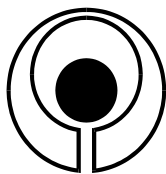


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وَأَنْتَ يَا مُحَمَّدُ
أَنْتَ حَسْرَتِي يَا مُحَمَّدُ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
گروه آموزشی کاردرمانی
پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد
گرایش روان

عنوان:

تأثیر مهارت های دیداری-حرکتی ظریف بر روی اختلال رفتاری کودکان اسپرگر
۴-۶ ساله در تهران

نگارنده:

فائزه پروازی منش

استاد راهنما:

فاطمه بهنیا

استاد مشاور:

دکتر حجت الله حق گو

استاد مشاور آمار:

دکتر مهدی رهگذر

پاییز ۱۳۸۸

شماره ثبت:

۴۰۰-۱۹۷



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی
تاییدیه اعضای هیات داوران

پایان نامه: کارشناسی ارشد خانم فائزه پروازی منش

به شماره دانشجویی: ۸۵۳۶۷۸۱۲۱ در رشته: کاردرمانی

تحت عنوان: تاثیر تمرینات دیداری-حرکتی (ظریف) بر روی اختلالات رفتاری کودکان ۴-۶ ساله اسپرگر در تهران

با حضور هیات داوران در تاریخ: ۸۸/۰۹/۰۹ دفاع گردید و نمره نوزده و شصت و سه (۱۹/۶)

با امتیاز عالی به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

۱. استاد راهنما: سرکار خانم فاطمه بهنیا

۲. استاد مشاور: جناب آقای دکتر حجت اله حق گو

۳. استاد مشاور آمار: جناب آقای دکتر مهدی رهگذر

۴. مدیر گروه: جناب آقای دکتر سید علی حسینی

۵. اساتید داور: ۱. جناب آقای هوشنگ میرزایی

۲. سرکار خانم دکتر نسرین امیری

۶. نماینده دفتر تحصیلات تکمیلی: سرکار خانم منصوره غفاری

مستخلص بیماریهای اعصاب و روان
توقی تخصصی
گروه توانبخشی و توانبخشی
۲۳۶۶



تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه یا رساله های دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیتهای علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد بنابراین اینجانب **فائزه پروازی منش** دانش آموخته رشته **کاردرمانی** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم.

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نمایم و درج نام و آدرس محل دیگری خوداری کنم.
 ۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.
 ۳. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:
"کتاب حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته کاردرمانی می باشد که در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی **سرکار خانم فاطمه بهنیا** و مشاوره **جناب آقای دکتر حجت اله حق گو** و مشاوره **آمار جناب آقای دکتر مهدی رهگذر** انجام و در سال ۱۳۸۸ از آن دفاع شده است."
 ۴. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک در صد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).
 ۵. در صورت عدم رعایت بند ۴، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.
 ۶. قبول می نمایم و تعهد می کنم که در صورت خوداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند. بعلاوه به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حق می دهم به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه معادل وجه مذکور در بند ۵ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.
- اینجانب فائزه پروازی منش دانشجوی رشته کاردرمانی مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آنرا بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

امضاء و تاریخ

۸۸، ۹، ۹

با سپاس فراوان از استاد راهنما:

سرکار خانم فاطمه بهنیا

که با راهنمایی های دلسوزانه خویش، مرا در تهیه و نگارش این پایان نامه راهنمایی فرموده و با صبر و شکیبایی خویش بر ادامه راه ترغیب نمودند.

با تقدیر فراوان از اساتید محترم مشاور:

- جناب آقای دکتر حجت الله حق گو

- جناب آقای دکتر مهدی رهگذر

که با رهنمودهای خویش پیمودن این راه را برای من آسان ساختند

بلقردانی و سپاس از مدیر محترم گروه کاردرمانی و استاد گرامی جناب آقای دکتر سید علی حسینی که بدون

حمایت ایشان ادامه و پایان این راه برای اینجانب امکان پذیر نبود

و تشکر و تقدیر از اساتید ارجمند گروه جناب آقای دکتر رصافیانی و سایر اساتید معزز که با رهنموده‌های خویش مرا

یاری فرمودند.

