

doi: 10.7499/j.issn.1008-8830.2019.08.002

论著·临床研究

阶梯式融合性箱庭疗法对学龄前轻中度孤独症谱系障碍患儿核心症状及睡眠管理的效果评价

刘桂华 黄龙生 钱沁芳 王艳霞 葛品

(福建省妇幼保健院 / 福建医科大学附属医院儿童保健中心, 福建 福州 350001)

[摘要] **目的** 探讨阶梯式融合性箱庭疗法对学龄前轻中度孤独症谱系障碍(ASD)患儿核心症状及睡眠管理的疗效。**方法** 将50例轻中度ASD患儿随机分为对照组和试验组,每组各25例。对照组采取结构化教育方式结合听觉统合训练;试验组在对照组基础上,接受阶梯式融合性箱庭疗法。采用孤独症行为评定量表(ABC)、儿童孤独症评定量表(CARS)、社交反应量表(SRS)、睡眠习惯问卷(CSHQ)和情绪识别工具,评定治疗前和治疗3个月后的疗效。**结果** 试验组在感觉因子、社会交往因子、躯体运动因子、语言因子、ABC总分、CARS总分方面均低于对照组($P<0.05$);试验组社会认知、社会沟通、社会动机、孤独症行为方式和SRS总分均低于对照组($P<0.05$);试验组正立和倒置面孔的情绪识别正确率均高于对照组($P<0.05$);试验组睡眠阻抗、入睡延迟、睡眠持续时间、睡眠觉醒、日间困倦和CSHQ总分均低于对照组($P<0.05$)。试验组终末箱庭创伤主题个数少于初始箱庭,治愈主题个数多于初始箱庭($P<0.05$)。**结论** 采用阶梯式融合性箱庭疗法可显著改善学龄前轻中度ASD患儿的核心症状和睡眠状况,可作为早期康复手段。

[中国当代儿科杂志, 2019, 21(8): 743-748]

[关键词] 孤独症谱系障碍;箱庭疗法;融合;社会交往;情绪识别;学龄前期儿童

Curative effect of progressively integrated sandplay therapy on core symptoms and sleep management in preschool children with mild-to-moderate autism spectrum disorder

LIU Gui-Hua, HUANG Long-Sheng, QIAN Qin-Fang, WANG Yan-Xia, GE Pin. Department of Child Healthcare Centre, Fujian Provincial Maternity and Children's Hospital/Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Fuzhou 350001, China (Ge P, Email: gp8287@126.com)

Abstract: Objective To explore the curative effect of progressively integrated sandplay therapy on core symptoms and sleep management in preschool children with mild-to-moderate autism spectrum disorder (ASD). **Methods** A total of 50 mild-to-moderate ASD preschool children were randomly divided into an experimental group ($n=25$) and a control group ($n=25$). The control group was treated with structured teaching and auditory integration training (AIT). Based on these, the experimental group was treated with progressively integrated sandplay therapy. The Autism Behavior Checklist (ABC), Children Autism Rating Scale (CARS), Social Responsiveness Scale (SRS), Children's Sleep Habit Questionnaire (CSHQ) and emotion recognition tools were used to evaluate the overall curative effect before treatment and 3 months after treatment. **Results** The experimental group had significantly lower scores of feeling, social interaction, somatic motor, language factor, total ABC and total CARS than the control group ($P<0.05$). The experimental group had also significantly lower scores of social cognition, social communication, social motivation, autistic behavior factor and total SRS than the control group ($P<0.05$). The experimental group had a significantly higher accurate rate of recognition of the upper facial expression and lower facial expression than the control group ($P<0.05$). The experimental group had significantly lower scores of bedtime resistance, sleep onset, sleep duration, night waking, daytime sleepiness, and total CSHQ than the control group ($P<0.05$). The experimental group had significantly reduced

[收稿日期] 2019-02-16; [接受日期] 2019-04-30

[基金项目] 国家自然科学基金(81804173)。

[作者简介] 刘桂华,女,硕士,护师。

[通信作者] 葛品,女,主任医师,副教授。Email: gp8287@126.com。

themes of wounding and significantly increased themes of healing after sandplay therapy ($P<0.05$). **Conclusions** Progressively integrated sandplay therapy can effectively improve the core symptoms and sleep quality of preschool children with mild-to-moderate ASD, which can be used as an early rehabilitation measure.

