

## فصل ۳

# اختلالات طیف اتیسم: دیدگاه طول عمر (فراخنای زندگی) (lifespan perspective)

### مقدمه

مسائل موجود در طول زندگی (lifespan issues) افراد مبتلا به اختلالات طیف اتیسم (ASDs) از اهمیت روز افزونی برخوردار اند. اعمالی مانند برنامه ریزی گذار (transition) در آموزش متوسطه، پشتیبانی از زندگی مستقل در جامعه و اشتغال، و پشتیبانی های آموزش های عالی، اعمالی رایج در در زندگی این افراد به شمار می روند. تشکیل کمیسیون اعتباربخشی امکانات توانبخشی (CARF) استانداردهای اتیسم در سال ۲۰۰۷، با تأکیدی که بر روی حدود نیمی از استانداردهای مربوط به درجه‌ی هدایت کارهایی مانند انتقال و برنامه ریزی طولانی مدت زندگی برای مصرف کنندگان داشت، بازتابی از اهمیت این مسائل می باشد.

عوامل متعددی به افزایش اهمیت مسائل رشدی در طول زندگی افراد مبتلا به ASD کمک می کنند. اول اینکه، جنبش نهادینه زدایی (deinstitutionalization movement) برای افراد دارای ناتوانی های رشدی، دسترسی بیشتری را به خدمات مبتنی بر جامعه و ترتیبات زندگی (living arrangements) فراهم کرد که با افزایش همزمان امید به زندگی همراه بود (میرز و بالچر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷؛ شلتزر و کراس

---

<sup>5</sup> Meyers and Balcher

<sup>۱</sup>(۱۹۸۷). متعاقباً، مشکلات اواخر زندگی که به پیری و ناتوانی رشدی مربوط می شوند، در زمینه ی پژوهش ها، مسائل مربوط به سیاست، و توسعه برنامه، توجه بی سابقه ای را به خود معطوف کرده اند (بیگ بی <sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ مک کالیون و مک کارون <sup>۳</sup> ۲۰۰۳). دوم اینکه، پشتیبانی ها و قوانین آموزشی مانند قانون تحصیل افراد دارای ناتوانی (IDEA) و اصلاحات سال ۱۹۹۷ دسترسی به خدمات آموزشی موثر را تسهیل کرده اند (آمینو <sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). امروزه، احتمال اینکه دانش آموزان، آموزش موثر و ادغام معنی دار در محیط آموزشی عمومی را تجربه کنند، از همیشه بیشتر است (زاگر <sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). سوم اینکه، برنامه های مداخله ی رفتاری فشرده و زود هنگام، اغلب با بهبود قابل توجهی در مهارت های اجتماعی، زبانی و استعداد تحصیلی کودکان مبتلا به ASDS و زیر مجموعه ی افراد دارای عملکرد در حد متوسط، همراه هستند (هریس <sup>۶</sup>، ۱۹۸۶؛ لاواس <sup>۷</sup>، ۱۹۸۷؛ مک ایپین و همکاران <sup>۸</sup>، ۱۹۹۳).

هدف این فصل برجسته کردن اهمیت رویکرد طول عمر به زندگی افراد مبتلا به ASD و مرور مشکلات و پشتیبانی های فراهم شده در زمان های مهم در طول زندگی این افراد است. به این منظور، ابتدا مقدمه ای بر نظریه های رشدی طول عمر ارائه شده و سپس نتایج و شواهد مرور گردیده و در پایان نگرانی ها و موفقیت های معمول در دوره های رشدی اصلی، مورد بررسی قرار گرفته اند. از آن جا که در بسیاری از متون و مرورهای جامع، اوایل دوران کودکی مورد بررسی قرار گرفته اند (ولکمار و همکاران <sup>۹</sup>، ۲۰۰۵؛ زاگر، ۲۰۰۵)، در این فصل تمرکز بر روی دوره های حساس رشدی است که کمتر بررسی شده اند، یعنی دوران نوجوانی، جوانی و بزرگسالی.