همچنین با تشکر از ریاست محترم مؤسسه علوم شناختی جناب آقای دکتر تهرانی دوست که در انجام بخش‌هایی از

این پایان‌نامه بنده را یاری نمودند

با تشکر از جناب آقای دکتر شه‌ریور که در تهیه پرسش‌نامه مرا حمایت کردند

تقدیم به

همسر عزیزم

که با صبر و شکیبایی خویش کاستی هایم را تحمل نموده و مرا تا پایان این راه همراهی کرد

و تقدیم به

مادر مهربانم و پدر بزرگوام

که همیشه در زندگی یار و همراه من بودند و الفبای زندگی را به من آموختند.

و همچنین از دوست گرامی سرکار خانم فائزه دهقان کمال تشکر را دارم

چکیده:

مقدمه و هدف: اختلال رفتاری یکی از مشکلات همراه در کودکان اسپرگراست. به همین دلیل این کودکان دارای مشکلاتی مانند اختلال در تعامل اجتماعی، توجه، اضطراب و پرخاشگری می باشند. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر مهارت های دیداری-حرکتی ظریف به عنوان یکی از مداخلات کاردرمانی بر روی این دسته از مشکلات رفتاری این کودکان است.

روش تحقیق کار: کودکان اسپرگری که به کلینیک های کاردرمانی مراجعه کردند توسط چک لیست رفتاری کودکان مورد ارزیابی قرار گرفتند. آن هایی که دچار اختلال رفتاری بودند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم گردیدند (۱۳ کودک در گروه مداخله، ۱۳ کودک در گروه کنترل). سپس برنامه ده جلسه ای دیداری-حرکتی و دارو درمانی بر روی گروه آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل فقط از برنامه دارو درمانی بهره مند بودند. پس از ۵ هفته چک لیست رفتاری مجدداً توسط مادران این کودکان پر گردید

نتایج: تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل متغیر تصادفی ($p \leq 0.001$) در تمام متغیرها از لحاظ آماری معنادار است و مداخله شناختی در مرحله سپی آزمون گروه آزمایش مؤثر بوده است.

بحث: نتایج نشان داد که برنامه دیداری-حرکتی بر روی اختلال رفتاری ای کودکان (مشکلات اجتماعی، توجه، اضطراب و پرخاشگری تأثیر مثبت داشت.

واژگان کلیدی: اسپرگر، اختلال رفتاری، مهارت دیداری-حرکتی، حرکات ظریف.

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

فصل اول:

بیان مسئله و اهمیت آن:

- ۱-۱) مقدمه ۱
- ۱-۲) بیان مسئله ۴
- ۱-۳) اهمیت و ضرورت پژوهش ۷
- ۱-۴) اهداف پژوهش ۹
- ۱-۵) سؤالات و فرضیات ۱۰
- ۱-۶) تعریف عملی و نظری مفاهیم ۱۱

فصل دوم:

پیشینه پژوهش:

- ۲-۱) سندرم اسپرگر ۱۳
- ۱-۲-۱) تاریخچه ۱۳
- ۱-۲-۲) علائم بالینی ۱۴
- ۱-۲-۳) شیوع ۱۸
- ۱-۲-۴) تشخیص افتراقی و مشکلات همراه ۱۹
- ۱-۲-۵) اتیولوژی ۲۱
- ۲-۲) اختلال رفتاری ۲۴
- ۲-۲-۱) بیش‌فعالی-کمبود توجه ۲۵

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
۲-۲-۲) پرخاشگری	۲۶
۲-۲-۳) اختلال اضطراب کودکی	۲۶
۲-۲-۴) افسردگی کودکان	۲۷
۲-۳) درمان	۲۷
۲-۳-۱) درمان دارویی	۲۸
۲-۳-۲) درمان غیر دارویی	۲۹
۲-۳-۳) کاردرمانی	۳۲
۲-۳-۴) مهارت های ادراکی - حرکتی	۳۳
۲-۳-۵) مهارت های بینایی - حرکتی	۳۴
۲-۳-۶) مهارت های حرکتی ظریف	۳۴
۲-۴) بررسی متون	۳۵

فصل سوم:

روش شناسی پژوهش:

۳-۱) مقدمه	۳۸
۳-۲) نوع مطالعه	۳۸
۳-۳) جامعه و نمونه آماری و روش نمونه گیری	۳۸
۳-۴) معیارهای انتخاب افراد شرکت کننده	۳۹

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۳۹	۳-۵) روش نمونه گیری.....
۴۰	۳-۶) جدول متغیر ها و نحوه سنجش آن ها
۴۱	۳-۷) ابزار جمع آوری داده ها.....
۴۲	۳-۸) روایی و پایایی آزمون.....
۴۲	۳-۹) روش جمع آوری داده ها.....
۴۲	۳-۱۰) نحوه اجرا.....
۴۴	۳-۱۱) روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۴۵	۳-۱۲) ملاحظات اخلاقی.....

فصل چهارم:

یافته های پژوهش:

۴۶	۴-۱) مقدمه.....
۴۶	۴-۲) آمار توصیفی.....
۵۰	۴-۳) آمار تحلیلی.....

فصل پنجم:

بررسی و تفسیر نتایج:

۶۰	۵-۱) مقدمه.....
----	-----------------

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۶۰	۵-۲) بررسی سوالات.....
۶۲	۵-۳) بررسی و مقایسه نتایج با پژوهش های قبلی.....
۶۴	۵-۴) بحث درباره یافته ها.....
۶۶	۵-۵) نتیجه گیری.....
۶۷	۵-۶) محدودیت ها.....
۶۷	۵-۷) پیشنهادها.....
	منابع و مأخذ
	پیوست
	چکیده انگلیسی.....
	صفحه عنوان انگلیسی.....

فصل اول

۱) مقدمه:

اختلالات نافذ رشد^۱ شامل گروهی از اختلالات روانی هستند که در آن ها تخریب در مهارت‌های تعامل اجتماعی، رشد زبان و رفتار وجود دارد. کودکان مبتلا به اختلالات نافذ رشد غالباً علاقه شدیدی به تعداد محدودی از فعالیت‌ها نشان می‌دهند (کاپلان، سادوک^۲، ۲۰۰۳)، که این علائم در سال‌های اولیه عمر بروز پیدا می‌کنند (هابن^۳، ۲۰۰۱). تعاملات اجتماعی آن‌ها بسیار غیریادی است، ممکن است طوری رفتار کنند که گویی افراد دیگر اشیائی بیش نیستند، دوست ندارند در آغوش گرفته شوند و از تماس چشمی اجتناب می‌ورزند (نجاریان^۴، ۱۳۸۲). علامت بزرگ کودکان دارای اختلال نافذ رشد، اختلالات زبانی و صحبت کردن و مشکلات تعاملی آنهاست (گراندى^۵، ۲۰۰۰). طبق طبقه بندی DSM-VI اختلالات نافذ رشد شامل ۵ زیر گروه است:

۱- اختلال اوتیستیک^۵

۲- اختلال رت^۶

۳- اختلال فروپاشنده کودکی^۷

۴- اختلال آسپرگر^۸

۵- اختلال نافذ رشد که به نوعی دیگر مشخص نشده است^۹ (کاکاوند^۹، ۱۳۸۵، کاپلان، سادوک^۲، ۲۰۰۳ و

هابن^۳، ۲۰۰۱)

^۱ Pervasive Developmental Disorder

^۲ Kaplan & Sadock

^۳ Hubener

^۴ Graundine

^۵ Autistic Disorder

^۶ Rett Disorder

^۷ Disintegrative Disorder

^۸ Asperger Disorder

^۹ Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise

از مشخصه های بارز اختلال اوتیسم انزوای اجتماعی این کودکان است (گلدِر^{۱۰} ۱۹۷۹، رینگ^{۱۱} ۱۹۸۷). آغاز اوتیسم قبل از سن ۳ سالگی است. در بعضی موارد والدین بیان می کنند که از زمان تولد یا کمی بعد از آن، کودک زمینه نگرانی آن ها را به وجود آورده است، زیرا کودک به تعامل اجتماعی علاقه ای نشان نداده است (کاکاوند ۱۳۸۵).

اختلال رت منحصراً در دختران دیده می شود، این اختلال با رشد طبیعی تا حدود ۶ ماهگی و در پی آن سیر رو به تباهی مشخص است (کاپلان، سادوک ۲۰۰۳). در رت رشد سر از الگوی کاهش ویژه ای پیروی می کند، مهارتهای دستی^{۱۲} هدفدار که قبلاً کسب شده اند از بین می روند و جای آن ها را رفتارهای کلیشه ای بدون هدف می گیرد (کاکاوند ۱۳۸۵).

در اختلال فروپاشنده کودکی رشد در دو سال اول سیر طبیعی دارد، کودک به تدریج زوال مهارت های کسب شده قبلی در دو یا چند زمینه مانند کاربرد زبان، پاسخگری اجتماعی، بازی، مهارت های حرکتی و کنترل روده و مثانه را نشان می دهد.

اختلال اسپرگر شکلی از اختلال نافذ رشد می باشد که با نقص دائمی در تعاملات اجتماعی، الگوهای رفتاری تکراری و علائق محدود تظاهر می یابد، بر خلاف آن چه در اوتیسم مشاهده می شود، در اسپرگر تاخیر یا ناهنجاری قابل توجهی در رشد زبان یا رشد شناختی اتفاق نمی افتد (براسیک^{۱۳} ۲۰۰۸). ناهنجاری های تعاملی و اجتماعی از معلولیت های عمده مرتبط با سندرم اسپرگر به شمار می روند. اختلال اسپرگر حالتی است که در آن تخریب بارز درآمیزش اجتماعی و الگوهای رفتار کلیشه ای^{۱۴}، اما بدون تاخیر در رشد زبان را نشان می دهد. در سندرم اسپرگر توانایی های شناختی و مهارت های انطباقی کودک طبیعی است (کاپلان، سادوک ۲۰۰۳). یکی از ویژگی های

^{۱۰} Gelder

^{۱۱} Ring

^{۱۲} Manipulation Skills

^{۱۳} Brasic

^{۱۴} Stereotypic Behavior

کودکان آسیب‌رگر این است که رشد شناختی و زبانی در آن‌ها با تأخیر همراه نبوده و توانایی مراقبت از خود و رفتار سازشی بهنجار را ندارند (کاکاوند ۱۳۸۵).

یکی از مشکلاتی که در کودکان آسیب‌رگر مشاهده می‌شود، مشکلات رفتاری آن‌هاست در تعریف اختلال رفتاری^{۱۵}، رفتاری را ناهنجار یا انحرافی تلقی می‌کنند که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، مزمن، شدید یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش‌فعالی و پرخاشگرانه نطفه‌های گوشه‌گیرانه است. ویژگی این گونه رفتارها این است که اولاً تأثیر منفی بر فرآیند رشد و انطباق مناسب کودک با محیط دارد، ثانیاً مزاحمت برای زندگی دیگران و استفاده آن‌ها از شرایط به وجود می‌آورد (حق شناس ۱۳۷۸).

دو دسته از رفتارها مهم‌ترین دلیل ارجاع کودکان به مراکز سلامت ذهنی می‌باشد:

(۱) مشکلات بیش‌فعالی^{۱۶} - تکانشگری^{۱۷} - بی‌توجهی^{۱۸}

(۲) مشکلات سلوک^{۱۹} (گراشام^{۲۰} ، دونالد^{۲۱} ۱۹۹۸)

اختلال رفتاری کودک یک عنوان روانپزشکی کلی است که برای تعدادی از الگوهای رفتاری مختل که در دوران کودکی پیدا می‌شوند، به کار می‌رود. این اختلالات خفیف‌تر از بیماری سایکوتیک بوده، اما آنقدر جدی است که به درمان روانپزشکی نیاز دارد (خرامین ۱۳۷۳).

