

جلسه ۴ : چگونه با دستکاری پیامدها، رفتار نامناسب را تغییر دهیم

◀ تشویق رفتار

◀ خاموش‌سازی

◀ تنبیه

جلسه ۵ : چگونه رفتار جدید را تقویت کنیم

◀ راهنمایی کردن

◀ شکل‌دهی

◀ زنجیره‌سازی

جلسه ۶ : مشکلات ارتباطی در کودکان دچار اتیسم دارای کلام

◀ کودکان دارای کلام

◀ چگونه این مشکلات زبانی رفتار کودکان دارای کلام را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟

جلسه ۷ : مشکلات ارتباطی در کودکان فاقد کلام

◀ کودکان فاقد کلام

◀ چگونه این مشکلات زبانی رفتار کودکان فاقد کلام را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟

◀ بهبود ارتباط غیرکلامی با استفاده از روش‌های ارتباطی مکمل

◀ چگونه ارتباط را تقویت کنیم

◀ ارتباط را آغاز کنیم؛ ایده‌هایی برای شروع تعامل ارتباطی در کودکان کم سن

جلسه ۸ : نارسایی ارتباطی در اتیسم

◀ درمان

◀ رویکردهای درمانی برای کودکان کم سن

◀ رویکردهای درمانی برای کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان

جلسه ۹: چگونگی بازی و کار با یکدیگر

◀ اهمیت بازی

◀ چگونه توجه کودک خود را جلب کنید

◀ افزایش تماس چشمی، توجه و ادامه یک تکلیف، به خاطر آوردن ...

جلسه ۱۰: نقد و بررسی برنامه - گام بعدی چیست؟

جلسات انفرادی (۱۰ جلسه)

جلسه ۱: جلسه آموزشی با تمرکز بر رشد و نشانه‌های رفتاری فرزند شما

جلسه ۲: مسائل والدین بعد از تشخیص

جلسه ۳: شناخت و مدیریت رفتار مشکل‌ساز

جلسه ۴: چگونه با دستکاری پیامدها، رفتار نامناسب را تغییر دهیم

جلسه ۵: چگونه رفتار جدید را تقویت کنیم

جلسه ۶: مشکلات ارتباطی در کودکان دچار اتیسم دارای کلام

جلسه ۷: مشکلات ارتباطی در کودکان فاقد کلام

جلسه ۸: نارسایی ارتباطی در اتیسم

جلسه ۹: چگونگی بازی و کار با یکدیگر

جلسه ۱۰: نقد و بررسی برنامه - گام بعدی چیست؟

جلسات دامنه وسیعی از موضوعات را پوشش می‌دهند. هر موضوع شامل دو جلسه می‌شود (یک جلسه گروهی و یک جلسه انفرادی برای خانواده).

بعد از هر جلسه گروهی یک جلسه انفرادی خانواده است که به شما اجازه می‌دهد موضوع را در ارتباط با خودتان، کودک و خانواده‌تان مورد بررسی قرار دهید.

دو جلسه اول برنامه را معرفی می‌کند و بر آموزش بیشتر شما درباره اتیسم تمرکز دارد و در جلسات انفرادی فرصتی فراهم می‌شود تا در مورد اینکه اتیسم به طور خاص چگونه بر فرزند شما اثر گذاشته است بحث شود.

جلسات بعدی مسائل مهمی از قبیل واکنش والدین به تشخیص اتیسم درمورد فرزندشان و نحوه‌ی کنار آمدن و مدیریت اندوه و استرس ناشی از آن را مورد بررسی قرار می‌دهند.

جلسات ۳ تا ۵ بر چگونگی مدیریت رفتار مشکل‌ساز و آموزش مهارت‌های جدید تمرکز دارند. هر هفته در جلسات گروهی جنبه‌های جدید مدیریت رفتار و آموزش مهارت‌ها معرفی خواهند شد و در جلسات انفرادی مباحث مطرح شده در جلسات گروهی مجدداً به‌طور مستقیم در ارتباط با هر کودک و خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرند.

فصل‌های ۶ تا ۹ بر مشکلات ارتباطی، اجتماعی و توجه مرتبط با اتیسم و کارهایی که در ارتباط با آنها می‌توان انجام داد تمرکز دارند. باردیگر جلسات انفرادی آن‌چه را در جلسات گروهی بحث شده است را با نیازهای خاص فرزند شما مرتبط می‌کنند.

جلسه ۱۰ به مرور برنامه می‌پردازد و فرصتی برای والدین فراهم می‌آورد تا برنامه را ارزیابی کنند و به متخصصین بازخورد دهند.

اهداف

فراهم آوردن فرصتی برای والدین برای:

- ◀ یادگیری بیشتر درباره اتیسم و چگونگی تاثیر آن بر کودکان
- ◀ صحبت درباره اتیسم و چگونگی تاثیر آن بر کودک و خانواده او
- ◀ یادگیری بیشتر درباره شناخت و مدیریت مشکلات عاطفی و رفتاری کودک
- ◀ یادگیری چگونگی آموزش مهارت‌های جدید به کودکان
- ◀ یادگیری بیشتر در رابطه با ارتباط مناسب با کودک
- ◀ شناخت بهتر درباره خدمات و منابع اجتماعی در دسترس برای کودکان دچار اتیسم و خانواده‌های آن‌ها.

قوانین گروه

- ◀ شرکت کنندگان باید وقت‌شناس و خوش قول باشند
- ◀ تمام مباحث مطرح شده در جلسات به صورت خصوصی باقی خواهد ماند و جایی بازگو نخواهد شد.
- ◀ همه شرکت کنندگان حق صحبت و اظهار نظر دارند.

◀ وقتی کسی صحبت می‌کند دیگران نباید حرف او را قطع کنند.

◀ جلسات در زمان تعیین شده به پایان خواهد رسید.

موضوع بحث: اتیسم

اتیسم چیست؟

اتیسم یک اختلال عصبی تکاملی است و با مجموعه ویژگی‌های رفتاری و رشدی مشخص می‌شود.

ویژگی‌های اصلی اتیسم شامل نارسایی در سه حوزه اصلی عملکرد می‌باشند:

◀ تعامل اجتماعی

◀ ارتباط

◀ بازی و رفتار (الگوهای محدود، تکراری و کلیشه‌ای در رفتار، علائق و فعالیت‌ها)

(انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)

اولین بار کانر^۱ این ویژگی‌های اصلی را در مقاله خود در سال ۱۹۴۳ توصیف کرد که در آن به معرفی ۱۱

کودک با الگوی متمایزی از نشانه‌ها پرداخته است:

◀ ناتوانی در برقراری ارتباط با افراد و موقعیت‌ها

◀ عدم موفقیت در استفاده از زبان به منظور برقراری ارتباط

◀ تمایل وسواس‌گونه برای یکسانی در محیط.

راهنمای تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی-ویراست چهارم (DSM-IV) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،

۱۹۹۴) بر این نکته تاکید می‌کند که نشانگان ممکن است در طول زندگی تغییر کند و مشکلات رفتاری

می‌توانند در دامنه‌ای از نقایص شدید تا خفیف قرار بگیرند.

چه چیزهایی باعث اتیسم می‌شوند؟

دلیل اتیسم ناشناخته است. اتیسم یک عارضه زیستی است که احتمالاً به دلیل چند علت همزمان به وجود

می‌آید نه یک دلیل خاص. اتیسم خود را در ۳۰ ماه نخست زندگی نشان خواهد داد و در سرتاسر زندگی فرد را

تحت تاثیر قرار می‌دهد.

تاریخچه‌ای مختصر

در دهه ۱۹۵۰ و اوایل ۱۹۶۰ برخی افراد (مانند بتلهایم^۱، ۱۹۶۷) عنوان می‌کردند که اتیسم یک انزوای طبیعی اسکیزوفرنیک از واقعیت است و از مراکز اقامتی برای کودکان و جدا کردن آن‌ها از خانواده‌هایشان حمایت می‌کردند. والدین بی‌عاطفه و طردکننده به‌عنوان مسبب رفتارهای مربوط به اتیسم در فرزندانشان شناخته می‌شدند و برنامه‌های جداسازی به عنوان وسیله‌ای برای خنثی کردن رفتارهای مربوط به اتیسم و قرار دادن رفتارهای مناسب در سر جای خود دیده می‌شدند. درمان شامل روان‌درمانی انفرادی با کودکان دچار اتیسم و تلاش برای تغییر والدین و آگاه کردن آن‌ها از نقش خود در ایجاد عارضه فرزندشان می‌شد. بتلهایم (۱۹۶۷) به این کودکان به عنوان «دژ خالی^۲» اشاره می‌کرد. این نظریه «روانزاد» و رویکردهای درمانی آن به دلیل اینکه توسط مطالعات مروری و اصولی حمایت نشدند دیگر مورد توجه قرار نگرفتند.

در دهه ۱۹۷۰، پژوهش‌های جدید نقایص شناختی پایه‌ای و بدکاری ساختمان مغز را مورد تاکید قرار دادند. این مسئله به عنوان نظریه «سرشت^۳» در سبب‌شناسی اتیسم شناخته شد و اکثر شواهد به یک نارسایی عصب‌شناختی (مغزی) در کودکان دچار اتیسم اشاره کرده‌اند.

تایید تاثیرات عوامل ژنتیک بر اتیسم از پژوهش فالستین و راتر^۴ (۱۹۷۷) ناشی می‌شود؛ آن‌ها در پژوهش خود ۲۱ جفت دوقلوی هم‌جنس را که یک یا هر دو آن‌ها دچار اتیسم بودند مورد بررسی قرار دادند. نحوه دقیق انتقال ارثی این اختلال هنوز نامشخص است، اما مطالعات بعدی به احتمال اینکه چندین ژن در ایجاد زمینه زیستی برای اتیسم دخالت دارند اشاره می‌کنند.

در حال حاضر درباره سبب‌شناسی اتیسم چه می‌دانیم

تحقیقات انجام شده در طول ۴۰ سال گذشته موضوعات مختلفی را در سبب‌شناسی اتیسم مشخص کرده است. نظریه علیت روانزاد دهه ۱۹۵۰ از شواهد کافی برخوردار نبود و به کنار گذاشته شد. شواهد گوناگون مشخص کرده است که اتیسم یک اختلال عصبی-رشدی است که شامل نارسایی‌هایی در فرایندهای شناختی زیربنایی و پردازش اطلاعات، احساسات، ارتباط و مهارت‌های اجتماعی ایجاد می‌شود. پرسش‌های زیادی

1. Bettelheim

2. Empty fortress

3. Nature

4. Folstein and Rutter

درباره آسیب‌شناسی عملکرد اعصاب بدن (neuropathophysiology) در اتیسم و نحوه اثرگذاری ژن‌ها بی‌پاسخ باقی مانده است.

عارضه‌های پزشکی مرتبط

ارتباط متداولی بین اتیسم و تعدادی از عارضه‌های پزشکی که مغز را تحت تاثیر قرار می‌دهند وجود دارد، مانند:

- ◀ آسیب‌های قبل یا هنگام زایمان، (neonatal asphyxia)
 - ◀ برخی بیماری‌های مغزی اکتسابی خاص و ناهنجاری‌های مغزی
 - ◀ اختلالات متابولیک مانند (histidinemi) و سندرم لش-نیهان^۱
 - ◀ مشکلات ژنتیک و ناهنجاری‌های کروموزومی شامل ایکس شکننده، سندرم ویلیامز و ...
- ◀ صرع

از همه مهمتر احتمال خطر ۳۰ درصدی برای وقوع حمله صرع در طول کودکی تا اوایل بزرگسالی وجود دارد. اکثر افراد دچار اتیسم ناهنجاری‌های غیر اختصاصی در فعالیت‌های الکتریکی مغز دارند که در نوار مغز (EEG) نشان داده می‌شوند.

برخی عارضه‌های پزشکی دیگر که منجر به ناتوانایی‌های هوشی می‌شوند، به ندرت با اتیسم مرتبط هستند که از آن میان می‌توان به سندرم داون و فلج مغزی اشاره کرد. ماهیت و چگونگی ارتباط بین اتیسم و عارضه‌های مختلف عصبی-زیستی دیگر هنوز جای بررسی دارد.

تشخیص اتیسم

از آنجاییکه علت اتیسم ناشناخته است، تشخیص متکی بر تطبیق الگوهای رفتاری و رشد کودک با معیارهای تشخیصی است. اتیسم معمولاً در اوایل کودکی پدیدار می‌شود و به طور قابل اطمینانی می‌توان آن را از دو سالگی تشخیص داد. در سال ۱۹۸۰ راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-III) اصطلاح تشخیصی اختلال رشدی فراگیر (PDD) را برای گروهی از اختلال‌های رشدی شامل اتیسم که با ناهنجاری‌ها و عملکرد نامناسب در تمامی حوزه‌های اجتماعی، شناختی، هیجانی و زبان نمود پیدا می‌کنند ارائه کرد. این نارسایی‌ها از چند سال اول زندگی وجود داشتند.

راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی- ویرایش چهارم (DSM-IV) پنج طبقه از اختلال‌های رشدی فراگیر را در خود جای داده است:

- ◀ اختلال اتیسم
- ◀ اختلال اسپرگر
- ◀ اختلال رت
- ◀ اختلال از هم‌پاشنده کودکی
- ◀ اختلال رشدی فراگیر-تصریح نشده

شیوع اتیسم چه مقدار است؟

برآوردهای مختلفی از شیوع اتیسم در طول ۳۰ سال گذشته انجام شده است. شیوع اتیسم در مطالعات منتشر شده بین سال‌های ۱۹۶۶ و ۱۹۹۱، ۴.۴ در هر ۱۰.۰۰۰ نفر بود. مطالعات جدید با روش‌های بسیار دقیق معمولاً نرخ شیوع اتیسم را حدود ۱۰ در ۱۰.۰۰۰ گزارش کرده‌اند. این مسئله نشان می‌دهد که شیوع اتیسم رو به افزایش است؛ افزایش آگاهی اجتماعی و ارزیابی به همراه آموزش‌های تشخیصی می‌تواند باعث افزایش نرخ شیوع شده باشد. در برخی موارد طرح تحقیق و روش‌شناسی ممکن است باعث افزایش نرخ شیوع به دست آمده باشد.

گزارش‌ها درباره افزایش نرخ شیوع اتیسم این مسئله را مطرح می‌کند که آیا اتیسم ناشی از برخی از عوامل خطرزای محیطی است یا عوامل دیگر. گزارش‌هایی درباره ارتباط بین شروع اتیسم و اجرای واکسیناسیون ام.ام. آر وجود دارد. مطالعات متعددی که اخیراً انجام شده هیچ ارتباطی نیافته‌اند. ارتباط بین اتیسم و ام.ام.آر تا به امروز توسط هیچ پژوهش جدی به اثبات نرسیده است. اخیراً تیمدارش و ولکمار^۱ (۲۰۰۳) درباره سطح بالای جیوه در کودکان دچار اتیسم و استفاده از (thimerosal) در واکسن‌ها بحث کرده‌اند. فرض بر این است که تأثیرات مسموم‌کنندگی اعصاب جیوه مشکلات عصبی-رشدی در کودکان آسیب‌پذیر ایجاد می‌کند. هیچ مدرکی دال بر اینکه کودکانی که در معرض هر نوع منبعی از جیوه قرار گرفته‌اند بیشتر دچار اتیسم می‌شوند وجود ندارد. علاوه بر این از اوایل دهه ۱۹۹۰ (thimerosal) از واکسن‌ها در آمریکا، کانادا و ژاپن حذف شده است با این وجود نرخ شیوع اتیسم از ن زمان افزایش پیدا کرده است.

1. Tidmarsh and Volkmar

درباره طبقه اجتماعی، نژاد و جنسیت چگونه؟

فومبن (۲۰۰۳) گزارش می‌کند که مطالعات همه‌گیرشناسی جدید در حمایت از نظریه اولیه کانر که طبقه اجتماعی و سطح آموزش‌های والدین با اتیسم مرتبط بوده است با شکست مواجه شده‌اند. نرخ شیوع اتیسم در همه جای دنیا و در همه نژادها مشابه است. اتیسم تقریباً در پسرها ۴ برابر بیشتر از دخترها شایع است. علیرغم این برتری در جنس مذکر، هیچ دلیل ثابت شده‌ای برای توجیه این نسبت جنسیتی وجود ندارد اما ممکن است با کروموزوم X مرتبط باشد.

ارزیابی

از معیارهای تشخیصی DSM-IV مشخص است که تشخیص نیازمند یک ارزیابی گسترده و چندجانبه است، این ارزیابی شامل موارد زیر می‌شود:

- ◀ تاریخچه رشدی و خانوادگی
- ◀ مشاهده رفتار و تعامل کودک با دیگران
- ◀ ارزیابی پزشکی شامل انجام آزمون‌هایی برای دلایل شناخته‌شده تاخیر رشدی (مانند تحلیل کروموزوم) و ارزیابی‌های شنوایی
- ◀ ارزیابی شناختی با استفاده از آزمون‌های مناسب مانند نیمرخ روانی آموزشی-تجدید نظر شده (PEP-R) (شاپلر و همکاران، ۱۹۹۰) و آزمون وکسلر پیش‌دبستانی-تجدید نظر شده (WPPSI-R)
- ◀ یک ارزیابی زبانی ساختاردار
- ◀ استفاده از ابزارهای ارزیابی ساختاردار مانند ADI-R و ADOS. پر کردن مقیاس‌های اندازه‌گیری توسط متخصصین (مانند مقیاس درجه‌بندی اتیسم کودکی (CARS)) و پر کردن چک‌لیست‌ها توسط والدین و معلمین (مانند چک‌لیست رفتار رشدی (DBC)).
- ◀ دادن بازخوردهای جامع و دقیق به والدین و مراقبین درباره تشخیص به عنوان اولین گام در ایجاد یک برنامه مداخله و ارائه خدمات.