

CAN THIỆP HÀNH VI DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

TS. Andresa A. De Souza¹

Tóm tắt: Tỷ lệ trẻ em được chẩn đoán có rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) đã tăng lên đáng kể trong những thập kỷ qua. Tự kỷ là một rối loạn phát triển thần kinh sẽ có trong suốt cuộc đời của một người. Do đó, điều quan trọng là trẻ em phải nhận được các biện pháp can thiệp sớm và hiệu quả để đảm bảo chúng có thể đạt được sự độc lập khi trưởng thành. Ngày càng nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của các biện pháp can thiệp dựa trên phân tích hành vi ứng dụng (ABA) để giải quyết các triệu chứng cốt lõi của tự kỷ và thúc đẩy việc đạt được các kỹ năng quan trọng. ABA là một môn khoa học nghiên cứu ảnh hưởng của môi trường đến hành vi của con người và sử dụng kiến thức này để giải quyết các vấn đề có ý nghĩa xã hội. Bằng cách tiến hành đánh giá hành vi, lựa chọn các mục tiêu can thiệp phù hợp, thực hiện các quy trình giảng dạy hiệu quả và dựa trên việc theo dõi dữ liệu liên tục, ABA sử dụng phương pháp tiếp cận khoa học để can thiệp cho trẻ có RLPTK.

Từ khóa: Phân tích hành vi ứng dụng, Rối loạn phổ tự kỷ, Can thiệp hành vi, Thu nhận kỹ năng.

CAN THIỆP HÀNH VI DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG CHO TRẺ CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Tự kỷ là một rối loạn phát triển thần kinh được đặc trưng bởi (a) sự thiếu hụt trong các kỹ năng giao tiếp xã hội và tương tác xã hội trong các bối cảnh khác nhau; và (b) sở thích bị hạn chế và các hành vi lặp đi lặp lại (American Psychiatric Association, 2013). Dữ liệu từ Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh (CDC; 2020) đã chứng minh rằng (a) Cứ 54 trẻ em ở Hoa Kỳ thì có 1 trẻ được chẩn đoán có RLPTK; (b) độ tuổi trung bình mà trẻ em được chẩn đoán là 4 tuổi; (c) khoảng 56% trẻ em được chẩn đoán tự kỷ có khả năng trí tuệ thấp hơn mức trung bình (IQ > 85); và (d) tự kỷ ảnh hưởng đến trẻ em trai nhiều hơn trẻ em gái bốn lần. RLPTK là một tình trạng sẽ xuất hiện trong suốt cuộc đời của một người. May mắn thay, đã có bằng chứng đáng kể cho thấy rằng sự can thiệp hiệu quả và kịp thời có thể giải quyết các thâm hụt và các hành vi không mong muốn đặc trưng của tự kỷ (Roane và cộng sự. 2016). Để cải thiện những thay đổi mà một đứa trẻ được chẩn đoán tự kỷ sẽ được hưởng lợi từ các can thiệp chuyên biệt, điều quan trọng là các can thiệp này phải dựa trên bằng chứng.

¹ Trường Đại học Sư phạm, Đại học Missouri - St. Louis, Hoa Kỳ.

Khi một gia đình nhận được chẩn đoán hoặc con của họ biểu hiện một số đặc điểm hành vi của tự kỷ, thì khuynh hướng đầu tiên là tìm ra phương án can thiệp tốt nhất để hỗ trợ sự phát triển của con họ. Không có gì lạ khi các gia đình bắt đầu tìm kiếm các dịch vụ đầy đủ bằng cách sử dụng các công cụ trực tuyến làm “cửa hàng một dừng”. Mặc dù hữu ích và nhiều thông tin, trang web cũng chứa đầy thông tin giả mạo, thông tin phi khoa học và tùy chọn can thiệp với bằng chứng không đáng kể về hiệu quả. Một tìm kiếm đơn giản thông qua một công cụ tìm kiếm trực tuyến sử dụng các từ khóa chính là “can thiệp tự kỷ” sẽ có khả năng trả về hàng nghìn, nếu không muốn nói là hơn một triệu kết quả. Dưới tình huống này và giữa vô số lựa chọn, các gia đình nên chọn biện pháp can thiệp phù hợp để hỗ trợ sự phát triển của con mình như thế nào?

Lựa chọn một can thiệp cho trẻ tự kỷ có thể không dễ dàng, nhưng điều quan trọng cần lưu ý là quá trình lựa chọn không được khác với việc lựa chọn một phương pháp điều trị¹ cho một bệnh hoặc tình trạng y tế. Khi bị ốm muốn tìm phương pháp điều trị y tế, chúng ta cần lưu ý đến ba yếu tố. Đầu tiên, chúng tôi tìm kiếm một phương pháp điều trị hiệu quả; nghĩa là, một phương pháp điều trị mà để lại kết quả dự kiến bằng cách làm cho chúng ta cảm thấy tốt hơn. Tiếp theo, chúng tôi muốn các phương pháp điều trị hiệu quả được thực hiện bởi các chuyên gia có kinh nghiệm và chuyên môn về phương pháp điều trị cụ thể. Ví dụ, nếu bạn hoặc ai đó trong gia đình bạn cần phẫu thuật tim, bạn sẽ muốn bác sĩ phẫu thuật tim thực hiện thủ thuật, không phải bác sĩ nhãn khoa. Cuối cùng, mọi lựa chọn điều trị nên cân nhắc đến sở thích và giá trị của bệnh nhân. Những yếu tố này được coi là ba trụ cột của thực hành dựa trên bằng chứng (APA, 2008).

THỰC HÀNH DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

Thuật ngữ thực hành dựa trên bằng chứng lần đầu tiên được sử dụng trong lĩnh vực y tế (Sur & Dahm, 2011) và nó đã được áp dụng bởi các ngành khác nhau trong chăm sóc con người bao gồm sức khỏe tâm thần (Frank và cộng sự, 2020) và giáo dục (ví dụ, Hempenstall, 2006). Như đã thảo luận ở trên, thực hành dựa trên bằng chứng liên quan đến sự kết hợp của (a) các biện pháp can thiệp với sự hỗ trợ thực nghiệm mạnh mẽ của bằng chứng; (b) được thực hiện bởi một chuyên gia được đào tạo; (c) xem xét các đặc điểm, giá trị và nền tảng văn hóa của thân chủ (Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ; 2008). Nói cách khác, điều quan trọng là các học viên không chỉ cung cấp các thực hành hiệu quả trong phạm vi kinh nghiệm của họ, mà còn phải kết hợp các sở thích của gia đình và giá trị của họ vào quá trình can thiệp.

¹ Tôi sử dụng từ "điều trị" cho các ca bệnh lý. Tôi sẽ dùng từ "can thiệp" cho các cá nhân có RLPTK. RLPTK không được xem là bệnh mà là một tình trạng ảnh hưởng đến cách người đó hành động và tương tác với môi trường. Can thiệp cho cá nhân RLPTK giữ vai trò giáo dục hơn là điều trị. Là người ủng hộ việc tách ra khỏi các mô hình điều trị y học, tôi tránh sử dụng từ "điều trị" và "bệnh nhân".

Để đáp ứng nhu cầu đánh giá và cung cấp thông tin cho các nhà cung cấp dịch vụ, các nhà giáo dục và phụ huynh về thực hành dựa trên bằng chứng đối với sự can thiệp của các cá nhân có RLPTK, Trung tâm Tự kỷ Quốc gia (NAC) đã tiến hành và xuất bản Báo cáo Tiêu chuẩn Quốc gia với mục tiêu cung cấp “toàn diện thông tin về mức độ bằng chứng khoa học hỗ trợ cho nhiều phương pháp điều trị giáo dục và hành vi hiện có dành cho những người có rối loạn phổ tự kỷ” (trang 1). Để thực hiện nhiệm vụ này, NAC đã tiến hành đánh giá có hệ thống các nghiên cứu được công bố từ năm 1957 đến năm 2007 (Giai đoạn 1; 2009) và sau đó từ năm 2007 đến năm 2012 (Giai đoạn 2; 2015) liên quan đến các biện pháp can thiệp cho trẻ em và người lớn có RLPTK. Báo cáo được thực hiện với sự tư vấn của các chuyên gia về chủ đề và một hội đồng phản biện, những người đã hợp tác phát triển các tiêu chí để đánh giá tính nghiêm ngặt về mặt khoa học của các nghiên cứu đã được công bố (ví dụ: Thang đánh giá chất lượng khoa học [SMRS]), hiệu quả của can thiệp và mức độ của sự tự tin về hiệu quả của một can thiệp cụ thể (tức là Sức mạnh của bằng chứng). Sau khi phân loại và phân tích cơ thể bằng chứng cho sự can thiệp cụ thể, thành viên của bảng phân loại các biện pháp can thiệp đã được thiết lập về mặt khoa học là có bằng chứng, đang có triển vọng và chưa được thiết lập về mặt bằng chứng. Trong số 49 can thiệp được xác định trong báo cáo, 14 can thiệp được phân loại là đã được thiết lập (tức là can thiệp có đủ hỗ trợ thực nghiệm để được coi là dựa trên bằng chứng); 18 được phân loại là mới nổi (tức là chỉ có một số nghiên cứu cho thấy kết quả thuận lợi); và 17 được phân loại là không được công bố (tức là có rất ít hoặc không có bằng chứng về tính hiệu quả trong các tài liệu khoa học). NAC (2015) kết luận rằng phần lớn các can thiệp được xác định là “đã được thiết lập” đã được phát triển trong các tài liệu về can thiệp hành vi bao gồm cả phân tích hành vi ứng dụng (ABA).

PHÂN TÍCH HÀNH VI ỨNG DỤNG

Nghiên cứu của ABA liên quan đến các biện pháp can thiệp cho trẻ em và người lớn có RLPTK đã diễn ra mạnh mẽ trong những thập kỷ qua (Roane, 2016; Smith, 2013). Nhiều nghiên cứu đã đánh giá các thủ tục để giải quyết các thiếu hụt về hành vi cụ thể và cải thiện chất lượng cuộc sống của những cá nhân tự kỷ và gia đình của họ. ABA là một ngành khoa học bắt nguồn từ phân tích hành vi và quan tâm đến việc giải quyết các vấn đề quan trọng có ý nghĩa xã hội (Baer và cộng sự, 1968). Một quan niệm sai lầm phổ biến là cho rằng các biện pháp can thiệp dựa trên ABA chỉ dành cho những người tự kỷ hoặc các khuyết tật phát triển khác. Trên thực tế, các biện pháp can thiệp ABA có thể được và được sử dụng trong các lớp học có trẻ em đang phát triển điển hình, để cải thiện chất lượng cuộc sống của người già, cải thiện hiệu suất và tăng cường an toàn trong các tổ chức và thậm chí để thay đổi thói quen của mọi người trong cộng đồng của họ (Behavior Analyst Certification Board, 2019). Nói cách khác, ABA không phải là một “phương pháp”, mà là một khoa học nhằm tìm hiểu ảnh hưởng của môi trường đối với hành vi của con người và tạo ra những thay đổi có ý nghĩa đối với cuộc sống của họ. Là một ngành khoa học, các

can thiệp ABA dựa trên thông tin thu thập được từ các hành vi có thể quan sát được và các quyết định lâm sàng dựa trên dữ liệu.

Một số nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của các biện pháp can thiệp dựa trên ABA đối với trẻ có RLPTK. Eldevik và cộng sự (2009) đã thực hiện một phân tích tổng hợp các nghiên cứu sử dụng can thiệp hành vi sớm chuyên sâu (EIBI) cho trẻ có RLPTK. Các tác giả đã xem xét 34 nghiên cứu bao gồm chín thiết kế có kiểm soát liên quan đến so sánh hoặc nhóm đối chứng. Kết quả của họ đã hỗ trợ EIBI như là sự lựa chọn can thiệp cho trẻ có RLPTK. Trong cùng năm đó, Eikeseth (2009) đã tiến hành một đánh giá tài liệu về các can thiệp tâm lý-giáo dục toàn diện cho trẻ có RLPTK. Đánh giá của ông bao gồm 25 nghiên cứu được công bố trên các tạp chí bình duyệt. Kết quả của Eikeseth gợi ý rằng can thiệp ABA chuyên sâu, được thực hiện bởi các nhà trị liệu được đào tạo, có hiệu quả trong việc tăng cường hoạt động toàn cầu ở trẻ em trước tuổi đi học.

Các biện pháp can thiệp dựa trên ABA cho trẻ có RLPTK tập trung vào việc giải quyết các mối quan tâm về hành vi có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của trẻ. Các can thiệp của ABA dựa trên các hành vi có thể quan sát được, các quyết định lâm sàng dựa trên dữ liệu đáng tin cậy và có thể được thực hiện tại nhà, phòng khám, trường học hoặc cộng đồng để giải quyết nhiều hành vi khác nhau. Các mục tiêu và mục tiêu của can thiệp được hướng dẫn bởi kết quả của đánh giá hành vi đánh giá sự thiếu hụt kỹ năng và hành vi thái quá của cá nhân (Fovell, 2002). Những đánh giá này cung cấp thông tin để hỗ trợ việc lựa chọn các hành vi sẽ được giải quyết trong quá trình can thiệp và mô hình dịch vụ thích hợp. Các mục tiêu của can thiệp phải xem xét các điểm mạnh và điểm thiếu sót của trẻ, viển cảnh ngắn hạn và dài hạn, các ưu tiên của gia đình và trình độ phát triển hiện tại của trẻ. Triết lý giảng dạy của các biện pháp can thiệp ABA bao gồm tầm quan trọng của việc tạo ra một môi trường vui vẻ, nơi đứa trẻ có động lực để trở thành một phần của nó và học hỏi. Cuối cùng, điều rất quan trọng là đảm bảo rằng các kỹ năng học được trong môi trường có cấu trúc được khái quát hóa cho các điều kiện và môi trường khác bao gồm gia đình, trường học và cộng đồng.

CÁC BƯỚC TRONG CAN THIỆP ABA

Quá trình dạy các kỹ năng mới trong can thiệp ABA bao gồm bốn bước chính: đánh giá kỹ năng; xác định và ưu tiên các mục tiêu can thiệp; lựa chọn chiến lược giảng dạy; và giám sát tiến độ liên tục.

Đánh giá kỹ năng. Việc đánh giá bao gồm việc thực hiện các thủ tục để điều tra các kỹ năng hiện tại và sự thiếu hụt của trẻ. Đánh giá là rất quan trọng đối với quá trình can thiệp vì nó cung cấp thông tin về (a) các kỹ năng mà nhà phân tích hành vi nên tập trung vào; (b) mức độ khó khăn của các nhiệm vụ cụ thể; (c) tồn tại những rào cản có thể cản trở việc học của trẻ; (d) chiến lược giảng dạy sẽ hiệu quả nhất; và (e) bối cảnh giáo dục

phù hợp nhất cho đưa trẻ với những kỹ năng hiện tại của chúng. Có một số công cụ đánh giá được sử dụng bởi nhà phân tích hành vi; hai bài đánh giá phổ biến là Chương trình Đánh giá mốc phát triển hành vi ngôn ngữ và xếp chỗ (VB-MAPP; Sundberg, 2014) và Đánh giá kỹ năng ngôn ngữ và học tập cơ bản - Đã sửa đổi (ABLSS-R; Partington, 2010).

Xác định và ưu tiên các mục tiêu can thiệp. Sử dụng kết quả đánh giá kỹ năng, nhà phân tích hành vi xác định các mục tiêu can thiệp phù hợp với trình độ của trẻ và điều đó sẽ thúc đẩy việc đạt được các khả năng liên quan khác. Rất có thể có nhiều lĩnh vực cần công việc hơn mà người ta có thể giải quyết trong giai đoạn đánh giá. Trong trường hợp này, nhà phân tích hành vi sẽ ưu tiên những mục tiêu có thể thúc đẩy lợi ích cao hơn cho trẻ và gia đình trẻ (Cooper và cộng sự, 2020). Khi sắp xếp thứ tự ưu tiên cho các mục tiêu, yếu tố đầu tiên cần xem xét là mức độ giao tiếp của trẻ. Sự can thiệp nên bao gồm các mục tiêu dạy cho đưa trẻ những cách hiệu quả và thích hợp để truyền đạt những nhu cầu và mong muốn của chúng. Tiếp theo, nhà phân tích hành vi nên xem xét các kỹ năng đóng vai trò là tiền đề cho các hành vi phức tạp hơn. Cuối cùng, nhà phân tích hành vi nên tham khảo ý kiến của cha mẹ và người chăm sóc về các ưu tiên và sở thích của họ về các mục tiêu.

Lựa chọn các chiến lược giảng dạy. Trẻ em học được nhờ các mối liên hệ giữa các hành vi của chúng, những gì đã xảy ra ngay trước đó và những gì đã xảy ra ngay sau đó. Nếu những gì xảy ra ngay sau hành vi là một hậu quả thuận lợi, thì nhiều khả năng đưa trẻ sẽ lại thực hiện cùng một hành vi này trong tương lai để đạt được hậu quả tương tự. Quá trình này được gọi là củng cố (Cooper và cộng sự, 2020). Việc củng cố kịp thời và thực hành các hành vi phù hợp là điều cần thiết cho quá trình học tập (Friman, 2005).

Việc củng cố kết hợp với chiến lược giảng dạy phù hợp có thể thúc đẩy việc học các kỹ năng quan trọng. Hai chiến lược giảng dạy phổ biến được sử dụng trong ABA là giảng dạy bằng phép thử cụ thể (DTT) và giảng dạy môi trường tự nhiên (NET). DTT liên quan đến việc chia nhỏ một kỹ năng phức tạp thành các thành phần đơn giản và dạy từng thành phần thông qua các lần lặp lại. DTT cung cấp cơ hội tăng cường thực hành kỹ năng vì nhiều thử nghiệm được trình bày trong một phiên. Thường diễn ra với hình thức một-một với người lớn và trẻ em làm việc trên bàn mà hạn chế mất tập trung. DTT đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc dạy các kỹ năng quan trọng như yêu cầu đồ vật hoặc hoạt động mong muốn, bắt chước hành động của người khác, dán nhãn các vật dụng trong môi trường của trẻ, làm theo hướng dẫn và trả lời câu hỏi (Lerman và cộng sự, 2016). NET được thực hiện trong một môi trường phi cấu trúc để tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp thu ngôn ngữ bằng cách sử dụng sở thích của trẻ làm hướng dẫn. Việc giảng dạy tập trung vào việc vui chơi hoặc hoạt động ưa thích của trẻ. Mặc dù NET không cung cấp nhiều cơ hội học tập như DTT, nhưng nó thường thúc đẩy người học có động lực cao hơn. NET hữu ích để làm việc về tổng quát hóa các kỹ năng và cải thiện khả năng học tập của trẻ trong môi trường phi cấu trúc.

Trong khi các ứng dụng đầu tiên của ABA vào khoảng những năm 1980 chủ yếu dựa vào phương pháp giảng dạy với phép thử cụ thể (DTT) làm chiến lược giảng dạy chính (Roane và cộng sự, 2016), thì các can thiệp toàn diện hiện đại dựa trên ABA lại ưu tiên sự kết hợp giữa DTT và giảng dạy môi trường tự nhiên (NET) để thúc đẩy việc tiếp thu các kỹ năng, đặc biệt là thu nhận các kỹ năng ngôn ngữ (Sundberg & Partington, 1999).

Theo dõi tiến trình. Thu thập dữ liệu là một thành phần thiết yếu của can thiệp ABA để đo lường các hành vi và kỹ năng có thể quan sát được, theo dõi tiến trình can thiệp và đánh giá các kết quả thuận lợi. Nhà phân tích hành vi sẽ sử dụng các phương pháp khác nhau để thu thập dữ liệu thông qua quan sát trực tiếp các hành vi có thể nhìn thấy được. Dữ liệu thu thập được sau đó được hiển thị ở định dạng đồ họa và được phân tích thường xuyên để thông báo về tiến trình và các quyết định lâm sàng của trẻ (LeBlanc và cộng sự, 2016).

KẾT LUẬN

Các can thiệp dựa trên ABA được cá nhân hóa và dựa trên nhu cầu của trẻ và gia đình. Như vậy, không có hai biện pháp can thiệp nào giống nhau vì tính chất cá nhân của mỗi trẻ. Tương tự như vậy, mọi môi trường đều khác nhau và cần được xem xét trong quá trình đánh giá và thiết lập mục tiêu. Với những đặc điểm này, mỗi đứa trẻ có thể phản ứng theo một cách khác nhau đối với cùng một quy trình và chiến lược giảng dạy. Do đó, điều cần thiết là phải thu thập dữ liệu liên tục và đánh giá những dữ liệu này để đảm bảo rằng can thiệp có hiệu quả và trẻ đang tiến bộ.

Không có gì lạ khi phụ huynh và học viên đặt kỳ vọng rất cao về mục tiêu của con mình, tuy nhiên đôi khi những kỳ vọng này không phù hợp với trình độ kỹ năng hiện tại của trẻ. Khi xem xét các mục tiêu của can thiệp, điều quan trọng là phải đặt ra các mục tiêu hợp lý để không làm tăng khả năng thất vọng ở tất cả những người có liên quan, bao gồm cả trẻ em. Hơn nữa, các mục tiêu rõ ràng và cụ thể (ví dụ, dán nhãn các mục trong lớp học) dễ đạt được hơn những mục tiêu chung chung (ví dụ, ngôn ngữ diễn đạt). Cuối cùng, điều quan trọng là phải nhận ra rằng các thủ tục có thể không phải lúc nào cũng hoạt động như chúng ta mong đợi và tiến độ không phải lúc nào cũng diễn ra như chúng ta đã lên kế hoạch. Những lúc này, người can thiệp nên linh hoạt và có những thay đổi để thích ứng với nhu cầu và điều kiện hiện tại của trẻ.

Mặc dù đã có nhiều minh chứng về hiệu quả của can thiệp dựa trên ABA, nhưng những can thiệp này vẫn đang được đánh giá và phát triển liên tục. Với tư cách là các nhà thực hành và nhà khoa học, các nhà phân tích hành vi của chúng tôi tiếp tục làm việc để tìm ra giải pháp cho các hành vi thiếu hụt liên quan đến RLPTK, cũng như đánh giá và xác thực các giả thuyết và quy trình hiện tại để phục vụ tốt hơn cho trẻ em và người lớn có RLPTK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychological Association (2008). Evidence-Based practice in psychology. <https://www.apa.org/practice/resources/evidence>.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97. <https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>.
- Behavior Analyst Certification Board (2019, December 31). *Behavior analysis: An overview*. <https://www.bacb.com/behavior-analysis-an-overview/>.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2020). Data and statistics on autism spectrum disorder. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 158–178. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.02.003>.
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 439-450. <https://doi.org/10.1080/15374410902851739>.
- Fovel, J. T. (2002). *A ABA program companion*. DRL Books.
- Frank, H. E., Becker-Haimes, E. M., & Kendall, P. C. (2020). Therapist training in evidence-based interventions for mental health: A systematic review of training approaches and outcomes. *Clinical Psychology Science Practice*, 27, 12330. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12330>.
- Friman, P. C. (2005). *Good night, sweet dreams I love you: now get into bed and go to sleep*. Boys Town : Boys Town Press.
- Hempenstall, K. (2006). What does evidence-based practice in education mean? *Australian Journal of Learning Disabilities*, 11(2), 83–92.
- LeBlanc, L. A., Raetz, P. B., Sellers, T. P., & Carr, J. E. (2016). A proposed model for selecting measurement procedures for the assessment and treatment of problem behavior. *Behavior Analysis in Practice*, 9(1), 77-83. <https://doi.org/10.1007/s40617-015-0063-2>.

- Lerman, D. C., Valentino, A. L., & LeBlanc, L. A. (2016). Discrete trial training. (pp. 47-83). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-30925-5_3.
- National Autism Center (NAC). (2009). National standards project findings and conclusions: Phase 1. Randolph, MA: Author.
- National Autism Center (NAC). (2015). Findings and conclusions: National standards project, phase 2. Randolph, MA: Author.
- National Health Service. (2019, April 18). What is autism? <https://www.nhs.uk/conditions/autism/what-is-autism/>.
- Partington, J. (2006). Assessment of basic language and learning skills-revised (The ABLLS-R). Pleasant Hill: Behavior Analysts.
- Roane, H. S., Fisher, W. W., & Carr, J. E. (2016). Applied behavior analysis as treatment for autism spectrum disorder. *Journal of Pediatrics*, 175, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.04.023>.
- Smith T. (2013). What is evidence-based behavior analysis? *The Behavior Analyst*, 36(1), 7–33. <https://doi.org/10.1007/BF03392290>.
- Sundberg, M. L. (2014). VBMAPP: Verbal Behavior Milestones and Placement Program—Protocol: A language and social skills assessment program for children with autism or other developmental disabilities (2nd ed.). Concord, CA: AVB Press.
- Sundberg, M. L., & Partington, J. W. (1999). The need for both discrete trial and natural environment language training for children with autism. In P. M. Ghezzi, W. L. Williams, & J. E. Carr (Eds.), *Autism: Behavior Analytic Perspectives* (pp. 139-156). Context Press.
- Sur, R. L., & Dahm, P. (2011). History of evidence-based medicine. *Indian Journal of Urology*, 27(4), 487-489. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.91438>.
- The Council of Autism Service Providers. (2020). Practice parameters for telehealth ABA. Retrieved from https://casproviders.org/wp-content/uploads/2020/03/Practice Parameters Telehealth ABA_040320.pdf.