اختلالات رفتاری افراد با تشخیص سندرم آسیب‌رگر، می‌تواند شامل واکنش‌هایی مانند جیغ زدن ، پرتاب کردن، فحش دادن باشد (هاسپ ۲۰۰۱). از آن‌جاییکه سندرم آسیب‌رگر علائمی ویژه را نشان نمی‌دهد، می‌تواند شامل دامنه‌ای از رفتارها یا الگوهای رفتاری شود. در تعاملات اجتماعی، بیماران فقدان روابط دوستانه یا تعاملات

^{۱۵} Behavior Disorder

^{۱۶} Hyperactivity

^{۱۷} Impulsivity

^{۱۸} Inattention

^{۱۹} Conduct Problem

^{۲۰} Gresham

^{۲۱} Donald

اجتماعی را نشان می دهند . همچنین زبان بدنی^{۲۲} آن ها نقص هایی درحالات بدنی، ژست ها^{۲۳}، حالات صورت^{۲۴} و ارتباط چشمی^{۲۵} دارد. رفتارهای تکراری و علائق محدود از دیگر مشخصه های سندرم اسپرگر می باشد (ناکیت^{۲۶}، ۲۰۰۹)

۲-۱) بیان مسئله:

تشخیص سندرم اسپرگر بلوجود نقص اجتماعی، علائق محدود و رفتارهای تکراری مشخص می شود. هرچند، نکته مهم این است که با وجود این که ظاهراً زبان در سندرم اسپرگر سالم باقی می ماند، اما بیماران نقص های عملی را در تفکر عینی^{۲۷} و تفکر انتزاعی^{۲۸} نشان می دهند. همه آن ها هوش نرمال یا نزدیک نرمال داشته و بسیاری ناهماهنگی حرکتی دارند. (اسپنس^{۲۹}، شریفی^{۳۰} ۲۰۰۴)

شیوع اختلال اسپرگر تقریباً ۳ در ۱۰۰۰۰ کودک در کشور ایتالیا می باشد (کانیتانو، اسکاندورا^{۳۱} ۲۰۰۸). این اختلال در مردان بیشتر از زنان است که نسبت آن ۹ به ۱ گزارش شده است. شیوع دقیق آن نامعلوم بوده، هرچند میزان ۱ در ده هزار گزارش گردیده است. همچنین مطالعات مختلفی در آمریکا دامنه ای بین ۱ در ۲۵۰ تا ده هزار کودک را بیان کرده اند (براسیک ۲۰۰۸). این اختلال پس از سه سالگی تشخیص داده می شود (اسلامدوست ۱۳۸۶).

هرچند اتیولوژی سندرم اسپرگر نامشخص است، اما یک سندرم رفتاری می باشد که در نتیجه یک یا چند فاکتور مؤثر بر سیستم اعصاب مرکزی ایجاد می شود. گزارش ها نقش ژنتیک را نشان می دهند. اختلال اوتیسم و

