

راهنمای جامع سندرم اسپرگر

فهرست مطالب

۷	.....قدردانی
۸	.....مقدمهٔ جدید مؤلف (۲۰۱۴) بعد از تغییر ملاک‌های تشخیصی اختلال طیف اوتیسم در DSM-5
۲۳	.....دیباچه
۲۷	.....فصل ۱: سندرم اسپرگر چیست؟
۵۷	.....فصل ۲: فرایند تشخیص
۸۲	.....فصل ۳: ادراک اجتماعی و رفاقت
۱۳۴	.....فصل ۴: دست انداختن و قلدری کردن
۱۵۵	.....فصل ۵: نظریهٔ ذهن
۱۷۵	.....فصل ۶: درک و ابراز هیجان‌ها
۲۲۷	.....فصل ۷: علایق ویژه
۲۶۴	.....فصل ۸: زبان
۲۹۵	.....فصل ۹: توانایی‌های شناختی
۳۳۱	.....فصل ۱۰: حرکت و هماهنگی
۳۴۶	.....فصل ۱۱: حساسیت حواس
۳۷۲	.....فصل ۱۲: زندگی پس از مدرسه: دانشگاه و اشتغال
۳۸۵	.....فصل ۱۳: روابط شخصی طولانی‌مدت
۳۹۹	.....فصل ۱۴: روان‌درمانی
۴۱۲	.....فصل ۱۵: سؤال‌های متداول
۴۳۷	.....واژه‌نامه
۴۵۲	.....منابع

قدردانی

دوست دارم از افراد زیر به خاطر تشویق‌ها، پیشنهادها و حمایتشان که مرا قادر ساخت دانش لازم برای تکمیل این کتاب را تحصیل کنم، قدردانی نمایم. همسرم، سارا که چرک‌نویس‌های مرا ویرایش می‌کرد تا اطمینان حاصل کند جملاتم به قدر کفایت گویا و بدون مشکل دستوری باشند. این هیچ‌وقت کار ساده‌ای نبوده است. بی‌شمار افراد اسپرگری و والدینشان که به تشریح چالش‌هایی که با آن روبه‌رو می‌شوند و شیوه‌های تقابل با آنها پرداختند. آنها الگوهای من هستند. دوستان و همکارانم که با نظراتشان در مورد نسخهٔ پیش‌نویس کتاب، راهنما و مشوق من بودند. به‌ویژه دوست دارم از این افراد قدردانی کنم، کری دان، مایکل گارنت، کارل گری، ایزابل هنال، کیتی هوپمن، جنی منجی‌یوونا، استفان شور و لیان ویلی؛ و در آخر هم دوست دارم از مراجعینم و دوستان و اقوام افراد اسپرگری تشکر کنم. شما به زندگی من نور بخشیدید.

Extracts from Asperger, H. (1991) [1944] *Autistic psychopathy in childhood*. In U. Frith (ed) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press. Reproduced by permission of Springer-Verlag.

Extracts from Asperger, H. (1938) 'Das psychisch abnorme Kind.' *Wiener klinische Wochenschrift* 49, 1–12. ('The mentally abnormal child.' *Viennese Clinical Weekly* 49.) Reproduced by permission of Springer-Verlag. Extracts translated by Brit Wilczek.

Extracts from Jackson, N. (2002) *Standing Down Falling Up: Asperger's Syndrome from the Inside Out*. Bristol: Lucky Duck Publishing. Reproduced by permission of Sage Publications Ltd, Thousand Oaks, London and New Delhi. Copyright © Nita Jackson 2002.

Extracts from Williams, D. (1998) *Nobody Nowhere: The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl*. London: Jessica Kingsley Publishers. Reproduced by permission of Jessica Kingsley Publishers. Copyright © Donna Williams 1998.

Extracts from Willey, L.H. (1999) *Pretending to be Normal: Living with Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers. Reproduced by permission of Jessica Kingsley Publishers. Copyright © Liane Holliday Willey 1999.

Gillberg diagnostic criteria in Table 2.1 from Gillberg, I.C. and Gilberg, C. (1989) Asperger syndrome - some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30, 631–8. Reproduced by permission of Blackwell Publishing.

DSM-IV (TR) diagnostic criteria in Table 2.2 from American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. Reproduced by permission.

AAA diagnostic criteria in Chapter 2 from Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J. and Woodberry Smith, M. (2005) 'The Adult Asperger Assessment (AAA): A diagnostic method.' *Journal of Autism and Developmental Disorders* 35, 807–819. Reproduced by permission.

