

Autism and the related Pervasive developmental disorders

S.JALAL SADRASADAT¹, LEILA SADRASADAT², HOSSEIN
HAJBABAEI³

Abstract

AIM Autism and the related Pervasive developmental disorders are characterized by Patterns of delay and deviance in the development of Social , Communicative , and Cognitive skills , which are arise in the first years of Life . Although frequently associated with mental retardation , thess conditions are distinctive in terms of their course and treatment .

Method In this study we used library and inteviw Methods and Professionls experiences for collecting data .

Results These conditions have a range of syndrome expression , and their management presents Particular challenges for clinicians . Individuals with these conditions can present for clinical care at any Point in development . The multiple developmental and behavioral Problems associated with these conditions often require the care of multiple providers ; coordination of services and advocacy for individuals and their families is important . Children With PDD need “ Special Eduction and Program “ . As they share the social and communicative disabilities found in children with Autistic disorder , often need services or treatments simlar those Provided to children with autism .

Key Words: Assessment , Education , Treatment : Pervasive Developmental Disorders

¹ Faculty member, University of Social Welfare & rehabilitation Sciences,

² M.A English education

³ Faculty member, University of Social Welfare & rehabilitation Sciences,

ارزیابی ، آموزش و درمان اختلالات رشدی فراگیر

سید جلال صدرالسادات^۱ و لیلا صدرالسادات^۲ حسین حاج بابایی^۳

چکیده

هدف: در خود ماندگی و اختلالات رشدی فراگیر مربوطه ، به وسیله الگوهای تاخیر و انحراف در رشد اجتماعی و ارتباطی و مهارت‌های شناختی که در نخستین سالهای زندگی ظاهر می گردند، توصیف می شوند (۱) . گرچه آنها غالباً با کم توانی ذهنی همراه هستند، اما بر حسب دوره و درمانشان متمایز می باشند .

روش: در این بررسی از روش کتابخانه ای و تحلیلی محتوای کتب و مقالات برای بهره برداری از آنها، مصاحبه با افراد صاحب نظر و استفاده از تجارب افراد متخصص ، بهره گیری شده است .

نتایج: کنار آمدن با افراد مبتلا به این اختلالات ، چالشهای ویژه ای را برای دست اندرکاران به ارمغان می آورد . مسائل رشدی و رفتاری مضاعف مربوطه به این افراد ، اغلب نیاز به مراقبت مضاعف دارد و هماهنگی بین خدمات و پشتیبانی برای افراد خانواده مهم است (۲) . لذا کودکان مبتلا به PDD به آموزش و پرورش ویژه نیاز دارند و چون به همان اختلالات اجتماعی و ارتباطی کودکان " درخودمانده " مبتلا هستند ، اغلب به خدمات و درمان مشابه آنها نیازمندند .

واژگان کلیدی: ارزیابی ، آموزش ، درمان اختلالات رشدی فراگیری .

رتال جامع علوم انسانی

۱- Ph.D مددکاری روانی - اجتماعی ، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده اصلی)

۲- کارشناسی ارشد آموزش زبان انگلیسی و محقق

۳- عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

سید جلال صدر السادات

الف 'ارزیابی' ۱ :

والدین و معلمین می توانند اطلاعاتی را درباره رفتارهایی که در طول جلسات آزمون عادی مشاهده شده اند ارائه کنند.

۱-۲- مقیاسهای درجه بندی رفتاری^۱

در این رابطه والدین و مراقبین آشنا با کودک ، بایستی سیاهه ای از مشکلات احتمالی کودک را پر کنند. با این وجود ، هنوز مقیاس های مشخصی برای تشخیص PDD وجود ندارد .

۱-۳- مشاهدات رفتاری مستقیم

از طریق مشاهدات مستقیم ، رفتار کودک به صورتی که اتفاق می افتد ثبت می شود و نتایج ارزیابی بصورت نمودار در می آید که می تواند به تعبیر و تفسیر ارزیابی کمک کند. این ارزیابی را هم می توان در موقعیت مصنوعی (گرفتن تست هوش از کودک) و یا در موقعیت طبیعی (کلاس درس) انجام داد .

۱-۴- ارزیابی روان شناختی^۲

روان شناس از ابزارهای استاندارد شده برای ارزیابی کارکرد شناختی ، اجتماعی ، عاطفی ، رفتارهای انطباقی استفاده می کند [۴] ، [۵] ، [۶] . با عنایت به نتایج ارزیابی ، والدین متوجه می شوند که بچه شان در کدامیک از حوزه های رشد با تاخیر روبرو است .

۲- ارزیابی آموزشی^۳

در ارزیابی آموزشی کودک بایستی هم از ارزیابی رسمی (نظیر استفاده از تستهای استاندارد شده) و هم از ارزیابی غیر رسمی (نظیر مشاهده مستقیم و مصاحبه با والدین) در مورد زیر استفاده کرد :

۱-۲- مهارتهای آموزشی قبل از آموزش (نامیدن شکل ، حرف و ...)

۲-۲- مهارتهای آموزشی (نظیر خواندن ، حساب کردن و ...)

۳-۲- مهارتهای مربوط به زندگی روزانه (نظیر توالی کردن ، پوشیدن لباس ، خوردن و ...) ؛ و

فنون بررسی زیادی برای برقراری ارتباط بین داده های بالینی و زیست شناختی که برای تحلیل زیست آسیب شناختی^۲ در حوزه اختلالات رشدی ضروری هستند مورد استفاده قرار می گیرند . بنابراین بسط یک نظام گروهی کمی شده بر پایه ارزیابیهای رشدی که امکان دقیق تری را برای همتا (همانند) کردن ارزشیابیهای بالینی و داده های زیست شناختی فراهم می نماید ، ضروری به نظر می رسد (۳) . هدف از ارزیابی PDD عبارت است از :

۱. جمع آوری اطلاعات لازم برای ارائه تشخیص صحیح ؛ و

۲. فراهم کردن اطلاعاتی که مبنای یک برنامه مداخله ای مناسب را برای کودک و خانواده خاص فراهم می کند. ارزیابی PDD ممکن است شامل موارد زیر باشد :

۱- ارزیابی پزشکی^۳ :

ارزیابی پزشکی بایستی شامل آزمایش دقیق رشدی ، پزشکی و سرگذشت خانواده و آزمایش جسمی ، و عصب شناختی کودک از لحظه تولد باشد . گر چه عموماً علت PDD ناشناخته است ، اما پزشک ممکن است بعضی از حالات پزشکی را که علت PDD نباشد ولی در کودکانی که مبتلا به این بیماری هستند وجود دارد را مورد بحث قرار دهد . این حالات می تواند دلیلی برای مشکلات کودک باشد یا علتی برای تشدید مشکلات او بحساب آید . توجه به موارد زیر می تواند به ارزیابی کمک کند :

