

تشخیص افتراقی نشانگان اسپرگر و در خودماندگی با عملکرد بالا

دکتر پرویز شریفی درآمدی / عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

در سال ۱۹۴۴ دکتر هانس اسپرگر^۱ به عنوان متخصص بیماری‌های کودکان در اتریش برای اولین بار اختلال اسپرگر را تشریح کرد. البته قبل از او، "لثوکاتز"^۲ در طول جنگ جهانی دوم، مقاله‌ای پیرامون این اختلال چاپ نموده بود. در سال ۱۹۸۱ "وینگ"^۳ ضمن توضیح بیشتر درباره ابعاد ناشناخته اسپرگر، وجوه تشابه و تفاوت آن را با اختلال در خودماندگی (اتیسم) بیان کرد. نتیجه مطالعات وینگ در آن زمان برای اولین بار این سؤال را به وجود آورد که "آیا اختلال اسپرگر و در خودماندگی (اتیسم) اختلال‌های مشابهی هستند یا هر یک صورت جداگانه‌ای دارند؟" سؤالی که در سال‌های اخیر به طرح چهره نشانگان اسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا منجر شده است.

در اینجا ابتدا اختلال اسپرگر به طور مختصر و مفید در حد آنچه باید والدین و مربیان بدانند، مطرح می‌شود، سپس تشخیص نشانگان اسپرگر از زمینه‌های وابسته به آن تا جایی که بتواند به اولیا و مربیان کمک نماید، مورد بحث قرار خواهد گرفت. هدف اصلی مقاله این است تا به والدین در شناسایی علت اصلی مشکلات فرزندشان کمک کند و آنها بتوانند بهترین روش درمان را در مورد او به کار ببرند و فرزندشان بهترین بازدهی را در بزرگسالی داشته باشد.

همچنین دادن آگاهی‌های ضروری درباره تشخیص درست نشانگان اسپرگر و طیف اختلال‌های وابسته در آن از دیگر اهداف مقاله است.

اختلال اسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا در حد یک درصد و به صورت جداگانه بین دو تا چهار در هزار در جمعیت سن مدرسه مشاهده می‌شود. نشانگان اسپرگر با معیارهای کلی زیر شناخته می‌شود (DSMIV-R, ۱۹۹۴):

- الف) تخریب شدید و مستمر در تعامل اجتماعی
- ب) ظهور و بروز الگوهای رفتار، علائق، اعمال و فعالیت‌ها به صورت محدود شده و تکراری
- ج) وجود اختلال در حیطه‌های مهم کارکردی در قلمروهای شغلی و روابط اجتماعی
- د) فقدان زبان تأخیری به صورت کلی به نحوی که کودک مبتلا به اسپرگر تا قبل از دو سالگی می‌تواند استفاده از لغات یک سیلابی و تا قبل از سه سالگی نیز به کار

اختلال اسپرگر

در خودماندگی با عملکرد بالا در

حد یک درصد و به صورت

جداگانه بین دو تا چهار در هزار

در جمعیت سن مدرسه مشاهده

می‌شود



گرفتن جملات ارتباطی را شروع کند.

ه) فقدان تأخیر معنی دار در رشد و تحول فرآیند شناختی، مهارت‌های خودیاری، رفتار سازگارانه (به غیر از رفتارهای همسو با تعاملات اجتماعی) و حس کنجکاوانه‌ی کودک نسبت به محیط.

