

به نام خدا

بررسی مسائل و مشکلات کودکان اوتیستیک

مؤلف :

زهرا مجیدپور

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۳)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

سرشناسه: مجیدپور، زهرا، ۱۳۶۸-

عنوان و نام پدیدآور: بررسی مسایل و مشکلات کودکان اوتیستیک/مؤلف زهرا مجیدپور.

مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۳.

مشخصات ظاهری: ۱۳۱ص.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۸-۲۷۷-۰

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: کتابنامه.

Autism in children

موضوع: درخودماندگی کودکان

Autism in children -- Treatment

درخودماندگی کودکان -- درمان

Play therapy

بازی درمانی

رده بندی کنگره: RJ۵۰۶

رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۵۸۸۲

شماره کتابشناسی ملی: ۹۸۰۲۴۰۹

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: بررسی مسائل و مشکلات کودکان اوتیستیک

مؤلف: زهرا مجیدپور

ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)

صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۳

چاپ: زیرجد

قیمت: ۱۳۱۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۸-۲۷۷-۰

تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



انتشارات ارسطو



چاپ و نشر ارسطو
Chaponashr.ir

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|---------|---|
| ۵..... | مقدمه |
| ۹..... | فصل اول: مبانی نظری اوتیسم |
| ۹..... | اوتیسم |
| ۱۳..... | تاریخچه بیماری |
| ۱۶..... | همه گیر شناسی |
| ۱۷..... | فصل دوم: ویژگی های اختلال در خودماندگی |
| ۱۷..... | ویژگی های اصلی اختلال در خودماندگی |
| ۳۱..... | فصل سوم: سبب شناسی بیماری اوتیسم |
| ۳۱..... | سبب شناسی |
| ۳۹..... | فصل چهارم: اختلالات زبانی در بیماران اوتیسمی |
| ۳۹..... | اختلالات زبانی در بیماران مبتلا به اوتیسم |
| ۴۵..... | شیوه های مداخله در گفتار بیماران |
| ۴۶..... | نبوغ و اوتیسم |
| ۴۹..... | فصل پنجم: نظریه ذهن در کودکان اوتیستیک |
| ۵۲..... | عوامل مؤثر بر تحول نظریه ذهن |
| ۵۵..... | رابطه حرکت و شناخت |
| ۶۰..... | تئوری روش دوسا |
| ۶۱..... | اصول حرکت از دیدگاه دوسا |
| ۶۳..... | چهارچوب "سیستم خود / خود بدنی - تکلیف دوسا- دیگری" و اوتیسم |
| ۶۴..... | اثر کاربرد روش دوسا بر کودکان مبتلا به اوتیسم |
| ۶۹..... | تکلیف دوسا برای کودکان مبتلا به اوتیسم |
| ۶۹..... | الزامات تجربیات درمانی در آموزش حرکتی روش دوسا |
| ۷۳..... | فصل ششم: هوش افراد مبتلا به بیماری اوتیسم |

| | |
|---|------------|
| هوش و ناتوانی ذهنی چیست؟ | ۷۳ |
| هوش کودکان اوتیسم چگونه است؟ | ۷۵ |
| سخت بودن تست هوش کودکان اوتیسم | ۷۵ |
| تست هوش مناسب افراد اوتیسم | ۷۶ |
| هوش کودکان اوتیسم در تست ها و در موقعیت های واقعی | ۷۷ |
| مهارت های مغزی فوق بشری در کودکان اوتیسم | ۷۸ |
| افزایش ضریب هوشی در کودکان اوتیسم | ۷۹ |
| علت افزایش ضریب هوشی در کودکان اوتیسم چیست؟ | ۷۹ |
| توصیه به والدین در مورد هوش کودکان اوتیسم | ۸۰ |
| چرا باید استعداد کودکان اوتیسم را شناسایی کرد؟ | ۸۰ |
| راهکارهای موثر برای تشخیص استعداد کودکان اوتیسم چیست؟ | ۸۱ |
| فصل هفتم: روش های درمانی کودکان درخودمانده | ۸۵ |
| روش های درمانی برای کودکان درخودمانده | ۸۵ |
| مداخلات روانی-آموزشی | ۸۶ |
| مداخلات تکمیلی | ۸۹ |
| فصل هشتم: بازی درمانی | ۹۳ |
| نظریات مختلف در خصوص بازی درمانی | ۹۶ |
| ارزش درمانی بازی و بازی درمانی | ۱۰۰ |
| رویکردهای مختلف در بازی درمانی | ۱۰۱ |
| مزایای بازی درمانی و بازی درمانی شناختی-رفتاری | ۱۱۵ |
| منابع و مآخذ | ۱۱۹ |
| منابع فارسی | ۱۱۹ |
| منابع لاتین | ۱۲۵ |