مقدمه جدید مؤلف (۲۰۱۴) بعد از تغییر ملاک‌های تشخیصی اختلال طیف اوتیسم در DSM-5

ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال طیف اوتیسم

سرانجام پس از ۱۴ سال بحث و تبادل نظر، در ماه می ۲۰۱۳ انجمن روان‌پزشکی آمریکا نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که مرجع اصلی برای تشخیص اختلال‌های روانی محسوب می‌شود را منتشر کرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۲۰۱۳). در ویرایش قبلی یعنی DSM-IV معیارها و مشخصه‌های تشخیصی برای سندرم اسپرگر به‌عنوان یک اختلال نافذ رشد یا PDD گنجانده شده بود. اولین تغییر مشهود در DSM-5 این است که انجمن روان‌پزشکی آمریکا دیگر از اعداد رومی استفاده نمی‌کند. تغییر دوم عدم به‌کارگیری اصطلاح اختلال نافذ رشد (PDD) است که با اصطلاح اختلال طیف اوتیسم (ASD) جایگزین شده است. این اصطلاح فراگیرتر، بر مبنای ترجیح درمانگرها و پژوهشگران دنیا به کار گرفته شده است و بیانگر این نکته است که تشخیص اختلال‌های روانی یک علم بی‌چون‌وچرا محسوب نمی‌شود و مفهوم اختلال‌هایی چون اوتیسم و سندرم اسپرگر همیشه در حال تحول است.

گرچه عنوان مشخص «سندرم اسپرگر»، از اوایل ۱۹۸۰ در میان متخصصین و عموم مورد استفاده قرار می‌گرفت، در دسته‌بندی تشخیصی جدید DSM-5 این اصطلاح ساده، با اصطلاح به‌مراتب طولانی‌تر و ثقیل‌تر اختلال طیف اوتیسم سطح ۱، فاقد نقص زبانی یا هوشی جایگزین شده است. منطبق با این تغییر این است که ASD بیش از آنکه به‌عنوان یک مفهوم مقوله‌ای باشد می‌تواند یک مفهوم ابعادی به حساب آید و قرار گرفتن تحت چتر یک اصطلاح جامع با عنوان ASD، همراه با اطلاعات مختص به سطح تظاهرات اختلال در هر سطح، دقیق‌تر است و بیشتر با مقالات پژوهشی و تجربیات بالینی جور درمی‌آید؛ بنابراین، DSM-5 با فرض اینکه نمی‌توان بین این انواع مختلف تمایز قابل‌انکایی قائل شد و معیارها، خصوصاً برای سندرم اسپرگر، در مراکز درمانی و کلینیک‌ها به شکل همسان اعمال نمی‌شوند، تمام انواع مختلف PDD را در یک دسته واحد تحت عنوان ASD گنجانده است.

من در کاربرد بالینی از ملاک‌های تشخیصی DSM-5 بهره می‌گیرم و در گزارش قید می‌کنم که کودک یا بزرگسال دارای ASD سطح ۱ (سندرم اسپرگر) است تا والدین، آموزگاران و درمانگرها قادر باشند از اصطلاحی که عامه مردم متوجه آن می‌شوند، یعنی همان سندرم اسپرگر، استفاده کنند.

همچنین سندرم اسپرگر اصطلاحی است که می‌توان از آن برای جستجوی اطلاعات بیشتر در اینترنت و کتاب‌های چاپ‌شده و مقالات منتشرشده قبل از سال ۲۰۱۳ استفاده کرد. پس این اصطلاح به دلایل منطقی و موجه، همچنان توسط متخصصان بالینی، والدین، آموزگاران، درمانگرها و خود افراد دارای ASD به کار گرفته می‌شود. عامه مردم و رسانه‌ها به استفاده از اصطلاح سندرم اسپرگر ادامه می‌دهند و من نیز به دلیل سادگی و استمرار منطقی به استفاده از این اصطلاح ادامه خواهم داد.

تقلیل سه بعد ASD به دو بعد

DSM-IV دارای سه ملاک تشخیصی برای PDD بود: آسیب کیفی در تعامل اجتماعی، آسیب کیفی در ارتباطات و دارا بودن الگوی رفتاری محدود و تکرارشونده. DSM-5 جنبه‌های اجتماعی و ارتباطی را باهم تحت عنوان کاستی‌های ارتباطات اجتماعی درآمیخته است. این مشخصه با نیمرخ توانایی‌های اجتماعی و ارتباطی که توسط بالینگرها و گفتار درمانگرها تشخیص داده شده و در پژوهش‌ها مورد تأیید قرار گرفته، سازگار است. DSM-5 به شکل مؤثری ۱۲ نشانه PDD را به هفت نشانه ASD کاهش داده است. با این وجود، ASD یک اختلال پیچیده رشد است و کاهش جنبه‌ها و ملاک‌های تشخیصی اوتیسم از سه به دو مغایر مطالعات تحلیل عاملی و تجربیات بالینی است که سه تا شش ملاک را ذکر می‌کنند (دوکو و همکاران، ۲۰۱۳؛ هپی و رونالد، ۲۰۰۸).

ملاک‌های تشخیصی در DSM-5

بر مبنای DSM-5، مشخصات ضروری ASD شامل آسیب مزمن در ارتباط و تعامل متقابل اجتماعی و الگوهای محدود و تکراری رفتار، علائق یا فعالیت‌ها می‌شود. ملاک‌های تشخیص در جدول م. ۱ آورده شده‌اند.

