



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

گروه سلامت روان

۱۳۹۴



اختلالات رفتاری کودکان
بر اساس DSM-5

مطالعه اختلالات رفتاری کودکان مشکلاتی دارد که در اختلالات بزرگسالان دیده نمی شود. اولاً هر اختلال رفتاری یا روانی باید بر اساس شرایط سنی کودک سنجیده شود. مثلاً شب ادراری نوزاد زیر ۵ سال طبیعی است اما بعد از ۵ سال می تواند نشانه اضطراب یا مشکلات در سازگاری باشد. خجالت و انزوا در مراحل که کودک در دوران رشد اجتماعی را می گذراند و تلاش دارد تا قوانین جامعه را بیاموزد یا در حال آموختن نحوه ارتباط کلامی با دیگران است رویدادی عادی است اما در اواخر نوجوانی ممکن نشانه اختلال روانی باشد. در بعضی دوران رشد کودکان اضطراب، ترس یا مشکلات رفتاری نشان می دهند اما این مشکلات با همان سرعتی که پدید می آید، از بین می رود.

ثانیاً کودکان معمولاً خودشان را زیاد نمی شناسند. ممکن است احساس کنند مشکلی وجود دارد اما نمی توانند روی آن اسم بگذارند و اضطراب یا افسردگی خود را بیان کنند. یا نمیتوانند دقیق به دیگران بگویند چه احساسی دارند. در این شرایط متخصص بالینی از رفتار مشهود او حدس می زند که آیا این رفتار نسبت به سن و مرحله رشدی او عادی است یا نه.

روانشناسان اختلالات روانی کودک را به دو دسته تقسیم می کنند:

۱ - اختلالات برونسازی externalizing disorder

این گروه شامل اختلالاتی هستند که در جهت بیرون از وجود کودک هدایت می شوند مثل پرخاشگری، بیش فعالی، نافرمانبرداری و تکانشگری. این طیف از اختلالات را از بیرون به آسانی می شود مشاهده کرد که تحت عنوان اختلالات رفتاری اخلاک‌گرانه disruptive behavior disorder شناخته می شوند. این اختلالات موارد زیر را شامل می شود: ADHA، اختلال نافرمانی و اختلال سلوک

۲- اختلالات درونی سازی شده internalizing disorder

این گروه رفتارهایی را شامل می شود که بیشتر به درون خود کودک هدایت می شود. مثل افسردگی ، اضطراب و تلاش فعالانه برای گوشه گیری و اجتناب از فعالیتهای اجتماعی. ممکن است فردی هر دوی این اختلالات را داشته باشد یعنی در منزل فردی تودار و آرام و سربزیر باشد اما در بیرون جزء گروه بزهکار باشد.

اختلال درونی سازی شامل موارد زیر است : اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب عام (تعمیم یافته) ، فوبیای اجتماعی، اختلال وسواسی - اجباری ، فوبیای خاص ، اختلال وحشتزدگی ، اختلال افسردگی عمده و

اختلال دیستیمیک

شیوع

تخمین زده می شود بین ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان و نوجوانان نوعی اختلال روانی قابل تشخیص دارند. شیوع اختلالات در پسران بیشتر از دختران است. شایعترین اختلال در پسران اختلال سلوک و در دختران اختلال اضطرابی است. حدود ۷٪ کودکان ۳ ساله مشکلات رفتاری متوسط تا شدید و ۵٪ آنها اختلالات خفیف رفتاری نشان می دهند. بعضی از مشکلات رشدی و ترس های خاص مثل تاخیر در یادگیری توالت و کسب رفتارهای آرامش بخش مثل مکیدن انگشت شست بعد از مدتی از بین می رود در حالیکه بعضی دیگر مثل اختلال سلوک مدت بیشتری دوام دارد. کودکانی که فقط با یکی از والدین خود زندگی می کنند دو برابر بیشتر از کودکانی که هر دو والدین در زندگی او حضور دارد با خطر ابتلا به اختلالات روانی روبرو هستند. (۱۶٪ در مقابل ۸٪). سایر عوامل خطر برای اختلالات روانی کودک عبارتند از اختلالات روانی والدین، سختگیری والدین، عدم صلاحیت آنها در تربیت فرزندان ، بدرفتاری فیزیکی ، غفلت و سوء استفاده جنسی و تاثیر منفی همسالان

اختلال کمبود نقص توجه همراه با بیش فعالی (ADHD)



Attention Deficit Hyperactive Disorder

ویژگی این اختلال، رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اخلاک‌گراانه محسوب می‌شود. این موقعیتهای اجتماعی می‌تواند در مدرسه یا منزل یا هر جای دیگر باشد.

کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً از تکالیفی که به تلاش فکری و تمرکز حواس نیاز دارد بشدت متنفر هستند. محرکهای بی ربط حواس آنها را به راحتی پرت می‌کند. بیش فعالی ممکن است به صورت وول خوردن، آرام نشستن در صندلی و تکان دادن دائمی دستها یا پاهابه هنگام نشستن روز صندلی نشان داده شود. این کودکان دائم در حال دویدن و بالا رفتن از میز و صندلی هستندو به هنگام بازی، بی وقفه و با صدای بلند در حال ووجه ووجه روی مبلمان هستند. این کودکان از کارهایی که باید نشسته انجام دهند مثل گوش دادن به یک داستان



یا نگاه کردن به تلویزیون دوری می‌جویند.

IMPULSIVITY یا بی فکری و بی ارادگی در کنترل هوس، به صورت بی صبری، بدون فکر عمل کردن، ناتوانی در به تاخیر انداختن رفتار،

(مثلاً دودیدن به بیرون از خانه بدون صبر کردن برای پوشیدن کاپشن، و قطع دائم حرف دیگران) نشان داده می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال قبل از اینکه سوال معلم یا بزرگتر تمام شود پاسخ می‌دهند، در صف یا بهنگام بازی دسته جمعی منتظر نوبت خود نمی‌باشند، بازی دیگران را مختل می‌کنند.

در تشخیص ADHD مهم این است که اطمینان حاصل شود بیش فعالی یا بی توجهی، بسیار بیشتر از سطح نرمال آن برای مرحله رشدی کودک است و نیز مطمئن شوند این ویژگی فراگیر و مستمر است و تنها محدود به یک محیط یا یک شرایط محیطی خاص محدود نمی‌باشد.

جدول معیار تشخیص اختلال ADHD روی دو چیز تاکید دارد:

۱- حضور نقص مرتبط با ADHD تا قبل از ۱۲ سالگی

۲- حضور این اختلال حداقل در دو محیط مختلف مثل خانه و مدرسه ، خانه و محل کار . توجه داشته

باشید که ۱۲ سالگی سن شروع این اختلال نیست در DSM-5 سن شروع تعیین نمی شود و صرفا اعلام

می شود که معیارها باید قبل از ۱۲ سالگی حضور داشته باشد.

معیارهای DSM-5 برای تشخیص اختلال ADHD

الف) مجموعه ای فراگیر از رفتارهای بی توجهی و یا بیش فعالی-یفکری که باعث مختل شدن

عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی میشوند و خصوصیت اصلی آن معیار ۱ و یا ۲ است .

۱) بی توجهی

بی توجهی : شش سمپتوم **SIMPTOMS** یا بیشتر از سمپتومهای زیر که به مدت حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشد

و شدت آن و درجه آنها با مراحل رشدی فرد مطابقت و مناسبت نداشته باشد و در فعالیتهای اجتماعی و تحصیلی

و شغلی تاثیر مستقیم می گذارد

۱-۱: فرد معمولا به جزئیات بی توجه است و یا در تکالیف مدرسه ، وظایف شغلی یا سایر فعالیتهای ،

اشتباهاتی از روی بی دقتی مرتکب می شود (مثلا بعضی جزئیات را متوجه نمی شود یا نمی بیند و کارهایش

را دقیق و صحیح انجام نمی دهد)

۱-۲ : معمولا نمی توانند توجه خود را به کارهای جدی یا فعالیتهای تفریحی حفظ کنند (مثلا در کلاس

به هنگام تدریس معلم ، صحبت با سایرین، یا خواندن مطالب طولانی ، نمی توانند تمرکز حواس خود را حفظ

کنند.)

۳-۱: وقتی کسی مستقیم با او حرف می زند معمولاً بنظر می رسد که گوش نمی دهند (مثلاً بنظر می رسد حواسش جای دیگری است حتی زمانی که هیچ محرک مشخص دیگری در محیط وجود نداشته باشد که حواسش را پرت کند)

۴-۱: معمولاً نمی تواند گام به گام و طبق دستورالعمل پیش برود و نمی تواند تکالیف مدرسه، کارهای معمولی یا وظایف خود در محل کارش را به پایان برساند. (مثلاً کار را شروع می کند اما خیلی زود تمرکزش را از دست می دهد و به آسانی حواسش به چیز دیگری پرت می شود، نمی تواند تکالیف مدرسه، کارهای خانه یا کارهای شغلی خود را تمام کند)

۵-۱: معمولاً نمی تواند کارها و فعالیتهای خود را سازمان دهی کند و به آنها نظم دهد. (مثلاً نمی تواند کارهایی را که با نظم و ترتیب خاصی انجام می شوند را بخوبی مدیریت کند، نمی تواند اشیاء و متعلقات خود را منظم و مرتب نگهدارد، در کارهایش شلخته و بی نظم است، در مدیریت زمان ضعیف است، معمولاً نمی تواند ضرب الاجلها را رعایت کند)

۶-۱: معمولاً از انجام کارهایی که به تلاش مستمر نیاز دارد اجتناب می کند، از آنها بدش می آید و یا با بی میلی به انجام آنها می پردازد (مثلاً از تکالیف کلاسی یا خانگی متنفر است، اگر نوجوان یا بزرگسال باشد از آماده کردن گزارش، پرکردن فرمهای مختلف یا مرور گزارش های یا پرونده های طولانی فرار می کند)

۷-۱: معمولاً لوازم ضروری برای انجام دادن تکالیف یا کارهای مختلف را گم می کند (مثلاً لوازم مدرسه، مداد، کیف پول، دفتر کتاب، ابزارهای مختلف، کلیدها، نوشته ها، عینک، تلفن موبایل)

۸-۱: محرکهای مزاحم و بی اهمیت معمولاً حواس او را به آسانی پرت می کند (در مورد نوجوانان و جوانان، افکار بی ربط به موضوع می تواند حواس آنها را پرت کند)

۹-۱: کارهای روزمره خود را معمولاً فراموش می کنند (مثلاً کارهای عادی روزانه ، خرید های کوچک برای خانه ، در مورد نوجوانان و بزرگسالان ، جواب تلفنهای دیگران را نمی دهند، قبض های مختلف (مثلاً قبض موبایل) را به موقع پرداخت نمی کنند و سر قرار ملاقات هایشان حاضر نمی شوند.



۲- بیش فعالی

یا بیشتر از سمپتومهای زیر داشته باشد و شدت و درجه مطابقت و مناسبت ندارد و

بیش فعالی: شش سمپتوم که حداقل ۶ ماه ادامه آنها با مراحل رشدی فرد

در فعالیتهای اجتماعی و شغلی و تحصیلی تاثیر مستقیم می گذارد.

۱-۲: وقتی نشسته است دست و پاهای خود را تکان می دهد یا حرکات ریز و مکرر انجام می دهد.

۲-۲: در مواقعی که انتظار می رود روی صلی خود بنشیند، آن را ترک می کند (مثلاً از کلاس درس ، دفتر کار، یا سایر محل های شغلی بیرون می رود ، یا سایر مواقعی که اجبار به نشستن است سر جایش نمی نشیند

۳-۲: در موقعیت های نامناسب این طرف و آن طرف می دود یا از وسایل مختلف بالا می رود (در مورد نوجوانان و بزرگسالان این حالت ممکن است به احساس بی تابی و بی قراری محدود شود)

۲-۴ : معمولاً نمی‌توانند بدن سرو صدا راه انداختن یا حرف زدن به بازی یا سایر فعالیت‌های تفریحی بپردازد.

۲-۵: همیشه در حال جنب و جوش است یا بنظر می‌رسد هر لحظه ممکن است حرکت کند طوری ، رفتار می‌کند که انگار یک موتور محرک او را هول می‌دهد (مثلاً در رستوران‌ها، یا میتینگ‌ها نمی‌تواند به مدت طولانی آرام بنشیند یا اگر می‌نشیند ناراحت است، دیگران ممکن است او را فردی بی‌آرام و بی‌قرار ببینند و احساس کنند نمی‌تواند حرف‌های او را دنبال کنند.

۲-۶: معمولاً پیش از آنکه یک سوال بطور کامل مطرح شود یعنی هنوز سوالی تمام نشده ناگهان پاسخ می‌دهد بدون آنکه با دقت به پاسخ خود فکر کند(مثلاً به هنگام صحبت با دیگران ، جملات آنها برایشان تمام می‌کند چون حوصله ندارد صبر کندطرف مقابل حرف خود را به پایان برساند یا حرفی را خیلی زودتر از موقع مناسب می‌زند ، نمی‌تواند منتظر بماند تا نوبت حرف زدن او برسد)

۲-۷ : معمولاً نمی‌تواند منتظر نوبتش شود(مثلاً در هنگام انتظار در صف)

۲-۸ : معمولاً کارهای دیگران را متوقف می‌کند یا مزاحشان می‌شود (مثلاً گفتگو، بازی ، یا سایر فعالیت‌های دیگران را بی‌ادبانه قطع می‌کند، ممکن است بدون اجازه خواستن یا بدون اجازه گرفتن (به زور) از وسایل دیگران استفاده می‌کنند، نوجوانان و بزرگسالان ممکن است بدون اجازه وارد کارهایی شوند که دیگران در حال انجام آن هستند یا جای آنها را بگیرند ، مثلاً از یکی از دونفر که در حال بازی هستند می‌خواهد که کنار برود تا او بازی کند)



ب) باید قبل از ۱۲ سالگی چندین سمپتوم بی‌توجهی یا چندین سمپتوم بیش‌فعالی-بی‌فکری وجود داشته‌اند

ج) چندین سمپتوم بی‌توجهی یا چندین سمپتوم بیش‌فعالی-بی‌فکری در دو یا چند محیط مختلف مشاهده میشود (۱). شواهد

واضح نشان می دهد که این سمپتومها در عملکرد اجتماعی، شغلی و یا تحصیلی فرد اختلال ایجاد می کند و یا کیفیت آن را پایین می آورد.



این سمپتومها صرفا در طول ابتلا به اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات سایکوتیک روی نمی دهد و یک اختلال روانی دیگر نمی تواند دلیل بهتری برای آن باشد(مثلا اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال گسستگی ، اختلال شخصیت ، مسمومیت با مواد یا سندروم پرهیز از مواد)

نیمی از کودکان مبتلا به این اختلال ، اختلال نافرمانی یا اختلال سلوک دارند در بعضی از موارد می توان کودکان مبتلا به اختلال **ADHD** را می توان از کودکان مبتلا به اختلال سلوک

و نافرمانی جدا کرد زیرا کودکان مبتلا به این دو اختلال پرخاشگر تر هستند ، در خانواده فقیرتر زندگی می کنند و والدینی دارند که آنها هم رفتارهای ضد اجتماعی دارند . کودکان مبتلا به اختلال **ADHD** بهتر به درمان جواب می دهند. بعضی شواهد نشان می دهد در برخی موارد **ADHD** ممکن است باعث شود اختلال سلوک زودتر بوجود آید . علت ممکن است این باشد که بعضی کودکان مبتلا به **ADHD** با رفتارهای اخلاک‌گرانه خود باعث می شوند که دیگران با آنها واکنش پرخاشگرانه داشته باشند و این نیز باعث می شود در این کودکان واکنشهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی بوجود آید.

این اختلال زمانی شناخته می شود که کودک به مدرسه رفته باشد زیرا یادگیری و سازگاری تحت تاثیر اختلال قرار می گیرند. وقتی کودک به نوجوانی می رسد سمپتومها معمولا شدت خود را از دست می دهد. هر چند نیمی از آنها سمپتومهای خود را در بزرگسالی نیز حفظ می کند و این حالت می تواند در عملکرد ذهنی و هوشبهر آنها

اثر منفی بگذارد. طبق گزارش DSM5 تخمین زده می شود که حدود ۵ درصد کودکان و حدود ۲.۵ درصد بزرگسالان ADHD دارند.

اختلال سلوک Childhood – Onset conduct Disorder

بسیاری از کودکان رفتاری نشانی می دهند که عمدا بدخواهانه، بدجنسانه، پرخاشگرانه و خشن بنظر می رسند. در چنین شرایطی احتمال دارد که کودک به اختلال سلوک مبتلا شده باشند. رفتارهای معرف اختلال سلوک عبارتند از رفتار خشن یا پرخاشگرانه، خشونت عمدی به مردم و رفتار بی رحمانه با حیوانات، تخریب اموال دیگران به منظور تفریح؛ دروغگویی، دزدی، نقض حقوق دیگران (مثل هتک حرمت، تهدید و زورگویی به دیگران و رفتاری کلامی)، غیبت غیر موجه از مدرسه، پیشقدمی در درگیریهای فیزیکی.

تشخیص اختلال سلوک

ویژگی اصلی اختلال سلوک مجموعه ای از رفتارهای مستمر و مکرر است که هیجان های اجتماعی یا حقوق دیگران را نقض می کند. این رفتارها به چهارگروه اصلی تقسیم می شود ۱- رفتارهای پرخاشگرانه که آسیب به دیگران می رساند یا آنها را در خطر آسیب قرار می دهد ۲- رفتاری که به تخریب و آسیب به املاک خصوصی منجر می شود ۳- مکاری، دروغگویی یا دزدی ۴- نقض قوانین (مثل راهنمایی رانندگی).

این رفتارها باید در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی فرد نقض شدیدی بوجود می آورد. و در انواع محیط (خانه مدرسه، جامعه و ..)



دیده می شود تا رسماً اختلال بحساب آید. برای تشخیص رسمی اختلال سلوک ، رفتارهای معرف آن حداقل باید ۱۲ ماه وجود داشته باشد و حداقل یکی از آنها به مدت ۶ ماه مشاهده شود.

معیارهای DSM5 برای اختلال سلوک

الف) مجموعه ای از رفتارهای مستمر و مکرر که در آنها حقوق اولیه دیگران یا هنجارها یا قوانین اصلی و متناسب با سن فرد نقض می شوند و این وضعیت را شرایط زیر نشان میدهد: حداقل ۳ معیار از ۱۵ معیار زیر از هر یک از ۴ طبقه زیر به مدت ۱۲ ماه گذشته وجود داشته باند و حداقل یکی از معیارها در ۶ ماه گذشته حضور داشته است :

پرخاشگری
حیوانات :



طبقه ۱ :
به مردم و

۱ - فرد معمولاً به دیگران زور می گوید و قلدری می کند ، آنها را تهدید می کند یا به ارباب آنها می پردازد تا کاری را که می خواهد انجام دهند .

۲- معمولاً اولین نفر هستند که دعوا را شروع می کند

۳- برای آسیب رساندن به دیگران از یک وسیله خطرناک استفاده می کنند (مثل چوب ، آجر، بطری شکسته ، چاقو ، اسلحه).

۴- نسبت به مردم و نیز حیوانات بی رحمی فیزیکی دارند.

۵- با موجهه چهره به چهره و درگیری شخصی با یک قربانی از او دزدی می کنند (مثلاً زورگیری می کنند ، بادرگیری فیزیکی پول یا اموال مردم را می دزدند) کیف قاپی می کنند ، با تهدید مردم را مجبور می کنند پول و اموالشان را به آنها بدهند ، سرقت مسلحانه می کنند).

۶- کسی را به زور مجبور به برقراری رابطه جنسی می کنند

طبقه ۲: تخریب اموال :

۱ - عمداً و به قصد وارد کردن صدمات جدی ، جایی را آتش می زنند

۲ - عمداً اموال را تخریب می کنند (بجز از طریق آتش زدن)

طبقه ۳: شیادی یا دزدی:

۱ - با استفاده از زور و به قصد دزدی به خانه ، ساختمان یا اتوموبیل کسی وارد می شوند(توجه : منظور از زور ، فقط فیزیکی نیست . بازکردن قفل خانه مردم در غیاب آنها نیز " به زور " محسوب می شود صرفا به این دلیل ، که به تلاش و زحمت نیاز دارند).

۲ - برای بدست آوردن اشیا یا برای این که دیگران لطفی در حقش کنند یا برای فرار از زیر بار مسئولیت، معمولا دروغ می گویند(سر دیگران کلاه می گذارند).

۳- کالاهایی نسبتا گران قیمت یا گران قیمت می دزدند(مثلا دزدی از مغازه ها و فروشگاهها اما بدون آنکه قفلی را باز کنند یا دری را بشکنند و وارد شوند (بدون زور)، یا با تقلب مثلا با جعل اسکناس یا اسناد

طبقه ۴: نقض جدی قوانین :

۱ - به رغم ممنوعیت از سوی والدین و از قبل از ۱۳ سالگی ، شبها تا دیر وقت به خانه نمی آید یا اصلا نمی آید .

۲- هنگامی که در خانه والدین خویش یا خانه جانشین والدین زندگی می کند ، حداقل دو بار شبانه فرار کرده اند یا حداقل یکبار فرار کرده است و برای مدت طولانی برنگشته است

۳- معمولا از مدرسه غیبت غیر موجه دارند و این کار قبل از ۱۳ سالگی شروع می شود.

ب) رفتارهای نامطلوب باعث می شود در عملکرد اجتماعی ، تحصیلی یا شغلی فرد نقص شدید شروع شود طوری که از لحاظ بالینی معنادار محسوب شده و نیاز به رسیدگی بالینی دارند.

اگر فرد ۱۸ سال یا بیشتر داشته باشد معیار اختلال شخصیت ضد اجتماعی نباید برآورده شود

شیوع

به گزارش DSM5 نرخ شیوع یکساله در جمعیت کلی جامعه ۲ تا بیش از ۱۰ درصد و در میانه ۴ درصد تخمین زده می شود. نرخ شیوع از کودکی به نوجوانی افزایش می یابد و در مردان بیشتر از زنان است. تعداد کودکانی که مبتلا به اختلال سلوک شدید هستند بسیار اندک است.

اختلال سلوک در کودکی زمانی است که حداقل یکی از معیارهای اختلال سلوک قبل از ۱۰ سالگی شروع شود و اختلال سلوک در نوجوانی زمانی است که حداقل یکی از معیارهای اختلال بعد از ۱۰ سالگی شروع شود. در باره اختلال سلوک سه مسئله مهم است. اول اینکه افرادی که مبتلا به این اختلال هستند معمولاً زیر ۱۸ سال هستند. کسانی که بعد از ۱۸ سالگی مبتلا به اختلال سلوک تشخیص داده شوند بزرگسالانی هستند که شرایط ابتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی را ندارند. ثانیاً باید شرایط محیطی و اجتماعی ظهور رفتارهای اختلال سلوک را بحساب آورد. مثلاً در بعضی مناطق فقیر نشین رفتارهایی که ظاهراً ویژگی های رفتارهای اختلال سلوک را دارند رفتارهای محافظتی بحساب می آید. یعنی این رفتارها هنجارهای آن جامعه می باشد. سوم اینکه مهاجرانی که از کشورهای جنگ زده می آیند به داشتن اینگونه رفتارها شهرت دارند.

مهمترین و بارزترین سمپتوم های اختلال سلوک در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و در نوجوانی ۱۵ تا ۱۷ سالگی شروع می شود. در اکثر کودکان و نوجوانان این اختلال تا رسیدن به بزرگسالی از بین می رود اما در بعضی نیز ادامه می یابد. این اختلال در پسرها بیشتر از دخترها دیده می شود. در پسرها رفتارهای اصلی عبارتند از پرخاشگری و خشونت، دعوا، دزدی، تخریب اموال دیگران و مشکلاتی که در مدرسه ایجاد می کنند. در دختران رفتارهای اصلی عبارتند از دزدیهای کوچک (از مغازه ها)، دروغگویی، فرار از خانه، نرفتن به مدرسه و خودفروشی.

اختلال نافرمانی (Oppositional Defiant Disorder (ODD)

اختلال نافرمانی زمانی اعلام می شود که کودکان معیارهای تشخیصی اختلال سلوک را بطور کامل نداشته باشد

. مثلا پرخاشگری و خشونت ندارد اما بطور دائم انفجار خشم نشان

می دهند ، نافرمانی می کنند، و لجبازی می کنند و عمدا کارهایی

را انجام می دهند که باعث آزاد دیگران شوند یا دیگران را تحریک

می کنند تا واکنش خصمانه نشان دهند. اختلال ODD در

کودکان پیش دبستانی رایج است و می تواند پیش درآمد اختلال



سلوک در مراحل بعدی کودک باشد. این اختلال بیشتر در کودکانی دیده می شد که تربیت منقطع داشته اند.

یعنی مسئولیت نگهداری و تربیت کودک چندین بار بر عهده افراد مختلف بوده است. . این اختلال در خانواده

هایی که سابقه اختلال خلقی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی ، ADHD یا سوء مصرف مواد وجود دارد اختلال

نافرمانی بیشتر از خانواده های دیگر دیده می شود.

معیارهای DSM5 برای اختلال نافرمانی

الف) مجموعه ای مستمر و مکرر از عصبانیت ، خشم، تحریک پذیری ، جر و بحث ، چالش برانگیزی، نافرمانی ،

لجبازی، بی اعتنائی یا کینه توزی و تلاش برای ناراحت کردن دیگران که حداقل ۶ ماه طول بکشد و حداقل ۴

معیار از معیارهای زیر (هنگامی که فرد در حال تعامل با کسی غیر از خواهد و برادرش است) این موضوع را نشان

می دهد:

عصبانیت / تحریک پذیری:

۱- فرد معمولاً نمی تواند جلوی عصبانیت خود را بگیرد یا خشم خود را کنترل کند

۲- معمولاً زودرنج است و به اسانی ناراحت یا اعصابش خرد می شود.

۳- معمولاً عصبانی است یا اوقات تلخی می کند.

جرو بحث / چالش برانگیزی :

۴ - معمولاً با مسئولان و بالا دستان (در مورد کودکان و نوجوانان یا بزرگسالان) جرو بحث می کند

۵ - معمولاً فعالانه مخالفت میکند یا قبول نمیکند که از درخواستهای مسئولان و بالادستها یا از قوانین اطاعت کند

۶- معمولاً دیگران را عمدی ناراحت می کند

۷- در مورد اشتباهات یا بدرفتاریهای خود معمولاً دیگران را مقصر می داند

کینه توزی :

۸- در شش ماه گذشته حداقل دو بار از سر کینه توزی خواسته است به دیگران آسیب برساند یا آنها را ناراحت کند یا عملاً این کار را کرده است .

رفتارهای نامطلوب فرد با رنجی که خودش یا اطرافیان می کشند (مثلاً خانواده، دوستان، همسالان ، همکاران) مرتبط است یا باعث می شود در عملکرد اجتماعی ، تحصیلی یا شغلی فرد نقص شدیدی به وجود آید طوری که از لحاظ بالینی معنادار محسوب می شود و نیاز به رسیدگی دارد. این رفتارها صرفاً و انحصاراً در طول یک اختلال سایکوتیک ، مصرف مواد ، افسردگی عمده یا دوقطبی مشاهده نمی شود. به گزارش DSM5 نرخ شیوع اختلال نافرمانی در آمریکا ۱ تا ۱۱ درصد است و تخمین زده می شود که متوسط نرخ شیوع حدود ۳.۳ درصد است. این اختلال تا قبل از نوجوانی در پسران بیشتر از دختران است (۱۴ به ۱)

اضطراب کودکان ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN

اضطراب کودکان معمولاً بصورت انزوا طلبی (درونی سازی) دیده می شود. کودکان از فعالیتهایی که در آنها به اجبار باید با دیگران معاشرت داشته باشند (مثل رفتن به مدرسه) اجتناب می کنند. به والدین و پرستاران خود می چسبند و در صدد جلب توجه آنها هستند و (تاجایی که از اتاقی به اتاق دیگر بدنبال والدین خود می روند)



. دوست دارند در خانه بمانند و نشان دهند که از بعضی مسائل

مثل جداشدن از والدین ، بشدت می ترسند . کودکان کمتر از

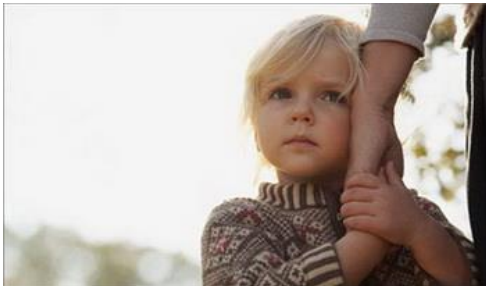
بزرگسالان به سمپتومهای اضطراب خود فکر می کنند اما

دردهای جسمانی بیشتری را اعلام می کنند . بسیاری از

اختلالات اضطراب کودک به اختلالات اضطراب بزرگسالی

شباهت دارد(مثل اختلال اضطراب عمومی، اختلال وسواسی –اجباری،فوبیای اجتماعی). اما بعضی اضطرابها فقط

در کودکی دیده میشود مثل اضطراب جدایی



اضطراب جدایی separation

anxiety

به معنی ترس شدید از جدا شدن از والدین یا پرستاران است. این ترس در اکثر کودکان یکساله دیده می شود

و در اکثر آنها بطور خودبخود از بین می رود . اما در بعضی کودکان تا سالهای دبستان ادامه می یابد و حتی در

سالهای بعد از آن پس از یک دوره استرس یا تروما دوباره ظاهر می شود. کودکان بزرگتر و مبتلا به اختلال

اضطراب جدایی دور بودن از خانه را تحمل ندارند و همیشه می خواهند بدانند والدینشان کجا هستند. همچنین

ممکن است بشدت نگران باشند که مبادا والدین مریض شوند و بمیرند یا نتوانند آنها را سرپرستی کنند. از جمله

پیامدهای اضطراب جدایی ، عدم تمایل کودکان برای رفتن به مدرسه یا شبها در خانه فامیلیها ماندن است. . بسیاری از آنها اصرار دارند که شب به هنگام خواب پدر و مادر یا پرستار ، بالای سرشان بمانند تا آنها بخواب روند. کودکان مبتلا به اضطراب جدایی مثل سایر اختلالهای اضطراب کودکی، از دردهای فیزیکی رنج می برند. مثلا از



معهده، سردرد، تهوع و استفراغ . اضطراب جدایی معمولا ویژگی عادی رشد اولیه است اما بعضی از عوامل استرس زای زندگی می تواند باعث آغاز و تشدید آن شوند . مثلا فوت یکی از بستگان نزدیک یا تغییر مدرسه یا خانه.

تخمین زده می شود که ۲ تا ۵ درصد کودکان و نوجوانان

اضطراب جدایی دارند هرچند ناپایدار است و احتمال بازگشت خود به خود آنها بسیار زیاد است. اکثر این کودکان وقتی به سن مدرسه می رسند از رفتن به مدرسه امتناع می کنند.

اختلال وسواسی - اجباری - Obsessive - compulsive

این اختلال در کودکان شایع است و به اختلال وسواسی اجباری بزرگسالی شباهت دارد. ویژگی اصلی آن در کودکان عبارتند از افکار ، وسواسیها و اجبارهای ناخواسته و مکرر. رایجترین وسواس در کودکان وسواس نسبت به کثافت و آلودگی ، پرخاشگری از سوی دیگران (ضرب و شتم ، مرگ) ، نظم و ترتیب (صحیح و قیق بودن همه چیز) و در نوجوانی وسواسهای جنسی و اعتقادی (مدهبی) است. رفتارهای اجباری رایج در کودکان و نوجوانان عبارتند از حمام رفتن، چک کردن ، منظم مرتب کردن ، لمس کردن ، تکرار کردن، قوت قلب گرفتن.

بعضی رفتارهای اجباری نآشکار عبارتند از مرور دائم افکار و عوض کردن آنها (فرد افکار خود را دائم مورد تجدید نظر قرار می دهد یا آنها را بطور کلی کنسل می کند) شمردن. در بزرگسالی بندرت پیش می آید که اجبارها(مثلا کارهای همیشگی و مکرر) بدون همراهی وسواسها (افکار ناخواسته) باشد. اما در کودکان اجبارها بدون وسواس ممکن است عادی باشد. این اجبارها لمسی است(مثلا لمس کردن ،ضربه زدن با انگشتان یا مالیدن دستها) و ممکن است با انواع تیکها همراه باشد.

شروع اختلال وسواسی -اجباری کودکان ممکن است در ۳ تا ۴ سالگی باشد اما متوسط شروع حدود ۱۰ سالگی است. . OCD کودکی معمولا با سایر اختلالات همبودی دارد. از جمله با اختلال تیک، سندرم تورت ، سایر اختلالات اضطرابی اختلالات خورد و خوراک.



اختلال تیک Tic disorder

عبارتند از حرکات فیزیکی غیر قابل کنترل مثل پرش عضلات، پلک زدن سریع یا کج شدن دهان، سندرم تورت اختلالی است که در آن تیکهای حرکتی و صوتی حداقل به مدت یکسال حضور داشته باشد .

بیش از ۶۰ درصد کودکان مبتلا به OCD سابه تیک یا سندرم تورت دارند و حدود ۵۰ درصد کودکانی که سندرم تورت دارند سرانجام OCD می گیرند.

اختلال اضطراب عمومی

مثل اختلال اضطراب عمومی بزرگسالان " اضطراب انتظاری" است. یعنی فرد در باره مشکلات و خطرات احتمالی نگرانی دائمی دارند. آنچه نگرانی کودکان را مشخص می کند سن آنها است. مثلا ۴ تا ۷ ساله ها معمولا در باره اسبیهایی جسمانی ، جدایی از والدین و موجودات خیالی نگران می شوند و ۱۱ تا ۱۳ ساله ها بیشتر در باره

تهدیدات اجتماعی و تنبیه شدن نگران می شوند. تعداد نگرانیها با افزایش سن بیشتر می شود و مثلا در ۸ ساله ها تعداد نگرانیها تقریبا ۲ برابر ۵ ساله ها است.

افسردگی کودکان

تشخیص افسردگی کودکان بسیار دشوار است. والدین و معلمان اغلب مستوجه سمپتومهای آنها نمی شوند مخصوصا در کودکان خردسال. افسردهگی کودکان خردسال بصورت چسبیدن به والدین و پرستاران، نرفتن به مدرسه و ترس های شدید نشان داده می شود و علاوه بر آن با دردهای جسمی مثل دل درد و سردرد نیز ارتباط دارد. تخمین زده می شود ۲۸ درصد کودکان قبل از ۱۹ سالگی افسرده گی دارند. افسردگی نوجوانی بصورت بد خلقی، شرکت نکردن در فعالیتهای خانوادگی، کم وزنی یا چاقی، بی رمقی، احساس بی ارزشی، احساس گناهکار بودن و فکر کردن به خودکشی نشان داده می شود

معیارهای تشخیص افسردگی کودکان تقریبا همانهایی است که برای بزرگسالان بکار می رود اما بعضی سمپتومها با بالا رفتن سن از بین می رود. دردهای جسمی، تحریک پذیری و انزوای اجتماعی در کودکان بیشتر دیده می شود. اما کندی روانی - حرکتی (آهسته شدن تفکر و حرکات فیزیکی) و هایپرسوم نیا (خواب زیاد از حد) بیشتر در نوجوانان دیده می شود.



شیوع افسردگی کودکان متغیر است و به سن آنها بستگی دارد. تخمین زده می شود که در کودکان کوچکتر میزان شیوع ۲ تا ۵ درصد است. با افزایش سن این میزان بیشتر می شود و در

نوجوانان به ۴ تا ۸ درصد می رسد. نرخ شیوع افسردگی مادامالعمر در نوجوانان بین ۲۵ تا ۲۸ درصد است (یعنی ۲۵ تا ۲۸ درصد نوجوانان در مرحله ای از زندگی خود افسردگی را تجربه می کنند)

انورسیس Enuresis بی اختیاری ادرار

اکثر کودکان در ۲ تا ۳ سالگی کنترل مثانه را یاد می‌گیرند. اما در بعضی کودکان عدم کنترل مثانه ادامه می‌یابد و آنها در طول شب به ادرار کردن در رختخواب یا در طول روز به ادرار کردن در لباس‌های خود ادامه می‌دهند. انورسیس یا خیس کردن بستر یعنی تخلیه ادرار در طول روز یا شب یا هر دو در لباسهای خود روی تشک یا روز زمین که بطور مکرر و معمولاً غیرارادی روی می‌دهد. توجه داشته باشید که منظور از روز، ساعات بیداری است و نه روشن یا تاریک بودن هوا، و منظور از شب، ساعات خواب است. برای اعلام رسمی ابتلا به انورسیس، تخلیه ادرار حداقل باید هفته‌ای دو بار حداقل برای سه ماه روز دهد و سن تقویمی کودک حداقل ۵ سال باشد.

جدول معیارهای DSM5 برای بی اختیاری ادرار

الف) فرد بطور مکرر ادرار خود را در تشک یا لباسهایش تخلیه می‌کند (عمدی یا غیر عمدی)

ب) این رفتار از لحاظ بالینی اهمیت دارد و یکی از این دو حالت می‌تواند این موضوع را نشان دهد: فرد حداقل



هفته‌ای دوبار و حداقل به مدت سه ماه پشت سر هم این رفتار را نشان می‌دهد یا در عملکرد اجتماعی، آکادمیک (شغلی) یا سایر زمینه‌های زندگی رنج و یا نابسامانی شدید را تجربه می‌کند

ج) سن تقویمی فرد حداقل ۵ سال است یا در سطح

رشدی معادل با آن است

د) این رفتارها را نمی‌توان به اثر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر (مثل دیابت یا

اختلال تشنجی) نسبت داد

به گزارش DSM5 نرخ شیوع انوو رسیس در ۵ ساله ها ۵ تا ۱۰ درصد و در ۱۰ ساله ها ۳ تا ۵ درصد و در ۱۵ ساله ها و بالاتر حدود ۱ درصد است. در ۷ سالگی نرخ شیوع در پسران دو برابر دختران است اما در نوجوانی تقریباً مساوی می شوند. انتظار می رود انوو رسیس با افزایش سن بسیار کمتر شود اما ۱ تا ۲ درصد آنها تا بزرگسالی و بعد از آن ادامه می یابد. انوو رسیس لزوماً سمپتوم مشکلات روانی نیست اما ممکن است در رشد کودک و طرز تفکر او تاثیر بگذارد و مثلاً کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است تحقیر، انزوای اجتماعی، ترس از لو رفتن و احساس بچه ماندن را تجربه می کنند. خیس کردن خود بعد از طلاق والدین و دعوای پدر و مادر از عذاب آورترین تجربه کودکان است.

انوو رسیس می تواند در طول روز و ساعات بیداری هم روی دهد گرچه فراروانی آن در طول شب بیشتر است. انورسیس می تواند اولیه یا ثانویه باشد. در نوع اولیه کودک هرگز یاد نگرفته است که ادرار خود را کنترل کند. و اگر هم یاد گرفته باشد مدت مان زیادی نمی تواند آن را کنترل کند. در انورسیس ثانویه کودک مثل همه کودکان یاد می گیرد ادرار خود را کنترل کند و حداقل یک سال نیز از عهده این کار بر می آید اما بعد از آن به انورسیس مبتلا می شود.

انورسیس شبانه اولیه بیشتر با تاخیر رشدی و کمبود وزن نوزاد به هنگام تولد ارتباط دارد و انورسیس شبانه ثانویه معمولاً با عوامل روانی مثل جدایی والدین یا دعوای آنها مرتبط است.

اختلال (بی اختیاری مدفوع Encopresis)

اصطلاح ان کپ رسیس برای معرفی کودکانی بکار می رود که ۴ ساله و بیشتر هستند و هنوز کنترل صحیح مدفوع را یاد نگرفته اند. ان کپ رسیس عبارت است از تخلیه مکرر مدفوع در لباس، روز زمین و سایر جاهای نامناسب (مثلا در لباس یا روی زمین). این کار معمولا غیر ارادی است و در کودکان بالای ۴ سال باید حداقل ماهی یکبار به مدت حداقل سه ماه روی دهد تا فرد رسماً مبتلا به آن اعلام شود. بسیاری از کودکان مبتلا با این اختلال از یبوست نیز رنج می برند و یبوست یک عامل در تخلیه غیر ارادی مدفوع است. از طرف دیگر یبوست



ممکن است نتیجه ترس از تخلیه غیر ارادی مدفوع باشد. به گزارش DSM 5 حدود ۱ درصد کودکان ۵ ساله به این اختلال مبتلا هستند و شیوع آن در پسران بیشتر است. ان کپ رسیس یا انوو رسیس کموربید است و حدود نیمی از افراد مبتلا به این اختلال، انوو رسیس هم دارند.

جدول معیار DSM5 برای بی اختیاری مدفوع

الف) فرد عمدی یا غیر عمدی مدفوع خود را در جاهای نامناسب تخلیه می کند (مثلا در لباس یا روی زمین)

ب) این رویداد حداقل یک بار در ماه اتفاق می افتد و حداقل به مدت ۳ ماه ادامه داشته باشد.

ج) سن تقویمی فرد حداقل ۴ سال است یا سطح رشدی معادل آن

د) این رفتار را نمی توان به تاثیر فیزیولوژیک یک ماده (مثل ملین) یا یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

اختلال طیف اوتیسم (ASD) Autism Spectrum Disorder

خصوصیت اختلال طیف اوتیسم عبارتند از ۱- نقص در ارتباط اجتماعی ۲- رفتارها، علائق یا فعالیتهای تکراری و محدود. اصطلاح طیف به این خاطر بکار می رود که سمپتومهای این اختلال بسته به شدن، سطح رشد و سن تقویمی بسیار متغیر است. اختلال ASD بسیار ارثی است.

معیارهای DSM5 برای اختلال اوتیسم:

الف) فرد بطور دائم و در موقعیت های مختلف در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی مشکل دارند و این موضوع را معیارهای زیر نشان می دهند.



۱- فرد در تقابل اجتماعی-هیجانی نقص دارد. نقص در تعامل اجتماعی-هیجانی متقابل یک پیوستار است که از نزدیک شدن به دیگران به صورت غیر عادی و عدم مصاحبت نوبتی شروع می شود. از علاقه اندک به اشتراک گذاری علائق، هیجان و عواطف خود و واکنش نه چندان زیاد و مناسب به علائق، هیجان و عواطف دیگران عبور می

کند و بی اعتنایی کامل به تعامل اجتماعی و پیشقدم شدن در آن خاتمه می یابد.

۲- فرد در رفتارهای ارتباطی غیر کلامی که برای تعامل اجتماعی ضرورت دارد نقص در رفتارهای کلامی و ارتباطی یک پیوستار است که از ضعف فرد در ادغام روشهای ارتباطی کلامی و غیر کلامی شروع می شود، از ناهنجاری در تماس چشمی و زبان بدن، یا نقص در دک روشهای غیر کلامی و استفاده از آنها عبور می کند و به فقدان کامل حالات هیجانی صورت یا ژست بدنی خاتمه می یابد.

۳- فرد در ایجاد، حفظ و درک روابط میان فردی نقص دارد. نقص در ایجاد و حفظ روابط میان فردی یک پیوستار است که از دشواری در تنظیم رفتار برای مطابقت داشتن با موقعیت های اجتماعی شروع می شود، از دشواری در بازی های تخیلی با دیگران و دوست پیدا کردن عبور می کنند و به عدم علاقه ظاهری به مردم خاتمه می یابد (بنظر می رسد فرد به دیگران علاقه ندارد .



مجموعه ای از رفتارها، علائق و فعالیتهای محدود
تکراری که حداقل دو مورد از موارد زیر آن را نشان
می دهند:

- ۱) فرد دارای حرکات کلیشه ای و تکراری است، از اشیاء همیشه به صورت یک شکل استفاده می کند
- ۲) فرد بشدت پایبند روتین است ، رفتارهای

کلامی و غیر کلامی او نظم و ترتیب خاصی دارد و بشدت در مقابل تغییر مقاومت می کند (مثلا حرکات فیزیکی یا نظم و ترتیب خاصی ، پافشاری بر یک مسیر همیشگی ، پافشاری بر یک غذای همیشگی ، سوالات پی در پی و تکراری یا ناراحتی شدید در مقابل کوچکترین تغییرات. فرد علائقی بسیار محدود و ثابت دارد که از لحاظ شدت یا میزان توجه غیر عادی هستند) مثلا دلبستگی شدید به اشیاء غیر معمولی ، یا اشتغال ذهنی در مورد موضوعات غیر عادی ، دایره علائق فرد بسیار محدود است یا علائقش را اصلا تغییر نمی دهند.

۳) واکنشهای افراطی یا تفریطی در مقابل محرکهای حسی یا علاقه غیر معمول به بعضی جنبه های حسی محیطی مثلا ظاهرا به درد/سرما و گرما، بیتفاوت است ، به بعضی صداها یا بافتهای اشیاء واکنشهای

خصمانه نشان می دهد ، بعضی اشیاء را بطور افراطی بو یا لمس می کنند، به بعضی نورها یا اشیاء چرخان
علاقه بسیار شدید نشان می دهند.

۴) سمپتومها باید در نوزادی و خردسالی حضور داشته باشد (هرچند ممکن است فقط زمانی به چشم بیاید
که الزامات اجتماعی

۵) از توانایی های محدود فرد فراتر می روند یا ممکن است استراتژی هایی که فرد در دوره های بعدی زندگی
یادگرفته است آنها پنهان کنند

۶) سمپتومها در عملکرد اجتماعی ، شغلی یا سایر زمینه های عملکردی مهم اختلال ایجاد می کند
۷) معلولیت ذهنی یا تاخیر رشدی کلی نمی تواند علت بهتری برای این سمپتومها باشد.



افراد مبتلا به ASD در استفاده از رفتارهای غیر کلامی (تماس چشمی ، میمیک صورت) ناتوانی دارند، هنگام
حرف زدن یا جدا شدن از دیگران به چشمان طرف مقابل
نگاه نمی کنند . یکی از ویژگی های کلی افراد مبتلا به
اوتیسم این است که معمولا رفتارها، علائق و فعالیتهای
بسیار محدود ، تکراری و کلیشه ای دارند . در کودکی به

تعداد انگشت شمار از اسباب بازی علاقه نشان می دهند. آنها اسباب بازی های خود را باها و بارها به یک شکل
پشت سر هم می چینند و اگر کسی روتین آنها را بر همبزند یا به آنها اجازه ندهد به روتین خود ادامه دهند ،
بسیار ناراحت می شوند. نیاز به یکنواخت بودن فقط به وسایل شخصی ختم نمی شود مثلا اگر جای مبلمان
منزل هم عوض شود یا از مسیر دیگری غیر از مسیر همیشگی به مدرسه بروند بشدت ناراحت می شود .

کودکان مبتلا به ASD به اشیاء بی جان علاقه خاصی و عمیقی دارند و مثلا به کلید ، سنگ ، وسایل مکانیکی
و ابزارهایی که دست زدن به آنها احساس خاصی در حس لامسه ایجاد می کند(مثلا عاشق صلفی و لیزی سطح

یک سنگ هستند). این کودکان معمولا با اسباب بازی ها بازی نمی کنند، یک ویژگی کلی دیگر ASD حرکات بدنی کلیشه ای است مثل دست زدن، بشکن زدن، جلو عقب رفتن در صندلی، جلو عقب رفتند یا به چپ و راست حرکت دادن بالاتنه به هنگام ایستادن.

حدود ۸۰ درصد افراد مبتلا به ASD ناتوانی ذهنی با هوشبهر کمتر از ۷۰ دارند. اما ماهیت نقص ذهنی این دو با هم فرق می کند. کودکان اوتیستیک در آزمون دیداری- فضایی در مقایسه با آزمونهای ادراک اجتماعی یا توانایی کلامی، معمولا عملکرد بهتری دارند و بنا بر این بیماران ASD در یافتن اشیاء پنهان شده در یک نقاشی، سرهم کردن اشیاء باز شده و جفت کردن اشیاء مربوط به هم در آزمون مختلف (مثلا مکعب ها) بسیار بهتر عمل می کنند. اما در اکثر موارد افراد مبتلا به اوتیسم در یک کار خاص بسیار عالی عمل می کنند (مثلا در توانایی محاسبه تاریخها، ریاضیات یا موسیقی).

تشخیص اختلال اوتیستیک بسیار دشوار است زیرا بصورت انواع ناتوانی ها نشان داده می شود. از ناتوانی شدید تا ناتوانی خفیف که کودکان مبتلا به آن تقریبا مانند کودکان سالم مهارتهای بسیار بالایی دارند و در نتیجه شناسایی سمپتوم های اوتیسم در آنها بسیار دشوار است. آنچه تشخیص را پیچیده تر می کند این است که در این اختلال با تغییر سن، رفتارهای این افراد نیز تغییر می کند، سمپتومهای این اختلال ممکن است با درجات مختلف از معلولیت ذهنی نشان داده شوند و اینکه ASD معمولا با سایر اختلالات مثل ADHD و صرع همبودی دارد. افراد مبتلا به ASD در آزمونهای عملکرد اجرایی (فرا شناخت خود- تنظیمی) معمولا نمرات پایینی می گیرند و این موضوع نشان می دهد که آنها در حل مساله، برنامه ریزی، پیشقدم شدن، سازمان دهیب، نشارت و بازداریاز رفتارهای پیچیده مشکل دارند. افراد مبتلا به ASD نشان دادند که در بعضی مهارتها از جمله در طبقه بندی تشکیل مفهوم، تغییر جهت توجه، برنامه ریزی و حل مسئله انتزاعی، حافظه های کوتاه مدت و بلند مدت نقص دارند.

یک نظریه پرطرفدار در مورد ASD این است که افراد مبتلا نمی‌توانند ذهن خوانی کند یعنی افراد مبتلا نمی‌توانند متوجه شوند که رفتار دیگران بر اساس حالات ذهنی آنها است. و این حالات، باورها و نیاتی را در باره این که چکار باید بکنند در بر می‌گیرد. برای تعیین توانایی ذهن خوانی کودک معروفترین آزمایش، آزمون باور استباه سلی و آنی (دارا و سارا) است. در این آزمون کودک به صحنه ای نگاه می‌کند که در آن عروسکی بنام دارا تیله ای را در داخل سبد گرد قرار می‌دهد و از صحنه خارج میشود. چند لحظه بعد سارا وارد می‌شود و تیله را از سبد گرد خاج می‌کند و در سبد مکعب شکل کنار سبد گرد قرار می‌دهد و از صحنه بیرون می‌رود. بعد از لحظاتی دارا وارد می‌شود. در این زمان آزمونگر از کودک می‌پرسد دارا به کدام جعبه نگاه می‌کند. برای پاسخ صحیح کودکان باید درک کنند در ذهن دارا چه می‌گذرد. چون دارا آن را داخل سبد گرد قرار داد طبیعتاً آنچه در ذهن دارند این است که تیله باید همانجا باشد. اکثر کودکان چهارساله و بزرگتر پاسخ صحیح را پیدا می‌کنند اما کودکان اوتیستیک در پاسخگویی دچار مشکل می‌شوند. چون نمی‌توانند به ذهن دارا راه پیدا کنند.

درمان

یکی از ویژگی‌های کودکان ASD این است که از هرگونه تغییر بیزار هستند. دوم اینکه این کودکان به دینای خارج بی تفاوت هستند. آنها به تلاش دیگران برای برقراری ارتباط واکنش نشان نمی‌دهند و حتی کارهای ساده مثل نگاه کردن در چشم دیگران برای آنها مشکل است و نمی‌توانند با کسی تماس چشمی داشته باشند به همین دلیل هرگونه برنامه درمانی باید مهارت‌های اولیه را تقویت کند و مثلاً تماس چشمی را آموزش دهد. سوم اینکه کودکان مبتلا به ASD معمولاً به تعداد بسیار محدودی از اشیاء و ریدادها علاقه مند هستند. و این باعث می‌شود یافتن تقویت کنند های موثر برای پاداش دادن به آنها بسیار دشوار باشد. بی‌اعتنایی این کودکان باعث می‌شود که ستایش، تعریف و تمجید به عنوان تقویت کننده موثر واقع نشود و لازم شود از تقویت کنند های آشکارتر و جدی‌تر استفاده شود. مثل خوراکی یا تقویت کننده های لامسه مثل بغل کردن. چهارم اینکه کودکان ASD توجه بیش از حد گزینشی دارند. یعنی اگر به یک کار آموزشی توجه کنند تنها به مسائل مربوط به آن توجه

خواهند کرد و هر چه را که در آن وضوعیت یاد بگیرند محدود به آن وضوعیت خواهند بود و به وضوعیت های دیگر تعمیم داده نخواهد شد و آخر این که حتی در افراد مبتلا به سطوح پایین تر ASD رفتار مسبتا عجیب و غریب و مهارتهای ارتباطی ضعیف باعث می شود که دیگران با شک به آنها نگاه کنند و در برخورد با آنها محتاط باشند. هر چند این افراد می توانند به اندازه خود در شغل خود کارآمد باشند .

داروهای هالوپریدول و ریسپریدون از رفتارهای تکراری و کلیشه ای ، انزوای اجتماعی و نیز پرخاشگری و رفتارهای مشکل زا مثل بیش فعالی ، اوقات تلخی های شدد ، نوسانات خلقی و خود آزاری می کاهد . سپتومهای جانبی داروعبارتند از بی حالی ، سرگیجه؛ افزایش اشتها و حرکات پرشی و بی اراده دست و پا . داروی نالتراکسون دیده شده برای کنترل بیش فعالی و خود زنی مفید است.

