نمونه جزوه

روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

نویسنده: فاطمه قاسملو

برای خرید نسخه کامل جزوه به کانال تلگرامی ارشدیار روانشناسی (@psyc_arshad) مراجعه فرمایید.

@psyc_arshad

فصل ۸:

اختلال طیف اوتیسم (ASD)

اوتیسم (درخودماندگی) ناتوانی عمومی، فزاینده، شدید و مادام‌العمری است که اغلب در ۳ سال اول زندگی ظاهر می‌شود. مشخصه اختلال طیف اوتیسم نقصان پایدار در برقراری ارتباط و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق یا فعالیت‌ها است.

تاریخچه

از لحاظ تاریخی و سابقه، اوتیسم و اسکیزوفرنی کودکی به عنوان مشکلاتی واحد تصور می‌شدند.

شناسایی اوتیسم

- روان‌پزشکی به نام لئو کانر برای اولین بار اختلال اوتیسم را به عنوان یک سندرم شناسایی کرد؛ وی در دوره کار بالینی‌اش متوجه ۱۱ کودک پریشان شد که شیوه رفتارکردن‌شان در میان کودکان دچار عقب‌ماندگی ذهنی یا اسکیزوفرنی غیرمعمول بود.
- کانر این سندرم را «اوتیسم آغاز کودکی[۱]» نامید و تنهایی اوتیستیک را اساسی‌ترین علامت به شمار آورد.

شناسایی آسپرگر

- اختلال آسپرگر از روی نام هانس آسپرگر نام‌گذاری شد؛ او در ابتدا این سندرم را سایکوپاتی درخودمانده[۲] نامید و دارای شدت کمتر و کاستی‌های کمتر در مقایسه با اوتیسم توصیف کرد.

DSM

- با وجود توصیف آغازین کانر و دیگران از اوتیسم، این اختلال تا زمان انتشار DSM-III در نام‌گذاری تشخیصی رسمی پذیرفته نشد.
- اختلال آسپرگر اولین بار در DSM-IV وارد شد که در آن روابط اجتماعی ضعیف است و رفتار کلیشه‌ای، شدید و انعطاف‌ناپذیر است ولی زبان و هوش سالم و دست‌نخورده باقی می‌ماند.
- در DSM-IV-TR اختلال اوتیسم جزو دسته کلی اختلالات رشدی فراگیر[۳] (PDD) بود که شامل اوتیسم، اختلال آسپرگر، سندرم رت، اختلال فروپاشنده کودکی و اختلال فراگیر رشد نامعین، می‌شد.

---

۱ Early infantile autism
۲ Autistic psychopathy
۳ Pervasive developmental disorders

@psyc_arshad

- تمامی این مقوله‌ها در DSM 5 در یک مقوله به نام اختلال طیف اوتیسم[۱] (ASD) ترکیب شد. این تغییر بدین علت بود که مشخص شد همه این اختلال‌ها در ویژگی‌های بالینی و علت‌شناسی مشابه اشتراک دارند و گویا تنها در شدت، تفاوت دارند.

شیوع

شیوع این اختلال در جمعیت عمومی، یک درصد برآورد شده است. پسران ۴ برابر دختران به ASD مبتلا می‌شوند. در نمونه‌های بالینی، دختران مبتلا به ASD اغلب کم‌توانی ذهنی بیشتری نسبت به پسران نشان می‌دهند. یک توجیه احتمالی برای این یافته آن است که دختران دارای ASD که کم‌توانی ذهنی ندارند، به احتمال کمتری شناسایی، ارجاع و تشخیص داده می‌شوند.

شناسایی و تشخیص

اختلال طیف اوتیسم تا قبل از سه سالگی آشکار می‌شود (نکته: براساس کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان، اختلال طیف اوتیسم معمولا در خلال سال دوم زندگی مشخص می‌شود).

نکاتی در خصوص زمان آشکار شدن نشانه‌ها:

- ویژگی‌های تشخیصی اصلی در دوره رشد آشکار هستند، اما مداخله، جبران و کمک‌های جاری می‌توانند مشکلات را حداقل در برخی موقعیت‌ها بپوشانند.
- در کودکان با کارکرد هوشی طبیعی و تخریب خفیف در کارکرد زبان، ممکن است تا سال‌های اواسط کودکی (یعنی زمانی که مقتضیات تحصیلی و اجتماعی افزایش می‌یابد) شناسایی نشود.

تشخیص اوتیسم توسط متخصص بالینی با استفاده از ملاک‌های تعیین شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-5) که روی مهارت‌های ارتباطی، تعاملات اجتماعی و الگوهای تکراری و قالبی رفتار تاکید می‌کند، صورت می‌گیرد. علاوه بر مصاحبه تشخیصی و مشاهده رفتارهای کودک در اتاق مصاحبه، متخصص بالینی از والدین و/یا معلمان بخواهد تا چک-لیست‌های رفتاری را پر کنند.

دو ابزاری که «استاندارد طلایی» برای تشخیص اوتیسم به شمار می‌روند عبارتند از:

- **جدول مشاهده تشخیصی درخودماندگی (ADOS)**[۲]: شامل مشاهده کودک در فعالیت‌های متعدد مرتبط با بازی نیمه‌ساختاریافته است.
- **مصاحبه تشخیصی اوتیسم-تجدیدنظرشده (ADI-R)**[۳]: به منظور مصاحبه با والدین یا مراقبان درباره عملکرد کودک در زبان/ارتباط، تعاملات اجتماعی متقابل، و رفتارهای محدود، تکراری و قالبی به کار می‌رود.

---

۱ Autism Spectrum Disorder
۲ Diagnostic Observation Schedule
۳ Autism Diagnostic Interview – Revised

@psy_arshad

ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال طیف اوتیسم

A. نقایص پایدار در ارتباط و تعامل اجتماعی در موقعیت‌های متعدد، به صورتی که توسط موارد زیر، در حال حاضر یا بنا بر سابقه، آشکار می‌شوند:

۱. کمبودها در روابط متقابل اجتماعی-هیجانی

۲. کمبودها در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی مورد استفاده در تعاملات اجتماعی

۳. کمبودها در برقرار کردن، حفظ و درک روابط

B. الگوهای تکراری و محدود رفتار، علائق و فعالیت‌ها به صورتی که با حداقل دو مورد زیر، در حال حاضر یا بنا به سابقه آشکار می‌شوند:

۱. جنبش‌های حرکتی، استفاده از اشیاء و گفتار به صورت قالبی یا تکراری

۲. اصرار به یکنواختی، چسبیدن انعطاف‌ناپذیر به روال‌های عادی یا الگوهای رفتار کلامی و غیرکلامی تشریفاتی

۳. تمایلات بسیار محدود و ثابت که از نظر شدت یا تمرکز نابهنجار هستند

۴. واکنش‌پذیری زیاد یا کم به درون‌داد حسی یا تمایل غیرعادی به جنبه‌های حسی محیط

C. نشانه‌ها باید در اوایل دوره رشد وجود داشته باشند (اما ممکن است تا وقتی ضروریات اجتماعی از توانایی‌های محدود فراتر نباشند، به طور کامل آشکار نشوند، یا امکان دارد راهبردهای آموخته‌شده در سنین بالاتر، آنها را پوشانده باشد)

D. نشانه‌ها، اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد کنونی اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.

E. این اختلال با کم‌توانی ذهنی یا تاخیر کلی رشد، بهتر توجیه نمی‌شود. کم‌توانی ذهنی و اختلال طیف اوتیسم اغلب با هم روی می‌دهند؛ برای دادن تشخیص‌های همزمان اختلال طیف اوتیسم و کم‌توانی ذهنی، ارتباط اجتماعی باید پایین‌تر از سطح مورد انتظار برای رشد کلی باشد.

