

فهرست

صفحه	عنوان
۲	فصل اول: اختلال طیف اوتیسم
۱۵	فصل دوم: اختلال‌های کمبود توجه
۲۲	فصل سوم: اختلالات ناسازگاری
۲۹	فصل چهارم: اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوک
۴۳	فصل پنجم: اختلال‌های تغذیه و خوردن در شیرخوارگی و اوایل کودکی
۴۸	فصل ششم: اختلال‌های تیک
۵۵	فصل هفتم: اختلال‌های دفعی
۶۰	فصل هشتم: سایر اختلال‌های شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی
۶۹	فصل نهم: اختلال‌های خلقی در کودکان و نوجوانان
۷۴	فصل دهم: اسکیزوفرنی زودآغاز
۷۷	فصل یازدهم: سوءمصرف مواد در نوجوانان
۷۸	فصل دوازدهم: سایر مسائل دوران کودکی
۸۱	سوالات روانشناسی بالینی کنکور کارشناسی ارشد بهداشت ۱۳۹۸
۸۳	پاسخنامه سوالات روانشناسی بالینی کنکور کارشناسی ارشد بهداشت ۱۳۹۸
۸۶	منابع
۸۷	مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط

فصل اول: اختلال طیف اوتیسم

از ویژگی‌های اختلال طیف اوتیسم تأخیر و تحریف‌هایی است که در عملکردهای روانی اصلی و مهارت‌های اجتماعی کودک بوجود می‌آید که برای هیچ یک از مراحل رشد عادی و بهنجار محسوب نمی‌شود. وجود سه نقص رفتاری را در الگوی تشخیصی این اختلالات ذکر می‌کنند:

۱. اختلالات در رشد ارتباطات بین فردی و عدم پاسخدهی در برخوردهای اجتماعی.

۲. اختلالات و نقص در ارتباطات و مهارت‌های کلامی و گفتار و فعالیت‌های ادراکی.

۳. محدودیت‌های چشمگیر در جنبش‌های حرکتی و علائق و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری.

در این گروه از بیماری‌ها، درک و بیان زبان و تولید گفتار مختل می‌شود. این بیماری‌ها بر جنبه‌های متعددی از رشد (از جمله مهارت‌های اجتماعی و ارتباط با واقعیت) اثر می‌گذارند. علائم آنها از ابتدای کودکی آشکار شده و باعث اختلال عملکرد دایمی می‌شوند. در DSM-IV-TR این اختلال به عنوان اختلالات فراگیر (نافذ) رشد شناخته می‌شد که در DSM-5 به اختلال طیف اوتیسم تغییر پیدا کرد تا نشان دهد که این اختلالات در واقع اختلال واحدی با سطوح شدت متفاوت هستند.

در DSM-IV-TR، پنج اختلال نافذ رشد ذکر شده بود: اختلال اوتیسمی، اختلال رت، اختلال فروپا شده دوران کودکی، اختلال آسپرگر، اختلال نافذ رشد، نامعین (NOS).

A. اختلال اوتیسم (در خودماندگی)

این بیماری توسط کانر معرفی شد و به همین علت به **سندرم کانر** نیز شهرت دارد. با آنکه کانر در کتاب خود اوتیسم را در زمره پسیکوزهای کودکان آورده است ولی شواهد امر نشان‌دهنده این است که این دو بیماری ماهیت جداگانه‌ای دارند. علائم این بیماری در سالهای اول زندگی شروع می‌شود. والدین اغلب در سالهای دوم و سوم به ناراحتی کودک پی می‌برند، ولی آنچه مسلم است بیماری حتماً قبل از ۳۰ ماهگی شروع می‌شود (وجه تمایز با اسکیزوفرنی کودکان؛ به عقیده کانر). راتر برای شناسایی کودکان اوتیسم چهار معیار زیر را پیشنهاد می‌کند:

۱. اختلال شدید در برقراری ارتباط با والدین، اعضای خانواده و دیگران.

۲. اختلال در رشد تکلم و زبان که ویژگی‌های آن تکلم نامناسب، تقلید کلمات و عبارات شنیده شده است.

۳. رفتارهای قالبی یا کلیشه‌ای یا رفتارهای وسواسی مانند اینکه وسایل خانه سر جای خود باشد.

۴. این رفتارها در ابتدای زندگی کودک و قبل از ۳ سالگی تظاهر می‌کند.

در این اختلال کودک صدا را می‌شنود ولی نسبت به آن توجهی ندارد و به قول روانکاوان درک صدا را انکار می‌کند و وانمود می‌کند که صدایی را نشنیده است. از خصوصیات تقریباً همیشه‌ای این کودکان گوشه‌گیری و تمایل شدید به تنهایی، وسواس و اضطراب است. این کودکان اکثراً از نظر مادران کودکانی آرام و بدون دردسر هستند. بعضی از مادران شکایت می‌کنند که کودکان لبخند نمی‌زند، نوازش کردن و بوسیدن را دوست ندارد و ... بطور کلی این کودکان خیلی خونسرد و در مقابل محبت دیگران واکنش‌های جسمی و روانی از خود نشان نمی‌دهند. اگر آنها را تنها بگذارند راحت‌تر به نظر می‌رسند ولی در مواقعی بی‌نهایت ناراحت و بیقرار و پرخاشگر می‌شوند و صداهای عجیب و غریب از خود درمی‌آورند، به خود سیلی می‌زنند و موهای خود را می‌کنند. فقدان تماس چشمی، یا بی‌بازی کامل از تماس بدنی، نشان‌دهنده سختی امکان‌پذیری ارتباط عاطفی کودکان است. اختلال گویایی از علائم حتمی این بیماری است و تقریباً یک سوم مبتلایان لال هستند. صحبت کردن تکراری و یکنواخت، و جمله سازی همیشه ناقص است. فرهنگ لغات بسیار ضعیف است و به همین جهت کودک در مکالمه با دیگران اغلب جملات گفته شده را بطور طوطی‌وار و بدون درک مفهوم تکرار می‌کند که به آن «اکولالی» (پژواک‌گویی یا طوطی‌صفتی) می‌گویند؛ یا گرایش به استفاده از «من» در حالی که منظور «تو» است، دارد و بالعکس. به علت عدم درک مفهوم کلمات، بیمار برای خود از کلمه شما و برای دیگران از کلمه من استفاده می‌کند. در کودکان مبتلا به اوتیسم دیده نشده که ابتدا گفتار عادی بوده و سپس اختلال گویایی بوجود آمده باشد- در صورتی که در اسکیزوفرنی کودکان این مسئله به وفور دیده می‌شود.

حافظه کودکان اوتیسم دست نخورده باقی می‌ماند و این باعث می‌شود که والدین کودک خود را بیمار ندانند (دانشمندان احمق). هر تعویض یا تغییری در اثاثیه اتاق کودک باعث ناراحتی او می‌شود. علائم وسواس و اصرار در یکنواختی (همان‌خواهی) از خصوصیات بیماری اوتیسم است و به همین دلیل سازش این کودکان در محیط‌های جدید با اشکال صورت می‌گیرد. علامت مکعب سوزان در این کودکان مشاهده شده است: کودک دستش را به آهستگی به شیء نزدیک می‌کند اما به محض تماس با آن ناگهان دستش را عقب می‌کشد.

این کودکان در یادگیری مقاومت زیادی به خرج می‌دهند و منفی‌گری فراوانی دارند. ۴۰ درصد این کودکان هوشبهری کمتر از ۵۰، و ۳۵ تا ۴۰ درصد هوشبهری بین ۵۰ تا ۷۰ دارند. به عبارت دیگر ۷۵ تا ۸۰ درصد این کودکان از نظر آموزشی و تحصیلی عقب‌ماندگی دارند، بطوری که عقب‌ماندگی ذهنی بیشتر از مسئله اختلالات رفتاری باعث ناراحتی می‌شود. ۲۰ درصد کودکان مبتلا به اوتیسم در آزمونهای غیرکلامی بهره‌هوشی تقریباً عادی نشان می‌دهند و این موضوع نشان‌دهنده اختلال شدید گفتاری است که ربطی به حافظه ندارد. برای تشخیص بیماری آزمون خاصی وجود ندارد و فقط از راه مشاهده رفتار و شرح حال بیمار امکان پذیر است.

تحول اختلال درخودماندگی مداوم است و طراز عقلی (بهره هوشی) کلی و سطح گفتار را می‌توان عامل اصلی پیش‌آگاهی محسوب کرد. بهره هوشی و زبان بهترین عوامل پیش‌آگاهی هستند. پیش‌آگاهی در مورد کودک ۱۵ ساله‌ای که حرف نمی‌زند بسیار نامساعد است، بخصوص اگر یک نارسایی عقلی نیز به این مشکل افزوده شود.

