

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2022.09.009

View this article at: <https://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2022.09.009>

团体认知行为治疗联合家庭早期干预 在孤独症谱系障碍中的临床应用

鲍克秀¹, 张才溢², 王敏¹, 宋伟³, 仇爱珍¹, 李新剑¹

(1. 徐州医科大学附属徐州儿童医院康复科, 江苏 徐州 221000; 2. 徐州医科大学附属徐州东方医院精神科, 江苏 徐州 221000; 3. 江苏师范大学语言科学学院, 江苏 徐州 221000)

[摘要] 目的: 探究团体认知行为治疗联合家庭早期干预在孤独症谱系障碍(autism spectrum disorders, ASD)干预中的临床应用价值。方法: 回顾性分析在徐州医科大学附属徐州儿童医院接受治疗的63例ASD患者及其家庭的资料, 按照不同的干预方式分为对照组($n=30$)与研究组($n=33$)。两组均实施团队指导下的家庭早期干预, 研究组在此基础上联合父母团体认知行为治疗。比较两组患者盖塞尔发育量表(Gesell量表)、孤独症疗效评估量表(Autism Treatment Evaluation Checklist, ATEC)、孤独症行为量表(Autism Behavior Checklist, ABC)评分及家长焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)评分。结果: 与干预前相比, 干预后两组Gesell量表5个领域(适应性、粗大运动、精细运动、语言、个人社会)评分均明显升高(均 $P<0.05$), 且研究组Gesell量表的适应性、语言、个人社会领域较对照组明显升高($P<0.05$); 与干预前相比, 干预后两组ATEC 4个领域(语言、社交、感知、行为)及ABC评分均明显降低(均 $P<0.05$), 且与对照组比较, 研究组明显降低($P<0.05$); 与干预前相比, 干预后, 研究组家长SAS评分降低($P<0.05$), 而对照组无改变($P>0.05$); 单因素方差分析显示: 干预前, 家长SAS得分 F 值为22.454, $P<0.05$, 干预后两组间比较 F 值为414.596, $P<0.05$ 。结论: 团体认知行为治疗联合家庭早期干预可有效改善ASD患儿临床症状及家长焦虑指数, 提高疗效。

[关键词] 孤独症谱系障碍; 团体认知行为治疗; 家庭干预; 早期干预

Clinical application of parents group cognitive-behavior therapy combined with early family intervention on children with autism spectrum disorders

BAO Kexiu¹, ZHANG Caiyi², WANG Min¹, SONG Wei³, QIU Aizhen¹, LI Xinjian¹

(1. Department of Rehabilitation, Xuzhou Children's Hospital Affiliated to Xuzhou Medical University, Xuzhou Jiangsu 221000;

2. Department of Psychiatry, Xuzhou Oriental Hospital Affiliated to Xuzhou Medical University, Xuzhou Jiangsu 221000;

3. School of Linguistic Sciences and Arts, Jiangsu Normal University, Xuzhou Jiangsu 221000, China)

Abstract **Objective:** To explore the clinical effects of parents group cognitive-behavior therapy combined with early family intervention on the children with autism spectrum disorders (ASD). **Methods:** A total of 63 children with ASD

收稿日期 (Date of reception): 2022-04-26

通信作者 (Corresponding author): 张才溢, Email: 836422514@qq.com

who received treatment in Xuzhou Children's Hospital Affiliated to Xuzhou Medical University and their family were retrospectively divided into a control group ($n=30$) and a study group ($n=33$). The 2 groups were received team-guided family early intervention, and the study group combined with the parents group cognitive behavioral therapy on this basis. Gesell scale, Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) and Autism Behavior Checklist (ABC) were used to evaluate the abilities of children with ASD. And the Self-rating Anxiety Scale (SAS) was used to measure the severity of anxiety in parents of these children. **Results:** Compared with before intervention, the scores of five functional areas (adaptability, gross motor, fine motor, language and personal-social) of the Gesell scale in the 2 groups increased significantly after intervention (all $P<0.05$), and the adaptability, language and personal-social areas of Gesell scale in the study group increased significantly compared with the control group ($P<0.05$). Compared with before intervention, ATEC domains (language, social, perception, behavior) and ABC scores in the 2 groups were significantly reduced after intervention ($P<0.05$), and compared with the control group, the study group was significantly reduced (all $P<0.05$). Compared with parents' SAS score before the intervention, the study group significantly decreased ($P<0.05$), while the control group did not significantly decrease ($P>0.05$). One-way analysis of variance showed that the F value of parents' SAS score before intervention was 22.454 ($P<0.05$), and the comparison F value between the 2 groups after the intervention was 414.596 ($P<0.05$). **Conclusion:** Group cognitive behavior therapy for patients combined with early family intervention with ASD can effectively improve the clinical symptoms of autism patients and parental anxiety index.