الف. آسیب مزمن در ارتباط و تعامل اجتماعی

الف ۱. نقص مقابله به مثل اجتماع - هیجانی

این واقعیت که «درک و تفسیر» موقعیت‌های اجتماعی برای فرد دارای ASD دشوار است، فرض زیربنایی این ملاک است. بر مبنای تجربیات بالینی‌ام، راه‌های سازگاری افراد دارای ASD با این مشخصه یکی از سه روشی است که در ادامه می‌آید: آشکارترین این موارد تمایل به گوشه‌گیری، خجالتی بودن و در خود فرورفتن هنگام مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی و همچنین اجتناب یا به

الف. آسیب مزمن در تعامل اجتماعی و ارتباط اجتماعی در شرایط و زمینه‌های متعدد، چه در حال و یا گذشته که به سه شکل زیر نمایان می‌شود (مثال‌ها تنها جنبه روشنگری دارند و نمونه جامع به حساب نمی‌آیند):

۱. نقص و نارسایی در مقابله به مثل اجتماعی - هیجانی که طیف گسترده‌ای از رفتارها را پوشش می‌دهد؛ به عنوان مثال از روش‌های اجتماعی غیر معمول برای نزدیک شدن به افراد و ناکامی در برقراری گفتگوی دوجانبه گرفته تا تشریک محدود و ناچیز علایق، هیجانات یا عواطف و ناکامی در آغاز تعامل‌های اجتماعی یا پاسخ به تعامل‌های آغاز شده از سوی دیگران.
۲. نقص و نارسایی در رفتارهای ارتباطی غیر کلامی که در تعاملات اجتماعی استفاده می‌شوند و شامل طیف گسترده‌ای از رفتارها می‌شوند، به عنوان نمونه، از عدم یکپارچگی یا همخوانی ضعیف بین ارتباط کلامی و غیر کلامی گرفته تا تماس چشمی و زبان بدن نامتعارف یا از نقص و نارسایی در درک و استفاده از ژست‌های بدنی گرفته تا فقدان کامل تظاهرات چهره‌ای و ارتباط غیر کلامی.
۳. نقص و نارسایی در ایجاد، حفظ و درک روابط شخصی که گستره‌ای از رفتارهای را پوشش می‌دهد به عنوان نمونه از مشکل در تطابق رفتار با موقعیت‌های اجتماعی متعدد و سازگاری با شرایط مختلف گرفته تا دشواری در دوست‌یابی یا به تشریک بازی تخیلی؛ تا فقدان علاقه به همسالان.

حداقل رساندن مشارکت یا گفتگوهاست؛ بالعکس در شیوه دوم، تلاش فعالانه برای مشارکت اجتماعی صورت می‌گیرد به طوری که شور و حرارت و مزاحم و ناخوانده بودن کاملاً مشهود است و شخص بدون آگاهی از آداب و عرف اجتماعی، مانند احترام به حریم شخصی افراد، تلاش دارد خود را بر تعاملات تحمیل کند. در هر دو صورت، عدم تعادل در عمل متقابل اجتماعی وجود دارد.

باین حال، من روش سومی را نیز شناسایی کرده‌ام که این افراد هنگامی که در «درک و تفسیر» موقعیت‌های اجتماعی به مشکل برمی‌خورند، به آن متوسل می‌شوند. در این روش، فرد دارای ASD مشتاقانه به تماشای موقعیت‌های اجتماعی می‌نشیند و رفتارهای اجتماعی مردم را تحلیل عقلانی می‌کند؛ و بدین ترتیب با تقلید از شیوه آنها و مشاهده و تمرین «پیش‌نویس‌های» ارتباط اجتماعی که بیشتر از آنکه حاصل یادگیری ضمنی، محیطی و شهودی باشند، مبتنی بر تحلیل عقلانی هستند، درگیر تقابل‌ها و تعاملات اجتماعی خواهد شد. این یک مکانیسم جبرانی است که اغلب (ولی نه فقط) توسط دخترهای دارای سندرم اسپرگر استفاده می‌شود و آنها را قادر می‌سازد که توانایی‌های اجتماعی تصنعی از خود بروز دهند که ممکن است باعث سردرگمی ارزیاب شود. به علاوه، بزرگسالانی که سندرم

اسپرگر دارند به تدریج درک و تفسیر نشانه‌ها، آداب و عرف اجتماعی را فرامی‌گیرند، به نحوی که امکان دارد نشانه‌ای از نقص و نارسایی در مقابله به مثل اجتماعی - هیجانی در طی تعاملات اجتماعی کوتاه مانند جلسه ارزیابی تشخیصی مشهود نباشد.

شدت فعلی را مشخص کنید:

میزان شدت بر مبنای آسیب‌های ارتباط اجتماعی و الگوهای رفتاری محدود و تکراری مشخص می‌شود (جدول م.۲).