۱-۱- مصاحبه با والدین ، کودک و معلم کودک^۱ : مصاحبه با والدین ، کودک و معلم کودک^۱ ، در شرایط مختلف ممکن است تواناییها و رفتارهای مختلفی را از خود بروز دهد ، لذا

۱- Behavior Rating Scales

۱- Psychological Assessment

۲- Educational Assessment

۱- Assessment

۲- Physiopathological Analysis

۳- Medical Assessment

عضلاتی، حساسیت به لمس، حالت چهره، مقاومت در یادگیری

و -

ب - آموزش

باور عمومی این است که برنامه آموزشی واحدی برای ارضاء نیازهای همه افراد مبتلا به این طیف از اختلالات وجود ندارد. و نیز اعتقاد بر این است که این قبیل افراد به برنامه های آموزشی کاملاً مشخص و دارای ساختار که بر اساس نیازهای فردی تهیه شده اند به خوبی پاسخ می دهند. گاهی برنامه آموزشی می تواند شامل اجزاء متعددی باشد که برای کمک به شخص مورد نظر با یکدیگر هماهنگ شده اند. همانطور که می دانیم غیر از تجویز داور به این بیماران، قدم عمده و اساسی برای آنها مداخلات آموزشی ویژه و رفتار درمانی است که با برنامه ریزی از پیش تعیین شده و در مدارس ویژه و با امکانات و معلمین خاص تحقق می یابد. بدون شک این برنامه ها زمانی موفقیت آمیز هستند که مسیر دوسویه آموزشی خود، یعنی آموزش به والدین - معلمان و بیماران را طی کرده باشند.

آموزش ویژه^۱ و PDD

در کشورهای پیشرفته، مدارس قانوناً می بایستی خدمات ویژه را در اختیار کودکان مستحق و مبتلا به ناتوانی ها قرار دهند. قانونی که انجام این کار را ملزم می کند، قانون آموزش افراد ناتوان^۲ است. طبق این قانون، کودکان که در سن مدرسه که تصور می شود ناتوانی دارند، بایستی بوسیله مدارس دولتی بطور رایگان مورد ارزشیابی قرار گیرند. بر اساس نتایج ارزشیابی، تصمیم گرفته می شود که چه خدماتی را در اختیار آنها قرار دهند.

قانون آموزش افراد ناتوان، طبقه بندیهای ناتوانی را که بر اساس آن یک کودک^۳ مستحق دریافت خدمات شناخته می شود، تعریف می کند. این طبقه بندیها عبارتند از: درخودماندگی، ناشنوایی - نابینایی، آسیبهای شنوایی شامل کری، کم توانی ذهنی، دیگر آسیبهای سلامتی، آسیبهای استخوانی، آشفستگی های هیجانی شدید، ناتوانیهای ویژه یادگیری، آسیبهای گفتار

۲-۴ رویکردهای مربوط به حل مساله و سبک یادگیری

۳- ارزیابی ارتباطی^۶

آزمون رسمی، ارزیابی مشاهده ای و مصاحبه با والدین و معلم کودک همگی تدابیر مفیدی برای ارزیابی مهارتهای ارتباطی هستند. در این آزمون مجموعه مهارتهای ارتباطی نظیر علاقمندی کودک به ارتباط، دلیل برقرار کردن ارتباط، محتوی و زمینه ارتباط و چگونگی ارتباط که شامل بیان صورت، نحوه ایستادن و حرکات دست و پا می شود، و همچنین حدی که کودک متوجه پیام دیگران می گردد، مورد ارزیابی قرار گیرد. زمانی از نتایج ارزیابی استفاده می کنیم که در نظر داریم برای کودک برنامه ارتباطی طراحی کنیم. این برنامه ممکن است شامل موارد دیگری علاوه بر ارتباط کلامی نظیر زبان اشاره و استفاده از یک ارتباط وسیع (اشاره به تصاویری برای نشان دادن کسی) باشد.

۴- ارزیابی شغلی^۷

یک درمانگر شغلی ممکن است کودکی را آزمایش کند تا بفهمد که تا چه حد حواس او با هم هماهنگی دارند. بدین معنی که حواس مختلف کودک (شنوایی، بینایی، چشایی و ...) چگونه با هم کار می کنند. وسایل استاندارد شده ای برای ارزیابی مهارتهای حرکتی (نظیر استفاده از انگشتان برای گرفتن اشیاء کوچک)، مهارتهای اجرایی آشکار (نظیر دویدن، پریدن)، مهارتهای بینایی مختلف (نظیر درک عمق) به کار می روند.

یک متخصص که کودکی را ارزیابی می کند، همه اطلاعات جمع آوری شده به وسیله این فنون مختلف را برای تصمیم گیری راجع به اینکه آیا کودک دارای یک ناتوانی است که در طبقه (PDD) قرار گیرد، مورد استفاده قرار می دهد. پس از مرحله ارزیابی لازم است به این موارد توجه شود: تاریخچه رشدی کودک، توانایی یادگیری و سطح هوشی، ارتباط گفتاری، ارتباط جمعی، توجه و تمرکز، سطح فعالیت، شدت حرکات تکراری و کلیشه ای، تقلید حرکتی و وضعیت بدن، توان

۱- Special Education

۲- Individuals Disabilities Education Act.

۱- Communication Assessment

۲- Occupational Assessment

سید جلال صدر السادات

آموزش خانواده، محل اقامتهای خانه، آموزش خاص، آسیب گفتار و زبان و خدمات بینایی و درمان شغلی هستند. بهترین محیط مناسب برای خدمات مداخله ای اولیه، محیط هایی هستند که به طور طبیعی فراهم شوند.

برنامه خدمات خانوادگی فردی^{۱۵} و برنامه آموزشی فردی^{۱۶} اکثریت کودکان مبتلا به PDD در سن مدرسه، به خدمات آموزش ویژه و خدمات مداخله ای اولیه - شبیه آنهایی که کوچکتر هستند نیاز دارند. اگر کودکی در سن مدرسه مستحق دریافت خدمات تشخیص داده شد، والدین و مدرسه، یک برنامه آموزش فردی را طراحی می کنند. این سندی است که نقاط قوت و ضعف کودک، و آنچه که آموزش ویژه و خدمات مربوط به آن که مدرسه با عنایت به اینها فراهم خواهد کرد، را فهرست می کند. اگر کودک کمتر از سه سال دارد، او یک برنامه خدماتی خانوادگی فردی دارد. والدین می توانند برای دریافت اطلاعات مفید راجع به پیشرفت برنامه آموزش فردی و برنامه خدماتی خانوادگی فردی و فرایندهای آموزشی ویژه، با مرکز آموزش و اطلاعات والدین^{۱۷} ایالتشان تماس بگیرند. در اینجا وصف حال مادری که دارای کودک مبتلا به PDD است، نقل می شود:

