

مروری بر مشکلات کودکان طیف اوتیسم

بهاره زارعی^۱

^۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و چهارم، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۹۶-۱۰۱

چکیده

با توجه به شیوع اختلالات طیف اوتیسم در سراسر جهان و ایران و ضرورت کنترل علائم مشکل‌زای این کودکان، مطالعه حاضر باهدف مروری بر مشکلات کودکان طیف اوتیسم انجام شد. مطالعه مروری حاضر با جستجو در منابع Magiran، Google Scholar و سیویلیکا انجام شد. منابع مرتبط با مشکلات کودکان طیف اوتیسم تا سال ۱۴۰۲ استخراج شد و پس از بررسی، مقالات مرتبط با موضوع برای نگارش استفاده گردید. نتایج نشان داد؛ رفتارهای قالبی و کلیشه‌ای، ضعف در تنظیم هیجان، مشکلات اجتماعی، اختلالات خواب و ضعف در بازشناسی چهره از جمله مشکلات مهم در کودکان طیف اوتیسم هستند.

واژه‌های کلیدی: اوتیسم، کودکان، طیف اوتیسم، مطالعه مروری.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و چهارم، زمستان ۱۴۰۳

مقدمه

«اوتیسم»^۱، واژه‌ای یونانی است که از دو بخش تشکیل شده است: اوتوس^۲ به معنای خود و ایسم^۳ به معنای گرایش. اوتیسم به معنای در خود فرو رفتگی، خوگرایی و بی توجهی به محیط اطراف است. این واژه نخستین بار در دهه نخست قرن بیستم برای توصیف زیرمجموعه‌ای از بیماری‌های اسکیزوفرنی^۴ به کار رفت. در نیمه قرن، این واژه برای بیماری مربوط به کودکان و اختلالی در رشد مطرح شد. لئو کانر^۵، روانشناس کودک، مقاله‌ای منتشر کرد و به توصیف وضعیت یازده کودک پرداخت که با وجود هوش زیاد، تمایل به تنها بودن و رفتارهای تکراری و وسواس گونه داشتند (عبدالرضا قره باغ و همکاران، ۱۴۰۰). روانشناس آمریکایی این اختلال را «اوتیسم اوایل کودکی» نام گذاشت. در سال ۱۹۸۰، بیماری اوتیسم اوایل کودکی با اوتیسم کودکی از اسکیزوفرنیای کودکی جدا شد و برای نخستین بار وارد لیست اطلاعات راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی شد. سال ۱۹۸۷، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نام اختلال اوتیسم را جایگزین اوتیسم کودکی کرد و چک لیستی برای تشخیص این اختلال ارائه داد؛ این نقطه آغازی برای تکاپوی روانشناسان به منظور کمک به کودکان اوتیستیک با استفاده از رفتاردرمانی بود.

اگرچه شیوع این اختلالات در سال ۱۹۷۸ حدود ۴ نفر از ۱۰,۰۰۰ نفر تخمین زده شده است، امروزه این میزان به حدود ۹۹-۹۴ نفر در هر ۱۰,۰۰۰ نفر تغییر یافته است. میزان شیوع این اختلال در آمریکا ۱/۶۸ درصد یا ۵۹ کودک از هر ۱۰۰ کودک گزارش شده است (تقی لو و همکاران، ۱۴۰۰). شیوع اوتیسم در ایران در ۹۵/۲ نفر در هر ۱۰,۰۰۰ کودک گزارش شده است.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در تعریف اوتیسم به سه مشخصه اصلی اشاره دارد که عبارت است از: ۱. نقص کیفی در تعامل اجتماعی؛ ۲. نقص در برقراری ارتباط؛ ۳. الگوهای رفتاری محدود، تکراری و کلیشه‌ای؛ این علائم قبل از ۳۶ ماهگی در فرد ظاهر می‌شود (عبدالرضا قره باغ و همکاران، ۱۴۰۰). تظاهرات بالینی این بیماری شامل اختلال در ارتباط، تعامل اجتماعی و علائق و رفتار است. کودک قادر به ایجاد ارتباطی هیجانی و گرم با دیگران نیست. علاقه‌ای به در آغوش گرفته شدن و بوسیدن ندارد و به دیگر کودکان علاقه‌مندی و توجهی نشان نمی‌دهد. همچنین رفتارهایش با اشیا و انسان‌ها تفاوت چندانی ندارد، از تماس چشمی خودداری می‌کند و مشکلاتی در گویش و زبان و ارتباط غیرکلامی دارد. برخی از بیماران توانایی‌های کلامی را به دست می‌آورند ولی این توانایی‌ها بعد از مدتی متوقف شده و پسرفت می‌کنند. در صورت آموختن زبان، ضمائم معکوس به کار می‌برند و سخنانشان مجموعه‌ای از کلمات تکراری و صحبتی یک‌طرفه است و نه یک مکالمه دوطرفه و تعاملی. بازی تخیلی، تقلیدی و نمادین ندارند و با اسباب بازی‌ها استفاده مرتبط با آن‌ها را انجام نمی‌دهند. رفتارهای غریب مانند بال زدن، پچیدن دست‌ها، چرخیدن به دور خود، روی پنجه راه رفتن و حرکات تکراری و قالبی دارند. حملات ناگهانی ترس و خشم بی‌دلیل در آن‌ها دیده می‌شود.

¹ Autism

² Autos

³ ism

⁴ Schizophrenia

⁵ Leo Kanner

ممکن است بسیار کم فعالیت یا برعکس پرفعالیت، بی‌قرار و بی‌توجه باشند، به خود و دیگران آسیب برسانند و پرخاشگری کنند. همچنین این افراد مشکلات بسیاری در خواب‌دارند (بذرافشان و صادقی، ۱۴۰۰).

روش پژوهش

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مروری بوده که بر اساس سؤال پژوهش «مشکلات کودکان طیف اوتیسم چیست؟». ابتدا کلیدواژه‌های اوتیسم، طیف اوتیسم، مشکلات اوتیسم، کودکان اوتیسم تا سال ۱۴۰۲ در بانک‌های اطلاعاتی Magiran، Google Scholar و سیویلیکا جستجو شد و مقالات مرتبط با موضوع پژوهش استخراج گردید. بعد از حذف مقالات تکراری، در دو مرحله مقالات مورد غربالگری قرار گرفتند. در مرحله اول عنوان و خلاصه مقالات موردبررسی قرار گرفت و آن‌هایی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. معیار ورود تمامی مقالاتی بودند که مشکلات شناختی افراد مبتلا به طیف اوتیسم را نشان می‌دادند. در مرحله دوم غربالگری، متن کامل مقالات وارد شده از مرحله قبل موردبررسی قرار گرفت و آن‌هایی که علی‌رغم اشاره مشکلات شناختی طیف اوتیسم، این مشکلات را در کودکان موردبررسی قرار ندادند از لیست مطالعات انتخاب شده، خارج شدند. پس از انتخاب مطالعات از مرحله قبل، تمامی مطالعات مرتبط را با دقت مطالعه نمودند و اطلاعاتی را که در پژوهش حاضر به آن نیاز داشتند را استخراج و سازمان‌دهی نمودند. نتایج حاصل از مروری بر مشکلات شناختی کودکان طیف اوتیسم در چندین طبقه دسته‌بندی شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که مشکلات متعددی کودکان مبتلا به اوتیسم را درگیر می‌نماید که به شرح زیر می‌باشد:

رفتارهای قالبی و کلیشه‌ای

یکی از حوزه‌های مورد آسیب در کودکان اوتیسم مربوط به رفتارهای قالبی و کلیشه‌ای می‌باشد. این کودکان نسبت به انتقال و تغییر مقاوم هستند، گاهی تغییرات به شدت آن‌ها را آزار می‌دهد؛ یعنی والدین متوجه می‌شوند آنچه به صورت یک کار یکنواخت بی‌ضرر آغاز می‌شود آن‌چنان ثابت می‌گردد که شدیداً بازندگی روزمره تداخل می‌کند. آن‌ها معمولاً به یک یا چندشی، به شدت وابسته می‌شوند. رفتارهای تکراری و قالبی کودکان اوتیسم هم شامل رفتارهای آسیب‌رسان و هم شامل رفتارهای خود تحریکانه می‌شود. رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌تواند رفتاری بسیار خطرناک و نمایشی باشد و در واقع وارد کردن صدمه جسمانی کودک به بدن خود است. شایع‌ترین این رفتارها شامل: کوبیدن سر و گاز گرفتن خود است. حرکات قالبی، اداو اطوار و شکلک درآوردن هنگامی بیشتر است که کودک به حال خود رها شود و در موقعیت سازمان‌یافته کمتر ظاهر شود؛ بنابراین به کارگیری مداخلاتی که بتواند میزان رفتارهای قالبی کودکان دچار طیف اوتیسم را کاهش دهد، ضروری به نظر می‌رسد. درمان‌های دارویی برای کاهش رفتارهای مخرب از جمله رفتارهای قالبی عمدتاً شامل رسپریدن و آریپیپرازول می‌شود با این حال تحقیقات اخیر نشان داده است، به کارگیری این داروها بر کودکان طیف اوتیسم از عوارض جانبی بیشتری نسبت به افراد عادی برخوردار است؛ بنابراین محققان به بررسی اثربخشی مداخلات غیر دارویی در این حیطه پرداخته‌اند. از جمله این موارد: مداخلات مبتنی بر مدیریت خود، مداخلات مبتنی بر تحرک، مداخلات مبتنی بر فنون شرطی‌سازی و تحلیل کاربردی رفتار و مداخلات رفتاری همه‌جانبه می‌باشد (عسگری و همکاران، ۱۳۹۹).

ضعف در تشخیص، ابراز و تنظیم هیجان

پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد، مشکلات متعدد کودکان با طیف اوتیسم، رفتاری است؛ به‌خصوص ضعف در تشخیص، ابراز و تنظیم هیجان از مشکلات اصلی این افراد است که در پژوهش‌های متعددی به آن اشاره شده است. تنظیم هیجان دامنه‌ای از مهارت‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که به فرد اجازه می‌دهد تا هیجان‌های خود را ابراز، تعدیل و مدیریت کند. تنظیم هیجان راهبردهایی است که به‌منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی به کار می‌رود. راهبردهای تنظیم هیجان شامل کنش‌هایی هستند که بیانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا یا اتفاقات ناگوار و تعامل موفقیت‌آمیز با محیط فیزیکی و اجتماعی هستند. بر اساس مدل گراس^۱، تنظیم هیجان شامل همه مهارت‌های آگاهانه و ناآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی برای پاسخ به یک محرک هیجانی به کار می‌رود و اشاره دقیقی به توانایی فهم هیجانات، تعدیل، تجربه و ابراز هیجان دارد. رابطه اختلال در تنظیم هیجان و نشانگان اختلال طیف اوتیسم و آسیب‌های اجتماعی-ارتباطی، رفتارهای تکراری و ناهنجاری‌های حسی در پژوهش‌های مختلف بررسی شده‌اند. نتایج نشان دادند کودکان با اختلال طیف اوتیسم، در مقایسه با کودکان دارای تحول بهنجار در تمامی بخش‌های تحولی، مشکلات بیشتری دارند. در این افراد، اختلال در تنظیم هیجان با ویژگی‌های اصلی اوتیسم به‌ویژه آسیب در رفتارهای اجتماعی، ارتباط زیادی دارد. همچنین مازوفسکی^۲ و همکاران (۲۰۱۳) نقش تنظیم هیجان را در اختلال طیف اوتیسم بررسی کردند و بر اساس یافته‌ها، برخی از مکانیسم‌های زیربنایی مانند انگیزتگی فیزیولوژیک، درجه عاطفه مثبت و منفی، تغییرات در امیگدال و قشر پیش پیشانی که به تنظیم هیجان ضعیف در اوتیسم منجر می‌شود، با دیگر جمعیت‌های اختلالات بالینی مشترک است؛ در حالیکه مکانیسم‌های دیگر نظیر تفاوت در پردازش اطلاعات، عوامل شناختی و رفتار هدفمند، ویژه اختلال اوتیسم است. امروزه از روش‌های درمانی مختلفی نظیر مداخله به‌موقع، تحلیل رفتار کاربردی، داستان‌های اجتماعی، یکپارچگی حواس، هنر درمانی، سیستم ارتباط بر مبنای مبادله تصویر و دارودرمانی و موسیقی درمانی برای کودکان با اختلال طیف اوتیسم استفاده می‌شود (تقی لو و همکاران، ۱۴۰۰).

مشکلات اجتماعی

کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در معرض مشکلات اجتماعی هستند. این کودکان در مقایسه با همسالان با تحول بهنجار، مشکلاتی در پردازش اطلاعات اجتماعی، اختلال دیدگاه‌گیری، عملکرد اجتماعی و بازی، جهت‌گیری اجتماعی، توجه پیوسته، درک احساسات، شریک شدن در احساسات دیگران و تقلید، اختلال در بیان غیرکلامی عواطف، حل مشکل اجتماعی و بیان رفتارهای اجتماعی دارند. مشکلات هیجانی اجتماعی یکی از ملاک‌های تشخیص افتراقی کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم از سایر افراد با دیگر اختلالات فراگیر تحولی است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۸).

اختلالات خواب

¹ Gross

² Mazofskb

خواب یک دوره استراحت طبیعی مغز و بدن است که معمولاً در این حالت چشم‌ها بسته و هوشیاری به‌طور کامل یا جزئی از بین می‌رود. حدود یک‌سوم زندگی انسان‌ها در خواب می‌گذرد. خواب کافی یک نقش حیاتی در رشد حرکتی، ذهنی و شناختی کودکان و بزرگسالان دارد. مشکلات خواب شناخته‌شده در کودکان با نیازهای خاص، معلولین و افراد دارای شرایط خاص پزشکی شیوع بیشتری دارد. کودکان مبتلا به اوتیسم نیز مستعد اختلال خواب هستند. اختلال خواب و خواب‌آلودگی روزانه ممکن است، علائم و رفتارهای کودک مبتلا به اوتیسم را تشدید کند. با توجه به شیوع بالای مشکلات خواب در کودکان مبتلا به اوتیسم درمان مؤثر در این کودکان ضروری است. بسیاری از رفتارهایی که کودک مبتلا به اوتیسم دارد؛ مثل حساسیت بیش‌ازحد به محرک‌های طبیعی، رفتارهای تکراری، مشکل در درک اجتماعی و غیره به‌احتمال زیاد به بروز اختلال خواب در این کودکان کمک می‌کند. رویکردهای رفتاری سبب بهبود در شروع خواب می‌شود. این رویکردها شامل رفتارهایی است که سبب آسان‌تر به خواب رفتن و در خواب ماندن می‌شود. مطالعات متعددی روش‌های غیرمستقیم آموزش همانند قصه‌گویی، تئاتر، ایفای نقش، نقاشی و رسانه‌های تصویری را از طریق ایجاد یک تجربه مؤثر را یادگیری می‌دانند (صاحب‌الزمانی و حسین پور، ۱۴۰۱).

ضعف در بازشناسی چهره

چهره یکی از محرک‌های پیچیده بینایی است. علی‌رغم تمامی تغییرات خصوصیات استاتیک و دینامیک چهره، اکثر انسان‌ها قادر به تشخیص چهره و استخراج اطلاعات از آن می‌باشند. مطالعه لنگدل^۱ نشان داد که روند اختلال پردازش صورت در بیماران مبتلا به اوتیسم با سن متوسط ۹-۱۴ سال، هنگامی خود را به‌طور مشخص بروز می‌دهد که قسمت‌هایی از چهره پوشانده شود. در این حالت افراد مبتلا به اوتیسم بیش از گروه شاهد به نواحی دهانی توجه می‌کنند و عملکرد آن‌ها نسبت به گروه شاهد در بازشناسی چهره بر مبنای ناحیه چشم‌ها، خصوصاً در بیماران کم سن و سال، پایین‌تر است. مطالعات پلفری^۲ و همکاران نیز نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اوتیسم برای توجه و شناخت هیجانات از ناحیه دهان بیشتر از ناحیه چشم استفاده می‌کنند. مجموع مطالعات انجام‌شده در این زمینه دلالت بر این نکته دارد که بیماران مبتلا، به کمک ترکیبات دیگری از چهره اطلاعات صورت را پردازش می‌کنند که با روند موجود در افراد طبیعی فرق می‌کند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۲). مطالعات اخیر ردیابی چشم، از جمله مطالعه پلفری، نشان داد که بیماران مبتلا، مدت‌زمان بیشتری از زمان نگاه کردن را به نواحی خارجی صورت اختصاص می‌دهند تا نواحی مرکزی آن و بیشترین کاهش زمانی مربوط به زمان صرف شده در ناحیه چشمی است. در ۱۹۹۲ لوئیز و همکاران نشان دادند که در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، بازشناسی چهره با تأخیر بیشتری نسبت به گروه شاهد و سایر تحریکات بینایی انجام می‌گیرد (کیانی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتیجه‌گیری

¹ Langdell

² Pleptry

نتایج مطالعه حاضر نشان داد کودکان مبتلابه اوتیسم مشکلات متعددی از جمله رفتارهای قالبی و کلیشه‌ای، ضعف در تشخیص، ابراز و تنظیم هیجان، مشکلات اجتماعی، اختلالات خواب و ضعف در بازشناسی چهره را نشان می‌دهند. با توجه به شیوع این اختلال در سطح جهان و ایران، توجه به درمان و کنترل مشکلات این کودکان حائز اهمیت است. این کار را به‌وسیله روش‌های درمانی دارویی و درمان‌های روان‌شناختی می‌توان انجام داد که با توجه به عوارض جانبی دارودرمانی در این کودکان، درمان‌های روان‌شناختی از جمله رفتاردرمانی، مداخله به‌موقع، تحلیل رفتار کاربردی، داستان‌های اجتماعی، یکپارچگی حواس، هنر درمانی و سیستم ارتباط بر مبنای مبادله تصویر درمان‌های جایگزین بهتری برای کودکان مبتلابه اوتیسم هستند.

مسلماً نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند برای کودکان مبتلابه اوتیسم، خانواده و به‌ویژه مادران این کودکان و مربیان آموزش کودکان اوتیسم مفید واقع شود و زمینه بهبود علائم ذکرشده را در آنان کاهش دهد.

منابع

- بذرافشان، امیر؛ صادقی، لیلا (۱۴۰۰). بررسی عوامل جمعیت شناختی موثر در اختلال طیف اوتیسم، مجله علوم پزشکی صدرا، ۹(۳)، ۲۴۰-۲۳۱.
- تقی‌لو، فاطمه؛ کاشانی وحید، لیلا؛ وکیلی، سمیرا (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه آموزش آواخوانی ریتیک بر تنظیم هیجان نوجوانان با اختلال طیف اوتیسم، نشریه توانمند سازی کودکان استثنائی، ۲، ۳۲-۲۳.
- رضایی دهنوی، صدیقه؛ دهقانی، اکرم؛ رشیدی، سمیه؛ شجاعی، ستاره (۱۳۹۸). تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با اختلال طیف اوتیسم، فصلنامه سلامت روان کودک، ۶(۱)، ۱۰.
- صاحب‌الزمانی، محمد؛ حسین‌پور، مهروش (۱۴۰۱). بررسی تاثیر آموزش قصه‌گویی به والدین بر اختلالات خواب کودکان مبتلابه اوتیسم مراجعه کننده به مرکز اوتیسم تهران سال ۱۳۹۷، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۹(۳)، ۱۰-۱.
- عبدالرضا قره‌باغ، زهرا؛ فتحی، افسانه؛ طبرسی، بهشته (۱۴۰۰). بررسی تأثیر آموزش توانمندسازی خانواده بر اضطراب والدین کودکان مبتلابه اختلال طیف اوتیسم، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱(۱)، ۶۰.
- عسگری، پرویز؛ کریمی، سارا؛ حیدری، علیرضا (۱۳۹۹). اثر تعامل همه‌جانبه بر رفتارهای قالبی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳، ۲۱۷۵-۲۱۶۵.
- کیانی، آرزو؛ شهریور، زهرا؛ تهرانی دوست، مهدی؛ مختاری حبشی، غلامرضا (۱۳۹۲). توانایی بازشناسی چهره در همشیره‌های کودکان مبتلابه اوتیسم، مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره ۱۰، صفحه ۸۳۰-۸۲۳.