟是由特殊教育教師樊容秀創辦的微信公眾號, 是孤獨症、發育遲緩等特殊兒童家長的教育資源共用平台。

④ 分別來自廣東江門、廣西玉林、河南南陽、黑龍江哈爾濱、湖南長沙、吉林省吉林市、山西太原、四川宜賓、雲南昆明和玉溪各 1 份。

女孩 18 人（佔 20.22%），在抽樣結構方面，選取有干預史的不同殘障類型的特殊兒童家庭，特殊兒童的類型分佈幾乎覆蓋所有和語言遲緩或語言障礙有關的殘障類別，根據問卷原始調查結果顯示，特殊兒童類型比較複雜，不同孩子存在不同的症狀組合類型，各種因素導致的特殊殘障兒童大多伴隨有不同程度的語言發育遲緩，如下表所示：

表 2 特殊兒童語言障礙類型分佈

特殊兒童類型	具體症狀	數量	佔比
聽力障礙兒童	聽力障礙 + 語言遲緩	24	28.09%
	聽力障礙 + 語言流暢性障礙 + 語言環境脫離 + 語言遲緩	1	
孤獨症兒童	孤獨症 + 語言遲緩	23	33.71%
	孤獨症 + 語言遲緩 + 語言流暢性障礙	1	
	孤獨症 + 語言遲緩 + 智力發育遲緩	5	
	孤獨症 + 智力發育遲緩 + 語言流暢性障礙	1	
智力發育遲緩兒童 ^⑤	智力發育遲緩 + 語言遲緩	4	6.74%
	智力發育遲緩 + 構音器官異常 + 語言遲緩	1	
	智力發育遲緩 + 語言遲緩 + 語言流暢性障礙 + 構音器官異常 + 語言環境脫離	1	
構音器官異常兒童	構音器官異常 + 語言遲緩	1	1.12%
語言流暢性障礙兒童	語言流暢性障礙 + 語言遲緩	2	2.25%
非殘障因素語言發育遲緩兒童	語言發育遲緩	25	28.09%
合計		89	100%

本調查中家長身份情況為：媽媽佔 77.53%，其次是祖父母或外祖父母（17.98%），爸爸佔 4.49%；學歷方面，家長學歷中高中（大專）及以下學歷佔絕大多數（78.65%），具體情況如下表所示：

表 3 主要負責帶孩子家長的學歷

	無學歷	小學	初中	高中 / 大專	大學本科	研究生
佔比	3.37%	8.99%	22.47%	43.82%	20.23%	1.12%

調查顯示，主要帶孩子的家長學歷普遍偏低，高中 / 大專及以下學歷佔絕大多數（78.65%），大學本科及研究生學歷佔 21.35%。家長學歷水平並不能決定語言意識，但會極大影響家庭的語言意識水平。陳小娟，張婷（2015：75）也指出，父母學歷與社會、經濟地位越高，其家中兒童的語言發展能力也越佳。

3.2 家庭語言管理現狀

對於特殊兒童來說，最重要的是要做到“早發現、早診斷、早干預”，儘早診斷能夠給孩子語言發育爭取更多的時間。但是本研究發現（見表 4），孩子發現異常的年齡稍顯滯後，1 歲以前發現的比例較低（16.85%），大部分家庭集中在 2—3 歲（37.08%），或者在 1—2 歲（31.46%）發現異常，總體上 1—3 歲發現異常佔絕大多數（68.54%）。這首先是因為 0—1 歲是語前階段（Pre-language Stage），是語言能力的準備期，1 歲以後孩子語言開始顯現；其次是譜系障礙兒童一般 0—2 歲發育正常，到 2—3 歲左右發生語言退化才開始顯現；最後是由

⑤ 其中有兩名兒童的具體症狀同時包含智力發育遲緩和構音器官異常，我們在本文統計中將其歸為智力發育遲緩類。

於醫院診斷結果不明朗導致相應的語言管理有所延遲，目前對於語言遲緩類和譜系障礙兒童的診斷仍是一個醫學難題，這些因素會導致相應的家庭語言管理有所延誤。

表 4 發現孩子異常的年齡

	1 歲以前	1—2 歲	2—3 歲	3—4 歲	4—5 歲	5 歲以上
佔比	16.85%	31.46%	37.08%	8.99%	3.37%	2.25%

調查顯示（見表 5），最早發現孩子異常的方式較為原始和低效，絕大多數是家長觀察發現的（59.55%），這種察覺方式極大受制於父母及其他家庭成員語言意識和語言管理的影響，其次是專門負責兒童成長發育保障的兒童保健服務發現孩子異常的（20.22%），這受制於基層社區或醫院、兒保中心醫師的經驗和相關知識儲備，相應的檢查指標的制定是否完善等因素。新生兒篩查佔比僅 10.11%，且可以篩查出的異常兒童主要是聽障類兒童（佔 1 歲前發現異常中的 60.00%）。但實際上，根據我們的調查，即使在聽力障礙這類專項檢查中，新生兒聽力障礙的檢出率也只佔 32.00%，有 40.00% 的聽障類兒童仍然是通過家長觀察發現的。

