

اختلال اوتیسم از تشخیص تا درمان

پوهنیار نیلوفر اکرمی

دپارتمنت روان‌شناسی، پوهنځی روان‌شناسی، پوهنتون کابل، کابل، افغانستان
ایمیل: n.akrami21@gmail.com

چکیده

اوتیسم، اختلال پیچیده عصبی-تحوالی است که با آسیب شدید در تعاملات اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و وجود رفتارها، علائق و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شود. این مقاله با هدف بررسی علل و راه‌های درمان اوتیسم به روش کتابخانه‌ای به رشته تحریر درآمده است و نتایج آن نشان می‌دهد که اوتیسم یک اختلال جدی در تکامل عصبی است. ژنتیک عامل اصلی ایجادکننده آن به‌شمار می‌رود، اما انواع مختلف نقص و ناهنجاری در سیستم عصبی مرکزی مانند اتصال ناکافی نیورون‌های بخش عقبی و جلویی مغز و عوامل متعدد محیطی نیز می‌تواند به اوتیسم منجر شود. علائم و نشانه‌های اختلال ممکن است در زمان نوزادی بروز کنند و شاید هم این اتفاق نیافتد، ولی نشانه‌های این بیماری حتماً بین بیست و چهار ماهگی الی شش سالگی خود را نشان خواهند داد. هرچند درمان قطعی برای این اختلال وجود ندارد، اما درمان به موقع می‌تواند تغییرات بزرگی در زندگی کودکان مبتلا به آن ایجاد کند.

اصطلاحات کلیدی: اختلالات تحولی رشدی؛ اوتیسم؛ اختلال آسپر و وگر؛ سندروم رت؛ اختلال فروپاشنده دوران کودکی

Autism Spectrum Disorder from Diagnosis to Treatment

Jr. Teaching Assistant Nilofar Akrami

Department of Psychology, Faculty of Psychology, Kabul University, Kabul,
Afghanistan

Email: n.akrami21@gmail.com

Abstract

Autism is a complex neurodevelopmental disorder characterized by severe impairment of social interactions, communication skills, and stereotyped behaviors, interests, and activities. This article aims to investigate the causes, factors, and ways of treating autism in a library method, and its results show that autism is a severe disorder in neurodevelopment. Genetics is the leading cause, but various defects and abnormalities in the central nervous system, such as the insufficient connection of neurons in the retral and front part of the brain, and numerous environmental factors can also lead to autism. The symptoms of this disorder may or may not appear in infancy, but the symptoms will show between the ages of twenty-four months and six years. Although there is no definitive treatment for this disorder, timely treatment can make a big difference in the lives of children with the disorder.

Keywords: Developmental Disorders; Autism; Asperger and Weger Disorder; Rat Syndrome; Childhood Disorder

مقدمه

واژه اوتیسم برای اولین بار در سال ۱۹۱۲ در نوشته‌های بلولر مورد استفاده قرار گرفت که برای توصیف افراد با اختلال طیف اوتیسم از آن استفاده نشده بود، بلکه به تفکر اوتیسمی در مقابل تفکر منطقی اشاره داشت. به همین خاطر بلولر را پیش‌گام اختلال طیف اوتیسم می‌دانند. آثار اولیه در زمینه اختلال طیف اوتیسم با انتشار دو مقاله علمی توسط دو داکتر به نام‌های لئوکانر و هانس اسپرگر که به‌طور مستقل کار می‌کردند، شروع شد (جلیل آب‌کنار، رضوی و عاشوری، ۱۳۹۵).

