



MARCH 10, 2024 | TEHRAN

۲۰ اسفند ۱۴۰۲

محل برگزاری: تهران

اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت، تعلیم و تربیت در آموزش و پرورش

اوتیسم در دانش آموزان

فاطمه حسین آبادی فراهانی

کارشناسی پیوسته آموزش ابتدایی، دانشگاه فرهنگیان حضرت زینب کبری (س) اراک، ایران .

Kebria9978@gmail.com

سارینا شهبازی

کارشناسی پیوسته آموزش ابتدایی، دانشگاه فرهنگیان حضرت زینب کبری (س) اراک، ایران .

Sarina9778@gmail.com

چکیده

اوتیسم و سایر ضایعات در طیف آن که به عنوان سندرم های رفتاری تعریف شده اند، می توانند یک ناتوانی طولانی مدت باشند. علت آن کاملا شناخته شده نمی باشد. به رغم شدت بیماری و فراوانی نسبی آن هنوز درک کمی از ایولوژی آن در دست است. گرچه به نظر می رسد، علت آن ژنتیکی باشد، اما ژن معیوب شناخته نشده است؛ برخی به تاثیر متقابل ژن ها و محیط معتقدند. در سال های اخیر توجه بی سابقه ای در عرصه عمومی و پژوهشی به اختلال اوتیسم شده است. اختلال اوتیسم با علامت های نقص در تعاملات اجتماعی، مشکل در ارتباط کلامی، غیر کلامی، علایق محدود و رفتارهای تکراری شناخته می شود. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5) تجارب حسی غیرمعمول را به عنوان رفتار های مرتبط اضافه می کند. در این پژوهش به بررسی علل، علائم و نشانه ها و درمان ها و... اوتیسم پرداخته می شود. دانستن حقایق و یافته های تازه اختلال طیف اوتیسم (اوتیسم) میتواند به خانواده دارای کودک اتیستیک، سیستم آموزشی، نزدیکان فرد دارای اختلال طیف اوتیسم دولتها و جامعه ای که فرد در آن زندگی میکند کمک کند تا دیدی روشن از این اختلال بدست آورده و بر اساس اطلاعاتی درست با این اختلال روبرو گردند، برای آن تصمیم گیری کنند و به حقوقی که بر اساس این یافته ها برای او تعریف می گردد، احترام گذارند.

واژگان کلیدی: اوتیسم، علائم اوتیسم، سطوح اوتیسم، درمان های اوتیسم.



مقدمه

اوتیسم نوعی از اختلال نافذ رشد است که مبتلایان آن دارای سه ویژگی اصلی اختلال در اجتماعی شدن، اختلال در ارتباطات کلامی و غیر کلامی و الگوهای محدود و تکراری رفتار هستند. کودکان اوتیستیک دارای تأخیر در توانایی های حرکتی هستند. تأخیر در توانایی های حرکتی در کودکان اوتیستیک متنوع می باشد و شامل تأخیر در نشستن، خزیدن، راه رفتن و نیز قدم برداشتن غیرطبیعی، کنترل ضعیف وضعیتی و نیز ناتوانی در برنامه ریزی حرکتی می باشد.

اصلی ترین تظاهر نواقص اجتماعی در اوتیسم شامل ارتباط چشمی ضعیف، فقدان احساسات یا تقابل اجتماعی، نقص در استفاده از رفتارهای غیرزبانی و عدم ارتباطات متناسب با هم سالان می باشد. نسبت دختران به پسران در اختلالات طیف اوتیسم حدوداً یک به چهار است؛ با وجود ظاهر شدن علائم اوتیسم در اولین سال زندگی کودک بیماران معمولاً تا قبل از سن ۲ تا ۳ سالگی تشخیص داده نمی شوند. در حال حاضر عامل اصلی این بیماری ژنتیک دانسته شده است و مطالعات و و شواهد گوناگون حاکی از ارتباط عوامل ژنتیکی در بروز بیماری اوتیسم است. بیماری اوتیسم به عنوان یک طیف در نظر گرفته می شود، چراکه تظاهرات آن بسیار متنوع و ناهمگن است. برای مثال ناتوانی های شناختی و کلامی در برخی از این بیماران بسیار شدید است، درحالی که برخی دیگر دارای نبوغ ذهنی و استعداد بسیار بالایی هستند.

2

کودکان اوتیستیک اصطلاحاً غیرکلامی هستند. در یک سر طیف بیماری اوتیسم، ضریب هوشی زیر ۴۰ و در سر دیگر آن افراد بسیار نابغه با توانایی های هوشی بالا هستند، گرچه دارای نقص در تعاملات اجتماعی و ارتباطی می باشند. افراد مبتلا به ASD غالباً سایر بیماری های همزمان از جمله صرع، افسردگی، اضطراب و اختلال بیش فعالی با کمبود توجه (ADHD) را نیز نشان می دهند. طیف اختلالات اوتیسم اثرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می گذارد. سطح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلا تکلیفی در والدین کودک مبتلا به اوتیسم از جمله این موارد است. (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۵)

تعریف اوتیسم

اوتیسم (به انگلیسی: Autism) یا درخودماندگی، (در مسیر شناخت به حواس، برای رمزگذاری و طبقه بندی اطلاعات در حافظه احتمالاً تسلط قوی یکی از حواس باعث تضعیف سایر حواس در انجام طبقه بندی اطلاعات دریافتی می شود) گونه ای اختلال رشدی (از نوع روابط اجتماعی) است که با رفتارهای ارتباطی و کلامی غیرطبیعی مشخص می شود. علائم این اختلال تا پیش از سه سالگی بروز می کند و علت اصلی آن هنوز ناشناخته است. به کسانی که این اختلال را دارند اوتیستیک یا درخودمانده گفته می شود. این اختلال در پسران شایع تر از دختران است. وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و سطح تحصیلات والدین نقشی در بروز اوتیسم ندارد. این اختلال بر رشد طبیعی مغز در حیطه تعاملات اجتماعی و مهارت های ارتباطی تأثیر می گذارد. کودکان و بزرگسالان مبتلا به اوتیسم، در ارتباطات کلامی و غیرکلامی، تعاملات اجتماعی و فعالیت های مربوط به بازی، مشکل دارند. این اختلال، ارتباط با دیگران و دنیای خارج را برای آنان دشوار می سازد. در بعضی موارد، رفتارهای خودآزادنده و پرخاشگری نیز دیده می شود. در این افراد، حرکات تکراری (دست زدن، پریدن) و پاسخ های غیرمعمول به افراد، دلبستگی به اشیاء یا مقاومت در مقابل تغییر نیز دیده می شود. ممکن است در حواس پنجگانه (بینایی، شنوایی، بساوی، بویایی و چشایی) هم حساسیت های



غیرمعمول دیده شود. هسته مرکزی اختلال در اوتیسم، اختلال در ارتباط است. کارشناسان زندگی ماشینی و عوامل ناشی از آن مانند استرس را در سیر صعودی ابتلا به این بیماری دخیل می‌دانند. نتیجه یک مطالعه نشان می‌دهد زنان دارای اضافه وزن زیاد و مبتلا به دیابت، در صورتی که باردار شوند، بیش از مادران سالم با احتمال تولد نوزاد اوتیستیک روبه‌رو خواهند بود. (رافعی، ۱۳۹۹)

واژه شناسی اوتیسم

واژه اوتیسم، از دو بخش تشکیل شده است: اوتوس یعنی خود و ایسم یعنی گرایش. اوتیسم یعنی خودگرایی و عدم توجه به محیط اطراف. این واژه، از زبان یونانی وارد زبان‌های مختلف شده است.^۱ تاریخچه اوتیسم

بیش از ۷۰ سال از تاریخچه اوتیسم می‌گذرد که، در ادامه، به مهم‌ترین اتفاقات در حوزه اوتیسم در این ۷۰ سال اشاره می‌شود.