معیارهای فوق هر کدام با چندین نشانه مشخص می‌شود. تخریب کیفی در تعامل و کارکرد اجتماعی به صورت تخریب در رفتارهای غیرکلامی متعدد مانند نگاه چهره به چهره، حالت و حرکت‌های چهره، ادا و اطوارهای بدنی و اشاره‌های اجتماعی که به تعادل در تعامل کمک می‌کند. همچنین فقدان روابط سالم و مناسب با همسالان، عدم تلاش در جهت مشارکت دادن دیگران در موقعیت‌های عاطفی مثبت (شادی) و موفقیت‌های خود و فقدان تعامل اجتماعی-عاطفی متقابل. الگوهای رفتاری محدود شده و تکراری در این دسته از کودکان و نوجوانان غالباً به صورت استفاده از آداب و تشریفات رفتاری ویژه خشک و غیر قابل انعطاف و رفتارهای قالبی مثل پیچ و تاب دادن دست، انگشت و به طور کلی با دادن حرکت‌های پیچیده به بدن خود آشکار می‌شوند. این اختلال اساساً در خود یک ردیف " نشانه‌های جانبی همبود" دارد که به طور کلی با علائم عصب شناختی غیرخاص به صورت تأخیر در نشستن، راه رفتن و ایستادن و به طور کلی با ناموزونی و خام حرکتی مشاهده می‌شود و در مقایسه با اختلال در خودماندگی کودکی دیرتر تشخیص داده شده و شروع می‌شود.

بروز اختلال اسپرگر در هر یک از دوره‌های رشد و تحول با آسیب رساندن به یک حیطه‌ی رفتاری خاص مشخص می‌شود. " برای مثال در دوره‌ی پیش از دبستان با تأخیر و ناهماهنگی حرکتی، در سنین دبستان با ظهور مشکلاتی در تعامل اجتماعی به صورت واکنش‌های

اجتماعی تند، اما عجیب و غریب و اتفاقی و در بزرگسالی با ضعف رفتارهای همدلانه نسبت به دیگران و عدم توانایی تعدیل و تنظیم روابط اجتماعی" آشکار می‌شود (میلر و ازونف^۱، ۲۰۰۰).



اختلال اسپرگر اصولاً از یک الگوی خانوادگی پیروی می‌کند به این معنا که به نظر می‌رسد این اختلال در بین اعضا خانواده‌ی افراد مبتلا به اختلال اسپرگر شایع‌تر بوده و در مقایسه با دخترها بیشتر گریبان گیر پسرها می‌شود (میلر و ازونف^۱، ۲۰۰۰).

تشخیص نشانگان اسپرگر و در خودماندگی با عملکرد بالا

آمار و ارقام دو دهه‌ی گذشته نشان می‌دهد که تعداد کودکانی که دارای عارضه‌ی در خودماندگی هستند، افزایش یافته است. علت این افزایش شاید افزایش آگاهی متخصصان و عموم مردم نسبت به این اختلال و ثبت ارقام بیشتر بوده است. همچنین هر چه بر میزان تشخیص‌ها افزوده شده، دریافت نتایج نادرست نیز بیشتر شده است. برخی مواقع یک ارزیابی درست توسط یک متخصص مشخص می‌کند که ارزیابی دیگر نادرست بوده است. بر طبق تجربه‌ی متخصصان در دهه اخیر، هر کودکی که مشکوک به داشتن عارضه‌ی در خودماندگی بوده و او را برای ارزیابی به

کلینیک‌ها آورده اند، دارای اختلال در خودماندگی بوده است. در سال‌های اخیر به تنهایی، یک چهارم از ارزیابی‌های انجام شده منجر به تشخیص نشانگان اسپرگر و در خودماندگی با عملکرد بالا شده است. تقریباً تمامی کودکان مسایل اخلاقی جدی چندجانبه‌ای داشتند. هرگز موردی وجود نداشت که اختلال نادرست نویسی یا نقص توجه/ بیش‌فعالی به اشتباه، اختلال اسپرگر تشخیص داده شده باشد، اما در مورد یک کودک خاص، تشخیص اختلال مشکل بود. در حین آموزش افراد متخصص به آنها گفته می‌شود تا کمترین تعداد مبتلا به اختلال را اعلام نمایند، یعنی سعی کنند خوب تشخیص داده و از اعلام چند تشخیص مختلف بپرهیزند. "عبارت اختلال‌های رشدی فراگیر" بیانگر این مطلب است که مشکلاتی که شخص با آنها روبه‌رو خواهد شد در طی مراحل مختلف رشد و تحول او به وجود خواهند آمد. اگر یک درمانگر به طور کامل از فرآیند تشخیص عارضه آگاه نباشد، در امر تشخیص در مورد کودکانی که مشکلات زیادی دارند (همچون تأخیر در صحبت کردن، فعالیت زیاد، مشکلات یادگیری و...) دچار مشکل خواهد شد زیرا این کودکان عارضه‌ی "فراگیر" دارند. البته عبارت "اختلال‌های رشدی فراگیر" بیشتر برای اختلال‌های در خودماندگی به کار برده می‌شود نه هر نوع ناتوانی کلی که در آنها دیده می‌شود (اسپرگر، ۱۹۹۱).