[Chin J Contemp Pediatr, 2019, 21(8): 743-748]

Key words: Autism spectrum disorder; Sandplay therapy; Integration; Social interaction; Emotion recognition; Preschool child

孤独症谱系障碍 (autism spectrum disorder, ASD) 是一种起病于发育早期, 以持续存在社会交往困难、刻板而局限的兴趣行为模式等为主要特征的神经系统发育障碍性疾病^[1]。近年来 ASD 患病率呈不断上升趋势, 为 16.8% 左右^[2]。目前国内关于学龄前 ASD 方面的干预研究不多, 多为个案研究。研究表明, 融合教育可促进 ASD 患儿的人格发育和社交技能^[3]。箱庭疗法 (sandplay therapy), 又称沙盘游戏, 是基于荣格的精神分析心理学和世界技法, 运用沙子、沙具和沙箱, 采用非言语主导或诱导塑造的意象, 将“集中提炼来访者被阻碍的身心能量”投射到所营造的“自由和保护的空间”氛围中的治疗方式, 尤其适用于儿童的心理治疗^[4]。阶梯式融合性箱庭疗法, 即在个体和团体箱庭的基础上, 逐步引导特殊儿童与社交正常儿童共同建立的一种意向性游戏治疗方式。本研究旨在探讨阶梯式融合性箱庭疗法对学龄前轻中度 ASD 患儿的疗效, 为构建学龄前 ASD 患儿心理干预模式提供循证依据和实践指导。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2015 年 6 月至 2017 年 12 月就诊于福建省妇幼保健院儿童保健中心的 50 例学龄前轻中度 ASD 患儿为研究对象。

纳入标准: (1) 年龄 3~6 岁; (2) 符合精神障碍诊断和统计手册第五版 (DSM-5) 中 ASD 诊断标准^[5], 儿童孤独症评定量表 (Children Autism Rating Scale, CARS) 30~36 分视为轻中度; (3) 经 0~6 岁小儿神经心理发育测试表测评, 适应和语言能区得分均大于 75 分; (4) 监护人签署知情同意书。

排除标准: (1) 合并其他急慢性躯体性疾病、视听觉损害等; (2) 无法参与本研究的全过程。

本研究获医院伦理委员会的批准 (2015-025)。

1.2 分组与干预

采用简单随机分组方法, 借助 Excel 软件 Rand 功能, 将研究对象随机分成试验组和对照组, 每组各 25 例。两组患儿的出生史 ($\chi^2=0.325$, $P=0.569$)、性别 ($\chi^2=0.368$, $P=0.544$)、出生 Apgar 评分 ($t=-0.579$, $P=0.565$)、发病年龄 ($t=-1.178$, $P=0.245$)、病程 ($t=-1.328$, $P=0.190$)、CARS 评分 ($t=1.587$, $P=0.119$)、主要照顾者年龄 ($t=-0.406$, $P=0.687$)、文化程度 ($Z=-1.275$, $P=0.202$)、家庭月收入 ($Z=-1.468$, $P=0.142$) 方面差异均无统计学意义。

1.2.1 对照组 对照组采用结构化教育方式结合听觉统合训练 (auditory integration training, AIT)。包括初期诊断、评估、个体化结构化教育和 AIT 计划和目标、结构化教育、AIT、社交技能训练、家庭训练等内容。结构化教育每天训练 2~4 h, 持续 6 个月。AIT 前, 采用脑干诱发电位仪进行多频稳态听觉诱发反应 (multiple frequency auditory steady state response, MFASSR) 测试, 以阈值最低的频段作为敏感频率。采用 DR-3000 数码听觉统合训练仪进行 AIT 治疗。30 min/次, 2 次/日, 20 次为 1 个疗程。