A^{۱۸} در چرخه فعالیت همیشه برجسب های زیادی داشته است. او در سه سال و نیمه گی مبتلا به PDD تشخیص داده شده بود. وقتی که به کودکستان رفت به او برجسب "تاخیر رشدی" زدند. حال هشت سال دارد و برجسب او "درخودماندگی" است. قسمت اعظم وقتش را در کلاس دوم صرف کرده است. او زیاد فعالیت می کند، اما هنوز به لحاظ درمان گفتاری، درمان شغلی و درمان جسمی به کمی کمک نیاز دارد، او به بازی فوتبال علاقمند است. ناتوانی او فقط قسمتی از هویت او را تشکیل می دهد. او همچنین نقاط قوت و

یا زبان، آسیب مغزی ناشی از ضربه، آسیبهای بینایی شامل کوری، و ناتوانیهای مضاعف. اگر بوسیله اداره آموزش و پرورش ایالتی یا محلی اجازه داده شود، یک مدرسه ممکن است خدماتی را برای یک کودک ۳ تا ۹ ساله تحت طبقه بندی جداگانه "تاخیر رشدی"^۱ فراهم کند. والدین برای پی بردن از آنچه که رهنمودهای ایالتی ایشان استفاده می کند، بایستی با اداره آموزش ویژه شان هماهنگی کنند. تشخیص اینکه کودکی ممکن است مبتلا به ناتوانی باشد، و هنوز مستحق آموزش ویژه و خدمات مربوط به آن نباشد، مهم است. برای این که مشخص شود کودکی مستحق دریافت خدمات ویژه است یا نه، ناتوانی او بایستی بر عملکرد آموزشی اش تاثیر نامطلوب بگذارد.

آموزش و پرورش ویژه آموزشی است که برای ارضاء نیازهای آموزشی بخصوص کودک بطور خاص طراحی شده است. خدمات مربوطه می تواند شامل خدماتی نظیر درمان شغلی، درمان گفتاری و درمان جسمی باشد اما محدود به آن نیستند. آموزش ویژه و خدمات مربوط به آن، هم بایستی مجانی باشد و هم بتواند برای کودکان مبتلا به PDD سودمند باشد. خدمات مربوط به نوباوگان^{۱۱} نیز تحت پوشش قانون آموزش افراد ناتوان قرار دارد. از طریق برنامه ای برای نوزادان و نوبایان مبتلا به ناتوانی ها، ایالات نخستین خدمات مداخله ای را در دسترس نوزادان^{۱۲} و نوبایان^{۱۳} مستحق (از تولد تا دو سالگی) قرار می دهند. همه خدمات مجانی نیستند، بلکه بستگی به تمکین مالی والدین دارد.

خدمات مداخله ای اولیه^{۱۴}، جهت ارضاء نیازهای رشدی نوزادان یا نوبایان در حوزه هایی نظیر رشد جسمی، رشد شناختی، رشد ارتباطی، رشد اجتماعی یا عاطفی، یا رشد انطباقی طراحی شده اند. این خدمات شامل خدماتی نظیر،

- ۳- Developmental Delay
- ۱- Very Young Children
- ۲- Infants
- ۳- Toddlers
- ۴- Early Intervention Services

Individualized Family Service Plan
۲- Individual Education Program
۳- Parent Training Information

۴- حرف اول نام کودک

۹. به نیازهای ویژه اولیه کودکان در این سن آگاه بوده و به زمینه های درکی، کلامی، ارتباطی، شناختی، اجتماعی، هیجانی، آموزشی، هوشی و اجتماعی آنها توجه داشته باشند.

۱۰. علیرغم شدت بیماری این قبیل کودکان در منزل، مدارس مخصوص، مدارس عادی و بیمارستانها؛ داشتن برنامه ها و طرحهای ویژه ضرورت دارد و لازم است معلمین این مدارس از گردش کار آنها آگاه باشند، و شاید بهترین و متناسب ترین کلمه ای که بتوان برای یک معلم نمونه بیان کرد، کلمه "متعهد و ماهر" باشد.

دستورات آموزشی ضرورت دارد که:

۱. به صورت نظامدار، ترتیبی ف مناسب با رفتار کودک و مرحله ای باشد.

۲. با زمینه های عمیق معیارهای اخلاقی همراه گردد.

آموزشها و طرح مشخص بایستی:

۱. متناسب با شدت علائم بالینی کودک انتخاب شوند.

۲. روشهایی را بکار برند که کمترین خطا را داشته باشد.

۳. هر وقت خطا عارض شد، در جهت رفع و جبران آن صبورانه تلاش کنند.

این نکته قابل ذکر است که تاثیر گذاری آموزش بر روی کودکان نسبی بوده و به شدت علائم، درجه هوشی و بیماریهای همراه با این اختلال بستگی کامل دارد.

بطور کلی یک برنامه آموزشی مناسب، ابزار اولیه برای درمان PDD است. بسیاری از کودکان مبتلا به PDDNOS بیشترین مشکل را در مدرسه^۱ جایی که درخواست ها برای توجه و کنترل تکانه ها، مقتضیات واقعی برای موفقیت هستند تجربه می کنند. مشکلات رفتاری می تواند مانع برخی کودکان از هماهنگی یا کلاس درس شود. با وجود این، با کمک برنامه آموزشی مناسب، یک کودک مبتلا به PDD می تواند در مدرسه موفق شود. ضروری ترین عنصر محتوای یک برنامه آموزشی وجود یک معلم قاضل است. عناصر دیگر محتوای یک برنامه آموزشی مناسب عبارتند از:

استعداد زیادی دارد. او روزانه چالشهایی را دارد، اما ما او را دوست داریم. او یک "برچسب" نیست. او A است.

همانطور که برخی متخصصین ضمن بیان علائم مربوط به اختلالات در این طیف پیشنهاد می کنند اختلال کلامی در این کودکان نسبت به اختلال ارتباطی آنها، ثانوی است. لذا اگر در مورد آن دسته از بیماران که شدت علائم بالینی کمتری از خودشان می دهند، بتوانیم در نتیجه آموزشهای ویژه در مدارس ویژه با معلمینی ویژه به آنها مهارتهای ارتباطی- اجتماعی را آموزش داده و تقویت نمائیم، توانسته ایم در جهت درمان اینگونه بیماران قدم موثر برداریم [۷].