علت دیگر اشتباه تشخیص دادن، مشترک بودن برخی نشانه‌ها با نشانه‌های اسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا می‌باشد. "اختلال وسواسی-اجباری" آنهایی هستند که مردم بسیار تلاش دارند تا از دست آنها خلاص شوند. آنها همیشه فکر می‌کنند باید کارها را به روش خاصی انجام دهند و چیزها باید به طور دقیق به همان شکلی باشند که فکر می‌کنند در غیر این صورت ناراحت می‌شوند. برای مثال مهرداد که

یک کودک ۱۲ ساله دارای اعمال وسواسی-اجباری است عادت دارد کارها و عبارت‌هایی را که دوست دارد ۴ بار تکرار کند زیرا به عدد ۴ علاقه مند می‌باشد، اگر او این گونه عمل نکند کاملاً عصبی می‌شود. پس از آنها، وی تنها روشی که برای رها شدن از حالت اضطرابش دارد این است که دستش را به کف زمین بکشد. البته این حالت‌ها می‌توانند مربوط به طیف اختلال‌های در خودماندگی

باشد. حال به عنوان مثالی دیگر پسرک جوانی به نام مهران را در نظر بگیرید که دارای اختلال اسپرگر است و در صورتی که خانواده‌ی وی در ماشین را بسته و کمربندهای ایمنی را در جهت عقربه‌های ساعت محکم نکنند، چیخ می‌کشد. حال اگر شخصی در خانواده‌ی وی خلاف این فرآیند را انجام دهد، او آنها را مجبور می‌کند که پیاده شده و دوباره سوار ماشین شوند، آنها نیز برای جلوگیری از بوجود آمدن حالت‌های شدید در وی این کار را انجام می‌دهند. این حالت‌های مهران شبیه حالت‌های مهرداد برای دیگران معنایی نداشته و عملی نیز به نظر نمی‌رسد. هر دوی این کودکان هنگامی که اوضاع طبق آنچه در ذهنشان است پیش نرود نگرانی شدیدی را تجربه می‌کنند. آنچه تشخیص داده شده است این است که یکی از آنها دارای اختلال اسپرگر و دیگری دارای عارضه‌ی اعمال غیر عادی وسواس اجباری است (اسپرگر، ۱۹۹۱).

تفاوت بین اختلال اسپرگر و اختلال وسواسی-اجباری

پاسخ تا حدی ساده است اگر مهران فقط در مورد درب



ماشین، مشکل داشت اختلال او وسواسی-اجباری بود. اما با توجه به نشانه‌های دیگر وی همچون نگاه نکردن به شخص مقابل، صحبت کردن مداوم راجع به ویروس‌ها و علاقه نشان ندادن به دوستان، وی دارای اختلال اسپرگر می‌باشد. نام اعمال وسواسی-اجباری فقط برای بخشی از حالت‌های مه‌ران می‌باشد. افراد دچار وسواس-اجباری در برقراری ارتباط و مکالمه با دیگران دچار مشکل نمی‌شوند. آنها علاوه بر داشتن حالت‌های غیر عادی خود، رفتارهای غیر عادی کمی از خود نشان می‌دهند. به عنوان مثال در افرادی که عارضه اعمال وسواسی-اجباری دارند، علاقه‌های متمرکز شده‌ی ویژه وجود ندارد (اگر چه این مورد معمولاً اشتباه درک شده

و باعث تشخیص‌های اشتباه می‌شود). آنچه باعث می‌شود بتوان اختلال در خودماندگی را بهتر تشخیص دهیم، نقص در روابط اجتماعی متقابل و سبک ارتباطی غیر عادی است. اگر پس از اینها، نشانه‌های

اسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا، وجود داشتند کودک نشانگان اسپرگر یا در خودماندگی با عملکرد بالا خواهد داشت (لوواس^۷، ۱۹۸۷).

چگونه متخصصان تشخیص می‌دهند که یک کودک علاوه بر نشانگان اسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا، اختلال وسواسی-اجباری را نیز دارد؟ بیشتر کودکان و بزرگسالانی که دارای اختلال وسواسی-اجباری هستند، تشخیص می‌دهند که رفتارشان غیر عادی است و به طور نامحسوس در کارهای آنها دخالت دارد. اکثر افرادی که مبتلا به اعمال وسواسی-اجباری می‌باشند، این حالت‌ها را

مخفی نگاه داشته و حس می‌کنند افراد دیگر از آنها بدشان می‌آید. البته خود آنها نیز از این حالت‌های خود، بدشان می‌آید و دوست دارند این رفتارها را کنار بگذارند. اما آنها با وجود تلاششان نمی‌توانند از این رفتارها دور شوند. در مقابل این نکته افرادی که دارای عوارض اسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا هستند، دید کمتری نسبت به رفتارهای غیر عادی خود داشته، آن رفتارها را غیر عادی ندانسته و تلاش برای بهبود آنها انجام نمی‌دهند. اما همه‌ی کسانی که دارای اعمال وسواسی-اجباری هستند دید خوبی نسبت به عادت‌های غیر عادی‌شان ندارند، به خصوص در مورد کودکان. بنابراین علاقه‌ی یک کودک در این موارد می‌تواند در تشخیص اسپرگر-

بسیاری از کودکان که تشخیص داده شده‌اند دارای اختلال طیف در خودماندگی می‌باشند پس از اینکه سنشان بیشتر شده و دوران پیش دبستانی را گذرانده‌اند، مشخص شده که دارای اختلال " نقص توجه/ پیش‌فعالی" می‌باشند

در خودماندگی با عملکرد بالا به تنهایی یا هر دو "اسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا و وسواسی-اجباری" کمک نماید. با توجه به مطلب ذکر شده اغلب پزشکان معمولاً وجود دو حالت را در فرد تشخیص نمی‌دهند، مگر اینکه علایم کافی در وی وجود داشته و نتوان عارضه‌ی بیماری وی را تنها یکی از دو مورد اعلام نمود.

تعدادی از عارضه‌های دیگر وجود دارند که ممکن است با نشانگان اسپرگر و در خودماندگی با عملکرد بالا تداخل داشته باشند. در واقع عارضه‌ی وسواسی-اجباری تنها موردی نیست که ممکن است به طور کلی یا تا حدی اشتباه تشخیص داده شود. بسیاری از کودکان که تشخیص داده شده‌اند دارای اختلال طیف در خودماندگی می‌باشند پس از اینکه سنشان بیشتر شده و دوران پیش دبستانی را گذرانده‌اند،

**متخصصانی که در حال ارزیابی و
بررسی کودکان دارای نشانگان
آسپرگر-درخودماندگی با عملکرد
بالا هستند، باید دقت لازم در مورد
تشخیص بیماری‌های همراه
(همبود) را به کار برند**

عملکرد بالا هستند، ممکن است تأثیری در آنها نداشته باشد، زیرا این کودکان نظام تقویتی و انگیزه‌ای متفاوتی نسبت به کودکان عادی دارند. او ممکن است به واسطه‌ی صداهای دیگر دچار پریشانی شود (همچنین توسط دیگر عواملی که بر کودکان دارای نقص توجه / بیش‌فعالی دارند)، اما کودکی که دارای نشانگان آسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا است، توسط دنیای خود و علایق و افکار خودش پریشان می‌شود.