اختلال طیف اوتیسم از ناتوانی‌های عمده‌ای دوران کودکی است که زمینه‌ساز فشارهای روانی بسیاری برای کودک و خانواده می‌باشد (عالی و دیگران، ۱۳۹۳). مشخصه‌ای این اختلال محدودیت شدید در چندین زمینه مهم رشد (تعامل و ارتباط، رفتار متقابل اجتماعی و توانایی بهره‌گیری از تخیلات)، می‌باشد که جهت تشخیص آن لازم است علائم رفتاری در تمام زمینه‌های ذکر شده فوق، قبل از سن سه سالگی در شخص موجود باشند. حتی در صورتی که والدین متوجه شوند که در دوران شیرخوارگی مشکلاتی وجود دارد، تشخیص اوتیسم پیش از سن هجده ماهگی بسیار دشوار است. دلیل این امر این است که انحرافات رفتاری که برای تأیید تشخیص به کار می‌روند، هنوز تا این سن تکامل نیافته‌اند. اغلب افراد مبتلا به اوتیسم دارای اختلالات رشد نیز هستند. با این وجود حتی افراد دارای رشد طبیعی نیز ممکن است مبتلا به اوتیسم باشند. به این حالت اوتیسم با عملکرد بالا اطلاق می‌شود (زاندر، ۲۰۰۵). اوتیسم اختلال نسبتاً نادر است، اما واقعات آن در سراسر جهان روی می‌دهد و فاقد الگوی مرتبط با طبقه اجتماعی یا پیشینه تحصیلی است و گمان نمی‌رود که این اختلال به‌خاطر رفتارهای سرپرست کودک ایجاد گردد ((خرم آبادی، فرخی و قره‌گوزلو، ۱۳۹۰).

نظر به تحقیقات انجام شده شیوع جهانی این اختلال رو به افزایش است. به همین دلیل در هجدهم دسامبر سال ۲۰۰۷، سازمان ملل متحد به پیشنهاد نمایندگان کشور قطر در این سازمان، قطعنامه‌ای چهار ماده‌ای را به تصویب رساند که طی آن روز دوم اپریل را «روز جهانی آگاهی از اوتیسم» نامید. در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در زمینه شیوع، عوامل و درمان این اختلال در ممالک بیرونی صورت گرفته است، اما در افغانستان این بیماری بسیار ناشناخته مانده است و منابع علمی که بتواند خانواده‌ها و مراجع مربوط را در حل مشکلات افراد مبتلا به این اختلال کمک کند، در این کشور وجود ندارد. از سوی دیگر عدم آگاهی نسبت به اوتیسم سبب می‌شود که خانواده‌ها دیرتر به مشکل کودک پی ببرند و در نتیجه هم‌زمان طلایی از دست برود و هم زندگی در جامعه برای این کودکان و خانواده‌های آن‌ها مشکل شود. بدون توصیف دقیق هیچ پدیده‌ای در جهان نمی‌توان توقع بهبود و رفع مشکلات آن‌را

داشت و اختلال اوتیسم هم از این امر مستثنی نیست. بنابراین، نگارنده وظیفه خود می‌داند تا در جهت بلند بردن آگاهی مردم نسبت به این بیماری تلاش کند. این مقاله با هدف بررسی راه‌های تشخیص و درمان این اختلال به روش کتابخانه‌ای به رشته تحریر درآمده است.

اختلال طیف اوتیسم

اوتیسم، اختلال پیچیده عصبی-تحوالی طول عمری است (تقی‌پور و نعمتی، ۱۳۹۷). که با آسیب شدید در تعاملات اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و نیز وجود رفتارها، علایق و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شود (حیدری و همکاران، ۱۳۹۲). علایم و نشانه‌های اولیه این اختلال به‌طور معمول در اوایل دوره رشد ظاهر می‌شوند، با این حال، نقص در تعاملات اجتماعی و الگوهای رفتاری ممکن است تا زمانی که کودک قادر به رویارویی با امور اجتماعی، آموزشی و شغلی نیست، به‌عنوان علایم این اختلال شناخته نشوند (Bai, 2014).

