

# اوتیسم خردسالی (۱)

(به کار بردن «شما» به جای «من»)، فعالیت‌های بازیچه‌ای تکراری و قالبی، خواهان حفظ یکسانی در محیط به‌طور مصرانه، فاقد تخیل و لی دارای حافظه فوری قوی، ظاهر بدنی طبیعی، و ظهور فابهنجاریایی در خردسالی. به دنبال گزارش مقدماتی کانر، دیگران کودکان دارای چنین خصوصیتی را مورد مطالعه قرار دادند (باکونین ۱۹۴۵، بوش (۴) ۱۹۵۳ - ۱۹۷۰، زپرت (۵) ۱۹۵۱، وان کرولن (۶) ۱۹۵۲). علاوه بر آن چندین گزارش مقدماتیتر درباره کودکان اوتیستیک، با وجودی که این سندرم هنوز مشخص نگردیده بود، در دست بود. از جمله می‌توان کارهای دار (۷) ووردن (۸) ۱۹۵۱، هازل (۹) ۱۸۰۹، ایثار (۹) ۱۸۰۱، ۱۹۶۴، والانت (۱۰) ۱۹۶۲، نام برد. روشن است که این سندرم زمان‌های طولانی قبل از آنکه به‌عنوان یک بیماری تشخیص داده شود رتصین یابد وجود داشته است.

آزمایشی که کانر سیمای اصلی اوتیسم را تریخ کرد، در نشانه‌های بیماری که دقیقاً برای تشخیص اوتیسم لازم است بسیار بحث شده است (برای بررسی دقیق‌تر تاریخچه اوتیسم، خواننده می‌تواند به آثار ریتر (۱۱) و فریمن (۱۲) ۱۹۷۸، روتن ۱۹۶۶ و ۱۹۶۸ و ۱۹۷۱ و ۱۹۷۷، روتن، بارفک و نیومن (۱۳) ۱۹۷۱، وینگ (۱۴) ۱۹۷۶ مراجعه کند). کانر معتقد بود که دو نشانه بیماری برای تشخیص اوتیسم ضرور است که عبارتند از

اوتیسم خردسالی نوع نادری از بیمار-یهای روانی در کودکان است. معذک وقتی که در کودکی رخ می‌نماید تأثیر جدی و عمیقی بر کودک، خانواده، مدرسه، جامعه و اجتماع می‌گذارد. اختلالات کم‌اند که مانند سندرم اوتیسم، منهدم کننده و سحر آمیز و منحصر به فرد باشند. آنچه در زیر می‌آید بخشی است درباره اوتیسم، نشانه‌های بیماری، تشخیص، شیوع و سبب‌شناسی آن.

## تاریخچه تشخیص

اوتیسم برای اولین بار در سال ۱۹۴۳ با توصیف ریتر کیپای رفتاری ۱۱ کودک شناخته و معین شد که دکتر لوکانر احساس کرده بود از لحاظ کیفی با سایر کودکانی که دارای اختلالات روانی‌اند تفاوت دارند. توصیف آشکار و مفصل ری از اینگونه کودکان در گزارش مقدماتی او در ۱۹۴۳ به‌عنوان نیروی محرکه‌ای برای مطالعه اوتیسم اوایل خردسالی به‌شمار می‌رود. این مطالعه همواره بحث‌انگیز بوده است، بویژه از لحاظ تشخیص و سبب‌شناسی.

کانر چندین خصیصه رفتاری معین را به‌عنوان خصوصیتی که در ۱۱ کودک مبتلا به اوتیسم ملاحظه و مشخص کرده بود، تریخ کرد. این خصیصه‌ها عبارت بودند از ناتوانی در ظهور ارتباط با مردم (تنهایی فوق‌العاده)، (۲) تأخیر در فراگیری تکلم، حالت بی‌ارتباطی تکلم در صورت ظهور، تکرار بی‌معنی و طوطی وار لغات و گفته‌ها (۳) معکوس سازی ضمیر

- |                       |                      |                  |
|-----------------------|----------------------|------------------|
| 1. In fanfile Autism. | 2. Extrme aloneness. | 3. Echolalia.    |
| 4. Bosch              | 5. Despert.          | 6. Van Krevelen. |
| 7. Darr.              |                      |                  |
| 8. Worden.            | 9. Itard.            | 10. Valliant.    |
| 11. Ritvo.            |                      |                  |
| 12. Free man.         | 13. New man          | 14. J.K. Wing.   |

دنیایی فوق‌العاده» و «اشتغال ذهنی نسبت به حفظ یکسانی» (۱۵) «یزنبرگ و کانر (۱۹۵۶) البته دیگران بعداً معتقد شدند که تأکید بر این دو نشانه بیماری، اهمیت سایر نشانه‌های بیماری را می‌پوشاند روتر (۱۹۷۸) در بررسی خود راجع به تشخیص اوتیسم، این نکته مهم را خاطر نشان می‌سازد که آنچه ضرور است عبارت است از تعیین نشانه‌های بیماری که مخصوص کودکان اوتیستیک است و در بین همه آنها یافت می‌شود. روتر (۱۹۶۶) و روتر و لاکین (۱۶) (۱۹۷۶) در برنامه‌ای تحقیقی راجع به نشانه‌های بیماری گزارش می‌دهند که سه گروه نشانه وسیع در تمام (یا تقریباً تمام) کودکانی که اوتیستیک داده شده‌اند پس‌گوز خردسالی تشخیص داده شده‌اند وجود دارد که در بین کودکانی که سایر اختلالات روان‌نژشکی را دارند کمتر متداول است. این نشانه‌ها عبارت از: ۱. تصور کلی و عمیق در توسعه روابط اجتماعی؛ ۲. تأخیر در آکساب زبان توأم با ادراک آسیب دیده، تکرار بی‌معنا و طوطی‌وار کلمات و معکوس سازی ضمیر؛ ۳. رفتارهای آیینی (۱۷) و سواسمی که کافر آن‌را به‌عنوان «حفظ یکسانی» توصیف کرده است.

چنانکه ناپلر (۱۸) (۱۹۷۸) خاطر نشان می‌سازد، نشانه شاسی دقیقی که برای تشخیص اوتیسم لازم است به‌هدف بستگی دارد که تشخیص بدن منظور صورت می‌گیرد. روان‌شناسان، آمیپ‌شناسان تکلم، محققان، متخصصان تعلیم و تربیت و کسان دیگر ممکن است هر کدام روی جنبه‌های متفاوتی از این اختلال تکیه کنند و حدین ترتیب بر رفتارهای معینی تأکید ورزند. در واقع از نقطه نظر عملی می‌توان اوتیسم را بر حسب رفتارهای خاص و جنبه‌های تحقیقی و کوششهای بالینی که برای فهم و درمان اینگونه رفتارها لازم است مورد بحث و بررسی قرار داد (شریپمن و

کوجل ۱۹۸۱).

با وجودی که بحث درباره تعیین ترکیب «راقمی» نشانه‌های بیماری می‌تواند مدت‌ها ادامه داشته باشد، مع ذلك می‌توان نشانه‌هایی را که متخصصان حرفه‌ای با مطالعات خود بیان کرده‌اند نشانه‌های بسیار متداول در بین کودکان مبتلا به اوتیسم را شامل می‌شود مورد توجه قرار داد.