بنابراین یکی از دلایلی که کودکان دارای اختلال آسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا در ابتدا، به عنوان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی تشخیص داده می‌شدند، وجود نشانه‌های مشترک در این دو اختلال می‌باشد. دلیل دیگر این است که نقص توجه / بیش‌فعالی در مقایسه با

مشخص شده که دارای اختلال "نقص توجه / بیش‌فعالی"^۸ می‌باشند. با توجه به این نامگذاری باید گفت، در این کودکان مشکل در توجه نمودن و همچنین کنترل فعالیت و رفتارشان می‌باشد. کودکی که عارضه‌ی نقص توجه / بیش‌فعالی داشته باشد، ممکن است اصلاً به صحبت‌هایی که با او می‌شود گوش ندهد یا از دستورها پیروی نکند، ممکن است از کارهایی که خسته‌کننده بوده یا نیاز به فعالیت شدید دارند، کنار بکشد، ممکن است از مسیر خود به راحتی خارج شود، هنگامی لازم است بر صندلی خود بنشیند آن را ترک نماید، نتواند منتظر نوبتش بماند، مزاحم دیگران شود و بسیار صحبت نماید. شباهت‌های اختلال‌های درخودماندگی، معمولاً به سرعت آشکار می‌شوند. بسیاری از کودکانی که آسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا دارند این حالت‌ها را نشان می‌دهند، اما در مورد آنهایی که نقص توجه / بیش‌فعالی دارند این گونه نمی‌باشد (ازونف و همکاران^۹، ۲۰۰۲).

کودکی که دارای نشانگان آسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا است ممکن است به دستورات گوش نداده و آنها را رعایت نکند و این موارد به علت ضعف او در تحلیل کردن از لحاظ زبانی و کمبود اجتماعی است. او صدای انسان‌ها را درک نکرده و در نتیجه از آنها پیروی نمی‌کند. به طور مشابه او ممکن است مزاحم دیگران شود، در گرفتن نوبت خود دچار مشکل باشد و چون نمی‌تواند موقعیت‌های اجتماعی را به خوبی درک کند و رفتارهای مناسب را تشخیص دهد، زیاد حرف می‌زند. او ممکن است تکالیف مدرسه خود را انجام ندهد یا سرچایش ننشیند، نه به این علت که این کارها مشکلند، بلکه به این خاطر که علاقه‌ای به آنها ندارد. تحسین دبیران یا والدین و یا دوستان بزرگتر، کودکانی که دارای نشانگان آسپرگر-درخودماندگی با



جدول ۱. تشخیص‌های قبلی ممکن - تشخیص‌های غیر کامل، یا اشتباه (آسپرگر، ۱۹۹۱)

