





به نام خدا

# اختلالات عصب رشدی کودک و نوجوان

مؤلفان :

احسان مکاری منشادی

دکتر بشری هاتف

انتشارات ارسسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

سرشناسه: مکاری منشادی، احسان، ۱۳۷۲  
عنوان و نام پدیدآور: اختلالات عصب رشدی کودک و نوجوان / مولفان احسان  
مکاری منشادی، بشری هاتف.  
مشخصات نشر: ارسسطو ( سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران ) ، ۱۴۰۰ .  
مشخصات ظاهری: ۲۱۸ ص.  
شابک: ۹۷۸-۷۲۸-۶۰۰-۴۳۲-۶۰۰۰۰۰۶۶۰ ریال  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه: ص ۲۱۸ - ۲۰۹ .  
موضوع: اختلالات عصبی رشدی - کودک و نوجوان  
شناسه افروده: هاتف، بشری، ۱۳۵۶  
رده بندي کنگره: RC488/5  
رده بندي ديوسي: ۶۱۶/۸۹۱۵۶  
شماره کتابشناسی ملي: ۷۶۴۶۱۱۸  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: اختلالات عصب رشدی کودک و نوجوان  
مولفان: احسان مکاری منشادی - دکتر بشری هاتف  
ناشر: ارسسطو ( سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران )  
تیراز: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰  
چاپ: مدیران  
قیمت: ۶۶۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۷۲۸-۲  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## فهرست مطالب

۱۲	پیشگفتار.....
۱۵	فصل اول: اختلال طیف اتیسم
۱۶	اختلال طیف اتیسم یا درخودماندگی چیست؟
۲۳	چالش‌های همراه با اختلال طیف اتیسم
۲۳	علائم مشترک اتیسم
۲۴	علائم اتیسم در نوزادی
۲۵	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
۳۶	نشانه‌های اتیسم در دختران
۳۷	شیوع
۳۸	توزیع جنسی
۳۸	سیر و پیش‌آگهی
۳۹	معیارهای اختلال طیف اتیسم بر اساس نظام تشخیصی DSM-5
۴۱	شرایط بهداشتی و پزشکی و روانی مرتبط با اختلال طیف اتیسم

۴۳	اختلالات و بیماری‌های همراه با اختلال طیف اتیسم
۶۹	تشخیص اتیسم
۷۳	اختلال طیف اتیسم سطح یک
۷۴	اختلال طیف اتیسم سطح دو
۷۵	اختلال طیف اتیسم سطح سه
۷۷	علایم مشترک در هر سه سطح اختلال طیف اتیسم
۷۸	علت اصلی اختلال اتیسم چیست؟
۸۱	رویکردهای درمانی نخستین برای درمان اختلال طیف اتیسم
۸۱	۱). درمان با شوک الکتریکی برای درمان اتیسم
۸۱	۲). رژیم غذایی برای درمان اختلال طیف اتیسم
۸۲	۳). درمان اتیسم به عنوان یک اختلال اجتماعی و عاطفی
۸۳	۴). آغوش درمانی برای درمان اختلال طیف اتیسم
۸۴	۵). درمان یکپارچگی شنیداری برای درمان اختلال طیف اتیسم
۸۵	۶). درمان اختلال طیف اتیسم به عنوان یک اختلال بیولوژیک
۸۶	۷). دارو درمانی برای درمان اختلال طیف اتیسم
۹۱	<b>فصل دوم: اختلال کمبود توجه و بیش فعالی</b>
۹۲	اختلال مربوط به کمبود توجه (بیش فعالی)
۹۲	نشانه‌های کمبود توجه - بیش فعالی در کودکان

۹۴	داشتن علائم کمبود کمبود توجه - بیش فعالی به طور همزمان
۱۰۰	عوامل مؤثر در بروز بیماری
۱۰۳	شیوع
۱۰۴	بیش فعالی و رابطه آن با جنسیت.
۱۰۵	سبب‌شناسی
۱۰۶	خصوصیات بالینی (ADHD)
۱۰۹	درمان
۱۱۰	دارو درمانی
۱۱۲	رفتار درمانی
۱۱۳	روش‌های عامل سنتی
۱۱۷	<b>فصل سوم: اختلالات یادگیری</b>
۱۱۸	تاریخچه
۱۲۰	تعريف اختلالات یادگیری
۱۲۵	درجه شیوع (فراآنی)
۱۲۶	ویژگی‌های کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری
۱۳۱	ویژگی‌های کودکان مبتلا به ناتوانی در ریاضیات
۱۳۱	ویژگی‌های نوجوان دارای اختلالات یادگیری
۱۳۲	ناتوانی در خواندن (دیسلکسی)

ناتوانی در هجی کردن (دیس آرتوگرافیا)	۱۳۴
ناتوانی در نوشتن (دیس گرافیا)	۱۳۴
مشکلات متداول در نوشتن	۱۳۵
تشخیص و ارزیابی اختلالات یادگیری	۱۴۴
مراحل تشخیص ناتوانی‌های یادگیری	۱۴۵
طبقه‌بندی ناتوانی‌های یادگیری	۱۴۷
علل اختلالات یادگیری	۱۵۲
ارتباط علت‌شناسی با آموزش و پرورش	۱۵۶
برنامه آموزشی کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری	۱۵۷
توصیه‌هایی برای رفع مشکلات خواندن و هجی کردن	۱۶۱
توصیه‌هایی برای رفع مشکلات نوشتن	۱۶۲
توصیه‌هایی برای رفع مشکلات حساب کردن	۱۶۳
توصیه‌های کلی آموزشی	۱۶۵
والدین چه اقدام‌هایی باید انجام دهند؟	۱۶۶
درمان اختلالات یادگیری	۱۶۷
درمان از نگرش ادراکی - حرکتی	۱۶۷
درمان از شیوه‌های رفتاری	۱۶۹
<b>فصل چهارم: عقب ماندگی ذهنی</b>	۱۷۱

۱۷۲	کم توانی ذهنی
۱۷۳	شیوع
۱۷۴	سبب‌شناسی
۱۷۵	ارزیابی و تشخیص کم توانی ذهنی
۱۷۶	ویژگی‌های کودکان کم توان ذهنی
۱۷۷	اختلالات شایعی که یکی از علایم آن‌ها کم توانی ذهنی است
۱۷۸	اثر عقب ماندگی ذهنی بر خانواده
۱۷۹	انواع کم توانی ذهنی
۱۸۰	پیشگیری
۱۸۱	برخی از درمان‌ها و امکانات مورد نیاز کودکان عقب مانده ذهنی
۱۸۲	والدین برای کمک به رشد فرزند خود چه باید بکنند؟
۱۸۳	<b>فصل پنجم: اختلالات حرکتی</b>
۱۸۴	مقدمه
۱۸۵	اختلال حرکتی آتاکسی
۱۸۶	اختلال حرکتی دیس تونی
۱۸۷	لرزش حرکتی (Essential Tremor)
۱۸۸	اختلال حرکتی هانتینگتون
۱۸۹	اختلال حرکتی MSA یا آترووفی سیستم چندگانه

۱۹۸	اختلال حرکتی میوکلونوس.....
۲۰۰	بیماری پارکینسون.....
۲۰۱	(PSP: Progressive Supra-nuclear Palsy) فلج پیشروندهی فوق هسته‌ای
۲۰۲	سندرم رت.....
۲۰۳	پارکینسونیسم ثانویه.....
۲۰۴	هاپرتونی (اسپاستیسیته یا Spasticity)
۲۰۴	دیس کینزی تاخیری (TD: Tardive Dyskinesia)
۲۰۵	سندرم تورت (Tourette Syndrome)
۲۰۶	بیماری ویلسون.....
۲۰۹	منابع و مأخذ.....



# پیشگفتار

اختلالات عصبی رشدی اختلالاتی هستند که در آن‌ها رشد و تحول مغز یا دستگاه عصبی مرکزی در دوران رشد مختلط می‌شود. این اصطلاح به مشکلاتی در عملکرد مغز اشاره دارد که هم‌مان 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 بیش فعالی، 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 به هنگام، 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 متفسکر 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 می‌مانند. 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 می‌توانند به والدین و مراقبان یاری برسانند.

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 طیف اتیسم

## 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 به طور 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 متراffد با اتیسم در بزرگسالان به کار رفت و پس از آن این اختلال را در هر دوره سنی به‌نام اتیسم می‌شناشند. 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 هرسال 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 وقایت 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 گردد. 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 داراً‌اند و ۴۴٪ نمره ضریب هوشی متوسط و بالاتر از حد متوسط را داراً‌اند 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 کم توان 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 آن را 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 و مطمئناً این فرد کوچکترین شناختی از اختلال طیف اتیسم و پراکندگی آن در جامعه ندارد. اختلال طیف اتیسم را می‌توان در تمامی اقسام 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 الورود 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 بھبودی 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 سود جو گرفته شده است).

نخستین تجلی اتیسم در ادبیات روانشناسی و روانپزشکی به سال ۱۹۱۱ میلادی بر می‌گردد که اوژن بلولر روانپزشک سویسی از این اصطلاح برای توصیف دسته‌ای از علائم استفاده نمود که اصولاً در آن زمان تصور می‌گردید عالمی از اختلال اسکیزوفرنی است. واژه اتیسم را از واژه یونانی AUTOS برای توصیف عالم 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 پاسخ گویی 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 روانپژوهشک 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 گوششگیری 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 نقاویص اجتماعی و عاطفی است، ابتدا والدین را به عنوان اولین مقصراهای اتیسم معرفی نمود. البته این فرضیه در زمانی ارائه گردید که هنوز تاثیر عوامل ژنتیک در بروز اختلال طیف اتیسم شناخته نشده بود چه بررسد به درک اینکه ژنتیک و محیط می‌توانند با هم دیگر 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 خانواده‌ایشان راه درمان آن‌ها است. این کار انجام می‌گردید تا کودک در اثر مدت زمان طولانی که از والدین دور هستند تحت تأثیر مکانیسم دفاعی معکوس به نزد والدین خود برگردند.

بعداً 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 نیافتنند؛ اما هنوز هم نظریه پردازانی هستند که همچنان به دنبال ترویج فلسفه به تل‌هایم تا به امروز اند (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 کلامآموزی 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 تنیبه بدنش می‌شوند.
- ❖ تقریباً ۲۸٪ از کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در سنین مدرسه یعنی در ۷ یا ۸ سالگی رفتارهای خود آسیبی دارند مانند کوییدن 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 غیرمنتظره به صداها، بوها، مناظر و لمس
- عدم درک احساسات و حالات عاطفی دیگران
- تمرکز وسوسی 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 کودکتان 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 نخند (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 صدای‌های بلند ناراحت می‌گردد.
- کودک برای آرام شدن به دنبال پدر و مادر خود نیست.