### نظریه های طول عمر

بسیاری از نظریه های روانی، که به عنوان نظریه های طول عمر شناخته می شوند، اذعان کرده اند که وقتی افراد در طول زندگی خود با تکالیف، چالش ها، و موقعیت های جدید روبه رو می شوند، شخصیت آن ها دستخوش تغییر و رشد می شود (اسمیت و بالتس <sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹). پاول بالتس که نظریه پرداز طول عمر با نفوذی است، رویکرد طول عمر رشدی را مجموعه ای از دیدگاه های نظری در تلاش برای توصیف و درک الگوهای رشد و تغییر در تمام طول زندگی، تعریف می کند (بالتس، ۱۹۸۷؛ بالتس و اسمیت،

<sup>1</sup> Seltzer and Krauss

<sup>2</sup> Bigby

<sup>3</sup> McCallion and McCarron

<sup>4</sup> Annino

<sup>5</sup> Zager

<sup>6</sup> Harris

<sup>7</sup> Lovaas

<sup>8</sup> McEachin et al.

<sup>9</sup> Zager

<sup>10</sup> Smith and Baltes

۲۰۰۴). نظریه های طول عمر اغلب به دنبال درک خط سیرهای رشدی عمومی و همچنین جنبه های بافت محیطی هستند که ممکن است در زمان های مختلف در طول دوره ی زندگی تغییر کرده، بر مسیر رشدی تاثیر بگذارند و نتایج رشدی را بهبود بخشند.

از اریک اریکسون<sup>۱</sup> به خاطر طرح "مراحل روانشناسی" که از کودکی تا پیری را در بر می گرفت، اغلب به عنوان اولین نظریه پرداز طول عمر نام برده می شود (اریکسون، ۱۹۵۰، ۱۹۵۹). نظریه ی رشد او بر اهمیت تکالیف اجتماعی خاص هر مرحله که باعث تسهیل رشد بین فردی می شوند و نیز اهمیت دوره های گذار بین این مراحل، تاکید می کند. هر نقطه ی گذار توسط تغییر در ارزش ها، اهداف و فعالیت های اجتماعی اولیه، مشخص می شود (پاپالیا و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). به عنوان مثال، دوره ی نوجوانی به واسطه ی بروز تغییرات فیزیکی همراه بلوغ و ایجاد روابط و ارزش های اجتماعی متفاوت (اما تاثیر گرفته) از ارزش های والدین، متمایز می شود. دوره ی جوانی (سن ۲۰ تا ۴۰ سال) توسط تغییر در ارزش ها و فعالیت در جهت تشکیل نسل بعدی خانواده ی اصلی و تسلط بر نقش های همسری و پدر/مادری، مشخص می شود. در نهایت، اواخر زندگی (۶۵ سال و بالاتر) از طریق ارزیابی مجدد در نحوه ی استفاده از زمان، و جستجو برای یافتن معنا در زندگی بر اساس اندیشیدن به نقش خود در زندگی دیگران و به طور کلی جامعه، مشخص می شود.

شارلوت بوهرلر<sup>۳</sup> (۱۹۳۳، ۱۹۶۸)، به عنوان محققی بافت گرا، این مفهوم را عنوان کرد که افراد اهداف شخصی خود را بر اساس بافت خاص خود شکل می دهند و همواره بر اساس بافت ها و توانایی های متغیر خود، اهداف جدیدی را تعیین می کنند. در این نظریه، او به جای در نظر گرفتن مسیر زندگی واحد برای همه، اهمیت تفاوت های فردی در برنامه ریزی، تعیین آرمان ها، و دستاوردها را مورد تاکید قرار داد. در نهایت، سانسون و برگ<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) مدل "طول عمر فعال شده"، را که نسخه ی بسط یافته ی رویکرد بافت گراست، مطرح کرده و ادعا می کند که افراد تنها منابع شخصی و مشخصه های بافتی در لحظات مرتبط در طول زندگی خود را در طول زندگی به کار می گیرند. این نظریه بر اهمیت ایجاد بافت هایی در زندگی فرد تاکید می کنند که تسهیل کننده ی فرایندهای یادگیری و حل مسئله ی موثر باشند.

به طور خلاصه، نظریه های طول عمر چند اصل را در راهنمایی فعالیت های برنامه ریزی مداخله ای و ارزیابی افراد مبتلا به ASD را مطرح می کنند. اول اینکه دوره های گذار خاص، زمان های مهمی برای برنامه ریزی و ترویج فراگیری مهارت های مهم در نقاط عطف اجتماعی بعدی در زندگی فرد هستند.

<sup>1</sup> Erik Erickson

<sup>2</sup> Papalia et al

<sup>3</sup> Charlotte Buhler

<sup>4</sup> Sansone and Berg

دومین اصل این است که تعیین هدف ها و ادغام آرمان ها و علایق فردی باید با هدف ایجاد کیفیت معنادار از نتیجه ی زندگی در طول بزرگسالی، برنامه ریزی های آتی را جهت دهی کنند. و اصل پایانی این که، افراد باید در زمینه هایی قرار بگیرند که هم برای آن ها چالش برانگیز بوده و هم دربرگیرنده ی منابعی برای رفع این چالش ها باشند تا فرد بتواند به رشد خود در طول زندگی ادامه دهد.

### پیامد ها و حاصل عمر

رویکرد طول عمر رشدی، مبتنی بر این مفهوم است که رشد فردی در طول زندگی مسیری را طی می کند و عوامل مختلفی (به عنوان مثال، مداخله زودهنگام، عوامل انعطاف پذیری) می توانند بر روی این مسیر و نتایج متعاقب زندگی که فرد تجربه می کند، تاثیر بگذارند (شلترز و همکاران و، ۲۰۰۴؛ اسمیت و بالتس ۱۹۹۹). بنابراین، مطالعات، نتیجه ای معمولاً مستلزم بر شناسایی شرکت کنندگان دارای ویژگی ها یا تجارب خاص و دنبال کردن زندگی این افراد در فاصله های زمانی خاص هستند (تساتسانیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). متعاقباً، تحلیل گران تلاش می کنند تا متغیرهایی را شناسایی کنند که پیش بینی کننده ی نتایج مثبت هستند. اکثر مطالعات نتیجه ای، بر اساس میزان توانایی های ذهنی، بین افراد طیف اوتیسم، تفاوت قائل می شوند. داده های مربوط به افراد مبتلا به اوتیسم که "عملکرد بالاتری" دارند، اغلب با داده های مربوط به افراد مبتلا به اختلال اسپرگر که ناتوانی ذهنی ندارند، اشتباه گرفته می شوند (ونتور و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲). این گروه از افراد مبتلا به اوتیسم، اغلب با آن هایی که نمرات IQ زیر ۶۰-۷۰ (یعنی کم توانی ذهنی)، دارند و فعالیت هایی محدود به عدم گفتار، و تکرار رفتارهای مشکل آفرین از جمله پرخاشگری، آسیب به خود، کج خلقی و رفتارهای کلیشه ای دارند، مورد مقایسه قرار میگیرند (بوراک و ولکمار<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲؛ جانسون و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ کرایجر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). از این لحظه به بعد اصطلاحات "اوتیسم" و "اختلال اسپرگر" تنها زمانی استفاده می شوند که در مطالعاتی خاص تنها به بررسی یکی از این گروه ها پرداخته شود، و زمانی که زیرمجموع تشخیصی خاصی، مشخص نشده باشد، اصطلاح کلی ASDs به کار برده خواهد شد. به منظور شناسایی اثرات مداخلات، متغیرهای پیش بینی کننده مرتبط با نتایج بهتر یا ضعیف تر، و سطوح مختلف عملکرد در سنین مختلف، در چندین مطالعه به بررسی عملکرد های کودکان مبتلا به ASD پرداخته شده است (تساتسانیس، ۲۰۰۳). متأسفانه، در بسیاری از مطالعات، بررسی ها در فواصل پیگیری نسبتاً کوتاهی (۲ تا ۷ سال) پس از یک اتفاق خاص مانند تشخیص و یا اجرای مداخله دنبال

<sup>1</sup> Tsatsanis

<sup>2</sup> Ventner et al.

<sup>3</sup> Burack and Volkmar

<sup>4</sup> Johnson et al.

<sup>5</sup> Kraijer

می‌شوند (جانسدوتیر و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ سالوز و گراوپنر، ۲۰۰۵) به طوری که شرکت کنندگان هنوز کودک محسوب می‌شوند.

به عنوان مثال، ترنر و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) نتایج رشدی را ۷ سال پس از تشخیص اولیه در سن ۲ سالگی، مورد بررسی قرار دادند. در زمان پیگیری (سن ۹ سالگی)، بیشتر کودکان هنوز معیارهای ASD را داشتند و در مقایسه با ۱۶ درصد افرادی که در سن دو سالگی نمرات شناختی بالای ۷۰ به دست آوردند، در زمان پیگیری بیش از ۵۰ درصد توانستند به نمرات بالای ۷۰ دست یابند. عموماً در کودکانی که نتایج بهتری در آزمون بهره‌ی هوشی و زبانی، به دست آوردند، تشخیص در سنین پایین تری انجام شده بود و همچنین این کودکان نسبت به آن‌هایی که نتایج ضعیف تری بدست آوردند، جلسات گفتار درمانی و زبان درمانی بیشتری دریافت کرده بودند. بالاتر بودن نسبت افرادی که در این مطالعه، در مقایسه با مطالعات پیشین، به عملکرد ذهنی معمولی دست یافتند (استون و اوستلی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹)، بیانگر این موضوع است که بهبود نتایج کلی دستاورد کودکان می‌تواند با نتایج علمی و فکری مرتبط باشد. با این حال، این فاصله زمانی پیگیری، حتی اولین دوره‌ی گذار رشدی حساس (یعنی نوجوانی) و نیز شاخص‌های دیگر مهم معناداری نتایج را در بر نمی‌گیرد (به عنوان مثال، عملکرد اجتماعی).

برخی مطالعات نتیجه‌ای با تمرکز بر روی افراد مبتلا به ASD با عملکرد بالا، دوره‌ی بزرگسالی را مورد بررسی قرار داده‌اند. مطالعات اولیه بر روی بزرگسالان مبتلا به اسپرگر و اتیسم با عملکرد بالا، نشان دادند که حدود ۸-۲۲ درصد از افراد شاغل بوده و تعداد کمی آموزش‌های عالی را دنبال کرده یا به اتمام رسانده بودند، درحالی که اکثریت آن‌ها در خانه یا سازمان‌ها به زندگی خود ادامه می‌دادند (کانر<sup>۵</sup>، ۱۹۷۱؛ تانتام<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱). ونتنر و همکاران (۱۹۹۲) پیگیری ۸ ساله‌ای را، بر روی ۵۸ کودک مبتلا به اتیسم عملکرد بالا (IQ متوسط = ۸۰) در دوره‌ی بلوغ و بزرگسالی، انجام دادند. در زمان پیگیری، از ۲۲ شرکت کننده‌ی بزرگسال، ۶ نفر مشغول به کار بودند، ۱۳ نفر در برنامه‌های مدرسه‌ای یا اشتغال پشتیبانی شده یا تحت نظارت شرکت می‌کردند و ۳ نفر بیکار بوده و در حال تحصیل نیز نبودند. هیچ یک از این افراد ازدواج نکرده بودند و تنها دو نفر زندگی مستقل داشتند. افراد شاغل در شغل‌های دست پایین در حرفه‌های خدماتی کار می‌کردند که عموماً از طریق پشتیبانی به دست آمده بود، و آنچه این گروه را از دیگران

<sup>1</sup> Jonsdottir et al.

<sup>2</sup> Sallows and Graupner

<sup>3</sup> Turner et al.

<sup>4</sup> Stone and Ousley

<sup>5</sup> Kanner

<sup>6</sup> Tantam

متفاوت می ساخت، توانایی های زبانی آن ها بود، که این امر نشان دهنده ی اهمیت مهارت های درکی و تحصیلی به عنوان اهداف سال های تحصیل است.

با مطالعات پیگیری دیگری که بر روی مبتلایان به ASD با عملکرد بالا در دوره ی بزرگسالی انجام شد، نتایج مشابه و تاحدودی بهتر به دست آمد. در این مطالعه مشخص شد که ۷-۵۰ درصد افراد به دنبال تحصیلات عالی، ۱۶-۵۰ درصد دارای زندگی نیمه مستقل و ۵-۴۴ درصد با درآمد کافی، شاغل بودند (هاولین و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ لارسن و موریدسن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ ماهوود<sup>۳</sup> و هاولینگ، ۱۹۹۹؛ رامسی و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵؛ زاتماری و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹).

### نوجوانی

نوجوانی به عنوان دوره شروع تا تکمیل بلوغ فیزیولوژیکی (یعنی سن بلوغ) تعریف شده و با افزایش تنوع هورمونی، جهش های رشدی سریع و رشد مشخصه های فیزیکی جنسی، نمود پیدا می کند (د رز و بروکس-گان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). بلوغ با وخامت رفتاری در حدود یک دهم تا یک سوم از نوجوانان مبتلا به ASDs همراه است، درحالیکه زنان و افراد دارای ناتوانی ها بیش از همه در معرض بروز این گونه رفتار ها هستند (گیلبرگ<sup>۷</sup>، ۱۹۸۴؛ نیکمیر و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). حداقل دو الگوی غیر معمول رشد بلوغی در زنان مبتلا به ASD شناسایی شده است. نیکمیر و همکاران به تازگی نمونه مقطعی از زنان مبتلا به ASDs را مورد مطالعه قرار داده و دریافتند که متوسط سن آن ها برای شروع قاعدگی به میزان قابل ملاحظه ای بیشتر از زنانی است که مبتلا به این اختلالات نیستند. آن ها این تفاوت را در موارد شدید (یعنی شروع قاعدگی در بالاتر از ۱۷ سالگی)، با تاثیر اندروژن های پدر و مادری (prenatal androgen) مرتبط دانستند. لی<sup>۹</sup> (۲۰۰۴) مشخصه های دو نوجوان مبتلا به اتیسم و اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) را توصیف کرد. این اختلال باعث شروع یا افزایش قابل توجه آشفستگی و رفتارهای مشکل آفرین در اولین قاعدگی شده و علائم مبتلا به اتیسم (به عنوان مثال، کلیشه ها، حساسیت به تغییر و سر و صدا) را در اواخر نوجوانی تقویت می کند. الگوی چرخه ای از طریق افزایش اضطراب، رفتارهای آسیب به خود، و نشانه های خلقی مشخص می شوند که ۴ تا ۵ روز قبل از قاعدگی شروع شده و ظرف ۴ روز فروکش می کنند.

<sup>1</sup> Howlin et al.

<sup>2</sup> Larsen and Mouridsen

<sup>3</sup> Mahwood

<sup>4</sup> Rumsey et al.

<sup>5</sup> Szatmari et al.

<sup>6</sup> DeRose and Brooks-Gunn

<sup>7</sup> Gillberg

<sup>8</sup> Knickmeyer et al.

<sup>9</sup> Lee

علاوه بر تغییرات فیزیولوژیکی، نوجوانی از طریق تغییرات مختلف دیگر در رشد روانی اجتماعی، دسترسی به فعالیت های اجتماعی و مسائل ایمنی مربوط که می توانند با این فعالیت ها همراه باشند، و ساختار آموزشی متغیر مربوط به گذار به دوران متوسطه و راهنمایی، از دیگر دوره ها متمایز می شود. در دوران بلوغ، دانش آموزان از حالت سکون نسبی تحصیلات ابتدایی، به دوران راهنمایی و متوسطه راه می یابند که با افزایش مطالبات علمی و تفاوت های ساختاری مانند تغییرات مکرر کلاس و معلمین، همراه است. اغلب، علاقه به جنس مخالف بدون دانش کافی در مورد مسائل ایمنی و ارتباطی، افزایش می یابد. تاثیر این تغییرات بر روی ویژگی های اصلی ASD، مشکلات همراه، و ارتباط با همتایان می تواند بسیار قابل توجه باشد که در ادامه مرور اندکی بر روی آن ها انجام شده است. اگرچه این تغییرات به دلیل احتمال بالای شروع قاعدگی در دوره ی نوجوانی، در این دوره رخ می دهند، اما همه ی این مسائل به دوران بزرگسالی نیز کشیده می شوند.

### علائم اصلی و نشانه های مشاهده شده در بزرگسالان

دوره های زندگی همه ی افراد مبتلا به ASD یکسان نیست، درحالی که برخی افراد مهارت های خود را در طول زمان از دست می دهند، برخی دیگر در بزرگسالی به وضعیت ثابتی می رسند و افراد دیگری حتی الگویی از رشد مداوم در بزرگسالی را نشان می دهند. شلتزر و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که علائم اصلی اتیسم، به خصوص در افرادی که ناتوانی های ذهنی ندارند، اغلب تا حدودی در دوران بلوغ و جوانی فروکش می کنند (پیون و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). بعضی از افراد بهبود هایی را تجربه می کنند که محدود به مشخصه های اصلی خاصی از ASD هستند. این بهبود ها با زمان بندی متغیری در بین رفتارها مشاهده می شوند (به عنوان مثال، شلتزر و همکاران، ۲۰۰۳). شاتوک و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) نشان دادند که شرکت کنندگان بالغ، رفتار های ناسازگارانه ی (مانند، آسیب به خود، عدم پذیرش درمان، پرخاشگری) کمتری داشتند و نسبت به نوجوانان، در طول زمان بهبود های بیشتری را در این رفتار ها تجربه کردند. شلتزر و همکاران (۲۰۰۳) علائم ASD را در رده ی سنی گسترده ی (۱۰ تا ۵۳ سال) مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که تنها ۵۵ درصد از افراد معیار اتیسم در بزرگسالی را داشتند (در مقایسه با تقریباً ۱۰۰ درصد در اوایل دوران کودکی).

در این میان بیشترین بهبود علائم در زبان پایه و کمترین بهبود در رشد روابط دوستانه مشاهده شد. در افرادی که بهبود علائم را تجربه نمی کنند، چندین الگوی مشترک وجود دارد. گیلبرگ و استفنبرگ

<sup>۱</sup>. Piven et al.

<sup>۲</sup>. Shattuck et al.

<sup>۱</sup>(۱۹۸۷) نشان دادند که ۳۵ درصد از نمونه ی ۲۳ نفری (۱۶ تا ۲۳ ساله) مبتلا به ASD مدت ۲ تا ۱ سال تشدید علائم رفتاری (مثل پرخاشگری، بیش فعالی، اصرار بر تشابه (insistence on sameness)) را تجربه می کردند و در ۲۲ درصد از آن ها این علائم در طول دوران بلوغ وخیم تر می شد. شاتوک و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) دریافتند که حدود ۵۰ درصد از نمونه های آن ها با گذشت زمان، اختلالات ارتباطی غیر کلامی پایدار، اختلال در روابط متقابل اجتماعی و رفتارهای ناسازگارانه ای را بروز می دادند و تنها در تعداد کمی از نمونه ها این علائم رو به وخامت می رفتند.

تفاوت های موجود در بین الگو های بهبودی در بین گروه های مختلف سنی می تواند بازتابی از چندین عامل گروهی cohort factor باشد که در مطالعات پیشین کنترل نشده اند، بنابراین در تفسیر نتایج باید احتیاط کرد. به عنوان مثال، کارهای تشخیصی و ویرایش های DSM در طول چندین دهه تغییر کرده اند (ولکمار و همکاران، ۱۹۹۲) و در دسترس بودن خدمات درمانی موثر افزایش یافته است (لرد و مک گی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). با این حال، بروز تغییرات رشدی در دوران بلوغ و بزرگسالی می تواند تغییراتی بیشتر و فراتر از اثرات گروهی در علائم اصلی ASD را توجیه کند (هاولینگ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ماهوود و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). به منظور تسهیل خدمات رشدی، و برای حمایت از تلاش خانواده در برنامه ریزی بلند مدت، انجام تحقیقات آینده نگر بر روی نشانه های ASD در نوجوانی و بزرگسالی در جهت افزایش درک اولیه از خط سیر این اختلال، ضروری است.

### مسائل بهداشت روانی همراه

همزمان با رشد کودک و ورود او به دوران نوجوانی، والدین و پزشکان باید برای شروع مشکلات سلامت روانی همراه با ASD آماده باشند. افراد مبتلا به ASD مشکلات رفتاری بسیاری را از خود بروز می دهند که از جمله این مشکلات می توان به بیش فعالی، مشکلات توجه، پدیده وسواس اجباری، آسیب به خود، رفتار کلیشه ای، تیک، تحریک پذیری، و علائم عاطفی اشاره کرد (قاضی الدین و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲، ۱۹۹۵؛ جاسلسکیس و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲؛ مک داگل و همکاران<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ ریلومتو و مین<sup>۸</sup>، ۱۹۸۲؛ استون و اوسلی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹). اخیرا همرخدای افسردگی، اضطراب، و اختلال بیش فعالی و کمبود توجه با

<sup>1</sup> Gillberg and Steffenberg

<sup>2</sup> Shattuck et al. 2007

<sup>3</sup> Lord and McGee, 2001

<sup>4</sup> Mahwood et al., 2000

<sup>5</sup> Ghaziuddin et al., 1992, 1995

<sup>6</sup> Jaselskis et al., 1992

<sup>7</sup> McDougle et al., 1995

<sup>8</sup> Realmuto and Main, 1982

<sup>9</sup> Stone and Ousley, 1999



ASD، با تمرکز بر افزایش اختلالات همراه در کودکانی که وارد دوران بلوغ می شوند، در چندین مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است.

تا به امروز یک مرور تجربی (استوارت و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶) و دو پژوهش، شیوع و ویژگی های اضطراب و مشکلات خلقی را در کودکان مبتلا به ASD در مقایسه با نمونه جامعه بررسی کرده اند (کیم و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ زاتماری و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). به طور کلی افسردگی و اضطراب تعمیم یافته در گروه مبتلا به ASD با عملکرد بالا نسبت به نوجوانان هم سن در جامعه، شایع تر است (کیم و همکاران). این امر نشان می دهد که با توجه به باقی ماندن و افزایش افسردگی و اضطراب درمان نشده در طول دوران بلوغ و سرایت آن ها به بزرگسالی، غربالگری این مشکلات باید به شیوه ای رایج تبدیل شود. (استوارت و همکاران). مشکلات خلقی اغلب در ۱۷ درصد از شرکت کنندگانی رخ می دادند که نمراتی در سطوح افسردگی بالینی مرتبط (کیم و همکاران) و سطوح مشکلات درونی سازی مشابه با افراد مبتلا به اتیسم به دست آورده بودند. شرکت کنندگانی که مشکلات خلقی داشتند، نسبت به نوجوانان غیر مضطرب/غیر افسرده ی مبتلا به ASD، پرخاشگر تر بوده، فعالیت های اجتماعی والدین خود را محدود می کردند و روابط ضعیف تری با دیگران داشتند.

شیوع و نوع اضطراب مشاهده شده در نوجوانان مبتلا به ASD با عملکرد بالا و همچنین عوامل مرتبط به اضطراب، در سه پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. نوجوانان مبتلا به ASD در مقایسه با جامعه ی کلی، به میزان قابل توجهی، سطوح اضطراب بالاتری را از خود نشان دادند. اضطراب اجتماعی همبستگی منفی کمی با مهارت های اجتماعی اظهار وجود و رابطه ی منحنی متوسطی با مهارت های همدلانه (empathetic skills) دارد (بلینی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). بلینی (۲۰۰۶) ۴۱ نوجوان مبتلا به ASD با عملکرد بالا را مورد بررسی قرار داد و متوجه شد که افزایش انگیزتگی فیزیولوژیک همراه با کسری مهارت های اجتماعی به طور قابل توجهی به واریانس اضطراب اجتماعی کمک می کند. بیدرمن و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) اعلام کردند که کودکانی که توانایی کمتری در تنظیم انگیزتگی فیزیولوژیک خود دارند، نسبت به تنش های اجتماعی آسیب پذیر تر هستند و احتمال اینکه به واسطه ی برخورد های اجتماعی منفی، شرطی شدگی ناسازگار *adverse conditioning* را تجربه کنند، بیشتر است. در نهایت، فاروجیا<sup>۶</sup> و هادسون<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) علائم اضطراب را در نوجوانان (سن ۱۲ تا ۱۶ سال) مبتلا به اختلال آسپرگر، نوجوانان

<sup>1</sup> Stewart et al.

<sup>2</sup> Kim et al.

<sup>3</sup> Szatmari et al.

<sup>4</sup> Bellini

<sup>5</sup> Biederman et al.

<sup>6</sup> Farrugia

<sup>7</sup> Hudson

غیربالینی و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطراب، مقایسه کردند. آن‌ها دریافتند که نوجوانان مبتلا به اختلال آسپرگر سطوح اضطرابی برابر با نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی تجربه می‌کنند که از اضطراب جمعیت عمومی، به میزان قابل توجهی بالاتر است؛ علاوه بر این بروز افکار خودکار منفی، مشکلات رفتاری و تداخل زندگی همبسته در نوجوانان مبتلا به اختلال آسپرگر نسبت به گروه‌های دیگر، تا حد زیادی، بالاتر است.

با رشد کودکان مبتلا به ASD، و ورود آن‌ها به دوره‌ی نوجوانی، ممکن است والدین و پزشکان رشد علائم مرتبط با اختلالات رفتار مخرب و کمبود توجه، را در آن‌ها مشاهده کنند. در این دوره، مشکلات کنترل تکانه، کمبود توجه، بیش‌فعالی، رفتار آشفته، پرخاشگری و آشفتگی ناگهانی باید مورد توجه قرار گیرند تا از پیشرفت رشد در دوران بلوغ جلوگیری نشود و به والدین استرس بی‌جا وارد نگردد. اگر رفتارهای آن‌ها درمان نشوند، استرس والدین در اواخر کودکی و اوایل دوران بلوغ و احتمال شرکت دادن این افراد در برنامه‌های مراقبت سکونتی افزایش یافته (هاولین، ۱۹۹۷) و باعث ممنوعیت دانش‌آموزان از شرکت در روزهای ادغام مدارس می‌شود (اینفلد<sup>۱</sup> و تونگ<sup>۲</sup>؛ کینگ و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵). پژوهش‌های آینده در باره‌ی مشکلات همراه در دوران بلوغ و بزرگسالی باید توسعه‌ی ابزار تشخیصی قابل اعتماد و معتبر برای شناسایی اختلالات روانی همراه در این جمعیت را مورد تاکید قرار داده (تسای<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶) و متعاقباً راهکارهای درمانی و جلوگیری موثری را ارائه دهند.

علاوه بر این، در پژوهش‌های آتی چگونگی تغییر بیماری‌های همراه با توجه به رشد کودک و ورود او به دوران بلوغ و بزرگسالی، نیز باید مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به اینکه احتمال بروز عوارض منفی علائم اولیه درمان نشده بیماری‌های همراه وجود دارد، پزشکان و مراقبین باید در مورد درمان علائم در هنگام بروز آن‌ها هشیار باشند و منتظر ظهور علائم در سطح معنادار نباشند زیرا در آن صورت انجام تشخیص‌های اضافه ضرورت می‌یابد.

### تعاملات همسالان و قربانی کردن (VICTIMIZATION)

نتایج پژوهش طولی نشان دهنده‌ی رشد مهارت اجتماعی و علاقه به روابط اجتماعی (مسیبو، ۱۹۸۳؛ مسیبو و هندلان<sup>۵</sup>، ۱۹۹۷؛ راتر<sup>۶</sup>، ۱۹۷۰؛ ولکمار و کلین<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵) و بهبود روابط با معلمین و والدین

<sup>1</sup> Einfeld

<sup>2</sup> Tonge

<sup>3</sup> King

<sup>4</sup> Tsai

<sup>5</sup> Mesibov and Handlan

<sup>6</sup> Rutter

<sup>7</sup> Klin