فرضیه‌های سایکوژنتیک مانند فرضیه بتلهایم که از قواعد پویایی روانی و روانکاوای مایه می‌گیرد، اختلال اوتیستیک را ناشی از تجربه‌های تهدیدکننده و ناخوشایند ابتدای زندگی می‌داند. و نظریه فرستر که بر اساس یادگیری بنا شده است و رشد رفتار را به میزان یادگیری فعال و شکل‌گیری مجموعه‌های رفتاری بر پایه‌ی تقویت و تنبیه از طرف والدین مرتبط می‌داند، و عقیده دارد که والدین خود تقویت‌کننده‌های شرطی شده هستند. در حال حاضر عضو بودن بیماری را علت اصلی دانسته و عقیده دارند کوچکترین اختلال در نحوه اکسیژن‌رسانی به مغز هنگام زایمان یا در طول بارداری ممکن است باعث اختلالات عضوی سلولهای مغز و موجب بروز پسیکوز یا اوتیسم شود. فرضیه نورولوژیکی و ضایعات مغز و مکانیسم ژنتیک شرط لازم در تمام سایکوزهای کودکان شناخته شده است که اوتیسم نیز نوعی از آن است. مطالعات در دوقلوهای یکسان نشان داده است تفاوت بین یک تخمک‌ها و دوتخمک‌ها نشانگر اثر توارث است. این بیماری درمان خاصی ندارد، برای درمان معمولاً با مصرف آرامبخش‌ها (داروهای ضدسایکوز) بخصوص هالوپریدول از بیقراری کودک جلوگیری می‌کنند. روان‌درمانی- بخصوص رفتاردرمانی، اقتصاد ژتونی و شرطی کردن- برای کمک به این افراد لازم است. تحقیقات نشان می‌دهد که حرکات تکراری و یکنواخت این کودکان نسبت معکوس با اکتساب رفتارهای اجتماعی دارد، یعنی هر قدر این کودکان رفتارهای اجتماعی بیشتر بیاموزند اعمال غیرعادی در آنها کمتر مشاهده می‌شود. اختلال درخودماندگی به عنوان یک اختلال تک‌علتی در نظر گرفته نمی‌شود. احتمالاً علل زیست‌شناسی متعدد همراه با تاثیر عوامل روانی- اجتماعی مختلف به طیف گسترده رفتارهای نامعمول افراد درخودمانده منجر می‌شوند.

نقش محیط: بسیاری از نظریه پردازان عوامل محیطی را عامل اصلی بروز این اختلال تلقی کرده‌اند و نظریه‌ها و پژوهش‌ها در قلمرو تاثیر عوامل محیط بر سه زمینه متمرکزاند: ویژگی‌های والدین؛ تعامل‌های خانوادگی، و تنیدگی‌های زودرس.

- ویژگی‌های والدین. از زمانی که کانر درخودماندگی را به منزله اختلالی متمایز توصیف کرد این نکته را نیز عنوان نمود که ویژگی‌های شخصیتی والدین کودکان درخودمانده در این اختلال تاثیر دارند.
- تعامل‌های خانوادگی. از این دیدگاه، تعامل والدین کودکان درخودمانده با فرزندشان منفی، خصمانه، طردکننده یا غیرتقویت‌کننده است. نظریه تعامل‌های خانوادگی بتلهایم درباره‌ی درخودماندگی، آغازگر این دیدگاه بود. الگوی ارتباطی «ارتباط مضاعف» یا **بن بست مضاعف** گونه‌ای روش خاص ارتباطی است که طی آن یک طرف (مادر یا عضو دیگر خانواده) تحمیل می‌کند و طرف دیگر- کودک- نمی‌تواند از آن بگریزد. فرستنده پیام (مادر) پیام دوگانه‌ای را که از لحاظ محتوا متناقض است اما در دو سطح متفاوت منتشر می‌شود، ارسال می‌دارد. برای مثال یک پیام لفظی همراه با یک پیام دیگر (از راه حالت صورت، تغییر صدا و جز آن) که معنای متضادی دارد. پاسخ سازش نایافته، کوششی نومیدانه برای ارضای این ارتباط مضاعف است.
- تنیدگی محیط. رویدادهای ضربه‌آمیز بسیار زودرس، مانعی در راه تحول کودکان ایجاد می‌کند و زندگی آنها را به یک انزوای کامل می‌کشاند.

نقش عوامل ژنتیکی: پژوهش‌های متعددی روی بعد ژنتیکی اختلال درخودماندگی اشاره دارند.

بررسی‌های زیست شیمیایی: بهترین نتیجه‌ای که تاکنون به دست آمده در مورد افزایش فعالیت دوپامین و به خصوص سروتونین در بیش از نیمی از کودکان درخودمانده است.

بررسی‌های عصب فیزیولوژیکی: از این دیدگاه درخودماندگی بر اساس شکست سدهای حمایت‌کننده محیط درونی در برابر هجوم محرک‌های تصفیه نشده‌ی محیط برونی مشخص می‌شود و انزوای کودک درخودمانده واکنشی علیه حساسیت مفرط نسبت به محرک‌ها و به خصوص محرک‌های شنیداری و دیداری است. فقدان تصفیه اخبار حسی بر اساس افزایش ریتم‌های سریع که ترجمان افزایش صدای زمینه هستند در موج نگاری الکتریکی مغز نشان داده شده است.

تبیین‌های مبتنی بر نارسایی ادراکی - شناختی: در قلمرو علت‌شناسی درخودماندگی باید جایگاه خاصی برای مولفانی که نارسایی‌های ادراکی- شناختی را مبنای درخودماندگی می‌دانند در نظر گرفت. راتر روان‌پزشک انگلیسی یکی از پیشگامان مشهور این جریان فکری است. او معتقد است که اختلال بنیادی این بیماران در سطح شناخت قرار دارد. اختلال‌های بنیادی در فهم صوتها هستند: این کودکان صدا را می‌شنوند اما نمی‌توانند معنای آن را دریافت کنند. واکنش آنها در برابر محرک‌های حسی نامتناسب است. قلمرو اکتشاف کودک درخودمانده به فضای بلافاصله محدود می‌شود. کودکان درخودمانده فقط بر یک بعد محرک متمرکز می‌شوند یا به عبارت دیگر به فزون‌گزینشی محرک می‌پردازند.

نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری در زمینه علت‌شناسی درخودماندگی

فرایند تحول بهنجار از دیدگاه ماهر

ماهلر تبیین آن را مستلزم رجوع به فرایند تحول بهنجار می‌داند و بر این باور است که فقط با شناخت این فرایند است که می‌توان به درک نابهنجاری‌ها دست یافت؛ نابهنجاری‌هایی که باید مبنای آنها را در قلمرو روابط مادر- کودک جستجو کرد. مراحل تحول بهنجار در ۳ سال اول زندگی از دیدگاه ماهر عبارتند از: مرحله درخودماندگی بهنجار (۴ هفته اول زندگی)، مرحله مبتنی بر همزیستی (۹ تا ۱۲ ماهگی)، مرحله «جدایی- تفرود» (از ۸-۱۰ ماهگی تا حدود ۲-۳ سالگی).

مرحله در خودماندگی بهنجار: روابط روان-زیست شناختی مادر و فرزند به عنوان مکمل تمایز نایافته‌ی نوزاد عمل می‌کند، و هم‌احساسی بهنجار مادر جانشین انسانی غریزه‌هایی می‌شود که بقای حیوان را تأمین می‌کنند. در درون یک نظام واحد تقریباً بسته مادر به مراقبت‌هایی می‌پردازد که برای بقای نوزاد انسانی دارای اهمیت حیاتی است. به عبارت دیگر در وهله‌ی پس از تولد رابطه‌ی درون-رحمی انگلی جای خود را به زهدان برون-رحمی مراقبت‌های مادرانه می‌دهد که نوعی همزیستی اجتماعی تلقی می‌شود. مرحله در خودماندگی بهنجار که تحکیم‌کننده تعادل حیاتی پساتولدی است با مرحله خود دوستداری نخستین فروید مطابقت دارد.

مرحله مبتنی بر همزیستی: در این مرحله همه چیز به گونه‌ای که گویی کودک و مادر در درون مرزهای مشترک یک واحد دوتایی را تشکیل می‌دهند. در این مجموعه کودک در حالت وابستگی مطلق و مادر در حالت وابستگی نسبی است.

مرحله جدایی-تفرد: این مرحله تا بعد از خط تحول است. خط جدایی نشان دهنده‌ی تمایز یافتگی، فاصله‌گیری و متمایز شدن حدود یا مرزهای وجودی کودکان است. خط تفرد: از روابط بین فردی و موضوع‌های سرمایه‌گذاری وی بر اساس مبادلات حسی و خیال‌پردازانه تشکیل شده است. این مبادله‌ها و تحول کنش‌های مستقل مانند حافظه، ادراک، ظرفیت‌های شناختی و جز آنرا امکان‌پذیر می‌سازند.

