

به نام خدا

تشخیص و درمان اختلال اتیسم

مؤلفان :

رعنا اصغری سرفراز

احمد دلیجه

اسماعیل یوسف آقا

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۰

فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۵
فصل اول: اتیسم چیست؟.....	۷
اتیسم چیست؟.....	۸
نشانه‌های اتیسم.....	۱۲
شیوع.....	۱۶
توزیع جنسی.....	۱۷
تشخیص افتراقی.....	۱۷
سیر و پیش آگهی.....	۲۰
طیف اتیسم.....	۲۱
اختلال آسپرگر.....	۲۲
اختلال رت.....	۲۲
اختلال فروپاشی دوران کودکی.....	۲۳
اختلال نافذ رشد نامعین (NOS).....	۲۳
معیارهای اختلال طیف اتیسم بر اساس نظام تشخیصی DSM-۵.....	۲۴
تشخیص اتیسم.....	۲۷

۳۲	روش‌های نوین پزشکی برای تشخیص اتیسم
۳۴	اتیسم چگونه ظاهر می‌شود؟
۳۷	نشانه‌ها و علائم نخستین اتیسم
۴۸	اختلال طیف اتیسم سطح یک
۴۹	اختلال طیف اتیسم سطح دو
۵۱	اختلال طیف اتیسم سطح سه
۵۲	علائم مشترک در هر سه سطح اختلال طیف اتیسم
۵۴	علائم اتیسم در نوجوانان (پس از پنج سالگی)
۵۷	علائم اتیسم در بزرگسالان
۶۰	گفتار و زبان در کودک اتیسم
۶۶	مدرسه رفتن کودک اتیسم
۶۸	ازدواج افراد اتیسم
۶۹	مناطق مغز که با اتیسم درگیرند
۷۰	تصویربرداری از مغز و نوروپاتولوژی در اختلال طیف اتیسم
۷۲	مشکلات خواب در افراد طیف اتیسم
۷۹	فصل دوم: درمان اتیسم
۸۰	درمان اتیسم
۸۰	رویکرد درمانی ای بی ای (ABA) چیست؟

آموزش اهداف خرد و تحلیلی (DTT).....	۸۱
رفتار کلامی (VB).....	۸۳
آموزش محیط طبیعی (NET).....	۸۴
آموزش پاسخ محور (PRT).....	۸۴
آموزش خود مدیریتی.....	۸۵
الگوهای ویدیویی.....	۸۵
الگوهای زبان طبیعی (NLP).....	۸۶
۴. کار درمانی (OT/Occupational Therapy).....	۸۹
۵. روش درمان پاسخ محور (prt/Pivotal Response Training).....	۹۰
۶. فلورتایم (floortime).....	۹۱
۷. درمان رفتار کلامی (VB/Verbal Behavior Therapy).....	۹۷
۸. مداخله رشد ارتباط (RDI/Relationship Development Intervention).....	۱۰۲
۹. مدل دنور (ESDM/Early Start Denver Model).....	۱۰۳
۱۰. بازی درمانی (play therapy).....	۱۰۴
۱۱. دارو درمانی (Medication Treatment).....	۱۰۵
۱۲. سان رایس (son-rise).....	۱۰۶
۱۳. رژیم غذایی برای اتیسم (Nutritional Therapy).....	۱۱۳
توانبخشی حسی و حرکتی کودکان اتیسم.....	۱۱۷

فصل سوم: اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی.....	۱۲۳
اختلال مربوط به کمبود توجه (بیش‌فعالی).....	۱۲۴
نشانه‌های کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان.....	۱۲۴
داشتن علائم کمبود کمبود توجه - بیش‌فعالی به‌طور همزمان.....	۱۲۶
عوامل مؤثر در بروز بیماری.....	۱۳۵
شیوع.....	۱۳۸
بیش‌فعالی و رابطه آن با جنسیت.....	۱۴۰
سبب‌شناسی.....	۱۴۱
خصوصیات بالینی (ADHD).....	۱۴۲
درمان.....	۱۴۷
دارو درمانی.....	۱۴۷
رفتار درمانی.....	۱۵۰
روش‌های عامل‌سستی.....	۱۵۱
منابع و مآخذ.....	۱۵۴

پیشگفتار

کودکان و نوجوانان امروز، آینده سازان فردا هستند و بدیهی است که سلامتی جسمی و روانی آنها، نه تنها در شادابی و نشاط و پیشرفت تحصیلی امروزشان مؤثر است، بلکه در شکل گیری آینده جامعه نیز نقش مهم و اساسی دارد؛ بنابراین، سلامت کودکان در سیاست‌های بهداشتی بسیاری از کشورها، از اهمیت و اولویت بالایی برخوردار است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سلامت جسمی کودکان، ارتباط مستقیمی با سلامت روانی آنان دارد.