خصیصه‌های رفتاری اوتیسم - نارمایی‌های رفتار اجتماعی

یک خصیصه کودکان اوتیستیک که همه بر آن تأکید کرده‌اند عبارت است از نارمایی‌های عمیق و وسیع در وابستگی اجتماعی و رفتارهایی که توسط این کودکان ابراز می‌شود. ماهیت این تأثیرناپذیری اجتماعی را بارتاک، روتر و کوکس (۱۹۷۵) چرچیل و بریسن (۱۹) (۱۹۷۲) هات (۲۰) و ویزی (۲۱) (۱۹۶۶) ساروسکی (۲۲)، اردنیتز، یراون و زیتو (۲۳) (۱۹۶۸)، وینگ (۲۴) (۱۹۶۹)، ولف و چس (۲۵) (۱۹۶۴)، مورد تحقیق قرار داده‌اند و چند الگوی متعاین رفتاری، مشخص کرده‌اند (روتر ۱۹۷۸). یکی از این الگوها فقدان وابستگی به دیگران و قصور در هبستگی با والدین است. مثلاً چنین به‌نظر می‌رسد که این کودکان «نیاز» به والدین خرد ندارند. آنان هر چند خردسال‌اند اما بر خلاف کودکان عادی برای جلب توجه گریه نمی‌کنند رثمی خواهند در آغوش گرفته و بوسیده شوند. ممکن است آنان در رویکردانی از دیگران پافشاری کنند و انتظار آن را که دیگران آنان را بلند و بفل کنند نداشته باشند.

«کودکانی خویبه زیرا از اینکه تنها رانی‌اند و به‌ندرت خواهان تماس اجتماعی‌اند. بعدها نیز بیشتر ترجیح می‌دهند منزوی باشند و در خودشان فرو روند آنان همواره

15. Preservation of Sameness.

17. Ritualistic.

20. Hutt.

24. Chess.

18. Schopler.

21. Vaizey.

22. Scrosky.

16. Lockyer.

19. Bryson.

23. Ritvo.

نسبت به رفت ربرگت‌های والدین خود می‌توجهاند و قریب آسیب می‌بینند. والدینشان را برای تسکین و راحتی جستجو نمی‌کنند و با رضایت خاطر ابراز محبت نمی‌کنند. کوتاه سخن آنکه این کودکان کمترین نسبت به محیط اجتماعی خود درگیری عاطفی را نشان می‌دهند.

این قصور در توسعه وابستگی و رفتار اجتماعی در ضعف تماس با همسالان و شرکت در بازی با آنان نیز نمایان است (روتر ۱۹۷۸). اگر کودک اوتیستیک در موقعیت فضایی قرار گیرد که در آن کودکان همسن وی با هم بازی می‌کنند، از آنجا می‌گریزد. می‌توان گفت که اکثر کودکان اوتیستیک نقش‌پذیری اجتماعی را بدان صورت که لازمه تأثیر و تأثر مناسب نسبت همسالان است، نشان نمی‌دهند (وارنی، لواس، و اوزن (۲۵) ۱۹۷۹). از حالت‌های جالب کودک اوتیستیک در محیط اجتماعی این است که تماس عاطفی واقعی ممکن است برای سایر مقاصد تماس اجتماعی برقرار سازند. مثلا همواره گزارش شده است که رابطه و توجه کودکان اوتیستیک به اشخاص بیشتر به صورت دشمنانه است تا بصورت شخص (ریملند ۱۹۶۴). ممکن است يك کودک اوتیستیک روی دامن مادر خود بایستد تا دستش به‌نشیء بر پا برسد ولی هنگام انجام این کار هرگز به صورت او نگاه نمی‌کند. ساده‌تر بگوییم او را مادر به عنوان نردبان استفاده می‌کند. همچنین کودک ممکن است برای به‌صورت آوردن چیزهایی که می‌خواهد دست، بازو یا لباس اشخاص را به کار گیرد، اما هیچگاه خود آنان را نگاه نکند. این فقدان تماس چشم با چشم اجتماعی را بسیاری خصیعت دیگر اوتیسم دانسته‌اند (ریملند ۱۹۶۴).

این فارسی‌بهای اجتماعی عمیق را می‌توان در کودکان مبتلا به اوتیسم نیز که قادر به حفظ خود در جماع‌اند، (مثلا در مدارس با کودکان دیگر) نیز بررسی کرد. چه‌بسا این کودکان در مواردی علمی

شایستگی نشان‌دهند و در موقعیت‌های اجتماعی عدم شایستگی‌شان برجسته باشد. آنگاه به طرز معمول نسبت به اشاره‌های ظریف اجتماعی می‌توجه‌اند و ممکن است چیزهایی انجام‌دهند یا بگویند که از نظر اجتماعی نامناسب است، بی‌اینکه متوجه نامناسب بودن رفتار خود باشند. (روترن ۱۹۷۸).

### تکلم و زبان

نخستین چیزی که همواره سه‌ویزن والدین را سبب می‌شود دیر حرف‌زدن کودکان است. کار (۱۹۴۳) این تأخیر یا قصور در اکتساب زبان را به عنوان موضوع مهم اساسی در اوتیسم مورد توجه قرار داده است. در حدود ۵۰ درصد از کودکان اوتیستیک هرگز کلمات تکلمی را ظاهر نمی‌سازند (روتر ۱۹۷۸). آن دسته از کودکان مبتلا به اوتیسم که صحبت می‌کنند الگوهای ویژه تکلم طبیعی را ظاهر نمی‌سازند، به طوری که صحبت کردنشان از لحاظ کیفی هم با تکلم کودکان طبیعی تفاوت دارد و هم با تکلم کودکانی که سایر اختلالات تکلمی را دارا هستند (ارتانک و دیگران ۱۹۷۵، زیگورینگ ۱۹۷۵، روتر ۱۹۷۸ و وینگ ۱۹۷۶).

تکرار بی‌معنی و طولیوار لغات و گفته‌ها، در کودکان اوتیستیک رواج بسیار دارد. این تکرار که معمولا یا بلافاصله پس از شنیدن لغات و گفته‌ها صورت می‌گیرد یا بابت تأخیر زمانی، برای مقصودهای ارتباطی نیست (فای (۲) ۱۹۶۹، کار (۳)، شریب من ولوس (۱۹۷۵). در تکرار «بلافاصله» کلمات، کودک آنچه را که گفته‌شده بدون تأمل و طولیوار تکرار می‌کند. اگر سؤال شود که «نام تویجست»، کودک همین جمله «نام تویجست» را تکرار می‌کند. در تکرار با تأخیر کلمات، کودک بعضی محرک‌های کلامی را که قبلا شنیده است تکرار می‌کند ولی از آنجا که موقعیت معمولا با موقعیتی که محرک‌های اصلی وجود داشته است متفاوت است، صحبت کودک با

زمینه موقعیت بی ارتباط است (کار و دیگران ۱۹۷۵). مثلا کودکی اوتیستیک ممکن است ناگهان پشت میز نهارخوری شروع به تکرار دستورالشی کند که ساعتها ویا حتی روزها پیش مملش داده است.

گاهی نیز پاسخ و تکرار با تاخیر کلمات آنچنان از محرک اصلی خود دور شده اند که صحبت کودک کاملا عجیب و غریب به نظر می رسد. برای نمونه کودک اوتیستیکی که ناگهان یا سگی بزرگ روپور شده بود به مسک نگاه کرد و فریاد کشید که «این یک لیوان کاغذی نیست». آشکار است که در واقع هیچ ارتباطی بین محرک اصلی و وضعیت فعلی وجود ندارد.