- ❖ اوتیسم اولین بار در سال ۱۹۰۸ سالی معرفی شد.

در سال ۱۹۰۸ میلادی، واژه اوتیسم برای توصیف برخی زیرمجموعه‌های بیماران اسکیزوفرنی مطرح شد. این دسته از بیماران بسیار گوشه‌گیر و منزوی بودند. در حقیقت، سال ۱۹۰۸ میلادی در تاریخچه اوتیسم بسیار مهم است.

- ❖ سال ۱۹۴۳ میلادی؛ مطالعه بیشتر روی اوتیسم انجام شد.

روانپزشک آمریکایی کودکان، لئو کانر، در سال ۱۹۴۳، تحقیقی منتشر کرد که در آن روی ۱۱ کودک باهوش، اما به شدت منزوی پژوهش کرده بود. این کودکان علاقه و اصرار زیادی به پیگیری الگوهای تکراری داشتند. بعدتر، این روانپزشک شرایط این کودکان را به عنوان اوتیسم دوران کودکی معرفی کرد.

- ❖ سال ۱۹۴۴ میلادی؛ آلمانی‌ها وارد شدند.

در سال ۱۹۴۴ میلادی، دانشمندی آلمانی به نام اسپرگر نوع خفیف‌تری از اختلال اوتیسم را با نام «سندروم اسپرگر» معرفی کرد. تمام کودکانی که این فرد درباره آن‌ها مطالعه کرده بود پسرانی بسیار باهوش با ارتباطات اجتماعی ضعیف بودند. این کودکان رفتارهایی وسواس گونه نیز داشتند.

- ❖ سال ۱۹۶۷ میلادی؛ ظهور نظریه‌های مختلف در تاریخچه اوتیسم.

روانشناس معروف، برونو بتلهم، در سال ۱۹۶۷ میلادی، نظریه «مادران یخچالی» را مطرح کرد. ریشه این نام‌گذاری این بود که او باور داشت کودکان اوتیستیک به اندازه کافی از مادران خود عشق و علاقه دریافت نمی‌کنند. البته باید گفت چنین باوری کاملاً



MARCH 10, 2024 | TEHRAN

۲۰ اسفند ۱۴۰۲

محل برگزاری: تهران

اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های مدیریت، تعلیم و تربیت در آموزش و پرورش

استباه است. بعد از جنگ جهانی دوم، مطالعات روانکاوانه زیادی درباره اتیسم صورت گرفت که تمرکز آن‌ها بر تاثیرگذاری تجربیات زندگی فردی بر اتیسم بود. (نظام الدینی، ۱۳۹۶)

در این مطالعات، نقش زیست‌شناسی و ژنتیک در اتیسم کاملاً نادیده گرفته شده بود که البته امروزه به عنوان عوامل اصلی ابتلا به اتیسم شناخته می‌شوند. در طبقه‌بندی آماری مشکلات جسمی و بیماری‌ها نیز، اتیسم به عنوان زیرشاخه‌ای از بیماری اسکیزوفرنی شناخته می‌شد که این موضوع نیز امروزه به طور کامل رد شده است.

❖ سال ۱۹۷۷ میلادی؛ اعتقاد به تاثیرات ژنتیک قوت گرفت.

مطالعاتی که روی دوقلوها صورت گرفت حاکی از آن بود که اتیسم تا حد زیادی در اثر تفاوت‌های ژنتیکی و زیستی در رشد مغز به وقوع می‌پیوندد.

❖ سال ۱۹۸۰ میلادی؛ دسته‌بندی‌ها جدیدی شکل گرفت.

در سال ۱۹۸۰ میلادی، برای اولین بار، اتیسم کودکی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی قرار می‌گیرد و اتیسم از زیرشاخه بیماری اسکیزوفرنی دوران کودکی جدا می‌شود.

❖ سال ۱۹۸۷ میلادی؛ تغییراتی در فهرست‌های تشخیص بیماری‌ها ایجاد شد.

در اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تغییری ایجاد شد و نام اتیسم دوران کودکی به اختلال اتیسم تغییر پیدا کرد و به نشانه‌های این اختلال نیز اشاره شد. در این سال‌ها، تعدادی از روانشناسان مقالاتی منتشر و به نقش رفتاردرمانی و تحلیل رفتار کاربردی در کمک به کودکان مبتلا به اتیسم اشاره کردند. این مطالعات به والدین کودکان اتیستیک امیدهایی بخشید.

❖ سال ۱۹۸۸ میلادی؛ ورود هالیوود.

در این سال، فیلم «مرد بارانی» ساخته شد. این فیلم در روشن‌سازی و آگاهی‌بخشی افکار عمومی نقش مهمی داشت. داستین هافمن، هنرپیشه درخشان آمریکایی، نقش فردی مبتلا به اتیسم را بازی می‌کرد که توانایی شگرفی در کار با اعداد و حافظه تصویری فوق‌العاده‌ای داشت. البته توجه به این نکته ضروری است که افراد، در نقاط مختلف طیف اتیسم، ویژگی‌های گوناگونی دارند و همگی مهارت‌های مشابهی ندارند.

❖ سال ۱۹۹۱ و ۱۹۹۴ میلادی؛ وضع قوانین آموزشی آغاز شد.

در این سال، دولت آمریکا گروه آموزشی ویژه کودکان اتیستیک را راه‌اندازی کرد. مدارس شروع به شناسایی کودکان اتیستیک کردند و به افرادی که دچار این اختلال بودند آموزش‌ها و خدمات ویژه‌ای ارائه کردند. در این سال‌ها و به عبارت دقیق‌تر در سال



۱۹۹۴ میلادی، سندروم آسپرگر نیز به طیف اتیسم اضافه شد. در این طبقه‌بندی، افراد دچار سندروم آسپرگر ویژگی‌های خفیف‌تری نسبت به سایر افراد اتیستیک داشتند.

❖ سال ۱۹۹۸ میلادی؛ واکسیناسیون و اتیسم رابطه‌ای دارند؟

در سال ۱۹۹۸ میلادی، مطالعاتی در زمینه نقش واکسیناسیون و اتیسم منتشر شد که در آن‌ها نقش واکسن‌های اوربون، سرخچه و سیاه‌سرفه در ابتلا به اتیسم مهم دانسته شده بود. این مطالعات درست نبود و به سرعت به اشتباه بودن آن‌ها اعتراف شد.

❖ آغاز سال ۲۰۰۰ و نقشی که در تاریخچه اتیسم ایفا کرد.

شرکت‌های تولیدکننده واکسن، به علت نگرانی افکار عمومی که درباره نقش ماده تیمورسال در واکسن‌ها در ایجاد اتیسم به وجود آمده بود، این ماده نگه‌دارنده جیوه‌ای را از تولیدات خود حذف کردند. هرچند، نبود ارتباط میان ابتلا به اتیسم و واکسیناسیون ثابت شده بود.

❖ سال ۲۰۰۹ میلادی: برآوردهای رسمی از اتیسم.