در خودماندگی و روان‌گسستگی از دیدگاه ماehler

از دید ماehler نشانگان در خودماندگی، روان‌گسستگی مبتنی بر همزیستی، و موارد مرزی با توجه به ویژگی‌هایی که از مراحل تحول بهنجار به دست داده، متمایز می‌شود.

در خودماندگی: این اختلال ناشی از شکست در گذر از مرحله در خودماندگی بهنجار به مرحله همزیستی است. روان‌گسستگی مبتنی بر همزیستی. این روان‌گسستگی از شکست در گذر از مرحله مبنی بر همزیستی به مرحله جدایی-تفرد ناشی می‌شود و با مرحله‌ای مطابقت می‌کند که در آن کودک همراه با مادرش یک واحد دوتایی را تشکیل می‌دهد. این وحدت که قابل قیاس با وحدت جنین درون رحم است، مانع تمایز کودک از مادرش می‌شود.

به طور کلی در نظام ماehler تحول روان‌گسستگی مبتنی بر همزیستی به منزله نوعی توالی تظاهرات دوسوگرا توصیف می‌شود. یعنی از یکسو رفتار بیمار زیر سلطه نیاز آمرانه به تماس با دیگری قرار دارد، نیازی که تا حد درآمیختگی کامل پیش می‌رود، و از سوی دیگر تهدیدی که کودک از درآمیختگی با دیگری و بلعیده شدن توسط وی احساس می‌کند، واکنش اضطراب و گریز را در او برمی‌انگیزد. دوسوگرایی عملی عواطف نیز افراطی است یعنی کودک در عین حال گاز می‌گیرد و در آغوش می‌کشد.

مراحل تحول رابطه‌ی مادر-کودک از دیدگاه وینی کات

وینی کات جایگاه ویژه‌ای در روان‌تحلیل‌گری کودک به خود اختصاص داده است. رابطه مادر و کودک در خلال تحول در دوره اول کودکی:

مرحله وابستگی مطلق: با مراقبت‌های مادرانه ۵ ماه نخستین زندگی مطابقت دارد. در این مرحله درهم‌آمیختگی کامل مادر و نوزاد مشاهده می‌شود هر اندازه مادر بتواند دقیق‌تر به نیازهای کودک پی ببرد، تحول کودک به گونه‌ای موزون‌تر صورت خواهد گرفت.

مرحله وابستگی نسبی: بین ماه ششم و پایان سال اول زندگی قرار دارد. در خلال این مرحله کودک به تدریج از مادر متمایز می‌شود. در این هنگام لازم است که مادر منتظر ارائه علامتی از سوی نوزاد باشد پیش از آنکه به ارضای نیازش بشتابد چون این مسئله کودک را در راه متمایز شدن از مادر یاری می‌دهد. حرکت در جهت استقلال و اجتماعی شدن در آغاز دومین سال زندگی قرار دارد.

روان‌گسستگی از دیدگاه وینی کات

بر اساس نظریات وینی کات، مبنای روان‌گسستگی کودک را باید در کجراهی رابطه سازش متقابل مادر و کودک به خصوص هنگامی که توهم کودک نسبت به مادر از بین می‌رود جستجو کرد. برخلاف آنچه در نظام کلاین و در حد کمتری در نظام ماehler مشاهده می‌شود صحبت از تثبیت در مراحل اول بهنجار تحول نیست بلکه در نظام وینی کات با یک سازمان‌یافتگی مرضی و خاص سروکار داریم.

نظریه تاتسن درباره خودماندگی

تاتسن توانسته است به خیالبافی‌هایی در این کودکان دست یابد که با توصیف وینی کات مطابقت دارد. وی می‌گوید کودک در خودمانده تصور یک پیوستگی بین بدن خود و جهان پیرامون را حفظ می‌کند تا از هر نوع تجربه جدایی که نه تنها به منزله از دست دادن موضوع بلکه به عنوان از دست دادن بخشی از بدن محسوب می‌شود اجتناب کند. تاتسن با متمرکز کردن پژوهش‌های خود بر بررسی رفتارهای کودکان در خودمانده و کنش‌های دفاعی آن‌ها به توصیف سه ریخت در خودماندگی پرداخته است: در خودماندگی نخستین بهنجار، در خودماندگی ثانوی زهری، در خودماندگی ثانوی واپس‌رونده. مشخصه این اختلالات، وجود نقایص کیفی در تعامل‌های اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دوجانبه و نیز محدود شدن الگوهای رفتاری می‌باشد.

تشخیص

مهمترین ملاک‌های تشخیصی اوتیسم، شامل نقص در رشد زبان و اشکال در استفاده از زبان برای برقراری ارتباط هستند. در نگاه اول ممکن است نشانه‌های جسمی بیماری به چشم نیفتد؛ اما این کودکان، ناهنجاری‌های جسمی جزئی مثل بدشکلی‌های گوش هم دارند. کودکان اوتیسمی هیچ توجه خاصی به افراد مهم زندگی خود نشان نمی‌دهند و تماس چشمی یا رفتارهای دلبستگی نسبت به اعضای خانواده نشان نمی‌دهند، همچنین نقایص چشمگیری در تعامل با همسالان خود دارند. سبک شناختی کودکان مبتلا به اوتیسم به گونه‌ای است که قادر نیستند انگیزه‌ها یا نیت دیگران را دریابند و در نتیجه قادر به برقراری همدلی نیستند. فعالیت‌ها و بازی‌های آنان، اغلب تکراری، تغییرناپذیر و یکنواخت است. مشکلات رفتاری شایع آنان شامل پرتحرکی، کم‌تحرکی، پرخاشگری، کوبش سر، گاز گرفتن خود، خراشیدن بدن، کندن موی خود و مقاومت در برابر تغییر روال عادی می‌باشند. در گروه کوچکی از آنان ممکن است توانمندی‌های خارق‌العاده شناختی یا دیداری - حرکتی دیده شود (دانشمندان دیوانه یا اوتیستی). جدول ۱۳-۲۶ را ببینید.

همه‌گیرشناسی

در ۰/۰۵ درصد کودکان دیده می‌شود. چهار تا پنج برابر در پسرها شایع‌تر است؛ دختران مبتلا به این اختلال بیشتر احتمال دارد که عقب‌ماندگی ذهنی شدیدتری داشته باشند. شروع قبل از ۳ سالگی است.

ملاک‌های تشخیصی

A. وجود مجموعاً شش مورد (یا بیشتر) از بندهای (۱)، (۲)، (۳) یا حداقل دو مورد از (۱) و یک مورد از (۲) و (۳):

(۱) تخریب کیفی در تعامل اجتماعی که با حداقل دو تا از موارد زیر تظاهر می‌کند:

(a) تخریب بارز در استفاده از رفتارهای غیرکلامی متعدد نظیر نگاه چشم در چشم، حالت چهره، وضعیت بدنی و ایما و اشاره (gestures) برای تنظیم تعامل اجتماعی.

(b) ناتوانی در برقراری رابطه با همسالان (متناسب با سطح رشد).

(c) فرد به طور خودجوش در پی سهیم کردن دیگران در لذات، علایق یا پیشرفت‌های خود نیست (مثلاً فقدان نشان دادن، آوردن یا اشاره به اشیای مورد علاقه).

(d) فقدان تقابل هیجانی یا اجتماعی.

(۲) تخریب کیفی در برقراری ارتباط که با حداقل یکی از موارد زیر بروز می‌کند:

(a) تأخیر یا فقدان کامل رشد زبانی کلامی (بدون تلاش برای جبران از راه‌های دیگر مثل ایما و اشاره یا لال‌بازی).

(b) در افرادی که تکلم کافی دارند، تخریب قابل ملاحظه در توانایی شروع یا ادامه مکالمه با دیگران.

(c) استفاده قالبی یا تکراری از زبان یا زبان منحصر به فرد.

(d) فقدان بازی‌های تخیلی خودانگیزه متنوع یا بازی تقلیدی اجتماعی متناسب با سطح رشد.

(۳) الگوهای محدود تکراری و قالبی رفتار، علایق و فعالیت‌ها که با حداقل یکی از موارد زیر تظاهر می‌کند:

(a) اشتغال ذهنی فراگیر با یک یا چند الگوی محدود و قالبی علاقه که از نظر شدت یا تمرکز ناهنجار است.

(b) پیروی ظاهراً انعطاف‌ناپذیر از برخی عادات و آداب بی‌فایده.

(c) ادا و اطوار حرکتی تکراری و قالبی (مانند پیچش یا حرکت شبیه بال زدن در دست‌ها یا انگشتان، یا حرکات پیچیده کلی بدن).

(d) اشتغال ذهنی مداوم با اجزای اشیاء.

B. تأخیر یا عملکرد ناهنجار در حداقل یکی از زمینه‌های زیر، با شروع در سن زیر ۳ سالگی: (۱) تعامل اجتماعی، (۲) زبانی که در ارتباط اجتماعی به کار می‌رود، (۳) بازی تخیلی یا نمادین.

C. اختلال رت یا اختلال فروپاشنده دوران کودکی توضیح بهتری برای این اختلال نیست.

سبب‌شناسی

میزان همگامی در دوقلوهای تک‌تخمی بالاتر از دوتخمی است؛ حداقل ۲ تا ۴ درصد از خواهر و برادران گرفتار می‌شوند. عوامل زیست‌شناختی نقش دارند چرا که اختلال تشنجی و عقب‌ماندگی ذهنی در آنها بیشتر دیده می‌شود. فقدان صلاحیت ایمونولوژیک و صدمه‌های پیش از تولد یا حوالی تولد ممکن است نقش داشته باشند. در بررسی با MRI، افزایش حجم مغز در لوب‌های پس‌سری، آهیانه‌ای و گیجگاهی دیده شده است. سطوح غیرطبیعی متابولیست‌های دوپامین و سروتونین در مایع مغزی- نخاعی دیده می‌شود. عوامل استرس‌زای روانی- اجتماعی و خانوادگی با دوره‌های تشدید علائم ارتباط دارند.

تشخیص افتراقی

اسکیزوفرنی با شروع در کودکی: در کودکان زیر ۵ سال نادر است، با توهم یا هذیان همراه است، میزان بروز تشنج و عقب‌ماندگی ذهنی در آنها کمتر و IQ همگون‌تر است (جدول ۱۴-۲۶).

عقب‌ماندگی ذهنی با علایم رفتاری: این کودکان معمولاً متناسب با سن عقلی خود با بزرگسالان و کودکان دیگر ارتباط برقرار می‌کنند؛ از زبان خود به هر شکل که هست، برای ارتباط با دیگران استفاده می‌کنند؛ ناتوانی‌های آنها نسبتاً یک‌دست‌تر بوده و عملکردهای حاشیه‌ای ندارند.

زبان‌پریشی اکتسابی همراه با تشنج: کودک مبتلا به این اختلال تا چند سال طبیعی است تا آن‌که توانایی خود در هر دو زبان دریافتی و بیانی را از دست می‌دهد. اغلب آنان در آغاز بیماری ناهنجاری‌های منتشر در نوار مغز (EEG) و مختصری حملات تشنجی دارند که ادامه پیدا نمی‌کند و پس از آن اختلال عمیق فهم زبان پیدا می‌کند که مشخصه آن، الگوی کلامی انحرافی و اختلال زبان است.

کری مادرزادی یا اختلال شنوایی شدید: این کودکان ابتدا غان و غون طبیعی دارند اما به تدریج این آوا سازی‌ها کم شده و بین ۶ ماهگی تا یک سالگی، کاملاً متوقف می‌شوند. کودکان فوق فقط به صداهای بلند پاسخ می‌دهند. پتانسیل‌های فراخوانده شنوایی یا تست شنوایی سنجی در کودکان ناشنوا، نشان‌دهنده نقص شنوایی است. این کودکان معمولاً با والدین خود ارتباط برقرار می‌کنند، در پی جلب محبت آنها هستند و در دوران شیرخواری از بودن در آغوش آنها لذت می‌برند. محرومیت روانی- اجتماعی: این کودکان چنانچه در محیط روانی- اجتماعی مطلوب و غنی قرار گیرند، به سرعت بهبود می‌یابند.

جدول ۱۴-۲۶. مقایسه اختلال در خودماندگی و اسکیزوفرنی با شروع در دوره کودکی

ملاک‌های تشخیصی	اختلال در خودماندگی	اسکیزوفرنی با شروع قبل از دوره بلوغ
سن شروع	قبل از ۳۸ ماهگی	پس از سن ۵ سالگی
میزان بروز	۲ تا ۵ در ده هزار	نامعلوم، احتمالاً همان اندازه یا نادرتر
نسبت جنسی (مرد به زن)	سه تا چهار بر یک	۱/۶۷ بر یک (تقریباً مساوی یا کمی شایع‌تر در مردها)
سابقه خانوادگی اسکیزوفرنی	بالاتر نیست یا احتمالاً بالاتر نیست	بالاتر است
وضعیت اقتصادی - اجتماعی	میزان شیوع در طبقات بالاتر اجتماعی اقتصادی به طور ساختگی بالاتر است	در طبقات پایین شایع‌تر است
عوارض قبل و هنگام تولد و کژکاری مغزی	در اختلال در خودماندگی شایع‌تر است	در اسکیزوفرنی کمتر شایع است
خصوصیات رفتاری	ناتوانی در ایجاد وابستگی، فقدان تکلم یا پژواک کلام (echolalia)، عبارات قالبی، فهم زبان وجود ندارد یا ضعیف است، اصرار بر یکنواختی و رفتارهای قالبی	توهمات و هذیان‌ها؛ اختلال تفکر
عملکرد انطباقی	معمولاً همیشه مختل است	پس‌رفت در عملکرد
سطح هوش	در اکثریت موارد پایین‌تر از حد طبیعی و اغلب به شدت پایین است (۷۰ درصد زیر ۷۰)	معمولاً در محدوده طبیعی عمدتاً طبیعی کند (۱۵ درصد زیر ۷۰)
الگوی بهره هوشی	به طور بارز ناهمگون	یکنواختی بیشتری نشان می‌دهند
تشنج‌های صرع بزرگ	۴ تا ۳۲ درصد	وجود ندارد یا بسیار کم است

سیر و پیش‌آگهی

اختلال اوتیستی عموماً تا پایان عمر ادامه یافته و پیش‌آگهی بدی دارد. دو سوم کودکان مبتلا، معلولیت شدید پیدا کرده و وابسته به دیگران خواهند بود. اگر بهره هوشی بالاتر از ۷۰ بوده و مهارت‌های ارتباطی تا سن ۵ الی ۷ سالگی پدیدار شوند، پیش‌آگهی بهتر می‌شود.

درمان

هدف اصلی روش‌های مختلف درمان، افزایش توان ارتباطی و مهارت‌های زندگی روزمره، کاهش مشکلات رفتاری مانند خود-تخریبگری و پرخاشگری مهارشده بیماران است.

درمان روان‌پویشی: از شناخته شده ترین و موفق ترین دیدگاه های روان‌پویشی در قلمرو درمان در خودماندگی دیدگاه ماehler است. ماehler در خودماندگی و روان‌گستسگی مبنی بر همزیستی را ناشی از شکست کودک در گذر از مراحل تحول بهنجار و یا واپس‌روی به مراحل پیشین که پیامد عدم انطباق رفتارهای جسمانی و رفتاری هیجانی مادر با مراحل تحول کودک است می‌داند. بنابراین نخستین گام درمان را تعیین حد تحول یافتگی و یا سطح روابط موضوعی بیمار تلقی می‌کند.

نکته: برای نزدیک شدن به کودکان در خودمانده همواره باید از اشیاء استفاده کرد چون یک تماس گسترده جسمانی مانند لمس کردن یا نوازش اغلب برای کودکان در خودمانده زیان‌بخش است. دیدگاه رفتارنگری در پرورش و بازپروری کودک در خودمانده. نظریه پردازان رفتارنگر توانسته‌اند برنامه بازپروری کودکان در خودمانده را بر اساس این یافته‌ها تدوین کند. سه برنامه رفتاری بازپروری به کودکان در خودمانده اختصاص داده‌اند:

برنامه لووانس: این برنامه به آمده سازی والدین برای استفاده از فنون تغییر رفتار بر اساس «شرطی سازی کنشی-ابزاری» پرداخته است. دهدف آن حذف رفتارهای مرضی زیان‌بخش و یاددهی رفتارهایی به عنوان «پیش اکتساب» یادگیری های بعدی. برنامه های یاددهی ابزارهای ارتباطی و حذف رفتارهای مرضی در کل از روش شرطی‌سازی کنشی ابزاری استفاده می‌شود.

برنامه شاپلر: برنامه شاپلر یک برنامه دولتی شناخته شده است. این برنامه به عکس دو برنامه قبلی کاملاً در نظام آموزشگاهی دولتی گنجانده شده‌است. مراکز مسئول ارزشیابی مقدماتی ادراکی کودک، تدارک یک برنامه آموزش در منزل، آموزش والدین برای اجرای برنامه‌ها، پذیرش کودک در یک کلاس مناسب و بالاخره هماهنگ کردن روش‌های بازپروری معلمان و والدین.

دارودرمانی: مداخله‌های پزشکی به موفقیت اندکی در درمان این اختلال دست یافته‌اند. یکی از روشهای متداول در قلمرو در خودماندگی، تجویز ویتامین‌ها و رژیم غذایی بوده است اما تاکنون نتایج آن مورد تأیید محققان قرار نگرفته است. با توجه به علل متفاوتی که می‌تواند بوجود آورنده در خودماندگی باشند احتمال دستیابی به دارویی که بر همه‌ی آنها مؤثر افتد بسیار اندک است.

در کل روش درمان در خودماندگی باید دربرگیرنده‌ی تالیفی از روی آوردهایی باشد که جنبه های مختلف اختلال را در نظر گیرند. در حال حاضر روشهای ملهم از روی آورد رفتارنگری را می‌توان موثرترین روش درمان در نظر گرفت.

جدول سطوح شدت برای اختلال طیف اوتیسم

سطح شدت	ارتباط اجتماعی	رفتارهای محدود، تکراری
سطح ۳ «به کمک خیلی زیاد نیاز دارد»	کمبودهای شدید در ارتباط اجتماعی کلامی و غیرکلامی، اختلالات شدیدی را در عملکرد، آغاز کردن تعامل‌های اجتماعی بسیار محدود و پاسخ بسیار کم به تماس‌های دیگران ایجاد می‌کنند. برای مثال، فردی که گفتار نامفهوم با کلمات معدود دارد، و به ندرت تعاملی را آغاز می‌کند، وقتی این کار را انجام می‌دهد، برای برآورده کردن نیازها، فقط نزدیک شدن‌های غیرعادی می‌کند و فقط به نزدیکی‌های اجتماعی بسیار مستقیم پاسخ می‌دهد	انعطاف‌ناپذیری رفتار، مشکل شدید در سازگار شدن با تغییر، یا رفتارهای محدود/ تکراری دیگر، به طور چشمگیری عمل کردن در کلیه زمینه‌ها را مختل می‌کند. ناراحتی زیاد/ مشکل تغییر دادن مرکز یا عمل.
سطح ۲ «به کمک قابل ملاحظه نیاز دارد»	کمبودهای محسوس در مهارت‌های ارتباط اجتماعی کلامی و غیرکلامی، اختلال اجتماعی حتی با وجود کمک‌های موجود، آشکار هستند؛ آغاز کردن محدود تعامل‌های اجتماعی؛ و پاسخ‌های کم یا نابهنجار به تماس‌های اجتماعی دیگران. برای مثال، فردی که جملات ساده را بر زبان می‌آورد، تعاملش به تمایلات خاص اندکی محدود می‌شود و به طور محسوس ارتباط غیرکلامی عجیب و غریب دارد.	رفتار انعطاف‌ناپذیر، مشکل سازگار شدن با تغییر، یا رفتارهای محدود/ تکراری دیگر به قدر کافی ظاهر می‌شوند که برای یک مشاهده‌گر اتفاقی واضح به نظر برسند و عمل کردن در انواع موقعیت‌ها را مختل می‌کنند.
سطح ۱ «به کمک نیاز دارد»	بدون کمک‌های موجود، کمبودها در تعامل اجتماعی، اختلالات قابل توجه به بار می‌آورند. مشکل شروع کردن تعامل‌های اجتماعی و نمونه‌های واضح پاسخ‌های نامتعارف یا ناموفق به تماس‌های اجتماعی دیگران. ممکن است به نظر برسد که علاقه کمی به تعامل‌های اجتماعی دارند. برای مثال فردی که می‌تواند با جملات کامل صحبت کند و به ارتباط بپردازد، ولی گفت‌وگوی پیش و پس او با دیگران ناکام می‌ماند و تلاش‌های او برای دوست پیدا کردن، عجیب و غریب و معمولاً ناموفق است.	انعطاف‌ناپذیری رفتار، اختلال قابل ملاحظه‌ای را در یک یا چند زمینه ایجاد می‌کند. مشکل جابه‌جا شدن بین فعالیت‌ها، مشکلات سازماندهی و برنامه‌ریزی مانع از استقلال می‌شوند.

B. اختلال رت^۱

این اختلال در DSM-5 تشخیص جداگانه‌ای نبوده و در طیف اوتیسم قرار دارد. نشانگانی است که در DSM-IV در چهارچوب اختلال‌های فراگیر تحولی قرار گرفته بود. این نشانگان از جمله عارضه‌های متعددی است که به تدریج از نشانگان درخودماندگی متمایز شده‌اند. در واقع در آغاز بروز این اختلال (که در حال حاضر مرزهای آن کاملاً شناخته شده اند) ویژگی‌های رفتاری کودکان مبتلا معمولاً وجود درخودماندگی را القا می‌کند. نشانگان رت برای نخستین بار در سال ۱۹۶۶ توسط رت توصیف شد. و بالاخره در DSM-IV نیز در مقوله‌ی اختلال‌های فراگیر تحولی جای داده شد. این نشانگان که فقط در دختران متجلی می‌شود در نتیجه‌ی بروز نارسایی‌های متعدد خاص، پس از یک دوره تحولی بهنجار مشخص می‌گردد. DSM-IV بدون ذکر رقم دقیق، فراوانی آن را بسیار کمتر از فراوانی درخودماندگی تخمین زده بود.

ویژگی‌های بالینی

دختری که در خلال زندگی درون رحمی مشکل نداشته، به موقع متولد شده، اندازه دور سر و وزن بدن وی به هنگام تولد بهنجار بوده، و هیچگونه رویداد قابل توجه پیش تولدی در تاریخچه‌ی وی مشاهده نشده است، در فاصله ۷ تا ۱۸ ماه پس از تولد تحول وی رضایت بخش است، در این هنگام یک وهله‌ی واپس‌روی روانی - حرکتی را نشان می‌دهد و اطرافیان را متوجه نابهنجاری‌های رفتاری و بیماری می‌کند. ویژگی‌های اصلی نشانگان رت بروز نارسایی‌های متعدد خاص پس از یک دوره تحول بهنجار پس تولدی است. دوره‌های پیش تولد در محدوده بهنجار قرار دارد اما بین ۵ تا ۴۸ ماهگی با کاهش رشد جمجمه مواجه هستیم. کودک به تدریج مهارت‌های دستی هدف‌دار را که قبلاً کسب کرده از دست می‌دهد و سپس حرکات‌های یکنواخت و قالبی دست‌ها (که به حرکات‌های شستن دست‌ها شبیه‌اند) بروز می‌کند. رغبت نسبت به زندگی اجتماعی در سال‌های بعد از آغاز اختلال کاهش می‌یابد. در این بیماران، پسرفت شدید مؤلفه‌های رشد کودک پس از یک دوره طبیعی رشد که حداقل ۶ ماه است، دیده می‌شود. این اختلال، در واقع یک بیماری اضمحلالی عصبی^۲ است. نشانه‌های بالینی شامل میکروسفالی، فقدان حرکت هدفمند دست‌ها، حرکات قالبی، ارتباط بیانی و دریافتی ضعیف، گام برداشتن کردارپریشانه‌^۳ و هماهنگی ضعیف عضلانی می‌باشند.

ملاک‌های تشخیصی

A. تمام موارد زیر:

- (۱) رشد ظاهراً طبیعی قبل و حین تولد.
 - (۲) رشد ظاهراً طبیعی روانی - حرکتی طی ۵ ماه ابتدای پس از تولد.
 - (۳) اندازه طبیعی دور سر در هنگام تولد.
- B. شروع تمام موارد زیر پس از طی دوره تکامل طبیعی:
- (۱) کاهش سرعت رشد سر بین ۵ و ۴۸ سالگی.
 - (۲) از بین رفتن مهارت‌های هدفمند دست که قبلاً کسب شده بودند، بین ۵ و ۳۰ ماهگی، همراه با پیدایش حرکات قالبی دست (مثل حلقه کردن انگشتان یا شستن دست).
 - (۳) از بین رفتن مشارکت اجتماعی در اوایل سیر اختلال (اگرچه غالباً بعدها تعامل اجتماعی ایجاد می‌شود).
 - (۴) راه رفتن یا حرکات بدنی ناهماهنگ.
 - (۵) اختلال شدید در رشد زبان دریافتی و بیانی همراه با کندی شدید روانی - حرکتی.

همه‌گیرشناسی

میزان شیوع اختلال، ۶ تا ۷ در هر ۱۰۰,۰۰۰ دختر است.

سبب‌شناسی

سیر پیشرفت بیماری با یک اختلال متابولیک مطابقت دارد. همخوانی کامل بین دوقلوهای تک‌تخمی وجود دارد. نوزادان پسر مبتلا به اختلال رت یا به صورت مرده متولد می‌شوند و یا به فاصله کوتاهی پس از تولد می‌میرند.

^۱Rett's disorder
^۲neurodegenerative
^۳Apraxic gait

تشخیص افتراقی

مبتلایان به اختلال اوتیستی دچار پسرقت شاخص‌های رشد و نمو، اندازه دور سر و رشد عمومی بدن نمی‌شوند.

سیر و پیش‌آگهی

سیر پیش‌رونده است. بیمارانی که تا دوران بزرگسالی زنده می‌مانند، از نظر شناختی و اجتماعی عقب‌مانده بوده و در سطح سال اول زندگی‌اند.

درمان

درمان معطوف به مداخله علامتی است. فیزیوتراپی برای کژکاری ماهیچه‌ای به ندرت مفید است. معمولاً تجویز داروهای ضد تشنج برای کنترل تشنجهای لازم می‌شود. رفتاردرمانی و دارو برای کنترل رفتارهای جرح‌خویشتن و تنظیم آشفستگی‌های تنفسی کمک می‌کنند.

C. اختلال فروپاشنده دوران کودکی^۱

اختلال ازهم‌گسستگی کودکی که نشانگان هلمر یا جنون کودکی نیز نامیده می‌شود براساس شرایط شبه درخودماندگی که پس از دست کم دو سال تحول بهنجار، گسترش می‌یابد مشخص می‌شود. این اختلال نیز در DSM-5 در طیف اوتیسم قرار گرفت. ویژگی اصلی این اختلال واپس‌روی بارز و از دست دادن مهارت‌های مکتسب در چندین قلمرو کنش‌وری مانند ارتباط کلامی و غیرکلامی روابط اجتماعی، بازی و رفتارهای سازشی متناسب با سن کودک است دراین اختلال که پس از ۲ سالگی و قبل از ۱۰ سالگی بروزمی‌کند کودک صلاحیت‌هایی را که قبلاً به دست آورده حداقل در دو زمینه از دست می‌دهد. پس از استقرار بیماری، نارسایی‌های اجتماعی و اختلال‌های ارتباطی این کودکان کاملاً مشابه کودکان درخودمانده می‌شود. البته اختلال ازهم‌گسستگی را نمی‌توان تنها یک شکل ساده‌ی درخودماندگی دانست که در سنین بالاتر باز شناخته شود. تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان درخودمانده‌ای که تا سن ۲ سالگی تشخیص درخودماندگی درباره آن‌ها عنوان نشده بود توانایی کلامی بسیار محدودی داشتند اما مهارت‌های شناختی آن‌ها موجب به تأخیر انداختن تشخیص درخودماندگی شده بود. درحالی که بالعکس کودکان مبتلا به ازهم‌گسستگی کودک مهارت‌های مکتسب پیشین خود را از دست داده و اغلب آن‌ها دچار تأخیر عقلی بودند اما قبل از وقوع بیماری می‌توانستند با جمله‌های واضح صحبت کنند. در این اختلال، فروپاشی عملکردهای عقلانی، اجتماعی و زبانی بعد از حداقل ۲ سال رشد طبیعی رخ می‌دهد.

ملاک‌های تشخیصی

A. رشد به ظاهر طبیعی حداقل در دو سال اول پس از تولد که با وجود رابطه کلامی و غیرکلامی، روابط اجتماعی، بازی و رفتار انطباقی متناسب با سن تظاهر می‌کند.

B. از دست رفتن قابل ملاحظه بالینی مهارت‌های کسب شده قبلی (بیش از سن ۱۰ سالگی) در حداقل دو مورد از زمینه‌های زیر:

(۱) زبان بیانی - دریافتی.

(۲) مهارت‌های اجتماعی یا رفتار انطباقی.

(۳) کنترل روده یا مثانه.

(۴) بازی.

(۵) مهارت‌های حرکتی.

C. ناهنجاری‌های عملکردی حداقل در دو مورد از زمینه‌های زیر:

(۱) تخریب کیفی در تعامل اجتماعی (مثلاً تخریب در رفتارهای غیرکلامی، ناتوانی در برقراری روابط با افراد همتا، فقدان تقابل هیجانی یا اجتماعی)

(۲) تخریب کیفی در برقراری ارتباط (مثلاً تأخیر یا فقدان زبان کلامی، ناتوانی برای شروع یا ادامه مکالمه، کاربرد تکراری یا قالبی از زبان، فقدان بازی‌های تخیلی مختلف).

(۳) الگوهای محدود، تکراری و قالبی در زمینه فعالیت‌ها، علایق و رفتار از جمله حرکات قالبی و ادا و اطوار.

D. سایر اختلالات اختلال فراگیر رشد یا اسکیزوفرنی توضیح بهتری برای این اختلال نیست.

همه‌گیرشناسی

در ۰/۰۰۵ درصد کودکان رخ می‌دهد. چهار تا هشت برابر در پسرها شایع‌تر است.

سبب‌شناسی

ناشناخته است اما ممکن است با سایر بیماری‌های نورولوژیک مثل اختلال‌های تشنجی، توبروس اسکروز، و اختلال‌های متابولیک گوناگون همراه باشد.

تشخیص افتراقی

اختلال اوتیستی: این بیماران دچار پسرقت شاخص‌های رشد و نمو نمی‌شوند. اختلال رت: شروع آن در سن پایین‌تر است.

سیر و پیش‌آگهی

سیر متغیر است و در اکثر موارد پس از مدتی به حالت پایدار می‌رسد. اکثر بیماران همواره عقب‌ماندگی ذهنی در حد متوسط خواهند داشت.

درمان

رویکرد درمانی مشابه اختلال اوتیستی است؛ داروهای ضدروان‌پریشی هم تجویز می‌شوند.

D. اختلال اسپرگر^۱

آسپرگر روان‌پزشک اتریشی در سال ۱۹۴۴ گروهی از کودکان را که دارای نشانه‌های مشابه درخودماندگی کانر اما بدون تأخیر عقلی یا تأخیر معنادار زبان بودند، متمایز کرد و DSM-IV آن را در مقوله‌ی اختلال‌های فراگیر تحولی قرار داده است. در DSM-5 این اختلال نیز در طیف اوتیسم قرار داده شده است.

ویژگی‌های بالینی اختلال اسپرگر

مشخصه‌های بیماری شامل حداقل ۲ تا از ملاک‌های زیر است: اختلال شدید در ادا و اطوارهای ارتباطی غیر کلامی، عدم برقراری ارتباط مناسب با هم‌سالان، فقدان تقابل اجتماعی یا هیجانی. در این اختلال علائق و الگوهای رفتاری محدود همواره وجود دارند.

اختلال تعامل اجتماعی: مهم‌ترین مشکل مبتلایان به اختلال آسپرگر در قلمرو تعامل‌های اجتماعی قرار دارد که به صورت گریز از تماس جلوه‌گر نمی‌شود بلکه به منزله‌ی پیامد شکست در کوشش‌های ارتباطی نمایانگر می‌گردد. نارسایی تعامل‌های اجتماعی در این بیماران در سه سطح متجلی می‌شود. در نظر نگرفتن قواعد بنیادی اجتماعی، مشکلات سازشی در چهارچوب ارتباطی، و بی‌اثر بودن تجربه بر یادگیری تعامل اجتماعی.

اختلال‌های ارتباطی: زبان تقریباً دست‌نخورده است و در حد بهنجار متحول می‌شود. با این وجود شیوه بیان گاهی غیرماهرانه و سازش نیافته است. ترکیب کلمه‌ها گاهی نادرست و همراه با معکوس کردن ضمیرها است. ارتباط غیر کلامی از دو زاویه دچار اختلال است. ۱- اختلال بیان بر اساس عدم غنای حالت‌های صورت و وجود حرکات‌های نامتناسب با گفتار ۲- اختلال دریافت و یا فهم زبان ناشی از اشتباهات در تفسیر علائم بدنی و هیجانی مخاطب.

سازش با محیط: کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر گرایش به استفاده قالبی و یکنواخت از اشیاء دارند، نسبت به موضوع‌های پیچیده (هواشناسی، ریاضیات، الکتریک) رغبت نشان می‌دهند، کوشش می‌کنند تا به حداکثر جریان‌ات در سطح انحصاراً علمی دست یابند، و همچنین در برابر تغییر اشیاء یا مکان‌ها مقاومت نشان می‌دهند.

ظرفیت‌های روانی - حرکتی: ظرفیت‌های شناختی نامتجانس و بهره‌هوشی کلامی اغلب بالاتر از بهره‌هوشی غیر کلامی است. شیوه فکری جنبه‌ای خاصی دارد و بر یک فزون-عقلی سازی شبه منطقی و نامعطف استوار است. اگرچه زبان مبتلایان به اختلال آسپرگر نسبتاً بدون نقص است اما هماهنگی حرکتی تقریباً همواره نارس است.

به عکس آنچه در اختلال درخودماندگی دیده می‌شود در اختلال آسپرگر تأخیر زبان وجود ندارد. در سال‌های اولیه زندگی این بیماران تأخیر معنادار بالینی در قلمروهای شناختی، سازشی و کنجکاوی مشاهده نمی‌شود. این کودکان اختلال در تعامل اجتماعی و الگوهای محدود و تکراری رفتاری دارند. آنان تأخیر بارزی در رشد زبان، رشد شناختی یا مهارت‌های خودگردانی متناسب با سن خود ندارند.

ملاک‌های تشخیصی

A. تخریب کیفی در تعامل اجتماعی که حداقل با دو مورد از موارد زیر بروز می‌کند:

(۱) تخریب بارز در استفاده از رفتارهای غیر کلامی متعدد نظیر نگاه چشم در چشم، حالت چهره و وضعیت بدنی و ایما و اشاره (gestures) به منظور تنظیم تعامل اجتماعی.

(۲) ناتوانی برای برقراری روابط با همسالان به گونه‌ای که با سطح رشد متناسب باشد.

(۳) شخص به طور خودانگیخته به دنبال سهیم کردن دیگران در شادی‌ها، علایق و پیه شرفتهایش نیست (مثلا اشیاء مورد علاقه‌اش را به دیگران نشان نمی‌دهد، به آنها اشاره نمی‌کند یا آنها را نمی‌آورد).

(۴) فقدان تقابل اجتماعی یا هیجانی.

B. الگوهای محدود، تکراری و قالبی رفتار، علایق و فعالیت‌ها که حداقل با یکی از موارد زیر تظاهر می‌کند:

(۱) اشتغال ذهنی فراگیر با یک یا چند الگوی قالبی و محدود علایق که از نظر شدت با تمرکز، ناهنجار تلقی می‌شود.

(۲) پیروی ظاهرا انعطاف‌ناپذیر از آداب و عادات خاص بی‌فایده

(۳) ادا و اطوار حرکتی و تکراری و قالبی (مثل پیچش یا حرکت شبیه بال زدن دست‌ها یا انگشتان یا حرکات پیچیده کل بدن)

(۴) اشتغال ذهنی مداوم با اجزاء اشیاء

C. اختلال از نظر بالینی تخریب قابل ملاحظه‌ای در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم ایجاد می‌کند.

D. تأخیر کلی قابل ملاحظه از نظر بالینی در رشد زبان وجود ندارد (مثلا تا ۲ سالگی از واژه‌های منفرد و تا ۳ سالگی از عبارات انفرادی استفاده می‌شود).

E. از لحاظ بالینی تأخیر چشمگیری در رشد شناختی یا مهارت‌های خودیاری مناسب با سن، رفتار انطباقی (به جز تعامل اجتماعی) و کنجکاووی در مورد محیط در دوران کودکی دیده می‌شود.

F. اختلال واجد ملاک‌های اختلال فراگیر رشد اختصاصی دیگر یا اسکیزوفرنی نیست.

همه گیر شناسی

میزان شیوع بیش از اختلال اوتیستی است.

سبب شناسی

علت اختلال اسپرگر ناشناخته است. مطالعات خانوادگی، ارتباط احتمالی با اختلال اوتیستی را نشان می‌دهند که مبین وجود مؤلفه‌های ژنتیک، متابولیک، عفونی و صدمات حوالی زایمان است.

تشخیص افتراقی

عقب ماندگی زبان، ویژگی اصلی اختلال اوتیستی است.

سیر و پیش آگهی

سیر و پیش آگهی متغیراند. پیش آگهی خوب بستگی به بهره هوشی طبیعی و مهارت‌های اجتماعی سطح بالا دارد.

درمان

درمان بستگی به سطح عملکرد انطباقی بیمار دارد. برای بیماران مبتلا به ناتوانی‌های اجتماعی شدید از روش‌های مشابه با اختلال اوتیستی (شامل داروهای ضدروانپزشی) استفاده می‌شود.

E. اختلال فراگیر رشد نامعین (NOS)

این گروه از بیماران، دچار اختلال شدید و فراگیر در تعامل اجتماعی یا مهارت‌های ارتباطی هستند و یا این که رفتارها، علایق و فعالیت‌های تکراری و قالبی دارند، اما فاقد ملاک‌های یک اختلال فراگیر رشدی خاص، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوتایپی و اختلال شخصیت دوری‌گزين هستند.

ملاک‌های تشخیصی

این طبقه وقتی باید به کار رود که تخریب فراگیر و شدیدی در رشد تعامل اجتماعی یا مهارت‌های ارتباط غیرکلامی و کلامی موجود بوده و یا علایق، رفتارها و فعالیت‌های قالبی وجود داشته باشد و در عین حال ملاک‌های هیچ اختلال فراگیر رشد خاص، اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال یا اختلال شخصیت دوری‌گزين را دربر نمی‌گیرد. برای مثال این طبقه شامل «درخودماندگی غیرعادی» است که این شکل بالینی ملاک‌های اختلال درخودماندگی را به دلیل سن شروع دیرتر، نشانه‌های غیرعادی و یا نشانه‌های زیرآستانه‌ای و یا مجموع آنها دربر نمی‌گیرد.

روان‌گسستگی های دوره سوم کودکی

منظور آنهایی است که در ۶-۷ سالگی تا نوجوانی بروزمی‌کند. که می‌تواند تداوم یک روان‌گسستگی زودرس باشد یا آنکه پس از یک دوره تحولی به ظاهر به هنجار آشکار شود. درمقایسه با زودرس‌ها، روان‌گسستگی‌های دوره سوم کودکی در شخصیت‌های سازش‌یافته تری بروز می‌کند. نکته: قبل از ۶ سالگی نمی‌توان از یک تمایز یافتگی کامل و آشکار در زمینه قطع رابطه با واقعیت صحبت کرد و این تمایز قائل شدن بین دروغ، هذیان و خیال‌پردازی را در سنین بیش از ۶ سالگی مشکل می‌کند. نکته: سه بعد اصلی که متمایزکننده اشکال خاص روان‌گسستگی‌های دوره نوجوانی هستند.

- روان‌گسستگی مبتنی بر بعد جسمانی
- روان‌گسستگی مبتنی بر هویت
- عدم تعادل بین سرمایه‌گذاری خوددوست‌دارانه و سرمایه‌گذاری موضوعی (سرمایه‌گذاری خوددوست‌دارانه مفرط می‌تواند کناره‌گیری و قطع تماس با واقعیت را در پی داشته باشد).

روان‌گسستگی‌های دوره‌های تحول

تا قبل از ابداع مفهوم درخودماندگی کانر اغلب محققان از اصطلاح روان‌گسیختگی برای متمایز کردن انواع روان‌گسیختگی‌ها سود می‌جستند. اصطلاح درخودماندگی برای اولین بار توسط بلولر برای مشخص کردن نشانگان بنیادی روان‌گسیختگی یعنی قطع تماس با واقعیت و همچنین توصیف فرایندهای صوری فکر بیماران به کار گرفته شد. کانر «ناتوانی در برقراری روابط عاطفی بهنجار» را به عنوان نشانگان اصلی درخودماندگی در نظر گرفته بود. کانر با انتشار مجموعه آثارش تحت عنوان روان‌گسیختگی کودکی با اجتناب از به کار بردن اصطلاح روان‌گسیختگی، درخودماندگی را در مقوله روان‌گسستگی‌ها قرار داد. همین امر موجب استقرار مفهوم روان‌گسستگی زودرس شد که اختلال درخودماندگی و دیگر اختلال‌های وخیم در ۳ سال اول زندگی را پوشش می‌داد. به دلیل آنکه متمایز کردن روان‌گسستگی در دوره کودکی مشکل است از آن برای کودکان استفاده نمی‌شود و اصطلاح «اختلال فراگیر تحولی» بدین منظور انتخاب شده است. استفاده از اصطلاح اختلال فراگیر تحولی تنها می‌تواند دربرگیرنده ازهم‌پاشیدگی‌هایی باشد که در سال‌های نخستین زندگی (دوره اول و دوم کودکی) بروز می‌کند و بهتر است از اصطلاح کلی‌تر و عام روان‌گسستگی استفاده شود (درمقابل روان‌گسستگی بزرگسالان).

نشانه های روان‌گسیختگی در کودک

۱. تنهایی‌گرایی، درخودماندگی
۲. رفتار حرکتی: بی‌تناسبی تنودی (پاراتونیا، کاتاتونیا)، رفتارهای حرکتی خاص (یکنواخت و قالبی)، فزون‌کنشی و بازداری.
۳. اختلال‌های زبان: اختلال‌های زبان در روان‌گسستگی دوره کودکی تقریباً همواره وجود دارند و شدت آنها با زودرسی روان‌گسستگی مستقیماً در ارتباط است.
۴. اختلال‌های کنشی‌های شناختی: نارسایی عقلی اغلب همواره با روان‌گسستگی است، در مقیاس وکسلر نامتجانس بودن بهره هوش کلامی و غیر کلامی رایج است.
۵. اختلال‌های عاطفی: نوسان‌های سریع خلقی، بحران‌های اضطرابی حاد، خنده، فریاد، بحران‌های خشم.
۶. اختلال رفتاری: اطوارگری عجیب و تماس آنها به دلیل بازداری، منفی‌گری یا تضاد ورزی سطحی است، هراس، وسواس.
۷. هذیان و توهم: هذیان به ندرت دیده می‌شود و اثبات توهم هم بسیار مشکل است.
۸. اختلال‌های روان‌تنی بیماری جسمی: بیخوابی، اختلال تغذیه-دفع، و سوابق تحول جسمانی نابهنجار.