1.2.2 试验组 试验组在结构化教育方式结合 AIT 的基础上, 采用阶梯式融合性箱庭疗法。30 次为 1 个疗程, 共进行 2 个疗程, 2 个疗程之间间隔 15 d。第 1 个疗程每周 1 次, 每次 45~50 min; 第 2 个疗程每周 2 次, 每次 50~60 min。第 1 个疗程治疗方案: 第 1~10 次为个体箱庭; 第 11~20 次为双人融合性箱庭, 1 名 ASD 患儿配 1 名社交正常儿童; 第 20~30 次为 3 人融合性团体箱庭, 每 3 人为 1 个小团体, 1 名患儿配 2 名社交正常儿童。干预过程: (1) 初始阶段: 治疗师引导患儿和社交正常儿童相互自我介绍、握手认识, 打开人际交往的第一扇心门。如患儿拒绝自我介绍或抗拒握手时, 治疗师采取不强迫原则。接着, 治疗师介绍融合性团体箱庭的游戏规则。(2) 创建作品

阶段：儿童创造地形，依次选取喜欢的玩具放入沙箱中，建构沙世界。治疗师采取静默见证者态度陪伴患儿创建作品。（3）分享作品阶段：治疗师与儿童探索作品的主题和主要故事情节。儿童依次分享作品故事和过程体验，仍采取自愿分享原则。团体性箱庭治疗的前5次，从正常儿童开始，之后可从ASD患儿开始并鼓励其描述自身是否置身于作品中及所在位置（即寻找自我像），沙箱中自身摆放最感兴趣的沙具。如儿童无最感兴趣的沙具，也可说出其最不感兴趣的沙具。（4）拍照存档与拆除作品阶段。征得儿童及其家属的同意后，治疗师与家属对箱庭作品拍照存档。鼓励儿童根据所摆沙具对其本人的意义和价值从小到大依次拆除并归位。（5）结束阶段。治疗师简单总结，布置家庭作业，即儿童根据照片，以语言或绘画形式向家属分享箱庭体验。第2个疗程治疗方案：第1~5次为3人融合性团体箱庭，每3人为1个小团体，1名患儿配2名社交正常儿童；第6~30次均为4人融合性团体箱庭，每4个人为1个小团体，1名患儿配3名社交正常儿童。干预过程同第1个疗程。

1.3 研究工具

1.3.1 孤独症行为评定量表 采用Krug等编制的孤独症行为评定量表（Autism Behavior Checklist, ABC）^[6]，进行ASD患儿的筛查。共57个项目，分为感觉、社会交往、躯体运动、语言和生活自理5个因子。量表采用四级评分法，量表灵敏度为0.38~0.58，特异度为0.76~0.97。由家长根据患儿实际情况作答。总分 ≥ 67 分，则ASD高度可能。

1.3.2 儿童孤独症评定量表 采用Shopler等编制的CARS^[6]，进行ASD疾病程度的评定。共15个项目，采用四级评分法，量表具有较好的信效度。总分15~60分，由工作3年以上并经过集训的儿童心理专业医师评定。总分30~36为轻中度ASD， >36 分且5项以上 ≥ 3 分为重度ASD。

1.3.3 社交反应量表 采用由Constantino和Gruber共同编制的社交反应量表（Social Responsiveness Scale, SRS）^[7-9]，用于评估ASD患儿的社交能力。分为社交知觉、社交认知、社交沟通、社交动机、孤独症行为方式5个分量表，共65个条目。汉化版的量表内容效度为0.729~0.968，Cronbach's α 系数为0.954，总量表重测信度为0.960，

5个维度重测信度为0.828~0.936，灵敏度为0.963，特异度为0.918。由患儿主要照顾者填写， ≥ 59.5 分为筛查阳性。

1.3.4 情绪识别工具 采用由郭嘉等^[10]建构的28张表情照片，标注为开心、伤心、生气、惊讶、害怕、厌恶、中性。选用照片经信效度检验，表情识别一致率在70%以上。评估顺序为练习正立（整体）面孔、倒置（整体）面孔、上半（正立）面孔、下半（正立）面孔。

