

syt_thanhhoa_vt_So Y te Thanh Hoa_06/07/2022_16:53:46



TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN
CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP
TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2022
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội, 2022

MỤC LỤC

| | |
|---|------------|
| LỜI NÓI ĐẦU | vi |
| LỜI CẢM ƠN..... | vii |
| DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT | ix |
| A. GIỚI THIỆU CHUNG VỀ TÀI LIỆU | 1 |
| I. Mục đích ban hành tài liệu hướng dẫn | 1 |
| II. Tầm quan trọng của tài liệu hướng dẫn..... | 1 |
| III. Nội dung, cấu trúc tài liệu..... | 2 |
| IV. Quá trình xây dựng tài liệu | 2 |
| V. Đối tượng sử dụng tài liệu..... | 3 |
| B. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ | 3 |
| I. Mục đích và tầm quan trọng của chẩn đoán | 4 |
| 1. Mục đích chẩn đoán | 4 |
| 2. Tầm quan trọng của chẩn đoán | 4 |
| II. Tiêu chuẩn chẩn đoán..... | 5 |
| III. Người thực hiện | 7 |
| 1. Vai trò của những người thực hiện | 7 |
| 2. Làm việc nhóm trong chẩn đoán..... | 9 |
| IV. Quy trình chẩn đoán..... | 11 |
| Sơ đồ quy trình chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ: | 11 |
| 1. Cách thức thực hiện | 12 |
| C. HƯỚNG DẪN VỀ CAN THIỆP TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ | 25 |
| I. Mục đích và tầm quan trọng của can thiệp..... | 25 |
| 1. Mục đích can thiệp..... | 25 |
| 2. Tầm quan trọng của can thiệp..... | 25 |
| II. Những nguyên tắc can thiệp..... | 26 |

| | |
|--|-----------|
| III. Người tham gia can thiệp..... | 28 |
| 1. Vai trò của những người tham gia can thiệp..... | 28 |
| 2. Làm việc nhóm..... | 29 |
| 3. Vai trò của gia đình..... | 29 |
| IV. Các phương pháp can thiệp..... | 29 |
| 1. Can thiệp tâm lý – giáo dục | 30 |
| 2. Can thiệp y sinh học..... | 32 |
| V. Quy trình can thiệp..... | 33 |
| Sơ đồ quy trình:..... | 33 |
| 1. Cách thức thực hiện | 34 |
| VI. Những lưu ý can thiệp theo lứa tuổi | 58 |
| 1. Tuổi mầm non (dưới 6 tuổi)..... | 58 |
| 2. Tuổi tiểu học (6-11 tuổi)..... | 58 |
| 3. Tuổi vị thành niên (12-16 tuổi)..... | 59 |
| PHỤ LỤC | 61 |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO | 79 |

| | |
|---|--|
| Chỉ đạo soạn thảo | |
| PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn | Thứ trưởng Bộ Y tế |
| Ban soạn thảo được thành lập tại Quyết định số 5164/QĐ-BYT ngày 21/10/2019 | |
| PGS.TS. Lương Ngọc Khuê | Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế, Trưởng Ban soạn thảo |
| TS. Nguyễn Trọng Khoa | Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế, Phó trưởng ban soạn thảo |
| PGS.TS. Phạm Duy Hiền | Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi Trung ương, Phó trưởng ban soạn thảo |
| TS. Nguyễn Tấn Dũng | Phó Giám đốc Bệnh viện C Đà Nẵng |
| TS. Nguyễn Hữu Chiến | Nguyên Phó giám đốc Bệnh viện tâm thần Trung ương I |
| TS. Nguyễn Doãn Phương | Nguyên Viện trưởng Viện Sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai |
| PGS.TS. Phạm Văn Minh | Trưởng Bộ môn PHCN, Trường Đại học Y Hà Nội |
| PGS.TS. Lương Tuấn Khanh | Giám đốc trung tâm PHCN, Bệnh viện Bạch Mai |
| TS. Trịnh Quang Dũng | Trưởng khoa PHCN, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| ThS. BSCCKII. Thành Ngọc Minh | Trưởng khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| TS. Phạm Thị Cẩm Hưng | Chủ nhiệm Bộ môn PHCN, Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương |
| ThS. Lê Thanh Vân | Chủ nhiệm Bộ môn VLTL, Trường Đại học Y – Dược Thành phố Hồ Chí Minh |
| TS. Trần Ngọc Nghị | Trưởng Phòng PHCN và Giám định, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bộ Y tế |
| TS. Vũ Song Hà | Phó Giám đốc Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số |
| Tổ biên tập được thành lập tại Quyết định số 5164/QĐ-BYT ngày 21/10/2019 | |
| TS. Nguyễn Trọng Khoa | Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế, Tổ trưởng Tổ biên tập |
| TS. Trần Ngọc Nghị | Trưởng Phòng PHCN và Giám định, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bộ Y tế, Tổ phó Tổ biên tập |
| TS. Nguyễn Thị Hương Giang | Phó trưởng khoa PHCN, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| TS. Đỗ Trí Hùng | Trưởng khoa PHCN, Bệnh viện E |
| ThS. BSCCKII. Trần Quốc Đạt | Trưởng khoa PHCN, Bệnh viện Hữu Nghị |
| BSCCKI. Nguyễn Thị Thanh Lịch | Phó trưởng Phòng PHCN và Giám định, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bộ Y tế |
| ThS. Nguyễn Minh Hạnh | Chuyên viên chính, Phòng PHCN và Giám định, Cục Quản lý |

| | |
|---|--|
| | khám, chữa bệnh, Bộ Y tế |
| ThS. Nguyễn Thu Thủy | Khoa PHCN, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| ThS. Nguyễn Thị Hồng Thúy | Khoa tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| ThS. Trương Thị Bảo Ngọc | Chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh |
| Hội đồng nghiệm thu được thành lập tại Quyết định số 1485/QĐ-BYT ngày 31/03/2020 | |
| PGS.TS. Trần Trọng Hải | Chủ tịch Hội PHCN Việt Nam, Chủ tịch Hội đồng |
| GS.TS. Cao Minh Châu | Nguyên chủ nhiệm Bộ môn PHCN, Trường Đại học Y Hà Nội |
| PGS.TS. Nguyễn Thị Minh Thủy | Nguyên chủ nhiệm Bộ môn PHCN, Trường Đại học Y tế Công cộng |
| PGS.TS. Hồ Thị Hiền | Trưởng Khoa Y học Lâm sàng, Trường Đại học Y tế Công cộng |
| PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Liên | Phó chủ nhiệm Bộ môn PHCN, Trường Đại học Y Hà Nội |
| ThS. Nguyễn Minh Hạnh | Chuyên viên chính, Phòng PHCN và Giám định, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bộ Y tế |
| Chuyên gia tư vấn | |
| TS. Kiah Evans | Giảng viên Đại học Tây Úc Nghiên cứu viên Viện Telethon Kids, Úc |
| GS. TS. Cheryl Dissanayake | Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu tự kỷ Olga Tennison, Trường Đại học La Trobe, Úc |
| ThS. Nguyễn Mai Hương | Phó trưởng khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| Thư ký biên soạn | |
| ThS. Nguyễn Mai Hương | Phó trưởng khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương |
| ThS. Nguyễn Minh Hạnh | Chuyên viên chính, Phòng PHCN và Giám định, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bộ Y tế |
| CN. Lê Hải Đăng | Chuyên viên chính, Thư ký Thứ trưởng, Bộ Y tế |
| ThS. Hoàng Thị Hoa | Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số |

LỜI NÓI ĐẦU

Phát hiện sớm, can thiệp và quản lý trẻ tự kỷ nói riêng và phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ em khuyết tật nói chung là một nội dung quan trọng của hoạt động phục hồi chức năng (PHCN). Nhằm đẩy mạnh chất lượng công tác PHCN ở nước ta, sự phối hợp liên chuyên khoa, liên ngành trong phát hiện sớm, can thiệp sớm, quản lý trẻ tự kỷ tại cộng đồng, Bộ Y tế đã giao Cục Quản lý khám chữa bệnh làm đầu mối phối hợp với các đơn vị có liên quan xây dựng tài liệu: **“*Hướng dẫn phát hiện sớm, chẩn đoán, can thiệp và quản lý trẻ có rối loạn phổ tự kỷ*”**. Để biên soạn Bộ tài liệu, ngày 31/10/2019, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 5164/QĐ-BYT về việc thành lập Ban soạn thảo bộ tài liệu. Thành phần tham gia Ban soạn thảo, Hội đồng thẩm định và nghiệm thu, chuyên gia góp ý và tư vấn xây dựng tài liệu gồm các Giáo sư, Bác sĩ, Kỹ thuật viên trực tiếp làm việc trong lĩnh vực quản lý, điều trị, phục hồi chức năng trẻ có rối loạn phổ tự kỷ trong và ngoài nước. Ban soạn thảo đã tham khảo nhiều hướng dẫn về phát hiện sớm, can thiệp và quản lý trẻ tự kỷ của các nước phát triển như Úc, Mỹ, Anh, Canada... và các tài liệu, hướng dẫn hiện có của các chuyên gia, các tác giả trong nước và ngoài nước. Bộ Y tế đã giao Cục Quản lý Khám, chữa bệnh tổ chức thử nghiệm để điều chỉnh các quy trình cho phù hợp với thực tế ở Việt Nam. Sau một số lần tổ chức thử nghiệm, hội thảo, xin ý kiến đóng góp của các chuyên gia y học, giáo dục trong nước và ngoài nước, đến nay, tài liệu **“*Hướng dẫn chẩn đoán và can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ*”** đã hoàn thành và đã được Bộ Y tế phê duyệt. Đối tượng sử dụng tài liệu là cán bộ quản lý, chuyên môn phục hồi chức năng từ tuyến Trung ương cho tới cộng đồng; đồng thời các bà mẹ, người thân, giáo viên, cán bộ công tác xã hội, các ban ngành có thể tham khảo để chăm sóc, phục hồi chức năng cho trẻ em khuyết tật Tự kỷ. Việc biên soạn và ban hành tài liệu này để sử dụng thống nhất trong toàn quốc là rất cần thiết.

Trong lần đầu xuất bản, mặc dù Ban soạn thảo đã cố gắng nhưng tài liệu khó tránh khỏi thiếu sót. Ban soạn thảo kính mong bạn đọc gửi những nhận xét, phản hồi về tài liệu này để những lần tái bản sau tài liệu được hoàn chỉnh hơn.

Mọi góp ý, xin gửi về Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh), địa chỉ 138A, Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội.

Trân trọng cảm ơn.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Trường Sơn

LỜI CẢM ƠN

Tài liệu *Hướng dẫn chẩn đoán và can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ* được thực hiện thông qua nỗ lực của nhiều bên, trong đó Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế được Lãnh đạo Bộ Y tế giao chủ trì có sự tham gia của các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế; Thành viên Ban soạn thảo, Hội đồng thẩm định, các chuyên gia góp ý và chuyên gia tư vấn trong nước và quốc tế.

Để hoàn thành tài liệu này, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế xin trân trọng cảm ơn sự chỉ đạo sâu sát của PGS.TS Nguyễn Trường Sơn, Thứ trưởng Bộ Y tế. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế cũng cảm ơn và đánh giá cao sự phối hợp của các Vụ/Cục, các Bệnh viện, Trường Đại học Y và các đơn vị thuộc Bộ Y tế. Trân trọng cảm ơn sự tham gia nhiệt tình và những đóng góp rất giá trị của PGS.TS Trần Trọng Hải, Chủ tịch Hội PHCN Việt Nam, các chuyên gia của Hội PHCN Việt Nam; Bộ môn PHCN của các Trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Dược Huế, Đại học kỹ thuật Y- Dược Hải Dương Đại học Y- Dược Tp Hồ Chí Minh; Đại học Y tế công cộng, Đại học Y Phạm Ngọc Thạch, Bệnh viện Nhi đồng I; Sở Y tế các tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương, Cơ sở PHCN các tuyến thuộc ngành y tế và ngành LĐTBXH. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn trân trọng đến tất cả các cá nhân và tổ chức đã tham gia đóng góp, chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm về PHCN tại Việt Nam. Những đóng góp của quý vị là rất hữu ích trong quá trình xây dựng và hoàn thiện tài liệu này.

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đặc biệt đến Cơ quan Phát triển Quốc tế Hoa Kỳ (USAID); Tổ chức Grand Challenges Canada (GCC); Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và dân số (CCIHP); và một số tổ chức phi chính phủ hoạt động về PHCN tại Việt Nam vì những hỗ trợ, tư vấn về chuyên môn, kỹ thuật, tài chính và cử chuyên gia tham gia công tác chuẩn bị, đóng góp công sức và làm việc không mệt mỏi trong suốt giai đoạn thu thập tài liệu, cũng như trong quá trình biên tập, thử nghiệm và hoàn thiện tài liệu. Cảm ơn và đánh giá cao sự cam kết của USAID, GCC, CCIHP, các tổ chức phi chính phủ trong việc tiếp tục hỗ trợ xây dựng kế hoạch tổ chức triển khai hướng dẫn này và những hỗ trợ về chuyên gia, kỹ thuật nhằm phát triển hoạt động PHCN ở Việt Nam trong thời gian tới.

Cuối cùng, chúng tôi xin được cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện Nhi Trung ương; ThS.BSCKII.Thành Ngọc Minh, ThS.Nguyễn Mai Hương, cùng toàn thể lãnh đạo cùng các y bác sỹ, kỹ thuật viên khoa Tâm thần, Khoa PHCN, Bệnh viện Nhi Trung ương; Bệnh viện Nhi đồng I; GS. TS. Nguyễn Thị Hoàng Yến, Học Viện Quản lý Giáo dục; TS. Nguyễn Thị Kim Hoa, Trung tâm giáo dục đặc biệt Quốc Gia, Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam, Bộ Giáo dục và Đào tạo; Bà Lê Thị Thuý Hương và bà Lê Hà Vân, USAID, Bà Kelly Rostin, Chuyên gia tư vấn của USAID, Bà

Phạm Kim Tâm, Chủ tịch Mạng lưới tự kỷ Việt Nam; Ông Harry Le, Phụ huynh trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ; Ths. Bs. Phạm Minh Triết, Nghiên cứu sinh Đại học Quốc gia Úc; Ông Lê Quang Dương và Bà Chu Thị Kim Ngân, Trung tâm Phát triển Sức khỏe Bền vững (Viethealth), Bà Nguyễn Khoa Thuỳ Anh, Hội Từ thiện Trẻ em Sài Gòn đã có những ý kiến góp ý, phản biện, góp phần hoàn thiện tài liệu một cách toàn diện và khoa học.

Tài liệu này được hoàn thành trong thời gian ngắn nên khó tránh khỏi thiếu sót, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế rất mong nhận được góp ý của quý bạn đọc. Mọi góp ý xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế; Địa chỉ: Số 138A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội.

Trân trọng cảm ơn.

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

**CỤC TRƯỞNG
CỤC QUẢN LÝ KHÁM, CHỮA BỆNH
Trưởng ban soạn thảo**

PGS. TS. Lương Ngọc Khuê

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

| | Tiếng Việt | Tiếng Anh |
|------|--|---|
| AAC | Giao tiếp thay thế và hỗ trợ | Alternative and Augmentative Communication |
| ABA | Phân tích hành vi ứng dụng | Applied Behavior Analysis |
| ABC | Tiền đề – Hành vi – Kết quả | Antecedent – Behavior – Consequence |
| ADHD | Rối loạn tăng động giảm chú ý | Attention Deficit Hyperactivity Disorder |
| ASD | Rối loạn phổ tự kỷ | Autistic Spectrum Disorders |
| ASQ | Bảng hỏi theo độ tuổi và giai đoạn | Ages & Stages Questionnaire |
| ATEC | Bảng kiểm đánh giá điều trị tự kỷ | Autism Treatment Evaluation Checklist |
| CARS | Thang chấm điểm tự kỷ ở trẻ em | The Childhood Autism Rating Scale |
| CST | Chương trình huấn luyện kỹ năng người chăm sóc | Caregiver Skills Training |
| DSM | Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DTT | Huấn luyện từng lượt riêng biệt | Discrete Trial Training |
| ESDM | Mô hình can thiệp sớm Denver | Early Start Denver Model |
| ICD | Bảng phân loại bệnh tật quốc tế | International Classification of Diseases |
| NET | Dạy học trong môi trường tự nhiên | Natural Environment Teaching |
| PECS | Hệ thống giao tiếp bằng trao đổi tranh | Picture Exchange Communication System |

| | | |
|--------|--|---|
| PHCN | Phục hồi chức năng | Rehabilitation |
| PRT | Can thiệp hành vi tạo đà | Pivotal Response Treatment |
| FA | Phân tích hành vi chức năng | Functional Analysis |
| TEACCH | Trị liệu và giáo dục cho trẻ tự kỷ và trẻ có khó khăn giao tiếp | Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children |
| ToM | Thuyết tâm trí | Theory of Mind |
| VAN | Mạng lưới tự kỷ Việt Nam | Vietnam Autism Network |
| VB | Hành vi ngôn ngữ | Verbal Behavior |
| WISC | Thang đo trí tuệ Wechsler dành cho trẻ em | Wechsler Intelligence Scale for Children |

A. GIỚI THIỆU CHUNG VỀ TÀI LIỆU

I. Mục đích ban hành tài liệu hướng dẫn

1. Đây là tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và can thiệp cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. Tài liệu bao gồm những thông tin về tầm quan trọng, nội dung, các bước thực hiện, người tham gia và quy trình hoạt động trong hai quá trình này.

2. Tài liệu là một hướng dẫn thực hành lâm sàng, đưa ra những khuyến nghị dựa trên bằng chứng hiện có với mục đích hỗ trợ các nhà chuyên môn trong việc tổ chức, thực hiện, ra quyết định, quản lý chẩn đoán và can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ.

II. Tầm quan trọng của tài liệu hướng dẫn

1. Đối với Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em là một quá trình đánh giá, tích hợp thông tin phức tạp, đòi hỏi bác sĩ và những người tham gia chẩn đoán là những người có kiến thức chuyên sâu về lĩnh vực phát triển nhi khoa và kinh nghiệm làm việc với trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. Trong chẩn đoán phổ tự kỷ, phối hợp làm việc nhóm giữa các thành viên ở nhiều ngành, chuyên ngành khác nhau là cần thiết để thực hiện một đánh giá toàn diện, không đơn thuần là “dán nhãn” chẩn đoán. Chẩn đoán sớm và chính xác là một trong những điều kiện dẫn tới can thiệp có hiệu quả, nâng cao sự phát triển sau này của trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. Chính vì vậy, một tài liệu hướng dẫn về chẩn đoán là cần thiết nhằm giúp thống nhất về quy trình, vai trò của các thành viên, tiêu chuẩn, công cụ đánh giá dùng trong chuẩn đoán. Điều này hỗ trợ công tác quản lý của các đơn vị y tế và nâng cao chất lượng dịch vụ chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ.

2. Đối với can thiệp

Can thiệp là các hoạt động tác động lên trẻ và gia đình nhằm giảm bớt những ảnh hưởng của những khiếm khuyết và hỗ trợ trẻ phát triển tốt nhất có thể, nâng cao khả năng hòa nhập cộng đồng và thực hiện các chức năng xã hội, học tập. Hiện nay trên thế giới và Việt Nam đang có nhiều phương pháp và dịch vụ can thiệp khác nhau với những hệ thống lý thuyết và bài tập khác nhau. Cũng giống như chẩn đoán, can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ cần có sự phối hợp đa chuyên ngành, gồm: cán bộ y tế (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên), các nhà giáo dục, cán bộ tâm lý... Trong đó, tất cả hoạt động đều đặt trẻ vào vị trí trung tâm, cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ được đào tạo, hướng dẫn cụ thể về cách can thiệp tại gia đình. Hướng dẫn về can thiệp cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ là cần thiết nhằm đưa ra những khuyến nghị có chứng cứ khoa học, hỗ trợ các nhà chuyên môn tổ chức, thực hiện, theo dõi và quản lý các hoạt động can thiệp một cách hệ

thống và nhất quán. Hướng dẫn về chẩn đoán và can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ được xây dựng khoa học, dựa trên bằng chứng, phù hợp với thực tiễn sẽ giúp thống nhất sự tham gia của các bộ ngành, các tổ chức, cá nhân trong giải quyết các vấn đề chuyên môn và xã hội đối với trẻ có rối loạn phổ tự kỷ cũng như gia đình trẻ; giúp định hướng đào tạo, nghiên cứu các vấn đề liên quan tự kỷ.

III. Nội dung, cấu trúc tài liệu

1. Nội dung tài liệu

Tài liệu cung cấp cho người đọc kiến thức toàn diện về các hoạt động chẩn đoán và can thiệp cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. Nội dung của tài liệu hướng dẫn là kết quả của một quá trình xem xét cẩn thận các bằng chứng khoa học, cập nhật thông tin từ những nghiên cứu khoa học trên thế giới, căn cứ vào điều kiện thực tế và bối cảnh văn hóa Việt Nam, tham khảo Hướng dẫn của các quốc gia khác và dựa trên ý kiến đóng góp của các nhà chuyên môn.

Tài liệu gồm 2 nội dung chính: (1) Hướng dẫn chẩn đoán trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và (2) Hướng dẫn can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ.

2. Cấu trúc tài liệu

Mỗi nội dung cung cấp những hướng dẫn chi tiết về mục đích, tầm quan trọng, những hoạt động được thực hiện, người thực hiện, cách thức tổ chức. Đồng thời, tài liệu đưa ra những khuyến nghị về các đặc điểm cần lưu ý trong quá trình nghiên cứu, đọc và thực hành hướng dẫn.

IV. Quá trình xây dựng tài liệu

Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và can thiệp trẻ tự kỷ được xây dựng trên cơ sở làm việc nghiêm túc, khoa học và toàn diện của nhóm chuyên gia ở nhiều chuyên ngành khác nhau làm việc trong lĩnh vực đánh giá, chẩn đoán và can thiệp trẻ em và vị thành niên có rối loạn phổ tự kỷ. Quá trình xây dựng tài liệu gồm các bước chính sau:

1. Tổ chức thực hiện

- Xây dựng kế hoạch triển khai và thực hiện trong 3 năm từ 2019-2022;
- Thành lập Ban biên soạn, Ban thư ký, nhóm cố vấn và trình Lãnh đạo Bộ Y tế ký ban hành;
- Thành lập hội đồng thẩm định và nghiệm thu do Lãnh đạo Bộ Y tế ký, ban hành. Hội đồng thẩm định bao gồm các chuyên gia về Nhi khoa, Tâm thần nhi, Phục hồi chức năng, và Giáo dục đặc biệt.

2. Xây dựng dự thảo

- Lên khung tài liệu, lập kế hoạch và phân công nhiệm vụ cho các thành viên. Xác định khung thời gian của các hoạt động.

- Tổng quan tài liệu: Xem xét, nghiên cứu, phân tích các hướng dẫn trong phát hiện sớm, can thiệp và quản lý trẻ có rối loạn phổ tự kỷ của các nước phát triển như Úc, Mỹ, Anh, và các tài liệu, hướng dẫn hiện có của các chuyên gia, các tác giả trong nước. Xem xét mức độ bằng chứng của các phương pháp can thiệp, chẩn đoán và khả năng áp dụng tại Việt Nam.

- Biên soạn dự thảo 1: dựa trên khung tài liệu và các nghiên cứu trong và ngoài nước biên soạn dự thảo 1.

- Hội thảo tham vấn: tháng 12/2020 lấy ý kiến rộng rãi đối với bản thảo 1

- Biên soạn bản thảo 2: Ban soạn thảo tiếp tục làm việc với chuyên gia quốc tế để xây dựng chi tiết và hoàn thiện bản dự thảo lần 2 dựa trên các ý kiến đóng góp của các chuyên gia và kết quả thử nghiệm mô hình can thiệp.

- Hội đồng hợp thẩm định đối với bản thảo 2.

- Lấy ý kiến góp ý của chuyên gia quốc tế, chuyên gia trong nước, các tổ chức nghiên cứu và thực hiện các chương trình với trẻ có rối loạn phổ tự kỷ, đại diện phụ huynh đối với bản thảo 2.

- Hoàn thiện bản thảo 3 theo ý kiến Hội đồng thẩm định, Gửi xin ý kiến các thành viên Hội đồng và một số cơ quan liên quan trước khi trình ban hành.

V. Đối tượng sử dụng tài liệu

1. Những người trực tiếp tham gia chẩn đoán và can thiệp rối loạn phổ tự kỷ: bác sĩ, cán bộ tâm lý, điều dưỡng, các kỹ thuật viên trị liệu (ngôn ngữ, hoạt động...), giáo viên giáo dục đặc biệt, các nhân viên xã hội, giáo viên hỗ trợ hòa nhập, ...

2. Những người tham gia vào các hoạt động hoạch định luật, chính sách y tế, giáo dục và xã hội nhằm hỗ trợ người tự kỷ và gia đình họ.

3. Những nhà nghiên cứu và giảng viên đào tạo các chuyên ngành liên quan chẩn đoán và can thiệp rối loạn phổ tự kỷ

4. Trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và gia đình: những người mong muốn hiểu biết thêm quá trình chẩn đoán và can thiệp rối loạn phổ tự kỷ.

B. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Trong những năm gần đây, y văn trong và ngoài nước đều ghi nhận một sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ trẻ có rối loạn phổ tự kỷ [4], [5]. Tỷ lệ này khác nhau theo các nghiên cứu, tùy vào độ tuổi, phương pháp nghiên cứu, quốc gia thực hiện... Phân tích các nghiên cứu toàn cầu cho biết tỷ lệ rối loạn phổ tự kỷ nói chung là 1/132 (tức 0,75%) [1]. Theo số liệu của Cơ quan kiểm soát bệnh dịch của Mỹ (CDC US) vừa công bố đầu tháng 12, 2021, tỷ lệ trẻ có rối loạn phổ tự kỷ

trên nhóm trẻ 8 tuổi năm 2018 là 1/44 tức là 2,3% [2]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu năm 2018 của trường Đại học Y tế công cộng thực hiện tại 7 địa phương đại diện cho các vùng miền Việt Nam, tỷ lệ trẻ tự kỷ 18-30 tháng là 0,75% [3]. Trẻ nam có tỷ lệ cao hơn trẻ nữ khoảng 4-6 lần [2]. Rối loạn phổ tự kỷ có thể gặp ở mọi tầng lớp xã hội, văn hóa, dân tộc [2], [5].

Hiện nay, chưa có các bằng chứng khoa học cụ thể về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của rối loạn phổ tự kỷ. Yếu tố đóng vai trò chính trong bệnh sinh được nhiều nhà nghiên cứu đồng thuận là những bất thường đa gen. Ngoài ra các yếu tố môi trường cũng được chứng minh là có liên quan, bao gồm những bất thường trong quá trình thai nghén và sinh đẻ, tình trạng dinh dưỡng, sử dụng thuốc, cân nặng và môi trường sống của mẹ, các bệnh nhiễm khuẩn... [4]

Trong tài liệu này, khái niệm về rối loạn phổ tự kỷ (Autism Spectrum Disorder – ASD) được hiểu như sau: Rối loạn phổ tự kỷ là một rối loạn phát triển thần kinh, đặc trưng bởi những khiếm khuyết về giao tiếp và tương tác xã hội, kèm theo những biểu hiện hành vi, sở thích, thói quen rập khuôn, giới hạn, những bất thường về điều hòa các giác quan. Rối loạn phổ tự kỷ xuất hiện ở giai đoạn sớm của trẻ em, kéo dài và gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng tới các hoạt động chức năng của trẻ, chất lượng sống của trẻ và gia đình. Trong khuôn khổ tài liệu này, trẻ em dưới 16 tuổi có rối loạn phổ tự kỷ được gọi tắt là trẻ tự kỷ¹, các biểu hiện, triệu chứng của rối loạn phổ tự kỷ được gọi tắt là biểu hiện, triệu chứng tự kỷ.

I. Mục đích và tầm quan trọng của chẩn đoán

1. Mục đích chẩn đoán

- Xác định trẻ có rối loạn phổ tự kỷ.
- Xác định mức độ rối loạn phổ tự kỷ.
- Đánh giá toàn diện các vấn đề/rối loạn đi kèm, hoạt động chức năng, mức độ phát triển của trẻ, điểm mạnh, điểm yếu.

2. Tầm quan trọng của chẩn đoán

Chẩn đoán trẻ tự kỷ có tầm quan trọng rất lớn đối với trẻ, gia đình và các nhà chuyên môn. Chẩn đoán có thể giúp gia đình nhận biết được, hiểu được vấn đề trẻ đang gặp phải, từ đó tìm kiếm can thiệp, điều trị, hỗ trợ phù hợp, theo dõi diễn biến. Chẩn đoán tạo thuận lợi trong trao đổi chuyên môn giữa các cán bộ làm

¹ Trẻ tự kỷ là thuật ngữ được dùng từ những ngày đầu Việt Nam ghi nhận những trường hợp đầu tiên được chẩn đoán tự kỷ, và đến nay thuật ngữ này vẫn hay được dùng trong các trao đổi hàng ngày và các tài liệu phổ thông. Vì vậy trong văn bản hướng dẫn kỹ thuật này mặc dù thuật ngữ trẻ có rối loạn phổ tự kỷ nhấn mạnh vào sự đa dạng về biểu hiện, nhu cầu, mức độ cần hỗ trợ của trẻ có rối loạn phổ tự kỷ, nhưng thuật ngữ trẻ tự kỷ cũng được sử dụng để nói về nhóm trẻ này một cách ngắn gọn, với ý nghĩa tương đương.

việc trong lĩnh vực liên quan đến tự kỷ. Đặc biệt quan trọng, kết quả chẩn đoán giúp thiết lập kế hoạch can thiệp cá nhân cho trẻ tự kỷ.

II. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Hiện nay trên thế giới đang áp dụng song song hai bộ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ của Hiệp hội tâm thần Mỹ và của Tổ chức Y tế thế giới (WHO):

- Phiên bản thứ 5 xuất bản năm 2013 của Sổ tay thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th – DSM – 5) của Hiệp hội tâm thần Mỹ đã có những thay đổi về thuật ngữ và số lượng các tiêu chí chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ so với DSM – IV, DSM – 5 yêu cầu các nhà chuyên môn phải cụ thể hóa mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng ở hai lĩnh vực lớn. Đồng thời người làm chẩn đoán cũng cần đánh giá những khó khăn khác kèm theo nếu có.

- Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan lần thứ 10 (International statistical classification of diseases and related health problems – ICD – 10) của WHO xuất bản năm 1992, xác định các tiêu chí chẩn đoán tương tự DSM – IV và sử dụng thuật ngữ là Tính tự kỷ ở trẻ em (childhood autism).

- Hiện nay, hệ thống Y tế Việt Nam đang sử dụng mã bệnh theo ICD – 10 để thanh toán chi phí bảo hiểm y tế và quản lý, thống kê các tình trạng bệnh tật. Theo đó, rối loạn phổ tự kỷ theo DSM – 5 sẽ tương đương với mã F84.0 (tính tự kỷ ở trẻ em) và mã F84.5 (Rối loạn Asperger). Phiên bản lần thứ 11 của tài liệu này (ICD – 11) được thông qua năm 2019 và dự kiến chính thức đưa vào sử dụng tháng 1 năm 2022 cũng có những cập nhật tương tự DSM – 5, cả về cách sắp xếp các tiêu chí chẩn đoán và thuật ngữ [8].

