

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اتيسم در كمين كودكان

«تشخيص، مداخله و آموزش»

نويسنده:

---

سرشناسه:

عنوان و نام پدیدآور:

مشخصات نشر:

مشخصات ظاهری:

شابک:

وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا

یادداشت:

یادداشت:

موضوع: روان‌شناسی.

رده‌بندی کنگره:

رده‌بندی دیویی:

شماره کتابشناسی ملی:

---

اتیسم در کمین کودکان  
«تشخیص، مداخله و آموزش»  
تألیف:

چاپ

ویرایش:

صفحه آرای:

ناظر فنی چاپ:

شمارگان: نسخه

حق چاپ محفوظ است.

حق هرگونه چاپ و انتشار محفوظ است.

قیمت: تومان

تقديم به

.....

## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
پیشگفتار.....	
اتیسم (مقدمه و مفاهیم).....	
اختلال طیف اتیسم.....	
تاریخچه اتیسم.....	
علت و دلایل اتیسم.....	
فاکتورهای خطرآفرین اتیسم.....	
تشخیص اتیسم.....	
روش‌های نوین پزشکی برای تشخیص اتیسم با استفاده از خون، ادرار و بزاق دهان.....	
معیارها، ارزیابی و تشخیص اتیسم بر اساس DSM-5.....	
علائم و نشانه‌های نخستین اتیسم (تا پیش از 2 سالگی).....	
علائم و نشانه‌های اختلال طیف اتیسم (پس از 2 سالگی).....	
انواع سطوح اختلال طیف اتیسم.....	
اختلال طیف اتیسم سطح یک.....	
علائم اختلال طیف اتیسم سطح 1.....	
اختلال طیف اتیسم سطح 2.....	
علائم اختلال طیف اتیسم سطح 2.....	
اختلال طیف اتیسم سطح 3.....	
علائم اختلال طیف اتیسم سطح 3.....	
علائم مشترک در هر 3 سطح اختلال طیف اتیسم.....	
علائم اتیسم در نوجوانان (پس از پنج سالگی).....	
علائم اتیسم در بزرگسالان.....	

تشخیص و ارزیابی دقیق اتیسم با تست و آزمون‌های استاندارد .....

گفتار و زبان در کودک دارای اتیسم .....

شیوه‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان با اختلالات طیف اتیسم .....

ارتباط شیوه فرزندپروری و اختلالات طیف اتیسم .....

حساسیت والدین و تنظیم عاطفی در کودکان دارای اتیسم .....

رفتار والدین و رشد اجتماعی و ارتباطی کودک دارای طیف اتیسم .....

والدین و رشد همدلی در کودک دارای طیف اتیسم .....

فنوتیپ گسترده اتیسم (BAP) .....

اختلال پردازش حسی در اتیسم .....

انواع اختلالات پردازش حسی .....

مداخله و درمان زودهنگام .....

روش‌های درمان اتیسم .....

درمان رفتارکلامی .....

بازی درمانی .....

دارو درمانی .....

رژیم غذایی برای اتیسم .....

درمان‌های اشتباه و خطرآفرین برای اتیسم .....

تمرینات یکپارچگی حسی .....

بازی‌های هدفمند در یکپارچگی حسی .....

مزه‌ها و حساسیت دهانی در کودک مبتلا به اتیسم .....

از چه شیوه‌های فرزندپروری برای کودکان دارای اتیسم استفاده نکنیم و چه والدینی نباشیم؟ ...

راهبردهای حمایت از رشد زبان در کودک دارای اتیسم .....

..... بازی درمانی و آموزش مهارت به کودکان دارای اختلال طیف اتیسم

..... بازی با اسباب بازی یا بازی کاربردی

..... کودکان دارای اختلال طیف اتیسم از چه بازی‌های خوششان می‌آید؟

## پیشگفتار

اتیسم، یک اختلال رشدی است که در واقع یک اختلال واحد محسوب نمی‌گردد؛ بلکه، طیف وسیعی از اختلالات پیچیده است که در طی سال‌های اولیه کودکی ظاهر و به صورت مختلف بر افراد به ویژه بر کودکان تاثیر می‌گذارند. اتیسم، بر توانایی‌های کودکان در برقراری ارتباط و تعامل با دیگران تاثیر دارد. علت شناخته شده‌ای برای آن وجود ندارد، اما شیوع آن روز به روز در حال افزایش است. در سال 2020، شیوع اتیسم به ۱ در 45 نفر رسیده است و میزان شیوع در پسران ادر 34 پسر هست. تشخیص زودهنگام آن اجازه می‌دهد تا بتوان با گفتاردرمانی و یا سایر برنامه‌های درمانی به بهبود زندگی کودکان کمک کرد.

آگاهی از اتیسم به دلایلی بسیار مهم است. آگاهی از اتیسم به منظور اطمینان از این مساله است که برنامه‌هایی برای حمایت از همه کودکان مبتلا وجود داشته باشد. علاوه بر این، ایده پذیرش و قبول وی در میان همه را ترویج دهد. کودکان مبتلا به اتیسم نباید از فعالیت‌ها کنار گذاشته شوند، زیرا آن‌ها فقط مهارت‌های اجتماعی و توانایی‌های فکری متفاوت دارند. مدارس در همه جا باید حضور همه کودکان را در محیط آموزشی ترویج کنند. به طور معمول، کودکانی که در حال رشد هستند باید بتوانند با کودکان دارای اختلال یا معلولیت هم ارتباط برقرار کنند و بالعکس. من شخصا دوست ندارم اتیسم را به عنوان یک اختلال یا معلولیت ببینم، در عوض فکر می‌کنم این افراد فقط در توانایی‌های ذهنی و ارتباطات اجتماعی متفاوت هستند. اصطلاح "تنوع عصبی" که امروزه به طور گسترده‌ای در جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد و در حال شیوع است، به طور خلاصه، به این معنی است که، افراد مبتلا به اتیسم صرفاً اگر دارای توانایی‌های فکری متفاوت باشند، معلول یا دارای اختلال نیستند.

مردم هرچه بیشتر در مورد این تفاوت‌ها یاد بگیرند، تعامل بهتری با این افراد خواهند داشت. جدا شدن از کسی فقط به این دلیل که متفاوت است، درست نیست. این کتاب به افراد اجازه می‌دهد تا در مورد آنچه که افراد مبتلا به اتیسم را متفاوت می‌کند، بیش‌تر بدانند و آن‌ها را به خاطر ذهن شگفت‌انگیزی که دارند، قبول کنند. زمان آن فرا رسیده که قضاوت کردن کسانی



را که در اطرافمان هستند ولی متفاوتند، متوقف کنیم و پذیرش همه تفاوت‌های بین خودمان را شروع کنیم. شما هرگز نمی‌دانید که ذهن زیبای هر کسی چه چیزهایی را می‌تواند به این جهان هدیه کند، زمان پیدا کردن این هدیه‌ها فرا رسیده است. همه ما باید با هم متحد شویم و تفاوت‌های یکدیگر را درک کنیم.

وقت آن رسیده است که ایراد گرفتن از دیگران را کنار بگذاریم و هر کسی را آن‌گونه که هست بپذیریم. از سویی دیگر، همواره این نگرانی در خانواده کودکان دارای اتیسم وجود دارد که آیا می‌توانیم کودک دیگری نیز داشته باشیم که مبتلا به این اختلال نباشد؟ چگونه؟ و چه مقدار این ریسک باز هم برای ما وجود دارد؟ با کودک اُتیستیک خود چگونه رفتار کنیم؟ راهکار چیست؟ لذا کتاب "اتیسم در کمین کودکان" شامل مجموعه‌ای از نظریه‌ها و راهکارهای ثابت شده در خصوص کاهش ریسک اتیسم است که می‌تواند برای تمامی افرادی که قصد داشتن کودکی با ریسک کم‌تر این اختلال هستند و یا دارای فرزند اُتیستیک می‌باشند؛ مفید باشد.

شمساعی

خرداد 1400

## اتیسم

### مقدمه و مفاهیم



اتیسم، یک نوع اختلال رشدی- مغزی محسوب شده که توسط اختلالات مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات و همچنین رفتارهای تکراری و ویژه تقسیم می‌گردد. در واقع به نوعی از اختلال رشدی (از نوع تعاملات اجتماعی) اتیسم یا

درخودماندگی می‌گویند. لذا، اُتیستیک یا درخود مانده اصطلاحی است که برای مبتلایان به این اختلال به کار می‌رود. مشخصه اتیسم، رفتارهای ارتباطی و کلامی غیرطبیعی بوده که دلیل بروز این اختلال تاکنون به درستی شناخته نشده است و تا قبل از سه سالگی علائم ابتلا به این اختلال در کودک قابل مشاهده خواهد بود. این اختلال بر رشد طبیعی مغز در قسمت تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی شخص اثر داشته و از مشکلات اصلی افراد مبتلا به اتیسم، ناتوانی در برقراری ارتباطات کلامی و غیرکلامی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های مرتبط با بازی می‌توان اشاره کرد. شخص درگیر این اختلال، به سختی می‌تواند با دیگران و دنیای بیرون ارتباط برقرار نماید حتی در برخی از موارد، شخص رفتار آزار دهنده و پرخاشگرانه از خود نشان می‌دهد. حرکات تکراری (دست زدن، پریدن) و پاسخ‌های غیرطبیعی به دیگران، وابستگی به اشیاء و مقاومت در برابر تغییرات ناگهانی، از دیگر علائم قابل مشاهده در افراد مبتلا به اتیسم است. همچنین ممکن است که فرد اوتیستیک، در حواس پنج‌گانه (بینایی، شنوایی، زبانی، بویایی و چشایی) حساسیت‌های غیرطبیعی داشته باشد.

بروز علائم اختلال اتیسم قبل از سن سه سالگی کودک رخ داده و بیش‌تر قسمت‌های مغزی تحت تاثیر اتیسم دچار آسیب می‌شوند؛ ولی، نحوه رخ دادن آن تاکنون مشخص نشده است. سندرم آسپرگر و (PDD-NOS) جزء اختلالات طیف اتیسم بوده که با علائم و نشانه‌های کم‌تری همراه هستند.

عوامل ژنتیکی، بر بروز این اختلال تاثیر داشته و تقابل بین ژنی (گروهی از ژن‌ها) و جهش‌های ژنی از جمله این عوامل محسوب می‌شوند. همچنین، در موارد نادری نیز این اختلال در اثر آسیب‌هایی که در دوره رشد رخ می‌دهد، ایجاد می‌گردد. از این عوامل می‌توان به فلزات سنگین موجود در جو، آلودگی‌های محیطی و استفاده از حشره کش‌ها اشاره کرد. در گذشته، فرضیه‌ای مطرح شد که واکسن‌های دوران کودکی نیز در ابتلا به این اختلال تاثیر دارد که اکنون به دلیل نبود شواهد کافی رد شده است.

طبق آمارها، میزان ابتلا به اتیسم، شش در هزار اعلام شده است و در مردان شیوع بیشتری دارد و مشاهده شده است که از سال ۱۹۸۰ میلادی تا به امروز، افراد بیشتری مبتلا شده‌اند. شاید یکی از دلایل آن، بهتر شدن تشخیص آیت‌های بالینی باشد؛ ولی در این‌که آیا شیوع آن نیز تغییری ایجاد شده است یا خیر، تردید وجود دارد. والدین حتما باید در دو سال ابتدایی زندگی کودک به علائم و شواهد رفتاری او دقت کنند. در صورت تشخیص به موقع، می‌توان با استفاده از روش‌های مداخلات رفتاری-شناختی، در کسب مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی و حمایت‌های فردی، به کودک کمک کرد. خوشبختانه، فرهنگ برخورد با اختلال اتیسم بهبود یافته است. به نحوی که، بسیاری به دنبال درمان درست و ویژه هستند و عده‌ای دیگر معتقدند که اتیسم یک تفاوت رفتاری محسوب می‌شود و نه یک اختلال ویرانگر.

طبق آمارها، این اختلال در بین پسران شیوع بیشتری نسبت به دختران دارد. در برخی افراد مبتلا به اتیسم، مهارت‌هایی مانند طراحی، نواختن موسیقی، یاد گرفتن مسائل سخت و هوش متوسط رو به بالا نیز دیده می‌شود. وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و میزان تحصیلات پدر و مادر تاثیری بر ابتلای کودک به اتیسم ندارند. طبق نظر کارشناسان، زندگی ماشینی و عوامل ناشی از آن همچون استرس و اضطراب، باعث مسیر صعودی شیوع بین مردم خواهد شد. طبق یک پژوهشی که صورت گرفت، مشاهده گردید در بین مادران باردار که دارای اضافه وزن و مبتلا به دیابت بودند، میزان ابتلای کودک به اختلال اتیسم نیز بیشتر است.

## اختلالات طیف اتیسم



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 به‌درستی عمل کند و

مزاحم او برای یادگیری چگونگی ارتباط و تعامل با دیگران به‌طور اجتماعی می‌شود. 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 اوتیسم از واژه یونانی **Autos**، به معنی خود، گرفته شده است. البته این نام در طول زمان به صورت‌های گوناگونی به‌کار می‌رفته است. مانند اوتیسم کودکی اولیه یا اوتیسم کودکی. پس از مدتی، این نام‌ها تقریباً مترادف با اوتیسم در بزرگسالان به کار رفت و پس از آن، این اختلال را در هر دوره سنی به‌نام اوتیسم می‌شناسند. اختلال طیف اتیسم (ASD) و اوتیسم، دو واژه و عبارت کلی برای گروهی از اختلالات پیچیده در رشد مغز هستند. در سال 2013 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 3 سطح وجود دارد که در آن‌ها رشد مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات و منابع و ذخایر رفتاری دچار تاخیر 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.

## تاریخچه اتیسم



از اصطلاح اتیسم برای نخستین بار، در اوایل دهه ۱۹۰۰ برای معرفی طیف وسیعی از مشکلات عصبی-روان شناختی استفاده گردید. از جمله سوالاتی که در این مورد وجود دارد این است که: این اصطلاح از کجا به وجود آمد؟ چگونه علم و آگاهی مردم راجع به اختلال اتیسم، افزایش یافت؟

اصطلاح اتیسم از کلمه یونانی اوتوس (autos) که به معنای خویش است، گرفته شده و به وضعیتی اشاره دارد که شخص از ارتباط های اجتماعی کنار گذاشته شده است. اولین شخصی که از این اصطلاح استفاده کرد، یک روان‌پزشک اهل سوئیس به نام یوجین بلولر بود. نخستین بار، ایشان در سال ۱۹۱۱ برای اشاره به برخی علائم و نشانه‌هایی که به اسکیزوفرنی مرتبط بود، از این واژه استفاده کرد. محققان آمریکایی نیز در دهه ۱۹۴۰ برای اشاره به کودکان دارای مشکلات و اختلالات عاطفی و یا اجتماعی اصطلاح اتیسم را به کار بردند. همچنین لئو کانر پزشکی از دانشگاه جان هاپکینز، این واژه را برای تشریح رفتار کودکان انزواطلب استفاده نمود. دانشمندی اهل آلمان، بنام هانس آسپرگر، در این زمان اختلال مشابهی بنام سندرم آسپرگر را شناسایی و نام گذاری کرد. تا دهه ۱۹۶۰، بسیاری از پزشکان، اتیسم و اسکیزوفرنی را وضعیت مشابهی تلقی می‌کردند؛ ولی با گذشت زمان، اطلاعات پزشکان راجع به اتیسم کودکان افزایش یافت. در زمان ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰، تمرکز پژوهش‌های درمانی اتیسم، بر روی داروهایی مانند LSD، شوک الکتریکی و روش‌های تغییر رفتاری بود. منظور از روش‌های تغییر رفتاری، استفاده از تکنیک درد و تنبیه است. روش‌های درمان رفتاری و استفاده از محیط‌های یادگیری کنترل شده، در دهه ۱۹۸۰ تا دهه ۱۹۹۰، به عنوان روش اصلی برای بهبود اتیسم و علائم آن استفاده می‌شد.

## علت و دلایل اتیسم



پیش‌تر از این، علت اتیسم ژنتیک و نقایص آن معرفی می‌گردید، ولی با روند رو به رشد شیوع اتیسم و لزوم پیشگیری از اختلال اتیسم، ضرورت شناخت علل اتیسم بیش‌تر احساس شد و با بررسی‌های بیش‌تر پژوهشگران و موسساتی مانند اتیسم اسپیک و

مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا

مشخص گردید که بایستی به محیط و علل زیست محیطی توجه بیش‌تری نمود. تاکنون، نقایصی در ژن‌های برخی افراد داری اتیسم مشخص گردیده است و در کنار آن نیز بررسی می‌گردد که چه چیزی می‌تواند منجر به این تغییرات و دگرگونی‌های ژنتیک گردد و مشخص شده است، تاثیر آلاینده‌های زیست محیطی و تخریبی که در محیط زندگی انسان به وجود آمده است، نقش بسزایی در آن ایفا می‌کند. اکنون دیگر عنوان می‌گردد که در حدود 62 درصد، علل زیست محیطی و ترکیب آن با عوامل ژنتیک می‌تواند منجر به اتیسم گردد. اما، باز هم نمی‌توان با قاطعیت عنوان نمود که چه چیزی عامل اختلال اتیسم است.

## فاکتورهای پر خطر اتیسم

**جنس:** پسران تقریباً چهار برابر بیش‌تر از دختران مبتلا به اتیسم هستند.

**زایمان زودرس:** نوزادان زودرس متولد شده پیش از 26 هفتگی، خطر بیش‌تری برای ابتلا به اتیسم دارند و البته این نوزادان همراه با وزن کم به دنیا می‌آیند که این مورد نیز از موارد افزایش ریسک اتیسم می‌گردد.

**تاریخچه خانوادگی:** خانواده‌هایی که دارای یک فرزند مبتلا به اتیسم هستند، بیش‌تر در معرض داشتن فرزند دیگری با این اختلال‌اند. همچنین، وجود برخی اختلالات مانند اسکیزوفرنی و اختلال اتیسم در والدین نیز می‌تواند منجر به افزایش ریسک گردد.

**سایر اختلالات:** کودکانی که دارای شرایط پزشکی خاص هستند، بیش‌تر احتمال دارد در معرض اتیسم قرار داشته باشند. برای مثال، سندروم ایکس شکننده (اختلالی ارثی که باعث اختلالات ذهنی می‌گردد)، اسکروزتوبروز (شرایطی که منجر به تومورهای خوش‌خیم در سیستم مغزی عصبی می‌گردد)، سندروم رت (بیماری ژنتیکی مختص دخترها که باعث رشد کند مغز می‌گردد) و ناتوانی ذهنی.

**سن والدین:** مشخص گردیده است که بین سن بالای والدین (بالای 35 سال) و یا سن پایین مادران (زیر 20 سال) و افزایش اختلال اتیسم ارتباط وجود دارد.

**شرایط بارداری:** مشخص گردیده است که اگر فاصله بین بارداری‌ها کوتاه باشد، می‌تواند شرایط رحم مادر برای بارداری و پذیرایی مناسب از جنین را به خطر انداخته و ریسک اتیسم را افزایش دهد. همچنین تغذیه مادر نیز می‌تواند یک فاکتور مهم برای این ریسک باشد. هرچه تغذیه مادر نامناسب‌تر و عاری از غذاهای طبیعی و ارگانیک باشد، می‌تواند خطر را بیش‌تر و بیش‌تر کند.

**ارتباط واکسیناسیون و اتیسم در کودکان:** با وجود تحقیقات گسترده مشخص گردیده است که هیچ ارتباطی میان اتیسم و واکسیناسیون وجود ندارد. درحقیقت، مطالعه اصلی که سال‌ها پیش این بحث را ایجاد نموده بود، به دلیل طراحی ضعیف و روش‌های تحقیق مشکوک رد

شده است. جلوگیری از واکسیناسیون می تواند کودکان را در معرض خطرات جدی و شیوع بیماری‌های خطرناک قرار دهد.

**ارتباط لقاح مصنوعی و فناوری‌های کمکی تولید مثل مانند ای وی اف (IVF) با اتیسم:**

پژوهش‌های فراوانی در این خصوص در حال انجام است؛ اما، به صورتی که در ایران عنوان می‌گردد، نمی‌توان ادعان نمود که ارتباط مستقیم و قوی میان لقاح مصنوعی و اتیسم وجود دارد. مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا و موسسه سلامت انگلستان عنوان می‌کنند که دو برابر بیش‌تر احتمال دارد که کودکی که با روش‌های کمکی به دنیا آمده است، در آینده دارای اتیسم نیز تشخیص داده شود. اما، همین سازمان‌ها در ادامه می‌افزایند که این تکنیک‌های کمکی بارداری نیستند که مستقیماً باعث اتیسم می‌گردند؛ بلکه، آن‌ها می‌توانند شرایطی را ایجاد نمایند که خطر اتیسم را افزایش می‌دهد. برای نمونه، تولد نوزادهای دو یا چند قلو و یا تولد کودکان دارای وزن خیلی کم و یا خطرات دوران جنینی و یا شرایط نامساعد مادر در دوران بارداری، بر اساس پژوهش‌ها می‌توانند هرکدام باعث افزایش خطر اتیسم گردند.

در یکی از این تحقیقات که بر روی 6 میلیون کودک متولد شده با لقاح مصنوعی صورت گرفته، مطرح گردیده است که ریسک اتیسم در تولدهای تک نفره 0/8 درصد و در تولدهای بیش از یک نفر 2/1 درصد است که نشان دهنده این واقعیت است که در صورت تولد تنها یک کودک با روش لقاح مصنوعی این افزایش خطر، کاهش می‌یابد. همچنین CDC عنوان می‌کند که احتمال اتیسم در کودکان متولد شده با ICSI، به نسبت IVF بیش‌تر است.

در نهایت، بایستی به این نقل قول پروفیسور پیتیر بیرمن استاد دانشگاه کلمبیا در WebMD اکتفا نمود که بین اتیسم و IVF ارتباط وجود دارد. اما زمانی که به شرایط بارداری، سن مادران و وضعیت اجتماعی آن‌ها در کشور آمریکا توجه می‌کنیم، این ارتباط، به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد. از طرفی نیز، CDC عنوان می‌کند که در تمام این گزینه‌های درمان با لقاح مصنوعی، بایستی تحقیقات بیش‌تر و کنترل شده‌تری صورت پذیرد.



## تشخیص اتیسم



براساس اطلاعات منتشر شده در CDC که معتبرترین و بروزترین اطلاعات را در زمینه اتیسم ارائه می‌کند، هیچ آزمایش پزشکی مانند آزمایش خون و یا تصویربرداری و... برای تشخیص اختلال اتیسم وجود ندارد و متخصصان برای تشخیص اختلال اتیسم به رفتار

و سیر پیشرفت کودک بر اساس مایل استون‌های استاندارد توجه می‌کنند. اتیسم را در 18 ماهگی و در مواردی در ماه‌های پایین‌تر نیز می‌توان تشخیص داد. اما، تشخیص قطعی در سن 2 سالگی توسط یک متخصص آشنا به غربال و تشخیص اتیسم اتفاق می‌افتد. ولی با این حال، ممکن است تشخیص تا سن رفتن کودک به مدرسه به تعویق افتد و این تاخیر در تشخیص می‌تواند آسیب‌های جبران ناپذیری را برای کودک به همراه داشته باشد. تشخیص اتیسم در دو مرحله صورت می‌گیرد:

### 1) غربالگری فرآیند رشد:

غربالگری فرآیند رشد، یک بررسی کوتاه مدت است که مشخص می‌کند آیا کودک مهارت‌های اساسی را در زمان مشخص به دست آورده است و یا اینکه دچار تاخیر در آنها است. در این فرآیند ارزیاب از والدین سوالاتی را می‌پرسد و در مواقعی نیز با بازی با کودک مهارت‌های او و سطح یادگیری او را مورد بررسی قرار می‌دهد و همینطور کلام، رفتار و حرکت او را مورد سنجش قرار می‌دهد. این غربالگری، بایستی در ماه‌های 9، 18 و 24 ماهگی صورت پذیرد. در سن 9 ماهگی غربال بایستی برای کودکانی که زودرس یا کم وزن هستند و یا خواهر با برادر دارای اتیسم دارند و یا وقفه‌ای در فرآیند رشد آنها به وجود آمده الزاماً صورت پذیرد. این فرآیند در کشور ما، اکنون توسط پایگاه‌های بهداشت و پایگاه‌های دائم تشخیص اختلال

اتیسم، تحت نظارت سازمان بهزیستی، صورت می‌پذیرد و برای این منظور از تست‌های MCHAT و ASQ نیز می‌توان بهره گرفت. در صورتی که کودک در این غربال، نشانه‌ها و علائم نخستین اختلال اتیسم را از خود نشان داد که باعث نگرانی والدین و تردید متخصص می‌گردد، بایستی ارزیابی جامع تشخیصی نیز برای کودک صورت پذیرد.

## 2) ارزیابی جامع تشخیص اتیسم

این بررسی شامل ارزیابی دقیق کودک و مصاحبه با والدین است و می‌تواند شامل ارزیابی شنوایی، بینایی، حسی و حتی آزمایشات ژنتیک گردد. در این مرحله می‌توان از تست‌های استاندارد تشخیص اتیسم شامل ADOS-G، ADI-R و گارس (GARS) استفاده نمود. در حال حاضر تست گارس و ADI-R در کشور ما انجام می‌پذیرد.

## روش‌های نوین پزشکی تشخیص اتیسم با استفاده از خون، ادرار و بزاق دهان

در حال حاضر، مرکز کنترل و پیشگیری آمریکا و دیگر متخصصین، تشخیص قطعی و درست اتیسم را با روش‌های مشاهده‌ای و با استفاده از تست‌های استاندارد، ممکن و صحیح عنوان می‌کنند. اما، تلاش‌هایی در زمینه تشخیص‌های پزشکی در حال انجام است که می‌تواند در آینده، نویدبخش تشخیص زود هنگام حتی در بدو تولد باشد. برای مثال، محققان دانشگاه وارویک انگلستان در سال 2018 آزمایش خونی را طراحی نموده‌اند که می‌تواند با دقت 92 درصد، اتیسم را مورد تشخیص قرار دهد. این دانشمندان، ارتباطی را میان آسیب‌های پروتئینی موجود در پلاسمای خون افراد اتیسم مشاهده نمودند که می‌تواند به نوعی معرف خون فرد دارای اتیسم باشد. این شیوه تشخیص هنوز مورد تایید قرار نگرفته است و مخالفانی دارد که با دلایل خود می‌توانند این رویکرد تشخیصی نوین را زیر سوال ببرند. در آزمایشی مشابه بر روی خون افراد دارای اتیسم در کشور آمریکا در سال 2019 که بر روی اسید آمینه‌های موجود در خون کار می‌کند، عنوان گردیده است که آن‌ها نیز می‌توانند با استفاده از تست خون اتیسم

را تشخیص دهند. در بررسی‌های آن‌ها مشخص گردیده است که 94 درصد از کودکان دارای اتیسم، دارای اشتراکاتی در نسبت‌های غیرمعمول اسیدهای آمینه‌اند و این فاکتور را به عنوان معیار در تست خود مشخص نموده‌اند. بررسی‌های دیگر سال 2019 که بر روی نشانگرهای زیستی اتیسم کار نموده است نیز، اسیدهای آلی موجود در ادرار را برای تشخیص اتیسم استفاده نموده و در این آزمایش نیز عنوان می‌گردد که نتایج نوید بخشی برای این نوع تشخیص نیز وجود دارد که نیازمند تحقیقات بیش‌تر در آینده است. باز هم در سال 2019، آزمایشی بیولوژیک به نام کلاریفای ابداع گردید که با استفاده از تست بزاق دهان و با استفاده از RNA اقدام به تشخیص اختلال اتیسم می‌کند. پژوهشگرانی که بر روی این شیوه کار می‌کنند با تمام نقدهایی که بر کار آن‌ها می‌گردد، عنوان نموده‌اند که شیوه آن‌ها در حدود 82 درصد از کودکان را به درستی تشخیص داده است. تمام این رویکردها و شیوه‌ها می‌توانند در آینده‌ای شاید نزدیک، به عنوان گزینه‌ای اصلی برای تشخیص زود هنگام اتیسم مورد استفاده قرار گیرد؛ اما، این شیوه‌ها هنوز راه درازی برای اثبات خود در مجامع علمی دارند.

### **معیارها، ارزیابی و تشخیص اتیسم بر اساس DSM-5**

در DSM-IV-TR، ملاک‌های تشخیصی اتیسم بر سه محتوا پایه‌ریزی شده بودند: 1- وجود اختلال شدید در تعاملات اجتماعی دو طرفه، 2- وجود نقایص شدید در ارتباط کلامی و غیرکلامی فرد با علائم رفتاری مانند تاخیر در کسب زبان یا فقدان گفتار یا نبود بازی خود انگیخته، 3- وجود رفتارهایی که به‌طور مشخص، منحصر و محدود به فعالیت‌ها و تمایلات تکراری است. این ساختار، مورد انتقاد از طرف پژوهشگران و متخصصان بود، زیرا سازماندهی علائم اتیسم در DSM-IV-TR بیش‌تر بر اساس همانندی بود تا آزمایشات تجربی از عامل ساختاری. در حقیقت، ساختار این سه محتوا کمی دو پهلو می‌نمود و به همین علت برخی از پژوهشگران از آن حمایت می‌نمودند و تعداد زیادی به دنبال ساختاری ساده‌تر و مناسب‌تر بودند. همین مساله، موجب بازنگری در ملاک‌های تشخیصی و ساختاری و پایه‌ای برای

DSM-5 (دی اس ام-5) گردید. ملاک‌های تشخیصی در DSM-5، تنها شامل 2 زمینه است که در آن دو حوزه نخست DSM-IV-TR، در یک حوزه خلاصه گردیده است: نخست، حوزه تعامل و ارتباط اجتماعی؛ دوم، علایق و فعالیت‌های تکراری و محدود. ساختار فاکتور دوم در DSM-V، با استفاده از گرفتن شرح حال از والدین، که کودک در ابتدا علائم را داشته یا نه، مورد بررسی و تکمیل قرار می‌گیرد.

گئورگیاس و همکارانش پیش از انتشار DSM-V، در مقالات خود، یک مدل 3 فاکتوری را ارائه نمودند که در بردارنده یک فاکتور مشترک رفتارهای ارتباطی و اجتماعی و دو فاکتور جداگانه مشکلات زبانی و رفتاری (شامل رفتارهای حرکتی - حسی تکراری) بود. کمپ و بیکر، چهار فاکتور جداگانه مورد استفاده در مصاحبه تشخیصی اتیسم (ADI-R) و پنج فاکتور موجود در جدول مشاهدات تشخیصی اتیسم (ADOS) را پیشنهاد کردند. با وجود این که روش‌های تجربی در هر دو مطالعه ذکر شده، مورد توجه قرار گرفته، ولی هیچ کدام از این مدل‌ها در یک نمونه مستقل، مورد تجزیه و تحلیل کامل قرار نگرفته است. در یک مطالعه، ون لانگ و همکاران، یک مدل جدید شامل تعامل اجتماعی، رفتار و گفتار تکراری و بازی را مستقلاً مورد اعتباریابی قرار دادند. این مدل، به طور کلی موازی با ساختار DSM-V بود، ولی آن‌ها در کار خود نقش کم‌رنگی را برای فاکتور واکنش و تمایلات حسی در نظر گرفته بودند و این مساله در فاکتور بازی، نقایصی را به شکل مشکلات در معاشرت و ارتباط با همسالان از خود نشان می‌داد.

نتایج بدست آمده از مطالعات صورت گرفته توسط ویننی گاتنی، لاورن سوین فورد، امی ودربی و کاترینه لورد، نشان می‌دهد که دو فاکتور پایه در DSM-V بهتر از ورژن‌های قبلی می‌تواند در تشخیص اتیسم موفق باشد. همچنین این پژوهشگران اذعان می‌نمایند، نتایج بدست آمده در پژوهش آن‌ها که از یک جامعه آماری 237 نفری در رنج سنی 12 تا 30 ماه استخراج شده، نشان دهنده تطابق نتایج ارزیابی علائم اتیسم در ADOS-T (جدول مشاهداتی تشخیص اتیسم در اطفال) با ساختار DSM-V است.

ساختار مفروض تشخیص اتیسم که در DSM-V مورد استفاده قرار گرفته است، چهار چوب مناسبی برای تشخیص کودکان مبتلا به اختلال اتیسم دارد و به طور ویژه‌ای نتایج بدست آمده از ساده‌سازی و کاهش تعداد زمینه‌ها، از علائم تشخیصی در DSM-V، حمایت می‌کند.

در DSM-V، نقایص در تعاملات اجتماعی و ارتباطات به بهترین شکل در حوزه نخست قرار داده شده‌اند، درحالی‌که رفتارهای تکراری و محدود و خصوصیات گفتاری غیرمعمول، به خوبی در حوزه دوم جایگزین شده‌اند. در افراد اُتِستیک، رفتارهای تکراری و خصوصیات زبانی غیرمعمول، در مشاهده بالینی کوتاه مدت (30 تا 40 دقیقه) خود را نمایان می‌کنند و به همین دلیل مشخص گردید که ارزیابی این علائم در DSM-V با صرف زمان بیش‌تر، حتی در کودکان با سنین پایین‌تر نیز شدنی است. این یافته‌ها، دانش ما را از ظهور و تشخیص نخستین علائم اختلال اتیسم، که از تجربیات محققین بالینی در ساختار اتیسم بدست آمده است، افزایش می‌دهد. متأسفانه در کشور ایران، بعد از یک سال از انتشار DSM-5، بسیاری از متخصصین، هنوز کودکان را بر اساس DSM-IV-TR، به‌عنوان اسپرگر و یا اصطلاح ساختگی شبه اتیسم تشخیص می‌دهند و بدون توجه به تلاش‌های صورت گرفته توسط متخصصین و پژوهشگران، هم‌چنان خانواده‌ها را در ارزیابی‌های گنگ و مبهم خود سردرگم می‌کنند و امکان این که خانواده بتواند از زمان طلایی آموزش و درمان کودک خود استفاده کند، محروم می‌کنند.

تعدادی پژوهشگران و متخصصین و موسسات درمانی در کشورهای پیشرفته در حیطه درمان اتیسم، عنوان می‌کنند که با ملاک‌های تشخیصی نوین، ممکن است تعدادی از کودکان که قبلاً اُتِستیک تشخیص داده می‌شدند با معیارهای جدید دیگر این تشخیص را دریافت ننمایند. ولی، باید به این مهم نیز توجه کرد که با ملاک‌های جدید می‌توان تا حدودی اختلال اتیسم را از دیگر ناهنجارهای ذهنی متمایز نمود و شیوه‌های درمانی پیشرفته را با کودکانی که با DSM-V تشخیص داده می‌شوند، در سطحی بهتر، پیاده سازی نمود. در اینجا، لازم است به این نکته مهم اشاره گردد که متخصصین ارزیابی و تشخیص که بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی کار می‌کنند، زمان استاندارد تشخیص و ارزیابی را حداقل زمانی بین 30 تا

40 دقیقه عنوان می‌نمایند و این امر نشان دهنده زمان‌بر بودن و حساس بودن فرآیند تشخیص می‌باشد که قطعاً در 5 دقیقه و یا با دادن دستور العمل‌هایی به کودک مانند بشین، پاشو، در را باز کن یا سمت چیست؟ انجام نمی‌پذیرد.

### معیارهای تشخیصی:

**الف:** وجود نقایصی در ارتباطات و تعاملات اجتماعی در تمام زمینه‌های گوناگون که اخیراً یا در گذشته رخ داده است، به صورتی که در ادامه می‌آید.

نقایصی در تقابل اجتماعی و عاطفی، برای مثال، رفتارهای اجتماعی غیرعادی و شکست در گفتگوهای رو در رو؛ کاهش یافتن علایق مشترک، عواطف یا احساسات؛ شکست در شروع تعاملات اجتماعی و یا پاسخ به آن.

نقص در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی مورد استفاده برای تعاملات اجتماعی، برای مثال، کمبود یکپارچگی ارتباطات کلامی و غیرکلامی؛ ناهنجاری‌هایی در تماس چشمی و زبان بدن یا نقایصی در فهم و کاربرد ایما و اشارات؛ نبود کامل حالات چهره و ارتباطات غیرکلامی.

نقایصی در رشد، ادراک و فهمیدن ارتباطات، برای مثال، مشکلات در سازگاری رفتاری در زمینه‌های اجتماعی گوناگون؛ مشکلاتی در مشارکت در بازی‌های تخیلی یا در دوست‌یابی؛ فقدان تمایل به همسالان.

**مشخص شدن شدت موارد اخیر:** شدت این موارد بر پایه آسیب‌های تعاملات اجتماعی و الگوهای رفتاری تکراری و محدود است.

**ب:** الگوهای علایق، فعالیت‌ها و رفتارهای تکراری و محدود؛ همچنین مشاهده شدن دو مورد از موارد زیر که اخیراً یا قبلاً اتفاق افتاده باشد.

فعالیت‌های حرکتی تکراری و کلیشه‌ای، استفاده کلیشه‌ای و غیرمعمول از اشیاء یا گفتار (حرکت‌های ساده کلیشه‌ای، به خط کردن اسباب بازی‌ها و حرکت‌های پروانه‌ای، اکولیلیا و تعابیر شخصی).

پافشاری بر یکنواختی، پیروی بدون انعطاف از امور روزانه یا الگوها یا رفتارهای کلامی یا غیرکلامی تشریفاتی (برای مثال، پریشانی شدید در اثر کوچک‌ترین تغییر، مشکلات با تغییرات، الگوهای فکری جامد، مراودات تشریفاتی، نیاز به حفظ خط سیری ثابت در امور روزانه و یا خوردن یک غذا هر روز)

محدودیت فراوان در اثر علائق ثابت، که در شدت یا مرکز توجه بودن غیر عادی هستند (برای مثال، وابستگی و تمایلات شدید به اشیاء غیر معمول، علائق افراطی محدود یا ثابت). بیش‌واکنشی یا کم‌واکنشی به درون داد حسی یا علائق غیر معمول در جنبه‌های حسی در محیط (نشان دادن بی‌تفاوتی به درد یا فشار، پاسخ‌های مغایر به صداها یا نسوج خاص و یا پاسخ افراطی به بوها یا لمس شدن، شیفتگی دیداری به نورها یا حرکت).

## **شدت این موارد بر پایه آسیب‌های تعاملات اجتماعی و الگوهای رفتاری تکراری و محدود است.**

بیشتر علائم می‌بایستی در دوره‌های اولیه رشد مشاهده شود (اما ممکن است تا زمانی که نیازهای اجتماعی، ظرفیت‌های محدود در این زمینه را نمایان سازد، به طور کامل آشکار نگردد، یا این‌که ممکن است به وسیله راهبردهای یادگرفته شده در مراحل بعدی زندگی پوشیده شده باشد). علائم، موجب آسیب‌های مهم در امور اجتماعی، حرفه‌ای یا دیگر زمینه‌های مهم در عملکرد فعلی فرد گردیده باشد.

این اختلالات، به واسطه نقص در عملکرد هوش یا تاخیر در رشد کلی نمایان نمی‌شود (اختلالات رشدی هوشی). ناتوانی هوش و اختلال طیف اتیسم اغلب با هم رخ می‌دهد؛ و هر

دو هم‌زمان نمایان می‌گردد. برای تمایز بین این اختلال و اختلالات هم‌زمان تعامل اجتماعی باید در تمام مراحل رشد مورد نظر قرار بگیرد.

**نکته:** افرادی که در DSM-IV اُتِستیک، اسپرگر یا PDD-NOS تشخیص داده شده‌اند، بایستی دوباره مورد ارزیابی و تشخیص قرار گیرند. افرادی که مشخصه نقص در تعاملات اجتماعی را دارند ولی علائم دیگری که معیار تشخیص اتیسم باشد را نشان نمی‌دهند، می‌بایستی برای اختلال تعامل اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرند.

#### در زمان تشخیص توجه به این نکات الزامیست:

اختلال، با آسیب هوشی یا بدون آسیب هوشی همراه باشد (در صورت وجود آسیب هوشی بایستی دیگر ملاک‌های تشخیصی اتیسم مورد بررسی قرار گیرند؛ مانند علایق محدود، حرکت‌های کلیشه‌ای و... و توجه به این مهم که ناتوانی‌های عملکردی کودک مانند فقر ارتباط به خاطر اختلال هوش یا عقب ماندگی ذهنی نباشد). اختلال، با آسیب زبانی یا بدون آسیب زبانی همراه باشد. (از مطالب ورژن جدید این‌گونه بر می‌آید که نمی‌توان تاخیر زبان و عدم رشد زبان و گفتار را منحصراً ملاکی برای تشخیص اتیسم دانست). اختلال، با یک عامل شناخته شده پزشکی یا شرایط ژنتیک یا عامل محیطی ارتباط داشته باشد. (در زمان ارزیابی و تشخیص اتیسم می‌بایستی به شرح حال و تاریخچه‌ای که والدین شرح می‌دهند توجه نمود). ارتباط داشتن با دیگر اختلالات رفتاری یا ذهنی یا رشدی عصبی (به این مهم توجه شود که کودک اکثریت ملاک‌های مرتبط تشخیصی را داشته باشد، برای مثال، باید مراقب بود که ملاک‌های تشخیصی اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا رفتار تخریبی کودک با علائم رفتاری اختلال اتیسم اشتباه نشود، به همین علت می‌بایستی در زمان تشخیص و ارزیابی به شرح حال و تاریخچه خانوادگی و شرایط و علائم کودک در فرایند رشد توجه گردد تا در صورت امکان جلوی تشخیص‌های انحرافی گرفته شود).



## علائم و نشانه های نخستین اتیسم (تا پیش از 2 سالگی)



اتیسم، در سال‌های اول زندگی خود را نشان می‌دهد. به صورتی که 50 درصد والدین پیش از 12 ماهگی و 80 تا 90 درصد والدین پیش از 24 ماهگی متوجه علائم این اختلال در کودکان می‌گردند. فرد مبتلا، با چالش‌های رفتاری و اجتماعی زیادی رو به رو است؛ مشکلاتی چون رفتارهای تکراری و عدم

ارتباط با دنیای اطراف و نقایص گفتاری، از این جمله هستند. علائم روشن‌تر اتیسم، در سنین بین 2 تا 3 سالگی خود را نشان می‌دهد؛ ولی محققین در حال بررسی و کار بر روی علائم تا پیش از 18 ماهگی هستند و به نتایج تقریباً قابل استنادی نیز دست یافته‌اند.

مهم‌ترین نکته در مورد کودکان اُتیستیک، تشخیص به هنگام این اختلال است تا بتوان با استفاده از تکنیک‌ها و رویکردهای استاندارد، از دوره حساس رشد این کودکان نهایت استفاده را نمود و نقایص به وجود آمده توسط این اختلال را جبران یا پیشگیری کرد. به همین دلیل است که تشخیص به موقع برای کودک دارای اتیسم حیاتی است. برای همین منظور، والدین می‌بایستی تا پیش از 2 سالگی به علائم زیر توجه کنند؛ البته برخی از این علائم ممکن است در کودکان دارای فرآیند رشد عادی نیز دیده شود، ولی در کودکان مشکوک به اتیسم به صورت حداکثری مشاهده می‌گردد.

این علائم به شرح زیر است:

- ✓ تا 5 ماهگی، هیچ لبخند اجتماعی یا رفتاری که نشان دهنده شادی در اثر ارتباط با دیگران باشد در وی مشاهده نگردد.
- ✓ تا 6 ماهگی، نمی‌خندد.
- ✓ تا 6 ماهگی، هیچ ارتباط چشمی در کودک مشاهده نگردد و یا به صورت کاملاً محدود وجود داشته باشد.
- ✓ تا 8 ماهگی، توجه‌ای به بازی‌های دالی یا داکی ندارد و از آن لذت نمی‌برد.
- ✓ تا 9 ماهگی، هیچ آوا یا غان و غونی وجود ندارد و هم‌چنان کودک بدون لبخند است و ارتباط غیر کلامی نیز وجود ندارد. در این سن، کودک آوا و یا حالات چهره دیگران را نیز تقلید نکند.
- ✓ تا 12 ماهگی، هیچ‌گونه علامتی برای برقراری ارتباط غیرکلامی مانند اشاره برای درخواست کردن یا نشان دادن وجود نداشته باشد.
- ✓ تا 12 ماهگی، کودک هیچ‌گونه پاسخی به نام خود نشان ندهد.
- ✓ تا 12 ماهگی، برای آرامش و یا رفع نیاز به دنبال پدر و مادر خود نمی‌گردد.
- ✓ تا 16 ماهگی، کودک هیچ کلمه‌ای نگوید.
- ✓ تا 18 ماهگی، به صورت معمول بازی نکند.
- ✓ تا 24 ماهگی، کودک هیچ جمله معنی‌دار دوکلمه‌ای نگوید.
- ✓ و در نهایت هرگونه پسروی در مهارت گفتاری، اجتماعی و ارتباطی بعد از یک تا دو سالگی.

والدین گرامی در صورت مشاهده علائم ذکر شده، می‌توانید با مطالعه و آگاهی از ماساژ و تمرینات حرکتی برای نوزادان در خطر اختلال رشد (تمرینات مادر و کودک زیر یک سال) و اجرای دستورالعمل‌های کاربردی در این راستا شرایط بهتری را برای کودک خود ایجاد کنید.

## علائم و نشانه‌های اختلال طیف اتیسم (پس از 2 سالگی)

بیشترین احتمال تشخیص در کشور ایران، در مقطع سنی 2 تا 5 سال یا به اصطلاح تا پیش از دبستان صورت می‌پذیرد. به همین خاطر به این دوره سنی به صورت مفصل‌تر می‌پردازیم. بر اساس فرمت استاندارد دی که dsm5 برای متخصصان مشخص نموده است، برای تعیین سطح اختلال طیف اتیسم پزشکان و روانشناسان بایستی دو مورد را در نظر بگیرند:

الف- توانایی ارتباطات اجتماعی کودک

ب- رفتارها و علائق محدود و تکراری

هرچه سطح پایین‌تر باشد، کودک به پشتیبانی کم‌تری نیاز پیدا می‌کند. به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم سطح یک علائم خفیف‌تری دارند و ممکن است نیاز به پشتیبانی کم‌تری داشته باشد. مبتلایان به اختلال طیف اتیسم سطح 2 و 3 علائم متوسط تا شدید داشته و نیاز به پشتیبانی به مراتب بیش‌تری داشته باشند. اگرچه dsm، توضیحات دقیقی را در مورد طیف اتیسم ارائه می‌کند؛ اما، این توضیحات کامل نیستند و هیچ‌گونه راهنمایی در مورد نوع خاص پشتیبانی که ممکن است کودک نیاز داشته باشد، ارائه نمی‌کند. و البته برخی افراد نیز به وضوح در هیچ‌کدام از این 3 سطح قرار نمی‌گیرند و از طرفی نیز اختلال طیف اتیسم ممکن است با گذر زمان تغییر یافته و شدیدتر گردد.

## انواع سطوح اختلال طیف اتیسم

### 1) اختلال طیف اتیسم سطح 1



افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم سطح یک که به آن اتیسم خفیف نیز گفته می‌شود. مهارت-های ارتباطی و تعاملی قابل توجهی با دیگران دارند. این کودکان می‌توانند گفتگو کنند، اما در باقی ماندن و ادامه دادن شوخی‌ها یا استعاره‌ها دچار مشکلاتی‌اند. در این سطح،

این کودکان می‌توانند دوست‌یابی کنند و برای خود دوستانی داشته باشند. بر اساس dsm5، افرادی که در این سطح تشخیص داده می‌شوند و برچسب سطح یک را دریافت می‌کنند نیاز به حمایت دارند.

### علائم اختلال طیف اتیسم سطح 1

- علاقه کم به تعامل یا فعالیت‌های اجتماعی (نشانه‌های بارز از مشکلات در برقراری ارتباط).
- در شروع تعاملات اجتماعی مانند صحبت کردن دچار دشواری‌هایی هستند.
- به‌طور معمول، این کودکان می‌توانند با دیگران تعامل برقرار کنند، اما در حفظ و ادامه یک مکالمه عادی دچار مشکل می‌گردند و نیاز به تلاش دارند و یا به عبارت دیگر، فرد مبتلا در سطح یک، به‌طور کامل می‌تواند با جمله صحبت کند اما تلاش‌های او برای ادامه دادن یک مکالمه ناموفق است. این گفتار در برخی مواقع به صورت رباتیک مشاهده می‌گردد.
- وجود مشکلاتی در سازگاری با تغییرات در رفتار و یا زندگی روزمره.
- مشکل در برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی که به سیستم‌سازی مشهور است.
- برقراری تماس چشمی محدود
- دورنما و راهکار درمانی

برای این افراد، از اصطلاح اتیسم عملکرد بالا و یا (HFA) نیز استفاده می‌کنند، که عبارتی غیررسمی است و نمی‌توان منبع علمی مشخصی برای این عبارت یافت و یا اینکه برخی از افراد که احتمالاً از دانش پایینی در زمینه اختلال طیف اتیسم برخوردارند و یا به معیارهای قدیمی تشخیص اختلال طیف اتیسم استناد می‌کنند، از اصطلاح سندروم اسپرگر استفاده می‌کنند که با سیستم طبقه‌بندی جدید اختلال طیف اتیسم مطابقت ندارد.

در حدود 10 درصد از مبتلایان به اتیسم دارای مهارت‌های خاص هستند که می‌توان به آن‌ها، ساونت یا نابغه اطلاق نمود. مانند نقشی که داستین هافمن در مرد بارانی ایفا می‌نمود و به عنوان یک بزرگسال اُتیستیک مهارت خاصی در محاسبات عددی داشت. این افراد دارای نبوغ در مواردی خاص هستند و البته نمی‌توان به طور قطع عنوان نمود که این 10 درصد فرد نابغه، تماماً در سطح یک اختلال طیف اتیسم قرار دارند. برای مثال، نوایج اُتیستیکی وجود دارند که برای نشان دادن توانمندی‌های خود، دائماً به کنفرانس‌ها و سمینارها یا دانشگاه‌های مختلف در آمریکا و اروپا دعوت می‌گردند و این افراد می‌توانند با توانایی چشم‌گیری، نبوغ خود را به دیگران معرفی کنند. اما، همین فرد بایستی والدین‌شان بند کفش‌ها یا کروات‌شان را ببندند. یکی از این نوایج، به خاطر این‌که چراغ کلید آسانسور هتل اقامت‌شان قرمز رنگ بود نه آبی رنگ، در روز معارفه خود، درگیر با رفتارهای تکراری شدیدی شده و نتوانسته بود تمام مدت در سمینار باقی بماند.

اما افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم سطح یک، اغلب در کیفیت بالایی از زندگی و با پشتیبانی کم باقی می‌مانند. این حمایت برای آن‌ها معمولاً به صورت رفتاردرمانی یا بازی‌درمانی صورت می‌گیرد. هر دوی این رویکردها می‌توانند به پیشرفت مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی کمک کنند. رفتاردرمانی هم‌چنین می‌تواند به رشد رفتارهای مثبتی که ممکن است به طور طبیعی ایجاد نشود، کمک کند. برای این کودکان، می‌توان از رویکرد درمانی TEACCH استفاده کرد. این رویکرد درمانی-آموزشی طیف اتیسم، می‌تواند به استقلال و خودانگیختگی فرد مبتلا به طیف اتیسم کمک فراوانی کند و به همین خاطر است که اکنون این رویکرد در کشور آمریکا

برای کودکان سطح یک بیش تر مورد استقبال قرار گرفته است. این رویکرد ساختمند می تواند کودک اُتیسٹیک را برای رفتن به مدرسه آماده کند و پس از سنین مدرسه نیز به کودک اُتیسٹیک سطح یک، سیستمی دارای ساخت برای انجام امور روزمره ارائه می کند.

## **(2) اختلال طیف اتیسم سطح 2**

Dsm-5، خاطر نشان می کند افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم سطح 2 یا اتیسم متوسط نیاز به پشتیبانی قابل توجهی دارند. علائم مرتبط با این سطح، شامل فقدان شدید مهارت های ارتباطی کلامی و غیرکلامی است که تقریباً در تمام امور روزمره این افراد تاثیرگذار است و روند زندگی را برای آنان دشوارتر می سازد.

## **علائم اختلال طیف اتیسم سطح 2**

- وجود مشکلات در تقابل با تغییر روال امور روزمره و محیط.
- عدم مهارت قابل توجه در ارتباط کلامی و غیرکلامی. تاخیر در رشد کلامی را می توان با تاخیر در گفتار در مراحل رشد به وضوح مشاهده نمود.
- مشکلات رفتاری به حدی قابل مشاهده است که گاه به گاه برای همراهان قابل مشاهده است.
- پاسخ و واکنش غیرمعمول یا تعدیل یافته به نشانه های اجتماعی، ارتباطات یا تعاملات. در این کودکان، آسیب های اجتماعی با وجود پشتیبانی هم چنان وجود دارد.
- مشکل عدیده در سازگاری با تغییر.
- ارتباط برقرار نمودن با استفاده از جملات و عبارات خیلی خیلی ساده.
- علایق خاص و محدود.

افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم سطح 2، به طور کلی نیاز به حمایت بیش تری دارند. چرا که آن ها حتی با دریافت پشتیبانی هم در سازگاری با تغییرات مشکلات فراوانی دارند. برای مبتلایان به این سطح، انواع روش های درمان اتیسم می توانند کمک کننده باشد. به عنوان مثال،

یکی از بهترین گزینه‌ها برای این سطح، یکپارچگی حسی است؛ زیرا این درمان به آن‌ها کمک می‌کند که چگونه با ورودی‌های حسی رو به رو گردند. مانند:

- بوهای نامطبوع
- صداهای بلند یا آزارنده
- پریشانی در اثر محرکات دیداری
- نورهای چشمک زن

کاردرمانی برای افراد در این سطح بسیار سودمند است؛ چرا که این نوع درمان به آن‌ها کمک می‌کند تا برای انجام کارهای روزمره آماده‌تر گردند. گفتاردرمانی نیز می‌تواند به این کودکان برای برقراری ارتباطی پایاتر و پویاتر کمک کند. اما کودک اُتِستیک سطح 2، پیش از تمام نیازهای درمانی، نیازمند برطرف نمودن آشفتگی‌های حسی خود است. به همین خاطر در کشورهای پیشرفته در زمینه درمان اتیسم، در ابتدا این کودکان را در برنامه‌های حسی قرار می‌دهند. موسیقی درمانی و بازی درمانی نیز می‌تواند در کنار رویکرد ABA، به این کودکان کمک کند.

### **(3) اختلال طیف اتیسم سطح 3**

این شدیدترین سطح اختلال طیف اتیسم است و به همین خاطر به آن اتیسم شدید نیز گفته می‌گردد. بر اساس Dsm-5، افراد مبتلا در این سطح، نیاز به پشتیبانی اساسی و فراوان در تمام امور روزمره در زندگی خود دارند. علاوه بر عدم وجود مهارت‌های ارتباطی شدید در مبتلایان به اختلال طیف اتیسم سطح 3، رفتارهای تکراری و محدود نیز در این افراد نمایان است. رفتارهای تکراری، به رفتارها، فعالیت‌ها یا گفتارهایی اشاره دارد که بارها و بارها تکرار می‌گردند؛ و رفتارهای محدود کننده رفتارهایی هستند که فرد را از دنیای اطراف خود دور می‌کند و می‌تواند شامل عدم سازگاری با تغییر و محدودیت در علایق باشد.

### علائم اختلال طیف اتیسم سطح 3

- فقدان مهارت‌های ارتباطی و کلامی و غیرکلامی به صورت کاملاً بارز.
  - تمایل بسیار کم به مشارکت‌های اجتماعی و تعامل با دیگران.
  - مشکل در تغییر دادن رفتارها.
  - دشواری فراوان در تقابل با تغییرات غیرمنتظره در امور روزمره یا در محیط پیرامون.
  - به هم ریختگی یا مشکلات شدید در مقابل تغییر دادن توجه و تمرکز بر موردی خاص.
  - کودک در سطح 3، برای ارتباط کلامی از تک کلمه‌ها استفاده می‌کند.
- افراد مبتلا به اختلال طیف اتیسم سطح 3، معمولاً نیاز به درمان پیوسته و فشرده دارند که بر موضوعات مختلفی از جمله بر ارتباط و رفتار متمرکز است. با اینکه هیچ دارویی برای درمان اختلال طیف اتیسم به طور خاص تاکنون شناخته نشده است، این کودکان در اکثر موارد به دارو درمانی نیاز مبرم خواهند داشت تا علائم و اختلالات همراه افسردگی یا توجه و تمرکز را بهبود دهد. این افراد به یک پشتیبان دائم برای بدست آوردن مهارت‌های اساسی نیازمندند تا بتوانند به صورت موثر در مدرسه و یا خانه عمل کنند. دکتر کارن گیل و آرون کاندولا، به صورت خلاصه این سه سطح را به این شیوه تفسیر می‌کنند که:
- ❖ فرد دارای اختلال طیف اتیسم سطح 1، برای اختلال در عملکرد اجتماعی دچار مشکل است و نیازمند پشتیبانی است.
  - ❖ فرد دارای اختلال طیف اتیسم سطح 2، علاوه بر مورد بالا، برای رفتارهای محدود کننده و تکراری نیز نیازمند پشتیبانی است.
  - ❖ فرد دارای اختلال طیف اتیسم سطح 3، علاوه بر موارد بالا، برای زندگی روزمره و عادی خود نیز نیازمند پشتیبانی است.



## علائم مشترک در هر 3 سطح اختلال طیف اتیسم

موارد گفته شده در بالا، علائم اختلال طیف اتیسم را به تفکیک توضیح می‌دهد. اما مبتلایان به اختلال اتیسم در برخی علائم اشتراکاتی دارند که در هر سطح با میزان متفاوت مشاهده می‌گردد.

### علائم اجتماعی

- مشکل در شروع و ادامه گفتگو
- پاسخ و واکنش نادرست به دیگران
- امتناع از تماس چشمی
- عدم درک و واکنش نادرست به هیجانات دیگران
- عدم درک دیدگاه‌های دیگران که به تئوری ذهن مشهور است.
- عدم توجه مشترک
- نبود یا محدودیت در ارتباط چشمی
- 

### علائم رفتاری

- رفتارهای تکراری مانند تکان خوردن‌ها، مسیر طی کردن‌های تکراری، گفتارهای تکراری
- فاصله گرفتن از دیگران
- داشتن علایق وسواس گونه در موضوعات خاص
- داشتن مهارت‌های خاص برای مثال در زمینه ریاضیات یا موسیقی
- عدم توانایی در کنار آمدن با تغییرات روزمره
- علاقه‌مندی به قسمت‌های خاصی از یک شی مانند چرخ ماشین یا قطعه‌های لگو
- اختلال در پردازش حسی
- اختلال خواب

## علائم اتیسم در نوجوانان (پس از پنج سالگی)



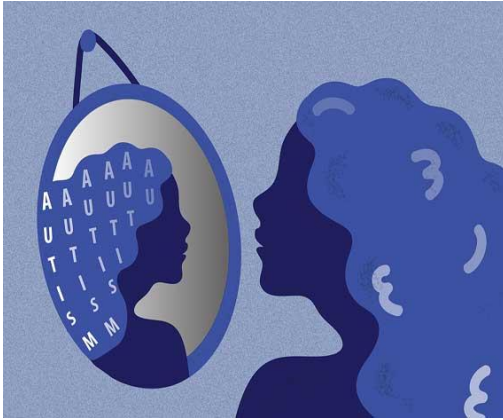
تا اینجا علائم اتیسم تا پیش از 2 سالگی و سپس تا پیش از 5 سالگی معرفی گردید؛ اما اگرچه اختلال اتیسم از دو یا سه سالگی قابل تشخیص است، در کشور ایران، بسیاری از کودکان هستند که تا سن مدرسه تشخیص دریافت نمی‌کنند و زمانی که وارد مدرسه می‌شوند و تاخیرهایی در مهارت‌های زبانی

یا اجتماعی نشان می‌دهند، والدین را درگیر با واژه‌ای به نام اتیسم می‌سازند. از طرفی، کودکانی که علائم خفیف‌تری دارند و یا اتیسم عملکرد بالا هستند هم ممکن است جزو دسته‌ای باشند که تا سن مدرسه تشخیص دریافت ننموده‌اند. کودکانی که بیش از پنج سال سن دارند، ممکن است علائم اتیسم خفیف را به شرح زیر نشان دهند:

- گستره محدود علایق و وسواس به موضوعات خاص.
- وجود رفتارهای تکراری مانند حرکت بال بال زدن، دور خود چرخیدن.
- نبود ارتباط چشمی و یا دزدیده نگاه کردن به دیگران (نگاهی که مستقیم و در چشم نیست).
- مشکلات در ارتباط اجتماعی (اصولاً در دوستی و بازی با دیگر کودکان مشکل دارند).
- عدم درک احساسات دیگران مانند ناراحتی والدین (در صورت مشاهده گریه مادر تغییر در حالات آن‌ها مشاهده نمی‌شود و کنجکاو حالات مادر نمی‌گردند).
- ترجیح تنهایی به جای بودن با دیگر کودکان.
- دوری از تماس جسمی با دیگران و اجتناب از لمس شدن.
- الگوهای خواب غیر معمول.
- در گفتار و کلام به جای گفتار عامیانه از کلام رسمی و ماشینی استفاده می‌کنند.

- تاکید بر امور روزمره و روتین و این که هر روز راس یک ساعتی چه کاری و چگونه باید انجام بگیرد.
- ترجیح برخی غذاها و خوراکی ها و یا لباس ها یا اشیاء خاص.
- اما در کودکان در این سن که اטיسم شدیدتری دارند علائم زیر ممکن است مشاهده گردد:
- اصلا از گفتار استفاده نمی کنند (در حدود 25 تا 50 درصد کودکان دارای اטיسم به مهارت های گفتاری دست پیدا نمی کنند و دست یابی به گفتار بعد از 5 سالگی نیز برای آنها امری بسیار بسیار نادر است).
- از تغییرات در امور روزمره بسیار ناراحت می شود و به هم می ریزد.
- رفتارهای چالش برانگیز مانند پرخاشگری و یا کوبیدن سر و یا دیگر آزاری مشاهده می گردد.
- در زندگی روزمره مانند دستشویی رفتن، لباس پوشیدن، حمام کردن نیازمند کمک هستند.
- درگیر رفتارهای تکراری شدید هستند، مانند تکان های شدید بدن (بالا و پایین پریدن).
- اصرار شدید بر روالها و روتین های زندگی و به هم ریختن در صورت تغییری در آنها.
- داشتن رژیم غذایی خاص.

## علائم اتیسم در بزرگسالان



اتیسم اختلالی مادام العمر است و ممکن است برخی افراد در بزرگسالی تشخیص داده شوند که مبتلا به اتیسم هستند، که ممکن است به خاطر این باشد که این افراد در طیف بالای عملکرد اتیسم قرار دارند و علائم به صورتی است که در دوره‌های پیش از این قابل تشخیص نبوده است. البته می‌توان به

این امر، تشخیص‌های اشتباه پیشین مانند بیش‌فعالی و نقص توجه یا وسواس را نیز اضافه نمود. یک فرد بزرگسال دارای اتیسم، دارای علائم زیر است:

- در تعاملات اجتماعی با مشکلاتی مواجه است و ممکن است اصلاً دوستی نداشته باشند.
- از برقراری ارتباط چشمی به وضوح اجتناب می‌کند.
- عدم درک و توجه به حرکات غیرکلامی و یا اشارات در صورت دیگران
- تغییر در صدای دیگران در اثر تغییر حالات عاطفی و هیجانی را درک نمی‌کند.
- عمل طبق روال و اصول خود و تغییر در آن موجب عصبانیت یا رنجش او می‌گردد.
- به سروصدای بلند و بوی قوی و یا مزه‌های قوی حساسیت نشان می‌دهند.
- رفتارهای تکراری مانند ضربه زدن‌هایی با دست به میز و یا دیوار یا به بدن خود دارند (این حرکات ممکن است مانند دوران کودکی به راحتی قابل مشاهده نباشد، برای نمونه، ممکن است دائم حالت خاصی به دست‌ها یا بدن خود بدهند).
- حافظه بسیار خوب.
- این افراد در مشاغل خود بیش‌تر دوست دارند بر اساس دستورالعمل‌ها کار کنند.
- این افراد در مشاغلی مانند IT یا برنامه نویسی که به صورتی روتین انجام می‌گردد، موفقیت دارند و از آن لذت می‌برند.

اما علائم اتیسم شدیدتر در افراد بزرگسال نیز به شرح زیر است:

- اصلاً از گفتار استفاده نمی‌کنند.
- از تغییرات در امور روزمره بسیار ناراحت می‌شود و به هم می‌ریزد.
- رفتارهای چالش برانگیز مانند پرخاشگری و یا کوبیدن سر و یا دیگر آزاری دارد.
- نیازمند کمک در امور روزمره؛ دستشویی رفتن، لباس پوشیدن، مسواک زدن، حمام کردن.
- درگیر رفتارهای تکراری شدید هستند؛ مانند تکان‌های شدید بدن (عقب و جلو رفتن و یا تکان‌های شدید دست‌ها که ممکن است با صدا یا خنده‌های بی‌مورد نیز همراه باشد).
- اصرار شدید بر روال‌ها و روتین‌های زندگی و به هم ریختن در صورت تغییر و افسردگی.
- اضطراب شدید با علائم تحریک پذیری، بی‌خوابی، تپش قلب، سر درد، سرگیجه

### تشخیص و ارزیابی دقیق اتیسم با تست و آزمون‌های استاندارد

از آنجا که، اتیسم طیف وسیعی از رفتارها را در برمی‌گیرد و به دلیل هم‌پوشی بعضی از این رفتارها، میان اختلال طیف اتیسم با سایر اختلالات رشدی و هوشی و همچنین شناخت این اختلال نورولوژیک از روی علائم رفتاری، امر تشخیص در این اختلال دشوار گردیده است؛ به همین علت، متخصصان روانپزشک و پژوهشگران اتیسم، به دنبال ضرورت تشخیص دقیق این اختلال، در پی تحقیقات جدید خود از میان آزمون‌های طراحی شده برای غربال و تشخیص، آزمون‌های SCQ، ADI-R و ADUS را به عنوان سه آزمون استاندارد طلایی در تشخیص اتیسم انتخاب نمودند. این 3 آزمون، به دنبال یکدیگر بهترین و معتبرترین و دقیق‌ترین تشخیص را برای تفکیک کودکان طیف اتیسم با سایر اختلالات رشدی و هوشی دارند. در حال حاضر، دو آزمون SCQ و ADI-R، برای اولین بار در کشور توسط متخصص این حیطه، جناب آقای دکتر سید علی صمدی، متخصص برجسته اتیسم آموزش داده شده است.

آزمون ADI-R، یکی از پرکاربردترین آزمون‌ها برای شناسایی و تشخیص اتیسم است که در قالب مصاحبه‌ای ساخت‌دار اجرا می‌گردد و شامل گفتگو با والد یا مراقب کودک است. این گفتگو، با سوالاتی در مورد تاریخچه رشدی و توصیف رفتارهای فعلی مراجع شروع می‌گردد و سطح شناخت و توانایی زبانی و حرکتی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. تقریباً تمامی موارد این آزمون، رفتار مراجع را در دو بازه زمانی حال حاضر و گذشته مورد سنجش قرار می‌دهد. این آزمون، برای کودکان 2 ساله یا افراد با سن عقلی بیش از 18 ماه قابل اجرا است و برخلاف برخی آزمون‌های تشخیصی در این طیف (مانند گارس)، برای سنین بالاتر نیز اجرا می‌گردد. با توجه به وجود رفتارهای مشترک میان کودکان اتیسم سطح 2 و سطح 3 با سایر اختلالات رشدی و هوشی، مانند عقب ماندگی ذهنی، ADHD، عدم یکپارچگی حسی و...، این آزمون به راحتی قادر به تفکیک افراد طیف از اختلالات دیگر می‌باشد.

### نکات بارز و متفاوت آزمون ADI-R

- مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا ابزار تشخیصی ADI-R را به عنوان یکی از بهترین ابزارهای تشخیص اتیسم معرفی کرده است.
- تست ADI-R، به عنوان یکی از آزمون‌هایی طلایی تشخیص، به روانپزشک این اطمینان را می‌دهد که تمامی حیطه‌های DSM-5، مورد ارزیابی قرار گرفته است و این که کودک در کدام یک از انواع سطوح اختلال طیف اتیسم قرار می‌گیرد.
- این آزمون، یک ابزار تشخیصی و در عین حال تنها آزمونی است که با مشخص کردن وجود نقص در حیطه‌های مختلف، براساس آن می‌توان پروتکل درمانی برای فرد نوشت.
- زمان اجرای این آزمون ممکن است 90 تا 120 دقیقه و یا شاید بیش‌تر به طول بیانجامد و این نشان دهنده دقت بالای آزمون و تحلیل و تفسیر دقیق گفته‌های والد در مورد رفتار کودک می‌باشد.
- به دلیل بررسی دقیق‌تر این آزمون در مورد رفتارهای فرد در دو مقطع زمانی گذشته و حال، می‌توان از آزمون برای تفکیک رفتارهای خود انگیخته فرد از رفتارهای اکتسابی استفاده کرد.

## گفتار و زبان در کودک دارای اتیسم



گفتار و زبان در کودک دارای اتیسم، بسته به شدت اختلال او متفاوت است، به همین خاطر است که توانایی گفتار و مهارت‌های زبانی در هر سطحی از اتیسم متغییر است. در سطح یک یا اتیسم خفیف، کودک ممکن است کمی با تاخیر از کلمه‌ها استفاده کند و حتی بتواند جمله‌سازی کند. اما در شروع کردن مکالمات و

گفتگو و ادامه دادن آن، نیازمند کمک است و همان‌طور که در بخش علائم اتیسم سطح یک گفته شد، ممکن است گفتار او کمی رباتیک به نظر برسد.

اما با استفاده از روش‌های صحیح در مورد این کودکان، می‌توان به سطح خوبی از گفتار در این کودکان دست یافت و حتی ممکن است این کودکان در بزرگسالی به سخنوران خوبی تبدیل شوند و بتوانند بیش‌تر از یک ساعت در مقابل هزاران نفر سخنرانی کنند. اما، ممکن است در ادامه دادن یک مکالمه دوستانه با یک دوست مشکل داشته باشند. این کودکان ممکن است در درک و معنی گفتگوها مشکلی نداشته باشند، ولی اصولاً مشاهده می‌گردد که در لحن و زیرو بمی گفتار خود دچار مشکلاتی هستند.

گفتاردرمانی و استفاده از رویکردهای بازی درمانی و روش جاسپر و همین‌طور برای کودکان نوپا و خردسال سطح یک استفاده از روش دنور، می‌تواند نتایج درخشانی به همراه داشته باشد. گفتار در کودک دارای اتیسم سطح 2 یا متوسط، تفاوت چشم‌گیری با سطح یک دارد. مشکلات گفتاری در این کودکان با وضوح بیش‌تری قابل مشاهده است. این کودکان نه تنها شروع کننده‌های خوبی برای مکالمه نیستند، بلکه ادامه دهندگان خوبی نیز برای مکالمات نیستند. ممکن است گفتار داشته باشند و در مواردی گفتار آن‌ها هم تا حدودی خوب است، ولی در اکثر مواقع این گفتار خیلی مفهومی و قابل درک نیست و اگر در پشت این گفتار مفهوم

و یا معنی وجود داشته باشد، فقط نزدیک‌ترین افراد به او می‌توانند بفهمند که او چه می‌گوید. برای بهبود گفتار کودک دارای اتیسم سطح 2 نیز، می‌توان از خدمات گفتار درمانی و همچنین از رویکرد ای بی ای بهره برد.

کودک دارای اتیسم سطح 3، گفتار و مهارت‌های زبانی ناقصی دارد و اصولاً مهارت و توانایی استفاده از گفتار برای ارتباط برقرار کردن را ندارد و شاید تنها برای برطرف کردن نیازهای اولیه خود، از تک کلمات و یا جملات دو کلمه‌ای استفاده کند. برای این کودکان، بیش‌تر از کارت تصاویر و یا از سیستم‌های الکترونیک استفاده می‌گردد، تا آن‌ها بتوانند با این واسطه حداقل توانایی ارتباط با دنیای اطراف را داشته باشند.



## شیوه‌های فرزندپروری والدین دارای کودکان با اختلالات طیف اتیسم



بزرگ کردن و تربیت کودک دارای اختلال طیف اتیسم می‌تواند بسیار چالش برانگیز و در برخی مواقع طاقت فرسا باشد. کودک دارای اختلال طیف اتیسم، بازی نمی‌کند، ممکن است عصبی یا مضطرب باشد و رفتارهایی گیج‌کننده و ناامیدکننده برای والدین خود داشته باشد و به راحتی می‌تواند موجب

آشفتگی والدین خود گردد و در شیوه فرزندپروری آن‌ها تاثیر گذار باشد. ولی در عین حال، کودکان دارای اتیسم دارای نقاط قوت و توانایی‌هایی هستند که فقط زمانی که والدین سازگار می‌گردند و در مسیری قدم برمی‌دارند که برای فرزندشان بهترین و درست‌ترین گزینه است، می‌توانند پدیددار گردند. این بدین معنی است که، هنگامی که یک فرزند اُتیستیک دارید، همیشه بهتر این نیست که آنچه که در لحظه احساس می‌کنید، انجام دهید، در عوض بایستی به دنبال آن چیزی بروید که حس می‌کنید طبیعی است. به همین دلیل، شاید برای رفع نیازهای فرزندتان نیاز به اصلاح شیوه‌های فرزندپروری یا ترجیحات خود داشته باشید. به عبارت دیگر، شما ممکن است نیاز داشته باشید که آگاهانه از برخی سبک‌های فرزندپروری دوری کنید که می‌تواند به راحتی رابطه شما را با فرزند دارای اتیسم تان تخریب و تضعیف کند.

### شیوه فرزندپروری بر بهبود اختلال اتیسم یا بدتر شد آن تاثیر مستقیم دارد:

نقص در مهارت‌های ارتباطی و محدودیت در علایق و رفتارهای تکراری در اوایل دوره‌های رشد کودک دارای اتیسم و در زمان شکل‌گیری شیوه فرزندپروری والدین ظاهر می‌گردند. در حالی که والدین این مشکلات را ایجاد ننموده‌اند و مسئول آن‌ها نیستند، اما نقص در روابط اجتماعی و تعامل والدین با کودک می‌تواند دارای اثر متقابل بر کودک و باعث ایجاد موانعی

در فرآیند رشد گردد. علاوه بر این، کودکان دارای اختلال طیف اتیسم مستعد اختلالات همراهی، مانند اضطراب، فوبیا، افسردگی و... هستند که می‌تواند بر روابط والدین و کودک تاثیرگذار باشد و به عنوان مزیدی بر علت‌ها بر بهزیستی عاطفی والدین و خانواده و رسیدن به اهداف تاثیرگذار باشد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همانند کودکان غیر اُتیستیک استفاده از سبک‌های فرزندپروری مناسب می‌تواند موجب پیشرفت در تعدادی از زمینه‌های رشدی گردد. و مطالعات انجام گرفته در آمریکا، انگلستان، کشورهای اسکاندیناوی، هلند، ژاپن و چین تمامی موبد این نکته‌اند که می‌توان به شیوه فرزندپروری نه از دید افراطی مانند بتلهایم، بلکه از دید تاثیر مثبت بر روند رشد کودک طیف اتیسم نگاه نمود. شیوه ای که می‌تواند موجب ارتقاء و رشد کودک دارای اختلال طیف اتیسم گردد. در ابتدا لازم است به تعریف و شیوه های رایج و شناخته شده فرزندپروری اشاره کنیم.

### شیوه‌های فرزندپروری:

در تعریف شیوه‌های فرزندپروری می‌توان گفت که ترکیبی از رفتارهای والدین هستند که در شرایط گوناگون رخ داده و نشان دهنده شیوه رفتار والدین در درخواست از فرزندان و یا پاسخ‌دهی به فرزندان را مشخص می‌کند و به عنوان شیوه‌ای ثابت و مداوم مورد استفاده قرار می‌گیرد. این شیوه‌های فرزندپروری براساس پژوهش‌های دیانا بامریند و با زیر نظر گرفتن تعامل والدین و کودکان پیش دبستانی و جمع آوری اطلاعات از آنها به دست آمد. او اعتقاد داشت که شیوه‌های فرزندپروری دارای 3 ویژگی اصلی است:

1. درخواست کنندگی والدین (پذیرش و گرمی و روابط نزدیک)

2. پاسخ دهنده‌گی والدین (کنترل)

3. استقلال دادن

بامریند با استفاده از این سه ویژگی، چهار شیوه فرزندپروری را توصیف نمود که عبارتند از: **شیوه فرزندپروری مقتدرانه**: شیوه فرزندپروری مقتدرانه هر سه ویژگی درخواست کنندگی و پاسخ دهنده‌گی و استقلال را به میزان بالایی ارائه می‌کند. در این شیوه، والدین صمیمی، پذیرا، دلسوزند و نسبت به نیازهای کودک خود حساس‌اند. آن‌ها از فرزندان خود توقعات معمول و معقول دارند و آگاهانه با کودک خود برخورد می‌کنند و به کودک خود اجازه می‌دهند که با توجه به شرایط خود تصمیم بگیرد و کودک را ترغیب می‌کنند به ابراز افکار، علایق و احساسات، در زمان اختلاف نظر با هم مشورت می‌کنند و والدین نیز از طرفی برای نظرات خود دلایل قانع‌کننده‌ای دارند. این والدین کودک‌شان را به وسیله کلام و نوازش جسمی حمایت می‌کنند و ارتباط نزدیکی با کودک‌شان برقرار می‌کنند و به واسطه رابطه لذت بخش‌شان کودک را به سمت ارتباط نزدیک می‌کشانند. کنترل در این روش کاملاً سازگارانه است و به هیچ عنوان موجب آزرده‌گی کودک نیست.

**شیوه فرزندپروری مستبدانه**: این والدین، سرد و طردکننده‌اند و مرتباً کودک خود را تحقیر می‌کنند. والدین در این شیوه فرزندپروری سطوح بالایی از درخواست کنندگی یا کنترل و سطح پایینی از پاسخ دهنده‌گی و یا پذیرش را ارائه می‌کنند و انتظارات خود را با استفاده از فشار و تنبیه به کودک خود دیکته می‌کنند و به دنبال داشتن فرزندانی مطیع‌اند که فقط بگویند "بله، چشم، باشه بابا، بسیار خوب". این والدین برای کودک تصمیم می‌گیرند و به ندرت به حرف او گوش می‌دهند و سلب استقلال می‌کنند. این والدین، در صورت امتناع و سرپیچی کودک‌شان محبت خود را دریغ می‌کنند و آن را مشروط به اطاعت کودک از خود می‌دانند.

**شیوه فرزندپروری آسان‌گیرانه**: این والدین، خون‌گرم اما بی‌توجه و سهل‌گیراند و مهار کمی بر روی کودک خود دارند و به درخواست‌های کودکان خود تن می‌دهند. این والدین درخواست‌کننده‌گی یا کنترل پایین و پاسخ دهنده‌گی و پذیرش بالایی دارند و به کودکان خود اجازه می‌دهند تا قبل از این‌که به آمادگی برسند، تصمیمات زیادی بگیرند. این والدین از حداقل تنبیه استفاده می‌کنند و آماده ارائه خدمات به کودک خود هستند. کودکان در این شیوه

فرزند پروری می توانند هر وقت بخواهند غذا بخورند، هر وقت خواستند بخوابند، هر میزان که خواستند تلویزیون نگاه کنند، در خانه مشارکتی ندارند، نافرمان و سرکش هستند.

**شیوه فرزندپروری بی‌اعتنا:** در این شیوه فرزندپروری، والدین درخواست‌کنندگی و پاسخ‌دهندگی پایینی دارند و نسبت به استقلال کودک بی‌تفاوت هستند. خود را درگیر با کودک نمی‌کنند و یا شاید اصلاً او را نپذیرند. آن‌ها از لحاظ هیجانی کناره‌گیر هستند. متأسفانه والدین ممکن است در این شیوه در مورد کودکان‌شان به غفلت بیافتند که نوع افراطی بی‌اعتنایی است و در صورتی که این روش در سنین پایین مورد استفاده قرار گرفته باشد، تمامی جنبه‌های رشد کودک را از جمله دلبستگی، شناخت و مهارت‌های اجتماعی را مختل کرده و کودکانی با مشکلات بی‌شمار پرورش خواهند داد.

### **ارتباط شیوه فرزندپروری و اختلالات طیف اتیسم**

نخستین فردی که در مورد شیوه فرزندپروری خانواده‌های دارای کودکان اُتیستیک مطالعه نمود را می‌توان لئوکانر نام برد؛ یعنی همان کسی که از نام او نیز برای این اختلال استفاده شده بود و به اختلال طیف اتیسم سندروم کانر نیز گفته می‌شد. بتلهایم از اولین متخصصانی بود که مادران را در مورد ابتلای اتیسم فرزندان‌شان مقصر می‌دانست و عنوان می‌نمود که اتیسم می‌تواند به واسطه مادران یخچالی یعنی مادرانی که سرد و بی‌احساس هستند به وجود بی‌آید. بتلهایم در "قلعه خالی (1967)" (The empty fortress) رویکردی روانکاوانه اتخاذ نمود و توصیف نمود که چگونه تجربه طرد والدین و عدم احساس والدین می‌تواند در طول مراحل رشد اولیه کودک دارای طیف اتیسم مانع رشد طبیعی او گردد.

اما نظریه مادران یخچالی از همان زمان مورد انتقاد و رد فراوانی قرار گرفت. "دسلاریز" در سال 1967، عنوان نمود که هیچ‌گونه پشتیبانی علمی در مورد نظریه مادران یخچالی وجود ندارد و اینکه یک مادر با بی‌توجهی یا بی‌احساسی، موجب ابتلای فرزند خود به سندرم کانر

یا اختلال طیف اتیسم گردد، اشتباهی محض است. این نظریه را اکنون می‌توان به راحتی رد نمود، چرا که می‌توان دید مادران کودکان اُتیسستیک پروانه‌هایی به دور شمع هستند و نمی‌توان به هیچ عنوان آن‌ها را مادرانی یخچالی خطاب نمود. با توجه به تاکید ریملند (1964)، که اختلال طیف اتیسم نه در اثر واکنش کودک به حالات عاطفی مادر که در اثر اختلالات بیولوژیک در کودک به وجود می‌آید. پیشرفت‌های چشم‌گیری در درک اساس بیولوژیک اتیسم و اکتشافات ژنتیک و عصب‌شناختی در دو دهه به وجود آمد (بورگرون و همکاران، 2015، هاپ و رونالد، 2005، گشویند 2015).

به دلیل این تغییر و تحولات نظری و پیچیدگی‌های تاریخی در مورد شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، متخصصان از نظریه پردازان و اظهار نظر در مورد موضوع فرزندپروری خانواده‌های دارای کودکان اُتیسستیک خودداری نموده‌اند. گویا این نگرانی وجود دارد که این امر ممکن است به اشتباه موجب سرزنش والدین گردد. اما، بایستی به این نکته اشاره نمود که بتل‌هایم در پاسخ به علت اختلال طیف اتیسم، نظریه مادران یخچالی را مطرح می‌کند. اما، متخصصانی که اکنون به اصلاح شیوه‌های فرزندپروری والدین کودکان دارای اتیسم می‌پردازند، تنها به دنبال کمک و بهبود وضعیت این کودکان و خانواده‌های آن‌ها هستند نه به دنبال متهم کردن آن‌ها به عنوان عامل اصلی ابتلای فرزندان‌شان به اتیسم. براساس این دید و تفکر، خانواده‌ها بر این مهم صحه می‌گذارند که نقطه شروع تغییرات و بهبودی برای کودک دارای اتیسم از خود والدین است و با ایجاد جو و شرایط مساعدی برای کودک دارای اتیسم توسط خانواده، می‌توان در فضا و مکان‌های دیگر مانند مدرسه یا کلینیک نیز انتظار شرایط متفاوت داشت. افزایش دانش در این زمینه‌ها نشان داد که چه قدر شیوه فرزندپروری والدین می‌تواند در ایجاد و یا دامن زدن به هر یک از این فاکتورها تاثیرگذار باشد و همین امر باعث درک بیشتر پیچیدگی‌های شیوه‌های فرزندپروری در یک خانواده و چالش‌هایی که ممکن است همین خانواده در اثر آن داشته باشد، کرده است.

## حساسیت والدین و تنظیم عاطفی در کودکان دارای اتیسم

برخی دیگر از پژوهش‌ها، به بررسی تنظیم عاطفی (ER) و رفتارهای مهارکننده استرس والدین فرزندان دارای اتیسم می‌پردازد. این رفتارها با پژوهش‌های مربوط به رفتارهای دلبستگی و حساسیت والدین رابطه نزدیکی دارد. زیرا عملکرد پایه سیستم دلبستگی، باعث شناسایی و مدیریت خطرات و پریشانی‌های بالقوه می‌گردد. گوتمن و کاتز (1989)، تنظیم عاطفی را به عنوان زیر معرفی می‌کنند:

(الف) توانایی مهار رفتار نامناسب مربوط به احساسات منفی یا مثبت شدید

(ب) توانایی خود آرامی و انگیزش فیزیولوژیک که تاثیر شدیدی بر تحریک و تهییج دارد

(ج) توجه مجدد

(د) سازمان‌دهی برای هماهنگ نمودن فعالیت‌ها برای اقدام در مورد هدف

خارجی (گوتمن، 1989)

حمایت‌های والدین از رشد فرزندان‌شان از طریق داربست‌های انگیزشی یا عاطفی و استفاده از راهکارهایی برای کمک به فرزندان‌شان برای تعدیل احساسات صورت می‌گیرد.

(الف) داربست‌های عاطفی، شامل توانایی والدین در ایجاد یک تجربه مثبت و یا بی‌خطر برای کودک، از جمله محافظت، ارزش‌گذاری، درگیری کودک در فعالیت و احترام به احساسات کودک است.

(ب) داربست‌های انگیزشی، به توانایی والدین در کمک به کودک برای حفظ شوق و اشتیاق به یک فعالیت، از جمله ستایش و تشویق و هدایت و توجه به کار مورد نظر اشاره دارد. تنظیم عاطفی پایین در افراد دارای اتیسم به نظر می‌رسد با اختلال ارزیابی شناختی محرک‌های برانگیزاننده عواطف در ارتباط باشد (مازفسکی، 2013). حساسیت به محرک‌های حسی و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف مانند اجتناب نیز از عواملی هستند که در افزایش شدت هیجان مشاهده شده اغلب در افراد دارای اتیسم به وجود می‌آیند. اخیراً، اختلال در تنظیم عاطفی به

عنوان یکی از ویژگی‌های اختلال اتیسم مطرح گردیده است که افراد دارای اتیسم را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات همراه می‌نماید (مازفسکی، 2013). متأسفانه علائم اتیسم در زمینه ارتباطات اجتماعی و تعامل تاثیر منفی بر حساسیت والدین، توجه مشترک و ارتباطات دو طرفه دارد و این‌ها فاکتور هایی هستند که در تجهیز والدین به راهبردهای تنظیم عاطفی در ارتباط با فرزندان خردسال اساسی هستند و شدت بیش‌تر علائم در کودکان دارای اتیسم با هماهنگی کم‌تر بین والدین و فرزندان همراه است (بیکر و همکاران، 2015) و به دنبال آن فرزندان دارای اختلال طیف اتیسم در تعامل با والدین، بیش‌تر وقت خود را درگیر با اشیاء می‌گردند.

در تعدادی پژوهش‌های تنظیم عاطفی، کودکان مبتلا به اتیسم و والدین آن‌ها با کودکان غیر اُتیستیک مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. این کودکان دارای اتیسم با کودکان غیر اُتیستیک در کلیه زمینه‌ها مانند؛ تست هوش استنفورد بینه و سن و جنسیت و شرایط خانوادگی مورد مطابقت قرار گرفتند تا گروه‌هایی همسان را تشکیل دهند. والدین کودکان پیش دبستانی دارای اتیسم، با وجود عدم موفقیت‌های تحصیلی و احساسات منفی بیش‌تر در فرزندان‌شان از نظر پشتیبانی و انضباط، با والدین کودکان غیر اُتیستیک تفاوتی نشان ندادند.

کودکان دارای طیف اتیسم در این پژوهش، در زمان پریشانی از والدین خود کمک می‌خواستند و والدین نیز از آن‌ها حمایت می‌نمودند. در مقایسه با استراتژی‌های پیچیده‌تری که والدین کودکان غیر اُتیستیک در مورد فرزندان خود به کار می‌بردند، مادران کودکان دارای طیف اتیسم از راهکارهای ساده‌تری مانند آرمیدگی جسمی و نگاه کردن، به عنوان وسیله‌ای برای تنظیم عاطفی کودکان خود استفاده می‌نمودند. در مطالعه‌ای دیگر، نمونه ارائه چهره‌های والدین بر روی کودکان برای هر یک از والدین با فاصله یک ماه اجرا گردید. آن‌ها نسبت به کودکان غیر اُتیستیک، از راهکارهای تنظیم عاطفی ساده‌تری استفاده می‌نمودند؛ از جمله آرمیدگی جسمی و کلامی (به واسطه رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای).

## رفتار والدین و رشد اجتماعی و ارتباطی

### کودک دارای طیف اتیسم



اختلالات ارتباطات اجتماعی به ویژه در حوزه‌های توجه مشترک، تقلید، رشد زبان از ویژگی‌های بارز در اختلالات طیف اتیسم به

حساب می‌آید. در نوزادان غیر اُتِستیک، والدین با درگیر شدن در تعاملات کودک، توجه کودک را به جنبه‌های مختلف محیط جلب می‌کنند و او را به توجه مشترک سوق می‌دهند و از رشد زبانی او پشتیبانی می‌کنند. ثابت گردیده والدینی که به کودک خود توجه نموده و فعالیت‌های او را دنبال و پیگیری می‌کنند، کودکانی دارند که توانایی کلامی را سریع‌تر به دست می‌آورند. کودکان دارای طیف اتیسم به نسبت کودکان غیر اُتِستیک، زمان کم‌تری را در فعالیت‌های توجه مشترک صرف می‌کنند. این مدت زمان 30 درصد برای کودکان دارای طیف اتیسم در مقابل 76 درصد برای کودکان غیر اُتِستیک و 78 درصد برای کودکان دارای سندروم داون گزارش گردیده است (پترسون و همکاران، 2014). توجه مشترک، از پایه‌های اصلی و مهم در امر یادگیری و تقلید، هم در کودکان دارای طیف اتیسم و هم در کودکان غیر اُتِستیک است و کودک بدون داشتن این مهارت کلیدی، قطعاً در مراحل بعدی رشد خود دچار مشکلات عمده و تاثیرگذاری خواهد شد.



## والدین و رشد همدلی در کودک دارای

### طیف اتیسم



اگر چه همدلی یک ویژگی موروثی است، اما تحت تاثیر محیط نیز قرار دارد (کنافو و همکاران، 2018) و نظریه ذهن و نظریه همدلی و سیستم سازی نیز به دنبال آن برای کودکان دارای اختلال

طیف اتیسم توصیف گردیده است. در یک مطالعه طولی، روزگا و همکاران (2018)، یک سال پس از بررسی اولیه دلبستگی، پاسخ‌های همدلی را در کودکان اُتیستیک جامعه خود مورد بررسی قرار دادند (روزگا و همکاران، 2018) و مشخص گردید که دلبستگی ایمن و رشد زبانی، پاسخ همدلانه را در کودکان دارای طیف اتیسم پیش‌بینی می‌کرد. اما کودکان نایمن هیچ‌گونه دست‌آوردی در زمینه همدلی از خود نشان ندادند.

### فنوتیپ گسترده اتیسم (BAP)

علاوه بر این عقیده که استرس والدین و اختلالات اجتماعی فرزندان دارای طیف اتیسم منجر به یک شیوه فرزندپروری مستقیم و حساس‌تر می‌گردد، همچنین ممکن است که ویژگی‌های والدین باعث گرایش آن‌ها به یک سبک فرزندپروری نیز گردد، به خصوص در خانواده‌هایی که بیش از یک فرزند دارای طیف اتیسم دارند. فنوتیپ اتیسم یا شخصیت سرد یا توضیحات اصلی کانر در مورد والدین و پیشنهاد ریملند مبنی بر اینکه کودکان دارای اتیسم ممکن است والدینشان نیز نوع خفیفی از اختلال را داشته باشند، سازگار است (سیلورمن، 2017 و ریملند، 1964).

لام و همکاران (2009)، ویژگی‌های اصلی فنوتیپ گسترده اتیسم را با مقایسه والدینی که دارای دو یا بیش‌تر از دو فرزند دارای اتیسم داشتند، با والدینی که یک کودک اُتیستیک داشتند

و کسانی که دارای یک کودک سندروم داون بودند، تعریف نمودند (پیون و همکاران، 2019؛ پیون و همکاران، 1997). والدین در گروه دو یا بیش‌تر از دو فرزند دارای طیف اتیسم، بیش‌تر سرد و دوستی کم‌تر و اختلالات زبانی بیش‌تری داشته و نسبت به والدین دو گروه دیگر حساس‌تر نیز بودند (لوش و همکاران، 2019).

کودکانی که والدین آن‌ها علائم فنوتیپ اتیسم داشتند، علائم شدیدتری از طیف اتیسم را نیز نشان می‌دادند (ساسون و همکاران، 2013) و تست‌های عصب روانشناختی نشان داده است که والدین کودکان دارای طیف اتیسم به ویژه پدران، نقایصی در مهارت‌های عملکرد اجرایی در زمینه تغییر توجه و مهارت‌های برنامه‌ریزی دارند (هاگس و همکاران، 1997).



## اختلال پردازش حسی در اتیسم

اختلال پردازش حسی اکثراً به عنوان یک اختلال همراه با اتیسم دیده می‌شود. اختلالی که برطرف شدن آن می‌تواند تاثیر فراوانی بر روند بهبودی و کاهش علائم اتیسم داشته باشد. اما پیش از درمان آن می‌بایستی به درستی تشخیص داده شود.

آمارهای موجود در مورد اختلال پردازش حسی در کشور آمریکا، یک کودک از هر 20 کودک است که البته این آمار هنوز در حال بررسی و ارزیابی است. ولی در کشور ایران، متأسفانه آمار دقیقی از این اختلال موجود نیست. این اختلال، اکثراً به عنوان یک اختلال همراه با طیف اتیسم، ADHD، اختلالات زبان، اختلال یادگیری، فراژیل ایکس و اختلال استرس پس از آسیب مشاهده می‌گردد. علت این اختلال هنوز به صورت دقیق مشخص نیست ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که علل ژنتیک که موجب بروز اختلالاتی مانند اتیسم می‌گردد، می‌تواند از دلایل این اختلال باشد و البته می‌توان به بروز بیشتر این اختلال در پسران اشاره نمود که شاید نشان‌دهنده یکی دیگر از دلایل ژنتیک بودن این اختلال است. (لازم به ذکر است بیشتر این علائم ممکن است با اختلالات دیگر مانند اختلال طیف اتیسم و .... مشابهت داشته باشد) در ادامه ابتدا به علائم رفتاری، فیزیکی و روانشناختی و دراز مدت این اختلال و سپس به انواع اختلالات پردازش حسی اشاره می‌گردد:

## علائم اختلال پردازش حسی

علائم این اختلال از کودکی به کودک دیگر بسیار متفاوت است و می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

### علائم رفتاری اختلال در کودک مبتلا به اتیسم

- دوری کردن از لمس شدن
- نشان دادن مشکلات رفتاری مانند گاز گرفتن خود
- مشکلاتی در آرام کردن خود بعد از برانگیختگی، برای مثال بروز حرکت‌های کلیشه‌ای
- اجتناب از خوردن غذاهایی با بافت‌هایی مشخص، برای مثال گوشت آب‌پز رشته رشته شده
- بیش حساسیت به پارچه‌ای خاص
- پوشیدن لباس‌هایی که بافت و الیاف نرم دارد
- دوری جستن از کتیف شدن دست‌ها یا بدن
- عدم تمایل به بازی‌های خلاق (تمایل به انجام بازی‌های تکراری و روزمره)
- حساسیت به صداها به خصوص به صدای سشوار، لباسشویی و یا آژیرها
- حساسیت به بوها (شدید یا ملایم)
- چالش برانگیز بودن برخی حرکات مانند تاب خوردن، سر خوردن و از پله پایین آمدن
- توجه کردن یا شنیدن صداها پس زمینه که دیگران آن‌ها را نمی‌شنوند یا توجهی ندارند.
- ممکن است بطور تصادفی به دیگران آسیب برسانند.
- انجام رفتارهای پرخطر

### علائم فیزیکی در کودک مبتلا به اتیسم

- موقعیت‌ها و حالت‌های وسواسی به بدن خود دادن.
- خام حرکتی یا به اصطلاح عامیانه دست و پا چلفتی بودن.
- تعادل پایین و ضعیف.

- داشتن مهارت‌های حرکتی ظریف پایین برای مثال داشتن مشکلاتی در نوشتن.
- داشتن مشکلاتی در رشد پیدا کردن مهارت‌های حرکتی درشت.
- اختلال خواب و تغذیه.
- انجام حرکت‌های تکراری.
- بالا و پایین پریدن، تکان تکان خوردن و بیش از حد به دور خود چرخیدن.
- خیلی زود خسته شدن در یک فعالیت.
- هماهنگی ضعیف.
- تحمل زیاد درد.

#### نشانه‌های روانشناختی در کودک دارای اتیسم

- کاهش توانایی ارتباط برقرار کردن با همسالان
- انزوای اجتماعی
- افسردگی
- اضطراب
- پرخاشگری
- ترس از اجتماعات
- اجتناب از حضور و باقی ماندن در گروه‌های بزرگ
- ترس از لمس شدن

#### اثرات دراز مدت اختلال پردازش حسی در کودک دارای اتیسم

- مشکلاتی در ادامه دادن و باقی ماندن در یک فعالیت یا کار
- مشکلاتی در تعاملات بین شخصی
- عدم احساس لذت از فعالیت‌های تفریحی به علت بیش تحریکی حسی

- افسردگی
- عدم دستیابی به موفقیت در کارها
- انزوای اجتماعی
- اعتماد به نفس پایین
- ناتوانی و ضعف در دوست یابی
- عزت نفس پایین
- انرژی و سطح فعالیت بالا: عدم توانایی نشستن در مکان مشخص و انجام فعالیت پر خطر
- انرژی و سطح فعالیت پایین: این کودکان ممکن است کسل و خموده به نظر برسند و تمایلی به درگیر شدن با دنیای اطراف و فعالیت‌های روزمره ندارند
- انجام رفتارهای اغلب تکانشی: عدم توانایی کنترل تکانه‌های رفتاری برای بلند شدن از روی صندلی و کنترل رفتار خود و داشتن رفتارهای تهاجمی بدون فکر کردن به آن رفتار بروز داده شده
- توجه و تمرکز بسیار پایین و بسیار کوتاه: این کودکان ممکن است نتوانند بر سر یک فعالیت در مدت زمان کوتاه و بلندی باقی بمانند و با هر محرک صوتی، دیداری و... پریشان می‌گردند.
- مشکلاتی در هماهنگی حرکتی و تون عضلانی: این کودکان ممکن است خام حرکت یا دست پاچلفتی به نظر بی‌آیند و در محیط‌های آموزشی و یا کلینیک‌ها بیش‌تر دست‌شان زیر چانه آن‌هاست یا سرشان روی میز است.
- مشکلات طراحی‌های حرکتی: این کودکان ممکن است با انجام فعالیت‌های ورزشی، نوشتن، تعادل، استفاده از قاشق و چنگال و کارد، دوچرخه سواری، لباس پوشیدن و...، مشکلاتی داشته باشند.
- تعویض مکرر دست‌ها در حین انجام یک کار یا فعالیت: برای مثال، ممکن است این کودک در سن 5 سالگی نیز هنوز دست غالب نداشته باشد و برای پرتاب کردن یک توپ از هر دو دست خود استفاده کند.

- هماهنگی چشم و دست پایین: این کودکان ممکن است در برش و یا رسم یک خط مستقیم در باز و بستن بند کفش و یا نوشتن مشکل دارند.
- مقاومت در مقابل افراد یا موقعیت‌های ناآشنا: مضطرب شدن در اثر رویارویی با افراد ناآشنا و یا شرکت در فعالیت‌های جدید و یا امتناع از خوردن خوراکی‌های جدید.
- چالش برانگیز بودن انتقال از فعالیتی به فعالیتی دیگر: این کودکان ممکن است در حین تغییر فعالیت‌ها، دچار پریشانی گردیده و اقدام به پرتاب کردن اشیاء کنند و یا ممکن است برای رفتن به حمام، به رختخواب رفتن و یا رفتن سر میز غذا مقاومت کنند.
- مشکلات عاطفی: این کودکان به دلیل نقص در پردازش حسی دارای خود پنداره و عزت نفس پایینی هستند و به یک انتقاد و یا اخم و یا ..... هم حساس باشند.

## انواع اختلالات پردازش حسی

برخی از انواع اختلالات پردازش حسی به شرح زیر است:

### ✓ اختلال تنظیم (مدولاسیون) حسی

کودکان مبتلا به اختلال تنظیم حسی، مشکلاتی در تنظیم شدت و ماهیت پاسخ به درون‌دادهای حسی را دارند. این پاسخ‌ها ممکن است عاطفی یا رفتاری باشند و در اثر استرس ممکن است تشدید گردند. علائم معمول این اختلال در کودک مبتلا به اتیسم عبارتند از:

- دوری کردن و اجتناب از نور و یا لمس شدن
- برگرداندن و یا اجتناب از خوردن خوراکی‌های بافت دار
- عدم تمایل به مسواک زدن، شستشوی مو و کوتاه کردن ناخن‌ها.
- اجتناب از لوسیون‌ها و یا بافت‌های پوشاننده بدن
- اجتناب از نوع خاصی از لباس که بافت و یا تن‌پوش متفاوتی دارد.
- حساسیت به صداها یا محرکات دیداری.

## ✓ اختلال تمایز (شناخت) حسی

این کودکان ممکن است در تشخیص و شناخت ویژگی‌های محرک‌های حسی دچار مشکل باشند و تشخیص ضعیفی از شباهت‌ها و تفاوت‌های محرک داشته باشند که اغلب با دیسپراکسیا و ضعف در مهارت عملکردی همراه است. علائم این اختلال در کودک شامل:

- دشواری و نقص در دست‌کاری اشیاء در زمانی که خارج از دید است.
- نقص در پیگیری دستورالعمل‌ها
- مشکلاتی در پیدا کردن یک تصویر در یک پس زمینه شلوغ
- استفاده از نیروی بیش از حد زیاد یا کم در انجام کارها
- تعادل پایین و حس پایین سرعت حرکت

## ✓ اختلال وضعیتی

کودکان دارای این اختلال، دارای مشکلاتی در کنترل یا تثبیت بدن در طی حرکات یا در طی استراحت هستند. عضلات این کودکان ممکن است هیپرتونیک یا هیپوتونیک بوده و مفاصل آن‌ها در وضعیتی ناپایدار باشد. علائم این اختلال در کودک مبتلا به اتیسم به شرح زیر است:

- ضعف در هماهنگی موقعیتی یا کنترل قدرت
- ضعف در تعادل و موازنه
- نقص در حرکات جداگانه چشم و سر
- ضعف در ردیابی حرکات دیداری
- اجتناب از تحمل وزن‌های بالا
- ناراحتی در بالا رفتن از جایی یا ترس از ارتفاع
- خیلی زود خسته شدن در یک فعالیت
- چالش برانگیز بودن تثبیت دست غالب (دست راست بودن یا دست چپ بودن)



## ✓ کنش پریشی

کودکان مبتلا به کنش پریشی، دارای توانایی پایینی برای طراحی، دنبال کردن یا انجام اعمال ناآشنا هستند. مهارت‌های حرکتی ممکن است برای آن‌ها ناخوشایند باشد. این کودکان ممکن است دارای توانایی پایینی برای تعمیم مهارت‌های یادگرفته شده برای انجام وظایف خود باشند و ممکن است ضعف‌هایی در زمان‌بندی، توالی و انجام مهارت‌های حرکتی داشته باشند. علائم این اختلال در کودک مبتلا به اتیسم شامل:

- داشتن مشکلاتی در انجام فعالیت‌های زندگی روزانه
- خام حرکتی و وقوع حوادث حرکتی، هماهنگی حرکتی ظریف
- مقاومت در مقابل فعالیت‌های جدید
- ضعف در مهارت‌های بازی



## مداخله و درمان زود هنگام

یکی از نکاتی که تمام متخصصان اتیسم بر آن تاکید فراوان دارند، تشخیص به هنگام و مداخله به هنگام است و این امر می تواند یکی از کلیدهای اصلی غلبه بر اتیسم باشد. بررسی‌ها نشان دهنده تاثیر مداخله به هنگام بر اتیسم‌اند. محققان اتیسم، اغلب نگرانی خود را این گونه

بیان نموده‌اند که میانگین سنی تشخیص در آمریکا حدود 4 سال است. اگرچه بیشتر موارد اختلال می تواند به طور قابل توجهی تا سن 2 سالگی معین شود. در زمینه‌های مربوطه، نیاز به تشخیص اولیه و اقدامات اولیه، یکی از دلایل اصلی موفقیت در درمان است. نشویل، پروفیسور علوم شنوایی و گفتاری در دانشکده پزشکی، عنوان می کند:

این فرضیه وجود دارد که اقدامات اولیه در حد چشمگیری موثرند. من معتقدم که این امر می تواند تاثیر گذار باشد و فرض هم می کنم، این گونه است؛ ولی این مهم مشابه با شواهد علمی نیست. زیرا خیلی از این بررسی‌ها روی کودکانی متمرکز شده است که شروع به نتیجه‌دهی می کنند نه کودکانی که اقدامات اولیه و درمان در آن‌ها موثر نبوده است.

سوالی که در مباحثه‌ها مطرح می شود این نیست که آیا اقدامات اولیه موثر بوده یا نه؟ بلکه این سوال پیش می آید که بهترین سن برای اقدام چه سنی است؟ بعضی محققان عقیده دارند که درمان ممکن است موثر و مستلزم زمان و پول کمتری باشد اگر قبل از دومین سال یا حتی اولین سال تولد صورت گرفته باشد. اقدامات اولیه در رابطه با کودکان کم سن تر است که گفته می شود در خطر بروز علائم اتیسم هستند و ممکن است این کودکان را به مسیر تکاملی مثبت تر هدایت کند. اگر بتوانیم به نوزاد کمک کنیم تا از لحاظ اجتماعی فعال تر شود و حرکات و زبان خود را توسعه دهد، می توانیم حتی الامکان از بروز برخی نشانه‌های اتیسم جلوگیری کنیم.

**فواید رفتاری:** به طور کلی، ارزیابی تاثیر مداخله به موقع بسیار دشوار است، تا حدی به این دلیل که دشواری تمایز ویژگی‌های اوتیسم در سن 2 سالگی گمراه کننده‌تر است تا در سن 4 سالگی یا بیشتر. مثلاً کج خلقی یا پاسخ ندادن به اسم در زمانی که فرد مشغول به کاری است، می‌تواند علائمی از اوتیسم باشد ولی می‌تواند همچنین یک رفتار روزمره در 2 سالگی باشد. بعضی از موارد اوتیسم با علائم نسبتاً شدید است. آنچه که اغلب به عنوان اوتیسم کلاسیک به آن اشاره شده است به آسانی در اوایل قابل تشخیص است. ولی فقط 35 درصد از کودکان با شکل نه چندان وخیم اوتیسم در سن 2 سالگی تشخیص داده شده‌اند. نا گفته نماند، بعضی از کودکان که در طیف خفیف تشخیص داده شده‌اند، با گذشت زمان علائم‌شان شدیدتر می‌گردد. سال گذشته (2014 میلادی)، محققان نروژی گزارش نمودند که کودکان اُتِستِیکی که معلمان پیش دبستانی آن‌ها در یک اقدام 8 هفته‌ای در فرآیند توجه آن‌ها مداخله به موقع نموده بودند، یک سال بعد در توجه خود بهبودی نشان دادند در مقایسه با افرادی که فقط در برنامه‌های منظم قبل از مدرسه حضور داشتند. این راهکار معلمان نروژی روی نقایض ارتباطات اجتماعی که برای این اختلال محوری هستند، بسیار موثر است. بیش‌تر بررسی‌های موجود در مداخله به موقع که تاکنون منتشر شده است، شامل کودکانی است که حداقل در 2 سالگی اختلال اوتیسم در آن‌ها تشخیص داده شد. زیرا تشخیص اوتیسم قبل از دوسالگی کودک بسیار بعید و دشوار است. آنچه آموختیم این است که تغییر پذیری زیادی در خط سیرهای تکاملی کودکانی وجود دارد که نشانه‌های نخستین اوتیسم را نشان می‌دهند.

**جستجوی علائم:** سن تشخیص مطمئن در سنین پایین‌تر کمی دور از نظر است ولی محققان در همین حین آموخته‌اند که نشانگرهای اولیه خطر اوتیسم را تعیین کنند. مثلاً بررسی روی نوزادان هم خون یا فرزندان کوچک‌تر دارای اوتیسم نشان داد که نوزادانی که در آن‌ها اوتیسم گسترش یافته است، تفاوت‌هایی در فعالیت مغز نشان می‌دهند که قبل از تشخیص نیز آشکار می‌باشند. (در سال دوم یا حتی اول زندگی) از بررسی‌های فردی نیز می‌توانیم بعضی از علائم رفتاری ضعیف را قبل از 14 تا 18 ماهگی مشاهده نماییم. گروه دیگری از محققان

نیز، نتایج امیدوار کننده‌ای از یک بررسی مقدماتی از اقدامات گزارش داده‌اند که بین سنین 14 و 17 ماهگی آغاز می‌شود.

**انتظارات آینده:** یک مزیت بالقوه مداخله به‌موقع در نوزادان این است که درمانگر از زمان به گونه‌ای کارآمد استفاده می‌کند. در مداخله به‌موقع درمانگران آموزش دیده با کودکان پیش‌دبستانی کار می‌کنند که تا بیش از 40 ساعت در هر هفته خدمات درمانی دریافت می‌کنند، ولی اقدامات برای نوزدان عموماً توسط والدین ارائه می‌گردد که درمانگران آن‌ها می‌توانند کم‌تر از 1 ساعت در هفته والدین‌شان را آموزش دهند و در آینده ممکن است حتی به صورت ویدئویی یا ارتباطات از راه دور آموزش دریافت کند. این‌ها می‌تواند اولین مرحله در یک سیستم مداخلاتی طاقت فرسا برای نوزدانی باشد که علائم هشدار را به دلیل فقدان تماس چشم یا تمایل به ارتباط کم را از خود نشان می‌دهند. آنچه که می‌خواهیم انجام دهیم، کمک به والدین است در استفاده از راهکارهایی که می‌تواند به کودک کمک کند تا اجتماعی‌تر شود. نمونه‌ای از مداخله به‌موقع تکنیکی است که ارتقاء اولین رابطه نامیده می‌شود. یک بررسی کوچک از این نوع مداخله، شامل راهنمایی والدین سه نوزاد 4 تا 9 ماهه در یک آموزش پاسخ موثر است، یک درمان رفتاری که روی افزایش انگیزه اجتماعی کودک و ایجاد مهارت‌هایی نظیر به نوبت انجام دادن تاکید دارد. آموزش یک ساعتی در خانه به والدین پس از 11 جلسه، در هر هفته، علائم مشارکت اجتماعی کودکان مانند برقراری تماس چشمی و پاسخ به اسم‌شان را بهبود داده است. در سن پیش‌دبستانی، 2 نفر از این کودکان هیچ مشکل رشدی از خود نشان ندادند. سومین کودک، کودکی است که یک برادر بزرگتر اُتیستیک دارد که دارای تاخیر زبانی است، ولی در طیف اُتیسم نیست.

## روش‌های درمان اتیسم



اگر بخواهیم راستگو باشیم، برای درمان اتیسم در ایران به مانند کشورهای پیشرفته گزینه‌های فراوانی در اختیار خانواده‌ها وجود ندارد! و والدین می‌توانند با درایت و دور اندیشی و توجه به سطح عملکرد کودک خود از میان درمان‌های موجود بهترین انتخاب را داشته باشند.

## روش درمانی ای بی ای (applied behavior analysis/ABA)

یکی از شناخته شده‌ترین گزینه‌های رفتار درمانی، رویکرد درمانی ای بی ای (ABA) است که در همه جای دنیا به خانواده‌ها پیشنهاد می‌گردد. در ایران نیز در تمام مراکز سازمان بهزیستی این خدمات به کودکان و خانواده‌ها ارائه می‌گردد، اما این درمان ارائه شده بسیار قدیمی و به اصطلاح کلاسیک است. در صورتی که، رویکرد ای بی ای کاملاً متحول گردیده و دیگر در هیچ کجای دنیا از روش کلاسیک که در ایران استفاده می‌گردد، بهره نمی‌برند. در این رویکرد، بایستی به صورت استاندارد حداقل روزانه 4 ساعت و 25 ساعت در هفته برای کودک دارای اتیسم به صورت انفرادی اجرا گردد. اجرای این رویکرد نیازمند یک رفتار تحلیلگر ماهر است که با شناخت کامل از کودک دارای اتیسم اهداف درمانی را برای او تنظیم نماید. آن چیزی که اکنون در کشور ما مطرح است، جلسات خصوصی ای بی ای به مدت 45 دقیقه در روز و دو یا سه روز در هفته است!!! که به هیچ عنوان اثر بخش نبوده و مطابقتی با آنچه در استانداردهای آموزش اتیسم مطرح است، ندارد. این فرآیند برای کودکان و خانواده‌هایشان نتایج حیرت‌انگیزی به همراه داشته است. از افرادی که نقش به‌سزایی در گسترش این رویکرد داشته‌اند، می‌توان به ایوار لوواس اشاره نمود.

## رویکرد تیج (TEACCH)



رویکردی ساختمان است که تقریباً در 500 مرکز در آمریکا مورد استفاده قرار می‌گیرد. از پایه‌گذاران آن می‌توان به اسکاپلر و ماسیو اشاره نمود. این رویکرد از شناخته شده ترین رویکردهای درمانی اتیسم است که می‌توان از آن برای بهبود زندگی

کودک دارای اتیسم بهره گرفت. این روش می‌تواند آن چیزی که تحت عنوان خود انگیختگی و استقلال است را برای کودک دارای اتیسم در آینده، مهیا نماید.

متأسفانه در کشور ایران، از این رویکرد به دلیل عدم شناخت بهره کمی گرفته می‌شود. از اصول تشکیل دهنده این اختلال این است که روش‌های غیرکلامی دارای ساخت همراه با شیوه‌های نسبتاً یکسان و فاقد تغییر برای افراد دارای اتیسم مناسب‌تر هستند. آموزش‌های دارای ساخت شامل فعالیت‌هایی با آغاز و پایان‌های مشخص است. در این چهارچوب، چیدمان فیزیکی هدایت‌کننده فعالیت است و حمایت‌های بصری در این رویکرد به جای آموزش‌های کلامی، اطلاعات ارائه شده به کودک را شفاف‌تر کرده و باعث افزایش ادراک کودک می‌گردد. محیط فیزیکی مشخص، کنترل محرک‌ها و فرآیند انجام کار، از اصول کار در روش تیج است.

## گفتار درمانی (ST/Speech Therapy)

این درمان از پیشنهاد شده ترین روش‌های مداخلاتی برای کودکان دارای اتیسم است که در کشور ما نیز به وفور در دسترس خانواده‌ها قرار دارد و اگر یک متخصص خوب گفتاردرمان بتواند با کودک شما کار کند، می‌تواند در کنار رفتاردرمانی کمک شایانی به بهبودی کودک شما

داشته باشد. این روش، می‌تواند به فرد دارای اتیسم کمک کند تا ارتباط کلامی و غیر کلامی و ارتباط اجتماعی خود را بهبود بخشد تا به روش‌های مفیدتر و کاربردی‌تری در برقراری ارتباط دست پیدا کند. کودکان دارای اتیسم اصولاً مشاهده می‌گردد که نیازمند مداخلات دهانی هستند و برای این منظور گفتاردرمان است که می‌تواند خانواده را در بهبود مهارت‌های خوردن بلعیدن، ... و ارائه ماساژهای متناسب برای بهبود سیستم دهانی کودک همراهی کند.

### **کار درمانی (OT/Occupational Therapy)**

کار درمانی به فرد دارای اتیسم کمک می‌کند تا مهارت‌های شناختی، جسمی، اجتماعی و حرکتی‌اش ارتقا پیدا کند. هدف این روش، بهبود مهارت‌های زندگی است که به فرد امکان زندگی مستقل را می‌دهد. برنامه‌های کار درمانی برای کودک دارای اتیسم، بیش‌تر حول و حوش مهارت‌های بازی، استراتژی‌های یادگیری و موضوعات حسی و حرکتی متمرکز است.

### **روش درمان پاسخ محور (prt/Pivotal Response Training)**

روش prt یا درمان پاسخ محور درمانی رفتاری و بر اساس اصول رویکرد ABA و بر پایه بازی انجام می‌پذیرد. از اهدافی که می‌توان در این رویکرد به آن دست یافت: 1- رشد مهارت‌های ارتباط اجتماعی و زبانی، 2- افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی، 3- کاهش رفتارهای چالش برانگیز است. در این روش، رفتاری هدف تلقی می‌گردد که در بهبود سایر رفتارها نقش دارد. در prt کودک وادار به اطاعت از مربی یا معلم نیست و او آزادی عمل کامل دارد، به همین خاطر است که PRT را روشی کودک محور می‌دانند؛ به این معنی که کودک شروع کننده رفتار است و مربی در طول کار به رفتار کودک آیت‌هایی را می‌افزاید. در این روش، پاسخ کودک، محوری است برای آموزش‌های دیگر که موجب یادگیری طیف وسیعی از رفتارها می‌گردد. در PRT به جای تمرکز بر روی صدها رفتار، بر روی چند رفتار محوری تمرکز می‌گردد. این رفتارهای محوری از این قرارند:

1-انگیزه 2-پاسخ به نشانه های متعدد 3-خودمدیریتی 4-آغاز تعاملات اجتماعی.

در این میان، انگیزه استراتژی اصلی رویکرد PRT است. برای نمونه، اگر کودک یک عروسک را در طبقه اتاق می بیند و آن را مطالبه می کند، این مطالبه کردن و خواستن می تواند انگیزه ای باشد برای آموزش کلام و ارتباط گفتاری درباره این موضوع. زمانی که عروسک را در اختیار او قرار می دهید و یا با عروسک بازی می کنید، عروسک را می رقصانید و یا به جای آن حرف می زنید، کودک دارای اتیسم در این فرآیند شاد و پر هیجان از شما بازی بیشتری مطالبه می کند، در این زمان می توان نام عروسک یا حتی کلمه عروسک را یاد داد. این روش، توسط رابرت کوگل، لین کوگل ولورا شریمن در دانشگاه کالیفرنیا ابداع گردیده و در ابتدا Natural Language Paradigm(NLP) نامیده می شد.



### فلورتایم (floortime)

فلورتایم، به کودکان دارای اتیسم کمک می کند تا ارتباط عاطفی و مهارت های ارتباطی خود را گسترش دهند. فلورتایم، یک بازی درمانی ساختمان است که هم توسط متخصصین و هم والدین دوره دیده قابل اجرا است. برخلاف روش های رفتاری، فلورتایم بر روی کمک به کودک دارای اتیسم در برقراری ارتباط عاطفی متمرکز است. فلورتایم، برای ما شرایط را مهیا می کند تا ضمن داشتن تفریح و شادی، پیوند بهتری نیز با کودک دارای اتیسم برقرار کنیم. فلورتایم، توسط دکتر استنلی گرینزپین و وایدر، رشد و گسترش یافت و در اوایل قرن حاضر محبوبیت بیشتری نیز پیدا نمود. فلورتایم، در آموزش رفتار مناسب به کودکان به جای پاداش و تقویت کننده از ارتباط عاطفی استفاده می کند. فلورتایم، کودکان را تحریک به تعاملی شاد می کند. از طریق تعامل ساختمان این روش مهارت های رفتاری، شناختی و اجتماعی را ایجاد می کند. فلورتایم، به دلیل قالب بازی گونه ای که دارد و فلسفه شادی آفرینی که پشت آن است، محبوبیت فراوانی



در آمریکا و اروپا دارد. این روش درمانی، چگونگی کار با کودک دارای اتیسم را تحت تاثیر قرار داده است و باعث بهتر شدن عملکرد رویکردهایی مانند **aba** و یا زمینه ساز رویکردهایی مانند **prt** گردیده است.

## درمان رفتار کلامی

رفتار کلامی، ارتباط و گفتار و زبان را به کودک دارای اتیسم آموزش می دهد. این رویکرد نیز، مبتنی بر اصول ای بی ای (ABA) و نظریه رفتار گرایانه بی اف اسکینر است. این رویکرد، فرد دارای اتیسم را ترغیب می کند که با ارتباط واژه ها به اهداف، زبان را یاد بگیرد. کودک می آموزد که کلمه می تواند به آن ها کمک کند تا اشیاء یا اهداف دلخواه خود را به دست آورند. بر طبق مطالعات اسکینر، رفتار کلامی به چهار الگوی کلامی تقسیم می گردد:

- **پژواک:** زمانی به کار برده می شود که یک گوینده چیزی می گوید و شنونده به طور دقیق چیزی که شنیده را تکرار می کند.
- **درخواست ها:** می تواند تصویری باشد به عنوان خواسته یا دستور، در زمانی که شخصی خواسته یا فرمانی صادر می کند. یک درخواست به طور معمول پیامدی برای گوینده در بر خواهد داشت.
- **نامیدن ها:** می تواند اشاره ای باشد از برچسب زدن به یک شی یا یک موضوع.
- **درون کلامی:** تشبیهی است برای یک گفتگو. یک سوال نخست پرسیده می شود و سپس یک پاسخ تولید می گردد.



## مدل دنور (ESDM/Early Start Denver Model)

مدل دنور، یکی از پیگیری شده‌ترین درمان‌ها در کشور آمریکا است که توانسته نتایج درخشانی در زمینه درمان و آموزش کودک دارای اتیسم داشته باشد. مدل اولیه دنور

برای کودکان نوپا و کودکان پیش دبستانی دارای طیف اتیسم است که اکنون در مرکز اتیسم اردیبهشت در حال پیاده سازی و آموزش است. رویکرد دنور، روشی است که به خوبی مورد بررسی قرار گرفته و هم درمانگران و هم والدین از آن پشتیبانی می‌کنند و اکنون به عنوان یکی از درمان‌های پیش‌رو و آوانگارد در زمینه درمان طیف اتیسم شناخته می‌گردد.

این مدل رفتاری نیز از ABA آمده است و توانسته نواقصی که در رویکرد ABA وجود دارد را خود حل کند. در این مدل، والدین و درمانگران از بازی برای ایجاد روابط مثبت و سرگرم‌کننده استفاده می‌کنند و از این طریق است که کودک به تقویت مهارت‌های زبانی و شناختی و اجتماعی تحریک می‌گردد. در مدل دنور، آموزش و درمان در حین فعالیت‌های روزمره اتفاق می‌افتد. یعنی این رویکرد، در خانه، کلینیک، فروشگاه، حمام و در همه جا مورد استفاده است. درگیر کردن خانواده‌ها با فرآیند درمان و به عنوان جزء اصلی فرآیند درمان، از اصول مدل دنور است، به صورتی که این مدل درمانی دارای دو دستورالعمل جداگانه در دو کتاب قطور، یکی برای درمانگران و متخصصان و یکی برای والدین است.

## بازی درمانی (play therapy)



مشکلات کودکان اُتِستیک امری چندوجهی است. این کودکان در تعامل اجتماعی با دیگران، تولید و ادراک گفتار و... دچار مشکل اند. در این کودکان، حتی تمایلی به امور ساده مانند

تماشای دیگران در زمان بازی نیز وجود ندارد. انگیزش و تحریک در این کودکان بسیار پایین است، به صورتی که احساس می‌شود آن‌ها هیچ تمایلی به بازی و خروج از دنیای خود و ورود به دنیای دیگر کودکان ندارند. براساس تجربه درمانگران و متخصصان آموزش کودکان اُتِستیک، در مرکز دیده شده زمانی که این کودکان تحت روش‌های مؤثر آموزش با اشیاء و افراد، برای توسعه حس‌ها و گفتار و مهارت‌های اجتماعی‌شان قرار می‌گیرند، بی‌نهایت ذوق‌زده شده، لذت می‌برند و خواهان تکرار دوباره این تجربه لذت‌بخش‌اند.

کودک اُتِستیک، فارغ از دنیای اطراف خود است و در همین دنیای اطراف بی‌نهایت موضوع برای بازی و جلب توجه وجود دارد. فعالیت‌های بازی‌درمانی در مرکز، به فاکتورهایی می‌پردازد که به صورت هدفمند، موجب رشد حسی کودکان است. سیستم‌های وستیبولار (تعادلی حرکتی)، پروپریوسپتیو، بساوایی، شنوایی، بینایی، چشایی و بویایی در برنامه رشد حسی تماماً درگیر شده و به صورت کامل نقص‌ها و تاخیرهای کودک را در این برنامه درمانی مورد هدف قرار می‌دهیم. البته به‌جز موارد فوق، مسائلی مانند ارتباط، تعامل اجتماعی، گفتار و زبان نیز مورد توجه و هدف هستند.

## دارو درمانی (Medication Treatment)

در حال حاضر، هیچ داروی خاصی وجود ندارد که اختلال طیف اتیسم را درمان کند یا این که بتواند بر روی تمامی علائم اختلال اختلال طیف اتیسم تاثیرگذار باشد. اما، برخی داروها هستند که می‌توانند بر روی برخی علائم این اختلال تاثیرگذار باشند. اغلب داروهایی که برای درمان در زمینه اختلال طیف اتیسم استفاده می‌گردد، برای مقابله با یک رفتار خاص از جمله کاهش رفتار تحریک پذیر و پرخاشگری مورد استفاده است. به حداقل رساندن هر یک از علائم این اختلال به کودک اُتیستیک این امکان را می‌دهد که بر روی موارد دیگر از جمله یادگیری و ارتباطات تمرکز کند.

تحقیقات در زمینه دارو درمانی نشان دهنده این واقعیت‌اند که دارو درمانی درکنار رفتار درمانی بایستی مورد استفاده قرار گیرد و دارو به تنهایی نمی‌تواند برای یک کودک نجات بخش باشد. FDA، تنها دو داروی ریسپریدون و آپپیرازول را برای اختلال طیف اتیسم و برای درمان رفتار تحریک پذیر این کودکان مورد تایید قرار داده است و سایر دارو هایی که برای درمان موارد دیگر در اختلال طیف اتیسم مورد استفاده است، برای این منظور خاص مورد تایید FDA نیست. از طرفی، برخی از دارو های مورد استفاده نیز برای افراد اُتیستیک زیر 18 سال نیز تایید نشده است. هر یک از دارو ها می‌تواند عوارض جانبی خاص خود را داشته باشد که البته بیش‌تر عوارض جانبی این دارو ها با همدیگر مشترک است؛ اما با این حال اطلاع دقیق از عملکرد دارو و عوارض آن بسیار مهم است.

## سان رایس (son-rise)



بری کافمن و سامارا کافمن به همراه پسرشان در کودکی سان رایس برآمده از تلاش‌های پدر و مادر یک کودک دارای اتیسم شدید است به نام‌های بری کافمن و سامارا کافمن. آن‌ها این درمان را مبتنی بر عشق می‌دانند، یعنی آن چیزی که برای پسر خود می‌خواهند. سان رایس

مبتنی بر این ایده ساده است که کودکان دارای اتیسم خود راه را به ما نشان می‌دهند و سپس این ما خواهیم بود که راه را می‌توانیم برای آن‌ها روشن و همراه کنیم. به این معنی که به جای تلاش برای مجبور کردن کودک دارای اتیسم برای مطابقت با دنیایی که هنوز آن را درک نمی‌کند. ابتدا با پیوستن به دنیای آن‌ها، گام نخست را در دنیای آن‌ها برداریم و به جای تمرکز بر تغییر رفتار بر روی ایجاد رابطه تمرکز کنیم.

این روش به والدین آموزش می‌دهد تا به فرزندشان برای تعامل و معاشرت بیش‌تر کمک کنند. سان رایس والدین را کمک می‌کند تا با نگرش مثبت و دوست داشتن، فرزند دارای اتیسم خود را بپذیرند و همچنین به والدین کمک می‌کند تا با استراتژی‌های خاص بازی فرصت بیش‌تری برای تعامل، ارتباط درک و بودن با کودک خود داشته باشند. یکی از انتقادات به این رویکرد این است که سان رایس ممکن است امیدهای واهی به خانواده‌ها می‌دهد. اما این رویکرد امید آفرین است و این امید موجب حرکت و بهبودی عملکرد کودک می‌گردد و ابزاری را به خانواده‌ها می‌دهد تا بتوانند برای کودک خود اقدامی کنند.

## رژیم غذایی برای اتیسم (Nutritional Therapy)



اصلاح رژیم غذایی، یکی از نخستین روش‌های درمانی برای اتیسم است و هنوز هم پژوهشگران بر روی آن کار می‌کنند. اساس این درمان بر این است که مواد غذایی ناسالم و آسیب‌زننده می‌توانند باعث بروز

علائم اختلال اتیسم در انسان گردند و پرهیز و حذف این مواد از زنجیره غذایی می‌تواند باعث کاهش علائم گردد. از نخستین فاکتورهایی که در رژیم غذایی به آن توجه شد، کازئین شیر و گلوتن گندم بود و عنوان گردید که حذف این دو ماده می‌تواند در عملکرد کودک دارای اتیسم تاثیر گذار باشد. از طرفی نیز، دیگر متخصصان مطرح می‌کنند که در مواردی کودک دارای اتیسم دارای کمبودهایی است مانند کمبود کلسیم و پروتئین که برای رشد ذهنی و عصبی بسیار ضروری است. به همین خاطر در دوره‌های اخیر، محققان عنوان می‌کنند که امروزه بیش‌تر به دنبال رژیم‌های جایگزین‌اند تا رژیم‌های حذف‌کننده. برای نمونه، با حذف گلوتن و کازئین چه جایگزینی برای آن‌ها وجود دارد؟ و یا اینکه اصلاً کودک دارای اتیسم با رژیم غذایی چه کمبودهایی پیدا می‌کند؟ نتایج متناقضی در مورد اتیسم و رژیم غذایی تاکنون گزارش گردیده است، اما برخی از یافته‌های علمی به قرار زیر است:

**رژیم بدون کازئین و گلوتن:** فرضیه این است که گلوتن و کازئین که به درستی هضم نشده است، به خاطر نشتی دستگاه گوارش وارد دستگاه گردش خون می‌گردد و این پروتئین‌های هضم نشده موجب تداخل در عملکرد طبیعی دستگاه عصبی می‌گردند و بر عملکرد ذهن تاثیر می‌گذارند. بنابراین، فرضیه حذف این دو پروتئین می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های اتیسم گردد. اما متأسفانه علی‌رغم نتایجی که خانواده‌ها عنوان می‌کنند باز هم پژوهش‌ها نشان دهنده نتایج محدودی در تایید این رژیم است.

**حذف ترکیبات فنل و مواد غذایی پر سالیسیلات:** فرضیه ای وجود دارد که مطرح می کند که افراد دارای اتیسم، اختلالی در سطح آنزیم مورد نیاز برای تجزیه ترکیبات فنلی و دارای سالیسیلات هستند که منجر به افزایش سطح انتقال دهنده های عصبی مانند سروتونین می گردد و بر رفتار فرد دارای اتیسم تاثیر می گذارد. اما با وجود این که منطقی بایستی این ترکیبات از رژیم غذایی انسان ها حذف گردد، هیچ پژوهش قابل تاییدی برای اثر بخش بودن این درمان در افراد دارای اتیسم وجود ندارد.

**حذف مواد افزودنی:** فرضیه این است که افراد دارای اتیسم قدرت هضم و تحمل افزودنی هایی مانند MSG, aspartame و رنگ های مصنوعی را که منجر به سوء رفتار در آن ها می گردد، ندارند. در حالی که، اجتناب از افزودنی های مجاز متداول شده است، اما تحقیقات بسیار کمی در این خصوص برای افراد دارای اتیسم وجود دارد که موید اثربخشی این رژیم باشد.

**رژیم غذایی بدون مخمر:** اعتقاد بر این است که ازدیاد مخمرها در دستگاه گوارش، منجر به واکنش های آلرژیک و حساسیت زا و علائم رفتاری در فرد اُتیستیک می گردد و با از بین بردن این مخمرها در رژیم غذایی می توان از علائم اتیسم جلوگیری کرد. این تخمیر را می توان با داروها به راحتی کنترل کرد، اما در نتیجه کنترل آن، نتایج معنی دار و چشم گیری در افراد دارای اتیسم مشاهده نگردیده است.

**اضافه نمودن مکمل و مواد معدنی مانند ویتامین A،C،B6، منیزیم و روی:** افراد دارای اتیسم ممکن است فرآیندهای متابولیک و بیوشیمیایی غیر طبیعی داشته باشند و برای اصلاح آن ها دوز بالای ویتامین ها و مواد معدنی تجویز گردد. اما تحقیقات به هیچ عنوان نشان دهنده تاثیر این دوز بالای مکمل ها در بهبودی افراد اُتیستیک نبوده اند و تنها این امر هزینه بالایی برای خانواده ها به دنبال داشته و از طرفی این دوز بالا می تواند برای کودکان دارای اتیسم عوارضی نیز به همراه داشته باشد. موسسه تحقیقات اتیسم عنوان می کند که ممکن است مصرف این مکمل ها در مواردی باعث بدتر شدن وضعیت کودک دارای اتیسم نیز گردد.

## درمان‌های اشتباه و خطر آفرین برای اتیسم

با توجه به نیاز خانواده‌های کودکان دارای اتیسم و با توجه به افزایش روز افزون اختلال اتیسم در ایران، افراد سودجویی پیدا می‌شوند که می‌خواهند برای خود، بازاری از این نیاز خانواده‌ها ایجاد کنند. نکته اینجاست که این امر تنها در ایران اتفاق نمی‌افتد و در کشورهایی مانند آمریکا هم این افراد سودجو وجود دارند و سازمان غذا و داروی آمریکا در مورد این درمان‌ها به خانواده‌ها هشدار می‌دهد که به آن‌ها نیز در اینجا اشاره می‌کنیم. به یاد داشته باشیم که درست است که برخی از این درمان‌ها و داروها و جوشانده‌ها ممکن است برای کودک ما بی‌خطر باشد، اما همین صرف زمان و هزینه برای درمان‌های بیهوده می‌تواند انگیزه و توان خانواده‌ای را برای بهبودی این اختلال در کودکانشان کاهش دهد.

### تصاویر تبلیغی چلیشن تراپی:

این درمان، ادعا می‌کند که می‌تواند با کاهش بار مواد شیمیایی، سمی و فلزات سنگین بدن کودک دارای اتیسم، شرایط بهتری را برای کودک مهیا کند و با پاک کردن خون فرد دارای اتیسم می‌تواند فرد را درمان کند. داروها و محلول‌های این درمان به شکل اسپری، شیاف، کپسول، قطره وجود دارد. سازمان غذا و دارو، این درمان را اصلاً برای درمان اتیسم توصیه نمی‌کند و این کار را اشتباهی بزرگ برای این کودکان می‌داند و این درمان را برای بیماری‌های دیگر و آن هم تحت تجویز پزشک متخصص، ممکن می‌داند. از بین بردن برخی مواد معدنی موجود در بدن، می‌تواند عواقب وخیمی برای انسان در پی داشته باشد. به همین خاطر، پیش از این‌که به سراغ این درمان بروید با پزشک متخصص کودک خود صحبت کنید.



## درمان با اکسیژن پرفشار (Hyperbaric Oxygen Therapy)

### محفظه اکسیژن پرفشار

توضیح ساده این درمان به این شکل است که فرد در درون یک محفظه اکسیژن با خلوص بالا تنفس می کند. اما به هیچ عنوان FDA این درمان را برای اتیسم توصیه نکرده است.

### سم زدایی با حمام خاک رس

مبدعین این درمان ادعا می کنند که می توانند با اضافه کردن محصولاتشان به آب حمام (آب وان) سموم شیمیایی آلاینده ها و فلزات سنگین را از بدن خارج کنند و به شکلی عجیب برای درمان اختلال اتیسم با راهکار خود تبلیغ می کنند، که این درمان نیز به هیچ عنوان توسط سازمان غذا و دارو مورد تایید نیست.

محصولات مختلفی چون شیر خام شتر که در همین مقاله نیز به آن اشاره شده، دی اکسید کلر (mms) و روغن های گیاهی مختلف، دعا نویسی، درمان های گیاهی، طب سنتی، طب اسلامی، طب ایرانی، جوشانده دم گاو، خوردن خاک مخصوص، شیر الاغ، افزایش کلسترول بدن با زرده تخم مرغ و... بی نهایت درمان های ساختگی و یا نامرتبط با درمان اتیسم را افراد سودجو در داخل کشور و خارج کشور ساخته اند تا بتوانند از طریق این درمان های تایید نشده که هیچ پیشینه علمی ندارند به سود مالی کلانی دست یابند. چند راه وجود دارد که می توان این افراد سود جو و درمان های ساختگی آنها را شناخت:

- آنها محصولات و یا راه کارهای خود را برای طیف گسترده ای از افراد نتیجه بخش می دانند. برای مثال، در یکی از این سایت ها، مبلغین این نوع درمان همان دارو یا خوراکی که برای مشکلات کلیه یا سوزش ادرار و یا یبوست معرفی می کنند، برای درمان اتیسم نیز معرفی می کنند. این یکی از نشان های درمان هایی است که هیچ اساس و بنیان علمی ندارند و ممکن است از اساس خرافی باشند. همان طور که گفته شد، ممکن است مصرف این دارو یا خوراک برای کودک بی زیان باشد، اما انگیزه ها و انرژی خانواده را تحلیل

می‌برد. این که برای دریافت ویزیت این درمان هر ماه خانواده ای بخواهد به قم و یا تهران یا هر شهری دیگر برود، همین برای خانواده ای که ممکن است نتواند با کودک خود تا یک آرایشگاه برود، تحلیل برنده است و البته در مواقعی این درمان‌ها می‌تواند اثرات بدی داشته باشد. مثلاً، پایه یکی از این کپسول‌ها که به واسطه یکی از والدین به دست نویسنده این مقاله رسید، پودر قهوه بود و یا تجویز جوشانده پوست گردو روزی یک لیوان برای خوردن توسط کودک دارای اتیسم!!!!

- افرادی که این درمان‌ها را تبلیغ می‌کنند، نشان می‌دهند که فردی کاملاً آگاه به اتیسم هستند. ولی هیچ استناد علمی برای درمان‌های خود مطرح نمی‌کنند؛ برای نمونه، فردی که برای استفاده از قالب‌های نمک در جای جای محل زندگی کودک دارای اتیسم برای یونیزه کردن محیط زندگی بی‌نهایت تبلیغ می‌کند و این که نمک می‌تواند تمام بارهای منفی را از محیط زندگی دور کند، اما برای گفته‌های خود هیچ‌گونه مستندات علمی ندارد.
- تعداد کمی از بیماری‌ها یا اختلالات هستند که می‌توانند به سرعت درمان شوند، اما اتیسم از آن دسته اختلالاتی است که درمانی طولی (زمان بر) دارد و تا پایان عمر با فرد همراه است. پس اگر کسی به شما گفت اتیسم را درمان می‌کند یا کودک‌تان را از طیف خارج می‌کند، حتماً به او شک کنید.
- مراقب درمان‌های معجزه آسا باشید. این درمان‌هایی که با کلامی زیبا در تلاش اند شما را تحریک به استفاده کنند، حتماً دارای مشکلاتی هستند؛ چرا که درمان‌های اصولی اتیسم دارای رزومه و پیشینه ای شاید 40 ساله اند که تا به امروز پیشرفت نموده اند و هنوز هم در حال ارتقا هستند، پس به درمان‌های یک روزه اعتماد نداشته باشید.
- درمان‌هایی هستند مانند نوروفیدبک، انرژی درمانی، مگنت تراپی و..... که پژوهش‌های کمی بر روی آن‌ها انجام شده اما همچنان به واسطه سازمان‌های شناخته شده جهانی، توصیه نمی‌گردند. این درمان‌ها را متخصصین باید به شما پیشنهاد دهند، چرا که این متخصصین هستند که می‌دانند چه عواقب مثبت یا منفی در انتظار کودک شما هست.

## تمرینات یکپارچگی حسی



متخصصان و رفتار درمانگران به عنوان افرادی که دائماً با افراد مبتلا به اتیسم در تماس هستند ممکن است از واژه‌های دفاع حسی یا جستجوی تحریک حسی به میزان زیادی استفاده شود. اصطلاح دفاع حسی زمانی به کار می‌رود که برای کودک اُتیستیک حس خاصی، ناراحت کننده یا خطرناک جلوه کند. به همین منظور ممکن است در مقابل آن درون داد حسی

لجبازی کند یا از مکانیسم گریز و اجتناب استفاده کند. کودکی که به دنبال تحریک حسی است، ممکن است در مورد محرک‌هایی دچار درجاتی از کم حسی باشد و به طبع آن در تلاش برای برطرف کردن مشکل بالانس حسی خود باشد و رفتارهایی مانند جویدن لباس، گاز گرفتن اشیاء، خوردن مواد غیر خوراکی و... از وی سر بزند. در کودکان مبتلا به اتیسم، برخی تنها در یکی از حواس و برخی در تمام حواس خود دچار اختلال و پریشانی‌اند. در ادامه، راهبردهایی برای شما خانواده‌ها و همکاران گرامی ارائه می‌گردد که می‌تواند در بهبود شرایط حسی کودکان مبتلا به اتیسم کمک کننده باشد:

### راهکارهایی برای کاهش دفاع لمسی یا بیش حسی به لمس در کودک مبتلا به اتیسم:

- برای کاهش دفاع حسی در ابتدا از بازی های خشک (بازی با مواد خشک) مانند فرو کردن دو دست در میان غلات، ماسه، لوبیا، ماکارونی های شکلی و برنج و ... استفاده کنید و کودک مبتلا به اتیسم را ترغیب به جا به جا کردن آن‌ها از ظرفی به ظرف دیگر کنید.
- اکنون به یک مرحله بالاتر یعنی استفاده از آب و سپس آب و صابون (آب کف) بروید. مجدداً، برای جابجا کردن آب و کف از ظروف مختلف استفاده کنید.

- باز هم به یک مرحله بالاتر و به بازی با خمیر و مواد غیرچسبنده مانند خمیرهای عروسک‌سازی و گل‌سازی و خمیرهای ماسه‌ای و خمیرهای فومی بروید. همچنین، می‌توان از خمیرهای دست‌ساز با میزان چسبندگی متناسب استفاده نمود.
- حالا به تدریج شروع کنید، بر روی سطوح خیس انگشت بکشید. برای مثال، بر روی دیوار حمام یا وان و یا لگن یا بر روی ظروف مرطوب.
- به سراغ رنگ‌های انگشتی بروید، از خمیر و کف اصلاح صورت بر روی آینه و یا سطوح صاف استفاده کنید. کودک مبتلا به اتیسم را ترغیب کنید که در ماست یا هر خوراکی دیگر که در ته یک ظرف است با انگشت خط بکشد و نقاشی کند.
- از کودک مبتلا به اتیسم بخواهید بازوها یا پاهای خود را با برس‌های مویی و ابریشمی برس بزند و سپس در یک مرحله بالاتر اجازه دهد که شما این کار را انجام دهید.
- شما و یا خود کودک مبتلا به اتیسم از لوسیون بر روی بازوها، پاها و دست‌ها استفاده کنید.
- بازی با خوراکی‌ها تمایل کودک به لمس بافت‌های مختلف را افزایش می‌دهد. با کودک‌تان چوب شور و یا نان درست کنید و به این واسطه، زمانی را برای درست کردن خمیر با هم‌دیگر بگذارید و خمیر را با شکل‌ها و اندازه‌های مختلف شکل دهید.
- از خوراکی‌های دیگر، آلات و تجهیزاتی درست کنید که با پوست او در تماس باشد. برای مثال، با گره زدن نخ به دانه‌های پاپ‌کورن، گردن بند درست کنید. از آلبالو یا گیلاس گوشواره درست کنید و یا با میوه‌ها حلقه یا انگشت درست کنید و....
- از لباس‌های سنگین که بیش‌تر بر بدن می‌نشیند، استفاده کنید و یا کودک مبتلا به اتیسم را در پتوهای سنگین بپیچانید.
- در مدرسه، فضاهای شخصی را برای کودک با کشیدن یک مربع بر روی زمین یا پهن کردن یک پتو یا قالیچه مشخص کنید.
- کودک اتیستیک درگیر با بیش‌حسی به علت اختلال پردازش حسی و به طور کل به خاطر عدم یکپارچگی حسی، محرکات حسی در محیط اطراف خود را آزارنده و تهدید به حساب

می آورد و به طبع آن دچار احساس عدم امنیت می گردد. به همین خاطر، در مدرسه و یا کلینیک به کودک اجازه دهید تا در مکانی که خود ترجیح می دهد، بایستد. برای مثال، ممکن است تمایلی نداشته باشد که کسی در پشت سر او باشد و یا این که بخواهد در گروه به صورتی بایستد که همه به صورت یک دایره باشند تا در پشت سر هم.

- ترتیبی اتخاذ کنید که کودک مبتلا به اتیسم در محیط های شلوغ و پر رفت آمد در مکانی بنشیند که پشت به دیوار باشد تا احساس امنیت بیش تری کند.
- به طور کلی برای افزایش ترغیب، فعالیت و بازی خود با کودک مبتلا به اتیسم را با بافت هایی خشک، غیر چسبنده که کم ترین اجتناب را در او ایجاد می کند، شروع کنید. اگر کودک اُتیستیک با راهکارهای بالا همچنان از لمس اجتناب می کند، او را تشویق کنید که برای مثال، برنج را با قاشق یا پیمانه دست کاری کند و یا از جایی در جایی دیگر بریزد.

- همیشه به کودک اُتیستیک که دچار دفاع لمسی است از روبه رو نزدیک شوید و برای ارتباط با او از یک لمس سخت و عمقی استفاده کنید و از لمس سطحی اجتناب کنید. از دیگران نیز بخواهید تا زمانی که با کودک مبتلا به اتیسم شما ارتباط برقرار نکرده اند یا رو در رو با او نیستند، او را لمس یا نوازش نکنند. برای مثال، هیچ گاه از پشت سر و به صورت ناگهانی او را لمس نکنید.

### جعبه حسی:



از یک ظرف پلاستیکی، یک کیف یا یک جعبه کفش استفاده کنید و اشیای مختلف را در داخل آن‌ها قرار دهید و از کودک بخواهید که آن‌ها را لمس کند و حدس بزند که شیء لمس شده چیست. صندوق حسی یک ظرف پلاستیکی بزرگ را با برنج، ماکارونی، آرد ذرت، ذرت بو داده، ماسه، آب، دانه پرونده و اشیای متفاوت

دیگری پر کنید. از کودک بخواهید از دستانش استفاده کند و برای یافتن اشیاء مورد نظرش در ظرف جستجو کند. سعی کنید مواد مختلفی که گرم، سرد، ناهموار یا نرم هستند، امتحان کنید. لباس پوشیدن یک جعبه از لباس‌های مختلف داشته باشید و لباس‌هایی را که طرح‌ها، رنگ‌ها و بافت‌های مختلف (ابریشمی، خزی، پر مانند و ...) دارند را جستجو کنید.

### بازی در وان:

کودک‌تان را تشویق کنید که از صابون‌های مختلف و حوله‌هایی با انواع و اندازه‌های مختلف در حمام استفاده کند. انواع صابون‌های بودار، صابون‌هایی با مواد طبیعی، لوسیونی، کف‌کننده و کرم اصلاح و شوینده‌های بدن، مایع شستشوی بدن را پیشنهاد دهید. انواع بافت‌ها را نیز برای شستشو توصیه کنید: پارچه‌های شستشوی ضخیم، نرم، برس‌های پلاستیکی، اسفنج‌های آشپزخانه، اسکاچ‌های مختلف، دستمال‌های آشپزخانه، اسفنج‌های لیفی، دستکش‌های حمام و اسباب‌بازی‌ها. اسباب‌بازی‌هایی با بافت‌های مختلف - صاف، زبر، سفت، ناهموار، نرم و قابل انعطاف - را به کودک پیشنهاد دهید. کودک را محکم در یک پتو بپیچید.



### فعالیت های انگشتی:

با استفاده از رنگ های انگشتی،  
موادی مثل برنج، ماسه، دانه، ذرت  
بو داده و ... را برای ایجاد تجربیات  
حسی مختلف، مخلوط کنید و رنگ  
بزنید.

### سیستم دهلیزی:



**توپ های جهشی:** توپ جهشی یک توپ  
بزرگ با یک دستگیره است که بچه روی آن  
می نشیند و بالا و پایین می پرد. آن را روی چمن  
و فرش امتحان کنید.

**غلتیدن:** روی یک تپه چمنی به پایین بغلتید.

**تاب خوردن:** روی تاب های زمین بازی،

تاب های لاستیکی، تاب های طنابی، تاب های میمونی، دوزنقه ورزشی و حلقه ها تاب بخورید.  
**تاب خوردن در پتو:** از کودک بخواهید که روی یک پتوی بزرگ دراز بکشد. سپس از دو  
بزرگ تر بخواهید که گوشه های مقابل پتو را بگیرند و کودک داخل پتو را به آرامی از زمین  
بلند کنند و تاب بدهند.

**سر خوردن:** روی سرسره های زمین بازی، سرسره های استخر شنا یا با استفاده از سورتمه سر  
بخورید.

**مسیر پرمانع:** مسیر پرمانعی را در خانه (داخل یا خارج) تنظیم کنید و کودک را تشویق کنید که از روی موانع بگذرد، بالا برود، بپرد در حالی که تعادلش را حفظ می‌کند.



**سواری با وسایل نقلیه:** سه چرخه، دوچرخه، موتورسیکلت، ماشین‌هایی که با چرخ بزرگ و وسایل نقلیه موتوری با اندازه کوچک.

دویدن / بالا و پایین انداختن توپ: شرکت در بازی گرگم به هوا و مسابقه دو، شرکت در فوتبال و انواع مختلف بازی با توپ.

**پريدن:** پريدن از يك ارتفاع بالاتر به ارتفاع پايين‌تر، پريدن درجا، پريدن روی طناب، ایستادن روی تخته تعادل، روی تخته پرش، روی جک، لی‌لی و پريدن روی توده‌ای از برگ.  
**چرخیدن:** چرخیدن نیاز به نظارت دارد، چون این فعالیت‌ها ممکن است منجر به تحریکات حسی شدید شود. استفاده از چرخ و فلک، قرقره چرخشی، دور زدن.



### سیستم حس عمقی (حمل اشیای سنگین)

سبد لباس‌های کتیف، لیف پر از خواروبار، گالن شیر، ظرف محتوی مواد پاک کننده لباس. فعالیت‌های هل دادن: هل دادن کالسکه، سبد چرخ‌دار بقالی با اندازه کوچک، ماشین چمن‌زنی اسباب‌بازی، استفاده از اسباب‌بازی‌های فشاری کودک، حمل کوله پشتی پر از اسباب‌بازی و ...

فعالیت‌های کشیدن: کشیدن واگن و اسباب‌بازی‌های کشیدنی کودک، شرکت در مسابقه طناب‌کشی.

فعالیت‌های برخورد کردن: تشک تخت، بالش یا پارچه‌های پشمی را روی زمین پهن کنید و به کودک اجازه دهید که روی آن‌ها بپرد یا به کودک امکان دهید که به تیغه‌های دیوار یا سپر ماشین که ایمن کرده‌اید، برخورد کند.

ریختن: به کودک اجازه دهید که موادی مثل آب، شن، برنج، ماکارونی، دانه، ذرت بو داده را از ظرف‌هایی با اندازه‌ها و شکل‌های مختلف به داخل ظرف‌های دیگر بریزد.

فعالیت‌های پهن کردن: از کودک بخواهید که خودش ژله، کره بادام‌زمینی، پنیر خامه‌ای را روی نان بمالد و پهن کند.

فعالیت‌های آویزان شدن: با نظارت و هدایت یک بزرگ‌تر، کودک می‌تواند از میله‌های آکروبات‌ها در زمین بازی استفاده کند.

فشار دادن یک نقطه: نقطه‌ای را در روی دیوار خانه یا کلاس درس‌تان تعیین کنید و از کودک بخواهید که با دست‌ها یا پاهایش به آن فشار دهد.

## بازی‌های هدفمند در یکپارچگی حسی

بسیاری از فعالیت‌های دستی و صنایع دستی را می‌توان جهت تحریک حس لامسه استفاده کرد. بازی‌هایی مثل خمیربازی، نقاشی با انگشتان، بازی با خمیر کاغذ و یا گچ و یا بازی‌هایی با استفاده از خمیر ریش، صابون، مدادرنگی، مواد غذایی، شن، اشیایی نظیر دانه‌های خشک‌شده، برنج، برگ‌ها و ... می‌توانند برای این منظور مفید واقع شوند. هدف از این گونه بازی‌ها تقویت حس لامسه از طریق یکپارچه‌سازی بوده و به کودک این توانایی را می‌دهد که از حس لامسه جهت یادگیری از محیط اطرافش استفاده کند. اما نباید به هیچ عنوان کودک را به انجام این کارها مجبور کرد.

## بازی‌ها

### کرم ابریشم:



کودک را درون ملحفه‌ای به اندازه‌ی مناسب قرار دهید، به گونه‌ای که به طور کامل بدنش را دربر بگیرد و فقط سر از ملحفه بیرون باشد. ملحفه باید به خوبی گره زده شود تا باز نشود. سپس سه یا چهار تشک را با فاصله‌ی کوتاه (سه سانتی متر یا کمی بیش‌تر) از هم روی زمین پهن کنید تا کودک با غلتیدن روی آن‌ها خود را به انتها برساند و یا با جهیدن از تشکی به تشک دیگری عبور کند.

### غلتیدن روی دیوار:

به کودک بگویید که کنار دیوار بایستد و به دیوار بچسبد و عمل غلتیدن را انجام دهد. کودک باید تماس بدن خود را با دیوار در طی غلتیدن حفظ کند. این فعالیت می‌تواند با ایجاد مانع انجام شود. بدین گونه که شما موانع را از قبل روی دیوار قرار دهید.

**تحریک‌های وستبولار:** ارایه‌ی تحریک‌های وستبولار معمولاً ساده می‌باشد. بسیاری از سرگرمی‌های کودکان مانند پریدن، چرخیدن، آویزان شدن و دویدن از تحریک‌های وستبولار محسوب می‌شوند. معمولاً اگر جلسه‌ی خود را با یک فعالیت و سرگرمی مربوط به وستبولار شروع کنیم، مناسب‌تر و بهتر است، مشروط بر این که ترس در کودک ایجاد نشود.



### **تاب‌بازی:**

کودک را در یک توری که در فضا معلق و آویزان است، قرار دهید تا یک تیوپ را که در فاصله‌ی دورتر بسته شده است، بگیرد و توری و خود را ریتم‌وار به نوسان و حرکت در آورد.

### **بسته شدن با طناب:**

یک طناب بلند را آماده کنید. حدود پانزده سانتی‌متر از طناب را در جیب شلوار کودک قرار دهید. طناب را دور کودک در حالی که دست‌هایش را روی سرش قرار داده بچرخانید به طوری که طناب به دور کودک پیچیده شود (کودک می‌چرخد). بعد از این که کودک کاملاً پیچیده شد، صبر کنید. سپس طناب را به آرامی بکشید تا کودک با چرخیدن خود در خلاف جهت قبلی باعث باز شدن طناب شود.

### به هم خوردن بشکه‌ای:

دو گروه از کودکان را روبه‌روی هم قرار دهید و یک بشکه در اختیار هر گروه قرار دهید. با دستور شما یک کودک از هر گروه وارد بشکه شود و بشکه را به سوی بشکه‌ی مقابل خود بغلتاند تا با بشکه‌ی گروه مقابل برخورد کند.

**انقباض هماهنگ:** مشت زدن به کیسه‌ی بوکس یا به وسایلی دیگر همانند وزنه‌های پوشیدنی باعث تقویت حس عمقی ماهیچه‌ای می‌شود. جهت تقویت این حس، استفاده از الاکلنگ و تجهیزاتی از این قبیل بسیار مناسب است و می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد. این گونه فعالیت‌ها باعث انقباض همزمان عضلات دوسر مفاصل می‌شود. انقباض همزمان عضلانی باعث ثبات مفاصل می‌شوند و جهت بهبودی و هماهنگی حرکت مهم می‌باشند.



### تحویل دادن بار:

همانند راننده‌ی کامیون که بار را تحویل می‌دهد، بار نسبتاً سنگینی را در درشکه، واگن، چرخ‌دستی و یا حتی روی یک تخته قرار دهید تا کودک با کشیدن و هل دادن آن‌ها بار را به محل مورد نظر برساند و آن را تحویل شما دهد.

### مسابقه‌ی طناب کشی:

طناب محکمی بیاورید و کودکان را در دو گروه به تعداد مساوی قرار دهید . نفرات از دو طرف شروع به کشیدن طناب کنند. گروهی برنده است که کودکان طرف مقابل را تا پنج ثانیه به طرف خود بکشد. مهم است که کودک بتواند تغییرات بدنی مناسب را هنگام جلو و عقب رفتن نسبت به طناب انجام دهد.

### جنگ غلت زدنی:

دو کودک کنار یکدیگر روی زمین دراز می‌کشند و سعی می‌کنند تا با قل خوردن به سمت یکدیگر مانع غلت خوردن دیگری شوند و به عبارتی دیگر او را به سمت مقابل هل می‌دهند. واکنش‌های تعادلی: واکنش‌های تعادلی به مجموعه‌ای از حرکات دلالت می‌کند که موجب حفظ تعادل می‌شوند. حرکت می‌تواند محدود و کوچک باشد (حفظ وضعیت نشسته هنگام پیچیدن ماشین) و یا این که بزرگ باشد (مثل حفاظت بدن از افتادن با کمک بازوها و دست‌ها). فعالیت‌های مربوط به بهبودی واکنش‌های تعادلی باید به تدریج سخت و پیچیده گردند، بنابراین درجه‌بندی آن‌ها بسیار مهم است.

کودکان در فعالیت‌های روزمره زندگی که با سیستم حس حرکت و وستیبولار ارتباط نزدیکی دارند اغلب واکنش‌های تعادلی را تحریک می‌کنند. نمونه‌ای از بازی‌ها، عبارتند از:  
**بازی بزبزی:** کودک دوزانو می‌نشیند، به گونه‌ای که روی دست‌ها (به سمت جلو) تکیه می‌کند. در این حالت تویی به سمت او قل دهید. کودک باید به جلو تکان بخورد و با سرش توپ را به جلو بزند، بدون این که جابه‌جا شود. این بازی را با دو کودک که روبه‌روی هم نشسته‌اند نیز می‌توان انجام داد.



مثل من انجام بده: کودک روی زمین با پاهای صاف می‌نشیند و حرکات زیر را تقلید می‌کند: با جابه‌جا کردن وزن بدن از یک لگن به لگن دیگر به سمت جلو حرکت کند. بازوها باید کمی خم باشند، به طوری که برای جابه‌جایی وزن، نباید از دست‌ها استفاده کند. به سمت عقب حرکت کند. سعی کند از سربالایی به آرامی بالا برود و سریع پایین بیاید. روی زمین بنشیند، پاهایش را بالا بیاورد و به سمت سینه ببرد. سعی کند روی باسن تعادلش را حفظ کند.

**برنامه‌ریزی حرکتی:** برنامه‌ریزی حرکتی به توانایی کودک برای سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی و سپس اجرای اعمال حرکتی جدید یا تکرار نشده، اشاره دارد. رشد سیستم‌های حسی، به خصوص حس لامسه، اهمیت اساسی برای رشد برنامه‌ریزی حرکتی دارد. معمولاً درمان شامل فعالیت‌هایی برای بهبود حس لامسه، حس عمقی و افزایش آگاهی بدنی است. این فعالیت‌ها باید از ساده به پیچیده برنامه‌ریزی شوند که نمونه‌هایی از آنها به شرح زیر هستند:

**میدان مانع:** وسایل مورد استفاده شامل وسایل در دسترس نظیر نردبان، تخته، تشک و صندلی می‌باشد. از کودک بخواهید در بین صندلی‌ها سینه‌خیز برود، روی سطح شیب‌دار مانند اردک راه برود و یا به سمت عقب چهار دست و پا برود و غیره.



ماز: با استفاده از طناب یک ماز بسازید. کودک روی شکم قرار بگیرد و در حالی که سر و شانه‌ها بالاست با استفاده از آرنج‌ها و زانوها، به شکل سینه‌خیز از داخل ماز عبور کند. پس از یک دور عبور کودک از ماز، می‌توانید چشمان او را ببندید که فقط با کمک حس لامسه راه را پیدا کند و مسیر را بیابد.

**حل معما از طریق اجرای پانتومیم:** از کودک بخواهید یک عمل تقلیدی را انجام دهد، در حالی که کودکان دیگر حدس می‌زنند که آن چه عملی است. کودک می‌تواند از تصورات خود استفاده کند و یا از یک عکس تقلید کند مثل، نوشیدن چای، مسواک زدن، خوردن غذا، شانه زدن موها.

**غلطاندن لاستیک اتومبیل:** یک لاستیک اتومبیل (و یا بهتر از آن، یک لاستیک دوچرخه) به کودک بدهید و یک چوب عصا مانند به کودک بدهید به طوری که بتواند با استفاده از چوب، لاستیک را به حرکت در آورد، بدون این که لاستیک از تعادل خارج شود و زمین بیافتد. هماهنگی حرکتی دو طرفه : پریدن خرگوشی

1. به عقب

2. به جلو

درست کردن گلوله‌های خمیری با مخلوط کردن آب و آرد و استفاده از هر دو دست



## مزه‌ها و حساسیت دهانی در کودک مبتلا به اتیسم

حساسیت‌های مربوط به دهان فراتر از احساس مزه‌ها است و بافت مواد غذایی در آن نقش تعیین کننده‌ای دارد. به طور کلی، دو نوع حساسیت دهانی وجود دارد:

1. بیش حسی (بیش از حد واکنش پذیر)

2. کم حسی (کم واکنش پذیر)

- ✓ بازی با غذاها، بهترین راه برای معرفی و ارائه بافت‌ها و طعم‌های جدید به کودک مبتلا به اتیسم است.
- ✓ نقاشی کشیدن در غذاها و خوراکی‌هایی مانند حلیم‌ها، ماست، کیک‌های خرد شده، پوره‌های خوراکی مانند سیب زمینی، خورش‌ها و سس‌ها...
- ✓ بازی با میوه‌ها و درست کردن گوشواره با گیلان و یا حلقه حلقه کردن برخی از میوه‌ها و یا داخل نخ کردن برخی خوراکی‌ها مانند ماکارونی‌های شکلی و...
- ✓ با برخی خوراکی‌ها مانند بافت داخل نان باگت حجم و اشکال درست کنید به آن‌ها رنگ‌های خوراکی مانند آب چغندر یا هویج یا سبزی اضافه کنید.

قبل خوردن غذا بر روی صورت و دهان کودک مبتلا به اتیسم به اشکال زیرکار کنید:

- ✓ با انگشتان هر دو دست و در هر دو طرف صورت کودک از انتهای فک به سمت کناره‌های دهان بیاید. سپس از گوش‌ها به سمت گونه‌ها بیاید و پس از آن به سمت دهان و کناره‌های دهان دست خود را بکشید (این حرکات کمی محکم صورت بگیرد).
- ✓ سپس در تمرینات بالا به جای دست و انگشتان از یک پارچه نرم و یا از پشت یک مسواک ارتعاشی استفاده کنید.

✓ قبل صرف غذا توسط کودک مبتلا به اتیسم، برای چند دقیقه از یک تیوپ جویدنی و یا در صورت در دسترس نداشتن آن از لوله های اکسیژن آکواریوم و یا از لوله های شفاف برای عمل جویدن استفاده کنید.

✓ انجام بازی های دهانی مانند استفاده از سوت ها، شیپورها، حباب سازها و فرفره ها.

✓ فوت کردن به یک گلوله پنبه یا کرک یا حتی توپ پینگ پنگ با یک نی.

✓ به طور کلی، بافت و طعم جدید را به کودک اُتیستیک به تدریج ارائه کنید و در یک دوره زمانی مشخص تنها یک تجربه در این زمینه برای او مهیا کنید.

از فعالیت های زیر که ساختار دهان و اطراف آن را قوی تر می کند، استفاده کنید:

✓ کودک مبتلا به اتیسم را تشویق کنید با یک نی در شیر حباب درست کند.

✓ مکیدن مایعات با یک نی باریک

✓ مکیدن مایعات غلیظ با نی

✓ به کودک مبتلا به اتیسم از طریق یک بطری ورزشی سوپاپ دار آب بدهید.

✓ کودک اُتیستیک از خوراکی ها و غذاهایی استفاده کند که نیاز به جویدن زیاد دارد، مانند پاستیل، آدامس، نان های حجیم و یا گوشت هایی که به صورت برگ و چرخ نکرده، پخته می شوند.

✓ استفاده از خوراکی های ترد مانند کراکر یا بیسکویت ترد، نان خشک، کرفس، هویج و.....

## حساسیت بویایی

خانواده‌های کودکان مبتلا به اتیسم ممکن است تاکنون با این موقعیت رو به رو شده باشند که کودکشان از رفتن به محیطی خاص مانند آرایشگاه‌ها، استخرها، فروشگاه‌ها و... امتناع می‌کند. این امر ممکن است به خاطر آن چیزی که در آنجا رخ می‌دهد، نباشد؛ بلکه شاید به خاطر بوی بد یا ناآشنایی است که در آن محیط وجود دارد. برای این مهم می‌توانید از راهبردهای زیر استفاده کنید.

- آروماتراپی کنید. از شمع‌ها و روغن‌های معطر در محیط کودک استفاده کنید.
- از عطرهایی استفاده کنید که بوهای ناخواسته را پوشش می‌دهد.
- از لوسیون‌ها یا کرم‌های معطر قبل از ورود کودک به محیط آزارنده در زیر بینی کودک اُتِستیک استفاده کنید.

### حساس کردن کودک به بوها با استفاده از بازی‌های بویایی زیر:

چند تکه پنبه را گلوله کنید و به هر کدام یک عطر بزنید (مانند عطر لیمو، وانیل، موز، پرتغال و...) و آن‌ها را زیر بینی کودک بگیرید و بگویید که این‌ها چه رایحه‌ای هستند و در صورت آگاهی کودک از آن‌ها، از او در موردشان پرسید.

در صورت امکان چشمان کودک مبتلا به اتیسم را ببندید و اشیاء و خوراکی‌های مختلف دارای بو را در زیر بینی او بگیرید و از او پرسید آن‌ها چه چیزی هستند.

آن‌ها را به آشپزخانه و محیط‌های دیگر ببرید و در مورد بوهایی که در آنجا هست، با او حرف بزنید. به این مهم توجه کنید که کودکان اُتِستیک به بوها علاقه‌مند هستند و این کار را برای شما راحت‌تر می‌کند. پس این فعالیت را بیهوده ندانید. در بیرون از خانه، در مورد بوهای اطراف مانند گل‌ها، چمن‌های کوتاه شده و... برای او صحبت کنید.

عصاره‌ها و ادویه‌هایی مانند وانیل و نعناع و دارچین و... را به خمیر بازی او اضافه کنید. از استفاده از عطرها و رایحه‌های صنعتی و آرایشی به علت آسیب‌زا بودن و یا بلعیده شدن جداً خودداری کنید.

## از چه شیوه‌های فرزندپروری برای کودکان دارای اتیسم استفاده نکنیم و چه والدینی نباشیم؟

### والدین هلیکوپتری



والدین هلی‌کوپتری بر روی کودک خود مانند هلی‌کوپتر معلق مانده و هر حرکتی را که مشاهده می‌کنند به آن واکنش نشان می‌دهند و هر مشکلی را که احساس کنند برای رفع آن به کمک می‌روند. این والدین برای صاف کردن هر مسیری مداخله می‌کنند و اصرار دارند برای فرزند خود هر

کاری را انجام دهند. والدین هلی‌کوپتری برای هر کودکی ایده‌آل نیستند؛ چرا که این والدین ممکن است استقلال و خودانگیزی در کودکان‌شان را به امری دشوار تبدیل کنند. والدین کودکان دارای طیف اتیسم، والدینی هستند که مستعد استفاده از شیوه فرزندپروری هلی‌کوپتری هستند. زیرا این والدین نگران این هستند که کودک‌شان با مشکلی برخورد کند که نتواند آن را برطرف کند و البته این امر واقعیت دارد و در واقع برای کودکان اتیستیک رخ می‌دهد. اما اگر والدین هلی‌کوپتری موجب توقف و خدشه در فرآیند رشد در کودکان غیر اتیستیک می‌گردند. تصور کنید که این والدین برای کودک دارای طیف اتیسم خود چه کاری انجام می‌دهند. به یاد داشته باشید که کودکان دارای طیف اتیسم، توانایی یادگیری انتزاعی را ندارند و بایستی از طریق آموزش عینی و مستقیم و با انجام فرآیند واقعی فعالیت یا هدفی را یاد بگیرند. وقتی برای انجام امور قدم بر می‌دارید این فرصت را به کودک‌تان بدهید تا آنچه را که لازم است درک کند، برای چالش‌ها تلاش کند و آن‌ها را تجربه کند و از هیجان موفقیت در یک چالش لذت ببرد یا دانش حاصل از شکست را به دست آورد.

## والدین رقابتی



تقریباً همه والدین با این شیوه فرزندپروری آشنا هستند و یا این که آن را در دیگر والدین مشاهده کرده‌اند. این والدین، به دنبال این هستند که کودک چه کسی در ابتدا چه آموزشی را دیده است؟ اولین کلمات را چه زمانی گفته؟ چه زمانی راه افتاده؟ چه زمانی از پوشک گرفته شده است؟ و کودکشان چه تعداد توانایی را در

کوتاه‌ترین زمان ممکن بدست آورده است؟ برای مثال، تا پیش از پنج سالگی کلاس‌های فوتبال، ژیمناستیک، زبان انگلیسی، تنبک و... را شروع نموده است. زمانی که شما کودکی اُتیستیک دارید در شرایط عادی می‌توانید با بیش‌تر مسائل کنار بیاید و البته این کار دشواری خواهد بود. اما اگر از والدینی باشید که از شیوه فرزندپروری رقابتی استفاده می‌کند؛ مطمئناً این احساس را خواهید داشت که کودک شما شرایط برابری ندارد و احتمالاً شما به عنوان والدین خود را مقصر می‌دانید و نتیجه این احساس این است که نه شما و نه فرزندتان به اندازه کافی خوب نیستید. نتیجه چنین احساساتی بر کودک دارای طیف اتیسم ممکن است که آشکار نباشد؛ اما واقعی است. چرا که کودک دارای طیف اتیسم، به صورت مستقیم متوجه این شرایط نابرابر نخواهد شد و یا اینکه درک کند که دیگری می‌تواند و من نمی‌توانم. این نابرابری می‌تواند فوق‌العاده بر روی کودک شما تاثیرگذار باشد و شما را تبدیل به والدینی شیشه‌ای کند که با هر نابرابری می‌شکند و این امر بیش‌ترین تاثیر را بر روی شما و ارتباط شما با کودک دارای طیف اتیسم شما خواهد داشت. در این زمان است که شما انگشت تقصیر را به سمت خود، همسر یا فرزندتان خواهید گرفت. به یاد داشته باشید که والدین رقابتی والدینی شاد نیستند، چرا که همیشه در رقابت و مسابقه با دیگران و اضطراب عقب افتادن از دیگری هستند

و آنچه که خود و کودک‌شان است را قبول نمی‌کنند و ناخواسته ارتباط خود را با دنیای واقعی قطع نموده و در دنیای غیر واقعی به دنبال رقابت و پیروزی هستند و در این زمان است که کودک اُتیس‌تیک آن‌ها در دنیایی واقعی همراه با اختلال طیف اتیسم با توانایی‌ها و ناتوانایی‌های خود دست به گریبان است.

### والدین دست نگه دارنده (آزادگذار)

برخی والدین بر این باورند که فرزندشان باید بدون دخالت آن‌ها به دنبال علاقه‌های شخصی خود باشد. این شیوه فرزندپروری، برای کودکان غیر اُتیس‌تیک که خودانگیزه و مشتاق در تعامل با دیگران هستند، به خوبی کار می‌کند در حالی که برای کودکان دارای طیف اتیسم، انتخاب مناسبی نیست.

در حالی که، مطمئناً هر کودکی تا حدودی نیازمند فضایی برای عملکرد کاملاً مستقل است؛ اما کودکان دارای طیف اتیسم، واقعاً نیازمند توجه منظم مستمر والدین خوداند. در این جا ممکن است به این فکر افتاده باشید که این امر موید عملکرد والدین هلی‌کوپتری است! ولی در واقع این‌گونه نیست و دلیل این امر این است که در بیشتر مواقع، این کودکان دارای طیف اتیسم، به کمک شما نیاز دارند تا به طور فعال یاد بگیرند و ارتباط برقرار کنند و به جستجو در جهان اطراف خود بپردازند. بدون بودن فرد دیگری برای ساختن این مهارت‌های ارتباطی، کودکان دارای طیف اتیسم ممکن است به طور شدیدی در خود فرو رفته و بر خود متمرکز گردند و تمایل کم‌تری داشته باشند که به مشارکت فعال با دنیای اطراف خود بپردازند و متأسفانه با این رویکرد فرصت کم‌تری خواهند داشت که به تقویت نقاط قوت و بالفعل کردن بالقوه‌های خود بپردازند.

## والدین کمال گرا

برخی از کودکان، با والدینی که کاملاً اصرار بر عملکردی ایده‌آل در کودکان‌شان دارند، می‌توانند عملکرد برتری در زمینه‌های ورزشی، هنری، دستور زبان و رفتار داشته باشند. اما این کودکان بعید است دارای اختلال طیف اتیسم باشند. واقعیت این است که کودکان مبتلا به طیف اتیسم در حالی که ممکن است نقاط قوت زیادی داشته باشند؛ اما نتوانند بسیاری از انتظارات معمولی در دیگران کودکان را نیز برآورده سازند. این کودکان ممکن است مهارت کلامی‌شان به خطر بیافتد و به دست آوردن نمرات بالا و گرامر کامل برای آن‌ها امری دشوار است. آن‌ها ممکن است در هماهنگی بدنی مشکل داشته باشند و دوچرخه سواری را به دشواری یاد بگیرند و بتوانند، انجام دهند. به همین خاطر به یاد داشته باشید که با این شیوه فرزندپروری ممکن است شما انتظارات بالایی داشته باشید و آن انتظارات را تا اندازه‌ای بالا ببرید که موجب ناراحتی کودک‌تان و دلسردی شما گردد.

## والدین مجاز

این والدین، این‌گونه فکر می‌کنند که کودکی که نیازهای ویژه‌ای دارد، فقط در زمان حضور در مدرسه یا مراکز درمانی بایستی از آن‌ها انتظاراتی را داشت و در غیر این صورت، بایستی آن‌ها را رها گذاشت. آن‌ها این‌گونه عنوان می‌کنند که کودک‌شان در مدرسه و یا در مرکز درمانی شرایط سختی را در طول روز گذرانده و حالا شایسته استراحت است و این را غیرمنطقی می‌دانند که کودک‌شان در منزل کاری کند یا آموزشی ببیند و یا حتی کارهای خود را انجام دهد. این شیوه تفکر و فرزندپروری به نتیجه تأسف‌آوری می‌رسد و این به او می‌آموزد که "هر کاری می‌خواهی انجام بده" و این عاداتی را به او می‌آموزاند که برای او مشکلات جدی را در آینده ایجاد خواهد نمود. نمونه این شیوه فرزندپروری را می‌توانیم خانواده‌ای بخوانیم که در طول روز در مرکزی حضور داشته و پس از رفتن به خانه والدین او عنوان

می‌کردند که بر روی زمین پارچه‌هایی پهن می‌کنند و میزان زیادی پفک و چیپس و خوراکی در اختیار او قرار می‌دهند تا برای خود باشد و هرکاری می‌خواهد بکند.

### چه کارهایی انجام شود؟

مداخله جاسپر (این روش مخفف حروف "قواعد اشتغال بازی های نمادین توجه مشترک" که توسط دکتر کانی کساری در مرکز تحقیقات و درمان طیف اتیسم دانشگاه کالیفرنیا تدوین شده است)، یک درمان مبتنی بر بازی است و برای بهبود اشتغال مشترک بین والدین و فرزند دارای طیف اتیسم استفاده می‌شود. این شیوه بر آموزش والدین به پیروی از فرزند خود در بازی تمرکز دارد و دارای چهار مولفه است، که عبارتند از:

1. انتخاب اسباب بازی و محیط

2. گام‌های آینه‌ای شده

3. برانگیختن

4. گسترش ارتباطات

گالسرود و همکاران (2015)، در پژوهش خود این مولفه‌ها را برای کودکان دارای طیف اتیسم مورد بررسی قرار دادند و با توجه به علاقه کودکان دارای طیف اتیسم به اشیاء، آن‌ها دریافتند که گام‌های آینه‌ای، یعنی تقلید از نحوه بازی کودک با اسباب بازی منتخب می‌تواند مهم‌ترین عنصر در حمایت از توجه مشترک باشد. اعتقاد بر این است که شیوه فرزندپروری آگاهانه که بسیار شبیه به شیوه مقتدرانه است، شیوه‌ای مثبت است و به عنوان بهترین شیوه برای فرزندپروری اتیسم شناخته شود. در این شیوه، والدین ممکن است رفتار ناسازگارانه کودک را نادیده بگیرند، از استقلال کودک حمایت می‌کنند و نسبت به نیازهای کودکشان حساس‌ترند. این والدین آگاهانه کودک خود را می‌شناسند و هر تصمیم را به صورت آگاهانه و با توجه شرایط کودک دارای اتیسم اتخاذ می‌کنند (دانکن و همکاران 2009؛ پرنس و همکاران، 2015).



به طور کلی، هیچ والدی کامل نیست و از طرفی والدین کودکان اُتیستیک و با نیازهای ویژه قطعاً در شرایط دشواری به سر می‌برند و قطعاً نمی‌توان اذعان نمود که شیوه فرزندپروری آن‌ها بر اساس فلان روش و یا فلان نظریه اشتباه محض است. این خطایی بزرگ است که شیوه فرزندپروری این والدین را بدون توجه به شرایط آن‌ها قضاوت و ارزیابی نماییم. عدم توجه به خستگی، فشارهای مالی، فشارهای روانی که این والدین تجربه می‌کنند و نظر دادن در مورد فرزندپروری آن‌ها کمی غیرمنصفانه است.

برخی از خانواده‌های کودکان اُتیستیک در شرایط دشواری قرار دارند که این شرایط برای خانواده‌های دارای کودکان غیراُتیستیک قابل باور نیست. به همین دلیل است که گفته می‌شود انسان‌ها در زمان فشار و شرایط سخت مرتکب اشتباهاتی می‌گردند که قطعاً در شرایط عادی چنین رفتاری از آن‌ها سر نخواهد زد. روی سخن با خوانندگانی است که ممکن است از نزدیک با شرایط یک خانواده دارای کودک دارای طیف اتیسم آشنا نباشند و یا والدی که اتیسم کودک خود را انکار نموده و همسر خود را به هر دلیلی مقصر اصلی یک شیوه فرزندپروری اشتباه می‌داند، به یاد داشته باشیم که هیچ انسانی کامل نیست؛ اما همه انسان‌ها نیاز به کمک و درک شدن دارند با درک و کمک به این والدین است که می‌توانیم شیوه فرزندپروری احیاناً غلط آن‌ها را اصلاح نماییم.

## راهبردهای حمایت از رشد زبان در

### کودک دارای اتیسم

ایجاد دلایلی برای کاربرد زبان در کودک

دارای اتیسم:

کودک مبتلا به اتیسم شما اگر دلیلی برای

استفاده از زبان داشته باشد، احتمالا برای کاربرد زبان تلاش بیشتری می کند. شما می توانید این دلایل را به عنوان بخشی از امور روزمره خود قرار دهید. به عنوان مثال، شما می توانید اسباب بازی مورد علاقه او را به دور از دسترس او قرار دهید و این امر او را مجبور به درخواست و برقراری ارتباط با شما می کند. اگر حتی کودک شما کلام ندارد و ممکن است که به کلام نیز نرسد، برای او یک دفترچه کوچک ایجاد کنید تا به واسطه آن با شما حرف بزند و با شما ارتباط برقرار کند و در این زمان است که شما می توانید با در اختیار گذاشتن شیء مورد نظر با او در مورد آن حرف بزنید. یا حتی می توانید به شکل دیگری کار را سخت تر کنید. برای مثال، اگر کودک اُتیستیک شما با شما ارتباط برقرار کرده و از شما درخواست گوشی موبایل می کند و می گوید گوشی شما یک کلمه دیگر به آن اضافه می کنید و می گوید "گوشی لطفا" یا "لطفا گوشی" و همین طور می توانید این فعالیت ارتباطی را دشوارتر و گسترده تر کنید. برای این کار استفاده از تکنیک های درمان رفتار کلامی می تواند بسیار راهگشا باشد.

### از بازی برای کودک دارای اتیسم استفاده کنید:

روان شناسان بازی را راه یادگیری کودکان و همچنین راه یادگیری زبان شما می دانند. می توانید در فرآیند بازی که تقریبا بخشی از امور روزمره کودکان و والدین است، فرصتهایی برای یادگیری زبان ایجاد کنید. برای مثال، زمانی که با کودک خود ماشین بازی می کنید، شروع



می‌کنید به گفتن “آم آم آم آم آم” و برای او آوا سازی می‌کنید، بوق می‌زنید، صدای تصادف ایجاد می‌کنید، تمام این‌ها آواهایی است که با کودک خود از فاصله نزدیک ایجاد می‌کنید؛ با او ارتباط چشمی برقرار می‌کنید و همین‌طور در ادامه این ارتباط چشمی توجه مشترک بر روی یک ماشین دارید به شکلی که کودک شما با نگاه کردن به ماشین می‌تواند از شما درخواست ماشین کند و این مقدمه ارتباط و یادگیری و تقلید است. می‌توانید به او بعد از بازی یک میان وعده دلخواه بدهید و این راه شکل‌گیری فرآیند یادگیری و پاداش قرار دهید. در فرآیند آموزش خود حتماً از تکنیک‌های فلور تایم استفاده کنید. در این تکنیک، تمامی نیازهای آموزشی کودکان اُتِستیک مستتر است.

### الگودهی زبانی برای کودک اُتِستیک

شما می‌توانید برای درخواست‌ها و موقعیت‌های کودکان الگوی زبانی ارائه کنید. این مدل‌سازی یا ارائه الگو می‌تواند شامل کلمات، عبارات، اشارات بدنی و... باشد، که در جایگاه مناسب به او آموزش می‌دهید و او را ترغیب به تقلید و در نهایت یادگیری آن‌ها می‌کنید. برای مثال، شما می‌توانید در زمانی که کودکان به سمت شما می‌آید تا سری شیشه شیر او را باز کنید و او بتواند شیر بخورد بگویید “باز باز باز” یا در زمان باز کردن در ماشین بگویید “باز باز باز” یا اگر او تلاش می‌کند خود در شیشه شیر یا بسته شکلات را باز کند، از عبارت “گیر کرده” یا “بازش کنم” استفاده می‌کنید. در آزمایشی روانشناسان نحوه واکنش کودکان 6 ساله را به ترکیدن بادکنک و یا یک صدا بررسی نمودند و متوجه شدند، کودکان بیش‌تر واکنش‌هایشان مشابه والدین آن‌ها بود و این نشان می‌داد که این کودکان حتی زبان واکنش‌های بدنی و اشارات بدنی‌شان هم به تقلید از والدین‌شان است. پس به یاد داشته باشید که کودکان نحوه ابراز احساسات و عواطف‌شان را نیز از والدین خود فرا می‌گیرند. با کودک خود در تعامل باشید و بازی بخندید و شادی کنید؛ با او آهنگ گوش کنید و با او برقصید و با او آواز بخوانید

### جمله سازی با افزودن کلمات در تعامل با کودک دارای اتیسم

بهترین حالت فعالیت جمله سازی شما با کودک تان به این گونه است که اگر کودک تان بدون کلام است از یک یا دو کلمه در عبارات خود صحبت کنید. اگر او دو کلمه در جمله استفاده می کند، شما از عبارات 3 تا 4 کلمه ای استفاده کنید و به همین روال ادامه دهید.

### برای فرزندان دارای اتیسم خود مهارت ایجاد کنید

برای رشد زبانی، کودک شما نیازمند فرصت های منظم، معنی دار برای تمرین مهارت های خاص زبانی است. برای مثال، شما می توانید بر روی مهارتی مانند سلام کردن کار کنید. شما می توانید بر روی خوش آمد گویی کودک تان کار کنید؛ در زمانی که از بیرون خانه وارد اتاق یا سالن می شوید و کودک به شما نگاه می کند و با شما ارتباط چشمی برقرار می کند، این ارتباط چشمی را به منزله سلام کردن کودک خود تلقی کنید و به او سلام گرمی با سر و صدای زیاد کنید. برای گام بعدی، زمانی که کودک شما در زمان ورود با شما ارتباط چشمی برقرار می کند، شما با سلام و این بار با در آغوش گرفتن کودک نحوه دیگری از خوش آمد گویی را به کودک خود نشان می دهید. شما حالا باید این مهارت را به واسطه افراد دیگر مانند مادر بزرگ نیز کار کنید. تمامی این فعالیت های کوچک، می تواند یک تکه کوچک از پازل ارتباطی کودک شما باشد.

### به کودک دارای اتیسم خود در استفاده از زبان پاداش دهید

شما بایستی به کودک تان زمانی که او می شنود، می فهمد و حرف می زند، پاداش دهید. این پاداش دادن می تواند یک پیوستار طبیعی برای رشد زبان کودک شما ایجاد کند که او زمانی که برای ارتباط با شما اسباب بازی را نشان داد و از شما درخواست کرد با او بازی کنید با یک لبخند و یا نوازش یا بوسه او را به ادامه این ارتباط تشویق کنید و او نیز به این رشد زبانی خود ادامه می دهد، چرا که ارتباط و کلام را فعالیتی دارای پیامد خوب می شناسد، پس به آن ادامه می دهد. برای انجام بهتر این کار، از تکنیک های بهبود رفتار استفاده کنید.

## بازی‌درمانی و آموزش مهارت به کودکان دارای اختلال طیف اتیسم

کودکان خردسال به شش نوع بازی مشغول می‌گردند که به صورت مرحله‌ای رشد می‌یابد؛ اما کودکان دارای اتیسم ممکن است در هر مرحله به کمک بیش‌تری نیاز داشته باشند.

### بازی اکتشافی

این زمانی است که اطفال خردسال به جای بازی با اشیاء و اسباب بازی‌ها، به اکتشاف آن‌ها می‌پردازد. در این مرحله، کودک بلوک‌ها را به دهان می‌برد و یا به دستان یک عروسک نگاه می‌کند. در این مرحله از بازی، کودکان از طریق اکتشاف شکل‌ها، رنگ‌ها، اندازه‌ها و بافت‌ها دنیای پیرامون خود را یاد می‌گیرند. شما می‌توانید با الگوگیری از این بازی، پیرامون را به شکلی بسازید که موجبات یادگیری او را مهیا کند. برای نمونه، او را در حمام تشویق کنید که آب را به اطراف بپاشد و صابون را به دستان خود بمالد، لیف را در دهان بگذارد و آن را میک‌بزند و یا بافت‌های مختلف را درون آب تجربه و لمس کند و... تمامی این‌ها از طریق اکتشافات حسی، شالوده‌هایی را در مغز کودک دارای اختلال طیف اتیسم ایجاد می‌کند که در آینده می‌تواند، مورد استفاده او قرار گیرد. تمامی کودکان بدون این شالوده‌های حسی در آینده ممکن است دچار مشکل‌گردند و این امر می‌تواند منجر به فقر پایگاه داده‌های حسی آن‌ها گردد.

### بازی علت و معلول

در این شرایط کودکان با اسباب بازی‌هایی بازی می‌کنند که برای رسیدن به یک نتیجه مورد نظر به یک عمل نیاز دارند. برای نمونه، فشار دادن یک دکمه برای پخش موسیقی و یا فشار دادن دست عروسک برای شنیدن خنده عروسک. این بازی، به کودکان دارای اختلال طیف اتیسم می‌آموزد که اعمال آن‌ها دارای اثراتی است که می‌تواند برای آن‌ها پیامدهای خوشایند

و یا ناخوشایندی داشته باشد و از طرفی کنترل داشتن بر روی عوامل محیطی برای به دست آورد پیامد آن.

در این دو مرحله، شما بایستی به کودک دارای اختلال طیف اتیسم خود کمک کنید تا از طریق اکتشاف یاد بگیرد با اسباب بازی های خود کار کند و شما بایستی او را تشویق کنید. این تشویق او را ترغیب به تکرار عملکرد صحیح دوباره می کند. همین طور او را به کار با اسباب بازی های علت و معلولی تشویق کنید. زمانی که او پیامد را ببیند خودش تلاش می کند که آن را تکرار کند. زمانی که وارد این مرحله شدید، تلاش کنید تنوع اسباب بازی های علت و معلولی خود را بیش تر کنید تا کودک شما تنها به دنبال یک معلول واحد در بازی های خود نباشد و نتایج و معلول های احتمالی دیگر را نیز بپذیرد. همچنین، فرصتی مناسب برای آموزش به فرزندان تان است که چگونه از شما کمک بخواهد و با نوبت گرفتن بازی کند. برای نمونه، شما می توانید با فشار دادن دکمه ای نوبتی کاری کنید یا به نوبت دکمه های کیبورد حیوانات را فشار دهید و صدای هر حیوان را بشنوید و نام آن را بگویید.

نکته: اگر کودک خردسال شما به اکتشاف در محیط نمی پردازد و یا به محرکات حسی واکنشی غیر معمول نشان می دهد و یا این که تنها به دنبال دریافت یک نوع محرک حسی است، بایستی به یک متخصص در زمینه اختلالات رشدی مراجعه نمایید. به همین منظور، شما بایستی بیش از پیش کودک خود را بشناسید و عملکرد او را بررسی کنید. این امر به شما کمک می کند تا اگر کودک خردسال شما مشکوک به اختلال طیف اتیسم باشد، مداخلات به موقع برای او سریع تر اجرا گردیده و فاصله رشدی او با دیگر کودکان کم تر گردد.

## بازی با اسباب بازی یا بازی کاربردی

در این مرحله یادگیری نحوه کار با بازی و استفاده از اسباب بازی ها است، به روشی که برای آن ساخته شده‌اند. برای نمونه، هل دادن ماشین اسباب بازی، تکان دادن اسباب بازی برای صدای آن و یا پرتاب کردن توپ. اگر در این مرحله، شما با کودک دارای اختلال طیف اتیسم خود چالش‌هایی دارید، ایده‌های زیر می‌تواند به شما کند:

- در مقابل کودک خود بنشینید تا او بتواند به شما نگاه کند، با شما ارتباط برقرار کند و ببیند شما چه کاری انجام می‌دهید؛ پس در بازی در دیدرس او باشید. چرا که این کار ارتباط او را در بازی بیشتر می‌کند.

- یک یا دو اسباب بازی که از آن‌ها لذت می‌برد را در بازی خودتان به کودک‌تان پیشنهاد کنید تا او در انتخاب آن‌ها چالشی نداشته باشد.

- به جای این‌که بازی کودک را هدایت کنید، به کاری که کودک انجام می‌دهد بپیوندید. برای شروع می‌توانید به کپی کردن کارهایی بپردازید که کودک شما ان را انجام می‌دهد و بعد از آن نامحسوس آنچه می‌خواهید به بازی اضافه کنید. برای نمونه، اگر کودک شما چرخ‌های ماشین را می‌چرخاند، شما هم شروع کنید به چرخاندن چرخ‌های آن‌طرف ماشین و سپس ماشین را به شکل صحیح بچرخانید و آن‌را در کف زمین حرکت دهید و بگویید "قان قان قان" یا اگر کودک شما دائم حرکت تکراری را با ماشین باربری انجام می‌دهد، شما هم همین کار را انجام دهید؛ ولی بعد از مدتی یک شیء را در قسمت بار ماشین قرار دهید و با حرکت ماشین آن را جای دیگری خالی کنید. نمونه‌ای دیگر، در زمانی که با کودکی اُتیستیک در پارک بازی می‌کردم، او علاقه داشت شاخه‌های شکسته و کوچک درختان را بر روی چمن‌ها کنار هم ردیف کند و پس از آن شروع به خوشحالی می‌کرد؛ من هم همین کار را کردم و بعد از چند بار، شروع کردم چوب‌های ردیف شده‌ام را دارای شکل کنم. برای نمونه، چوب‌های خطی ردیف شده را تبدیل به مربع‌های ردیف شده کردم. برای من جالب بود که او مخالفتی

نکرد، گریه ای نکرد و جیغ نکشید و او هم به مانند من با شاخه‌های خشک اشکال هندسی را می‌ساخت و آن‌ها را خطی ردیف نکرد.

- کودک دارای اختلال طیف اتیسم خود را ترغیب کنید تا از شما الگوبرداری کند و این کار را می‌توانید با گفتن این جمله که “حالا می‌خواهیم رانندگی کنیم، شروع کنید” دست او را گرفته و بر روی ماشین قرار دهید و ماشین را حرکت دهید.

- به کودک تان پاداش دهید. به او آفرین بگویید و یا این‌که به صورت کاربردی، بعد از عملکرد مثبتش با او حباب بازی کنید.

- این‌که چه زمانی باید بازی را متوقف کنید نیز مهم است. به همین خاطر، علائم بی‌حوصلگی یا عدم علاقه به فعالیت را نیز در زمان بازی بررسی کنید.

- به یاد داشته باشید که به کودک دارای اختلال طیف اتیسم، در هر زمان و در هر موقعیتی بگویید که چه کاری می‌خواهید انجام دهید. حتی می‌توانید ریزترین فعالیت‌ها را نیز به آن‌ها بازگو کنید. اگر او بداند که چه چیزی در انتظارش است و یا باید منتظر چه پیامدی باشد، هم می‌تواند انگیزه او را بالا ببرد و هم می‌تواند بازی را لذت بخش‌تر کند. در این شکل شما بازی پویاتری دارید.

در تمام مراحل بازی با کودک خردسال دارای اختلال طیف اتیسم خود و یا حتی کودکی که مشکوک به اتیسم است و در زیر سن تشخیص، صحبت کنید. در مورد همه چیز، در مورد بافت، رنگ‌ها، شکل‌ها و مزه‌ها با او حرف بزنید. اگر حتی یک جغجغه را نیز به دست او می‌دهید، با او در مورد صداها و تکان دادن صحبت کنید؛ مطمئن باشید او همه چیز را ثبت و ضبط می‌کند و در آینده نزدیک به شما بازگو می‌کند.



توانایی بازی با اسباب بازی یک پله مهم به سمت انواع و مراحل بازی است، که در زیر توضیح داده می شود.

### **بازی های ساختنی**

این بازی زمانی است که کودک چیزی را می سازد و تمایل به بازی هدفمند دارد و در بازی در نهایت به هدفی دست می یابد. برای نمونه، کامل کردن یک پازل قطعاتی و یا ساختن برج با لگوها. در این مرحله، کودکان دارای اختلال طیف اتیسم دچار تاخیر می گردند و قطعاً نیاز به کمک پیدا می کنند. درحالی که، کودکان غیرآتیسستیک معمولاً بدون هیچ مشکلی به این مرحله می رسند و از آن گذر می کنند. البته، ممکن است در برخی مواقع کودکان دارای اختلال طیف اتیسم از کودکان غیرآتیسستیک در تکمیل پازل و یا لگو بازی، برتری داشته باشد. برای کودک دارای اختلال طیف اتیسم می توانید در بازی های ساختنی، اول شما آنچه باید درست شود را بسازید و به فرزندتان نشان دهید که چگونه باید این کار را انجام دهد یا حتی می توانید از عکس هایی استفاده کنید که نشان می دهد یک برج چگونه ساخته می شود.

### **بازی های فیزیکی**

این بازی مستلزم مهارت بدنی و حرکتی و از طرفی هم، زمینه ساز فعالیت بدنی و حرکتی است. پ س این مرحله از بازی، دو سر بُرد است. بازی بدنی، تجربه تعامل و ارتباط با سایر افراد و اشیاء اطراف را برای همه کودکان مهیا می کند. در بازی های فیزیکی، مهارت های حرکتی درشت کودک دارای اختلال طیف اتیسم بهبود می یابد و همین طور در این بازی ها می توان هماهنگی حرکتی این کودکان را افزایش داد.

## بازی‌های وانمودی

این بازی در شرایطی است که کودک تظاهر به کاری در زمان بازی می‌کند و از تصورات خود در بازی استفاده می‌کند. نمونه‌هایی از این بازی، غذا دادن به عروسک خرس، ادای ابر قهرمان‌ها را در آوردن، تظاهر به رانندگی ماشین و یا خلبانی کردن است. این بازی معمولاً در سن دو سالگی اتفاق می‌افتد و پیچیده‌ترین شکل بازی است. این بازی، برای رشد مهارت‌های مورد نیاز برای ارتباط و کلام اهمیت ویژه‌ای دارد و درست در زمان رشد زبانی بوجود می‌آید. اما این بازی در کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، با تاخیر اتفاق می‌افتد. ولی در نهایت، برخی از کودکان دارای اختلال طیف اتیسم می‌توانند در بازی‌های وانمودی نیز رشد کنند. کودک شما می‌تواند با کمک شما اقدام به وانمود به رانندگی کردن یا اسب سواری کردن یا حتی خرس بودن کند. اگر شما با او این بازی را انجام دهید، مطمئناً او را ترغیب خواهید کرد که او نیز این کار را انجام دهد. برای بهتر انجام شدن این کار حتماً از فعالیت‌های خنده‌دار استفاده کنید. بازی‌های وانمودی برای کودکان، می‌تواند بسیار خنده‌دار باشد. این کار را برای کودک دارای اختلال طیف اتیسم خود انجام دهید، مطمئناً نتیجه‌بخش است. شما می‌توانید با نقش‌آفرینی و بازی‌های نمایشی، او را نیز درگیر بازی‌های وانمودی کنید. شما یک خرس باشید و او یک بچه خرس.

برای این کار می‌توانید حتی لباس تهیه کنید، صورت‌تان را نقاشی کنید، صدای‌تان را تغییر دهید و به مانند خرس‌ها با بچه‌هایش به دنبال مورچه در زیر فرش و یا گوشه‌های دیوار و یا به دنبال عسل در کابینت‌های آشپزخانه باشید. مطمئن باشید که او شما را نگاه می‌کند. چرا که کودکان دارای اختلال طیف اتیسم از حرکات اغراق‌آمیز و افراطی خوششان می‌آید. شما حتی می‌توانید اگر حوصله داشته باشید کم‌کم بازی‌های وانمودی را به بازی‌هایی خلاق تبدیل کنید (این بازی را با یک پسر دارای اختلال طیف اتیسم شدید و بزرگسال انجام دادم و جلسه بعد دیدم که او یک ماسک خرس مقوایی برای خودش و من به همراه آورده است).

## کودکان دارای اختلال طیف اتیسم از چه بازی‌های خوششان می‌آید؟

در مطالعه ای که کتی رالبت دودی، استادیار آموزش استثنایی SUNY Buffalo State انجام داد و در مجله پزشکی و علوم آمریکای شمالی به چاپ رسیده است، مشخص نمود که کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بیش‌تر رغبت به چه بازی‌هایی دارند. او عنوان می‌کند که کودکان دارای این اختلال بیش‌تر رغبت دارند، درگیر بازی‌هایی شوند که: 1- بازخورد حسی قوی، 2- نتایج علت و معلولی و 3- حرکت‌های تکرار شونده داشته باشد. در این مطالعه که در بیمارستان بوفالو صورت گرفته است، بازی‌هایی در اختیار کودکان قرار داده شد تا کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بتوانند آزادانه آن‌ها را انتخاب و انجام دهند و مشاهده گردید که کودکان دارای اتیسم این سه بازی که در زیر ذکر گردیده را بیش از همه انتخاب نمودند:

1. بالا رفتن از پله‌ها و پایین انداختن توپ و تماشای آن از بالای پله‌ها (در این بازی بازخورد حسی قوی، نتایج علت و معلولی و حرکت‌های تکرار شونده مستتر است)
2. چرخاندن یک آسیاب بادی کوچک با استفاده از اهرم هندلی (در این بازی بازخورد حسی قوی، نتایج علت و معلولی و حرکت‌های تکرار شونده مستتر است)
3. بازی با جعبه برنج (در این بازی بازخورد حسی قوی و حرکت‌های تکرار شونده مستتر است)

این سه بازی، برترین و محبوب‌ترین بازی‌ها در میان کودکان دارای اختلال طیف اتیسم در این مطالعه بود. اما چرا بیش‌تر افراد این مطالعه این سه بازی را انتخاب نمودند؟ علاوه بر حس‌های بینایی، شنوایی، بویایی، بساوایی، چشایی دو حس دیگر نیز وجود دارند که بایستی در مورد کودکان دارای اختلال طیف اتیسم به آن‌ها توجه فراوانی نمود. حس وستیبولار و حس (حسگرهای) پروپریوسپتیو. وستیبولا به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را حفظ کنیم و بدانیم بدن‌مان چگونه در فضا قرار دارد. پروپریوسپتیو (در ساده‌ترین تعریف)، به واکنش مفاصل ما به حرکت و فشار مربوط است و همین حس است که ماساژ بافت‌های عمیق را برای کودک دارای اختلال طیف اتیسم لذت بخش می‌کند و کودکان دارای اختلال طیف

اتیسم، اکثراً بازی هایی را انتخاب می کنند که حواس وستیبولار و پروپریوسپتیو و هم چنین حس های دیگر را در این کودکان درگیر می کند. دودی، با اشاره به این که حرکت مستلزم درگیر شدن حس وستیبولار، پروپریوسپتیو و بینایی است، می گوید: کودکان دارای اختلال طیف اتیسم تمایل به حرکت و راه رفتن دارند و اگر نتوانند حرکت کنند، دوست دارند اشیاء متحرک را تماشا کنند. به همین خاطر است که فقط تماشای پروانه های آسیاب بادی آن ها را مشغول می کند. از طرفی، در این بازی علت و معلول نیز وجود دارد به خاطر این که آن ها بایستی اهرم هندلی را نیز بچرخانند تا پروانه ها بچرخد و حرکت تکراری چرخیدن نیز نیاز سوم آن ها یعنی تکرار و کلیشه ها را برآورده می سازد. بالا رفتن از پله ها نیز هر سه حس مورد نیاز را برآورد می کند و بازی با برنج نیز 2 نیاز را برآورده می سازد.

دانستن این که کودک دارای اختلال طیف اتیسم چه بازی هایی را ترجیح می دهد، می تواند مزایای فراوانی داشته باشد که تعدادی از آن ها در زیر آمده است:

1. درمان گران با دانستن نوع بازی هایی که کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم ترجیح می دهند، می توانند از چنین بازی هایی برای تقویت مثبت در محیط درمانی و آموزشی، استفاده نمایند.

2. دانستن این که کودک دارای اختلال طیف اتیسم چه بازی هایی را ترجیح می دهد، می تواند در ایجاد ارتباط و پایداری ارتباط به ما کمک کند. برای نمونه، در روز اول آشنایی ما با کودک دارای اختلال طیف اتیسم، می توانیم از این سه نوع ارجحیت برای بازی استفاده کنیم تا کودک را بیش تر به خود جذب کنیم و ارتباط موثرتری برقرار کنیم.

3. از این طریق می توانیم برخی از رفتارها را در بازی کودکان برای خود تعریف کنیم و بدانیم که چرا کودک دائم این حرکت را می خواهد انجام دهد و ما درمان گران چه گونه می توانیم این حرکات را تغییر داده و یا به آن ها فاکتوری اضافه کنیم.

4. در مورد بالا، اشاره شد که در صورت امکان رفتاری را در بازی تغییر دهیم. اما، نکته مهمی وجود دارد که با دانستن سه ارجحیت ما می توانیم دریابیم که چه رفتاری را نباید تغییر دهیم و تغییر در برخی رفتارها می تواند چه عواقبی برای یک کودک داشته باشد. برای نمونه، اگر

کودک حرکتی را برای آرامیدگی و مدولاسیون حسی انجام می دهد، نباید آن را تغییر داد، مگر این که جایگزینی قوی تر برای آن داشته باشیم. برای نمونه، در اختیار قرار دادن رشته‌های تسبیح، می تواند برای کودک دارای اختلال طیف اتیسم شدید به آرامیدگی او کمک کند.

5. در این صورت ما می‌توانیم ارجحیت های حسی کودک و این که چه راهبردهای حسی می‌توانیم برای او استفاده کنیم را بیابیم.

6. در این صورت می‌توانیم دریابیم که چه چیزی کودک دارای اختلال طیف اتیسم را به هم می‌ریزد و چه چیزی فرآیند بازی و درمان را مختل می‌کند.

7. با دانش در مورد بازی کودک و نیازهای او می‌توانیم فعالیت خوشایند و لذت بخشی را مهیا کنیم، که هم کودک از آن لذت می‌برد و هم ما درمان‌گران می‌توانیم به اهداف طراحی شده خود، دست یابیم.

در پایان متأسفانه افراد و موسسات فراوانی هستند که در لیست خدمات خود به بازی درمانی نیز اشاره می‌کنند؛ اما بایستی شما خانواده گرامی مد نظر داشته باشید که بازی با کودک دارای اتیسم، نیازمند تخصص و مهارت است و بایستی فرد متخصص بازی درمانی از اختلال طیف اتیسم و هم‌چنین نحوه بازی با این کودکان آگاهی کامل داشته باشد. در صورتی که فرد متخصص، دارای این دو شرط اصلی، یعنی آگاهی از اتیسم و آگاهی از نحوه بازی با این کودکان باشد، می‌توان به کودک دارای اتیسم کمک نمود تا از مزایای بی‌نهایت بازی بهره‌مند گردد. در این جا، باز هم ذکر این نکته لازم است که هر فعالیتی را نبایستی بازی درمانی تلقی نمود؛ چرا که بازی درمانی بایستی بر اساس شناخت و دانش لازم و کافی باشد.

**پایان**

## فهرست منابع

- Dillenburg, K., Jordan, J. A., McKerr, L., Devine, P., & Keenan, M. (2013). Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1558–1567
- Dunn, Olive Jean (1964). Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics*, 6(3), 241–252.
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160–179.
- Furnham, A., & Buck, C. (2003). A comparison of lay-beliefs about autism and obsessive-compulsive disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 49(4), 287–307.
- Guthrie, W., Swineford, L. B., Nottke, C., & Wetherby, A. M. (2013). Early diagnosis of autism spectrum disorder: Stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 582–590.
- Hahler, E.-M., & Elsabbagh, M. (2015). Autism: A global perspective. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(1), 58–64.
- Heys, M., Alexander, A., Medeiros, E., Tumbahangphe, K. M., Gibbons, F., Shrestha, R., ... Pellicano, E. (2017). Understanding parents' and professionals' knowledge and awareness of autism in Nepal. *Autism*, 21(4), 436–449.
- Heys, Michelle, Gibbons, Felicity, Haworth, Ed, Medeiros, Emilie, Tumbahangphe, Kirti, Man, Wickenden, Mary, ... Pellicano, Elizabeth (2018). The estimated prevalence of autism in school-aged children living in rural nepal using a population-based screening tool. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 3483–3498.
- Holt, J. M., & Christensen, K. M. (2013). Utahns' understanding of autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal*, 6(1), 52–62. Huang, A. X., Jia, M., & Wheeler, J. (2013). Children
- Patra, S., Patro, B. K., & Padhy, S. K. (2020). Symptom recognition to diagnosis: Pathway to care for autism in a tertiary care medical centre. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 11(1), 164.

- Perera, H., Jeewandara, K., Guruge, C., & Seneviratne, S. (2013). Presenting symptoms of autism in Sri Lanka: Analysis of a clinical cohort. *Sri Lanka Journal of Child Health, 42*(3).
- Preeti, D. K., Srinath, S., Seshadri, S. P., Girimaji, S. C., & Kommu, J. V. S. (2017). Lost time—Need for more awareness in early intervention of autism spectrum disorder. *Asian Journal of Psychiatry, 25*, 13–15.
- Prickett, K. C., & Augustine, J. (2016). Maternal education and investments in children's health. *Journal of Marriage and the Family, 78*(1), 7–25.
- Radey, M., & Randolph, K. A. (2009). Parenting sources: How do parents differ in their efforts to learn about parenting? *Family Relations, 58*(5), 536–548.
- Rahbar, M. H., Ibrahim, K., & Assassi, P. (2011). Knowledge and attitude of general practitioners regarding autism in Karachi, Pakistan. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*(4), 465–474.
- Wang, J., Zhou, X., Xia, W., Sun, C., Wu, L., & Wang, J. (2012). Autism awareness and attitudes towards treatment in caregivers of children aged 3–6 years in Harbin, China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(8), 1301–1308.
- Watkins, David A., Hui, Edaoín K. P., Luo, Wenshu, Regmi, Murari, Worthington, Everett L., Hook, Joshua N., & Davis, Don E. (2011). Forgiveness and interpersonal relationships: A Nepalese investigation. *The Journal of Social Psychology, 151*(2), 150–161.
- Wetherby, A. M., Watt, N., Morgan, L., & Shumway, S. (2007). Social communication profiles of children with autism spectrum disorders late in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*(5), 960–975.
- World Health Organization. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Retrieved from [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/en/).