1.3.5 睡眠习惯问卷 采用由Judith等编制的睡眠习惯问卷（Children's Sleep Habit Questionnaire, CSHQ）^[4]，分为睡眠阻抗、入睡延迟、睡眠持续时间、睡眠焦虑、睡眠觉醒、睡眠伴随障碍、睡眠呼吸障碍和日间困倦8个分量表，包含33个条目，适用对象为2~12岁。李生慧等^[11]汉化了该量表，Cronbach's α 系数为0.73，重测信度为0.85。本研究中的Cronbach's α 系数为0.78，重测信度为0.86。量表界值为总分 >41 分。得分越高说明儿童睡眠问题越突出。

1.3.6 箱庭主题特征编码表 采用由蔡宝鸿^[12]整理的箱庭主题特征编码表，将箱庭主题分为创伤主题和治愈主题。创伤主题包括混乱、空洞、分裂、隐藏、威胁、攻击等15类，治愈主题包括联结、旅程、能量、新生、培育、变化等15类。

1.4 统计学分析

采用Epidata 3.1建立数据库，运用SPSS 20.0软件进行统计分析。计数资料以百分比（%）表示。正态分布计量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立 t 检验；非正态分布计量资料以中位数（四分位数间距） $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示，组间比较采用Mann-Whitney U 秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿干预前后ABC及各因子得分、CARS总分比较

干预前两组患儿ABC总分及各因子得分、CARS总分差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后试验组除生活自理因子外，ABC总分及其各因子得分、CARS总分均低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表 1 两组患儿干预前后 ABC 和 CARS 得分比较 $[\bar{x} \pm s$ 或 $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	感觉因子		社会交往因子		躯体运动因子	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	25	13.0(10.0, 14.0)	11.0(9.5, 13.0)	15.0(13.0, 15.0)	13.0(12.0, 14.5)	14(13, 16)	12(10, 14)
试验组	25	12.0(10.0, 14.0)	9.0(7.5, 11.0)	14.0(13.5, 17.0)	9.0(8.0, 11.5)	13(13, 15)	11(11, 12)
t/Z 值		-0.412	-2.593	-0.955	-4.109	-1.254	-2.635
P 值		0.680	0.010	0.339	<0.001	0.210	0.008

语言因子		生活自理因子		ABC 总分		CARS 总分	
干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
19.0(18.0, 22.0)	19.0(17.0, 21.5)	13.4 ± 2.3	11.7 ± 2.2	73.0(71.0, 77.5)	68.0(64.0, 71.0)	33.5 ± 1.4	31.2 ± 1.7
22.0(18.5, 24.0)	15.0(13.0, 17.5)	12.5 ± 2.3	10.4 ± 2.4	73.0(70.0, 77.0)	53.0(51.0, 58.5)	34.2 ± 1.5	30.1 ± 1.4
-1.545	-4.649	-1.286	-1.955	-0.127	-5.260	1.587	-2.306
0.122	<0.001	0.205	0.056	0.899	<0.001	0.119	0.025

2.2 两组患儿干预前后 SRS 得分比较

干预前两组 SRS 总分与各因子得分差异无统计学意义 ($P>0.05$)；干预后试验组除社会知觉得

分外，SRS 总分与其余各因子得分均低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患儿干预前后 SRS 得分比较 $[\bar{x} \pm s$ 或 $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	社交知觉		社交认知		社交沟通	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	25	10.0(10.0, 12.0)	10.0(9.0, 11.5)	18.1 ± 1.7	16.7 ± 2.2	32.0(32.0, 33.0)	31.0(30.0, 31.5)
试验组	25	11.0(10.0, 12.0)	10.0(8.5, 11.5)	18.2 ± 1.7	14.3 ± 2.2	33.0(32.0, 33.0)	28.0(26.5, 30.0)
t/Z 值		-0.744	-0.257	0.336	-3.889	-1.418	-3.557
P 值		0.457	0.797	0.739	<0.001	0.156	<0.001