ب الگوهای رفتاری، علایق و یا فعالیت‌های محدود و تکراری، چه در حال و یا گذشته که حداقل دو مورد از موارد زیر را شامل شود (مثال‌ها تنها جنبه روشنگری دارند و نمونه جامع به حساب نمی‌آیند؛ به متن رجوع شود):

۱. شیوه استفاده از اشیاء، گفتار یا حرکات تکراری یا کلیشه‌ای (مثلاً، کلیشه‌های حرکتی ساده، به‌صفت کردن اسباب‌بازی‌ها یا تکان دادن اشیاء، پژواک‌گویی، تکه کلام‌های مختص به خود).
 ۲. اصرار بر یکنواختی، پیروی غیرقابل انعطاف از عادت‌ها یا الگوهای تشریفاتی و آداب خاص برای رفتار کلامی یا غیرکلامی (مثلاً، پریشانی شدید هنگام تغییرات کوچک، مقاومت در برابر تغییر و کنار نیامدن با آن، الگوهای تفکر انعطاف‌ناپذیر، آداب خاص برای سلام و احوال‌پرسی، نیاز به عبور از یک مسیر همیشگی رفت‌وآمد و یا هرروز یک غذا را خوردن).
 ۳. داشتن علایق ثابت و به‌شدت محدود که از لحاظ شدت یا موضوع نامتعارف هستند. (مثلاً، وابستگی شدید یا اشتغال به اشیاء غیرمعمول، علایق وسواس‌گونه یا بیش‌ازحد محدود).
 ۴. حساسیت کم یا بیش‌ازحد به دروندادهای حسی یا علایق غیرمعمول به جنبه‌های حسی محیط (مثلاً، بی‌تفاوتی مشهود به درد/دما، واکنش معکوس به صداها یا بافت‌های خاص، بیش‌ازحد بوییدن و لمس کردن اشیاء، خیره شدن به نورها یا حرکات).
- شدت فعلی را مشخص کنید:

میزان شدت بر مبنای آسیب‌های ارتباط اجتماعی و الگوهای رفتاری محدود و تکراری است (جدول م.۲)

ج. نشانه‌ها باید در مراحل اولیه تحول وجود داشته باشند (ولی امکان دارد تا زمانی که نیازهای اجتماعی از ظرفیت محدود فراتر نرفته‌اند، آشکار نشوند و یا ممکن است در طی زندگی به‌وسیله راهبردهای آموخته‌شده بعدی پنهان شوند).

د. نشانه‌ها موجب آسیب مشهود بالینی به حوزه‌های اجتماعی، حرفه‌ای و یا سایر حوزه‌های مهم عملکرد کنونی فرد می‌شوند.

ه. نمی‌توان این نارسایی‌ها و مشکلات را با کم‌توانی ذهنی (اختلال تحولی ذهن) یا اختلال تأخیر تحولی کلی (GDD) بهتر تشریح کرد. کم‌توانی ذهنی و اختلال طیف اوتیسم به‌کرات همراه هم می‌آیند؛ برای تشخیص هم‌زمان اختلال طیف اوتیسم و کم‌توانی ذهنی، ارتباط اجتماعی باید پایین‌تر از حد مورد انتظار برای سطح تحولی کلی باشد.

همچنین سندرم اسپرگر دارای یک نیمرخ زبانی «مختص به خود» است. این ویژگی می‌تواند شامل آسیب در توانایی‌های زبان کاربردی شود («هنر» مکالمه) و مواردی مانند دشواری در گوش کردن دقیق، تمایل به صحبت‌های یک‌سویه و ناکامی در پیروی از قوانین مکالمه به چشم آید. ممکن است شخص برداشت‌های تحت‌اللفظی داشته باشد و اصطلاحات، آرایه‌های ادبی و کنایه به‌شدت موجب سردرگم شدن وی شوند. همچنین احتمال دارد ریتم و وزن گفتار نیز نامتعارف باشد؛ مثلاً، ممکن است کودکی همواره از لهجه‌ای مبتنی بر صدای یک شخصیت تلویزیونی استفاده کند یا شاید یک بزرگسال با «تن» ریتم و زیروبمی غیرمعمول حرف بزند. همه این ویژگی‌ها بر کیفیت و متقابل بودن گفتگو اثر می‌گذارند.

نارسایی در ابراز عواطف متقابل را می‌توان از طریق نمایش عواطف متقابل در حالات چهره، زبان بدن و تن صدای شخص ارزیابی کرد. روان‌شناس بالینی می‌تواند یک داستان در مورد تجربیات شخصی خود بگوید و بررسی کند که آیا حواس شخص جمع است و با استفاده از سر جنباندن، لبخندهای متقابل، بروز تظاهرات چهره‌ای مناسب و یا گفته‌ها و اصوات تکمیل‌کننده با وی همراه است و به‌اصطلاح سازش را با ساز او کوک می‌کند یا خیر.

الف ۲. نارسایی در رفتارهای ارتباط غیرکلامی استفاده‌شده در تعاملات اجتماعی

یکی از مشخصه‌های بارز ASD دشواری در ارتباط غیرکلامی است؛ یعنی، درک و تفسیر زبان بدن، تظاهرات چهره، ژست‌ها و صدای شخص به‌منظور تشخیص افکار و احساسات خاص و سپس به‌کارگیری این اطلاعات در مکالمه یا تعامل. به‌عنوان مثال می‌توان به عدم توجه به علائم غیرکلامی که نشان‌دهنده «الآن؛ نه سرم شلوغه» یا «داری مزاحم میشی» اشاره کرد. متخصص می‌تواند تماس چشمی شخص در زمان‌های کلیدی تعامل را زیر نظر بگیرد و بررسی کند که آیا او قادر است به‌درستی حالات چهره و تن صدایی را که نشان‌دهنده وضعیت‌های احساسی ظریف و واضح هستند متوجه شود یا خیر.

