

## اختلال‌های طیف اتیسم

بازنگری ملاک‌های تشخیصی در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی

نویسنده: مارلین بری سایت. لاریستن

مترجم: عبدالکریم سوزنیار / مربی زبان انگلیسی / دانشگاه پیام‌نور

### چکیده

**زمینه و هدف:** بازنگری در ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های طیف اتیسم به‌طور گسترده‌ای پیش‌بینی شده و انتظار می‌رود نقش مهمی در پالایش تعریف آن داشته باشد. در مقایسه با نسخه پیشین، در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تغییرات متعددی ایجاد شده است. این ملاک‌ها هیچ‌گونه تأکیدی بر تأخیر زبان و سن شروع اختلال‌ها نداشته به جز این‌که اختلال‌های طیف اتیسم به‌عنوان نوعی اختلال عصبی تعریف شده است که نشانه‌های آن در اوایل دوره کودکی ظاهر می‌شود، اگرچه ممکن است این اختلال‌ها برای نخستین بار در مراحل بعدی زندگی نیز تشخیص داده شوند. حوزه‌های ۳ گانه اختلال‌های طیف اتیسم به ۲ حوزه حیطة اجتماعی-ارتباطی و حیطة رفتاری که شامل علائق ثابت و رفتارهای تکراری است، کاهش یافته‌اند.

**نتیجه‌گیری:** در مقاله تظاهرات بالینی این اختلال‌ها در فرد مبتلا با جزئیات بیشتری بر حسب مشخصه‌های بالینی توصیف می‌شوند. افزون بر گزارش این تغییرات در طبقه‌بندی اختلال‌ها، دستور عمل‌های بین‌المللی عمده‌ای نیز معرفی شده‌اند و توصیف مختصری از شیوه‌های بالینی مناسب برای ارزیابی این اختلال و اصول کلی مداخله درمانی نیز ارائه شده است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال‌های طیف اتیسم، ملاک‌های تشخیصی، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی

تشخیص‌ها شده است.

### اختلال‌های طیف اتیسم

اختلال‌های طیف اتیسم اصطلاحی است که به تدریج بیشتر برای توصیف تشخیص‌هایی به کار برده می‌شود که در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و نسخه دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها تحت عنوان اختلال‌های نافذ تحول لحاظ شده و در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شامل تشخیص‌هایی می‌شود که قبلاً تحت عناوین اختلال اتیسم، اختلال آسپرگر، اختلال فروپاشنده دوره کودکی<sup>۳</sup> و اختلال نافذ تحولی عصبی ناهمگون<sup>۴</sup> طبقه‌بندی می‌شدند. همان‌گونه که از اسم آن پیداست اختلال‌های طیف اتیسم شامل گروهی از اختلال‌های تحولی با نشانه‌هایی هستند که به‌صورت طیفی از تظاهرات خفیف تا شدید دیده می‌شوند. احتمالاً این اختلال‌ها از طفولیت یا اوایل دوره کودکی ظاهر می‌شوند، ولی به‌تازگی در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی معیار سن برای تشخیص آن‌ها تعیین نمی‌شود و بیان می‌شود که به دلیل نیازهای اجتماعی کم و جبران کمبودها توسط والدین و مراقبان ممکن است نقص‌های آن تا سال‌های بعد در زندگی فرد مبتلا تشخیص داده نشود. بازنگری پیشنهادی اختلال‌های طیف اتیسم در جدول زیر

### مقدمه

با انتشار نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> در ماه می ۲۰۱۳، ۱۴ سال از زمان انتشار نسخه قبلی آن سپری شده است. مرسوم بوده است که این ملاک‌ها در فواصل زمانی مشخصی بازتعریف شوند، زیرا آشکار شده که تعریف دوباره ملاک‌ها برای منطبق کردن روال معمول تشخیص با تغییرات ایجادشده در جامعه به لحاظ عوامل فرهنگی و جامعه‌شناختی ضروری است.