社交动机		孤独症行为方式		SRS 总分	
干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
15.0(14.0, 16.0)	14.0(14.0, 16.0)	17(17, 18)	16(16, 17)	93 ± 4	88 ± 6
15.0(15.0, 17.0)	13.0(12.0, 15.5)	18(17, 18)	14(13, 15)	96 ± 5	80 ± 6
-1.498	-2.375	-1.123	-4.238	1.683	-5.109
0.134	0.018	0.261	<0.001	0.099	<0.001

2.3 两组患儿干预前后情绪识别能力比较

干预前两组患儿正立、倒置、上半面孔、下半面孔的情绪识别正确率均值差异无统计学意义

($P>0.05$)；干预后试验组正立和倒置面孔的情绪识别正确率均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患儿干预前后情绪识别正确率比较 $[\bar{x} \pm s$ 或 $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	正立		倒置		上半面孔		下半面孔	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	25	42.9(35.7, 52.5)	45.9(38.6, 50.4)	42.9(42.9, 42.9)	42.9(42.9, 47.9)	42.9(28.6, 42.9)	42.9(28.6, 45.9)	37 ± 12	38 ± 12
试验组	25	42.9(28.6, 50.0)	60.1(55.0, 67.1)	42.9(28.6, 42.9)	62.1(57.1, 64.6)	28.6(14.3, 42.9)	45.9(24.4, 54.0)	35 ± 16	44 ± 16
t/Z 值		-1.030	-4.521	-0.511	-4.454	-1.737	-0.795	-0.288	1.499
P 值		0.303	<0.001	0.610	<0.001	0.082	0.427	0.775	0.141

2.4 两组患儿干预前后 CSHQ 得分比较

干预前两组患儿 CSHQ 总分与各因子得分差异无统计学意义 ($P>0.05$)；干预后试验组睡眠阻

抗、入睡延迟、睡眠持续时间、睡眠觉醒、日间困倦因子得分和 CSHQ 总分均低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患儿干预前后 CSHQ 得分比较 [$\bar{x} \pm s$ 或 $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	睡眠阻抗		入睡延迟		睡眠持续时间		睡眠焦虑	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	25	10.0 ± 2.0	9.0 ± 2.0	3(2, 3)	2(1, 2)	5.0(4.0, 7.0)	7.0(5.0, 8.0)	4.0(3.0, 6.0)	3.0(2.0, 5.5)
试验组	25	9.4 ± 1.9	7.3 ± 1.6	2(2, 3)	1(1, 2)	5.0(4.5, 6.0)	5.0(4.0, 5.5)	5.0(3.0, 6.0)	4.0(2.5, 6.0)
<i>t/Z</i> 值		-0.931	-3.152	-0.085	-2.242	-0.070	-3.232	-0.796	-1.501
<i>P</i> 值		0.356	0.003	0.932	0.025	0.944	0.001	0.426	0.133

睡眠觉醒		睡眠伴随障碍		睡眠呼吸障碍		日间困倦		CSHQ 总分	
干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
5.5 ± 2.4	6.8 ± 2.1	8.8 ± 2.0	7.7 ± 1.8	2.0(2.0, 3.0)	2.0(2.0, 3.0)	13.1 ± 3.4	14.9 ± 2.4	52 ± 6	53 ± 6
5.8 ± 2.5	4.0 ± 1.5	8.4 ± 1.9	7.7 ± 1.8	2.0(2.0, 5.0)	2.0(2.0, 4.5)	14.0 ± 3.0	11.8 ± 1.9	53 ± 7	45 ± 6
0.522	-5.362	-0.727	-0.077	-1.248	-1.063	1.012	-4.962	0.691	-5.103
0.604	<0.001	0.471	0.939	0.212	0.288	0.316	<0.001	0.493	<0.001

2.5 试验组干预前后箱庭主题特征变化

试验组终末箱庭创伤主题个数少于初始箱庭，治愈主题个数多于初始箱庭 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 试验组干预前后箱庭主题特征变化 ($\bar{x} \pm s$, $n=25$)

项目	创伤主题个数	治愈主题个数
初始箱庭	4.6 ± 1.6	1.3 ± 0.9
终末箱庭	1.8 ± 0.8	3.4 ± 1.5
<i>t</i> 值	9.902	-6.447
<i>P</i> 值	<0.001	<0.001

3 讨论

目前 ASD 的发病机制尚未完全阐明，基本形成的共识是遗传学因素与环境学因素的相互作用^[13]。轻中度 ASD 患儿学龄前多表现为社会交往和沟通缺陷、兴趣狭窄、行为动作刻板、社会规则感知困难、执行功能缺陷、情感识别障碍、自发象征性、假扮性游戏较少等，如未及时干预，症状将会越来越严重，并且会持续终身，严重影响患儿生活质量，给家庭带来沉重的压力^[14-15]。结构化教育方式结合 AIT，虽然一定程度上改善了学龄前轻中度 ASD 患儿的核心理症状，提高了其社会交往技能^[16]，但结构化教育结合 AIT 模式仍然存在将 ASD 患儿与外部世界孤立起来，缺乏与同

龄正常儿童人际交往的缺点。箱庭疗法由游戏王国技术和地板游戏演变而来，重视来访者内在的治愈因素，在“非言语”和“非指导”的游戏过程中达到共情、感应和转化^[17]。阶梯式融合性箱庭疗法是融合教育和箱庭疗法的结合体，恰好弥补了传统训练模式的不足，将 ASD 患儿与社交正常同龄儿童置身于同一片箱庭意向，在象征性游戏过程中共同遵守规则、建立生活场景、尝试解决问题、分享箱庭过程体验。象征性游戏和儿童语言的获得息息相关，初始 10 次的个体箱庭治疗为后续融合性箱庭治疗提供了保障^[18]。患儿融入到个体箱庭世界中后，治疗师采用阶梯式融合方式进一步激发其主动语言的出现，逐步促进患儿与正常儿童沟通交流及同理心的建立，感受其他儿童的情绪情感，指导自身情绪行为能力的发展。阶梯式融合性箱庭疗法借助象征性的意向促使患儿达到自我疗愈的目的，治疗师采取无条件积极关注的态度，对患儿的箱庭作品不做任何评价和指导。本研究结果表明，阶梯式融合性箱庭疗法可以降低学龄前轻中度 ASD 患儿的感觉、社会交往、躯体运动、语言因子及社会认知、社会沟通、社会动机和孤独症行为方式因子得分；提高正立和倒置面孔的情绪识别正确率；ASD 患儿的箱庭主题逐步向治愈方向转换。但两组患儿在 ABC 的生活自理因子得分、SRS 的社交知觉因子得分、上半面

孔和下半面孔情绪识别正确率方面无显著性差异,可能和随访时间偏短,从而影响了效果观察有关。

ASD 患儿共患睡眠问题的发生率高达 14.1%~82% 不等,主要表现为睡眠阻抗、入睡和睡眠维持困难、觉醒、睡眠焦虑等^[19-20]。目前已证实行为干预是缓解 ASD 患儿共患睡眠障碍的一种有效治疗方式,但关于箱庭疗法对儿童睡眠管理方面的文献甚少。葛品等^[4]报道箱庭疗法可有效改善学龄前注意缺陷多动障碍共患睡眠障碍患儿的核心症状。本研究结果显示,阶梯式融合性箱庭疗法降低了患儿的睡眠阻抗、睡眠持续时间、睡眠觉醒因子得分和 CSHQ 总分,有效改善了睡眠质量。究其原因,阶梯式融合性箱庭疗法主张治疗师与患儿建立“亲子一体性”的接纳关系,共同心灵探索,促进心理整合与自愈,实现心理能量的再生和转化。患儿在意识与无意识的沟通对话中修复创伤经历,将内心体验转化为视觉形式,促进正向心理和自性化的建立,由心灵创伤体验逐步向治愈体验转换,减小情绪波动,改善睡眠质量。