表 5 發現孩子異常的方式

	家長觀察	兒童保健	新生兒篩查	幼稚園老師	其他人提醒
比例	59.55%	20.22%	10.11%	7.87%	2.25%

在發現孩子異常之後，應儘早去醫院進行進一步的診斷並立即展開語言康復訓練，但調查顯示，立即開始康復訓練的家庭僅佔 41.57%，間隔在 1 個月內的佔 20.22%，間隔 1—6 個月的有 14.61%，間隔在半年到兩年不等的家庭合佔 23.60%（見表 6）。這些間隔時間較長的家庭受到各種現實因素的影響：首先，根據訪談發現，孩子被確診後，家長會面臨較大的心理應激反應，家長心理調試需要一定的時間，這個反應時間和過程越長，對孩子語言發育越不利；其次家長接下來如何進行下一步語言管理，如何獲取相關社會資源和信息，干預機構如何選定（見表 7），如何獲取社會相關支持等都需要時間來進行信息搜尋和家庭決策；再加上家庭經濟和人力狀況等現實因素，家庭能否順利開展語言管理也是一個問題。這個時期也是家庭語言意識與語言管理模式發生巨變的階段，亟需社會相關機構的協助與指導。

表 6 確診後間隔多久開始語言康復訓練

	立即開始	1 個月內	1—6 個月	6—12 個月	1—2 年	2 年以上
佔比	41.57%	20.22%	14.61%	6.74%	14.61%	2.25%

在醫院確診之後，家長如何選定康復機構、如何獲取相關信息與資源涉及到語言管理的實踐路徑。語言管理路徑不清晰給這些家庭造成了一定困難，調查顯示選定康復機構仍然主要通過家長自行尋找，具體包括朋友推薦（41.57%）和網絡搜索（12.36%），但是這兩種方式獲取的信息品質有待提高。醫院作為醫學診斷和治療的權威機構，應當在此時發揮主導作用，但是通過醫院推薦的僅佔 37.08%。據訪談得知，醫院推薦接受度不高的原因主要是受到收費標準、時間成本和干預模式等因素的影響。值得注意的是，殘疾人聯合會的協助與指導並沒有發揮很好的作用，其推薦佔比也僅為 4.49%，略高於康復機構的商業宣傳，其中殘聯宣傳不足是原因之一。此外，家長在進行語言管理決策時沒有求助於正規機構，其獲取信息的品質有待提高。

表 7 家庭如何選定康復機構

	醫院推薦	朋友推薦	網絡搜索	殘聯推薦	康復機構宣傳	不清楚
佔比	37.08%	41.57%	12.36%	4.49%	3.37%	1.12%

據訪談得知，由於目前社會上干預機構品質良莠不齊，並且國內尚無統一的師資認證標準，很多家庭在語言管理上走了很多彎路，出現選錯機構、用錯方法的情況，錯失孩子的黃金干預期。

選定康復機構進行干預之後，家庭語言管理就進入了下一個模式，即積極配合學校開展家庭輔助干預，通過家校共育改善孩子干預效果，家長通過有規律有目的的語言實踐來改善和提高兒童語言能力。關於後繼的干預計劃，調查顯示，97.76%的家長願意聽從言語治療師的建議，支持孩子繼續接受干預，僅有 1.12%的家長不支持，還有 1.12%的家長稱還沒想好。

3.3 家庭語言意識現狀

除了聽障類特殊兒童外，語言問題是其他的孤獨症、智力發育遲緩、構音器官異常以及語言發育遲緩兒童較早表現出來的預警信號之一。一般來說，兒童語言發展分為前語言期和語言發展期。一般兒童一歲以後進入語言發展期，出現可以被理解的語言表達，在語音、語義、語法和語用等各方面都遵循具體的語言發展規律。據訪談瞭解，兒童語言落後問題雖然是較早觀察到的現象之一，但多數家庭會選擇觀察一段時間，直到後期孩子出現行為等其他異常表現之後才開始就醫檢查。所以對於特殊兒童家庭來說，家長的語言意識是孩子的第一道語言篩查機制，直接決定了能否早發現、早診斷，並影響接下來的語言管理與語言實踐情況。