در این سال، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها برآورد کرد، از هر ۱۱۰ نفر، یک کودک دچار اختلال طیف اتیسم است. بنابراین، نیاز به مطالعات بیشتر و یافتن تکنیک‌های درمانی بیش از پیش ضرورت یافت.

❖ در سال ۲۰۱۳، در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، انواع طبقه‌بندی‌های اتیسم حذف شد و اختلال اتیسم به عنوان اختلال طیف اتیسم معرفی شد. اتیسم در دو شاخه طبقه‌بندی شد:

(۱) اختلال در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی،

(۲) رفتارهای محدود یا/و تکراری.^۲

❖ اتیسم در سال ۲۰۲۱:

بسیاری از کارشناسان معتقدند شیوع ASD در سراسر جهان بسیار بیشتر از میزان گزارش شده از ۱ در ۱۶۰ است. فراوانی اتیسم در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط به طور گسترده‌ای ناشناخته است و برخی از مطالعات جهانی آمار شیوع بسیار بیشتری را گزارش کرده‌اند. صرف نظر از میزان فعلی اتیسم در سراسر جهان، داده‌ها نشان می‌دهد که شیوع اتیسم در دنیا در سال ۲۰۲۱ در حال افزایش است. (نظام‌الدینی، ۱۳۹۶)

اتیسم اختلال است یا بیماری

متخصصان بیشتر اتیسم را اختلال یا سندروم معرفی می‌کنند تا بیماری چراکه بیماری نتیجه پاسخ بدن به یک عامل داخلی یا خارجی است و برای درمان بیماری نیز جایگاه مشخصی در بدن وجود دارد اما اختلال نوعی بی‌نظمی در عملکردهای معمول و منظم بدن است در مواردی نیز عنوان می‌گردد که اختلال در اثر یک اشتباه در بدن رخ می‌دهد. اختلال را در اثر یک بیماری نیز می‌شناسند مانند اختلال اریتمی قلب که در اثر بیماری قلبی بوجود می‌آید. اما بهترین تعریف برای اتیسم سندروم است که به

مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های یک بیماری یا اختلال اشاره دارد. اوتیسم، ناتوانی یادگیری نیست. اما اختلالی است که بر یادگیری تأثیر می‌گذارد و به همین خاطر کودکان دارای اوتیسم نیازمند مداخلات ویژه در آموزش هستند. (نجاتی، ۱۳۹۰)

مغز افراد مبتلا به اوتیسم

هیچ تحقیقی ساختار ثابت و مشخصی برای مغز افراد مبتلا به اوتیسم را نشان نداده است؛ بدین معنی که هیچ الگوی واحدی از تغییرات در هر فرد مبتلا به اوتیسم ظاهر نمی‌شود. مطالعات در مورد ساختار مغز اغلب نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد. به طور کلی تنوع زیادی در بین افراد وجود دارد. اما برخی از ویژگی‌های متغییر مشترک برای زیرمجموعه افراد مبتلا به اوتیسم شروع به ظهور کرده است. این تفاوت‌ها ممکن است روزی بینشی در مورد عملکرد مغز برخی افراد اوتیسم ارائه دهد. آن‌ها همچنین ممکن است به درمان‌های سفارشی برای زیرگونه‌های خاصی از اوتیسم پیشنهاد‌های خوبی ارائه کنند.

مطالعات متعدد روی تصاویر MRI و سی‌تی اسکن نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان مبتلا به اوتیسم اغلب دارای هیپوکامپ بزرگ هستند، ناحیه‌ای از مغز که مسئول شکل‌گیری و ذخیره خاطرات است، اما هنوز مشخص نیست که این تفاوت در نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد یا نه. شاید به طور کلی بشنویید که سائز مغز افراد مبتلا به اوتیسم کمی بزرگ‌تر از مغز سایر افراد است.

اندازه آمیگدال نیز بین افراد مبتلا به اوتیسم و بدون اوتیسم متفاوت است، اگرچه محققان از آزمایشگاه‌های مختلف نتایج متناقضی به دست آورده‌اند. بر اساس بررسی مطالعه تصویربرداری پزشکی، افراد مقداری از بافت مغز را در قسمت‌های مخچه از دست داده‌اند. دانشمندان مدت‌ها تصور می‌کردند مخچه بیشتر حرکات را هماهنگ می‌کند، اما اکنون متوجه شده‌اند که در شناخت و تعامل اجتماعی نیز نقش دارد. (جمشیدیان و همکاران، ۱۳۹۴)

هوش کودکان مبتلا به اوتیسم

دشوار است که بتوان میزان هوشبهر هر سطح اختلال طیف اوتیسم را مشخص نمود چراکه معیارهای هر دسته بندی تقریباً با همدیگر متفاوت است اما با این حال با مطالعه مقالات و پژوهش‌های صورت گرفته در کشور آمریکا می‌توان به یک دسته بندی غیر رسمی دست یافت. به گفته اوتیسم اسپیک و به نقل از CDC در کشور آمریکا ۳۱ درصد مبتلایان به اختلال طیف اوتیسم دارای ناتوانی ذهنی اند یعنی ضریب هوشی پایینتر از ۷۰ دارند که می‌توان افراد قرار گرفته در این دسته را در سطح ۳ در نظر گرفت. در حدود ۲۵ درصد در محدوده مرزی یعنی هوشبهری بین ۷۱ تا ۸۵ قرار دارند که می‌توان این دسته را در سطح ۲ قرار داد و در حدود ۴۴ درصد از این کودکان نمرات هوشبهری در حد متوسط تا بالاتر از حد متوسط را دارند یعنی بالای ۸۵ درصد که می‌توان این دسته را در سطح ۱ قرار داد. ولی این داده‌های آماری بر اساس جامعه و ابزار سنجش و طبقه بندی می‌تواند متفاوت باشد. برای نمونه بر اساس تحقیقات و در مقاله‌ای که چرمن و همکاران در سال ۲۰۱۱ منتشر نموده‌اند به شکل دیگری میزان پراکندگی هوشبهر در اختلال طیف اوتیسم مشخص گردیده است. این پژوهشگران اعلام کردند که در جامعه ۷۵ نفری آنها ۱۶ درصد ناتوانی ذهنی داشتند یعنی هوشبهری پایینتر از ۵۰ داشته‌اند ۲۸ درصد هوش متوسط داشته‌اند یعنی هوشبهری میان ۸۵ تا ۱۱۵ داشته‌اند و تنها ۳ درصد باهوش بوده و هوشبهری بالاتر از ۱۱۵ داشته‌اند.

از طرفی ممکن است کودکی به دلیل وجود اضطراب در زمان انجام تست‌ها و یا در کل در تمام فرایندهای شناختی عملکردی پایینتر از توان خود را نشان دهد که این امر را می‌توان در کودکان اتیستیک نیز مشاهده نمود و این کودک ممکن است با هوشبهری خوب در سطح ۲ قرار گیرد. به همین خاطر و به دلیل اصول علم روانشناسی و روانسنجی و با شناختی که از اختلال



طیف اوتیسم به وجود آمده نمی‌توان به سادگی ارتباط منطقی و با استدلال و مستندی میان دسته بندی هوشبهر و IQ و سطوح اختلال طیف اوتیسم برقرار نمود.

در پایان، این علائم می‌تواند در تمام سطوح اختلال طیف اوتیسم مشترک باشد در افرادی کمتر و در افرادی بیشتر. اما علائم اختلال طیف اوتیسم را نمی‌توان به صورت سیاه یا سفید و یا همه یا هیچ مشاهده نمود. برخی افراد اتیستیک هستند که نمی‌توان به راحتی در یک سطح مشخص آنها را قرار داد چراکه ممکن است هم علائم گروه سطح یک و هم علائم سطح ۳ را نشان دهند. هر فردی ممکن است طیفی از این علائم را نشان دهد و توسط متخصصین اختلال طیف اوتیسم فرد در نزدیکترین طبقه قرار می‌گیرد. (میرزاخانی، ۱۳۹۸)

گفتار و زبان کودکان مبتلا به اوتیسم

گفتار و زبان در کودک دارای اوتیسم بسته به شدت اختلال او متفاوت است، به همین خاطر است که توانایی گفتار و مهارت‌های زبانی در هر سطحی از اوتیسم متغییر است. در سطح یک یا اوتیسم خفیف کودک ممکن است کمی با تاخیر از کلمه‌ها استفاده کند و حتی بتواند جمله سازی کند اما در شروع کردن مکالمات و گفتگو و ادامه دادن آن نیازمند کمک است و همانطور که در بخش علائم اوتیسم سطح یک گفته شد ممکن است گفتار او کمی رباتیک به نظر برسد. اما با استفاده از متد‌های صحیح در مورد این کودکان می‌توان به سطح خوبی از گفتار در این کودکان دست یافت و حتی ممکن است این کودکان در بزرگسالی به سخنوران خوبی تبدیل شوند و بتوانند بیشتر از یک ساعت در مقابل هزاران نفر سخنرانی کنند اما همینطور ممکن است در ادامه دادن یک مکالمه دوستانه با یک دوست مشکل داشته باشند. این کودکان ممکن است در درک و معنی گفتگو‌ها مشکلی نداشته باشند، ولی اصولاً مشاهده می‌گردد که در لحن و زیربومی گفتار خود دچار مشکلاتی هستند. گفتار درمانی و استفاده از رویکرد‌های بازی درمانی و روش جاسپر و همینطور برای کودکان نوپا و خردسال سطح یک استفاده از روش دنور می‌تواند نتایج درخشانی به همراه داشته باشد.

گفتار در کودک دارای اوتیسم سطح ۲ یا متوسط تفاوت چشمگیری با سطح یک دارد. مشکلات گفتاری در این کودکان با وضوح بیشتری قابل مشاهده است. این کودکان نه تنها شروع کننده‌های خوبی برای مکالمه نیستند بلکه ادامه دهندگان خوبی نیز برای مکالمات نیستند. ممکن است گفتار داشته باشند و در مواردی گفتار آنها هم تا حدودی خوب است ولی در اکثر مواقع این گفتار خیلی مفهوم و قابل درک نیست و اگر در پشت این گفتار مفهوم و یا معنی وجود داشته باشد فقط نزدیکترین افراد به او می‌توانند بفهمند که او چه می‌گوید. برای بهبود گفتار کودک دارای اوتیسم سطح ۲ نیز می‌توان از خدمات گفتار درمانی و همچنین از رویکرد ای بی ای بهره برد.

کودک دارای اوتیسم سطح ۳ گفتار و مهارت‌های زبانی ناقصی دارد و اصولاً مهارت و توانایی استفاده از گفتار برای ارتباط برقرار کردن را ندارد و شاید تنها برای برطرف کردن نیازهای اولیه خود از تک کلمات و یا جملات دو کلمه‌ای استفاده کند. برای این کودکان بیشتر از کارت تصاویر و یا از سیستم‌های الکترونیک استفاده می‌گردد تا آنها بتوانند با این واسطه حداقل توانایی ارتباط با دنیای اطراف را داشته باشند. (نجاتی، ۱۳۹۰)

علل اوتیسم

تاکنون نقایصی در ژنهای برخی افراد دارای اوتیسم مشخص گردیده است و در کنار آن نیز بررسی می‌گردد که چه چیزی می‌تواند منجر به این تغییرات و دگرگونی‌های ژنتیک گردد و مشخص شده است تاثیر الاینده‌های زیست محیطی و تخریبی که در محیط زندگی انسان به وجود آمده نقش بسزایی در آن ایفا می‌کند. اکنون دیگر عنوان می‌گردد که در حدود ۶۲ درصد علل زیست

محیطی و ترکیب آن با عوامل ژنتیک می تواند منجر به اوتیسم گردد. اما باز هم نمی توان با قاطعیت عنوان نمود که چه چیزی عامل اختلال اوتیسم است. در ادامه به برخی موارد بررسی می شود:

جنس:

پسران تقریباً چهار برابر بیشتر از دختران مبتلا به اوتیسم هستند.

➤ زایمان زودرس:

نوزادان زودرس متولد شده پیش از ۲۶ هفتهگی خطر بیشتری برای ابتلا به اوتیسم دارند و البته این نوزادان همراه با وزن کم به دنیا می آیند که این مورد نیز از موارد افزایش ریسک اوتیسم می گردد.

➤ تاریخچه خانوادگی:

خانواده هایی که دارای یک فرزند مبتلا به اوتیسم هستند بیشتر در معرض داشتن فرزند دیگری با این اختلال اند. همچنین وجود برخی اختلالات مانند اسکیزوفرنی و اختلال اوتیسم در والدین نیز می تواند منجر به افزایش ریسک گردد.

➤ سایر اختلالات:

کودکانی که دارای شرایط پزشکی خاص هستند بیشتر احتمال دارد در معرض اوتیسم قرار داشته باشند. برای مثال سندروم ایکس شکننده (اختلالی ارثی که باعث اختلالات ذهنی می گردد)، اسکروز توبروز (شرایطی که منجر به تومورهای خوش خیم در سیستم مغزی عصبی می گردد)، سندروم رت (بیماری ژنتیکی مختص دخترها که باعث رشد کند مغز می گردد) و ناتوانی ذهنی.

➤ سن والدین:

مشخص گردیده است که بین سن بالای والدین (بالای ۳۵ سال) و یا سن پایین مادران (زیر ۲۰ سال) و افزایش اختلال اوتیسم ارتباط وجود دارد.

➤ شرایط بارداری:

فاصله بین بارداری ها مشخص گردیده است که اگر کوتاه باشد می تواند شرایط رحم مادر برای بارداری و پذیرایی مناسب از جنین را به خطر انداخته و ریسک اوتیسم را افزایش دهد. همچنین تغذیه مادر نیز می تواند یک فاکتور مهم برای این ریسک باشد هرچه تغذیه مادر نامناسب تر و عاری از غذاهای طبیعی و ارگانیک باشد می تواند خطر را بیشتر و بیشتر کند.

➤ ارتباط واکسیناسیون و اوتیسم در کودکان:

با وجود تحقیقات گسترده مشخص گردیده است که هیچ ارتباطی میان اوتیسم و واکسیناسیون وجود ندارد. درحقیقت مطالعه اصلی که سالها پیش این بحث را ایجاد نموده بود به دلیل طراحی ضعیف و روشهای تحقیق مشکوک رد شده است. جلوگیری از واکسیناسیون می تواند کودکان را در معرض خطرات جدی و شیوع بیماری های خطرناک قرار دهد.

➤ ارتباط لقاح مصنوعی و فناوریهای کمکی تولید مثل مانند ای وی اف (IVF) با اوتیسم:

پژوهشهای فراوانی در این خصوص در حال انجام است اما به صورتی که در ایران عنوان می گردد نمی توان اذعان نمود که ارتباط مستقیم و قوی میان لقاح مصنوعی و اوتیسم وجود دارد. مرکز کنترل و پیشگیری بیماری های امریکا و موسسه سلامت انگلستان عنوان می کنند که دو برابر بیشتر احتمال دارد که کودکی که با روش های کمکی به دنیا آمده است در آینده دارای اوتیسم نیز تشخیص داده شود اما همین سازمانها در ادامه می افزایند که این تکنیک های کمکی بارداری نیستند که مستقیماً باعث اوتیسم می گردند بلکه آنها می توانند شرایطی را ایجاد نمایند که خطر اوتیسم را افزایش می دهد. برای نمونه تولد نوزادهای دو یا چند قلو و یا تولد نوزادان دارای وزن خیلی کم و یا خطرات دوران جنینی و یا شرایط نامساعد مادر در دوران بارداری بر اساس پژوهشها می توانند هرکدام باعث افزایش خطر اوتیسم گردند. در یکی از این تحقیقات که بر روی ۶ میلیون کودک متولد شده با لقاح مصنوعی صورت گرفته مطرح گردیده است که ریسک اوتیسم در تولد های تک نفره ۰٫۸ درصد و تولد های بیش از یک نفر ۱٫۲



درصد است که نشان دهنده این واقعیت است که در صورت تولد تنها یک کودک با روش لقاح مصنوعی این افزایش خطر، کاهش می یابد. (دیوان بیگی، ۱۳۹۶)

تشخیص اوتیسم

بر اساس اطلاعات منتشر شده در CDC که معتبرترین و بروزترین اطلاعات را در زمینه اوتیسم ارائه می کند هیچ آزمایش پزشکی مانند آزمایش خون و یا تصویربرداری و... برای تشخیص اختلال اوتیسم وجود ندارد. و متخصصان برای تشخیص اختلال اوتیسم به رفتار و سیر پیشرفت کودک بر اساس مایل استونهای استاندارد توجه می کنند. اوتیسم را در ۱۸ ماهگی و در مواردی می توان در ماههای پایینتر نیز تشخیص داد. اما تشخیص قطعی در سن ۲ یا ۳ سالگی توسط یک متخصص آشنا به غربال و تشخیص اوتیسم اتفاق می افتد. ولی با این حال ممکن است تشخیص تا سن رفتن کودک به مدرسه به تعویق افتد و این تاخیر در تشخیص می تواند آسیبهای جبران ناپذیری را برای کودک به همراه داشته باشد.

تشخیص اوتیسم در دو مرحله صورت می گیرد:

غربالگری فرایند رشد

غربالگری فرایند رشد یک بررسی کوتاه مدت است که مشخص می کند آیا کودک مهارتهای اساسی را در زمان مشخص به دست آورده است و یا اینکه دچار تاخیر در آنها است. در این فرایند ارزیاب از والدین سوالاتی را می پرسد و در مواقعی نیز با بازی با کودک مهارتهای و سطح یادگیری او را مورد بررسی قرار می دهد و همینطور کلام، رفتار و حرکت او را مورد سنجش قرار می دهد. این غربالگری بایستی در ماههای ۱۸، ۲۴ و ۳۰ ماهگی صورت پذیرد. در سن ۹ ماهگی غربال بایستی برای کودکانی که زودرس یا کم وزن هستند و یا خواهر یا برادر دارای اوتیسم دارند و یا وقفه ای در فرایند رشد آنها به وجود آمده الزاماً صورت پذیرد. (پورحسینی و همکاران، ۱۳۹۹)

علائم و نشانه های اوتیسم

❖ تا پیش از ۲ سالگی

اوتیسم در سال های اول زندگی خود را نشان می دهد به صورتی که ۵۰ درصد والدین پیش از ۱۲ ماهگی و ۸۰ تا ۹۰ درصد والدین پیش از ۲۴ ماهگی متوجه علائم این اختلال در کودکان می گردند. فرد مبتلا با چالشهای رفتاری و اجتماعی زیادی رو به روست، مشکلاتی چون رفتارهای تکراری و عدم ارتباط با دنیای اطراف و نقایص گفتاری از این جمله هستند. علائم روشنتر اوتیسم در سنین بین ۲ تا ۳ سالگی خود را نشان می دهد ولی محققین در حال بررسی و کار بر روی علائم تا پیش از ۱۸ ماهگی هستند و به نتایج تقریباً قابل استنادی نیز دست یافته اند. مهمترین نکته در مورد کودکان اوتیستیک، تشخیص به هنگام این اختلال است تا بتوان با استفاده از تکنیک ها و رویکرد های استاندارد از دوره حساس رشد این کودکان نهایت استفاده را نمود و نقایص به وجود آمده توسط این اختلال را جبران یا پیشگیری کرد. به همین دلیل است که تشخیص بموقع برای کودک دارای اوتیسم حیاتی

است. برای همین منظور والدین می بایستی تا پیش از ۲ سالگی به علائم زیر توجه شود البته برخی از این علائم ممکن است در کودکان دارای فرایند رشد عادی نیز دیده شود ولی در کودکان مشکوک به اوتیسم به صورت حداکثری مشاهده می گردد. این علائم به شرح زیر است:

- ✓ تا ۵ ماهگی هیچ لبخند اجتماعی یا رفتاری که نشان دهنده شادی در اثر ارتباط با دیگران باشد در وی مشاهده نگردد.
- ✓ تا ۶ ماهگی هیچ ارتباط چشمی در کودک مشاهده نگردد و یا به صورت کاملاً محدود وجود داشته باشد.
- ✓ تا ۸ ماهگی توجه ای به بازی های دالی یا داکی ندارد و از آن لذت نمی برد.
- ✓ تا ۹ ماهگی هیچ آوا یا غان و غونی وجود ندارد و همچنان کودک بدون لبخند است و ارتباط غیر کلامی نیز وجود ندارد. در این سن کودک آوا و یا حالات چهره دیگران را نیز تقلید نکند.
- ✓ تا ۱۲ ماهگی هیچگونه علامتی برای برقراری ارتباط غیر کلامی مانند اشاره برای درخواست کردن یا نشان دادن وجود نداشته باشد.
- ✓ تا ۱۲ ماهگی کودک هیچگونه پاسخی به نام خود نشان ندهد.
- ✓ تا ۱۲ ماهگی برای آرامش و یا رفع نیاز به دنبال پدر و مادر خود نمی گردد.
- ✓ تا ۱۶ ماهگی کودک هیچ کلمه ای نگوید.
- ✓ تا ۱۸ ماهگی به صورت معمول بازی نکند.
- ✓ تا ۲۴ ماهگی کودک هیچ جمله معنی دار دو کلمه ای نگوید.

و در نهایت هرگونه پسروی در مهارت گفتاری، اجتماعی و ارتباطی بعد از یک تا دو سالگی است. (پورحسینی و همکاران، ۱۳۹۹) ❖
پس از ۲ سالگی

بیشترین احتمال تشخیص در کشور ما در مقطع سنی ۲ تا ۵ سال یا به اصطلاح تا پیش از دبستان صورت می پذیرد به همین خاطر به این دوره سنی به صورت مفصل تر می پردازیم. بر اساس فرمت استاندارد دی که dsm5 برای متخصصان مشخص نموده است برای تعیین سطح اختلال طیف اوتیسم پزشکان و روانشناسان بایستی دو مورد را در نظر بگیرند:

الف- توانایی ارتباطات اجتماعی کودک

ب- رفتارها و علایق محدود و تکراری

هرچه سطح پایین تر باشد کودک به پشتیبانی کمتری نیاز پیدا می کند. به عنوان مثال افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم سطح یک علائم خفیف تری دارند و ممکن است نیاز به پشتیبانی کمتری داشته باشند. مبتلایان به اختلال طیف اوتیسم سطح ۲ و ۳ علائم متوسط تا شدید داشته و نیاز به پشتیبانی به مراتب بیشتری داشته باشند. اگرچه dsm5 توضیحات دقیقی را در مورد طیف اوتیسم ارائه می کند اما این توضیحات کامل نیستند و هیچگونه راهنمایی در مورد نوع خاص پشتیبانی که ممکن است کودک نیاز داشته باشد ارائه نمی کند. و البته برخی افراد نیز به وضوح در هیچکدام از این ۳ سطح قرار نمی گیرند و از طرفی نیز اختلال طیف اوتیسم ممکن است با گذر زمان تغییر یافته و ممکن است شدید تر گردد. (پورحسینی و همکاران، ۱۳۹۹)

❖ پس از پنج سالگی تا نوجوانی

تا اینجا علائم اوتیسم تا پیش از ۲ سالگی و سپس تا پیش از ۵ سالگی معرفی گردید اما اگرچه اختلال اوتیسم از دو یا سه سالگی قابل تشخیص است، در کشور ما بسیاری از کودکان هستند که تا سن مدرسه تشخیص دریافت نمی کنند و زمانی که وارد مدرسه می شوند و تاخیرهایی در مهارتهای زبانی یا اجتماعی نشان می دهند والدین را درگیر با واژه ای به نام اوتیسم می سازند. از طرفی



کودکانی که علائم خفیف تری دارند و یا اوتیسم عملکرد بالا هستند هم ممکن است جزو دسته ای باشند که تا سن مدرسه تشخیص دریافت ننموده اند. کودکانی که بیش از پنج سال سن دارند ممکن است علائم اوتیسم خفیف را به شرح زیر نشان دهند:

- ✓ گستره محدود علایق و وسواس به موضوعات خاص.
- ✓ وجود رفتارهای تکراری مانند حرکت بال بال زدن، دور خود چرخیدن.
- ✓ نبود ارتباط چشمی و یا دزدیده نگاه کردن به دیگران (نگاهی که مستقیم و در چشم نیست)
- ✓ مشکلات در ارتباط اجتماعی (اصولا در دوستی و بازی با دیگر کودکان مشکل دارند)
- ✓ عدم درک احساسات دیگران مانند ناراحتی والدین (در صورت مشاهده گریه مادر تغییر در حالات آنها مشاهده نمی شود و کنجکاو حالات مادر نمی گردند)
- ✓ ترجیح تنهایی به جای بودن با دیگر کودکان.
- ✓ دوری از تماس جسمی با دیگران و اجتناب از لمس شدن.
- ✓ الگوهای خواب غیر معمول.
- ✓ در گفتار و کلام به جای گفتار عامیانه از کلام رسمی و ماشینی استفاده می کنند.
- ✓ تاکید بر امور روزمره و روتین و اینکه هر روز راس یک ساعتی چه کاری و چگونه باید انجام بگیرد.
- ✓ ترجیح برخی غذاها و خوراکی ها و یا لباس ها یا اشیاء خاص.

اما در کودکان در این سن که اوتیسم شدید تری دارند علائم زیر ممکن است مشاهده گردد:

- ✓ اصلا از گفتار استفاده نمی کنند (در حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد کودکان دارای اوتیسم به مهارت های گفتاری دست پیدا نمی کنند و دست یابی به گفتار بعد از ۵ سالگی نیز برای آنها امری بسیار بسیار نادر است).
- ✓ از تغییرات در امور روزمره بسیار ناراحت می شود و بهم می ریزد.
- ✓ رفتارهای چالش برانگیز مانند پرخاشگری و یا کوبیدن سر و یا دیگر آزاری مشاهده می گردد.
- ✓ در زندگی روزمره مانند دستشویی رفتن، لباس پوشیدن، حمام کردن نیازمند کمک هستند.
- ✓ درگیر رفتارهای تکراری شدید هستند مانند تکان های شدید بدن (بالا و پایین پریدن)
- ✓ اصرار شدید بر روال ها و روتین های زندگی و بهم ریختن در صورت تغییری در آنها.
- ✓ داشتن رژیم غذایی خاص. (پورحسینی و همکاران، ۱۳۹۹)

سطوح اوتیسم

(اختلال طیف اوتیسم سطح یک)

افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم سطح یک که به آن اوتیسم خفیف نیز گفته می شود مهارت های ارتباطی و تعاملی قابل توجهی با دیگران دارند. این کودکان می توانند گفتگو کنند اما در باقی ماندن و ادامه دادن شوخی ها یا استعاره ها دچار مشکلاتی اند. در

این سطح این کودکان می توانند دوستیابی کنند و برای خود دوستانی داشته باشند. بر اساس dsm5 افرادی که در این سطح تشخیص داده می شوند و برچسب سطح یک را دریافت می کنند نیاز به حمایت دارند.

بعضی علائم اختلال طیف اوتیسم سطح یک

- ✓ علاقه کم به تعامل یا فعالیتهای اجتماعی.
- ✓ در شروع تعاملات اجتماعی مانند صحبت کردن دچار دشواری هایی هستند.
- ✓ به طور معمول این کودکان می توانند با دیگران تعامل برقرار کنند اما در حفظ و ادامه یک مکالمه عادی دچار مشکل می گردند و نیاز به تلاش دارند و یا به عبارت دیگر فرد مبتلا در سطح یک به طور کامل می تواند با جمله صحبت کند اما تلاشهای او برای ادامه دادن یک مکالمه ناموفق است. این گفتار در برخی مواقع به صورت ربائیک مشاهده می گردد.
- ✓ نشانه های بارزی از مشکلات در برقراری ارتباط وجود دارد.
- ✓ وجود مشکلاتی در سازگاری با تغییرات در رفتار و یا زندگی روزمره.
- ✓ مشکل در برنامه ریزی و سازمان دهی که به تئوری همدلی و سیستم سازی در مبتلایان به اوتیسم مشهور است.
- ✓ برقراری تماس چشمی محدود.

دورنما و راهکار درمانی برای این سطح

برای این افراد از اصطلاح اوتیسم عملکرد بالا و یا (HFA) نیز استفاده می کنند که عبارتی غیر رسمی است و نمی توان منبع علمی مشخصی برای این عبارت یافت و یا اینکه برخی از افراد که احتمالاً از دانش پایینی در زمینه اختلال طیف اوتیسم برخوردارند و یا به معیار های قدیمی تشخیص اختلال طیف اوتیسم استناد می کنند از اصطلاح سندروم آسپرگر استفاده می کنند که با سیستم طبقه بندی جدید اختلال طیف اوتیسم مطابقت ندارد. در حدود ۱۰ درصد از مبتلایان به اوتیسم دارای مهارتهای خاص هستند که به آنها می توان ساونت یا نابغه اطلاق نمود. مانند نقشی که داستین هافمن در مرد بارانی ایفا می نمود و به عنوان یک بزرگسال اتیستیک مهارت خاصی در محاسبات عددی داشت. این افراد دارای نبوغ در مواردی خاص هستند. البته نمی توان به طور قطع عنوان نمود که این ۱۰ درصد فرد نابغه تماماً در سطح یک اختلال طیف اوتیسم قرار دارند. برای مثال نوابغ اتیستیکی وجود دارند که برای نشان دادن توانمندی های خود دائماً به کنفرانس ها و سمینار ها یا دانشگاههای مختلف در امریکا و اروپا دعوت می گردند و این افراد می توانند با توانایی چشمگیری نبوغ خود را به دیگران معرفی کنند اما همین فرد بایستی والدینشان بند کفش ها یا کروانشان را ببندند. یکی از این نوابغ به خاطر اینکه چراغ کلید اسانسور هتل اقامتشان قرمز رنگ بود نه آبی رنگ در روز معارفه خود درگیر با رفتارهای تکراری شدیدی شده و نتوانسته بود تمام مدت در سمینار باقی بماند.

اما افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم سطح یک اغلب در کیفیت بالایی از زندگی و با پشتیبانی کم باقی می مانند. این حمایت برای آنها معمولاً به صورت رفتار درمانی یا بازی درمانی صورت می گیرد. هر دوی این رویکردها می توانند به پیشرفت مهارتهای اجتماعی و ارتباطی کمک کنند. رفتار درمانی همچنین می تواند به رشد رفتارهای مثبتی که ممکن است به طور طبیعی ایجاد نشود کمک کند. برای این کودکان می توانید از رویکرد درمانی TEACCH استفاده کنید. این رویکرد درمانی-آموزشی طیف اوتیسم می تواند به استقلال و خود انگیختگی فرد مبتلا به طیف اوتیسم کمک فراوانی کند و به همین خاطر است که اکنون این رویکرد در کشور آمریکا برای کودکان سطح یک بیشتر مورد استقبال قرار گرفته است. این رویکرد ساختمانند می تواند کودک اتیستیک را برای رفتن به مدرسه آماده کند و پس از سنین مدرسه نیز به کودک اتیستیک سطح یک سیستمی دارای ساخت برای انجام امور روزمره ارائه می کند.

در کنار تمام این رویکردها و روشهای درمانی طیف اوتیسم می توانید از رویکرد درمانی ABA و دنور نیز به نحو موثر کمک بگیرید. اما مراقب باشید که در این رویکرد باید خود انگیختگی و استقلال فردی کودک اتیستیک را نیز تامین شود چراکه این شرط اصلی برای پیشرفت کودک اتیستیک سطح ۱ است. این کودکان تقریباً از نظر عملکرد شناختی در زمان تحصیل مشکلی



نداشته و به راحتی می توانند مدارج تحصیلی را رد کنند اما از نظر رفتاری این سطح دارای مشکلات فراوانی اند. برای نمونه یکی از مددجویانی که همیشه برای دریافت مشاوره به مرکز مراجعه می نمودند کودک اتیستیک سطح یکی داشتند که همیشه از عملکرد شناختی او راضی بودند. این کودک همیشه شاگرد اول مدرسه بود و بدون نیاز به مربی همراه که در آن زمان برای کودکان اتیستیک در اصفهان مرسوم بود به مدرسه می رفت و می توانست تمام فعالیتها و تکالیف خود را انجام دهد. اما در کنار این موفقیت تحصیلی تحسین برانگیز، مشکلات رفتاری و اجتماعی عملکرد او را در مدرسه و خانه تحت الشعاع قرار می داد. او ممکن بود با دیگران درگیر شود، ممکن بود حرفهایی را سرکلاس بزند که موجب برخورد معلم با او می شد و در محیط خانه نیز بلوغ برای او دردسر ساز شده بود و این عوامل بود که این کودک اتیستیک سطح ۱ را نیازمند پشتیبانی حرفه ای مرکز می کرد تا بتواند از این مشکلات گذر کند و خود را با شرایط سازگار سازد. (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۰)

اختلال طیف اوتیسم سطح ۲)

DSM5 خاطر نشان می کند افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم سطح ۲ یا اوتیسم متوسط نیاز به پشتیبانی قابل توجهی دارند. علائم مرتبط با این سطح شامل فقدان شدید مهارتهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی است که تقریباً در تمام امور روزمره این افراد تاثیر گذار است و روند زندگی را برای آنان دشوار تر می سازد.

علائم اختلال طیف اوتیسم سطح ۲

- ✓ وجود مشکلات در تقابل با تغییر روال امور روزمره و محیط.
- ✓ عدم مهارت قابل توجه در ارتباط کلامی و غیر کلامی. تاخیر در رشد کلامی را می توان با تاخیر در گفتار در مراحل رشد به وضوح مشاهده نمود.
- ✓ مشکلات رفتاری به حدی قابل مشاهده است که گاه به گاه برای همراهان قابل مشاهده است.
- ✓ پاسخ و واکنش غیرمعمول یا تعدیل یافته به نشانه های اجتماعی، ارتباطات یا تعاملات. در این کودکان آسیبهای اجتماعی با وجود پشتیبانی همچنان وجود دارد.
- ✓ مشکل عدیده در سازگاری با تغییر.
- ✓ ارتباط برقرار نمودن با استفاده از جملات و عبارات خیلی خیلی ساده.
- ✓ علائق خاص و محدود.

دورنما و راهکار درمانی

افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم سطح ۲ به طور کلی نیاز به حمایت بیشتری دارند چراکه آنها حتی با دریافت پشتیبانی هم در سازگاری با تغییرات مشکلات فراوانی دارند. برای مبتلایان به این سطح انواع روشهای درمان اوتیسم می توانند کمک کننده باشد. به عنوان مثال یکی از بهترین گزینه ها برای این سطح یکپارچگی حسی است زیرا این درمان به آنها کمک می کند که چگونه با ورودی های حسی روبرو گردند مانند:

- ✓ بوهای نامطبوع
- ✓ صداهای بلند یا آزارنده
- ✓ پریشانی در اثر محرکات دیداری
- ✓ نورهای چشمک زن

کار درمانی برای افراد در این سطح بسیار سودمند است چراکه این نوع درمان به آنها کمک می کند تا برای انجام کارهای روزمره آماده تر گردند. گفتار درمانی نیز میتواند به این کودکان برای برقراری ارتباطی پایا تر و پویا تر کمک کند. اما کودک اتیستیک سطح ۲ پیش از تمام نیازهای درمانی نیازمند برطرف نمودن آشفتگی های حسی خود است به همین خاطر در کشور های پیشرفته در



زمینه درمان اوتیسم در ابتدا این کودکان را در برنامه‌های حسی قرار می‌دهند. موسیقی درمانی و بازی درمانی نیز می‌تواند در کنار رویکرد ABA به این کودکان کمک کند. (رافعی، ۱۳۹۹)

اختلال اوتیسم سطح ۳

این شدیدترین سطح اختلال طیف اوتیسم است و به همین خاطر به آن اوتیسم شدید نیز گفته می‌گردد. بر اساس dsm5 افراد مبتلا در این سطح نیاز به پشتیبانی اساسی و فراوان در تمام امور روزمره در زندگی خود دارند. علاوه بر عدم وجود مهارت‌های ارتباطی شدید در مبتلایان به اختلال طیف اوتیسم سطح ۳ رفتارهای تکراری و محدود نیز در این افراد نمایان است. رفتارهای تکراری به رفتارها، فعالیتها یا گفتارهایی اشاره دارد که بارها و بارها تکرار می‌گردند. رفتارهای محدود کننده رفتارهایی هستند که فرد را از دنیای اطراف خود دور می‌کند و می‌تواند شامل عدم سازگاری با تغییر و محدودیت در علائق باشد.

علائم اختلال طیف اوتیسم سطح ۳

- ✓ فقدان مهارت‌های ارتباطی و کلامی و غیر کلامی به صورت کاملاً بارز.
- ✓ تمایل بسیار کم به مشارکت‌های اجتماعی و تعامل با دیگران.
- ✓ مشکل در تغییر دادن رفتارها.
- ✓ دشواری فراوان در تقابل با تغییرات غیر منتظره در امور روزمره یا در محیط پیرامون.
- ✓ بهم ریختگی یا مشکلات شدید در مقابل تغییر دادن توجه و تمرکز بر موردی خاص.
- ✓ کودک در سطح ۳ برای ارتباط کلامی از تک کلمه‌ها استفاده می‌کند. (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۰)

دورنما و راهکار درمانی

افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم سطح ۳ معمولاً نیازمند درمان پیوسته و فشرده دارند که بر موضوعات مختلفی از جمله بر ارتباط و رفتار متمرکز است. با اینکه هیچ دارویی برای درمان اختلال طیف اوتیسم به طور خاص تاکنون شناخته نشده است این کودکان در اکثر موارد به دارو درمانی نیاز مبرم خواهند داشت تا علائم و اختلالات همراه افسردگی یا توجه و تمرکز را بهبود



دهد. این افراد به یک پشتیبان دائم برای بدست آوردن مهارت‌های اساسی نیاز مندند تا بتوانند به صورت موثر در مدرسه و یا خانه عمل کنند.

دکتر کارن گیل و آرون کاندولا به صورت خلاصه این سه سطح را به این شیوه تفسیر می‌کنند که :

فرد دارای اختلال طیف اوتیسم سطح ۱ برای اختلال در عملکرد اجتماعی دچار مشکل است و نیازمند پشتیبانی است.

فرد دارای اختلال طیف اوتیسم سطح ۲ علاوه بر مورد بالا برای رفتارهای محدود کننده و تکراری نیز نیازمند پشتیبانی است.

فرد دارای اختلال طیف اوتیسم سطح ۳ علاوه بر موارد بالا برای زندگی روزمره و عادی خود نیز نیازمند پشتیبانی است.

(رافعی، ۱۳۹۹)

علائم مشترک در هر ۳ سطح اختلال طیف اوتیسم

موارد گفته شده در بالا علائم اختلال طیف اوتیسم را به تفکیک توضیح می‌دهد. اما مبتلایان به اختلال اوتیسم در برخی علائم اشتراکاتی دارند که در هر سطح با میزان متفاوت مشاهده می‌گردد.

علائم اجتماعی

- ✓ مشکل در شروع و ادامه گفتگو
- ✓ پاسخ و واکنش نادرست به دیگران
- ✓ امتناع از تماس چشمی
- ✓ عدم درک و واکنش نادرست به هیجانات دیگران
- ✓ عدم درک دیدگاه‌های دیگران که به تئوری ذهن مشهور است.
- ✓ عدم توجه مشترک
- ✓ نبود یا محدودیت در ارتباط چشمی

علائم رفتاری

- ✓ رفتارهای تکراری مانند تکان خوردن ها، مسیر طی کردن های تکراری، گفتارهای تکراری
- ✓ فاصله گرفتن از دیگران
- ✓ داشتن علایق وسواس گونه در موضوعات خاص
- ✓ داشتن مهارت‌های خاص برای مثال در زمینه ریاضیات یا موسیقی
- ✓ عدم توانایی در کنار آمدن با تغییرات روزمره
- ✓ علاقه مندی به قسمت‌های خاصی از یک شی مانند چرخ‌های یک ماشین یا قطعه‌های لگو
- ✓ اختلال در پردازش حسی (جمشیدیان، ۱۳۹۴)

بحث و نتیجه‌گیری

اوتیسم یک بیماری نیست بلکه یک اختلال رشد در عملکرد مغز است. افراد مبتلا سه نوع علامت را نشان می‌دهند: روابط اجتماعی ضعیف، مشکلاتی در ارتباط کلامی و غیرکلامی، و نیز علائق و فعالیت‌های محدود. این علائم در سه سال اول زندگی بروز می‌کند و به نظر می‌رسد که در سرتاسر زندگی ادامه پیدا می‌کند. اگرچه داروی خاصی برای درمان اوتیسم وجود ندارد، ولیکن شروع



زودتر آموزش، ضروری است چرا که ممکن است موجب بهبودی رشد اجتماعی و کاهش رفتارهای نامطلوب گردد. و احتمال دارد افراد اوتیسم بتوانند زندگی نرمالی داشته باشند.

علت اصلی آن ناشناخته است. این اختلال در پسران شایع‌تر از دختران است. وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و سطح تحصیلات والدین نقشی در بروز اوتیسم ندارد. این اختلال بر رشد طبیعی مغز در حیطه تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تأثیر می‌گذارد. کودکان و بزرگسالان مبتلا به اوتیسم در ارتباطات کلامی و غیر کلامی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های مربوط به بازی، مشکل دارند. این اختلال ارتباط با دیگران و دنیای خارج را برای آنان دشوار می‌سازد. در بعضی موارد رفتارهای خود آزارانه و پرخاشگری نیز دیده می‌شود. در این افراد حرکات تکراری (دست زدن، پریدن) پاسخ‌های غیر معمول به افراد، دلبستگی به اشیاء یا مقاومت در مقابل تغییر نیز دیده می‌شود و ممکن است در حواس پنجگانه (بینایی، شنوایی، لامسه، بویایی و چشایی) نیز حساسیت‌های غیر معمول نشان دهند. هسته مرکزی اختلال در اوتیسم، اختلال در ارتباط است.

منابع

- ظالم‌الدینی، سید میثم، کتاب اوتیسم معمای زمان ما، انتشارات ستایش هستی، ۱۳۹۶
- رافعی، طلعت، کتاب اوتیسم ارزیابی و درمان بر اساس DSM-5، انتشارات دانژه، ۱۳۹۹
- رفیعی، سید مجید و همکاران، مقاله بررسی تأثیر تقلید حرکتی غیرگفتاری بر توانایی نامیدن در کودکان مبتلا به خود درماندگی، ۱۳۹۵.
- جمشیدیان، احسان و همکاران، مقاله تأثیر توانایی‌های پردازش حسی بر مشارکت کودکان مبتلا به اوتیسم، ۱۳۹۴.
- پور حسینی، مهسا و همکاران، مقاله اوتیسم و راهکارهای جدید درمانی، ۱۳۹۹.
- نجاتی، وحید و همکاران، مقاله اختلال روانی و کلامی و حافظه کاری بستگان درجه یک کودک مبتلا به اوتیسم، ۱۳۹۰.
- میرزاخانی، وحید و همکاران، بررسی وضعیت پردازش حسی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ۳ تا ۱۴ ساله، ۱۳۹۸.
- کریم زاده، پروانه، مقاله آخرین یافته‌های علمی در زمینه اتیولوژی اوتیسم، ۱۳۹۷.
- دیوان بیگی، اشکان و همکاران، مقاله مروری اجمالی بر علل اختلال اوتیسم، ۱۳۹۶.