目前临床基本以 ASD 患儿能够逐步地融入社会为治愈标志。仍需较长时间的纵向跟踪,后续将扩大研究范围,追踪至学龄期,甚至青春期、成年期。本研究样本量偏少,缺乏睡眠测评方面的客观指标,未探讨其作用机制,建议扩大样本量,采用多导睡眠监测仪评价患儿睡眠状况,进一步探讨阶梯式融合性箱庭疗法改善 ASD 患儿核心症状和促进睡眠的主要作用机理、机制。

[参 考 文 献]

- [1] Posar A, Visconti P. Omega-3 supplementation in autism spectrum disorders: a still open question?[J]. *J Pediatr Neurosci*, 2016, 11(3): 225-227.
- [2] Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014[J]. *MMWR Surveill Summ*, 2018, 67(6): 1-23.
- [3] 吕复莉, 谢晓凤, 张玲, 等. 引导式教育联合融合教育的护理方法对孤独症患儿社交能力的影响[J]. *中华护理杂志*, 2014, 49(10): 1194-1198.
- [4] 葛品, 刘桂华, 李国凯, 等. 箱庭疗法对学龄前注意缺陷多动障碍共患睡眠障碍患儿的疗效[J]. *中华实用儿科临床杂志*, 2017, 32(24): 1882-1886.
- [5] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册(第五版)[M]. 张道龙, 刘春宇, 童慧琦, 等, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 46-55.
- [6] 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: 203-207.
- [7] Gau SS, Liu LT, Wu YY, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the Social Responsiveness Scale[J]. *Res Autism Spect Dis*, 2013, 7(2): 349-360.
- [8] 陈秋如. 社交反应量表的修订和应用初步研究[D]. 广州: 中山大学, 2009.
- [9] Cen CQ, Liang YY, Chen QR, et al. Investigating the validation of the Chinese Mandarin version of the Social Responsiveness Scale in a Mainland China child population[J]. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1): 51.
- [10] 郭嘉, 静进, 邹小兵, 等. 阿斯伯格综合征儿童对人物基本面部表情的识别特点[J]. *中国心理卫生杂志*, 2011, 25(1): 47-52.
- [11] 李生慧, 金星明, 沈晓明, 等. 儿童睡眠习惯问卷中文版制定及测量性能考核[J]. *中华儿科杂志*, 2007, 45(3): 176-180.
- [12] 蔡宝鸿. 初始沙盘及其临床诊断意义研究—行为问题儿童初始沙盘诊断特征的分析与探索[D]. 广州: 华南师范大学, 2005.
- [13] Tchaconas A, Adesman A. Autism spectrum disorders: a pediatric overview and update[J]. *Curr Opin Pediatr*, 2013, 25(1): 130-144.
- [14] Hsiao YJ, Higgins K, Pierce T, et al. Parental stress, family quality of life, and family-teacher partnerships: families of children with autism spectrum disorder[J]. *Res Dev Disabil*, 2017, 70: 152-162.
- [15] Vernetti A, Senju A, Charman T, et al. Simulating interaction: using gaze-contingent eye-tracking to measure the reward value of social signals in toddlers with and without autism[J]. *Dev Cogn Neurosci*, 2018, 29: 21-29.
- [16] 刘超, 卢斌, 张瑜, 等. 机构结构化教育联合家庭康复训练治疗儿童孤独症的疗效观察[J]. *中国当代儿科杂志*, 2015, 17(12): 1277-1281.
- [17] 孙建超. 团体整合性沙盘游戏治疗技术对职高学生自我同一性的干预研究[J]. *中小学心理健康教育*, 2019, 3: 19-21.
- [18] Quinn S, Donnelly S, Kidd E. The relationship between symbolic play and language acquisition: a meta-analytic review[J]. *Dev Rev*, 2018, 49: 121-135.
- [19] Won DC, Feldman HM, Huffman LC. Sleep problem detection and documentation in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder by developmental-behavioral pediatricians: a DBPNet study[J]. *J Dev Behav Pediatr*, 2019, 40(1): 20-31.
- [20] Sanberg SA, Kuhn BR, Kennedy AE. Outcomes of a behavioral intervention for sleep disturbances in children with autism spectrum disorder[J]. *J Autism Dev Disord*, 2018, 48(12): 4250-4277.

(本文编辑: 王颖)