但是，語言意識具有很強的隱蔽性，根據訪談，在調查員追問家長是如何發現孩子異常的，家長的回覆往往是“覺得不對勁”，但是很難描述清楚。語言意識受到社會經濟文化以及傳統觀念的影響，家庭成員、代際之間以及家庭交際圈的語言意識也會進行博弈，會相互影響。此外，孩子確診前後是家庭語言意識變化的轉捩點，確切來說是家庭語言意識快速提升的起點，這個時期家庭成員會接觸更多基本的語言知識，反思並糾正落後的語言觀念。

特殊兒童家庭的語言意識水平主要體現在家長對兒童語言發育規律的認識程度上，集中表現為對“貴人語遲”觀念的態度。梁丹丹（2022b）指出，認為說話比同齡兒童晚是“貴人語遲”的觀念是特殊兒童家長中常見的認識誤區。“貴人語遲”被普遍理解為孩子說話晚是智商高的表現，並非病理性問題。實際上，這種觀念只是給家長提供了一定的心理安慰。

基於上述情況，我們調查了孩子確診前後，家長是否瞭解兒童語言習得規律、是否認同“貴人語遲”觀念，調查結果如下表所示：

表 8 家長對兒童語言習得規律和“貴人語遲”觀念瞭解或認同情況

	一直認同 / 瞭解	一直不認同 / 不瞭解	以前認同現在不認同	以前不瞭解現在瞭解了
是否瞭解兒童語言發育規律	14.61%	22.47%	—	62.92%
是否認同“貴人語遲”這個說法	3.37%	44.94%	51.69%	—

調查發現大多數家長的語言意識在孩子確診前後發生了巨大的變化，62.92%的家長以前不瞭解，現在瞭解了兒童語言發育規律；51.69%的家長以前認同，現在不認同“貴人語遲”

的說法，可見這種語言知識匱乏、錯誤語言觀念的存在是一種較普遍現象，這樣的語言意識會阻礙兒童語言能力的提升與發展。此外，我們還調查了“小孩子是怎麼學會語言的，是不是不用教，自然學會的”這一問題，71.91%的家長目前不認同這一觀點，通過訪談發現，這其中有一部分家長是原來認同，後來語言意識發生變化，現在不認同；19.10%的家長現在仍認同，認為孩子學語言不需要專門教；還有 8.99%的家長表示不清楚。我們發現，雖然這些落後的語言意識在這一時期得到了明顯的提高與改善，但仍遠遠滯後於兒童語言問題的出現，這種模式不利於孩子語言能力的發育與提升。

關於家庭語言意識的提升，我們調查了在孩子確診後，家長是否會主動學習跟孩子病情相關的語言康復知識，調查顯示，80.90%的家長表示會主動學習，15.73%的家長想學習但是沒有條件，只有 3.37%的家長沒有主動學習，可以看出絕大多數家長都會主動提高語言意識水平來適應情況的變化。此外，對於是否重視孩子的語言能力，絕大多數家長（96.93%）表示非常重視，3.37%的家長一般重視，可見這一階段家庭整體語言意識情況逐步好轉。

此外，我們還調查了特殊兒童家庭語言期待和家長焦慮情況。語言期待是家長對於未來孩子語言能力的設想。總體來說，特殊兒童家庭對孩子將來的語言能力持低期望的理性態度，主要希望孩子能夠像普通人一樣融入社會，其中，“期望孩子能夠接近或和普通人一樣”，或是“語言仍存在一定缺陷、但不形成障礙”的家庭合佔 85.40%，僅有 13.48%的家長有較高的期待，期望孩子將來能夠擁有超越一般水平的語言能力，還有 1.12%的家長選擇了“其他”。值得注意的是，語言期待會隨着孩子語言康復情況而相應變化。此外，家庭對於孩子掌握什麼類型的語言並沒有特殊期待。