دامنه شدت نشانه‌ها

ASD چیزی است که هر فرد مبتلا، ممکن است درجاتی از آن را داشته باشد. در واقع؛ نشانه‌های این اختلال، دامنه‌ای از خفیف تا شدید را دربر می‌گیرد. شدت اختلال بر مبنای اختلالات ارتباط اجتماعی و الگوهای پایدار رفتار تکراری و تمایلات محدود تعیین می‌شود.

جلوه‌های این اختلال به مقدار زیاد بسته به شدت بیماری، سطح رشد و سن زمانی تفاوت دارند: از این رو، اصطلاح طیف به کار برده شده است.

کودکان دارای ASD شدید، یعنی کودکانی که علاوه بر ASD، کم‌توانی ذهنی دارند و دل‌مشغولی شدید با اشیاء و خودتحریکی و رفتار خودجرحی شدید و فقدان پاسخ‌دهی اجتماعی از خود نشان می‌دهند؛ در گذشته مرکز توجه طیف اوتیسم بودند. اما این کودکان، معرف نادرترین و کوچکترین گروه در طیف اوتیسم هستند. در واقع؛ تعداد بسیار زیادی از

@psyc_arshad

کودکان مبتلا به این اختلال، دارای اشکال خفیف‌تر این اختلال هستند و قادرند عملکرد بسیار طبیعی‌تری در جامعه داشته باشند.

اختلالاتی از DSM-IV-TR که در DSM-5 به عنوان اختلال طیف اوتیسم تشخیص‌گذاری می‌شوند

سندرم رت[۱]

سندرم رت، اختلال پیشرونده و تحلیل‌برنده‌ای است که منحصرا در دخترها بروز می‌کند. این سندرم بر اثر یک ژن غالب وابسته به X ایجاد می‌شود.

مشخصه این سندرم، بروز نارسایی‌های متعدد خاص، پس از یک دوره تحول بهنجار بعد از تولد (۵ یا ۶ ماه اول زندگی) است. نشانه‌های سندرم رت عبارتند از:

- از دست دادن مهارت‌های حرکتی هدف‌داری که قبلا کسب شده‌اند
- بروز حرکات قالبی یا یکنواخت در دست‌ها (مانند حرکات شستن یا پیچاندن دست‌ها)
- از دست دادن رغبت نسبت به روابط اجتماعی (بخصوص در آغاز بروز بیماری)
- آتاکسی و ناهماهنگی حرکتی
- از دست رفتن تکلم و مهارت‌های زبان دریافتی و بیانی
- تنفس غیرعادی و نامنظم
- تشنج
- شکلک‌های چهره‌ای و ساییدن دندان‌ها

اختلال فروپاشنده کودکی[۲]

نام‌های دیگر اختلال فروپاشنده کودکی		
سندرم هلر (Heller)	روان‌پریشی فروپاشنده	جنون کودکی

مشخصه این اختلال، پسرفت بارز در زمینه‌های متعدد عملکردی (مانند زبان دریافتی یا بیانی، صلاحیت‌های اجتماعی یا رفتار سازشی، مهار اسفنکتری، بازی و مهارت‌های حرکتی) پس از حداقل ۲ سال و حداکثر ۱۰ سال رشد ظاهرا طبیعی است.

علائم مقدماتی این اختلال می‌توانند به صورت فعالیت مفرط، حالت تحریک‌پذیری، و اضطرابی باشند که از دست دادن توانایی بیان و صلاحیت‌های دیگر در پی آنها ظاهر می‌شوند.

پس از سیر قهقرایی این کودکان شباهت زیادی به کودکان درخودمانده پیدا می‌کنند.

---

۱ Rett syndrome

۲ Childhood Disintegrative Disorder

@psyc_arshad

نشانگان آسپرگر[۱]

مشخصه آسپرگر، تخریب در وابستگی اجتماعی و الگوهای قالبی و تکراری رفتار است بدون آنکه رشد زبان تاخیر داشته باشد.

افراد دارای نشانگان آسپرگر، در زمینه مهارت‌های اجتماعی نیازمند آموزش صریح هستند. در واقع؛ به نظر می‌رسد در نشانگان آسپرگر، مشکل اصلی عدم درک «برنامه درسی پنهان[۲]» باشد. برنامه درسی پنهان شامل قواعد و باورهای اجتماعی است که به طور مستقیم آموخته نمی‌شوند ولی اکثر ما به طور ضمنی می‌آموزیم.

تفاوت‌های میان اختلال اوتیسم و آسپرگر (براساس DSM-IV-TR)

- **مهم‌ترین وجه تمایز بین اوتیسم و آسپرگر**: عدم وجود تاخیر رشد زبان در آسپرگر
- در اختلال آسپرگر، در رشد شناختی یا رشد مهارت‌های خودیاری متناسب با سن، رفتار سازشی (غیر از تعامل اجتماعی) تاخیر چشمگیری دیده نمی‌شود.
- زمان شروع آسپرگر دیرتر از اوتیسم است.

عدم درک این قواعد زمینه خشم بزرگسالان از دست آنها و طرد از جانب همسالان را فراهم می‌کند، زیرا دیگران رفتار اجتماعی عجیب و غریب یا کند را که ممکن است مشخصه کودک یا نوجوان مبتلا به نشانگان آسپرگر باشد، را درک نمی‌کنند.

اضطراب و افسردگی نیز ممکن است تا حدی زیادی در افراد دارای نشانگان آسپرگر مشاهده شود.

خصوصیات بالینی

اختلال در تعاملات اجتماعی

چشمگیرترین مشخصه کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اختلال در تعاملات اجتماعی است.

کمبودها در روابط متقابل اجتماعی-هیجانی

- ❖ کودکان دچار ASD ممکن است مشکلات عمیقی با دنیای اجتماعی داشته باشند. آنها به ندرت به دیگران نزدیک می-شوند و ممکن است دیگران را طوری نگاه کنند که گویا آنها را نمی‌بینند یا ممکن است به اطراف آنها نگاه کنند یا پشت‌شان را به طرف آنها برگردانند.
- ❖ کودکان مبتلا به ASD به ندرت پیش می‌آید و شاید هم اصلا پیش نیاید که آنها آغازگر تعاملات اجتماعی باشند و هیجانات و تجربیات خود را در میان بگذارند.

کاستی‌های رفتارهای اجتماعی غیرکلامی

- ❖ کودکان دچار ASD از تماس چشمی دوری کرده و به کارها و واکنش‌های دیگران در مقابل رفتارشان هیچ اعتنایی ندارند. آنها گاهی تماس چشمی برقرار می‌کنند، اما نگاه خیره آنها ممکن است کیفیت غیرعادی داشته باشد.
- ❖ نقایص حرکات ایما و اشاره، جلوه‌های صورت، جهت‌گیری بدن یا آهنگ گفتار نیز در کودکان دچار ASD شایع است.

---

۱ Asperger syndrome

۲ Hidden curriculum

@psyc_arshad

- در بزرگسالان دارای ASD، حتی آنهایی که زبان فصیح دارند، مشکل هماهنگ کردن ارتباط غیرکلامی با گفتار، ممکن است برداشت «زبان بدن» عجیب و غریب، بی‌روح یا اغراق‌آمیز را هنگام تعاملات ایجاد کند.

