

کتاب جامع

# بهداشت عمومی

فصل ۱۲ / گفتار ۳ / دکتر جواد علاقبند راد

مشکلات روانپزشکی در کودکان زیر پنج سال

## فهرست مطالب

۱۹۳۱	اهداف درس
۱۹۳۱	بیان مسئله
۱۹۳۲	ارزیابی نوزادان و کودکان خردسال
۱۹۳۴	مشکلات شایع در نوزادان و کودکان خردسال
۱۹۳۴	مشکلات خواب
۱۹۳۵	مشکلات غذا خوردن
۱۹۳۵	تأخیر در رشد
۱۹۳۶	Pica در نوزادی و کودکی
۱۹۳۶	حملات ریشه رفتن
۱۹۳۶	انگشت مکیدن و ناخن جویدن
۱۹۳۶	اختلال دلبستگی
۱۹۳۷	یافته‌های بالینی
۱۹۳۷	جدول ۱- علل عمده کم توانی ذهنی
۱۹۳۸	کم توانی ذهنی
۱۹۳۸	جدول ۲- اصول راهنما در تشخیص توانایی‌های افراد «کم توان ذهنی»
۱۹۳۸	جدول ۳- موارد عمده نورویولوژیک همراه با اختلال اوتیستیک:
۱۹۳۹	منابع

## مشکلات روانپزشکی در کودکان زیر پنج سال

دکتر جواد علاقبند راد

گروه آموزشی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

### اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- اطلاعات کلی در باره نحوه ارزیابی روانپزشکی نوزادان و کودکان خردسال را به دست آورد
- مشکلات شایع روانپزشکی در نوزادان و کودکان خردسال را بداند
- علل عمده کم توانی ذهنی را بداند
- با توجه به توانایی‌های افراد مبتلا شدت کم توانی ذهنی را تشخیص دهد
- علل عمده نوروپولوژیک در اتیولوژی اوتیسم را بشناسد
- اصول کلی در تشخیص علائم مربوط به رشد طبیعی را از موارد غیرطبیعی بازشناسد

### واژه‌های کلیدی

روانپزشکی کودک و نوجوان، کم توانی ذهنی، ارزیابی، نوزادان، کودکان، اوتیسم

### بیان مسئله

تاکنون مطالعات معدودی درباره نحوه بروز و شیوع مشکلات بهداشت روان در سال‌های اول زندگی، صورت گرفته است. ریچمن (Richman) در سال ۱۹۷۵، تمامی کودکان ۳ ساله منطقه‌ای در شمال لندن را مورد مطالعه قرار داد. نتایج مطالعه حاکی از این واقعیت بود که ۷٪ آنان دارای مشکلات رفتاری متوسط یا شدید و در حدود ۱۵٪ از آن‌ها دچار مشکلات خفیف رفتاری می‌باشند. در مجموع تفاوتی میان دختران و پسران وجود نداشت اگرچه پرتحرکی، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع در پسران و اضطراب و ترس‌های مختلف در دختران، شایع‌تر بود. به نظر می‌رسد که بروز مشکلات رفتاری در این سنین به نحوی به خصوصیات بیولوژیک کودک و همچنین رابطه والد - کودک مربوط می‌شود.

## ارزیابی نوزادان و کودکان خردسال

روش‌های ارزیابی در نوزادان و شیرخواران ۱-۲ ساله، دارای تفاوت‌هایی نسبت به کودکان دیگر می‌باشد. همانگونه که امده (Emde, 1985) بیان می‌دارد، بیان عواطف در این سنین دارای اهمیت ویژه‌ای است. نوزادان سخن نمی‌گویند. در عوض، گریه می‌کنند، می‌خندند، صداهایی از خود در می‌آورند و از طرق مختلف (که تدریجاً والدین آنان می‌آموزند) ترس، خشم، غم، لذت و امثال آن را انتقال می‌دهند. آنچه از معاینه صرف نوزاد اهمیت بیشتری دارد، مشاهده تعامل میان والدین و کودک است که در این خصوص ارتباط غیر کلامی، واجد اهمیت ویژه‌ای است.

در واقع آنچه ارزیابی می‌شود نه نوزاد، بلکه «نوزاد در متن زمینه‌ای» است که محیط طبیعی وی و معمولاً خانواده می‌باشد. بنابراین حضور هر دو والد ضروری است. بعضاً یکی از والدین (اغلب پدر) مایل به شرکت در جلسات درمانی نیست که در این صورت باید حداکثر تلاش صورت گیرد تا وی در جلسات حضور یابد. به همین ترتیب، حضور دیگر فرزندان خانواده (در صورت وجود) بسیار کمک کننده است.

طبق نظر هیرشبرگ (Hirshberg, 1993) جنبه‌های زیر باید در رابطه والدین و کودک، مورد ارزیابی قرار گیرد:

- رابطه دلبستگی (The attachment relationship): ارزیابی این مطلب که آیا نوزاد، والدین را منبع امنیت و راحتی می‌داند و در این صورت نحوه کسب امنیت و راحتی از طریق والدین چگونه است؟ اکتشاف کنجکاوانه نوزاد نسبت به محیط اطراف تا چه میزان آزادانه صورت می‌گیرد؟ اگر نوزاد در صدد دریافت عواطف مثبت باشد آیا والدینش آن را محقق می‌سازند؟ در آن صورت آیا کودک مجدداً به اکتشافات خویش ادامه می‌دهد؟
- ایمنی و محافظت (Safety and Protection): این موضوع وابسته به آن است که هر یک از والدین تا چه میزان نسبت به ایمنی و محافظت کودک در برابر خطرات هشیار باشند. والدین ممکن است بیش از اندازه حمایت کننده و یا بی‌توجه باشند. واکنش‌های کودک نیز در برابر روش‌های محافظتی والدین باید مشاهده گردند.
- تنظیم فیزیولوژیک: وابسته به مشاهده این موضوع است که والدین در برابر تغییرات فیزیولوژیک کودک چگونه واکنش نشان می‌دهند؛ برای مثال: گرسنگی، سرماخوردن، خواب آلودگی، نیاز به تحرک. سؤال اصلی این است که آیا مداخله والدین برای تأمین خواست‌های فیزیولوژیک کودک مؤثر است؟ و آیا در برابر تلاش‌های کودک به منظور افزایش یا کاهش تحرک پاسخ مناسب دریافت می‌شود؟
- بازی: لازم است موقعیتی فراهم گردد که والدین و کودک برای مدت زمانی با همدیگر بازی کنند. آیا والدین آرامش دارند و با کودک خویش نیز راحت هستند؟ آیا به نحو مناسب به علامت‌های نوزاد، واکنش نشان می‌دهند؟ آیا می‌فهمند که او چه می‌خواهد؟ و آیا در شرایطی که ساختار و سازماندهی مورد نیاز است، بازی را شروع می‌کنند؟
- آموزش و یادگیری: این موضوع به بازی مربوط می‌شود و بستگی به آن دارد که چگونه والدین، به

کودک خویش کمک کنند تا او یادگیری داشته باشد. از این روی، توانایی و خواست والدین در این زمینه و همچنین رویکرد و میزان انعطاف والدین باید مورد بررسی قرار گیرد.

● قدرت و کنترل: آیا والدین در برابر کودک افرادی آرام، مطمئن و مسلط بر خود به نظر می‌رسند ... یا بر عکس منفعل، متزلزل، آشفته و گیج یا احتمالاً دارای تنش و خشمگین هستند.

● تنظیم هیجانات: همانطور که هیرشبرگ (Hirshberg, 1993) اشاره کرده است، ابراز و انتقال هیجانات و تنظیم آنان احتمالاً مهم‌ترین جنبه‌ها در ارتباط بین فردی است. هیجاناتی که در برگزیده تعاملات میان کودک و والدین باشد، به نظر می‌رسد که عاملی کلیدی در سازمان‌دهی تجربیات است و تصور می‌شود که به روابط و تعاملات بعدی شکل می‌دهد. مصاحبه‌گر باید در جریان تعامل کودک و والدین، به میزان عواطف موجود در رابطه مزبور، سهولت ابراز هیجانات و هماهنگی لحن صدا، حالات چهره، ژست‌ها و ارتباطات غیر کلامی توجه نماید. همچنین لازم است که تفاوت‌های موجود میان واکنش‌های پدر و مادر و ارتباطات عاطفی آنها با یکدیگر مورد توجه قرار گیرد. در تکمیل مشاهدات فوق، لازم است که از والدین در باره هر یک از حوزه‌های مزبور، سؤال گردد. بدین منظور می‌توان از هر یک از والدین و اکنش والد دیگر را در هر حوزه پرسید و سپس نظر موافق یا مخالف آن والد را جویا شد. هر گونه اختلاف روش در تعامل با کودک یا اختلاف نظر در تربیت فرزندان نیز باید مورد کنکاش قرار گیرد.

مشاهده مستقیم نوزاد در موقعیت‌های مختلف، واجد اهمیت فراوانی است. برای مثال، گنس باور و هارمون (۱۹۸۱) یک روش ارزیابی جامع را توصیه نموده‌اند که به ترتیب زیر برای کودکان ۹ تا ۲۱ ماهه به کار می‌رود:

۱- اختصاص دادن زمانی برای بازی آزادانه کودک و مادر که در حین آن نوزاد بتواند با اسباب‌بازی یا مادر بازی نماید.

۲- نزدیک شدن یک فرد غریبه و مادر به نوزاد که مشخص می‌سازد تا چه میزان مادر به عنوان منبع امنیت تلقی می‌شود.

۳- بررسی سطح رشدی (برای مثال استفاده از (Bayley Scales of Infant Development)

۴- بررسی تأثیر جدایی با غایب شدن و بازگشت مادر پس از ۳ دقیقه.

علاوه بر موارد فوق، کسب تاریخچه کامل کودک و خانواده، ژنوگرام و معاینه جامع روانپزشکی و بررسی کامل طبی، ضرورت دارد. در ارزیابی نوزادان و خانواده‌هایشان، برقراری اتحاد درمانی و رویکرد همراه با هم‌حسی، حمایت و برخورد مثبت، از لوازم اصلی موفقیت محسوب می‌شود. والدینی که کودک خویش را نزد متخصص بهداشت روانی می‌آورند، طبعاً مضطرب بوده و دارای احساس گناه می‌باشند. نگرانی اصلی آنان نیز این است که مبدا مشکلات فرزند ناشی از اشتباهات آنان باشد. این در حالی است که معمولاً والدین با توجه به سطح اطلاعات در زمینه فرزندپروری، حالات هیجانی و استحکام شخصیتی آنها برای موفقیت فرزندشان حداکثر تلاش خود را به

عمل می‌آورند.

بسیاری از والدینی که در زمینه تربیت فرزندشان دچار مشکل هستند، خودشان تحت تربیت غیرصحیح قرار داشته‌اند و در نتیجه در این زمینه فاقد بینش صحیح می‌باشند. برای بررسی جامع‌تر در حوزه‌های مختلف هیجانی و رفتاری، پرسشنامه‌های متعددی وجود دارد که حسب نیاز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

## مشکلات شایع در نوزادان و کودکان خردسال

Temper Tantrums در کودکان «نوپا» طبیعی است اما اگر شدید و طولانی باشد و با تمهیدات معمولی والدین بهبود نیابد، ایجاد مشکل می‌نماید در اوایل نوزادی نیازها و خواسته‌های نوزادان (که کمابیش یکی هستند) عموماً بلافاصله برآورده می‌شود و معمولاً در سال دوم زندگی است که محدودیت‌ها برای کودک اعمال می‌گردد. چنین محدودیت‌هایی آن گاه ضروری می‌نماید که کودک شروع به راه رفتن کند و در نتیجه ممکن است به مکان‌هایی سر بزند و کارهایی انجام دهد که خطرناک باشد. Tantrums، واکنش قابل درک نسبت به محرومیت از لذتی است که کودک به آن عادت دارد.

تداوم یا تشدید Tantrums عمدتاً وابسته به نحوه برخورد والدین و افراد نزدیک دیگر با کودک است. مشخص نمودن محدودیت‌ها به صورت قاطع اما صمیمانه در یک محیط گرم و پذیرا معمولاً به بهبودی سریع می‌انجامد. تا آنجا که ممکن است Tantrums باید مورد بی‌توجهی قرار گیرد. کودکان دچار Tantrums می‌گیرند زیرا چیزی را که می‌خواهند به دست نمی‌آورند و یا اجازه پرداختن به کار خاصی به آنها داده نمی‌شود. واکنش مناسب‌تر آن است که اجازه داد تا Tantrums ادامه یابد بدون آنکه در حین آن توجه خاصی به کودک نشان داده شود.

به محض توقف Tantrums، توجه معطوف کودک می‌گردد. اعمال یکنواخت چنین برنامه‌ای کمک می‌نماید که رفتار Tantrums خاتمه یابد (گرچه در ابتدا بیشتر شود) و رفتار مخالف آن تقویت گردد. البته مدیریت این گونه رفتارها همیشه آسان نیست و در واقع، Temper Tantrums کودکانی که در خانواده‌های آشفته و بدون ثبات زندگی می‌کنند مقاوم و مزمن خواهد بود. سرانجام چنین کودکانی تا حد زیادی بستگی به آن دارد که رابطه با والدین تا چه میزان از اهمیت برخوردار باشد و همچنین والدین تا چه اندازه این توانایی و اراده را دارا هستند که در رفتار خود تغییر ایجاد کنند. سرشت ذاتی کودکان نیز عامل بسیار مهمی است، بدین معنی که بعضی از کودکان ذاتاً دشوارتر از بقیه هستند. همچنین، تناسب میان سرشت ذاتی والدین و کودک نیز اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد.

## مشکلات خواب

عده کثیری از والدین از روند خواب نوزادان و کودکان خویش ابراز نگرانی می‌کنند که بسیاری از این موارد ناشی از فقدان اطلاعات درباره رشد طبیعی است. نیاز کودکان به خواب بر اساس خصوصیات سرشتی آنان متفاوت می‌باشد. ناتوانی در تداوم یک الگوی منظم خواب ممکن است در خانواده‌های آشفته و بهم ریخته نیز دیده شود. در چنین مواردی هیچگونه قاعده منظم و رایجی برای خواب وجود ندارد. مشکل خواب همراه با گریه، در نوزادان شایع است اما عموماً پس از چند ماه تخفیف می‌یابد.

مواردی از مشکلات خاص خواب نیز وجود دارد که معمولاً از سال سوم زندگی شروع می‌گردد، در پسران شایع‌تر است و طبق تعریف غیر مرتبط با مشکلات رفتاری یا روانپزشکی می‌باشد. مشکلات خاص خواب عبارتند از:

#### کابوس‌ها:

رؤیاهای ناخوشایند یا ترسناک. این رؤیاهای در جریان خواب سبک (REM) رخ می‌دهند. کودک به دنبال دیدن کابوس‌ها از خواب بر نمی‌خیزد و اگر هم از خواب بیدار شود واکنشی معمولی خواهد داشت و چندان آشفته نخواهد گردید.

#### وحشت شبانه:

معمولاً در اوایل خواب و در مراحل خواب عمیق (مراحل ۳ و ۴) اتفاق می‌افتد. کودک معمولاً وحشتزده به نظر می‌رسد و در برابر صحبت دیگران واکنشی نشان نمی‌دهد. همچنین به نظر می‌رسد که اشیاء و افراد را نمی‌تواند ببیند. به هنگام بیداری، کودک چیزی را به خاطر نمی‌آورد.

#### خوابگردی:

این پدیده نیز در خواب عمیق اتفاق می‌افتد و کاملاً با وحشت شبانه ارتباط دارد. خوابگردی، همچون وحشت شبانه ممکن است در جریان یک بیماری تبادلی دوران کودکی اتفاق افتد. کودک معمولاً در اوایل خواب بیدار می‌شود و با در دست داشتن یک پتو راه می‌افتد و در حالی که چهره‌ای مبهوت دارد، در برابر تلاش دیگران برای برقراری ارتباط با او واکنشی نشان نمی‌دهد. معمولاً بیدار کردن کودک دشوار است، اما در صورت بیدار شدن (احتمالاً پس از لحظات کوتاه گیجی و فقدان جهت‌یابی) شخص به نظر طبیعی می‌رسد. دوره‌های خوابگردی ممکن است از چند دقیقه تا نیم‌ساعت طول بکشد. در اکثریت موارد هیچ‌گونه اختلال روانپزشکی به صورت همراه وجود ندارد.

#### سندرم آپنه خواب:

این سندرم ممکن است در هر سنی از نوزادی به بعد اتفاق افتد. از پیامدهای این سندرم، بی‌خوابی مزمن و در نتیجه خواب آلودگی روزانه، خستگی مزمن و در موارد شدید، افت ذهنی، افسردگی، تغییرات شخصیتی و حملاتی از رفتارهای غیر منطقی می‌باشد.

### مشکلات غذا خوردن

مشکلات تغذیه‌ای و اشتها در نوزادان ممکن است نشانه‌هایی از اختلالات فیزیکی یا مشکلات هیجانی و ارتباطی در خانواده یا اکثراً مجموعه‌ای این عوامل باشد.

### تأخیر در رشد (FTT) Failure to Thrive

این اصطلاح، توصیف نوزادان و کودکانی است که نقص جدی در افزایش وزن از خود نشان می‌دهند. FTT یک علامت است و نه یک اختلال و در نتیجه ممکن است ناشی از عوامل بسیار متعددی باشد. مشکلات

تغذیه‌ای غالباً در زمینه ارتباطات مختل والدین - کودک رخ می‌دهد. مادر بی‌تجربه، مضطرب و احتمالاً نپخته قادر به پاسخ‌دهی در برابر نیازهای نوزاد نمی‌باشند.

### Pica در نوزادی و کودکی

پیکا عبارت است از خوردن مداوم غیر خوراکی مانند کاغذ، خاک، چوب، پارچه و ... از نظر آسیب‌شناسی علل متنوعی همچون شرایط نامساعد محیطی، دیسترس هیجانی و مشکلات ارتباطی مطرح می‌باشد. مشکلات همراه در زمینه خواب و رفتار شایع است و خانواده این کودکان آشفته و فقیر هستند.

### حملات ریسه رفتن

در کودکان پیش دبستانی شایع است و معمولاً قبل از سن دو سالگی شروع می‌شود. این حملات عموماً تا ۶-۵ سالگی متوقف می‌گردند. حملات ریسه معمولاً به دنبال ناراحتی یا نگرانی‌های جزئی رخ می‌دهند. در ابتدا گریه شروع می‌شود که به نظر می‌رسد به دنبال افزایش شدت آن، کودک در یک حالت خشم وارد گردد. سپس تنفس در حالت بازدم قطع می‌شود و با آبی شدن صورت (خصوصاً در اطراف لب‌ها) سیانوز بروز می‌یابد. در مواردی ممکن است تشنج صرعی پیش آید اما در اکثر موارد، ظرف نیم دقیقه کودک شروع به تنفس مجدد می‌کند و از اینرو بهبودی سریعاً رخ می‌دهد. بنابراین سه مشخصه اصلی این حملات عبارتند از:

۱- عامل زمینه‌ساز

۲- گریه کردن خشمگینانه

۳- سیانوز

اگر مشکل همراه دیگری وجود نداشته باشد، پیش‌آگهی مساعد است.

### انگشت مکیدن و ناخن جویدن

این رفتارها در نوزادان شایع است اما تدریجاً از سال دوم به بعد، تخفیف می‌یابند. این علامت‌ها از نظر روانپزشکی اهمیت خاصی ندارند و معمولاً نیازمند درمان خاصی نیز نمی‌باشند. درمان در روانپزشکی نوزادان در اکثر موارد معطوف به ارتباط میان کودک و والدین می‌شود. در این زمینه در سال‌های اخیر مطالعات و پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای به دست آمده است، اگر چه مسیری طولانی برای یافتن پاسخ به سئوالات متعدد باقی مانده است.

### اختلال دلبستگی

نوزادان طبیعی با این قابلیت به دنیا می‌آیند که به والدین خویش دلبستگی داشته و آنان را به مراقبت از فرزند نشان وادارند. اختلال در این امر و نقائص یا خلل در پاسخ شخص مراقب می‌تواند با تعدادی از گزینه‌ها همراه باشد؛ نمونه‌های آن عبارتند از اختلال دلبستگی واکنشی، اختلال نشخوار نوزادی، ناتوانی رشد غیر عضوی و کوتولگی روانی اجتماعی. این موارد از نوزادی شروع می‌گردد و اگر اصلاح نشود، رشد ذهنی و اجتماعی بعدی را مختل می‌سازد. مشکلات خواب غالباً در ۲ سال نخستین زندگی شروع می‌گردند. اختلالات پیکا و دفعی عموماً برای نخستین بار حد

فاصل سنین ۲ و ۵ سالگی تشخیص داده می‌شوند.

## یافته‌های بالینی

### الف) اختلال دلبستگی واکنشی

این اختلال به معنای ناتوانی نوزاد در تشکیل یک ارتباط طبیعی نسبت به شخص مراقب اصلی می‌باشد. نوزاد یکی از این دو واکنش را به نمایش می‌گذارد:

۱. منزوی از لحاظ اجتماعی، محدود از نظر هیجانی، فاقد انرژی و ظاهراً ناتوان از لذت بردن از تماس اجتماعی یا بازی.

۲. از لحاظ اجتماعی بی‌تفاوت و از لحاظ هیجانی سطحی. هر دو نوع اختلال مرتبط با

### Reactive attachment disorder

غفلت والدین یا سوء رفتار آنها یا فرزندپروری در مهد کودک‌ها با مراقبت‌کننده‌هایی که سوء رفتار دارند معمولاً در سبب‌شناسی نقش دارند. نوزادانی که در معرض بدرفتاری قرار داشته‌اند، در سنین نوپایی از خود دلبستگی آشفته بروز می‌دهند و بتدریج دارای رفتارهای ایذایی و پرخاشگرانه یا منزوی از لحاظ اجتماعی می‌گردند.

### جدول ۱ - علل عمده کم‌توانی ذهنی

علت	مثال
کروموزومی	سندرم XXY (سندروم کلین فلچر) تریزومی ۲۱ (سندرم داون) تریزومی ۱۸ تریزومی ۱۳ سندرم ایکس شکننده
توارث مندلی	آکروسفالوسین داکتیلی (سندرم Apert)، غالب نوروفیبروماتوز (بیماری فان رکلین‌ها وزن)، غالب توبروز اسکروزیس (وجود آدنوم سباسه)، غالب موکوپولی ساکاریدوزیس تیپ I (سندرم هرلر)، اتوزوم مغلوب موکوپولی ساکاریدوزیس تیپ II (سندرم هانتز)، مغلوب وابسته به کروموزوم X
عوامل آسیب‌زای قبل از تولد	سندرم الکل جنینی سندرم هیدانتوتین جنینی سرخچه
عوامل آسیب‌زای پس از تولد	سندرم نوزاد ضربه دیده کرن ایکتروس مننژیت

### ب) دلبستگی مختل

در اینجا شخص مهمی که نسبت به او دلبستگی به وجود می‌آید حضور دارد ولی رابطه موجود دچار

اختلال می‌باشد بدین معنی که میان نزدیک شدن و کشف محیط عدم تعادل وجود دارد. این رابطه ۳ شکل مختلف دارد: (۱) همراه با مهار (۲) همراه با Self-endangerment (۳) همراه با وارونه شدن نقش

**جدول ۲- اصول راهنما در تشخیص توانایی‌های افراد «کم توان ذهنی»**

توانایی	خفیف	متوسط	شدید
در مناطق ناآشنا گم نمی‌شود	+	+	
اسکناس را می‌تواند تبدیل به سکه نماید	+		
مستقلاً می‌تواند از وسایل حمل و نقل عمومی استفاده کند	+		
اخبار را دنبال می‌کند	+		
مستقلاً لباس می‌پوشد و به توالت می‌رود	+	+	+
بدون کمک از لیوان می‌نوشد	+	+	+
با قاشق غذا می‌خورد	+	+	+
محاورات ساده را می‌تواند انجام دهد	+	+	+
دستورات یک مرحله‌ای را انجام می‌دهد	+	+	+
دو نفر را با ذکر نام خطاب می‌کند	+	+	+
از قفل و کلید استفاده می‌کند	+	+	
لباسش را مناسب انتخاب می‌کند	+	+	+
قادر به حفظ دوستی است	+	+	+
مقصودش را با کلام مشخص می‌سازد	+	+	
علائم راهنمایی و رانندگی را می‌شناسد	+	+	+
فعالیت‌های روزانه را برنامه‌ریزی می‌کند	+	+	
در برابر غریبه‌ها رفتار صحیحی دارد	+	+	+
خطرات را پیش‌بینی می‌کند	+	+	
ساعت روز را تشخیص می‌دهد	+	+	
بدون نظارت دیگران غذا می‌پزد	+		
از تلفن عمومی استفاده می‌کند	+	+	
لباس‌هایش را خودش می‌شوید	+	+	
شرایط شغلی	محیط شغلی عادی	محیط شغلی ویژه یا عادی	محیط شغلی ویژه

**کم توانی ذهنی**

علل عمده و اصول راهنما در تشخیص کم توانی ذهنی در جداول ۱ و ۲ ذکر شده‌اند. بعضی از علل طبیی تسایع

که در اختلال اوتیستیک دیده می‌شوند نیز در جدول ۳ فهرست گردیده است. اختلال اوتیستیک یکی از اختلالات تکاملی است که در سنین خردسالی شروع گردیده و در حوزه‌های متعددی ایجاد اختلال می‌نماید. (عمدتاً در سه محور رشد اجتماعی، رشد تکلم و حرکات کلیشه‌ای).

### جدول ۳- موارد عمده نورویبولوژیک همراه با اختلال اوتیستیک

- سرخجه مادرزادی
- سیتومگالوویروس
- صرع
- سندرم ایکس شکننده
- آنسفالیت هرپسی
- سندرم مویوس
- نوروفیروماتوزیس
- فنیل کتونوری
- توبروز اسکروزیس

### منابع

- 1) Emde, R.N. (1985) Assessment of infancy disorders. In : Child and Adolescent Psychiatry : Modern Approaches, 2<sup>nd</sup> ed. M. Rutter and L. Hersov. Oxford ; Blackwell.
- 2) Hirshberg, L.M. (1993). Clinical interviews with infants and their families. In : Handbook of Infant Mental Health, ed. C.H. Zeanah. New Yourk : Guilford.
- 3) Richman, N., Stevenson, J. E. and Graham, P. J. (1975) Prevalence of behavior problem in 3-year-old children : an epidemiological study in a London Borough. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16, 277-287.