





به نام خدا

# اختلالات عصب تحولی

مولفان:

محبت اولیایی بیدگلی

حدیثه رضایی

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

سرشناسه: اولیایی بیدگلی، محبت، ۱۳۶۷-  
عنوان و نام پدیدآور: اختلالات عصب تحولی / مولفان محبت اولیایی بیدگلی، حدیثه رضایی.  
مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۰.  
مشخصات ظاهری: ۲۰۰ ص.  
شابک: ۶-۷۱۷-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸:۶۰۰۰۰۰۰ ریال  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه: ص ۲۰۰ - ۱۹۰.  
موضوع: عصب تحولی - اختلالات  
شناسه افزوده: رضایی، حدیثه، ۱۳۶۴-  
رده بندی کنگره: RC۴۸۸/۵  
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۵۶  
شماره کتابشناسی ملی: ۷۶۴۶۱۱۲  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: اختلالات عصب تحولی  
مولفان: محبت اولیایی بیدگلی - حدیثه رضایی  
ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰  
چاپ: مدیران  
قیمت: ۶۰۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۶-۷۱۷-۴۳۲-۶۰۰-۹۷۸  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



انتشارات ارسطو



## فهرست مطالب

۱۱	پیشگفتار.....
۱۴	فصل اول: اختلال طیف اتیسم.....
۱۵	اختلال طیف اتیسم یا درخودماندگی چیست؟.....
۲۲	چالش‌های همراه با اختلال طیف اتیسم.....
۲۳	علائم مشترک اتیسم.....
۲۴	علائم اتیسم در نوزادی.....
۲۴	علائم و نشانه‌های اولیه اتیسم زیر ۱ سال.....
۲۶	علائم و نشانه‌های اتیسم در کودک نوپا بین ۱ تا ۲ سال.....
۲۹	علائم و نشانه‌های اتیسم در کودک خرد سال بین ۲ تا ۵ سال.....
۳۲	علائم و نشانه‌های اتیسم در کودکان بزرگتر و نوجوان.....
۳۴	علائم و نشانه‌های اتیسم در بزرگسالان.....
۳۷	نشانه‌های اتیسم در دختران.....
۳۸	شیوع.....
۳۸	توزیع جنسی.....
۳۹	سیر و پیش آگهی.....
۳۹	معیارهای اختلال طیف اتیسم بر اساس نظام تشخیصی DSM-5.....

- شرایط بهداشتی و پزشکی و روانی مرتبط با اختلال طیف اتیسم..... ۴۲
- اختلالات و بیماری‌های همراه با اختلال طیف اتیسم..... ۴۴
- تشخیص اتیسم..... ۷۲
- اختلال طیف اتیسم سطح یک..... ۷۶
- اختلال طیف اتیسم سطح دو..... ۷۸
- اختلال طیف اتیسم سطح سه..... ۷۹
- علائم مشترک در هر سه سطح اختلال طیف اتیسم..... ۸۰
- علت اصلی اختلال اتیسم چیست؟..... ۸۲
- رویکردهای درمانی نخستین برای درمان اختلال طیف اتیسم..... ۸۴
۱. درمان با شوک الکتریکی برای درمان اتیسم..... ۸۴
۲. رژیم غذایی برای درمان اختلال طیف اتیسم..... ۸۵
۳. درمان اتیسم به عنوان یک اختلال اجتماعی و عاطفی..... ۸۵
۴. آغوش درمانی برای درمان اختلال طیف اتیسم..... ۸۷
۵. درمان یکپارچگی شنیداری برای درمان اختلال طیف اتیسم..... ۸۷
۶. درمان اختلال طیف اتیسم به عنوان یک اختلال بیولوژیک..... ۸۹
۷. دارو درمانی برای درمان اختلال طیف اتیسم..... ۹۰
- فصل دوم: اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی..... ۹۳

اختلال مربوط به کمبود توجه (بیش فعالی).....	۹۴
نشانه‌های کمبود توجه - بیش فعالی در کودکان.....	۹۴
داشتن علائم کمبود کمبود توجه - بیش فعالی به‌طور همزمان.....	۹۶
عوامل مؤثر در بروز بیماری.....	۱۰۳
شیوع.....	۱۰۶
بیش فعالی و رابطه آن با جنسیت.....	۱۰۷
سبب‌شناسی.....	۱۰۸
خصوصیات بالینی (ADHD).....	۱۰۹
درمان.....	۱۱۳
دارو درمانی.....	۱۱۳
رفتار درمانی.....	۱۱۶
روش‌های عامل سنتی.....	۱۱۷
<b>فصل سوم: اختلالات یادگیری.....</b>	<b>۱۲۰</b>
تاریخچه.....	۱۲۱
تعریف اختلالات یادگیری.....	۱۲۳
درجه شیوع (فراوانی).....	۱۲۸
ویژگی‌های کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری.....	۱۳۰