對於特殊兒童來說，家長潛在的語言意識反映出來的焦慮程度也是影響孩子語言干預效果的一個重要因素。總體上來說，已經進入康復機構進行正規干預的家庭焦慮程度處在一個可控的範圍內：8.99%的家庭表示非常焦慮，34.83%的家庭是有些焦慮，17.98%的家庭不太焦慮，38.20%的家庭輕鬆愉快。但是這一調查結果受到調查樣本的限制，根據我們的調查體驗，能配合完成問卷和訪談的家長一般是孩子康復效果較為明顯的，家長的部分語言期待得到了實現與滿足，而同時有一些家長持拒絕配合調查的態度，還有兒童情況較為嚴重的家庭會選擇放棄干預。根據訪談，家庭長期心理壓力和焦慮仍然存在，主要來自經濟壓力和孩子未來規劃方面。

3.4 家庭語言實踐現狀

語言實踐是家庭在執行語言意識和語言管理過程中的實際操作。對於特殊兒童家庭的語言實踐來說，我們主要從發現孩子異常前家庭語言實踐情況、孩子進入干預治療後家庭配合情況和家庭其他自主語言實踐情況三方面內容進行調查。首先，對於孩子發現異常前和語前階段，我們調查了家長是否有意識和孩子多說話，多交流。調查顯示，大多數家長（74.15%）和孩子交流較多，會經常主動和孩子互動，只有 16.85%的家長稱交流不多，不會主動和孩子互動，還有 9.00%的家長和孩子交流極少。由此可見大部分家庭的語言實踐情況良好，為孩子早期的語言發育營造了良好的語言環境，但是仍有 25.85%的家庭的語言實踐力度不足。孩子的語言習得環境匱乏，容易造成由語言環境脫離導致的兒童語言發育遲緩。

孩子進入干預機構之後，家庭語言實踐模式需要發生轉變，即從家庭自主語言實踐轉變為配合干預師開展針對性較強的語言實踐。對於家庭語言實踐的配合情況，我們主要調查治療師

是否要求家長完成課後相關訓練和家長是否配合治療師完成課後訓練，如下表所示：

表 9 家長配合治療師語言實踐情況

	每次	經常	偶爾
治療師是否要求家長完成課後訓練	47.19%	34.83%	17.98%
家長是否配合治療師完成課後訓練	31.46%	48.31%	20.23%

總體上來看，治療師相對來說會積極要求家長完成課後訓練（“每次”和“經常”的情況合佔 82.02%），然而，大部分的家庭無法做到每次都配合完成語言實踐（“經常”和“偶爾”的情況合佔 68.54%），這主要是受制於家長的配合意識、精力、相關康復訓練知識儲備和孩子配合度等方面影響。對於訓練方法和注意事項方面，69.66% 的治療師經常給予家長相關指導，僅有 25.84% 的治療師偶爾指導，4.50% 的治療師很少指導家長。此外，關於家長與言語治療師的溝通效果，大部分家長（67.42%）認為非常好，只有 31.46% 認為一般，1.12% 認為不好。

除去干預機構的課程和干預師要求完成的語言實踐外，我們還調查了家長是否會利用真實生活場景進行語言泛化教育、家長是否會進行自主干預，以及家長帶孩子與同齡兒童社交的語言實踐情況，如下表所示：

表 10 特殊兒童家長自主語言實踐情況

	經常	偶爾	從未
是否經常帶孩子與同齡兒童社交	77.53%	21.35%	1.12%
是否利用真實生活場景進行語言泛化	69.66%	28.09%	2.25%
家長有無進行自主干預	60.67%	32.59%	6.74%

調查顯示，家長帶孩子與同齡兒童社交的語言實踐情況是三種家庭自主語言實踐中情況最好的，大部分家長都有意識多給孩子創設良好的語言社交場景，經常（77.53%）帶孩子進行社交等語言實踐活動，也有不少家長只是偶爾或從未（22.47%）帶孩子與同伴社交，其中的原因比較複雜。通過訪談，我們發現家長本身精力及社交能力限制、孩子語言及社交能力較弱很難融入同伴群體是其中比較突出的因素。對於利用真實生活場景對孩子進行語言泛化的實踐情況，69.66% 的家庭會經常將孩子在干預課程中習得的概念和內容在生活中進行強化訓練，進一步強化鞏固孩子的語言和認知能力，僅有 30.34% 的家庭偶爾或從未進行過相關語言實踐。除了泛化教育之外，家長也有在家中自主干預的意識和實踐，經常進行自主干預的家庭佔 60.67%，低於經常進行語言泛化實踐頻率，這是因為自主干預需要更高的康復訓練知識和專業技能水平，這些進行自主干預的家長中有 64.04% 會積極自主學習並尋找相關資源來指導干預，可見家長的語言實踐會促進語言意識的提升，語言意識提升會帶動語言實踐的深度，但是仍有 35.96% 的家長沒有主動尋找過相關資源。

四、討論

4.1 缺乏科學有效的家庭語言管理模式和語言問題篩查機制，管理路徑不清、管理職責不明

特殊兒童家長是語言管理全過程的決策者和執行者，其語言管理模式直接塑造孩子的語言

能力，針對特殊兒童語言管理過程的重要節點主要包括：及早察覺孩子語言異常的年齡及表現、是否及時進行診斷和干預、如何選擇康復機構、如何獲取相關信息與資源、如何配合治療師進行泛化訓練、是否以及如何開展家庭自主干預、是否以及何時終止干預等，總體上來說仍有較大提升空間，特殊兒童家庭應優化全過程語言管理。

首先，發現孩子異常的時間滯後。調查發現，孩子發現異常的年齡稍顯滯後，1 歲以前發現的比例較低（16.85%），並且主要是聽障類兒童（佔 1 歲前發現異常中的 60.00%），這得益於醫院新生兒聽力篩查技術手段的普及。大部分家庭集中在 1—3 歲發現異常（68.54%），3—5 歲以上發現異常的比例合佔 14.61%。這反映出由家庭語言意識所決定的語言篩查機制落後，不能及時獲取兒童語言遲緩信號，也就導致後續相應的家庭語言管理有所延誤。

其次，目前家庭發現孩子異常的方式較為原始和低效。調查顯示，絕大多數是家長觀察發現的（59.55%），這種察覺方式極大受制於父母及其他家庭成員語言意識和語言管理的影響，而專門負責兒童成長發育保障的兒童保健服務發現孩子異常的僅佔 20.22%。也就是說，在家庭語言管理之外，並沒有真正建立起社會協同的語言管理機制，這種傳統落後的語言篩查機制極大阻礙了特殊兒童在語言關鍵期內語言潛能的挖掘與實現。

最後，家庭語言管理路徑不清，主要表現在是否及時進行診斷干預和如何選定康復機構等具體語言管理決策上。調查顯示，在家庭發現孩子異常之後馬上開始康復訓練的家庭佔一半以上，間隔 1—6 個月的有 14.61%，間隔在半年到兩年不等的家庭合佔 23.60%。這些間隔時間較長的家庭受到各種現實因素的影響，包括家長心理調試和接受時間、家庭經濟和人力狀況等現實因素等。關於確定家庭語言管理具體實施路徑方面，如何進行下一步語言管理規劃、如何獲取相關社會資源和信息、干預機構如何選定、如何獲取社會相關支持等都需要時間來進行家庭決策。

4.2 語言基礎知識匱乏、語言發育規律不瞭解、家庭語言觀念落後

語言意識具有很強的隱蔽性，並且受到多方因素的影響，家長很難描述清楚他們是如何覺察出孩子語言發育異常的。通過調查發現，在發現孩子語言障礙之前，大部分家長（85.39%）並不瞭解兒童語言發育普遍規律，超半數家長（55.06%）認同以“貴人語遲”為代表的落後語言觀念。家長們在孩子確診之後才慢慢瞭解兒童語言發育規律，逐漸擺脫錯誤語言觀念的影響，家庭語言意識的提升與發展嚴重滯後於問題的發現。我們發現，雖然這些落後的語言意識在這一時期得到明顯的提高與改善，但仍遠遠滯後於兒童語言問題的出現，這種模式不利於孩子語言能力的發育與提升，接近一半的家庭最早察覺兒童語言異常的方式是通過家長觀察發現的，這種察覺方式又極大受制於家庭成員語言觀念水平。落後的語言知識和觀念會導致貽誤病情，造成孩子不可逆轉的語言損失。

針對上述問題，有必要進一步普及兒童語言發育普遍規律。目前學界普遍認為“語言習得在嬰兒早期階段就已經開始，開始學習語言的年齡越晚，語言習得的效率就越低”，其中 6 歲之前（即學齡前）是語言習得的快速期（匡芳濤，2010，弗羅姆金等，2017：297）。根據訪談發現，許多家長往往會忽視孩子早期語言落後的信號，這一方面是由於對兒童語言發育普遍規律的不瞭解，同時也是受到落後語言意識和家長望子成龍心態的影響，因此充分瞭解兒童語言發育規律有助於儘早篩查與診斷；另一方面，對孩子的語言引導和干預也要遵循兒童語言

發育規律，據訪談得知，有不少家長急於求成，違背習得規律直接教孩子複雜的發音或句子，還有些家長束手無策，不知道該從何教起，這些都反映出家長對兒童語言發育普遍規律的瞭解不夠。

4.3 家庭語言實踐強度不夠，配合治療師的干預意識不強

語言實踐是語言意識的延伸，語言實踐強度與品質極大地受制於語言意識水平，所以應將加強語言實踐與提高語言意識同步進行。在孩子語前階段，大部分家庭的語言實踐情況總體良好，為孩子早期的語言發育營造了良好的語言環境，但仍有 25.84% 的家庭的語言實踐力度不足，這會導致孩子的語言習得環境匱乏，容易造成由語言環境脫離導致兒童語言發育遲緩。在進入干預階段之後，每次都配合治療師完成語言實踐的家庭僅佔三成，這主要是受制於家長的配合意識、精力、相關康復訓練知識儲備和孩子配合度等方面影響。對於家長的其他語言實踐情況，實踐頻率與難易程度呈反比，這主要還是受制於語言意識的制約，例如除了泛化教育之外，家長也有在家中自主干預的意識和實踐，經常進行自主干預的家庭佔 60.67%，低於經常進行語言泛化實踐頻率，這是因為自主干預需要更高的康復訓練知識和專業技能水平，這些進行自主干預的家長中有 64.04% 會積極自主學習並尋找相關資源來指導干預，可見家長的語言實踐會促進語言意識的提升，語言意識提升又會帶動語言實踐向更深層次發展，但是仍有 35.96% 的家長沒有主動尋找過相關資源。

五、建議

5.1 應全過程優化語言管理

首先，建立科學有效的多重語言問題篩查機制。目前接近半數家庭發現兒童語言異常的方式是通過家長自己觀察發現的，這種原始低效的語言預警模式會造成不同程度上的貽誤病情，應建立健全社區、醫院、學校和社會等多重語言問題篩查機制；其次，拓寬語言管理路徑，孩子確診後是家庭語言管理模式的轉捩點，目前主要途徑仍然是家長自行尋找（53.93%），包括朋友推薦和網絡搜索等非正規渠道，醫院、殘疾人聯合會和中國聽力語言康復中心等官方渠道提供的相關資源與信息宣傳力度不夠，這些機構應着力豐富家庭語言管理的優選項，提高家庭語言管理的信息來源品質；然後，明確家庭在語言管理中的重要職責，對孩子的干預開始後，家長傾向將康復預期和責任全部推給干預機構，過度依賴干預機構，對家庭在孩子的語言發展和干預中起到的關鍵作用重視不夠，沒有很好地配合干預師進行家校共育；梁丹丹（2022a）強調干預不是語言治療師一個人的工作，要重視家庭在評估和干預中的中心作用，在家庭環境中將積極行為支持和以家庭為中心的干預相結合，制定適應家庭構成和偏好的評估和干預措施；最後，明確語言干預的長期性。調查顯示，有不少兒童的康復訓練開始較晚或是斷斷續續，並渴望在短期內恢復正常水平，“語言技能提升絕非朝夕就可以實現，語言干預是長期且持續的，甚至對有些個體而言，理想狀態是終身都能接受專業支持”（梁丹丹，2022a）。

5.2 家庭語言意識提升需先行一步

家庭是兒童最早的學校，父母是孩子最好的老師。父母或準父母應該提前具備基礎語言知識，瞭解兒童語言習得和發育規律，更新落後的語言觀念，加深對語言能力的理解。具體來說，家庭語言意識的提升主要建立在以下幾方面的基礎上：首先，應瞭解基礎的語言知識，根據訪談發現，一些家長只是模糊感覺孩子語言異常，無法確切描述出孩子存在的具體語言問題，不能有效輔助醫生和語言康復師等專業人員診斷評估和干預訓練，因此應加強基礎的語音、語法和語用知識學習。其次，應瞭解兒童語言發育普遍規律，充分重視兒童語言發育關鍵期，根據訪談發現，許多家長對兒童語言發育普遍規律不瞭解，同時在對孩子的語言引導和干預時也尚未遵循兒童語言發育規律。此外，還要在孩子語言發育的黃金年齡階段營造良好的語言環境，保證豐富充足的語言刺激，並在發現孩子異常後應採取儘早干預的原則。例如聽力障礙兒童應在最早不超過 6 個月之前解決聽障問題，保證充足的語言輸入，才有可能避免語言發育遲緩症狀。然後，家長應該對身邊的“貴人語遲”“沉默是金”“只要年齡到了，孩子自然就能學會說話”等落後語言觀念持警惕態度，目前這些落後的語言意識還普遍存在，並且大眾接受度很高，這種語言意識一旦形成將潛在地阻礙和影響兒童語言能力的提升。最後，理解語言的思維和認知功能，語言不僅僅是交際工具和信息載體，還是思維工具，是認知能力的一部分，喬姆斯基（2003）^⑥甚至認為“語言的典型使用是為了思考，而不是為了交流”，語言干預訓練不僅是為了幫助特殊兒童掌握語言交際技能，同時也是為了提升兒童思維能力和認知水平。

除了提高家庭語言意識之外，還需要提高全社會對兒童語言發育遲緩的認識和瞭解，為孩子成長發育提供一個理解包容的環境，尤其加強向基層兒保醫師和幼稚園教師普及兒童語言發育規律、特殊兒童類型與語言表現特徵，以及語言基礎知識等。

5.3 加強語言實踐應與提高語言意識同步進行

調查發現特殊兒童家庭語言實踐情況整體良好，但是仍存在部分問題，首先在發現異常前和語前階段，部分家庭語言實踐強度不足；在開始干預訓練之後，半數家庭配合干預訓練的語言實踐力度和頻率不夠，此外，約三成以上家庭自主語言實踐情況不佳，這其中限制家庭語言實踐頻率與品質的關鍵因素是家長受制於相關專業知識背景和康復訓練技能水平。所以，為了解決語言實踐方面的問題，除了在語前階段要加強家庭語言實踐的力度和強度、在干預期加強與治療師的交流與配合度之外，更重要的是深化語言實踐應與提高語言意識同步進行，通過提高家庭語言意識水平來突破語言實踐的瓶頸問題。

除了上述問題之外，社會支持力度不足也是影響特殊兒童家庭語言規劃的重要因素，目前醫院和社區兒保缺乏有效的篩查手段、殘聯在基層社區的宣傳服務力度不夠、家庭進行語言管理決策時社會指導缺位，此外還存在康復資源區域分佈不均等問題。總之，相比普通兒童家庭語言規劃，特殊兒童家庭語言規劃呈現出完全不同的特點，表現為問題複雜、關注度弱、相關

⑥ 2003 年 4 月，喬姆斯基受邀參加紐約州立大學石溪分校主辦的“石溪訪談（Stony Brook Interviews）”，在與一位生物學家的問答環節提出關於語言功能的見解，他認為“Characteristic use of language is for thought, not for communication. Almost all language use, close to 100% is internal.”。

支持少，同時還可能對社會產生潛在負面影響等方面。家庭語言規劃在特殊兒童語言能力的改善和提升中起關鍵作用，但同時需要社會，醫院和學校的協力合作。

六、結語

目前學界對家庭語言規劃的研究更多聚焦雙語或多語環境下的普通兒童家庭，而對語言發育遲緩或語言障礙的特殊兒童家庭關注較少，這些家庭的語言規劃對家庭和社會的潛在影響更為巨大，應該受到同等甚至更多重視。本文通過深入調查學齡前特殊兒童家庭語言規劃現狀，發現特殊兒童家庭語言規劃普遍存在語言意識發展滯後、語言管理機制低效、語言實踐強度和深度不夠等問題。

針對上述問題，我們建議：首先，家庭語言意識提升應該先行一步，家長應提前瞭解基本的語言知識、瞭解兒童語言發育普遍規律、充分重視兒童語言發育關鍵期、警惕落後的語言觀念、加深對語言的思維和認知功能的理解，徹底扭轉家庭語言意識提升滯後於兒童語言問題發現和治療的被動局面；其次，家庭和社會應合力優化語言管理，應建立科學有效的多重語言預警機制、着力拓寬正規家庭語言管理路徑、明確家庭在語言管理中的重要職責以及語言干預的長期性；最後，家庭語言實踐強度應進一步加強，在干預期加強與言語治療師的交流與配合，同時也要意識到家庭語言實踐品質與語言意識水平密切相關，二者應相互促進、同步進行。

隨着特殊兒童群體受到越來越多的關注，語言干預機構和就診數量持續增長，兒童語言干預康復水平有很大的改善，社會和家庭語言意識都在逐漸覺醒和提升。雖然很多特殊殘障兒童的缺陷是伴隨一生的，但是科學的、及時的和有效的語言規劃可以極大改善孩子語言能力狀況，使這些孩子有很大可能在將來可以正常融入社會生活。但是目前相關醫療診斷水平、評估標準、干預水平、家庭配合、學校融合和社會支持等各個方面仍有很大的提升空間，正如 Spolsky（2009）所說，“語言規劃就是在做選擇”，如何在特殊兒童這有限的黃金干預年齡段內做出正確的選擇是整個家庭、醫院、學校和社會為之努力的方向。

參考文獻

- 陳小娟、張 婷 2015《特殊兒童語言與言語治療》，南京：南京師範大學出版社。
- 弗羅姆金等 2017《語言引論（第8版）》，王大惟等譯，北京：北京大學出版社。
- 國家語言文字工作委員會組編 2020《中國語言政策研究報告》，北京：商務印書館。
- 匡芳濤 2010 兒童語言習得相關理論述評，《學前教育研究》第5期。
- 李宇明 2021《家庭語言規劃研究》，北京：商務印書館。
- 李宇明 2022 語言規劃學說略，《辭書研究》第2期。
- 梁丹丹 2022a 語言障礙兒童的教育問題，《中國社科科學報》5月27日第6版。
- 梁丹丹 2022b 兒童語言障礙認知誤區剖析，《語言文字報》7月27日第2版。
- 倪 蘭、雷紅波 2020 重視聽力障礙兒童的家庭語言規劃，《中國社會科學報》11月10日第4版。
- 韋小滿、蔡雅娟 2016《特殊兒童心理評估（2版）》，北京：華夏出版社。
- 張曉蘭 2017 家庭語言政策研究之過去、現在與未來，《語言戰略研究》第6期。

- Beatson, Jean E. 2006. Preparing speech-language pathologists as family-centered practitioners in assessment and program planning for children with autism spectrum disorder. *Seminars in Speech and Language* 27 (1): 1-9.
- Gillette, Yvonne. 1992. Family-centered early intervention: an opportunity for creative practice in speech-language pathology. *Clinics in Communication Disorders* 2(3): 48-60.
- Hill, Joseph Christopher. 2015. Language attitudes in Deaf communities. In Adam C. Schembri & Ceil Lucas (eds.), *Sociolinguistics and Deaf Communities*, 137-161. Cambridge: Cambridge University Press.
- King, Kendall, Lyn Fogle & Aubrey Logan-Terry. 2008. Family language policy. *Language and Linguistics Compass* 2(5): 907-922.
- King, Kendall & Lyn Fogle. 2017. Family language policy. In McCarty, T. & May, S. (eds.), *Language Policy and Political Issues in Education: Encyclopedia of Language and Education* (3rd ed.). Berlin: Springer: 315-328.
- Leslie, Rescorla & Thomas, M. Achenbach. 2002. Use of the language development survey (LDS) in a national probability sample of children 18 to 35 months old. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 45(4): 733-743.
- Mandak, Kelsey & Light Janice. 2018. Family-centered services for children with ASD and limited speech: The experiences of parents and speech-language pathologists. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 48(4): 1311-1324.
- Quer, Josep & De Quadros, Ronice Müller. 2015. Language policy and planning in Deaf communities. In Adam C. Schembri & Ceil Lucas (eds.), *Sociolinguistics and Deaf Communities*, 113-136. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spolsky, Bernard. 2009. *Language Management*, 1-30. New York: Cambridge University Press.

李心敬 武漢 華中師範大學文學院 lixinjing66@qq.com

范媛媛 重慶 重慶郵電大學國際學院 fanyuanyuan@cqupt.edu.cn

倪廣妍 重慶 重慶郵電大學國際學院 nigy@cqupt.edu.cn

Investigating the Language Planning in Families of Preschool Children with Special Needs

LI Xinjing FAN Yuanyuan NI Guangyan

Abstract: Family language planning plays a crucial role in the language rehabilitation and development of children with disabilities, which directly influences their potential to achieve language proficiency close to that of their normal peers in the future. However, scholarly research in this area is relatively scarce. This article investigates into the language planning of preschool special needs children's families through questionnaire surveys and unstructured direct interviews. The findings indicate: Family language management model is inefficient, primarily characterized by a lack of scientific and effective language problem screening mechanism; there is a lag in the development of family language beliefs, mainly due to a lack of linguistic knowledge and outdated language concepts; and there is insufficient family language practice, mainly manifested as inadequate intensity of language practice. Therefore, it is suggested that the family language management process should be optimized throughout, that the enhancement of family language beliefs should take precedence, and that the improvement of family language beliefs and the reinforcement of family language practice should proceed in tandem.

Keywords: family language planning; preschool special needs children; language management; language beliefs; language practice