Keywords autism spectrum disorder; group cognitive behavior therapy; family intervention; early intervention

孤独症谱系障碍(autism spectrum disorders, ASD)是较为严重的一种儿童神经发育障碍性疾病,表现为社会交流和交往障碍、重复刻板行为、狭隘兴趣,严重影响患儿及其家庭的社会参与、日常生活质量^[1-2]。美国疾病预防与控制中心(Centers for Disease Control, CDC)的调查^[3]显示美国本土患病率逐年增加。中国患病率约为0.7%^[4]。ASD的发病机制尚不明确,且无特效的治疗药物^[5-6]。

研究^[7-9]表明:实施以家庭为中心的自然情景干预可有效改善患者的临床症状,且家庭积极参与干预的患儿社会交流及情绪控制进步更显著。但与其他患病儿童相比,ASD儿童的家长更易出现病耻感、焦虑等负面情绪^[10-11],难以有效投入到家庭干预状态中,且ASD患者家庭照顾者的养育压力并不与幼儿的行为问题严重程度呈正相关^[12],ASD患儿家庭在养育孩子过程中遇到的困难,可能会改变照顾者对养育子女的看法,并可能降低他们对自己以及孩子的未来的乐观态度^[13]。对ASD家庭照顾者提供良好的社会及心理支持,可在一定程度上缓解ASD患儿照顾者的精神压力^[14-15]。在家长参与的干预训练中加入针对家长的心理干预可能使患儿受益更大。

认知行为干预被广泛应用于焦虑及焦虑症状^[16],且团体认知行为治疗相对高效。针对

ASD患者及其家庭进行团体认知行为治疗可减轻患者的焦虑症状^[17-19]。本研究通过回顾性分析对ASD患者中实施家庭早期干预同时联合针对患儿家长的团体认知行为治疗的临床干预效果,以明确团体认知行为治疗在家庭干预训练中的应用价值。

1 对象与方法

1.1 对象

回顾性收集在2019年6月至2021年6月在徐州医科大学附属徐州儿童医院接受治疗的63例ASD患者及其家庭的资料,按照不同的干预方式分为对照组(30例)与研究组(33例)。两组均接受了专业康复团队指导下的家庭早期干预,研究组在此基础上联合父母团体认知行为治疗。纳入标准:1)均符合精神障碍诊断与统计手册第五版中ASD相关诊断标准^[20];2)家庭关系和谐、家庭功能健全,参与者为父母其中一方;3)无其他基础疾病;4)均无精神药物使用史。排除标准:1)有特殊语言发育障碍、严重精神科疾患、遗传代谢性疾病、童年瓦解综合征及Rett综合征;2)合并神经源性疾病;3)合并严重食物药物过敏及不耐受;4)临床资料不完善或不配合本研究内容的患儿及家属。本研究经徐州医科大学附属徐州儿童医院医学伦理委员会批准(审批号:2022-05-04-H04)。

1.2 方法

两组患儿均接受团队综合指导下的以家庭为中心的早期干预, 为期3个月, 每周1次, 每次50 min; 研究组在此基础上对其父母(至少其中之一)联合实行团体认知行为治疗(group cognitive-behavior therapy, G-CBT)。家庭早期干预训练实施策略见表1。

对入组家长进行教育培训(理论课+个性化分组实操示范), 随后根据孩子综合发展能力的不同分别进入不同阶段实操组(表2), 康复治疗师将进行实操干预示范, 并为每个患儿制订个别化干预训练计划及家庭指导计划及实施方案, 并要求家

长全程参与及给予干预视频反馈, 不断调整家庭干预策略。

研究组在家庭早期干预的基础上实施家长的团体认知行为治疗。团体形式为封闭式, 团体治疗师2人, 均为专业心理治疗师, 接受过相关团体认知行为治疗项目的培训, 由1名精神科主任医师担任督导。每个团体8~10人, 参与人均均为患儿的父亲或母亲(鼓励1个家庭父母双方均参加, 实际仅有一方参加)。入组前由心理治疗师进行会谈, 并告知保密原则, 共8次, 每周1次, 时间安排在孩子干预课程之后, 每次90 min。具体内容见表3。

表1 家庭早期干预训练实施策略

Table 1 Implementation strategies of family early intervention training

干预原则	具体内容
1) 遵循儿童发育规律, 多学科跨专业综合评估及治疗	从儿童身心发展规律及ASD的发育特点入手, 以多学科团队(发育行为医师、康复医师、康复治疗师、心理治疗师、营养及神经科医师)、多维度评估出儿童各领域发育水平及发育障碍影响因素并评估整个家庭带养环境及可用资源, 共同制定个别化教育计划(IEP), 采取应用行为分析(ABA)、早期介入丹佛模式(ESDM)、关键反应训练(PRT)、人际关系发展干预疗法(RDI)等综合治疗手段
2) 干预方式	以家庭为干预中心、家长为治疗的主要实施者, 治疗师作为家长的督导老师, 在居家生活中安排有序生活, 建立正向亲子关系及每日生活常规, 注重非结构化、随机的生活干预
3) 以社会交往作为训练的核心内容	通过个性化设计的亲子游戏互动让ASD儿童慢慢体验与人互动的乐趣, 建立其与人交往的动机, 并逐渐拓展泛化到其他人。始终以社交训练为核心内容
4) 以游戏为基本载体	通过在日常活动中加入游戏策略, 以儿童现有游戏发展水平及兴趣点为出发点, 让孩子在游戏中促进其社交、行为、语言、认知等各个领域的发展
5) 强调早期	入组患儿年龄小于3岁

表2 团队综合指导下家庭早期干预分组训练内容

Table 2 Contents of family early intervention group training under the comprehensive guidance of the team

组别	具体内容
组别1	1) 初步建立社交关注的能力、共同关注、社会参照; 2) 延长关注人的时间; 3) 进行前语言训练, 内容包括: 共同关注、视听触等感觉觉训练、因果概念、物的概念、基本口腔功能训练、语言理解训练、模仿训练、沟通互动行为建立训练; 4) 游戏能力发展, 感官性、功能性游戏等; 5) 基本认知能力
组别2	1) 小组中社交关注能力的进一步提高; 2) 小组环境中社交能力的建立; 3) 语言训练, 内容包括: 物概念扩充、功能概念训练、口腔运动与声音协调训练、词汇量拓展、短句理解、简单句理解、词汇表达扩展、短句模仿训练、词汇短语语用训练; 4) 游戏能力发展: 假扮性游戏; 5) 认知能力提升
组别3	1) 复杂环境中社交关注的能力; 2) 社交情境的理解与应用; 3) 语言的进一步拓展与应用, 内容包括: 抽象语言的理解、复杂句的理解句子长度扩充、提高语用功能描述、告知事件、提问训练等; 4) 游戏能力发展: 角色扮演性游戏; 5) 认知能力进一步提升

表3 团体认知行为家长团体实施过程

Table 3 Implementation process of the group cognitive behavior parent group

实施阶段	实施具体内容
准备	收集患儿及家长信息, 知晓家长需求, 介绍团体意义, 签署知情同意书
开始	由家长进行自我介绍, 并进行相互了解; 介绍ASD病因、特点、干预方法、预后等
工作	①情绪觉察: 识别、感受及测量焦虑情绪, 并思考情绪背后的原因, 布置家庭作业。②情绪表达: 正确表达情绪, 布置家庭作业。③认知重建: 如何区分事件-想法-感受-反应, 练习认知三栏表作业。④进行放松训练和冥想训练。⑤团体讨论如何应对焦虑源, 进行逐级暴露。⑥练习应对现实生活中的困难, 进行问题解决
结束	告别: 回顾团体中的深刻体验, 分享收获及未来面对焦虑的计划, 处理分离

1.3 观察指标

1) 盖塞尔发育量表(Gesell量表)^[21]: 包括适应性、粗大运动、精细运动、语言和个人社交5个领域, 以5个领域的发育商(development quotient, DQ)表示, 分值越高代表神经发育越好。操作省时、简单, 具有较高的敏感度和信、效度。

2) 孤独症治疗评估量表(Autism Treatment Evaluation Checklist, ATEC)^[22]: 由语言、社交、感知及行为4个分量表组成。总分越高说明儿童能力越差, 敏感度及信、效度良好。

3) 孤独症行为评定量表(Autism Behavior Checklist, ABC)^[23]: 共57项自闭症筛查清单, 包括生活自理、语言能力、躯体运动、社会交往、感觉能力5个因子, 总分值越高表示患者症状越严重。ABC量表具有较好的信、效度, 可有效评估患儿情绪、行为问题。

4) 焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)^[24]: 包含20个项目, 采用Likert 4级评分法评分, 每个项目1~4分, 各项得分相加为总粗分, 乘1.25取整数部分为标准分, 得分越高焦虑情绪越高。SAS可有效评估家长的情绪状态, 操作简单, 敏感度较高。

所有评估项目均由专业评估人员实施或通过访谈家长获得, 评估人员之间通过一致性检验, 且对治疗分组不知情。

1.4 统计学处理

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析, 计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验; 同时, 以干预前家长SAS作为协变量进行单因素方差分析, 进一步验证在家庭早期干预基础上实施的联合家长团体认知行为疗法治疗的临床价值; 比较两组间患儿性别、年龄以及家长受教育程

度, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基础资料比较

2组患者基本资料及病情严重程度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$, 表4)。

2.2 Gesell 评分

与干预前比较, 两组干预后5个领域的Gesell评分均明显提高(均 $P < 0.01$), 在社会适应、精细、语言、个人社会4个领域的评分提高更明显($P < 0.01$)。干预后, 两组在社会适应、语言、个人社会3大领域的评分均明显提高(均 $P < 0.01$); 干预后, 两组间在粗大、精细2个领域的评分差异无统计学意义($P > 0.05$, 表5)。

2.3 ATEC 评分

与干预前比较, 两组干预后在语言、社交、感知觉、行为4个领域的ATEC量表评分均明显降低(均 $P < 0.01$); 且与对照组比较, 研究组4个领域的评分降低更明显, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$, 表6)。

2.4 ABC 评分

与干预前比较, 两组干预后ABC评分明显降低($P < 0.01$), 且与对照组比较, 研究组ABC评分降低更明显($P < 0.01$)。与干预前比较, 研究组干预后SAS评分明显降低($P < 0.01$, 表7)。

2.5 SAS 评分

与干预前比较, 研究组干预后SAS评分明显降低($P < 0.01$), 对照组SAS评分降低不明显, 差异无

统计学意义($P>0.05$, 表8)。

2.6 以干预前家长SAS评分作为协变量的单因素方差分析

以干预前家长SAS评分作为协变量, 以干预后家长的SAS评分作为因变量, 以团体认知行

为治疗作为因素变量, 干预前家长SAS得分的 F 值为22.454, $P<0.01$, 说明能显著预测对照组和治疗组的干预后家长SAS得分, 对照组与研究组比较的 F 值为414.596, $P<0.01$, 说明研究组采用的团体认知行为治疗对疗效产生了显著的影响(表9)。

表4 两组一般资料比较

Table 4 Comparison of general data between the 2 groups

项目	研究组($n=33$)	对照组($n=30$)	t/χ^2	P
性别(男/女)/例	24/9	22/8	-0.12	>0.05
患儿年龄/岁	2.26 ± 0.37	2.21 ± 0.36	-0.95	>0.05
父亲年龄/岁	28.79 ± 3.97	28.10 ± 3.61	-0.48	>0.05
母亲年龄/岁	29.30 ± 4.22	28.33 ± 3.5	-1.46	>0.05
文化程度(父/母)/例			-0.35/-0.56	$>0.05/>0.05$
硕士	5/6	6/7		
本科	15/15	10/8		
大专	9/8	9/7		
高中/中专	3/2	4/6		
初中	1/2	1/2		

表5 干预前后两组患儿Gesell评分

Table 5 Gesell scores of children in 2 groups before and after intervention

组别	n	适应性/分		粗大/分			
		干预前	干预后	干预前	干预后		
研究组	33	41.24 ± 2.02	$60.06 \pm 3.00^*$	82.24 ± 3.67	$85.24 \pm 3.67^*$		
对照组	30	41.36 ± 2.55	$51.03 \pm 2.67^*$	82.90 ± 5.58	$84.46 \pm 3.98^*$		
t		-0.21	12.53	-0.55	0.80		
P		>0.05	<0.01	>0.05	>0.05		
组别		精细/分		语言/分		个人社会/分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组		80.60 ± 4.60	$82.42 \pm 4.69^*$	21.15 ± 2.61	$59.69 \pm 3.39^*$	43.09 ± 2.18	$71.57 \pm 2.89^*$
对照组		81.03 ± 2.99	$83.76 \pm 4.76^*$	21.36 ± 2.12	$50.50 \pm 2.63^*$	43.80 ± 2.98	$65.30 \pm 2.97^*$
t		-0.43	-1.12	-0.35	11.92	-1.08	8.48
P		>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

干预后相应能区与干预前相比, $*P<0.05$ 。

Compared to the corresponding energy area after intervention and before intervention, $*P<0.05$.

表6 干预前后两组患儿ATEC评分

Table 6 ATEC scores of the 2 groups of children before and after the intervention

组别	n	语言/分		社交/分		感知/分		行为/分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	33	21.15 ± 2.61	16.69 ± 2.12*	28.72 ± 2.55	17.12 ± 2.19*	39.33 ± 2.07	17.87 ± 2.13*	39.33 ± 2.07	23.27 ± 2.86*
对照组	30	21.36 ± 2.12	19.00 ± 1.81*	28.90 ± 2.07	19.26 ± 1.65*	21.20 ± 3.34	19.50 ± 2.90*	39.46 ± 1.99	29.50 ± 3.78*
t		-0.35	-4.59	-0.29	-4.34	1.45	-2.53	-0.26	-7.40
P		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

干预后相应能区与干预前相比, * $P < 0.05$ 。

Compared to the corresponding energy area after intervention and before intervention, * $P < 0.05$.

表7 干预前后两组患儿ABC评分

Table 7 ABC scores of the 2 groups of children before and after the intervention

组别	n	ABC评分		t	P
		干预前	干预后		
研究组	33	86.87 ± 4.39	71.27 ± 4.56	13.02	<0.01
对照组	30	87.50 ± 6.10	77.76 ± 3.85	11.40	<0.01
t		-0.46	-6.06		
P		>0.05	<0.01		

表8 干预前后两组患儿家长SAS评分

Table 8 SAS scores of parents of 2 groups of children before and after intervention

组别	n	SAS评分		t	P
		干预前	干预后		
研究组	33	51.42 ± 2.97	39.78 ± 2.65	20.16	<0.01
对照组	30	50.80 ± 3.11	50.53 ± 2.33	0.75	>0.05
t		0.81	-17.00		
P		>0.05	<0.01		

表9 以家长SAS评分作为协变量的单因素方差分析

Table 9 One-way ANOVA with parents' SAS score as covariable

比较对象	平方和	自由度	均方	F	P
干预前家长的SAS	102.94	1	102.94	22.45	<0.01
两组对比	1 900.73	1	1 900.73	414.59	<0.01
误差	275.07	60	4.58		

因变量: 干预后家长的SAS。

Dependent variable: SAS of parents after intervention.

3 讨论

目前认为ASD的发病机制为遗传因素和环境因素共同交互作用^[25],其发病率高,致残率高。ASD病因学研究目前仍处于探索阶段^[26]。学界对ASD儿童干预措施过多,何为最佳治疗方法的观点不断变化^[27-29],使得ASD患儿的家庭面对的是一种病因不明、最佳治疗方法存在争议的疾病^[25-29],家长在对孩子的最佳治疗过程中往往感到不确定和困惑。

抚养和支持患有ASD的孩子会对父母和家庭产生负面影响^[30-32],很多家长面临焦虑等负面情绪^[32]。Zaidman-Zait等^[33]发现父母的压力与使用无效的应对方式有关。因此诸多研究^[34-38]开始关注父母培训以应对抚育ASD儿童过程中的特殊行为表现,也证实了父母介导的家庭自然情境干预的有效性。

研究^[35,39]发现:父母的压力在参与干预训练后没有显著降低,且父母压力会减少干预的积极作用。父母的压力与缺乏社会支持有关^[40],并且父母介导的干预需要监测父母的压力水平^[41]。与专业干预人员不同的是,照顾者在实施干预的过程中很容易情绪起伏^[41],且父母的情绪及心理状态会对ASD患儿预后产生直接影响,甚至超过其他干预方式的影响。

目前针对ASD照顾者的干预技能培训研究较多,但作为早期干预的一部分,少有针对其父母心理健康状态进行支持和研究。在家庭参与的早期干预基础之上联合应用针对照顾者(父母)的团体认知行为治疗,充分考虑到在父母给孩子提供干预训练时自身的心理健康状态。因此我们假设通过团体认知行为治疗如果能改善父母的心理健康状态,将会提升家庭的干预效率。

团体认知行为治疗最初应用于焦虑、抑郁等同一诊断的患者团体^[42],后逐渐开始跨诊断治疗,治疗着重于不同对象之间的共性问题。有多项研究^[17-19]表明团体认知行为治疗应用于ASD患儿群体中改善了其焦虑症状。但应用在ASD患儿父母中少有报道。

认知行为治疗方法认为认知过程决定着行为的产生,而行为反过来可以影响认知的改变^[16,42]。认知和行为相互作用的关系在谱系儿童照顾者身上常表现出一种恶性循环,即错误的认知观念(家长会存在很多虚假担忧情境,ASD患儿的父母将孩子的大部分不良行为归因于ASD症状,而不是孩子

的个性或气质),从而引起负面的情绪和行为。这些负面情绪和行为在家长与孩子互动干预过程中不具有吸引力,让孩子逃避家长,使得家长很难和孩子互动起来,从而使家长更坚定自己的错误认知(孩子没法改善了)。

认知行为治疗方法是通过矫正技术改变患儿家长不合理的认知观念,避免自动化思维,建立认知和行为之间的良性循环。运用团体认知行为治疗可通过疾病科普、情绪识别、认知重建,辅以放松技巧,帮助照顾者去除自动化错误思维,纠正父母对疾病片面的认识,使其意识到照顾者情绪及态度对患儿预后的影响,使其能够以积极的心态面对患儿;干预小组同质团体有类似的焦虑困扰,更愿意在团体中暴露自身的问题及情绪,彼此之间能够交流沟通,分享经验心得,释放负面情绪,且照顾者能够接受科学专业系统的干预知识学习,互相鼓励督促,心态得以调节。父母的情绪心理状况改善,可更好的介入患儿互动关系治疗,从而提升患儿的社交动机,改善ASD患儿的临床症状,从而形成良性循环降低父母焦虑来源。

本研究结果表明:两组患儿在干预后语言、社交、认知及行为能力均较干预前明显进步。因为父母参与科学培训指导后掌握了亲子互动技巧,提高了儿童在家各种活动的参与程度。参与是人类发展的先决条件^[43]。通过参与日常活动,儿童可以发展认知、感觉、运动和社交技能等^[44]。因小龄儿童其社交场所主要在家庭,ASD儿童需要在家人支持下才有可能提高孩子在家庭和社区中的参与度^[45]。因此父母参与干预可直接改善ASD儿童的社会生活环境,进而改善ASD儿童的核心症状。

本研究两组数据显示:团体认知行为治疗不仅可减轻家长的焦虑状态,也可提高家庭干预的效率。推测其可能的机制为:在ASD儿童的家庭早期干预中,主要实施者是父母,父母的情绪及心理状态会对ASD患儿预后产生直接影响,甚至超过其他干预方式的影响^[32]。父母的焦虑状态改善后可更好地投入到家庭干预中去,提升家庭干预的效率。

本研究中两组干预后粗大运动及精细运动领域组间差异不明显,可能的原因为ASD儿童核心障碍为社会交流交往障碍,在良好的家庭互动中首要的干预目标是改善其社会互动、语言能力,从而提高社会适应性;粗大运动、精细运动能力在

干预过程中并未作为主要干预目标。

本研究中对照组父母的焦虑指数改善不明显, 而对照组孩子语言、社交、感知、行为领域均进步显著。这也可以侧面说明ASD儿童的家长焦虑指数与孩子病情严重程度无显著相关性, 因此通过团体认知行为干预可改变患儿家长的自动化思维, 提高其心理健康水平。

综上所述, 团体认知行为治疗联合家庭早期干预可有效改善小龄ASD患者的临床症状, 提高疗效, 减轻家长的焦虑状态。治疗ASD过程较为漫长, 给予ASD儿童综合干预的同时, 让家长参与训练及对家长的心理采取适当的心理干预措施能有效地提升干预效率。本研究不足之处为样本量较少、非随机对照研究, 干预方式为家长自愿选择, 缺乏进一步的长期随访。未来可进一步扩大样本量, 增加对可能混杂因素的控制, 尝试采取线上团体认知行为治疗等方式, 进一步验证治疗的影响因素及疗效。

参考文献

1. Genovese A, Butler MG. Clinical assessment, genetics, and treatment approaches in autism spectrum disorder (ASD)[J]. *Int J Mol Sci*, 2020, 21(13): 4726.
2. Spikol A, McAteer D, Murphy J. Recognising autism: a latent transition analysis of parental reports of child autistic spectrum disorder 'red flag' traits before and after age 3[J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2019, 54(6): 703-713.
3. Persico AM, Ricciardello A, Lamberti M, et al. The pediatric psychopharmacology of autism spectrum disorder: A systematic review - Part I: The past and the present[J]. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2021, 110: 110326.
4. Zhou H, Xu X, Yan W, et al. Prevalence of autism spectrum disorder in China: A nationwide multi-center population-based study among children aged 6 to 12 years[J]. *Neurosci Bull*, 2020, 36(9): 961-971.
5. 王萍, 钟建民. 维生素D在孤独症谱系障碍发病机制中的研究进展[J]. *中华实用儿科临床杂志*, 2021, 36(2): 158-160.
WANG Ping, ZHONG Jianmin. Research progress of vitamin D in the pathogenesis of autism spectrum disorder[J]. *Chinese Journal of Applied Clinical Pediatrics*, 2021, 36(2): 158-160.
6. 李廷玉, 谭梅. 孤独症谱系障碍儿童微量营养素缺乏的监测和干预原则[J]. *中国儿童保健杂志*, 2021, 29(1): 1-4.
LI Tingyu, TAN Mei. Principles of monitoring and intervention for micronutrient deficiency in children with autism spectrum disorder[J]. *Chinese Journal of Child Health Care*, 2021, 29(1): 1-4.
7. Crowell JA, Keluskar J, Gorecki A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder[J]. *Compr Psychiatry*, 2019, 90: 21-29.
8. 徐秀, 邹小兵, 柯晓燕, 等. 孤独症谱系障碍婴幼儿家庭实施早期干预专家共识[J]. *中国循证儿科杂志*, 2021, 16(5): 327-332.
XU Xiu, ZOU Xiaobing, KE Xiaoyan, et al. Expert consensus on early intervention for families with infants and young children with autism spectrum disorder[J]. *Chinese Journal of Evidence Based Pediatrics*, 2021, 16(5): 327-332.
9. 徐秀. 孤独症谱系障碍幼儿家庭干预的管理[J]. *中国儿童保健杂志*, 2021, 29(1): 5-8.
XU Xiu. Management of family intervention for children with autism spectrum disorder[J]. *Chinese Journal of Child Health Care*, 2021, 29(1): 5-8.
10. Oti-Boadi M, Dankyi E, Kwakye-Nuako CO. Stigma and forgiveness in Ghanaian mothers of children with autism spectrum disorders (ASD)[J]. *J Autism Dev Disord*, 2020, 50(4): 1391-1400.
11. Bravo-Benítez J, Pérez-Marfil MN, Román-Alegre B, et al. Grief experiences in family caregivers of children with autism spectrum disorder (ASD)[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019, 16(23): 4821.
12. Lin YN, Iao LS, Lee YH, et al. Parenting stress and child behavior problems in young children with autism spectrum disorder: transactional relations across time[J]. *J Autism Dev Disord*, 2021, 51(7): 2381-2391.
13. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation[J]. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2012, 15(3): 247-277.
14. Factor RS, Ollendick TH, Cooper LD, et al. All in the family: A systematic review of the effect of caregiver-administered autism spectrum disorder interventions on family functioning and relationships[J]. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2019, 22(4): 433-457.
15. Schiltz HK, McVey AJ, Magnus B, et al. Examining the links between challenging behaviors in youth with ASD and parental stress, mental health, and involvement: applying an adaptation of the family stress model to families of youth with ASD[J]. *J Autism Dev Disord*, 2018, 48(4): 1169-1180.
16. Borza L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety[J]. *Dialogues Clin Neurosci*, 2017, 19(2): 203-208.
17. Wood JJ, Kendall PC, Wood KS, et al. Cognitive behavioral treatments for anxiety in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial[J]. *JAMA Psychiatry*, 2020, 77(5): 474-483.
18. Perihan C, Burke M, Bowman-Perrott L, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high

- functioning ASD: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Autism Dev Disord*, 2020, 50(6): 1958-1972.
19. Solish A, Klemencic N, Ritzema A, et al. Effectiveness of a modified group cognitive behavioral therapy program for anxiety in children with ASD delivered in a community context[J]. *Mol Autism*, 2020, 11(1): 34.
 20. Weiss JA, Thomson K, Burnham Riosa P, et al. A randomized waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy to improve emotion regulation in children with autism[J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2018, 59(11): 1180-1191.
 21. Dong HY, Wang B, Li HH, et al. Correlation between screen time and autistic symptoms as well as development quotients in children with autism spectrum disorder[J]. *Front Psychiatry*, 2021, 12: 619994.
 22. Mahapatra S, Khokhlovich E, Martinez S, et al. Longitudinal epidemiological study of autism subgroups using Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) score[J]. *J Autism Dev Disord*, 2020, 50(5): 1497-1508.
 23. 杨玉凤. 儿童发育行为心理评定量表[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
YANG Yufeng. Child development behavior psychological rating scale[M]. Beijing: People's Health Publishing House, 2016.
 24. Factor RS, Swain DM, Scarpa A. Child autism spectrum disorder traits and parenting stress: the utility of using a physiological measure of parental stress[J]. *J Autism Dev Disord*, 2018, 48(4): 1081-1091.
 25. Liu X, Chen M, Wang Y, et al. Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study[J]. *BJOG*, 2020, 127(10): 1229-1240.
 26. Taylor MJ, Rosenqvist MA, Larsson H, et al. Etiology of autism spectrum disorders and autistic traits over time[J]. *JAMA Psychiatry*, 2020, 77(9): 936-943.
 27. Rubenstein E, Edmondson Pretzel R, Windham GC, et al. the broader autism phenotype in mothers is associated with increased discordance between maternal-reported and clinician-observed instruments that measure child autism spectrum disorder[J]. *J Autism Dev Disord*, 2017, 47(10): 3253-3266.
 28. Sandbank M, Bottema-Beutel K, Crowley S, et al. Project AIM: autism intervention meta-analysis for studies of young children[J]. *Psychol Bull*, 2020, 146(1): 1-29.
 29. Weitlauf AS, Sathé N, McPheeters ML, et al. Interventions targeting sensory challenges in autism spectrum disorder: a systematic review[J]. *Pediatrics*, 2017, 139(6): e20170347.
 30. Voss C, Schwartz J, Daniels J, et al. Effect of wearable digital intervention for improving socialization in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial[J]. *JAMA Pediatr*, 2019, 173(5): 446-454.
 31. Morris AS, Robinson LR, Hays-Grudo J, et al. Targeting parenting in early childhood: a public health approach to improve outcomes for children living in poverty[J]. *Child Dev*, 2017, 88(2): 388-397.
 32. Hickey EJ, Nix RL, Hartley SL. Family emotional climate and children with autism spectrum disorder[J]. *J Autism Dev Disord*, 2019, 49(8): 3244-3256.
 33. Zaidman-Zait A, Mirenda P, Duku E, et al. Impact of personal and social resources on parenting stress in mothers of children with autism spectrum disorder[J]. *Autism*, 2017, 21(2): 155-166.
 34. Reichow B, Hume K, Barton EE, et al. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD)[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018, 5: CD009260.
 35. Shih W, Shire S, Chang YC, et al. Joint engagement is a potential mechanism leading to increased initiations of joint attention and downstream effects on language: JASPER early intervention for children with ASD[J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2021, 62(10): 1228-1235.
 36. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD)[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 2013: CD009774.
 37. Rogers SJ, Estes A, Lord C, et al. A multisite randomized controlled two-phase trial of the early start denver model compared to treatment as usual[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2019, 58(9): 853-865.
 38. Green J, Charman T, Pickles A, et al. Parent-mediated intervention versus no intervention for infants at high risk of autism: A parallel, single-blind, randomised trial[J]. *Lancet Psychiatry*, 2015, 2(2): 133-140.
 39. Watson LR, Crais ER, Baranek GT, et al. Parent-mediated intervention for one-year-olds screened as at-risk for autism spectrum disorder: A randomized controlled trial[J]. *J Autism Dev Disord*, 2017, 47(11): 3520-3540.
 40. Voliovitch Y, Leventhal JM, Fenick AM, et al. Parenting stress and its associated components prior to an autism spectrum disorder (ASD) diagnostic evaluation[J]. *J Autism Dev Disord*, 2021, 51(10): 3432-3442.
 41. Goetz GL, Rodriguez G, Hartley SL. Actor-partner examination of daily parenting stress and couple interactions in the context of child autism[J]. *J Fam Psychol*, 2019, 33(5): 554-564.
 42. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings[J]. *Trends Cogn Sci*, 2010, 14(9): 418-424.
 43. Nguyen L, Cross A, Rosenbaum P, et al. Use of the international classification of functioning, disability and health to support goal-

- setting practices in pediatric rehabilitation: a rapid review of the literature[J]. *Disabil Rehabil*, 2021, 43(6): 884-894.
44. Khalifa G, Rosenbaum P, Georgiades K, et al. Exploring the participation patterns and impact of environment in preschool children with ASD[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(16): 5677.
45. McConkey R, Cassin MT, McNaughton R. promoting the social inclusion of children with ASD: a family-centred intervention[J]. *Brain Sci*, 2020, 10(5): 318.

本文引用: 鲍克秀, 张才溢, 王敏, 宋伟, 仇爱珍, 李新剑. 团体认知行为治疗联合家庭早期干预在孤独症谱系障碍中的临床应用[J]. *临床与病理杂志*, 2022, 42(9): 2112-2121. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2022.09.009

Cite this article as: BAO Kexiu, ZHANG Caiyi, WANG Min, SONG Wei, QIU Aizhen, LI Xinjian. Clinical application of parents group cognitive-behavior therapy combined with early family intervention on children with autism spectrum disorders[J]. *Journal of Clinical and Pathological Research*, 2022, 42(9): 2112-2121. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2022.09.009