تشخیص	موارد مربوطه
نقص توجه / بیش‌فعالی	- توجه نکردن - فعالیت زیاد - پراکنجی‌اشته شدن
نقص در شنوایی / ناشنوا بودن	- کم شدن یا از دست دادن قدرت شنوایی فرکانس‌های (پسامدهای) مختلف
ناخوانی یا کم‌خوانی در یادگیری	- وجود مشکل در خواندن، املا، کلمات، ریاضیات، زبان نوشتاری که با سن و آموزش و سطح هوش شخصی همخوانی ندارد.
عقب‌ماندگی ذهنی	- ضریب هوشی زیر ۷۰ - ناتوانی در انجام مستقل فعالیت‌های روزمره (به عنوان مثال، خوردن، لباس پوشیدن، به دستشویی رفتن، ارتباط برقرار کردن، کار کردن، بازی کردن) با توجه به سن شخص
ناخوانی یا کم‌خوانی در یادگیری غیر کلامی	- مهارت‌های ریاضی (عددی) به میزان زیادی کمتر از DIQ باشند. - IQ غیر کلامی به میزان زیادی زیر IQ کلامی می‌باشد. - در فرآیندهای تجسمی مشکل وجود دارد (پازل‌ها و نقشه‌ها). - دست خط بد - مهارت‌های حرکتی ظریف وجود دارد، حرکت‌های بزرگ (زمخت) دیده می‌شود.
اختلال‌های وسواسی-اجباری	- افکار، اعمال و تشریفات ثابت و تکراری - ناراحت شدن در صورت انجام نشدن کارها
داشتن رفتار مخالف (تضاد ورزی)	- مخالف بودن، متفرق بودن و داشتن رفتار واکنشی در مقابل افرادی که به وی دستور می‌دهند.
داشتن رفتارهای واکنشی	- روابط اجتماعی باعث ایجاد مزاحمت در او می‌شود. - صرف نظر کردن یا بد به کار بردن زیاد
داشتن شخصیت جنون‌آمیز و گوشه‌گیر	- علاقه کمی به روابط اجتماعی داشتن - عکس‌العمل‌های غیر عاطفی یا با عاطفه بسیار کم نشان دادن
مشکل شبزوفرنی یا روان‌گسیختگی	- عقاید خشک و واهی (توهم) - هذیان - رفتار و کلام غیر سازماندهی شده و نامنظم
دوگانگی انتخابی (مانند خموشی کلامی)	- صحبت نکردن در برخی مکان‌ها (به عنوان مثال مدرسه) و صحبت نمودن در برخی مکان‌های دیگر (مثلاً در منزل)
عارضه‌ی نگرانی اجتماعی (هراس اجتماعی)	- به کار نبردن تلفظ صحیح، کلمات یا دستور زبان با توجه به سن وی تا (به عنوان مثال کلمات جمع و...)، استفاده از عبارت‌های کوتاه‌تر یا ساده‌تر - مشکل داشتن در فهمیدن زبان و تحلیل کردن دستورهای کلامی
عارضه‌ی "تورت"	- وجود تیک‌ها در فرد (ناگهانی، سریع، جنبش‌های تکراری یا صداها)

حالات‌های دیگر همچون علایق درونی و رفتارهای زشت اجتماعی و در نتیجه متخصصان بیشتر نقص توجه / بیش‌فعالی را در نظر دارند (برایان و گاست، ۲۰۰۰).
اما مشابه کودکی که فقط اعمال وسواسی-اجباری دارد، کودکی که تنها دارای عارضه‌ی نقص توجه / بیش‌فعالی است از مشکلاتی همچون نگاه کردن مستقیم، مکالمه،

نشانیگان آسپرگر-در خودماندگی با عملکرد بالا بیشتر توسط متخصصان شناخته شده است. نکته‌ی دیگر در این زمینه این است که رفتارهای افراد مبتلا به نقص توجه / بیش‌فعالی بیشتر به صورت مزاحمت برای، معلمان و اطرافیان مشاهده می‌شود (رفتارهایی همچون به اندازه کافی ننشستن، منتظر نماندن برای نوبت و پیروی نکردن از دستورها) تا



جدول ۲. ناراحتی‌های دیگری که معمولاً با نشانگان اسپرگر در خودماندگی با عملکرد بالا می‌توانند در فرد باشند (آسپرگر، ۱۹۹۱).