باتوجه به محدودیت‌های ملاک‌های تشخیصی قبلی مانند اعتبار تشخیص‌ها، اصلاحاتی در ملاک‌های تشخیصی جدید پیشنهاد شده‌اند. به دلیل تعدد تشخیص‌ها در نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱) و نسخه دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>۲</sup> (۲) تصور می‌شود که آن‌ها از اعتبار کافی برخوردار نباشند. اشکال دیگر آن‌ها داشتن تعداد زیاد تشخیص‌هایی است که به آن‌ها موارد ناهمگون گفته می‌شود. افزون بر این، تغییر روال‌های تشخیصی در سال‌های اخیر و افزایش تشخیص سایر اختلال‌های مرتبط منجر به بررسی دوباره اعتبار

3. Childhood Disintegrative Disorder

4. . Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Email: iranpn@yahoo.com

2. International Classification of Diseases, tenth edition

نشان داده شده است.

### جدول بازنگری پیشنهادی نسخه پنجم راهنمای آماری و تشخیصی در مورد اختلال‌های طیف اتیسم

اختلال‌های طیف اتیسم باید ملاک‌های الف، ب، ج و د را برآورده کند.

الف. نقص‌های مداوم در زمینه ارتباط و تعامل اجتماعی در موقعیت‌هایی که با تأخیرهای عمومی تحول مطابقت ندارند و به وسیله هر ۳ مورد زیر آشکار می‌شوند.

۱. کمبود در ایجاد روابط متقابل اجتماعی-عاطفی اعم از رویکردهای غیرطبیعی اجتماعی و ناتوانی در گفت‌و شنود معمول به واسطه کاهش به اشتراک‌گذاری علائق و عواطف تا فقدان کامل ایجاد تعامل اجتماعی

۲. کمبود در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی لازم برای تعامل اجتماعی اعم از تلفیق ضعیف ارتباط کلامی و غیرکلامی به واسطه نابهنجاری در برقراری ارتباط چشمی و کاربرد زبان بدن یا ناتوانی در درک و استفاده از ارتباط غیرکلامی تا فقدان کامل زبان بدن یا بیان چهره‌ای

۳. کمبود در ایجاد و حفظ روابط متناسب با سطح تحول (فراتر از رابطه با مراقبان) اعم از مشکلات تطبیق رفتار با وضعیت‌های مختلف اجتماعی به دلیل دشواری در به اشتراک‌گذاری بازی‌های تخیلی و پیدا کردن دوست تا بی‌علاقگی آشکار به دیگران.

### ب. الگوهای محدود و تکراری رفتار، علائق و فعالیت‌ها آن‌گونه که دست‌کم ۲ مورد از موارد زیر بیانگر آن باشند.

۱. گفتار، حرکات یا استفاده از اشیاء به‌طور کلیشه‌ای و تکراری؛ (مثل حرکات کلیشه‌ای ساده، استفاده تکراری از اشیاء، تکرار گفتار دیگران و به‌کارگیری عبارات غیر معمول)

۲. پایبندی بسیار زیاد به روال همیشگی، رفتارهای کلامی و غیرکلامی یکنواخت یا مقاومت بیش‌ازحد در برابر تغییر؛ (مثل انجام حرکات تکراری، اصرار بر خوردن فقط یک نوع غذا، پرسش‌های تکراری یا ناراحتی شدید نسبت به تغییرات جزئی)

۳. علائق بسیار محدود و ثابت که از لحاظ شدت و تمرکز غیرعادی هستند؛ (مثل دلبستگی و دلمشغولی زیاد به اشیاء غیر معمول و علائق بسیار محدود و ثابت)

۴. واکنش کمتر یا بیشتر از حد معمول به درون‌دادهای حسی و علاقه غیر معمول به جنبه‌های حسی محیط؛ (مثل بی‌تفاوتی آشکار به درد، گرما و سرما، پاسخ نامطلوب به صداهای ویژه، بوکردن و

لمس کردن بیش‌از حد اشیاء، شیفتگی به چراغ‌ها یا اشیاء در حال چرخش)

ج. نشانه‌ها باید در دوران کودکی ظاهر شوند، ولی ممکن است تا زمانی که نیازهای اجتماعی فرد مبتلا از توانمندی‌های محدود او تجاوز نکنند، به‌طور کامل آشکار نشوند.

د. مجموعه این نشانه‌ها، عملکرد روزمره فرد را محدود و مختل می‌کند.

در معرفی ملاک‌های تشخیصی جدید، یکی از اهداف این است که باید اعتبار<sup>۱</sup> ملاک‌های اختلال‌های طیف اتیسم یکسان باقی بماند، به این معنی که در مقایسه با ملاک‌های پیشین، به‌کارگیری ملاک‌های جدید نباید باعث افزایش تعداد تشخیص‌ها بشود. به‌هر حال یکی از محدودیت‌های تشخیص‌های جدید در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این است که آن‌ها فقط به‌طور پراکنده اعتبارسنجی شده‌اند، به‌ویژه این‌که پایایی<sup>۲</sup> تشخیص‌های مختلف در سراسر کشورها و پیشینه‌های فرهنگی و بین پزشکان به‌طور کامل بررسی نشده است. این گفته تا حدی مورد تأیید برخی از پژوهش‌هایی است که حاکی از اعتبار پایین تشخیص‌های مختلف اختلال‌های طیف اتیسم هستند، در حالی که نشان داده شده توسعه این اختلال‌ها، متمایز از تحول معمول است. پژوهش لرد و همکاران (۳) نشان داده که ممکن است تعریف اختلال اتیسم و آسپرگر در بین مراکز ارزیابی اختلال‌ها متفاوت باشد. در پژوهش‌های پیشین، اختلال اتیسم، نشانگان آسپرگر و اختلال نافذ تحول ناهمگون از هم قابل تمایز نبودند (۴) و (۵) که البته مورد تأیید بررسی جدیدی (۶) است که نتیجه‌گیری می‌کند نوعی همپوشی بین معیارهای نشانگان آسپرگر و اختلال اتیسم وجود دارد و این‌که تمایز یکنواختی هم بین اختلال‌های طیف اتیسم نیست. پژوهش‌های جدید ملاک‌های تشخیصی متفاوتی از نظام‌های طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و حتی دیگر ملاک‌های بالینی تعدیل شده را به‌کار می‌گیرند. اعتقاد بر این است که تمایز بین اختلال‌های طیف اتیسم بستگی به شدت اختلال، سطح زبان و وجود ناتوانی یادگیری<sup>۳</sup> یا کم‌توانی ذهنی<sup>۴</sup> دارد.

### شروع اختلال‌های طیف اتیسم

اختلال اتیسم نوعی اختلال تحولی عصبی<sup>۵</sup> است که در اوایل زندگی ظاهر می‌شود. شروع آن به‌شدت مورد پژوهش قرار گرفته است (۷) و (۹) و به‌طور کلی پذیرفته شده که زمان تشخیص یک

1. Validity  
2. Reliability  
3. Learning Disability  
4. Mental Retardation  
5. Neurodevelopmental Disorder

همه افراد مبتلا به آسپرگر در گروه اختلال‌های اتیسم قرار نخواهند گرفت. این پیشنهاد هم با یکی از اهداف ملاک‌های تشخیصی جدید منطبق نیست که می‌گوید همه افراد مبتلا به اختلال‌های اتیسم باید در یک گروه تشخیصی قرار بگیرند.

پیامد مهم دیگر ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های ارتباطی در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی این است که برای مثال وقتی فردی افزون‌بر اختلال آسپرگر نیز به سایر مشکلات ارتباطی مانند یک اختلال زبانی یا گفتاری مبتلا باشد، باید این اختلال ارتباطی او هم افزون‌بر اختلال اتیسم تشخیص داده شود، به جز اختلال ارتباط اجتماعی که در مورد فرد مبتلا به اتیسم لازم به تشخیص نیست، زیرا مطابق ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی در صورت وجود اختلال ارتباط اجتماعی تشخیص اختلال اتیسم مستثنی شده است.