با توجه به اینکه از نظر پزشکی پیشرفت‌های چشمگیری در ایران وجود دارد امید داریم که همه بیماری‌ها از جمله بیماری اتیسم که تاکنون از درمان بی نصیب مانده است را به بهبودی برسانیم. لذا همانطور که در جوامع دیگر برای درمان این دانش آموزان تلاش‌های زیادی انجام شده است ما نیز می‌توانیم این امر مهم را به مرحله ظهور برسانیم.

فقط کافی است که به این مسئله یک لحظه اندیشیده شود که در پانزده سال گذشته از هر ده هزار نفر یک نفر به بیماری اتیسم مبتلا می‌شده اما طبق آمار جهانی هم اکنون از هر ۸۸ نفر یک نفر است. پس باید با همه وجود تلاش کنیم و جهت پیشگیری و درمان بهترین راه‌های درمانی را به کار ببریم تا اثرات مخرب این بیماری را کاهش دهیم.

با توجه به اهمیت و لزوم تشخیص و درمان اختلال طیف اتیسم در کودکان و نوجوانان، این کتاب به بررسی کامل این اختلال پرداخته است. امید است این کتاب گامی در جهت بهبود تشخیص صحیح و بهنگام و روش‌های درمانی مناسب برداشته باشد.

فصل اول: اتيسم چيست؟

اتیسم چیست؟

اختلالات طیف اتیسم به طیف وسیعی از اختلالات رشدی اشاره دارد که به طور معمول تحت نام اتیسم شناخته می‌گردد. بر اساس DSM-۵ فرد دارای اختلال طیف اتیسم دچار نقص در عملکرد اجتماعی و ارتباطی و دارای دایره علایق و فعالیت‌های محدود است (صمدی، ۱۳۹۹).

رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای، اختلال در زبان و گفتار نیز از دیگر علائمی است که می‌توان در این افراد مشاهده نمود. و واژه طیف نیز به گستره متغیر از علائم و توانایی‌های هر فرد دارای اختلال طیف اتیسم اشاره دارد که می‌تواند نشان دهنده سطح عملکرد فرد دارای اتیسم نیز باشد (صمدی، ۱۳۹۹).

این اصطلاح که اتیسم طیفی از اختلالات است تقریباً پدیده‌ای نوین است چراکه پیش از سال ۲۰۱۳ میلادی اتیسم به عنوان یکی از اختلالات نافذ رشد محسوب می‌گردید و در کنار اختلال اسپرگر، سندروم رت، اتیسم nos و اختلال فروپاشنده کودکی (CDD) قرار می‌گرفت. هر کدام از این اختلالات در گذشته به عنوان یک اختلال جداگانه در نظر گرفته می‌شد که در آخرین ویرایش کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) در سال ۲۰۱۳ انجمن روانپزشکان امریکا تمامی این زیر شاخه‌های اتیسم را به عنوان یک نام یعنی اختلال طیف اتیسم معرفی نمودند (رضایی، ۱۳۹۷).

نخستین تجلی اتیسم در ادبیات روانشناسی و روانپزشکی به سال ۱۹۱۱ میلادی بر می‌گردد که اوژن بلولر روانپزشک سوئسی از این اصطلاح برای توصیف دسته‌ای از علائم استفاده نمود که اصولاً در آن زمان تصور می‌گردید علائمی از اختلال اسکیزوفرنی است. واژه اتیسم را از واژه یونانی AUTOS برای توصیف علائم شدید اجتماعی استفاده نمودند که با بیماری‌های روانپریشی همراه بود. اگرچه اکنون مشخص گردیده که اختلال طیف اتیسم و اسکیزوفرنی با همدیگر ارتباطی ندارند اما تا سال ۱۹۸۰ اختلال طیف اتیسم در هیچ یک از کتاب‌های تشخیصی طبقه بندی نگردیده بود. به دلیل اینکه در گذشته اختلال طیف اتیسم را به عنوان یک بیماری روانی شدید و به نوعی اسکیزوفرنی می‌دانستند (محمدی، ۱۳۹۳).