- ویژگی‌های کودکان مبتلا به ناتوانی در ریاضیات ..... ۱۳۴
- ویژگی‌های نوجوان دارای اختلالات یادگیری ..... ۱۳۵
- ناتوانی در خواندن (دیسلکسی) ..... ۱۳۶
- ناتوانی در هجی کردن (دیس آرتوگرافیا) ..... ۱۳۸
- ناتوانی در نوشتن (دیس گرافیا) ..... ۱۳۸
- مشکلات متداول در نوشتن ..... ۱۳۹
- تشخیص و ارزیابی اختلالات یادگیری ..... ۱۴۸
- مراحل تشخیص ناتوانی‌های یادگیری ..... ۱۴۹
- طبقه‌بندی ناتوانی‌های یادگیری ..... ۱۵۲
- علل اختلالات یادگیری ..... ۱۵۸
- ارتباط علت‌شناسی با آموزش و پرورش ..... ۱۶۱
- برنامه آموزشی کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری ..... ۱۶۳
- توصیه‌هایی برای رفع مشکلات خواندن و هجی کردن ..... ۱۶۶
- توصیه‌هایی برای رفع مشکلات نوشتن ..... ۱۶۷
- توصیه‌هایی برای رفع مشکلات حساب کردن ..... ۱۶۸
- توصیه‌های کلی آموزشی ..... ۱۷۱
- والدین چه اقدام‌هایی باید انجام دهند؟ ..... ۱۷۲



۱۷۳	درمان اختلالات یادگیری.....
۱۷۳	درمان از نگرش ادراکی - حرکتی.....
۱۷۵	درمان از شیوه‌های رفتاری.....
۱۷۷	<b>فصل چهارم: عقب ماندگی ذهنی.....</b>
۱۷۸	کم توانی ذهنی.....
۱۷۹	شیوع.....
۱۷۹	سبب‌شناسی.....
۱۸۰	ارزیابی و تشخیص کم توانی ذهنی.....
۱۸۱	ویژگی‌های کودکان کم توان ذهنی.....
۱۸۵	اختلالات شایعی که یکی از علایم آن‌ها کم توانی ذهنی است.....
۱۸۷	اثر عقب ماندگی ذهنی بر خانواده.....
۱۸۸	انواع کم توانی ذهنی.....
۱۹۱	پیشگیری.....
۱۹۲	برخی از درمان‌ها و امکانات مورد نیاز کودکان عقب مانده ذهنی.....
۱۹۳	والدین برای کمک به رشد فرزند خود چه باید بکنند؟.....
۱۹۷	<b>فصل پنجم: اختلالات حرکتی.....</b>
۱۹۸	مقدمه.....

۱۹۹	اختلال حرکتی آتاکسی.....
۱۹۹	اختلال حرکتی دیس تونی.....
۲۰۱	لرزش حرکتی (Essential Tremor).....
۲۰۲	اختلال حرکتی هانتینگتون.....
۲۰۳	اختلال حرکتی MSA یا آتروفی سیستم چندگانه.....
۲۰۴	اختلال حرکتی میوکلونوس.....
۲۰۶	بیماری پارکینسون.....
۲۰۷	فلج پیشروندهی فوق هسته‌ای (PSP: Progressive Supra-nuclear Palsy).....
۲۰۸	سندرم رت.....
۲۰۹	پارکینسونیسم ثانویه.....
۲۱۰	هایپرتونی (اسپاستیسیته یا Spasticity).....
۲۱۱	دیس کینزی تاخیری (TD: Tardive Dyskinesia).....
۲۱۱	سندرم تورت (Tourette Syndrome).....
۲۱۲	بیماری ویلسون.....
۲۱۶	منابع و مآخذ.....

