

团 体 标 准

T / CARD 001-2020

孤独症儿童康复服务

Service of rehabilitation for children with autism

2020-03-25 发布

2020-03-27 实施

中国残疾人康复协会 发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 服务原则	5
4.1 尽早干预	5
4.2 科学干预	5
4.3 个性化干预	5
4.4 综合干预	5
5 服务要求	5
5.1 服务流程	6
5.2 服务内容	6
6 康复质量控制	11
7 支持条件	12
7.1 机构基本条件	12
7.2 机构内主要功能分区	12
7.3 人员条件	12
7.4 社会支持	12
附录 A (资料性附录) 孤独症严重程度分级	14
附录 B (资料性附录) 孤独症儿童康复服务登记表	15
附录 C (资料性附录) 儿童发育里程碑测评表	16
附录 D (资料性附录) 孤独症儿童干预内容	18
附录 E (资料性附录) 各种专用康复干预室功能及基本配备	20
参考文献	21

前 言

本标准按 GB/T 1.1 给出的规定起草。

本标准起草单位:中国残疾人康复协会孤独症康复专业委员会、佳木斯大学康复医学院

本标准主要起草人: 姜志梅、郭岚敏、王娇、周雪

孤独症儿童康复服务

1 范围

本标准规定了孤独症儿童康复服务的原则、要求、康复质量控制和支持条件。
本标准适用于提供孤独症儿童康复服务的相关机构和人员。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件，凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 50763 无障碍设计规范

国际功能、残疾与健康分类-儿童青少年版（ICF-CY）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

孤独症谱系障碍 autism spectrum disorder, ASD

在儿童发育时期表现出持续的社会沟通和社会交往缺陷以及限制性重复行为、狭窄兴趣、刻板活动及感知觉异常两大核心特征。

3.2

孤独症 autism

孤独症谱系障碍中最有代表性的疾病。

3.3

康复 rehabilitation

帮助经历着或可能经历残疾的个体，在与环境的相互作用中取得并维持最佳功能状态的一系列措施。

3.4

早期干预 early intervention

是指在发育关键的儿童早期，为特殊儿童或早期发展异常的儿童及其家庭提供一系列的、帮助和促进儿童健康成长和发展的综合性服务。

3.5

康复评估 rehabilitation assessment

对病、伤、残者的功能状况及其水平进行定性和（或）定量描述，并对其结果作出合理解释的过程。是通过收集患者的病史和相关信息，使用客观的方法有效和准确的评定功能障碍者的种类、性质、部位、范围、严重程度预后以及制定康复计划和评定疗效的过程。

3.6

Gesell 发育量表 Gesell development schedules, GDS

婴幼儿发育水平评估工具，由美国耶鲁大学心理学家格塞尔及其同事于 1940 年编制，适用于 0~6 岁儿童，包括适应性、粗大运动及精细运动、言语和个人社交四大行为领域。

3.7

韦氏儿童智力量表第四版 Wechsler intelligence scale for children, WISC-IV

对儿童智力进行评估和个别施测的临床工具, 韦氏幼儿智力量表第四版 (WPPSI-IV) 适用于 2 岁 6 个月~6 岁 11 个月儿童, 韦氏学龄儿童智力量表第四版 (WISC-IV) 适用于 6~16 岁儿童。

3.8

儿童发育里程碑 child development milestone

对儿童生长发育过程中各个功能领域的普遍发展规律进行的概括性描述。

3.9

儿童功能独立性评估量表 functional independence measure for children , WeeFIM

用于评估儿童日常生活活动能力, 适用于 6 个月~7 岁正常儿童及 6 个月~21 岁的功能障碍人群或发育落后儿童。

3.10

婴儿-初中生社会生活量表 social life ability scale for infant-Junior middle school student

用于评估儿童的适应行为能力, 适用年龄为 6 个月~15 岁。量表共有 132 项, 由独立生活能力、运动能力、作业、交往、参加集体活动和自我管理六个领域组成, 可辅助智力发育障碍的诊断与分级。

3.11

儿童适应行为评定量表 child adaptive behavior rating scale, CABS\ADQ

用于评估儿童的适应行为能力, 适用年龄为 3~12 岁。内容包括感觉运动、生活自理、语言发育、个人取向、社会责任、劳动技能、经济活动和时空定向八个方面, 归类为独立功能、认知功能和社会自制三个因子, 可用于智力发育障碍的诊断与分级。

3.12

语言行为里程碑评估及安置程序 verbal behavior milestones assessment and placement Program, VB-MAPP

用于孤独症及其他发展性障碍儿童语言和社会能力的评估, 依据斯金纳关于语言分析、行为分析的基本原理和儿童发育里程碑制定, 包括语言和学业能力评估、课程指导和技能追踪系统, 评估结果可用于制定个别化教育计划及设计系列语言课程。

3.13

心理教育评估量表 psycho-educational profile-3rd edition, PEP-3

适用于 2~7.5 岁儿童。由发展与行为副测验 (172 个测试项) 与儿童照顾者报告 (38 个测试项) 两部分组成, 发展部分副测验包括认知、语言表达、语言理解、小肌肉、大肌肉、模仿 6 项内容。儿童照顾者报告包括问题行为、个人自理、适应行为 3 项内容。评估明确儿童的强弱项, 作为制定康复计划的依据和参考。

3.14

应用行为分析法 applied behavior analysis, ABA

针对孤独症儿童最突出的行为障碍问题而创建的, 通过控制两个有关联的行为来培养和促进人类社会行为的社会技能干预方法。

3.15

结构化教学法 treatment and education of autistic and related communication handicapped children, TEACCH

源自于美国教堂山北卡罗来纳州大学医学院的课程, 主要用于帮助孤独症儿童及其他交流障碍儿童适应和改善常规执行、行为问题及社交沟通、动作技能和认知等能力的教学方法。

3.16

早期介入丹佛模式 early start denver model, ESDM

是由美国加州大学 MIND 研究所 Sally Rogers 教授和孤独症之声首席科学官 Geraldine Dawson 共同研发的一种对孤独症儿童进行早期干预的, 可以全面提升孤独症儿童的各项技能, 且任何社交环境中均可应用的综合性行为干预方法。

3.17

心智解读 mind reading

个体能够推断他人的心理状态（他人的需要、欲望、感受、情绪、思想、信念、意图等），并有能力使用这些信息来解读他人的语言，理解他人的想法和预测他人的行为。

3.18

SCERTS 模式 SCERTS model

通过社交沟通（SC）、情绪调控（ER）和执行支援（TS）三个主要的干预维度，提高孤独症儿童的社会交往、人际互动和情绪调节能力的综合性教育干预模式。

3.19

地板时光 floor time

根据孤独症儿童的发展特点，以发展为取向、家庭环境为背景、人际互动为主要目标，并采用特别的互动游戏方式实施干预的儿童孤独症治疗模式。

4 服务原则**4.1 尽早干预**

4.1.1 临床实践表明，孤独症儿童越早干预效果越好，发现儿童存在问题或即便有可疑症候应立即开始早期干预，对于诊断不明者可边干预边确诊，避免贻误有效时机。

4.1.2 两岁以前的早期干预应定期接受专业机构和专业人员指导，在自然情境下以儿童家庭为中心，围绕儿童所能做的活动开展。

4.1.3 整个早期干预应在专业人员指导下，确保一定的干预时长和强度。

4.2 科学干预

4.2.1 应遵循儿童发育的特征与规律，结合儿童自身的发育水平，进行有效干预，既不宜落后于其发育年龄，也不应过多超越。

4.2.2 应注重儿童整体功能的发育，不应只关注儿童某一领域的功能，同时依据《国际功能、残疾与健康分类-儿童青少年版》（ICF-CY），要考虑到环境因素及个人因素的影响。

4.3 个性化干预

4.3.1 针对每个孤独症儿童的发育水平、障碍程度、功能高低、存在的具体问题以及家庭的实际情况，明确干预目标，制定干预计划，有针对性地选择干预内容、干预形式及干预方法。

4.3.2 孤独症儿童的发育水平、障碍程度等参照附录 A 判定。

4.3.3 干预计划制定和实施过程中，专业人员应与家长密切配合、共同协作。

4.4 综合干预

4.4.1 干预内容应包括生活自理、交流、社会适应、语言、行为、情绪、运动等各个方面，应有医学、教育、心理、社会等多学科专业团队共同参与。

4.4.2 不同的干预方法应有机融合，不同的干预形式应有效衔接，并灵活整合或拆分实施。

4.4.3 机构康复与家庭康复、社会适应紧密结合。

5 服务要求**5.1 服务流程**

- 5.1.1 每个接受康复干预的孤独症儿童进入专业康复机构后，应按图 1 所示流程开展康复服务。
- 5.1.2 各项流程内容应按 5.2 内容开展，并填写各阶段相应记录。

5.2 服务内容

5.2.1 建立康复档案

5.2.1.1 应为每名孤独症儿童建立独立完备的康复档案，以纸质形式备案。有条件的机构应建立电子档案并收集影像资料。建立康复档案，要注意保护儿童个人信息。

5.2.1.2 档案内容至少应包括以下内容：

- a) 孤独症儿童基本信息，参见附录 B；
- b) 医学诊断证明；
- c) 评估记录（包括基础评估和专项评估）；
- d) 康复计划（包括康复目标和阶段性目标）；
- e) 定期康复实施报告（至少 3 个月 1 次）；
- f) 干预结案记录；
- g) 后续转介评估记录。

5.2.1.3 评估记录

康复机构应对儿童的全部评估资料进行整理，并对每项评估结果进行分析，记录并存档。

5.2.1.4 康复计划

5.2.1.4.1 康复机构应对接受干预的每名孤独症儿童制定有针对性的个性化康复计划，包括社会适应、社会交往、生活自理、游戏、认知、语言、粗大运动、精细运动等各个领域。

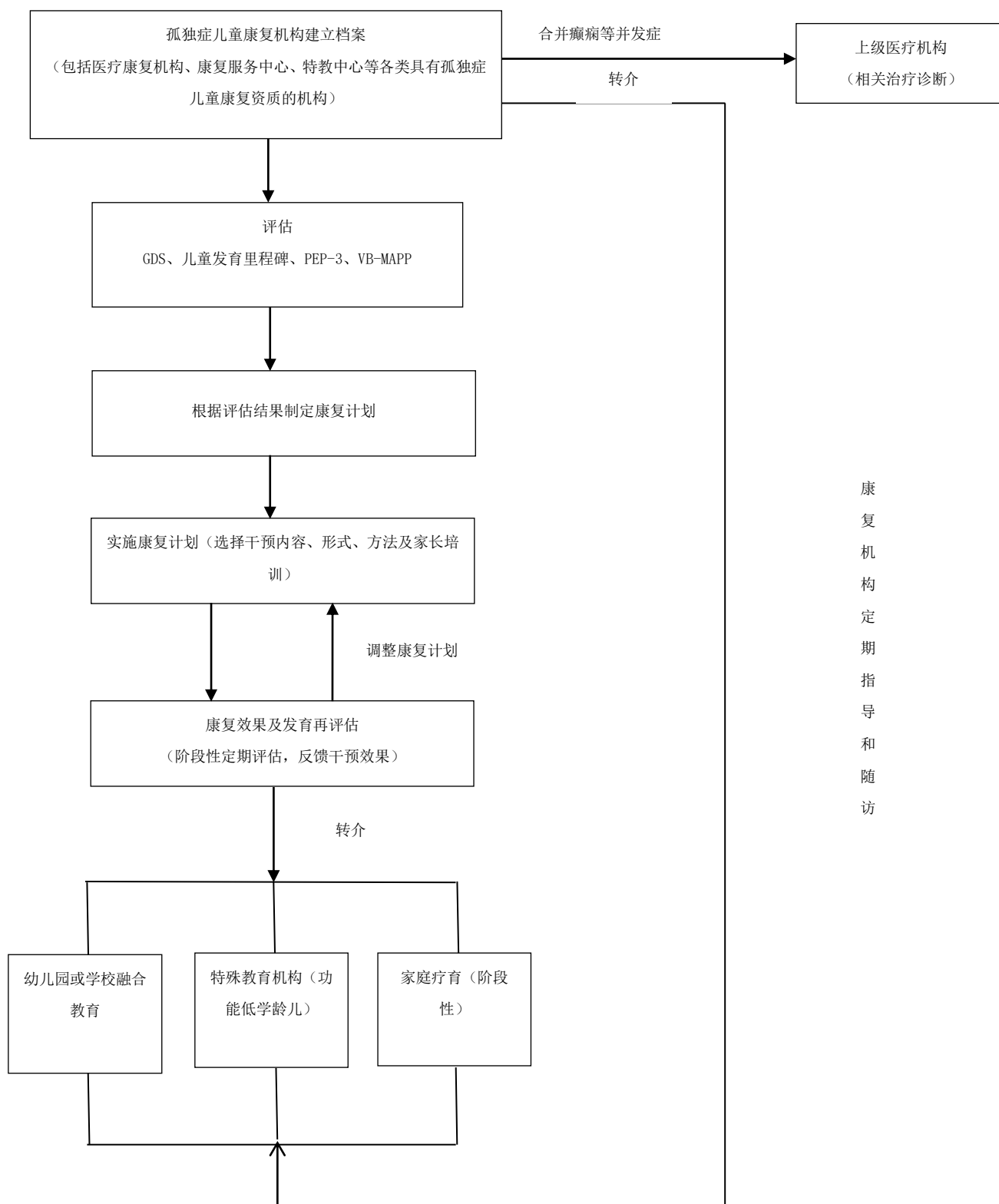
5.2.1.4.2 康复计划应有完整合理的康复目标、阶段性目标和相应的计划时间表、主题活动以及干预项目。

5.2.1.5 康复实施报告

根据孤独症儿童的评估结果及康复计划进行干预课程安排，应至少每 3 个月书写一次康复实施报告，内容包括：上阶段康复计划实施情况、近期评估结果和下阶段干预的计划目标，以及具体干预项目及内容、采用的干预技术、辅助情况、儿童完成情况等。

5.2.1.6 干预结案记录

孤独症儿童在康复机构完成 3~6 个月的康复干预后，应对其进行综合评估，对比分析干预效果，书写干预结案记录，记录中也可总结布置下一阶段的家庭干预作业、对上一阶段家庭干预作业的完成情况进行总结记录、提出下一步康复意见。



康
复
机
构
定
期
指
导
和
随
访

图 1 孤独症儿童服务流程图

5.2.2 康复评估

5.2.2.1 评估的目的是明确接受康复的儿童实际发育水平及存在的问题，确定可及的康复目标，制定有针对性的康复服务方案，判定康复效果，为开展系统康复提供依据。

5.2.2.2 康复评估人员由经过培训并取得相应资质的专业人员进行；孤独症康复机构要组建康复评估团队，对暂时不具备条件开展专项评估的机构应与有条件的机构建立合作机制，引入专业人员进行评估与指导。

5.2.2.3 康复评估包括发育评估、专项评估和效果评估。

5.2.2.3.1 发育评估。应了解孤独症儿童实际发育水平，明确其与正常儿童发育水平（包括但不限于社交、认知、交流、情绪行为等）的差异，并根据其具体问题选择相应的专项评估。康复机构可根据自身情况选择其一或其它公认的儿童发育评估工具，推荐选择使用的发育评估工具包括 Gesell 发育量表、儿童发育里程碑（参见附录 C）。

5.2.2.3.2 专项评估。应针对每个儿童的具体情况进行专项评估，进一步分析其功能优势及缺陷、发展潜能及特殊需求，制定出有针对性的现阶段康复目标和具体康复计划。推荐选择使用的发育评估量表包括儿童功能独立性评估量表（WeeFIM）、婴儿-初中生社会生活量表、儿童适应行为评定量表、语言行为里程碑评估及安置程序（VB-MAPP）、韦氏儿童智力量表及心理教育评估量表（PEP-3）。

5.2.2.3.3 康复效果评估。应进行康复效果评估，以进一步调整康复治疗计划，检验康复治疗效果，深入发现儿童存在的问题，加强专业人员培训。可应用以上发育量表或发育里程碑及专项评估工具进行干预效果评估，或应用孤独症疗效评估表进行干预效果评估。

5.2.3 制定康复计划

5.2.3.1 总则

应根据康复干预原则，确定总体康复目标，制定康复计划，如实现生活自理、建立与人沟通的有效模式、培养进入普通幼儿园、普通小学应具备的游戏能力和学习能力，对有特长的儿童给予专业帮助等，使每个接受康复干预的儿童能够最大化地实现社会功能。

5.2.3.2 确定康复干预目标

5.2.3.2.1 目标的确定是以评估结果为依据，以儿童为核心，并考虑儿童的兴趣及发育特征，目标一定要切合实际，不可过高或过低。

5.2.3.2.2 目标的设定要分阶段循序渐进，首先设定阶段目标（季、年目标），按年一季一月一周一日的顺序进行设定。目标形式：

a) 阶段目标（季、年目标）：首先为孤独症儿童设定 3 个月或以上的阶段目标，此目标是使儿童在某一特定时期或阶段具备或达到某些功能、活动与参与能力。

b) 月目标：由阶段目标分解而成，应围绕阶段目标的实现而设定，每个月目标应为递进关系。

c) 周目标：由月目标分解而成，应围绕月目标的实现而设定，每个月的周目标也应为递进关系。周目标应根据每次干预记录进行适当调整，4 到 6 周后根据儿童实际情况可重新调整月目标，如有需要也可重新调整阶段目标。

5.2.3.2.3 目标领域包括理解性沟通、表达性沟通、模仿、认知、社交与情绪、游戏、精细运动、粗大运动、行为、自理能力等。

5.2.4 选择干预形式和干预内容

5.2.4.1 总则

根据每个儿童的发育水平，结合具体目标和儿童自身状况，合理选择不同的干预形式，包括个别干预、小组干预、集体干预及家庭干预。

5.2.4.2 个别干预

- 5.2.4.2.1 主要针对个体需要学习的行为及表现出的主要问题行为，进行学习、强化和矫正。
- 5.2.4.2.2 孤独症儿童在确诊初期，特别是经评估与同龄儿童有明显差异时，高度密集的个别干预应占大部分时间。
- 5.2.4.2.3 个别干预应作为机构康复干预的重要形式之一并包含在政府提供补贴或自费的服务中。

5.2.4.3 小组干预

- 5.2.4.3.1 小组干预适用于理解能力在 2 岁及以上的儿童。
- 5.2.4.3.2 将 2~5 名发育年龄及能力表现相同或相近（应考虑能力互补等因素）的儿童以小组形式开展干预，根据儿童的整体参与能力等因素灵活安排辅助干预人员。
- 5.2.4.3.3 主要内容为简单的社会交往和游戏技巧，如在小组场景中完成常规要求，聆听和回答干预者的指令，理解和区分干预者提问的对象等，培养和提高儿童在小组中学习和交往活动的的能力。

5.2.4.4 集体干预

- 5.2.4.4.1 集体干预适用于理解能力在 3 岁及以上的儿童。
- 5.2.4.4.2 将 5 名以上发育年龄及能力表现相同或相近（应考虑能力互补等因素）的儿童以集体形式开展干预，人数应控制在 10 名以内，人员配比原则与小组干预相同。
- 5.2.4.4.3 主要内容为以社会交往为主的集体参与意识与能力，如竞争意识、合作意识、输赢意识、自我保护意识等，培养儿童在主题活动和集体环境中的学习能力。

5.2.4.5 家庭干预

- 5.2.4.5.1 家长应根据儿童康复进程配合机构，积极参与康复干预，强化和巩固相关干预内容。
- 5.2.4.5.2 家长应了解孤独症相关知识，学习必要的干预方法，应学会与儿童沟通并教其学会恰当的沟通方式，让儿童在生活中学习，在生活中提升各方面能力。
- 5.2.4.5.3 家长应全程参与，家庭干预应贯穿于干预的全过程，帮助其建立生活常规，培养儿童的自理和自立能力，提高生活质量，不应在家中继续重复与机构相同的干预。

5.2.4.6 合理选择干预方法

- 5.2.4.6.1 应遵循以下原则选择合理选择干预方法：
- a) 选择孤独症儿童康复公认和常用的干预方法；
 - b) 根据儿童不同功能领域存在的差异精准选择干预方法；
 - c) 有经过专业培训并取得相应资质的专业人员；
 - d) 具备开展相应干预方法的硬件条件（设备和场地）；
 - e) 将各类干预方法有机融合以达到最好的康复干预效果。
- 5.2.4.6.2 目前国内外较常用的康复教育干预方法包括：
- a) 应用行为分析法；
 - b) SCERTS 模式；
 - c) 结构化教学法；
 - d) 作业治疗；
 - e) 社交故事；
 - f) 游戏疗法；
 - g) 图片交换沟通系统；
 - h) 早期介入丹佛模式；
 - i) 自然情境教学法；

j) 心智解读等。

5.2.4.6.3 可适当选择语言疗法、音乐疗法、艺术疗法、多感官刺激等辅助方法治疗。

5.2.4.7 干预时间及频次

5.2.4.7.1 在专业康复教育机构中接受全天干预的儿童，应确保必要的干预时间及频次，按周安排干预时间，且不少于 40 小时（含在专业人员指导下的家庭干预等任何情境中进行的干预）。

5.2.4.7.2 能力差、发育水平低、程度重的儿童一般以个别干预形式为主；能力相对好、发育水平高、程度轻的儿童一般以小组形式和集体形式干预为主。

5.2.4.7.3 应根据儿童的实际情况，调整干预时间及频次，以及个别干预时间、小组干预时间、集体干预时间的比例。

5.2.4.8 干预实施的必要条件

5.2.4.8.1 根据儿童实际情况，康复干预团队一般由数名不同学科领域的人员组成，应为每名儿童确定一名主管人员，负责建立儿童康复档案、组织康复评估、组织康复计划制定、实施和调整、与家长沟通等。

5.2.4.8.2 根据已制定的计划开展干预并做好数据记录和分析，每月对短期目标进行分析和调整，对于能够完成的项目要适当提高难度，对于不能完成或部分完成的项目应分析原因并及时进行相应调整。

5.2.4.8.3 每季度应对儿童进行阶段性评估，根据儿童的整体表现和能力确定是否需要调整康复计划。

5.2.4.8.4 定期进行家长培训和家庭指导，指导家长正确面对并理解孤独症儿童，客观分析和判断儿童的能力，建立合理的目标和期望值，明确自己的角色和任务，积极参与康复干预，深入了解儿童的干预计划，掌握能够帮助孤独症儿童的恰当干预方法。

5.2.4.8.5 应指导家长正确选择康复机构，并积极参与康复计划的调整，确保儿童接受科学有效和适宜的康复干预。

5.2.5 实施康复计划

5.2.5.1 发育年龄 0~3 岁儿童的干预

5.2.5.1.1 应尽早促进其各领域功能的发展，主要以入幼儿园为康复干预目标。

5.2.5.1.2 干预形式以家庭干预、亲子同训为主，强调自然情境下的尽早干预及家庭成员（包括其他照料者）的积极学习与参与。

5.2.5.1.3 可选择的主要干预方法：应用行为分析法、地板时光、早期介入丹佛模式、作业治疗、SCERTS 模式、游戏疗法。

5.2.5.1.4 可适当选用的干预方法：结构化教学法、图片交换沟通系统、感觉统合疗法、语言疗法等。

5.2.5.1.5 主要干预内容包括提高沟通能力、提高情绪及社交能力、提高认知能力、提高生活自理能力、提高游戏能力和问题行为管理能力，参见附录 D 的表 D.1。

5.2.5.2 发育年龄 3~6 岁儿童的干预

5.2.5.2.1 康复专业人员和家长应积极地理解儿童目前的生活方式，尊重儿童的内部世界，协助其逐步适应机构或幼儿园生活，为入学做准备，进而基本完成其社会化角色。

5.2.5.2.2 可选择的主要干预方法：应用行为分析法、地板时光、结构化教学法、图片沟通交换系统、作业治疗、游戏疗法、SCERTS 模式、社交故事、语言疗法等。

5.2.5.2.3 可适当选用的干预方法：早期介入丹佛模式、感觉统合疗法、心智解读等。

5.2.5.2.4 主要干预内容包括提高沟通能力、提高情绪及社交能力、提高认知能力、提高生活自理能力、提高游戏能力和问题行为管理能力，参见附录 D 的表 D.2。

5.2.5.3 发育年龄 6~12 岁儿童的干预

- 5.2.5.3.1 能力在学龄期的儿童，应以提高适应校园、家庭及社区的生活能力和人际交往能力为目标。
- 5.2.5.3.2 可选择的主要干预方法：应用行为分析法、心智解读、结构化教学法、作业治疗、游戏疗法、社交故事。
- 5.2.5.3.3 可适当选用的干预方法：图片交换沟通系统、感觉统合疗法、语言疗法、地板时光、SCERTS 模式。
- 5.2.5.3.4 主要干预内容包括提高沟通能力、提高情绪及社交能力、提高认知能力、提高生活自理能力、提高游戏能力和问题行为管理能力，参见附录 D 的表 D.3。

5.2.5.4 发育年龄 12 岁以上儿童的干预

- 5.2.5.4.1 对于能力在 12 岁以上的儿童及青少年，机构能够提供的直接干预及服务相对减少，可为其家庭提供相应指导和帮助，如青春期教育、劳动技能、职业生涯规划等。
- 5.2.5.4.2 对于在校就读的儿童及青少年，机构可根据实际情况入校指导。
- 5.2.5.4.3 可实现的目标包括初中或高中毕业，有薪水的工作，有几个朋友，能够享受社区的公共设施，能尽量独立、健康快乐地生活等。

6 康复质量控制

- 6.1 机构应设立康复质量评估体系，对专业人员数量和水平以及教学任务完成情况进行评估。
- 6.2 根据自身条件，康复机构可参加由省残联举办的康复资助定点机构评级活动。
- 6.3 机构应制定专业人员继续教育培训计划并实施，保障入职和从业专业人员具备相应的专业知识和技能。
- 6.4 机构应建立服务反馈机制，定期收集家长意见，康复服务质量反馈应至少包括以下内容：
- a) 康复评估率；
 - b) 康复服务档案建立率；
 - c) 康复档案和康复记录书写合格率；
 - d) 家长对康复服务工作的满意率；
 - e) 三年重大责任事故发生率；
 - f) 康复设备、器材完好率。

7 支持条件

7.1 机构基本条件

- 7.1.1 机构开展服务应包括：为孤独症儿童提供符合康复干预原则的康复干预，为家长提供家庭指导和培训，为后续融合服务机构提供指导、转介和支持。
- 7.1.2 机构场所应符合国家相关安全规定、消防及 GB 50763 无障碍相应要求。
- 7.1.3 机构应设有相应的场地、配置符合国家安全标准的基础康复设备、材料及玩教具等。机构内功能分区应涵盖个别化干预区、集体教室、档案保存室及可用的户外场地等。

7.2 机构内主要功能分区

7.2.1 专用康复干预室

- 7.2.1.1 所有专用康复干预室应配备康复干预课程评估量表、授课计划表及课程记录表。
- 7.2.1.2 专用康复干预室包括：社交功能室、认知功能室、游戏活动室、日常生活能力室、感觉统合室、言语功能室、行为干预室、综合功能室等，参见附录 E。
- 7.2.1.3 有条件的机构可独立设立以上康复干预室，也可交叉综合利用，确保体现相应的功能干预。

7.2.2 评估室

- 7.2.2.1 用于进行孤独症儿童各项、各阶段评估，可与其他康复干预室共用。

7.2.2.2 应配有各项评估工具、记录用表、办公设备、评估用桌椅等。

7.2.2.3 环境布置应整洁舒适，没有分散儿童注意力的事物。

7.2.3 档案室

7.2.3.1 应保存儿童自进入康复机构起所建立的全部纸制或电子档案，标识明确。

7.2.3.2 应定期补充儿童康复干预过程中的康复干预课程评估记录表、授课计划表及课程记录表等资料。

7.3 人员条件

7.3.1 人员组成应包括业务管理人员和基本的专业康复团队。

7.3.2 业务管理人员负责业务管理和统筹协调（调配人员、组织评估和教学）。

7.3.3 专业康复团队包括：教师、康复治疗师（行为分析师、言语语言治疗师、作业治疗师、物理治疗师、心理治疗师）、医师、志愿者、其他相关专业人员等，有医疗资质的机构应配备适量的康复护士。

7.3.4 康复教育的专业人员应全部接受过孤独症康复教育的岗前培训并考核合格。

7.3.5 提供服务的各类专业人员应具备相应的学历、接受过省级以上专业培训并符合任职要求。

7.3.6 对已经开展的服务，短期内难以配备符合条件的专业人员的机构应与具备条件的机构建立合作机制，机构内干预人员与儿童配比不少于 1:4。

7.4 社会支持

7.4.1 机构提供的支持

7.4.1.1 应与具备开展融合教育的学校（根据儿童程度选择全融合和半融合）和孤独症儿童生活的社区建立联系，为孤独症家长、教师及儿童提供有针对性的双向指导与服务。

7.4.1.2 具体支持包括以下内容：

- a) 选派专业人员入园入校及深入社区进行指导；
- b) 培训儿童授课教师掌握与孤独症相关的必要知识；
- c) 向学生、家长及社区公众宣传孤独症康复基本知识；
- d) 为孤独症儿童做好转介前的评估，指导相关机构及密切接触者了解儿童存在的主要问题；
- e) 持续定期开展追踪指导。

7.4.2 为机构提供的支持

7.4.2.1 医疗机构中发现孤独症儿童伴有癫痫、睡眠障碍、胃肠道问题、情绪障碍、抽动症、注意缺陷多动障碍（ADHD）等并发症，应与康复机构紧密联系，建立密切的双向转介机制，发现问题及时相互转介。

7.4.2.2 社会组织，包括慈善机构、基金会、民间组织等，应为孤独症儿童和家庭提供一些资助，要善于了解和搜集相关的信息资源。

7.4.2.3 政府相关部门，包括教育、民政、残联等相关机构，经过这些机构的审查，应为孤独症儿童和家庭解决教育、康复治疗、托管、职业培训等方面的困难，应积极了解和善于利用相关资源。

附 录 A
(资料性附录)

孤独症严重程度分级

表 A.1 孤独症严重程度分级

严重程度	社会交流	局限的、重复的行为
三级： 需要非常大量的帮助	言语和非语言社交交流能力有严重缺陷，造成严重的功能障碍；主动发起社会交往非常有限，对他人的社交接近极少回应。比如，只会说几个别人听得懂的词，很少主动发起社交行为，并且即使在有社交行为的时候，也只是用不寻常的方式来满足其需求，只对极少的较为固定的社交接触有所回应。	行为刻板，适应变化极度困难，或者其他的局限重复行为明显地干扰各方面的正常功能。改变注意点或行动非常难受和困难。
二级： 需要大量的帮助	言语和非言语社交交流能力有明显缺陷，即使在被帮助的情况下也表现出有社交障碍，主动发起社会交往有限，对他人的社交接近回应不够或异常。比如，只会说简单句子，其社会交往只局限于狭窄的特殊兴趣，有着明显怪异的非言语交流。	行为刻板，适应变化困难，或者其他的局限重复行为出现的频率高到能让旁观者注意到，干扰了多个情形下的功能。改变注意点或行动感到难受和困难。
一级： 需要帮助	如果没有帮助，其社会交流的缺陷带来可被察觉到的障碍。主动发起社会交往有困难，对他人的主动接近曾有不寻常或不成功的回应。可能表现出对社会交往兴趣低。比如，可以说完整的句子，可以交流，但无法进行你来我往的对话，试图交朋友的方式怪异，往往不成功。	行为刻板，影响一个或几个情形下的功能。难以从一个活动转换到另一个。组织和计划方面的障碍影响其独立性。
<p>注 1：此标准由美国精神病协会（American Psychiatric Association）于 2013 年 5 月发布。</p> <p>注 2：此标准依据孤独症儿童的社会交往障碍和局限的兴趣及重复、刻板的行为，并将障碍严重程度划分为三级、二级、一级，三级最严重，一级最轻。</p>		

附 录 B
(资料性附录)

孤独症儿童康复服务登记表
表 B.1 孤独症儿童康复服务登记表

档案编号:

儿童信息	姓 名		性别		出生日期	年 月 日		贴照片
	临床诊断				诊断时间	年 月 日		
	诊断机构				建档时间	年 月 日		
	户籍所在地							
	现居住地址						家庭电话	
家庭情况	父亲姓名		年 龄	文化程度	工作单位/职务		联系电话	
	母亲姓名							
	其他成员							
	家庭模式	大家庭 () 核心家庭 () 单亲家庭 () 寄养家庭 ()						
	居住社区	花园、小区 () 独家居住 () 租住房 ()						
	教养方式	教育型 () 娇惯型 () 放任自流型 ()						
	语言环境	普通话 () 广州话 () 地方方言 ()						
抚养/带教人	父母 () 爷爷奶奶 () 外公外婆 () 保姆 ()							
儿童自身状况介绍	妊娠史	母妊娠年龄		胎教情况		先兆流产		
		心理状态		生理状况		环境状况		
	分娩史	足 月		产 程		分娩方式		
		早产或过期		室 息		出生体重		
儿童自身状况介绍	生长发育史	母乳喂养		人工喂养		高热抽搐		
		会抬头时间		会翻身时间		会爬行时间		
		会笑时间		会坐时间		会走时间		
		会发音时间		说单词时间		说词语时间		
	既往病史 (心脏病、癫痫等)				过 敏 史 (含药物、食物等)			
	特殊的饮食习惯				特殊的睡眠时间			
	最喜欢的活动	室内				最爱吃的零食		
		室外				最常玩的玩具		
	独处时常做事情				经常一起的玩伴			
	语言表达能力				认知/认字能力			
数 数				穿 衣 服				
吃 饭				大 小 便				
特殊行为	伤害自己/他人							
	逃 跑							
	其 他							
	目前主要障碍情况							
	既往康复教育情况							
说明	本人 是孤独症孩子 之父(母), 如实反映了孩子的病情和行为状况, 如有隐瞒, 愿承担相应责任。							

填表时间:

填表人:

注册日期:

审核人:

附 录 C
(资料性附录)

儿童发育里程碑测评表

表 C.1 儿童发育里程碑婴幼儿粗大运动发育顺序

年龄	粗大运动
3 个月	肘支撑抬头 45°，仰卧位至侧卧位，扶持立位下可短暂支持
6 个月	随意运动增多，抬头>90°，仰卧位至俯卧位，独坐手支撑
9 个月	手或肘支撑，腹部离床，坐位自由变换体位，后退移动、四爬、抓站
1 岁	跪立位前移、独走
1.5 岁	拉玩具车走、爬台阶
2 岁	跑步、跳
2.5 岁	双脚离地跳跃、单脚跳，后退走
3 岁	踮着足尖或以足跟走，双足交替下楼
3-4 岁	单脚上楼梯，双脚跳跃，用脚尖走路，骑三轮车，准确投球，投掷时能扭转身体，仍然只会用上肢
4-5 岁	单脚下楼梯，用脚尖站立，跑和走很好，投掷姿势成熟（躯干与上肢）
5-6 岁	交替双脚跳跃，走细直线，滑行，原地向上跳的姿势成熟，前后摇摆着踢腿
6 岁	跳跃，跳绳，熟练地骑儿童三轮车
7 岁	能骑两轮自行车
8 岁	骑车好

表 C.2 婴幼儿精细运动功能发育顺序

年龄	精细运动
3 个月	手触到物时偶尔能抓住；可握物数秒钟
6 个月	过中线抓物；全手抓积木；可扔掉手中原有积木接拿另一块积木；会撕纸玩
9 个月	双手拿物对敲；可用拇指、食指捏起小物体（葡萄干等）
1 岁	指尖捏；单手抓 2-3 个小物品；轻抛球；从容器中放入、拿出物品；全手握笔留下笔印
1.5 岁	搭 3-4 块积木；细线绳穿大孔珠子；自发从瓶中倒出小丸；几页几页翻书；用匙外溢
2 岁	搭 6-7 块积木；穿直径 1.2cm 的串珠；旋转圆盖；开始用手指握笔，模仿画垂直线；一页一页翻书；正确用勺
2.5 岁	搭 8-9 块积木；练习后每分钟可穿入约 20 个珠子；模仿画水平线和交叉线，基本像；会穿裤子、短袜和便鞋，解开衣扣；一手端碗
3 岁	搭 9-10 块积木；会折纸，折成正方形、长方形或三角形，边角整齐；能模仿、临摹画“O”和“十”字；系纽扣；向杯中倒水，控制流量
3-4 岁	系上并解开扣子，张开双臂接球，用剪刀剪纸，用拇指和食指、中指持笔
4-5 岁	能用手抓住球，用线串珠子，握笔熟练，用铅笔模仿画三角形
5-6 岁	抓握的姿势成熟，用线穿针，会缝纫
8 岁	用好铅笔

表 C.3 社会交往及情绪情感发育顺序

年龄	社会交往及情绪情感功能
3 个月	喜欢观察周围，会自动微笑
6 个月	拉手中玩具会表示拒绝；模仿声音；会被眼前事物吸引；认生人；区分高兴及愤怒表情，可表现惧怕情绪
9 个月	能听从几个简单指令；对新异刺激表现出明显的惊奇反应；有害羞表现
1-2 岁	能辨别简单的语气和表情；表现出依恋和分离焦虑；喜欢与家人玩耍；喜欢在其他孩子旁边玩耍；模仿

	他人举止，但不准确；开始出现羞愧、自豪、骄傲、内疚、同情等情绪；会炫耀
2-3岁	吸引他人注意；喜欢获得赞赏；与其他儿童一同活动时，观察并模仿同伴的玩法
3-4岁	主动与其他儿童玩耍；有同理心；关注他人的情绪反应；遵守幼儿园行为的规范；对群体活动有兴趣
4-5岁	可清楚表达自己的想法并付诸行动；可恰当使用礼貌用语
6岁	自我概念愈加抽象，很少与外貌联系
7岁	对人的描述越来越内在，注重本质特点
8岁	在游戏和友谊中，性别几乎完全分开
9岁	友谊的发展持续整个阶段
10岁	开始发展全面的自我价值感
11-12岁	友谊建立在相互信任的基础上

表 C.4 认知功能发育顺序

年龄	认知功能
3个月	用哭声吸引成人，满足需要
6个月	辨认他人；可取出部分隐藏的物品
9个月	获得客体永恒性，看到物体消失后，知道物体仍存在并能找到
1岁	可指出自己五官的位置；辨认常见的物品；通过动作手势表达需求
1-2岁	模仿简单动作；执行1-2个步骤的指令
2-3岁	能从图片上识别日常用品或常见动物；能按照物品大小、色彩等分类配对；懂1个和2个在数量上的区别；开始理解“上”
3-4岁	执行3个步骤的简单指令；辨认、对应5种色彩；对周围事物产生兴趣并提出问题；区分性别；感知物体的大小、多少、高矮、长短等特征区别；掌握“上”“下”“前”“后”，开始理解“里”“外”
4-5岁	对观察到的事物和所做出的行为进行说明；辨认相同的文字；能掌握10以内的数的概念；会说出现颜色的名称；掌握“外”“前”“中间”
5-6岁	只凭触感判断并取出不同质感的物品；正确说出空间词汇；倒序唱数1-100，顺唱单数或双数1-100；凭联想说出气味；有度量衡概念；有简单的时间概念
6-7岁	性格认知确定，发展各种具体运算的技能（包括守恒和分级），开始掌握各种记忆策略和执行过程
8-10岁	发展推理逻辑，具体操作技能的应用越来越好，发展重量守恒
11-12岁	发展容量守恒

表 C.5 游戏功能发育顺序

年龄	游戏功能
0-1岁	探索自己身体部位；用手触、碰、挤、拍、敲、打等动作玩耍；利用敲击等动作弄出声响；模仿大人的简单动作；探索玩具的操作方式
1-2岁	参与简单并与人沟通的游戏（如躲猫猫、瘙痒等）；与成人玩简单的轮流作转的游戏（如滚皮球）；适当地玩简单玩具，并运用玩具配件；利用仿实物玩具模仿简单的生活动作游戏
2-3岁	多为平行游戏；可与一名伙伴进行简单的合作游戏（如简单的拼图、搭房子）；简单的象征性游戏，模仿家长做家务游戏；喜欢踢球、跑、涂鸦等游戏活动
3-4岁	进行简单的角色假扮游戏，可扮演生活中常见角色；与3-4名伙伴进行较复杂的合作游戏；在大人口头提示下遵守简单的游戏规则
4-5岁	与其他伙伴进行较复杂的角色扮演游戏，可扮演故事中或虚构的角色，有分工与合作；常将学习、劳动任务当做游戏来完成；可进行竞赛类游戏（如赛跑）
5-7岁	在假想游戏中表现解难能力（如生病找医生）；按游戏规则接受胜负结果；在无监督下玩较复杂的桌上和地下游戏（如下棋、跳格子）
8-12岁	游戏逐渐丧失了具体象征的内容而进一步抽象化，开始逐渐解除“自我中心性”，能站在别人的立场上

	看问题，在游戏中大家能共同遵守一定的规则，这时的游戏以一些有规则的竞赛性游戏为主
--	--

表 C.6 言语语言功能发育顺序

年龄	言语语言功能
9 个月	无意识地叫“爸爸”“妈妈”
1 岁	说出 10 个以内的字词并理解其含义；正确叫“爸”“妈”；只能说少量名词和动词
1.5 岁	对物体、人或动作表达两字的词；日词汇量可增加 10 个；掌握至少 50 个词汇；开始说形容词、副词和代词
2 岁	会看图说出画的名字；可使用三字短语；开始说数词和连词；掌握至少 200 个词汇
2.5 岁	从图片上能说出日常用品或常见动物；出现语音意识；可掌握 600 个词汇
3 岁	能说出自己的姓名；使用较复杂的名词性结构
3-4 岁	掌握 1600 个词汇；复述简单的故事或歌曲；使用复杂的修饰语句；大体掌握基本语法形式
4-5 岁	自如与人交谈，清晰表达要求和意愿
6 岁	较好地理解常见的被动语态，并开始理解基本的双重否定句，开始能从简单的语句中做出推论，察觉语句中的隐含意思
7-8 岁	可以理解让步复合句
9-11 岁	语言推论能力和察觉隐含意思的能力有比较显著的提高

附录 D
(资料性附录)

孤独症儿童干预内容

表 D.1 发育年龄 0-3 岁孤独症儿童干预内容

干预内容	计划
提高沟通能力	积累各类词汇，提高儿童提要求、模仿及命名的能力。如训练儿童听懂一个指令，模仿声音和词语，命名物体，命名卡片等
提高情绪及社交能力	能够与说话的人进行眼神交流，能够关注到身边的人并参与同龄儿童的社交活动。如训练独立坐在椅子上，听到名字有目光对视等
提高认知能力	能够对生活中常见的物品进行辨别，对于常见的动作进行演示。如训练认知事物，区分相同或不同的物品，唱数、点数，物品归类等
提高生活自理能力	建立初步的饮食、如厕、穿脱衣物、自我清洁、睡眠管理等方面的能力。如训练用杯子喝水，用勺子吃饭，脱鞋、穿鞋，大小便等日常生活自理能力
提高游戏能力	对玩具感兴趣，可接受同龄人在自己身边游戏及与同龄人有游戏和语言上的互动。3岁前多进行运动性和操作性的互动游戏训练
问题行为管理	消除过分的自我刺激、攻击性、自伤性、破坏性行为、如训练遇到困难能正确表达，避免以发脾气等不恰当的方法表达等

表 D.2 发育年龄 3-6 岁孤独症儿童干预内容

干预内容	计划
提高沟通能力	训练儿童通过恰当的沟通方式满足自己的基本生理需要后，能够提出改善自己生活质量的要求；能够对自己感兴趣的信息提出要求；对于自己不喜欢的活动或者事件礼貌地提出抗议。如称呼亲近的人、提出要求、拒绝别人、用表情表达自己的心理状态、说出简单的家庭情况等
提高情绪及社交能力	训练儿童认识自我及家庭，认识居住环境及社区，学习使用社区设施和娱乐休闲，建立安全意识；可以用语言回答一些常见的认知类的问题；能够主动、自发地加入、邀请同伴进行互动，并可与同伴一起为了达到一个共同的目的而努力。学会合理使用礼貌用语、对指令迅速反应、在一定环境中控制自己的行为、有表演并得到赞赏的愿望
提高认知能力	训练儿童增进感知觉反应能力，感知范围、感知内容的的能力，如寻找刺激物、辨别刺激物方向、使用外部感觉分辨事物及属性等；丰富生活常识、丰富自然常识、丰富简单的数学常识等学习能力，如认识身体部位、室内用品、植物、时间、动物习性、方位、数概念等；能够在有混淆刺激存在的情况下，对物品进行配对
提高生活自理能力	训练儿童提高饮食、如厕、穿脱衣物、自我清洁、睡眠管理等方面的能力。如能安静进餐并会使用餐具，会正确如厕，会穿脱外衣裤、独立系拉锁，学会洗手、洗脸、刷牙、梳头，睡眠姿势正确等
提高游戏能力	训练儿童能够和同伴一起进行平行游戏，引导儿童丰富假想游戏，并逐渐发展合作游戏；可在集体环境中学习和游戏
问题行为管理	包括自我刺激、攻击性、自伤性、破坏性等行为的预防和管理。主要训练儿童建立上幼儿园、做功课、帮忙做家务的习惯以及建立照顾自己的常规

表 D.3 发育年龄 6-12 岁孤独症儿童干预内容

干预内容	计划
提高沟通能力	训练和引导儿童能根据年龄、性别称呼他人，理解他人的表情动作；能根据他人的表情、语言来判断自己的行为是否正确
提高情绪及社交能力	训练和引导儿童运用周围环境、适应学校环境、正确使用社区设施、培养个人爱好和自我休闲活动等。如能用待客用具招待客人，遵守交通规则，会选择商店、商品，喜欢听音乐，

	会在假日购物、拜访朋友、游戏等
提高学习能力	训练和引导儿童掌握学校环境中各项学科知识和行为规范，学会懂礼貌，知道怎样求助他人和帮助他人，怎样遵纪守法，怎样保护自己等。如生活常识、自然常识、数学常识等
提高生活自理能力	训练儿童进一步完善进食、穿着、个人卫生、出行、家务活动等生活自理能力、如养成适当的用餐习惯，依天气场合及需要适当穿着，学会剪指甲、使用卫生纸，认车牌、站名、路线，使用剪刀、钉扣子等
提高游戏能力	训练儿童能够和同伴一起进行平行游戏，引导儿童丰富假想游戏，并逐渐发展合作游戏；可在集体环境中学习和游戏
问题行为管理	包括各种较为严重的反社会行为的预防和管理。如训练和引导儿童遵守公共场所秩序，不出现与场合无关的行为及语言，能正确表达自己的异议和情绪变化等

附 录 E
(资料性附录)

各种专用康复干预室功能及基本配备

表 E.1 各种专用康复干预室功能及基本配备

专用康复干预室	功能及配备
社交功能室	用于改善孤独症儿童社交功能干预。需配备个训及集体教学用桌椅、图卡、玩教具、小型多媒体设备及相应的干预用材料
认知功能室	用于改善孤独症儿童认知功能干预。应配备适用于不同年龄阶段儿童认知水平的康复干预用实物、玩教具、图片书籍、幼儿手工包、带有认知康复干预系统软件的多媒体设备等
游戏活动室	使用面积不少于 50m ² ，应配有音响、多媒体、各种玩具器械、自制游戏用具材料等。地面、墙面需有相应的布置及标识，如立位等待区域、奖励展板等
日常生活能力室	用于改善孤独症儿童自理活动、社会活动等方面能力的康复干预。应配备姿势矫正镜，进食、穿衣、如厕、盥洗、家务、出行、通信等方面的康复干预用具及模拟环境区域
感觉综合室	使用面积不小于 50m ² ，配备 PT 软垫，爬行类、滑翔类、球类、攀岩类、悬吊类设备等感觉统合训练设施及精细运动康复干预用玩教具等
言语功能室	进行相应的语言理解、语言表达等康复干预、应配备名动词等各类图卡、分阶段书籍、玩教具、录放音设备及相应的构音训练工具等
行为干预室	用于进行孤独症儿童行为问题的管理及行为干预。应配备教学用桌椅、配套图卡、书籍、表格、玩教具、小型多媒体设备等相应的康复干预用材料
综合功能室	可用于开展结构化教学、主题式活动、融合式教育课程等，所需设备应根据具体开设课程进行配备。场地可交叉使用，但应有明确标志及特征性场景布置
其他	有条件的康复机构还可结合实际情况开设音乐室、康复治疗仪器使用室、多感官刺激室等康复干预室

参 考 文 献

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition [M]. Arlington VA: American Psychiatric Association. 2013.
- [2] Huerta M, Bishop SL, Duncan A, et al. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders [J]. *Am J Psychiatry*, 2012, 169 (10):1056-1064.
- [3] 世界卫生组织. 邱卓英, 主译. 国际功能、残疾和健康分类(儿童和青少年版)[M]. 日内瓦: 世界卫生组织, 2013.
- [4] 邱卓英, 李沁铁, 陈迪, 等. ICF-CY 理论架构、方法、分类体系及其应用[J]. *中国康复理论与实践*, 2014, 20(1): 1-5.
- [5] Sally J, Geraldine Dawson. Early Start Denver Model for Young Children with Autism[M]. UC Davis MIND Institute. 2010.
- [6] Baranek, G. T., David, F. J., Poe. M. D., Stone, W. L. & Watson. L. R.. Sensory experiences questionnaire: Discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development[J]. *Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 47(6):591-601.
- [7] 李晓捷. 实用儿童康复医学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [8] 《残联系统康复机构建设规范(试行)》(残联厅发〔2012〕12号)
- [9] 中国精神残疾人及亲友协会. 中国孤独症家庭需求蓝皮书. 北京: 华夏出版社, 2014.
- [10] 《0—6岁儿童残疾筛查工作规范(试行)》(残联厅发〔2013〕8号)
- [11] 《儿童孤独症诊疗康复指南》(卫生部办公厅2010年7月印发)
- [12] 《孤独症儿童康复科普知识手册》(中国残联康复部2015年5月印发)
- [13] 李晓捷, 姜志梅. 特殊儿童作业治疗[M]. 南京: 南京师范大学出版社, 2015.
- [14] Mark Roithmayr. 1 in 88: We Need a Strategy[EB/OL]. <http://www.autismspeaks.org/blog/2012/03/29/1/88-we-need-strategy>. Autism Speaks. [2012-03-29].
- [15] 刘艳虹, 霍文瑶, 胡晓毅. 美国孤独症干预循证实践研究报告的解读[J]. *中国特殊教育*, 2017(02):31-36.
- [16] Wang L, Mandell DS, Lawer L, et al. Healthcare service use and costs for autism spectrum disorder: a comparison between medicaid and private insurance[J]. *J Autism Dev Disord*, 2013, 43(5):1057-1064.
- [17] Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, et al. Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research[J]. *Pediatrics*, 2015, 136 Suppl 1:S41-S59.