یکی از نخستین رویکردهای درمانی مورد استفاده قرار گرفته برای این اختلال، درمان شوک الکتریکی بود. این روش درمانی از نظر تاریخی رویکردی بحث برانگیز بود اما امروزه روش‌های به روز شده‌ای از این درمان وجود دارد که برای درمان بیماری‌های روانی مانند اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمان شوک الکتریکی شامل عبور جریان‌های الکتریکی کوچک و خفیفی از مغز است که شیمی مغز را تغییر داده و باعث کاهش علائم روانپریشی شدید مانند اضطراب شدید و افسردگی شدید می‌گردد. این روش درمانی هنوز هم به صورت نادر در بعضی از موارد

برای اختلال طیف اتیسم استفاده می‌گردد ولی به دلیل پاسخ گویی بهتر روش‌های رفتاری استقبالی از این روش نگریده است (صمدی، ۱۳۹۹).

اتیسم برای اولین بار به عنوان یک اختلال اجتماعی و عاطفی توسط لئو کانر در سال ۱۹۴۳ روانپزشک کودک در امریکا مطرح گردید. کانر در مقاله‌ای که در مجله *Nervous Child* با عنوان اختلال عاطفی اتیستیک منتشر شده است سندرومی را برای کودکانی که باهوش هستند اما تمایل به انزوا و گوشه گیری اجتماعی با محدودیت‌های عاطفی دارند تعریف می‌کند. در آن سوی اقیانوس اطلس در آلمان هانس آسپرگر شکل دیگری از اتیسم را تعریف نمود. آسپرگر مقاله خود را در مورد اتیسم را در سال ۱۹۴۴ منتشر نمود و توصیف کرد: اتیسم اختلالی است در کودکان با هوش عادی که در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی دچار مشکلاتی هستند. این تعریف همان چیزی است که بعدها درمورد اختلال طیف اتیسم خفیف گفته شد و پس از آن نیز به عنوان سندرم آسپرگر نام گذاری گردید. کودکان دارای آسپرگر درگیر با چالش‌های تعاملات اجتماعی‌اند اما مشکلاتی در رشد زبان که اغلب در سندروم کانر دیده می‌شود ندارند.

این تصور که اختلال طیف اتیسم بیشتر ناشی از نقایص اجتماعی و عاطفی است، ابتدا والدین را به عنوان اولین مقصرهای اتیسم معرفی نمود. البته این فرضیه در زمانی ارائه

گردید که هنوز تاثیر عوامل ژنتیک در بروز اختلال طیف اتیسم شناخته نشده بود چه برسد به درک اینکه ژنتیک و محیط می‌توانند باهمدیگر باعث اختلالات روانی گردند.

برونو بتلهایم در دانشگاه شیکاگو یک از نخستین دانشمندانی بود که این تئوری را در دهه پنجاه گسترش داد و عنوان نمود که اتیسم اختلالی است که توسط مادران بی کفایت که نسبت به فرزندان خود بی توجه و بی احساس‌اند ایجاد گردیده است، تئوری که بیشتر در زمینه شیوه فرزند پروری والدین کودکان دارای اتیسم بود. این گفته به عنوان مادران یخچالی شناخته گردید به این دلیل که تصور می‌گردید این مادران نسبت به فرزندان‌شان سرد هستند و روش درمانی که به دنبال این تئوری باب شد این بود که دور کردن این کودکان از خانوادهایشان راه درمان آن‌ها است. این کار انجام می‌گردید تا کودک در اثر مدت زمان طولانی که از والدین دور هستند تحت تاثیر مکانیسم دفاعی معکوس به نزد والدین خود برگردند.

بعدها مشخص گردید که این تئوری بتلهایم هیچ پایه و اساس علمی نداشته و به مرور شهرت وی کاهش یافت؛ و همین‌طور پژوهشگران نیز هیچ ارتباطی بین سردی والدین و اتیسم در فرزندان نیافتند؛ اما هنوز هم نظریه پردازانی هستند که همچنان به دنبال ترویج فلسفه بتلهایم تا به امروز اند (پوراعتماد، ۱۳۹۷).