# پیشگفتار

اختلالات عصبی رشدی اختلالاتی هستند که در آنها رشد و تحول مغز یا دستگاه عصبی مرکزی در دوران رشد مختل می‌شود. این اصطلاح به مشکلاتی در عملکرد مغز اشاره دارد که همزمان با رشد فرد بر حافظه، توانایی یادگیری و هیجانات تاثیر منفی می‌گذارند. اختلالات عصبی رشدی به ۶ طبقه اصلی اختلال یادگیری خاص، اختلالات ارتباطی، اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی، اختلال طیف اوتیسم، معلولیت ذهنی و اختلالات حرکتی تقسیم می‌شود. این اختلالات در اوایل زندگی شروع می‌شوند و در سرتاسر عمر با فرد همراه هستند. اهمیت موضوع زمانی است که با تشخیص زود هنگام می‌توان کودک را برای داشتن یک زندگی با کیفیت آموزش داد. همچنین مشاوره روانشناسی برای تشخیص به‌هنگام، به خانواده و کودک کمک‌رسان خواهد بود.

اختلالات عصبی رشدی، اختلالاتی هستند که در آنها، روند رشد مغز و دستگاه اعصاب مرکزی به درستی طی نمی‌شود. مغز بخش متفکر و هدایت‌کننده اندام‌های بدن است با اختلال در این بخش کارکردهای فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد. دستگاه اعصاب مرکزی نیز نقش هدایت و انتقال دستور از مغز به اندام‌های بدن را دارد. اختلالات عصبی رشدی با ایجاد نقص در این دو بخش بر هیجان، توانایی یادگیری، رشد فرد و حافظه اثر مخرب دارند.

اختلالات عصبی رشدی از دوران کودکی آغاز می‌شوند و تا پایان عمر با فرد باقی می‌ماند. این اختلالات از سنین قبل از مدرسه آغاز می‌شوند اما اکثر آن‌ها در هنگام رفتن به مدرسه به چشم می‌آیند و مورد توجه قرار می‌گیرند. خانواده‌ها با تشخیص زود هنگام بسیاری از اختلالات عصبی رشدی می‌توانند از بروز بسیاری از عوارض جلوگیری کنند یا با اتخاذ روش‌های درمانی مناسب مهارت‌های کودک را پرورش دهند تا در بزرگسالی بتوانند استقلال خود را کسب کنند. مشاوره کودک و مشاوره خانواده در این زمینه می‌تواند به والدین و مراقبان یاری برساند.

با توجه به اهمیت و لزوم تشخیص و درمان اختلالات عصب تحولی در کودکان و نوجوانان، این کتاب به بررسی کامل این اختلالات پرداخته است. امید است این کتاب گامی در جهت بهبود تشخیص صحیح و بهنگام و روش‌های درمانی مناسب برداشته باشد.

**سخنی از مولفین**



# فصل اول: اختلال طيف اتيسم

## اختلال طیف اتیسم یا درخودماندگی چیست؟

اختلال طیف اتیسم را بیشتر می‌توان یک اختلال نورولوژیکی که خودش را در سال‌های اولیه رشد کودک نمایان می‌کند معرفی نمود. این اختلال در بیماران اوتیستیک باعث می‌شود که مغز فرد مبتلا به اتیسم نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و مزاحم او برای یادگیری چگونگی ارتباط و تعامل با دیگران به‌طور اجتماعی می‌شود (صمدی و همکاران، ۱۳۹۹).

کودکان و بزرگسالان دارای اختلال طیف اتیسم در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، مهارت‌های شناختی معمول، رفتارهای اجتماعی، فعالیت‌های سرگرم‌کننده و بازی دارای مشکل می‌باشند. ریشه کلمه اتیسم از واژه یونانی *Autos* به معنی خود گرفته شده است. البته این نام در طول زمان به صورت‌های گوناگونی به کار می‌رفته است مانند اتیسم کودکی اولیه، یا اتیسم کودکی. پس از مدتی این نام‌ها تقریباً مترادف با اتیسم در بزرگسالان به کار رفت و پس از آن این اختلال را در هر دوره سنی به نام اتیسم می‌شناسند. اختلال طیف اتیسم (ASD) و اتیسم دو واژه و عبارت کلی برای گروهی از اختلالات پیچیده در رشد مغز هستند. در سال ۲۰۱۳ در *DSM-5* همه اختلالات طیف اتیسم در زیر چتر *ASD* یا اختلالات طیف اتیسم قرار گرفتند. اکنون دیگر در اختلال طیف اتیسم به جای انواع اتیسم ۳ سطح وجود دارد که در آن‌ها رشد مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات و منابع و ذخایر رفتاری دچار تأخیر و انحراف گردیده است. کودکان درگیر با اختلال طیف اتیسم اغلب تمایلات شدید و ویژه‌ای به مجموعه‌ای از رفتارها نشان می‌دهند، مقاومت در برابر