واژه اوتیسم از کلمه یونانی اوتوس به معنی خود گرفته شده است و برای اشاره به افرادی به‌کار می‌رود که دامنه اندکی از روابط شخصی و تعامل محدود شده با محیط دارند (جلیل آبکنار، رضوی و عاشوری، ۱۳۹۵). در حال حاضر بیماری اوتیسم به‌عنوان طیف (شامل اوتیسم، اختلال آسپر و وگر، سندروم رت، اختلال فروپاشنده دوران کودکی و اختلال فراگیر تحولی که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده است)، در نظر گرفته می‌شود، زیرا تظاهرات آن بسیار متنوع و ناهمگون است. به‌عنوان مثال در یک سرطیف بیماری اوتیسم، ضریب هوشی زیر ۴۰ و در سر دیگر آن افراد نابغه با توانایی هوشی خیلی بالا قرار دارند، گرچه دارای نقص در تعاملات اجتماعی و ارتباطی می‌باشند (مختاری و کریم‌زاده، ۱۳۹۶). اصطلاح طیف بر ناتوانی‌های همراه با اختلال اوتیسم اشاره دارد که پیوستاری از نسبتاً خفیف تا بسیار شدید دارد (جلیل آبکنار، رضوی و عاشوری، ۱۳۹۵). این ناتوانی‌ها با ماهیتی فراگیر در مراحل اولیه‌ی رشد آشکار شده و زنده‌گی فرد را در طول دوره‌ای حیات تحت تأثیر قرار می‌دهند. اختلالات شناختی، مشکلات رفتاری، خلق و خوی آشفته و تحریک‌پذیر، کارکرد انطباقی پایین، فقدان توانایی خود مراقبتی، مشکلات زبان، ناتوانی یادگیری و نیاز به مراقبت برای تمام عمر نه تنها بر فرد مبتلا بلکه بر مراقبین او، خانواده، معلمان و جامعه تأثیر می‌گذارند (عالی و دیگران، ۱۳۹۳).

علل اوتیسم

شواهد علمی بسیار محکم درباره مولفه‌های وراثتی اختلال طیف اوتیسم وجود دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که وقتی تشخیص داده می‌شود که کودکی دارای اختلال طیف اوتیسم است، به احتمال ۵۱ درصد خواهر یا برادر کوچک‌ترش هم مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده می‌شود. این مقدار از ۵۲ تا

۵۷ بار بیش تر از آن چه است که در جمعیت عادی اتفاق می افتد. وقتی یکی از دوگانگی های هم سان یا یک تخمکی دارای اختلال طیف اوتیسم باشد، نسبت به دوگانگی های ناهم سان یا دو تخمکی به احتمال بیش تری دوگانگی دیگر هم این اختلال را دارد. افزون بر این، حتی اعضای خانواده افراد با اختلال طیف اوتیسم، به احتمال بیش تر ویژگی های شبه ایتستیک نشان می دهند. این ویژگی ها که با معاینه کلینیکی مشخص نمی شوند و عبارتند از: نداشتن دوستان صمیمی، گوشه گیری، علایق محدود و انجام کارهای تکراری (جلیل آبکنار، رضوی و عاشوری، ۱۳۹۵). هرچند تحقیقات مختلف نقش بارز وراثت را در اختلالات طیف اوتیسم تأیید کرده اند، اما تاکنون ژن های که مسئول انتقال این اختلال هستند، مشخص نشده اند (گنجی، ۱۳۹۳).

درحالی که وراثت عامل اصلی اوتیسم شناخته شده است، این اختلال می تواند توسط هر عاملی که سیستم عصبی مرکزی را تحت تاثیر قرار می دهد، ایجاد شود (روح پرور، کرمی و مددی، ۱۳۹۳). محققان از فنون تصویربرداری عصبی استفاده می کنند تا مشخص کنند که کودکان و بزرگسالان با اختلال طیف اوتیسم در چند حوزه از مغز خود، نارسایی های عصبی - شناختی دارند. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که حجرات مغزی افراد با اختلال طیف اوتیسم، پیوندها و اتصال های ناقصی را نشان می دهد که از آن به عنوان اتصال ناکافی نورونی یاد می شود که توانایی برای ارتباط با دیگران را مختل می کند. هم چنین محققان دریافتند اتصال ناکافی نورونی در افراد با اختلال طیف اوتیسم بین بخش جلویی و پشتی مغز است و این لوب ها به ترتیب مسئول کارکردهای اجرایی و پردازش ادراک دیداری هستند (جلیل آبکنار، رضوی و عاشوری، ۱۳۹۵). کالبد شکافی افراد مبتلا به اوتیسم نشان می دهد که در بعضی مناطق مغز این افراد مانند دستگاه لمبیک و مخچه ناهنجاری های وجود دارد و نورون های این نواحی از مغز شان کوتاه تر بوده، کم تر رشد یافته اند (گنجی، ۱۳۹۳). از سوی دیگر عوامل محیطی بسیاری در بروز اوتیسم نقش دارند از جمله: تغذیه، آلوده کننده های محیطی، آنتی بیوتیک ها، آلرژی ها، واکسین ها و بقایای سمومی که روی اعصاب اثر می گذارند (نوروکستین ها) (ابراهیمی پارسا، ۱۳۹۸).