### حیطه‌ها

بر اساس پژوهش‌های مبتنی بر جمعیت<sup>۴</sup> و پژوهش‌های دوقلوها از اختلال‌های طیف اتیسم (۱۲ و ۱۳) نشان داده شده که اختلال در ارتباط و تعامل اجتماعی بخشی از یک حیطه واحد است. این موضوع منجر به کاهش حوزه‌های<sup>۵</sup> گانه اختلال به ۲ حوزه اختلال اجتماعی-ارتباطی و اختلال رفتاری شده است که شامل علایق ثابت و رفتارهای تکراری می‌شود. افزون‌بر این، این ۲ حیطه جدید به طور مشخص تری برای انواع گروه‌های سنی تحول توصیف شده‌اند و تظاهرات بالینی فرد به طور گسترده تری بر حسب شدت نشانه‌ها و سطح تحول زبانی تشریح می‌شوند. افزون‌بر این، توصیه می‌شود که توصیفی از ویژگی‌های مشترک مانند کم‌توانی ذهنی و اختلال‌های مرتبط نیز به عمل آید.

### اختلال فروپاشنده

به تازگی، اعتبار اختلال فروپاشنده مورد بحث قرار گرفته است و پیشنهاد می‌شود در گروه اختلال‌های طیف اتیسم گنجانده شود. در این مباحثه مشکلات مربوط به تعریف بازگشت تحول<sup>۵</sup>، زمان شروع آن و این که آیا تاخیر تحول پیش از بازگشت بوده، مورد توجه قرار گرفته است. افزون‌بر این، این بحث مطرح بوده است که آیا تغییرات یا نشانه‌ها به تدریج یا ناگهانی ظاهر می‌شوند. بنابراین، در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی پیشنهاد می‌شود که مقوله اختلال فروپاشنده دوران کودکی حذف شود. این تصمیم با آنچه در حال حاضر در ملاک‌های نسخه یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها توصیه می‌شود، مغایرت دارد. جایی که کوشش شده است این اختلال تعریف شود.

اختلال ممکن است خیلی بعد از زمان شروع آن باشد. افزون‌بر این، از زمانی که والدین متوجه می‌شوند فرزندشان نشانه‌های اولیه تحول غیر عادی یا نشانه‌های این اختلال را از خود بروز می‌دهند تا انجام تشخیص آن ممکن است زمان زیادی سپری شود. از طرف دیگر، دیده شده است که شناسایی نشانه‌های اولیه ویژه اتیسم دشوار بوده و هنوز هیچ‌گونه نشانه‌های ویژه‌ای شناسایی نشده‌اند (۱۰). تاثیر این بحث بر ملاک‌های تشخیصی جدید این بوده است که زمان شروع نشانه‌های پیش از ۳ سالگی حذف شده است، زیرا زمان شناسایی این نشانه‌ها قطعی نیست.

افزون‌بر این، در آن سوی دوره زمانی، حذف ملاک سن بیشتر در این راستاست که در برخی اشخاص، ابتلا به اتیسم برای نخستین بار در دوره نوجوانی یا بزرگسالی تشخیص داده شده است. تشخیص آن بعد از اوایل دوره کودکی تنها وقتی امکان پذیر است که با بالا رفتن سن، نیاز به توانایی‌های اجتماعی فرد مبتلا افزایش پیدا می‌کند.

### تاخیر زبان

به دلیل این که تاخیر زبان<sup>۱</sup> ویژه اختلال‌های طیف اتیسم نیست و در بین کودکان با این نوع اختلال و بدون آن ظاهر می‌شود، پیشنهاد شده است که این مورد جزو ملاک‌های جدید تشخیص اختلال اتیسم قرار نگیرد. افزون‌بر این، برخی از کودکان مبتلا به این اختلال با وجود این که در سنین پایین‌تر تاخیر زبان داشته‌اند، با افزایش سن روان صحبت می‌کنند.

به هر حال، با توجه به پیامدهای آن، تحول زبان از اهمیت بسیاری برخوردار است، زیرا به نظر می‌رسد تاخیر شدید زبان در اوایل زندگی فرد شاخصی برای پیش‌بینی بازده ضعیف او باشد. افزون‌بر این، انتخاب نوع درمان ممکن است متأثر از سطح زبانی فرد مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم باشد و تظاهرات بالینی<sup>۲</sup> این اختلال هم مبتنی بر سطح زبانی فرد مبتلاست (۱۱).

### اختلال زبان در برابر اختلال آسپرگر<sup>۳</sup>

در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال‌های ارتباطی گروه دیگری از اختلال‌های تحولی عصبی را تشکیل می‌دهند که زیرگروهی از اختلال‌های ارتباط اجتماعی را دربر می‌گیرد. همواره این بحث مطرح بوده که آیا ممکن است برخی از افراد دارای اختلال آسپرگر به جای گروه اختلال‌های طیف اتیسم، به اشتباه در گروه تشخیصی اختلال‌های ارتباطی طبقه‌بندی شوند. به این معنی که بر اساس نسخه چهارم راهنمای تشخیصی

4. Population-based Studies  
5. Developmental Regression

1. Language Delay  
2. Clinical Presentation  
3. Asperger's Disorder

## دستور عمل‌های ارزیابی

نیاز به دستور عمل‌های بالینی متعدد است. یکی از اهداف آن یکسان‌سازی فرآیند تشخیص و مدیریت بالینی است، زیرا ممکن است این فرآیند در کشورهای مختلف یا حتی در یک کشور خیلی متفاوت باشد. افزون‌بر این، بسته به سن فرد مشکوک به اختلال اتیسم ممکن است مراکز درمانی مختلفی در امر ارزیابی این اختلال دخالت داشته باشند. در اثر این تفاوت‌ها، والدین از طریق جامعه والدین افراد دارای اتیسم خواهان توسعه دستور عمل‌هایی شده‌اند.

دستور عمل‌های ملی مختلفی در ایالات متحده آمریکا، انگلستان، اسکاتلند و نیوزلند توسعه یافته‌اند و در موقعیت‌های بالینی هم دستور عمل‌هایی در کشورهای مختلف از جمله کشورهای اسکانندیناوی اجرا شده‌اند. دستور عمل آکادمی اطفال آمریکا<sup>۱</sup> (۱۴) بیان می‌کند که ارزیابی‌ها در مراحل اولیه مثل نخستین بازدید مراقبت پیشگیرانه توسط متخصصان اطفال به عمل آید. جالب این است که در این دستور عمل بیان شده که به‌طور ایده‌آل ارزیابی‌ها و تشخیص‌ها باید توسط گروهی از متخصصان اطفال دارای مهارت در زمینه اختلال‌های طیف اتیسم انجام شوند. به هر حال، به علت عدم دسترسی به گروه‌های متخصص در همه مناطق و لیست‌های انتظار طولانی مدت در بعضی از جوامع، ارزیابی‌ها توسط پزشکان اطفال غیر متخصص یا روان‌شناسان کودک انجام می‌شوند. یکی از اهداف اصلی این دستور عمل نظارت و شناسایی این اختلال‌ها در سنین پایین است. به هر حال، این دستور عمل همچنین به تشریح ارزیابی جامع لازم برای تشخیص اتیسم می‌پردازد و رهنمودهایی را برای رسیدگی به کودکان مبتلا به این اختلال در اختیار می‌گذارد (۱۵).

## ارزیابی تشخیصی بعد از ارجاع

به‌طور کلی توصیه می‌شود که ارزیابی تشخیصی اختلال‌های طیف اتیسم دربرگیرنده منابع مختلف متناسب با سن فرد باشد. یک مورد اجباری برای ارزیابی، مصاحبه با مراقبان برای کسب اطلاعاتی درباره تاریخچه اولیه تحول است تا معلوم شود که آیا نشانه‌های این اختلال از طفولیت یا اوایل دوره کودکی وجود داشته‌اند یا خیر. هدف دیگر مصاحبه با مراقبان جمع‌آوری اطلاعاتی در مورد تاریخچه پزشکی از جمله اطلاعات مربوط به بارداری و وضع حمل و همچنین مشکلات، نشانه‌ها و اختلال‌های پزشکی مرتبط است.

یک منبع اجباری دیگر برای کسب اطلاعات، مشاهده فرد مبتلا به اختلال اتیسم در محیط زندگی او و به‌عنوان بخشی از معاینه روانی

او در مراکز ارزیابی است. مشاهدات منظم از فرد مشکوک به این اختلال، مثل برنامه زمان‌بندی مشاهده تشخیصی اتیسم، به‌طور گسترده‌ای در سراسر اروپا و آمریکای شمالی استفاده می‌شود. افزون‌بر این، به‌منظور مستثنی کردن هر گونه اختلال پزشکی مرتبط مانند تصلب تکمه‌ای (توبروز اسکروز)<sup>۲</sup>، نشانگان ایکس شکننده<sup>۳</sup>، دیگر اختلال‌های ژنتیکی و هر نوع نقص حسی، ارزیابی تشخیصی باید دربرگیرنده یک معاینه جامع پزشکی و عصبی باشد. سنجش روان‌شناسی سطح شناختی فرد مبتلا به اتیسم سومین عنصر مهم ارزیابی تشخیصی را تشکیل می‌دهد. از آزمون‌های روان‌شناسی نیز ممکن است به‌منظور یافتن نقص‌های عصبی-روانی<sup>۴</sup> ویژه استفاده شود. سرانجام، این موضوع نیز مهم است که همه اختلال‌های روانی مرتبط شناسایی شوند، زیرا ممکن است درمان آن‌ها برای حفظ سلامت روانی فرد مبتلا ضروری باشد.

## مداخله درمانی

به‌طور کلی، هدف از مداخله بهینه‌سازی استقلال عملکردی فرد مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم، به کمترین حد رساندن ویژگی‌های اصلی این اختلال‌هاست. یک هدف مهم دیگر مداخله، تسهیل تحول و یادگیری مثل ارتقای مهارت‌های اجتماعی فرد است. هدف دیگر، کاهش علائق محدود و رفتار کلیشه‌ای و حذف رفتار ناسازگارانه<sup>۵</sup> است. به هر حال، هیچ درمان پزشکی نمی‌تواند نشانه‌های اختلال اتیسم را از بین ببرد، اما شاید برای کاهش اختلال‌های روانی مرتبط<sup>۶</sup> با آن ضروری باشد.

به‌طور کلی، به‌منظور انطباق خواسته مردم از فرد مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم و همچنین وفق دادن محیط زندگی او با مشکلات حسی احتمالی، سطح تحول او باید تعیین شود. افزون‌بر این، کیفیت زندگی و سلامت فرد مبتلا به اتیسم بستگی به میزان حمایت خانواده از او دارد، از این روی آموزش و حمایت از خانواده‌های آن‌ها باید در طرح مداخله از اولویت برخوردار باشند.

## بحث و نتیجه‌گیری

تلاش عمده نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این است که ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های طیف اتیسم را روشن‌تر کند و در صورتی که از نقطه‌نظر بالینی و مبتنی بر شواهد به‌درستی تعریف شوند، می‌تواند باعث افزایش اعتبار تشخیص‌های لحاظ‌شده شود. به‌طور یقین براساس این راهنمای تشخیصی، ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های طیف اتیسم

2. Tuberous Sclerosis  
3. Fragile X Syndrome  
4. Neuropsychological Deficits  
5. Maladaptive Behavior  
6. Co-morbid Psychiatric Disorders

1. American Academy of Pediatrics

در حوزه‌های مشکلات اجتماعی و ارتباطی ساده‌تر خواهند شد، زیرا جداسازی این حوزه‌ها در زندگی روزمره و موقعیت‌های بالینی هنگام ارزیابی دشوار است. افزون‌براین، حذف ملاک تاخیر زبان به احتمال زیاد کارکرد اصلاحی داشته و فرض بر این است که تعداد افراد این گروه افزایش نیابد. به احتمال قوی، این عده براساس ملاک‌های تشخیصی قبلی در گروه‌های تشخیصی نامعین قرار داده می‌شدند.

یکی از تغییراتی که در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی بیشتر مورد بحث قرار گرفته، حذف نشانگان آسپرگر است. به هر حال، این پیشنهاد مبتنی بر شواهد پژوهشی است که نشان می‌دهد نمی‌توان براساس میزان پیامد، هیچ تفاوت روشنی را بین نشانگان آسپرگر و اختلال اتیسم پیدا کرد. با این همه، از نظر بالینی انتظار می‌رود در این نسخه، تشخیص اختلال اتیسم آسان‌تر باشد، به‌ویژه در مواردی که جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تاریخچه اولیه تحول کودکان به دلیل حافظه ضعیف والدین از این مسایل دشوار است.

## References:

Lauritsen MB. Autism spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*. 2013 Feb 42-37:(1)22;1.