مقدمه

مهارت‌های ارتباطی، توانایی اختصاصی هستند که فرد به آنها نیاز دارد تا بتواند هنگامی که پیام‌هایی را که به گونه نمادین به شخص دیگری می‌رساند، با کفایت عمل کند. این مهارت‌ها اغلب مشتمل بر مهارت‌های گوش دارن، صحبت کردن، ابراز وجود، مدیریت هیجان هستند. این حال برخی از انسان‌ها در برقراری ارتباط، کارآمد عمل نمی‌کنند. لذا در چند دهه اخیر توجه به مهارت‌های ارتباطی و آموزش آنها به عنوان یکی از راهبرهای کاهش مشکلات ارتباطی و بهبود کیفیت زندگی مطرح شده است.

با توجه به مطالعات انجام شده، یکی از گروه‌هایی که در مهارت‌های ارتباطی به طور موثر عمل نمی‌کنند، و در طبقه‌بندی اختلالات فراگیر رشد قرار می‌گیرند، اختلال درخودماندگی است. درخودماندگی عمده‌ترین گروه از اختلالات رشدی فراگیر است که کودکان درخودمانده، و خانواده‌هایشان را در شرایط ویژه‌ای قرار می‌دهد. کودکان مبتلا به اختلال درخودماندگی، غالباً علاقه شدید و خاصی به دامنه محدودی از فعالیت‌ها نشان می‌دهند، در مقابل تغییر مقاومت نشان می‌دهند و پاسخ متناسب به محیط اجتماعی، ابراز نمی‌کنند. این اختلال‌ها بر زمینه‌های مختلف رشد اثر می‌گذارد، در اوایل کودکی ظاهر می‌گردد و اختلال مستمری در کاردکردهای طبیعی به وجود می‌آورد. اختلال درخودماندگی با آسیب‌های شدید و گسترده‌ای در زمینه‌های گوناگون رشدی مانند اختلال در مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، علاقه و فعالیت‌های کلیشه‌ای، مشخص می‌شود.

یکی از زیر مجموعه‌های این نوع اختلال، درخودماندگی با عملکرد بالا است. این اصطلاح در مورد کودکانی به کار می‌رود که اختلال درخودماندگی دارند، اما مهارت‌های فکری و یادگیری آنها در سطح طبیعی است. حداقل یک چهارم تا یک سوم کودکانی که دارای اختلال درخودماندگی هستند در این طبقه قرار می‌گیرند.

با توجه به موارد ذکر شده در مورد اهمیت مهارت‌های ارتباطی افراد در جامعه و همچنین نقص این مهارت در کودکان مبتلا به اختلال درخودماندگی با عملکرد بالا، برنامه‌ها و مداخلات مختلفی برای این کودکان پیشنهاد و اجرا شده است. که بیشتر این برنامه‌ها مستلزم مداخلات نظام دار و رسمی هستند که معمولاً در بستر برنامه‌های آموزشی در مدارس و درمانگاه‌های درمانی ارائه می‌شوند. شایان ذکر است که در این مداخلات از ابزارها و وسایل مختلفی استفاده شده است، و هر کدام به نوعی می‌کوشند زمینه‌ی ایجاد انگیزه، تغییر رفتار و تسهیل ارتباط و تعامل بین فردی را فراهم آورند که وسایلی نظیر اسباب‌بازی‌های رایج، کتاب و تصاویر، رایانه، تجهیزات سمعی و بصری، وسایل موسیقی و استفاده از ربات‌های مناسب‌سازی شده برای بازی یا ارتباط با کودکان درخودمانده از جمله ابزارها و وسایل به کار گرفته شده در این مداخلات آموزشی و توان‌بخشی هستند. همچنین مرور مداخلات توان‌بخشی و درمان کودکان درخودمانده نشان می‌دهد که بازی درمانی به عنوان یک درمان ایمن و همساز با ویژگی‌های رشدی و شرایط کودکان درخودمانده همواره سهمی از مداخلات آموزشی، روان‌شناختی و توان‌بخشی این کودکان را به خود اختصاص داده است.