تکرار بی معنای کلمات غیرفصیح خاص به کودکان اوتیستیک ندارد. در رشد طبیعی زبان مرحله ای از تکرار طوطیوار کلمات وجود دارد که در سه ماهگی به اوج خود می رسد (وان ریپر (۲۶) ۱۹۶۳، زیپف (۲۷) ۱۹۶۹). اما اگر کودک بعد از ۳ یا ۴ سالگی به این حالت دچار شود باید به عنوان بیمار مورد توجه قرار گیرد (دارلی ۱۹۶۱، فای ۱۹۶۷، زیپس و ریپس ۱۹۷۵). عواملی که سبب تکرار با تاخیر کلمات می شوند هنوز شناخته نشده است، اما شواهدی در دست است مبنی بر اینکه تکرار بلافاصله کلمات مربوط به ناتوانایی درک و فهم محرک های کلامی است (کار و دیگران ۱۹۷۵، شریپمن و کار ۱۹۷۸). بدین معنی که اگر از کودک اوتیستیک پرسشی شود که او برای آن پاسخی دارد (مثال «نام تو چیست») کودک اسم خود را خواهد گفت، اما اگر پاسخی برای پرسشی نداشته باشد (مثال «دوئیس چمپور کیست») به احتمال زیاد تمام یا قسمتی از جمله را تکرار خواهد کرد.

خصوصیت دیگری که آن نیز احتمالاً به تکرار بی معنای کلمات مربوط می شود عبارت است از ممکنس سازی. ضمیر اکثر کودکان اوتیستیک که حرف می زنند این کار

را می کنند (برتاگ و روتر ۱۹۷۱، ریپس و ریپس ۱۹۷۵، ریچلند ۱۹۶۴، روتر ۱۹۷۸). به طور معمول کودک برای برگرداندن ضمیر به خودش از ضمیر «شما» یا نام خویش استفاده می کند. مثلا کودکی اوتیستیک که تا آن اندازه پیشرفته باشد که بتواند تا حدودی ارتباط کلامی برقرار کند، ممکن است در تکرار بی معنای کلمات از مادر خود سؤال کند که «یک لیوان شیر می خواهی؟» یا «چای، به لیوان شیر می خواهی؟» این تکرار دلالت بر آن دارد که او خودش شیر می خواهد.

زبان و تکلم کودکان اوتیستیک از سایر جنبه ها نیز غیر طبیعی است. درک و فهم آنان ممکن است آسیب جدی دیده باشد (ریپس و ریپس ۱۹۷۵) آنان وقتی صحبت می کنند اغلب برای مقاصد ارتباطی نیست. ممکن است صحبت کردیشان برای مقصود خود تحریکی (۲۸) باشد (لواس، وارنی، کوچل و لرش ۱۹۷۷) چنین به نظر می رسد که این امر فقط برای آماده ساختن کودک برای پس خورد (۲۹) حس عمل می کند. استفاده این کودکان از تکلم برای معاوره بسیار محدود است در واقع آنان مشکل زیادی برای صحبت کردن درباره اوضاع و یا حوادث بیواسطه بیرونی دارند (روتر ۱۹۷۸) بنابراین به تجارب گذشته بر نمی گردند و حوادث آینده را پیش بینی نمی کنند. حتی کودکان اوتیستیکی که کثرت تکلمی آنان در سطح بالایی است و تا حدودی از آنچه در اطرافشان می گذرد آگاهی دارند، ضعیفی واقعی در هیجان و تخیل و انتزاع و تصور و ابتکار نشان می دهند. مثلا مردی ۲۲ ساله مبتلا به اوتیسم مکررا در باره آسانسورها و پلها صحبت می کرد. وقتی از او پرسیده می شد که درباره فلان وضعیت چه احساسی دارد، همواره جواب می داد که «خوب است» یا «من نمی دانم» از پسریچه دیگری که دوازده ساله بود وقتی سوال شد که از کدام برنامه تلویزیونی لذت می برد، به جای دادن پاسخی مناسب مانند

26. Van Riper. 27. Zopf.

28. Self - Stimulative. 29. Feed Back.

اینکه «برنامه‌های کسبی»، نسمتی از جمله من خویشختی را دوست دارم (۳۰) را نکرده می‌کرد.

نابینچاریهایی در پاسخ دادن به محیط فیزیکی کودکان اوتیستیک خصوصیات ویژه دیگری دارند که عبارت است از پاسخهای نابینچار به محرکهای حسی (ریتمو رفتی من ۱۹۷۸، وینگ ۱۹۷۶). به‌طور معمول، این خصیصه به‌صورت واکنش کم یا بیش از اندازه نسبت به حوادث حسی مختلف یا حتی نسبت به حوادث یکسان بروز می‌کند. همچنین توفیقش می‌رود، بسیاری از کودکان اوتیستیک سوابقی مشکوک (ولی تأیید نشده) از گری یا گوری دارند و ممکن است نسبت به صداهای بلند، صدای مربوط به اسه خودشان یا محرکهای تکان‌دهنده و قترسناک تأثیر ناپذیر باشند. همچنین امکان دارد به‌طرحهای بصری برجست در محیط از قبیل رفت‌وآمد افراد، نزدیک شدن ماشینها و از این قبیل، توجهی نشان ندهند. با این وصف چه‌پیدا که این عدم تحریک‌پذیری از لحاظ ماهیت بسیار متغیر باشد (لورس و شریبمن و کوچلو و هم ۱۹۷۱).

کودکی که نسبت به اسم خورد عکس‌العمل نشان می‌دهد و نه به صداهای بلند، ممکن است خترخش کاغذ دور آب‌نبات را بشنود یا هنگام ریزیدن روزنامه گوشهای خود را بگیرد و فریاد بزند. همچنین کودکی نیز که آنچنان رفتار می‌کند که گویی کور است ممکن است تکه‌های شیرینی را در فاصله چندمتری تشخیص دهد یا مجذوب تکه‌پارچه‌های بر روی زمین شود. گاه این تأثیر پذیری تغییرپذیر است، به‌عنوان «نقص حسی آشکار (۳۱)» که دلالت بر نقص حسی گیرندگان در سطح محرکهای ارائه شده از قبیل گری دارد به محیط نسبت داده شده است (لراس و دیگران، ۱۹۷۱)

این تأثیرپذیری نابینچار در سایر

اختلالات حسی نیز وجود دارد. در اختلالات مربوط به یلواپی ممکن است حسیت کودکان نسبت به لامسه، درد یا حرارت بیشتر یا کمتر از حس طبیعی باشد (ریتمو رفتی من ۱۹۷۸). در زمینه کششهای بصری نیز ممکن است کودکان حسیت بیشتر و یا کمتر از معمول داشته باشند و مجذوب اشیاء ریز و نوک‌تیز شوند علاوه بر آن حسیت آنان نسبت به محرکهای ذائقه هم همواره غیر طبیعی است و ممکن است اشیاء غیر خوردنی را لیس زند و به‌دهان ببرند، اشیائی را به بینی ببرند، غذاهای معینی را بخورند و نسبت به ترکیب غذاهای مختلف بسیار حساس باشند (ریتمو رفتی من ۱۹۷۸).

در گوشش برای شناخت حساسیت محیطی و مسابلی که کودکان اوتیستیک در آسوختن رفتارهای جدید دارند، محققین پارامترهای این حساسیت را مورد مطالعه قرار داده‌اند. مطالعات متعدد (کوچلو و ویلبلم ۱۹۷۳، لواس و دیگران، نیمه اول ۱۹۷۱، لواس و شریبمن ۱۹۷۱، رینولزون و نیوسام و لواس ۱۹۷۴ شریبمن و لواس ۱۹۷۳) نشان داده است که کودکان اوتیستیک به‌طور معمول فقط به یک‌سج، از یک اطلاع حسی ارائه‌شده پاسخ می‌دهند. این محققین پدیده مزبور را «انتخاب بیش‌از اندازه محرک (۳۲)» نامیده‌اند رفتی کودکان اوتیستیک با علامات متعدد مواجه می‌شوند، غالباً به یک قسمت محدود از این علامات پاسخ می‌دهند. چون یادگیری معمولاً مستلزم پاسخ همزمان به علامتهای چندگانه است. بنابراین تعجب‌آور نیست که تصور نسبت به چنین پاسخی موجب عقب ماندگی شدید در یادگیری شود. مثلاً در نظر بگیری که فردی تصویر سگی را جلوی کودکی اوتیستیک بگذارد و همزمان با آن بگوید «سگ»، اگر کودک کلمه «سگ» را بشنود ولی در پاسخ به تصویر تصور رززد، این اسم را نخواهد آموخت. به همین ترتیب اگر کودک تصویر را ببیند ولی نسبت به