کاستی در شکل‌دهی، حفظ و درک روابط و دوستی‌ها

- فقدان علاقه اجتماعی یا علاقه اجتماعی کاهش‌یافته یا نامتعارف که در برخی افراد دارای ASD وجود دارد، به وسیله طرد دیگران، منفعل بودن، یا برخوردهای نامناسبی که پرخاشگرانه یا اخلال‌گر به نظر می‌رسند، آشکار می‌شود.
- رفتار اجتماعی افراد مبتلا به ASD اغلب ناشیانه است و ممکن است نامناسب باشد. این افراد ممکن است برای این که بفهمند چه رفتاری در چه موقعیتی مناسب است و در چه موقعیتی نامناسب، یا برای فهمیدن روش‌های مختلفی که زبان می‌تواند برای برقراری ارتباط مورد استفاده قرار گیرد (مثل طعنه، دروغ‌های مصطلحت‌آمیز) تقلا کنند.
- در برخی افراد دارای ASD، تمایل به برقراری روابط دوستی بدون عقیده کامل یا واقع‌بینانه به اینکه روابط دوستی مستلزم چیست، وجود دارد (مثل روابط دوستی یک‌طرفه یا روابط دوستی مبتنی بر فقط تمایلات خاص مشترک).

حرکات و رفتارهای قالبی یا تکراری

حرکات قالبی و ریتمیک

کودکان دچار ASD به رفتار قالبی، حرکات دست کلیشه‌ای عجیب و غریب، و سایر حرکات ریتمیک مانند جنبش بدنی دائمی، تکان دادن دست و راه رفتن روی پنجه پا، نیز عادت دارند.

رفتارهای قالبی، ادا و اطوار و شکلک درآوردن بیشتر زمانی بروز می‌کنند که کودک دچار ASD در موقعیتی با ساختار کمتر قرار گرفته باشد.

استفاده قالبی از اشیاء

رفتارهایی مانند چرخاندن سکه، به صف کردن اسباب‌بازی‌ها، ساختن طرح‌های پیچیده با اشیاء خانه در کودکان ASD متداول است.

خودجرحی

رفتارهای تکراری در کودکان دارای ASD ممکن است شکل خودجرحی را نیز به خود بگیرد.

در کودکان دچار ASD که کم‌توانی ذهنی شدیدی دارند، میزان رفتارهای خودجرحی و خودانگیزی بالاتر است.

اصرار به یکنواختی [۱]

اصرار به یکنواختی در کودکان دچار ASD به صورت‌های زیر دیده می‌شود:

- **مقاومت در برابر تغییر**: برای این کودکان، تغییرات و گذارها رعب‌آور است. برای مثال، اگر وسایل خانه جابه‌جا شده باشند، برخی از این کودکان قشقرق‌های شدیدی به راه می‌اندازند.

---

[۱] Sameness

@psyc_arshad

- ❖ چسبیدن انعطاف‌ناپذیر به روال‌های عادی: مانند نیاز به رفتن از مسیری یکسان یا هر روز خوردن غذای یکسان
- ❖ الگوهای تشریفاتی رفتار کلامی یا غیرکلامی
- ❖ الگوهای تفکر خشک

تمایلات بسیار محدود و ثابت

دلبستگی عمیق یا دل‌مشغولی به اشیای غیرعادی

دل‌مشغولی دائم نسبت به بعضی اشیاء معین مانند دکمه‌های لباس یا برخی از قسمت‌های بدن خود و همچنین دلبستگی مفرط به اشیاء بی‌جان (مانند یک تکه نخ یا یک کش) نیز در افراد مبتلا به ASD دیده می‌شود.

توجه وسواس‌گونه به یک شی یا فعالیت

یکی دیگر از ویژگی‌هایی است که در مبتلایان به ASD دیده می‌شود.
این توجه متمرکز ممکن است برای مدت زمان طولانی باقی بماند و متوقف کردن آن دشوار باشد. برای مثال، کودکی که توجه‌اش را روی قطار اسباب‌بازی متمرکز کرده، ممکن است به طور مداوم بخواهد که با آن بازی کند و در مقابل بازی با اسباب‌بازی‌های دیگر مقاومت نشان دهد. این توجه متمرکز ممکن است توانایی کودک را برای تغییر توجه به سایر افراد و فعالیت‌ها کاهش دهد.

نابهنجاری‌های حسی

نابهنجاری‌های حسی در ASD	
واکنش‌های نامعمول به محرک‌های حسی: •حساسیت بیش از حد به محرک حسی •بی‌اعتنایی و عدم حساسیت به محرک حسی •ترکیبی از بیش‌پاسخدهی و بی‌اعتنایی حسی	**سایر مشکلات حسی:** •تمایل غیرعادی به جنبه‌های حسی محیط •حس‌آمیزی

واکنش‌های نامعمول به محرک‌های حسی

برخی افراد مبتلا به ASD نسبت به برخی محرک‌های بخصوص در محیط حساسیت بیش از حد[۱] نشان می‌دهند. برای مثال، کوچکترین صدا در آنها تاثیر می‌گذارد و صداهای بلند و ناگهانی آنها را از جا می‌پراند و واکنشهای آنها در مقابل این صداها شدیدتر از دیگران است. برخی دیگر به لمس شدن بسیار حساس هستند.
بعضی دیگر از افراد مبتلا به ASD به طور کلی به برخی محرک‌های شنیداری، دیداری یا لمسی بی‌اعتنا هستند. در واقع، به نظر مشاهده‌گر ممکن است کر یا کور به نظر بیایند. در برخی کودکان دچار ASD آستانه درد بالاتر از سایر افراد است و واکنش نسبت به درد تغییر کرده است.

---

۱ Hyper-sensivity

برخی از این افراد هم ترکیبی از حساسیت بیش از حد و عدم حساسیت[۱] را دارند؛ برای مثال نسبت به صداهای بلند مانند هشدار آتش‌سوزی بی‌توجه هستند اما به شخصی که در فاصله دوری سوت می‌زند، واکنش بیش از حد نشان می‌دهند.

سایر مشکلات حسی

تمایل غیرعادی به جنبه‌های حسی محیط:

- بوییدن یا لمس کردن بیش از حد اشیاء
- شیفتگی دیداری به نورها یا چیزهایی که می‌چرخند.

حس‌آمیزی[۲]: وقتی روی می‌دهد که تحریک یک سیستم حسی یا شناختی منجر به تحریک سیستم حسی یا شناختی دیگر می‌شود. مثلا فرد مبتلا به ASD ممکن است هر یک از اعداد را به رنگ خاصی ببیند.

اختلال در کاربرد و رشد زبان

نواقص رشد زبان و اشکال در کاربرد زبان برای انتقال مفاهیم جزو ملاک‌های اصلی DSM-5 برای تشخیص ASD محسوب نمی‌شود. هر چند مواردی مانند «پژواک‌گویی» و «وارونه‌سازی ضمیر» و «استفاده غیرمعمول و عجیب و غریب از زبان» در DSM-5 جزو ملاک‌های «الگوهای تکراری و محدود رفتار، علایق و فعالیت‌ها» آورده شده است.

نکته: انحراف زبان و نیز تاخیر زبان، مشخصه انواع شدیدتر اختلال طیف اوتیسم است.

انواع مشکلات زبان که ممکن است در کودکان مبتلا به ASD دیده شود:

پژواک‌گویی (اکولالیا)[۳]	**پژواک‌گویی فوری:** کودک چیزی را که از دیگری شنیده است، فورا تکرار می‌کند. **پژواک‌گویی درنگیده:** کودک واژه یا عبارتی را که از شخصی یا در تلویزیون شنیده، چند ساعت یا حتی چند روز بعد تکرار می‌کند. **نکته:** ویژگی اکولالی به کودکان اتیستیک اختصاص ندارد، بلکه کودکان مبتلا به اختلال زبان و اسکیزوفرنیا نیز دارای این صفت هستند.
وارونه‌سازی ضمیر	کودک با ضمیر «او» یا «شما» (یا حتی با اسم خودشان) به خودش اشاره می‌کند. برای مثال به جای اینکه بگوید «من اینجا هستم» می‌گوید «او اینجاست».
مشکلات در کاربست[۴] **زبان**	کودکان دچار ASD در کاربست زبان در موقعیت‌های ارتباطی و اجتماعی مشکل دارند. این مشکلات حتی در کودکان ASD با عملکرد بالا که بر زبان مسلط شده‌اند و دامنه واژگان گسترده‌ای دارند، نیز دیده می‌شود. به نظر می‌رسد که عامل مشترک زیربنایی تمام نقایص ارتباطی در ASD، عدم درک این نکته است که زبان می‌تواند برای انتقال اطلاعات و تاثیر گذاشتن بر دیگران به کار برده شود.

---

۱ Hypo-sensivity
۲ Synaesthesia
۳ Echolalia
۴ Pragmatics

@psyc_arshad

یک‌طرفه بودن زبان	در کودکان دچار ASD، زبانی که وجود دارد، اغلب یک‌طرفه است و فاقد رفتار متقابل اجتماعی است و به جای اظهار نظر، در میان گذاشتن احساسات یا گفتگو، برای درخواست یا نامیدن به کار برده می‌شود.
استفاده از زبان به شیوه نامتعارف و عجیب	گفتار عجیب و غریب و خاص خود فرد[1] و استفاده قالبی از کلمات، عبارت‌ها یا الگوهای واج-شناختی یا عروضی در برخی از کودکان دارای ASD دیده می‌شود. مثال: اگر پدری، وقتی که دخترش گفتن واژه «بله» را یاد می‌گیرد، او را روی شانه‌هایش بگذارد، کودک ممکن است بگوید «بله» تا بفهماند که می‌خواهد روی شانه‌های پدرش گذاشته شود.
نابهنجاری‌هایی در لحن گفتار، سرعت و آهنگ بیان	گفتار کودکان مبتلا به ASD ممکن است صدایی یکنواخت و ماشینی داشته باشند یا جملات تصدیقی را به صورت پرسشی بیان کنند.
مشکلات درک زبان	اختلال در درک زبان می‌تواند به صورت ناتوانی در فهم پرسش‌ها، دستورالعمل‌ها یا شوخی-های ساده آشکار شود.

توانایی‌های شناختی

بهره هوشی

بهره هوشی کودکان مبتلا به ASD از کم‌توانی ذهنی عمیق تا هوش متوسط به بالا متغیر است. از لحاظ بهره هوشی، کودکان مبتلا به ASD به دو دسته تقسیم می‌شوند:

- **اوتیسم پرکارکرد (high-functioning autism)**: کودکان با ASD که بهره هوشی متوسط یا متوسط به بالا دارند.
- **اوتیسم کم‌کارکرد (low-functioning autism)**: کودکان با ASD که دچار کم‌توانی ذهنی هستند.

حدود ۷۰ تا ۷۵ درصد کودکان دچار ASD بهره هوشی ۷۰ یا کمتر دارند.

مشکل در جابجایی توجه

یک ویژگی ASD، توانایی تمرکز بر فقط یک چیز در یک زمان است. حتی افراد مبتلا به ASD که کارکرد بالایی دارند، در جابه‌جایی نگاه خیره‌شان از چیزی به چیز دیگر مشکل دارند و ممکن است در شناسایی اطلاعات مرتبطی که باید روی آنها تمرکز کنند، به اشتباه بیفتند.

مثال: دانش‌آموز مبتلا به ASD در کلاس، جابجایی دیداری خود را از تابلو به معلمی که در حال صحبت است و برعکس، موجب حواس‌پرتی می‌داند و در نتیجه آن، یادآوری درس، برایش پردردسر و پرزحمت است.

---

[1] Idiosyncratic

@psyc_arshad

فزون–گزینشی محرک

کودکان با ASD فقط بر یک بعد محرک تمرکز می‌کنند؛ به عبارت دیگر به فزون-گزینشی محرک[۱] می‌پردازند. فزون-گزینشی محرک در آنها موجب می‌شود که:

- در بازشناسی اشیاء دنیای اطراف دچار مشکل شوند.
- نتوانند وجود انسانی را نیز با همه ویژگی‌های معرف آن، مانند ایمنی، غذا، گرمی، ارضای نیازها و غیره تداعی کنند.
- در تحول عاطفه و انگیزه نسبت به تعامل‌های اجتماعی با شکست مواجه شوند.
- قادر به درک روابط کلمات با اشیاء نباشند.

این مشکلات که بسیار زود بروز می‌کنند، مانعی در راه احساس همدردی، همانندسازی، و بازشناسی هیجان‌های دیگر (مثلا از راه دریافت حالت‌های چهره) ایجاد می‌کنند.

رشد نامساوی مهارت‌ها

یکی از ویژگی‌های رایج ASD رشد نامساوی مهارت‌ها است. تعداد اندک اما قابل توجهی از افراد دچار ASD، مهارت‌های خرد[۲] یا جزائر توانایی[۳] نشان می‌دهند؛ این افراد را با عنوان «دانشمندان اوتیستیک» یا Autistic savants می‌شناسند. این افراد ممکن است دارای دانش یا توانایی فوق‌العاده در یک حوزه خاص مانند به‌خاطر سپاری، ریاضی، حساب، نقاشی و موسیقی باشند، با این‌حال در تمام یا اکثر جنبه‌های دیگر، عملکرد بسیار ضعیفی داشته باشند.

سایر مشکلات شناختی در ASD

- کودکان با ASD، توجه بالایی به جزئیات دارند، اما در مقوله‌بندی، یکپارچه کردن و استخراج معنی از آنها مشکل دارند.
- به نظر می‌رسد برخی از این افراد، موضوعات را با توجه به مکان آنها در فضا به خاطر می‌آورند تا درک مفهوم آنها.

نقاط قوت شناختی	نقاط ضعف شناختی
توانایی خوب در پردازش اطلاعات دیداری-فضایی	مشکلات در پردازش اطلاعات کلامی و به ویژه زبان
نمرات نسبتا بالا در خرده آزمون‌های غیرکلامی وکسلر	نمره نسبتا پایین در خرده آزمون‌های کلامی وکسلر مانند درک مطلب
عملکرد خوب در تکالیفی که نیاز به تمرکز بر جزئیات دارند	عملکرد ضعیف در تکالیفی که نیاز به درک معنا و مفهوم کلی دارند

جالب است که برخلاف اختلال اوتیسم، در سندرم آسپرگر، هوشبهر کلامی بهتر از غیرکلامی است. با این وجود، در DSM-5 این دو اختلال در یک طبقه به نام اختلال طیف اوتیسم ادغام شده‌اند.

---

۱ Stimulus over selectivity
۲ Splinter skills
۳ Islets of ability

اختلال طیف اوتیسم در خلال تحول

مسائل تحولی اولین و دومین سال زندگی

- کودکان دچار ASD را کودکانی بسیار آرام و «بی‌آزار» توصیف کرده‌اند، هیچ چیز از کسی نمی‌خواهند، ابرازگری محدودی دارند و هنگامی که تنها هستند، به نظر خوشبخت می‌رسند.
- آنها ممکن است وضعیت قابل انتظار برای بغل گرفته شدن توسط مراقب را از خود نشان ندهند. «ارتباط تنودی» در این کودکان وجود ندارد، یعنی هنگامی که در آغوش بزرگسالان هستند، احساس یک وزنه بی‌جان یا یک کیسه آرد را ایجاد می‌کنند.
- غان و غون کردن در برخی از آنها فراوانی کمتری دارد و اطلاعات کمتری را انتقال می‌دهد.
- نشانه‌های اصلی تحول روانی-حرکتی در نخستین سال زندگی در نوزادان مبتلا به این اختلال بروز نمی‌یابند: فقدان لبخند اجتماعی و فقدان اضطراب غریبه

ناتوانی در توجه مشترک[1]

توجه مشترک که به طور معمول در شش ماه اول زندگی شکل می‌گیرد، فرایندی است که در آن یک نفر، به وسیله نشانه-های غیرکلامی مانند خیره شدن یا اشاره کردن، توجه فرد دیگری را به یک محرک جلب می‌کند. کودکان ASD در توجه مشترک نقص دارند و این یکی از دلایلی است که آنها با یادگیری به وسیله مشاهده دیگران مشکل دارند.

رفتار دلبستگی غیرطبیعی

رشد اجتماعی کودکان مبتلا به ASD شامل رفتار دلبستگی غیرطبیعی (و نه فقدان دلبستگی) است.
علیرغم تصور در خصوص نقص دلبستگی در کودکان مبتلا به ASD، اکثر کودکان دارای ASD به مراقبان خود بیشتر از بزرگسالان غریبه پاسخ می‌دهند و بعد از یک جدایی موقت، رفتار اجتماعی و جستجوگری بیشتری نسبت به مراقبانشان در مقایسه با افراد غریبه دارند اما شیوه ابراز سبک دلبستگی در آنها غیرعادی است (برای مثال نشستن نزدیک مادرشان را به نشستن نزدیک یک غریبه ترجیح می‌دهند اما مانند کودکان بهنجار به وی نگاه نمی‌کنند و لبخند نمی‌زنند).
در واقع؛ به نظر نمی‌رسد میزان دلبستگی ایمن در کودکان مبتلا به ASD خیلی پایین‌تر از کودکان عادی باشد.
سطوح پایین‌تر دلبستگی ایمن در کودکانی که مبتلا به سطوح شدید ASD هستند و توانایی هوشی کمتری دارند، دیده می-شود.

امتناع از تماس جسمانی

کودکان دارای ASD ممکن است از تماس جسمانی امتناع کنند و هنگامی که چنین تماسی برقرار می‌شود، دارای کیفیت عجیبی باشد. برای مثال ممکن است تنها نسبت به بعضی از قسمت‌های بدن دیگران (مانند موها، زانوها، پاها یا گودی‌های

---

[1] Joint attention

@psyc_arshad

چهره) توجه کنند یا اینکه به نوعی با دیگران رفتار کنند که با اشیاء رفتار می‌کنند (برای مثال، دست وی را می‌گیرد و به سوی شی‌ای که می‌خواهد هدایت می‌کند).

مشکلات زبان

مسائل مربوط به زبان در خلال سال دوم زندگی آشکار می‌شوند و شکست کودک درخودمانده در بیان یا درک زبان، متداول‌ترین مشکلی است که والدین به هنگام مراجعه به متخصصان بالینی عنوان می‌کنند.

پسرفت اوتیسمی

والدین برخی کودکان مبتلا به اوتیسم ادعا می‌کنند که کودکانشان در دو سال اول رشد بهنجاری داشته و سپس به طور ناگهانی رفتارش پسرفت کرده است. برآوردهای این پسرفت اوتیسمی از ۲۰ تا ۴۷ درصد در کودکان مبتلا به ASD متغیر است.

استفاده غیرمعمول از اسباب‌بازی‌ها

کودکان دچار ASD ممکن است رغبت خاصی به اسباب‌بازی‌ها نشان ندهند یا روش بازی کردنشان با دیگر کودکان متفاوت باشد. به عبارت دیگر، به جای اینکه از اشیاء یا اسباب‌بازی‌ها به شکل معمول استفاده کنند، آنها را به شکلی تشریفاتی به کار می‌برند که واجد ویژگی‌های نمادین نیست (برای مثال ردیف کردن و چیدن تشریفاتی وسایل).

سایر موارد

- «علامت مکعب سوزان» در این کودکان مشاهده شده است: کودک دستش را به آهستگی به شی نزدیک می‌کند اما به محض تماس با آن، ناگهان دستش را عقب می‌کشد. افزون بر این، عروسک‌ها یا اشیاء «انسان‌نما» می‌توانند پرخاشگری شدیدی را در وی برانگیزند. به طوری که کودک آنها را تکه‌تکه می‌کند یا سرشان را از بدن جدا می‌کند.
- قلمرو اکتشاف کودک درخودمانده به فضای بلافاصله محدود می‌شود. واکنش وی نسبت به دریافت‌های حسی، اغلب جنبه جنبشی دارد و بیش از آنکه به اشیاء نگاه کند یا به صداهایی که ایجاد می‌کنند، گوش دهد، آنها را بو می‌کند، می‌لیسد و یا لمس می‌کند.

مسائل تحولی سال‌های بعدی کودکی

نقص در بازی وانمودی

در کودکان دارای ASD، تاخیر یا عملکرد نابهنجار در خصوص بازی نمادی یا تخیلی نیز مشاهده می‌شود و اغلب با فقدان بازی‌های تقلیدی ساده یا بازی «وانمود کردن» خودبه‌خودی مواجه هستیم یا آنکه این بازی‌ها با سطح تحول کودک متناسب نیستند.

@psyc_arshad

مشکلات و اختلالات همراه

بیماری‌های پزشکی

در کودکان خردسال دچار ASD میزان بروز عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی و سایر عفونت‌های جزئی بالاتر از حد مورد انتظار است. علائم گوارشی شایع در کودکان درخودمانده عبارتند از: آروغ زدن مفرط، یبوست و حرکات آرام روده‌ها. همچنین میزان بروز تشنج توام با تب در این کودکان بیشتر است.

مشکلات عصب‌شناختی

نابهنجاری‌های الکتروآنسفالوگرافی (EEG) و اختلالات تشنجی بیشتر از حد مورد انتظار در افراد با ASD دیده می‌شوند.

مشکلات روان‌شناختی و رفتاری همراه

- **تحریک‌پذیری**: در یک تعریف وسیع تحریک‌پذیری شامل رفتارهای خودجرحی و پرخاشگری و قشقرق‌های شدید است. این پدیده‌ها در کودکان و نوجوانان دچار ASD به طور شایعی دیده می‌شود.
- **بی‌ثباتی خلق و عاطفه**: برخی کودکان دارای ASD دچار تغییرات ناگهانی خلق می‌شوند (مانند حملات گریه یا خنده بی‌دلیلی). در صورتی که کودک نتواند افکار مربوط به عواطف را بیان کند، کسب اطلاعات بیشتر در مورد این حملات دشوار است.
- **بیش‌فعالی و عدم توجه**: پرتحرکی و بی‌توجهی، مشکل رفتاری شایعی در بچه‌های کوچک دچار ASD است. کم‌تحرکی کمتر شایع است و اگر وجود داشته باشد، متناوبا با بیش‌فعالی همراه است. میدان توجه کوتاه، ناتوانی کامل برای تمرکز بر روی یک تکلیف، بی‌خوابی، مشکلات تغذیه‌ای و شب‌ادراری نیز در کودکان دچار ASD شایع است.
- **بی‌خوابی**: بی‌خوابی مشکل شایع خواب در کودکان و نوجوانان دچار ASD است.

تشخیص افتراقی

اختلال ارتباط (کاربردی) اجتماعی

هرچند اختلال ارتباط (کاربردی) اجتماعی نیز تاثیری منفی بر روابط می‌گذارد، با این وجود تشخیص اختلال ارتباط (کاربردی) اجتماعی فقط زمانی مد نظر قرار می‌گیرد که علائق و رفتارهای محدود و تکراری هیچ‌گاه وجود نداشته باشند.

اسکیزوفرنیا با شروع کودکی

اسکیزوفرنیا در کودکان زیر ۱۲ سال نادر است و در زیر ۵ سال تقریبا وجود ندارد.

مهم‌ترین تفاوت‌های اسکیزوفرنیا با اختلال طیف اوتیسم:

- اسکیزوفرنیا با توهم و هذیان همراه است.
- میزان بروز تشنج و کم‌توانی ذهنی و ضعف مهارت‌های اجتماعی در افراد اسکیزوفرنیک نسبت به کودکان با ASD کمتر است.

@psy_arshad

- بهره هوشی در افراد اسکیزوفرنیک یک‌دست‌تر است.

کم‌توانی ذهنی با علائم رفتاری

- محدودیت‌های کودکان دچار کم‌توانی ذهنی نمای نسبتا یکدست‌تری دارد؛ آنها عموما در هر دو حوزه کلامی و غیرکلامی تخریب‌های کلی نشان می‌دهند.
- کودکان با ASD نسبت به کم‌توان‌های ذهنی در روابط اجتماعی مشکلات بیشتری پیدا می‌کنند و اختلال زبان شدیدتری دارند.

اختلال زبان

مهم‌ترین تفاوت‌های اختلال طیف اوتیسم و اختلال زبان:

	اختلال طیف اوتیسم	اختلال زبان
ارتباط غیرکلامی	مختل است	به طور فعال به کار می‌رود
نابهنجاری‌های زبان مانند پژواک کلام و عبارات قالبی خارج از موضوع	در گروهی از بیماران وجود دارد	ناشایع
ارتباط اجتماعی مختل و رفتارهای محدود و تکراری	وجود دارد	وجود ندارد یا خفیف است
بازی تخیلی	اغلب مختل است	معمولا وجود دارد

ناشنوایی مادرزادی یا اختلال شنوایی شدید

مقایسه اختلال طیف اوتیسم با ناشنوایی مادرزادی یا اختلال شنوایی شدید:

اختلال طیف اوتیسم	ناشنوایی
غان و غون ناشایع است.	سابقه غان و غون نسبتا طبیعی است که تدریجا این تولید صدا کاهش یافته و از شش ماهگی تا یک سالگی از بین می‌رود.
ممکن است صداهای بلند یا طبیعی را نادیده بگیرند و به صداهای خفیف یا ملایم واکنش دهند.	فقط به صداهای بلند پاسخ می‌دهند.
شنوایی‌سنجی یا پتانسیل‌های فراخوانده شنوایی مشکلی در شنوایی نشان نمی‌دهند.	شنوایی‌سنجی یا پتانسیل‌های فراخوانده شنوایی نشان‌دهنده نقص شنوایی بارزی است.
ارتباط غیرکلامی و تعاملات اجتماعی مختل است.	ارتباط اجتماعی غیرکلامی و تعاملات اجتماعی با اعضای خانواده و همسالان وجود دارد.

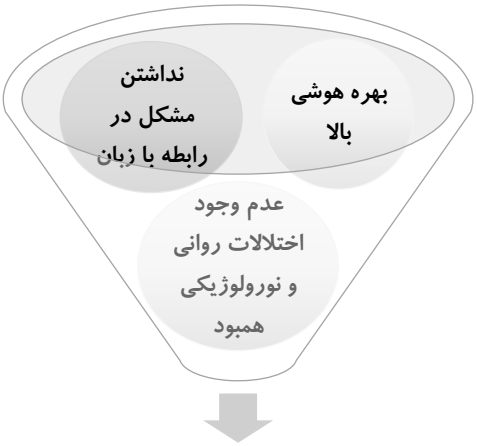
محرومیت روانی اجتماعی

محرومیت روانی-اجتماعی مانند غفلت شدید، بدرفتاری و فقدان مراقبت والدین ممکن است باعث علائم شبه اوتیستیک در کودکان شود. با این وجود؛ کودکان دارای علائم شبه اوتیسم تقریبا همواره وقتی در محیط مناسب و از نظر روانی-اجتماعی غنی قرار داده شوند، سریعا بهبود می‌یابند، ولی در کودکان با ASD چنین چیزی دیده نمی‌شود.

پیش‌آگهی

ASD اختلالی مزمن است و بهترین عوامل موثر در پیش‌آگهی آن، بهره هوشی و زبان هستند:

- **بهره هوشی**: عدم وجود کم‌توانی ذهنی و بهره هوشی بالا با پیش‌آگهی خوب ارتباط دارد
- **عملکرد زبان**: زبان کارکردی در ۵ سالگی، علامت پیش‌آگهی خوب است.



علاوه بر بهره هوشی و زبان، همبودی مشکلات روانی دیگر و مشکلات نورولوژیکی مانند صرع در تعیین پیش‌آگهی ASD نقش دارند. صرع به عنوان تشخیص همزمان، با کم‌توانی ذهنی بیشتر و توانایی کلامی کمتر و بنابراین پیش‌آگهی بدتر ارتباط دارد.

حوزه‌های علائم ASD که با گذشت زمان و مداخلات رفتاری زودهنگام بهبود نمی‌یابند، مربوط به رفتارهای تکراری و تشریفاتی هستند. با این وجود، مداخلات رفتاری مبتنی بر شواهد می‌تواند باعث تخفیف این علائم شود.

سبب‌شناسی

لازم به ذکر است که نه تنها ASD طیف وسیعی دارد و افراد مبتلا به آن، گروهی بسیار ناهمگون را تشکیل می‌دهند، بلکه علل به وجود آورنده این اختلال نیز متنوع‌اند و احتمالا علل زیست‌شناختی متعدد همراه با تاثیر عوامل روانی-اجتماعی مختلف به طیف گسترده رفتارهای نامعمول افراد دارای ASD منجر می‌شوند.

فرضیه‌های سبب‌شناسی متمرکز بر نقش محیط

از آغاز کشف «اوتیسم» به منزله یک اختلال متمایز، بسیاری از نظریه‌پردازان روانکاوی عوامل محیطی را عامل اصلی بروز این اختلال تلقی کرده‌اند. در حال حاضر، تبیین‌های مبتنی بر تحلیل روانی و فرضیه‌هایی که عوامل هیجانی والدین را در بروز ASD موثر می‌دانند، **به وضوح رد شده است** و علت ASD، ژنتیکی و عصب‌شناختی در نظر گرفته می‌شود نه بین-فردی. با این حال، برای آشنایی بیشتر *و از آنجا که ممکنه از این مطالب سوال بیاد*، این فرضیه‌ها را به اختصار بررسی می‌کنیم:

@psyc_arshad

ویژگی‌های والدین

کانر معتقد بود که والدین کودکان درخودمانده، که آنها را «والدین یخچالی» می‌نامید؛ از سطح هوشی و فرهنگی-اجتماعی بالایی برخوردارند، سردی روابط در آنها مشهود است و همچنین رفتار ماشینی و نوعی وسواسی بودن در آنها مشاهده می‌شود. چنین والدینی، برخی از نارسایی‌های فطری فرزندان‌شان را تشدید می‌کنند، نارسایی‌هایی که به صورت تنهایی‌گرایی و انزواطلبی نشانگان درخودماندگی متجلی می‌شوند.

تعامل‌های خانوادگی

برخی از نظریه‌پردازان نحوه تعامل والدین کودکان درخودمانده با فرزندانشان را در ایجاد این اختلال موثر می‌دانستند. نظریه تعامل‌های خانوادگی بتلهایم درباره اوتیسم آغازگر این دیدگاه بود.

بتلهایم اعتقاد داشت که والدین کودکان اوتیستیک، فرزندان خود را طرد می‌کنند و از پاسخ‌گویی به نیازهای عاطفی آنها ناتوان‌اند. کودکان، احساسات منفی والدین خود را دریافت می‌کنند اما نمی‌توانند برای دستیابی به پاسخ مثبت، کاری انجام دهند و به علت این احساس ناتوانی، به انزوا می‌گرایند، کاملا منفعل می‌شوند و جهانی بدون تغییر را جستجو می‌کنند (اصرار بر یکنواختی) تا از خود حمایت کنند.

استرس‌های محیطی

برخی از متخصصان بالینی اعتقاد دارند که رویدادهای ضربه‌آور بسیار زودرس، مانعی در راه تحول کودکان ایجاد می‌کنند و زندگی آنها را به یک انزوای کامل می‌کشانند.

@psyc_arshad

عوامل ژنتیکی

ASD مؤلفه ژنتیکی دارد و توارث‌پذیری آن حدود ۸۰ درصد است.

شماری از سندرم‌های ژنتیکی شناخته‌شده به عنوان بخشی از فنوتیپ گسترده‌تر، اختلال طیف اوتیسم را نیز ایجاد می‌کنند، مانند سندرم X شکننده و توبروس اسکلروزیس.

نابهنجاری‌های مغزی

افزایش حجم کلی مغز در سال‌های اولیه زندگی

مطالعات حاکی از آنند که مغز کودکان دچار ASD در سال اول زندگی به طور ناگهانی رشد بیش از حد دارد. بعد از آن، سرعت رشد مغز آنها کاهش می‌یابد، به طوری که تا رسیدن به نوجوانی اندازه مغز طبیعی می‌شود.

اهمیت سرعت بسیار بالای رشد مغز در دو سال اول زندگی به این دلیل است که این زمان اهمیت حیاتی برای سازمان‌دهی مغز دارد. این افزایش حجم ممکن است یک نشانه برای اتصال‌های غیرطبیعی در نظر گرفته شود، به گونه‌ای که مغز اتصال-های بلااستفاده را هرس نمی‌کند.

کوچکتر بودن مخچه

مخچه اغلب با عملکرد حرکتی مرتبط دانسته شده، هرچند تا اندازه‌ای در شناخت اجتماعی، تنظیم هیجان، زبان، کارکرد اجرایی، یادگیری، تفکر و توجه نیز نقش دارد.

شواهد نشان می‌دهد مناطق بخصوصی از مخچه در کودکان مبتلا به ASD (به خصوص در افراد با عملکرد بالا) به طور قابل توجهی کوچکتر است که می‌تواند مسئول مشکلات آنها در تغییر سریع توجه‌شان از محرکی به محرک دیگر باشد.

نابهنجاری‌های آمیگدال (بادامه)

آمیگدال نقش به‌ویژه مهمی در تشخیص اهمیت هیجانی محرک، پاسخ‌دهی هیجانی، جهت‌گیری به سمت محرک‌های اجتماعی و درک جهت نگاه خیره دارد و به همراه هیپوکامپ، در حافظه طولانی‌مدت نقش دارد.

نابهنجاری‌های آمیگدال در افراد مبتلا به ASD شامل افزایش حجم آمیگدال در سال‌های اول زندگی و برانگیختگی بیش از حد آمیگدال در پاسخ به محرک‌های اجتماعی است که منجر به مشکلاتی در ادراک و پردازش محرک‌های اجتماعی در این افراد می‌شود.

بزرگی اندازه جسم مخطط

همبستگی مثبتی بین اندازه جسم مخطط با فراوانی رفتارهای تکراری در افراد مبتلا به ASD یافت شده است.

نابهنجاری‌های لوب پیشانی و گیجگاهی

الگوهای غیرمتعارف فعال شدن لوب پیشانی در چندین مطالعه ASD در خلال تکالیف پردازش چهره یافت شده است که نشان می‌دهد این ناحیه از مغز ممکن است در ادراک اجتماعی و استدلال هیجانی نقش اساسی داشته باشد.

@psyc_arshad

انتقال‌دهنده‌های عصبی

نابهنجاری‌های انتقال‌دهنده‌های عصبی در ASD عبارتند از:

- ❖ افزایش سروتونین: نخستین نشانگر زیستی شناسایی‌شده در ASD، افزایش سروتونین در کل خون بود.
- ❖ افزایش دوپامین در مایع مغزی-نخاعی

سایر عوامل زیستی

نابهنجاری در سیستم پردازش چهره

افراد دچار ASD گرایش به پردازش چهره‌ها به طور نامعمول دارند؛ آنها به جای تمرکز بر ناحیه چشم یا اسکن کل چهره، ممکن است بیش از حد به یک بخش از چهره مانند دهان توجه کنند.

افزایش سطح هورمون‌های رشد

رشد نابهنجار مغز ممکن است با افزایش سطوح هورمون‌های رشد در ارتباط باشد. برخی پژوهشگران این ادعا را مطرح کردند که کسانی که قبل از تولد، سطوح بالایی از آندروژن (هورمونی که مسئول کنترل رشد خصوصیات مردانه است) در مایع آمنیوتیک مادرشان داشتند، در کودکی به احتمال بیشتری خصوصیات اوتیستیک بروز می‌دادند.

براساس این یافته‌ها، برخی، افراد مبتلا به اوتیسم را دارای «مغز به شدت مردانه»[۱] می‌دانند.

نظریه‌های شناختی

بسیاری از محققان افرادی را با اختلالات طیف اوتیسم می‌شناسند که سبک شناختی متمایزی دارند. به عبارت دیگر، تصور بر این است که روش متفاوتی از دریافت، پردازش و تفسیر اطلاعات و تفکر دارند.

نظریه ذهن[۲]

نظریه ذهن یک توانایی شهودی برای درک و تفسیر افکار، احساسات و نیات خود و دیگران است. نظریه ذهن به این درک شخص اشاره دارد که دیگران، تمایلات، باورها، مقاصد و هیجان‌هایی دارند که ممکن است با آنچه خود شخص دارد، متفاوت باشند. این توانایی برای درک تعاملات اجتماعی و حضور موفق در آن ضروری است.

ارزیابی نظریه ذهن

ارزیابی نظریه ذهن با استفاده از تکلیف «سالی‌آن» که تکلیف «عقیده غلط»[۳] نیز نامیده می‌شود، صورت می‌گیرد. در این تکلیف، از دو عروسک (به نام‌های فرضی «سالی» و «آن») استفاده می‌شود. «سالی» یک تیله در سبد می‌گذارد و آن را می-پوشاند، بعد اتاق را ترک می‌کند. «آن» تیله را از سبد بیرون می‌آورد و در جعبه خود پنهان می‌کند. سپس «سالی» برمی-گردد و می‌خواهد با تیله‌اش بازی کند. سوالی که از کودک پرسیده می‌شود،: «سالی» کجا به دنبال تیله‌اش می‌گردد؟

- ➢ بیشتر کودکان ۴ ساله می‌توانند با اطمینان به این پرسش پاسخ دهند: سالی در سبد به دنبال تیله می‌گردد.

---

۱ Extreme male brain (EMB)
۲ Theory of mind
۳ False belief

@psy_arshad

- بیشتر کودکان مبتلا به ASD، حتی با سن عقلی بیشتر از ۴ سال، این تکلیف را به عنوان یک معمای بزرگ می‌بینند و در آن دچار اشتباه می‌شوند.

نظریه انسجام مرکزی[۱]

این نظریه که اولین بار توسط فریث مطرح شد، همچون نظریه ذهن، احتمال وجود سبک شناختی متفاوت در افراد مبتلا به اوتیسم را افزایش می‌دهد. انسجام مرکزی عبارت است از توانایی نظم‌دهی و ادغام قطعه‌های مجزای اطلاعات به دست آمده از محیط پیرامون، به منظور به دست آوردن یک کل معنادار.

عملکرد اجرایی (EF)[۲]

عملکرد اجرایی یک اصطلاح کلی برای فرآیندهای شناختی مورد نیاز برای منطبق کردن رفتار با ملزومات محیط می‌باشد (مانند بازداری، حافظه فعال، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی).

ورق بزن، نمودار جا نشد مجبور شدم ادامه این صفحه رو خالی بذارم!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

۱ Central coherence theory

۲ Executive functioning

@psyc_arshad

سبک شناختی ASD و مشکلاتی که ممکن است باعث شود

نظریه ذهن

افراد مبتلا به ASD، در «نظریه ذهن» دچار اشکال هستند که منجر به نوعی «کور ذهنی» در آنها می‌شود؛ در نتیجه آنها نمی‌توانند حالت‌های ذهنی را به خود و دیگران نسبت دهند. این نقص ممکن است مشکلاتی را در برقراری همدلی ایجاد کند و باعث شود آنها خودمحور، بی‌تفاوت و عجیب به نظر برسند.

- دشواری در درک این موضوع که دوستان یا خویشاوندان افکار یا عواطف متفاوتی از آنها دارند
- دشواری در گذاشتن خود به جای دیگران، دیدن همه چیز از نگاه دیگری
- مشکل در درک و پیش‌بینی رفتار دیگران و استنباط کردن نیات از روی اعمال
- دشواری در درک معنای ضمنی، کاربرد ضعیف نشانه‌های اجتماعی برای پی بردن به معنی کلمات

انسجام مرکزی

انسجام مرکزی در افراد با ASD متفاوت بوده یا مختل شده است که با افزایش پردازش کانونی و جزءنگر و کاهش پردازش کل‌نگر در آنها مشخص می‌شود.

- دشواری در یکپارچه‌سازی اطلاعات برای به دست آوردن تصویر کلی: تمرکز بر درختان به جای دیدن جنگل
- مشکل در به حساب آوردن بافت برای کمک به درک رفتار
- دشواری در ساختن یک تصویر منسجم از دنیا و دیدن زندگی به عنوان زنجیره‌ای از اتفاق‌های مجزا
- انتخاب یا تمرکز محدود یا فزون‌گزینشی محرک
- عملکرد بهتر در تکالیفی که بر اطلاعات کانونی تمرکز دارند (توجه به جزئیات دیداری) در مقایسه با آنهایی که بر معنای کلی (کل تصویر) تمرکز یافته‌اند

عملکرد اجرایی

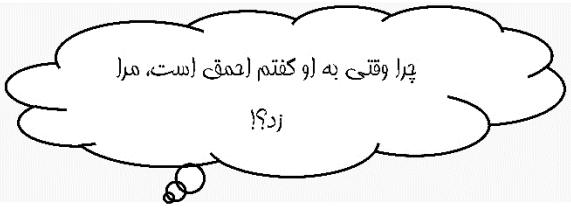
افراد دچارASD در برخی از حوزه‌های عملکرد اجرایی دچار مشکل هستند، مانند تلاش برای اعمال کنترل، زمانی که نیاز دارند با موقعیت‌های جدید، پیچیده یا مبهم در زندگی روزمره دست و پنجه نرم کنند. انعطاف‌ناپذیری افراد با ASD تا حد زیادی ناشی از مشکلات در عملکرد اجرایی است.

- مشکل در سازگار کردن رفتار مطابق با خواسته‌های محیط
- مشکل در کنترل هیجانات
- مشکل در انجام تکلیف یا رفتار به صورت مرحله‌ای و سازمان‌یافته؛ یعنی دیدن مراحل یک تکلیف کامل از ابتدا تا انتها
- مشکل در جابجایی توجه
- ضعف در یادآوری اطلاعات گفتاری: حافظه کوتاه‌مدت کلامی
- مشکل در برآورد گذشت زمان یا حس ضعیف زمان
- مشکل در به‌کارگیری معنادار دانش علی‌رغم معلومات بالا

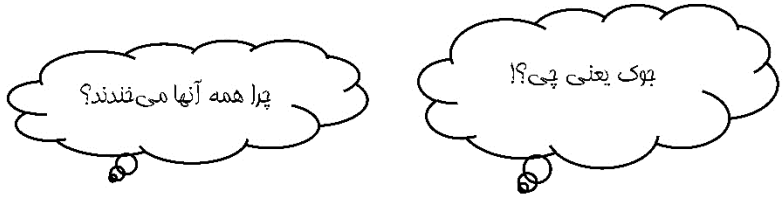
چند مثال از برخی مشکلات تفسیری و چالش‌ها در روابط اجتماعی (از زبان فرد مبتلا به ASD!)

نقص در نظریه ذهن

دشواری در گذاشتن خود به جای دیگران، دیدن همه چیز از نگاه دیگری

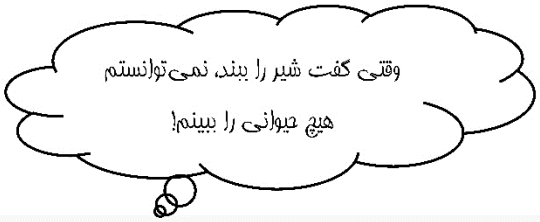


دشواری در درک معنای ضمنی، کاربرد ضعیف نشانه‌های اجتماعی برای پی بردن به معنی کلمات



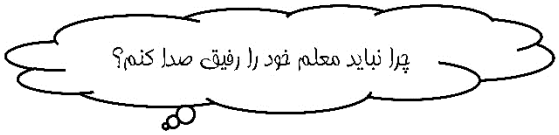
انسجام مرکزی ضعیف

مشکل در به حساب آوردن بافت برای کمک به درک رفتار

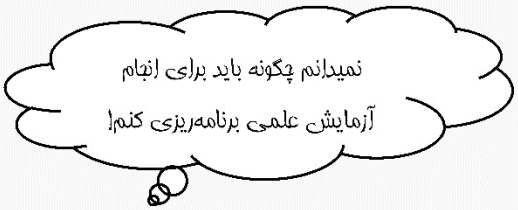


کارکرد اجرایی

مشکل در سازگار کردن رفتار مطابق با خواسته‌های محیط



مشکل در انجام تکلیف یا رفتار به صورت مرحله‌ای و سازمان‌یافته. به عبارت دیگر دیدن یک تکلیف کامل از ابتدا تا انتها



نکات دیگر درباره نظریه‌های شناختی ASD

- نظریه انسجام مرکزی نه تنها برای توضیح محدودیت‌های افراد مبتلا به ASD ایجاد شده، بلکه برخی از نقاط قوت آنها را نیز توضیح می‌دهد. برای مثال، این افراد در موقعیت‌هایی که تمرکز روی جزئیات مفید است، از سایر افراد بهتر عمل می‌کنند یا حتی ممکن است برخی توانایی‌های چشمگیر خاص از خودشان نشان دهند.
- ارتباط‌های بسیاری بین مشکلات در کارکردهای اجرایی در ASD و دیگر اختلالات عصبی-رشدی مثل نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) و کنش‌پریشی وجود دارد که برخی از رفتارها و مشکلاتشان مشترک با ASD است. با این وجود، مشکلات در عملکرد اجرایی که توسط افراد دچار ASD تجربه می‌شود، از آنهایی که افراد مبتلا به ADHD تجربه می‌کنند، شدیدتر است.