تغییر رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای و نقص در ارتباط چشمی دارند و پاسخ‌های مناسبی به محرکات محیطی نمی‌دهند. این اختلالات تاثیرهای متعدد و بیشماری بر روند رشد می‌گذارند. هرچه این اختلال زود تشخیص داده شود و فرد مبتلا زودتر وارد چرخه‌های درمان گردد، زودتر می‌توان زندگی او را تغییر داد (پوراعتماد و همکاران، ۱۳۹۸).

تقریباً هر سال موسساتی مانند اتیسم اسپیک و یا مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های امریکا و یا مرکز تحقیقات اتیسم و یا مؤسسات و مراکز تحقیقاتی دیگر آمارها و یا خلاصه دانستنی‌های تازه در مورد اختلال طیف اتیسم را اعلام می‌کنند. تمامی این اطلاعات و حقایق به متخصصین و خانواده‌ها کمک می‌کند تا در مورد وضعیت امروز و آینده خود و این کودکان آگاه‌تر باشند تا بتوانند تصمیمات بهتر و درست‌تری را در مورد مراجعین یا فرزندان خود اتخاذ نمایند. این اطلاعات دولت مردان را در جهت تصمیمات درست هدایت می‌نماید تا برای هدف‌گیری صحیح بر روی این اختلال متمرکز گردند. این اطلاعات ارائه شده در سال ۲۰۱۸ به قرار زیر است:

➤ در سال ۲۰۱۸ مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های امریکا اعلام نمود که از هر ۵۹ کودک در حدود ۱ نفر دارای اختلال طیف اتیسم است.

• ۱ نفر از هر ۳۷ پسر متولد شده

• ۱ نفر از هر ۱۵۱ دختر متولد شده

➤ پسران چهار برابر بیشتر از دختران با اختلال طیف اتیسم درگیرند.



➤ بیشتر کودکان تشخیص داده شده با اختلال طیف اتیسم بعد از ۴ سالگی تشخیص داده می‌شوند در صورتی که اختلال طیف اتیسم را با اطمینان می‌توان با استفاده از علائم نخستین اتیسم و بر اساس تست‌های استاندارد در دو سالگی تشخیص داد. (متاسفانه در کشور ما بیشتر مراجعات و تشخیص‌ها نیز پس از چهار سالگی اتفاق می‌افتد و این کودکان بهترین زمان آموزش خود را از دست داده‌اند. خانواده‌هایی که در سال‌های گذشته حتی در سن زیر ۲ سالگی به مراکز مراجعه نمودند و تشخیص اختلال طیف اتیسم را در مورد کودکان خود دریافت نمودند با خدماتی که به کودکان آن‌ها ارائه گردید اکنون می‌توانند با اعتماد و بهتر برای آینده کودک خود برنامه‌ریزی کنند.

➤ ۳۱ درصد از کودکان اتیستیک دارای ناتوانی ذهنی‌اند و ضریب هوشی پایین‌تر از ۷۰ دارند، ۲۵٪ در محدوده مرزی‌اند یعنی ضریب هوشی میان ۷۱ تا ۸۵ را دارا‌اند و ۴۴٪ نمره ضریب هوشی متوسط و بالاتر از حد متوسط را دارا‌اند یعنی ضریب هوشی بالای ۸۵ هستند. (با بررسی این نمرات می‌توان دریافت که تنها ۳۱ درصد از این کودکان دارای مشکلات شناختی‌اند و حداقل ۶۹ درصد از این کودکان دارای توانایی شناختی مرزی یا کم‌توان یا متوسط یا باهوش هستند. اما متاسفانه در کشور ما این تصور غالب گردیده که افراد دارای اختلال طیف اتیسم نیز دارای نوعی ناتوانی‌اند و شوربختانه برخی از متخصصان نیز این تصور را داشته و آن‌را به خانواده‌ها نیز منتقل می‌کنند که کودک اتیستیک حرف نمی‌زند،

نمی‌تواند غذا بخورد، نمی‌تواند ارتباط داشته باشد، هیچگاه به مدرسه نمی‌رسد و در نهایت یک زندگی منزوی را پشت سر می‌گذارد! این افراد در انواع اختلال طیف اتیسم تنها سطح ۳ یا اتیسم شدید را در مورد این اختلال به رسمیت می‌شناسند و برای سطوح دیگر بخصوص سطح یک از اصطلاحاتی مانند شبه اتیسم و.... استفاده می‌کنند.

➤ اختلال طیف اتیسم بر تمام گروه‌های قومی و بر تمام طبقات اجتماعی و اقتصادی تأثیرگذار است و در تمام این طبقات مشاهده می‌گردد(هنوز هم می‌توان از کارشناسان و افرادی که با اختلال طیف اتیسم سروکار دارند این جمله اشتباه را شنید که اختلال طیف اتیسم بیماری خانواده‌های متمول و تحصیل کرده است! این سطحی‌ترین و غیر حرفه‌ای‌ترین سخنی است که می‌توان از یک نفر شنید ومطمئناً این فرد کوچکترین شناختی از اختلال طیف اتیسم و پراکندگی آن در جامعه ندارد. اختلال طیف اتیسم را می‌توان در تمامی اقشار جامعه ایرانی درست مانند آنچه در کلیه نقاط جهان مشاهده می‌گردد دید.

➤ مداخله بهنگام بهترین فرصت را برای پشتیبانی از رشد صحیح و بهبودی در طول زندگی کودک مهیا می‌کند. (مداخله بهنگام تنها فرصت کودکان دارای اختلال طیف اتیسم است که می‌تواند این کودکان را برای تغییر زندگی آینده مهیا نماید و بر اساس دستور مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های امریکا در هر زمان که علائم اختلال طیف اتیسم در کودک مشاهده گردید بایستی برای دریافت

مداخلات به مراکز تخصصی مراجعه نمود و مراکز نیز بایستی توانایی و تخصص لازم را برای پذیرش کودکان در سنین پایین حتی یک ساله را نیز دارا باشند و بتوانند هم برای کودک ۷ ساله و هم برای کودک ۲ ساله راهبرد و پروتکل‌های لازم را ارائه دهند).

➤ هنوز هیچ درمان پزشکی و غیر پزشکی قطعی برای اختلال طیف اتیسم شناخته نشده است (یکی از مزایای آگاهی‌رسانی به خانواده‌های کودکان دارای اتیسم این است که بتوان با افزایش دانش این خانواده‌ها امکان سوء استفاده افرادی سودجو را به حداقل رساند. بارها در مراجعین جدید ورود مراکز مشاهده شده است که این خانواده‌ها بعد از دریافت خدمات نامناسب و سوء استفاده‌هایی که از آن‌ها گردیده دست از ارائه خدمات به کودک خود کشیده‌اند و کودک خود را به علت عدم بهبودی و پیشرفت رها نموده‌اند و پس از گذشت ۵ یا ۶ سال به مراکز توانبخشی کودکان اتیسم مراجعه می‌کنند که دیگر زمانی برای آموزش این کودک وجود ندارد و یا اینکه دیگر خانواده توان مالی برای پرداخت هزینه‌های آموزش کودک خود ندارد چراکه تمام توان مالی خانواده پیش از این توسط افراد سودجو گرفته شده است).

نخستین تجلی اتیسم در ادبیات روانشناسی و روانپزشکی به سال ۱۹۱۱ میلادی بر می‌گردد که اوژن بلولر روانپزشک سوئیس از این اصطلاح برای توصیف دسته‌ای از علائم استفاده نمود که اصولاً در آن زمان تصور می‌گردید علائمی از اختلال اسکیزوفرنی است. واژه

اتیسم را از واژه یونانی AUTOS برای توصیف علائم شدید اجتماعی استفاده نمودند که با بیماری‌های روانپریشی همراه بود. اگرچه اکنون مشخص گردیده که اختلال طیف اتیسم و اسکیزوفرنی با همدیگر ارتباطی ندارند اما تا سال ۱۹۸۰ اختلال طیف اتیسم در هیچ یک از کتاب‌های تشخیصی طبقه‌بندی نگردیده بود. به دلیل اینکه در گذشته اختلال طیف اتیسم را به عنوان یک بیماری روانی شدید و به نوعی اسکیزوفرنی می‌دانستند (محمدی، ۱۳۹۳).

یکی از نخستین رویکردهای درمانی مورد استفاده قرار گرفته برای این اختلال، درمان شوک الکتریکی بود. این روش درمانی از نظر تاریخی رویکردی بحث برانگیز بود اما امروزه روش‌های به روز شده‌ای از این درمان وجود دارد که برای درمان بیماری‌های روانی مانند اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمان شوک الکتریکی شامل عبور جریان‌های الکتریکی کوچک و خفیفی از مغز است که شیمی مغز را تغییر داده و باعث کاهش علائم روانپریشی شدید مانند اضطراب شدید و افسردگی شدید می‌گردد. این روش درمانی هنوز هم به صورت نادر در بعضی از موارد برای اختلال طیف اتیسم استفاده می‌گردد ولی به دلیل پاسخ‌گویی بهتر روش‌های رفتاری استقبالی از این روش نگردیده است (صمدی، ۱۳۹۹).

اتیسم برای اولین بار به عنوان یک اختلال اجتماعی و عاطفی توسط لئو کانر در سال ۱۹۴۳ روانپزشک کودک در امریکا مطرح گردید. کانر در مقاله‌ای که در مجله *Nervous Child* با عنوان اختلال عاطفی اتیستیک منتشر شده است سندرومی را برای کودکانی که

باهوش هستند اما تمایل به انزوا و گوشه‌گیری اجتماعی با محدودیت‌های عاطفی دارند تعریف می‌کند. در آن سوی اقیانوس اطلس در آلمان هانس آسپرگر شکل دیگری از اتیسم را تعریف نمود. آسپرگر مقاله خود را در مورد اتیسم را در سال ۱۹۴۴ منتشر نمود و توصیف کرد: اتیسم اختلالی است در کودکان با هوش عادی که در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی دچار مشکلاتی هستند. این تعریف همان چیزی است که بعدها در مورد اختلال طیف اتیسم خفیف گفته شد و پس از آن نیز به عنوان سندرم آسپرگر نام‌گذاری گردید. کودکان دارای آسپرگر درگیر با چالش‌های تعاملات اجتماعی‌اند اما مشکلاتی در رشد زبان که اغلب در سندروم کانر دیده می‌شود ندارند.

این تصور که اختلال طیف اتیسم بیشتر ناشی از نقایص اجتماعی و عاطفی است، ابتدا والدین را به عنوان اولین مقصرهای اتیسم معرفی نمود. البته این فرضیه در زمانی ارائه گردید که هنوز تاثیر عوامل ژنتیک در بروز اختلال طیف اتیسم شناخته نشده بود چه برسد به درک اینکه ژنتیک و محیط می‌توانند باهمدیگر باعث اختلالات روانی گردند.

برونو به تل‌هایم در دانشگاه شیکاگو یک از نخستین دانشمندانی بود که این تئوری را در دهه پنجاه گسترش داد و عنوان نمود که اتیسم اختلالی است که توسط مادران بی‌کفایت که نسبت به فرزندان خود بی‌توجه و بی‌احساس‌اند ایجاد گردیده است، تئوری که بیشتر در زمینه شیوه فرزند پروری والدین کودکان دارای اتیسم بود. این گفته به عنوان مادران یخچالی شناخته گردید به این دلیل که تصور می‌گردید این مادران نسبت به فرزندان‌شان سرد هستند و روش درمانی که به دنبال این تئوری باب شد این بود که دور کردن این

کودکان از خانواده‌هایشان راه درمان آن‌ها است. این کار انجام می‌گردد تا کودک در اثر مدت زمان طولانی که از والدین دور هستند تحت تأثیر مکانیسم دفاعی معکوس به نزد والدین خود برگردند.

بعدها مشخص گردید که این تئوری به تل‌هایم هیچ پایه و اساس علمی نداشته و به مرور شهرت وی کاهش یافت؛ و همینطور پژوهشگران نیز هیچ ارتباطی بین سردی والدین و اتیسم در فرزندان نیافتند؛ اما هنوز هم نظریه پردازانی هستند که همچنان به دنبال ترویج فلسفه به تل‌هایم تا به امروزاند (پوراعتماد، ۱۳۹۷).

### چالش‌های همراه با اختلال طیف اتیسم

❖ تقریباً یک سوم افراد دارای اختلال طیف اتیسم کلام ندارند. (نداشتن کلام در این کودکان به معنای نداشتن ارتباط نیست چراکه بایستی به جای اصرار بر کلام آموزشی در آن‌ها به دنبال ایجاد کانال‌های تازه ارتباطی بود، برای نمونه استفاده از سیستم تصاویر).

❖ ۳۱ درصد از کودکان دارای اختلال طیف اتیسم دارای ناتوانی ذهنی نیز هستند (هوشبهر زیر ۷۰) که چالش‌های اساسی در عملکرد روزانه دارند و ۶۹ درصد در محدوده مرزی‌اند (هوشبهر ۷۱ تا ۸۵).

❖ تقریباً نیمی از کودکان دارای اختلال طیف اتیسم دارای رفتارهای پرخطر هستند.

❖ تقریباً دو سوم کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در بین ۶ تا ۱۵ سالگی تنبیه بدنی می‌شوند.

❖ تقریباً ۲۸٪ از کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در سنین مدرسه یعنی در ۷ یا ۸ سالگی رفتارهای خود آسیبی دارند مانند کوبیدن سر، گاز گرفتن دست و خراشیدن پوست).

### علائم مشترک اتیسم

برخی علائم متداول اتیسم که فرد ممکن است از خود نشان دهد به شرح زیر است:

- عدم تماس چشمی
- مهارت‌های گفتاری و ارتباطی تاخیری
- وابستگی شدید به روتین‌های زندگی
- ناراحتی شدید از تغییرات نسبتاً جزئی
- واکنش‌های غیر منتظره به صداها، بوها، مناظر و لمس
- عدم درک احساسات و حالات عاطفی دیگران
- تمرکز وسواسی بر روی اشیاء و علایق
- رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای

- عدم واکنش به نام تا ۱۲ ماهگی
- عدم اشاره به اشیا دور تا ۱۴ ماهگی

### علائم اتیسم در نوزادی

در اتیسم که نوعی اختلال رشدی است علائم به مرور نمایان می‌گردند به این معنی که والدین متوجه می‌شوند آن چیزی که مطابق با رشد یک کودک عادی مورد انتظار است برای کودک آن‌ها رخ نمی‌دهد. برای مثال رشد گفتار یا چهار دست و پا رفتن دیرتر از حد انتظار مشاهده شده و همینطور شاخص‌های رشدی دیگر. به همین دلیل اگر کودک نتواند به شاخص‌های رشدی که در دو ماهگی، چهار ماهگی، شش ماهگی، و نه ماهگی و یک سالگی دست یابد این را می‌توان یکی از نشانه‌های اولیه اتیسم یا اختلالات رشدی دیگر دانست.

**نکته:** همه نوزادان به شاخص‌های رشد در زمان مقرر نمی‌رسند و این امر برای آن‌ها طبیعی است و باید برای این امر به پزشک متخصص مراجعه کنید تا با بررسی بازتاب‌ها وضعیت فیزیولوژیک کودکان را بررسی کند.

### علائم و نشانه‌های اولیه اتیسم زیر ۱ سال

- کودک تا ۴ ماهگی غان و غون نکند.
- کودک تا ۵ ماهگی لبخند اجتماعی نزند.



- کودک تا ۶ ماهگی نخندد (خندیدن نشانه لذت بردن است و خنده نشانه اشتراک‌گذاری لذتی است که کودک در حال تجربه آن است پس به صورت طبیعی می‌خواهد که احساس خود را با شما به اشتراک گذارد و واکنش ما به این کار موجب تکرار و ادامه یافتن این لبخند می‌گردد و در پسان کودک مهارت‌های فراوان ارتباطی را به دست می‌آورد).
- کودک هیچ علاقه‌ای به بازی‌هایی مانند دالی موشه که با او می‌کنند ندارد و به آن واکنشی نشان نمی‌دهد.
- کودک تا ۱۲ ماهگی به نام خود واکنشی نشان نمی‌دهد.
- کودک به اشیاء اشاره شده توسط دیگران تا ۱۲ ماهگی نگاه نمی‌کند.
- کودک از صداهای بلند ناراحت می‌گردد.
- کودک برای آرام شدن به دنبال پدر و مادر خود نیست.
- کودک از تنهایی بازی کردن راضی است.
- کودک تماس و ارتباط چشمی برقرار نمی‌کند (کودکان به صورت عادی به چهره‌ها نگاه می‌کنند و بر روی چشمان دیگر افراد متمرکز می‌شوند).