هم چنین نتایج تحقیقات حاکی از آن است که حجم مغز کودکان مبتلا به اوتیسم بزرگ تر است (Sparks and etl, 2002). به طوری که مغز و سر این کودکان به طور ناگهانی و بیش از حد رشد می کند که احتمال می رود هرچه زودتر از نخستین سال زندگی شروع شود، سپس سرعت رشد آن کاهش می یابد، تا این که در نوجوانی به اندازه طبیعی می رسد (جلیل آبکنار، رضوی و عاشوری، ۱۳۹۵).

میزان شیوع اوتیسم

به نقل از زاندر (۲۰۰۵)، در سویدن به‌طور تقریبی ۱ تا ۲ کودک در هر ۱۰۰۰ کودک مبتلا به اوتیسم می‌باشد و در سال ۲۰۱۰ در آمریکا آمار کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم یک نفر از هر ۱۱۰ نفر اعلام شده بود (Rosenberg and etl, 2011). شیوع این بیماری در پسران چهار برابر بیش‌تر از دختران است (مختاری و کریم زاده، ۱۳۹۶). متخصصان در این زمینه معتقدند که مردان مبتلا به اوتیسم بیش‌تر از زنان، مشکلاتی در رفتارهای بیرونی (بیش‌فعالی، پرخاش‌گری) از خود نشان می‌دهند که این خود تشخیص آن‌ها را آسان می‌کند. از سوی دیگر، زنان مبتلا به این اختلال از نظر اجتماعی سازگار بوده و رفتارهای اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و دوستی بهتری را نسبت به مردان از خود نشان می‌دهند (De Schipper and etl, 2016).

روش‌های تشخیص اوتیسم

برای تشخیص اوتیسم در یک کودک باید رفتار، ارتباط و سطح رشد ذهنی او به دقت بررسی شود. از آنجایی‌که بعضی از علائم این بیماری با بعضی از بیماری‌های دیگر مشترک است، ممکن متخصصان آزمایش‌ها و آزمون‌های صحیح متفاوتی را برای کودک تجویز کنند تا از وجود یا عدم وجود مشکلات دیگر در کودک مطمئن شوند. با یک بررسی کوتاه در یک جلسه ممکن نیست که بتوان به‌طور قطعی وجود اوتیسم را در کودکی ثابت کرد. مشاهدات والدین و بررسی کامل مراحل رشد کودک از الزامات تشخیص اوتیسم در یک کودک است. در نگاه اول ممکن است کودک اوتیستیک به‌نظر عقب مانده ذهنی، دارای اختلال رفتاری، دارای مشکل شنوایی و یا دارای رفتارهای عجیب به‌نظر برسد. البته ممکن است تمام این علائم در یک کودک اوتیستیک وجود داشته باشند که این امر خود باعث مشکل‌تر شدن تشخیص می‌شود (اکبری بیاتیانی، ۱۳۹۷).

علائم و نشانه‌های اوتیسم ممکن است در زمان نوزادی بروز کنند و شاید هم این اتفاق نیافتد، ولی نشانه‌های این بیماری حتماً بین بیست و چهار ماهگی الی شش سالگی خود را نشان خواهند داد. انجمن ملی پرورش و سلامت کودکان در آمریکا این پنج سؤال اولیه زیر را برای معاینه کودک اوتیستیک تهیه کرده است:

۱. آیا کودک شما تا قبل از ۱۲ ماهگی صداسازی و نجوا داشته است؟
۲. آیا کودک شما تا قبل از ۱۲ ماهگی از اشاره، اداها، گرفتن دست دیگران استفاده کرده است؟
۳. آیا کودک شما تا قبل از ۱۶ ماهگی از کلمات تنها استفاده کرده است؟

۴. آیا کودک تا قبل از ۲۴ ماهگی از ترکیب دو کلمه استفاده کرده است؟

۵. آیا کودک کدام از مهارت‌های کلامی و اجتماعی خود را از دست داده است؟

در صورت جواب منفی به چهار سؤال اول و جواب مثبت به سؤال آخر احتمال وجود اوتیسم در کودک داده می‌شود. قابل یادآوری است که تشخیص دقیق اوتیسم مستلزم بررسی دقیق و جامعی است که توسط گروهی از افراد متخصص و آگاه مشتمل بر متخصص اطفال، روان‌شناس، مشاور آموزش و یادگیری کودکان، متخصص اعصاب، متخصص گفتاردرمانی و سایر متخصصان در زمینه اوتیسم، صورت می‌گیرد (اکبری بیاتانی، ۱۳۹۷). هم‌چنین تحقیقات نشان داده‌اند که بررسی ساختار مغز ممکن است اطلاعاتی در مورد اوتیسم فراهم سازد. بنابراین، از تصویربرداری با تشدید مغناطیسی یا MRI نیز برای تشخیص این بیماری استفاده می‌شود (مختاری و کریم زاده، ۱۳۹۶).

ملاک‌های تشخیصی اختلال طیف اوتیسم در DSM-5

الف: فرد به‌طور دایم در موقعیت‌های مختلف، در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی مشکل دارد و این موضوع را معیارهای زیر نشان می‌دهند:

1. فرد در تقابل اجتماعی-هیجانی نقص دارد. این نقص روی یک پیوستار قرار دارد که از نزدیک شدن به دیگران به‌صورت غیرعادی و عدم مصاحبت نوبتی شروع می‌شود، از علاقه اندک به اشتراک گذاشتن علایق، هیجان‌ها و عواطف خود و واکنش نه‌چندان زیاد و مناسب به علایق، هیجان‌ها و عواطف دیگران عبور می‌کند و به بی‌اعتنایی کامل به تعامل اجتماعی و پیش‌قدم شدن در آن خاتمه می‌یابد.
2. فرد در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که برای تعامل اجتماعی ضرورت دارد، نقص دارد. نقص در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی یک پیوستار است که از ضعف فرد در ادغام روش‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی شروع می‌شود، از ناهنجاری در تماس چشمی و زبان بدن، یا نقص در درک روش‌های غیرکلامی و استفاده از آن‌ها عبور می‌کند و به فقدان کامل حالات هیجانی صورت یا ژست‌های بدنی خاتمه می‌یابد.
3. فرد در ایجاد، حفظ و درک روابط میان فردی نقص دارد. نقص در ایجاد و حفظ روابط میان فردی یک پیوستار است که از دشواری در تنظیم رفتار برای مطابقت داشتن با موقعیت‌های اجتماعی مختلف شروع می‌شود، از دشواری در بازی‌های تخیلی با دیگران و دوست پیدا کردن عبور می‌کند و به عدم علاقه ظاهری به مردم خاتمه می‌یابد (به نظر می‌رسد که فرد به دیگران علاقه ندارد).

ب: مجموعه‌ای از رفتارها، علایق و فعالیت‌های محدود و تکراری که حداقل دو مورد از موارد زیر آن‌را نشان می‌دهند:

1. فرد حرکات فیزیکی کلیشه‌ای و تکراری دارد، یا از اشیا همیشه به یک شکل استفاده می‌کند (مثلاً حرکات کلیشه‌ای ساده، تکرار گفتار، استفاده تکراری از اشیا).
 2. فرد به شدت پایبند روتین است، رفتارهای کلامی و غیرکلامی او نظم و ترتیب خاصی دارند و به شدت در مقابل تغییر مقاومت نشان می‌دهند.
 3. فرد علایقی بسیار محدود و ثابت دارد که از لحاظ شدت یا میزان توجه غیرعادی هستند.
 4. واکنش افراطی یا تفریطی در مقابل محرک‌های حسی یا علاقه غیرمعمولی به بعضی جنبه‌های حسی محیط (مثل: فرد ظاهراً است، به بعضی صداها یا بافت‌های اشیا واکنش خصمانه نشان می‌دهد، بعضی اشیاء را به‌طور افراطی بو یا لمس می‌کند، به بعضی نورها یا اشیای چرخان علاقه بسیار شدیدی نشان می‌دهد).
- ج: علایم باید در نوزادی و خردسالی وجود داشته باشد (هرچند ممکن است فقط زمانی به چشم بیاید که الزام‌های اجتماعی از توانایی‌های محدود فرد فراتر می‌روند، یا ممکن است راهبردهایی که فرد در دوره‌های بعدی زندگی یاد گرفته است آن‌ها را پنهان کنند).
- د: علایم در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های عملکردی مهم اختلال ایجاد می‌کنند.
- و: معلولیت ذهنی یا تأخیر رشدی کلی نمی‌تواند علت بهتری برای این علایم باشد (گنجی، ۱۳۹۳).

درمان اوتیسم

اوتیسم یک نقص عملکردی مادام‌العمر است که افراد مبتلا به آن مشکلات عملکردی شدید داشته و بدون حمایت دایم از سوی دیگران نمی‌توانند زندگی عادی داشته باشند (گنجی، ۱۳۹۳). از سوی دیگر، بسیاری از کودکان مبتلا به اوتیسم می‌توانند با تلاش‌های آموزشی زود هنگام، درست برنامه ریزی شده و طراحی شده برای هر فرد در یک محیط مناسب و خاص، رشد قابل ملاحظه‌ای داشته باشند. یکی از اهداف اصلی در این برنامه‌ها کمک به کودک برای تکامل برقراری ارتباط عملکردی است. آموزش باید بر آگاهی از شیوه‌های منحصر به فردی که کودکان مبتلا به اوتیسم فرا می‌گیرند، متمرکز باشد (زاندرا، ۲۰۰۵).

برای درمان اوتیسم، طیف گسترده‌ای از گزینه‌های درمانی وجود دارد که برخی از آن‌ها ممکن است منجر به تغییرات زیاد و برخی دیگر منجر به تغییرات ناچیز گردد (خرم‌آبادی، فرخی و قره‌گوزلو، ۱۳۹۰). محققان گزارش‌های گوناگونی را از تأثیر برنامه‌های مداخلات به‌موقع در درمان کودکان اوتیستیک

گزارش کرده‌اند. یکی از این برنامه‌های مداخله‌ای، برنامه‌ی مبتنی بر تحلیل کابردی رفتار (ABA) است که اقتباس شده از دیدگاه، اصول و برنامه‌های تغییر رفتار اسکینر است. در این برنامه سعی بر این است تا از طریق مشاهده مستقیم رفتار کودک، ارزیابی و تحلیل دقیق آن، رابطه میان محیط و رفتار کودک آشکار و نیز آن‌دسته از ویژگی‌های محیطی که می‌توانند موجب ایجاد رفتار جدید، تقویت و یا کاهش رفتار کودک گردد، کشف شود (حیدری و همکاران، ۱۳۹۲).

در روش تیج به جای این که به کودک یک مهارت و توانایی خاص آموزش داده شود، سعی بر این است که کودک مهارت‌های را بیاموزد که بتواند محیط اطراف خود و رفتارهای اطرافیان خود را بهتر درک کند. هم‌چنین در روش سان‌رایز که یکی دیگر از برنامه‌های آموزشی-درمانی این اختلال است، «والدین» درمان‌گران اصلی و شکل‌دهنده به برنامه آموزشی هستند. در این برنامه، به والدین آموخته می‌شود که به کودک خود عشق بورزند و به او احترام بگذارند و او را «آن‌چنان که هست» بپذیرند تا از طریق این پذیرش، کودک خود را به برقراری رابطه‌های دوجانبه در محیط خانه تشویق کنند. این روش دارای چهار مرحله است: ۱) بهبود سازگاری از طریق آموزش مهارت‌ها به کودک و تغییر محیط زندگی وی، ۲) همکاری خانواده، ارزیابی کودک برای درمان انفرادی و ۴) آموزش سازمان‌یافته (اکبری بیاتانی، ۱۳۹۷).

هم‌چنین در روش فلورتایم که شباهت زیادی با بازی درمانی دارد، در طی مراحل شش‌گانه، سعی بر این است که ارتباط کودک با یک فرد دیگر، از طریق برنامه‌های دقیق بازی، بیش‌تر و مؤثرتر شود و کودک با تقلید از او چگونگی رفتار را بیاموزد. مراحل این روش به شرح ذیل است: ۱) علاقه‌مندی به نور و صدا، ۲) توانایی در برقراری ارتباط با دیگران، ۳) توانایی انتخاب کردن اشیا، ۴) توانایی اشاره کردن و درک اشاره‌های دیگران، ۵) توانایی بیان نظر و عقیده و ۶) توانایی برقراری ارتباط بین اظهار نظر و اجرای آن (اکبری بیاتانی، ۱۳۹۷). در حال حاضر برای درمان اوتیسم از دارودرمانی نیز استفاده می‌شود. دواهای ضد روان‌پریشی رایج‌ترین دواهای هستند که برای درمان اوتیسم استفاده می‌شوند و از رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای، انزوای اجتماعی و نیز از پرخاش‌گری و رفتارهای مشکل‌زا مانند اوقات تلخی‌های شدید، خودآزاری و بیش‌فعالی می‌کاهند (گنجی، ۱۳۹۳). اما این داروها نمی‌توانند فرد مبتلا به اوتیسم را شفا دهند، شخص را وادار به صحبت کنند یا سطح هوش فرد را افزایش دهند و یا باعث شوند فرد مهارت بیش‌تری کسب کند (سپهوندی و صاحب‌الزمانی، ۱۳۹۷).

نتیجه‌گیری

کودکان و بزرگسالان دارای اختلال طیف اوتیسم در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، مهارت‌های شناختی معمول و رفتارهای اجتماعی دارای مشکل می‌باشند. اختلال اوتیسم یک اختلال عصبی است در مراحل

اولیه رشد کودک نمایان می‌شود و باعث می‌شود تا فرد نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به‌درستی عمل کند. از وراثت به‌عنوان عامل اصلی اوتیسم یاد می‌شود، اما انواع مختلف نقص و ناهنجاری در سیستم عصبی مرکزی مانند اتصال ناکافی نیورون‌های بخش عقبی و جلویی مغز، و عوامل متعدد محیطی نیز می‌تواند به اوتیسم منجر شود. علایم و نشانه‌های اوتیسم ممکن است در زمان نوزادی بروز کنند و شاید هم این اتفاق نیافتد، ولی نشانه‌های این بیماری حتماً بین بیست و چهار ماهگی الی شش سالگی خود را نشان خواهند داد. علاوه بر ملاک‌های تشخیصی ذکر شده در نسخه پنجم رهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، برای تشخیص این اختلال از تصویربرداری با تشدید مقناطیسی نیز استفاده می‌شود. هر چند تا کنون هیچ روش قطعی‌ای برای درمان مبتلایان به اوتیسم یافته نشده‌است، اما برنامه‌های آموزشی زود هنگام، درست برنامه‌ریزی شده و طراحی شده برای هر فرد در یک محیط مناسب و خاص، می‌توانند به بهبود عملکردهای ارتباطی افراد کمک کنند.

منابع

- ابراهیمی پارسا، فاطمه. (۱۳۹۸). «بررسی اختلالات زبانی کودکان مبتلا به اوتیسم»، رساله ماستری.
- اکبری بیاتبانی، زهرا. (۱۳۹۷). «اختلال طیف اوتیسم از تشخیص تا درمان»، مجله شفای خاتم، دوره ۶، شماره ۴، صص ۹۳-۱۰۱.
- تقی پور، کیومرث و نعمتی. (۱۳۹۷). «توانبخشی اختلال طیف اوتیسم از طریق فن آوری کمکی: مطالعه مروری نظامند»، فصلنامه سلامت روان کودک، دوره ۵، شماره ۳، صص ۱۹۳-۲۰۲.
- جلیل آبکنار، سیده سمیه، رضوی، فاطمه و عاشوری، محمد. (۱۳۹۵). «بررسی تحلیلی اختلال طیف اوتیسم در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی»، مجله تربیت استثنایی، سال ۱۶، شماره ۴، صص ۶۹-۵۹.
- حیدری و همکاران. (۱۳۹۲). «اثربخشی مداخله‌ی مبتنی بر تحلیل کاربردی رفتار بر افزایش مهارت‌های اجتماعی-ارتباطی و کاهش رفتار کلیشه‌ای در کودکان اوتیسم»، مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، دوره ۷، شماره ۲۸، صص ۷۷-۸۸.
- خرم آبادی، یدالله، فرخی، نورعلی و قره‌گوزلو، مریم. (۱۳۹۰). «تأثیر روش تحلیل رفتار کاربردی بر بهبود عملکرد کودکان اتیستیک ۵ تا ۱۰ ساله مرکز درمانی فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۸»، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، سال اول، شماره ۳، صص ۸۵-۱۰۶.
- روح پرور، رحیمه، کرمی، مهدیه و مددی، محسن. (۱۳۹۳). «مقایسه ویژگی‌های آوایی- واجی و صرفی- نحوی کودکان مبتلا به اوتیسم با کودکان سالم»، مجله علمی پژوهشی توانبخشی نوین - پوهنخی توانبخشی - پوهنتون علوم پزشکی تهران، دوره ۸، شماره ۳، صص ۶۸-۶۲.
- زاندر، اریک. (۲۰۰۵). مقدمه‌ای بر اوتیسم، ترجمه بهناز کلیلی.
- سپهوندی، سمیه و صاحب الزمانی، محمد. (۱۳۹۷). «بررسی تاثیر قصه‌گویی به روش ایفای نقش بر آگاهی حسی و شناختی و سلامت کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم»، مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور، دوره ۱۷، شماره ۶، صص ۶۳۰-۶۲۱.
- عالی و همکاران. (۱۳۹۳). «طراحی درمان ترکیبی خانواده محور مبتنی بر مدل تحول یکپارچه‌ی انسان و مقایسه‌ی اثر بخشی آن با بازی درمانی فلور تایم بر کارکرد تحولی خانواده و تحول هیجانی-کارکردی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم»، مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۷، شماره ۲، صص ۹۷-۸۷.
- مختاری، بهناز و کریم زاده، فریبا. (۱۳۹۶). «مروری بر بیماری اوتیسم با رویکردی بر مهم‌ترین نشان‌گرهای زیستی». مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۴، شماره ۱۶۵، صص ۴۶-۳۵.
- Tonge, B., & Brereton, A. (2011). Autism spectrum disorders. *Australian family physician*, 40(9), 672.
- Sparks, B. F., Friedman, S. D., Shaw, D. W., Aylward, E. H., Echelard, D., Artru, A. A., ... & Dager, S. R. (2002). Brain structural abnormalities in young children with autism spectrum disorder. *Neurology*, 59(2), 184-192.
- De Schipper, E., Mahdi, S., de Vries, P., Granlund, M., Holtmann, M., Karande, S., ... & Zwaigenbaum, L. (2016). Functioning and disability in autism spectrum disorder: A worldwide survey of experts. *Autism Research*, 9(9), 959-969.
- Baio, J. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years- autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010.

- Rosenberg, R. E., Landa, R., Law, J. K., Stuart, E. A., & Law, P. A. (2011). Factors affecting age at initial autism spectrum disorder diagnosis in a national survey. *Autism research and treatment, 2011*.