جدول ۲. م. سطوح شدت اختلال طیف اوتیسم

سطح شدت	ارتباط اجتماعی	رفتارهای محدود و تکراری
سطح ۳ «نیازمند حمایت خیلی زیاد»	کاستی‌های شدید در مهارت‌های ارتباط اجتماعی کلامی و غیرکلامی که موجب آسیب‌های شدید در عملکرد فرد می‌شود، آغاز کردن تعاملات اجتماعی بسیار محدود است و در پاسخ به تعاملات اجتماعی آغاز شده از سوی دیگران واکنش حداقلی دارد. برای مثال، شخصی با تعداد محدود لغات قابل درک که به ندرت تعاملی را آغاز می‌کند و وقتی هم که اقدام به این کار می‌کند از رویکردهای نامتعارف بهره می‌گیرد و تنها به درخواست‌های اجتماعی بسیار مستقیم واکنش نشان می‌دهد.	انعطاف‌ناپذیری رفتار، دشواری زیاد برای مواجهه با تغییرات، یا سایر رفتارهای محدود/تکراری که به طور محسوس با عملکرد تمام حوزه‌ها تداخل دارد. پریشانی/عظیم/دشواری در تغییر تمرکز یا فعالیت.
سطح ۲ «نیازمند حمایت زیاد»	کاستی‌های مشهود در مهارت‌های ارتباط اجتماعی کلامی و غیرکلامی؛ حتی با حمایت نیز آسیب‌های اجتماعی نمایان هستند؛ آغاز تعاملات اجتماعی محدود است؛ و در پاسخ به تعامل‌های اجتماعی آغاز شده از سوی دیگران واکنش‌های نامتعارف یا تقلیل‌یافته نشان می‌دهد. برای مثال، شخصی که جملات ساده به کار می‌برد، کسی که تعاملاتش محدود به اندک علائق ویژه‌اش است و کسی که آشکارا ارتباط غیرکلامی ناپه‌نجا دارد.	انعطاف‌ناپذیری رفتار، دشواری برای مواجهه با تغییرات، یا سایر رفتارهای محدود/تکراری که به حدی رخ دهند که برای ناظر عادی مشهود باشد و با عملکرد چند حوزه تداخل داشته باشد. پریشانی و/یا دشواری در تغییر تمرکز یا فعالیت.
سطح ۱ «نیازمند حمایت»	بدون حمایت لازم کاستی‌ها در ارتباط اجتماعی سبب آسیب‌های مشهود می‌شوند. دشواری در آغاز تعاملات اجتماعی و مثال‌های واضح از واکنش‌های نامتعارف یا ناموفق در پاسخ به تعاملات آغاز شده از سوی دیگران. ممکن است به نظر بیاید که علاقه به تعاملات اجتماعی کم است. به عنوان نمونه، شخصی که قادر است با جملات کامل سخن بگوید و ارتباط برقرار کند ولی در گفت‌و شنود طی مکالمات با دیگران ناکام می‌ماند و کسی است که در دوست‌یابی نامتعارف و عموماً ناموفق عمل می‌کند.	انعطاف‌ناپذیری رفتار سبب تداخل مشهود با عملکرد یک یا چند حوزه می‌شود. دشواری در تعویض فعالیت‌ها، مشکلات سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی مانع استقلال می‌شوند.

الف ۳. کاستی‌ها در ایجاد، حفظ و درک روابط شخصی

متخصص باید به بررسی شمار، کیفیت و مدت‌زمان دوستی‌ها و روابط شخصی طی دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی بپردازد. متن تکمیلی ملاک‌های تشخیصی DSM-5 به این موضوع اشاره می‌کند که در این افراد تمایل برای برقراری روابط دوستانه وجود دارد ولی تصویری کامل یا واقع‌گرا از دوستی و ملزومات آن وجود ندارد.

توالی تحول مهارت دوست‌یابی و حفظ روابط دوستانه در کودکان دارای اسپرگر سیر خاصی دارد. ممکن است در سال‌های اولیهٔ مدرسه، کودک تمایلی به برقراری روابط اجتماعی با همسالان نداشته باشد و به این نتیجه برسد که جنبه‌های دیگر زندگی (مانند جمع‌آوری باتری‌ها یا و خواندن مطالبی در مورد رم باستان) لذت‌بخش‌تر از مسائل اجتماعی هستند. احتمال دارد کودک ترجیح دهد زمان درازی را در تنهایی، خود را با علاقهٔ ویژه‌اش سرگرم کند. در مورد آنهایی هم که فعالانه به دنبال بازی کردن با همسالان هستند، در اولین سال‌های مدرسه، نقش اجتماعی بیش از آنکه به گفتگو معطوف باشد متمایل به فعالیت است. دوستی‌ها در میان کودکان عادی زودگذر و بازی‌های اجتماعی به نسبت ساده و دارای قوانین کاملاً روشن هستند. شاید به نظر برسد کودک دارای سندرم اسپرگر قادر است این نوع دوستی‌های تصنعی را بیشتر ایجاد و حفظ کند. باین‌حال، تلاش‌های شجاعانه برای افزایش ادغام اجتماعی، غالباً توسط همسالان به تمسخر گرفته می‌شوند و ممکن است کودک دارای اسپرگر که خام و فاقد رشد کافی اجتماعی است، عمداً کنار گذاشته و نادیده گرفته شود. کودکان دارای سندرم اسپرگر به‌شدت در مقابل به تمسخر گرفته شدن، پس‌زده شدن، تحقیر شدن و قلندری همسالان آسیب‌پذیر هستند.

در دوران نوجوانی، دوستی‌ها بیشتر از آنکه بر اساس نیازهای خاص شکل بگیرند بر روابط پیچیده‌تر بین فردی استوار هستند — به‌جای شخصی که همراه توپ‌بازی یا خاله‌بازی با عروسک‌ها باشد، به یک محرم و شخص مورد اعتماد نیاز پیدا می‌شود. در این مرحله از تحول است که فاصلهٔ کودک دارای اسپرگر در درک اجتماعی و ادغام با همسالان بیشتر آشکار می‌شود. طی این دوران، این تغییرات و پیچیدگی رو به فزونی دوستی‌ها، نوجوان دارای اسپرگر را به‌سوی احساس تنهایی و انزوا سوق می‌دهند. نوجوانی دارای اسپرگر این حس را این‌گونه تشریح کرد، «ترجیح میدم تنها باشم ولی نمی‌تونم تنهایی رو تحمل کنم!»

ممکن است ظهور تجربیات عاشقانه با چندین سال تأخیر همراه باشند و در مقایسه با همسالان، در «قرار گذاشتن‌ها» ناکام مانند و پیشرفتی نکنند. باین‌حال، برخی از بزرگسالانی که سندرم اسپرگر دارند، در دست یافتن به روابط شخصی بلندمدت به موفقیت دست می‌یابند. شاید شریک زندگی آنها قادر به درک سندرم اسپرگر باشد، چه به دلیل اینکه خود نیز برخی از ویژگی‌های شخصیتی مشابه

سندرم اسپرگر را دارد یا به این خاطر که فردی مستعد و دارای بینش و مهربانی ذاتی برای درک افراد دارای اسپرگر است.

ب. الگوهای محدود و تکراری رفتار، علایق یا فعالیت‌ها

ب ۱. استفاده تکراری یا کلیشه‌ای از حرکات، اشیاء یا گفتار

این مشخصه‌ها معمولاً مربوط به اوتیسم شدید می‌شوند و در آنهایی که سندرم اسپرگر دارند، غالباً دیده نمی‌شوند.

ب ۲. اصرار به یکنواختی، پیروی غیرقابل انعطاف از عادت‌ها یا الگوهای تشریفاتی و آداب خاص برای رفتار کلامی یا غیر کلامی

با توجه به اینکه شخص دارای سندرم اسپرگر در صورت ممانعت از انجام یا تکمیل یک آداب یا روال همیشگی دچار تشویش شدید می‌شود، والدین همیشه نگران هستند که تشریفات و آداب، خود را بر روند عادی زندگی روزمره تحمیل کنند. برای فرد دارای اسپرگر تنوع، چاشنی زندگی محسوب نمی‌شود. عزم راسخی برای حفظ ثبات در رویدادهای روزمره وجود دارد و در صورت رخ دادن تغییر در این روال‌ها سطوح بالای اضطراب ایجاد می‌شود. بر اساس تجربیات بالینی‌ام، ممکن است به‌کارگیری آداب و عادات خاص در واقع مکانیسمی برای مقاومت در برابر سطوح بالای اضطراب باشد؛ زیرا آنها تسکین‌دهنده و آرامش‌بخش هستند. ممکن است از برخی رویدادهای خاص که همراه با اضطراب هستند و یا به آن منجر می‌شوند اجتناب شود و به همین دلیل بر یکنواختی اصرار می‌ورزند.

ب ۳. داشتن علایق ثابت و به‌شدت محدود که از لحاظ شدت یا موضوع نامتعارف هستند

ارزیاب، دامنه علایق، مجموعه‌ها و سرگرمی‌ها، همچنین کسب اطلاعات در یک موضوع خاص، در کودکی یا بزرگسالی را یادداشت می‌کند. یک مثال از موضوع نامتعارف موردعلاقه، جمع‌آوری عکس‌های درپوش فاضلاب است و یک نمونه از علایقی که شدت نامتعارف دارند، علاقه‌مندی به اسب‌هاست به حدی که فرد دوست دارد رختخوابش را به اسطبل ببرد و همانجا بخوابد.

علایق ویژه، همه دارای «تاریخ‌مصرف» هستند، از چند ساعت تا چند دهه؛ و کاربردهای متفاوتی هم دارند، از جمله منحرف‌کننده افکار در مقابل اضطراب، بازیابی انرژی پس از یک رابطه اجتماعی خسته‌کننده یا یک فعالیت بی‌نهایت لذت‌بخش که به‌عنوان پادزهر افسردگی عمل می‌کند. ممکن است این علایق شامل ساخت دنیای جایگزینی شود که با ویژگی‌های سندرم اسپرگر سازگار باشد. همچنین علایق ویژه می‌توانند حس هویت و موفقیت را به وجود آورند، به‌علاوه فرصتی برای به دست آوردن

دوستان همفکر که علایق مشترکی دارند ایجاد می‌کنند. حس خوبی که علایق ایجاد می‌کنند تقریباً اعتیادآور است و گاهی این نگرانی را در پی دارد که به‌اندازه‌ای بر اوقات فرد در منزل سایه بیفکند که مانع از شرکت او در سایر فعالیت‌ها شود.

ب ۴. حساسیت کم یا بیش از حد به دروندادهای حسی

گنجاندن حساسیت حسی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های «بارز» ASD یکی از پیشرفت‌های DSM-5 نسبت به نسخه قبلی است. این مشخصه‌ای از ASD است که در تقریباً تمام افراد دارای ASD به‌وضوح توسط والدین و معلمان قابل تشخیص است. همچنین حساسیت حسی جنبه‌ای از اوتیسم است که پیش‌تر در مقیاس‌های ارزیابی تشخیصی منتشرشده، موردسنجش قرار گرفته است و ممکن است نقش مرکزی در تشخیص و افتراق ASD از سایر شرایط بالینی ایفا کند.

حساسیت حسی می‌تواند یک مشکل مادام‌العمر باشد و فرد به تجربیات حسی که برای سایر همسالان ناخوشایند نیست، واکنش نشان دهد. این می‌تواند شامل صداهای خاص، خصوصاً صداهای «شدید و ناگهانی» مانند پارس سگ یا جیغ و فریاد کشیدن یک شخص، حساسیت لامسه در بخش‌های خاصی از بدن و بی‌زاری از بوهای خاص، شدت نور و سایر تجربه‌های حسی باشد. بالعکس، احتمال حساس نبودن به برخی از تجربیات حسی مانند درد و دماهای پایین یا بالا نیز وجود دارد. ممکن است تجربیات پیچیده حسی در مکان‌های خاص مانند فروشگاه‌های بزرگ، سوپرمارکت‌ها، جشن‌های تولد یا حیاط مدرسه سبب به هم ریختن کودک شوند. گاهی، دوری از اجتماع به دلیل سردرگمی اجتماعی نیست، بلکه به دلیل اجتناب از تجربیات حسی است که به حد غیرقابل‌تحملی شدید و مشوش‌کننده هستند.

واکنش کم یا بیش‌ازحد به ورودی‌های حسی یا علایق غیرمعمول به جنبه‌های حسی محیط، ویژگی‌هایی هستند که با تجربیات بالینی، پژوهش و کتاب‌های شرح‌حال نوشته‌شده توسط افراد دارای اسپرگر سازگار است. باین‌حال، مشخص نیست که چرا این ویژگی به‌عنوان قسمتی از بخش ب در نظر گرفته شده است، شاید پژوهش‌های آتی دلیل وجود این ویژگی در افراد دارای ASD را مشخص کنند و تعیین کنند که آیا درواقع این ویژگی نمونه‌ای از رفتار محدود و تکراری است و یا یک ویژگی جدا و مستقل محسوب می‌شود. همچنین ما هنوز باید معیارهای قابل‌اتکا و درست را در زمینه حساسیت حسی کودکان عادی به وجود آوریم تا بتوان آنها را با کودکان دارای ASD مقایسه کرد.

ج. نشانه‌ها باید در مراحل اولیه رشد وجود داشته باشند (ولی امکان دارد تا زمانی که نیازهای اجتماعی از ظرفیت محدود فراتر نرفته‌اند، آشکار نشوند و یا ممکن است در طی زندگی به وسیله راهبردهای آموخته‌شده بعدی پنهان شوند).

خردسالانی که دارای ویژگی‌های سندرم اسپرگر هستند ممکن است از راهبردهای تنظیمی و روش‌های مقابله‌ای سودمند برای پنهان ساختن کاستی‌هایشان در ارتباطات و تعاملات اجتماعی استفاده کنند. امکان دارد آنها با مشاهده و تقلید از دیگران به موفقیت‌های اجتماعی دست یابند، شخصیت و نقاب دیگری برای خود بسازند یا در تنهایی از طریق بازی فانتزی، خواندن داستان یا وقت گذراندن با حیوانات به جای همسالان، به دنیای تخیل پناه ببرند. ممکن است این مکانیسم‌ها ویژگی‌های سندرم اسپرگر را برای مدتی پنهان سازند به نحوی که روش‌های تشخیصی نتوانند طی دوران پیش‌دبستانی و دبستان کودک را شناسایی کنند. با این حال، هزینه روانی این موضوع در دوران نوجوانی ظاهر می‌شود. مشاهده و تجزیه و تحلیل مستمر دیگران و تلاش برای مرتکب نشدن خطاهای اجتماعی یا متفاوت فرض شدن، باعث فرسودگی احساسی و هیجانی می‌شود. به کار گرفتن یک پرسونای جایگزین موجب سردرگمی در خصوص هویت فردی نیز می‌شود و عزت‌نفس و خودباوری را خدشه‌دار می‌کند. تنیدگی و استرس، تقلا و خستگی می‌توانند افسردگی بالینی را در پی داشته باشند. در ادامه شاید تشخیص بالینی و یا درمان اختلال خلق منجر به شناسایی ویژگی‌های سندرم اسپرگر شود.

د. نشانه‌ها موجب آسیب مشهود بالینی به حوزه‌های اجتماعی، حرفه‌ای و یا سایر حوزه‌های عملکردی کنونی می‌شوند.

ملاک تشخیصی DSM-5 توسط سازمان‌های دولتی و شرکت‌های بیمه درمانی برای تعیین صلاحیت و نیاز شخص برای استفاده و دسترسی به درمان، خدمات حمایتی و پشتیبانی مالی به کار گرفته می‌شود. اصل د به این دلیل گنجانده شده است تا اطمینان حاصل شود که شدت نشانه‌ها به حدی است که نیازمند استفاده از خدمات و حمایت‌های پرهزینه است. بر اساس تجربیات بالینی‌ام، لزوم تعیین معناداری آسیب بالینی در عملکرد فرد، منجر به پیشرفت‌هایی شده است و در برخی موارد تشخیص رسمی و مورد توافق سندرم اسپرگر برای برخی از نوجوانان و بزرگسالان حذف شده است.

با داشتن تجربه ۴۰ ساله، من برخی جوانان را دیده‌ام که دارای علائم کلاسیک واضح و مشهود سندرم اسپرگر در عنوان کودکی بوده‌اند ولی پس از دهه‌ها به حدی از توانایی‌های اجتماعی و بهبود رفتاری رسیده‌اند که دیگر ویژگی‌های تشخیصی در آنها صدق نمی‌کند؛ به عبارت دیگر، شخص اکنون فاقد آسیب مشهود بالینی در حوزه‌های اجتماعی، حرفه‌ای و یا سایر حوزه‌های عملکردی است. شاید هنوز علائم ظریف سندرم اسپرگر دیده شوند ولی وقتی آزمون‌های تشخیصی دوباره انجام می‌شوند

شخص به امتیازی دست می‌یابد که پایین‌تر از آستانه لازم برای تشخیص است. پژوهشی طولی تأیید می‌کند بر اساس تجربیات بالینی در حدود ۱۰ درصد از کسانی که در کودکی به شکل صحیح برایشان تشخیص سندرم اسپرگر داده شده بود، اکنون فاقد آسیب‌های لازم و کافی به جهت صحت تشخیص هستند (سدرلوند و همکاران، ۲۰۰۸؛ فارلی و همکاران، ۲۰۰۹).

متمایزگرها

ملاک DSM-5 برای ASD به منظور تشریح هرچه دقیق‌تر ناتوانی‌های رشدی مربوطه، عوامل پزشکی و روان‌پزشکی و تعیین سطوح بروز آنها، نیازمند اطلاعات تکمیلی است. اصطلاح متمایزگر به وجود آمده است تا اطلاعات اضافی در مورد تشخیص را شرح دهد؛ به‌ویژه:

- همراهی با هرگونه آسیب زبانی و/یا هوشی
- همایند بودن با یک وضعیت پزشکی یا ژنتیکی یا عامل محیطی
- همایند بودن با یک اختلال عصبی تحولی، روانی یا رفتاری یا کاتاتونی
- شدت اختلال و علائم آن از سطح ۱ تا سطح ۳ بر مبنای میزان حمایت موردنیاز برای ارتباط اجتماعی و میزان و سطح رفتارهای محدود و تکراری. متن DSM-5 به‌روشنی بیان می‌کند که سطح شدت نباید برای تعیین شایستگی به جهت بهره‌مندی خدمات به کار گرفته شود، چون این موارد تنها در سطح فردی و از طریق بحث پیرامون اهداف و اولویت‌های شخصی ایجاد می‌شوند.

کاتاتونی

یکی از متمایزگرهای ASD کاتاتونی است. پژوهش رابطه بین کاتاتونی و ASD را تأیید کرده است (فصل ۱۰). طی دوران نوجوانی، ممکن است نوجوان یا جوانی که ASD دارد دارای زوال مشهود در توانایی‌های حرکتی باشد، مثل کند شدن یا درج‌اماندگی حرکات طی انجام فعالیت و نشانه‌های گنگی، ژست‌های خاص گرفتن، در هم کشیدن چهره و انعطاف‌پذیری بیش‌ازحد. در صورت نمایان شدن زوال توانایی‌های حرکتی، ایجاب می‌کند که یک ارزیابی توسط متخصص آشنا به اختلال‌های حرکتی وابسته به ASD صورت گیرد.

اختلال ارتباط اجتماعی (پراگماتیک)

DSM-5 اختلال جدیدی را توصیف کرده است که عناصر ASD را دارد ولی در واقع در خارج طیف اوتیسم قرار می‌گیرد. هدف، تحت پوشش قرار دادن کودکانی است که نشانه‌های مربوط به حوزه ارتباط اجتماعی را دارند ولی هیچ‌گاه رفتارها یا علایق محدود و تکراری از خود نشان نداده‌اند.