موارد مربوطه	تفصیل
-نگرانی زیاد -اجتناب از موقعیت‌ها و وسایل مشخصی به علت ترس از آنها	حالت‌های نگرانی
-توجه نکردن -فعالیت زیاد -برانگیخته شدن	نقص توجه/ بیش‌فعالی
-ناراحتی و دل‌تنگی -از دست دادن علاقه در فعالیت‌های خوشایند قبلی -تغییر در وضعیت خوردن و خوابیدن -خستگی و از دادن انرژی -احساس بی‌ارزشی و ناامیدی -افکار یا رفتار خودکشی	ناامیدی
-تیک‌ها (ناگهانی، سریع، حرکت‌ها یا صداهای مداوم)	نشانگان تورت

زندگی، در سنین بزرگسالی شخص آرایه خواهند کرد. تشخیص درست بسیار مهم می‌باشد، زیرا با توجه به مطالب گفته شده باعث می‌شود از بهترین منابع و روش‌ها برای درمان کودک استفاده شود، در غیر این صورت ممکن است اثرهای ناگواری به دلیل روش‌های نادرست بر کودک به جای گذاشته شود (مثلاً استفاده از داروهایی که اثرات جانبی داشته و به اشتباه برای کودک تجویز شده‌اند).

آیا ممکن است کودک علاوه بر نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا داشته باشد؟

اگر چه سعی می‌شود در تشخیص‌ها به سادگی عمل شود اما این امکان وجود دارد که کودکی به تنهایی دارای نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا نباشد. شناسایی شرایط روان‌پزشکی چندگانه که ما آنها را *

اختلال‌های همراه یا همبود می‌نامیم بسیار مهم است، زیرا در غیر این صورت عوارض پنهان ممکن است بعدها در عملکرد کودک تأثیر زیادی داشته باشند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا را داشته و با شرایط جدول ۲ همخوانی دارند بیشتر در معرض داشتن سایر اختلال‌های همبود می‌باشند.

دامنه‌های علایق و تصوراتی را که کودک دارای اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا از نقص توجه/ بیش‌فعالی به کار گرفته شود، همین‌طور در مورد نشانه‌های دیگری که در جدول ۱ آمده‌اند و بدین ترتیب سایر تشخیص‌های مشکوک کنار گذاشته شوند. اگر کودک دارای مشکلات شخصیتی حالت اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا باشد، وی دارای اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا می‌باشد. تنها در صورتی چند تشخیص دیگر بیماری در مورد فرد اعلام می‌شود که نشانه‌های موجود در وی تنها با نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا قابل توجیه نباشند. از این رو در جدول ۱، برخی شرایطی که با نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا ممکن است اشتباه گرفته شوند، نشان داده شده است.

اشتباه تشخیص دادن، می‌تواند نتایج ناگواری داشته باشد. شما باید علت اصلی مشکلات فرزندتان را بدانید تا بهترین روش را در مورد او به کار برید، ولی تشخیص درست بیماری نیز مهم است. روش‌های درمانی مشخص برای افرادی که دارای اختلال اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا می‌باشند در نظر گرفته شده و این روش‌ها بازده را در

در مطالعه‌ای که توسط " ژانت لین هارت"^{۱۱} (۲۰۰۲)، روان‌پزشک کودک در دانشگاه " یوتا" انجام شد، مشخص گردید نزدیک به نیمی از بزرگسالان مورد مطالعه که دارای اختلال‌های درخودماندگی بودند، بیماری‌های همبود دیگری نیز داشتند (گراندین^{۱۲}، ۱۹۹۰). در مورد تعداد این حالت‌ها در کودکان پژوهش‌هایی انجام نشده است، اما در مورد آنها نیز به نظر می‌رسد، این‌گونه باشد.