Trong những năm gần đây, do tính cập nhật và thuận lợi trong thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học, nhiều cơ sở y tế đã sử dụng bộ tiêu chuẩn của DSM – 5.

Tóm lại, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ theo DSM – 5, gồm:

1. Khiếm khuyết kéo dài về giao tiếp xã hội và tương tác xã hội trong nhiều tình huống, với những biểu hiện ở cả ba mục sau, xảy ra hiện tại hoặc trước đây (các ví dụ chỉ mang tính minh họa và không bao gồm tất cả các biểu hiện có thể quan sát được ở người tự kỷ):

- a) Thiếu sót trong tương tác qua lại về cảm xúc-xã hội, ví dụ có thể bao gồm từ bất thường trong cách tiếp cận xã hội và thất bại trong các cuộc hội thoại qua lại thông thường; giảm sự chia sẻ các sở thích, tình cảm hoặc cảm xúc; cho đến những thất bại trong khởi xướng hoặc phản hồi lại với các tương tác xã hội.

b) Thiếu sót trong các hành vi giao tiếp không lời dùng trong tương tác xã hội, ví dụ có thể bao gồm từ sự kém phối hợp trong giao tiếp có lời và không lời; những bất thường trong giao tiếp mắt, ngôn ngữ cơ thể hoặc thiếu sót trong khả năng hiểu và sử dụng cử chỉ điệu bộ; cho tới việc hoàn toàn không có/không sử dụng biểu cảm nét mặt và giao tiếp không lời.

c) Thiếu sót trong việc phát triển, duy trì và hiểu về các mối quan hệ, ví dụ có thể bao gồm từ những khó khăn trong điều chỉnh hành vi phù hợp với các tình huống xã hội khác nhau; cho đến các khó khăn trong chia sẻ hoạt động chơi tưởng tượng hoặc trong việc kết bạn và sự thiếu quan tâm đến bạn cùng lứa.

Chỉ rõ mức độ nặng hiện tại: Mức 1² Mức 2³ Mức 3⁴

2. Những mẫu hành vi, sở thích, hoặc hoạt động thu hẹp, lặp đi lặp lại, được biểu hiện ít nhất hai trong số những mục sau, xảy ra hiện tại hoặc trước đây

a) Những chuyển động vận động, cách sử dụng đồ vật hoặc lời nói rập khuôn, hoặc lặp đi lặp lại (ví dụ: những cử động đơn giản rập khuôn; xếp đồ chơi thành hàng, vung vẩy đồ vật, nhại lời, những cụm từ bất thường).

b) Khăng khăng duy trì tình trạng không thay đổi (cố định), tuân thủ cứng nhắc những thói quen, hoặc những mẫu hành vi có lời / không lời có tính nghi thức (ví dụ: vô cùng khó chịu với những thay đổi nhỏ, khó khăn trong khi chuyển

² Mức 1 “Cần hỗ trợ”:

- Giao tiếp xã hội: Khi không được hỗ trợ, những thiếu hụt trong giao tiếp xã hội gây ra những khiếm khuyết đáng kể. Gặp khó khăn trong việc khởi xướng tương tác xã hội, thể hiện qua ví dụ rõ ràng về cách phản ứng ứng bất thường hoặc không thành công với tiếp cận xã hội từ người khác. Có thể xuất hiện giảm hứng thú trong tương tác xã hội. Ví dụ, người đó có thể nói câu hoàn chỉnh và tham gia vào giao tiếp nhưng thất bại trong hội thoại qua lại với người khác hoặc có những nỗ lực kết bạn với người khác nhưng theo cách khác lạ và thường không thành công.

- Hành vi giới hạn lặp lại: Tính cứng nhắc của hành vi gây ra những cản trở đáng kể đến chức năng trong một hoặc nhiều tình huống. Gặp khó khăn trong khi chuyển tiếp giữa các hoạt động. Gặp khó khăn trong khả năng tổ chức và lên kế hoạch, làm cản trở tính độc lập.

³ Mức 2 “Cần hỗ trợ đáng kể”

- Giao tiếp xã hội: Thiếu sót rõ rệt các kỹ năng giao tiếp xã hội có lời và không lời; suy giảm xã hội rõ rệt ngay cả khi có hỗ trợ; hạn chế khởi xướng tương tác xã hội và giảm hoặc đáp ứng bất thường với những tiếp cận xã hội từ người khác. Ví dụ, người đó nói câu đơn giản, tương tác bị giới hạn trong một số mối quan tâm đặc biệt nhất định và có sự khác thường rõ rệt trong cách giao tiếp không lời.

- Hành vi giới hạn lặp lại: Các hành vi cứng nhắc, khó khăn trong việc ứng phó với sự thay đổi, hoặc các hành vi rập khuôn/lặp đi lặp lại khác với tần suất đủ nhiều (bất cứ ai cũng có thể quan sát thấy sự xuất hiện của các hành vi đó) và ảnh hưởng tới chức năng trong nhiều tình huống khác nhau. Khó chịu và/hoặc khó khăn trong việc chuyển hướng chú ý, tập trung hoặc chuyển tiếp các hoạt động.

⁴ Mức 3 “Cần hỗ trợ rất nhiều”:

- Giao tiếp xã hội: Thiếu sót nghiêm trọng các kỹ năng giao tiếp xã hội có lời và không lời gây ra suy giảm nghiêm trọng trong chức năng, rất hạn chế khởi xướng tương tác xã hội, và có đáp ứng tối thiểu với tiếp cận xã hội từ người khác. Ví dụ, cá nhân chỉ có thể nói/ sử dụng một số ít các từ có nghĩa, hiếm khi khởi xướng tương tác, và nếu có thì thông qua các cách tiếp cận bất thường chỉ để đáp ứng nhu cầu của bản thân hoặc chỉ đáp ứng với những tiếp cận xã hội rất trực tiếp.

- Hành vi giới hạn lặp lại: Các hành vi cứng nhắc; đặc biệt khó khăn trong việc ứng phó với sự thay đổi hoặc có các hành vi giới hạn/lặp đi lặp lại khác gây cản trở rõ rệt tới chức năng trong tất cả các khía cạnh/lĩnh vực. Khó chịu nhiều/khó khăn nhiều trong việc chuyển hướng chú ý, tập trung hoặc chuyển tiếp các hoạt động.

tiếp giữa các hoạt động, cách suy nghĩ cứng nhắc, chào hỏi kiểu rập khuôn, di chuyển trên cùng một cung đường hoặc ăn cùng một món ăn mỗi ngày).

c) Những sở thích có tính cố định và hạn hẹp, bất thường về cường độ hoặc mức độ tập trung vào chúng (ví dụ, sự gắn bó hoặc mối bận tâm cao độ với những đồ vật khác thường, những sở thích bị bó hẹp hoặc dai dẳng quá mức).

d) Phản ứng quá mạnh hoặc quá yếu với các thông tin cảm giác hoặc có mối quan tâm bất thường tới các khía cạnh cảm giác của môi trường xung quanh (ví dụ: giảm phản ứng/thờ ờ rệt rệt với cơn đau/nhiệt độ, phản ứng khó chịu với một số âm thanh hay chất liệu nhất định, ngửi hoặc sờ/chạm quá mức vào các đồ vật, say mê các kích thích thị giác như ánh sáng hay chuyển động.)

Chỉ rõ mức độ nặng hiện tại: Mức 1 Mức 2 Mức 3

3. Những triệu chứng trên phải xuất hiện trong giai đoạn phát triển sớm của người đó (nhưng có thể chỉ bắt đầu biểu hiện đầy đủ và rõ ràng khi các yêu cầu xã hội vượt quá khả năng hạn chế của họ, hoặc các khó khăn này có thể đã bị ẩn đi/che giấu nhờ những chiến lược đã học được sau này.

4. Những triệu chứng gây ra sự suy giảm rõ rệt về lâm sàng trong các lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác của chức năng hiện tại.

5. Rối loạn phổ tự kỷ và Khuyết tật trí tuệ thường xảy ra cùng lúc. Để đưa ra chẩn đoán kép rối loạn phổ tự kỷ và khuyết tật trí tuệ, tương tác xã hội phải được đánh giá ở dưới mức kỳ vọng so với mức phát triển chung.

III. Người thực hiện

1. Vai trò của những người thực hiện

Chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ chủ yếu dựa vào phán đoán lâm sàng (clinical judgment). Vì vậy, những người tham gia trong quá trình chẩn đoán cần được đào tạo và có bằng cấp hoặc chứng chỉ phù hợp với lĩnh vực chuyên môn của họ. Người tham gia trong quá trình chẩn đoán cần có kiến thức chuyên sâu về: phát triển bình thường ở trẻ em; khởi phát và diễn biến của các triệu chứng tự kỷ; những bất thường hoặc chậm trễ về phát triển liên quan tới các rối loạn khác hoặc khuyết tật khác; tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM – 5 hoặc ICD – 11; cuối cùng, người tham gia chẩn đoán cần có kỹ năng tham vấn, chia sẻ thông tin chẩn đoán cho gia đình trẻ; kỹ năng làm việc nhóm, tôn trọng đồng nghiệp.

1.1. Bác sĩ

Bác sĩ chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ cần đáp ứng các tiêu chuẩn: (1) là bác sĩ chuyên khoa Nhi hoặc được cấp bằng/chứng chỉ về nhi khoa; (2) được cấp bằng/chứng chỉ trong đó có nội dung đào tạo về chẩn đoán, điều trị các rối loạn

phát triển trẻ em. Thông thường, bác sĩ chẩn đoán có thể là bác sĩ Nhi, bác sĩ Tâm thần hoặc bác sĩ Phục hồi chức năng.

Bác sĩ là người làm việc trong suốt quá trình chẩn đoán, đưa ra chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán các vấn đề đi kèm. Bác sĩ là người ra quyết định cuối cùng, chịu trách nhiệm với chẩn đoán và là trưởng nhóm làm việc. Đồng thời, bác sĩ cũng là người theo dõi diễn biến chung, quá trình điều trị, sử dụng thuốc của trẻ.

1.2. Chuyên viên tâm lý

Chuyên viên tâm lý tham gia chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ cần có bằng cấp từ cử nhân về tâm lý lâm sàng trở lên.

Trong chẩn đoán, chuyên viên tâm lý lâm sàng có nhiệm vụ quan sát và ghi nhận những biểu hiện của trẻ, thực hiện các đánh giá, trắc nghiệm, thang đo về nhận thức trí tuệ, các kỹ năng phát triển, chơi, mức độ tự kỷ...; tham gia trị liệu tâm lý cho trẻ hoặc cha mẹ nếu có các vấn đề sức khỏe tâm thần đi kèm như lo âu, trầm cảm, vấn đề liên quan đến sang chấn, chức năng thích ứng.

1.3. Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu

Theo Thông tư 46/2013/TT-BYT về quy định chức năng, nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức của cơ sở phục hồi chức năng, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu là người được đào tạo chuyên ngành ngôn ngữ trị liệu có trình độ trung cấp hoặc người được đào tạo chuyên ngành điều dưỡng có trình độ từ trung cấp trở lên và đã được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức về ngôn ngữ trị liệu ít nhất 03 (ba) tháng tại các cơ sở đào tạo do Bộ Y tế quy định; được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh về PHCN theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

Trong chẩn đoán, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu sẽ đánh giá các đặc điểm phát âm, lời nói, ngôn ngữ, cách thức giao tiếp của trẻ nghi ngờ tự kỷ.

1.4. Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu

Theo Thông tư 46/2013/TT-BYT về quy định chức năng, nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức của cơ sở phục hồi chức năng, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu là người được đào tạo chuyên ngành hoạt động trị liệu có trình độ trung cấp hoặc người được đào tạo chuyên ngành điều dưỡng có trình độ từ trung cấp trở lên và đã được đào tạo, bồi dưỡng kiến thức về hoạt động trị liệu ít nhất 03 (ba) tháng tại các cơ sở đào tạo do Bộ Y tế quy định; được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh về PHCN theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu đánh giá các vấn đề về vận động tinh và cảm giác mà có thể ảnh hưởng tới hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của trẻ như tự chăm sóc, sử dụng đồ dùng, vui chơi, học tập.

1.5. Các nhà chuyên môn khác tham gia trong quá trình chẩn đoán nhưng không nằm trong nhóm làm việc

Những người này không làm việc theo hình thức làm việc nhóm như trên, họ làm việc độc lập theo chuyên môn của mình để đưa ra thêm những chỉ dẫn hoặc thông tin nhằm chẩn đoán và điều trị các vấn đề khác có thể gặp phải của trẻ. Họ cũng có thể chỉ định thêm các xét nghiệm liên quan đến chuyên môn của họ nếu cần nếu cần. Các nhà chuyên môn khác có thể là:

- Bác sĩ chuyên khoa Tai - Mũi - Họng;
- Bác sĩ chuyên khoa Răng - Hàm - Mặt;
- Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh;
- Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết - Di truyền - Chuyển hóa;
- Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa - Dinh dưỡng;
- Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Làm việc nhóm trong chẩn đoán

Do sự phức tạp và đa dạng về các lĩnh vực cần đánh giá ở một trẻ nghi ngờ có rối loạn phổ tự kỷ, cần phối hợp làm việc giữa các nhà chuyên môn ở nhiều chuyên khoa, chuyên ngành khác nhau để đưa ra một đánh giá toàn diện. Nhóm làm việc lý tưởng sẽ bao gồm: bác sĩ, chuyên viên tâm lý, kỹ thuật viên ở các chuyên ngành như ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu. Trong trường hợp cơ sở y tế không có sẵn các kỹ thuật viên, nhóm sẽ cần ít nhất 01 bác sĩ và 01 chuyên viên tâm lý. Nhóm làm việc sẽ cần có một trưởng nhóm, là người điều hành nhóm, tóm tắt thông tin, đưa ra kết luận cuối cùng, thay mặt nhóm ra quyết định và trao đổi với gia đình. Trưởng nhóm thường là bác sĩ.

Nhóm làm việc thường bao gồm những cán bộ công tác tại cùng một đơn vị (trong phạm vi một khoa/phòng hoặc một bệnh viện, một trường đại học). Có hai hình thức làm việc nhóm:

- Nhóm đa ngành: mỗi nhà chuyên môn sẽ đánh giá độc lập theo từng phiên khác nhau với trẻ, đưa ra kết luận theo từng chuyên ngành, chuyên khoa, sau đó những kết luận này được tổng hợp trong một báo cáo tổng hợp.
- Nhóm liên ngành: các nhà chuyên môn các chuyên ngành, chuyên khoa khác nhau sẽ cùng nhau đánh giá trẻ tại một phiên, cùng thảo luận và báo cáo tổng hợp sẽ dựa trên sự đồng thuận về phán đoán lâm sàng của cả nhóm.

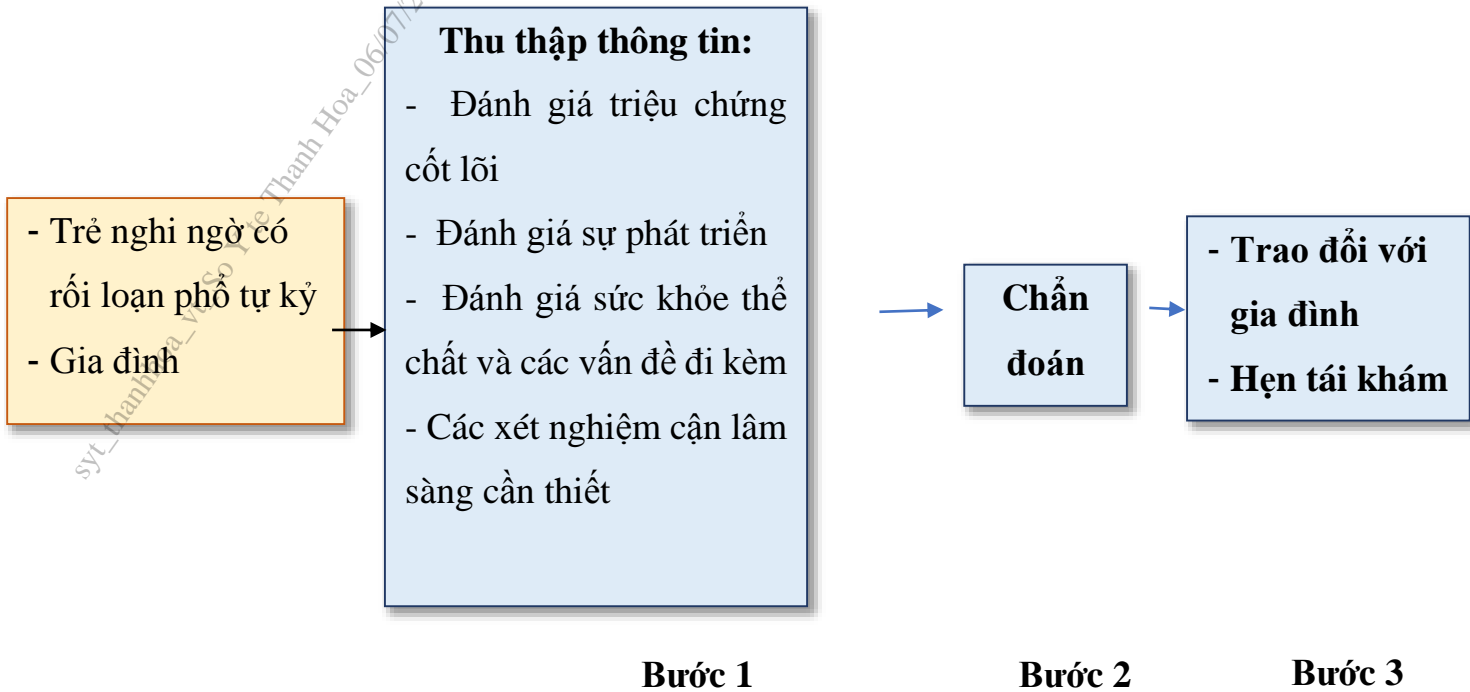
Trong cả hai hình thức, trưởng nhóm có trách nhiệm tập hợp nhóm làm việc, điều phối hoạt động nhóm và đưa ra quyết định cuối cùng. Mỗi hình thức

làm việc sẽ đều có thuận lợi và khó khăn riêng, áp dụng cách nào là phụ thuộc vào nhân lực, cơ cấu tổ chức và mong muốn của cơ sở y tế.

- Làm việc nhóm đảm bảo đánh giá toàn diện, chẩn đoán chính xác trẻ có rối loạn phổ tự kỷ.
- Lựa chọn cách thức làm việc nhóm đa ngành hoặc liên ngành tùy thuộc nhân lực, cơ cấu tổ chức và mong muốn của cơ sở y tế
- Nhóm chẩn đoán cần: 1 bác sĩ và ít nhất 1 nhà chuyên môn khác tùy theo điều kiện của cơ sở y tế (cán bộ tâm lý lâm sàng, kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu, kỹ thuật viên hoạt động trị liệu).

IV. Quy trình chẩn đoán

Sơ đồ quy trình chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ:



1. Cách thức thực hiện

1.1. Bước 1: Thu thập thông tin

1.1.1. Mục đích: Thu thập các thông tin cần thiết nhằm thiết lập chẩn đoán.

1.1.2. Phương pháp:

Chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ là một chẩn đoán dựa vào lâm sàng và hiện chưa có thiết bị hoặc xét nghiệm nào có thể giúp phát hiện rối loạn này. Vì vậy, kỹ năng phân đoán lâm sàng của những người tham gia chẩn đoán là rất quan trọng, được thực hiện thông qua việc thu thập thông tin bằng các phương pháp: Phỏng vấn gia đình và trẻ; Quan sát trẻ; Sử dụng các công cụ chuẩn và Trao đổi thông tin với các nhà chuyên môn khác, cụ thể:

a) Phỏng vấn gia đình và trẻ:

Các nhà chuyên môn đặt câu hỏi cho cha mẹ hoặc người chăm sóc nhằm thu thập các thông tin quan trọng về trẻ và môi trường gia đình, xã hội của trẻ. Ngược lại, cha mẹ cũng có thể đặt câu hỏi cho nhà chuyên môn nhằm hiểu rõ các vấn đề, đặc điểm của trẻ. Trong phỏng vấn cha mẹ, nội dung cần trao đổi tùy theo nhu cầu đánh giá của nhà chuyên môn (bác sĩ, tâm lý, hoặc kỹ thuật viên). Thông thường, thông tin toàn diện sẽ bao gồm:

- Quá trình mang thai, sinh đẻ và những diễn biến sau sinh.
- Quá trình phát triển bao gồm các mốc phát triển, diễn biến qua các giai đoạn lứa tuổi trước từ sau sinh đến thời điểm đánh giá.
- Khởi phát, diễn biến, mức độ của các biểu hiện bất thường, sự thay đổi ở các môi trường khác nhau, đáp ứng với những nỗ lực làm thay đổi, những ảnh hưởng tới hoạt động chức năng của trẻ và gia đình. Lưu ý một số trường hợp trẻ có biểu hiện của một sự thoái lui các kỹ năng phát triển.
- Quá trình giáo dục trẻ: các trường lớp đã trải qua, khó khăn và thuận lợi trong các hoạt động giáo dục, can thiệp trước đó.
- Quá trình nuôi dưỡng và phát triển tâm lý, những điểm mạnh và điểm yếu.
- Các bệnh lý trẻ đã hoặc đang có, những thuốc hoặc các hóa chất đã, đang sử dụng hoặc tiếp xúc...
- Tiền sử gia đình: những tình trạng sức khỏe thể chất và tâm thần của các thành viên trong gia đình, sự phát triển của các anh chị em ruột, những khó khăn liên quan mối quan hệ, những sự kiện gây sang chấn nếu có...

Đối với trẻ lớn có khả năng giao tiếp, các thông tin về diễn biến các biểu hiện có thể được trực tiếp thu thập qua phỏng vấn trẻ, qua đó giúp đánh giá được khả năng sử dụng ngôn ngữ và tương tác của trẻ.

- Quan sát trẻ trực tiếp là một hoạt động mang lại những thông tin khách quan nhất có thể về các biểu hiện của trẻ. Trong buổi làm việc tại phòng khám, có thể có những yếu tố làm sai lệch đến quan sát như: trẻ sợ đến chỗ lạ, trẻ không hợp tác với các bác sĩ mặc áo trắng, trẻ mệt mỏi vì phải chờ đợi lâu... Lúc này, một đánh giá quan sát trong môi trường tự nhiên hơn sẽ cần thiết, ví dụ quan sát qua video các hoạt động của trẻ tại gia đình, tại trường học, tại nơi công cộng.

- Nội dung quan sát là những biểu hiện của trẻ trong một số hoạt động có cấu trúc hoặc không có cấu trúc nhằm bộc lộ các biểu hiện của trẻ, sự thành thục các kỹ năng, mức độ phát triển, những điểm mạnh và điểm yếu.

- Nội dung quan sát tùy theo nhu cầu đánh giá của nhà chuyên môn. Thông thường quan sát sẽ bao gồm các hoạt động:

+ Chơi tự do: quan sát mối quan tâm của trẻ tới đồ chơi và môi trường xung quanh, cách thức giao tiếp tự nhiên của trẻ với người thân, người lớn khác hoặc trẻ em khác.

+ Chơi cấu trúc: Tổ chức các hoạt động chơi để thu thập thông tin, bộc lộ triệu chứng, xác định mức độ phát triển, đặc điểm riêng của trẻ: chơi bắt chước qua lại, chơi tưởng tượng đóng vai, chơi tạo yêu cầu, các trò chơi vận động...

+ Hội thoại theo các chủ đề quen thuộc hoặc chủ đề ưa thích của trẻ: nhằm đánh giá các kỹ năng sử dụng lời nói, ngôn ngữ, giao tiếp, nhận thức, hành vi.

- Để quan sát hiệu quả, một môi trường thân thiện với trẻ và gia đình là quan trọng (không gian phòng, thái độ thoải mái), trang bị các đồ chơi và đồ dùng tương ứng với mức độ phát triển dự đoán của trẻ. Quan sát sẽ cần sự tương tác trực tiếp giữa người đánh giá và trẻ.

c) Sử dụng những công cụ chuẩn hóa

- Hiện nay trên thế giới có hai công cụ được sử dụng rộng rãi trong phỏng vấn và quan sát trẻ nghi ngờ rối loạn phổ tự kỷ, đó là Bảng phỏng vấn chẩn đoán tự kỷ có sửa đổi ADI-R (Autism Diagnostic Inventory-Revised) và Quan sát chẩn đoán tự kỷ phiên bản thứ hai ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule). Đây là hai công cụ thực hiện tương đối phức tạp, vì vậy, tại Việt Nam, cả ADI-R và ADOS-2 chưa được sử dụng phổ biến ở nhiều cơ sở y tế công lập. Tuy nhiên, đây là hai bộ công cụ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao khi sử dụng. Một số hướng dẫn cho rằng sự kết hợp giữa ADOS-2 cùng ADI-R và phán đoán lâm sàng sẽ là “tiêu chuẩn vàng” cho chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em.

- Công cụ được sử dụng nhiều nhất tại Việt Nam là Thang chấm điểm tự kỷ ở trẻ nhỏ CARS (Childhood Autism Rating Scale). Đây là công cụ dễ thực hiện và thời gian ngắn (dưới 30 phút), chấm điểm dựa theo thông tin từ phỏng vấn gia đình và quan sát trẻ (Phụ lục 1 kèm theo)

Người thực hiện CARS là chuyên viên tâm lý lâm sàng hoặc bác sĩ. Hiện tại CARS đã có phiên bản 2 (CARS-2). Tuy nhiên ở Việt Nam CARS-2 chưa được đưa sử dụng phổ biến do một số các vấn đề như bản quyền, sự thích ứng.

- Ngoài CARS, một công cụ khác hỗ trợ chẩn đoán là Thang đo tự kỷ Gilliam phiên bản 3 (GARS-3). Đây là một thang đo sàng lọc, dựa vào mẫu chuẩn để hỗ trợ xác định người có rối loạn phổ tự kỷ, mức độ nặng của tự kỷ và hỗ trợ theo dõi quá trình can thiệp. GARS-3 đã được áp dụng và có bản quyền quốc tế tại Việt Nam bởi Viện Tâm lý học lâm sàng.

Tuy nhiên, những công cụ nói trên không thay thế được phán đoán lâm sàng và bộ tiêu chuẩn chẩn đoán, mà chỉ có thể hỗ trợ việc ra quyết định chẩn đoán. Lựa chọn công cụ nào là theo điều kiện của cơ sở y tế.

d) Trao đổi giữa những nhà chuyên môn khác nhau

Trong chẩn đoán tự kỷ, mỗi nhà chuyên môn đánh giá những nội dung riêng của chuyên ngành. Để có được đánh giá toàn diện, cần sự hợp tác trao đổi, chia sẻ thông tin giữa các nhà chuyên môn, đặc biệt trong những trường hợp khó chẩn đoán do triệu chứng mờ nhạt, không rõ ràng, hoặc trường hợp có các vấn đề thực thể, những yếu tố khác ảnh hưởng tới các biểu hiện của trẻ.

Cuối cùng, phán đoán lâm sàng của người chẩn đoán là quá trình tích hợp các thông tin từ phỏng vấn, quan sát lâm sàng, công cụ, trao đổi giữa những nhà chuyên môn rồi đối chiếu với tiêu chuẩn chẩn đoán [4].

- Chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ dựa vào đánh giá lâm sàng, kết hợp các phương pháp phỏng vấn, quan sát trẻ, sử dụng công cụ chuẩn và trao đổi giữa các nhà chuyên môn.
- Hiện chưa có xét nghiệm, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nào có thể khẳng định chẩn đoán.
- Tại Việt Nam, công cụ hỗ trợ chẩn đoán được sử dụng nhiều nhất là CARS. Điểm số của CARS có thể giúp đánh giá mức độ nặng của rối loạn phổ tự kỷ.
- Các công cụ chỉ có ý nghĩa hỗ trợ ra quyết định chẩn đoán, không thay thế được phán đoán lâm sàng và bộ tiêu chuẩn chẩn đoán.

1.1.3. Nội dung:

Nội dung của đánh giá chẩn đoán bao gồm: (1) Đánh giá các triệu chứng cốt lõi; (2) Đánh giá sức khỏe thể chất, các vấn đề y khoa đi kèm; (3) Đánh giá mức độ phát triển.

Kết quả của tất cả những đánh giá này phục vụ cho chẩn đoán xác định, các chẩn đoán phân biệt, cung cấp thông tin cho việc thiết kế chương trình can thiệp, điều trị cá nhân dựa trên những nhu cầu và khả năng riêng của trẻ.

Lưu ý: Mặc dù bản chất đánh giá chẩn đoán nhằm xác định những khó khăn của trẻ, nhưng việc xác định thể mạnh của trẻ cũng được coi là quan trọng không kém so với việc xác định các hạn chế [11]. Đánh giá cả khó khăn và điểm mạnh của trẻ giúp người cung cấp dịch vụ có hiểu biết toàn diện về trẻ, bao gồm nhu cầu, kỹ năng, sở thích, và tiềm năng của trẻ, môi trường sống và các hệ thống, nguồn lực hỗ trợ cho trẻ và gia đình trẻ. Điều này hỗ trợ quá trình tham vấn gia đình và lên kế hoạch can thiệp.

(1) Đánh giá các triệu chứng cốt lõi

a) Đánh giá kỹ năng tương tác và giao tiếp xã hội

- Mục đích: Đánh giá giúp đưa ra kết luận về suy giảm về tương tác và giao tiếp ở trẻ so với trẻ em cùng tuổi, cùng điều kiện văn hóa xã hội, đồng thời tìm điểm mạnh trong lĩnh vực này trong mối tương quan với sự phát triển chung của trẻ. - Người thực hiện: bác sĩ, chuyên viên tâm lý.

- Phương pháp: Phỏng vấn cha mẹ; quan sát trẻ hoặc sử dụng các công cụ chuẩn đánh giá về mức độ như ADOS, CARS.

- Nội dung:

▪ Về tương tác xã hội:

+ Sự chú ý: tiếp xúc mắt, chú ý chung

+ Các hành vi giao tiếp không lời giúp điều hòa mối quan hệ: gật lắc, chào, các cử chỉ điệu bộ khác.

+ Chia sẻ về tình cảm, cảm xúc: nụ cười xã hội, đáp ứng khi gọi tên, khoe mánh, cách tiếp cận người khác, đáp ứng qua lại về cảm xúc và tình cảm.

+ Chia sẻ tự nhiên các thành tựu, mối quan tâm: động tác chỉ ngón, chỉ ra thứ mình quan tâm hoặc yêu thích.

+ Mối quan tâm tới các bạn cùng lứa, khả năng chơi tương tác, chơi theo nhóm, phối hợp làm việc nhóm.

+ Khả năng phán đoán suy nghĩ, cảm nhận của người.

- Về giao tiếp xã hội:

- + Hội thoại: bắt chuyện, lần lượt, chú ý chung, duy trì chủ đề hoặc khả năng theo dấu chủ đề hội thoại.

- + Phối hợp giao tiếp có lời và không lời trong giao tiếp

- + Biểu hiện cảm xúc, thái độ, suy nghĩ qua giao tiếp không lời.

- + Giao tiếp với các mục đích xã hội khác nhau.

- + Hiểu ý nghĩa các tình huống xã hội, điều chỉnh hành vi, lời nói phù hợp với tình huống và đối tác giao tiếp.

- b) Đánh giá lời nói và ngôn ngữ**

- Người thực hiện: Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu.

- Phương pháp: Sử dụng những bài kiểm tra có cấu trúc đã được thích ứng với văn hóa và ngôn ngữ Việt Nam hoặc bằng những hoạt động sàng lọc, những quan sát lâm sàng.

- Nội dung: Đánh giá tập trung vào các lĩnh vực là giao tiếp; ngôn ngữ và lời nói:

- + Đánh giá ngôn ngữ bao gồm xem xét mức độ ngôn ngữ tiếp nhận và ngôn ngữ diễn đạt, ngữ dụng, ngữ pháp trong quá trình trẻ giao tiếp với người khác.

- + Đánh giá lời nói bao gồm xem xét cấu trúc giải phẫu liên quan lời nói, phát âm, âm lượng, tốc độ nói, tính nhịp điệu của lời nói ... [12]

- c) Đánh giá các mẫu hình hành vi, sở thích, thói quen giới hạn, rập khuôn**

- Mục đích: Các mẫu hình hành vi, sở thích, thói quen giới hạn, rập khuôn là một nội dung đánh giá quan trọng trong chẩn đoán, giúp phân biệt giữa rối loạn phổ tự kỷ và các rối loạn giao tiếp khác.

- Người thực hiện đánh giá: Bác sĩ, chuyên viên tâm lý.

- Phương pháp: Đánh giá dựa trên phỏng vấn người chăm sóc và quan sát trẻ.

- Nội dung:

Cần có sự quan sát kỹ lưỡng và phân biệt với những sở thích thói quen thông thường của trẻ em cùng giới, cùng lứa tuổi và đặc điểm văn hóa xã hội. Trẻ nhỏ dưới 2 tuổi đôi khi khó phát hiện các mẫu hình hành vi, sở thích rập khuôn, lặp đi lặp lại. Ở trẻ tự kỷ, mỗi giai đoạn phát triển có thể có các mẫu hình hành vi, sở thích khác nhau (mất hành vi này và phát sinh hành vi khác), vì vậy đánh giá không chỉ khai thác các thông tin hiện tại mà cần lưu ý tới diễn biến trước đó.

d) Đánh giá các vấn đề về điều hòa giác quan

- Người đánh giá ban đầu là bác sĩ, nhưng nếu trẻ có những khó khăn cần đánh giá chi tiết thì sẽ cần sự tham gia kỹ thuật viên hoạt động trị liệu.

- Phương pháp: Đánh giá có thể sử dụng các bảng hỏi để phỏng vấn cha mẹ hoặc quan sát trẻ, ví dụ như Bảng kiểm Short Sensory Profile [13].

- Nội dung: Đánh giá cần được thực hiện trên toàn diện các giác quan: xúc giác, thính giác, thị giác, khứu giác, vị giác, cảm giác bản thể và tiền đình nhằm phát hiện các bất thường. Thông tin về cảm giác có thể được phân chia thành các nhóm biểu hiện: kém nhạy cảm, quá nhạy cảm hoặc luôn tìm kiếm các kích thích giác quan.

(2) Đánh giá sự phát triển

a) Đánh giá hoạt động chơi

- Mục đích: Xem xét kỹ năng chơi và Ý nghĩa xã hội của hoạt động chơi.

- Người đánh giá là bác sĩ, chuyên viên tâm lý hoặc kỹ thuật viên trị liệu ngôn ngữ.

- Phương pháp: Quan sát trực tiếp hoặc sử dụng bảng hỏi để phỏng vấn cha mẹ.

- Nội dung: Trong đánh giá chẩn đoán, cần tập trung xem xét ý nghĩa xã hội của chơi, theo các mức độ: chơi không có chủ đích, chơi một mình, chơi quan sát, chơi song song, chơi kết hợp, chơi hợp tác. Từ đó giúp bộc lộ những thông tin về khiếm khuyết liên quan tới giao tiếp và tương tác xã hội của trẻ. Đánh giá kỹ năng chơi góp phần đánh giá các kỹ năng phát triển của trẻ. Ngoài ra, chơi tưởng tượng, chơi đóng vai cũng là lĩnh vực quan trọng cần xem xét vì đây là một trong những thiếu sót đặc biệt và là một trong những tiêu chí của tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ.

b) Đánh giá phát triển tâm thần vận động và đánh giá nhận thức, trí tuệ

- Mục đích: Đánh giá phát triển tâm thần vận động và tư duy là phần không thể thiếu trong một đánh giá chẩn đoán toàn diện.

- Người đánh giá là chuyên viên tâm lý, cán bộ tâm lý lâm sàng đã được đào tạo.

- Phương pháp:

+ Đánh giá phát triển tâm thần vận động và tư duy có thể dựa trên những công cụ sàng lọc hoặc những công cụ đánh giá chuẩn. Công cụ sàng lọc được Bộ Y tế chấp thuận sử dụng tại cộng đồng là Bộ câu hỏi tuổi và các giai đoạn ASQ-

3 (Ages and Stages Questionnaire, Third Edition), được sử dụng bởi các cán bộ y tế đã được tập huấn.

+ Trong độ tuổi từ sơ sinh đến 68 tháng tuổi có thể sử dụng bộ công cụ Mullen scales of early Learning để đánh giá về nhận thức của trẻ.

+ Ở trẻ từ 6 tuổi trở lên, trí tuệ được cho là ổn định hơn và có thể được đánh giá bằng công cụ chuẩn đo lường chỉ số IQ. Với những trẻ đã hoặc đang tham gia các hoạt động học tập tại trường học, các kỹ năng học đường cũng cần được lưu ý xem xét như: đọc, viết, làm toán, tự điều chỉnh bản thân tại môi trường lớp học... Đánh giá nhận thức, trí tuệ (IQ) có thể gặp khó khăn khi áp dụng với trẻ tự kỷ do những khiếm khuyết về giao tiếp và ngôn ngữ, do đó khi thực hiện cần có những thích ứng và diễn giải riêng.

+ Công cụ đánh giá chuẩn trí tuệ trẻ 6-16 tuổi thường được dùng là trắc nghiệm trí tuệ WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) phiên bản 4 hoặc 5, được thực hiện bởi những cán bộ tâm lý lâm sàng đã được đào tạo.

- Nội dung: Các lĩnh vực đánh giá ở trẻ nhỏ (mức độ phát triển dưới 6 tuổi) có thể là kỹ năng vận động, ngôn ngữ, cá nhân xã hội, giải quyết vấn đề, thích ứng; ở trẻ lớn (mức độ phát triển trên 6 tuổi) là tập trung chú ý, trí nhớ, chỉ số trí tuệ IQ, thích ứng: *Về vận động*: bao gồm đánh giá sự phát triển các kỹ năng vận động tinh, vận động thô. Đánh giá vận động quan trọng vì một số nghiên cứu cho biết có mối liên hệ giữa chậm phát triển vận động trong giai đoạn sớm và việc phát triển ngôn ngữ với kỹ năng thích ứng về sau ở trẻ tự kỷ, đồng thời trẻ tự kỷ gặp tỷ lệ cao hơn có những khó khăn vận động thô và phối hợp vận động [15], [16]. Thiếu sót những kỹ năng vận động về lâu dài có thể làm giảm cơ hội phát triển kỹ năng xã hội và học tập chủ động, ngoài ra có thể là một yếu tố nguy cơ gây ra thừa cân và béo phì [17].

▪ *Về chức năng thích ứng*: đánh giá khả năng thực hiện các hành động độc lập và thành thạo, kiểm soát được môi trường xung quanh theo lứa tuổi và theo kỳ vọng của xã hội và cộng đồng. Như vậy, trẻ cần được đánh giá khả năng thực hiện những kỹ năng tự phục vụ cá nhân, thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, sử dụng các thiết bị, phương tiện quen thuộc... Sau khi đánh giá, các thông tin thu nhận bao gồm: mức độ độc lập của trẻ; mức độ trẻ cần trợ giúp hoặc giám sát; và các lĩnh vực cụ thể có khiếm khuyết. Chức năng thích ứng thường kém ở trẻ khuyết tật trí tuệ, nhưng với trẻ tự kỷ, kể cả khi chỉ số IQ của trẻ ở mức trung bình thì chức năng thích ứng vẫn suy giảm [18]. Vineland Adaptive Behavior Scales phiên bản thứ 2 (Vineland-2) đã được nghiên cứu và thích ứng tại Việt Nam, là công cụ hữu ích dùng để đánh giá chức năng thích ứng cho trẻ tự kỷ và trẻ chậm phát triển trí tuệ [19]. Vineland. Hiện tại Vineland phiên bản thứ 3

(Vineland-3) bước đầu đang được đưa vào sử dụng trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng.

- *Về tư duy*: là một đánh giá rộng trên một loạt kỹ năng như: trí nhớ, tập trung chú ý, giải quyết vấn đề, nhận thức/trí tuệ... Đánh giá cần chỉ rõ những khiếm khuyết và mức độ khiếm khuyết ở các kỹ năng, đồng thời xác định những điểm mạnh để sau này giúp thiết lập chương trình can thiệp cá nhân phù hợp.

Với trẻ dưới 6 tuổi, chức năng nhận thức/trí tuệ được cho là khá linh hoạt, có thể thay đổi theo thời gian. Việc đánh giá ở trẻ nhỏ chủ yếu nhằm xác định mức độ phát triển tâm thần vận động theo lứa tuổi, từ đó xác định những vấn đề ưu tiên cần can thiệp. Kết quả đánh giá lúc này chưa đủ để dự đoán chính xác về các năng lực nhận thức/trí tuệ trong tương lai.

(3) Đánh giá sức khỏe thể chất và các vấn đề đi kèm

a) Đánh giá sức khỏe và các bệnh lý đi kèm

- Mục đích: Đánh giá này giúp xác định trẻ có có các bệnh lý hoặc vấn đề sức khỏe khác có liên quan tới các biểu hiện hành vi của trẻ tự kỷ, từ đó đưa ra những cách giải quyết, hỗ trợ phù hợp.

- Nội dung:

- + Khám sức khỏe tổng quát: bao gồm tình trạng thể chất, đánh giá tổng quát các hệ thống cơ quan, bộ phận, dinh dưỡng, các bất thường bẩm sinh và đặc điểm dị hình nếu có. Sau đó, bác sĩ sẽ chuyển gửi tới các bác sĩ chuyên khoa khác trong trường hợp cần đánh giá hoặc can thiệp chuyên sâu.

- + Khám chuyên khoa Tiêu hóa, Dinh dưỡng nếu có vấn đề về các rối loạn ăn uống, rối loạn tiêu hóa: nôn, táo bón, chậm tăng cân hoặc thừa cân, béo phì...

- + Khám chuyên khoa Thần kinh: nếu có bất thường hệ thần kinh, động kinh, co giật... Có thể thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng như chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI), điện não đồ.

- + Khám chuyên khoa Tai- Mũi- Họng: kiểm tra thính lực, giải phẫu tai mũi họng.

- + Khám chuyên khoa Răng- Hàm- Mặt: kiểm tra giải phẫu hàm mặt, tình trạng dính phanh lưỡi.

- + Khám chuyên khoa nội tiết – di truyền – chuyển hóa: nếu có các dấu hiệu nghi ngờ bất thường di truyền như bộ mặt bất thường, dị tật bẩm sinh, nốt mảng bất thường màu sắc trên da... Trẻ có thể được chỉ định làm các xét nghiệm nhiễm sắc thể và sàng lọc các rối loạn chuyển hóa, các xét nghiệm di truyền chuyên sâu.

+ Khám chuyên khoa Miễn dịch: kiểm tra tình trạng dị ứng, hen phế quản, bất dung nạp thực phẩm nếu có nghi ngờ.

+ Thực hiện các xét nghiệm độc chất, ví dụ chì, nếu nghi ngờ phơi nhiễm chì.

+ Khám chuyên khoa Tâm thần: xem xét các vấn đề hành vi, tăng động giảm chú ý, lo âu, trầm cảm, ám ảnh nghi thức, rối loạn giấc ngủ nếu có.

+ Một số chuyên khoa khác: mắt, hô hấp, tim mạch, ngoại khoa... nếu cần.

b) Đánh giá rối loạn hành vi

- Mục đích:

+ Trẻ tự kỷ có thể gặp tỷ lệ cao có các rối loạn hành vi như: tăng động, hành vi tự làm đau, tính dễ bị kích thích, cơn xung động cấu giận, hành vi thủ phạm... Xác định được các hành vi có vấn đề rất hữu ích cho chăm sóc và can thiệp trẻ tự kỷ.

Sau khi xác định hành vi, đánh giá chức năng các hành vi có vấn đề giúp thực hiện kế hoạch quản lý hành vi theo phương pháp phân tích hành vi chức năng.

- Người thực hiện: Ở những cơ sở không đáp ứng được nhu cầu làm việc nhóm đa ngành, có thể cán bộ chuyên môn duy nhất là bác sĩ. Trong trường hợp này, bác sĩ cần sẵn sàng chuyển gửi trẻ đến những đơn vị khác có những chuyên ngành, chuyên khoa khác phù hợp để có những đánh giá chuyên sâu về lĩnh vực mà mình không thực sự chắc chắn.

Công cụ: Bảng kiểm hành vi tự kỷ (Autism Behavior Checklist – ABC) là một trong những công cụ giúp bác sĩ hoặc chuyên viên tâm lý xác định các hành vi của trẻ có rối loạn phổ tự kỷ; Quan sát trực tiếp hoặc dựa vào bảng hỏi/báo cáo của gia đình.

- Nội dung: Đánh giá bao gồm mô tả chi tiết: loại hành vi, thời điểm xuất hiện, bối cảnh trước, trong và sau khi xuất hiện hành vi, các vấn đề khác kèm theo, các yếu tố ảnh hưởng, đáp ứng với can thiệp trước đó. Thời gian đánh giá các nội dung là linh hoạt, tùy vào đặc điểm trẻ và bối cảnh đánh giá, nhưng cần đảm bảo đủ để khai thác các thông tin có chất lượng. Do sự phát triển của trẻ em và các biểu hiện tự kỷ có thể biến đổi theo thời gian, các đánh giá nên được thực hiện trong cùng khoảng thời gian để có thể đưa ra những kết quả nhất quán và xác định nhu cầu hỗ trợ phù hợp, kịp thời và tương xứng với tình trạng hiện tại của trẻ [11].

- Nội dung đánh giá chẩn đoán là toàn diện, bao gồm các triệu chứng cốt lõi, sự phát triển toàn diện của trẻ, các vấn đề thể chất và rối loạn đi kèm.

- Chẩn đoán lấy trẻ tự kỷ là trung tâm, chú ý tới những điểm mạnh của trẻ.

- Thời gian đánh giá là linh hoạt, nhưng đảm bảo đủ để khai thác thông tin có chất lượng.

1.2. Bước 2: Thiết lập chẩn đoán

1.2.1. Mục tiêu: Đưa ra chẩn đoán lâm sàng về rối loạn phổ tự kỷ và những tình trạng liên quan

1.2.2. Nội dung: Các thông tin thu thập từ bước 1 được tổng hợp và phân tích, sau đó đưa ra kết luận.

a) Chẩn đoán xác định: xem xét sự đáp ứng với các tiêu chí trong tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ.

b) Chẩn đoán phân biệt: xem xét nguyên nhân các vấn đề của trẻ có phải do các bệnh lý khác hoặc các rối loạn khác.

Chẩn đoán phân biệt cần được loại trừ dần bởi việc xem xét kỹ lưỡng các triệu chứng thực thể, các vấn đề đi kèm, sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, hội chẩn các chuyên khoa khác. Một số chẩn đoán phân biệt thường gặp:

- Các rối loạn phát triển thần kinh khác:
 - + Chậm phát triển ngôn ngữ
 - + Khuyết tật trí tuệ hoặc chậm phát triển tổng thể
 - + Các rối loạn giao tiếp
- Khuyết tật nghe – nói
- Các rối loạn tâm thần khác:
 - + Tăng động giảm chú ý
 - + Rối loạn lo âu
 - + Không nói chọn lọc
 - + Rối loạn sự gắn bó
 - + Rối loạn ám ảnh nghi thức
- Các rối loạn có sự thoái lui phát triển
 - + Hội chứng Rette
 - + Hội chứng Landau Kleffner

c) Chẩn đoán mức độ: Phân loại mức độ nặng tự kỷ không phải nội dung bắt buộc của đánh giá chẩn đoán. Tuy nhiên, phân loại mức độ giúp dễ dàng trong trao đổi thông tin giữa các nhà chuyên môn, giữa nhà chuyên môn và gia đình, đồng thời thuận lợi hơn trong xác định các loại hình hỗ trợ, can thiệp cần thiết.

Theo quy định của luật Khuyết tật Việt Nam, rối loạn phổ tự kỷ được xếp là một dạng khuyết tật. Kết quả chẩn đoán là cơ sở hỗ trợ cho hội đồng xác định mức

độ khuyết tật, là cơ sở để trẻ tự kỷ nhận các chế độ bảo trợ xã hội. Có nhiều cách xác định mức độ của rối loạn phổ tự kỷ, tùy vào công cụ mà các nhà nghiên cứu và các nhà lâm sàng sử dụng để đo lường. Theo DSM-5: có ba mức độ cần thiết hỗ trợ cho mỗi nhóm triệu chứng: Mức 1- cần hỗ trợ; Mức 2 – cần hỗ trợ đáng kể; Mức 3 - cần hỗ trợ rất nhiều. Theo CARS: điểm số thang đo xác định các mức độ nặng của các triệu chứng tự kỷ: 31-36 điểm: mức độ nhẹ và trung bình; từ 37 điểm trở lên: mức độ nặng. Tuy nhiên, cả hai cách phân chia mức độ này hiện đều chưa tương thích với quy định về các mức độ khuyết tật trong luật hiện hành. Cần lưu ý rằng DSM-5 cho biết mức độ cần hỗ trợ của người có rối loạn phổ tự kỷ có thể khác nhau ở từng hoàn cảnh, và cũng thay đổi theo thời gian [11].

d) Chẩn đoán các tình trạng đi kèm: Xác định các rối loạn phát triển thần kinh, tâm thần khác hoặc vấn đề sức khỏe thể chất đã hoặc đang đồng thời hiện diện trên trẻ. Một số bệnh lý và rối loạn đòi hỏi bác sĩ chuyên khoa đánh giá, gợi ý hoặc kết luận. Những chẩn đoán này cũng thường đi kèm với một phương hướng / kế hoạch điều trị, can thiệp riêng. Tất cả những thông tin về sức khỏe này đều cần được cập nhật trong một báo cáo chung về chẩn đoán.

đ) Xác định mức độ phát triển của trẻ: Kết quả đánh giá tại mỗi lĩnh vực (ngôn ngữ, vận động, cá nhân – xã hội) có thể xác định mức độ phát triển của trẻ ở lĩnh vực đó. Đồng thời, đánh giá về trí tuệ có thể xác định được thương số thông minh (IQ) và mức độ các kỹ năng thích ứng.

e) Xác định điểm mạnh: Là đưa ra những đặc điểm riêng của trẻ và/hoặc gia đình trẻ mà có thể tạo thuận lợi cho quá trình phát triển hay quá trình can thiệp. Nếu sau khi cân nhắc trẻ không đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ, cần xem xét những chẩn đoán khác và giải thích gia đình, giới thiệu họ đến các dịch vụ khám hoặc can thiệp khác phù hợp.

Lưu ý: Ở một số trẻ em khi đến khám, các thông tin thu thập có thể không đủ rõ ràng để đáp ứng với một chẩn đoán xác định rối loạn phổ tự kỷ, cần phải theo dõi và đánh giá lại vào một thời điểm khác để có kết luận chính xác hơn [20]. Đó là những trẻ:

- Tuổi thực dưới 24 tháng tuổi
- Trẻ có tuổi phát triển dưới 18 tháng tuổi
- Trẻ thiếu các thông tin về giai đoạn đầu đời (ví dụ, trẻ được bảo trợ hoặc con nuôi)
- Trẻ vị thành niên

- Trẻ có các rối loạn phát triển thần kinh, tâm thần đi kèm phức tạp (ví dụ như chậm phát triển ngôn ngữ, chậm phát triển toàn toàn diện, tăng động giảm chú ý, rối loạn cư xử, rối loạn gắn bó), suy giảm giác quan (ví dụ như giảm thính lực hay thị lực nặng), hoặc một rối loạn vận động như bại não.

Đồng thời trong quá trình đánh giá, nếu không thống nhất được chẩn đoán giữa những người tham gia đánh giá hoặc gia đình không đồng ý với chẩn đoán, cần tiếp tục theo dõi trẻ, thu thập thêm thông tin và đánh giá lại vào một thời điểm khác hoặc tham khảo thêm ý kiến của một chuyên gia khác cùng lĩnh vực.

- Không loại trừ thiết lập chẩn đoán từ chỉ một đánh giá duy nhất của bác sĩ, nhưng cần đánh giá bổ sung từ các nhà chuyên môn khác để đảm bảo chất lượng chẩn đoán.
- Chẩn đoán không bắt buộc phải thiết lập từ lần đánh giá đầu tiên, trong một số trường hợp sẽ cần đánh giá thêm ở các lần khám khác, hoặc tham khảo ý kiến của một chuyên gia khác cùng lĩnh vực.
- Chẩn đoán phân biệt là một phần bắt buộc, phân biệt rối loạn phổ tự kỷ và các rối loạn phát triển khác, các tình trạng khác tương tự.
- Chẩn đoán mức độ là cần thiết, và mức độ có thể thay đổi theo bối cảnh và thời gian.

1.3. Bước 3: Trao đổi với gia đình và hẹn tái khám

1.3.1. Mục tiêu: Giúp gia đình hiểu được đặc điểm của trẻ, vấn đề trẻ đang gặp phải, thúc đẩy động lực can thiệp của gia đình.

1.3.2. Nội dung:

Cha mẹ và những thành viên khác trong gia đình thường là những người đầu tiên nhận ra những biểu hiện bất thường ở trẻ, có động lực lớn trong hỗ trợ, giúp đỡ trẻ phát triển. Cha mẹ luôn là người đồng hành quan trọng nhất đối với trẻ tự kỷ và các nhà chuyên môn xuyên suốt quá trình khám và can thiệp. Do đó, đây là hoạt động rất quan trọng nhằm đảm bảo cha mẹ có nhận thức tốt về tình trạng của trẻ, chấp nhận chẩn đoán và sẵn sàng trong quá trình can thiệp và quản lý trẻ tự kỷ về sau.

Sau quá trình khám, cán bộ y tế cần giải thích rõ về các kết luận dựa trên những bằng chứng thông qua phỏng vấn và quan sát được ở trẻ. Các biểu hiện cốt lõi của rối loạn phổ tự kỷ cần được đưa ra thảo luận với cha mẹ, nhằm đảm bảo

cha mẹ có thể quan sát được, hiểu và theo dõi được các triệu chứng này. Các rối loạn đi kèm cũng cần được mô tả và giải thích, đặc biệt các vấn đề về ăn uống, giấc ngủ và các rối loạn hành vi. Trao đổi với cha mẹ cần tiến hành dần dần theo khả năng hiểu và chấp nhận của cha mẹ, không nên dồn dập đưa quá nhiều thông tin cùng một lúc, tránh sử dụng quá nhiều từ chuyên môn, khuyến khích cha mẹ phản hồi và đặt câu hỏi. Trong trao đổi, cần nhấn mạnh những điểm mạnh của trẻ, những điều trẻ có thể làm được tốt hơn hoặc những kỹ năng đặc biệt. Tất cả trẻ em đều có thể phát triển và học tập được, trong đó có trẻ tự kỷ.

Can thiệp sớm cũng là một nội dung cần thảo luận với cha mẹ tại thời điểm này. Người đánh giá, chẩn đoán cần nhấn mạnh tầm quan trọng của can thiệp sớm, giải thích ngắn gọn những nội dung can thiệp và hướng dẫn cha mẹ về việc liên hệ với các cơ sở can thiệp trên địa bàn.

Khi trẻ nhận được chẩn đoán có rối loạn phổ tự kỷ, cha mẹ có thể trải qua chuỗi cảm xúc: sốc, đau buồn, tức giận, phủ nhận, cảm giác cô đơn và chấp nhận. Các giai đoạn cảm xúc này có thể diễn ra với thời gian và cường độ khác nhau tùy theo đặc điểm cá nhân của mỗi người. Điều quan trọng là những người làm việc với gia đình trẻ tự kỷ cần tiếp cận theo cách tôn trọng sự khác biệt về văn hóa, nhận thức, luôn quan tâm chia sẻ và hỗ trợ cha mẹ kiểm soát cảm xúc trong quá trình đồng hành với trẻ.

Đối với trẻ lớn có mức độ nhận thức tốt hơn, đặc biệt trẻ tuổi vị thành niên, một số nội dung chẩn đoán có thể được trao đổi trực tiếp với trẻ. Điều này giúp trẻ hiểu rõ những khó khăn của bản thân và những điểm mạnh, từ đó có thể giúp gia tăng sự phối hợp trong các hoạt động can thiệp tại gia đình và nhà trường, tăng sự tự tin của trẻ.

Cán bộ y tế cũng cần thiết giải thích cho cha mẹ và trẻ hiểu về tầm quan trọng của theo dõi và tái khám định kỳ. Các biểu hiện của rối loạn phổ tự kỷ có thể thay đổi theo thời gian, đồng thời có thể xuất hiện các bệnh lý, rối loạn khác ở bất kỳ thời điểm nào. Vì vậy trẻ cần được tái khám nhằm theo dõi sát diễn biến, giúp xác định những chiến lược can thiệp, điều trị, tư vấn phù hợp với từng giai đoạn. Đặc biệt với những trẻ có rối loạn hành vi, rối loạn giấc ngủ, các bệnh lý tiêu hóa, thần kinh... mà cần phải sử dụng thuốc, cha mẹ không nên tự ý cho con dùng thuốc hoặc ngừng thuốc không theo chỉ dẫn của bác sĩ. Việc khám định kỳ có thể giúp phát hiện các tác dụng phụ không mong muốn của thuốc, hoặc đưa ra những liệu pháp điều trị khác phù hợp hơn với đặc điểm của trẻ.

- Trao đổi với gia đình trẻ có rối loạn phổ tự kỷ sau chẩn đoán cần trình bày cụ thể, rõ ràng, toàn diện các vấn đề của trẻ, lưu ý tới điểm mạnh.
- Nội dung trao đổi hướng tới tạo động lực cho gia đình tham gia can thiệp sớm.
- Khuyến khích gia đình phản hồi, đặt câu hỏi
- Tái khám định kỳ là quan trọng, giúp theo dõi diễn biến rối loạn phổ tự kỷ.

C. HƯỚNG DẪN VỀ CAN THIỆP TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

I. Mục đích và tầm quan trọng của can thiệp

Khái niệm: Can thiệp cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ là sự trợ giúp dành cho tất cả các trẻ em có nguy cơ hoặc đã được chẩn đoán có rối loạn phổ tự kỷ, là những tác động có chủ đích, có kế hoạch, có phương pháp và được cá nhân hóa theo từng trường hợp của các nhà chuyên môn. Can thiệp, phục hồi chức năng cho trẻ còn bao gồm việc hỗ trợ gia đình tiếp cận các dịch vụ và phối hợp liên ngành tạo điều kiện thuận lợi cho trẻ khi tham gia vào các chương trình can thiệp, phục hồi chức năng.

Can thiệp sớm: là những tác động cho trẻ nhỏ dưới 6 tuổi, lý tưởng là trước 3 tuổi. Can thiệp bắt đầu càng sớm càng tốt, có thể ngay khi phát hiện trẻ có khó khăn hoặc chậm trễ mà chưa cần đợi kết quả chẩn đoán chính xác từ các nhà chuyên môn.

1. Mục đích can thiệp

- Giảm thiểu các ảnh hưởng chức năng do những khiếm khuyết về giao tiếp và tương tác xã hội, các hành vi rập khuôn, mối quan tâm giới hạn và các vấn đề đi kèm gây ra cho trẻ và gia đình trẻ.
- Loại trừ, giảm thiểu hoặc ngăn ngừa các hành vi không mong muốn làm cản trở học tập và sự phát triển của trẻ.
- Nâng cao khả năng độc lập nhất có thể bằng cách tạo điều kiện thuận lợi cho việc học tập và đạt được các kỹ năng thích ứng, phát huy những điểm mạnh và tiềm năng của trẻ có rối loạn phổ tự kỷ.

2. Tầm quan trọng của can thiệp

Can thiệp, phục hồi chức năng cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ dựa trên nguyên lý “**Tất cả trẻ em đều có thể học được**”. Trẻ tự kỷ cũng có thể học được, nhưng học theo cách riêng của trẻ. Việc tham gia các hoạt động học tập sẽ đem lại những ý nghĩa to lớn không chỉ với trẻ mà với cả gia đình và xã hội.

a) Đối với trẻ: Can thiệp, đặc biệt là can thiệp sớm, có thể làm giảm mức độ ảnh hưởng của những khiếm khuyết và giúp trẻ đạt được những kỹ năng phát triển cần thiết để có một cuộc sống độc lập và thoải mái trong khả năng có thể. Bằng chứng từ các nghiên cứu cho biết can thiệp sớm giúp cải thiện hiệu quả điều trị và làm tăng chất lượng sống của trẻ và gia đình sau này [21], [22]. Can thiệp sớm trẻ tự kỷ được coi như là một sự đầu tư thông minh vì không những đem lại sự tiến bộ cho trẻ mà còn làm giảm những chi phí vốn rất tốn kém cho hỗ trợ, quản lý trẻ tự kỷ sau này [4]. Ngược lại với can thiệp sớm, can thiệp muộn hơn liên quan tới việc gia tăng mức độ nặng của các triệu chứng tự kỷ. Tuy nhiên, cần lưu ý là can thiệp ở bất cứ lứa tuổi nào cũng đều đem lại lợi ích cho trẻ và gia đình. Ngay sau khi được chẩn đoán trẻ cần nhận được các hoạt động can thiệp càng sớm càng tốt.

b) Đối với gia đình: Khi tham gia tích cực các hoạt động can thiệp, cha mẹ và các thành viên khác trong gia đình sẽ hiểu biết về rối loạn phổ tự kỷ và các kỹ năng can thiệp, trợ giúp. Điều này giúp họ hiểu trẻ, giảm được những căng thẳng, khó khăn khi trong gia đình có người tự kỷ, xây dựng được những mối quan hệ tốt hơn, nâng cao chất lượng sống của cả gia đình.

c) Đối với xã hội: Can thiệp làm giảm gánh nặng xã hội của rối loạn phổ tự kỷ. Nhờ can thiệp, trẻ tự kỷ có cuộc sống độc lập hơn, có thể có công việc và một sức khỏe tâm thần tốt hơn, từ đó có những đóng góp hữu ích cho sự phát triển xã hội.

- Mọi trẻ tự kỷ đều có thể học được theo cách riêng.
- Can thiệp có vai trò quan trọng cho cả trẻ, gia đình và xã hội.

II. Những nguyên tắc can thiệp

1. Trẻ là trung tâm

Mỗi trẻ tự kỷ đều có đặc điểm riêng, vì vậy cần thiết kế một chương trình can thiệp riêng biệt, đặc trưng và có tính cá nhân cho mỗi trẻ. Quá trình can thiệp cần phải đánh giá định kỳ để xem xét mức độ hiệu quả và điều chỉnh cho phù hợp với giai đoạn phát triển mới của trẻ.

2. Phù hợp với môi trường xã hội

Mỗi địa phương sẽ có đặc điểm riêng về thói quen nuôi dạy trẻ em, văn hóa, ngôn ngữ, hệ thống trường lớp, hệ thống dịch vụ dành cho trẻ tự kỷ. Vì vậy, chương trình can thiệp cần cân nhắc khả năng tiếp cận dịch vụ của gia đình trẻ tự kỷ tại địa phương.

3. Nội dung can thiệp toàn diện nhưng cụ thể: là can thiệp tác động đa lĩnh vực

Các biểu hiện cốt lõi, các kỹ năng phát triển, nhận thức, thích ứng, các hành vi có vấn đề, các vấn đề sức khỏe đi kèm... Mỗi lĩnh vực được quan sát và đánh giá để đưa ra kế hoạch can thiệp với các mục tiêu can thiệp cụ thể, có khả năng đo lường, khả thi, phù hợp và có mốc thời gian (SMART). Chương trình can thiệp là một tổng hợp đa ngành, hướng tới mục tiêu chung và lồng ghép các mục tiêu cụ thể của từng lĩnh vực.

4. Can thiệp diễn ra liên tục và hàng ngày

Can thiệp, phục hồi chức năng diễn ra thường xuyên, lặp đi lặp lại và tích cực. Các hoạt động can thiệp được thực hiện cả ở cơ sở giáo dục, gia đình và nơi công cộng. Các nhà chuyên môn thảo luận với gia đình để xác định các mục tiêu có hệ thống, các hoạt động dạy được thiết kế phù hợp với mỗi môi trường. Thời lượng can thiệp cần cân nhắc phù hợp với trẻ và gia đình.

5. Can thiệp cá nhân và can thiệp nhóm

Trẻ tự kỷ được can thiệp 1-1 với kế hoạch giáo dục cá nhân. Ngoài ra trẻ cần có các hoạt động nhóm để gia tăng các kỹ năng giao tiếp, tương tác xã hội và điều chỉnh hành vi.

6. Gia đình tham gia tích cực

Gia đình đặc biệt quan trọng trong xây dựng kế hoạch và thực hiện can thiệp dưới hướng dẫn của nhà chuyên môn. Sự tham gia can thiệp của gia đình sẽ giúp:

- Trẻ có nhiều nguồn lực hỗ trợ hơn
- Trẻ được can thiệp liên tục và nhất quán ở nhiều môi trường khác nhau, thúc đẩy tối đa sự tiến bộ của trẻ.
- Cha mẹ có niềm tin vào bản thân, niềm tin vào sự phát triển của trẻ.
- Trẻ được sống trong môi trường an toàn và hỗ trợ phát triển.

Trong gia đình, cha mẹ hoặc người chăm sóc chính đóng vai trò quan trọng nhất, và là đối tượng trực tiếp nhận những hướng dẫn, đào tạo về can thiệp. Trong tài liệu này, thuật ngữ cha mẹ được dùng để chỉ người chăm sóc chính trong những trường hợp gia đình thiếu vắng cha mẹ.

7. Chương trình can thiệp được đánh giá định kỳ và điều chỉnh

Tính hiệu quả của chương trình cần được đánh giá định kỳ bằng những công cụ đo lường khách quan và/hoặc đối chiếu với các mục tiêu can thiệp đã đặt

ra. Từ đó chương trình có thể điều chỉnh, thay đổi, bổ sung mục tiêu, hoạt động can thiệp.

8. Môi trường can thiệp có cấu trúc

Môi trường can thiệp bao gồm không gian, thời gian biểu, các thói quen có thể dự đoán, các đặc trưng của trẻ, các phương tiện thị giác, người tham gia can thiệp... Môi trường can thiệp cần ổn định, mang lại cho trẻ cảm giác thân quen và an toàn. Việc thay đổi môi trường cần có kế hoạch trước và tiếp cận dần dần nhằm tạo cho trẻ tính thích ứng và giảm căng thẳng.

9. Khuyến khích tham gia các hoạt động với trẻ phát triển thông thường

Nội dung mỗi chương trình can thiệp tuy khác nhau nhưng có chung kết quả mong đợi là tối đa hóa khả năng trẻ tự kỷ hòa nhập xã hội, tham gia được các hoạt động tại trường lớp, thể thao, vui chơi giải trí. Vì vậy cần tránh việc tách trẻ khỏi môi trường bình thường, giúp trẻ có nhiều trải nghiệm với trẻ cùng lứa, giúp trẻ có các kỹ năng ứng phó với các tình huống xã hội đa dạng, nâng cao tính độc lập cho trẻ. Tuy nhiên, tùy theo mức độ tự kỷ và khả năng hòa nhập của mỗi trẻ để tổ chức hoạt động hòa nhập một cách phù hợp.

III. Người tham gia can thiệp

1. Vai trò của những người tham gia can thiệp

a) Bác sĩ: Phát hiện, đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị các vấn đề sức khỏe hoặc bệnh lý kèm theo; Chỉ định và theo dõi quá trình sử dụng thuốc nếu cần; Theo dõi, đánh giá diễn biến quá trình can thiệp của trẻ.

b) Chuyên viên tâm lý: Đánh giá sự tiến triển của các kỹ năng phát triển; can thiệp hành vi, can thiệp các vấn đề cảm xúc của trẻ; tham vấn tâm lý cho gia đình.

c) Kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu: Phát triển các kỹ năng lời nói, ngôn ngữ, giao tiếp chức năng và tự nhiên cho trẻ.

d) Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu: Tăng cường khả năng độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày; giảm thiểu các khó khăn trong điều hòa giác quan.

đ) Kỹ thuật viên vật lý trị liệu: Cải thiện những kỹ năng vận động, nhận thức về tư thế, cử động cơ thể.

e) Giáo viên giáo dục đặc biệt: Những người được đào tạo về giáo dục cho trẻ khuyết tật. Giáo viên giáo dục đặc biệt có thể được đào tạo để thực hiện các phương pháp, mô hình can thiệp cụ thể nào đó, ví dụ như phân tích hành vi ứng dụng (ABA), hỗ trợ hành vi tích cực (positive behavior supports), hoặc mô hình phát triển sớm Denver (ESDM).

f) Những cán bộ khác: Trong trường hợp trẻ có các vấn đề thuộc về chuyên khoa sâu thì cần có thêm các thành viên khác tham gia điều trị, ví dụ:

- Bác sĩ chuyên khoa thần kinh
- Bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa và dinh dưỡng

2. Làm việc nhóm

Một trẻ tự kỷ có thể có khó khăn ở nhiều lĩnh vực khác nhau, vì vậy không có một phương pháp can thiệp duy nhất tác động tất cả vấn đề. Để đảm bảo tính nhất quán, hệ thống và hiệu quả trong suốt quá trình can thiệp thì cần phối hợp làm việc nhóm đa ngành. Làm việc nhóm không chỉ mang lại lợi ích cho trẻ tự kỷ mà còn hữu ích cho mỗi thành viên trong nhóm trong việc trao đổi, chia sẻ, học hỏi kiến thức chuyên môn.

Trưởng nhóm là bác sĩ, là người chịu trách nhiệm tập hợp nhóm, tổ chức các cuộc họp, điều phối hoạt động của các thành viên, ra quyết định cuối cùng và thay mặt nhóm làm việc với gia đình. Các cuộc họp và thảo luận trường hợp diễn ra sau khi có đánh giá đầy đủ về trẻ và định kỳ trong quá trình can thiệp. Lựa chọn cán bộ tham gia làm việc nhóm tùy kết quả đánh giá và nhu cầu can thiệp của trẻ và gia đình. Các thành viên hiểu và thực hiện được vai trò theo lĩnh vực chuyên môn, tôn trọng và hỗ trợ những người khác, có trách nhiệm phối hợp và cập nhật thông tin về trẻ, đảm bảo kế hoạch can thiệp ở mỗi chuyên ngành được tích hợp trong một kế hoạch chung có hệ thống, toàn diện và khoa học. Tài liệu về kế hoạch, hoạt động can thiệp cụ thể cho trẻ và hướng dẫn gia đình được viết rõ ràng và mọi thành viên đều tiếp cận được.

3. Vai trò của gia đình

Cha mẹ tham gia tích cực vào quá trình can thiệp, được đào tạo hướng dẫn bởi các nhà chuyên môn, sau đó áp dụng thực hành lên trẻ, cải thiện môi trường sống, tạo điều kiện tối ưu cho sự phát triển của trẻ.

Cha mẹ cũng được tiếp cận thường xuyên với kế hoạch can thiệp, góp ý kiến nhằm giúp kế hoạch được thực hiện tối ưu tại môi trường gia đình và các môi trường khác.

Quá trình can thiệp cần một nhóm làm việc đa ngành.

IV. Các phương pháp can thiệp

Hiện nay tại Việt Nam và trên thế giới có nhiều phương pháp can thiệp khác nhau cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. Mỗi phương pháp có thể tác động đến một hoặc nhiều lĩnh vực phát triển của trẻ.

1. Can thiệp tâm lý – giáo dục

Các phương pháp trong nhóm này được chia thành các trường phái khác nhau. Mỗi trường phái có giả thuyết riêng về cách tiếp cận, mục tiêu và hệ thống các hoạt động riêng. Gia đình và các nhà chuyên môn có thể sử dụng một hoặc phối hợp nhiều phương pháp để mang lại hiệu quả tốt nhất. Người thực hành mỗi phương pháp can thiệp đòi hỏi phải được đào tạo và có kiến thức chuyên sâu.

a) Trường phái hành vi: Gồm những phương pháp dựa trên nguyên lý Phân tích hành vi ứng dụng (Applied Behavior Analysis – ABA). Đây là “các phương pháp can thiệp dựa trên các nguyên lý của học thuyết học tập, được áp dụng theo quy trình một cách có hệ thống, nhằm cải thiện các hành vi xã hội một cách có ý nghĩa, và để đạt được điều đó, người cung cấp dịch vụ chịu trách nhiệm về sự cải thiện về mặt hành vi” [23]. Đây cũng cách tiếp cận được áp dụng nhiều nhất, có nhiều nghiên cứu nhất và có những bằng chứng khoa học mạnh mẽ nhất về hiệu quả can thiệp [24].

* Một số phương pháp theo nguyên lý ABA: Dạy từng lượt riêng biệt (Discrete Trial Training); Can thiệp hành vi tạo đà (Pivotal Response Training - PRT); Huấn luyện bắt chước qua lại (Reciprocal Imitation Training - RIT); Can thiệp hành vi ngôn ngữ (Verbal Behavior – VB); Can thiệp hành vi nhận thức (Cognitive Behavior Intervention – CBI)... Để xác định phương pháp can thiệp phù hợp nhất cũng như cách kết hợp giữa tối ưu giữa các phương pháp can thiệp, nhà trị liệu hành vi phải làm việc với gia đình và trẻ để xác định các kỹ năng cần được tập trung can thiệp và xác định mục tiêu phù hợp [4]. Nghiên cứu cho biết với trẻ dưới 12 tuổi, khi được can thiệp liên tục nhiều giờ trong 1 tuần bằng các phương pháp theo ABA cho thấy trẻ có khả năng cao sẽ đạt được các mục tiêu cá nhân đã được thiết kế trước đó [25].

b) Trường phái phát triển: Là những phương pháp can thiệp áp dụng các nguyên tắc của khoa học phát triển, sử dụng trình tự, sự tiếp nối phát triển thông thường là khung cho đánh giá và lập kế hoạch can thiệp. Trường phái/ cách tiếp cận này tập trung vào mối quan hệ, lấy trẻ làm trung tâm, và dựa trên chơi đùa. Thông qua tương tác với người khác (ví dụ như nhà trị liệu, cha mẹ), trẻ học cách giao tiếp, điều hòa cảm xúc và xây dựng nền tảng để từ đó phát triển tư duy, tương tác xã hội [26].

* Nhiều phương pháp áp dụng các nguyên tắc của trường phái phát triển này như Hoạt động trên sàn (Floortime); Can thiệp phát triển quan hệ (Relationship Developmental Intervention - RDI), Chương trình Nhiều hơn lời nói của Hannen. Một thử nghiệm lâm sàng đối chứng cho biết cha mẹ được huấn luyện theo phương pháp DIR-Floortime ít kiểm soát trẻ hơn, trẻ có điểm số đáp

ứng xã hội cao hơn nhưng IQ và thang điểm về ngôn ngữ không cho thấy sự khác biệt rõ rệt [27].

c) Can thiệp phối hợp các trường phái: phối hợp cả các phương pháp hành vi và phát triển, được thực hiện có hệ thống. Bao gồm:

- Mô hình phát triển sớm Denver (Early Start Denver Model - ESDM): tích hợp các thành phần của ABA và các nguyên lý phát triển. Mô hình này đặt trọng tâm vào xây dựng các mục tiêu học tập dựa trên trường phái phát triển và chú trọng các kỹ năng xã hội, thực hành trong các bối cảnh tự nhiên [28]. Trong một thử nghiệm đa trung tâm có sử dụng ESDM cho thấy trẻ bắt đầu can thiệp sớm và nhận được nhiều giờ can thiệp có liên quan đến các chức năng được cải thiện của trẻ [29].

- Trị liệu và giáo dục cho trẻ tự kỷ và trẻ có khó khăn về giao tiếp (Training and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children - TEACCH): Là một chương trình can thiệp còn được gọi là “giảng dạy có cấu trúc”, bao gồm giáo án phát triển có công cụ lượng giá, đặt nặng tính cấu trúc, như: sắp đặt các hoạt động có quy luật, sử dụng các thời gian biểu trực quan, sắp đặt môi trường vật lý để tối đa hóa việc học và tránh bối rối (ví dụ: giảm thiểu sự xao lãng và/hoặc rối loạn điều hòa giác quan). Phần hướng dẫn có các hoạt động được soạn sẵn, được sắp xếp theo cách thức giúp trẻ có thể dự đoán trước và sử dụng các công cụ hỗ trợ trực quan [30].

d) Các liệu pháp trị liệu cụ thể: Là những phương pháp tác động vào những khó khăn cụ thể bằng những kỹ thuật đặc biệt. Các trị liệu này thường được phối hợp hoặc nằm trong các chương trình can thiệp cụ thể. Ví dụ:

- Ngôn ngữ trị liệu (Speech therapy - ST): bao gồm một số kỹ thuật được thiết kế để phối hợp các cơ chế của việc phát âm, hiểu ý nghĩa và giá trị xã hội của ngôn ngữ. Đây là hình thức can thiệp được sử dụng phổ biến đối với trẻ có rối loạn phổ tự kỷ [31].

- Hoạt động trị liệu (Occupational Therapy - OT): tổng hợp các kỹ năng nhận thức, thể chất và vận động. Mục tiêu của OT là giúp cá nhân có thể tự lập và hòa nhập tốt hơn trong cuộc sống. Với trẻ tự kỷ, hoạt động trị liệu có thể tập trung vào việc dạy cho trẻ chơi đùa phù hợp, học tập, và những kỹ năng sống cơ bản.

đ) Can thiệp thông qua cha mẹ (parent mediated intervention)

Đây là phương pháp can thiệp trẻ thông qua chương trình huấn luyện cha mẹ có hệ thống, được chứng minh tính hiệu quả qua một số nghiên cứu [32]. Các chương trình can thiệp thông qua cha mẹ tập trung vào việc cung cấp kiến thức về rối loạn phổ tự kỷ và những chiến lược, kỹ thuật can thiệp, từ đó cha mẹ có thể

độc lập thực hiện tại gia đình. Chương trình này có thể tác động vào các triệu chứng cốt lõi hoặc các vấn đề hành vi thường gặp ở trẻ tự kỷ, các kỹ thuật có thể được xây dựng dựa trên các tiếp cận ABA trong môi trường tự nhiên. Các buổi huấn luyện cho cha mẹ có thể được thực hiện tại gia đình, phòng khám, trường học, các cơ sở cộng đồng hoặc huấn luyện từ xa [4].

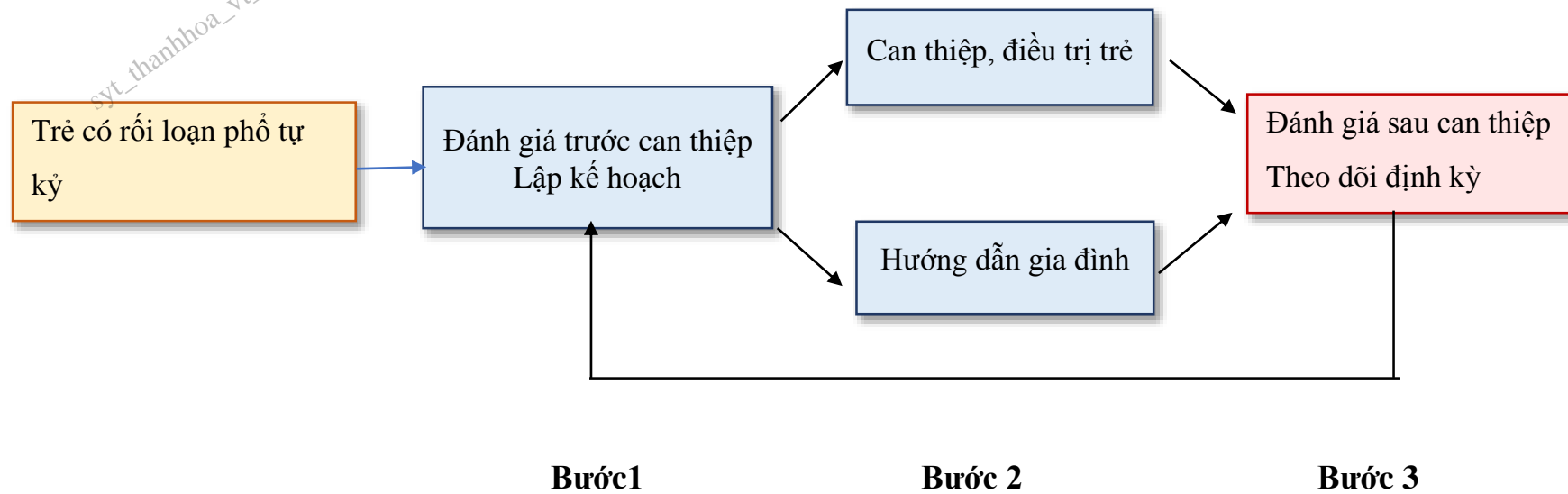
2. Can thiệp y sinh học

Các phương pháp can thiệp y sinh học đối với trẻ tự kỷ bao gồm: sử dụng thuốc hỗ trợ, ăn kiêng, Oxy cao áp, giải độc hệ thống, châm cứu, bấm huyệt, cấy chỉ, ghép tế bào gốc, phản hồi thần kinh... Các phương pháp này bắt nguồn từ giả thuyết cho rằng rối loạn phổ tự kỷ có liên quan đến những khó khăn thể chất, ví dụ như tổn thương não bộ, các vấn đề hệ tiêu hóa, miễn dịch... Tuy nhiên, cho đến nay, những biện pháp chưa đủ bằng chứng khoa học thuyết phục, ví dụ: nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng không cho thấy hiệu quả điều trị ở trẻ có chế độ ăn không gluten và không casein [33]. Do vậy đây thường được coi là những biện pháp “không chính thống” và chưa được khuyến cáo trong các hướng dẫn can thiệp rối loạn phổ tự kỷ ở nhiều quốc gia trên thế giới.

- Có đa dạng phương pháp can thiệp rối loạn phổ tự kỷ, theo các tiếp cận khác nhau.
- Nhiều phương pháp đã được chứng minh tính hiệu quả qua các nghiên cứu khoa học.
- Cần áp dụng các phương pháp can thiệp dựa trên bằng chứng.

V. Quy trình can thiệp

Sơ đồ quy trình:



1. Cách thức thực hiện

1.1. Bước 1: Đánh giá trước can thiệp và lập kế hoạch

1.1.1. Mục tiêu: xác định tình trạng và nhu cầu của trẻ có rối loạn phổ tự kỷ, mong muốn và khả năng của gia đình, các nguồn lực hỗ trợ và rào cản trong môi trường xã hội xung quanh trẻ, từ đó lập kế hoạch can thiệp cá nhân phù hợp.

1.1.2. Nơi thực hiện: Là nơi tổ chức các hoạt động can thiệp trẻ tự kỷ, ví dụ: bệnh viện, cơ sở giáo dục chuyên biệt, cơ sở giáo dục hòa nhập.

1.1.3. Nội dung

a) Đánh giá trước can thiệp

* **Đối với trẻ tự kỷ:** Đánh giá mức độ phát triển, các thiếu sót, điểm mạnh của trẻ trong mỗi lĩnh vực phát triển. Khác với đánh giá chẩn đoán là xem xét cả một quá trình, đánh giá trước can thiệp tập trung vào thiếu sót hiện tại của trẻ và hệ quả của những thiếu sót đó để đưa ra những mục tiêu cần can thiệp, cũng như xác định những điểm mạnh, sở thích của trẻ để phát huy, tạo động lực cho trẻ. Nếu can thiệp được thực hiện ngay sau chẩn đoán thì dữ liệu từ nội dung đánh giá chẩn đoán được tiếp tục sử dụng và bổ sung thêm những thông tin cần thiết nhằm lập kế hoạch can thiệp. Nếu trẻ tự kỷ đã được chẩn đoán từ trước đó (cách vài tháng hoặc vài năm), cần đánh giá lại chi tiết các lĩnh vực tại thời điểm hiện tại.

Mỗi thành viên trong nhóm can thiệp có thể đánh giá và xác định mục tiêu can thiệp trẻ theo lĩnh vực chuyên môn của mình. Sau đó, một báo cáo tổng hợp được xây dựng dựa vào kết quả của tất cả các đánh giá và mục tiêu này, từ đó thiết lập kế hoạch can thiệp cá nhân; trong đó, ý kiến và mong muốn của gia đình được ghi nhận, tôn trọng.

- Đánh giá sức khỏe thể chất và các bệnh lý đi kèm: Do bác sĩ thực hiện. Đánh giá nhằm xác định các vấn đề sức khỏe hoặc bệnh lý đi kèm ảnh hưởng đến trẻ và đến quá trình can thiệp, đưa ra hướng giải quyết, điều trị.

- Đánh giá ngôn ngữ và giao tiếp: Do kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu thực hiện. Đánh giá nhằm giúp xác định được: (1) tình trạng hiện tại về ngôn ngữ và giao tiếp, mức độ bắt đầu can thiệp; (2) những trở ngại ảnh hưởng đến việc học tập và tiếp thu ngôn ngữ; (3) các phương thức giao tiếp hỗ trợ và thay thế phù hợp; (4) kỹ thuật, biện pháp dạy hiệu quả nhất; (5) bối cảnh/môi trường có thể đáp ứng tốt nhất nhu cầu của trẻ [34]. Công cụ đánh giá có thể là các bảng kiểm ngôn ngữ và giao tiếp, thực hiện qua các hoạt động phỏng vấn và quan sát trẻ.

- Đánh giá kỹ năng xã hội: Do cán bộ giáo viên giáo dục thực hiện. Đánh giá nhằm xác định năng lực tham gia các hoạt động xã hội của trẻ: tương tác qua

lại, tự điều chỉnh, hình thành mối quan hệ, tham gia được các hoạt động có tính xã hội...

- Đánh giá các kĩ năng vận động: Do kĩ thuật viên hoạt động trị liệu hoặc vật lý trị liệu thực hiện. Đánh giá nhằm xác định mức độ phát triển vận động (bao gồm vận động tinh, vận động thô) và những khó khăn cụ thể liên quan tư thế, trương lực cơ, phối hợp... vận động, những hệ quả của những khó khăn này trong việc thực hiện các chức năng. Công cụ đánh giá có thể là những bảng kiểm hoặc quan sát, phỏng vấn lâm sàng.

- Đánh giá những khó khăn giác quan và hệ quả: Do kĩ thuật viên hoạt động trị liệu thực hiện. Đánh giá nhằm xem xét hệ quả của những khó khăn giác quan đối với các hoạt động chức năng (VD: gây cản trở can thiệp, góp phần tạo nên những hành vi có vấn đề...), từ đó xác định những rối loạn ưu tiên cần được giải quyết.

- Đánh giá tư duy/nhận thức và kĩ năng học tập ở trẻ lớn: Do giáo viên giáo dục đặc biệt hoặc chuyên viên tâm lý thực hiện. Đánh giá nhằm xác định mức độ phát triển của kĩ năng thích ứng; trí tuệ; khả năng học tập của trẻ.

- Đánh giá hành vi có vấn đề và hệ quả: Do giáo viên giáo dục đặc biệt hoặc chuyên viên tâm lý thực hiện. Đánh giá nhằm xác định chi tiết loại hành vi gây cản trở đến can thiệp hoặc các hoạt động chức năng của trẻ và gia đình, những hành vi có thể gây nguy hiểm cho trẻ và người khác, tìm hiểu chức năng, ý nghĩa của các hành vi này. Bác sĩ có thể cùng tham gia đánh giá này nhằm loại trừ những nguyên nhân thực thể tác động đến hành vi cảm xúc của trẻ.

- Các đánh giá khác: sở thích, những hoạt động vui chơi, phong cách học tập...

*** Đối với gia đình trẻ tự kỷ:** Do bác sĩ hoặc giáo viên giáo dục đặc biệt thực hiện. Đánh giá nhằm xác định mức độ sẵn sàng tham gia vào các hoạt động can thiệp: Khả năng sắp xếp thời gian, không gian, đồ chơi, vật liệu can thiệp; mối quan hệ giữa các thành viên; vấn đề sức khỏe thể chất và tinh thần của các thành viên; tiềm năng kinh tế, tài chính; các nguồn hỗ trợ khác; mối liên kết giữa gia đình với các nhà chuyên môn, với cộng đồng.

*** Đối với môi trường xã hội xung quanh trẻ:** Do bác sĩ hoặc giáo viên giáo dục thực hiện. Đánh giá những thuận lợi và khó khăn liên quan quá trình can thiệp: nhận thức cộng đồng; việc cung cấp các dịch vụ; hỗ trợ chính sách.

Lưu ý: Trong trường hợp cơ sở can thiệp không có đủ chuyên gia để làm việc nhóm đa ngành như đã nêu, không loại trừ việc đánh giá tất cả các lĩnh vực được thực hiện bởi một cán bộ duy nhất, thường là giáo viên giáo dục đặc biệt. Tuy nhiên, việc đánh giá này có hạn chế, không chuyên sâu tại mỗi lĩnh vực kỹ

năng. Người đánh giá cần hiểu rõ điều này, có thể chuyển gửi trẻ tới các nhà chuyên môn khác để có những đánh giá phù hợp.

b) Xác định mục tiêu can thiệp:

- Dựa vào kết quả đánh giá, từng cán bộ chuyên môn và gia đình sẽ thảo luận, đưa ra mục tiêu cụ thể phù hợp với đặc điểm riêng của trẻ theo đánh giá trên, cân nhắc nhu cầu ưu tiên, khả năng thực hiện của gia đình và nguồn lực hiện có tại địa phương.

c) Nguyên tắc xác định mục tiêu can thiệp

- Xác định mục tiêu trong vùng phát triển gần của trẻ, từ các kỹ năng trẻ chưa thành thục, ở mức thấp nhất trong chuỗi các kỹ năng trẻ phải học hoặc cần hỗ trợ ở mỗi lĩnh vực.

- Mục tiêu có tính cá thể hóa, gắn với những sở thích, đặc điểm riêng, nhu cầu cấp thiết của trẻ và mong muốn, khả năng của gia đình. Vì vậy, trong rất nhiều mục tiêu, cần xác định những mục tiêu ưu tiên, tránh dàn trải.

- Xác định các mục tiêu có tính thực hiện được, đo lường được, thống nhất giữa nhà chuyên môn và gia đình.

Người tham gia can thiệp trẻ tự kỷ có thể tham khảo cách viết mục tiêu thông minh **SMART**. Đây là một phương pháp được sử dụng thường xuyên, có ưu điểm đặt trẻ vào trung tâm. Nguyên tắc viết mục tiêu SMART là:

| | |
|------------------------------|--|
| Specific | Mục tiêu can thiệp cần cụ thể, dễ hiểu. |
| Measurable | Mục tiêu phải đo lường được bằng các phương pháp/công cụ lượng giá. |
| Attainable/Achievable | Trẻ có khả năng đạt được mục tiêu sau quá trình can thiệp. |
| Relevant | Thực tế, phù hợp với tổn thương hoặc khiếm khuyết, đặc điểm của trẻ. |
| Time-bound | Xác định thời gian đạt được mục tiêu đề ra. |

Các loại mục tiêu: Mỗi mục tiêu cần xác định khoảng thời gian đạt được, giúp định hướng các hoạt động giữa người can thiệp và trẻ, những mong đợi và cách thức đánh giá.

- Mục tiêu ngắn hạn: Những điều cần đạt được trong khoảng thời gian theo tuần hoặc tháng;

- Mục tiêu trung hạn và dài hạn: Những điều cần đạt được trong khoảng thời gian hàng quý hoặc hàng năm.

d) Lập kế hoạch can thiệp cá nhân: Phụ lục 2. Mẫu kế hoạch can thiệp với mục tiêu từng tháng của một trẻ tự kỷ.

Kế hoạch can thiệp được xây dựng sau khi xác định mục tiêu, nằm trong nội dung của buổi họp nhóm đa ngành. Tại các buổi họp, các cán bộ chuyên môn sẽ trình bày các kế hoạch chuyên sâu ở mỗi lĩnh vực mà mình phụ trách. Trưởng nhóm có trách nhiệm tổng hợp thành một kế hoạch chung và tất cả những người tham gia can thiệp, bao gồm cha mẹ đều có thể tiếp cận được. Kế hoạch có tính cá nhân, đặt trẻ vào vị trí trung tâm. Kế hoạch can thiệp ban đầu có thể được điều chỉnh linh hoạt thông qua các buổi họp nhóm đa ngành định kỳ, thường là mỗi 6 tháng. Kế hoạch có thể được thực hiện ở các môi trường khác nhau: bệnh viện, trường học mầm non, các cơ sở giáo dục chuyên biệt, gia đình, nơi công cộng. Xây dựng kế hoạch bao gồm các nội dung:

- Xác định các lĩnh vực cần can thiệp, trong đó mỗi lĩnh vực đưa ra mục tiêu ngắn hạn, trung hạn và dài hạn phù hợp với đặc điểm và nhu cầu của trẻ.

- Các hoạt động và những bài tập trong mỗi lĩnh vực dự kiến nhằm đạt mục tiêu can thiệp

- Xác định vai trò của những người tham gia: cha mẹ, bác sĩ, các kỹ thuật viên, giáo viên đặc biệt.

- Đo lường hiệu quả can thiệp đối với từng mục tiêu và với tình trạng chung.

Đánh giá trước can thiệp tập trung vào những thiếu sót hiện tại và ảnh hưởng chức năng của những thiếu sót này tới trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và gia đình.

- Xác định mục tiêu can thiệp theo tiếp cận SMART.
- Lập kế hoạch can thiệp đặt trẻ tự kỷ vào trung tâm. Các hoạt động can thiệp trong kế hoạch được thiết kế cho cá nhân trẻ, dựa vào những đặc điểm, nhu cầu hỗ trợ, điều kiện của gia đình và địa phương.
- Kế hoạch can thiệp có thể được điều chỉnh linh hoạt theo thời gian, theo các giai đoạn phát triển của trẻ.

1.2. Bước 2: Thực hiện kế hoạch can thiệp

Gồm 2 hoạt động chính là Can thiệp, điều trị trẻ có rối loạn phổ tự kỷ và Hướng dẫn, huấn luyện gia đình.

1.2.1. Can thiệp, điều trị trẻ có rối loạn phổ tự kỷ

a) **Mục tiêu:** Thực hiện các hoạt động can thiệp theo kế hoạch, nhằm đạt được mục tiêu đề ra, một cách hệ thống và hiệu quả.

b) **Nơi thực hiện:** Có nhiều nơi cung cấp các dịch vụ can thiệp, lựa chọn nơi can thiệp cần cân nhắc nhiều yếu tố: mức độ nặng của các vấn đề của trẻ, dịch vụ hiện có tại địa phương, điều kiện kinh tế gia đình, sự ưa thích của cha mẹ.

- **Bệnh viện:** là nơi có thể cung cấp toàn diện các nội dung can thiệp cho tất cả trẻ tự kỷ ở mọi mức độ. Bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương có điều kiện tốt để phối hợp làm việc đa ngành, có các kỹ thuật viên được đào tạo chuyên sâu về ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu ... Hiện nay một số hoạt động can thiệp trẻ tự kỷ, dưới hình thức là các quy trình kỹ thuật, đã được Bảo hiểm y tế chi trả theo quy định. Điều này góp phần giảm gánh nặng chi phí cho gia đình.

- **Cơ sở chăm sóc giáo dục trẻ khuyết tật** (cơ sở can thiệp sớm, trường chuyên biệt, trường hòa nhập và trung tâm hỗ trợ và phát triển giáo dục hòa nhập): thường được lựa chọn đối với trẻ tự kỷ ở mức độ trung bình hoặc nặng. Tại đây, tỷ lệ trẻ/giáo viên ở mức độ thấp để đảm bảo trẻ có thời gian can thiệp cá nhân và can thiệp nhóm nhỏ. Các cơ sở có thể có nhiều dạng tật khác nhau, tuy nhiên chương trình can thiệp được thiết kế riêng cho mỗi cá nhân.

Trẻ có thể can thiệp toàn thời gian hoặc bán thời gian tại các cơ sở này, tùy đặc điểm trẻ và điều kiện dịch vụ tại địa phương. Ngoài ra, trẻ có thể vừa tham gia giáo dục chuyên biệt vừa đi học hòa nhập tại trường học bình thường. Một số cơ sở chuyên biệt còn được gọi là những trung tâm hỗ trợ hòa nhập, tập trung vào can thiệp sớm cho trẻ, đánh giá khả năng hòa nhập, trang bị những kỹ năng cần thiết để sau giai đoạn can thiệp chuyên biệt có thể gửi trẻ học hòa nhập. Một số cơ sở có các hoạt động dạy nghề cho trẻ tự kỷ ở tuổi vị thành niên và đầu thanh niên.

- **Cơ sở giáo dục hòa nhập** là những trường học trong hệ thống giáo dục quốc gia. Tại đây, trẻ tự kỷ được học tập, vui chơi trong môi trường hòa nhập cùng các trẻ không khuyết tật, qua đó phát huy tiềm năng của bản thân, phát triển toàn diện, mang lại cái nhìn tích cực và nhân văn của cộng đồng về người có rối loạn phổ tự kỷ.

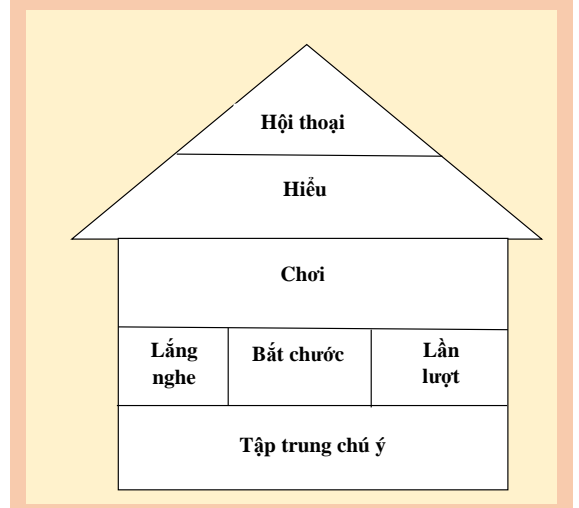
Thông thường, trẻ tự kỷ mức độ nhẹ được khuyến khích tham gia giáo dục hòa nhập. Giáo dục hòa nhập có thể diễn ra ở tất cả các bậc học từ mầm non, tiểu học, trung học cơ sở và trung học phổ thông. Lý tưởng thì mỗi trẻ tự kỷ có riêng một chương trình cá nhân với những mục tiêu và những hoạt động hoạt động riêng phù hợp với

năng lực của trẻ. Khi đó cần có sự thích nghi của lớp học, giáo viên, chương trình học, các hoạt động, phương thức lượng giá theo đặc điểm và nhu cầu của trẻ tự kỷ.

c) Nội dung: Tổ chức thực hiện kế hoạch can thiệp đã được lập tại bước 1.

(1) Can thiệp về giao tiếp và ngôn ngữ

Lĩnh vực này được thực hiện bởi kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu và hoặc giáo viên giáo dục đặc biệt. Trong ngôn ngữ và giao tiếp, các kỹ năng can thiệp được chia theo nhóm dựa vào mô hình phát triển giao tiếp ở trẻ em (tham khảo ngôi nhà phát triển giao tiếp ở hình bên). Các kỹ năng này đi từ thấp đến cao, nội dung can thiệp ở mỗi kỹ năng ở mỗi trẻ tự kỷ được thiết kế tùy mức độ phát triển của trẻ.



Phương pháp can thiệp lĩnh vực này là có thể theo trường phái hành vi hoặc phát triển, hoặc phối hợp các phương pháp để đạt được hiệu quả cao nhất có thể. Trong đó, hỗ trợ trực quan (hình chụp, hình vẽ, đồ vật, từ ngữ, hoặc danh sách) là một phương thức hỗ trợ giao tiếp hiệu quả [35].

- **Kỹ năng chú ý chung:** là một kỹ năng nền tảng trong phát triển bắt chước, chơi, tương tác xã hội, giao tiếp và ngôn ngữ của trẻ em. Can thiệp nâng cao chú ý chung là một trọng tâm trong can thiệp sớm rối loạn phổ tự kỷ. Trong đó, tạo động lực, gây hứng thú giúp trẻ tham gia các hoạt động cùng người khác là điều quan trọng, từ đó trẻ hình thành kỹ năng chia sẻ sự quan tâm, thích thú, hoạt động với người khác thông qua ánh mắt, cử chỉ, lời nói.

- **Kỹ năng bắt chước:** là một kỹ năng quan trọng trong quá trình học tập và phát triển của trẻ. Dạy trẻ bắt chước là nội dung nằm trong mọi kế hoạch can thiệp. Can thiệp nâng cao kỹ năng bắt chước có thể thực hiện bằng cách: bắt chước lại hoạt động của trẻ, mô tả, làm mẫu, chờ đợi, trợ giúp trẻ làm theo bằng cử chỉ và củng cố. Nội dung dạy bắt chước là các cử động nét mặt, thể hiện cảm xúc, chuyển động cơ thể, thao tác với đồ vật, các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, âm thanh, từ ngữ, cư xử với người khác...

- **Kỹ năng luân phiên/lần lượt:** Luân phiên/lần lượt rất quan trọng trong giao tiếp, bắt đầu từ khi trẻ được sinh ra và diễn ra qua hầu hết hoạt động trao đổi thông tin trong khi chơi, giao tiếp. Trẻ tự kỷ cần được dạy về chờ đợi, lượt của mình, lượt của người khác trong các hoạt động qua lại, đặc biệt là hội thoại. Thông qua luân lượt, trẻ cũng hiểu về khởi xướng và đáp ứng giữa mọi người khi giao tiếp.

- **Kĩ năng chơi:** Là hoạt động chủ đạo của mọi trẻ em, là cách trẻ học và hiểu về môi trường xung quanh, cũng là cách giúp trẻ hình thành ngôn ngữ, kĩ năng giải quyết vấn đề, xây dựng sự linh hoạt, trí tưởng tượng và khả năng hiểu về biểu tượng. Các hoạt động can thiệp kĩ năng chơi bao gồm:

+ Đa dạng hóa các hoạt động chơi (trò chơi, đồ chơi, cách chơi, người chơi cùng)

+ Gia tăng tính xã hội của hoạt động chơi: từ chơi không có chủ đích đến chơi một mình, chơi quan sát, chơi song song, chơi kết hợp và chơi hợp tác

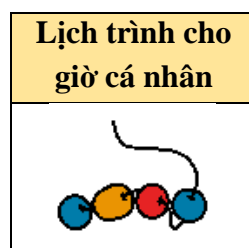
+ Gia tăng tính phức tạp của trò chơi: từ chơi đơn giản đến chơi kết hợp, chơi tiền biểu tượng và chơi biểu tượng.












- **Kĩ năng sử dụng cử chỉ và giao tiếp không lời:** Cử chỉ và giao tiếp không lời không chỉ là một thành phần của giao tiếp mà còn có ý nghĩa dự đoán phát triển ngôn ngữ sau này ở trẻ tự kỷ [36]. Dạy sử dụng giao tiếp không lời ở trẻ nhỏ bao gồm: Khuyến khích giao tiếp mắt – mắt; Dạy các cử chỉ bằng tay/ cơ thể thông thường; Dạy về biểu cảm khuôn mặt; Phát triển các mối quan tâm chung; Đưa (để người khác giúp đỡ, để chia sẻ, hoặc thể hiện); Chỉ tay (yêu cầu, nhận xét).

- **Kĩ năng tiếp nhận ngôn ngữ:** Đối với kĩ năng này, trẻ tự kỷ cần được dạy để hiểu các thông tin bằng lời nói và qua những cử chỉ không lời. Một trong những nguyên tắc giúp trẻ hiểu lời là nguyên tắc 4 chữ S: Say less – nói ít một, từng điều một; Stress – nói nhấn mạnh vào những từ chính; go Slow – nói chậm rãi, cho trẻ thời gian xử lý thông tin và phản hồi; Show – chỉ ra đồng thời cho trẻ thấy những gì liên quan lời nói (VD tranh ảnh, hiện tượng) và sử dụng những hành động, cử chỉ hỗ trợ lời nói [37].

Tuy nhiên, nhiều trẻ tự kỷ kém chú ý chung, hoặc có khả năng tư duy tri giác bằng hình ảnh tốt hơn âm thanh, hoặc có vấn đề liên quan điều hòa giác quan thính giác dẫn tới kém thu nhận những thông tin qua lời nói. Vì vậy, can thiệp cần sử dụng phối hợp các phương tiện hình ảnh, đối với trẻ lớn thì phối hợp lời nói và chữ viết. Trẻ sẽ hiểu tốt hơn khi vừa được nghe, vừa được nhìn/cảm nhận bằng các giác quan, được trải nghiệm qua hành động và có cơ hội được thực hành lặp đi lặp lại.

Ví dụ về sử dụng lịch trình bằng hình ảnh:



| | | |
|--|---|--|
| Tắm | Xâu hạt | Bóng gym |
|  | 1 4 9 5 2 8 |  |
| Xem tivi | Học toán | Nhảy |
|  |  |  |
| Ăn cơm | Viết | Thể dục |
|  |  |  |
| Chơi | Xếp hình | Tung bóng |
|  |  |  |
| Học bài | Hát | Thiền |

- Kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ:

Có 6 giai đoạn phát triển lời nói của trẻ tự kỷ là: Tiền ngôn ngữ; Những từ đầu tiên; Nói cụm từ; Kết hợp từ; Nói thành câu hoàn chỉnh; Ngôn ngữ phức tạp [38]. Sau khi đã xác định trẻ hiện đang ở giai đoạn nào, các nhà trị liệu ngôn ngữ hoặc giáo viên giáo dục đặc biệt có thể thiết kế các hoạt động hoặc sử dụng các kỹ thuật can thiệp đặc trưng cho từng giai đoạn và phù hợp với đặc điểm trẻ. Sử dụng giao tiếp thay thế và hỗ trợ (Augmentative or Alternative Communication - AAC) thích hợp với trẻ rất ít hoặc chưa có lời nói chức năng, trong đó Phương pháp giao tiếp bằng trao đổi tranh (Pictures Exchange Communication System - PECS) có thể giúp trẻ học khởi xướng giao tiếp [38].

Luyện phát âm: nhiều trẻ tự kỷ gặp khó khăn trong phát âm rõ ràng và chính xác, vì vậy trẻ cần được các kỹ thuật viên trị liệu ngôn ngữ tập luyện các bài tập đặc biệt về phối hợp cử động môi, răng, lưỡi hàm để phát âm và các bài tập luyện hơi, luyện thổi. Rối loạn âm lời nói cũng là vấn đề thường gặp, cần các kỹ thuật trị liệu riêng biệt.

Đối với trẻ tự kỷ chưa có lời nói, bao gồm cả trẻ mầm non và vị thành niên, một số chiến lược can thiệp có thể hữu ích trong mở rộng vốn từ, phát triển lời nói là: Khuyến khích chơi để tạo cơ hội giao tiếp đa dạng; Bắt chước trẻ để từ đó khuyến khích trẻ bắt chước và lần lượt; Chú trọng giao tiếp không lời, bao gồm

tiếp xúc mắt và cường điệu hóa các cử chỉ để trẻ chú ý, hiểu, bắt chước và phản ứng lại; Đợi, cho trẻ thời gian để phản hồi, củng cố bất cứ âm thanh hoặc cử chỉ phản hồi nào của trẻ; Nói/bình luận về những thứ/hoạt động xung quanh trẻ bằng những từ ngữ đơn giản, ngắn gọn, rõ ràng; Nương theo sở thích của trẻ: dạy trẻ nói về những điều/hoạt động trẻ thích thú; Sử dụng những hỗ trợ trực quan để hỗ trợ, ví dụ PECS. Với trẻ tự kỷ đã nói được nhưng gặp khó khăn trong diễn đạt lời nói và chủ động giao tiếp, cần tạo các cơ hội để trẻ giao tiếp bằng lời nói một cách tự nhiên và có ý nghĩa. Trẻ có biểu hiện nhại lời hoặc sắp xếp từ ngữ trong câu không phù hợp, là những đặc điểm thường gặp trong quá trình phát triển ngôn ngữ của trẻ tự kỷ. Do vậy người can thiệp không nhất thiết phải dập tắt mà cần gia tăng dạy ngôn ngữ tiếp nhận và sử dụng phương pháp hành vi ngôn ngữ (Verbal Behavior - VB), bao gồm làm mẫu và củng cố, để thay thế bằng những câu nói phù hợp hơn.

Ngữ dụng, hay còn gọi ngôn ngữ thực dụng - tức sử dụng ngôn ngữ một cách phù hợp trong các tình huống xã hội, là thiếu sót giao tiếp thường gặp nhất ở trẻ tự kỷ. Có nhiều kĩ thuật theo trường phái hành vi hoặc phát triển đã được thực hiện nhằm hỗ trợ trẻ tự kỷ, tất cả đều tập trung vào dạy những lĩnh vực nhỏ trong ngữ dụng như: dự đoán, trao đổi thông tin, lần lượt, nói theo chủ đề, các kĩ năng hội thoại, hình thành chuỗi câu trong một câu chuyện; hiểu các thông điệp ẩn, tham khảo/nhắc đến nguồn thông tin trong một bài nói chuyện; tính liên kết và mạch lạc. Ngoài ra, các khía cạnh xã hội như dự đoán xã hội, luận giải quan điểm, hiểu và bộc lộ, trao đổi cảm xúc phù hợp cũng là một phần trong nội dung can thiệp.

(2) Can thiệp các kĩ năng xã hội

Lĩnh vực này được thực hiện bởi giáo viên giáo dục đặc biệt. Kĩ năng xã hội là một tập hợp các kĩ năng con người sử dụng để tương tác, giao tiếp, giải quyết vấn đề trong cuộc sống nhằm hướng tới việc hình thành mối quan hệ xã hội và thích nghi tốt với đời sống xã hội [39]. Các kĩ năng xã hội cần can thiệp ở trẻ tự kỷ bao gồm:

- Tại môi trường gia đình: các kĩ năng tự phục vụ; sinh hoạt hàng ngày cơ bản; tương tác với các thành viên; thể hiện nhu cầu...
- Tại môi trường lớp học: Tuân thủ nội quy của lớp học, trường học; tự điều chỉnh hành vi, cảm xúc phù hợp; thực hiện các kĩ năng liên quan đến học tập theo lịch trình và yêu cầu của giáo viên; xây dựng và duy trì mối quan hệ bạn bè...
- Tại nơi công cộng: sử dụng các tiện ích công cộng (phương tiện giao thông, an toàn); các hoạt động vui chơi, mua sắm, tuân thủ luật lệ, tìm kiếm trợ giúp, ứng xử với mọi người...

Để phát triển các kỹ năng nói trên, có thể áp dụng các chiến lược can thiệp như sau: Chia nhỏ các kỹ năng cần dạy và gắn kỹ năng vào bối cảnh cụ thể; Làm mẫu – bắt chước – tạo thói quen; Sử dụng các hình thức gợi nhắc; Hình thành khả năng tự giám sát; Củng cố, khen thưởng; Tạo tình huống thực hành; Sử dụng câu chuyện xã hội; Sử dụng kịch bản; Sử dụng trò chơi giả vờ; Sử dụng video làm mẫu; Tổ chức hoạt động nhóm; Áp dụng vào môi trường tự nhiên với bạn cùng lứa hoặc hoạt động thực tiễn [34].

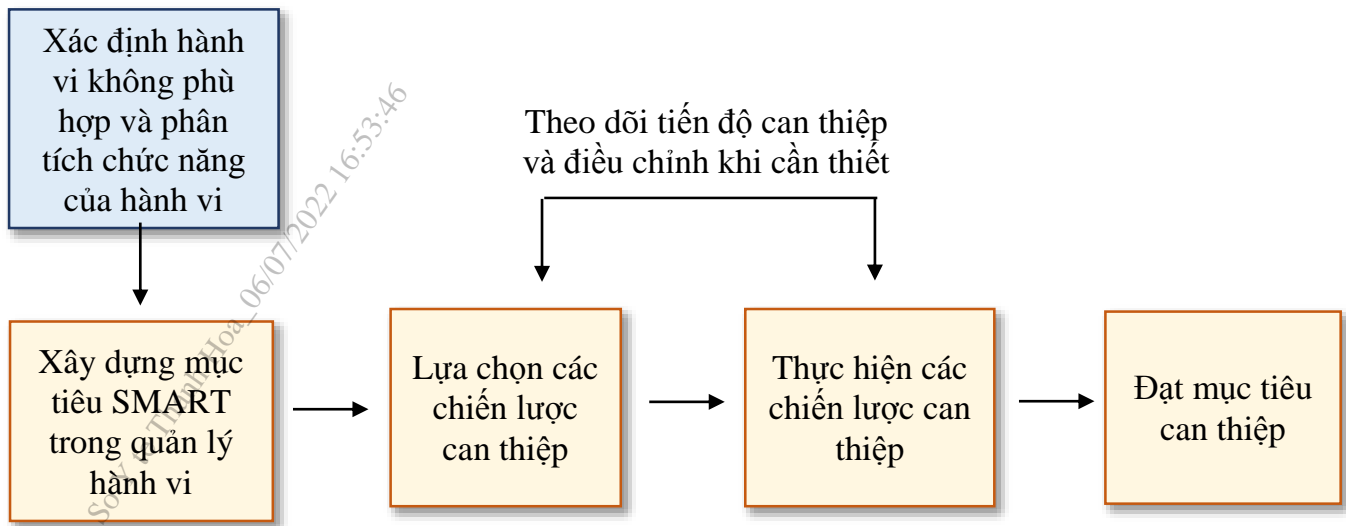
Do trẻ tự kỷ có những khó khăn trong thể hiện cảm xúc bản thân và nhận diện cảm xúc của người khác, trẻ cần được chỉ dẫn cụ thể về các trạng thái cảm xúc cơ bản thông qua tranh ảnh, câu chuyện, các ví dụ, tình huống, trò chơi đóng vai. Tiếp đến có thể dạy trẻ cách xác định và diễn giải những cảm xúc khác nhau ở đa dạng những sự kiện/tình huống, khả năng bày tỏ/ diễn tả cảm xúc, khả năng tiên đoán cảm xúc của người khác. Cuối cùng, trẻ được dạy để đáp lại cảm xúc của người khác và các kỹ năng tự điều chỉnh cảm xúc bản thân.

(3) Can thiệp về quản lý hành vi

Quản lý hành vi là một nội dung can thiệp quan trọng, thường được thực hiện bởi giáo viên giáo dục đặc biệt hoặc chuyên viên tâm lý đã được đào tạo về quản lý hành vi.

Các bước can thiệp giảm thiểu hành vi không phù hợp là [41]:

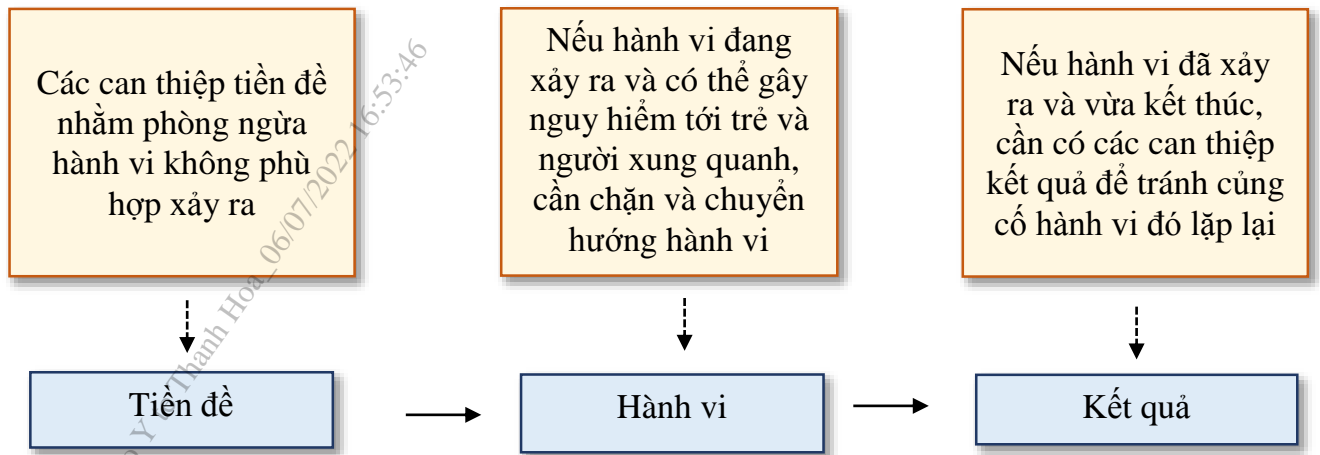
- Xác định hành vi ưu tiên cần giải quyết, trong đó chủ yếu dựa vào ảnh hưởng của hành vi lên các hoạt động chức năng của trẻ.
- Đánh giá chức năng của hành vi.
- Xây dựng mục tiêu SMART về giảm thiểu hành vi không phù hợp
- Xác định chiến lược thay đổi những yếu tố làm phát sinh hoặc duy trì hành vi. Chiến lược cần cân nhắc mức độ phát triển và các vấn đề đi kèm của trẻ cũng như đặc điểm của gia đình và môi trường sinh hoạt, học tập của trẻ để đảm bảo nhiều thành viên trong nhóm can thiệp có thể cùng thực hiện một cách thống nhất.
- Đo lường hành vi trước và sau can thiệp để đảm bảo mục tiêu đạt được và điều chỉnh chương trình can thiệp nếu chiến lược can thiệp đã lựa chọn không mang lại hiệu quả như mong đợi
- Thống nhất với gia đình và các nhà chuyên môn khác về các chiến lược can thiệp và đảm bảo áp dụng nhất quán các chiến lược này trong các môi trường khác nhau nhằm giúp trẻ giảm thiểu được các hành vi không mong muốn một cách triệt để.



Bước đầu tiên trong chương trình can thiệp giảm thiểu hành vi không phù hợp là xác định chức năng của hành vi, hay nói cách khác, là lí do của hành vi không phù hợp đó. Chức năng hành vi có thể là một hoặc nhiều chức năng trong 4 chức năng chính theo tiếp cận ABA: (1) thu hút sự chú ý, (2) né tránh nhiệm vụ, (3) đạt được đồ ăn đồ chơi yêu thích, (4) đạt được/trốn tránh các kích thích cảm giác. Ví dụ, có trẻ đánh tay vào đầu là mong muốn được bố mẹ chú ý tới, được bố mẹ vỗ về, ẵm bồng – Chính là chức năng gây sự chú ý. Lại có trẻ đánh tay vào đầu khi con muốn một đồ ăn đồ chơi gì đó mà không diễn đạt được. Để xác định được đúng chức năng này, thì Đánh giá chức năng hành vi chức năng (Functional Behavior Analysis – FBA) được coi là phương pháp hiệu quả với trẻ tự kỷ [40]. Phương pháp này bao gồm có đánh giá gián tiếp thông qua phỏng vấn, bảng hỏi với người chăm sóc và người can thiệp của trẻ, hoặc đánh giá trực tiếp là quan sát và đo lường dữ liệu về đặc điểm của hành vi B (biểu hiện, tần suất, mức độ nghiêm trọng) trong mối quan hệ với bối cảnh diễn ra trước hành vi (Tiền đề A – Antecedent), và kết quả của hành vi (Kết quả C – Consequence).

Sau khi đã xác định được hành vi không phù hợp cần can thiệp và thực hiện đánh giá chức năng của hành vi để xác định được trẻ đang muốn điều gì trong 4 chức năng chính ở trên, can thiệp viên sẽ đặt mục tiêu đúng tiêu chí mục tiêu thông minh. Ví dụ, sau 1 tháng can thiệp, trẻ sẽ giảm hành vi tự đánh tay vào đầu từ trung bình 30 lần/ngày như hiện tại xuống dưới 5 lần/ngày.

Để đạt được mục tiêu này, bước tiếp theo chính là lựa chọn các chiến lược can thiệp. Dựa trên chiều thời gian hành vi xảy ra, có thể phân loại các nhóm can thiệp thành can thiệp tiền đề, chặn và chuyển hướng hành vi hoặc can thiệp kết quả.



Có rất nhiều chiến lược can thiệp tiền đề được thực hiện trước khi hành vi không phù hợp xảy ra, nhằm ngăn ngừa sự xuất hiện của hành vi không phù hợp. Ví dụ như loại bỏ yếu tố khởi phát của hành vi không phù hợp. Chẳng hạn, có trẻ cứ nghe tiếng máy sấy là con khó chịu, bịt tai và khóc, vậy tạm thời tránh sấy tóc ở gần trẻ. Hoặc nếu trẻ lấy tay đập vào đầu để có được sự yêu thương, chú ý, thì trước khi hành vi không phù hợp này xảy ra, bố mẹ sẽ tương tác cùng trẻ, khen ngợi và khích lệ trẻ. Bằng cách này, trẻ không cần phải có các hành vi không phù hợp để thu hút sự chú ý của bố mẹ. Đây là ví dụ của can thiệp giảm động lực hành vi không phù hợp. Tuy vậy, phương pháp can thiệp bền vững và hiệu quả hơn là dạy trẻ hành vi thay thế. Ở hai trường hợp trên, tùy khả năng của từng trẻ, mà có thể dạy trẻ cách xua tay hay nói “con không thích nghe tiếng máy sấy” thay vì bịt tai và khóc để trẻ có thể tránh tiếng máy sấy tóc mà trẻ khó chịu. Hai trường hợp trẻ muốn được chú ý, có thể dạy trẻ biết thu hút sự chú ý phù hợp hơn như “mẹ chơi với con nhé”, thay cho việc trẻ lấy tay đập vào đầu. Với những trẻ có khó khăn sử dụng lời nói, thì có thể hỗ trợ bằng các công cụ AAC đã giới thiệu ở phần trên.

| Can thiệp tiền đề | | |
|--------------------------|---|------------------------------|
| Loại bỏ yếu tố khởi phát | Giảm động lực của hành vi không phù hợp | Dạy hành vi thay thế phù hợp |

Tương tự can thiệp tiền đề, can thiệp kết quả cũng có rất nhiều chiến lược khác nhau như phương pháp ngừng củng cố hay hình phạt. Ngừng củng cố là việc dừng cung cấp kết quả thuận lợi mà trước đây khiến cho hành vi lặp đi lặp lại. Ví dụ, trước đây trẻ cắn tay thì được ông bà đánh lạc hướng bằng chơi iPad. Sau khi phân tích được chức năng này, thì nếu hành vi cắn tay xảy ra, ông bà sẽ không

đưa iPad để đỡ trẻ, nếu không thì khi muốn iPad, trẻ sẽ tiếp tục cắn tay. Nếu chức năng của hành vi là thu hút sự chú ý, thì phương pháp ngừng củng cố sẽ là chiến lược phát lờ. Và nếu chức năng hành vi là muốn né tránh hoạt động/nhiệm vụ, thì phương pháp ngừng củng cố được áp dụng, chính là “không xóa lệnh” mà kích lệ trẻ thực hiện xong hoạt động đó. Phương pháp này sử dụng hiệu quả nếu được kết hợp với các can thiệp tiền đề ở trên. Việc sử dụng hình phạt là giải pháp sau cùng, sau khi đã cân nhắc và thực hiện các phương pháp khác vì hình phạt mang lại rất nhiều hậu quả tiêu cực với tâm lý và sự phát triển của trẻ. Ngoài ra có một số can thiệp khác như: sử dụng câu chuyện xã hội, trị liệu tâm lý nhận thức hành vi... Trong trường hợp các hành vi kém đáp ứng với các chiến lược quản lý trên, hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự an toàn cần có một đánh giá với bác sĩ tâm thần để điều trị thuốc hướng thần.

(4) Can thiệp phát triển thể chất, vận động và giác quan:

Can thiệp về vận động và giác quan do kỹ thuật viên trị liệu hoạt động hoặc vật lý trị liệu thực hiện. Can thiệp nhằm giải quyết các vấn đề như: thiếu năng lượng và giảm cơ lực; kém tự chủ kém về thăng bằng, vận tốc và sức mạnh của hoạt động; khó khăn điều khiển toàn cơ thể trong những hoạt động phức tạp, liên hoàn. Việc cho trẻ tham gia các hoạt động thô đa dạng có mục đích góp phần giúp trẻ kiểm soát hành vi, hỗ trợ các quá trình nhận thức và tri giác, giao tiếp, phối hợp nhóm...

Vận động tinh là nhóm các kỹ năng giúp trẻ thực hiện được các hoạt động chăm sóc bản thân và thao tác với đồ vật. Trẻ tự kỷ cần được can thiệp nhằm thành thạo việc cầm nắm; phối hợp chuyển động giữa các ngón tay trong thao tác với đồ vật, sử dụng song song hai tay để hỗ trợ cho quá trình thực hiện động tác. Bên cạnh đó, trẻ cũng cần được tập luyện phối hợp giữa chuyển động của mắt và chuyển động của tay một cách nhịp nhàng khi thực hiện một hoạt động.

Tâm vận động là một phương pháp hướng tới ý tưởng kết hợp hài hòa hai loại chức năng vận động và tâm thần, bằng cách vận dụng vai trò và ảnh hưởng của hệ thần kinh trong giai đoạn não bộ của trẻ còn đang phát triển, nhất là từ 0 – 7 tuổi. Ở phương pháp này, trẻ sẽ được tham gia những trò chơi vận động cơ thể mà qua đó phát triển khả năng khám phá và học hỏi, ví dụ: có kiến thức về không gian, trải nghiệm thời gian, xây dựng trí tưởng tượng và hệ thống biểu tượng, giải tỏa những ức chế, những xung đột nội tâm, những áp lực của cuộc sống. Có nhiều trò chơi ở các cấp độ khác nhau được những nhà trị liệu lựa chọn theo mức độ phát triển, nhu cầu, sở thích.

Can thiệp tích hợp giác quan có thể được thực hiện ở những trẻ có rối loạn điều hòa cảm giác. Bằng cách thông qua những chiến lược, kỹ thuật nhất định, các kỹ thuật viên trị liệu hoạt động có thể giúp điều chỉnh nhu cầu cảm giác của trẻ cho phù hợp, giúp trẻ thích ứng được với các tín hiệu cảm giác đầu vào đến từ môi trường và hạn chế suy giảm chức năng liên quan tới khó khăn cảm giác. Ví dụ: trẻ có rối loạn về cảm nhận cơ thể và thăng bằng sẽ được tham gia những hoạt động lăn người trên bóng hoặc các hoạt động với bóng khác (ball therapy), nhảy trampoline... Mặc dù đây là một can thiệp đang được áp dụng ngày càng nhiều với trẻ có rối loạn phổ tự kỷ do hiểu biết về các cơ chế sinh học-thần kinh nền tảng của các triệu chứng rối loạn cảm giác ngày càng gia tăng, nhưng những nghiên cứu bằng chứng về hiệu quả can thiệp còn hạn chế [42].

(5) Can thiệp nâng cao tư duy/nhận thức và học tập

Việc nâng cao tư duy/nhận thức cho trẻ tự kỷ được lồng ghép thông qua nhiều bài tập can thiệp đã được mô tả trước đó về giao tiếp, ngôn ngữ, xã hội, chơi, phối hợp tay mắt... Trẻ tự kỷ có thể gặp khó khăn trong tri giác khái quát tổng thể sự vật, hiện tượng, thiếu trí tưởng tượng cũng như liên kết giữa thực tại và tưởng tượng, ý niệm về bản thân, hiểu các khái niệm trừu tượng, một số trẻ tiếp nhận thông tin bằng cách nhớ máy móc. Để khắc phục những hạn chế này, dạy những kỹ năng về tư duy/nhận thức và học tập sẽ cần: hình ảnh hóa để phát huy thế mạnh về tư duy hình ảnh ở nhiều trẻ tự kỷ; đơn giản hóa các kiến thức, kỹ năng bằng cách chia nhỏ; các hoạt động ghép cặp; cấu trúc hóa các thông tin [34].

Kỹ năng đọc viết và tính toán được dạy khi mức độ phát triển của trẻ đạt mức tương đương cuối tuổi mầm non. Để có thể đạt được kỹ năng này, trẻ cần được dạy những hoạt động cơ bản, có liên quan đến đọc và viết, ví dụ như: Kỹ năng phối hợp tay mắt và vận động tinh; Phân biệt thị giác với các chữ cái, số, biểu tượng; Phân biệt thính giác với các âm và kết hợp âm. Quá trình dạy trẻ cần coi đọc và viết như một hoạt động thú vị, có ý nghĩa, sử dụng các phương tiện hỗ trợ trực quan đi kèm. Một số trẻ tự kỷ có thể yêu thích môn toán, nhưng một số trẻ lại kém các khả năng tính toán. Mặc dù trí nhớ máy móc có thể giúp việc học toán dễ dàng hơn, nhưng do việc kém linh hoạt nên đa số trẻ gặp khó khăn trong các dạng toán có lời văn, hoặc toán có nhiều bước giải, toán mẹo. Do đó việc dạy toán cũng cần được chia từng bước nhỏ, sử dụng bài mẫu và hình ảnh hỗ trợ, có thể cho phép dùng máy tính...

Nội dung của các hoạt động can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ tập trung vào giảm thiểu những ảnh hưởng chức năng gây ra bởi những khiếm khuyết cốt lõi và nâng cao sự phát triển toàn diện của trẻ.

Các nội dung đa dạng, có thể được thực hiện theo các phương pháp khác nhau và bởi những nhà chuyên môn khác nhau.

(6) Điều trị các vấn đề / bệnh lý cơ thể đi kèm

- Các vấn đề ăn uống

Theo nghiên cứu, các vấn đề ăn uống xảy ra ở 3/4 trẻ có rối loạn phổ tự kỷ [43]. Trẻ có thể có thói quen chỉ ăn một vài loại thức ăn, từ chối không ăn những thức ăn thô, kích thước to hoặc khó nhai, khó nuốt. Ăn uống giới hạn có thể khiến trẻ thiếu vi chất, thiếu Protein, thiếu năng lượng cần thiết cho tăng trưởng và phát triển, táo bón chức năng. Đồng thời ăn uống giới hạn gây ra những khó khăn cho người chăm sóc. Các vấn đề hành vi ăn uống có thể kéo dài đến tuổi vị thành niên [44].

Ngoài ra, một vấn đề khác là ăn vô độ, ăn quá mức có thể dẫn tới béo phì ở trẻ tự kỷ. Ăn không an toàn (pica) – tức ăn những thứ không phải thức ăn, cũng là một vấn đề hay gặp và khó xử trí, có thể gây ra những nguy cơ nuốt phải chất độc, dị vật tiêu hóa. Ở trẻ ăn không an toàn có kèm đau bụng cấp và dữ dội, nôn nhiều cần loại trừ tình trạng cấp cứu là thủng ruột và hoặc bán tắc hay tắc ruột. Ăn không an toàn thường gặp ở trẻ tự kỷ mức độ nặng hoặc có các vấn đề cảm giác dai dẳng. Thiếu sắt và ngộ độc chì có liên quan ăn không an toàn, vì vậy cần tầm soát những vấn đề này khi đánh giá trẻ có biểu hiện ăn không an toàn [46].

Đánh giá dinh dưỡng, tư vấn chế độ ăn là một hoạt động cần thiết trong đánh giá toàn diện trẻ tự kỷ. Tùy từng vấn đề gặp phải, gia đình trẻ sẽ có những hướng dẫn để lên kế hoạch can thiệp. Can thiệp thường được chia từng bước nhỏ: giới thiệu thức ăn mới, huấn luyện hành vi ăn uống, thiết lập lịch trình và thói quen, tăng cường các hoạt động giác quan nếu cần, các bài tập vận động vùng miệng... [47]. Một số trường hợp cần sự tham gia tích cực của các kỹ thuật viên ngôn ngữ trị liệu và hoạt động trị liệu. Một số trẻ cần sự tham gia đánh giá và điều trị của các chuyên gia dinh dưỡng.

- Các vấn đề tiêu hóa

Các rối loạn tiêu hóa là vấn đề thường gặp ở trẻ có rối loạn phổ tự kỷ, bao gồm táo bón, tiêu chảy, đau bụng, trào ngược dạ dày thực quản, trong đó phổ biến nhất là táo bón [48]. Các dấu hiệu gợi ý táo bón là trẻ cong lưng, ấn tay vào bụng, nghiến răng, bứt rứt khó chịu. Nguyên nhân của táo bón có thể do: chế độ ăn giới hạn khiến thiếu chất xơ; các vấn đề về điều hòa cảm giác, hành vi, nhận thức ảnh hưởng đến thói quen đi vệ sinh của trẻ. Táo bón ở trẻ tự kỷ có thể ảnh hưởng đến các vấn đề khác, ví dụ như làm gia tăng rối loạn giấc ngủ và các rối loạn hành vi [49].

Khám trẻ tự kỷ có táo bón cần một đánh giá toàn diện về chế độ ăn của trẻ, thói quen/cách trẻ đi vệ sinh, phân loại dạng phân theo bảng Bristol, chỉ định một số xét nghiệm cần thiết (chụp đại tràng, nội soi đại tràng). Điều trị táo bón gồm sử dụng thuốc và huấn luyện hành vi. Điều trị táo bón ở trẻ tự kỷ có thể khó khăn hơn so với trẻ bình thường, đòi hỏi nhiều thời gian, đôi khi cần sự tham gia của bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa. Duy trì một chế độ ăn lành mạnh với đầy đủ chất xơ và nước là bước đầu tiên để điều trị và phòng ngừa táo bón. Tiếp theo là luyện tập đi vệ sinh đúng giờ. Điều này đôi khi là một thách thức lớn với những trẻ tự kỷ có rối loạn giác quan, lo âu, các vấn đề hành vi và chậm phát triển trí tuệ nặng. Luyện tập việc chủ động đi vệ sinh thường được chia từng bước nhỏ, có lịch trình, được củng cố và theo dõi hàng ngày. Một số trường hợp có thể sử dụng thuốc làm mềm phân, chất xơ tổng hợp, các men vi sinh [50].

- Các vấn đề giấc ngủ

Khoảng 50 – 80% trẻ tự kỷ gặp những vấn đề giấc ngủ dai dẳng [51]. Rối loạn giấc ngủ ở trẻ lớn có thể là khó đi vào giấc ngủ, ngủ không ngon giấc, thức dậy quá sớm, buồn ngủ ban ngày; ở trẻ nhỏ là kháng cự việc đi ngủ, cơn hoảng sợ khi ngủ, thức dậy đi lại giữa đêm, ... Giấc ngủ không đảm bảo chất lượng sẽ làm nặng lên các rối loạn hành vi của trẻ, đồng thời ảnh hưởng đến khả năng tập trung chú ý, ghi nhớ và học tập, tác động tiêu cực tới những người xung quanh.

Để đánh giá các rối loạn giấc ngủ ở trẻ tự kỷ cần xem xét chi tiết thói quen sinh hoạt gia đình, các bệnh lý cơ thể hoặc tâm thần đi kèm. Hướng dẫn gia đình về vệ sinh giấc ngủ là biện pháp hàng đầu trong hỗ trợ giấc ngủ cho trẻ tự kỷ [54]. Ví dụ: thiết lập một thói quen/lich trình bao gồm các hoạt động cụ thể theo từng bước có trình tự cho trẻ; điều chỉnh ánh sáng, phòng ngủ phù hợp; hạn chế những kích thích cảm giác trước và trong khi ngủ; giúp trẻ thư giãn trước khi ngủ... Trong trường hợp ít cải thiện, melatonin có thể là một liệu pháp dược lý nhằm điều chỉnh giờ đi ngủ, cải thiện chất lượng ngủ [55].

- Co giật và động kinh

Co giật và động kinh là một trạng thái bệnh lý nghiêm trọng gặp ở trẻ có rối loạn phổ tự kỷ nhiều hơn so với trẻ em nói chung. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ động kinh ở trẻ tự kỷ có thể lên tới 30%, gặp thường xuyên hơn ở trẻ có tình trạng thoái lui các kỹ năng phát triển và ngôn ngữ, ở trẻ tự kỷ có mức độ chậm phát triển trí tuệ nặng, trẻ dùng thuốc an thần kinh kéo dài [56]. Động kinh có thể khởi phát ở bất cứ lứa tuổi nào, nhưng thường gặp ở giai đoạn trẻ đến tuổi đi học và vị thành niên [57]. Các hình thái động kinh cũng tương tự như trẻ không khuyết tật.

Chẩn đoán động kinh ở trẻ tự kỷ bằng triệu chứng lâm sàng kết hợp với ghi điện não đồ. Một số trường hợp điện não đồ ngoài cơn không có bất thường, hoặc không ghi được điện não đồ do trẻ không hợp tác, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Một số biểu hiện cần lưu ý giúp phát hiện sớm cơ giật/động kinh ở trẻ tự kỷ:

- Cơn nhìn chằm chằm không giải thích được
- Co cứng cơ từng lúc
- Giật chân tay không cố ý
- Co kéo cơ mặt
- Cơn lẫn lộn không giải thích được
- Rối loạn giấc ngủ
- Cơn kích thích, xung động cảm xúc và hung hăng không giải thích được
- Thoái lùi rõ rệt các kỹ năng

Điều trị động kinh ở trẻ tự kỷ vẫn tuân thủ theo các nguyên tắc điều trị động kinh nói chung. Lưu ý, một số thuốc an thần kinh giúp kiểm soát các hành vi gây rối có thể làm giảm ngưỡng cơ giật do tương tác với các thuốc chống động kinh [58].

(7) Điều trị các vấn đề/ rối loạn tâm thần đi kèm

- Tăng động giảm chú ý (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder- ADHD*)

Ước tính khoảng 60% trẻ có rối loạn phổ tự kỷ ở độ tuổi mầm non đi học có những biểu hiện đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD [59]. Các dấu hiệu của ADHD có thể khó phát hiện do dễ nhầm lẫn với triệu chứng tự kỷ. Các dấu hiệu nghi ngờ là: khó khăn lên kế hoạch, tổ chức một việc gì, hay quên (đồ dùng, cuộc hẹn); trì hoãn, khó hoàn thành nhiệm vụ; kém quản lý thời gian; nhanh chán; các quyết định mang tính bốc đồng... [60]

Các biện pháp giáo dục hành vi là điều trị chính ở trẻ tự kỷ kèm ADHD dưới 6 tuổi. Với trẻ trên 6 tuổi, các bác sĩ sẽ cân nhắc sử dụng thuốc. Các thuốc nhóm kích thần là thuốc được dùng phổ biến để điều trị các triệu chứng ADHD.

- Lo âu

Theo các nghiên cứu, có khoảng 40 – 66% trẻ tự kỷ trên 6 tuổi có kèm theo các rối loạn lo âu [61]. Do trẻ tự kỷ gặp khó khăn trong biểu đạt và đánh giá cảm xúc bản thân, nên các dấu hiệu lo âu thường được xác định bằng những hành vi phản ứng sợ hoặc né tránh quá mức liên quan tới tình huống và các triệu chứng cơ thể như nhịp tim nhanh, căng cứng cơ, đau bụng, đau đầu...

Trẻ có rối loạn phổ tự kỷ thiếu khả năng dự đoán được hành động/tình huống, hiểu cảm xúc và suy nghĩ của người khác, hiểu các ước định xã hội khiến cho lo âu xã hội – đặc biệt nỗi sợ hãi người lạ, đám đông, tình huống mới lạ - là tình trạng hay gặp. Do vậy, trẻ tự kỷ khó khăn hơn trong việc kiểm soát trạng thái lo âu khi có tác nhân gây khởi phát [62]. Ngoài ra, lo âu và sợ hãi có thể liên quan tới tiếp nhận cảm giác bất thường, một số trẻ tự kỷ dễ bị “tràn ngập” bởi các kích thích cảm giác từ môi trường xung quanh, ngay cả trong những tình huống được coi là bình thường với người khác. Các hành vi lặp lại, vốn có một chức năng giúp trẻ tự kỷ khuây khỏa, khi trẻ lo âu sẽ làm tăng cường độ và tần suất các hành vi này hoặc những thói quen rập khuôn [63].

Đánh giá lo âu cần xem xét tới các yếu tố môi trường, các đòi hỏi quá sức về giao tiếp, học tập, kỹ năng xã hội mà trẻ tự kỷ khó đáp ứng được, từ đó giúp đưa ra hướng điều trị. Các chiến lược điều trị rối loạn lo âu ở trẻ tự kỷ cũng tương tự trẻ bình thường: thuốc và liệu pháp trị liệu nhận thức hành vi. Trong đó liệu pháp nhận thức hành vi được điều chỉnh thích ứng với đặc điểm của trẻ tự kỷ. Gia đình và nhà trường là những thành phần quan trọng của quá trình điều trị.

- Trầm cảm

Trẻ tự kỷ có những biểu hiện trầm cảm nhiều hơn so với trẻ bình thường [64]. Tỷ lệ trầm cảm tăng lên theo độ tuổi và năng lực trí tuệ. Việc xuất hiện rối loạn trầm cảm ở trẻ tự kỷ có thể liên quan tới các yếu tố sinh học thần kinh hoặc các yếu tố môi trường như căng thẳng kéo dài, gặp khó khăn trong hòa nhập, học tập, hiểu tình huống xã hội.

Các biểu hiện của trầm cảm có thể khó phát hiện do trẻ tự kỷ có các thiếu sót về giao tiếp và diễn tả cảm xúc tự kỷ. Các biểu hiện gợi ý có thể là giảm/mất hứng thú vào những thứ trước kia vẫn thích, thay đổi rõ rệt về giấc ngủ, sự ngon miệng, tự chăm sóc, vẻ mặt buồn, dễ cáu kỉnh, dễ chán nản. Trường hợp nặng, trầm cảm có thể dẫn tới ý tưởng, hành vi tự sát. Hội Nhi khoa Mỹ khuyến nghị nên kiểm tra sàng lọc trầm cảm ở trẻ trên 12 tuổi [4].

Điều trị trầm cảm ở trẻ tự kỷ cũng tuân theo những nguyên tắc như đối với trẻ không khuyết tật khác : sử dụng thuốc và các biện pháp trị liệu tâm lý.

- Những hành vi gây rối (disruptive behaviors)

Hành vi gây rối là những hành vi trong nhóm hành vi thách thức, hay còn gọi hành vi có vấn đề, bao gồm: tự hại, gây hấn, gây rối, tự kích thích, chống đối, cơn kích động. Những hành vi này ảnh hưởng đến sự an toàn của trẻ và người khác, tới cơ hội học tập và cuộc sống của trẻ, gia đình. Các chiến lược quản lý hành vi không chỉ là ngăn ngừa hành vi gây rối mà còn giúp thay thế bằng hành

vi thích hợp hơn, qua đó giúp hỗ trợ việc học tập phát triển, nâng cao chất lượng sống của trẻ và gia đình [65].

Khi đánh giá hành vi, cần loại trừ những nguyên nhân bệnh cơ thể có thể làm hành vi phát sinh, duy trì hoặc nặng lên. Đó là: táo bón, các tình trạng nhiễm trùng (ví dụ viêm tai giữa, nốt), dị ứng, rối loạn giấc ngủ... Nếu phát hiện các vấn đề sức khỏe thể chất, trẻ cần được điều trị các bệnh lý này trước khi tiến hành các chiến lược quản lý hành vi.

(8) Sử dụng thuốc hướng thần ở trẻ có rối loạn phổ tự kỷ

Điều trị được lý các vấn đề hành vi và tâm lý ở trẻ tự kỷ đang ngày càng gia tăng [66]. Trong số những thuốc hướng thần, thuốc an thần kinh (antipsychotics) được sử dụng nhiều nhất, tiếp theo là thuốc kích thần (stimulants) và thuốc chống trầm cảm (antidepressants). Nghiên cứu cho biết trẻ tự kỷ ở lứa tuổi lớn hơn và có các rối loạn tâm thần đi kèm thì sử dụng đa trị liệu thuốc hướng thần nhiều hơn [68]. Có hai vấn đề cần lưu ý khi sử dụng thuốc: a) có sự khác biệt lớn về đáp ứng lâm sàng và nhạy cảm với tác dụng phụ giữa những trẻ tự kỷ; b) cho tới nay, không có thuốc nào cải thiện trực tiếp các triệu chứng cốt lõi của rối loạn phổ tự kỷ, tuy nhiên có những cải thiện gián tiếp được ghi nhận khi các triệu chứng đi kèm được giải quyết [68].

Các thuốc an thần kinh được chứng minh có hiệu quả điều trị các hành vi gây rối [67], [69]. Hiện nay cơ quan FDA Mỹ chỉ chấp thuận hai thuốc an thần kinh là Risperidone và Aripiprazole điều trị tính dễ bị kích thích ở trẻ có rối loạn phổ tự kỷ từ 4 tuổi trở lên. Tại Việt Nam, Risperidone là thuốc được sử dụng thường xuyên cho các vấn đề rối loạn hành vi đi kèm ở trẻ tự kỷ. Nhiều nghiên cứu cho thấy sử dụng Risperidone làm giảm có ý nghĩa thang điểm đánh giá tính dễ kích thích của trẻ, giảm nhưng không rõ rệt điểm số hành vi tăng động và hành vi rập khuôn nặng [70], [71].

Ở trẻ tự kỷ có các triệu chứng đáp ứng với tiêu chuẩn của một rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) đi kèm, bao gồm các triệu chứng tăng hoạt động, xung động hấp tấp, giảm chú ý, thì thuốc kích thần như Methylphenidate, tại Việt Nam hiện đang lưu hành duy nhất biệt dược Concerta, có thể có hiệu quả kiểm soát những vấn đề này ở trẻ trên 6 tuổi [72]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho biết các tác dụng phụ của Methylphenidate có thể gặp với tần suất cao hơn và mức độ nặng hơn ở trẻ ADHD đi kèm tự kỷ so với trẻ ADHD đơn thuần, đồng thời lưu ý chức năng tim mạch khi sử dụng thuốc [67].

Trẻ tự kỷ có các biểu hiện của các rối loạn lo âu hoặc rối loạn khí sắc có thể sử dụng nhóm thuốc chống trầm cảm ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – SSRIs). Nhóm thuốc này thường chỉ

được kê đơn khi các vấn đề cảm xúc ít đáp ứng với liệu pháp can thiệp tâm lý, hoặc gây ra những khó khăn chức năng rõ rệt. Trong nhóm này, fluoxetine và sertraline có thể hiệu quả với các triệu chứng lo âu ám ảnh, kích động, dễ bị kích thích, trong khi mirtazapine hữu ích hơn khi điều trị các vấn đề liên quan giấc ngủ. Nghiên cứu về hiệu quả của SSRIs đối với trẻ tự kỷ còn khá hạn chế, chưa nhận được sự ủng hộ rộng rãi từ các nhà khoa học [68].

Khi trẻ cần thiết sử dụng thuốc hướng thần, bác sĩ kê đơn cần có kiến thức về dược lý học tâm thần, trong đó phải hiểu rõ các chỉ định và chống chỉ định, liều dùng, các tác dụng không mong muốn, tương tác thuốc, các yêu cầu theo dõi việc sử dụng thuốc [4], [41]. Đồng thời, trước khi kê đơn, trẻ cần có một đánh giá cẩn thận về vấn đề cần điều trị, cân nhắc nguy cơ và lợi ích khi dùng thuốc. Thuốc chỉ nên dùng khi những biện pháp quản lý hành vi ít hiệu quả, hoặc vấn đề gây nguy hiểm, tổn thương đến trẻ và người khác [73]. Trước khi dùng thuốc, bác sĩ và cha mẹ cần thảo luận kỹ về mục tiêu điều trị, các tác dụng có thể, cách sử dụng, cách theo dõi... Một số thuốc cần được kiểm tra về mặt sức khỏe, các chỉ số cơ bản trước khi dùng như cân nặng, huyết áp, nhịp tim. Trẻ cần được kiểm tra định kỳ các chức năng cơ thể trong quá trình sử dụng thuốc (chức năng gan, thận, điện tâm đồ). Khi trẻ sử dụng từ hai loại thuốc trở lên, cần thận trọng với các tương tác thuốc liên quan đến hệ thống enzyme chuyển hóa P450 tại gan. Thuốc được sử dụng với nguyên tắc bắt đầu từ liều thấp và tăng liều dần dần, cho tới khi đạt tới liều thấp nhất mà vẫn có tác dụng điều trị [66], [68].

Các bệnh lý cơ thể, rối loạn tâm thần khác xảy ra đồng thời ở trẻ có rối loạn phổ tự kỷ có thể ảnh hưởng tới sức khỏe, làm nặng lên các khó khăn của trẻ và hạn chế hiệu quả can thiệp. Các bệnh lý, rối loạn này cần được phát hiện sớm, điều trị kịp thời bởi các nhà chuyên môn phù hợp.

1.2.2. Hướng dẫn, huấn luyện gia đình

1.2.2.1. Hoạt động hướng dẫn, huấn luyện tại cơ sở can thiệp

a) Mục tiêu: Nhằm giúp gia đình hiểu và đạt được những kỹ năng phù hợp hỗ trợ trẻ tự kỷ phát triển; giúp gia đình phối hợp tốt với các nhà chuyên môn; giúp cải thiện các vấn đề khó khăn liên quan tới tự kỷ trong gia đình.

b) Nội dung

- Cung cấp, chia sẻ thông tin về trẻ trong quá trình đánh giá.
- Chỉ ra vai trò đặc biệt quan trọng của gia đình trong can thiệp tự kỷ.
- Giải thích về tầm quan trọng và các hoạt động can thiệp sớm.
- Xác định những mục tiêu ưu tiên cần giải quyết trong mỗi lĩnh vực của kế hoạch can thiệp cá nhân.

- Hướng dẫn sắp xếp thời gian; bố trí môi trường; sử dụng đồ chơi và dụng cụ tập luyện phù hợp; thực hiện các bài tập can thiệp; tổ chức sinh hoạt gia đình thuận lợi; theo dõi sự tiến triển của trẻ.

- Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe trẻ tự kỷ.- Hướng dẫn hỗ trợ trẻ tự kỷ hòa nhập cộng đồng

c) Hình thức

- *Đào tạo cá nhân:* Ở mỗi lĩnh vực, cha mẹ được hướng dẫn bởi cán bộ chuyên môn về các vấn đề liên quan tới lĩnh vực đó. Cha mẹ cũng được khuyến khích chủ động phối hợp, phản hồi với các nhà trị liệu, giáo viên về các vấn đề của trẻ, tham gia góp ý kiến trong chương trình can thiệp cá nhân.

Phụ lục 3 trình bày Bảng kiểm Đánh giá các kỹ năng can thiệp cho cha mẹ, được sử dụng trong hoạt động đào tạo gia đình can thiệp tự kỷ.

- *Đào tạo nhóm gia đình:* Nhóm 3-5 gia đình trẻ tự kỷ có cùng mức độ và độ tuổi tham gia vào các hoạt động thảo luận nhóm về một lĩnh vực dưới sự hướng dẫn của cán bộ chuyên môn. Các chủ đề thảo luận nhóm đa dạng, phụ thuộc vào nhu cầu của các gia đình, trong đó nhấn mạnh các hoạt động đóng vai và hỗ trợ cảm xúc.

1.2.2.2. Tập huấn kỹ năng cho người chăm sóc của Tổ chức Y tế thế giới

Hiện trên thế giới cũng có nhiều mô hình tập huấn cho phụ huynh được đánh giá là phù hợp và hiệu quả với trẻ và gia đình. Một trong các chương trình được xây dựng và đánh giá là khả thi và phù hợp cho các nước có nguồn lực thấp là Chương trình Tập huấn kỹ năng cho người chăm sóc (Caregiver Skills Training - CST) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Chương trình này được WHO, và tổ chức Tự kỷ lên tiếng (Autism Speaks) xây dựng và đưa vào thử nghiệm từ năm 2015 và đến nay đã có hơn 30 quốc gia thử nghiệm chương trình này.

Từ năm 2019, với sự tài trợ của USAID trong khuôn khổ dự án Tôi lời mạnh, Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số (CCIHP) đã phối hợp với Bệnh viện Nhi Trung ương và Bộ y tế thực hiện chương trình.

Chương trình hướng tới nhóm đối tượng là người chăm sóc trẻ có rối loạn phát triển, bao gồm trẻ rối loạn phổ tự kỷ, trong độ tuổi từ 2 – 9 tuổi. Tuy nhiên, độ tuổi của trẻ có thể được điều chỉnh phù hợp với điều kiện thực tế.

a) Mục tiêu

Giúp người chăm sóc trẻ nâng cao kiến thức và sự tự tin trong việc hiểu trẻ và hỗ trợ trẻ học, phát triển.

b) Nội dung

Chương trình tập trung vào các chiến lược hữu ích cho người chăm sóc với những nhu cầu đa dạng, dựa trên các lý thuyết về phát triển, các nguyên lý của học tập xã hội, phương pháp tiếp cận cha mẹ tích cực và phân tích hành vi ứng dụng.

c) Thời gian huấn luyện

- 9 buổi tập huấn Nhóm tại cơ sở y tế, điểm sinh hoạt cộng đồng hoặc tại trường học (2.5 giờ/buổi, hàng tuần hoặc 2 tuần/lần)
- 3 buổi thăm nhà để hỗ trợ, huấn luyện (cá nhân) tại nhà cho người chăm sóc (90 phút/buổi).

Sơ đồ dưới đây giới thiệu những mô-đun khác nhau của chương trình:

- (1) Thu hút và Duy trì sự tham gia của trẻ; (2) Hiểu và Thúc đẩy Giao tiếp; (3) Phòng ngừa và quản lý hành vi không phù hợp; (4) Khuyến khích hành vi thích nghi (những kỹ năng cho cuộc sống hàng ngày) và (5) Cải thiện chất lượng cuộc sống, tự chăm sóc bản thân và khả năng giải quyết vấn đề của người chăm sóc.



1.2.2.3 Các hoạt động khác

- Các gia đình trẻ tự kỷ sinh sống tại một địa phương (tỉnh, thành phố) có thể tập hợp với nhau tạo thành các câu lạc bộ. Các hoạt động sinh hoạt của câu lạc bộ bao gồm các hội thảo, tập huấn ngắn ngày, chia sẻ cảm xúc, kết nối mạng lưới... Tại đây, những người có cùng cảnh ngộ sẽ cùng nhau chia sẻ, giúp nhau giải toả được những hoang mang, bất ổn, học hỏi được kinh nghiệm. Sự ủng hộ từ các gia đình có trẻ tự kỷ khác có liên quan đến việc giảm mức độ căng thẳng của cha mẹ, giảm cảm giác bị quan và tăng nhận thức [76], [77].

- Gia đình trẻ tự kỷ được khuyến khích tham gia các hoạt động cộng đồng dành riêng cho trẻ tự kỷ (ngày Việt Nam nhận thức tự kỷ 2 tháng 4) hoặc các hoạt động cho trẻ em nói chung. Điều này giúp nâng cao nhận thức của xã hội về tự kỷ, đưa ra tiếng nói và những mong đợi của người tự kỷ, thúc đẩy sự phát triển của các chính sách xã hội phù hợp, giúp mang lại sự hòa nhập tốt nhất cho người tự kỷ.

Hiện nay các gia đình trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ ở Việt Nam đã và đang hoạt động tích cực, kết nối với các nhà chuyên môn, các nhà hoạch định chính sách, phát triển mạng lưới người tự kỷ Việt Nam (Vietnam Autism Network - VAN).

Lưu ý: Trong quá trình làm việc với gia đình trẻ tự kỷ, các cán bộ chuyên môn cần lắng nghe họ một cách tích cực, tôn trọng vì điều này sẽ giúp tạo niềm tin, khiến họ cởi mở và hợp tác [78]. Cha mẹ cũng cần được động viên, hướng dẫn tự chăm sóc bản thân, có suy nghĩ và thái độ sống tích cực. Trong trường hợp cha mẹ có những vấn đề tâm lý khó vượt qua liên quan đến tự kỷ cần hướng dẫn họ đến thăm khám tại những nơi phù hợp, ví dụ trị liệu tâm lý hoặc khám chuyên khoa tâm thần.

- Hướng dẫn, đào tạo gia đình trẻ có rối loạn phổ tự kỷ là một hoạt động cần thiết trong quá trình can thiệp.
- Hình thức hướng dẫn, đào tạo gia đình là đa dạng, hướng tới việc cung cấp kiến thức, kỹ năng, xây dựng thái độ chủ động, tích cực của cha mẹ.

1.3. Bước 3: Đánh giá và theo dõi định kỳ

1.3.1. Mục tiêu

- Xem xét việc đạt được các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn, từ đó đánh giá sự tiến triển của trẻ, những thuận lợi và khó khăn trong quá trình can thiệp.
- Đánh giá kiến thức và kỹ năng của cha mẹ/người chăm sóc.
- Xác định các vấn đề phát sinh.
- Xác định nhu cầu mới can thiệp mới của trẻ, nhu cầu mới của gia đình.
- Điều chỉnh kế hoạch can thiệp cá nhân cho phù hợp giai đoạn mới.

1.3. 2. Nội dung

Tất cả các hoạt động can thiệp trẻ tự kỷ đều cần thiết theo dõi tiến triển định kỳ. Tùy vào thời gian dự kiến đạt được của mục tiêu mà tiến hành đánh giá theo dõi, giám sát kết quả thực hiện các hoạt động can thiệp tại các thời điểm phù hợp, thông thường là sau mỗi 6 tháng hoặc 12 tháng. Với mỗi cá nhân, từng lĩnh vực can thiệp hoặc phương pháp can thiệp có thể có cách đánh giá định kỳ riêng, bao gồm công cụ, thời gian, tiêu chí đánh giá. Công cụ đánh giá định kỳ cần bảo đảm những tiêu chí theo dõi có thể đo lường được, ví dụ các bảng theo dõi hành vi, bảng kiểm ngôn ngữ, bảng kiểm vận động... Ngoài ra, cha mẹ trẻ tự kỷ hoặc trẻ tự kỷ vị thành niên cũng có thể thực hiện những tự báo cáo (self-report) nhằm theo dõi tiến triển toàn diện hoặc tiến triển ở từng lĩnh vực trọng tâm. Bảng kiểm theo dõi điều trị tự kỷ (Autism Treatment Evaluation Checklist – ATEC), là một công cụ miễn phí và tiện dụng trong theo dõi sự thay đổi của các triệu chứng tự kỷ theo thời gian, vì vậy có thể thực hiện bởi cha mẹ để đánh giá định kỳ tổng thể quá trình can thiệp [79] (Phụ lục 4).

Nhóm can thiệp đa ngành tổ chức các cuộc họp đánh giá định kỳ với mỗi trường hợp trẻ tự kỷ nhận các hoạt động can thiệp. Trong đó, mỗi thành viên sẽ báo cáo đánh giá lĩnh vực mình phụ trách, thảo luận, nhận xét và góp ý với các thành viên khác. Các mục tiêu đánh giá được trình bày rõ ràng, cụ thể. Bác sĩ trưởng nhóm có trách nhiệm tổng hợp đánh giá, đưa ra phương hướng can thiệp tiếp theo.

1.3.3. Các kết quả đánh giá:

- Nếu đạt được các mục tiêu đề ra, tức trẻ có tiến bộ: tiếp tục can thiệp với hình thức hiện tại; mục tiêu can thiệp có thể nâng cao hoặc mở rộng hơn.
- Nếu không đạt được các mục tiêu, tức trẻ ít tiến bộ, hoặc các biểu hiện có xu hướng trầm trọng hơn: phân tích tình huống, tìm giải pháp, cân nhắc đưa ra những thay đổi và điều chỉnh:
 - + Điều chỉnh mục tiêu và các hoạt động trong chương trình cá nhân phù hợp với khả năng và nhu cầu của trẻ.
 - + Điều chỉnh kỹ năng và phương pháp can thiệp.
 - + Thay đổi cơ sở giáo dục cho phù hợp với tình trạng trẻ.

- Đánh giá định kỳ quá trình can thiệp trẻ có rối loạn phổ tự kỷ cần một nhóm làm việc đa ngành.
- Tùy theo kết quả đánh giá, các thành viên nhóm làm việc ra quyết định về việc giữ nguyên hoặc điều chỉnh, thay đổi các mục tiêu và hoạt động can thiệp; phương pháp hoặc kỹ thuật can thiệp; và cơ sở giáo dục phù hợp.

VI. Những lưu ý can thiệp theo lứa tuổi

1. Tuổi mầm non (dưới 6 tuổi)

Can thiệp cho trẻ có rối loạn phổ tự kỷ dưới 6 tuổi được chú trọng, đặc biệt giai đoạn trước 3 tuổi, còn gọi là “giai đoạn vàng”, thể hiện tầm quan trọng đặc biệt và ý nghĩa tích cực của can thiệp sớm đến hiệu quả can thiệp [4].

Trong can thiệp sớm, đòi hỏi các hoạt động can thiệp phải được thực hiện liên tục, nhất quán nhằm đảm bảo chất lượng của can thiệp, và dựa trên những bằng chứng khoa học. Người thực hiện can thiệp đòi hỏi phải được đào tạo và có kinh nghiệm thực hành. Can thiệp cũng cần lưu ý đến giá thành, cách thức tổ chức để gia đình có thể tiếp cận dễ dàng ngay tại địa phương mình sinh sống. Can thiệp trong độ tuổi mầm non còn giúp trẻ chuẩn bị sẵn sàng nhận thức và kỹ năng để trẻ bước vào các cấp học tiếp theo.

Những nội dung can thiệp sớm trẻ có rối loạn phổ tự kỷ cần bao phủ tất cả các kỹ năng phát triển của trẻ, không chỉ chú trọng lời nói và giao tiếp [80]. Trong đó, can thiệp sớm sẽ tập trung vào các hoạt động:

- Hỗ trợ các vấn đề ăn uống, giấc ngủ, vệ sinh
- Thực hiện các hoạt động vui chơi có tính xã hội, chú trọng dạy các kỹ năng bắt chước.
- Phát triển các kỹ năng chú ý chung, giao tiếp sớm, chú ý đến khuôn mặt, giọng nói và hành động của người khác, chia sẻ cảm xúc, tình cảm...
- Phát triển ngôn ngữ có lời và các hành vi giao tiếp không lời.
- Phát triển nhận biết thế giới xung quanh, một số kỹ năng tiền tiểu học.
- Phát triển các kỹ năng tâm vận động
- Hỗ trợ các hành vi tích cực, giảm thiểu các hành vi gây khó khăn trong việc học, phát triển, hòa nhập.
- Giảm thiểu các khó khăn trong điều hòa giác quan mà ảnh hưởng tiêu cực đến việc học và vui chơi.

2. Tuổi tiểu học (6-11 tuổi)

Ở độ tuổi đi học, trẻ tự kỷ cũng có nhu cầu và quyền lợi học tập giống trẻ phát triển không khuyết tật. Vì vậy, mục tiêu can thiệp ở giai đoạn này là: các kỹ năng xã hội như tự điều chỉnh bản thân (self-regulation), thích ứng, tuân thủ kỉ luật, các kỹ năng học đường... nhằm giúp trẻ có thể thích ứng tốt hơn, độc lập hơn trong lớp học, trường học, và có nền tảng để sống độc lập về sau. Các kỹ năng học đường là nội dung can thiệp quan trọng và nhiều thách thức. Trẻ sẽ được dạy để thực hiện các kỹ năng như đọc, viết,

tính toán, học thuộc lòng, sử dụng các công cụ và thiết bị học tập, làm bài tập,... Tuy nhiên, phần lớn trẻ tự kỷ sẽ gặp khó khăn ở các lĩnh vực đòi hỏi tư duy ngôn ngữ, trừu tượng, đồng thời các mẫu hình hành vi hoặc khiếm khuyết giao tiếp, các kỹ năng xã hội có thể hạn chế kết quả học tập. Chương trình học và phương pháp lượng giá cần được điều chỉnh linh hoạt để phù hợp với năng lực của trẻ, và thêm các hoạt động ngoại khóa nhằm xây dựng kỹ năng sống cho trẻ. Giáo viên dạy những lớp học có trẻ tự kỷ cần có những kiến thức và kỹ năng chuyên môn để giúp đỡ trẻ.

Một số lưu ý trong dạy học trẻ có rối loạn phổ tự kỷ trong môi trường hòa nhập:

- Tiếp cận cá nhân: do sự khác biệt giữa trẻ tự kỷ và trẻ không khuyết tật, các mục tiêu, hoạt động cần dựa vào những đặc điểm cá nhân, có thể điều chỉnh mong đợi ở những mà trẻ gặp khó khăn.

- Điều chỉnh mục tiêu, chương trình dạy phù hợp, có các hoạt động hỗ trợ đặc trưng. Mục tiêu học tập được cụ thể hóa, theo hướng đơn giản hóa các kiến thức và kỹ năng. Sử dụng các phương tiện trực quan (hình ảnh hóa) khi giao tiếp và hướng dẫn nhiệm vụ là điều cần thiết đối với trẻ tự kỷ.

- Dạy học dựa vào điểm mạnh: Giáo viên cần xác định những điểm mạnh của trẻ, tạo cơ hội cho trẻ phát triển tốt hơn những năng lực của bản thân, ví dụ như ghi nhớ và tư duy hình ảnh không gian.

Ngoài các kỹ năng học đường, trẻ tự kỷ vẫn cần được chú ý dạy các kỹ năng giao tiếp và ứng xử xã hội, chia sẻ tình cảm – cảm xúc, quản lý các vấn đề hành vi giống như ở giai đoạn mầm non, nhưng chú trọng khái quát hóa những điều học được ra môi trường thực tế.

3. Tuổi vị thành niên (12-16 tuổi)

Khi trẻ lớn lên, các triệu chứng cốt lõi của rối loạn phổ tự kỷ có thể thay đổi do tác động từ những trải nghiệm cuộc sống và tác động của can thiệp. Một số vấn đề hành vi trở nên thường gặp hơn và gia tăng về cường độ, tần suất ở tuổi vị thành niên. Tỷ lệ xuất hiện động kinh cũng tăng cao hơn ở nhóm tuổi này. Những yêu cầu ngày khó khăn, phức tạp hơn từ xã hội, môi trường xung quanh trẻ sẽ khiến cho các rối loạn tâm thần đi kèm như lo âu, trầm cảm dễ xuất hiện hơn. Ngoài những hoạt động can thiệp cơ bản, đối với trẻ tự kỷ tuổi vị thành niên cần đặc biệt chú ý những vấn đề sau:

a) Dậy thì: Dậy thì là một giai đoạn phát triển đặc biệt, xảy ra nhiều biến động về tâm sinh lý đối với mọi trẻ em trong độ tuổi vị thành niên. Ở trẻ có rối loạn phổ tự kỷ, quá trình dậy thì diễn ra với nhiều thách thức hơn. Vì vậy, cần sớm chuẩn bị sẵn sàng cho trẻ tự kỷ thích ứng với những thay đổi đó. Cha mẹ và các nhà chuyên môn có thể sử dụng những phương tiện hình ảnh như tranh, video, búp bê mô hình để minh họa

về sự thay đổi các bộ phận trên cơ thể khi dậy thì, sự khác biệt thân thể giữa nam và nữ. Sử dụng những từ ngữ phù hợp với khả năng hiểu của trẻ.

b) Giáo dục giới tính: Giáo dục giới tính cần được dạy từ khi trẻ còn nhỏ, đặc biệt với trẻ có rối loạn phổ tự kỷ. Mặc dù thực hiện điều này gặp nhiều khó khăn do trẻ tự kỷ có những thiếu sót về xã hội, nhận thức nhưng tùy mức độ phát triển mà cha mẹ, giáo viên cần kiên trì giải thích, hướng dẫn trẻ. Đặc biệt giai đoạn vị thành niên, trẻ cần được chỉ dạy rõ ràng và thường xuyên về sự riêng tư, những đụng chạm cơ thể phù hợp, hiểu và quản lý hành vi tự kích thích, thủ dâm, phòng chống bạo lực, phòng chống quấy rối, xâm hại tình dục...

c) Khó khăn trong các mối quan hệ bạn bè: Trẻ tự kỷ tuổi vị thành niên sẽ dần tách ra nhiều hơn khỏi sự bao bọc của cha mẹ và gia đình để bước vào môi trường rộng lớn hơn với những mối quan hệ phức tạp như với giáo viên, các bạn bè, những người khác. Tuy nhiên, các thiếu sót về tương tác và giao tiếp xã hội vẫn còn đó, khiến trẻ gặp nhiều khó khăn tại trong xây dựng các mối quan hệ. Trẻ tự kỷ có thể là đối tượng bị bắt nạt và trêu chọc thường xuyên tại trường học. Trẻ khó kết bạn, khó tham gia những hoạt động với nhóm bạn. Vì vậy trẻ ở độ tuổi này cần được quan tâm và hỗ trợ kịp thời, được dạy những kỹ năng xã hội, dạy để trở nên độc lập nhất có thể, dạy cách kết bạn và duy trì mối quan hệ...

d) Điều chỉnh cảm xúc: Khi bước vào tuổi vị thành niên trẻ tự kỷ gặp khó khăn đặc biệt trong tự điều chỉnh cảm xúc. Trẻ có thể thay đổi cảm xúc rất nhanh vì những lý do rất nhỏ. Những sự tức giận, cáu kỉnh, bướng bỉnh, sợ hãi xuất hiện thường xuyên, quá mức, khó kiểm chế khiến cho những người xung quanh trẻ (giáo viên, các bạn, cha mẹ) cảm thấy khó hiểu và họ sẽ gia tăng những giới hạn, trừng phạt đối với trẻ. Điều này không những không giúp trẻ cảm thấy tốt hơn mà càng khiến gia tăng cảm xúc tiêu cực. Trẻ cần được dạy để nhận biết cảm xúc bản thân và hiểu cảm xúc người khác, quản lý trạng thái cảm xúc.

đ) Học tập và hướng nghiệp: Tùy khả năng hòa nhập và trình độ nhận thức nhà chuyên môn cùng cha mẹ lựa chọn trường học, giáo viên và chương trình học phù hợp cho trẻ. Học văn hóa (đọc, viết, tính toán) không phải là nội dung duy nhất của quá trình học tập. Trẻ cần học những kiến thức thực tế vận dụng được vào cuộc sống, giúp trẻ tự lập nhất có thể. Định hướng nghề nghiệp là một vấn đề cần cha mẹ cân nhắc dựa trên năng lực, sở thích của trẻ, điều kiện của gia đình và địa phương. Mục tiêu của định hướng nghề nghiệp không tập trung vào việc kiếm tiền, mà là giúp trẻ được thể hiện bản thân, là bước chuẩn bị cho quá trình chuyển tiếp đến tuổi trưởng thành.

Quá trình can thiệp cần chú ý các đặc điểm phát triển riêng theo lứa tuổi của trẻ, lựa chọn mục tiêu ưu tiên và nội dung can thiệp phù hợp.

PHỤ LỤC

**PHỤ LỤC 1. THANG CHO ĐIỂM RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỸ Ở TRẺ EM
(CARS)**

| | <p>I. QUAN HỆ VỚI MỌI NGƯỜI Không có biểu hiện khó khăn hoặc bất thường trong quan hệ với mọi người: Hành vi của trẻ tương ứng với tuổi. Có thể thấy được một số hiện tượng bẽn lẽn, nhắng nhít hoặc khó chịu khi bị yêu cầu làm việc gì, nhưng không ở mức độ không điển hình</p> <p>1,5 Quan hệ không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ tránh tiếp xúc với người lớn bằng ánh mắt, tránh người lớn hoặc trở nên nhắng nhít nếu như có sự tác động, trở nên quá bẽn lẽn, không phản ứng với người lớn như bình thường, hoặc bám chặt vào bố mẹ nhiều hơn hầu hết trẻ cùng lứa tuổi.</p> <p>2 Quan hệ không bình thường ở mức độ trung bình: Tỉnh thoảng trẻ thể hiện sự tách biệt (dường như không nhận thức được người lớn). Dễ thu hút sự chú ý của trẻ, đôi khi cần có những nỗ lực liên tục và mạnh mẽ. Quan hệ tối thiểu được khởi đầu bởi trẻ.</p> <p>2,5 Quan hệ không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ luôn tách biệt hoặc không nhận thức được những việc người lớn đang làm. Trẻ hầu như không bao giờ đáp ứng hoặc khởi đầu mối quan hệ với người lớn. Chỉ có thể những nỗ lực liên tục nhất mới nhận được sự chú ý của trẻ.</p> | <p>II. BẮT CHƯỚC Bắt chước đúng: Trẻ có thể bắt chước âm thanh, từ và các hành động phù hợp với khả năng của chúng.</p> <p>1</p> <p>1.5 Bắt chước không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ thường bắt chước các hành vi đơn giản như là vỗ tay hoặc các từ đơn , đôi khi trẻ chỉ bắt chước sau khi có sự khích lệ hoặc sau đôi chút trì hoãn.</p> <p>2</p> <p>2.5 Bắt chước không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ chỉ bắt chước một lúc nào đó và đòi hỏi cần có sự kiên trì và giúp đỡ của người lớn; thường xuyên chỉ bắt chước sau đôi chút trì hoãn.</p> <p>3</p> <p>3.5 Bắt chước không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ rất ít khi hoặc không bao giờ bắt chước âm thanh, từ hoặc các hành động ngay cả khi có sự khích lệ và giúp đỡ của người lớn.</p> <p>4</p> |
|------------------|--|---|
| Quan sát: | Quan sát: | |

| | III. THỂ HIỆN TÌNH CẢM | IV. CÁC ĐỘNG TÁC CƠ THỂ |
|------------------|---|--|
| 1 | Thể thiện tình cảm phù hợp với tuổi và phù hợp với tình huống: Trẻ thể hiện đúng với thể loại và mức độ tình cảm thông qua nét mặt, điệu bộ và thái độ . | 1 Thể hiện các động tác phù hợp với tuổi: Trẻ chuyển động thoải mái, nhanh nhẹn, và phối hợp các động tác như những trẻ khác cùng lứa tuổi. |
| 1.5 | | 1.5 Thể hiện các động tác không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi thể hiện một số biểu hiện khác thường nhỏ., ví dụ như vụng về, động tác diễn đi diễn lại, phối hợp giữa các động tác kém, hoặc ít xuất hiện những cử động khác thường. |
| 2 | 2 Thể hiện tình cảm không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi thể hiện tình cảm không bình thường với thể loại và mức độ tình cảm. Phản ứng đôi khi không liên quan đến đối tượng hoặc sự việc xung quanh. | 2 |
| 2.5 | | 2.5 |
| 3 | 3 Thể hiện tình cảm không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ biểu hiện không bình thường với thể loại và/hoặc mức độ tình cảm. Phản ứng của trẻ có thể khá hạn chế hoặc quá mức hoặc không liên quan đến tình huống; có thể là nhăn nhó, cười lớn, hoặc trở nên máy móc cho dù không có sự xuất hiện đối tượng hoặc sự việc gây xúc động. | 3 Thể hiện các động tác không bình thường ở mức độ trung bình: Những hành vi rõ ràng khác lạ hoặc không bình thường của trẻ ở tuổi này có thể bao gồm những cử động ngó tay, ngón tay hoặc dáng điệu cơ thể khác thường, nhìn chăm chăm hoặc một chỗ nào đó trên cơ thể, tự mình bị kích động, đu đưa, ngón tay lắc lư hoặc đi bằng ngón chân. |
| 3.5 | | 3.5 |
| 4 | 4 Thể hiện tình cảm không bình thường ở mức độ nặng: Phản ứng của trẻ rất ít khi phù hợp với tình huống; khi trẻ đang ở một tâm trạng nào đó thì rất khó có thể thay đổi sang tâm trạng khác. Ngược lại, trẻ có thể thể hiện rất nhiều tâm trạng khác nhau khi không có sự thay đổi nào cả. | 4 Thể hiện các động tác không bình thường ở mức độ nặng: Sự xuất hiện các biểu hiện nói trên một cách liên tục và mãnh liệt là biểu hiện của việc thể hiện các động tác không phù hợp ở mức độ nặng. Các biểu hiện này có thể liên tục cho dù có những cố gắng để hạn chế hoặc hướng trẻ và các hoạt động khác. |
| Quan sát: | | Quan sát: |

| V.SỬ DỤNG ĐỒ VẬT | VI.SỰ THÍCH ỨNG VỚI THAY ĐỔI |
|--|---|
| <p>1 Sử dụng phù hợp, và ham thích chơi với đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ thể hiện sự ham thích đồ chơi và các đồ vật khác phù hợp với khả năng và sử dụng những đồ chơi này đúng cách.</p> <p>1.5</p> <p>2 Không bình thường ở mức độ nhẹ trong những ham mê hoặc trong việc sử dụng đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ có thể thể hiện sự ham muốn không bình thường vào đồ chơi hoặc việc sử dụng những đồ chơi này không phù hợp với tính cách trẻ em (ví dụ như đập hoặc mút đồ chơi).</p> <p>2.5</p> <p>3 Không bình thường ở mức độ trung bình trong những ham mê hoặc trong việc sử dụng đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ có thể ít ham thích đến đồ chơi hoặc các đồ vật khác hoặc có thể chiếm giữ những đồ chơi và các đồ vật khác một cách khác thường. Trẻ có thể tập chung vào một bộ phận không nổi bật của đồ chơi, bị thu hút vào phần không phản xạ ánh sáng, liên tục di chuyển một vài bộ phận của đồ vật hoặc chỉ chơi riêng với một đồ vật.</p> <p>3.5</p> <p>4 Không bình thường ở mức độ nặng trong những ham mê hoặc trong việc sử dụng đồ chơi và các đồ vật khác: Trẻ có thể có những hành động như trên với mức độ thường xuyên và cường độ lớn hơn. Rất khó có thể bị đánh lạc hướng/lãng quên khi đã có những hành động như trên.</p> | <p>1 Thích ứng với thay đổi phù hợp với tuổi: Trong khi trẻ có thể để ý hoặc nhận xét về những thay đổi trong thông lệ, trẻ chấp nhận sự thay đổi này mà không bị rơi vào tâm trạng lo lắng.</p> <p>1.5</p> <p>2 Sự thích ứng với thay đổi không bình thường ở mức độ nhẹ: Khi người lớn cố gắng thay đổi các động tác, trẻ có thể vẫn tiếp tục thực hiện các hoạt động trước hoặc sử dụng các đồ vật trước đó.</p> <p>2.5</p> <p>3 Sự thích ứng với thay đổi không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ chống lại sự thay đổi thông thường một cách hăng hái, cố gắng tiếp tục với các hoạt động cũ và khó có thể bị đánh lạc hướng. Trẻ có thể trở nên cáu giận hoặc buồn phiền khi những thói quen thông thường bị thay đổi.</p> <p>3.5</p> <p>4 Sự thích ứng với thay đổi không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ phản ứng rất gay gắt đối với sự thay đổi. Nếu bị buộc phải thay đổi, trẻ có thể sẽ trở nên rất cáu giận hoặc không hợp tác và phản ứng với sự cáu kỉnh.</p> |
| Quan sát: | Quan sát |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>1</p> <p>1.5</p> <p>2</p> <p>2.5</p> <p>3</p> <p>3.5</p> <p>4</p> | <p>VII.SỰ PHẢN ỨNG BẰNG THỊ GIÁC</p> <p>Thể thiện sự phản ứng bằng thị giác phù hợp với tuổi: Trẻ thể hiện sự phản ứng bằng thị giác bình thường và phù hợp với lứa tuổi.Thị giác được phối hợp với các giác quan khác khi khám phá ra đồ vật mới.</p> <p>Thể hiện sự phản ứng bằng thị giác không bình thường ở mức độ nhẹ:Đôi khi trẻ phải được nhắc lại bằng việc nhìn lại đồ vật.Trẻ có thể thích nhìn vào gương hoặc ánh đèn hơn chúng bạn, có thể thỉnh thoảng chăm chú nhìn lên trên bầu trời, hoặc tránh nhìn vào mắt người lớn.</p> <p>Thể hiện sự phản ứng thị giác không bình thường ở mức độ trung bình:Trẻ thường xuyên phải được nhắc nhìn vào những gì trẻ đang làm.Trẻ có thể nhìn chăm chăm vào bầu trời, tránh không nhìn vào mắt người lớn, nhìn vào đồ vật từ một góc độ bất thường, hoặc giữ đồ vật rất gần với mắt.</p> <p>Thể hiện sự phản ứng thị giác không bình thường ở mức độ nặng:Trẻ luôn tránh không nhìn vào mắt người lớn hoặc các đồ vật cụ thể nào đó và có thể thể hiện các hình thức rất khác biệt của các hiện tượng khác thường về thị giác nói trên.</p> | <p>VIII.SỰ PHẢN ỨNG BẰNG THÍNH GIÁC</p> <p>1</p> <p>1.5</p> <p>2</p> <p>2.5</p> <p>3</p> <p>3.5</p> <p>4</p> | <p>Thể thiện sự phản ứng bằng thính giác phù hợp với tuổi:Các biểu hiện thính giác của trẻ bình thường và phù hợp với tuổi.Thính giác được dùng cùng với các giác quan khác.</p> <p>Thể hiện sự phản ứng bằng thính giác không bình thường ở mức độ nhẹ:Trẻ đôi khi không phản ứng, hoặc hơn phản ứng với một số loại tiếng động.Phản ứng với âm thanh có thể chậm, và tiếng động cần được lặp lại để gây được sự chú ý của trẻ.Trẻ có thể bị phân tán bởi âm thanh bên ngoài.</p> <p>Thể hiện sự phản ứng bằng thính giác không bình thường ở mức độ trung bình: Phản ứng của trẻ với âm thanh có nhiều dạng;luôn bỏ qua tiếng động sau những lần nghe đầu tiên; có thể giạt mình hoặc che tai khi nghe thấy những âm thanh thường ngày.</p> <p>Thể hiện sự phản ứng bằng thính giác không bình thường ở mức độ nặng:Trẻ quá phản ứng hoặc phản ứng dưới mức bình thường với âm thanh ở một mức độ khác thường cho dù đó là lại âm thanh nào.</p> |
| <p>Quan sát:</p> | <p>Quan sát:</p> | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>1</p> <p>1.5</p> <p>2</p> <p>2.5</p> <p>3</p> <p>3.5</p> <p>4</p> | <p>IX. VỊ GIÁC, KHÚU GIÁC VÀ XÚC GIÁC</p> <p>Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác bình thường: Trẻ khám phá đồ vật mới với một thái độ phù hợp với lứa tuổi, thông thường bằng xúc giác và thị giác. Vị giác hoặc khứu giác có thể được sử dụng khi cần thiết. Khi phản ứng với những đau đớn nhỏ, thường ngày thì trẻ thể hiện sự khó chịu nhưng không không quá phản ứng.</p> <p>Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ có thể khăng khăng đút đồ vật vào miệng; có thể ngửi hoặc ném các đồ vật không được; có thể không để ý hoặc quá phản ứng với những đau đớn nhẹ mà những trẻ bình thường có thể thấy khó chịu.</p> <p>Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ có thể bị khó chịu ở mức độ trung bình khi sờ, ngửi hoặc ném đồ vật hoặc người. Trẻ có thể phản ứng quá mức hoặc dưới mức.</p> <p>Việc sử dụng, và sự phản ứng bằng các giác quan vị, khứu và xúc giác không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ bị khó chịu với việc ngửi, ném, hoặc sờ vào đồ vật về cảm giác hơn là về khám phá thông thường hoặc sử dụng đồ vật. Trẻ có thể hoàn toàn bỏ qua cảm giác đau đớn hoặc phản ứng dữ dội với khó chịu nhỏ.</p> | <p>X. SỰ SỢ HÃI HOẶC HỒI HỢP</p> <p>1</p> <p>1.5</p> <p>2</p> <p>2.5</p> <p>3</p> <p>3.5</p> <p>4</p> <p>Thể hiện sự sợ hãi và hồi hộp bình thường: Hành vi của trẻ phù hợp với tuổi và tình huống.</p> <p>Thể hiện sự sợ hãi và hồi hộp không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi thể hiện sự quá nhiều hoặc quá ít sự sợ hãi hoặc hồi hộp khi so sánh với những trẻ bình thường trong tình huống tương tự.</p> <p>Thể hiện sự sợ hãi và hồi hộp không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ đặc biệt thể hiện sự sợ hãi hoặc hơi nhiều hoặc hơi ít ngay cả so với trẻ ít tháng hơn trong tình huống tương tự.</p> <p>Thể hiện sự sợ hãi hoặc hồi hộp không bình thường ở mức độ nặng: Luôn sợ hãi ngay cả đã gặp lại những tình huống hoặc đồ vật vô hại. Rất khó làm cho trẻ bình tĩnh hoặc thoải mái. Ngược lại trẻ không thể hiện có được sự để ý cần thiết đối với nguy hại mà trẻ cùng tuổi có thể tránh được.</p> |
| <p>Quan sát:</p> | | <p>Quan sát:</p> |

| | XI.GIAO TIẾP BẰNG LỜI | XII.GIAO TIẾP KHÔNG LỜI |
|------------------|--|--|
| 1 1.5 | Giao tiếp bằng lời bình thường phù hợp với tuổi và tình huống | 1 1.5 Giao tiếp không lời phù hợp với tuổi và tình huống. |
| 2 2.5 | Giao tiếp bằng lời không bình thường ở mức độ nhẹ: Nhìn chung, nói chậm.Hầu hết lời nói có nghĩa; tuy nhiên có thể xuất hiện sự lặp lại máy móc hoặc phát âm bị đảo lộn. Đôi khi trẻ dùng một số từ khác thường hoặc không rõ nghĩa. | 2 2.5 Giao tiếp không lời không bình thường ở mức độ nhẹ: Non nớt trong việc dùng các đối thoại không bằng lời; có thể chỉ ở mức độ không rõ ràng, hoặc với tay tới cái mà trẻ muốn, trong những tình huống mà trẻ cùng lứa tuổi có thể chỉ hoặc ra hiệu chính xác hơn nhằm chỉ ra cái mà trẻ muốn. |
| 3 3.5 | Giao tiếp bằng lời không bình thường ở mức độ trung bình: Có thể không nói.Khi nói, giao tiếp bằng lời có thể lẫn lộn giữa những lời nói có nghĩa và những lời nói khác biệt như là không rõ nghĩa, lặp lại máy móc, hoặc phát âm đảo lộn.Những khác thường trong những giao tiếp có nghĩa bao gồm những câu hỏi thừa hoặc những lo lắng với một chủ đề nào đó. | 3 3.5 Giao tiếp không lời không bình thường ở mức độ trung bình: Thông thường trẻ không thể diễn đạt không bằng lời cái trẻ cần hoặc mong muốn, và không thể hiểu được giao tiếp không lời của những người khác. |
| 4 | Giao tiếp bằng lời không bình thường ở mức độ nặng: Không có những lời nói có nghĩa.Trẻ có thể kêu thét như trẻ mới sinh, kêu những tiếng kêu kỳ lạ hoặc như tiếng kêu của động vật, có những tiếng kêu phức tạp gần giống với tiếng người, hoặc biểu hiện sử dụng một cách ngoan cố, kỳ quái một số từ hoặc câu có thể nhận biết được. | 4 Giao tiếp không lời không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ chỉ có thể thể hiện những cử chỉ kỳ quái hoặc khác thường mà không rõ nghĩa và thể hiện sự không nhận thức được các ý nghĩa liên quan tới cử chỉ hoặc biểu hiện nét mặt của những người khác. |
| Quan sát: | Quan sát: | Quan sát: |

| | XIII.MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG | XIV.MỨC ĐỘ VÀ SỰ NHẤT QUÁN CỦA PHẢN XẠ THÔNG MINH |
|------------------|--|---|
| 1 | Mức độ hoạt động bình thường so với tuổi và tình huống: Trẻ không biểu hiện nhanh hơn hay chậm hơn trẻ cùng lứa tuổi trong tình huống tương tự. | Mức độ hiểu biết bình thường và có sự nhất quán phù hợp trên các lĩnh vực: Trẻ có mức độ hiểu biết như những |
| 1.5 | | 1 đứa trẻ bình thường và không có kỹ năng hiểu biết khác thường hoặc có vấn đề nào. |
| 2 | Mức độ hoạt động không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ đôi khi có thể luôn hiếu động hoặc có dấu hiệu lười và chậm chạp động.Mức độ hoạt động của trẻ ảnh hưởng rất nhỏ đến kết quả hoạt động của trẻ | 1.5 Trí thông minh không bình thường ở mức độ nhẹ: Trẻ không thông minh như những trẻ bình thường cùng lứa tuổi;kỹ năng hơi chậm trên các lĩnh vực. |
| 2.5 | | 2 2.5 |
| 3 | Mức độ hoạt động không bình thường ở mức độ trung bình: Trẻ có thể rất hiếu động và khó có thể kèm chế trẻ.Trẻ có thể hoạt động không biết mệt mỏi và có thể muốn không ngủ về đêm.Ngược lại, trẻ có thể khá mê mệt và cần phải thúc giục rất nhiều mới làm cho trẻ vận động. | 3 Trí thông minh không bình thường ở mức độ trung bình: Nói chung,trẻ không thông minh như những trẻ bình thường cùng tuổi; tuy nhiên, trẻ có thể có chức năng gần như bình thường đối với một số lĩnh vực có liên quan đến vận động trí não. |
| 3.5 | | 3.5 |
| 4 | Mức độ hoạt động không bình thường ở mức độ nặng: Trẻ thể hiện hoặc quá hiếu động hoặc quá thụ động và có thể chuyển từ trạng thái quá này sang trạng thái quá kia. | 4 Trí thông minh không bình thường ở mức độ nặng: Trong khi trẻ thường không thông minh như những trẻ khác cùng lứa tuổi, trẻ có thể làm tốt hơn trẻ bình thường cùng tuổi trong một hoặc nhiều lĩnh vực. |
| Quan sát: | | Quan sát: |

XV.ÁN TƯỢNG CHUNG

| | |
|------------|---|
| 1 | Không rối loạn phổ tự kỷ: Trẻ không biểu hiện đặc điểm triệu chứng của rối loạn phổ tự kỷ. |
| 1.5 | |
| 2 | Rối loạn phổ tự kỷ ở mức độ nhẹ: Trẻ chỉ biểu hiện một vài triệu chứng hoặc chỉ ở mức độ nhẹ của RLPTK. |
| 2.5 | |
| 3 | Rối loạn phổ tự kỷ ở mức độ trung bình: Trẻ biểu hiện một số triệu chứng hoặc mức độ trung bình của RLPTK. |
| 3.5 | |
| 4 | Rối loạn phổ tự kỷ ở mức độ nặng: Trẻ biểu hiện nhiều triệu chứng hoặc ở mức độ đặc biệt của RLPTK. |

Quan sát:

syt_thanhhoa_vtspyt_techinhhoa_01032022_16:53:46

PHỤ LỤC 2: MẪU KẾ HOẠCH CAN THIỆP CÁ NHÂN THEO THÁNG

Họ và tên trẻ:..... Tuổi:..... Giới:.....

Ngày bắt đầu can thiệp:...../...../..... Ngày đánh giá:...../...../.....

| Lĩnh vực | Mục tiêu | Phương pháp | Người thực hiện | Kết quả |
|-------------------------------|--|--|------------------------|---------|
| Giao tiếp, lời nói | Kết hợp cử chỉ và lời nói. | Hướng dẫn, Gợi ý, | Giáo viên, Gia đình | |
| | Gọi tên: Dạ, nhìn lên, có giao tiếp mắt. | Trợ giúp, Yêu cầu, | | |
| | Trả lời câu hỏi: cái gì đây, con gì đây, quả gì đây, ai đây... | Khen ngợi, Phản thưởng, Luyện tập. | | |
| | Sử dụng ngôn ngữ thể hiện nhu cầu: con muốn, con xin, con thích... | | | |
| | Nói câu dài: 3 từ trở lên. | | | |
| | Nghe cô hát, vỗ tay và hát cùng cô. | | | |
| Nhận thức | Nhận biết tính chất, công dụng, đặc điểm của sự vật, sự việc... | Tráo thẻ, Hỏi – chỉ, Hướng dẫn, | Giáo viên, Gia đình | |
| | Nhận biết màu sắc, chỉ phân biệt màu sắc. | Trợ giúp, Khen ngợi, Phản thưởng | | |
| | Ghép hình. | Luyện tập, củng cố. | | |
| | Nhận biết chủ đề nghề nghiệp và nêu đặc điểm của nghề (hỏi – trả lời). | | | |
| | Chức năng của các bộ phận trên cơ thể (mắt, mũi, tai, miệng). | | | |
| Vận động tinh và vận động thô | Vẽ nguệch ngoạc trên giấy. | Làm mẫu, Hướng dẫn, | Giáo viên và gia đình | |
| | Xếp chồng cao. | Trợ giúp, | | |
| | Ghép hình bằng con vật, bằng quả, bằng phương tiện giao thông | Yêu cầu, Khen ngợi, Động viên. | | |

| Lĩnh vực | Mục tiêu | Phương pháp | Người thực hiện | Kết quả |
|------------|--|---|-----------------------|---------|
| | Mang đồ vật lên xuống cầu thang | | | |
| | Bắt bóng bằng 2 tay | | | |
| | Đá bóng qua lại | | | |
| Tự phục vụ | Đi vệ sinh | Làm mẫu, Nhắc nhở, Khuyến khích, Hướng dẫn, trợ giúp. | Giáo viên và gia đình | |
| | Tập tự xúc ăn | | | |
| | Lau bàn, lau miệng | | | |
| | Vứt rác, giúp việc nhà | | | |
| Chơi | Chơi luân phiên, chờ đến lượt... | Giải thích, hướng dẫn | Giáo viên và gia đình | |
| | Chơi gân và nói chuyện với các bạn khác | | | |
| | Chơi giả vờ theo các chủ đề: nấu ăn, bác sĩ... | | | |
| | Chơi trò chơi tương tác cùng cô (chơi ú òa, cù ki, chi chi chành chành, nu na nu nống) | | | |

**PHỤ LỤC 3: BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ KỸ NĂNG CAN THIỆP CỦA
CHA MẸ HOẶC NGƯỜI CHĂM SÓC**

| Nhóm kỹ năng | Các kỹ năng | Đánh giá | | |
|---------------------------------|--|---------------|---------------------|--------------|
| | | Chưa làm được | Làm được cần hỗ trợ | Làm được tốt |
| KN sắp xếp môi trường | Sắp xếp không gian phù hợp | | | |
| | Sắp xếp đồ chơi gọn gàng, hợp lý | | | |
| | Tránh yếu tố sao nhãng: âm thanh, người đi lại | | | |
| | Xây dựng lịch trình hoạt động, dán nhãn đồ dùng | | | |
| KN tạo sự chú ý | Gọi tên trẻ trong khi chơi | | | |
| | Giơ đồ vật ngang tầm mắt | | | |
| | Thể hiện rõ: cảm xúc, hành động, cử chỉ điệu bộ, giọng nói... để thu hút sự chú ý | | | |
| | Chơi, hoạt động với đồ vật để kích thích duy trì ánh mắt | | | |
| | Tạm dừng hoạt động khi trẻ đang thích > chờ đợi và quan sát phản ứng của trẻ > tiếp tục chơi | | | |
| KN tạo nhu cầu giao tiếp | Cho trẻ từng chút một: từng miếng ghép.... | | | |
| | Tạo độ khó cho trẻ: Đổ trong hộp có nắp/đổ lên cao/giấu | | | |

| Nhóm kỹ năng | Các kỹ năng | Đánh giá | | |
|------------------------|--|---------------|---------------------|--------------|
| | | Chưa làm được | Làm được cần hỗ trợ | Làm được tốt |
| | Chọn trẻ lựa chọn | | | |
| | Đặt yêu cầu phù hợp: Ví dụ: a; xin; thơm hoặc nói theo yêu cầu | | | |
| KN chơi với trẻ | Lựa chọn hoạt động, đồ chơi phù hợp với sở thích và khả năng của trẻ | | | |
| | Giới thiệu đồ chơi, gọi tên, chỉ ngón, chơi mẫu, cho trẻ chơi | | | |
| | Chơi luân lượt | | | |
| | Chơi đa dạng, nâng cao độ khó, sử dụng đồ chơi theo nhiều cách: linh hoạt, giả vờ, tưởng tượng | | | |
| | Chơi/dạy nhiệt tình, vui vẻ | | | |
| | Chơi tương tác cơ thể: trò chơi; bài hát xen kẽ hợp lí | | | |
| KN hướng dẫn | Thời điểm trợ giúp và cách trợ giúp phù hợp | | | |
| | Nói nhấn mạnh từ chính, phù hợp với tình huống và khả năng của trẻ | | | |
| | Không đưa ra nhiều yêu cầu/chỉ dẫn trong cùng một thời điểm | | | |
| | Chia nhỏ nhiệm vụ thành từng bước nhỏ để hướng dẫn | | | |

| Nhóm kĩ năng | Các kĩ năng | Đánh giá | | |
|------------------------|---|---------------|---------------------|--------------|
| | | Chưa làm được | Làm được cần hỗ trợ | Làm được tốt |
| | Hướng dẫn trẻ học, chơi có cấu trúc và các bước rõ ràng | | | |
| | Chờ - Đợi để trẻ đáp ứng | | | |
| KN điều chỉnh hành vi | Dạy trẻ hành vi phù hợp: Chỉ ngón, ạ, xin, nói.... khi cần | | | |
| | Điều chỉnh hành vi không phù hợp: đánh giá nguyên nhân; sử dụng các chiến lược điều chỉnh (lờ đi, nói “không”, cuốn hút trẻ vào hoạt động khác... đảm bảo an toàn). | | | |
| | Củng cố đa dạng và kịp thời: vỗ tay/yeah/mỉm cười/cù ki, đồ ăn, đồ chơi trẻ thích và nói lời khen | | | |
| KN phát triển ngôn ngữ | Lôi cuốn sự chú ý vào miệng, nét mặt | | | |
| | Khuyến khích trẻ bắt chước: vận động môi miệng, nét mặt, âm thanh, từ | | | |
| | Khuyến khích trẻ chỉ ngón và gọi tên đồ vật, con vật | | | |
| | Khuyến khích trẻ hiểu các dạng câu hỏi: ... đâu? Cái gì? Con gì? Để làm gì? Tại sao? Ở đâu? Như thế nào? Có? Không? Câu hỏi lựa chọn, câu hỏi ngược | | | |
| | Mở rộng vốn từ, khả năng hội thoại theo trình độ của trẻ | | | |

| Nhóm kỹ năng | Các kỹ năng | Đánh giá | | |
|------------------------|---|---------------|---------------------|--------------|
| | | Chưa làm được | Làm được cần hỗ trợ | Làm được tốt |
| KN sử dụng PECS | Giới thiệu đồ chơi và tranh tương ứng | | | |
| | Không gợi ý bằng lời nói: đưa cô | | | |
| | Đưa đồ chơi cho trẻ ngay khi trẻ trao tranh | | | |
| | Trao tranh 3-5 lần với mỗi hoạt động | | | |
| | Thực hiện đúng 4 bước sửa sai | | | |

**PHỤ LỤC 4: BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ TỰ KỶ
(AUTISM TREATMENT EVALUATION CHECKLIST)**

Bernard Rimland & Stephen M. Edelson

Họ tên trẻ: Giới: Nam/Nữ

Thời gian bắt đầu can thiệp:

Lần đánh giá thứ: Ngày đánh giá: / / Tuổi khi đánh giá:

| I. Âm lời nói / ngôn ngữ / giao tiếp | | | |
|--|-------------------|----------------------|-----------------|
| | Không đúng | Đúng một phần | Rất đúng |
| 1. Nhận biết được tên riêng của mình | | | |
| 2. Đáp ứng với 'Không' hoặc 'Dừng lại' | | | |
| 3. Có thể làm theo một số mệnh lệnh | | | |
| 4. Sử dụng một từ mỗi lần nói (Không!, Ăn, Nước, v.v) | | | |
| 5. Sử dụng 2 từ mỗi lần nói (Không muốn, Về nhà) | | | |
| 6. Sử dụng 3 từ mỗi lần nói (Muốn thêm sữa) | | | |
| 7. Biết 10 từ trở lên | | | |
| 8. Có thể sử dụng câu nói từ 4 từ trở lên | | | |
| 9. Biết giải thích những gì trẻ muốn | | | |
| 10. Hỏi những câu hỏi có ý nghĩa | | | |
| 11. Lời nói của trẻ có ý nghĩa/ phù hợp | | | |
| 12. Thường sử dụng các câu nói kế tiếp nhau | | | |
| 13. Có thể duy trì một cuộc hội thoại khá tốt | | | |
| 14. Có khả năng giao tiếp bình thường đúng với lứa tuổi của mình | | | |
| II. Tương tác xã hội | | | |

| | Không giống mô tả | Giống một phần mô tả | Rất giống mô tả |
|---|-------------------|----------------------|-----------------|
| 1. Trẻ có vẻ như đang ở trong thế giới của riêng mình - Bạn khó tiếp cận được với trẻ | | | |
| 2. Thờ ơ với người khác | | | |
| 3. Ít hoặc không chú ý khi được nhắc đến | | | |
| 4. Không hợp tác và kháng cự | | | |
| 5. Không giao tiếp mắt | | | |
| 6. Thích chơi một mình | | | |
| 7. Không biểu hiện tình cảm | | | |
| 8. Không chào cha mẹ | | | |
| 9. Tránh giao tiếp với người khác | | | |
| 10. Không biết bắt chước | | | |
| 11. Không thích được bồng ẵm hay ôm ấp | | | |
| 12. Không chia sẻ với người khác hoặc biểu hiện cảm xúc | | | |
| 13. Không vẫy tay chào "bye bye" | | | |
| 14. Khó chịu/ không tuân thủ | | | |
| 15. Giận dữ ăn vạ | | | |
| 16. Không có bạn, người chơi cùng | | | |
| 17. Hiếm khi mỉm cười | | | |
| 18. Vô cảm với cảm xúc của người khác | | | |
| 19. Thờ ơ khi được thích | | | |
| 20. Thờ ơ khi cha mẹ rời đi | | | |
| III. Giác quan/ Nhận thức | | | |
| | Không giống mô tả | Giống một phần mô tả | Rất giống mô tả |

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1. Đáp ứng khi được gọi tên | | | |
| 2. Đáp ứng khi được khen | | | |
| 3. Nhìn vào con người và các con vật | | | |
| 4. Nhìn vào tranh ảnh (và Tivi) | | | |
| 5. Vẽ, tô màu, các hoạt động mỹ thuật | | | |
| 6. Chơi với đồ chơi phù hợp | | | |
| 7. Biểu hiện nét mặt phù hợp | | | |
| 8. Hiểu những câu chuyện trên Tivi khi xem | | | |
| 9. Hiểu khi có ai đó giải thích | | | |
| 10. Ý thức về môi trường xung quanh | | | |
| 11. Ý thức về các nguy hiểm | | | |
| 12. Có trí tưởng tượng | | | |
| 13. Khởi xướng các hoạt động | | | |
| 14. Biết tự mặc quần áo | | | |
| 15. Tò mò, hay chú ý | | | |
| 16. Thích phiêu lưu, khám phá | | | |
| 7. Ý thức về những gì đang diễn ra xung quanh - Không mơ màng | | | |
| 18. Cùng nhìn về nơi người khác đang nhìn | | | |
| IV. Vấn đề về sức khỏe/Thể chất/Hành vi | | | |
| | Không giống mô tả | Giống 1 phần mô tả | Rất giống mô tả |
| 1. Tiểu đêm khi ngủ | | | |
| 2. Quần ướt/tã ướt | | | |
| 3. Quần/tã dơ bẩn | | | |
| 4. Tiêu chảy | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 5. Táo bón | | | |
| 6. Vấn đề về giấc ngủ | | | |
| 7. Ăn quá nhiều hay quá ít | | | |
| 8. Chế độ ăn uống cực kỳ hạn chế | | | |
| 9. Hiều động | | | |
| 10. Hôn mê | | | |
| 11. Tự đánh hoặc tự làm mình bị thương | | | |
| 12. Đánh hoặc làm người khác bị thương | | | |
| 13. Phá hoại | | | |
| 14. Nhạy cảm với âm thanh | | | |
| 15. Lo lắng/sợ hãi | | | |
| 16. Buồn/ hay khóc | | | |
| 17. Co giật | | | |
| 18. Nói nhảm | | | |
| 19. Lịch sinh hoạt cứng nhắc | | | |
| 20. La hét | | | |
| 21. Không thích sự thay đổi | | | |
| 22. Thường bị kích động | | | |
| 23. Không có cảm giác khi bị đau | | | |
| 24. Chăm chú hoặc nhìn chăm chăm vào một số đối tượng/chủ đề | | | |
| 25. Hành vi lặp đi lặp lại nhiều lần (vẫy tay, lắc người) | | | |

KẾT QUẢ:

| Tiêu mục | Điểm |
|-----------------------------------|------|
| Âm lời nói / ngôn ngữ / giao tiếp | |
| Tương tác xã hội | |
| Giác quan / Nhận thức | |
| Sức khỏe / Thể chất/ Hành vi | |

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baxter A.J., Brugha T.S., Erskine H.E. và cộng sự. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med*, **45(3)**, 601–613.
2. Maenner M.J. (2021). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveill Summ*, **70**.
3. Hoang V.M., Le T.V., Chu T.T.Q. và cộng sự. (2019). Prevalence of autism spectrum disorders and their relation to selected socio-demographic factors among children aged 18–30 months in northern Vietnam, 2017. *International Journal of Mental Health Systems*, **13(1)**, 29.
4. Hyman S.L., Levy S.E., Myers S.M. và cộng sự. (2020). Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, **145(1)**, e20193447.
5. Thành Ngọc Minh, Nguyễn Mai Hương, Nguyễn Thị Hồng Thúy Hoạt động đánh giá, chẩn đoán trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ tại Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi trung ương từ 2011-2015. *Tạp chí Khoa học giáo dục số đặc biệt tháng 11/2016*, 84–87.
6. Elder J.H., Kreider C.M., Brasher S.N. và cộng sự. (2017). Clinical impact of early diagnosis of autism on the prognosis and parent–child relationships. *Psychol Res Behav Manag*, **10**, 283–292.
7. American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association.
8. Classification of Diseases (ICD). <<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>>, accessed: 21/07/2021.

9. Reported History of Developmental Regression and Restricted, Repetitive Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorders - PubMed. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27366956/>>, accessed: 21/07/2021.
10. Park H.S., Yi S.Y., Yoon S.A. và cộng sự. (2018). Comparison of the Autism Diagnostic Observation Schedule and Childhood Autism Rating Scale in the Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Preliminary Study. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak*, **29(4)**, 172–177.
11. National_Guideline_for_Assessment_and_Diagnosis_of_Autism.pdf. <https://www.autismcrc.com.au/access/sites/default/files/resources/National_Guideline_for_Assessment_and_Diagnosis_of_Autism.pdf>, accessed: 21/07/2021.
12. Broome K., McCabe P., Docking K. và cộng sự. (2017). A Systematic Review of Speech Assessments for Children With Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Best Practice. *Am J Speech Lang Pathol*, **26(3)**, 1011–1029.
13. Williams Z.J., Failla M.D., Gotham K.O. và cộng sự. (2018). Psychometric Evaluation of the Short Sensory Profile in Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, **48(12)**, 4231–4249.
14. Minh T., Thu T., Hương T. và cộng sự. (2018). Đặc điểm những rối loạn điều hòa cảm giác ở trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ. *Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa*.
15. Bhat A.N., Galloway J.C., và Landa R.J. (2012). Relation between early motor delay and later communication delay in infants at risk for autism. *Infant Behav Dev*, **35(4)**, 838–846.
16. Talkar T., Williamson J.R., Hannon D. và cộng sự. (2020). Assessment of speech and fine motor coordination in children with autism spectrum disorder. *IEEE Access*, **8**, 127535–127545.
17. Current Perspectives on Physical Activity and Exercise Recommendations for Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders.

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040426/>>, accessed: 21/07/2021.

18. Kenworthy L., Case L., Harms M.B. và cộng sự. (2010). Adaptive behavior ratings correlate with symptomatology and IQ among individuals with high-functioning autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, **40**(4), 416–423.

19. Trần Thành Nam, Trần Thị Thu Hương (2016). So sánh kết quả trắc nghiệm hành vi thích ứng Vineland - II - Phiên bản Việt trên nhóm trẻ tự kỷ và chậm phát triển tâm thần không đặc hiệu. *Tạp chí Tâm lý học*, **Số 2**.

20. NICE Guideline Updates Team (UK) (2017), *Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis: [A] Evidence review for factors and neurodevelopmental disorders that increase the likelihood of a diagnosis of autism spectrum disorder*, National Institute for Health and Care Excellence (UK), London.

21. Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Choueiri R. và cộng sự. (2015). Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, **136 Suppl 1**, S60-81.

22. Nguyễn Thị Hoàng Yến (2014), *Nghiên cứu Biện pháp can thiệp sớm và giáo dục hòa nhập cho trẻ tự kỷ ở nước ta hiện nay và trong giai đoạn 2011 - 2020.*, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội.

23. Baer D.M., Wolf M.M., và Risley T.R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *J Appl Behav Anal*, **1**(1), 91–97.

24. Lindgren S. và Doobay A. Evidence-Based Interventions for Autism Spectrum Disorders. 24.

25. E L., Dr D., R F. và cộng sự. (2017). Intensity and Learning Outcomes in the Treatment of Children With Autism Spectrum Disorder. *Behavior modification*, **41**(2).

26. Schreibman L., Dawson G., Stahmer A.C. và cộng sự. (2015). Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Empirically Validated Treatments for Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, **45(8)**, 2411–2428.
27. Estes A., Munson J., Rogers S.J. và cộng sự. (2015). Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **54(7)**, 580–587.
28. Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement: 0783324889802: Medicine & Health Science Books @ Amazon.com. <<https://www.amazon.com/Early-Start-Denver-Children-Autism/dp/1606236318>>, accessed: 14/07/2021.
29. Rogers S.J., Estes A., Lord C. và cộng sự. (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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **51(10)**, 1052–1065.
30. Virues-Ortega J., Julio F.M., và Pastor-Barriuso R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, **33(8)**, 940–953.
31. Green V.A., Pituch K.A., Itchon J. và cộng sự. (2006). Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, **27(1)**, 70–84.
32. Bearss K., Johnson C., Smith T. và cộng sự. (2015). Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a randomized clinical trial. *JAMA*, **313(15)**, 1524–1533.
33. Hyman S.L., Stewart P.A., Foley J. và cộng sự. (2016). The Gluten-Free/Casein-Free Diet: A Double-Blind Challenge Trial in Children with Autism. *J Autism Dev Disord*, **46(1)**, 205–220.
34. Bộ Lao động thương binh xã hội, Quỹ bảo trợ trẻ em. (2019), *Hỗ trợ phục hồi chức năng cho trẻ em tự kỷ tại Việt Nam.*, .

35. Rutherford M., Baxter J., Grayson Z. và cộng sự. (2020). Visual supports at home and in the community for individuals with autism spectrum disorders: A scoping review. *Autism*, **24**(2), 447–469.
36. Ramos-Cabo S., Vulchanov V., và Vulchanova M. (2019). Gesture and Language Trajectories in Early Development: An Overview From the Autism Spectrum Disorder Perspective. *Front Psychol*, **0**.
37. More Than Words – Hanen Program for Parents of Children with Autism. <<http://www.hanen.org/Programs/For-Parents/More-Than-Words.aspx>>, accessed: 22/07/2021.
38. Blankenship K.M. Intervention Procedures to Encourage Verbal Language in Children with Autism. 36.
39. Bohlander A.J., Orlich F., và Varley C.K. (2012). Social skills training for children with autism. *Pediatr Clin North Am*, **59**(1), 165–174, xii.
40. Healy O. và Brett D. (2014). Functional Behavior Assessments for Challenging Behavior in Autism. *Comprehensive Guide to Autism*. Springer, New York, NY, 2881–2901.
41. (2021). Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. 32.
42. Barton E.E., Reichow B., Schnitz A. và cộng sự. (2015). A systematic review of sensory-based treatments for children with disabilities. *Res Dev Disabil*, **37**, 64–80.
43. Sharp W.G., Berry R.C., McCracken C. và cộng sự. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord*, **43**(9), 2159–2173.

44. Johnson C.R., Turner K., Stewart P.A. và cộng sự. (2014). Relationships between feeding problems, behavioral characteristics and nutritional quality in children with ASD. *J Autism Dev Disord*, **44(9)**, 2175–2184.
45. de Vinck-Baroody O., Shui A., Macklin E.A. và cộng sự. (2015). Overweight and Obesity in a Sample of Children With Autism Spectrum Disorder. *Acad Pediatr*, **15(4)**, 396–404.
46. Gestational Iron Deficiency Is Associated with Pica Behaviors in Adolescents | The Journal of Nutrition | Oxford Academic. <<https://academic.oup.com/jn/article/144/10/1533/4575111>>, accessed: 15/07/2021.
47. Marshall J., Ware R., Ziviani J. và cộng sự. (2015). Efficacy of interventions to improve feeding difficulties in children with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev*, **41(2)**, 278–302.
48. Chaidez V., Hansen R.L., và Hertz-Picciotto I. (2014). Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *J Autism Dev Disord*, **44(5)**, 1117–1127.
49. Buie T., Campbell D.B., Fuchs G.J. và cộng sự. (2010). Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics*, **125 Suppl 1**, S1-18.
50. Furuta G.T., Williams K., Kooros K. và cộng sự. (2012). Management of Constipation in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, **130(Supplement 2)**, S98–S105.
51. Malow B.A., Byars K., Johnson K. và cộng sự. (2012). A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, **130 Suppl 2**, S106-124.
52. Devnani P.A. và Hegde A.U. (2015). Autism and sleep disorders. *J Pediatr Neurosci*, **10(4)**, 304–307.

53. Takumi T., Tamada K., Hatanaka F. và cộng sự. (2020). Behavioral neuroscience of autism. *Neurosci Biobehav Rev*, **110**, 60–76.
54. Malow B.A., Adkins K.W., Reynolds A. và cộng sự. (2014). Parent-based sleep education for children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, **44**(1), 216–228.
55. Gagnon K. và Godbout R. (2018). Melatonin and Comorbidities in Children with Autism Spectrum Disorder. *Curr Dev Disord Rep*, **5**(3), 197–206.
56. Besag F.M. (2017). Epilepsy in patients with autism: links, risks and treatment challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat*, **14**, 1–10.
57. El Achkar C.M. và Spence S.J. (2015). Clinical characteristics of children and young adults with co-occurring autism spectrum disorder and epilepsy. *Epilepsy Behav*, **47**, 183–190.
58. Brophy S., Kennedy J., Fernandez-Gutierrez F. và cộng sự. (2018). Characteristics of Children Prescribed Antipsychotics: Analysis of Routinely Collected Data. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, **28**(3), 180–191.
59. Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder - PubMed. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25737019/>>, accessed: 15/07/2021.
60. Berenguer C., Roselló B., Colomer C. và cộng sự. (2018). Children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. Relationships between symptoms and executive function, theory of mind, and behavioral problems. *Res Dev Disabil*, **83**, 260–269.
61. Vasa R.A. và Mazurek M.O. (2015). An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Curr Opin Psychiatry*, **28**(2), 83–90.

62. Vasa R.A., Mazurek M.O., Mahajan R. và cộng sự. (2016). Assessment and Treatment of Anxiety in Youth With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, **137 Suppl 2**, S115-123.
63. Ngô Thùy Dung, Trần Văn Công, Nguyễn Nữ Tâm An Rối loạn lo âu ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ - đo lường và hướng can thiệp. *Kỷ yếu hội thảo "Giáo dục phát triển toàn diện: Thực trạng và giải pháp xét từ bình diện giáo dục học và tâm lý học*, 545-557.
64. Wijnhoven L.A., Niels-Kessels H., Creemers D.H. và cộng sự. (2019). Prevalence of comorbid depressive symptoms and suicidal ideation in children with autism spectrum disorder and elevated anxiety symptoms. *J Child Adolesc Ment Health*, **31(1)**, 77–84.
65. Challenging Behaviors Tool Kit.pdf. .
66. Spencer D., Marshall J., Post B. và cộng sự. (2013). Psychotropic Medication Use and Polypharmacy in Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, **132(5)**, 833–840.
67. Use of psychotropic drugs in patients with autism spectrum disorders: a systematic review - PubMed. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27624381/>>, accessed: 15/07/2021.
68. Persico A.M., Ricciardello A., Lamberti M. và cộng sự. (2021). The pediatric psychopharmacology of autism spectrum disorder: A systematic review - Part I: The past and the present. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, **110**, 110326.
69. Shafiq S. và Pringsheim T. (2018). Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opin Pharmacother*, **19(13)**, 1475–1488.
70. Fallah M.S., Shaikh M.R., Neupane B. và cộng sự. (2019). Atypical Antipsychotics for Irritability in Pediatric Autism: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, **29(3)**, 168–180.

71. Trần Thị Ngọc Hồi, Nguyễn Thị Thanh Mai (2016). Kết quả điều trị Risperidone cho rối loạn hành vi kích thích ở trẻ tự kỷ. *Tạp chí y học Việt Nam*, **9** (3), 40–46.
72. Sturman N., Deckx L., và van Driel M.L. (2017). Methylphenidate for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, **2017**(11), CD011144.
73. Myers S.M., Johnson C.P., và the Council on Children With Disabilities (2007). Management of Children With Autism Spectrum Disorders. *PEDIATRICS*, **120**(5), 1162–1182.
74. Đào Thị Thủy, Nguyễn Thị Thanh Mai, Lê Thị Hoàn (2017). Đánh giá kiến thức, thực hành cho cha mẹ về can thiệp sớm trẻ tự kỷ tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, **Tháng 8/2017**.
75. Trần Văn Công, Ngô Xuân Điệp Hiệu quả của chương trình can thiệp trẻ tự kỷ dựa trên sự kết hợp giữa gia đình và cơ sở can thiệp. *Tạp chí Khoa học và công nghệ Việt Nam*, **17** (6), 48–54.
76. Clifford T. và Minnes P. (2013). Logging on: evaluating an online support group for parents of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, **43**(7), 1662–1675.
77. Clifford T. và Minnes P. (2013). Who participates in support groups for parents of children with autism spectrum disorders? The role of beliefs and coping style. *J Autism Dev Disord*, **43**(1), 179–187.
78. Solomon A.H. và Chung B. (2012). Understanding autism: how family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Fam Process*, **51**(2), 250–264.
79. Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) Norms: A “Growth Chart” for ATEC Score Changes as a Function of Age - PubMed. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29462954/>>, accessed: 15/07/2021.

80. Hedvall Å., Westerlund J., Fernell E. và cộng sự. (2014). Autism and developmental profiles in preschoolers: stability and change over time. *Acta Paediatr*, **103**(2), 174–181.

syt_thanhhoa_vt_So Y te Thanh Hoa_06/07/2022_16:53:44