سوالات طبقه‌بندی شده‌ی فصل اول

- ۱- کودکان مبتلا به افزایش در وجود با کودکان اوتیستیک مشترکند؟ (سراسری ۸۸)
- (۱) بازی‌های تخیلی (۲) معکوس سازی ضمیر
(۳) نارسایی‌های ظاهری بدنی (۴) وجود ژست‌ها و اطوارها برای مقاصد هیجانی
- ۲- در اختلال اوتیستیک آسیب کدام قطعه مغز از اهمیت اساسی برخوردار است؟ (سراسری ۸۹)
- (۱) گیجگاهی (۲) پیشانی (۳) آهیانه ای (۴) پس سری
- ۳- معمولی‌ترین حرکات تکراری و قالبی کودکان مبتلا به اوتیسم کدام است؟ (سراسری ۸۹)
- (۱) جلو و عقب رفتن (۲) تغذیه در چند نوبت (۳) تکرار کلمات ساده (۴) بیرون آوردن زبان
- ۴- کدام اختلالات در DSM-IV-TR به عنوان اختلالات نافذ رشدی ذکر شده اند؟ (سراسری ۸۹)
- (۱) تورت، تیک کلامی یا حرکتی مزمن، تیک کلامی یا حرکتی زود گذر (۲) اوتیستیک، رت، از هم پاشیدگی کودکی، اسپرگر
(۳) کمبود توجه- بیش فعالی، مخالفت ورزی، بی‌اعتنایی، سلوکی (۴) تکلم بیانی، تکلم بیانی دریافتی، آوائی، لکنت زبان
- ۵- در کدام اختلال رشد زبان کمتر آسیب می‌بیند؟ (سراسری ۹۰)
- (۱) در خود ماندگی (۲) اسپرگر (۳) رت (۴) از هم گسستگی کودکی
- ۶- کدام نکته در تشخیص افتراقی «اسپرگر» از «اتیسم» مفید است؟ (سراسری ۹۲)
- (۱) فقدان تأخیر تحول زبان (۲) سن شروع پس از ۴ تا ۵ سال
(۳) اختلال تماس (۴) رفتار تکراری
- ۷- کدام عبارت در مورد اختلال (رت) صحیح است؟ (سراسری ۹۲)
- (۱) هم در پسران و هم در دختران دیده می‌شود و شیوع آن در هر دو جنس یکسان است.
(۲) در پسران دو برابر دختران شیوع دارد.
(۳) در پسران چهار برابر دختران شیوع دارد.
(۴) فقط در دختران دیده می‌شود و جزء اختلالات فراگیر رشد است.
- ۸- کودکان نابینا، اشیای بزرگ را از طریق کدام فرایند لمسی ادراک می‌کنند؟ (سراسری ۹۳)
- (۱) ترکیبی (۲) احشایی (۳) شهودی (۴) تحلیلی
- ۹- بر اساس نتایج اغلب تحقیقات، علت عمده اختلال اتیسم کدام است؟ (سراسری ۹۴)
- (۱) محیطی (۲) عاطفی (۳) عصب شناسی (۴) مشکل پزشکی مادر در دوران بارداری
- ۱۰- ویژگی مشترک و اصلی تمام اختلال‌های طیف اتیسم، در کدام مهارت است؟ (سراسری ۹۴)
- (۱) اجتماعی (۲) حرکتی (۳) شناختی (هوشی) (۴) زبانی

پاسخنامه سوالات طبقه‌بندی شده فصل اول

۱. گزینه ۲ صحیح است.

یکی از مشخصه‌های کودک اوتیستیک، استفاده از ضمائر نابه جا و معکوس می‌باشد. از سوی دیگر کودک مبتلا به آفازی بیانی قادر به تولید صحیح واژگان نمی‌باشد. در واقع واژگان وی محدود، دستور زبان ساده و بیان وی متغیر می‌باشد. بنابراین تولید گفتار در این دو اختلال از لحاظ نقص می‌تواند تا حدودی شبیه باشد.

۲. گزینه ۱ صحیح است.

بخش تمپورال (گیجگاهی) در ایجاد اختلال اوتیستیک درگیر است. این نظریه بر گزارش‌های سندرم‌های شبه اوتیستیک در بعضی افراد مبتلا به آسیب لوب تامپورال متکی است. در آسیب تجربی لوب تامپورال حیوانات، رفتار اجتماعی مورد انتظار از بین می‌رود و بیقراری، رفتار حرکتی تکراری و محدودیت مجموعه رفتاری مشاهده می‌شود.

۳. گزینه ۱ صحیح است.

کودکان اوتیستیک غالباً رفتارهای عجیب، غریب و تکراری از خود بروز می‌دهند. به نظر می‌رسد که این حرکات قالبی هدفی جز فراهم کردن دروندادهای حسی ندارند و بنابراین خود تحریکی فرض می‌شوند. رفتارهای خود تحریکی حرکتی عبارتند از: تکان دادن منظم بدن، بالا و پایین بردن بازو یا دست، خم یا راست کردن بدن، دویدن، راه رفتن روی پنجه‌ها و چرخاندن بدن به اطراف.

۴. گزینه ۲ صحیح است.

در DSM-IV-TR، پنج اختلال نافذ (فراگیر) رشد ذکر شده است: اختلال اوتیسم، اختلال رت، اختلال فروپاشنده دوران کودکی، اختلال اسپرگر، اختلال نافذ رشد نامعین (NOS).

۵. گزینه ۲ صحیح است.

زبان در حد بهنجار در اختلال اسپرگر متحول می‌شود.

۶. گزینه ۴ صحیح است.

نشانگان رت که فقط در دختران متجلی می‌شود در نتیجه‌ی بروز نارسایی‌های متعدد خاص، پس از یک دوره تحولی بهنجار مشخص می‌گردد.

۷. گزینه ۱ صحیح است.

عقب‌ماندگی زبان، ویژگی اصلی اختلال اوتیسم است. به عکس آنچه در اختلال درخودماندگی یا اوتیسم دیده می‌شود در اختلال اسپرگر تأخیر زبان وجود ندارد. در سال‌های اولیه زندگی این بیماران تأخیر معنادار بالینی در قلمروهای شناختی، سازشی و کنجکاوی مشاهده نمی‌شود.

۸. گزینه ۳ صحیح است.

مهمترین ملاک‌های تشخیصی اوتیسم، شامل نقص در رشد زبان و اشکال در استفاده از زبان برای برقراری ارتباط است. در نگاه اول ممکن است نشانه‌های جسمی بیماری به چشم نیایند؛ اما این کودکان، ناهنجاری‌های جسمی جزئی مثل بدشکلی‌های گوش هم دارند. کودکان اوتیسمی هیچ توجه خاصی به افراد مهم زندگی خود نشان نمی‌دهند و تماس چشمی یا رفتارهای دلبستگی نسبت به اعضای خانواده نشان نمی‌دهند، همچنین نقایص چشمگیری در تعامل با همسالان خود دارند. سبک شناختی کودکان مبتلا به اوتیسم به گونه‌ای است که قادر نیستند انگیزه‌ها یا نیت دیگران را دریابند و در نتیجه قادر به برقراری همدلی نیستند. فعالیت‌ها و بازی‌های آنان، اغلب تکراری، تغییرناپذیر و یکنواخت است. مشکلات رفتاری شایع آنان شامل پرتحرکی، کم‌تحرکی، پرخاشگری، کوبش سر، گاز گرفتن خود، خراشیدن بدن، کندن موی خود و مقاومت در برابر تغییر روال عادی می‌باشند. در گروه کوچکی از آنان ممکن است توانمندی‌های خارق‌العاده شناختی یا دیداری - حرکتی دیده شود (دانشمندان دیوانه یا اوتیستیک). علایم رایج اوتیسم به طور موردی، شامل موارد زیر هستند: - در خود فرو رفته، بی تفاوت و بی اعتنا به نظر می‌رسند. - عدم پاسخدهی هنگام صدا کردن نام شخص. - عدم برقراری تماس شخصی با دیگر افراد. - اشکال در برقراری ارتباط با دیگران. - انجام دادن حرکات یا رفتارهای تکراری مانند تکان دادن، تابیدن، یا ور رفتن با خود. - بی‌علاقگی یا اکراه نسبت به اداهای بدنی. - دیر زبان باز کردن و تأخیر در رشد زبانی. - ندانستن چگونه بازی کردن با دیگر کودکان.

۹. گزینه ۳ صحیح است.

اختلال اوتیسم ناشی از یک اختلال عصب شناختی می‌باشد.

۱۰. گزینه ۱ صحیح است.

مشکل در فعالیت‌ها و مهارت‌های اجتماعی از اصلی‌ترین مشکلات کودکان مبتلا به اوتیسم است.