نشانه‌های اتیسم

۱. اختلال در صحبت کردن

کودک مبتلا به اتیسم، از نظر کلامی دچار تأخیر است. کودک طبیعی در یک سالگی می‌تواند تک کلمه ادا کند و در یک و نیم سالگی دو سه کلمه را باهم ترکیب می‌کند؛ اما کودکان مبتلا به این بیماری کلام ندارند، در مقایسه با سنشان دچار تأخیر هستند یا کلام دارند؛ اما معنادار نیست و کلام دیگران را بازگو می‌کنند. متأسفانه گاهی والدین بیماری اتیسم فرزندشان را انکار می‌کنند و می‌گویند فرزندم کلام دارد و حتی باهوش است؛ چون در سن کم می‌تواند جمله‌های سنگین و طولانی را بیان کند؛ اما برخی کودکان مبتلا به بیماری اتیسم طوطی وار کلمه‌ها و جمله‌های اطرافیان را تکرار می‌کنند و این به معنی هوش زیاد کودک نیست؛ بلکه به این معنی است که کودک درک و شناختی از محیط اطراف ندارد (اخلاقی، ۱۳۹۸).

۲. بیان کردن نام خود برای ابراز خواسته‌ها

در حالت طبیعی رشد، کودکان به محض آنکه مفهوم «من» را می‌فهمند و درک می‌کنند، دیگر از «نام خود» برای بیان خواسته‌هایشان استفاده نمی‌کنند؛ در حالی که کودک مبتلا به بیماری اتیسم، شناختی از «من» ندارد و خود را با نام صدا می‌زند؛ مثلاً می‌گوید: «به

رضا غذا بدین!» این نشانه خوبی نیست. حتی کودک مبتلا به بیماری اتیسم ضمایر را هم نادرست به کار می‌برد (اخلاقی، ۱۳۹۸).

۳. یک طرفه بودن کلام کودک

افراد اوتیستیک معمولاً در مکالمه‌ها یک طرفه رفتار می‌کنند؛ یعنی فقط درباره چیزی که خودشان علاقه دارند، صحبت می‌کنند و از صحبت‌های طرف مقابل چیزی نمی‌فهمند. صحبت‌هایشان با سنشان همخوانی ندارد. کودکان مبتلا به اتیسم به لبخند یا خستگی دیگران واکنشی نشان نمی‌دهند و ارتباط یک طرفه برقرار می‌کنند و به همین دلیل ارتباط مؤثری ندارند (اخلاقی، ۱۳۹۸).

۴. سرگرم شدن طولانی مدت با یک وسیله

کودک طبیعی مدت توجه کوتاهی دارد؛ یعنی شاید نهایت پنج تا ۱۰ دقیقه با یک اسباب بازی، بازی می‌کند و بعد آن را رها می‌کند و سراغ بازی دیگری می‌رود. کودک طبیعی چون محرک‌های مختلف را آزمایش می‌کند، پیشرفت می‌کند؛ اما کودک مبتلا به بیماری اتیسم ساعت‌ها یک بازی تکراری را انجام می‌دهد. کودک مبتلا به اتیسم مثل کودکان دیگر بازی نمی‌کند؛ مثلاً ممکن است به جای راه بردن ماشین‌های اسباب بازی روی زمین، آن‌ها را به صورت قطار بچیند و بعد به آن‌ها نگاه کند (اخلاقی، ۱۳۹۸).

5. داشتن خلاقیت و استعداد خاص در بعضی مواقع

متأسفانه دوسوم کودکان مبتلابه اטיسم، کم توان ذهنی هستند و یک سوم آنها هوش معمولی دارند. این کودکان در برخی مسائل نبوغ خاصی دارند؛ مثلاً ممکن است علاقه عجیبی به موسیقی یا حفظ کردن داشته باشند و اگر در جمع قرار بگیرند، درباره این موضوع صحبت کنند. معمولاً به پیام‌های ارتباطی دیگران مثل اینکه «کافی است» یا «خسته شدیم» توجهی ندارند. در افراد اوتیستیک ممکن است رفتارهای زیر نیز بروز کند:

«در بیان نیازهای خود دچار مشکل هستند و به جای استفاده از کلمه‌ها، از ایما و اشاره استفاده می‌کنند؛ خنده نابجا، گریه بیدلیل، نشان دادن استرس و نگرانی بی علت دارند، ترجیح می‌دهند تنها باشند؛ دوست ندارند کسی را بغل کنند یا کسی آنها را در آغوش بگیرد؛ تماس چشمی ندارند یا بسیار کم است؛ با روش‌های معمول آموزشی چیزی نمی‌آموزند؛ حرکات بدنی‌شان نرم و عادی نیست؛ بازی‌های غیر عادی انجام می‌دهند؛ ظاهر از چیزی نمی‌ترسند؛ دل بستگی غیر عادی به بعضی از اشیا پیدا می‌کنند؛ از نظر احساس درد، حساسیت بیشتر یا کمتری در مقایسه با افراد عادی دارند؛ از نظر فعالیت‌های فیزیکی، فعالیت بیشتر یا کمتری در مقایسه با کودکان سالم دارند؛ اشیای در

حال چرخش را دوست دارند و خودشان هم سعی می‌کنند اشیا را به حالت چرخش دریاورند؛ عادت‌های غذایی عجیبی دارند مانند خوردن غذای کم یا خوردن مواد غیر خوراکی مثل گچ یا خاک؛ اگرچه آزمایش‌های شنوایی آن‌ها طبیعی است، در برابر شنیدن نام خود و دستورات کلامی، بی تفاوت هستند به اطرافیان ابراز علاقه نمی‌کنند؛ البته این نشانه هم ممکن است مانند سایر علائم استثنا نیز داشته باشد. ولی والدین نباید به این دلیل از نشان دادن علاقه خود به کودک کوتاهی کنند و باید عواطف خود را در برابر کودک به طور طبیعی بروز دهند تا کودک از آن‌ها به تدریج نشان دادن احساسات را یاد بگیرد. ویژگی‌های کودکان اوتیستیک امروزه دیگر تصویری که از یک کودک مبتلا به اتیسم داریم، یک فرد ناتوان و گوشه گیر نیست، بلکه میدانیم اتیسم طیف گسترده‌ای از علائم را به همراه دارد (صمدی، ۱۳۹۹)».

فکر کودکان اتیسمی به طور دائم با جزئیات اشیا درگیر است. این کودکان به کارهای فرعی و بی اهمیت علاقه نشان می‌دهند و به گونه‌ای غیرقابل انتظار با اسباب بازی‌هایشان بازی می‌کنند. در این کودکان، پاسخ به محرک‌های حسی به طور بهنجار صورت نمی‌گیرد. آن‌ها معمولاً به موسیقی علاقه دارند و از تاب خوردن و چرخیدن دور خود لذت می‌برند. همچنین ممکن است به خود صدمه بزنند مثل کوبیدن سر، کندن مو و... می‌باشد.

از مشخصه‌های وابسته به اتیسم می‌توان به نقصان عقل اشاره کرد. یکی دیگر از مشکلات این کودکان بی‌نظمی‌های مربوط به خواب آن‌ها است. خواب یک مؤلفه‌ی مهم در سلامتی محسوب می‌شود. ابتلا به بی‌خوابی در کودکان اتیسم هنوز مشخص نیست اما در هر حال خواب یک فاکتور مهم برای رشد و بازسازی بدن، بالا بردن توان ایمنی سیستمی بدن، یکپارچه کردن حافظه و یادگیری است. در کودکان مبتلا به اتیسم فشارهای ناشی از نارسایی خواب، مشکلات رفتاری هنگام روز آن‌ها را باعث می‌شود. مهم‌ترین علت بی‌نظمی‌های خواب در کودکان اتیسم تأثیرات محیطی می‌باشد. با اقدامات اجتماعی و آموزشی می‌توان یک زندگی طبیعی در خارج از مراکز درمانی را برای این افراد فراهم کرد که شامل مجموعه‌های آموزشی و تفریحی ویژه مختص کودکان با اختلال اتیسم و انجام کارهای هنری صنایع دستی نمایشگاه می‌توان از کودکان و خانواده‌هایشان حمایت نمود.