یکی از بازی‌درمانی‌های موثر، بازی‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری است. بازی درمانی شناختی رفتاری قادر به هماهنگ‌سازی مداخلات رفتاری و شناختی در بازی‌درمانی است. این مدل بر پایه تعامل شناخت، عواطف و رفتار شکل گرفته است. در بازی‌درمانی شناختی رفتاری، تاکید فراوانی بر درگیری کودک در فرآیند درمان نسبت به سایر درمان‌ها برای کودکان کم سن وجود دارد. بازی‌درمانی شناختی-رفتاری کودک را از طریق بازی، با درمان درگیر می‌کند. این نوع بازی‌درمانی ترکیبی از تکنیک‌های سنتی بازی‌درمانی با تکنیک‌های رفتاری-شناختی است. بازی درمانی شناختی-رفتاری، با

ترکیب اقدامات شناختی و رفتاری در یک الگوی بازی درمانی ایجاد شده، توسط نل (۱۹۹۵) به ادبیات روان درمانی معرفی شد. بازی درمانی شناختی رفتاری یک درمان نفوذ پذیر توسعه یافته است که بر قابلیت انعطاف کودکان کوچکتر تکیه می‌کند، انتظار برای بیانات شفاهی با کودکان را کاهش داده و اعتماد به رویکرد تجربی را افزوده است. بازی درمانی شناختی رفتاری اقتباس نسبتاً منحصر به فردی از درمان شناختی-رفتاری ویژه بزرگسالان است که برای کودکان پیش دبستانی و سال‌های اول مقطع دبستانی توسعه یافته است. پیش از آغاز آن، بیشتر تکنیک‌های بازی درمانی یا مبتنی بر تئوریهای روان‌پویشی یا درمانجو محور بودند. با هر دو دیدگاه نظری پیشین، بازی درمانی ساختار نیافته و توسط کودک هدایت می‌شد. بازی درمانی شناختی-رفتاری یک دیدگاه نظری جدید در روان‌درمانی کودک فراهم می‌کند، که در آن‌ها مهم‌ترین تفاوتها بین این نوع بازی درمانی و بازی درمانی‌های دیگر شامل ساختار آن، اجرا روانی-تربیتی، و دیدگاه‌های معطوف بر هدف و مشارکتی می‌باشد یعنی، هم توسط کودک و هم درمانگر هدایت می‌شود. چارچوب نظری این درمان شناختی مبتنی بر مدل شناختی اختلالات هیجانی است. این مدل بر پایه‌ی تعامل شناخت، هیجانات و رفتار قرار دارد. رفتار آشفته بیانگر تفکر غیر منطقی است و درمان بر اساس تغییر شناختی است. در زمان کار با کودکان با استفاده از این مدل، مداخلات متمرکزند بر کمک به کودک برای فرمول بندی تفکراتی که باید با موقعیتشان سازگار شوند، نه این کودک را وادار کند همانند یک بزرگسال بیاندهد. بازی درمانی شناختی-رفتاری به طور شاخص یک مدل سازی ترکیبی از مهارتهای مقابله ای سازگاران است. در طول استفاده از بازی، تغییر شناختی به طور غیرمستقیم مورد مکالمه قرار می‌گیرد و بیشتر رفتارهای سازگاران به کودکان معرفی می‌شود. این طرح برای استفاده با بسیاری از مداخلات شناختی و رفتاری ویژه فراهم آمده است. در ترکیب‌های این نوع بازی، نتیجه کلی و پیشگیری از عود، از ویژگی‌های مهم به شمار می‌روند. با اصلاحات و تغییرات جزئی بسیاری از اصول درمان شناختی همانند آنچه برای استفاده با بزرگسالان طراحی شده برای بچه‌های کوچکتر هم قابل استفاده است. چنین رویکردهایی در رشد مهارت-

های حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی مفید و موثر واقع شده است. بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، امکان تعامل کودک را با همسن و سالان خود فراهم کرده، مشارکت فعال وی را در درمان خود می‌طلبد و در نتیجه، مزایایی که در این رویکرد وجود دارد نقایص سایر رویکردها را تا حد زیادی برطرف می‌کند. به علاوه یکی از مزایای بازی شناختی-رفتاری این است که اهداف و روش‌های درمانی کاملاً اختصاص یافته‌ای دارد. در زمینه‌ی موفقیت بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، اکثر بازی‌درمانگران معتقداند که در هشتاد درصد موارد، درمان‌های آنها موفقیت آمیز بوده است. مکانیزم‌های تاثیر این رویکرد از طریق اصلاح تصورات ناسازگار و تغییر عقاید و نگرش‌های مرتبط نشانه‌های بیماری صورت می‌گیرد و تعامل دوجانبه و پیچیده بین شناخت‌ها، هیجان‌ها، رفتار و محیط را مورد توجه قرار می‌دهد.

کودکان مبتلا به اختلال درخودماندگی، گاه به عنوان افرادی که در محدودیت‌های شدید گفتاری و نماد سازی دارند، و از بازی‌درمانی نمی‌توانند بهره‌ای بگیرند، معرفی می‌شوند، اما کودکان مبتلا اختلال درخودماندگی که دارای عملکرد سطح بالاتری باشند می‌توانند از شیوه‌های بازی درمانی بهره گیرند. این افراد هرچند مبتلا به اختلال درخودماندگی هستند، اما عملکرد هوشی آنها بالاتر از افراد دیگر است که دارای اختلال درخودماندگی کلاسیک می‌باشند.

فصل اول

مبانی نظری اتیسم

اتیسم

اتیسم از ریشه یونانی، اتوس به معنای خود یا درخود گرفته شده است (وینگ، ۱۹۸۹). اتیسم از سوی انجمن روان پزشکی امریکا به عنوان یک اختلال رشدی عمیق دسته بندی شده است و سه ویژگی اصلی دارد که همگی باید قبل از سه سالگی در کودک ظاهر شوند که عبارتند از:

۱- آسیب کیفی در عملکرد متقابل اجتماعی

۲- آسیب در ارتباط و فعالیت های ذهنی

۳- محدودیت های فوق العاده در زمینه ی علایق و فعالیت ها

اختلال درخودماندگی در سنین پیش دبستانی یعنی هنگامی که آسیب های زبان و شناخت قابل شناسایی هستند تشخیص داده می شوند. نشانه های درخودماندگی را می توان در دو سال اول زندگی مشاهده کرد (استون، ۱۹۹۷).

اوتیسم، بیماری یا مجموعه ای از بیماری های مرتبط به هم رشدی دستگاه عصبی است که با اختلال هایی در تعامل اجتماعی، ارتباطات و انعطاف پذیری رفتاری مشخص می شود (بوچر، ۲۰۰۳)

در این بیماری عموماً زبان وجود ندارد یا آسیب دیده است. این بیماری اغلب همراه با عقب ماندگی ذهنی است. آسیب های دیگر مانند اختلالات ادراک حسی یا عملکردهای مغزی تقریباً در همه مبتلایان در سراسر جهان وجود دارد. افرادی که مشکلاتی در تعامل اجتماعی، ارتباطات و انعطاف پذیری رفتاری دارند اما زبان و توانایی های یادگیری شان در محدود طبیعی است مبتلا به سندرم آسپرگر تلقی می شوند: ولی هنوز مشخص نیست آسپرگر نوعی از اوتیسم است یا همان بیماری است با شرایطی کمی متفاوت از آنها (ولکمار و کلین، ۲۰۰۰ به نقل از بوژر، ۲۰۰۳) بارون - کوهن، لسلی و فریث (۱۹۸۵) اوتیسم را اینطور تعریف می کنند:

"طیف اختلالات اوتیسم، که خود نوعی از اختلالات نافذ رشد، می باشد، اختلال رشدی است که در آن اشکالاتی در مغز دیده می شود که بر تعاملات اجتماعی، زبان و ارتباطات غیرزبانی و بازی نمادی تأثیر می گذارد. این بیماری با رفتارهای غیرطبیعی همراه است از جمله اصرار بر ثابت بودن همه چیز، حرکات کلیشه ای، علائق خاص و محدود، فقدان انعطاف پذیری رفتاری و فقدان این بینش که دیگران به چه فکر می کنند و چه می دانند (که به آن نظریه ذهن گفته می شود) (به نقل از راپین و دان، ۱۹۹۷)"

هرملین و اکنر (۱۹۷۰)، ترفرت (۱۹۸۹) و اوبلر و فین (۱۹۸۸) درباره اوتیسم چنین می گویند:

"بیشتر افراد مبتلا به بیماری های طیف اختلالات اوتیسم در مهارت های شناختی مشکل دارند. در بیشتر آن ها مهارت های بینایی / درکی بهتر از مهارت های گفتاری است. بعضی از آن ها حافظه فوق العاده ای دارند و بعضی دیگر استعدادها و نبوغ ویژه ای در انجام برخی کارها مثل موسیقی، ریاضی یا سرهم بندی پازل دارند (به نقل از راپین و دان، ۱۹۹۷)"

گروئن و دیگران معتقدند نشانه های بیماری در سه حوزه مختلف آشکار می شوند که عبارتند از: تعامل اجتماعی، ارتباطات کلامی و غیر کلامی و رفتار کلیشه ای (۲۰۰۸).

آدامز، ادوارز و براون هم در کتاب اختلالات رشدی زبان^۱، اوتیسم را یکی از دلایل آسیب های زبانی برمی شمردند. آن ها معتقدند آسیب های زبانی به دلایل زیر بروز می کنند:

- ناتوانی های جسمی

- اختلال یادگیری متوسط یا شدید

- مشکلات رفتاری و / یا مشکلات عاطفی

- فقدان شنوایی

- اوتیسم

- نقص جدی در خواندن یا هجی کردن که گاه به آن خواندن پریشی می گویند.

- دیگر معلولیت ها که کمتر رایج هستند (۱۹۹۷: ۱۷۰).

پیش تر گفته شد که اوتیسم در طیف بیماری های نافذ رشد قرار دارد. ۵ زیر گروه این طیف عبارتند از: اوتیسم، آسپرگر، اختلال نافذ رشد نامعین^۲، سندرم فروپاشی کودکی^۳، سندرم رت^۴.

سندرم فروپاشی کودکی: یکی از بیماری های طیف اختلالات نافذ رشد است که با نام های سندرم هِلِر^۵، دمانس کودکی^۶ و اختلال روانی فروپاشیده^۷ نیز شناخته می شود. شیوع این بیماری از اوتیسم کمتر است و پسرها بیشتر از دخترها به آن مبتلا می شوند. این بیماری زمانی خود را نشان می دهد که کودک حداقل سابقه ۲ سال رشد عادی را داشته است. معیار اصلی تشخیص بیماری این است که کودکی که رشد کاملاً عادی

1. Developmental disorders of language

2. PDD-NOS: Pervasive Developmental Disorders Not otherwise specified

3. Childhood Disintegrative Disorder

4. Rett's syndrom

5. Heller's syndrom

6. Dementia infantilis

7. Disintegrative psychosis

داشته است، پسرفت می کند. این بیماری در سنین ۲ تا ۱۰ سالگی بروز می یابد. علایم بیماری عبارتند از:

-از دست رفتن مهارت های کسب شده

-فقدان مهارت های اختیاری دست که اغلب در سنین ۵ تا ۳۰ ماهگی اتفاق می افتد

-حرکات کلیشه ای و تکراری دست

-عدم تمایل به تعامل اجتماعی

-آسیب جدی زبان و گفتار

-فقدان کنترل ادرار و مدفوع

-فقدان بازی

-علائق، فعالیت ها و حرکات کلیشه ای.

سندرم رت: رت اختلال پیش رونده رشدی سیستم عصبی است که جزء طیف بیماری های نافذ رشد است و عمدتاً در جنس مونث، و به ندرت در جنس مذکور، دیده می شود. نرخ ابتلا به آن یک در ده هزارر تولد است. این بیماری علت اصلی اختلالات جدی عقلی در دختران است. در این بیماری، رشد کودک در سن ۶ تا ۱۸ ماهگی کاملاً عادی است ولی پس از آن، مبتلایان، اختلالات زبانی و ناتوانی در استفاده هدفمند از دست هایشان را نشان می دهند. برخی علایم دیگر بیماری عبارتند از:

-رفتارهایی شبیه مبتلایان به اوتیسم

-رفتارهای کلیشه ای از جمله حرکات دست، دست زدن و تاب دادن اشیاء

-ناتوانی در درک گفتار دیگران

-تنفس غیر عادی

-عدم تمایل به ایجاد و حفظ ارتباطات اجتماعی (شبیه به اوتیسم)

-پسرفت در مهارت های کسب شده زبانی تا زمان شروع بیماری (با تلخیص، هج، ۲۰۰۸)

تاریخچه بیماری

کلمه آلمانی "autismus" را روانشناسی سوئیسی به نام اوگن بلولر^۱ ابداع کرد. این کلمه از واژه هنای یونانی autos به معنای خود و ismos، پسوندی برای نشان دادن عمل یا وضعیت، ساخته شده است. بلولر که کار اصلی اش روی اسکیزوفرنی بود، اولین بار این واژه را به کار برد تا اختلالی را توصیف کند که در آن فرد در درون خودش است و فقط به خودش فکر می کند و این سبب می شود که او در دنیای خیالی^۲ مختص خود فرو رود. در سال ۱۹۴۳، لئوکنر^۳، در مقاله ای که در ژورنال کودک عصبی^۴ منتشر کرد، مفهوم تازه اوتیسم را معرفی کرد. کنر این واژه را از حوزه اسکیزوفرنی که بلولر عنوان کرده بود قرض گرفت. کنر گفت که کودکان مبتلا به اوتیسم اغلب در دنیای خودشان زندگی می کنند و از تعاملات اجتماعی عادی اجتناب می ورزند. او معتقد بود که اوتیسم، اسکیزوفرنی نیست بلکه عدم رشد اجتماعی است نه پسروری از آن او هم چنین به ویژگی های دیگری در این کودکان پی برد از جمله مشکل در نماد سازی^۵، انتزاع و درک معنا که همه آن ها موانعی برای برقراری ارتباط بودند (گلدشتاین، ناگیری و ازونف^۶، ۲۰۰۹: ۲). کنر، اوتیسم را بیماری ژنتیکی می دانست. او هم چنین دید که والدین برخی از این بیماران در حوزه های علمی و کاری بسیار موفق بودند اما او معتقد بود نوع مراقبت و نگهداری کودک توسط والدین هم بر بروز اوتیسم مؤثر است و این باور تا سال ها پابرجا بود که روش های سخت گیرانه تربیت کودک، علت اوتیسم است

1. Eugen Bleuler

2. Fantasy world

3. Leo Kanner

4. Nervous Child

5. Symbolization problem

6. Goldestien Naglieri and Ozonoff

(گلدشتاین، ناگلیری و ازونف، ۲۰۰۹) اما امروزه مشخص شده است که نحوه رفتار و تربیت کودک نمی تواند سبب بروز این بیماری شود.

کنر، این مقاله خود را به پشتوانه مطالعه بر روی یازده پس چاپ کرد که فاقد اختلالات زبانی کودکان عقب افتاده ذهنی بودند، اما انگیزه کافی برای برقراری ارتباط اجتماعی را نداشتند. کودکانی که کنر مشاهده کرده بود علیرغم اختلالات جدی در ارتباطات اجتماعی در آزمون های هوش بهر^۱ خوب عمل می کردند و این سبب شد که کنر مطمئن شود این بیماری عقب ماندگی ذهنی نیست (پل^۲، ۲۰۰۴)

مشاهده کنر درباره هوش در پژوهش های بعدی اصلاح شد. زیرا هوش بهر حدود ۸۰٪ افراد مبتلا به اوتیسم، در محدوده عقب ماندگی ذهنی است و در تمام مدت عمر هم ثابت باقی می ماند (راتر و دیگران^۳، ۱۹۹۴ به نقل از (پل، ۲۰۰۴) ولی تفاوت عملکرد عقب مانده های ذهنی و افراد مبتلا به اوتیسم در این است که افراد مبتلا به اوتیسم پراکندگی غیرعادی را در توانایی هایشان نشان می دهند. بدین ترتیب که توانایی های غیرکلامی و دیداری شان بهتر از توانایی های کلامی شان است در حالی که نمره عملکرد کودکان عقب مانده ذهنی در همه آزمون ها یکسان است (پل، ۲۰۰۴)

یک سال پس از چاپ مقاله کنر، هانس آسپرگر^۴، پزشکی که در وین کار می کرد، اوتیسم را توصیف کرد. هرچند آسپرگر از مقاله کنر و اصطلاح اوتیسم بی اطلاع بود، او هم همان واژه را برای توصیف مشکلات اجتماعی این کودکان به کار برد. در سال ۱۹۴۴ آسپرگر، سندرمی را به نام "autistic Psychopathy" توصیف کرد که امروزه جزء طیف اختلالات اوتیسم ولی با نام آسپرگر شناخته می شود (گلدشتاین و ازونف، ۲۰۰۹)

1. IQ tests

2. Paul

3. Rutter et al

4. Hans Asperger

تا دهه ۱۹۷۰، اوتیسم را نوعی از اسکیزوفرنی می دانستند در ویرایش های اول و دوم دی. اس. ام^۱، که توسط انجمن روانشناسی آمریکا در سال های ۱۹۵۲ و ۱۹۶۸ منتشر شده بود، فقط واژه « اسکیزوفرنی کودکی» برای توصیف مشکلات کودکان مبتلا به اوتیسم به کار برده شده بود. اما تحقیقات بسیار زیادی که انجام شد نشان داد که هنر چند این کودکان مشکلات بسیاری در رشد ذهنی شان دارند اما رفتارشان با آنچه که در اختلالات روانی دوران کودکی یا نوجوانی دیده می شود، بسیار متفاوت است (کولون^۲، ۱۹۷۱ به نقل از گلدشتاین و ازونف، ۲۰۰۹)

تلاش ها و مطالعات کنت ول، بیکر و راتر^۳ در سال ۱۹۸۰ و دمایر، هینگتن و جکسون^۴ در سال ۱۹۸۱ در پایه گذاری تمایز میان اوتیسم و اسکیزوفرنی بسیار تأثیرگذار بود. امروزه درباره اینکه اوتیسم مقوله تشخیصی مجزایی است و روی ویژگی های اصلی آن، اتفاق نظر وجود دارد. این توافق آراء به خاطر همسو بودن دو سیستم تشخیصی اصلی یعنی دی. اس. ام و آی. سی. دی^۵ حاصل شده است که اولی معیار تشخیص بیماری های روانی رشد است و دومی طبقه بندی بین المللی بیماری های سازمان بهداشت جهانی است. هرچند تفاوت هایی میان این دو سیستم وجود دارد اما در هر ویرایش بیشتر و بیشتر به هم شبیه شده اند (ولکمار، ۱۹۹۸ به نقل از گلدشتاین، ناگیلری و ازونف، ۲۰۰۹) امروزه ویرایش چهارم دی. اس. ام معیار اصلی تشخیص اوتیسم است.

چهار بیماری دیگر هم وجود دارند که در کنار اوتیسم طیف اختلالات نافذ رشد را تشکیل می دهند. یکی از این بیماری ها آسپرگر است. هرچند بر سر تعریف آن توافق جهانی وجود ندارد اما براساس ویرایش چهارم دی. اس. ام، این بیماری شامل نقص

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM)
2. Kolvin
3. Cantwell , Baker and Rutter
4. Demyer , Hingtgen and Jackson
5. International Classification of Diseases: (ICD)