در این قبیل مدارس لازم است که معلمین:

۱. رفتارهای جدید و حرفه ای ویژه را یاد بگیرند و به رفتارهای خاص کودکان نیز توجه داشته باشند؛

۲. قادر باشند که دائماً توجه کنند که چه مسایل و مواردی در جریان این آموزشها بر کودک اثر می گذارد؛

۳. بسیار با وجدان و صبور بوده و توجه عمیق به این مساله داشته باشند که این کودکان انسانهای ویژه هستند؛

۴. دوره هایی از آموزشهای ویژه نظیر کارگاههای ارزشیابی و تجزیه و تحلیل و ... را جهت کسب این مهارتها دیده باشند؛

۵. در جنبه های خاصی چون، آموزشهای توجه داشتن به خود؛ مدیریت عاطفی، و خلاقیت، تحرک گروهی و اجتماعی دوره های خاص را گذرانده باشند تا بتوانند مهارتهای لازم را به این کودکان نیازمند آموزش دهند؛

۶. به علائم و نشانه های بیماری کاملاً آشنا باشند و بتوانند با تیم درمانی به راحتی کار کرده و نقطه نظرهای خود را مطرح نموده و پیشنهادات درمانی را از قوه به فعل درآورند؛

۷. قبل از شروع به کار با کودکان، بایستی از تاثیرگذاری آموزشهایی که دیده اند مطمئن شوند؛

۸. نه تنها طرح مشخص شده را دنبال کنند، بلکه آموزشهای ویژه ای که به والدین داده شده است را پی گیری نموده و برای کودکان در منزل کارهای ویژه ای را که متناسب با زمان و شرایط طبیعی آنها است طراحی کنند؛

سید جلال صدر السادات

برای موفقیت در درمان لازم است :

۱-۱ بر درمان کودکان جهت کنار آمدن با مسائلی که قبل از اینکه به مدرسه بروند در خانه با آن مواجه می شوند ، تمرکز کنید .

۱-۲ درمان را زودتر شروع کنید زیرا بیشتر اوقات ، هر چه درمان این قبیل کودکان زودتر شروع شده با نتیجه بهتر همراه بوده است [۸] .

۱-۳ موضوعات رفتاری را مد نظر قرار دهید^۲ . همانطور که کودکان مبتلا به PDD برای فهمیدن چیزهای زیادی که برای آنها مبهم است تلاش می کنند ، آنها در یک محیط سازمان یافته ای که قواعد و انتظارات روشن است ، این کار مهم را به بهترین وجه انجام می دهند . لازم است محیط کودک سازمان یافته و قابل پیش بینی باشد .

۱-۴ توجه کنید که بسیاری از مواقع ، یک مشکل رفتاری حاکی از آن است که کودک برای بیان چیزی نظیر سردرگمی ، ناکامی یا ترس ، تلاش می کند. لذا مشکل رفتاری کودک به عنوان پیامی است که باید رمزگشایی شود . برای تعیین علت احتمالی رفتار ، تلاش کنید و از خود بپرسید : آیا کار عادی با برنامه کودک اخیراً تغییر کرده است ؟ چیز جدیدی پیش آمده است که کودک را گیج و ناراحت کرده است ؟

۱-۵ به این نکته توجه کنید که هنگامی که مهارتهای ارتباطی کودک پیشرفت می کند، مسایل رفتاری اغلب محسوس می شوند ، زیرا در این مرحله کودک وسیله ای برای بیان آنچه که او را آزار می دهد^۳ بدون اینکه رفتار منفی ایجاد کند دارد .

۱-۶ آگاه باشید که ثابت شده است که استفاده از راهبردهای پشتیبانی رفتاری مثبت برای این قبیل کودکان سودمند است ، لذا مهم است که به خاطر داشته باشیم که :

۱-۶-۱ برنامه ها بایستی بر مبنای فردی طراحی شود ، زیرا کودکان در عدم توانایی ها ، و توانایی هایشان بسیار متفاوت

الف - کلاسهای سازمان یافته ، هماهنگ و قابل پیش بینی با برنامه های زمان بندی شده و تکالیف درسی مشخص و به روشنی توضیح داده شده

ب - اطلاعات از لحاظ دیداری و نیز کلامی عرضه شده.

ج - فرصتهای اثر متقابل داشتن با همسالان (فاقد ناتوانی)

که الگوی مناسب مهارتهای زبانی ، اجتماعی و رفتاری هستند

د - تمرکز بر بهبود مهارتهای ارتباطی کودک در به کار بردن ابزارها نظیر نقشه های ارتباطی ؛

ه - کاهش اندازه کلاس و تدبیر جایی مناسب برای کمک به کودک مبتلا به PDD برای برهیز از آشفتگی.

و - برنامه درسی اصلاح شده بر مبنای نقاط قوت و ضعف دانش آموز خاص ؛

ز - به کارگیری ترکیبی از مهارتهای رفتاری مثبت و دیگر مداخلات آموزشی .

ح - برقراری ارتباط مکرر و مناسب در بین معلمین ، والدین و پزشک مراقب مدرسه .

ج - درمان^{۱۹} PDD

روبهم رفته کودکان مبتلا به PDD در ناتوانی های اجتماعی و ارتباطی که در کودکان مبتلا به اختلال در خودماندگی یافت می شود ، مشترک هستند و اغلب به خدمات یا درمانهای مشابه آنها نیاز دارند . هیچ درمان یا روشی مناسب برای افراد مبتلا به اختلال در خودماندگی یا PDD وجود ندارد . بسیاری از افراد متخصص و خانواده ها یک سلسله درمان های همزمان ، شامل اصلاح رفتار ، رویکردهای آموزشی سازمان یافته ، دارو درمانی ، گفتار درمانی ، درمان شغلی و مشاوره را مورد استفاده قرار می دهند . این درمان ها ، بیشتر سبب ارتقاء رفتار اجتماعی و ارتباطی خاص می شوند. رفتارهای منفی نظیر ، بیش فعالی ، بی معنایی و تکراری ، خودآزاری و پرخاشگری که در عملکرد و یادگیری کودک دخالت می کند را به حداقل می رساند.

۱- Addressing Behavior Issues

۱- Treatment

مهم است که به این نکته توجه شود که در شرایطی که ممکن است همزیستی در کودکان مبتلا به PDD نظیر کمبود توجه یا اختلال وسواسی لازم باشد، دارو درمانی می تواند مفید واقع شود. تصمیم نهایی والدین در مورد اینکه آیا دارو درمانی به عنوان بخشی از درمان کودکشان باشد، تصمیم شخص است و باید مورد احترام و حمایت قرار گیرد. دارو درمانی، همیشه باید در ارتباط با درمانهای دیگر مورد استفاده قرار گیرد و از طریق بازخورد کودک، معلمین، و والدین اثرباشی کنترل شود [۹].

۳- درمان روانشناختی

برای کمک به خانواده ها جهت سازگاری با درمان کودک مبتلا به ناتوانی، مشاوره ممکن است مفید باشد. اگر کودکی قبلاً در برنامه مدرسه حضور پیدا کرده لازم است که هم به والدین و هم به معلمان، راجع به نشانه های PDD و این که چگونه این نشانه ها ممکن است بر توانایی کودک برای عمل در خانه، همسایگی، مدرسه و موقعیتهای اجتماعی تاثیر بگذارد توضیح داده شود. روانشناسان همچنین می توانند ارزیابیهای جاری، مشاوره مدرسه ای، تدبیر موردی، و تربیت رفتاری را ارائه دهند. همچنین برخی کودکان می توانند از مشاوره یک کارگزار با تجربه که راجع به PDD مطلع است، بهره ببرند. کار تیمی^{۲۱} خانواده، می تواند باری که بر دوش مراقبت کننده اولیه خانه است و نیاز به یک نظام پشتیبانی دارد را سبک کند [۷].

د - سایر درمانها و تدابیر

به هنگام جستجو برای انتخاب تدابیر موجود جهت کمک به کودکان مبتلا به PDD، والدین و دیگران ممکن است با چندین روش درمانی که در ارتباط با درمانهای سنتی می توانند مورد استفاده قرار گیرند برخورد کنند. به هنگام توجه یکی از این روشهای درمانی برای کودک، سولاتی بکنید و به وقت برنامه را مورد ارزیابی قرار دهید. پیگیری یک بیان نوشته شده راجع به برنامه شامل مواردی چون طول برنامه، تکرر جلسات، هزینه، معقولیت، فلسفه یا هدف اساسی برنامه مهم است. همچنین مهم است که شرایط لازم جهت دهنده مدیر و کارکنان و این که آیا مدارکی برای اثبات سودمندی برنامه و نیز احتمال تاثیرات

هستند و رویکردهای درمانی که در موارد خاص عملی هستند، ممکن است در موارد دیگر عملی نباشد.

۲-۶-۱ کودکان مبتلا به PDD برای تعمیم مسایل از یک موقعیت به موقعیتی دیگر مشکل دارند. آنها تمایل ندارند که مهارتهایی را که در مدرسه آموخته اند به محیط یا محیطهای دیگر انتقال دهند. بنابراین لازم است که در درمان یک مشکل در همه حوزه های زندگی کودک (مثلاً مدرسه، اجتماع و خانه) هماهنگ باشیم. این موضوع، تعمیم تغییرات رفتار را مورد تشویق قرار می دهد.

۳-۶-۱ یک رویکرد اجتماع محوری که والدین و معلمین آموزش ویژه را برای انجام استراتژیهای پشتیبانی رفتاری مثبت آموزش می دهد، می تواند ابزاری برای رسیدن به حداکثر نتیجه باشد.

۲- درمان پزشکی

هدف اولیه درمان پزشکی، برای اطمینان از سلامتی جسمی و روانشناختی کودکان مبتلا به PDD است. یک برنامه مراقبت سلامتی پیشگیری کننده باید شامل رسیدگی منظم به وضعیت جسمانی برای کنترل رشد، بینایی، شنوایی و فشار خون، مصون سازی طبق جدول زمانی، مراجعه منظم به دندانپزشک و توجه به رژیم غذایی و بهداشت باشد. درمان پزشکی سودمند از طریق ارزیابی پزشکی آغاز می شود. ارزیابی بیش از درمان، برای آشکار کردن شرایط پزشکی موجود نظیر حمله در صرع ضروری است. درمان پزشکی ویژه ای که به همه کودکان مبتلا به PDD کمک کند، وجود ندارد. برخی از درمانهای پزشکی سودمند تشخیص داده شده اند، اما برای بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال در خودماندگی یا PDD لازم است که سطوح درمان پزشکی تا بدست آوردن ترکیب و مقدار داروی مناسب مورد آزمایش قرار گیرد، زیرا این میزان برای هر کودک متفاوت است. همچنین مجموعه درمان پزشکی مناسب برای کودکان مبتلا به PDD وجود ندارد، اما رژیم درمانی خاص برای هر کودک موجود است. به علت این پیچیدگیها، به نظر بسیاری از افراد متخصص درمان دارویی به عنوان یک درمان، تنها هنگامی که سایر درمانها موفقیت آمیز نبوده است، مورد توجه قرار می گیرد.

سید جلال صدر السادات

رشد زبانی پیچیده تر، تعامل بیشتر با همسالان و رفتار اجتماعی بیشتر هستند. با وجود این، نتایج مهمی از مطالعه یک درمان به خوبی طراحی شده در دسترس نبوده است. اینکه درمان یکپارچگی شنیداری چگونه عمل می کند و آیا مردم از آن بهره می برند روشن نیست.

۳- درمان یکپارچگی حسی

یکپارچگی حسی، فرایند سیستم عصبی سازمان حسی اطلاعات برای استفاده کارکردی است. آن یک فرایند رخداد عادی در مغز که به مردم امکان بهم پیوستن اطلاعات مربوط به مناظر، صداها، لامسه، چشایی، بوها و حرکات برای فهمیدن و تعامل با جهان پیرامون را فراهم می کند نسبت داده می شود [۱۰]. یکپارچگی حسی، عبارت از فرایند سازماندهی اطلاعات حسی در مغز به منظور ایجاد پاسخ تطابقی است [۱۱]. یکی از اهداف یکپارچگی حسی دستیابی به یک تطابق موثر با محیط از طریق ایجاد و بهبود پردازش اطلاعات حسی توسط سیستم عصبی مرکزی می باشد و بدین ترتیب فرد قادر است:

۱. محیط را مورد توجه قرار دهد (درون داد)؛
۲. اطلاعات را جهت ساختن استراتژیهای لازم دستکاری کند.
۳. رفتار حرکتی را جهت دهد (برون داد).
۴. فرد، نظاره گر تاثیر اعمالش باشد (بازخورد)

بر اساس ارزیابی نتایج کاریک درمانگر شغلی که در رابطه با یکپارچه کردن حسی تربیت شده است، فرد را از طریق فعالیتهایی که توانایی او را برای پاسخدهی مناسب به محرک حسی مورد چالش قرار می دهند راهنمایی می کند. این نوع درمان در این جهت که فرایند تحریک احساس فرد چگونه اصلاح می شود و برای پاسخدهی مناسب چگونه با هم کار می کنند معطوف شده است. همانند درمانهای دیگر، هیچ گونه تحقیق قطعی، پیشرفت صریحی را که از طریق درمان یکپارچگی حسی ایجاد شده باشد را به طور تجربی اثبات نکرده اند. با این وجود، در حوزه های بسیاری مورد استفاده قرار می گیرد.

جانبی منفی وجود دارد یا خیر را مورد بررسی قرار دهید. در اینجا به برخی برنامه های جایگزین که می توانند مورد استفاده قرار گیرند اشاره می شود.

۱- ارتباط آسان^{۲۲}

این روش برای تشویق افراد مبتلا به آسیبهای ارتباطی جهت ابراز خودشان است. به عنوان مثال، از طریق تامین کمک جسمانی (فیزیکی)، شخص تسهیل کننده، نامیده می شود، برای هجی کلمات که روی تخته سیاه، کامپیوتر و... وجود دارد به فرد کمک می کند. تسهیل ممکن است متضمن پشتیبانی دست روی دست، یا تماس ساده روی شانه باشد. فرد مبتلا به آسیب، هنگامی که تسهیل کننده پشتیبانی جسمانی را ارائه می کند حرکت را آغاز می نماید. مثالهایی راجع به موفقیت آمیز بودن درمان آسان در طول سالهای گذشته گزارش و چاپ شده است. آنها همچنین سبب جر و بحث هایی زیادی شده اند، زیرا آنها عموماً بوسیله تحقیق تجربی مورد پشتیبانی قرار نگرفته اند. به نظر می رسد که ارتباط آسان دارای نیروی بالقوه ای است که بتواند تکنیک مفیدی برای کودکان مبتلا به PDD بویژه آنهایی که خوانندگان^{۲۳} استثنایی هستند باشد. نیز نه تنها برای کسانی که دارای آسیب در سایر اشکال ارتباطی نظیر کامپیوتر و نشانها هستند، بلکه همچنین آنهایی که در مهارتهای بیان کلامی به شدت آسیب دیده اند خوب است.

۲- درمان یکپارچگی شنیداری^{۲۴}

ابزاری را که به طور تصادفی فرکانسهای کوتاه و بلند را از یک منبع موزیک انتخاب کرده و سپس این صداها را از طریق گوشی سری به کودک می فرستد مورد استفاده قرار می دهد. حکایتی راجع به تاثیرات مثبت درمان یکپارچگی شنیداری وجود دارد. برخی از نتایجی که گزارش شده است شامل، حساسیت کاهش یافته نسبت به صداها، گفتار خود جوش تر،

۲- Facilitated Communication

۱- Precocious Readers

۲- Auditory Integration Therapy (AIT)

۴- روش لوواس^{۲۵}

این روش که نوعی تحلیل رفتار کاربردی^{۲۶} است و بوسیله روانشناس لوواس بسط یافته، یک برنامه مداخله ای فشرده ای است که عموماً برای کودکان قبل از دبستان که مبتلا به این گونه اختلالات هستند طراحی شده است. این روش فنون رفتاری، نظیر سرمشق گیری و پاداش دادن به رفتار مطلوب، و نادیده گرفتن یا عدم تشویق اعمال نامطلوب را مورد استفاده قرار می دهد. این روش عموماً شامل مهارتهای زبان، رفتار، و آموزش تحصیلی پایه و به مدت سی تا چهل ساعت در هفته است. درمان عموماً شامل چهار تا پنج ساعت آموزش ۵ تا ۷ روز در هفته است. نتایج چندین تحقیق، پیشرفت قابل توجهی را درباره ۵۰٪ کودکانی که این درمان را دریافت کرده اند، نشان داده است. روش لوواس توجه زیادی را به خود جلب کرده است، اما همانند مطالعات دیگر، نیازمند مطالعه بیشتر است.

۵- ویتامین درمانی^{۲۷}

برخی موارد نقل شده بیانگر این موضوع است که ویتامین B۶ و منگنز به کودکان مبتلا به درخودماندگی و PDD کمک می کند دلیل منطقی این روش آن است که ویتامین B۶ در شکل دهی به انتقال دهنده های عصبی که در چنین کودکانی ملاحظه شده است بد عمل می کنند، کمک می کند [۱۲].

۶- مداخله در رژیم غذایی

تحقیقات نشان داده اند که تعدادی از افراد مبتلا به PDD نسبت به بعضی غذاها حساسیت دارند. برخی والدین، کودکانشان را از لحاظ حساسیت به غذاها، مورد ارزشیابی قرار می دهند و غذاهایی را که نسبت به آنها حساسیت دارند از برنامه غذایشان حذف می کنند و یا مقدار آن را کاهش می دهند. به عنوان مثال، به نظر می رسد برخی غذاها سبب افزایش بیش فعالی و رفتاری شبیه درخودماندگی می شوند. مطالعات نشان داده اند که حذف چنین غذاهایی از برنامه غذایی کودکان، به کاهش رفتارهای منفی کمک می کنند [۱۳].

۷- درمان ضد مخمر^{۲۸}

اغلب، پیشرفت اختلال درخودماندگی و PDD از رفتارها و مشکلات ارتباطی نشأت گرفته در مرحله نوپایی است که در این هنگام، بسیاری از کودکان، برای مسائلی نظیر عفونتهای گوش میانی با آنتی بیوتیکها درمان می شوند. آنتی بیوتیکها می توانند تعادل فلور روده ای را بهم بزنند و احتمالاً سبب رشد بیش از حد مخمر شوند. بهر حال، وجود سطح بالای مخمر در کودکان مبتلا به درخودماندگی و PDD خیلی خوب می تواند اتفاق بیفتد [۱۲]. برخی والدین دریافته اند که دادن یک درمان دارویی ضد مخمر به کودکانشان، برخی رفتارهای منفی را کاهش می دهد. برخی والدین یافته های اولیه^{۲۹} این نوع درمان را تایید می کنند، اما نتایج قطعی نیستند.

نتیجه^{۳۰} چون در مورد این تدابیر، تحقیقاتی که به خوبی طراحی شده باشد، انجام نشده است، تاثیر آنها در درمان PDD روشن نیست.

۸- کمک به کودکان در خانه

والدین می توانند فنون و تدابیری را برای کمک به کودک مبتلا به PDD، در خانه به کار برند. لازم است که راجع به این فنون با سایر اعضاء خانواده و افراد متخصص که با کودک کار می کنند بحث شود. زیرا افراد نزدیک به کودک ممکن است همان روشها را به کار گیرند. این موضوع، برای تعمیم مهارتهای آموخته شده در خانه و محیطهای دیگر نظیر مدرسه و اجتماع، به کودک کمک می کند. والدین می توانند نسبت به رشد مهارتهای ارتباطی و مهارتهای اجتماعی کمک کنند.

۹- یافتن یک گروه پشتیبان پدر - مادر^{۳۱}

کودکان مبتلا به PDD تنها کسانی نیستند که نیاز به کمک اضافی و پشتیبانی دارند. پدر و مادری کردن^{۳۰} برای یک کودک با نیازهای ویژه، یک وظیفه ایجابی است. آموختن و پذیرش اینکه کودکی، یک ناتوانی دارد، یک فرایند خیلی عاطفی است. والدین در ابتدا ممکن است در خصوص اینکه برای

۱- Anti - Yeast Therapy
۱- Parent Support Group
۲- Parenting

۱- The Lovaas Method
۲- Applied Behavior Analysis
۱- Vitamin Therapy

سید جلال صدر السادات

بدست آوردن اطلاعات، کمک و پشتیبانی، از کجا شروع نمایند احساس تنهایی می کنند. گروههای کمک به و مادر کودک در خود مانده، در سراسر کشور مستقر هستند. خانواده هایی که کودکشان به PDD مبتلا است، می توانند از پیوستن به این گروههای پشتیبانی سود ببرند.

۱۰- استفاده از منابع اطلاعاتی

گاهی اتفاق می افتد که کودکان مبتلا به PDD، اختلال بی نظیری که بخشهای معینی از زندگی اشان را دچار چالش می کند داشته باشند. در این جهت مقالات، جزوات و کتابهای زیادی وجود دارند که شامل اطلاعات مفید هستند. با این وجود، احتمالاً این منابع در کتابخانه ها یا کتابفروشی های محلی یافت نشوند. برای تهیه آنها، با سازمانها و ناشرانی که در این جهت فعالیت می کنند تماس بگیرند. اینترنت نیز یک وسیله جمع آوری اطلاعات با ارزش است.

۱۱- کسب اطلاعات بیشتر

یادگیری بیشتر راجع به نیازهای ویژه کودکان مبتلا به PDD می تواند کمک عاطفی و عملی مهمی برای کسانی که با آنها درگیر هستند؛ افرادی که از آنها مراقبت می کنند؛ و اینگونه کودکان باشد.

شوریه گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی

بحث و نتیجه گیری

❖ با توجه به این که مشاوره ژنتیک برای اختلالات عصبی روانی روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می کند و نیاز به آن افزایش می یابد، به علت پیچیدگی مسائل مورد سوال بسیاری از زوجها در حین مشاوره ژنتیک، افرادی باید به این کار اقدام نمایند که هم در مورد این اختلالات و هم در زمینه ژنتیک دارای اطلاعات علمی - عملی کافی باشند [۱۴].

❖ نگرانیها و دغدغه های زودهنگام خانواده ها در مورد رشد و نمو کودکانشان بسیار مهم بوده و باید به آنها بها داده شود. خصوصاً پزشکان عمومی و متخصصان کودکان باید به این مساله توجه کرده و خیلی زود این کودکان را به متخصصان مربوطه ارجاع دهند و قبل از تشخیص قطعی از زدن برچسب بر روی کودکان جداً خودداری کنند. علاوه بر این، با اینکه تشخیص ابتلای کودکان به این بیماری خود یک گام اساسی و مهم است، لذا اگر با حمایتها و کمکهای عملی همراه نباشد در بهبود پیش آگهی و عاقبت این کودکان تاثیر چندانی نخواهد داشت [۱۵].

❖ به نظر می رسد وجود هر گونه اشکال یا تعویق تکامل زبان، زنگ خطر مهمی برای ما و والدین کودک باشد. زیرا اختلال در تکامل زبان یکی از علائم مهم و اولیه ابتلای کودکان به این اختلال است [۱۶].

❖ نکته بر روی علایم غیر اختصاصی نظیر "کودک در حین معاینه با من تماس چشمی برقرار نمی کرد و به سوالات من خوب پاسخ نمی داد" برای تایید تشخیص، یا تاکید بر روی علایم غیر اختصاصی دیگر مانند "کودک در حین معاینه با من تماس چشمی برقرار می کرد و به سوالات من خوب پاسخ می داد" برای رد تشخیص ابتلای کودک به این اختلال کافی نیست [۱۷].

❖ برخلاف کودکان کم توان ذهنی که اغلب مادران به غیر عادی بودن کودکانشان حدود ۶ تا ۷ سالگی پی می برند، مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشدی فراگیر تماماً حدود ۲ تا ۳ سالگی به این نتیجه می رسند که کودکان با سایرین فرق دارد. در این مرحله چنانچه انتظار می رود، اضطراب و نگرانی والدین بسیار زیاد است و درخواست کمک می کنند، لذا لازم است که:

۱. انتظار احساس شدید گناه در والدین به ویژه مادر را با روبرو شدن با تشخیص داشته باشید. این احساس آنقدر شدید است که با گفتن یک جمله "تقصیر شما نبود" برطرف نمی شود و احتیاج به درمان دارد.

۲. درمان این افسردگی با احساس مسئولیت و گناه از اولین وظایف تشخیص دهنده سندرم به نظر می رسد. علائم و احساس والدین بسیار شبیه واکنش سوگ می باشد، انگار که کودکی را از دست داده اند. درمان اصلی روان درمانی، اجازه ابراز عواطف و احساس است و در شرایط شدید، داروهای ضد افسردگی نیز تا حدودی کاربرد دارد.

۳. با توجه به اینکه اختلالات رشدی فراگیر گروهی از اختلالات عصبی روانی هستند [۱۸] در مورد بیماری به والدین اطلاعات دقیق بدهید و به آنها توصیه کنید که چگونه می توانند کیفیت زندگی کودکان را بالا ببرند و اینکه کیفیت زندگی را از دریچه چشم کودک ببینند و نه در مقایسه با سایرین. آنها را از خانواده های دیگر که با همین مساله روبرو هستند مطلع کنید، زیرا "هم درد داشتن" تا حدودی به کاهش اضطراب آنها کمک می کند.

❖ شرایط نور و بیولوژیک و روانپزشکی که با اختلالات رشدی فراگیر همراه می شوند ممکن است به درمانهای دارویی پاسخ مناسب داده، به تسکین علائم کمک نموده، از پیشرفت معلولیت و ناتوانیها شدیداً جلوگیری نمایند و درمانهای رفتاری و روانی را ممکن و عملی و مفید سازند. برخی از اختلالات قابل درمان عبارتند از اختلالات تشنجی، سندرم توره و اختلالات حرکتی؛ علائم وسواسی اجباری و اختلال خلقی دو قطبی.

❖ در حال حاضر در بسیاری از کشورها، علاوه بر ترکیبات دارویی مختلف، استفاده از روشهای درمانی غیر دارویی مانند دی متیل گلیسین، ترکیب ویتامین B6 و منیزیم، رژیم غذایی و سکرترین در کنار بهره گیری از روشهای مختلف توانبخشی متداول شده است.

❖ دقت و وسواس در مواد غذایی مورد مصرف کودک تا حدودی می تواند در یافتن علت رفتاری کودک مبتلا کمک کرده و باعث پیدا شدن راه حلی شود. والدین می توانند با

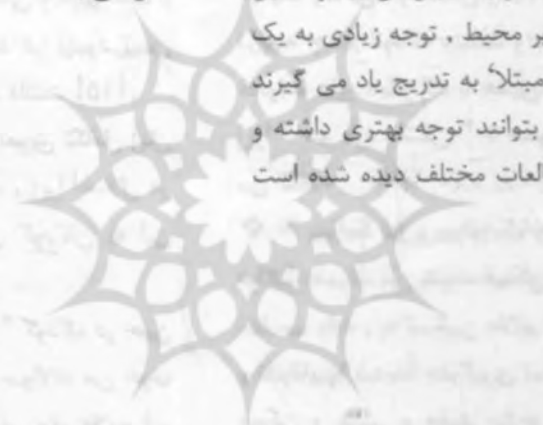
سید جلال صدر السادات

اگر " پاداش " با روشهای ملموس و واقعی برای بیماران در نظر گرفته شود ، آنها قادر به حفظ توجه خود در حد مناسب می باشند .

❖ و بالاخره با هر درمان جدید با یک شک و تردید امیدوارانه روبرو شوید و بدانید که هر درمانی یکی از چند انتخاب ممکن برای شخص مبتلا را نشان می دهد . توجه داشته باشید که هیچ درمان جدیدی نباید مورد استفاده قرار گیرد مگر این که ارایه دهندگان آن بتوانند شیوه های ارزیابی آن را مشخص کنند و بطور علمی آن را اعتبار یابی کنند. آگاه باشید که درمان باید همیشه وابسته به اطلاعات حاصل از ارزیابی فرد انجام گیرد که این نشانگر آن است که درمان انتخاب مناسبی برای کودکان خاص می باشد .

مشاهده رفتار کودک پس از مصرف غذایی خاص ، پس از چند دقیقه تا چند روز شاید راز تغییر رفتار کودک را بیابند و شاید این گره هرگز گشوده نشود .

❖ بسیاری از مبتلایان به اختلالات رشدی فراگیر فقط در پاسخ به زیر مجموعه ای از سرنخهای محیطی توجه بیش از حد نشان می دهند. همراه با این توجه بیش از حد، نقصی هم در شیفت (جابجایی) توجه وجود دارد . اختلالات یاد شده در توجه از نظر بالینی به مشکلی رفتارهای بی اعتنایی و اجتنابی تظاهر می کند . همچنین این بیماران ممکن است به طور انتخابی از توجه به بعضی از حرکات مشخص محیطی اجتناب ورزند که احتمالاً ناشی از اشکال در فهم معنایی آن است که منجر به ضعف در توجه به محرک مربوطه می گردد و به دنبال آن بیمار تمایل پیدا می کند تا برای کنترل و غلبه بر محیط ، توجه زیادی به یک محرک خاص نشان دهد . لذا افراد مبتلاً به تدریج یاد می گیرند که استراتژیهایی را به کار برند که بتوانند توجه بهتری داشته و رفتارشان را کنترل نمایند . در مطالعات مختلف دیده شده است



موسسه پژوهش‌های علمی و مطالعات فرهنگی
ژوئیه گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

۱. Volkmar F, Cook EH Yr, Pomeroy J, Realmuto G, Tanguary P. Practic parameters for the assessmental disoeders. American Academy of child and Adolescent Psychiatry working Group on Quality Issues. J Am Acad Child Adolese Psychiatry ۱۹۹۹ Dec; ۳۸ (۱۲ suppl): ۳۲۵-۵۴۵.
۲. Volkmar F, Cook EH Yr, Pomeroy J, Realmuto G, Tanguary P. Summary of the Practice Parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disoeders. J Am Acad Child Adolese Psychiatry, ۱۹۹۹ Dec, ۳۸ (۱۲): ۱۶۱۱-۶۰.
۳. Hameury L, Roux S, Barthelemy C, - Adrienjl, Desombre H, Sauvage D, Garreau B, Lelord G. Quantified multidimensional assessment of autism and other pevasive developmental disorders. Application for bioclinical research. Eur Child Adolese psychiatry, ۱۹۹۵ Apr; ۴ (۲): ۱۲۳-۱۳۵.
۴. Nihira K; Leland H and Lambert N. (۱۹۹۳). Adaptive Behavior Scale – Residential and Community, Proed Autism, Texas, PP, ۱-۳.
۵. Ammons, C. H., and Ammons, R. B. (۱۹۷۳). Review of the Adaptive Behavior Scales. Psychological Republic, ۳۲ (۱). ۳۳۹.
۶. Bhattacharya, S. (۱۹۷۳). Adaptive Behavior Scale – Refinement. Mental Retardation, ۱۱ (۱), ۲۷.
۷. کارنر و ایزن برگز (۱۹۵۶) در نگاهی به اوتیسم در مدرسه, در مجموعه مقالات ارائه شده به همایش اختلالات نافذ رشد, دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی, تهران ۱۳۷۹, ص ۴۷.
۸. Smith T, Eikeseth S, Klevstrand M, Lovaas OL. Intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and pervasive developmental disorder. Am J Ment Retard ۱۹۹۷ Nov; ۱۰۲ (۳): ۲۲۸-۴۹.
۹. دکتر صدرالسادات, سیدجلال, پژوهشی پیرامون فرایند مشاوره. پژوهشکده کودکان استثنایی, تهران, ۱۳۷۸, ص: ۱۹-۴۷.
۱۰. Mailloux,z., And Lacroix, J (۱۹۹۲). Sensory Integration And Autism. Torrance, CA: Ayers Clinic.
۱۱. آپرس (۱۹۷۲) به نقل از بهنیا فاطمه, در یکپارچگی حسی در اوتیسم. در مجموعه مقالات ارائه شده به همایش اختلالات نافذ رشد, دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی, تهران ۱۳۷۹.
۱۲. Dalldorf, J (۱۹۹۵). A Pediatric view of the treatment options for the Autistic Syndrome. Chapel Hill, NC : Division Teach (Treatment And Education Of Autistic And Related Communication Handicapped Children).
۱۳. دکتر صدرالسادات سید جلال, صدرالسادات لیلا, رهنمودی برای ارتقاء کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان بیش فعال- کم توجه (ترجمه کتاب فریدمن و دوپال), تهران زیر چاپ انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی, ۱۹۷۹, ص: ۲۵-۳۵.
۱۴. Casico Rs, Kilmon CA. Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise : Primary care perspectives. Nurse Pract ۱۹۹۷ Jul. ۲۲ (۷): ۱۱, ۶۵-۶۸, ۱۵ passim.
۱۵. Howlin P, Moore A. Diagnosis In Autism. As urvey Of Over ۱۲۰۰ Patients in The Uk, Autism, ۱۹۹۷; ۱ : ۱۳۵.
۱۶. Horuath, K- Stefanatos, G- Skolsk; K (۱۹۹۸). Improved Social and language skills after secrecing administration in Patients with autistic spectrum disorders. Journal of the association for Minoricy Physicans, ۹, ۹-۱۵.
۱۷. Filipek PA. Autistic Spectrum Disorders. In: Swaiman KF, Ashwals, Pediatric Neurology, Principles and Practic, ۳rd, Ed, St. Louis : Mosby Pulications, ۱۹۹۹.
۱۸. Fred R. Volkmar. " Autism and the Pervasive Developmental Disorders ". In Lewis, M. Child and Asolescent Psychiatry (۱۹۹۶) P: ۴۸۹-۴۹۷.