30. I Love Lucky.

31. Modality.

32. Stimulus - over - Selectivity.



کلمه عکس‌العملی نشان ندهد، یادگیری این اسم با شکست مواجه خواهد شد (لواس و کوچل و شریپ من ۱۹۷۹). این انتخاب بیش از اندازه محرک به‌عنوان پایه‌ای احتمال برای بسیاری از رفتارهای ناپنجار که خصوصیت اوتیسم را تشکیل می‌دهد، محسوب می‌شود. مثلا رینگ (۱۹۷۶) معتقد است که انتخاب بیش از اندازه ممکن است موجب تمایل کودکان اوتیستیک در گزینش یک جنبه جزئی از محرک برای توجه شده، بقیه آن مورد غفلت قرارگیرد. رینگ وضع کودک را بیان می‌کند که مجذوب کلیسا شده بود و از نگاه کردن به تصویر هر چیز دیگر امتناع می‌رزیب. علاوه براینکه انتخاب بیش از اندازه به‌عنوان توجیهی احتمالی برای تغییر-پذیری در حساسیت نسبت به اشیاء مشاهده شده محسوب می‌شود، به‌عنوان پایه‌ای برای مشکلات کودک در آموختن رفتارهای جدید (کوچل و رکورت (۳۳) ۱۹۷۲)، در تصمیم رفتارهای جدید (رینگاور و کوچل ۱۹۷۵)، در رفتار اجتماعی (شریپ من و لواس ۱۹۷۳)، در آموختن از روشهای تحریک کننده سنتی (رینگاور ۱۹۷۸، شریپ من ۱۹۷۵)، و در آموختن از طریق مدل قراردادن نیز محسوب می‌گردد (وارنی و دیگران ۱۹۷۹).

### خواهان یکسانی در محیط

یکی از اولین خصوصیتی که کانر (۱۹۴۳) درباره اوتیسم ذکر می‌کند عبارت است از اشتغال ذهنی درباره حفظ یکسانی در محیط (ایزبیرگ و کانر ۱۹۵۶، کانر ۱۹۴۳). اصولاً این کودکان غالباً حساسیت بیش از اندازه‌ای نسبت به تغییر دارند. مثلا آنان به عنوان کودکان خردسال الگوهای خشک و محدودی را که فاقد تنوع و تخیل است در بازی به کار می‌بندند (رورت ۱۹۷۸). آنان ممکن است قطعاتی را که با قراردادن آنها در یکدیگر می‌توان وسایل مختلف ساخت، به صورت خطی طولانی و بی‌انتها دنبال هم ردیف کنند. این کودکان فقط هنگامی

برآشفته می‌شوند که چیزی یا موضوعی این الگو را بهم بزند. آنان ممکن است اشیاء مخصوص از قبیل اسباب بازیهای خرد و کوچولو، رینگ، مداد یا کتاب را جمع آوری کنند و از آنها سخت محافظت کنند. آنان ممکن است وابستگی شدیدی به اشیاء نشان دهند و همواره این اشیاء را بخواهند. به‌عنوان نمونه یکی از این کودکان دو مداد داشت که همواره می‌خواست که آنها را با خود داشته باشد (هر کدام در یک دست)، کودکی دیگر فقط یک جفت کفش مخصوص را می‌پوشید. هرگونه کوشش برای دور ساختن این اشیاء با رفتار خشم آلود شدید توأم می‌شد. این تمایل برای حفظ یکسانی در مورد اشیاء و وسایل منزل نیز مشاهده می‌شود، بدین معنا که هرگونه تغییر در نظم و ترتیب مبل و صندلی راشی، خانه یا جریانه‌های عادی زندگی که کودک با آنها آشناست موجب واکنش شدید کودک می‌شود. اغلب جزئیترین تغییر (مثلاً چند سانتیمتر تغییر جای یک صندلی) ممکن است موجب تحریک کودک در کوشش برای گرداندن آن وضعیت به حالت قبلیش گردد. مثلا ممکن است کودک مبتلا به اوتیسم با دیدن اینکه در جعبه آوییه در آشین‌خانه یک قفسه لباس یا کیف پول پدرش باز مانده است یا صندلی راحتی که به جلو رفته عقب تکان می‌خورد در حالت عقب رفته ایستاده است، شدیداً بر-آشفته شود. گاهی اوقات واکنشهای او به صورت تریس جلوه گرمی شود، بدین معنا که از محرک‌ها روپیداها می‌کند که برای دیگر افراد بی‌خطر به نظر می‌رسد کاملاً وحشت می‌کند. برای مثال کودکی مبتلا به اوتیسم از درگاه معین خانه، پرده‌های اطاق نهارخوری و کارتهای سوراخ شده کامپیوتری می‌ترسید. گاهی اوقات کودکان اوتیستیک اشتغالات ذهنی و آیینی معینی نسبت به بعضی اشیاء از قبیل تقویم، ساعت رزمیزی یا مجسمه نشان می‌دهند (رورت ۱۹۷۸). اغلب آنان نسبت به حروف یا شماره‌ها اشتغال ذهنی پیدا

کرده و مقدار زیادی از وقت خود را به صورت ادای آیین و مراسم می گذرانند. مثلا يك كودك اصرار داشت که حروف پلاستیکی خود را به رختخواب ببرد. این حالت اشتغال ذهنی بوسیله رفتارهایی از قبیل اصرار در خوردن غذاهای معین، یا استفاده از ظرف غذاخوری مخصوص یا پوشیدن لباس معین یا دست زدن به اشیاء خاص یا پرسیدن سئوالات یکسان بطور مکرر که باحالی مخصوص باید پاسخ داده شوند، نیز تجلی کرده است (ریملند ۱۹۶۴، روتر ۱۹۷۸).

#### رفتار خود تحریکی

خود تحریکی که اغلب به عنوان يك خصیصه معین اوتیسم مورد ملاحظه قرار می گیرد (ریملند ۱۹۶۴)، توسط کانر (۱۹۴۳) در توصیف اولیه اش از اوتیسم مورد توجه واقع شد. خود تحریکی به عنوان رفتارهایی که معمولا به صورت رفتاری تکراری، ثابت و یکنواخت که متضمن هیچ کنش جز آماده ساختن كودك برای تجمارب حس یا حرکاتی بدنی نیست نیز شناخته شده است (لوس، لیتروینک (۳۴)، و من (۳۵) ۱۹۷۱، رین کاور، ۱۹۷۸). در سطح حرکتی نایب این رفتارها ممکن است حرکات بدنی ریتمیک، جیدن، پریدن یا یورتمه رفتن، تکان دادن سر، جنیاندن دست یا بازو و دادن حالتی خاص به بدن را دربرگیرد. در سطح ظریفتر، این رفتارها ممکن است خیره شدن به نور، خیره شدن یا «توجه کردن» به دستها، چشم دوختن به يك نقطه نامعین، حرکت دادن یا چرخاندن چشمها و اقباض ماهیچه های بدن را دربرگیرد. خود تحریکی اغلب استفاده از اشیاء را نیز شامل می شود. كودك ممکن است با علاقه و اشتیاق به اشیاء، گرد خیره شود (مثلا سرقاپلمه، سکه، زیرسیگاری)، تکه نخر را بیچاند یا ملدای را جلو صورت خود بچرخاند. به نظر می رسد که تحریکات بینایی و شنوایی کانون عمده این رفتارها باشد. گاهی اوقات این كودكان به اشیاء

خاموش و روشن شوند (مثلا سکه یا چین براتی که چرخانده شود) خیره می شوند، انگشتان باز شده خود را جلو چشمان خود حرکت می دهند مجنوب اشیاء نورانی می شوند، الكوهای کلامی را تکرار می کنند، اشیاء را با فاصله زمانی معینی بزمین می گویند و از این قبیل.

خصیصه های معین دیگری نیز در رفتار خود تحریکی وجود دارد. نخست اینکه بسیاری از كودكان اوتیستیک اکثر اوقات بیداری خود را صرف رفتارهایی می کنند که به نظر می رسد برایشان بسیار با اهمیت است، بدان حد که خیلی کم به چیز دیگری توجه می کنند. در واقع اگر این رفتارها منع شوند مجدداه مقاومت می کنند و حتی گاهی اوقات به هنگام درگیر بودن با خود تحریکی خطر درد و یا محروم شدن از غذا را نیز استقبال می کنند (لوس و دیگران ۱۹۷۱). دوم آنکه رفتارهای خود تحریکی در بسیاری جهات با رفتارهایی که به صورت طبیعی با بازیهای كودكانه همراه است تفاوت دارد بدین معنا که مثلا وقتی كودك به هنگام جبهیدن مکرر بازوهای خود را تکان میدهد، غالباً عجیب و غیر طبیعی به نظر می رسد. این رفتار ممکن است سایر حرکات بدنی عجیب و غریب بدنی و شکلک های چهره ای را شامل گردد. تفاوت دیگری که بین بلزی رفتار خود تحریکی وجود دارد این است که به نظر می رسد رفتار خود تحریکی مزاحم تأثیر پذیری و اکتساب رفتارهای طبیعیتر كودك است (کوجل و کورت ۱۹۷۷، لوس و دیگران ۱۹۷۱).

تاریخچه اختلالات روانی كودكان توصیفهای زیادی راجع به عدم تأثیر پذیری كودكان اوتیستیک نسبت به محرکهای محیطی به هنگام درگیر بودن با رفتارهای خود تحریکی را دربر می گیرد. (کانر ۱۹۴۳، کوجل و کورت ۱۹۷۲، لوس و دیگران ۱۹۷۱، رین کاور ۱۹۷۸). مثلا این موضوع کاملا جالب توجه است که كودك مبتلا به اوتیسم در گوشه های تنها تنهسته است و ریسمانی را

حرکت می‌دهد و می‌پیچد در حالی که اتاق و محیط اطراف او مملو از سروصدا و فعالیت کودکان دیگر است که بازی می‌کنند. کودک مبتلا به اوتیسم به‌طور کامل از فعالیت‌های اطراف خود غافل است.

این تأثیر ناپذیری، توجه محققین و متخصصان بالینی را به‌خود معطوف داشته است زیرا به‌نظر می‌رسد که مغل اکساب رفتارهای مناسبتر است (کار ۱۹۷۷، کوجل و کورت ۱۹۷۲). در واقع علاوه بر گزارش‌های تومسفی، داده‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد کودکانی که دچار خودتحریکی‌اند نسبت به نشانه‌های آموخته شده قبلی تأثیرپذیری بیشتری دارند (لواس و دیگران ۱۹۷۱) و در آموختن رفتارهای جدید به‌طور جدی عقب مانده‌اند (کوجل و کورت ۱۹۷۲). بدین ترتیب خودتحریکی به‌عنوان مافض اصلی برای درمان محسوب می‌گردد.

#### رفتار خودآسیب‌گرانه

گرچه کودکان مبتلا به اوتیسم در واقع مجموعه‌ای از رفتارهای عجیب و غریب نشان می‌دهند ولی هیچ‌یک از آنها مشخصتر از رفتار خودآسیب‌گرانه نیست که در آن فرد به‌بدن خود صدمه می‌زند (تیت ۳۶) و بارفول (۳۷)، (۱۹۶۶). نونوع بسیار شایع از این رفتارهای خودآسیب‌گرانه در کودکان اوتیستیک عبارت است از کوبیدن سر به زمین و دندان گرفتن دست یا پای خود (رورولاک پر ۱۹۶۷). سایر انواع خودآسیب‌گرانه عبارت است از کوبیدن زانو در آرنج به‌زمین، کندن و کشیدن مو، چنگ زدن و نیلی‌زدن به‌صورت. گاهی اوقات این کودکان ناخوبی خود را با دندان‌هایشان می‌کنند. انگشت به‌چشم خود می‌کنند و به‌طور پیشرونده‌ای نوک انگشتان خود را می‌چوند.

شدت آسیب‌رسانی به‌بدن در کودکان مختلف متفاوت است. بعضی از آنان به صورت خود سیلی می‌زنند، سر خود را به

زمین می‌کوبند یا خود را دندان می‌گیرند، و لری فقط جای سرخی یا کبودی و ضرب‌دیدگی آن باقی می‌ماند. رفتار آسیب‌گرانه بعضی دیگر به‌حدی شدید است که جسم خود را می‌شکنند، شکیبای خود را جدا می‌کنند، بینی و چانه خود را می‌شکنند و صدمات شدید بدنی بر جا می‌گذارند (کار ۱۹۷۷، لواس و سیمونز ۳۸) (۱۹۶۹). غفوت‌ها مخاطرات دیگری‌اند که از این رفتارهای خودآسیبگر ناشی می‌شود.

در حالی که ضایعات مستقیم این رفتارها آشکار است، ضایعات غیرمستقیم نیز از این رفتارهای خودآسیبگر ناشی می‌شود. نخست اینکه در بعضی کودکان این رفتارها به‌قدری شدید و برای زندگی خطرناک است (مثلاً به‌شدت کوبیدن، سر به‌زمین) که لازم است برای جلوگیری از وقوع آنها محدودیت‌ها و مراقبت‌های سخت‌بدنی اعمال شود. مثل بستن دست‌ها یا بازوهای کودک محکم به‌چهارچوب تختخواب یا قرار دادن کودک در یک قفس نوری در مواردی که محدودیت طولانی بوده است. تغییرات ساختمانی از قبیل کوتاه‌شدن پر حار محدود شدن رشد حرکت به‌علت عدم استفاده از اعضا ممکن است رخ کند (لواس و سیمونز ۱۹۶۹). دومین نوع ضایعه غیرمستقیم این است که محدودیت رفتارهای کودک موجب محدودیت رشد روانی و تربیتی می‌گردد. زیرا والدین و کسانی که با این کوف کودکان کار می‌کنند اغلب از ترس رفتار خودآسیبگرانه از دادن مسئولیت به آنها درخواستن مسئولیت از آنان اکراه دارند. لذا این‌گونه کودکان اغلب فرصت تأثیر و تأثر متقابل با محیط فیزیکی و اجتماعی را از دست می‌دهند.

کوشش‌های درمانی برای رفتارهای خودآسیب‌گرانه استفاده از داروها، ملامت‌ها و بازسازی عاطفی را در بر می‌گیرد که هیچ‌یک موفقیت‌آمیز نبوده است (کار ۱۹۷۷). در از بین بردن رفتارهای خودآسیبگرانه درمان‌های موفقیت‌آمیزتر عبارت است از روش‌های



عالمی (۳۹) از قبیل خاموشی و تپیه.

رتار خود آسیبگرانه منحصر به کودکان مبتلا به اوتیسم نیست بلکه در ۴ تا ۵ درصد اختلالات روانپزشکی نیز ملاحظه می‌شود (فرانکل ۴۰) و سیمونز، (۱۹۷۶). هر چند بسیاری از کودکان اوتیستیک این گونه رفتارها را ظاهر می‌سازند ولی با تحقیقات جدیدی که صورت گرفته است، توانایی برای کنترل این رفتارهای خطرناک در حد نسبی پیشرفت نموده است.

### مهارتهای ویژه

بسیاری از کودکان مبتلا به اوتیسم در بعضی زمینه‌ها پیشرفتهای استثنایی نشان می‌دهند که متباین با سطح ضعیف کنشی آنهاست. اکثر این تواناییها در زمینه‌های معمولی موسیقی، مکانیک یا ریاضیات (اهل بوم، اگل، کوجل و ایمپف ۱۹۷۹، زیملند ۱۹۷۸) یک کودک ممکن است بتواند ملودیهای پیچیده و آهنگهای موزون را به یاد بیاورد و بنوازد. این مهارت ممکن است به صورت توانایی برای جور کردن قطعات یک معما (حتی اگر تصویری که باید مطابق آن باشد وارونه باشد) یا باز کردن و جور کردن دستگاه مکانیکی پیچیده نمایان شود (درینگ ۱۹۷۸). بعضی کودکان درباره حفظ جدولهای ریاضی، برنامۀ اتوبوسها یا سلسله اعداد تصادفی و سواس ذهنی پندار می‌کنند. «مطابقت تقویمی»، یعنی توانایی برای تعیین اینکه کدام روز هفته مطابق تقویم روز مینی است که مثلا پایان شروع می‌شود، نیز در بعضی کودکان ملاحظه شده است.

کلنر (۱۹۴۳) با توجه به حافظۀ فوری (۴۱) عالی کودکان اوتیستیک، این فرضیه را اظهار می‌کند که این کودکان هوش طبیعی دارند ولی به علت قصور در برقراری روابط اجتماعی دچار عقب ماندگی ذهنی‌اند (روتر ۱۹۷۸). هر چند اکنون آشکار شده است که حافظۀ فوری عالی که در

کودکان اوتیستیک ملاحظه می‌شود در طبقۀ مهارتهای منزوی (۴۲) نشده فرار می‌گیرد. در واقع بسیاری از این کودکان در زمینه‌هایی که سودمندی آشکاری برای آن ملاحظه نمی‌شود، بویژه درغیاب سایر سودمندیها، پیشرفت استثنایی نشان می‌دهند. مثلا یک کودک هفتساله مبتلا به اوتیسم بی‌اغراق یک نایبهای در موسیقی بود. اگر با یک ملودی مواجه می‌شد می‌توانست آن را دقیقاً روی یک آلت موسیقی متفاوت بنوازد. علاوه بر آن او می‌توانست به طور آبی این ملودی را به هر کلیدی ببرد و ملودیهای هازمونیک مناسب بسازد. در حالی که این توانایی واقعا برجسته بود سودمندی آن مورد تردید بود، زیرا کودک نمی‌توانست نام خود را بگوید، استفاده از توالت را نیاموخته بود و نمی‌توانست نسبت به فرمانهای ساده از قبیل اینکه «در را ببند» واکنش نشان دهد.

### کنشهای هوشی

سطح کنشهای هوشی موضوعی است که همواره در بررسی اوتیسم مطرح بوده است. همچنانکه ذکر شد کلنر (۱۹۴۳) معتقد بود که کودکان اوتیستیک دارای هوش طبیعی‌اند. حافظۀ فوری خوب، تظاهرات چهره‌ای جدی و فقدان نابهنجاریهای بدنی این فرضیه را تأیید می‌کرد (روتر ۱۹۷۸). دلی داده‌های به دست آمده تا این تاریخ نشان می‌دهد که اکثریت کودکان اوتیستیک از لحاظ عقلی عقب مانده‌اند. طبق تحقیقات اخیر که ریتو و فریمن (۱۹۷۸) انجام داده‌اند، در حدود ۶۰ درصد از کودکان اوتیستیک بهره هوشی پایینتر از ۵۰ داشته‌اند، بهره هوشی ۲۰ درصدشان بین ۵۰ تا ۷۰ و ۲۰ درصدشان ۷۰ یا بالاتر. ارزیابی هوشی این کودکان به علت پراکندگی انجام عمل آنان توسط وسایل ارزیابی مختلف مشکل است. این کودکان در تستهایی که مهارتهای دستی یا فضایی - بینایی و حافظۀ فوری را اندازه

39. Operant techniques.

40. Frankel.

41. Rote Memory.

42. Isolated Skill.

بخندد یا وقتی دیگران خنده می کنند،  
کودک فریاد بکشد و گریه کند.

#### ارزیابی

همان گونه که در ابتدای این بحث  
گفته شد، در واقع اوتیسم از لحاظ تشخیص  
و ارزیابی حائلی برنات دارد. متخصصان  
حرفه ای توانسته اند به توافق برسند که  
دقیقا کدام نشانه های بیماری برای تشخیص  
اوتیسم ضرور است، لکن هنوز درباره سهمین  
راه تشخیص کودکان اوتیستیک موافق  
وجود ندارد.

نیوسام وزین کاور (۱۹۸۲) با مشاهدات  
دقیق خود معتقد شدند اوتیسم ممکن است  
تنها اختلال کودک باشد که ارزیابی  
رفتاری آن بیشتر بر اساس ارزیابی های  
تشخیصی سنتی استوار است. تا اواخر دهه  
۱۹۶۰ این عقیده وجود داشت که تست های  
هوشی استاندارد شده برای کودکان مبتلا  
به اوتیسم مناسب نیستند (آلبرن ۱۹۶۷). قبل  
از این تاریخ بعضی متخصصان (فرستر ۴۷) و  
دجبر ۱۹۶۱ و ۱۹۶۲) درباره برتری های تقویت  
کننده، سرعت یادگیری، کنترل محرک،  
کتهای ادراکی و اثرات دارو و تحقیقاتی  
افزاینده داده بودند. همچنین در اواسط دهه  
۱۹۶۰ سایر روش های ارزیابی رفتاری قوی  
در برنامه های درمان رفتاری کودکان  
اوتیستیک مورد توجه قرار گرفت (داوین ۴۷)  
۱۹۶۴، لوایس و بربریچ (۴۸) و لوروف و شیف  
۱۹۶۶، لوایس و فرینگ (۴۹) و گلد (۵۰) و  
کاسورلا (۵۱) ۱۹۶۵، وف و ریزلی (۵۲) و  
میز (۵۳) ۱۹۶۴. این ارزیابیها معمولا چه  
به صورت خود به خودی و چه به صورت مشاهده ای  
سنجش های از حضور و عدم حضور رفتارهای  
بخصوصی از قبیل تکلم مناسب، تکلم  
سیکوتیک، خنثی سازی، رفتار اجتنابی را  
مورد توجه قرار می داد

در حال حاضر، ارزیابی کودکان

می گیرد بهترند، ولی در مهارت های که  
نیاز به تفکر انتزاعی و رمز یا نتیجه گیری  
منطقی دارند، بدترند (زیستو و فری من ۱۹۷۸).  
سپتر آنکه این داده ها دلالت بر آن  
دارند که بهره هوش کودکان اوتیستیک  
همان صفات و مشخصاتی را که در کودکان  
طبیعی ملاحظه می شود داراست (روتز ۱۹۷۸).  
بدین معنا که در خلال دوره کودکی و  
نوجوانی ثابت می ماند (دی میو ۴۳، بارتون ۴۴)،  
آلبرن، کیمبرلین (۴۵)، آنز، یانگ و استیل  
۱۹۶۷) و تا حدودی می تواند پیشرفت تحصیلی  
را در آینده پیش بینی کند (بارتاک و روتز  
۱۹۷۴، لاکرو روتز ۱۹۶۹، جینلین و برج  
۱۹۷۳). بر اساس این واقعیات، آشکار  
می گردد که گرچه اوتیسم و عقب ماندگی  
در یک کودک وجود دارند.

ذهنی یکسان نیستند و اغلب توأم با یکدیگر

#### عاطفه نامناسب

خصوصیت دیگر کودکان اوتیستیک  
عاطفه آنان است که معمولا نسبت به اوضاع و  
احوال یکنواخت یا نامناسب (ریملند ۱۹۶۴).  
آنان ممکن است در اوضاع هیجانی مختلف  
قرار گیرند ولی رفتار هیجانی تقریبا ثابت  
و یکنواخت نشان دهند. دیگران ممکن است  
رفتار هیجانی جابجا شونده داشته باشند که  
از قهقهه و خنده هیستریکی تا هرق زدن و  
با صدای بلند گریه کردن در نوسان باشد  
اغلب این واکنش های هیجانی، مستقل از  
زویاداهای محیطی به نظر می رسد و کودک  
می تواند به سرعت از یک قطب به قطب دیگر  
برود بدون اینکه دلیلی وجود داشته باشد.  
به نظر می رسد که بعضی از این عواطف  
نامناسب مربوط به فقدان رفتار اجتماعی  
مناسب و تصور درواکنش به علائمی اجتماعی  
افراد دیگر است. مثلا ممکن است اگر  
شخص دیگری به خود آسیب رسانده، کودک

43. De Myer.

44. Barton.

45. Kimberlin.

46. Ferster.

47. Davison.

48. Berberich.

49. Freitag.

50. Gold.

51. Kassorla.

52. Risley.

53. Mees.

اوتیستیک به طور معمول استفاده از راه‌های مختلف اطلاعاتی را در برمی‌گیرد. یکی از این راه‌ها عبارت‌است از مصاحبه سنتی و مشاهده خصیصه‌ها به صورت عملیات بالینی. ابزارهای دیگری که مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارت‌اند از تست‌های حوشی استاندارد نده، فهرست‌های بررسی رفتار و روش‌های مشاهده مستقیم (نیوسام) ردین کاور (۱۹۸۲).

از بین این ابزارها، فهرست‌های بررسی رفتار که بخصوص برای ارزیابی اوتیسم ساخته شده مورد توجه خاص است. این فهرست‌ها بر دو نوع است. یک نوع آن تشخیصی است و به منظور تمایز ساختن کودک اوتیستیک از کودکی که دارای اختلالات دیگری است مورد استفاده واقع می‌شود. نوع دیگر آن توصیفی است و برای بدست آوردن اطلاعات درباره وجود یا عدم وجود رفتارهای مخصوصی که از لحاظ درمانی و کنشی اهمیت دارند، تهیه گردیده است (نیوسام، ردین کاور ۱۹۷۲).

فهرست‌های تشخیصی اصلی که در مورد کودکان اوتیستیک مورد استفاده واقع می‌شود فهرست تشخیصی ریملند برای کودکان

منابع:

مبتلا به اختلالات رفتاری (زیملند ۱۹۶۴) و سیستم تشخیصی بریتیش درکینگ (۵۴) است (گریگ (۵۵) ۱۹۶۱، لوتر ۱۹۶۶، اگورمن (۵۶) ۱۹۷۰، پولن و اسپنسر ۱۹۵۹). هدف عمده این فهرست‌ها، همان‌گونه که ذکر شد، عبارت‌است از تمایز ساختن کودک اوتیستیک از سایر کودکانی که دچار اختلال‌اند. این فهرست‌ها بدان حد معتبر نیستند که به‌عنوان تنها ابزار تشخیصی مورد استفاده واقع شوند مع‌ذکاب هنگامی که همراه با سایر وسایل ارزیابی به کار روند، می‌توانند آگاهی دهنده باشند.

فهرست‌های توصیفی که همواره مورد استفاده واقع شده‌اند عبارت‌اند از مقیاس ارزیابی رفتار (۵۷) کزلوف (۵۸) (۱۹۷۴)، مقیاس رفتار سازشی (۵۹) و مقیاس بلوغ اجتماعی ردین لند (۶۰). در حالی که هیچ‌یک از این فهرست‌ها به‌طور اختصاصی برای تشخیص کودکان اوتیستیک طرح نشده‌اند، ولی می‌توانند اطلاعات بسیار مناسبی درباره خصیصه‌های رفتاری ویژه خصیصه‌های رفتاری و سطوح کنشی به‌دست دهند. البته این اطلاعات برای ارزیابی نیازها و برنامه‌ریزی درمانی بسیار سودمند است.

Alpern, G.D. Measurement of "untestable" autistic children. *Journal of Abnormal Psychology*, 1967, 72, 478 - 486.

Applebaum, E., Egel, A.L., Koegel, R.L., & Imhoff, B. Measuring musical abilities of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1979, 9, 279 - 285.

Bakwin, H. Early infantile autism. *Journal of Pediatrics*, 1954, 45, 492 - 497.

Bartak, L., Rutter, M., & Cox, A. A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. I. The children. *British Journal of Psychiatry*, 1975, 126, 127 - 145.

Carr, E.G., The motivation of self-injurious behavior: A review of some Hypotheses. *Psychological Bulletin*, 1977, 84, 800 - 816

54. British working Party Diagnostic System. 55. Greak.

56. O'Gorman. 57. Behavior Evaluation Scale. 58. Kozloff.

59. Adaptive Behavior Scale. 60. Vineland Social Maturity.

Darley, F.L. Diagnosis and appraisal of communication disorders, Englewood Cliffs, N.J.:Prentice-Hall, 1964.

Eisenberg, L., and Kanner, L. Early infantile autism 1943-55. American Journal of orthopsychiatry, 1956, 26, 556-566.

Fay, W.H. On the basis of autistic echolalia. Journal of communication Disorders, 1969, 2, 38-47.

Gittelman, M., and Birch, H.G. childhood schizophrenia: Intellect, neurologic status, perinatal risk, prognosis and family pathology. Archives of neurological psychology, 1967, 17, 17-25.

Haslam, J. Observations on madness and melancholy. London: Hayden, 1899.

Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous child, 1943, 2, 217-250.

Lovaas, O.I., varni, J., Koegel, R.L., and Lorsch, N.L. Some observations on the non-extinguishability of children's speech. Child Development, 1977, 48, 1121-1127.

Mahler, M. On child psychosis and schizophrenia, autistic and symbiotic infantile psychoses. Psychoanalytic Study of the child, 1952, 7, 286-305.

Newsom, C.D. and Rincover, A. Behavioral assessment of autistic children in E.J. Mash and L.G. Terdal, Behavioral assessment of childhood disorders. New York: Guilford press, 1982.

Ornitz, E.M., Brown, M.B., Mason, A., and putman, N.H. Effect of visual input on vestibular nystogmus in autistic children. Archives of General psychiatry, 1974, 31, 369-375.

Polan, C.C., and Spencer, B.L. Checklist of symptoms of autism in early life. West Virginia Medical Journal, 1959, 55, 198-204.

Rimland, B. Inside the mind of an autistic savant, psychology today, 1978, 12, 68-80.

Schreibman, L., and Lovaas, O. Overselective response to social Stimuli by autistic children. Journal of Abnormal child psychology, 1973, 1, 152-168.

Treffert, D.A. Epidemiology of infantile autism. Archives of General Psychiatry, 1970, 22, 431-437.

Vaillant, G.E. John Haslam on early infantile autism. American Journal of psychiatry 1962, 119, 376.

Wing, L., and Gould, J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children. Epidemiology and classification Journal of Autism and Developmental Disorders, 1979, 9, 11-29.

Zipf, G.K. Human behavior and the principle of least effort. New York Hafner, 1949.

# پرتو گاه تفاهم

به دکترا... پرتو بخش

قاصدک سرگردان و بیتاب

پی آرایش می گشت

که بر قضاوت کاوچ (۱) آرמיד

تا دروزش نور

(نسیم تفاهم)

دلارام گلگشت کند

در پویایی پرتو گاه (۲) دیدم

قاصدک یأس به دنبال سزاوت یاس می گشت

حزن در پی شادی بود

هراس می خواست در آسایش دل، بنشیند

دلتنگی امید را پرس و جو می کرد

وسواس در پی آن بود

از اجبار عبوری بکند

و . . . . .

در تفاهم پرتو گاه

کهنسال سردی آمده بود

از طعم نان خاقل بود به دندان آرایش

و نمی دانست که چگونه، آب شمسین است

در گوارایی عاطفه

روزی به پرتو بخش (۳) گفت: *رسال جامع علوم انسانی*

«سن پاکیزگی تداعی را آموختم

و سن قضاوت کاوچ را به معانه خواهم ببرد

۱. کاوچ نیمیکت روانکاری که درمانجو بر روی آن می آرآمد و افکار و اندیشه و خاطرات خود را با احساسات همراه آن از طریق تداعی آزاد بیان می کند تا به این منظور احساسات نامطلوب خود را تخلیه کند و همچنین به قضاوت درست در استنباطهای خود برسد.

۲. پرتو گاه: واژه شاعرانه که بجای محکم و درمانگاه و محل مشاوره روانی گزیده ام.

۳. پرتو بخش: واژه ای دیگر که به جانشینی واژه درمانگر انتخاب نموده که مفهوم این واژه می تواند مسیبت و لطافت کار درمانگران روحی پاسخگو باشد.



در خوشرویی گل - رخ

پارانوئید (۱) جوانی را دیدم

که به خیال گل مسموم که پنداشته بود

خار گلزار خانوارش شده بود

در گذرهای تداعی

خاطرات کدر خویش را

به کدورت برون می افکند (۲)

هرازگامی

نسیم داوری کاوچ

از اندیشه او عبور می کرد

زنگار واهمه او

در زلال خوش بینی گاه زدوده می شد

دوزی به ادراک خوشایندی رسید

ادراک بهاران را به اندیشه

زرتنگار دید

به گلزار خندید

کاوچ او چهارساله بود

او

دیگر به عابری نمی اندیشید

که چرا تصویر افکارش را دزدانه به خانه می برد

ابن یار به عابر خیابان که کفش بنفشی خریده بود

گفت:

ه باورد کرده ام دیگر کسی در احساس کفش من

پای واهمه ای پنهان نمی کند

و کفشهای شما

دیگر پا پوش اندیشه ام نیست

و کفشهای بنفش شما

گل بنفشه را به خاطر من می آورد

و من گل رنگی تفاهم را

در احساس خود یافته ام.

پارانوئید - بیماری است که در حالت روان پریشی دچار هذیان آزار رتعیب و توهم گردد. آسیب است. بیماران پارانوئید غالباً از نظر اندیشه بسیار خودمدار و خودسفیته اند، آنها خصم و عناد شدید درون خود را انکار کرده و از مکانیسم برون فکشی استفاده می کنند.

کودکی آمده بود

بیتاب تاب

اضطرابش پی تابی می‌گشت

(گریزی از تنش) (۱)

می‌گفت :

«پدر !

تاب . . . . .

تاب . . . . .

و به دندان تشویش می‌گزید

ناخن آرامش را

نی‌نی چشمان زیبای او

بسی قرار می‌ترسید

در بازیهای کودگانه‌اش

خلام مهر داشت

مادرش این هشدار را دریافته بود

پی آن بود که بیتابی او آرام کند

در تفاهم پرتوگاه

پرتویخش در لابلای بازیچه‌های او خیره می‌گشت

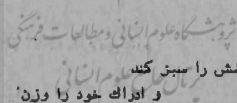
تا کوچه بن بستهای رنجوری او را

دری سبز بگشاید

پنجره‌ای گشوده شد

من آشوب کودک را دیدم

که همه‌ی خود را در هیاهوی اشکال‌نقاشی می‌کرد (۲)



کودنی آمده بود

که

افق هوشش را سبز کند  
و ادراک خود را وزن

خیره تست، پی حلقه می‌گشت

پرسید :

۱. جایجایی Displacement : سوچ دادن جهت يك احسانس به يك موضوع امن با قابل قبول به‌جای يك موضوع ناخوشایند و غیر قابل قبول.

کودکی نرزد با شکل‌ها و روابط اشکالی که نقاشی می‌کند و رنگ‌هایی که به کار می‌برد تعارضات درونی خود را مشخص می‌کند و همچنین در یک درمان مستقیم با نقاشی هیجان‌ات منفی کودک تخلیه

۲. نقاشی درمانی - نقاشی در کودکان رنجور جنبه تشخیصی و هم جنبه درمانی دارد که می‌شود و آرامش بدست می‌آید.

در گلدان کوچک ذهن می‌تواند با شتاب رشد کند؟!،

دختر هیستریکی (۱) در آشوب اندام خود

بندی بند تلقین اوراد بود

بریا زوی خود باختگی او

اوراد جهل بسته بود

پرتو بخش گفت:

دکارچ او بسیار دشوار بود

تا

جزرودهای اوراد را از پندار او یزدایم

وبازوبند خود باختگی

را از اندیشه او باز نمایم

افسرده دلی آمده بود

در خاطرات اندوه خود می‌نگریست

گاهی در ملفزار مزن خود

بیتوته می‌کرد

و زار می‌گریست

گهگاهی

از آشفته غارهای تداومی می‌گریخت

گاه

نسیم طراوتی در خاطرات امیدش می‌وزید

و براندیشه خود می‌فکندید

این دلنگی من بود

آری

سومین زمستانی است

که از اندوه نخود می‌گلندم

گاه

خاطراتم چو ریسمان سیاهی

عاطفهام را در تیرگی چاه فرو می‌برد.

گهگاه

روزنه محزونی در کور سوی اندیشه‌ام

می‌تاباند آفتاب رنجور امیدی را

۱. هیستریک - یکی از انواع اختلالات نوروتیک است که غالباً اضطراب به صورت عرضه...

های بدنی تبدیل و جبران می‌شود ز فرد هیستریک از نظر عاطفی بسیار تلقین پذیر است. مقصود از بندی بند اوراد - خودباختگی در مقابل اوام و خرافات است.

کاوچ من نوباست

در کوجه‌های تنگ تداهی

دل‌تنگی‌ام

پرواز کبوتر را می‌آموزد

در آسمان فیلوفر رهایی

رهایی از عبوسی حصار وجدان برترم (۱)

سبکبال ترم

کاوچ من در زمستان ۶۳ متولد شد

آنگاه پرسیدم:

«پرتوبخش! گل یخ در زمستان سبز می‌شود»

گفت: آری سبز و خوشبو

آه هوای آندوه

چه سرد و مه آلوده است

احساسم بدون پالتو گرم در خیابانهای ادراکم عبور نمی‌کند

از سومین بهار

قضاوت کاوچ عبور می‌کنم

به آفتاب می‌نگرم

به بارانی ملالایی

به شقایقی که در باغچه دل‌سردی ماطفه‌ام

میل در بیدن یافته است

بار دیگر بود که پرسیدم:

«پرتوبخش! آیا گل یخ در زمین سرد سبز می‌شود؟»

گفت: آری سبز

و خوشبو

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱. من برتر: فرا من یا فرا خود، بخش اخلاقی شخصیت است که در اثر ارزشهای اخلاقی

تربیت کودک، وقایع اجتماعی شکل می‌گیرد و مراد از عبوسی وجدان برتر سختگیری و سلبه  
جوهرهایی است که آموخته است.