شیوع

تشخیص اختلالات طیف درخودماندگی در طول دو دهه اخیر افزایش یافته است و برآورد شیوع فعلی حدود ۱٪ در ایالات متحده است. براساس DSM-IV-TR تصور می‌رود اختلال درخودماندگی به میزان ۸ مورد در هر ده هزار کودک بروز کند (۰/۰۸ درصد). طبق تعریف شروع اختلال طیف درخودماندگی در اوایل دوره رشد روی

می‌دهد اما برخی موارد تا سنین بالاتر کودکی تشخیص داده نمی‌شود. به دلیل این تاخیر بین شروع و تشخیص میزان شیوع با افزایش سن در کودکان خردسال افزایش می‌یابد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

توزیع جنسی

اختلال طیف درخودماندگی در پسرها ۴ بار بیشتر از دخترها تشخیص داده می‌شود. در نمونه‌های بالینی دختران دچار اختلال طیف درخودماندگی بیشتر از پسرها کم توانی ذهنی بروز می‌دهند. یک توضیح احتمالی برای این یافته آن است که احتمالاً دختران دچار اختلال درخودماندگی بدون کم توانی ذهنی کمتر شناسایی شده، از لحاظ بالینی کمتر ارجاع و تشخیص داده می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

تشخیص افتراقی

تشخیص افتراقی اختلال طیف درخودماندگی عبارتند از اختلال ارتباط اجتماعی (کاربردی) (اختلال ارتباطی جدید در DSM-۵). اسکیزوفرنیا با شروع کودکی، ناشنوایی مادرزادی یا اختلال شنوایی شدید و محرومیت روانی اجتماعی. گاهی به دلیل علایم همپوشان با اسکیزوفرنیای کودکی، سندوم های کم توانی ذهنی با علایم رفتاری، اختلالات زبان، تشخیص درخودماندگی دشوار است. از آنجا که کودکان دچار اختلال طیف درخودماندگی معمولاً مشکلات همزمان بسیاری دارند، مایکل راتر و لیونل

هرسوف، روشی گام به گام برای استفاده در تشخیص افتراقی پیشنهاد کرده‌اند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

اختلال ارتباط اجتماعی (کاربردی)

مشخصه این اختلال اشکال در داستان گویی متعارف، فهم قواعد ارتباط اجتماعی از طریق زبان، از جمله به وسیله فقدان احوالپرسی با دیگران، نوبت گیری در مکالمه و پاسخدهی به نشانه‌های کلامی و غیرکلامی شنونده. سایر انواع تخریب زبان ممکن است با اختلال ارتباط اجتماعی همراه باشند از جمله تأخیر در یادگیری زبان یا مشکلات دریافتی و بیانی. شیوع این اختلال در بستگان افراد دچار اختلال طیف درخودماندگی بیشتر است که همین امر افتراق این اختلال با اختلال طیف درخودماندگی را دشوارتر می‌سازد. هرچند اختلال ارتباط اجتماعی تاثیری منفی بر روابط می‌گذارد، اما این اختلال برخلاف اختلال طیف درخودماندگی شامل علایق و رفتارهای محدود یا تکراری نیست (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

اسکیزوفرنیا با شروع دردوره کودکی

اسکیزوفرنی در کودکان زیر ۱۲ سال نادر است و در زیر ۵ سال تقریباً وجود ندارد. این اختلال با توهمات و هذیان‌های همراه است و میزان بروز تشنج و کم توانی ذهنی در

آن‌ها نسبت به کودکان درخود مانده کمتر و بهره‌جویی آن‌ها یکدست‌تر است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

کم توانی ذهنی با علایم رفتاری

کودکان دچار کم توانی ذهنی ممکن است علایمی رفتاری بروز دهند که با برخی ویژگی‌های اختلال طیف درخودماندگی هم پوشانی داشته باشد. ویژگی‌های افتراق دهنده عمده بین اختلال طیف درخودماندگی و کم توانی ذهنی این است که کودکان دچار سندرم‌های کم توانی ذهنی عموماً در هر دو حوزه کلامی و غیرکلامی تخریب‌های کلی نشان می‌دهند، درحالی که کودکان دچار اختلال طیف درخودماندگی نسبت به سایر حوزه‌های عملکردی، در تعاملات اجتماعی ضعیف‌تر هستند. کودکان کم توان ذهنی معمولاً به شکل کلامی و اجتماعی و هماهنگ با سن عقلی خود با کودکان دیگر و بزرگسالان ارتباط برقرار می‌کنند، از زبان موجود برای ارتباط با دیگران استفاده می‌کنند و محدودیت‌های آن‌ها نمای نسبتاً یکدست‌تری دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

کری مادرزادی یا نقصان شنوایی

از آنجا که کودکان درخودمانده اغلب ساکت بوده و یا رشد زبانی ناقصی دارند، باید کری مادرزادی و نقصان شنوایی در آن‌ها رد شود. خصوصیات افتراق دهنده عبارتند از: