

Etiology;Symptoms;And Diagnosis of Pervasive Developmental Disorders(PDD)

S. J Sadrossadat¹- L.Sadrossadat²

Abstract

Aim: At The First Time,(PDD) Term Has Used To Describe a Set of Disorders Which Have Joint Characteristics Such As Loss In Social Interaction,Imaginative Activity,Verbal And Nonverbal Communicative Skills ,Inersts Limitation And Repeating Activities.According To (DSM-1V),There Are Five Disorders That Are Are Classified Under The PDD Category: Autistic Disorder;Reet Disorder;Childhood Disintegrative Disorder ;Asperger Disorder ;And Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified(PDDNOS).

Method: In This Study,We Used Library And Interview Methods To Gain Related Subjects And Professionals Experiences.

Results:Many Experts Use The PDD Term As a Short Way To Say PDDNOS.Nevertheless,Some Doctors Who Are Doubtful That Some Small Children Have a Specific PDD Disorder Such As Autistic ,Use PDD Term To Diagnose Them.Because of The PDD Term Is not a Diagnostic One,This Approach Helps To Increase Ambiguity About It.

Key words: Etiology,Symptoms,Diagnosis,Pervasive Developmental Disorders.

1-Assistance Professor,University of Welfare And Rehabilitation Sciences,Authored(Email: hrfaculty@uswr.ac.ir)

2-Master of English Language And Researcher

سبب‌شناسی، نشانه‌ها؛ و تشخیص اختلالات رشدی فراگیر

سید جلال صدرالسادات^۱ - لیلیا صدرالسادات^۲

چکیده

هدف: اصطلاح اختلالات رشدی فراگیر (۴) که آن را اختلالات نافذ رشد نیز ترجمه کرده‌اند برای اولین بار در دهه ۱۹۸۰ جهت توصیف دسته‌های از اختلالات مورد استفاده قرار گرفت که داری ویژگیهای مشترکی نظیر: آسیب در تعامل اجتماعی، فعالیت تخیلی، مهارتهای ارتباط کلامی و غیر کلامی؛ محدودیت تعداد علایق و فعالیتهای تکراری هستند. در آخرین ویرایش کتاب مبانی تشخیصی و آماری اختلالات روانی پنج اختلال که تحت طبقه‌بندی اختلالات رشدی فراگیر معرفی شده‌اند، عبارتند از: «اختلال در خودماندگی (۵)»، «اختلال رت (۶)»، «اختلال متلاشی کننده دوران بچگی (۷)»، «اختلال اسپر جو (۸)» و «اختلالات رشدی فراگیر به گونه دیگری مشخص نشده»^۳. روش بررسی: در این بررسی از روش کتابخانه‌ای و مصاحبه برای بهره‌برداری از کتب و مقالات و نیز تجارب متخصصین استفاده شده است.

نتایج: بسیاری از افراد متخصص از اصطلاح اختلالات رشدی فراگیر به عنوان یک راه کوتاه گفتن اختلال رشدی فراگیر به گونه دیگری مشخص نشده استفاده می‌کنند. با این وجود، برخی پزشکان که برای تشخیص بچه‌های خیلی کوچک مبتلا به نوع خاص اختلال رشدی فراگیر، نظیر «اختلال در خودماندگی»^۴ و «اختلال متلاشی کننده دوران بچگی»^۵ بر حسب طبقه‌بندی عمومی یعنی «اختلالات رشدی فراگیر» استفاده می‌کنند؛ این رویکرد بر ابهام «اختلالات رشدی فراگیر» کمک می‌کند، زیرا این اصطلاح یک بر حسب تشخیصی نیست.

واژگان کلیدی: سبب‌شناسی، نشانه‌ها، تشخیص اختلالات رشدی فراگیر.

۱- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی نویسنده اصلی (Email: Hrfaculty@Uswr.Ac.Ir)

3- Pervasive Developmental Disorder Not
Otherwise Specified (PODNOS)
4- Pervasive Developmental Disorder
5- Autistic Disorder

6- Reet's Disorder
7- Childhood Disintegrative Disorder
8- Asperger's Disorder

۲- کارشناس ارشد زبان انگلیسی محقق

مقدمه

طبقه بندی تشخیصی «ته ماندهای است که باید برای اختلالاتی بکار رود که با تعریف کلی اختلالات رشدی فراگیر مطابقت دارند ولی یافته‌های متناقض یا فقدان اطلاعات کافی نشانه آنست که اختلال واجد ملاکهای هر گونه اختلالات رشدی فراگیر دیگری نیست». به عبارتی دیگر، PDDNOS، یا معیارهای لازم را که متخصصین بالینی برای تشخیص هر یک از چهار نوع اختلالات رشدی فراگیر به کار میبرند ندارند یا فاقد درجه آسیب دیدگی مختص به هر یک از آنها هستند.

بر طبق DSM-IV، این تقسیم بندی زمانی مورد استفاده قرار میگیرد که:

الف- یک اختلال جدی و فراگیر در رشد تعامل اجتماعی یا مهارتهای ارتباط کلامی یا غیر کلامی وجود داشته باشد!

ب- یا هنگامی که رفتار، علایق و فعالیتهای قالبی وجود دارد، اما واجد ملاکهای اختلالات اختصاصی فراگیر رشد، اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت دوری گزین و اسکیزوتایپال نیست!

برخی کودکان که مبتلا به این اختلال تشخیص داده می شوند، مجموعه بسیار محدودی از فعالیتهای و علایق از خود بروز میدهند. این اختلال معمولاً پیش آگهی بهتری نسبت به اختلال در خودماندگی دارد. منظور DSM-IV این نیست که مقیاس تشخیصی به عنوان یک چک لیست مورد استفاده قرار گیرد، بلکه میخواهد از آن به عنوان راهنمایی برای تشخیص اختلالات رشدی فراگیر استفاده شود. خط مشی مشخصی برای اندازه گیری نشانه‌ها یا علائم یک شخص مبتلا به PDDNOS وجود ندارد بنابراین مرز بین این اختلال و اختلال در خودماندگی نامشخص است.^۵

هنوز بین متخصصین در نحوه نامگذاری «اختلالات رشدی فراگیر بگونه دیگری مشخص نشده» اتفاق نظر وجود ندارد. برای برخی استفاده از واژه «اختلال در خودماندگی» زمانی مناسب است که فرد در همه و یا چندین حوزه رشدی مربوط به «در خودماندگی» نشانه‌های زیادی از خود بروز دهد. سایر متخصصین از واژه «اختلال در خودماندگی» برای پوشش دهی به دامنه وسیعی از نشانگان مربوط به زبان و بدکارکردی اجتماعی استفاده می کنند. لذا فردی ممکن است از نظر یک متخصص مبتلا به اختلال «در خودماندگی» و از نظر متخصص دیگر مبتلا به «اختلالات رشدی فراگیر بگونه دیگری مشخص نشده» و یا بطور کلی «اختلال رشدی فراگیر» باشد. بطور کلی اگر فردی برخی رفتارهای مربوط به در خودماندگی را داشته باشد، اما با مقیاس کامل DSM-IV مربوط به «اختلال در خودماندگی» مطابقت نکند به عنوان فردی تشخیص داده میشود که مبتلا به «اختلالات رشدی فراگیر بگونه دیگری مشخص نشده» است.

علیرغم این موضوع که به نظر میرسد مفاهیم «در خودماندگی» و «اختلالات رشدی فراگیر بگونه دیگری مشخص نشده» دو نوع مجزا از هم هستند، اما مشاهدات بالینی حاکی از آن است که هر دوی آنها روی یک پیوستار میباشند (بدین معنی که شخص مبتلا به «اختلال در خودماندگی» ممکن است پیشرفت کرده و تشخیص مجدد حاکی از ابتلا وی به «اختلالات رشدی فراگیر بگونه دیگری مشخص نشده» باشد. یا کودکی میتواند نخست مبتلا به «اختلالات رشدی فراگیر بگونه دیگری مشخص نشده» باشد، و سپس ویژگیهای در خودماندگی بیشتری از خود بروز دهد و تشخیص مجدد حاکی از ابتلا او به اختلال «در خودماندگی» باشد).

به صورت حذف و دوپلیکاسیون برخی از ژنها، از موارد شناخته شده ژنتیکی است (۱۰) و (۱۱).

۳- نقص در سوخت و ساز گلوکز در مغز. نتایج تحقیقات حاکی از این است که مناطقی از مخ که در تعاملات اجتماعی دارای کارکرد فیزیولوژیکی هستند به سبب اختلال در سوخت و ساز سلولهای آن مناطق موجب ایجاد علائم مربوط به اینگونه اختلالات میگردند.

۴- اختلال گردش خون در ناحیه‌های از مغز. نتایج تحقیقات در این زمینه گویای این حقیقت است که مناطقی از مخ که در تعاملات اجتماعی دارای کارکرد فیزیولوژیکی هستند، به سبب اختلال در گردش خون در آن مناطق موجب بروز علائم مربوط به این قبیل اختلالات میگردند.

۵- همراه بودن آن با اختلالات صرعی. این اختلال از جهت اینکه شدت علائم را افزایش میدهد و هم به لحاظ اینکه درمان آن در این قبیل افراد میتواند اختلالات آنها را بهبود بخشد، مورد توجه است.

۶- اختلال تکاملی دوران جنینی. نتایج تحقیقات حاکی از آنست که در دوران جنینی اگر اختلالاتی سبب عدم رشد و تکامل مغز شوند، جنین بعد از تولد در خطر شدید ابتلا به این اختلالات خواهد بود (۱۲).

۷- آسیبهای جنین زایمان. البته تحقیقات جدید یافته‌های قبلی را که عوارض زایمانی باعث افزایش خطر ابتلای به این گونه اختلالات می‌شوند را تأیید نمی‌نمایند (۱۳).

۸- آلرژی‌های غذایی. اخیراً برخی محققین مطرح نموده‌اند که مواد پروتئینی خوراکی ممکن است اثرات اختلال در سوخت و ساز مغز را در سطح سیستم عصبی مرکزی - بوسیله واکنش بر روی مواد شیمیایی که روی سیستم عصبی تأثیر دارند - ایجاد کنند. نتایج تحقیقات در این خصوص این مسأله را تأیید می‌کند که بین الرژی غذایی و این قبیل

اخیراً طبقه‌بندی جدیدی توسط Zero To Three مرکز ملی نوزادان، کودکان نوپا و خانواده‌ها (۱) به وجود آمده است. این سیستم که طبقه‌بندی تشخیصی بهداشت روانی و اختلالات روانی و اختلالات رشدی نوباوگی و اوایل کودکی نام دارد، از واژه اختلالات رشدی نظام مضاعف (۶) برای توصیف اختلالات رشدی فراگیر استفاده می‌کند.

بهر حال با وجود تمام ابهامات، مهم است که به خاطر بسپاریم که بدون توجه به اینکه کودک مبتلا به «اختلال در خودماندگی» یا «اختلالات رشدی فراگیری بگونه دیگری مشخص نشده» یا «اختلالات رشدی مضاعف» باشد، درمان او مشابه است.

سبب شناسی

علت اصلی این اختلال کاملاً شناخته نشده است، لکن مواردی که در این ارتباط مطرح هستند عبارتند از:

۱- مبنای عصبی - زیستی. در حال حاضر عده‌ای از متخصصین راجع به ارتباط این اختلالات و زیر بنای ارگانیک آنها بحث و نقد می‌کنند، لکن میزان این اشتراک مورد اتفاق نظر کلی نیست. در برخی تحقیقات معتبر میزان این رخداد همزمان ۱۰٪ ذکر گردیده و بالاخص هنگامیکه این اختلالات با کم‌توانی ذهنی شدید همراه باشند، این همزمانی بالاتر خواهد بود. ضمناً تحقیقات نورویولوژیکی نشان دهنده آنست که سیستمهای دوپامین و سروتونین در بیماریهای قبلی این قبیل اختلالات نقش دارند (۷)، (۸) و (۹).

۲- نقایص ژنتیکی. مطالعات زیادی در این مورد از جمله بر روی دوقلوهای یک تخمی (منوزیگوت) و دوقلوهای دو تخمی (دی زیگوت) صورت گرفته است. نتایج بیانگر افزایش در صد این گونه اختلالات در دوقلوهای یک تخمی است. در حقیقت اختلال در کروموزوم زوج ۱۵

اختلالات رابطه مستقیم وجود دارد^(۱۳).

۹- افزایش محیط دور سر. جهت بررسی اندازه محیط دور سر در بچه‌های مبتلا به این قبیل اختلالات، تحقیقی صورت گرفته است که نتایج آن گویای این حقیقت است که سبب‌شناسی افزایش محیط دور سر و افزایش رشد در این قبیل بچه‌ها ناشناخته باقی میماند.

۱۰- همراه بودن با ضایعات مغزی (نظیر اسکروز مغزی). نتایج تحقیقات بیانگر این واقعیت است که اختلال عصبی رشدی لب گیجگاهی همراه با افزایش خطر ابتلاء به اختلالات رشدی فراگیر است.

۱۱- ناسازگاریهای ایمنی بین مادر و جنین. گرچه هنوز ارتباط دقیق مکانیسمهای ایمنی مشخص نشده است تاکنون روشهای دارویی و غیر دارویی جهت درمان و یا بازتوانی کودکان مبتلا به این قبیل اختلالات بکار میرود. اما به علت رضایت بخش نبودن درمان این قبیل بیماریهای سخت و طولانی مدت، استفاده از تعدیل کننده‌های سیستم ایمنی (نظیر ایمونوگلوبولینها، کورتیکواستروئیدها و ...) ممکن است در آینده راهگشایی جهت کمک به این گروه بیماران باشد. (۱۵)، (۱۶)

۱۲- عفونت ویروسی. افزایش این نوع اختلالات در کودکان مبتلا به سرخجه مادرزادی، گزارشهای مواردی از این اختلالات همراه با شیوع ناشی از تبخال ساده و عفونت سیتومگالو ویروس و افزایش میزان تولد در فصل بهار در کودکان مبتلا به این گونه اختلالات که مستعد ابتلاء به عفونت آنفلوآنزای مادری در رحم میباشند، پژوهشگران را واداشته است تا برای پاره‌ای از موارد این اختلال، علل ویروسی قائل شوند^(۱۴).

علائم و نشانه‌ها

کودکان مبتلا به این نوع اختلالات، دنیای عجیب و پر رمز و رازی دارند که هنوز بعد از دو قرن از توصیف آن توسط پزشک فرانسوی

جین مارگ گاسپارد^(۱)، و ۵۷ سال پس از توضیح و گزارش علمی آن توسط روان پزشکی چون لئوکانر^(۲) نادانسته‌های ما از دنیای این کودکان بیشتر از دانسته‌های ما می‌باشد هیچ الگو، نشانه یا علامت مشخص در این قبیل کودکان وجود ندارد. تمام موارد رفتاری مشروح در این قسمت در اینگونه کودکان معمول است، اما یک کودک خاص به ندرت همه این موارد را در یک زمان از خود بروز میدهد. به عبارت دیگر، همه کودکان مبتلا به این اختلالات، شدت یا درجه اختلال یکسان ندارند. اختلال ممکن است در بچه‌ای خفیف باشد، بدینمعنی که او نشانه‌های کمی را در محیط مدرسه یا محله از خود بروز دهد، لکن بچه دیگر ممکن است مبتلا به درجه شدیدتر اختلال بوده و در تمام قلمرو زندگیش، مشکلاتی داشته باشد. احتمالاً چون این اختلال و «اختلال در خودماندگی» روی یک پیوستار میباشند، مشخصات بالینی مربوط به هر یک شبیه هم هستند^(۵). شاخصترین علائمی که این قبیل کودکان با آن به پزشک مراجعه می‌کنند فقدان یا تأخیر در رشد کلامی، کاهش علاقه در توجه به دیگران و یا پس رفت مهارتهای کلامی یا اجتماعی می‌باشد^(۱۸). در تمام کودکانی که در این طیف قرار میگیرند سه خصیصه مشترک وجود دارد^(۱).

الف- اختلال در تعامل اجتماعی دو طرفه؛

ب- اختلال در مهارتهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی؛ و

ج- رفتار یا علائق محدود و تکراری که در زیر بطور مختصر راجع به آنها توضیح داده میشود.

نقص در رفتار اجتماعی^(۳). کودکان مبتلا به این طیف از اختلالات، فاقد توانایی اجتماعی یا فهم سرنخهای اجتماعی هستند. آنها بیشتر وقت خود را به تنهایی سپری می‌کنند تا با دیگران، علاقه کمی به برقراری دوستی نشان میدهند، و پاسخگویی کمی نسبت به سرنخهای اجتماعی

1. Jean - Marc - Gaspard

2. Leo Kanner

خواهر- برادران، احساس عاطفی و دوستانه داشته باشند. با این حال، همچنان در فهم پیچیدگی روابط اجتماعی مشکل دارند. اشخاصی که آسیب دیدگی کمتری دارند ممکن است تمایل به برقراری روابط دوستانه داشته باشند. اما فقدان پاسخ به علائق و هیجانات دیگران و نیز فقدان درک شوخی، اغلب منجر به این میشود که این بچه‌ها مطلبی بگویند یا کارهایی را انجام دهند که ایجاد روابط دوستانه را کند سازد^۱.

نقص در ارتباط غیر کلامی. کودکان مبتلا به این اختلالات در برقراری ارتباط مشکلات زیادی از خود نشان میدهند. آنها در یادگیری زبان نه تنها دچار تأخیر هستند، بلکه از مسیر طبیعی رشد خارج شده و به انحراف کشیده شده‌اند. از ویژگیهای این انحراف میتوان به تقلید طوطی‌واره مشکل در بکارگیری ضمائم، گفته‌های کلیشه‌ای؛ و مشکلات فرازبانی اشاره کرد^۲.

در اوایل دوران کودکی، بچه‌های مبتلا به PDDNOS، ممکن است برای کشیدن بزرگسالان به طرف جسمی که مورد نظرشان است، حرکات مشخصی داشته باشند، اغلب آنها این عمل را بدون داشتن هرگونه بیان چهره‌ای انجام میدهند، آنها به ندرت برای جایگزینی کلامی یا همراهی با گفتار، پس خود را می‌جنبانند. این قبیل بچه‌ها معمولاً در بازی‌هایی که نیاز به تقلید دارد شرکت نمیکنند. در مقایسه با کودکان عادی احتمال کمتر مبرود که آنها فعالیت والدینشان را کپی یا تقلید کنند. حتی اگر این بچه‌ها در اواخر دوران کودکی خیلی خوب متوجه حرکات غیر کلامی دیگران شوند، آنها خودشان از حرکات غیر کلامی زیاد استفاده نمیکنند. برخی از این بچه‌ها ممکن است حرکات تقلیدی انجام دهند، اما این حرکات تکراری هستند. بچه‌های مبتلا به PDDNOS، معمولاً توانایی ابراز شادی، ترس، عصبانیت و یا خشم را دارند، اما زمانی آنها را بروز

همچون تماس چشمی یا بیان چهره‌ای دارند^۳.

برخی نوزادان مبتلا به PDDNOS، تمایل دارند که از تماس چشمی بپرهیزند و علاقه کمی به صدای انسان از خود نشان میدهند. آنها معمولاً دست‌های خود را به روش عادی بالا نمی‌آورند. به نظر میرسد که آنها نسبت به ابراز عواطفی تفاوت هستند و به ندرت به هیجانات چهره‌ای پاسخ میدهند، در نتیجه والدین اغلب فکر می‌کنند که طفل ناشنوا است. در اطفالی که مشکلات کمتری دارند، عدم وجود تفاهم اجتماعی ممکن است تا ورود کامل آنها به دومین یا سومین سال زندگی معلوم نباشد.

در اوایل کودکی، بچه‌های مبتلا به PDDNOS، همچنان ممکن است مایل به برقراری ارتباط چشمی نباشد، اما آنها ممکن است از غافلگی دادن یا تماس جسمانی، منفعلانه لذت ببرند. در آنها ممکن است تعلق خاطر و وابستگی معمولی وجود نداشته باشد. آنها در خانه معمولاً به دنبال والدینشان نمیروند. رویکرد این قبیل بچه‌ها با افراد غریبه، نظیر رویکرد آنها نسبت به والدینشان است. اکثریت آنها غریبی نمیکنند و از مواجهه با افراد بیگانه مضطرب نمیشوند. عده زیادی از آنها علاقمند به بازی با بچه‌های دیگر نیستند و حتی ممکن است بطور جدی از آنها بپرهیزند.

در اواسط دوران کودکی، اینگونه بچه‌ها ممکن است آگاهی بیشتری را نسبت به مسایل عاطفی - در برابر والدین یا بزرگسالان آشنا- نشان دهند. با این وجود، مشکلات اجتماعی نظیر بازیهای جمعی، و برقراری ارتباط با همسالان، ادامه دارد. برخی از بچه‌ها که ابتلاشان به PDDNOS شدید نیست، ممکن است در بازی با بچه‌های دیگر شرکت کنند. همچنانکه این بچه‌ها بزرگتر می‌شوند ممکن است نسبت به والدین،

1. Reciprocal Social Interaction
2. Restricted and Repetative behaviors or interests
3. Deficits in Social Behavior

میدهند که این هیجانات در حد نهایت خود باشد. آنها معمولاً برای ابراز هیجانات معمولی از بیان چهره‌ای استفاده نمیکنند.

بر طبق پیوستار PDDNOS و جایکه کودک در این پیوستار قرار دارد، درک گفتار برای بچه‌های مبتلا به PDDNOS متفاوت است. افراد مبتلا به PDDNOS که مبتلا به کم‌توانی ذهنی نیز هستند، تنها ممکن است درک محدودی از گفتار داشته باشند. کودکانی که در صد آسیب دیدگی آنها کمتر است، ممکن است که بتوانند با یک دستورالعمل ساده و در مکان مناسب و یا با استفاده از حرکات غیر کلامی، متوجه منظور شوند (به عنوان مثال، در حالیکه به سکوی آشپزخانه اشاره میکنیم به کودک میگوییم لیوانت را روی سکوی آشپزخانه بگذار). وقتی آسیب دیدگی خفیف باشد، تنها ممکن است که درک معانی انتزاعی تحت تأثیر قرار بگیرد. در کودکانی که کمترین درجه ابتلا به PDDNOS دارند، معمولاً شوخی، طعنه و ضرب المثلها مبهم هستند.

نقص در رشد گفتار بسیاری از نوزادان مبتلا به PDDNOS غان و غون نمیکنند، یا ممکن است در اولین سال زندگیشان شروع به غان و غون کنند، اما بعداً آنرا متوقف نمایند. چنین کودکی وقتی شروع به صحبت می‌کند، معمولاً ناهنجاریهایی در گفتار او مشاهده میشود. ممکن است پژواکگویی (تکرار بی‌معنای کلمات و جملات) تنها شیوه اکتسابی گفتار در این کودکان باشد. گرچه گفتار پژواک گویانه ممکن است بلا دقت تولید شود، اما ممکن است که کودک درک محدودی از معنی داشته باشد. در گذشته تصور میشد که پژواکگویی کارکرد واقعی ندارد، اما مطالعات جدیدتر دریافته‌اند که پژواکگویی میتواند چندین کارکرد نظیر: خود انگیزی (وقتی بچه‌ای کلمات یا عباراتی را بدون یک هدف ارتباطی، فقط به این علت که احساس خوبی دارد تکرار می‌کند) گامی بین غیر

کلامی و کلامی بودن؛ یا روشی برای برقراری ارتباط، را تأمین کند^۱. سایر کودکان، استفاده درست از کلمات و جملات تقلید شده از دیگران را یاد میگیرند. این موضوع در مراحل اولیه رشد اغلب بوسیله ضمیر معکوس همراه میشود. به عنوان مثال، اگر از کودکی بپرسید: «خوبی؟» ممکن است جواب بدهد «خوبی». در حقیقت نحوه تولید گفتار ممکن است آسیب دیده باشد. گفتار کودک ممکن است شبیه یک رویا باشد، بدین معنی که بین یکنواختی، بیروح با تغییر کمی در زیر و بم، تغییر در تأکید یا ابراز هیجانی، باشد.

در خردسالان مبتلا به PDDNOS، غالباً مشکلات نحوه تلفظ وجود دارد، اما همانطور که بچه بزرگتر میشود این مشکلات از بین میرود، ممکن است بین گفتار پژواک گویانه گفتار خود انگیزه تضاد چشمگیری وجود داشته باشد. برخی کودکان گفتار شعر گویانه دارند، مثلاً بعضی صداها، هجاها و کلمات را میکشند. آنها ممکن است باعث لکنت زبان بشوند. معمولاً در گفتار خود انگیزه کودکان مبتلا به PDDNOS، دستور زبان غیر عادی مشاهده میشود که در نتیجه:

۱- عبارات ممکن است تلگرافی (خلاصه و یکنواخت) و نامفهوم

باشد؛^۲
۲- کلمات با صدای مشابه یا معانی مربوط به هم، ممکن است درهم آمیزد؛

۳- نحوه نامگذاری بعضی از اشیا ممکن است به استفاده آنها مربوط شود؛

۴- ممکن است کلمات جدید وضع، یا حروف اضافه، ربط و ضمائر از عبارات حذف شوند و یا بطور نادرست مورد استفاده قرار گیرند.

بچه‌های مبتلا به PDDNOS، وقتی گفتار کارکردی را یاد میگیرند،

فصلنامه مددکاری اجتماعی

دادن است، حرکات غیر عادی انگشتان (مثلاً بیچاندن، حرکات ضریب ملایم دستها و انگشتان) هستند. بعضی کودکان مشغولیت‌هایی را برای خود درست می‌کنند. آنها ممکن است وقت زیادی را برای به خاطر آوردن اطلاعات مربوط به هواشناسی، اسامی پایتختها و... صرف کنند.

(ج) وابستگیها و رفتارهای غیر عادی: بعضی بچه‌ها ممکن است نسبت به اشیاء غیر معمول نظیر لوله پاککن یا بطری خالی و... وابستگی زیادی از خود نشان دهند. بعضی ممکن است خود را با برخی ویژگیهای مربوط به اشیاء مورد علاقه‌شان (مزه، بو، شکل) سرگرم کنند.

(د) پاسخهای غیر عادی به تجارب حسی: به نظر میرسد که بسیاری از این بچه‌ها نسبت به پاسخگویی به محرک حسی علاقه کم یا زیاد داشته باشند. از این رو ممکن است شک بوجود آید که آنها نابینا، ناشنوا هستند و بایستی برای تستهای بینایی یا شنوایی ارجاع داده شوند. در حالیکه بعضی ممکن است از تماس جسمانی معتدل پرهیز کنند، از بازیهای خشن لذت ببرند. برخی در خوردن آنچه که دوست دارند بیش از حد افراط می‌کنند. رژیم غذایی بعضی از آنها محدود است، در حالیکه بقیه بسیار پرخورنام و نهیدانند که چه موقع سیر می‌شوند.

آشفستگی در حرکت. انجام اعمال فیزیکی (نظیر انداختن، گرفتن، نگاه زدن و...) ممکن است با تأخیر رویرو شود، اما اغلب در درون دامنه هنجار هستند. نونهالان مبتلا به PDDNOS، معمولاً در مهارتهای تقلید کردن نظیر بهم زدن دستها مشکل دارند. بسیاری از آنها بیش فعال هستند، اما در بزرگسالی، بیش فعالی آنها کم میشود. بچه‌های مبتلا به PDDNOS، ممکن است ویژگیهای رفتاری نظیر اخم کردن، تکان دادن یا بیچاندن دست، سرپنجه راه رفتن، حمله کردن، جهیدن، تکان دادن و به نوسان

ممکن است به روشهای معمولی از آن استفاده نکنند. چنین کودکانی تمایل به تکیه بر عبارات تکراری دارند. گفتار آنها معمولاً بیانگر قدرت تخیل، تجرید یا عاطفه باریک اندیش نمیشد. معمولاً برای آنها صحبت راجع به هر چه که خارج از شرایط بلافاصل آنها باشد، مشکل است. آنها ممکن است بطور فزاینده راجع به علایق مخصوص به خود صحبت کنند و همیشه راجع به یک موضوع مطلبی را تکرار نمایند. تواناترین این افراد میتوانند برخی اطلاعات ملموس را که مورد علاقه‌شان است، مبادله کنند، اما همینکه مکالمه از این سطح فراتر رود، احساس سردرگمی کرده و ممکن است از تماس اجتماعی عقب بکشد. در آنها معمولاً گفتار مکالمه‌ای بین دو شخص وجود ندارد. از این رو آنها طوری عمل می‌کنند که به کسی چیزی میگویند نه اینکه هر دو باهم اختلاط می‌کنند.

الگوها و رفتار غیر معمول رفتار پاسخ‌های غیر معمول به محرکات محیطی در تعاملات اجتماعی در این قبیل کودکان منجر به یکسری تحقیقات در زمینه توجه و حافظه شده است.^{۳۲} پاسخهای غیر عادی کودکان مبتلا به PDDNOS به محیط اطراف خود، به چندین شکل صورت میگیرد:

(الف) مقاومت نسبت به تغییر: بسیاری از این قبیل بچه‌ها نسبت به ایجاد تغییر در محیط آشنا احساس ناراحتی می‌کنند و حتی تغییرات جزئی در امور عادی ممکن است منجر به تنش شود. برخی از اینها عادت دارند که اسباب بازی یا اشیاء خود را روی یک خط بچینند و اگر تغییری در آنها بوجود آید، بسیار ناراحت می‌شوند. تلاش برای یاد دادن فعالیتهای جدید به این کودکان معمولاً با مقاومت آنها رویرو میشود.

(ب) رفتارهای آیینی یا اجبارگونه: که شامل عادتهای بدون انعطاف (اصرار بر خوردن غذاهای مخصوص و...) یا اعمال تکراری نظیر تکان

یا نامناسب با موقعیت باشد. زمانی ممکن است آنها بی‌جهت فریاد بزنند و گریه بکنند، در حالیکه وقت دیگر جیغ بزنند و بخندند. از نظر آنها ماشینهای در حال حرکت و ارتفاعات خطرات جدی بحساب نمی‌آیند، در حالیکه ممکن است از یک شیء بی‌آزار مانند عروسک پارچه‌های به شکل حیوان، بترسند.

تشخیص

علیرغم همه کوششهایی که برای تشخیص این طیف از اختلالات بعمل آمده است (۱)، به این دلیل که کسانی که نخستین تماس را با این قبیل کودکان برقرار می‌کنند (معمولاً متخصصین اطفال) تعلیم کافی - در مورد رویکرد تشخیص و وظایف کلی خود در این ارتباط - ندیده‌اند، در نتیجه میانگین سن تشخیص این قبیل بیماران بالا است (۷-۶ سالگی) که خود موجب سردرگمی و استیصال والدین مبتلایان میگردد. البته این مشکل تنها در کشور ما وجود ندارد، بلکه مشکل جهانی است. به عنوان مثال، در کشور انگلستان میانگین سن تشخیص این نوع اختلالات شش سالگی عنوان گردیده است (۱۹)، و این در حالیست که اکثر والدین کودکان مبتلا در حدود سن ۱۸ ماهگی متوجه مشکل در فرزندانشان شده‌اند و در سن دو سالگی اکثر آنها یک مراجعه به پزشک داشته‌اند. همواره سن شروع اختلال در سالهای اولیه زندگی است. والدین ممکن است تصور کنند که کودکان ناشنوا است ضمن اینکه از حساسیتهای غیر معمول خویش نسبت به عوامل محیطی گزارش میدهند.

طبقه‌بندی DSM-IV پیشنهاد می‌کند که برچسب تشخیصی PDDNOS زمانی مورد استفاده قرار میگیرد که در فرد یک اختلال جدی و فراگیر در رشد تعامل اجتماعی دو طرفه، مهارتهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی، یا رشد رفتار، علائق و فعالیتهای بیمعنا و تکراری وجود دارد، اما معیارهای

در آوردن بدن، یا گرداندن سر یا کوبیدن بر چیزی، از خود بروز دهند. در برخی موارد، اینگونه رفتارها هر از گاهی اتفاق میافتد و در موارد دیگر دایمی هستند.

کمبرودهای شناختی و عقلی. بطور کلی بچه‌های مبتلا به PDDNOS، در آزمونهایی که مهارتهای بینایی یا حافظه فوری لازم باشد، بسیار خوب میباشند، در حالیکه برای انجام تکالیفی که به تفکر سمبولیک یا انتزاعی و منطق تسلسلی نیاز باشد ضعیف هستند. فرآیندهای یادگیری و تفکر در این بچه‌ها با مشکل روبرو است، بویژه بیشتر آنها در توانایی به تقلید درک کلمات گفته شده و حرکات سر و دست، انعطاف‌پذیری، خلاقیت، یادگیری و بکارگیری مقررات و بکار بردن اطلاعات خواسته شده، مشکل دارند. با این وجود، تعداد کمی از بچه‌های مبتلا به PDDNOS توانایی‌های ویژه‌ای در موسیقی، مکانیک، ریاضیات و خواندن و همچنین بیاد آوردن خاطرات از خود نشان میدهند.

چون بسیاری از کودکان مبتلا PDDNOS، یا بدون گفتار کارکردی میباشند و یا اگر هم هستند تحت آزمایش قرار نگرفته‌اند، اعتبار تشخیص هوش آنها مورد سوال می‌باشد. علاوه بر این، مشاهده شده است که تعدادی از این قبیل بچه‌ها طی دوره پیگیری، پیشرفتهای عمده‌ای را در دیگر حوزه‌های رشد بدست آورده‌اند بدون اینکه تغییری در بهره هوشی آنها بوجود آمده باشد. مطالعات پیگیری همچنین نشان داده‌اند که ناتوانیهای ذهنی موجود در زمان تشخیص اولیه، همچنان ادامه می‌یابد. بچه‌های با بهره هوشی پایین، در رشد اجتماعی آسیب‌دیدگیهای شدیدتری از خود نشان میدهند. آنها به احتمال زیاد، پاسخهای اجتماعی غیر معمول، نظیر لمس یا بو کردن مردم، رفتار سواسی و یا صدمه زدن به خود دارند. ابراز هیجان در این قبیل بچه‌ها ممکن است بی‌روح، افراطی،

• علایم و نشانه‌هایی وجود دارند که ما را برای تشخیص هر چه زودتر اختلالات در این طیف راهنمایی می‌کنند. گرچه هر کدام از علایم به تنهایی نمی‌توانند دلیل بر بیماری باشند، ولی همراهی آنان با سایر علایم، هشدار می‌دهد. جهت دقت بیشتر، مجموعه علایمی که ما را برای رسیدن به تشخیص زودتر این طیف اختلالات در سنین پایین راهنمایی می‌کنند، عبارتند از: اختلال عصبی-زیستی، نقایص ژنتیکی، نقص در سوخت و ساز گلوکز در مغز؛ اختلال گردش خون در ناحیه‌های از مغز؛ همراه بودن آن با ضایعات مغز؛ اختلالات آلرژیک به مواد غذایی؛ افزایش محیط دور سر؛ همراه بودن آن با اختلالات صرعی؛ اختلال تکاملی دوران جنینی، آسیبهای حین زایمان نوزاد؛ سیستم ایمنی؛ و عفونت ویروسی.

• مرز بین این اختلال و اختلال در خودماندگی نامشخص است و احتمالاً روی یک پیوستار قرار دارند، بنابراین مشخصات بالینی هر یک شبیه بهم هستند.

• سه خصیصه مشترک در تمام کودکان در این طیف عبارتند از: اختلال در تعامل اجتماعی دو طرفه؛ اختلال در مهارتهای کلامی و غیر کلامی؛ و رفتارهای علائق محدود و تکراری. بر اساس یکی از تئوریهای مطرح، نقص توجه در مبتلایان به این بیماری احتمالاً همراه با مشکلاتی در فهم معنی محرکات طبیعی است که منجر به توجه زیاد به محرک خاص برای غلبه بر محیط میگردد. علاوه بر این، طبق تحقیقات بعمل آمده در مورد انگیزش این قبیل بیماران، بیشتر از آنکه نمیخواهند با دیگران برخورد داشته باشند، نمی‌توانند این ارتباط را برقرار کنند. هسته مرکزی اختلال مبتلایان، اختلال در ارتباط است، آنها قادر به استفاده از زبان به عنوان وسیله اصلی برقراری ارتباط با سایرین

لازم برای یکی از انواع PDD، وجود ندارد. در این قبیل بیماران ممکن است اختلال اضطراب اجتماعی در بعضی شرایط قابل تمایز نباشد، اما به استثنای اضطراب اجتماعی، معیارهای اختلالات طیف اوتیستیک در اینها وجود ندارد. با این وجود، طبقه‌بندی DSM-IV، فنون ویژه یا ملاکهایی را برای تشخیص PDDNOS پیشنهاد نمیکند. علاوه بر این، در حال حاضر تست بیولوژیکی عینی نظیر تست خون یا ... که بتواند تشخیص ابتلا کودکی به PDDNOS را تأیید کند، وجود ندارد؛ لکن برای تشخیص میتوان از روشهایی نظیر سی تی اسکن؛ سنجش جریان خون مغز؛ آزمایشات دستگاه ایمنی؛ ام. آر. آی؛ تشخیص بهره هوشی؛ و مشاوره ژنتیکی استفاده کرد.

بطور کلی تشخیص این اختلال پیچیده و بسیار شبیه بهم پیوستن یک بازی معمایی است که صورتی روشن و واضح ندارد. بنابراین وقتی که در کودکی تشخیص PDDNOS بعمل آمده باشد، منطقی است که گفته شود که آن تشخیص بهترین حدس یک متخصص بالینی را منعکس می‌کند. بدست آوردن تشخیص صحیح مستلزم ارزیابی دقیقی است که بوسیله یک متخصص آموزش دیده نظیر روانپزشک کودک، متخصص رشد اطفال، روانشناس کودک و ... بعمل آمده باشد.^{۳۳}

نتایج:

• چون اصطلاح «اختلال رشدی فراگیر» به طبقه‌ای از اختلالات اشاره می‌کند و یک برچسب تشخیصی نیست، این رویکرد بر ابهام این اصطلاح کمک می‌کند، بنابراین استفاده از اصطلاح «اختلال رشدی فراگیر بگونه دیگری مشخص نشدهی مناسب به نظر میرسد».

اقدامات تشخیصی مناسب؛ و بالاخره ارجاع زود هنگام این بیماران به متخصصان مربوط است؛ آگاه باشد.

نیستند، لذا آنها نیازمند برنامه‌ریزیهای خاص در جهت ارزیابی، شناسایی، درمان و نیز ارائه برنامه‌ریزی آموزشی هستند؛ و نکته آخر:

♦ طیف اینگونه اختلالات در کودکان نادر نیست و هر متخصص میباید از نقش خود که همانا تشخیص زودرس؛ درخواست

منابع

1- American Psychiatirs Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 th ed). Washington, DC: Author, 1994.

۲- دکتر رفیعی، حسن و دکتر رضایی، فرزین. خلاصه روان پزشکی، جلد سوم (ترجمه کتاب هارولدای، کاپلان و بنیامین جی بسادوک)، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۷۹، ص ۵۳۴

3- Autism Society of America. Asperger's Syndrome information package. Bethesda, MD: Author, 1995.

4- Rutt, M. & Schopler, E. Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. Journal of Autism and Developmental Disorders, 17, 159-186, 1978.

5- Boyle, T. (1995). Diagnosing autism and other pervasive Development Disorders [excerpt form Autism: Basic information (3 rd ed, pp. 6- 7)]. Ewing, NJ: The New Jersey center for outreach & services for the Autism Community, inc. (COSAC).

6- Zero To Three: National Center For infants, Toddlers, and families. Diagnostic Childhood. Washington, DC: Author, 1994.

7- Neville- BG, Harkness- WF, Cross- JH; Neuroscienees Unit London, U. K, "Surgical treatment al sever autistie in Childhood epilepsr", Peditaty- Neurol, 1997 feb.

8- Text book al child adolescent Psychiatry- Second Editor Jerry M. Wiener, M. D. 1997.

9- Ammerican Journal of child adolescent Psychiatry volum 38, vumder 12- 1999- 325- 35.

10- Kates WR, Mosttovsky SH, Neuroanatomical and native differences in a Pair of monozygous twins discordant for strictly defind aufind autism. Ann Neu ral 1998 Jun, 43 (6) 782- 791.

11- Gillberg, C. (1998). Chromosomal disorders and autism. Journal of Autism and Development Disorders, 28- 415- 425.

12- Campbell M, Schopler E, Cuera JE, et al: Treatment of autistic disorder, J Am Aea Child adolese. Psychiatry 35: 134, 1996.

۱۳- دکتر محمودیراد، مریم- نورویولوژی اختلال اوتیستیک، در مجموعه مقالات ارائه شده به همایش اختلالات نافذ رشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ص ۷۳-۷۷، ۱۹۷۹.

۱۴- دکتر صدرالسادات، سید جلال، صدرالسادات، لیلا. رهنمودی برای ارتقاء کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان بیش فعال- کم توجه (ترجمه کتاب فریدمن و دوپال) تهران ۱۳۷۹، زیر چاپ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ص ۲۹-۲۷

15- Weizman A, Weizman R, Abnormal immune response to brain tissue antigen in the syndrom al autism. Am J Psychiatry. 1989; 7: 1462- 1456.

16- Delgiudice- Asch G, Holl ander E, Altered Immune Function in Autism, CNS Spectrum. 1997; 5: 61- 68.

17- Campbell M, shay J. Pervasive Developmental disorder. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, ed6 HI Kaplan, BJ Shaddock editor. Williams and Wilkins, Baltimor, 1995.

18- Tachman RF, Rapin I. Regression in Pervasive developmental disorders: Seizures and epileptiform electrocephalo

gram Correlates. *Pediatrics*, 99: 560, 1997.

19- Bartak, L, Rutter, M and Cox, A. A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. III. Discriminant function analysis. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 7, 383- 396, 1995.

20- Wing- L, Center for social and Communication Disorder, Kent U. K; *The autism Spectrum*; Laneet 1997 Dec.

21- Pizant, B. M. & Rydell, P. J. (1993). Assessment and intervention wacker (Eds), *Communicative alternatives to challenging behaviors* (pp. 263- 297).

Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

۲۲- دکتر میرزاده اردگانی، آرش، تغییرات توجه و حافظه در اوتیسم، در مجموعه مقالات ارائه شده به همایش نافذ رشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران ۷ ص ۲۶-۳۲، ۱۹۷۹. اختلالات.

23- Bailey, A (1994) Physical examination and medical investigation. In M. Rutter, E. Taylor and I. Hersov (Eds), *Child and adolescent Psychiatry: Modern approaches* 3rd Edn. Blackwell Press6-Mckhann, M. G., Borowicz, L. M and Enger, C., 1997. Depression and cognitive decline after coronary artery bypass grafting, *Lancet*, 349.

7-Oxaman, T. E., Freeman, D. H. and Manheimer, E. D., 1995. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death afte