متخصصانی که در حال ارزیابی و بررسی کودکان دارای نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا هستند، باید دقت لازم در مورد تشخیص بیماری‌های همراه (همبود) را به کار برند. البته خود کودکان در تشخیص بیماری‌های همراه (همبود) نمی‌توانند زیاد کمکی به متخصصان بنمایند (بارون-کوهن^{۱۳}، ۲۰۰۰) زیرا آگاهی آنها از خودشان محدود است، دید کافی نسبت به احساس‌های خودشان ندارند، به سختی می‌توانند حالت‌های روانی خود و دیگران را بررسی نمایند و توانایی محدودی در صحبت راجع به مقوله‌های این‌چنینی دارند. در اینجا است که متخصصان، معلمان و والدین که با کودک سر و کار دارند وارد عمل شده و به تشخیص بیماری‌های همبود کمک نمایند. این وظیفه‌ی والدین و معلمان است که هر گونه تغییر در رفتار و افکار فرزند/ دانش‌آموز را به متخصص گزارش دهند تا در تشخیص بیماری‌های همراه به وی کمک کرده باشند.

اختلال درخودماندگی معمولاً نشانه‌های بدی ندارد اما اگر شما متوجه شدید کودک شادتان تغییر رفتار داده، خشن شده و یا علائم دیگری در چند هفته متوالی در وی دیده می‌شود با مراجعه به یک روان‌پزشک در مورد وجود نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا به عنوان عصبانیت یا ناامیدی وی بررسی کنید. به طور مشابه اگر رفتار او یک دفعه نسبت به دیگران خشن شده یا به خودش آسیب می‌رساند او را پیش

یک پزشک یا متخصص ببرید. در پایان اگر مشاهده کردید فرزند شما نسبت به درمان‌های انجام شده آن‌طور که شما و پزشک وی انتظار دارید عکس‌العمل نشان نمی‌دهد در مورد وجود عارضه دیگری علاوه بر نشانگان اسپرگر-درخودماندگی با عملکرد بالا تحقیق نمایید. شاید همیشه باید در همان ارزیابی‌های اولیه اگر حس می‌کنید رفتار فرزند/ دانش‌آموز شما با نشانه‌های یک اختلال اسپرگر-درخودماندگی متداول همخوانی ندارد، لازم باشد نسبت به ارزیابی اختلال‌های همراه دیگر اقدام نمایید (گرای^{۱۴}، ۱۹۹۸).

زیر نویس‌ها:

1. Asperger
2. Dr. Kaner
3. Wing
4. Miler , G.N& Ozonoff.S
5. Pervasive developmental disorder
6. Obsessive- compulsive disorder
7. Lovaas , O.I
8. Attention - deficit hyperactivity disorder
9. Ozonoff, s . Dawson , G& mepartland, j
10. Brayan, L.S& Gast. D. L
11. Line, H
12. Grandin, T
13. Baron - Baohen, S
14. Gray, S.A

منابع:

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (4 th ed) Washington, DC: Author.
- Asperger, H. (1991). " Autistic Psychopaty " : in childhood. In u. frith (Ed). Autism and Asperger Syndrome (PP. 37-92). New York: Cambridge university press.
- Cohen, S (2000) is Asperger Syndrome high functioning autism necessarily a disability? Development and psychopathology 12, 480-500. New York: combrdge university press.
- Bryan, L. C.& Gast. D. L (2000). Teaching on-task and on-schedule behaviors to high-functioning children with autism via picture activity schedules, Journal of Autism and Developmental Disorders, 30 , 553-567.
- Grandin, T (1990). Nedds of high Functioning teenagers and adults with autism (tips from a recoved autistic) focus on Autistic Behavior 5. 1-15.
- Gray. C. A. (1998). Socail Storeis and Comic strip conversations with students with Asperger syndrome and high-function autism. In schopler, G. B Mesibor,& L. kunce (Eds). Asperger syndrome or high-functioning autism? (PP. 167-198).
- Lovaas. O. L (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical psychology. 35. 3-9.
- Miller, J. N Ozonoff, S (2000). The external Validity of Asperger disorder lack of evidence from the domain of neuropsychology journal of Abnormal psychology 109-227-238.
- Ozonoff, SDawson, G& Mcpartland , Y (2002) A parents syndrome& High-functioning Autism, New York NY 10012.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی