
New York State Department of Health

自闭症谱系障碍
(Autism Spectrum Disorder, ASD)
幼儿评估和干预服务
临床实践指南

2017 年更新版



家长和专业人员快速参考指南

临床实践指南编制小组

Stephen R. Anderson, PhD, LBA, BCBA-D

The Summit Center
Buffalo, NY

Ira Cohen, PhD, FAPS

NYS Institute for Basic Research in Developmental Disabilities
Staten Island, NY

Shirley Cohen, PhD

Hunter College, City University of NY
Brooklyn, NY

Tara Cook

家长成员
Warwick, NY

Lynn Decker

家长成员
New York, NY

Carroll Grant, PhD

Margaret L. Williams Developmental Evaluation Center
Syracuse, NY

Susan Hyman, MD

Division of Developmental and Behavioral Pediatrics
Golisano Children's Hospital
University of Rochester Medical Center
Rochester, NY

Harold Kanthor, MD

初级保健儿科医生
Rochester, NY

Catherine Lord, PhD

Weill Cornell Medical College
White Plains, NY

Gloria Lucker, MS, OTR/L, FAOTA

Optimal Therapy Associates Services
Buffalo, NY

Stacey Orzell

家长成员
Goshen, NY

Christine Radziewicz, 文学博士, CCC-SLP

School for Language and Communication Development
Glen Cove, NY

Raymond Romanczyk, PhD, BCBA-D

Institute for Child Development
Binghamton University – State University of NY
Binghamton, NY

Beth Rosenberg

家长成员
New York, NY

Lisa H. Shulman, MD

Rose F. Kennedy Center
CERC/LEND/UCEDD at Montefiore
Bronx, NY

Michael Siller, PhD¹

Hunter College, City University of NY
New York, NY

Patricia Towle, PhD

Westchester Institute of Human Development
Westchester, NY

Robert Trapani, OT

Therapy Partners in OT, PT, and Speech-Language Pathology
Skaneateles, NY

Amy Wetherby, PhD, CCC-SLP

Center for Autism and Related Disabilities
FSU Autism Institute
Tallahassee, FL

Serena Wieder, PhD

Profectum Foundation
New York, NY

¹Michael Siller (PhD) 现为 Emory University School of Medicine 儿科学系自闭症和相关疾病科副教授。同时，他还是 Children’s Healthcare of Atlanta Marcus Autism Center 的教育科学研究核心联合主任。

专家评审员和顾问

循证报告和陈述

筛查和评估

Patricia Towle, PhD

评估

Kristin V. Christodulu, PhD

Patricia Towle, PhD

干预

Raymond Romanczyk, PhD, BCBA-D

Michael Siller, PhD

医疗管理

Susan Hyman, MD

项目顾问

Concept Systems Inc.

Scott Rosas, EdD

Colleen Budzinski

New York State Department of Health – Bureau of Early Intervention（早期干预 服务署）

项目主任

Donna M. Noyes, PhD

联合主任

主要研究员, FAR Fund Grant

项目管理人

Kirsten Siegenthaler, PhD

Policy, Finance and State Systemic Improvement 助理主任

项目工作人员

Katherine Reksc

健康计划管理员

Ken Juhas

公共卫生专家

《2017 Update to the New York State Clinical Practice Guideline on Autism Spectrum Disorders: Assessment and Intervention for Young Children (Ages 0-3)》在编制时得到了以下各方的大力支持：New York State's Title V Maternal and Child Health Block Grant、New York State Autism Awareness and Research Fund 和



目录

前言	1
简介	7
第 1 章	
背景资料：了解自闭症谱系障碍 (ASD)	11
1.A. 什么是 ASD?	11
1.A.1. ASD 的症状是什么?	12
表 1.1	
DSM-5 ASD 的诊断标准 (来自 A 和 B 以及 C、D 和 E 的全部 5 种症状)	13
1.A.2. 是否有 DSM-5 标准未涵盖的症状?	14
1.B. ASD 有多普遍?	15
1.C. 导致 ASD 的因素为何?	16
1.D. ASD 是否与任何其他疾病或遗传综合征有关?	17
1.E. 如何诊断 ASD?	17
1.E.1. 何时或多早可以诊断 ASD?	18
1.E.2. 谁能做出诊断?	18
1.E.3. 是否有针对 ASD 的产前检查?	19
1.F. 有效干预方法的重要内容是什么?	19
1.G. ASD 儿童的预后如何?	19
1.H. 关于 ASD 有哪些常见的误解?	20
第 2 章	
可能患有 ASD 的幼儿的早期识别、筛查和诊断	23
2.A. ASD 的早期识别	23
2.A.1. 对 ASD 早期识别的建议	24
表 2.1	
自闭症谱系障碍的临床线索*	27

2.B. ASD 的正规筛查工具	33
2.B.1 对 ASD 筛查的建议	34
2.B.2 对 1 级筛查工具的建议	35
2.B.3 对 2 级筛查工具的建议	37
2.C. 对可能患有 ASD 的幼儿进行 ASD 诊断评估	38
2.C.1. 对 ASD 诊断评估的建议	39
表 2.2	
家长访谈部分要收集的信息	41
表 2.3	
自闭症谱系障碍评估要观察的幼儿行为组成部分 -	
参考 DSM-5 诊断标准	43
2.C.2 对 ASD 循证诊断评估工具的建议	50
第 3 章	
对自闭症谱系障碍幼儿及其家庭的早期干预	53
3.A. ASD 幼儿及其家庭的有效干预策略综述	53
3.B. 对 ASD 幼儿及其家庭的早期干预措施	57
3.B.1 关于选择和规划干预措施的建议	57
3.B.2 对早期强化行为和发展措施的建议	64
3.B.3 对家长介导方法的建议	70
3.B.4 关于家庭福祉和支持的建议	73
第 4 章	
对可能患有或已确诊 ASD 的幼儿进行医疗管理	75
4.A 对可能患有或已确诊 ASD 的幼儿进行健康评估	75
4.A.1 关于医疗之家的建议（一致且便利的初级医疗保健）	77
4.A.2 关于监测常见并发病症的建议	80
表 4.1	
与 ASD 相关的疾病和综合征	84
4.A.3 关于免疫状况、过敏和代谢评估的建议	87

- 4.B 对可能患有或已确诊 ASD 的幼儿进行健康干预 88
 - 4.B.1 关于解决 ASD 儿童常见健康和安全隐患的建议 88
 - 4.B.2 ASD 用药建议 89
 - 4.B.3 对 ASD 儿童进行饮食干预的建议 92
 - 4.B.4 关于激素疗法、免疫疗法、抗感染药物、
高压氧治疗和整合疗法的建议 94

- 附录 97
 - 附录 A. Early Intervention Program（早期干预计划）相关信息 . . . 98
 - 附录 B. 早期干预步骤 103
 - 附录 C. Division of Early Childhood（幼儿部，DEC）建议实践 . . 104
 - 附录 D. Early Intervention Program 资源 106
 - 附录 E. 共识小组成员简介 108
 - 附录 F. 同行评审员 116
 - 附录 G. 参考文献 119

前言



Bureau of Early Intervention 为何发布临床实践指南

作为 New York State Early Intervention Program 的领导机构，New York State Department of Health (NYSDOH) 致力于确保 Early Intervention Program 提供一致、高质量且成本效益高的适当服务，为符合条件的儿童及其家庭带来显著效果。

临床实践指南可用作实用工具，确保残疾婴幼儿获得与其个人需求、可用资源、优先事项和家庭顾虑相符的早期干预服务。

这些指南根据科学证据和专家临床意见，就以下方面的有效实践提出了建议，目的是帮助广大家庭、服务提供者和公职人员解决问题：

- 通过旨在识别特定残疾状况的常规发育监测和筛查，及早发现有残疾风险或疑似残疾的儿童。
- 提供多学科评估和评价，以获得有关儿童发展优势和需求的可靠信息，并在可能时作出诊断。
- 确定有效的干预策略并就早期干预服务的频率、强度和持续时间达成一致，从而为儿童和家庭带来积极的成果。
- 衡量所取得的成果。

利用科学证据制定指南

如今，每一门专业学科都需要证明其有效性。越来越多的专业人员需证明他们所使用的的方法能够有效地实现预期结果。

基于对科学文献的回顾和评价的指南可以帮助专业人员、家长和其他人了解关于特定临床方法的有效性存在哪些科学证据。如能找到足够的科学证据并进行系统评价，即可为作出明智决策提供一种平衡和客观的方法。

Early Intervention Program 概述

New York State Early Intervention Program 是根据联邦 Individuals with Disabilities Education Act (残疾人教育法, IDEA) C 部分针对残疾婴幼儿及其家庭推出的国家 Early Intervention Program 的一部分。同时, IDEA 也是一项确保所有 3 至 21 岁残疾儿童和青少年享有免费适当公共教育权的联邦法律。在 New York State, Public Health Law (公共卫生法) 第 25 条对 Early Intervention Program 做出了明确规定, 自 1993 年 7 月 1 日起生效。

如要获得相关服务, 儿童必须未满 3 岁, 并在国家定义的以下一个或多个发展领域(身体、认知、交流、社会情感和适应性发展) 确认有残疾或认定的发育迟缓。患有自闭症谱系障碍 (ASD) 的儿童有资格参加 Early Intervention Program。

Early Intervention Program 为残疾婴幼儿及其家庭提供各种治疗和支持服务, 包括家庭教育和咨询、家访、家长支持小组、特别指导、言语病理学和听力学、职业治疗、物理治疗、心理服务、服务协调、护理服务、营养服务、社工服务、视力服务以及辅助技术设备和服务。

New York State Public Health Law 中有关 Early Intervention Program 的主要条款要求如下：

- 由 57 个县和纽约市首席民选官员指定早期干预行政人员 (Early Intervention Official, EIO) 对计划进行地方管理。EIO 负责确保符合条件的儿童和家庭获得专为其制定的 Individualized Family Service Plan (个性化家庭服务计划, IFSP) 中包含的服务。
- 由初级转介来源 (包括医生和其他医疗保健提供者) 鉴定和转介有残疾风险或疑似残疾的儿童。
- 对高风险儿童进行定期发育筛查和追踪。
- 向符合条件的儿童及其家庭提供服务协调服务。
- 由计划对儿童免费进行多学科评估, 以确定其是否符合资格。
- 为符合条件的儿童及其家庭制定及实施个性化家庭服务计划。
- 向儿童及其家庭免费提供 IFSP 中规定的早期干预服务。
- 适当情况下尽可能在通常能找到同龄儿童的社区自然生活环境中提供服务。

Early Intervention Program 的宗旨是尽早识别和评估健康发育受损的婴幼儿, 并提供适当的干预措施加以改善, 以促进儿童和家庭的发展。该计划的目标是：

- 为家长履行养育子女和促进子女成长的责任提供支持。
- 通过确保尽可能适当地在自然生活环境中提供服务, 为残疾儿童及其家庭充分融入社区创造机会。
- 确保早期干预服务与儿童及其家庭所需和所获得的全面幼儿健康、心理健康、教育、社会和其他基于社区的服务相协调。
- 通过提供有效、基于成果的高质量早期干预服务, 促进儿童发展, 帮助其获得各项能力, 并改善家庭生活。
- 通过让初级和专科医疗保健提供者支持家庭参与早期干预服务, 确保此项服务为儿童医疗之家提供补充。
- 通过明确界定公共监督职责、为符合条件的儿童及其家庭提供早期干预服务的责任和权力, 确保服务体系内机会均等、质量可靠、始终如一并且实行问责制。

New York State Public Health Law 指定 New York State Department of Health (NYSDOH) 为这项全州适用计划的领导机构。作为领导机构，NYSDOH 负责 Early Intervention Program 的总体监督和管理。NYSDOH 的职责包括：

- 执行全州适用的政策、程序、方案和补偿法规。
- 实施全面的公众意识和儿童发现制度。
- 批准、汇编和分发经核准的服务协调员、评估人员和服务提供者名单。
- 向市政当局和服务提供者提供培训和技术协助，使他们能够发现、找到和评估符合条件的儿童；制定个性化家庭服务计划；确保提供适当的早期干预服务；以及在有明确需要的地方促进新服务的发展。
- 保障 Early Intervention Program 下家长和子女的权利。
- 建立和维持 Early Intervention Coordinating Council（早期干预协调委员会），为 New York State Department of Health 实施计划提供建议和协助。

参见附录 C：

《DEC 建议实践》（Division for Early Childhood, 2014 年）为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导，以帮助改善 5 岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果，促进他们良好发展。

《DEC 建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展，并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

*Division of Early Childhood
(2014 年)*

本《自闭症谱系障碍临床实践指南: 0-3 岁幼儿评估和干预》2017 年更新版快速参考指南的目的

本《ASD 指南》快速参考指南（快速参考指南）根据以下建议报告制定：*《Clinical Practice Guideline on Autism Spectrum Disorder: Assessment and Intervention with Young Children (0-3): 2017 Update》*。

本快速参考指南旨在为家长、专业人员和其他人员提供快速获取“最佳实践”建议的途径，这些建议基于科学证据和专家对各种评估和干预方案有效性的临床意见，以及对 ASD 幼儿的医疗管理。本指南的目的是：

- 帮助家庭了解适当和有效的服务。
- 为专业人员提供教育和信息资源。
- 促进服务提供的一致性。
- 促进专业人员之间的有效沟通。
- 促进早期干预服务的质量改进。
- 指出有待进一步研究之处。

简介



此更新版的目的

New York State Department of Health (NYSDOH) Early Intervention Program 《Clinical Practice Guideline on Autism/Pervasive Developmental Disorders: Assessment and Intervention with Young Children (Age 0-3)》 发布于 1999 年（也称 NYSDOH ASD 指南）。该指南是有史以来第一份专为自闭症谱系障碍 (ASD) 幼儿制定和发布的循证指南。

此后，关于 ASD 幼儿的新科学研究成果频频发布。家长和专业人员需要获得基于最新证据和专家临床意见的最佳实践信息，方能保证 ASD 幼儿及其家庭取得有效服务。

为实现这一目标，Bureau of Early Intervention 于 2012 年着手更新《自闭症/广泛性发展障碍临床实践指南：0-3 岁幼儿评估和干预》。2013 年，American Psychiatric Association (美国精神病学协会) 发布了《精神疾病诊断与统计手册》(Diagnostic and Statistical Manual, DSM) 第 5 版，其中介绍了自闭症谱系障碍 (ASD) 的诊断。根据此项变更，指南标题和建议现已使用自闭症谱系障碍 (ASD) 一词。

由研究人员、临床医生和 ASD 儿童家长组成的 20 人多学科共识小组负责编制这份新版指南。共识小组成员代表了不同的专业 and 观点，其中亦包括 ASD 幼儿和年轻成人的家长。

小组成员经严格甄选，以代表 ASD 儿童科学方面的不同观点和专业知识。指南更新的方法平衡了科学证据和共识小组的专业知识。小组采用了有关潜在利益冲突的标准做法，并对具体建议进行了审议。小组成员被要求在有潜在利益冲突的情况下不参与讨论。附录 E 提供的表格列出了每位小组成员、其专业以及所属单位和专业领域的简介。

为使共识小组对工作有所了解，ASD 的临床/研究专家进行了文献回顾。这些专家回顾了发表在同行评审期刊上的关于以下主题的科学研究：

- ASD 的早期识别、筛查和诊断。
- 对 ASD 幼儿及其家庭的早期干预。
- 对 ASD 幼儿的医疗管理（医疗和健康评估以及医学治疗）。

根据回顾结果，临床/研究专家编写了多份报告，并向共识小组成员提供了科学证据，以帮助他们更新 1999 年的指南建议。

《*Clinical Practice Guideline – Autism Spectrum Disorder (ASD): Assessment and Intervention with Young Children (0-3): 2017 Update*》(2017 年 ASD 指南更新版) 包括两份文件：

- *Report of the Recommendations: The Report of the Recommendations* 介绍了 2017 年 ASD 指南更新版所用的方法；ASD 的背景；早期识别、筛查和诊断 ASD 的建议；对 ASD 幼儿进行早期干预的建议；以及对 ASD 幼儿的医疗管理建议。
- *Report of the Research Evidence: The Report of the Research* 是一份技术报告，其中总结了专家们为支持共识小组进行审议而回顾的科学研究，以及专家们用于确定证据质量的方法。研究证据报告的附录列出了所有回顾的研究的完整参考书目。

建议报告和研究证据报告可在 New York State Department of Health 的网站上找到，网址为：

www.health.ny.gov/community/infeels_children/early_intervention/memoranda.htm

Early Intervention Program 的 1999 年版《自闭症/广泛性发展障碍临床实践指南：0-3 岁幼儿评估和干预》将保留于 New York State Department of Health 的网站上，作为家长和专业人员的历史参考资料。而《*Clinical Practice Guideline – Autism Spectrum Disorder (ASD): Assessment and Intervention with Young Children (0-3): 2017 Update*》则将用作家长和专业人员的主要最新参考资料。

本《2017 年 ASD 指南更新版》家长和专业人员快速参考指南的目的

本《*Quick Reference Guide to the 2017 ASD Guideline Update*》旨在方便家长和专业人员快速获取有关 ASD 的信息和以下几方面的最佳实践建议：

- 尽早发现和诊断患有 ASD 的幼儿。
- 对患有 ASD 的幼儿及其家庭进行早期干预，帮助 ASD 儿童发育和学习。
- 对患有 ASD 的幼儿进行健康和医疗评估以及医学治疗。

《*Quick Reference Guide to the 2017 ASD Guideline Update*》还包括：

- *EI 政策说明* – 帮助家长和专业人员了解最佳实践建议如何与 Early Intervention Program 要求相关联。
- *证据和小组意见评级* – 告知家长和专业人员相关建议是否得到针对指南更新进行回顾的科学研究的支持，或者是否基于小组对当前最佳实践和护理标准的意见。
 - 名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。
 - 名称带有 “[PO]” 的建议基于小组成员对当前最佳实践的意见。

小组就建议达成协议的级别

对于将纳入《2017年ASD指南更新版》的建议，大多数小组成员必须同意该建议。

小组审议的目标是就《2017年NYSDOH自闭症指南更新版》中的所有建议达成共识（即一致同意）。一般而言，指南筛查和诊断评估以及医疗管理部分所包含的建议代表了小组的共识。

然而，2017年更新版中干预部分包含的所有建议并未得到全体小组成员一致同意。因此，干预部分的建议是基于多数人（即11名或更多小组成员）的同意。干预部分包含的大多数建议都得到了绝大多数小组成员的同意。

少数小组成员对早期强化行为和发展干预的建议有不同意见。具体而言，少数小组成员并未完全支持以下建议：基于应用行为分析 (applied behavior analysis, ABA) 原则的早期行为和发育干预措施应作为 ASD 幼儿干预方法的重要组成部分。但是，大多数小组成员发现，审查的科学证据支持这一建议。

这些小组成员认为，应有更强而有力的建议来支持家长介导的干预方法，并表示这些方法也应作为任何 ASD 幼儿干预方法的重要组成部分。然而，大多数小组成员发现，尽管有新的证据支持家长介导的方法，但需要对这些方法的有效性进行进一步研究。

第 1 章

背景资料：了解自闭症谱系障碍 (AUTISM SPECTRUM DISORDERS, ASD)



1.A.

什么是 ASD?

ASD 是一种复杂的神经发育障碍，其特点是社会交流和互动困难、行为和兴趣模式重复。这些症状在幼儿时期便开始出现，影响社交、沟通、学习、适应性发展和功能。“谱系”一词指 ASD 儿童可能具有的各种症状、技能、损伤或残疾程度。

2013 年，DSM-5 重新定义了自闭症，从具有五种亚型的“广泛性发展障碍”这一统称术语更改为自闭症谱系障碍。因此，不再使用“未分类广泛性发展障碍” (Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified,

PDD-NOS) 和阿斯伯格综合征的说法。此外，诊断定义的这项更改也考虑到了两个主要症状领域的严重程度和沿着改善疾病不同表现特征的维度的规范。

1.A.1.

ASD 的症状是什么？

ASD 儿童的特点是社交和人际交往困难、语言和非语言沟通障碍，以及有重复行为的倾向。然而，即使核心领域的表现相同，患儿的症状及疾病严重程度也各不相同。事实上，两名诊断结果相同的儿童在技能和能力方面可能表现截然不同。

修订后的诊断标准最近发布在《Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013)》。DSM-5 将 ASD 的七个症状域分为两大类：社会沟通和社交互动缺陷；局限性重复行为和兴趣狭窄。根据 DSM-5，ASD 的诊断需要一个人在社交活动中表现出或已经表现出全部三个症状域，并且在兴趣狭窄/重复行为的类别中至少表现出四个症状域中的两个。表 1.1 对 DSM-5 的 ASD 诊断标准进行了简短修改。

表 1.1

DSM-5 ASD 的诊断标准 (来自 A 和 B 以及 C、D 和 E 的全部 5 种症状)

- A. 社会沟通/社交互动领域的所有三个方面存在缺陷。
 - 1. 社交-情感互惠和互动存在缺陷。
 - 2. 交流障碍，包括手势、眼神交流和其他非语言交流。
 - 3. 在发展和维持人际关系以及适应社会环境方面有重大问题。

- B. 重复行为和兴趣狭窄领域四个方面中的两个存在缺陷。
 - 1. 刻板或重复的动作或言语。
 - 2. 日常生活中要求或坚持维持一成不变。
 - 3. 兴趣狭窄或痴迷于特定事物。
 - 4. 对感官输入或感觉反应异常。

- C. 症状出现在幼儿时期，但在儿童期后期社会技能需求增加之前，可能不会完全显现。

- D. 日常功能必须是临床受损。

- E. 一般发育迟缓/认知障碍无法更好地解释症状。社会和沟通功能应低于常人的发展水平。

诊断过程还有两个步骤，详见 DSM-5。第一步是划分每个社会交流和重复行为领域的“严重程度”，并用一句话描述。严重程度可分为三个级别，依次为需要支持、需要较多支持和需要很多支持。DSM-5 手册提供了一个表格，其中列出了与这三个级别相关的行为描述（American Psychiatric Association, 2013 年）。第二步是对五个“说明语”进行特征描述。它们分别是：(1) 该个体是否也存在智力障碍；(2) 是否存在语言发展迟缓或障碍；(3) 是否存在已知的遗传疾病或医学诊断；(4) 该个体是否还有任何其他神经发育疾病（如 ADHD、抽搐障碍）或精神疾病（如焦虑症）；以及 (5) 是否有紧张症。

还应注意，对于根据既定的 DSM-IV 确诊有自闭症、阿斯伯格综合征或未分类广泛性发展障碍的个体，应进行自闭症谱系障碍诊断，无需额外的诊断评估。对于在社会交流方面有明显缺陷，但症状不符合自闭症谱系障碍标准的个体，应接受新的社会交流障碍 (Social Communication Disorder, SCD) 类别的评估，该类别被视为交流障碍。这样就可以在没有重复行为的情况下诊断社会交流障碍。

1.A.2.

是否有 DSM-5 标准未涵盖的症状？

有一些与 ASD 相关的特征未包含在诊断标准中。这些特征可能包括语言发展迟缓、动作发展迟缓和某些认知/神经心理学模式。不同智力水平的 ASD 儿童认知能力水平可能不均衡，即使他们未满 3 岁也可以观察到。儿童的许多（但并非全部）优势往往在于视觉空间桌面技能（形状拼图、识别图案、堆叠玩具、视觉辨别和记忆），而在基于语言的任务方面技能较低。父母可能会说他们的孩子有非凡的记忆力、音乐技能，或对字母、数字和形状有出色的辨识能力。当孩子成为学龄前儿童并进入小学阶段时，他们最终将拥有平均范围内或更高的可测量智力水平，而他们的技能水平可能会越来越分散（尽管语言表现的智商差异可能会在成年后逐渐减弱）。同时，患儿在执行能力方面也可能有问题。

即使是非常年幼的 ASD 儿童，注意力集中时间短和注意力分散也很常见。许多患儿可以长时间专注于自己特别感兴趣的事物，而对大多数其他事物难以保持专注，这与其他幼儿形成鲜明对比。其他 ASD 幼儿可能对许多事物表现出过度活跃或者注意力集中时间短，并且将来可能有患注意缺陷多动障碍 (ADHD) 的风险。

进食障碍。与其他同龄儿童相比，ASD 幼儿往往非常挑食，因此日常饮食的种类有限 (Olsson、Carlsson、Westerlund、Gillbert 和 Fernell, 2013 年)。有时，这种情况似乎与患儿难以接受某些食物质地有关 (Field、Garland 和 Williams, 2003 年)。感官敏感可能导致过度反射性呕吐或敏感口腔区域对不同食物质地的厌恶。其他敏感源可能与食物气味、外观和质地有关。除此之外，ASD 儿童一般很难有新鲜感或接受新事物，例如很难接受不同于他们熟悉和愿意进食的食物的其他食物。

睡眠障碍。ASD 儿童入睡、维持睡眠和建立可预知的睡眠-觉醒周期方面的问题往往比正常发展的儿童更常见 (Richdale 和 Schreck, 2009 年)。这些障碍会对父母和家庭的日常生活会造成很大困扰。

行为困难。ASD 的部分特征在不同情况下会导致合作和行为管理方面的困难。语言方面非常常见的发展迟缓往往会导致患儿因无法表达需求而感到沮丧，使之哭泣、发怒，有时甚至有攻击倾向。孩子难以转换的问题很常见，而在这种情况下，可能也会出现行为困难。转换问题可能源于孩子不愿意结束其最喜欢的活动，有时候，转换很困难是因为孩子不明白接下来会发生什么。不懂语言、不了解别人想让他们做什么，也不关心同龄人正在做什么的孩子，往往不会参加诸如“妈妈和我”小组或早期幼儿园活动之类的常规项目。在这种情况下，他们的行为可能被视为“不同步”、不

合群，甚至不合作和捣蛋破坏。最后，如果孩子被视觉、声音和人过度刺激，那么当他们面临这些刺激情绪的情况时，他们也会“崩溃”。

ASD 幼儿可能出现的另一个行为挑战是独自游荡或逃跑倾向。孩子一出门就可能跑开，不知道撒下大人、在街上乱跑或穿过停车场的危险。这样的孩子也可能会想办法逃出教室或校园。

通常在发脾气的情況下，幼儿可能会以撞头、打、咬或抓伤自己的形式进行自我攻击。

1.B.

ASD 有多普遍？

U.S. Centers for Disease Control and Prevention（美国疾病控制和预防中心，CDC）的发病率统计数据显示，目前 68 名美国儿童中大约有 1 人患有自闭症谱系障碍，40 年来发病率增加了 10 倍（Christensen、Baio、Braun 等人，2016 年）。这种明显的增长主要是由于诊断水平的提升、公众意识的提高以及诊断标准的扩大，但不能排除患病率的实际增长。研究还表明，自闭症在男孩中的发病率是女孩的四到五倍。据估计，美国 42 名男孩中有 1 人确诊患有自闭症，而女孩的比例则为 189 人中确诊 1 例。

1.C.

导致 ASD 的因素为何？

自闭症谱系障碍尚无已知的单一致病原因。人们普遍认为 ASD 与大脑发育和/或功能的差异有关。使用各种技术的大脑成像显示，自闭症儿童与未患 ASD 的正常儿童在大脑形状、结构，以及（某些情况下）大脑激活和连接模式方面存在差异（Di Martino 等人，2014 年；Maximo、Cadena 和 Kana，2014 年；Lainhart，2015 年）。然而，人们在大脑结构或功能方面尚未获得一致的发现，足以用来解释或诊断 ASD。

尽管某些基因组和 ASD 之间存在已知的联系，但无法确定单个已知的遗传原因（Miles，2011 年）。在某些情况下，ASD 的风险有遗传性。例如，如果一个家庭中有一名患自闭症的孩子，那么未来出生的孩子患自闭症的可能性高达 20%，这进一步证明了这种疾病的遗传基础（Constantino、Zhang、Frazier、Abbachi 和 Law，2010 年；Ozonoff 等人，2011 年）。然而，与 ASD 有关的遗传模式非常复杂。可能涉及数百个基因，并且这些基因与 ASD 有一定关系；其中许多基因也可能与其他疾病有关（例如，ADHD、精神分裂症、抑郁症、Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics，2013 年）。家庭研究表明，ASD 儿童的亲属有时会出现相关症状，如语言发展迟缓或社交障碍，但并不具有 ASD 的全部症状。有时 ASD 还与某种新的基因突变有关，这种突变不是由家族遗传下来的，也可能与父母年龄较大有关（Frans E.M. 等人，2013 年）。因此，ASD 的遗传学基础既非特异性也不一致。

在具有某些已知遗传病的个体中，ASD 发病频率往往高于预期，其中最常见的遗传病是脆性 X 综合征。其他可识别的 ASD 相关遗传综合征包括唐氏综合征、威廉斯综合征、莫比斯综合征、天使人综合征、普拉德-威利综合征、Smith-Llemlí-Optiz 综合征和 CHARGE 综合征；15 号和 22 号染色体重复；结节性硬化；杜氏肌营养不良（Jeste 和 Geschwind，2014 年）。

ASD 与子宫内接触致畸物有关。众所周知，某些病毒（如巨细胞病毒、风疹）、代谢失衡（Krakowiak，2012 年）和某些药物会增加儿童发育障碍（包括自闭症）的几率。怀孕期间出现的一些问题（如孕妇肥胖和糖尿病（Xiang 等人，2015 年））和早产也与患自闭症的风险略微增加有关（Guy 等人，2015 年）。

1.D.

ASD 是否与任何其他疾病或遗传综合征有关？

在某些情况下，ASD 儿童有其他相关的疾病或遗传综合征。其中一种疾病是癫痫或癫痫发作。少数 ASD 儿童会出现癫痫发作，有时出现在幼儿期之后。研究人员目前正在研究睡眠障碍和肠胃失调等其他疾病，以调查这些疾病可能与 ASD 更紧密的相关性。第 4 章提出了有关相关疾病和遗传综合征评估的建议。

1.E.

如何诊断 ASD？

作出诊断通常需要经验丰富的专业人员通过父母和直接观察收集有关儿童行为的信息。在美国，目前 ASD 的诊断标准来自于 American Psychiatric Association 《诊断和统计手册》第五版 (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013 年)。

对于可能患有 ASD 的儿童，确诊通常只是综合评估过程的一部分。一般的综合诊断评估需要一个多学科专业团队的参与，团队人员可能包括发育行为儿科医生、普通儿科医生、心理医生、儿童精神科医生、听力学家、特殊教育工作者、言语和语言病理学家以及职业治疗师。根据儿童的需要，可能还有其他专家参与诊断评估（例如儿科神经科医生、营养师、物理治疗师等）。应建议进行基因检测，并筛查相关疾病，如睡眠困难。这种全面的评估有助于家长尽可能多地了解孩子的优势和需求。

第 3 章列出了对可能患有 ASD 的幼儿进行适当评估和诊断的具体建议。这一章包括以下方面的具体建议：(1) 识别可能患有 ASD 的儿童，(2) 确定诊断，(3) 寻找相关的发育和健康问题，(4) 评估儿童在所有发育领域的总体功能，以及 (5) 评估儿童的家庭和环境。

评估 ASD 儿童可能很复杂。ASD 的一些表现也见于未患 ASD 但有其他病症的儿童，例如认知发展迟缓、语言障碍、注意力缺陷和多动症，以及各种情绪/行为问题。诊断过程的其中一步是确定儿童是否患有 ASD 或前述其他疾病。此外，诸如认知发展迟缓和语言问题等障碍通常与 ASD 共存。

1.E.1.

何时或多早可以诊断 ASD?

自闭症领域有一项最新进展，即在儿童早期识别这种疾病的能力不断增强。ASD 通常在出生后 18 个月或更早期便能发现。在大多数情况下，患有自闭症的幼儿（3 岁以下）现在可以通过观察缺陷明显的社交技能来识别，但并非总能如此，这些社交技能包括社交目光注视、分享式注意力和模仿行为较少，以及出现重复行为。这类幼儿通常也有明显的语言发展迟缓。然而，诊断 ASD 十分困难，因为无法使用医学检查（比如血液检查或脑部扫描）来诊断这种疾病。专业人员是通过检查孩子的行为和发育作出诊断。在少数情况下，可能需要多次观察（有时需要一段时间）才能确认 ASD 的诊断。儿童满两岁时，经验丰富的专业人员作出的诊断才被视为可靠。但是，许多儿童直到四岁或四岁以上才得以确诊。导致诊断延误的因素可能包括能否接触具有 ASD 专业知识的诊断团队；父母的担忧、对症状的了解和要求作出诊断的意愿；以及父母是否得到初级医疗保健提供者及其他指导并鼓励其解决问题的人员支持。具有典型认知能力和更复杂语言技能的儿童可能要到学龄期才会确诊，因为这个时期环境的社会需求对他们来说更具挑战性。诊断延误可能意味着 ASD 儿童无法及时获得所需的帮助和发育支持。由于对部分 30 个月以下儿童进行确诊很困难，而且有些儿童的自闭症症状可能晚些时候才会被发现，因此学龄前阶段的重新评估至关重要。

1.E.2.

谁能做出诊断?

尽管 ASD 的诊断在许多情况下可能相当明显，但最佳的临床实践和具体的实践条例表明，评估应由擅长评估自闭症并且在与幼儿合作评估沟通、行为和发展能力方面经验丰富的专业人员进行。各州的实践条例通常会规定更具体的证书和执照要求，以帮助确定有资格对 ASD 进行正规诊断的人员。在 New York State，持有执照的医生（包括精神科医生和发育/行为儿科医生）和心理医生可以诊断 ASD。

1.E.3.

是否有针对 ASD 的产前检查？

目前没有诊断 ASD 的基因检测。如果有 ASD 家族史，家人应考虑咨询遗传病医生或遗传顾问，以确定是否需要对其他与 ASD 相关的疾病进行产前检查。

1.F.

有效干预方法的重要内容是什么？

对患者家人来说，选择干预方法是最困难的，而且随着时间推移，这个问题可能会随孩子的成长和相关医学成果的进一步丰富而有所变化。ASD 的治疗应着重于改善社会沟通中的核心困难，关注他人以加强传统学习和社会关系，解决具有挑战性的行为和常见的相关困难（如焦虑、注意力困难、感觉困难），促进功能独立，以及提高生活质量。治疗目标应根据儿童和家庭的优势及需求具体设定。建议家长与其服务提供者就干预方案和方法进行持续讨论，包括当前干预的进展和成效。治疗方式的选择可能受以下因素影响：可得性、家庭所需投入的时间、儿童的特征（如认知技能和年龄）以及费用。

1.G.

ASD 儿童的预后如何？

ASD 是一种谱系障碍，表现形式多样，且病因不明。个体的最终功能水平将因其特定的 ASD、认知、语言和行为特征情况而异。早期干预以及持续的教育和治疗支持旨在帮助个人发挥其潜力并尽量获得最佳生活质量。对自闭症患者来说，最终的“前景”不一，从个体功能难以与正常人区分到需要密集支持皆有可能，其中大多数将处于这两个端点的中间。每个人都应有机会充分参与社区生活，得到社区的接受和尊重，并拥有尽可能多的自主权。

1.H.

关于 ASD 有哪些常见的误解？

尽管近年来人们对自闭症有所了解，但仍普遍存在一些误解。这包括：

- **误解：**所有 ASD 儿童都有精神障碍（智力残疾）。
 - ✓ **事实：**尽管智力残疾常常与 ASD 同时存在，但并非所有 ASD 儿童都是如此。这类儿童的智力水平从非常低到非常高不等。
- **误解：**ASD 儿童无视规矩，不守纪律。
 - ✓ **事实：**某些 ASD 儿童有时会表现出破坏性或攻击性行为的原因有很多（例如沟通困难、感觉敏感、高度焦虑、对变化的容忍度低等等）；但是，孩子的这些行为通常并不是要造成危害。
- **误解：**父母教养不当导致出现 ASD。
 - ✓ **事实：**没有证据表明 ASD 是由父母教养不足或不当引起的，这与过去人们错误的认识相反。
- **误解：**ASD 在相对较近时期才被发现。
 - ✓ **事实：**1943 年，科学家 Leo Kanner 首次描述了自闭症这一诊断类别。但是，1799 年前就有对疑似患有 ASD 的个人的描述。
- **误解：**未被诊断出 ASD 的人将永远不会表现出与确诊患者相似的特征。
 - ✓ **事实：**与 ASD 相关的特征存在于很多人群中，包括被视为“正常”的个体，而那些未被诊断出 ASD 的人也会表现出较小程度的 ASD 相关特征。
- **误解：**ASD 是由疫苗引起的。
 - ✓ **事实：**没有证据表明儿童接种疫苗会导致自闭症。1998 年一项将自闭症与疫苗联系起来的研究已被撤回。多项研究表明疫苗与 ASD 之间没有关联。
- **误解：**ASD 患者无法或不愿建立有意义的社会关系。
 - ✓ **事实：**ASD 儿童可以与父母和兄弟姐妹建立亲密关系，并表现出愿意与熟人交往的明显偏好，而不是陌生人。尽管 ASD 患者在社交方面有困难，但也有一些人会发展亲密社会关系、坠入爱河并结婚生子。
- **误解：**所有患有 ASD 的人都有非凡的能力。
 - ✓ **事实：**只有一小部分患有 ASD 的个体表现出非凡的能力。许多人拥有所谓的“天赋技能”，这意味着他们在一个或两个领域的技能高于综合表现能力。

- **误解:** 针对 ASD 患者的治疗和计划是全面有效的。
 - ✓ **事实:** 关于 ASD 的症状、行为以及何时需要治疗的意见有很多。由于每个患者都不同，对某个患者有益和有效的治疗和疗法可能对另一个患者无效。
-

参见附录 C:

《DEC 建议实践》(Division for Early Childhood, 2014 年) 为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导, 以帮助改善 5 岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果, 并促进良好发展。

《建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展, 并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

*Division of Early Childhood
(2014 年)*

第 2 章 可能患有 ASD 的幼儿的早期识别、筛查 和诊断



2.A.

ASD 的早期识别

识别患有 ASD 的儿童并尽快开始干预很重要。早期干预可以：

- 帮助儿童在成长发育中取得进步。
- 减少挑战性行为并改善儿童的功能结果。
- 帮助家庭学习有效的策略，以促进孩子发展，并管理具有挑战性的行为。

早在孩子 9-12 个月大的时候就可以发现 ASD 的迹象，并且研究发现可以对 24 个月大的幼儿可靠地诊断出 ASD（Woolfenden、Sarkozy、Ridley 和 Williams，2012 年）。值得注意的是，并非所有患有 ASD 的儿童都能在 3 岁之前被识别出来。此外，一些 3 岁之前被诊断出患病的幼儿在以后的年龄阶段将不再符合诊断标准。

首先发现 ASD 的迹象可能是父母或家庭成员、其他照顾者或儿童的初级医疗保健提供者。

American Academy of Pediatrics（美国儿科学会，AAP）指出，初级医疗保健提供者在尽早发现 ASD 儿童方面发挥着非常重要的作用，他们会在幼儿第 9、18 和 30 个月时使用标准化工具，定期进行医疗保健服务和一般的发育筛查，并在幼儿第 18 个月和 24 个月或 30 个月的医疗保健服务时筛查可能患有 ASD 的儿童（Johnson、Myers 等人，2007 年）。初级医疗保健提供者或家长担心孩子患有 ASD 时，和 ASD 筛查人员一起对儿童进行筛查非常重要。

ASD 的迹象可能以两种形式在幼儿身上显现。一种形式是孩子发育延迟，尤其是在沟通、语言、社交技能和玩耍方面。某些行为也可能是 ASD 的“危险信号”或“临床线索”。本节提供了帮助父母和专业人员识别 ASD 症状和体征的建议。需谨记的重要一点是，诊断出患有 ASD 的儿童的小伙伴们很可能也患有 ASD（Constantino、Zhang、Frazier、Abbachi 和 Law，2010 年）。其他 ASD 患病风险较高的儿童包括早产婴儿以及有某些遗传和疾病的儿童。

2.A.1.

对 ASD 早期识别的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

1. 初级医疗保健提供者或其他专业人员必须在从出生开始的特定年龄点进行定期筛查和持续的发育监测，以确保尽早发现 ASD 和其他发育障碍。[E]
2. 在幼儿第 9、18 和 30 个月时进行的定期预防性医疗保健服务应包括一般性发育筛查，以发现可能存在的问题。进行第 18 个月预防性医疗保健服务时，应对所有儿童使用标准化的 ASD 专用筛查工具，并应在第 24-30 个月的服务时重复使用。[PO]

3. 对于父母来说，了解孩子成长发育过程中的典型里程碑并监控孩子的进步非常重要。如果父母担心孩子可能有发育问题，包括可能有 ASD，建议他们向在评估幼儿发育问题方面经验丰富的医疗保健提供者或其他专业人员进行咨询讨论。[PO]
4. 作为对幼儿进行定期筛查和发育监测的一部分，必须留意和发现成长里程碑错过或推迟的时间。观察可能表明存在 ASD 的临床线索和行为也很重要（参见表 3-1）。[PO]
5. 当家长提出或者由于临床医生对儿童社交、沟通和玩耍行为的观察和监视而提出对 ASD 的担忧时，建议儿科医疗保健提供者使用适合儿童年龄的标准化筛查工具进行筛查。[PO]
6. 如果初级医疗保健提供者或其他专业人员怀疑儿童可能有发育迟缓或 ASD，强烈建议将其转介至 Early Intervention Program 并进行进一步评估。这项工作应及时进行，并保持持续跟进。[PO]
7. 由于确诊患有 ASD 的儿童的四兄弟姐妹患病风险较高，因此一旦发现父母有这方面的忧虑，应建议父母带孩子接受诊断评估。其他高风险儿童为患有遗传疾病和早产的儿童。[PO]
8. 对于已经接受早期干预服务但未诊断出患有 ASD 的儿童，建议根据 American Academy of Pediatrics 对初级保健环境的建议，对可能的 ASD 进行监测和筛查。这是因为有些儿童被认定有语言和认知发展迟缓，并且在被发现患有 ASD 之前就开始接受服务。[PO]

EI 政策：在 NYS，诊断出患有极有可能影响发育的疾病的儿童有资格获得早期干预服务。在此基础上，患有 ASD 的儿童有资格参加 Early Intervention Program。

初级医疗保健提供者和幼儿专业人员是 Early Intervention Program 规定的“主要转介来源”。若主要转介来源怀疑儿童可能有 ASD、发育迟缓或其他残疾，他们必须将其转介至儿童居住县的早期干预行政人员，除非父母反对。

与家长沟通

9. 医疗保健提供者或其他专业人员必须向孩子的父母告知他们对孩子发育和 ASD 症状的忧虑。[PO]
10. 医疗保健提供者除了进行常规的发育监测外，还建议他们在家长提出对孩子发育或 ASD 的忧虑时，随时作出非常积极的回应，仔细倾听问题并进行任何额外的咨询、筛查或转介。[PO]
11. 将儿童转介至 Early Intervention Program 或其他所需服务后，医疗保健提供者应与家长就转介结果和/或评估结果以及可能的服务安排进行跟进。[PO]

EI 政策：主要转介来源需告知家长关于 Early Intervention Program 的情况、该计划提供的服务以及儿童和家庭早期干预服务的潜在益处。

ASD 的临床线索

12. 建议观察儿童的某些 ASD 相关行为或儿童在社交、语言和玩耍方面某些适龄行为是否有所缺乏，以此作为识别 ASD 的临床线索。[PO]
13. 表 2.1 中的临床线索表明需要进行进一步评估，以识别可能的 ASD。需要谨记的重要一点是，没有任何一个临床线索能单独作为 ASD 的风险指标。[PO]

表 2.1 中的临床线索由专家评审员兼共识小组成员 Patricia Towle 博士开发，并由共识小组成员进行审查。临床线索来源于对幼儿 ASD 指标的临床研究。临床线索按年龄段划分，包括言语和语言发展迟缓（可能表示非 ASD 的沟通发展迟缓）以及可能表明 ASD 更具体行为。

表 2.1

自闭症谱系障碍的临床线索*

*任何单一行为本身均不能表明有 ASD。一般发育迟缓的儿童可能会有一些这样的症状，但孩子表现出的线索越多，医疗保健提供者或家长就越应该高度重视，以寻求 ASD 评估。

9-12 个月	语言发展迟缓
	玩耍时不出声或没有咿呀学语声
	不会追寻远处发出的声音
	不尖叫、不喊叫、不笑、不发出嘘嘘声
	不会用声音表达高兴和不高兴
	不会用声音引起关注
	不会自然而然地模仿声音或手势
	社会沟通
	不能对自己的姓名作出反应
	大人对孩子说话和微笑时不作声也不微笑
	不太会注视父母或其他人
	不会在人与物之间转移目光
	除了会对感觉运动动作或痒感作出反应，不大会分享积极和消极情绪
	长时间自娱自乐并且不会试着引起注意
	对躲猫猫或简单的来回游戏没有反应
	在进行活动、玩游戏和交流想法时，无法长时间与他人协调注意力
	重复行为/非典型对象交互
	似乎对玩具或观看物体的兴趣要比与他人互动的兴趣大得多
	当他人给予玩具时，不能及时做出反应；不会模仿简单的玩具使用
	被大的声响弄得极度苦恼
似乎对玩具或物体（如手机）发出的光和声音过于感兴趣	

表 2.1 自闭症谱系障碍的临床线索* (续)

12-15 个月	语言发展迟缓
	不发出重复的咿呀学语声 (mamama、bababa) 或更复杂的咿呀声
	似乎不理解家庭或日常生活中最常用的名称 (奶瓶、兄弟姐妹或宠物的名字、妈妈、爸爸)
	社会沟通
	与 9-12 个月时的行为表现相同, 另加以下表现:
	不用食指做指向动作以引起他人注意
	不出现眼神交流、肢体动作和发声的结合
	不看或观察大人的面部表情来了解他/她对事物的反应
	重复行为/非典型对象交互
	只会用玩具做一些适于婴儿做的事, 如摇晃、撞击、投掷
	可能喜欢追逐、摔跤、挠痒和低级的捉迷藏游戏, 但不喜欢其他需要更多社交互动的活动

表 2.1 自闭症谱系障碍的临床线索* (续)

15-18 个月后	语言发展迟缓
	不会造几个简单的词汇，也不会模仿熟悉和新的动作、声音及词语（妈妈、爸爸、更多、都不见了、再见、饼干、起来、走等等）
	无法通过使用词语、语调、词语近似音的沟通方式来表达他/她的需求
	听不懂简单的指令或语句，也不能识别照顾者的声音
	社会沟通
	不会通过观察大人的脸色了解下一步该做什么或者什么时候该转弯
	不会通过表情、发声或手势要求大人给予想要的物品，也不会摇头表示不满
	不会将物品或玩具交给父母来进行互动
	不会做模仿动作，例如拍手
	重复行为/非典型对象交互
	不会做简单的假装动作，比如对着电话“说话”，或者将勺子放到动物玩具或洋娃娃上“喂”食
	对玩具做不寻常的动作（例如旋转玩具车的轮子）；喜欢将物体排成一行或叠起来，而不是以各种方式随意使用
	做重复运动，例如旋转或以一种模式来回踱步

表 2.1 自闭症谱系障碍的临床线索* (续)

24 个月	语言发展迟缓
	词汇量低于 50 个单词，不会将两个词语组合起来
	社会沟通
	不挥手告别或对“来给我一个拥抱”的要求做出回应，不看妈妈手里拿着的物品，也不会引起别人的注意
	重复行为/非典型对象交互
	可能只喜欢几种类型的玩具，并对它们反复做同样的动作
任何时候	语言发展迟缓
	失去他/她所掌握的语言或沟通能力
	社会沟通
	突然间或者在几周或几个月内停止社交互动、微笑、眼神交流

表 2.1 自闭症谱系障碍的临床线索* (续)

2-3 岁	语言发展迟缓
	词汇量和语句数量（预计数百个）不再扩充；不理解方位、地点、问题
	不使用语言进行角色扮演游戏
	喜欢书本，但需要控制书籍且并不能读懂
	社会沟通
	不与其他人一起玩，更喜欢自主玩耍
	在有照顾者在场的情况下玩物体时，不给予眼神交流、发声、微笑，缺乏互动
	不会试着与家人或其他人交往，不会共同注意或互动
	不会与父母、照顾者、亲属或兄弟姐妹进行来回的社交互动——无法维持持续的互动（例如 5-10 次来回交流）
	当其他人试图让孩子参与某项活动时，他/她会转身拒绝或者不理不睬
	“很难读懂”其面部表情
	无法调节情绪，容易沮丧、发脾气、崩溃
	不发声或用手指并结合眼神交流，而是拉着大人的手要求得到想要的物品
	听人说话时，孩子会开始重复听到的内容，而不是用自己的语言回应（回音）
	孩子会逐字重复最喜欢的视频中人物所说的话，尽管他/她很难轻松地使用语言来满足日常需求（脚本）
	会将手放在大人的手上，让他们为自己做点什么，比如将拼图块放进去
	可能在社交方面不加区别，也就是说，孩子会毫无顾虑地离开父母，会跟任何人走
	可能会不断尝试离家出走或远离大人。

表 2.1 自闭症谱系障碍的临床线索* (续)

2-3 岁	重复行为/非典型对象交互
	对某些主题特别感兴趣，如给字母和数字命名，但无法做到与自身年龄段相符的其他事情，或者可以进行超出自身年龄段的复杂拼图游戏
	一天中的大部分时间都会带着一件不寻常的物品
	当事情进展不顺利时会感到苦恼；一切如预期进行时，会表现更好
	痴迷于视频并反复要求观看同一部视频
	寻求不寻常的视觉刺激，例如在眼前摇动、拍打或旋转物体，包括摆动自己的手指或在眼睛附近拍打自己的手
	在日常环境中发现正在旋转或摇摆的物品（例如风扇），且观察时间异常长
	兴奋时会拍手，也会一边上下跳跃
	踮脚走路
	对感官体验有不寻常的反应
	接触 – 不能忍受衣服的某些面料、不能忍受手上或脚上的某些纹理
	对某些纹理过于感兴趣，比如头发
	噪音 – 对一般噪音或者吸尘器、食品加工机、车库门打开或关闭之类的特定噪音过于敏感
	刻意寻找某些噪音反复聆听
	视觉 – 不喜欢过于明亮的灯光
	会寻求某些视觉体验，如旋转的物品、墙上的灯光图案、电视或视频上的某些声音或音乐；喜欢重复或丰富多彩的图案，并且对观察它们非常感兴趣
	变得挑食或一直对食物非常挑剔，可能会避免进食有质地的食物或只吃某些质地的食物

2.B.

ASD 的正规筛查工具

需要监测儿童的发育情况或者对孩子可能有 ASD 的担忧与日俱增时，应使用 ASD 筛查工具。筛查测试在设计时注重简单和易于操作。筛查测试无法诊断儿童的 ASD。ASD 筛查测试会得出“是或不是”的结论，以决定一个孩子是可能患有 ASD 且需要接受进一步评估或是不太可能患有 ASD。

有已获认可或新出现的证据表明本节中推荐的筛查工具能够很好地识别可能的 ASD（“灵敏度”）或排除可能的 ASD（“特异性”）。这些筛选工具都不完美。由于认知时间和症状的严重程度各不相同，儿童年龄越小，筛查工具的可信度就越低（Wetherby、Brosnan-Maddox、Peace 和 Newton，2008 年；Feldman、Ward 和 Savona 等人，2012 年）。

所有筛查工具都会产生“假阳性”的结果，这意味着当孩子没有患 ASD 时，筛查结果可能提示有患 ASD 的潜在风险。但这种结果是可以接受的，因为在大约 50% 的假阳性群体中，还发现了需要进一步评估的其他问题。假阴性对筛查工具来说也是一个重要问题，因为在这种情况下，患有 ASD 的孩子会被忽略。了解筛查工具的这些特征对于正确使用很重要。

ASD 筛查工具可分为 **1 级**和 **2 级**，定义如下。

1 级为自闭症专用筛查工具，用于筛查所有可能患有 ASD 的儿童。其筛查项目较少，花费的时间也较少。

2 级筛查工具用于筛查家长已经担心可能患有 ASD 的儿童。其筛查项目更多，测试需花费的时间和训练也较多。这些筛查工具可供初级医疗保健提供者或早期干预机构使用，以确定儿童是否需要接受具备 ASD 诊断专业知识的合格提供者的评估。

需要对推荐的所有 1 级和 2 级筛查工具进行更深入的研究，以巩固潜在地发现。

2.B.1 对 ASD 筛查的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

14. 强烈建议在初级儿科医疗保健机构中使用 1 级筛查工具，作为 ASD 专门早期识别工作的一部分。筛查工具应该已经发表过研究成果，以支持其在检测可能的 ASD 方面的可靠性和有效性。[PO]
15. 对于排除其他风险因素的儿童，建议在 18 月龄和 24 到 30 月龄时使用 ASD 专用工具进行全面筛查。[PO]
16. 如果筛查工具提示不太可能为 ASD，那么以下几点仍很重要：
 - 评估儿童是否有可能引起最初担忧的其他发育或医学迟滞问题。
 - 继续定期监测可能与最初担忧的原因有关的发育迟缓。
 - 如对 ASD 的担忧持续存在，应在不同年龄段对儿童反复进行筛查，包括定期检查。[PO]
17. 建议对风险较高的儿童（亲生哥哥姐姐或双胞胎兄弟姐妹诊断出患有 ASD、早产或有某些遗传疾病的儿童）进行更早、更频繁的筛查，可以从 12 个月开始使用适合其年龄的有效而可靠的筛查工具。[PO]

与家长沟通

EI 政策：如果初级医疗保健提供者进行的筛查，并且怀疑儿童患有 ASD，他们必须告知家长 Early Intervention Program 以及儿童和家庭早期干预服务的潜在益处，并将儿童和家庭转介至儿童居住县的早期干预行政人员，除非家长反对。如果家长怀疑孩子患有 ASD 或对孩子的发育有其他忧虑，也可以直接向早期干预行政人员咨询。

18. 在筛查幼儿是否可能患有 ASD 时，专业人员务必与父母讨论定期筛查的目的和重要性，以及筛查工具的局限性。许多初级儿科医疗保健提供者和其他合格的专业人员应关注父母对可能出现假阳性筛查结果有不必要的担忧和压力。因此，在进行筛查的同时，应将筛查工具的预测不确定性告知家长，即这些工具可以产生假阳性和假阴性结果，如果推荐，还需要进行额外评估。[PO]

由其他专业人员筛查 ASD

19. 当任何合格的专业人员（包括 Early Intervention Program 评估人员和服务提供者）怀疑儿童可能患有 ASD 时，使用可靠且有效的标准化自闭症专用筛查工具对儿童进行 ASD 筛查可能很有用。[PO]

EI 政策：如果多学科评估小组对转介至 Early Intervention Program 的儿童进行筛查，并且怀疑儿童可能患有 ASD，则多学科评估应包括有资格作出诊断的专业人员对 ASD 的评估。

2.B.2. 对 1 级筛查工具的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

经修订的幼儿 ASD 筛查量表-后续修订版 (M-CHAT-R/F)：M-CHAT-R/F 是最著名的 ASD 筛查工具 M-Chat (Robins、Fein、Barton 和 Green, 2001 年) 的最新版本。它是一种为 18-30 月龄儿童设计的两阶段筛查工具。第一部分是一个包含 20 项内容的家长评测表，填写和评分大约需要 5 分钟。如果孩子得分为“有风险”，则实施第二部分：临床医生进行后续访谈，这需要再花 5 到 15 分钟时间。

20. M-CHAT-R/F 是一种有用的 1 级筛查工具，也是最新修订的版本。建议用它来代替 M-CHAT，因为研究表明它具有更高的检测 ASD 和其他发育障碍的能力。[E]
21. M-CHAT-R/F 是一种两阶段筛查工具，应妥善使用其中的两个部分。第一部分是一个包含 20 项内容的家长评测表。如果孩子得分为阳性（可能患有 ASD），则应与家长进行后续访谈。若在后续访谈中得分仍为阳性，则表示需转介进行 ASD 的诊断评估。[E]
22. M-CHAT-R/F 也有风险范围。如果孩子在 M-CHAT-R/F 中得分为 3 分或更高，ASD 呈阳性，则建议实施第二部分：后续家长访谈。但是，如果孩子得分在 8 分或以上的高风险范围内，则建议绕过与父母的后续访谈，立即转介孩子进行 ASD 的诊断评估。[E]

婴儿-幼儿筛查量表 (INFANT – TODDLER CHECKLIST, ITC) : ITC 是一个针对 6 至 24 月龄婴幼儿的简短家长评分量表，也是《沟通和象征性行为量表-发展概况》(Wetherby 和 Prizant, 2003 年)的一部分。其原始版本和发展概况版本均分为三个部分：简短的家长评分 ITC；较长的家长评分照顾者调查表 (CQ)，它是 ITC 的详细版，包括大部分相同的问题；以及行为样本 (BS)。ITC 包含 24 个单项，构成 7 组得分。7 个分组得分相加可以得到 3 个综合分数，据此可以计算出综合标准分数（平均值为 10，标准偏差为 3）。

- 23. ITC 是为 12 至 24 月龄婴幼儿设计的有效 1 级筛查工具。[E]
- 24. ITC 是一种“宽泛的”筛查工具，这意味着尽管已经证明它能以可接受的准确度检测包括 ASD 在内的发育障碍儿童，但它在区分可能的 ASD 和其他发育迟缓方面并不准确。[E]
- 25. 在 ASD 风险增加或出现 ASD 早期症状的情况下，从 12 月龄开始每三个月进行一次 ITC 筛查可能很有用。[E]

父母对孩子社交互动的观察 (PARENT OBSERVATION OF SOCIAL INTERACTION, POSI): POSI 是一份包含 7 个项目的家长报告纸质问卷调查。完成问卷需花费 5 分钟或更短时间，该问卷针对的是 16-35 个月大的儿童 (Smith、Sheldrick 和 Perrin, 2013 年)。有三个或三个以上的肯定回答，即表明孩子“有患 ASD 的风险”，需要接受进一步评估。如果在范围较大的低风险样本中得到确认，那么 POSI 可能是一种有效的 1 级筛查工具。

- 26. POSI 是一种很有前景的 1 级筛查工具，有望用于各种临床应用中，筛查 16-35 月龄儿童是否患有 ASD。但是，推荐使用还需进一步研究验证。[E]

2.B.3

对 2 级筛查工具的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

幼儿 ASD 筛查测试 (STAT): 2 岁儿童自闭症筛查工具 (STAT) 是一种半结构化、基于游戏的互动工具，设计用于 24 至 36 月龄儿童 (Stone 和 Ousley, 1997 年)。完成测试大约需要 20 分钟，但如果儿童未完成所有项目就已达到高危临界分数，则需要的时间更短。STAT 包括 12 项观察儿童早期社交行为的活动。虽然它最初是为 24 至 36 月龄儿童设计的，但有一项研究表明，它也适用于 24 个月以下的儿童。

27. STAT 是一种有效的 2 级筛查工具，适用于 24 至 36 月龄儿童，可供各种不同领域的合格专业人员进行 ASD 筛查。[E]
28. 应清楚，STAT 的目的是检测自闭症（根据 DSM-IV 的定义），因此很可能主要识别幼儿中更为严重的症状。[E]
29. STAT 可用于 12-24 月龄儿童，但在这个年龄区间，对 14-24 月龄儿童的预测效果最好。[E]

幼儿期 ASD 检测 (ASD DETECTION IN EARLY CHILDHOOD, ADEC): 幼儿期自闭症检测 (Autism Detection in Early Childhood, ADEC) 是一种由临床医生使用的简短交互式筛查工具，旨在检测 12-36 月龄儿童有无自闭症 (Autistic Disorder, AD) (Young, 2007 年)。检测大约需要 10 分钟时间，共包括 16 种不同的行为，例如对名字进行回应、开始共同注意和使用手势等，研究人员认为这些行为反映了在非常小的儿童中就能识别出的 AD 核心缺陷。

30. ADEC 是适合于 12 至 36 月龄儿童的有效工具，供不同领域的合格专业人员使用。[E]
31. 应清楚，ADEC 的目的是检测自闭症（根据 DSM-IV 的定义），因此很可能主要识别幼儿中更为严重的症状。[E]

父母对儿童早期发展里程碑的观察 (PARENT OBSERVATION OF EARLY MILESTONES, POEMS): POEMS 是一个包含 61 项内容的筛查表，可供合格的专业人员与父母一起使用，以便前瞻性地监测特定行为，这些行为可能是儿童从出生到 36 月龄时 ASD 的早期症状和相关行为。家长可以在网上和纸上填写，然后通过邮寄或电话发送给专业人员。作者开发了 POEMS 作为一种筛查工具，用于筛查确诊患有 ASD 的儿童的高风险弟弟妹妹。

32. POEMS 是适合于 12 至 24 月龄儿童的有效 2 级筛查工具。[E]
33. POEMS 是一种筛查工具，用于筛查确诊患有 ASD 的儿童的高风险弟弟妹妹。建议家长每隔几个月填写一次，以便尽早发现新出现的症状。[E]

参见附录 C

《DEC 建议实践》（Division for Early Childhood, 2014 年）为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导，以帮助改善 5 岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果，并促进良好发展。

《DEC 建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展，并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

*Division of Early Childhood
(2014 年)*

2.C.

对可能患有 ASD 的幼儿进行 ASD 诊断评估

ASD 的综合诊断评估是一个耗费资源的过程，需要高水平的专业人员和充足的时间。而这一过程对于确保及早准确诊断 ASD 很重要，有利于为儿童和家庭提供有效的干预和治疗。

为诊断 ASD，需要从不同来源收集信息，包括父母描述、直接观察儿童、使用标准化的规范工具以及征询 ASD 症状涉及的相关发展领域的不同专业人员的意见（例如言语病理学、职业和物理治疗、心理学）。

必须对可能有发育障碍（包括 ASD）的儿童进行发育评估。这些评估可以发现可能的发育问题，有助于做出准确的诊断，确定各种计划的参与资格，并对儿童的能力和面临的挑战提供客观描述。此外，这也有助于规划适当的干预措施，并为衡量干预措施的进展和效果提供基准。

其中一个关键考虑因素是专业人员与父母的合作情况。这关系到评估人员和家庭以何种程度合作，使诊断过程对家长来说容易理解且有明确指向，从而确保评估经验在确定以下方面同样有效：(1) 儿童的诊断情况和治疗途径；(2) 向家长提供的知识和指导，使他们能成为儿童和家庭的最佳支持者；(3) 社区提供的可能有用的资源和社区支持。

2.C.1.

对 ASD 诊断评估的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。在评估疑似患有 ASD 的儿童时，应充分利用多种信息来源。[PO]

34. 在评估疑似患有 ASD 的儿童时，应充分利用多种信息来源。[PO]

35. 由于准确诊断 ASD 非常复杂，特别是 3 岁以下幼儿，因此，做出诊断的专业人员应在评估 ASD 幼儿方面具备丰富的经验和专业知识。[PO]

36. 建议根据 American Psychiatric Association 《精神疾病诊断与统计手册》第五版 (DSM-5) 或本手册最新版中的标准进行 ASD 诊断。[PO]

进行诊断评估和评价的专业人员

37. 参与发育和诊断评估的专业人员在评估 ASD 幼儿和有其他儿童残疾的幼儿方面应具备丰富经验和专业知识。[PO]

38. 评估过程中，专业人员应向家长反馈有关孩子诊断的情况，这类专业人员应经验丰富，并且接受过讨论敏感信息方面的临床培训。[PO]

39. 参与评估可能患有 ASD 的儿童的所有专业人员，应在相互交流以及与孩子的家人沟通和讨论其发现及建议时使用团队方法。[PO]

EI 政策：在 New York State，对有资格提供早期干预服务的专业人员使用的称谓是“合格人员”。“合格人员”在计划规定中有明确定义，包括获准在其提供服务的地区根据其执照、证书或注册授权范围评估儿童及提供早期干预服务的个人。要诊断 ASD，多学科评估团队必须包括一名在其专业实践范围内有资格进行评估的专业人员。

诊断评估和评价的一般过程和内容

40. 应纳入诊断评估的组成部分来自多个来源，包括：

- 审查记录（如有的话）。
- 就孩子的过去和当前功能与父母双方/一方进行面谈。
- 对孩子进行直接观察/与孩子互动。
- 使用标准化、基于证据的 ASD 专用评估工具（参见第 2.C.2 节，ASD 循证诊断评估工具）。[PO]

41. 应同时评估儿童的听力、认知能力、语言能力、运动能力、适应能力和社交/情感能力。评估结果应有功能性技能的相关信息、测试分数和年龄水平，并说明优势和挑战。[PO]

42. ASD 诊断评估的家长访谈部分可以使用标准化的循证工具，也可以通过临床访谈完成。访谈的进行方式不应干扰家长参与孩子评价和观察孩子的行为表现。要收集的信息包括但不限于表 2.2 中的信息。[PO]

表 2.2

家长访谈部分要收集的信息

过去和当前的家庭情况

妊娠和出生史；孩子的病史和当前健康状况

发展里程碑史，包括早期沟通和社交技能发展

家庭构成、照看环境和日常活动

父母担忧的方面，包括开始担忧时孩子的年龄

孩子目前的技能和功能，包括核心 ASD 症状

孩子目前的语言和沟通能力

孩子目前的社交关系、社交兴趣和技能，以及与各种人交往的能力

孩子目前的游戏兴趣和能力

探讨非典型的沟通、游戏和对象兴趣及行为

除发育和 ASD 症状外，孩子目前的适应状况

当前在饮食、睡眠和行为管理方面遇到的困难或问题

来自社区机构的报告或社区机构适应情况，例如日托中心或幼儿园

父母目前的能力、支持、担忧和面临的挑战

父母获得的来自家庭和社区的支持，以及当前的压力源和担忧

43. ASD 诊断评估的直接观察/互动部分可以使用标准化的循证工具或通过直接查表 2.2 中列出的部分来完成。[PO]
44. 由于 ASD 评估领域是一个快速发展的领域，评估专业人员必须及时参阅探讨评估工具和策略的证据基础的文献。[PO]

EI 政策：儿童 Early Intervention Program 的多学科评估必须包括一次家长访谈，访谈内容涉及儿童的发展、发展进度，以及家长对儿童发展的任何忧虑。访谈可以是正式的访谈表，也可以是非正式的讨论。同时，还必须让家庭有机会参与以家庭为导向的自愿评估，以确定其可用资源、优先事项以及与促进儿童发展有关的关切事项。

表 2.3

自闭症谱系障碍评估要观察的幼儿行为组成部分 – 参考 DSM-5 诊断标准

社交-沟通行为

1. 社交-情感互动的缺陷

儿童与成年人交往的兴趣和意愿，包括接受游戏邀请；对其他社交提议做出回应；在有或没有物品的情况下提出社交提议；看着评估者或其他在场的成年人；以及进行来回互动。

儿童分享情感（高兴或快乐时看着大人微笑）并通过面部表情表达适合于情境的各种情绪的能力。

儿童是否期望父母看到他们对新奇或有趣事物的反应。

儿童在多大程度上利用眼睛注视大人的脸以获取社交信息，能够跟踪他人的视线和指向，在交流和游戏中观察他人的眼睛和脸，并且互动时目光在物体和游戏伙伴的面部之间切换。

2. 用于社会交往的非言语交际行为的缺陷

儿童在交流过程中顺利协调发声/言语、手势、眼睛凝视和面部表情的程度。不能规范使用手势（耸肩、竖起大拇指等）以及儿童将手势与使用手势指向其他人的意图相协调的程度。

儿童向他人传达的各种信息（意图），包括请求、说明、否定、回答、问候和寻求关注。

儿童如何应对“沟通挑战”，例如当他/她无法打开一袋玩具或泡泡瓶盖时。

儿童如何应对“沟通失败”，例如当测试者或家长故意不回应或不给他/她想要的物品时。

儿童在持续的来回或参与性互动（超过 1 或 2 次互动）中使用眼神交流、沟通（包括发声和手势）和面部表情的能力。

表 2.3 幼儿行为组成部分 (续)

3. 在发展、维持和理解关系方面的缺陷*

在幼儿群体中,这可能表现为对同龄的其他儿童缺乏兴趣,对包括新生婴儿在内的亲兄弟姐妹,以及孩子自己接触过的堂/表兄弟姐妹或邻居缺乏兴趣。通常,孩子会对经常接触的兄弟姐妹或其他人感兴趣,但不会将这种兴趣延伸到不熟悉的同龄儿童身上。同样,许多儿童会对父母表现出依恋和交往意愿,但对不太熟悉的成年人或较少参与养育照看的父母却很冷淡。*

4. 发育特征

儿童的发育史,以发现各发展领域可能存在的发育延迟(如运动里程碑)。

相对于其实际年龄而言,儿童的语言和沟通能力。

局限性重复行为

1. 刻板或重复的动作、物体使用或者言语

任何非典型或刻板的动作、发声或行为。全身:转动、摇摆、奔跑和踱步;部分身体:拍手、手臂绷紧;自残:撞击头部、打或咬自己。发声:不寻常的重复性胡言乱语、回复太快或迟缓、手写或重复视频或电视中的台词;过度泛化地使用短语或单词;不寻常的措辞或音高。

视觉的非典型反应:非常近地看物体;从视野侧面(外周)看物体;转动或移动眼睛或者摇头,似乎是为了获得视觉效果;对线条(地板、窗台、百叶窗)有特殊兴趣;对环境中的视觉运动着迷,如风扇、闪光灯、电脑屏幕。

儿童以典型、差异化和适合年龄的方式使用物品和玩具的程度,而不是延迟、重复或非功能性的方式,这些方式包括:排列物体、旋转物体、非功能性地排列物体、对物体多次做相同的动作或进行相同的行为而无变化,以及反复挥动或拍打物体或琴弦。与之形成对比的是:儿童使用各种物体和玩具的另一种游戏模式,包括实质上的视觉空间玩具(拼图、堆叠和嵌套玩具)、功能性玩具(汽车、蜡笔、球)以及用于角色扮演的玩具。

表 2.3 幼儿行为组成部分 (续)

2. 坚持千篇一律，僵化固守常规惯例，或者仪式化的模式或语言/非语言行为。

在评估者的协助下，儿童可以在多大程度上从一个地点、事件、游戏情境或玩具/物体转换到另一地点、事件、游戏情境或玩具/物体。

严格遵守惯例，例如通往社区场所的路线；在家里或幼儿园做事的顺序；问候和对话仪式；坚持物品摆放的位置和个人落座的位置一成不变；孩子可能会对穿的衣服、使用的杯子或器具、吃的食物施加严格的规定。*

3. 强度或关注点异常的十分狭窄而固定的兴趣

异常关注字母、数字、拼图或音乐。

过度关注视频或玩具中的某个特定角色（如 Thomas the Tank Engine、Elmo），或者某些玩具类型（例如，只玩汽车和卡车）。

4. 对感官输入有过高或过低的反应，或者对环境的感官方面表现出异常的兴趣

非典型触觉反应：用手在表面摩擦，反复寻求某些触觉体验所表现出的触觉兴趣；全身：喜欢挤压全身，在地板上滚动，将头伸进地毯或家具的角落，经常要求用力拥抱，挤入狭小的空间，将脸贴在振动的玩具上，舔物品。或者：对接触和质地的非典型厌恶，如衣服或食物的质地。

对视觉刺激的非典型反应，如盯着灯光、图案、发亮的物体或前面描述的许多视觉刺激行为。

嗅觉的非典型反应，例如反复嗅闻物体。

对噪音的非典型或不寻常反应，要么避免噪音（害怕吸尘器、搅拌机、车库门关闭的声音），要么刻意寻找玩具或视频中的某些噪音。

5. 发育特征

儿童具有与年龄相符的大运动和精细运动技能以及典型姿势和运动模式的程度。

儿童的活动水平和注意力持续时间与其年龄相符。

**这些行为可能不容易在时间有限的观察中评估，一般最好通过家长访谈来评估，具体参见表 2.2*

EI 政策：经转介参与 Early Intervention Program 的儿童必须接受多学科评估和评价。可在不进行评估的情况下，根据病历或其他记录确定儿童是否有资格参加该计划，这些记录表明儿童被诊断出患有很有可能属于发育迟缓的疾病，如 ASD。儿童仍必须接受对五大发展领域（身体、认知、交流、社会情感、适应）的评估，以便为制定个性化家庭服务计划 (IFSP) 提供依据。诊断评估和评价的多变性和动态性应根据每个儿童的情况而执行个性化的诊断和发展评估。[PO]

诊断评估和评价的多变性和动态性

45. 应根据每个儿童的情况而执行个性化的诊断和发展评估。[PO]
46. 应注意，不能将发展评估视为一项短期工作，而应视为长期跟踪儿童的持续过程。[PO]
47. 应认识到，在评估有 ASD 和其他发育障碍的幼儿的认知和技能水平时，可能需要对标准化测试作出一些调整。可能需要将学习风格和信息处理能力的差异纳入测试考量，或者测试可能不能引出或准确地表示技能。评估者应掌握基于课程的工具和基于游戏的方法，这些工具和方法可以为标准化工具提供补充。[PO]
48. 应适当增加评估内容，及/或将儿童转介给其他专业人员进行更详细的评估和具体诊断，以便继续深入挖掘，补充评估中的重要发现。[PO]
49. 如果发现疑似患有 ASD 的幼儿不符合诊断标准（即不能确认或排除 ASD 的具体诊断），建议采取以下措施：
 - 考虑在不同环境中（例如，临床、家庭或幼儿园）增加观察和评估项目。
 - 考虑另一个专家意见是否合适。
 - 至少每三个月或有新的担忧时，对孩子进行复查。由于孩子年龄接近 3 岁，会显现更明显的特征，因此复查很有必要。
 - 如果孩子因为发育迟缓而有资格参加 Early Intervention Program，那么继续监测可能指向 ASD 的新症状非常重要。医疗保健提供者、家长和服务协调员都有责任确保在需要时，即使孩子已经接受一套服务，仍可改换对 ASD 更具针对性的其他服务。
 - 请注意，有些幼儿具有 ASD 的特征，但由于发育迟缓（例如语言发展并未完全延迟）既不符合确诊标准，也没有资格参加 Early Intervention Program，这类幼儿的发育进度应继续由其初级医疗保健提供者进行监测。

- 应认识到，如果某些幼儿具有典型的认知能力，并且环境的社会需求尚未超出其发挥功能的能力，则可能不符合诊断标准或参加 Early Intervention Program 的资格；应继续对这些儿童进行监测。
- 如果儿童疑似患有 ASD，但不符合诊断标准或参加 Early Intervention Program 的资格，则建议专业人员与家长讨论如何监测儿童的发育进度以及采取哪些亲子互动策略，以促进和加强儿童的社会及沟通发展。[PO]

进行诊断评估和评价的场所

50. 建议评估者在规划、完成及解释诊断评估和评价的结果时考虑到环境因素。[PO]
51. 选择在家中还是在诊所进行评估时，需要考虑家庭偏好、父母或其他人在场、孩子对环境和测试者的熟悉程度和舒适度、测试环境中分散注意力的方面、足够的空间和对环境的控制等因素。[PO]
52. 如果需要在临床环境中对儿童进行评估，则必须整合有关儿童在家中的行为表现信息，这些信息可以通过家长调查、家长访谈或记录儿童典型行为的录像/录音获得。[PO]

让家人参与诊断评估和评价

53. ASD 诊断评估和评价提供了让儿童父母全面参与其中的机会。这对于从评估中获得最佳结果非常重要，包括取得准确的结果以及与家庭分享对评估结果的理解。这有助于与家庭建立良好的合作关系，并确保家庭充分参与今后干预和资源管理方面的决策。[PO]
54. 应告知并让家长参与有关以下几方面的决策：评估和评价环境、正在解决的转介问题、用于解决转介问题的方法以及流程时间表。[PO]
55. 帮助家长了解评估和评价是一个从不同角度收集信息及行为样本的过程，这一点很重要。没有哪一项“测试”能给出最终答案。[PO]
56. 应通过家长访谈，以及协助制定和参与实施观察策略，肯定家长在孩子及其家庭的优势和关切方面所掌握的专业知识。[PO]

57. 应利用家长访谈和直接观察的机会，教育家长有关 ASD 的知识，帮助其了解孩子的优点和需求，并告知如何通过干预措施解决这些问题。[PO]
58. 在解释评估和诊断决策过程中的结果，以及向家长提供反馈时，应：
- 详述和解释测试分数、关键行为和症状，以及家长分享的信息如何帮助进行诊断。
 - 使用易于理解的术语，并提供有关评估和评价程序及结果的详尽说明。
 - 充分解释评估和评价报告中使用的重要术语和概念。
 - 详述评估和评价结果及其含义，并参照发展标准和正常发展的同龄儿童，讨论受评估儿童的表现。
 - 积极让家长参与讨论，运用反思性倾听技巧来确定他们是否理解评估过程和结果，并找出任何需要解决的问题。
 - 确定并讨论儿童的优点，以及如何通过干预充分利用这些优点，同时解决其学习、沟通和社交问题。
 - 详述家长如何通过评估和评价过程及结果，确定下一步的干预措施。[PO]
59. 可以向家长提供关于可信来源的建议，帮助他们获得有关 ASD 的更多信息。[PO]

EI 政策：根据 Early Intervention Program，多学科评估小组负责将儿童的评估结果告知家长。多学科评估小组须请家长讨论评估结果，包括家长对评估过程可能存在的任何疑虑。多学科评估小组负责确保家长对孩子的任何忧虑均通过评估得到解决，并确保家长充分理解评估结果。

以家庭为中心的文化素质评估和评价

60. 孩子的生活植根于文化和家庭环境中。在评估可能有发育障碍（包括 ASD）的儿童时，须考虑家庭文化、父母的优先级、养育方式和家庭支持系统。[PO]
61. 评估可能患有 ASD 的儿童时，应认识到在诸如眼神交流、游戏和社会互动以及语言实际运用等方面，对儿童的期望可能存在文化和家庭差异。[PO]

EI 政策：须使用非歧视性程序对儿童进行多学科评估和评价。在评估和评价的各个方面，对儿童和家庭文化的回应态度必须是首要考虑因素。测试和其他评估必须以儿童的主要语言或母语进行，除非显然不可行。就评估和评价而言，母语是指儿童通常使用的语言，前提是进行评估的合格人员认为这种语言对于儿童发育是合适的。

参见附录 C

《DEC 建议实践》（Division for Early Childhood, 2014 年）为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导，以帮助改善 5 岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果，并促进良好发展。

《DEC 建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展，并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

*Division of Early Childhood
(2014 年)*

与其他专业人员沟通诊断评估和评价结果

62. 建议进行诊断评估和评价的专业人员：

- 在家长同意的情况下，与可能以便捷有效方式为儿童和家庭提供服务的其他专业人员进行沟通。
- 继续解决家长在诊断评估和评价后一段时间内可能会遇到的后续问题和担忧。
- 就适合于 ASD 儿童及其家庭的服务、资源和社区支持向家长提供有用信息和转介，包括有关 Early Intervention Program 的信息。[PO]

EI 政策：在征得家长同意的情况下，可以与初级医疗保健提供者和其他专业人员分享儿童的 Early Intervention Program 多学科评估报告。

2.C.2

对 ASD 循证诊断评估工具的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

EI 政策：进行多学科评估和评价时，小组可以结合使用标准化工具和程序或者运用有据可循的临床意见来确定儿童是否有资格参加该计划。应免费向家长提供多学科评估和评价。

下面一节提供了对 ASD 循证专用工具的建议，这些工具适用于患有 ASD 的幼儿。正如前面关于诊断评估和评价的一般方法一节所强调的那样，应在所收集关于儿童的更广泛信息的背景下审视这些工具的结果。

ASD Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2):

ADOS-2 是一种半结构化、标准化的观察评估，用于评估儿童的交流、社会互动和玩耍能力（Lord、Rutter 等人，2012 年）。可以根据儿童的语言和发育水平选择及执行其中的几个模块。幼儿模块和模块 1 最常用于有 ASD 风险的幼儿。测评时间约为 45 分钟至 1 小时。需接受培训才能获得执行 ADOS-2 的能力。

63. ADOS-2 是一种有效的临床医生互动/观察工具，可作为 ASD 诊断评估的一部分，适用于 15 月龄及以上的幼儿，以及心理年龄为 12 月龄及以上的幼儿。与所有其他 ASD 筛查工具一样，它应与其他信息收集策略和临床判断结合使用，以实现全面评估。
- 幼儿模块和模块 1 适合评估 36 月龄以下的幼儿。有些情况下也可以使用模块 2。
 - 使用校准严重程度评分 (Calibrated Severity Scores, CSS) 有助于将儿童当前的 ASD 症状与其他患有 ASD 的儿童进行比较，以及跟踪儿童的长期进展情况。[E]
64. 应认识到，评估者需要接受一段时间的培训才能适当地使用 ADOS-2（参加举办的研讨课，并在用于研究时妥善管理该工具，直到达到编码可靠性为止）。[PO]

儿童自闭症评定量表第二版 (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE, SECOND EDITIONS, CARS-2):

CARS-2 是一种临床医生判断工具，它根据专业人员在与个人相处一段时间后（例如在评估期间）积累的观察结果进行评级。它由 15 个项目组成，从正常到严重异常分为 7 个等级（Schopler、Van Bourgondien、Wellman 和 Love，2010 年）。CARS-2 的得分范围可能在 15 到 60 分之间，幼儿 ASD 的分数范围为 25 分或更高。CARS-2 可产生标准化的 T 评分，并可对自闭症谱系障碍的轻度、中度和重度症状进行分类。CARS-2 与认知水平密切相关。CARS 不是基于当代诊断标准，并且现有的心理测量培训不如 ADOS-2 广泛。

65. CARS-2 是一种临床医生判断/临床医生评定工具，可用于评估幼儿。根据适用于其效用和预测效度的研究得出了以下指南：
- 建议以 25.5 分作为临界值，而不是本手册中指定的 30 分，特别是要将表现较温和的儿童包括在内。
 - CARS-2 经证明可以更好地检测出相较于智力功能较高的 ASD 儿童，认知发展迟缓更严重的 ASD 儿童。
 - 对 3 岁以下儿童使用 CARS-2 时，有必要进行额外的研究。[E]

自闭症诊断访谈-修订版 (AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW-REVISED, ADI-R): ADI-R 是一种包含 93 项内容的标准化、半结构化家长访谈诊断工具。其诊断评分算法考量互惠性社会互动、语言和非语言交流，以及局限、重复和刻板行为模式等领域，并在综合这些因素的基础上确定自闭症谱系障碍的临界分数。ADI-R 耗时 1.5 到 2 小时，并且评估者需接受培训。目前修订的算法提高了对幼儿的诊断准确性。这些算法在发布的报告中有详述 (Kim、Thurm、Shumway 和 Lord, 2013 年; de Bildt 等人, 2009 年)。ADI-R 正在进行修订，修订版将使用类似 ADOS 的模块方法，并减少执行所需的时间，但很可能几年内无法使用。

66. 自闭症诊断访谈-修订版 (ADI-R) 可用于评估 ASD 幼儿。它是一种基于证据的家长访谈工具，适合 30 月龄到成年期间的儿童。它收集关于儿童发育、ASD 症状的出现以及所有症状域中当前症状的详细信息。[E]
67. ADI-R 需要评估者接受大量培训（参加举办的研讨课和运用工具，直到达到编码可靠性为止），才能适当地使用。[PO]

第 3 章

对自闭症谱系障碍幼儿及其家庭的早期干预



3.A.

ASD 幼儿及其家庭的有效干预策略综述

自 1999 年《NYSDOH ASD 指南》发布以来，相关专家在制定和研究 ASD 幼儿的早期干预策略方面取得了巨大进展。以下是 1999 年至 2015 年重点关注领域和证据发展的总结。

越早越好

专家们一致认为，越早干预效果对儿童越好（Garon、Zwaigenbaum、Smith、Brian 和 Roberts 等人，2009 年；Masten 和 Cicchetti，2010 年）。研究表明，一些被诊断出患有 ASD 的儿童在很小的时候就表现出了重大差异，即他们从父母的面部和声音中获取社会信息的程度不同（Dawson、Raphael 和 Ring，2012 年）。与父母和其他人的社会 and 沟通互动（包括“共同注意力”）是婴幼儿发展其社交和语言技能的主要方式。一名早期缺乏社会关注的儿童，很可能后续会出现严重的社交和沟通延迟。大多数早期干预策略都着重使最基本的学习过程（如对他人的关注、模仿、共同注意力和对提示或请求的回应）维持正常，以便儿童能以更像同龄人的方式获得语言、社交技能和游戏技能。早期干预的其他重点领域包括减少问题行为，提高早期学习技能，以及帮助儿童发展自我照顾技能。直到最近，干预研究才增加了对调节因子的分析，以说明较早开始干预会促成更显著的技能提升（Flanagan、Perry 和 Freeman，2012 年；Rogers 等人，2012 年；Orinstein、Helt、Troyb 等人，2014 年；Smith、Klorman 和 Mruzek，2015 年）。

学习如何衡量干预的成果

为幼儿制定并应用于幼儿的干预措施类型方面，以及对于如何开展研究的理解都有了很大的进展。研究问题已经从“这种干预有效吗？”扩展到：

- *儿童的哪些特征与其对干预（儿童调节因子）的一定程度反应（随着时间推移而发生积极变化）有关？* 该领域的研究着重于儿童方面的因素，如认知水平、语言习得、症状的严重程度、社会交往技能，以及与儿童干预反应相关的其他儿童调节因子。
- *哪些干预特征与一定程度的干预反应有关（计划/干预、忠诚、父母特征预测因子或调节因子）？* 例如，儿童接受早期干预多长时间、多少小时、接受早期干预的地点（如家里、诊所、以计划为基础），以及干预服务提供者对于学习、提供和遵循特定治疗策略的忠实度。家长介导的干预示例包括家长如何回应儿童、家长对干预策略的学习程度如何，以及家长是否正确一致地运用干预策略。
- *干预的“有效因子”有哪些？* 由于大多数干预措施都将多种策略作为整个计划的一部分（尽管这些策略是根据临床和理论基础进行组合的），因此，研究往往试图找出干预措施的哪些部分最能发挥作用。

- *应衡量儿童的哪些结果特征以及如何衡量?* 最早的研究着眼于智商和语言水平等结果。越来越多的研究在社会交往、重复行为和适应行为方面增加了结果变量，比如自闭症的严重程度、特定症状。此外，许多功能领域（适应性、运动、解决问题等）也是干预研究重点关注的结果领域。

本更新版指南是基于对包括婴幼儿和学龄前儿童在内的证据基础的回顾。其中提出的建议是基于现有证据；但应注意的事是有必要对这些领域进行额外的研究。

与家庭合作

与家庭合作以满足孩子的需求是有效早期干预的一个重要原则。以家庭为中心的早期干预会让家长合作参与干预，并专注于以下几方面：以家庭为中心的目标，旨在处理家庭优先事项、解决家庭的忧虑并发挥优势；在自然环境中提供服务；文化能力；以及鼓励家庭发挥自主性。例如，帮助家长学习在日常生活中实施干预策略的技能，以及应对家长的求助请求，解决出现的挑战或具体问题，如如厕训练、喂食、行为挑战和一系列感官处理问题。帮助家长了解孩子的诊断情况、治疗要解决的问题，以及如何评价他们是否有所帮助，以此鼓励其成为有效的支持者，这是评估和持续干预的一部分。应为家长提供有力支持，使他们了解有哪些可用的社区资源，以及如何获取、评估这些资源并与这些资源讨论所面临的问题。从最宏观的角度来看，家长作为支持者去了解法律问题、地方和国家支持机构、当前制度是如何形成的，以及如何帮助改进和改变这些制度，可以说是大有裨益。

“家庭培训”一词在不同的干预模式中可能会有不同的应用。在以行为为重点的治疗中，家庭培训通常是指向家长传授行为技巧，以便在他们想要为孩子教授新技能（通常是在日常生活情景中）和孩子出现有挑战性的行为时，于医疗保健提供者疗程之外使用。每个学科都有针对治疗目标的具体家长教育和培训方法，例如为有运动问题的儿童找出问题、为有进食问题的儿童选择食物以及为有沟通延迟的儿童改善语言能力。家庭培训也有更广泛的含义，此含义更符合以家庭为中心、包括多个方面的照顾，例如解决围绕任意家庭顾虑问题，获得关于孩子诊断情况的信息和教育，理解针对从出生到三岁过渡到学前教育系统所需采取的措施并就此展开行动。

“家长介导”和“家长辅导”的干预可以具有共同和更具体的内涵。无论采用哪种干预模式，与家长合作获得特定技能，以帮助孩子培养能力和进行行为管理，必然会涉及到对家长进行指导。然而，家长介导通常是指在医疗保健提供者提供指导、示范、监控和反馈的同时，努力让家长成为主要干预者。此策略可用于多种干预模式，即行为、语义-语用/关系或学科特定模式，如语言促进计划。

1999年的《NYSDOH ASD指南》提供了作为ABA衍生干预措施一部分的家长培训建议。家长培训和与家长合作仍然是几乎所有针对ASD儿童的干预措施的关键组成部分，包括第3.B.2节中的强化行为和发展干预措施。

过去20年里，其他研究领域也开始注重与家长和照顾者合作，并支持家庭同子女进行积极互动。“家长介导”的方法与过去和现在的ABA干预方法有相似之处。第4.C.3节提供了针对这些干预措施的具体建议，以确认关于家长介导方法的新证据，并强调与家长和照顾者直接合作的重要性。

ASD 幼儿早期干预的目标

首先，为ASD儿童及其家庭提供的早期干预服务必须针对ASD的具体问题，着重于促进儿童在家庭和社区环境中全面发展的策略。对于幼儿来说，干预策略应优先考虑发展和提高其社会交往技能，同时减少行为和兴趣方面的局限及重复问题。在有常见顺序的发展领域（比如早期的表达性语言：典型的咿哑语，然后杂乱的咿呀胡说、专用语、单个单词，然后是两个词的短语）进展延迟，往往在一定程度上归因于与他人接触、模仿他人和对他人关注太少（ASD的核心症状）。然而，由于患有ASD的儿童在其早期和长期生活中学习速度不同，最大程度地减轻ASD症状并不能保证儿童能发挥与年龄相符的功能。

参见附录 C

《DEC 建议实践》（Division for Early Childhood, 2014年）为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导，以帮助改善5岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果，并促进良好发展。

《DEC 建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展，并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

*Division of Early Childhood
(2014年)*

3.B.

对 ASD 幼儿及其家庭的早期干预措施

3.B.1

关于选择和规划干预措施的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

在定义和测试早期干预方法从而建立证据基础方面，已经取得了很大进展。理想情况下，医师应能够以高水平的技能利用和执行有手册指导、基于证据的计划，并就其进行培训。理想情况下，所有家长均应积极参与，并投入大量时间，且没有人会离开或退出计划。但是，循证实践包括将具有最强科学支持的若干干预措施与家庭偏好和需求、专业判断及其他背景因素相结合。临床工作还应依赖于特定背景下对儿童进行的细致评估，以便与家长合力做出治疗决定。本节的建议反映了：

- 针对干预类型、时间长度和环境的计划是高度个性化的，并且是在考量当地资源的情况下与照顾者合作制定。
- 干预应反映对儿童特征、当前行为和发展水平，以及父母/照顾者偏好、资源和目标的全面评估。
- 来自不同学科的不同服务提供者、同儿童和家庭接触的不同机构以及照顾者应共同组成一个合作团队。
- 所选择的干预环境和方法应反映对干预连续性的考虑，即从最接近于无特殊需求同龄儿童可能经历的生活环境，到更加集中和受限的环境和方法，同时始终尽量朝着最自然的环境努力。
- 应不断评估干预方法，以确定实现特定目标的进展情况，并作出相应调整。

这些建议提到了提出、规划和选择干预措施、适合儿童发展的实践、自然的学习环境，以及有效性监测等非常重要的过程。无论干预的理论基础如何，这些建议都适用于所有干预方法。

开始、选择和实施干预

1. 识别患有 ASD 的儿童并尽快开始进行适当的干预很重要。早期干预可能有助于推进儿童的整体发展，实现眼前的目标，增加适当的行
为，并可能带来更好的长期功能结果。[E]
2. 如果已发现儿童有发育迟缓问题并且怀疑其患有 ASD 但未进行确认，
则应尽快着手提供适当的早期干预服务，以解决已确定的发育迟缓
问题。[PO]
3. 建议一旦怀疑儿童患有 ASD，即立即进行全面和强化的早期干预服
务，以解决 ASD 核心缺陷和其他发育迟缓或健康问题。[PO]
4. 建议根据儿童和家庭的特点，在个别的基础上确定儿童全面和强化的
早期干预服务的性质。[E]
5. 对 ASD 儿童作出干预决定时，建议家长与在治疗 ASD 儿童和给予家
庭支持方面有丰富经验的合格专业人员合作。[PO]
6. 应清楚，ASD 儿童具有不同的优势和需求，可能对特定干预方法或手
段的反应不同。[PO]
7. 建议根据儿童的年龄和发育状况，明确每名儿童的干预结果，并纳入
可衡量的干预结果标准。[E]
8. 建议根据定为目标的具体结果（如社会、交流、行为、共同注意力、
游戏、认知、入学准备、学业、运动、适应性），采用一系列循证
实践。[E]
9. 建议干预措施应应对符合儿童年龄和发育状况的行为和技能。这
包括：
 - 运用儿童发展顺序来指导目标发展。例如，旨在增强语言能力的干
预服务可以从注重共同注意力、手势和共同情感着手。
 - 专注于在广泛结果和环境中的利于学习的基础技能。示例包括：
 - 照顾他人。
 - 模仿他人。
 - 通过共同注意力分享情感和兴趣。
 - 与父母、兄弟姐妹或其他人分享关于环境事件的共同参照情境。
 - 与他人进行协调、互惠的活动，并理解人与人之间通过手势、声
音、表达和词语传递意思。[E]
10. 建议在干预过程的每个阶段对技能的泛化进行评估并积极促进这种泛
化。这包括选择以下治疗目标：(1) 促进儿童在适当社交情境中以功能
性方式使用新技能；(2) 支持儿童在自然情境和环境中的适应性
功能。[PO]

11. 应根据父母的兴趣、可用资源和能力，努力让父母成为干预团队中的积极参与者。父母的参与有助于确保将对家庭而言最重要的行为和发展结果、目标和策略纳入干预措施并促进新技能泛化。[E]

EI 政策：必须在儿童被转介给 Early Intervention Program 后 45 天内，为符合条件的儿童及其家庭制定个性化家庭服务计划 (IFSP)。IFSP 必须包括为儿童取得的可衡量成果，以及儿童和家庭促进儿童发展所需的服务和策略。制定 IFSP 的团队须包括家长、早期干预行政人员、服务协调员、评估人员以及家长或服务协调员邀请的其他人，并且制定时必须征得家长同意。儿童和家庭 IFSP 中包含的早期干预服务必须免费提供给家长。

自然学习环境

12. 建议在可能和适当的情况下，将学习机会融入以儿童为导向的游戏或熟悉的日常生活中。建议将基于意外事件的技能培养，融入可调动儿童积极性、对儿童具有意义且允许儿童体验自身行为之自然偶然性的社会互动和活动中，这是最为有效的技能培养方法。[PO]
13. 建议在干预过程的每个阶段对技能的泛化进行评估并积极促进这种泛化。这包括在儿童常规日常互动、经历和日常活动中，使用多种材料通过多人教授其技能。[PO]
14. 建议给予儿童的父母、照顾者和教师充分支持，便于其在广泛的日常活动中实施干预策略。这类日常活动包括照料活动（例如吃饭、洗澡时间）、玩耍（例如玩具游戏、运动类游戏、读书）、家务劳动（例如喂宠物、收取邮件）和社区活动（例如去商店购物、逛公园）。[PO]
15. 建议以提高系统规划的学习成果（如同伴互动技能、游戏技能、独立参与团体活动）为目标，将干预策略融入与正常发育儿童进行持续互动的环境中。[PO]

EI 政策：早期干预服务必须在最适合儿童和家庭的自然环境中提供。自然环境是指对非残疾同龄儿童来说自然或正常的环境，包括非残疾儿童参与的家庭、儿童保育环境或其他社区环境。根据 Early Intervention Program，早期干预服务可以在各种家庭和社区环境中提供。

适合儿童发展的增强策略

16. 建议将适合儿童发展的实践纳入针对 ASD 幼儿的干预策略中。适合儿童发展的实践：
 - 是基于对幼儿如何成长发展和学习的研究。
 - 在干预时会识别并结合儿童的个人特征。
 - 会考虑并融入塑造儿童所属家庭和环境的价值观、期望和因素。[E]
17. 同时还应认识到，并非所有儿童都按照典型发展中常见的顺序成长发展和学习。[PO]
18. 建议干预措施包括（但不限于）提高儿童积极性的策略，例如跟随儿童的引导，让儿童选择干预活动和材料，对对象或在社交游戏程序中共享轮流转换，或者成人模仿儿童的语言、游戏或身体动作。[E]
19. 建议干预措施纳入一系列策略，以便为儿童提供反馈。临床医生应尽可能使用与儿童干预目标和目标行为有重要联系的强化手段。[PO]

EI 政策： Early Intervention Program 提供者负责将儿童发展重心纳入干预策略中，将儿童发展良好实践与必要的调整相结合，以促进儿童发展。

培训、监督与专业发展

20. 建议由在提供干预方面具有专业知识和经验且取得适当认证的合格专业人员来实施干预措施。[PO]
21. 建议为 ASD 幼儿及其家庭提供服务的专业人员接受使用和提供循证干预方法方面的培训。[PO]
22. 建议实施干预措施的专业人员积极参与持续的专业发展活动，以了解循证实践的最新进展。[PO]
23. 建议实施干预措施的专业人员积极参与持续的专业监督。[PO]

EI 政策： 在 New York State，对有资格提供早期干预服务的专业人员使用的称谓是“合格人员”。“合格人员”一词在计划规定中有明确定义，包括获准在其提供服务的地区根据其执照、证书或注册授权范围提供 Early Intervention Program 服务的个人。

合作与协调

24. 所有为儿童和家庭提供服务的个人之间必须协调、整合各种手段和方法，并开展紧密合作。[PO]
25. 提供者和家庭之间频繁进行的小组会议以及共同治疗机会对于有效协调护理和合作至关重要。[PO]
26. 团队成员之间必须定期就儿童的进展和干预措施相互沟通。沟通可以通过多种方法实现，例如通讯簿或安全电子邮件。[PO]
27. 建议支持儿童及其家庭的所有干预服务提供者持续合作（即至少每月），以协调干预目标和策略。[PO]
28. 如果辅助专业人员是团队成员，则应由专业人员对其进行培训和密切监督，以确保其提供的服务与商定的干预目标和方法一致。[PO]
29. 在为 ASD 儿童规划综合干预服务时，如果运用了多种干预内容，建议仔细考虑将干预方法和/或内容相结合，以确保它们相辅相成。[PO]
30. 如果考虑采取的干预措施对儿童和/或家长、照顾者或其他家庭成员来说很费时间，则应考量所有干预服务需花费的总时间，并确保干预服务和方法得到妥善协调。[PO]

EI 政策： Early Intervention Program 服务提供者负责与家长、其他服务提供者（包括初级保健服务提供者和儿童保健服务提供者）和相应社区机构的代表进行协商，以确保向儿童和家庭提供有效的服务。同时，服务提供者还负责就早期干预服务的提供给予家长和其他照顾者支持、教育及指导。

监测进展

31. 建议由提供早期干预服务的提供者持续监测儿童的进展情况，并根据儿童的进展情况酌情调整干预方法。这应包括收集关于儿童技能获取的资料，这些资料可持续用于指导有关干预的决策。[PO]
32. 建议临床医生使用经认定可靠有效的标准化评估、观察和发展量表，为个性化干预目标的制定和选择提供指导。[PO]
33. 为跟踪有关儿童个性化治疗目标的进展情况，建议建立可衡量的掌握标准，并通过持续测量评估进展。这可能包括基于课程的评估，以检查特定时间段（例如每月或每季度）的进展情况。[E]
34. 建议三个月内如缺乏客观可记录的进展，即表明需要调整干预办法，增加个性化关注或方案规划时间，重新制定学习目标或提供额外的培训和咨询。对于非常小的幼儿来说，家长和干预人员应考虑如在两个月内缺乏进展，即表明需要调整干预方法。[PO]
35. 建议家长和专业人员在下列情况下考虑调整干预措施：
 - 儿童已取得进步并实现了目标。
 - 治疗师与儿童/家庭的配合并不是一种有效的合作方式。
 - 在适当的试验期后未观察到进展。
 - 儿童已取得一些进展，但在适当的试验期后仍未达到目标。
 - 儿童的行为或健康状况出现了意外变化。
 - 干预环境发生变化（例如从家里转换到幼儿园）
 - 家庭的优先事项发生了变化。[PO]

EI 政策：儿童和家庭的 IFSP 必须每六个月审查一次，每年评估一次，并根据情况进行修改。必须利用当前的任何评价结果以及通过对儿童和家庭进行持续评估获得的其他信息确定所需和将要提供的服务。

定期深入重新评估

36. 除持续监测外，建议每 6 至 12 个月至少对儿童的进展和发育状况进行一次定期、正式、适当的重新评估，并酌情将儿童的进展和功能水平与年龄相当的预期发展和功能水平进行比较。[PO]
37. 进行定期重新评估时，专业人员必须运用良好的临床判断和当前的最佳实践，并对儿童进行个性化评估。根据需要，重新评估可能包括：
 - 基于课程的评估。
 - 如果干扰行为继续出现，则进行功能性行为评估。
 - 对社会（语用）交流和表达性及感受性语言能力的评估。
 - 帮助评估儿童进展情况的标准化测试。
 - 评估儿童状况的诊断测试。[E]

3.B.2 对早期强化行为和发展措施的建议

1999 年发布的《NYSDOH ASD 指南》为在 NY 接受早期干预服务的自闭症谱系障碍儿童建立了循证护理标准。报告建议“……ABA 的原则应作为任何针对自闭症幼儿的干预计划的重要内容。”自《NYSDOH ASD 指南》发布以来，大量与之相关的研究和报告层出不穷，旨在评估行为干预对 ASD 患者的影响。Weitlauf 等人（2014 年，执行摘要，第 11 页）在讨论对 ASD 儿童行为干预措施进行系统审查后得出的主要结果时，确定的结论是，研究证据持续表明，根据应用行为分析 (applied behavior analysis, ABA) 原则以一种集中而全面的方式（解决许多功能领域）提供的早期行为和儿童发展干预，可对一些患有 ASD 的儿童产生积极影响。Michael Siller 博士在 Weitlauf 等人之后完成并发表了研究综述（2014 年），旨在协助小组成员更新本指南，这份综述有力证实了该审查的结论。

强化行为模型通常严重依赖于一对一治疗，治疗期间训练有素的治疗师会使用单一尝试教学法。其他模型则将 ABA 原则与自然主义/发展原则、发展和基于关系的方法相结合。其他干预方法也是基于 ABA 的干预，侧重于关键或基本的技能和行为（如沟通的动机），而不是整体改进。这些方法往往强调家长培训是提供治疗的一种方式（例如关键反应训练、强化环境训练和自然环境教学，以及 LEAP 等基于课堂的模式）。“基于 ABA 的干预措施”一词指的是贯穿本指南的总体、广泛的早期强化行为和发展干预措施。

有证据继续证明，基于 ABA 和儿童发展原则并以集中（每周大于或等于 15 小时）而全面（即解决许多功能领域）的方法提供的干预措施，可对一部分患有 ASD 的儿童产生积极影响（Weitlauf 等人，2014 年）。在各种干预方法中，接受基于应用行为分析和儿童发展原则的早期强化干预的儿童与接受低强度干预和折衷的非 ABA 干预方法的儿童相比，在认知、语言、适应性和 ASD 损伤方面有所改善（Weitlauf 等人，2014 年）。

应用行为分析 (ABA) 及其发展前景

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

EI 政策：早期干预服务应包括应用行为分析 (ABA)。ABA 是指“对系统的环境变化进行设计、实施和评估，通过技能获取和减少问题行为对人类行为产生重大的社会影响”。ABA 包括对行为的直接观察和测量，以及对行为与环境之间功能关系的识别。其中涉及的因素包括环境因素，如已形成事件、先前刺激、积极强化和其他用于产生所需行为变化的结果。

ABA 是目前研究最为完善、最有效的 ASD 一般治疗方法。行为分析策略最早是在 20 世纪 60 年代发现的，目的是为典型的幼儿 (Birnbrauer、Bijou、Wolf 和 Kidder, 1965 年; Hart 和 Risley, 1968 年; Hawkins、Peterson、Schweid 和 Bijou, 1966 年) 及自闭症儿童 (例如 Wolf、Risley 和 Mees, 1964 年) 找到有效的学习和发展策略，并随着时间的推移扩展到解决学龄儿童、青少年、成年人的技能发展和挑战性行为，以及各种诊断病症。

实践 ABA 的专业人员被称为行为分析师，如果他们获得了专业认证，就会使用 BCBA (Board Certified Behavior Analyst, 注册行为分析师) 的称号。行为分析师在各种概念、实验和应用领域进行实践，但已有一套特定的方法和策略应用于自闭症干预。由于儿童在很小的时候就被诊断出患有自闭症，因此这些概念经过数次修改，适用于技能获取、行为管理、情感发展以及所有重要的儿童发展领域。

基于 ABA 的干预措施有大量科学证据支持的其中一个原因是，测量为该学科的核心要素。ABA 策略包含精确客观的程序，用于定义行为、干预和进展，以及同时获取数据以记录每个步骤。至关重要的是，针对 ASD 儿童的 ABA 干预必须以此研究基础中建立的参数为基础，方能发挥效果。单独使用孤立的程序或手段无法奏效。正是综合运用的具体概念和参数决定了干预的有效性。

ABA 干预会在许多不同的环境和背景下进行，从高度受控的治疗情况 (通常称为分解式操作法) 到游戏、家庭、社区和团体环境等自然环境均涵盖其中。选择实施干预的环境时应考虑多种变量，包括儿童的年龄、发育水平和注意力。所有 ABA 项目必须明确包括一个一般化程序，以便在越来越多的环境中练习技能，直到儿童能够在日常生活中可靠地展示技能 (或对挑战性行为做出其他反应)。如果存在挑战性行为，则在受控环境中进行详细分析以了解行为之前和之后可能发生的情况以及可能影响儿童的因素后，可以在自然环境中处理该问题。

自 20 世纪 60 年代以来，ABA 的研究基础和临床策略得到了极大发展。这种发展使得某些以 ABA 为基础的“成套策略”或方法有了描述性名称，例如图片交换沟通系统 (PECS - Bondy 和 Frost, 1994 年)、言语行为方法 (Sundberg, 2001 年) 和关键反应训练 (Pivotal Response Training, PRT) (Koegel 和 Koegel, 2006 年; Coolican、Smith 和 Bryson, 2010 年; Steiner、Gengoux 和 Klin, 2013 年)。

过去 20 年里，ABA 的一个总趋势是强调“自然情境”或附带教学 (例如 Hart 和 Risley, 1975 年)。自然情境教学将行为分析干预的关键特征融入儿童的日常活动和日常生活中。其中一个常用的例子是，在分解式操作法中，提供者可以要求儿童指向一幅饼干图片或一块真实的饼干，然后给予奖励，例如当儿童这样做时给一点饼干。在自然情境教学中，提供者可于零食时间要求孩子说“请给我饼干”，并给予儿童饼干作为奖励/结果。这样，任务本身就被设定在典型的日常生活情景中，儿童的行为和奖励在功能上是紧密联系。这两种方法相辅相成，两者使用的比例取决于儿童的技能水平和学习特点。

同样在过去 20 年里，对 ASD 婴幼儿的 ABA 研究和应用也利用了有关儿童身体和认知能力以及参与社会关系的能力的信息。儿童年龄越小，就越需要适应儿童的发展水平，并谨慎安排要教授的具体技能。例如，对于最小的还不会说话的儿童，可运用一系列手势、对象和非常短的短语组合给出提示。作为技能训练的一部分，幼儿还需要在地板上玩玩具。另一方面，大一点的儿童可能会坐在游戏桌或书桌旁，在“类似学校”的环境中完成一系列任务。

发展观点将儿童发展的科学纳入到干预方法中，这种科学可以指导基于技能顺序的活动选择，因为这些活动是按照典型的顺序展开。但是，许多技能领域的顺序步骤在形式上截然不同，因此并非线性的。例如，在教授单个单词之前，可能是关注他人的语言，音素/咿呀学语的产生，以及声音的模仿可能是重点。另一方面，对于某个特定的儿童，可能会直接将重点放在模仿单词上。这些决策必须基于儿童独特的技能模式和学习挑战作出。

Schreibman 等（2015 年）使用了“自然发展行为干预 (Naturalistic Developmental Behavioral Interventions, NDBI)”一词来表示 ASD 婴幼儿行为和发展策略的最佳实践组合。他们概述的原则可归纳如下：

- 三个方面的偶然事件（事前、行为和后果）。
- 手册指导的实践。
- 忠诚检查和证明。
- 个性化治疗目标。
- 持续衡量进展情况。
- 儿童发起的教学。
- 激励和吸引儿童。
- 自然强化。
- 使用提示和提示消褪。
- 平衡对象和日常社交游戏之间的交互。
- 建模。
- 成人模仿儿童的语言、游戏和身体动作。
- 扩大儿童的关注范围。

早期强化行为和发展措施

38. 建议将基于 ABA 原则的早期行为和发展干预作为重要内容纳入任何针对自闭症谱系障碍幼儿的干预方法中。这些干预措施采用基于研究的程序和参数，并以学习的基本原则为基础。[E]

EI 政策：儿童和家庭的 IFSP 必须在可行范围内以及满足儿童和家庭独特优势及需求所必需的情况下，提供一份基于同行评审研究的具体早期干预服务声明。应注意，ASD 的诊断并不需要考虑这些针对幼儿及其家庭的干预策略。如果担心儿童可能患有 ASD，IFSP 团队可以考虑适当纳入 ASD 服务，以满足儿童和家庭的需求。

39. 在确定 ASD 幼儿干预的强度和持续时间时，应认识到，根据现有的科学证据，无法准确预测对任何特定儿童和家庭有效的最佳干预强度。然而，建议行为计划每周至少包括约 20 小时的个性化干预。[E]
40. 建议根据儿童和家庭的多种特点，包括自闭症症状的严重程度、进展速度、健康因素、儿童对干预的耐受性和家庭参与等，确定行为干预的精确时数和持续时间。
- 在审查的近期研究中，基于 ABA 方法的有效干预措施强度范围为每周 14-28 小时（Weitlauf 等人，2014 年）。
 - 在审查的近期研究中，基于 ABA 方法的有效干预措施持续时间为 8 个月至 2 年（Weitlauf 等人，2014 年）。[E]
41. 建议采用强化早期干预方法来处理一系列儿童结果，包括改善认知能力、适应行为、语言和交流、社交技能/社会行为，以及改善 ASD 核心症状。[E]
42. 建议在选择早期干预方法时，应以关于干预策略有效性的科学证据为指导，包括儿童成果、父母资源、优先事项、关切事项和价值观，以及提供者培训和现有培训资源。[E]
43. 建议根据儿童的学习风格量身定制干预方法。一些儿童通过更有条理的教学方法学习更快，其中技能被分解为学习的小步骤，并且每个步骤都以非常系统的方式，通常是在高度结构化的情况（例如分次尝试训练）中教授；其他儿童则通过强调结构化程度较低的自然情境的方法来改进，这些方法侧重于儿童的兴趣和自然结果（例如附带教学、关键反应训练）。[PO]

EI 政策：通过 IFSP 程序确定早期干预服务的类型、强度、频率和持续时间。IFSP 中包含的所有服务必须由 IFSP 团队成员（包括家长）商定。如果对要纳入 IFSP 的服务有分歧，家长有权诉诸正当程序，包括调解和/或公平听证会。

Early Intervention Program 服务提供者负责对儿童和家庭使用个性化的方法，包括考虑和尊重文化、生活方式特点以及儿童和家庭的其他特点。

服务提供者的培训和监督

44. 建议 ABA 干预由接受过必要培训、具备相关经验且取得适当认证的合格人员进行监督和提供。[PO]
45. 建议所有基于应用行为分析和儿童发展原则设计、审查及监督儿童强化干预服务的专业人员定期参加专业发展活动，以了解针对 ASD 幼儿的干预措施的最新进展。[PO]

EI 政策：在 New York State，对有资格提供早期干预服务的专业人员使用的称谓是“合格人员”。“合格人员”一词在计划规定中有明确定义，是指获准在其提供服务的地区根据其执照、证书或注册授权范围评估儿童及提供早期干预服务的个人。要诊断 ASD，多学科评估团队必须包括一名在其专业实践范围内有资格进行评估的专业人员。

家长培训

46. 建议将家长培训和教育作为 ASD 儿童综合干预计划的重要组成部分。家长培训计划可能很有用，因为它们可以：
 - 为家庭照顾儿童方面提供有力支持。
 - 让家长参与选择对家庭而言很重要的干预结果、目标和策略。
 - 帮助家庭将干预策略融入儿童和家庭的日常生活中。
 - 帮助确保干预人员和家长使用的策略保持一致。
 - 改善家长和孩子之间的互动。
 - 提高家长的满意度，为家长减轻压力。
 - 促进行为强化，以增强预期行为的发生和泛化。[E]
47. 建议考虑如何将兄弟姐妹和其他家庭成员纳入家长培训计划。[E]

EI 政策：Early Intervention Program 服务提供者负责就早期干预服务的提供给予家长和其他照顾者支持、教育及指导。

3.B.3 对家长介导方法的建议

名称带有“[E]”的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有“[PO]”的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

在本节中，家长介导的干预被广泛定义为家长负责对自己的孩子实施部分或全部干预措施的干预（Wong 等人，2013 年）。这种干预方法的一个重要目标是促进良好的亲子关系和孩子对家长的依恋，加强积极的早期社会互动和沟通，以及培养孩子自己无法自然发展的技能。同时，该方法还侧重于干预策略，以帮助儿童关注父母并从根本上与父母更密切地接触，这被认为是解决幼儿 ASD 症状的关键问题。虽然此目标可以通过有经验的服务提供者直接干预来实现，但部分理论模型认为父母是最好的干预者。这是因为父母在多方面与孩子相处的时间很长，而且父母有满足孩子需求、促进和加强孩子发展的强烈动机。

不同的家长介导方法有几个共同的观点和干预目标（遵循孩子的引导；以将孩子行为塑造成交流行为的方式作出反应；促进积极的情感交流；在促进下一步发展的同时匹配孩子的兴趣；努力让孩子主动发起更多的互动，而不是让家长来引导进行学习任务）。许多人打算让照顾者每周花 15 到 25 小时的时间使用游戏策略。目前，家长介导的干预研究在实施方式上有很大差异。一些干预计划会持续 12 周，而另一些计划则会持续 12 个月。有些人会将家长辅导计划纳入孩子正在参与的所有其他治疗或计划中；有些人则会单独与一个小组和接受社区“照常治疗”的小组一起进行家长辅导。目前正在逐步建立这种方法的研究基础。

家长介导的方法

48. 建议向家长提供家长介导的干预措施，以此作为家长和 ASD 幼儿早期干预服务的综合计划的一部分。[E]
49. 如果儿童在许多时间里是与父母之外的其他照顾者（例如祖父母/外祖父母、保姆、日托人员）相处，则应向这些照顾者提供学习干预策略的机会，以便在熟悉的日常生活中促进学习目标的实现。[PO]
50. 建议以足够的时间和强度实施家长介导的干预，以便在多种熟悉的日常生活情景中有效增加儿童的学习机会。[E]
51. 建议尽可能在儿童所处的自然环境中实施全面的家长介导干预。这包括家庭住所、儿童日托中心和各种社区场所。[PO]
52. 建议以反映儿童时间表、家长时间限制以及家庭的实际和社会家庭环境的方式，调整全面家长介导干预的强度、持续时间和环境。[PO]

EI 政策：通过 IFSP 程序确定早期干预服务的类型、强度、频率和持续时间。IFSP 中包含的所有服务必须由 IFSP 团队成员（包括家长）商定。如果对要纳入 IFSP 的服务有分歧，家长有权诉诸正当程序，包括调解和/或公平听证会。

选择基于证据的家长介导干预方法

EI 政策：儿童和家庭的 IFSP 必须在可行范围内以及满足儿童和家庭独特优势及需求所必需的情况下，提供一份基于同行评审研究的具体早期干预服务声明。

53. 建议使用家长介导的干预方法实现包含多种结果的目标，包括沟通和语言、适应行为、ASD 症状严重程度、共同注意力、游戏技能、社会行为和感官调节。[E]
54. 建议家长介导的干预措施应解决家长的信息需求，提高家长满足 ASD 幼儿需求的能力。重要的家长成果包括：促进儿童学习的养育实践、家长的自我胜任感和对儿童发展知识的掌握、家长对子女 ASD 诊断结果的接受及养育相关压力的减少，以及家长对孩子内心的理解（孩子的想法或感受）。[PO]
55. 建议以 (1) 科学证据（包括目标结果）、(2) 父母价值观、资源和优先事项，以及 (3) 服务提供者培训和可用的培训资源为方向。[PO]

3.B.4

关于家庭福祉和支持的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

- 56. 应认识到，有 ASD 孩子的父母往往承受着较大的压力。[E]
- 57. 建议专业人员与家庭往来时，应了解并谨慎解决家庭和照顾者的身体及心理健康问题，以及照顾 ASD 幼儿的人员不断增加的压力。[PO]
- 58. 家庭可能受益于社区内其他资源的转介，以及可能有帮助的信息和支持。[PO]
- 59. 应认识到，许多家庭可以从同伴之间的支持中获益，并且应向他们提供有关所在地区家长支持小组的信息。[PO]
- 60. 建议将在抚养 ASD 儿童方面承受压力的家庭转介给心理健康支持服务机构。[PO]

EI 政策：协助家庭了解儿童特殊需求和促进儿童发展的家庭培训、咨询、家访和家长支持小组，均属于早期干预服务。家庭支持小组和个别家庭咨询服务由 Early Intervention Program 资助。

所有早期干预服务都必须免费向家庭提供。

参见附录 C

《DEC 建议实践》（Division for Early Childhood, 2014 年）为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导，以帮助改善 5 岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果，并促进良好发展。

《DEC 建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展，并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

*Division of Early Childhood
(2014 年)*

第 4 章 对可能患有或已确诊 ASD 的幼儿进行医疗管理



4.A.

对可能患有或已确诊 ASD 的幼儿进行健康评估

本节提供关于 ASD 儿童健康状况的一般和具体评估的建议。本节评价的健康评估方法并非用于识别或诊断 ASD。目前尚无专门的实验室、影像学、电生理或其他医学检测可用于确诊 ASD。

有几个原因可以解释为什么必须让可能患有或已确诊 ASD 的幼儿去看专业医生。原因之一是需要考虑可能影响儿童健康及儿童对早期干预的的相关病症。此外还须考虑发育障碍的病因或原因，因为这可能会影响儿童的预后或进一步进行医学或基因检查的必要性，以及其他可能影响儿童健康的可识别病症。

初级医疗保健提供者 (Primary care providers, PCP) 需要了解 ASD 幼儿中常见的合并病症，并在对家长进行预先指导的情况下提供监测。此外，初级医疗保健提供者应仔细监测这些病症，以便在健康儿童保健范围内向家长推荐有针对性的医疗干预措施或将儿童和家庭转介给专科护理机构。同时，PCP 还可以帮助家庭了解专业诊断评估和评价的结果，并在必要时提出第二意见。愿意花时间听取家长意见和回顾专家建议的可信 PCP，可以帮助家长对孩子的健康和发展做出更明智的决定。

家长可能会向初级医疗保健提供者咨询疫苗接种和 ASD 相关问题，他们可能会担心疫苗是否会导致自闭症。值得注意的是，在同行评议的科学文献中，没有证据表明儿童接种疫苗会导致或加剧自闭症 (Institute of Medicine, 2004 年; Maglione M.A、Das L、Raaen L. 等人, 2014 年)。有关疫苗安全性的更多信息，请访问 New York State Department of Health 网站，网址为 https://www.health.ny.gov/prevention/immunization/vaccine_safety/truth_about_autism.htm。

ASD 儿童也容易出现与非 ASD 儿童相同的健康问题。请注意，对这些一般病症的评估和干预超出了本指南的范围，因此本文件未作讨论。

本章的健康评估回顾仅限于以下几方面：对初级医疗保健提供者的建议，目的是确保相关病症得到适当的识别和治疗；对适当基于证据的病因评价的描述；以及对家庭可能与初级医疗保健提供者讨论的争议性评估的讨论。自初版文献发表以来，回顾仅限于同行评议文献中发布的与 ASD 有关的健康相关主题。由于 Bright Futures (Hagan、Shaw 和 Duncan, 2017 年) 中确定的 AAP 建议是该领域的护理标准，因此未对标准儿科护理进行更广泛的审查。

本节关于可能患有 ASD 的儿童的健康评估分为以下几部分：

- A. 医疗之家
- B. 健康评估策略
- C. 常见并发病症的监测
- D. 免疫状况评估、食物过敏和饮食评估以及代谢测试

4.A.1

关于医疗之家的建议（一致且便利的初级医疗保健）

名称带有“[E]”的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有“[PO]”的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

American Academy of Pediatrics 将医疗之家定义为便利、持续、全面、以家庭为中心、经妥善协调、富有同情心且在文化上有效的儿童医疗保健服务（Sia 等人，2002 年）。定义医疗之家的特征包括由训练有素的医生、执业护士和助理医师提供或指导的医疗保健，他们是家庭所熟知的，并且可以基于共同责任和相互信任与家庭发展合作关系。在医疗之家，这些临床医生负责为儿童提供或直接指导初级医疗保健，并管理和促进儿童保健的各个方面。

（Sia 等人，2002 年）

Bright Futures（Hagan, J.F.、Shaw, J.S. 和 Duncan, P.M., 2017 年）倡导对所有儿童进行健康监测和预先指导，包括 ASD 儿童和有其他特殊医疗保健需求的儿童。ASD 儿童容易出现与非 ASD 儿童一样的健康问题。

虽然有大量关于幼儿一般健康评估的科学文献，但由于超出本指南的讨论范围，并未对这一主题进行系统的文献评价。但是，共识小组认为，有必要对 ASD 儿童的一般医疗保健提出一些一致建议。在某些情况下，这些建议是根据本指南其他部分审查的证据提出的。

ASD 儿童的一般医疗保健

1. 建议 ASD 儿童像其他有特殊医疗保健需求的儿童一样，在医疗之家接受初级医疗保健服务，这里可与家庭建立相互信任和紧密协作的良好关系，并提供适合儿童发展的医疗保健服务，且随着儿童在医疗保健系统内和不同医疗保健系统间流动，这种服务将始终如一地持续。[PO]

参见附录 C

《DEC 建议实践》（Division for Early Childhood, 2014 年）为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导，以帮助改善 5 岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果，并促进良好发展。

《DEC 建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展，并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

*Division of Early Childhood
(2014 年)*

2. 应认识到，在医疗之家接受医疗保健服务的儿童可以更便利地获得初级和专科医疗保健，且其家人反映生活质量有所改善。[E]
3. 对健康评估的需求可能由初级医疗保健中确定的结果、推荐的筛查、家长提出的忧虑或在持续发展监测的背景下可能存在的发展问题引发。[PO]
4. 重要的是，可能患有 ASD 的儿童应接受全面的健康评估，以确定和评估：
 - 有时被误认为 ASD 的病症或发育问题。
 - ASD 儿童常见的相关病症或遗传综合征。[E]

EI 政策：对身体发育的评估（包括健康评估）是儿童多学科评估和评价的必要组成部分。儿童的初级医疗保健提供者应在可能的情况下完成该计划的健康评估。

ASD 儿童的健康评估

5. 应对可能患有 ASD 的儿童进行全面的健康评估，以便：
 - 提供对儿童健康状况的综合评估（建议对所有可能有发育迟缓或发育问题的儿童进行评估）。
 - 评估疾病和疑似健康问题。
 - 寻找在 ASD 儿童中更常见的相关病症或遗传综合征。
 - 寻找其他发展问题的证据，因为相较于正常发育的儿童，这些在 ASD 儿童中更常见。
 - 识别其他病症（如听力丧失），这些病症有时会导致未患 ASD 的儿童被误认为有 ASD 的症状，或者可能使 ASD 更加复杂。
 - 协助评估儿童的发展水平，规划干预措施并评估干预措施的健康结果。[E]
6. 应认识到，对 ASD 儿童及其家长和医疗保健提供者来说，看诊可能带来特殊的挑战。
 - 在诊室环境中，感官敏感可能会使儿童苦恼不堪，进而引发生行为挑战。压力源可能包括但不限于：来自办公设备的噪音、强光或检查时可能需要的触摸。了解感官上的差异有助于减少压力刺激或帮助孩子做好准备，从而促进诊疗期间的合作。
 - ASD 儿童在候诊室混乱无序的等待时间里可能会出现行为恶化。建议在一天中候诊室不太忙碌的时候看诊，这样就可以将患儿立即带到诊室。

- ASD 儿童可能无法以一种典型的方式理解语言。提供者应询问孩子如何沟通以及他/她能理解哪些信息。使用直观形象的时间表、手语和清晰的语言让孩子知道接下来会发生什么，以及需要做些什么才能完成，这可以帮助他们理解状况和改善合作情况。临床医生可能会要求家人在看诊之前用文字或图片展示看诊内容，以便让孩子熟悉流程（用视觉支持来告知孩子具体情况）。
 - ASD 儿童可能不会以典型的方式报告或对疼痛做出反应。[PO]
7. 对可能患有 ASD 的儿童进行的综合健康评估应至少包括以下内容：
- 听力和视觉评估。
 - 神经系统检查。
 - 皮肤检查（确认有无表明 ASD 风险较高的神经皮肤疾病迹象，如结节性硬化症或神经纤维瘤病）。
 - 寻找身体疾病、遗传综合征或有时与 ASD 相关的其他发育问题，包括了解完整的家族史、回顾病史、测量生长参数（包括头围和畸形检查）。
 - 根据 AAP 周期时间表，依建议进行发育筛查，并进行与儿童年龄相符的持续监测和一般健康筛查。
 - 解决家长提出的任何其他健康顾虑。
 - 评估当前其他的健康问题。[E]
8. 受益于初级医疗保健服务中识别、评估和初步管理的 ASD 儿童会更频繁地出现问题。由于这些问题可能是行为问题，而且相关症状会影响学习和家庭功能，因此建议适当协调医疗和其他干预系统。影响 ASD 儿童健康的常见问题包括：
- 进食问题和营养问题。[E]
 - 睡眠障碍。[E]
 - 游荡（出走）。[E]
 - 异食癖（吃或咀嚼非食物类物品）。[PO]
 - 行为健康障碍，如注意缺陷多动障碍。[PO]
 - 肠胃问题（如如厕训练困难、便秘）。[E]
 - 癫痫发作。[E]

向家长解释健康评估及知情同意

9. 对可能患有 ASD 的儿童进行健康评估的专业人员应与儿童的父母和/或家长讨论评估结果。[PO]
10. 基因检测需要取得适当的知情同意并采取充分的保障措施对结果保密。需告知家长所有检测的风险和益处，并提供适当的知情同意。[E]

4.A.2 关于监测常见并发病症的建议

对疑似患有 ASD 的儿童进行综合健康评估的其中一个目的是发现和评估相较于普通儿童，在 ASD 儿童中更常见的相关病症。与 ASD 相关的病症包括睡眠障碍、进食障碍、胃肠道症状、游荡（出走）、癫痫和遗传综合征（例如脆性 X 综合征）。

表 4.1 列出了相较于普通儿童，在 ASD 儿童中更常见的病症和综合征。虽然越来越多的基础科学文献对 ASD 患者感官处理障碍的神经生物学原因进行了研究，但医疗专业人员能够筛查和测试的感官差异的唯一临床筛查及评估方法与视力和听力有关。对所有发育迟缓的儿童进行听力和视力筛查非常重要。这对接受 ASD 评估的儿童尤其重要，因为对面部缺乏视觉关注可能是视力问题的早期症状，而语言发展迟缓或忽视有意义的声音则可能表明有听力障碍。

进食和睡眠障碍可能在发现 ASD 症状之前就会出现。医疗之家进行的适当管理可以改善儿童的健康状况和全家人的生活质量。癫痫等其他相关疾病则需要积极的医疗管理。遗传疾病的鉴定对于进一步评估相关健康问题和进行遗传咨询非常重要。对于可能会出现行为改变或变得易怒的 ASD 儿童，需考虑耳部感染和湿疹等儿童时期常见的病症。ASD 儿童与其他儿童表现不适的方式可能不同。

超级敏感或敏感性低下的行为迹象等感官症状，已纳入 DSM-5 局限与重复行为标准中作为 ASD 的核心症状。这些症状的记录目前是由非医学专业人员通过问卷调查完成，而对这些症状的筛查和评估的进一步讨论目前不属于医学评估范围。目前尚无针对幼儿感官处理障碍的刊物发表过敏感性和特异性信息的研究（Eeles 等人，2014 年）。

但应注意，医学专业人员需了解与 ASD 相关的感官和行为症状，并为家长提供机会来讨论他们对孩子症状的任何忧虑，以此作为持续进行的医疗保健服务的一部分。近期研究表明，学龄期继续出现强烈的感官厌恶、兴趣狭窄和/或重复行为的儿童，在逐渐成长的过程中社交技能、独立性和适应能力方面的结果更为有限（Lord 和 Luyster，（2006 年）；Lord 等人，2006 年）。因此，通过干预计划尝试尽早解决这些问题很重要。

针对所记录感官症状的干预方案也可以基于与感觉统合相关的行为方法或理论提出。行为方法使用行为分析的原则来提供具有竞争性的活动、替代行为，以及更适合社交或侵扰更少的儿童感官需求满足方式。同时，这些方法还侧重于减少儿童对困扰感觉的敏感，或者在儿童学习其他技能时重新安排环境，以尽量减轻压力。有若干证据为行为方法提供了依据。第二种方法包括基于感觉的干预和感觉统合疗法。应对感觉统合的干预措施可能涉及被动方法，这些方法通过提供压力或其他成人介导的干预来改变儿童的感觉体验，也可能涉及主动干预，即让儿童参与感觉体验统合。虽然支持感官疗法的研究正在兴起，但目前的证据还不足以用于推荐具体疗法。但是，应对感官症状的干预措施仍得到了广泛使用（Lang 等人，2012 年）。

年龄较大的 ASD 儿童出现焦虑和抑郁的比率高，而患有 ASD 的幼儿经确定容易出现焦虑和过度反应。焦虑可能与年龄较大的 ASD 儿童的胃肠道和睡眠症状有关，在治疗相关病症时需考虑可能的并发症。在初级儿科医疗保健中，筛查出越来越多的父母抑郁和心理健康问题。家族性焦虑和抑郁在 ASD 家庭中更常见。由于其他家庭成员的行为健康和健康状况可能会影响儿童，儿科医疗保健提供者应清楚有必要向家庭推荐适当的社区和心理健康支持服务，以帮助照顾者和兄弟姐妹。

常见并发症的监测

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

听力状况

11. 确定疑似或确诊患有 ASD 的儿童听力状况非常重要，这有助于判断听力损伤是否是儿童沟通问题的促成因素。[E]
12. 如果在筛查或临床表现上有任何迹象表明疑似或确诊患有 ASD 的儿童存在听力问题，则须将该儿童转介给听力学家进行听力评估（如果适当，应包括脑干诱发反应测试）。[PO]

EI 政策： Early Intervention Program 包括听力评估和服务。

基因检测

13. 对于大多数疑似或确诊患有 ASD 的儿童，应向家庭提供关于当前基因检测和检测能力的咨询服务或将其转介给遗传病医师。[PO]
14. 目前推荐使用染色体微阵列分析 (Chromosomal microarray, CMA) 作为首选基因检测方法，以确定与 ASD 的遗传关联。运用这项技术，可发现多达 30% 的 ASD 儿童的基因异常，但并非所有这些异常都是病因。[E]
 - 建议使用 CMA，以便就复发风险和相关病症提供适当的咨询服务。[E]
 - 通过 CMA 可在认知能力较低和较高的儿童中发现基因异常，但在存在畸形特征、癫痫发作或大头畸形时更有可能发现基因异常。[E]
 - 阳性家族史可能会增加发现可遗传基因差异的可能性。[E]
15. 建议至少对患有 ASD 的男孩进行脆性 X 综合征的 DNA 检测，以提供：
 - 关于复发风险和相关病症的适当咨询服务。
 - 脆性 X 综合征在具有典型认知能力的 ASD 儿童中较不容易发现。
 - 脆性 X 综合征明显不太可能与女孩的 ASD 相关。如果有智力残疾的男性亲属，在评估女孩时应考虑到这一点。[E]

表 4.1
与 ASD 相关的疾病和综合征

本表列出了相较于普通儿童，在 ASD 儿童中更常见的疾病和行为健康问题。

头部	大头畸形
耳朵	听力损失
口腔	蛀牙
胃肠道	挑食 便秘
神经系统	癫痫发作 智力残疾 因对感官刺激超级敏感和敏感度过低而出现的 行为症状
行为	入睡和睡眠维持 注意缺陷多动障碍 焦虑和情绪调节障碍 异食癖 游荡
与 ASD 相关的遗传 疾病包括	拷贝数变异 (CNV-新突变) 脆性 X 综合征 唐氏综合征 天使人综合征 (15 号染色体 q 11 缺失) 15 号染色体等臂双着丝粒复制 PTEN 异常 (Bannayan Riley Ruvalcaba 综合征) Rett 综合征 Smith Lemli Opitz 综合征 Smith Magenis 综合征 结节性硬化症 Velocardiofacial 综合征 (染色体 22 q 11 缺失) 威廉综合征

表 4.1
与 ASD 相关的疾病和综合征 (续)

与 ASD 相关的 代谢紊乱	苯丙酮尿症
	Smith Lemli Opitz 综合征
与 ASD 相关的 产前感染	风疹
	巨细胞病毒
与 ASD 相关的 环境和产前关联	高龄母亲和父亲
	产妇用药: valproic acid、thalidomide、 misoprostol
	早产
需要复制的 环境和产前关联	母亲肥胖、代谢综合征
	使用选择性血清素再摄取抑制剂 (Selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)

16. 当怀疑有特定综合征或存在平衡易位（染色体重排而不丢失遗传物质）时，核型分析仍然有用。[PO]
17. 基因检测技术正在迅速发展。全外显子组测序和新技术将提高病因学检测的成功率，而且新技术可能在预测治疗反应或基因型和表型之间的其他动态相互作用方面具有实用价值。[PO]
18. Electroencephalogram (EEG) 目前不用于 ASD 的诊断。如果没有表明癫痫发作的病史，则其不能作为基准研究获得。[PO]
19. 建议对以下儿童进行 EEG 检查：
 - 有表明癫痫发作的临床病史。
 - 有可能存在 Landau-Kleffner 综合征的临床表现（一种特殊的疾病，患有这种疾病的儿童有迟发性语言退化；这是在睡眠期间通过 EEG 发现的一种癫痫）。
 - 在医生的临床判断中，脑电图对排除癫痫发作很重要。[PO]

核磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)

20. 在对可能患有 ASD 的儿童进行常规评估时，不建议使用 MRI 扫描。[E]
21. 当对局部神经问题、非典型倒退、癫痫发作、小头畸形问题、脑积水评估或临床医生认为需要进行神经成像研究的有神经学发现的儿童给予高度关注时，核磁共振成像 (MRI) 扫描在某些临床情况下可能对评估患有 ASD 的儿童有用。[E]

EI 政策：虽然健康评估是多学科评估的必要组成部分，但 Early Intervention Program 不提供或报销医学测试（如核磁共振成像、代谢和基因测试）。服务协调员负责通过儿童的初级医疗保健提供者帮助家庭获得这些和其他医疗保健服务。

4.A.3

关于免疫状况、过敏和代谢评估的建议

目前没有证据表明应通过免疫、过敏或代谢测试确定 ASD 儿童的亚群，这些亚群可能对治疗行为症状的特定药物或饮食干预有反应。科学文献表明，ASD 与大脑发育的神经生物学差异有关，通常源于胎儿发育时期。这些差异是基于遗传倾向性，其中环境因素及（可能）免疫因素会影响大脑在发育过程中的功能。随着科学的进步，人们已经证明 ASD 不是一种单一的疾病。ASD 可能与许多特定的遗传病症有关。

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

免疫系统

22. 在对患有 ASD 但其他方面健康的儿童进行常规评估时，不建议对母亲或儿童的免疫系统状况进行评估。[E]

食物过敏和饮食评估

23. 对可能患有 ASD 但其他方面健康的儿童进行常规评估时，不建议进行食物过敏测试。[E]
24. 建议在评估食物过敏情况时，对可能患有 ASD 的儿童与其他儿童一视同仁。如果存在对过敏的临床担忧，对一些儿童进行食物过敏测试可能有效。[PO]

基础代谢率检测

25. 代谢紊乱和线粒体紊乱的检测在 ASD 儿童的常规筛查中成功率很低，除非有病史、家族史或检查给出提示，否则不建议使用。[E]

EI 政策： Early Intervention Program 不包括免疫系统评估、过敏和饮食评估等医学测试。服务协调员负责通过儿童的初级医疗保健提供者帮助家庭获得这些和其他医疗保健服务。

4.B

对可能患有或已确诊 ASD 的幼儿进行健康干预

本节关于可能患有 ASD 的儿童的健康评估分为以下几部分：

1. 解决 ASD 儿童的常见健康和安全问题
2. 药物
3. ASD 儿童的饮食干预
4. 激素疗法、免疫疗法、抗感染药物、高压氧治疗和螯合疗法

越来越多的人认识到 ASD 儿童还会出现影响其生活质量、行为、发展、技能获取和家庭功能的其他健康问题。其中一些可能与 ASD 的潜在核心症状有关，一些可能与医学和行为症状的生物易感性有关，还有一些可能是常见儿童期病症的表现，只是被 ASD 的核心症状夸大了。某些可能更容易在 ASD 儿童中出现的病症可能与潜在的遗传或病因学障碍有关。经诊断患有 ASD 的儿童应由医学专业人员进行评估，以发现和治疗共发疾病。过去十年，医疗实践一直注重通过初级医疗保健来源提供协调护理。ASD 儿童和其他有特殊医疗保健需求的儿童一样，通过医疗之家可享受常规医疗护理。

4.B.1

关于解决 ASD 儿童常见健康和安全隐患的建议

名称带有 “[E]” 的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有 “[PO]” 的建议代表小组成员基于当前最佳实践的意见。

26. **睡眠**: PCP 应积极解决睡眠问题。首次干预应为行为干预，包括睡眠卫生咨询，然后是褪黑素试验。如果根据病史或体检怀疑儿童有阻塞性睡眠呼吸暂停或初步干预后睡眠问题影响家庭或儿童功能，则需要转介进行进一步评估。[E]
27. **进食**: PCP 应积极解决进食问题。首次干预应为行为建议和营养状况评估。应在初级医疗保健期间就营养问题提供咨询服务和纠正营养不足，并酌情将儿童转介给注册营养师。如果进食问题持续存在，应考虑转介给行为或口腔运动进食支持人员。[E]

28. **饮食和营养:** 行为、注意力和学习都由均衡的饮食支持。PCP 在提供健康儿童保健的过程中应就营养问题给予预先指导，特别是考虑到 ASD 儿童挑食的可能性很高，并酌情将儿童转介给包括营养师在内的特殊护理人员。即使在营养摄入不足的情况下，体重增加和成长发育也可能是足够的。健康儿童访视时应记录饮食史，以确定儿童的饮食结构多元。[PO]
29. **便秘:** PCP 应使用适合个别儿童的常规诊断和治疗方法，积极解决进行初级医疗保健发现的便秘和胃肠道症状。[PO]
30. **癫痫发作:** PCP 应积极监测，密切关注是否有癫痫发作的可能性。记录情况后，应考虑将儿童转介给神经科医生，由神经科医生根据年龄、病史、医疗合并症和癫痫发作类型进行病情检查并开具抗癫痫药物处方。[PO]
31. **出走（游荡）:** 初级医疗保健提供者在给予预先指导时应积极主动地向家长提供有关出走（游荡）和安全（包括水安全）的咨询服务。这不仅对幼儿和学龄前儿童很重要，对年龄较大的 ASD 儿童也很重要，因为他们可能缺乏安全意识和判断力。[PO]

4.B.2 ASD 用药建议

名称带有“[E]”的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有“[PO]”的建议代表小组成员的一致意见。

目前，适当设计的研究尚未证明药物治疗对改善幼儿 ASD 的核心特征（社交/沟通障碍、重复行为）有效。以用药作为 3 岁以下儿童行为管理计划的一部分，在安全性和有效性方面尚未得到充分评估，目前也未被视为护理标准。但是，在包括 3 岁以上儿童的研究中，有一些药物经证明在控制与 ASD 相关的一些行为症状（例如多动症、易怒、睡眠问题）方面是有效的。在非药物（行为和/或治疗）方法得到改善之前，通常不建议进行药物干预。

32. 建议谨慎考虑打算用于治疗幼儿 ASD 症状的任何药物的潜在风险和所谓益处。只有在对行为上合理的非药物干预进行充分试验后，才应考虑对幼儿用药。[E]
33. 建议使用任何药物的决定均应以使用适当研究设计的科学研究中有效性和安全性证据为指导。[PO]
34. 讨论 ASD 相关症状的药物治疗时，专业人员应向孩子的父母解释潜在副作用和潜在益处。[PO]

处方临床医生的经验和专业知识

35. 建议在适当情况下，与儿童和家庭合作的其他合格专业人员积极协助家长向在使用精神药物治疗幼儿 ASD 相关症状方面具有专业知识的处方临床医生（医生、执业护士或助理医师）咨询。[PO]
36. 建议评估 ASD 幼儿是否可以使用精神药物的医生或其他相关临床医生应：
 - 具备治疗 ASD 幼儿的专业知识。
 - 掌握对幼儿 ASD 进行药物和非药物干预的知识。
 - 了解考虑使用的精神药物的潜在益处和风险。
 - 具有监督 ASD 幼儿服用精神药物的经验（包括评估患儿用药进展、识别副作用或毒性迹象、适当增加或减少剂量）。[PO]

使用精神药物试验治疗幼儿 ASD 相关症状

37. 对于一些有严重行为问题并且对其他个别干预措施（如行为治疗和家长介导的治疗）没有反应的 ASD 幼儿，精神药物可能是有效的治疗方法之一。药物和行为干预可能产生额外或改善的结果。有些情况中考虑使用的药物类型包括：
 - 兴奋剂。
 - 非典型抗精神病药物。
 - 情绪稳定剂/抗癫痫药物。
 - 苯二氮卓类药物。
 - 抗组胺药。
 - 选择性血清素再摄取抑制剂。
 - 褪黑激素。[PO]

38. 应清楚，兴奋剂、非典型抗精神病药物和 SSRI 的安全性和有效性研究尚未包括三岁以下的儿童。对此年龄段儿童使用抗癫痫药物、苯二氮卓类药物和抗组胺药的目的是治疗非行为问题。[PO]
39. 在使用精神药物治疗 ASD 相关症状的试验中，建议选择特定药物时应遵循其对特定症状的有效性，以及使用幼儿相关适当研究设计的科学研究中的安全性证据。[PO]
40. 一些有严重睡眠问题的 ASD 幼儿若未接受适当的行为干预（如睡眠卫生），可能会对褪黑激素试验产生反应。虽然抗组胺药用于其指定用途是安全的，但它们尚未被评估为适合幼儿的睡眠辅助药物。目前尚无探讨用 Clonidine、gabapentin 和苯二氮卓类药物等镇静药物治疗幼儿睡眠问题的研究。[PO]

监督通过服用药物治疗 ASD 相关症状的儿童

41. 如果专业人员结合适当的非药物治疗干预措施，为治疗幼儿 ASD 相关症状开具处方药，则他们有必要定期监测儿童以：
 - 评估药物改善目标行为的有效性。
 - 寻找负面或失常效应的迹象。
 - 寻找可能与药物使用有关的不良行为或健康影响的迹象。[E]
42. 如果儿童正在接受针对 ASD 相关症状的药物治疗，家长和照顾者必须留意药物对儿童的潜在副作用，并将任何忧虑告知医生。[E]
43. 经过足够的药物试验期后，建议定期重新评估药物的持续使用情况。同时还建议，关于是否继续用药的决定应基于其在改善儿童目标行为方面表现出的成效，并兼顾对副作用的担忧。[PO]

EI 政策： 药物为医疗手段，而非早期干预服务。Early Intervention Program 不支付或报销药物费用。

4.B.3 对 ASD 儿童进行饮食干预的建议

名称带有“[E]”的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有“[PO]”的建议代表小组成员基于当前最佳实践的一致意见。

44. 没有充足的证据可以证明剔除牛奶、麸质产品或其他特定食物的特殊饮食可以治疗儿童 ASD 相关症状，因此不推荐使用这种方式。虽然有许多关于饮食的有利案例报告，但没有经过精心设计的研究表明使用这些饮食可以治疗 ASD 的核心或相关特征。建议谨慎考虑打算用于治疗幼儿 ASD 症状的任何特殊饮食的潜在风险和所谓益处。[E]
45. 建议通过饮食干预治疗 ASD 症状的决定应以使用适当研究设计的科学研究中的有效性和安全性证据为指导。[PO]
46. 讨论治疗 ASD 相关症状的饮食干预措施时，专业人员应向儿童的家长解释潜在风险和益处，包括这些干预措施所依据的科学基础的局限性。[PO]
47. 选择限制儿童进食特定食物的家庭应了解这种做法对儿童饮食的影响，并以适当的强化食品或补充剂来弥补营养不足。例如，在颇受欢迎但尚未得到证实的无麸质和无酪蛋白饮食中剔除乳制品，也就去除了饮食中的钙和维生素 D，必须用其他替代物来补充。[E]
48. 可能有一些与 ASD 无关的特殊病症，如乳糜泻、乳糖不耐受和其他需要特殊饮食限制的病症。有效治疗这些病症、提升幸福感将有益于儿童的整体健康，并且可能影响儿童的行为、睡眠和学习能力。[PO]
49. ASD 儿童可能会挑食，需要服用营养补充剂来维持总体健康。但是，目前尚无数据表明 ASD 儿童总体上受益于特定的饮食补充或限制，或饮食补充能改善 ASD 的症状。[E]
50. 如果使用标准的过敏测试方法证实了儿童有食物过敏问题，则需要进行适当的饮食调整或其他治疗。虽然这与儿童的 ASD 无关，但改善瘙痒或其他导致不适的症状可能会减少易怒的情况。[PO]

监测通过饮食疗法治疗 ASD 相关症状的儿童

51. 如果家庭选择通过饮食疗法来改变幼儿 ASD 相关的症状，则家庭及其医疗保健提供者应定期监测儿童，以：
 - 评估饮食改善目标行为的有效性。
 - 寻找可能与使用饮食疗法有关的不良行为或健康影响的迹象。
 - 测量生长指数。应认识到，在营养不足的情况下，BMI 指数可能正常或者偏高。[E]
52. 经过足够的饮食疗法试验期后，建议定期重新评估其持续使用情况。同时还建议，是否继续进行饮食疗法的决定应基于其在改善儿童目标行为方面表现出的成效，并兼顾对副作用的担忧。[PO]
53. 不建议将高剂量的任何类型维生素或矿物质作为治疗幼儿 ASD 症状的方法，除非由适当、有执照的医疗保健专业人员专门指定用其治疗已证实的缺乏症或特定代谢紊乱。[PO]
54. 如果 ASD 儿童经证实有维生素或矿物质缺乏症，建议酌情治疗。[PO]

EI 政策：营养服务是 Early Intervention Program 涵盖的早期干预服务。然而，该计划不支付或报销特殊食品或膳食补充剂的费用，如维生素或矿物质。服务协调员负责在适当时帮助家庭通过儿童的初级医疗保健提供者或其他服务提供者获得这些服务及其他医疗保健服务。

4.B.4

关于激素疗法、免疫疗法、抗感染药物、高压氧治疗和整合疗法的建议

名称带有“[E]”的建议经认定得到专家评审员审查的科学文献的支持。

名称带有“[PO]”的建议代表小组成员基于当前最佳实践的一致意见。

激素疗法

55. 对于 ASD 的症状，不建议使用用于治疗其他疾病的激素（如 ACTH、促性腺激素和分泌素）。[PO]
56. 已对分泌素进行全面研究，发现它是无效的 [E]。
57. 其他激素尚未得到明确研究。现有的证据并不支持将其作为 ASD 症状的治疗手段。[E]
58. 催产素是一种与社会行为有关的激素。临床研究中催产素的使用表明其具有潜在的应用前景。不建议使用非处方催产素。[PO]

免疫疗法

59. 根据现有证据，不建议使用免疫疗法来治疗 ASD。[E]
60. 只有在临床症状表明有过敏和免疫性疾病时，才建议对 ASD 儿童进行免疫学检查。[PO]
61. 在本综述发表时，干细胞疗法被认为仍处于实验阶段，因此不建议使用。[PO]

抗感染药物

62. 根据现有证据，不建议使用抗酵母、抗真菌药物和抗生素等抗感染药物来治疗或预防幼儿 ASD 症状。[PO]

高压氧治疗

63. 现有证据不支持使用高压氧治疗来预防或治疗 ASD 的症状。[E]

螯合疗法

64. 同行评议的文献中没有证据证明能以使用任何（口服、经皮或静脉）给药途径的重金属螯合物（包括汞）作为预防或治疗 ASD 的干预措施。[PO]
65. 需要就这种未经证实的疗法的潜在风险向患儿家属提供咨询服务。[PO]

EI 政策：激素疗法、免疫疗法、维生素疗法和医学治疗不属于早期干预服务定义范围，且计划不会支付或报销其费用。服务协调员负责在适当时帮助家庭通过儿童的初级医疗保健提供者或其他服务提供者获得这些服务及其他医疗保健服务。

高压氧治疗和螯合疗法为医学治疗，而非早期干预服务，因此 Early Intervention Program 不支付或报销这些治疗的费用。



附录



附录 A.

Early Intervention Program (早期干预计划) 相关信息

Early Intervention Program 简介

Early Intervention Program 是一项惠及全州的计划，旨在为残疾婴幼儿及其家庭提供多种不同的早期干预服务。在 New York State, Department of Health (卫生部) 是负责实施 Early Intervention Program 的主要州立机构。

早期干预服务可帮助家庭：

- 学习照顾孩子的最佳方法
- 支持和促进孩子发展
- 让孩子参与家庭和社区生活

社区内任何地点均可提供早期干预服务，包括：

- 一个儿童之家
- 一个托儿中心或家庭日托所
- 娱乐中心、游戏团体、游乐场、图书馆，或可供父母和孩子玩乐和取得支持的任何场所
- 幼儿计划和中心

父母可帮助决定：

- 适合孩子和家庭的早期干预服务
- 对孩子和家庭而言很重要的早期干预结果
- 孩子和家人将在何时何地接受早期干预服务
- 为孩子和家庭提供服务的人员

早期干预行政人员 (EIO)

在 New York State, 公共卫生法要求所有纽约县和市指派一名公职人员担任其早期干预行政人员。

EIO 是该县的负责人，负责：

- 找到符合条件的儿童
- 确保符合条件的儿童接受多学科评估
- 指定一名初步服务协调员，以协助家庭进行子女的多学科评估和执行个性化家庭服务计划 (IFSP)
- 确保儿童和家庭获得 IFSP 中包含的早期干预服务
- 保证儿童和家庭享有 Early Intervention Program 规定的权利

EIO 是儿童参与 Early Intervention Program 的“唯一入口”。这意味着所有可能需要早期干预服务的三岁以下儿童都必须转介给 EIO。在实践中，早期干预行政人员会指派相应工作人员处理儿童转介事宜。

家长通常会先注意到孩子存在的问题。家长可以将自己的孩子转介给早期干预行政人员。有时候，其他人会首先提出对孩子成长发育的担忧。New York State 公共卫生法规定，如果怀疑婴幼儿有发育问题，某些专业人员（主要转介来源）须将其转介给早期干预行政人员。但是，如果孩子的父母拒绝，任何专业人员都不能将孩子转介给 EIO。

服务协调员

New York State 有两类服务协调员：初始服务协调员和持续服务协调员。初始服务协调员由早期干预行政人员指定。初始服务协调员会协助家长完成获得服务所需的所有步骤，从儿童的多学科评估到首个个性化家庭服务计划 (IFSP) 等皆包括在内。

家长需要选择一名持续服务协调员作为首个 IFSP 的参与者之一。持续服务协调员的主要工作是确保儿童和家庭获得 IFSP 中包含的服务。同时，持续服务协调员还将在必要时帮助调整 IFSP，并确保定期审查 IFSP。家长可以选择继续与初始服务协调员合作，也可以选择其他人作为持续服务协调员。

资格

如果儿童年龄在 3 岁以下并且有残疾或发育迟缓问题，就有资格参加 Early Intervention Program。残疾是指儿童经诊断患有身体或心理疾病（如唐氏综合征、自闭症、脑性麻痹、视力障碍或听力障碍），这些疾病往往会导致发育方面的问题。

发育迟缓指儿童至少在某一方面的发育迟滞, 包括:

- 身体发育 (生长、大运动和精细运动能力)
- 认知发展 (学习和思考)
- 沟通 (理解和使用语言)
- 社交-情感发展 (与他人相关)
- 适应性发展 (自主动手技能, 如进食)

儿童不需要是美国公民即有资格享受服务。而且, 参与计划也无需接受收入“审查”。儿童和家庭必须是 New York State 的居民才能参与 Early Intervention Program。

如何确定资格?

所有转介给早期干预行政人员的儿童都有权接受免费的多学科评估, 以确定他们是否有资格获得服务。多学科评估还能帮助家长更好地了解孩子的优势和需求, 以及早期干预能有多大帮助。

因诊断出患有会导致发育迟缓的疾病 (如唐氏综合征) 而被转介的儿童, 将始终有资格获得早期干预服务。

如果一名儿童被诊断出患有某种疾病, 他/她仍需接受多学科评估, 以便制定服务计划。如果一名儿童有发育迟缓问题且未被诊断出有任何病症, 则需进行多学科评估, 以确定该儿童是否有资格参加 Early Intervention Program。儿童的发育状况将根据 New York State 确立的“发育迟缓定义”来衡量。

服务

早期干预服务:

- 旨在满足儿童的发展需求, 并帮助父母妥善照顾他们的孩子
- 包含于 IFSP 团队同意的个性化家庭服务计划 (IFSP) 中

早期干预服务包括:

- 辅助技术服务和设备
- 听力学
- 应用行为分析
- 家庭培训、咨询、家访和家长支持小组

- 仅用于诊断或评估目的的医疗服务
- 护理服务
- 营养服务
- 职业治疗
- 物理治疗
- 心理服务
- 服务协调服务
- 社工服务
- 特别指导
- 言语病理学
- 视力服务
- 儿童从其他早期干预服务中获益所需的卫生服务
- 接受早期干预服务的往返交通

服务的提供

只有合格的专业人员，即在其专业领域获得执照、认证或注册并经 New York State 批准的个人，才能提供早期干预服务。所有服务均可使用下列服务模式提供：

- 基于家庭和社区的访问。在这种模式下，会在家庭或社区里（例如亲戚家里、托儿中心、家庭日托之家、游戏小组、图书馆故事时间或父母与孩子一起去的其他地方）向儿童和/或父母、其他家庭成员或照顾者提供服务。
- 基于家庭和中心的访问。在这种模式下，会在服务提供者工作的地方（例如办公室、医院、诊所或早期干预中心）向儿童和/或父母、其他家庭成员或照顾者提供服务。
- 亲子小组。在这种模式下，父母和孩子会在由服务提供者领导组织的小组中接受服务。亲子小组可以在社区的任何地点进行。
- 家庭支持小组。在这种模式下，父母、祖父母/外祖父母、兄弟姐妹或孩子的其他亲属会齐聚由服务提供者领导组织的小组，以寻求帮助和支持，并分享关心的问题 and 信息。
- 小组发展干预。在这种模式下，儿童会通过由一个或多个服务提供者领导组织的小组接受服务，并且没有父母或照顾者在场。小组由两名或两名以上有资格接受早期干预服务的儿童组成。小组可以包括无残疾的儿童，并且可以在社区的任何地方进行。

补偿

所有服务都免费提供给家庭。若父母的保单受到州监管，则计划中包含的服务可享受 Medicaid 和商业第三方保险。县和州的资金用于支付其他支付方不会支付的服务费用。

如需详细了解 New York State 适用于早期干预服务的法律法规和行政指导文件，请与 Bureau of Early Intervention 联系。

New York State Department of Health

Bureau of Early Intervention

Corning Tower Building, Room 287

Empire State Plaza

Albany, NY 12237-0660

(518) 473-7016

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/

附录 B.

早期干预步骤

家庭和专业人员的早期干预步骤

家人担忧



1. 转介 (除非父母反对)

- 转介来源或父母怀疑孩子有发育迟缓或残疾
- 将 Early Intervention Program (EIP) 的益处告知家属
- 确认后两天内将儿童转介给早期干预行政人员 (EIO)
- EIO 指派初始服务协调员

2. 初始服务协调员

- 提供有关 EIP 的信息
- 向家属告知其享有的权利
- 审查评估人员名单
- 获取保险/Medicaid 信息
- 获取其他相关信息

3. 评估*

- 确定资格
 - 家庭评估 (可选)
 - 为个性化家庭服务计划 (IFSP) 收集信息
 - 制定 IFSP 之前提交总结和报告

4. IFSP 会议*

- (如果儿童符合条件)
- 家庭确定预期结果
 - 指定早期干预服务
 - 制定书面计划
 - 家属和 EIO 同意 IFSP
 - 确定持续服务协调员 (OSC)
 - EIO 获取社会安全号码

发展领域

- 认知
- 身体 (包括视力和听力)
- 沟通
- 社交/情感
- 适应性发展

早期干预服务*

- 辅助技术设备和服务
- 听力学
- 家庭培训、咨询、家访和家长支持小组
- 仅用于诊断或评估目的的医疗服务
- 护理服务
- 营养服务
- 职业治疗
- 物理治疗
- 心理服务
- 短期看护服务
- 服务协调
- 社工服务
- 特别指导
- 言语病理学
- 视力服务
- 保健服务
- 交通和相关费用

5. 进行六个月的 IFSP 审查, 每年评估一次

- 决定继续、添加、修改或删除结果、策略和/或服务
- 如果父母要求, 可以尽快审查 (如果父母要求增加服务, EIO 会请求进行补充评估)

6. 过渡

- 对 IFSP 中包含的过渡进行规划
- 过渡到:
 - Education Law (《教育法》) (3-5 系统) 第 4410 条规定的服务
 - 或
 - 其他所需的幼儿服务

摘自 Early Intervention Program 家长指南

<http://www.health.ny.gov/publications/0532.pdf>

附录 C.

Division of Early Childhood (幼儿部, DEC) 建议实践

《DEC 建议实践》(Division for Early Childhood, 2014 年) 为医师和家庭提供了有关最有效方法的指导, 以帮助改善 5 岁以下有发育迟缓或残疾或者有这方面风险的幼儿的学习成果, 并促进良好发展。

《DEC 建议实践》支持儿童在包容性环境和自然环境中生活及成长发展, 并帮助其解决文化、语言和能力多样性问题。

以下内容为《DEC 建议家庭实践》。您可通过以下网址浏览完整的《DEC 建议实践》：www.dec-sped.org/dec-recommended-practices

家庭

家庭实践是指持续进行的活动, 这些活动旨在: (1) 促进家庭积极参与关于其子女的决策 (例如评估、规划、干预); (2) 促进服务计划的制定 (例如为家庭和儿童制定一套目标, 并为实现这些目标提供服务和支持); 或 (3) 支持家庭实现其为子女和其他家庭成员设定的目标。

家庭实践包括三个主题:

1. 以家庭为中心的实践: 对家庭给予尊严和尊重; 个性化、灵活并对每个家庭的独特情况作出反应; 为家庭成员提供完整和公正的信息, 以帮助其作出明智的决定; 让家庭成员参与对选择的执行, 以加强儿童、父母和家庭功能。
2. 家庭能力建设实践: 包括向家庭提供参与机会和经验, 以加强现有的育儿知识和技能, 并促进发展新的育儿能力, 从而增强对自我育儿效能的信心和相关实践。
3. 家庭和专业人员合作: 在家庭和专业人员之间建立合作关系, 促成两者共同努力, 以实现共同商定的结果和目标, 提升家庭育儿能力并支持儿童发展。

我们建议医师采取以下家庭实践:

- F1. 医师通过高度重视和合理应对文化、语言和社会经济多样性的互动, 与家庭建立相互信任和尊重的合作关系。
- F2. 医师向家庭提供最新、全面和公正的信息, 使家庭能够理解并利用这些信息作出明智的选择和决定。
- F3. 医师对家庭的忧虑、优先事项和不断变化的生活情况积极作出反应。

- F4. 医师和家庭合力实现结果或目标，制定个性化计划，并进行解决家庭优先事项和忧虑以及契合孩子优势和需求的实践。
- F5. 医师以肯定和基于家庭优势及能力的方式行事，为家庭发挥功能提供支持，提升家庭的信心和能力，并加强家庭与儿童的关系。
- F6. 医师以灵活、个性化且符合家庭喜好的方式，让家庭通过各种机会参与支持和加强育儿知识和技能以及育儿能力和信心的活动。
- F7. 医师与家人一起找寻、获取和使用正式及非正式的资源和支持，以实现家庭确定的结果或目标。
- F8. 医师向有发育迟缓/残疾或有这方面风险的幼儿（双语学习者）的家庭提供关于学习多种语言对儿童成长和发展的益处。
- F9. 医师帮助家庭了解自己享有的权利。
- F10. 医师告知家庭有关领导和支持技能培养的机会，并鼓励有兴趣的家庭成员参与。

附录 D.

Early Intervention Program 资源

New York State Department of Health, Early Intervention Program 网站为家庭和专业人员提供了全面的信息。要访问本网站，请前往 www.health.ny.gov 并搜索 Early Intervention Program 或使用以下网址获取具体信息：

早期干预主页

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

地方早期干预行政人员名单

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

自闭症

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/autism/

家庭

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/families.htm

儿童和家庭结果

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/outcomes_survey/

备忘录、指导和临床实践指南

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda.htm

法规、法律和报销比例

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/regulations.htm

州和国家资源链接

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/related_links.htm

Early Intervention Program 服务提供者

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm/

培训

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/families.htm

早期干预协调委员会

www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

National Early Childhood Technical Assistance Center（国家幼儿技术援助中心）也为家庭和医师提供许多资源，包括 Division of Early Childhood 的建议实践。

幼儿技术援助中心：www.ectacenter.org

附录 E.

共识小组成员简介

Stephen R. Anderson, PhD, LBA, BCBA-D

执业心理医生

Anderson 博士在 University of Kansas (堪萨斯大学) 获得了发展和儿童心理学博士学位。他曾在 University of Kansas、Northeastern University (东北大学)、State University of New York at Buffalo (纽约州立大学布法罗分校)、Canisius College (凯尼休斯学院) 和 Buffalo State College (布法罗州立学院) 等多所学院和大学担任兼职助理教授。Anderson 博士目前是 NY 艾姆赫斯特 The Summit Center 的首席执行官。他担任多家专业期刊的审稿人, 发表过多篇期刊文章、书籍章节, 还出版过一本关于发育障碍儿童教育和治疗的专著。Anderson 博士是 Association of Professional Behavior Analysts (专业行为分析师协会) 的前任主席, 并担任过州和国家级别的领导职务。作为一名执业心理医生和执业行为分析师, Anderson 博士在自闭症领域从业超过 35 年, 并且一直担任专家证人和顾问。

Ira Cohen, PhD, F.A.P.S.

临床心理学家

Ira Cohen (Ph.D., F.A.P.S.) 曾任 NYS Institute for Basic Research in Developmental Disabilities (NYS 发育障碍基础研究学院) 心理学系主任, 自 2014 年起一直担任访问研究科学家。成为心理学系主任之前, 他曾任 Division of Behavioral Assessment and Research (行为评估和研究部) 的负责人, 同时也是一名研究科学家。Cohen 博士加入了许多专业组织, 其中包括 American Association on Mental Retardation (美国智力发育障碍协会)、Association for Psychological Science (心理科学协会)、Autism Society of America (美国自闭症协会)、International Society for Autism Research (国际自闭症研究协会) 和 Society for Research in Child Development (儿童发展研究协会)。过去 39 年里, 他参与不同主题的海报宣传和演讲超过 170 次, 其中许多主题都聚焦于自闭症, 同时, 他还独自或与他人一起撰写了 100 多篇关于自闭症和相关病症的同行评议出版物。Cohen 博士是《自闭症与发育障碍杂志》编辑委员会的成员。

Shirley Cohen, PhD

特殊教育工作者

Shirley Cohen (Ph.D) 2011 年成为荣誉教授之前, 曾在 Hunter College of the City University of New York (纽约城市大学亨特学院) 担任特殊教育系教授多年。2001 年, Cohen 教授为硕士研究生打造了幼儿特殊

教育认证项目。在三年时间里，Cohen 博士指导了由 NYS Education Department (NYS 教育部) 资助的自闭症培训项目，随后又在六年时间里指导了由 NYC Department of Education (NYC 教育部) 资助的 ASD Nest 培训项目。Cohen 博士与合作伙伴 Intensive Kindergarten 共同开发了目前在 NYC 多所公立学校开展的包容性项目：ASD Nest，而 Intensive Kindergarten 则是为期一年的过渡项目。同时，她还担任过 Hunter College Regional Center for Autism Spectrum Disorders (自闭症谱系障碍区域中心) 的首任主任，著有《瞄准自闭症》一书。Cohen 博士亦担任过 Hunter College 教育学院的助理院长、副院长和临时院长。

Tara Cook

家长

Tara Cook 的孩子 2010 年被诊断出患有自闭症。Cook 女士曾参与 Early Intervention Partners in Policymaking (政策制定早期干预合作伙伴) 项目的学习，并且曾与 Siller 博士和 Hunter College 就如何更早地识别高危儿童开展过几项活动。Cook 女士参加了一个为特殊需求儿童的家长组织的当地团体，并在 Pearson, Inc 工作，担任工作场所多样性和包容性委员会成员。

Lynn Decker

家长

Lynn Decker 是一名育有两名男孩的母亲，她的两个孩子都接受过 ABA、语言、职业治疗和物理治疗等 Early Intervention Program 服务。自 2000 年以来，Decker 女士一直是 Downtown Spectrum Parent Support Group (市区范围内家长支持小组) 的召集人。同时，她也是 Parent to Parent of NYS 的资源，以及 Hunter College Center for Autism and Related Disorders (自闭症和相关疾病中心) 咨询委员会成员。Decker 女士拥有政治学学士学位，以及公共及非营利组织管理与政策硕士学位。2007 年至 2010 年，她在 Job Path, Inc. 担任 Medicaid 服务协调员，并兼任 Life Coaching Project (生活辅导项目) 的项目主任。

Carroll Grant, PhD

临床心理学家

Carroll Grant (Ph.D.) 获得了学校心理学高级研究证书、情绪障碍特殊教育领域哲学博士学位、儿童研究与特殊教育文学学士学位，以及特殊教育学教育硕士学位。自 1982 年以来，Grant 博士一直是 Margaret L. Williams Developmental Evaluation Center Golisano Children's Hospital (玛格丽特·L·威廉姆斯发展评估中心戈利萨诺儿童医院) 的行政

董事。Grant 博士发起了“儿童语言：关于自闭症的木偶研讨会”，并撰写了《KidSpeak Curriculum about Autism》和配套书籍《Carey and Sally: Friends with Autism》。在社区内，Grant 博士是 Onondaga 县 LEICC Central NY Coalition for Young Children with Disabilities（纽约中心残疾幼儿联盟）的成员，也是 Central NY Autism Society of America（美国纽约中心自闭症协会）的委员会成员。

Susan Hyman, MD

发展与行为儿科医生、儿科教授、发展与行为儿科主任

Susan Hyman 博士是 University of Rochester Medical Center（罗彻斯特大学医学中心）自闭症治疗网络诊疗机构的发育和行为儿科医生及联合负责人。作为 Golisano Children's Hospital 发育和行为儿科的主任，Hyman 博士与临床服务部主任 Lynn Cole PNP 合作，运用 ATN 长期护理模式作为护理标准。同时，Hyman 博士还与其他人合著《Autism Toolkit》（AAP，2007 年），并曾任 American Academy of Pediatrics Autism Subcommittee（美国儿科学会自闭症附属委员会）主席。她是 American Academy of Pediatrics Executive Committee of the Council on Children with Disabilities（美国儿科学会残疾儿童委员会执行委员会）成员，也是 American Board of Pediatrics（美国儿科委员会）发展与行为儿科分会的成员。她加入的专业组织包括 American Academy of Pediatrics（Committee on Children with Disabilities（残疾儿童委员会）、Section on Developmental and Behavioral Pediatrics（发展与行为儿科分会）、Committee on Holistic and Integrative Medicine（整体和综合医学委员会））和 Society for Developmental and Behavioral Pediatrics（发育和行为儿科学会）。Hyman 博士为 50 多篇同行评议的出版物撰稿。她资助的研究着重于 ASD 儿童的饮食和营养以及药物、行为和饮食干预的有效性。

Harold Kanthor, MD

初级保健儿科医生

Hal Kanthor MD 是 NY 罗彻斯特的一名儿科医生。Kanthor 博士曾任 American Academy of Pediatrics（美国儿科学会）第二区第一章 Committee for Children with Disabilities（残疾儿童委员会）主席。1997 年到 1998 年，他还担任 New York State Health Department（纽约州卫生部）Early Intervention Program Consensus Panel on Autism and Pervasive Developmental Disorders（自闭症和广泛性发展障碍共识小组）的主席。

Catherine Lord, PhD

临床心理学家

Catherine Lord (Ph.D.) 是 Columbia University (哥伦比亚大学) Teachers College (师范学院) 临床心理学委任教授、Center for Autism and the Developing Brain (自闭症和大脑发育中心) 主任、Cornell Medical College (康奈尔医学院) 心理学教授和 DeWitt Wallace 高级学者。她加入了 DSM-5 神经生物学疾病委员会，曾为 15 篇出版物撰稿，并为 18 个聚焦于自闭症的不同研究项目和研究支持贡献一己之力。

Gloria Lucker, MS, OTR/L, FAOTA, 经委员会认证的儿科专家、职业治疗师

Gloria Lucker 是 Optimal Occupational and Physical Therapy Associates Services (OTAS) 的创始人兼 CEO，并获得了儿科职业治疗委员会认证。Gloria 从事儿科治疗师工作已有 30 多年，为纽约西部的众多儿童和家庭提供服务。作为大力支持儿童发展的倡导者，她为早期干预服务开发了若干创新项目。Gloria 是感觉统合领域的专家，尤其擅长治疗感觉处理功能障碍。

Gloria 现任 New York State Occupational Therapy Association (纽约州职业治疗协会) 主席，之前曾是 AOTA 代表大会的 New York State 代表。她毕业于 New York University (纽约大学) 和 State University of New York at Buffalo, 是 American Occupational Therapy Association (美国职业治疗协会) 会员。

Gloria 在 Erie Community College (伊利社区学院) 的职业治疗助理课程中任教 9 年，并在 University of Buffalo (布法罗大学) 任教 5 年。她一直是一名现场工作督导员和许多学生的导师。Gloria 被公认为是为自闭症谱系障碍学生提供职业治疗服务的专家。

Stacey Orzell

家长

Stacey B. Orzell 是一名家长，以她养育的两名优秀男孩为荣。她的小儿子在 2009 年被诊断出患有自闭症。从那时起，她参加了家长培训、会议，并成为特殊教育的家长成员。Stacey 接受过早期干预合作伙伴的培训，并在 LEICC 工作了 3 年。目前，Orzell 女士与奥兰治县 Mental Health Association (心理健康协会) 合作，担任奥兰治县自闭症 Move-A-Thon 的顾问/志愿者。2011 年到 2014 年，她一直担任早期干预服务的持续服务协调员。2013 年，Stacey 从 Advocacy Center (倡导中心) 和 Cornell University (康奈尔大学) 的 Partners in Policymaking (政策制定合作伙

伴)项目毕业。她最近被提名为 2016 MHANYS 年度家庭权益倡导奖的获奖者。同样在 2016 年,她成为了一名经过认证的特奥会游泳教练,目前正在奥兰治县训练一支队伍。Thunderbolts 队将于 2017 年在 West Point (西点军校)、Marist (马里斯特学院)和 SUNY New Paltz (纽约州立大学新帕尔兹分校)进行比赛。Stacey 被一致投票选为 NYSOTA 组织的公共/家长成员。她在 WIHD 的 LEND 项目中担任志愿者,以受自闭症影响的家长身份为学员提供指导和经验。Stacey 是“我能行”的家庭倡导者,总是乐于帮助他人。同时,她也是一名摄影师,坚信“提高人们对自闭症的认识,以每一次微笑改变生活”的理念!

Christine Radzewicz, 文学博士, CCC-SLP
语言病理学家

Christine Radzewicz (文学博士、CCC-SLP、失聪和听力障碍者教师、NY State 学校行政人员)目前担任 School for Language and Communication Development (语言与沟通发展学校)和 ABLE Community Services 的首席运营官,二者的项目服务于学龄前幼儿至 21 岁青少年,以及有语言发展问题和自闭症谱系障碍的成年人。Radzewicz 博士是 New York State Health Department Early Intervention Program 的自闭症和广泛性发展障碍共识小组成员之一,曾任 NY Garden City 的 Adelphi University (艾德菲大学) Hy Weinberg Center for Communication Disorders (Hy Weinberg 沟通障碍中心)的教授和临床主任。她与其他人合著了三本书,并为其他专业出版物撰写了若干章节。Radzewicz 博士的临床兴趣包括亲子沟通和自闭症儿童的语言发展模式。

Raymond G. Romanczyk, PhD
临床心理学家

Raymond G. Romanczyk (PhD) 为 SUNY (纽约州立大学, State University of New York) 杰出服务教授、Binghamton University (宾汉姆顿大学) Institute for Child Development (儿童发展研究所) 执行主任,以及 SUNY Health Sciences Center (SUNY 健康科学中心) 精神病学客座教授。他是一名执业临床心理学家,拥有 45 年与 ASD 患者相关的临床和研究经验。除提供早期干预、学龄前儿童和学龄儿童的诊断评估和服务之外,他还教授本科生、研究生和医学生。他曾在许多处理质量保证和道德行为的小组及委员会任职,曾为 US Department of Justice (美国司法部) Civil Rights Division (民权司) 提供咨询,并且曾任 Binghamton University 的 IRB (机构审查委员会) 主席。

Romanczyk 博士现任《Child and Family Behavior Therapy》杂志的副主编,同时也是《Focus on Autism & Other Developmental Disabilities》杂

志的编辑委员会成员和 Council on Autism Services（自闭症服务委员会）的创始人之一。他已为 100 多份出版物撰稿，并且发表了 600 多篇专业会议报告和主题演讲，主要聚焦于自闭症领域。

Beth Rosenberg

家长

Beth Rosenberg 的孩子从 18 月龄开始接受了早期干预、CPSE 和 CSE 治疗。Rosenberg 女士是一名教育工作者，拥有教育技术学硕士学位。在 2009 年，她建立了 TechKidsUnlimited.org 网站，专门教授以不同方式学习计算机科学原理和技术技能的青少年。同时，Rosenberg 女士还担任各种非营利组织在技术、获取和特殊需求方面的顾问，包括 UJA Federation 的年度 Hilibrand 自闭症研讨会。

Lisa Shulman, MD

发展与行为儿科医生

Lisa H. Shulman (M.D.) 毕业于 Brown University（布朗大学）和 University of Pennsylvania School of Medicine（宾夕法尼亚大学医学院），在 Mount Sinai Medical Center of New York（纽约西奈山医学中心）完成了儿科住院医师培训，并在 Rose F. Kennedy Children's Evaluation and Rehabilitation Center（Rose F. Kennedy 儿童评估和康复中心，CERC）完成了儿童发展方面的专科医师培训。她在儿科、神经发育障碍、发育和行为儿科领域获得了委员会认证。自 1992 年以来，Shulman 博士一直担任 CERC 儿科主治医师和 Albert Einstein College of Medicine（阿尔伯特·爱因斯坦医学院）的儿科副教授。自 1996 年以来，她还一直担任 CERC 婴幼儿小组的主任，CERC 婴幼儿小组是一个有 17 年历史且每年执行约 400 次评估的认证 Early Intervention Program。自 2004 年以来，Shulman 博士一直担任 Albert Einstein College of Medicine RELATE 项目的主任，这是一项针对自闭症谱系障碍幼儿至青少年的先进评估和治疗项目。该项目跟踪调查了大约 1,600 名患有自闭症谱系障碍的儿童。Shulman 博士的临床和研究兴趣包括：自闭症和阿斯伯格综合症的早期识别、语言和社会退化、克服医疗保健方面的差异、自闭症患者补充和替代药物的使用，以及特发性脚趾行走的发育影响。

Michael Siller, PhD

发展心理学家

Siller 博士于 2006 年获得了 University of California at Los Angeles（加州大学洛杉矶分校）发展心理学博士学位。2016 年入职 Emory University（埃默里大学）之前，他曾任 Hunter College Of The City University of New York 心理学副教授。Siller 博士发表了第一对纵向研究，表明反应灵

敏的父母行为可以可靠地预测自闭症儿童的长期（16 年）语言进步，并完成了两项评估集中游戏时间干预法有效性的临床试验，该干预法是一种家长指导的干预方式，旨在提高共享玩具游戏期间亲子沟通的质量。此外，他还与初级医疗保健提供者和早期启智服务提供者合作，在种族多样化和资源匮乏的社区加强对自闭症的早期识别。他的文章发表在许多领先的期刊上，包括《Developmental Psychology》、《Autism and Developmental Disorders》杂志和《Early Intervention》杂志。目前，Siller 博士在 Emory University 担任儿科代理副教授，并在 Marcus Autism Center（马库斯自闭症中心）担任教育科学研究核心联合主任。Marcus Autism Center 是美国三大 National Institutes of Health（国立卫生研究院，NIH）自闭症卓越中心之一，也是美国最大的自闭症和相关疾病儿童诊断与治疗服务机构。Siller 博士凭借其为 Georgia 州及其他地区患有自闭症的儿童、青少年和年轻人开发、评估及实施在社区中可行的教育创新。

Patty Towle, PhD

临床心理学家

Patricia Towle 博士是 Westchester Institute for Human Development（威彻斯特人类发展研究所）的心理学培训联合主任及高级 LEND 教员，并担任 New York Medical College（纽约医学院）公共卫生、儿科和精神病学教员。过去 30 年，她一直在早期干预、儿科发育障碍、残疾政策和自闭症谱系障碍领域从事实践、教学和研究工作。她拥有 University of Connecticut（康涅狄格大学）临床心理学博士学位。同时，她还完成了 University of North Carolina Medical School（北卡罗莱纳大学医学院）University Affiliated Program（大学附属项目）的博士后研究，并且获得了 NIMH 研究培训奖学金的支持。在 Westchester Institute for Human Development (WIHD)，她获得了早期干预领域的若干培训和研究拨款。Towle 博士在幼儿诊断评估方面具有广泛的临床经验，过去 20 年里专门研究自闭症谱系障碍患者。她自著和合著的文献包括两本书、几篇文章和一张 DVD。Towle 博士已在不同场所（从学术到社区等）举办了众多关于这些主题的培训课程。

Robert Trapani, OT

职业治疗师

Bob Trapani 是 Thrive By 5 的所有者和管理者，为 Onondaga 县、Cayuga 县、Wayne 县、Seneca 县、Broome 县和 Oswego 县的儿童提供职业治疗、物理治疗、言语治疗、社工服务、特殊教育及评估。过去 36 年，Trapani 先生一直致力于为儿童服务，并且在过去的 23 年里一直为参

加 NYS Early Intervention Program 的儿童提供服务。他是多个专业组织的成员，包括 Sensory Integration International（国际感觉统合机构）、Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders（发展与学习障碍跨学科委员会）和 Profectum 等。

Amy Wetherby, PhD, CCC-SLP CCC-SLP

Amy M. Wetherby (Ph.D.、CCC-SLP) 是临床科学系的杰出研究教授、医学院 Autism Institute（自闭症研究所）主任及 Florida State University（佛罗里达州立大学）沟通障碍 Laurel Schendel 教授。她拥有 30 年的临床经验，目前为 American Speech-Language-Hearing Association（美国语言听力协会）会员。Wetherby 博士发表了大量文章，并定期在关于早期发现自闭症谱系障碍儿童和使用 SCERTS 模式对自闭症谱系障碍儿童进行干预的全国大会上发言。她曾任职于 National Academy of Sciences Committee for Educational Interventions for Children with Autism（美国国家科学院自闭症儿童教育干预委员会），目前担任 Florida State University Center for Autism and Related Disabilities（自闭症及相关残疾中心）的执行主任。同时，她也是由 U.S. Department of Education（美国教育部）、National Institutes of Health（国家卫生研究院）、Centers for Disease Control and Prevention（疾病控制和预防中心）以及 Autism Speaks 资助的科研项目主任。

Serena Wieder, PhD 临床心理学家

Serena Wieder 博士是临床主任和 Profectum 基金会的创始成员，该基金会致力于通过侧重于人际关系和家長介导干预重要性的培训和教育项目，促进自闭症儿童和特殊需求儿童的发育和幼儿心理健康。在此之前，她曾是 Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL) 的联合创始人兼副主席。她和已故的 Stanley Greenspan 博士共同开发了 DIR（发展、注重个体差异和基于人际关系的）模型，与其他人合著《Engaging Autism》、《The Child with Special Needs》和《Infant and Early Childhood Mental Health》，并且主持编撰了两本诊断手册。同时，她还与发展视觉认知疗法的先驱 Harry Wachs 博士合著了《Visual/Spatial Portals to Thinking, Feeling and Movement》一书。Wieder 博士还在众多书籍和期刊上发表过大量文章，曾联合主持和组织过全国性和国际会议，并于世界各地就人际关系、象征性游戏和感官处理在儿童发展中的重要性发表演讲。她在 Board of Zero to Three 及其他与婴幼儿心理健康和特殊需求相关的咨询委员会任职。Wieder 博士一直在 NYC 提供咨询和治疗服务。

附录 F.

同行评审员

Grace Baranek, PhD, OTR

职业科学与职业治疗学系
University of Southern California
Los Angeles, CA

Devin Casenhiser, PhD

听力学与言语病理学系
University of Tennessee Health Science Center
Knoxville, TN

Lisa Currao

特殊教育工作者/家长
Sunny Days 和 SUNY Orange
Middletown, NY

Amy De Vito

家长成员
NYS Early Intervention Coordinating Council
Glenville, NY

Deborah Fein, PhD

心理服务系
University of Connecticut

Gil Foley, EdD

Adelphi University Institute for Parenting 婴幼儿心理健康与发展实践研究
生项目联合主任, Training and Technical Assistance Center, New York
Center for Child Development (纽约儿童发展中心培训与技术援助中心)
联合临床主任
New York, NY

Martha M. Frank, PhD, OTR/L

职业治疗教授
Sage Graduate School of Health Sciences
Troy, NY

Gina Green, PhD, BCBA-D

Association of Professional Behavior Analysts
San Diego, CA

Maureen Greer

执行主任

ITCA 理事会成员

Indianapolis, IN

Catherine Hancock, MS, RN, PMHCNS, BC

Part C 协调员

ITCA 理事会成员

Richmond, VA

Elizabeth Isakson, MD, FAAP

执行主任

Docs for Tots

Astoria, NY

Michele Kohler, LCSW

评估单位主管

New York League For Early Learning/LIFESTART Program

New York, NY

Lynn Skene Johnson, EdD

Part C 协调员和主席

Infant-Toddler Coordinators Association

Hartford, CT

Paola Jordan

家长成员

NYS Early Intervention Coordinating Council

New York, NY

Anthony Malone

发育儿科医生兼 Committee on Children with Disabilities 主席

NYS Ch.1, District II, AAP

Albany, NY

Lucy Jane Miller, PhD, OTR/L

主任

STAR Institute for Sensory Processing Disorder, Denver, CO

临床教授

University of CO, Denver, Dept. of Pediatrics

教授

Rocky Mountain University of Health Professions, Pediatrics, Provo UT

Deborah A. Napolitano, PhD, BCBA-D

儿科副教授

University of Rochester School of Medicine

应用行为分析主任

Hillside Family of Agencies

Rochester, NY

Ricki Robinson, MD, MPH

儿科临床教授

Keck School of Medicine at USC

联合主任

Descanso Medical Center for Development and Learning

La Canada, CA

Marilyn Rubinstein, MS

主任

Early Childhood Direction Center

New York Presbyterian Hospital

New York, NY

Mary Ann Sacino

早期干预临床协调员

Middletown, NY

Tristram Smith, PhD

University of Rochester Medical Center 儿童发育/行为研究 Haggerty

Friedman 教授

Rochester, NY

附录 G.

参考文献

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Bigos, S., Bowyer, O., Braen, G., Brown, K., Deyo, R., Haldeman, S... Weinstein, J.N. (1994). Clinical Practice Guideline No. 14: Acute Low Back Problems in Adults. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services (AHCPR publication no. 95-0642).

Birnbrauer, J. S., Bijou, S.W., Wolf, M.M., & Kidder, J.D. (1965). Programmed instruction in the classroom. In L. P. Ullmann & L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification* (pp. 358-363). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Chalmers TC, Smith H Jr., Blackburn B. (1981). A method for assessing the quality of a randomized control trial. *Controlled Clinical Trials*, 2: 31-49.

Christensen, D. L., Baio, J., Braun, K. V., et al. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities

Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ* 2016; 65(No. SS-3)(No. SS-3):1–23.

Constantino, J. N., Zhang, Y., Frazier, T., Abbacchi, A. M., & Law, P. (2010). Sibling recurrence and the genetic epidemiology of autism. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1349–56.

Coolican, J., Smith, I. M., & Bryson, S. E. (December 2010). Brief Parent Training in Pivotal Response Treatment for Preschoolers with Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1321-1330.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics (2013). Consortium Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*, 381, 1371-1379.

Dawson, G., Raphael Bernier, R., & Ring, R. H. (2012) Social attention: a possible early indicator of efficacy in autism clinical trials. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 4 (11), e page.s

de Bildt, A., Sytema, S., van Lang, N.D., Minderaa, R.B., van Engeland, H. and de Jonge, M.V. (2009). Evaluation of the ADOS Revised Algorithm: The Applicability in 558 Dutch Children and Adolescents, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39(9): 1350-8.

Di Martino, A. D., Yan, C-G., Li, Q., Castellano, F. X., Alaerts, K., Milham, M. P. (2014). The Autism brain imaging data exchange: towards a large-scale evaluation of the intrinsic brain architecture in autism. *Molecular Psychiatry*, 19, 659–667.

- Division for Early Childhood. (2014). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014. Retrieved from <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>
- Eeles, A. L., Spittle, A. J., Anderson, P. J., Brown, N., Lee, K. J., Boyd, R. N., & Doyle, L. W. (2014). Assessments of sensory processing in infants: A systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, DOI: 10.1111/j.1469-8749.2012.04434.x
- Elsabbagh, M., Gliga, T., Pickles, A., Hudry, K., Charman, T., & Johnson M.H. (2014). The development of face orienting mechanisms in infants at-risk for autism. *Behavioural Brain Research*, 251, 147-154.
- Feldman, M. A., Ward, R. A., & Savona, D., & et al (2012). Development and initial validation of a parent report measure of the behavioral development of infants at risk for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(1), 13-22.
- Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39, 299-304.
- Flanagan, H. E., Perry, A., & Freeman, N. L. (2012). Effectiveness of large-scale community-based Intensive Behavioral Intervention: A waitlist comparison study exploring outcomes and predictors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 673–682.
- Frans, E. M., Sandin, S., Reichenberg, A., Langstrom, N., Lichtenstein P., McGrath, J. J., & Hultmand, C. M. (2013). Autism risk across generations: A population-based study of advancing grandpaternal and paternal age. *Journal of the American Medical Association, Psychiatry*. 70, 516-521.
- Garon, N., Bryson, S., Zwaigenbaum, L., Smith, I., Brian, J., Roberts, W., & et al. (2009). Temperament and its relationship to autistic symptoms in a high-risk infant sib cohort. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 59-78.
- Granpeesheh, D., Tarbox, J., Dixon, D. R., Wilke, A. E., Allen, M. S., Bradstreet, J. J. (2010). Randomized trial of hyperbaric oxygen therapy for children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 4 (2): 268.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, pp.91–108.
- Grodberg, D., Siper, P., Jamison, J., Buxbaum, J. D., & Kolevzon, A. (2015). A simplified diagnostic observational assessment of autism spectrum disorder in early childhood. *Autism Research*, 9, 443-449.
- Guy, A., Seaton, S. E., Boyle, E. M., Draper, E. S., Field, D. J., Manktelow, B. N., . . . Smith, L. K. (2015). Infants born late/moderately preterm are at

- increased risk for a positive autism screen at 2 years of age. *The Journal of Pediatrics*, 166(2), 269-275.e3.
- Hagan, J.F., Shaw, J.S., and Duncan, P.M. (editors). (2008). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. Third Edition*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Hart, B. & Risley, T. (1968). Establishing use of descriptive adjectives in the spontaneous speech of disadvantaged preschool children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 109–120.
- Hart, B. & Risley, T. (1975). Incidental teaching of language in the preschool. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 411–420.
- Hawkins, R.P., Peterson, R.F., Schweid, E., & Bijou, S.W. (1966) Behavior therapy in the home: Amelioration of problem parent-child relations with the parent in a therapeutic role. *Journal of Experimental Child Psychology*, 4, 99-107.
- Holland, J.P. (1995). Development of a clinical practice guideline for acute low back pain. *Current Opinion in Orthopedics*, 6: 63-69.
- Institute of Medicine, (2004). Immunization Safety Review: Vaccines and Autism. National Academies Press. www.iom.edu/Reports/2004/Immunization-Safety-Review-Vaccines-andAutism.aspx.
- Jeste, S. S., & Geschwind, D. H. (2014). Disentangling the heterogeneity of autism spectrum disorder through genetic findings. *Nature Reviews Neurology*, 10, 74–81.
- Johnson, C.P., Myers, S.M., and the Council on Children with Disabilities. (2007). Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders, *Pediatrics*, 120, 1183-1215.
- Kim, S. H., Thurm, A., Shumway, S., & Lord, C. (2013). Multisite study of new autism diagnostic interview-revised (ADI-R) algorithms for toddlers and young preschoolers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 1527-1538
- Koegel, R. L., & Kern Koegel, L. (2006). *Pivotal Response Treatments for Autism: Communication, Social, and Academic Developmental 2006*. Baltimore: Brookes Publishing Company.
- Krakowiak, P., Walker, C. P., Bremer, A. A., Baker, A. A., Ozonoff, S., Hansen, R. L., & Hertz-Picciotto, I. (2012). Maternal metabolic conditions and risk for autism and other neurodevelopmental disorders. *Pediatrics*, 129, e1121-e1128.
- Lainhart, J. E. (2015). Brain imaging research in autism spectrum disorders:

in search of neuropathology and health across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 76-82.

Lang, R., O'Reilly, M. Healy, O., Rispoli, M., Lydon, H., Streusand, W., Davis, T...Giesbers, S. (2012). Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1004-1018.

Lord, C., Luyster, R. (2006). Early diagnosis of children with autism spectrum disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 6, 189–194.

Lord, C., Rutter, M. et al. (2012). Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition. Manual. Torrance, CA: Western Psychological Services.

Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2006). Autism from 2 to 9 Years of Age. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 694-701.

Maglione, M.A., Das, L., Raaen, L., et al. (2014). Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of U.S. Children: A Systematic Review. *Pediatrics*, published ahead of print July 1, 2014.

Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental Cascades. *Development and Psychopathology*, 22(Special Issue), 491-495.

Maximo, J. O., Cadena, E. J., & Kana, R. K. (2014) The implications of brain connectivity in the neuropsychology of autism. *Neuropsychology Review*, 24, 16-31.

McElhanon, B. O., McCracken, C., Karpen, S., & Sharp, W. G., (2014). Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133, 872-883.

Miles, J. H. (2011) Autism spectrum disorders—A genetics review. *Genetics in Medicine*, 13, 278–294.

Nadel S, Poss JE. (2007). Early detection of autism spectrum disorders: screening between 12 and 24 months of age. *Journal of the American Academy Nurse Practitioners*. 19(8), 408–417.

New York State Department of Health. (1999). Clinical Practice Guideline: The Guideline Technical Report. Autism/Pervasive Development Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years). Publication No. 4217

Noyes-Grosser, D., Holland, J.P., Lyons, D., Holland, C., Romanczyk, R., and Gillis, J. (2005) Rationale and methodology for developing guidelines for early intervention services for young children with developmental disabilities. *Infants and Young Children*, Vol 18, No. 2.

Olsson, M. B., Carlsson, L. H., Westerlund, J., Gillberg, C., & Fernell, E.

- (2013). Autism before diagnosis: Crying, feeding, and sleeping problems in the first two years of life. *Acta Paediatrica*, 102, 635-639.
- Orinstein, I. J., Helt, M., Troyb, E., Tyson, K. E., Barton, M. L., Eigsti, I., Naigles, L., & Fein, D. A. (2014). Intervention History of Children and Adolescents with High- Functioning Autism and Optimal Outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 35, 247-256.
- Ozonoff, S., Young, G. S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum L, et al. (2011). Recurrence risk for autism spectrum disorders: a baby siblings research consortium study. *Pediatrics*, 128, e488–95.
- Patterson, P. H. (2012). Maternal infection and autism. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(3), 393.
- Richdale, A. L., & Schreck, K. A. (2009). Sleep problems in autism spectrum disorders: Prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 403–411.
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L., and Green, J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*: April 31(2), 131-44.
- Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., et al. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM)–based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1052–1065.
- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. (1991). *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*, 211d edition. Boston: Little, Brown.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., & Love, S. R. (2010). *Childhood Autism Rating Scale, Second Edition [Manual]*. Torrance, CA: Western Psychological Services.
- Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A.C., Landa, R., Rogers, S., McGee, G.G...Halladay, A. (2015). Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Empirically Validated Treatments for Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 45 (8), 2411-2428.
- Shaughnessy, J.J. & Zechmeister, E.B. (1997). Single case research designs. In *Research Methods in Psychology, 4th edition*. New York, NY: McGraw Hill, pp. 305-335.
- Shekelle, P., Woolf, S., Grimshaw, J. M., Schünemann, H. J., & Eccles, M.

- P. (2012). Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*, 7(1), 1.
- Sia, C.J., et. al. (2002). The Medical Home. *Pediatrics*. July, 2002, Volume 110, Issue 1.
- Smith, T., Klorman, R., & Mruzek, D. W. (2015). Predicting outcome of community-based early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 1271-1282.
- Smith, N. J., Sheldrick, R. C., & Perrin, E., (2013). An abbreviated screening instrument for autism spectrum disorders. *Infant Mental Health Journal*, 32, 149-155.
- Steiner, A. M., Gengoux, G. W., & Klin, A. (January 2013). Pivotal Response Treatment for Infants At-Risk for Autism Spectrum Disorders: A Pilot Study 2013. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 91-102.
- Stone, W.L., & Ousley, O.Y. (1997). STAT Manual: Screening tool for autism in two-year-olds. Unpublished manuscript, Vanderbilt University.
- Tuchman, R., & Cuccaro, M. (2011). Epilepsy and autism: A Neurodevelopmental perspective. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 11(4), 428-434.
- United States Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Autism Spectrum Disorder (ASD): data & statistics* [Data file]. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
- Vernooij, R. W., Sanabria, A. J., Solà, I., Alonso-Coello, P., & García, L. M. (2014). Guidance for updating clinical practice guidelines: a systematic review of methodological handbooks. *Implementation Science*, 9(1), 1.
- Weitlauf, A.S., McPheeters, M.L., Peters, B., Sathe, N., Travis, R., Aiello, R., Williamson, E... Warren, Z. (2014). Therapies for Children with Autism Spectrum Disorder: Behavioral Interventions Update. Comparative Effectiveness Review No. 137. (Prepared by the Vanderbilt Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00009-I.) AHRQ Publication No. 14-EHC036-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August, 2014. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Wetherby, A. M., Brosnan-Maddox, S., Peace, V., & Newton, L. (2008). Validation of the Infant-Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism*, 12(5), 487-511.
- Wetherby, A.M. & Prizant, B.M. (2003). *Infant-toddler Checklist and Easy-score User's Manual*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing.

- Wolf, M.M., Risley, T.R., Johnston, M.K., Harris, F.R., & Allen, K.E. (1967). Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child: A follow up and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 103-111.
- Wolf, M.M., Risley, T.R., & Mees, H. (1964). Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 305-312.
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., ... Schultz, T. R. (2013). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group.
- Woolfenden, S., Sarkozy, V., Ridley, G., & Williams, K. (2012). A systematic review of the diagnostic stability of Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 345-354.
- Xiang, A. H., Wang, A., Martinez, M. P., Walthall, J. C., Curry, E. S., Page, K., . . . Getahun, D. (2015). Association of maternal diabetes with autism in offspring. *Journal of the American Medical Association*, 313, 1425-1434.
- Zerba, O., Qian, Y., Yoshida, C., Grether, J. K., Van der Water, J., Croen, L. (2015). Maternal infection during pregnancy and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 4015-4025.