^{۲۲} Language Body

^{۲۳} Gestures

^{۲۴} Facial Expression

^{۲۵} Eye Contact

^{۲۶} Nakate

^{۲۷} Concrete Thinking

^{۲۸} Abstract Thinking

^{۲۹} Spence

^{۳۰} Shariffi

^{۳۱} Canitano & Scandurra

آسپرگر ممکن است از لحاظ ژنتیکی باهم مرتبط باشند (براسیک ۲۰۰۸). همچنین اختلال عملکرد نیمکره راست، ناهنجاری های ساختاری مغز و اختلال سیستم لیمبیک^{۳۲} نیز به عنوان اتیولوژی های مم کن سندرم آسپرگر شناخته شده اند (خوزام^{۳۳}، گابالوی^{۳۴} ۲۰۰۴). در اختلال نافذ رشد اختلالات همراه نیز مشاهده می شوند، از جمله اختلالات همراه شایع در این کودکان اختلالات رفتاری آن هاست. اختلالات رفتاری در این اختلال شایع بوده و درمناشان نیز مشکل می باشد. قشقرق، رفتارهای تهاجمی، بیش فعالی از سنین پایین شایع بوده و ممکن است تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده و باعث مشکلاتی در سازگاری فرد شود (کانیتانو، اسکاندورا ۲۰۰۸).

اختلال رفتاری نتیجه بارز آشفنگی هیجانی است به طور کلی وقتی اختلال رفتاری مطرح می شود که

- رفتار کودک مورد تأیید والدین نباشد و عملاً تکذیب شود

- در رفتار کودک اعمال برون فکنانه دیده شود.

- رفتار تکرار شده و تنبیهات خانواده جهت حذف بی تأثیر باشد

- بیماری روانی در کودک نباشد (بهنیا به نقل از دکتر سهامی ۱۳۷۵).

انواع اختلال های رفتاری علاوه بر آن چه در مقدمه ذکر شد، شامل موارد ذیل می باشند:

پرخاشگری^{۳۵}، اختلال توجه و بیش فعالی^{۳۶}، اضطراب جدایی^{۳۷}، ترس های مرضی^{۳۸}، انزوا^{۳۹} (گوشه گیری از اجتماعی)، اختلال خواب^{۴۰}، اختلال خوردن^{۴۱}، تکرار کلمات^{۴۲} (اکولیلیا) (باغبان، خسروپور ۱۳۷۹).

^{۳۲} Limbic System

^{۳۳} Khouzam

^{۳۴} Gabalawi

^{۳۵} Aggression

^{۳۶} Attention Deficite And Hyperactivity

^{۳۷} Separation Anxiety

^{۳۸} Phobia

^{۳۹} Seclusion

^{۴۰} Sleep Disorder

^{۴۱} Eating Disorder

هنوز درمان قطعی برای سندرم اسپرگر وجود ندارد. عموماً استراتژی های درمانی در جهت بالا بردن یادگیری و جلوگیری از رفتارهایی است که در روابط اجتماعی و بین فردی آن ها اختلال ایجاد می کند (خوزام، گابالوی ۲۰۰۴). در ۲۰ سال گذشته، درمان متفاوتی برای از بین بردن علائم مرتبط با اختلالات طیف اوتیسم و به عنوان یکی از این اختلالات، سندرم اسپرگر، انجام شده است.

درمان های رایج شامل دارو درمانی و بسیاری از درمان های مکمل مانند رژیم درمانی^{۴۳}، ویتامین درمانی، کار درمانی^{۴۴}، گفتار درمانی^{۴۵} و روش های رشدی و رفتاری^{۴۶} است (اسپینا، سیدا^{۴۷} ۲۰۰۸). برنامه تیم درمانی بر اساس توانایی ها و شدت ناتوانایی های فرد می باشد. پزشک کودکان، نورولوژیست^{۴۸}، روانپزشک کودک در تشخیص و درمان این کودکان نقش دارند. همچنین ورزش درمانی، کاردرمانی گفتاردرمانی و رفتار درمانی فردی و گروهی همه در کمک به فرد دارای سندرم اسپرگر نقش اساسی دارند (فری^{۴۹} ۱۹۹۹).

درمان مبتنی بر توانایی ها و نیازهای فرد اسپرگر است و توسط یک تیم تخصصی انجام می شود که شامل متخصصان سلامت ذهن و سایر رشته های تخصصی مانند کار درمانی می باشد (خوزام، گابالوی ۲۰۰۴). کاردرمانگران از تکنیک های متفاوتی و درمان این اختلالات استفاده می کنند. یکی از این تکنیک ها، فعالیت های دیداری - حرکتی^{۵۰} است که در این عنوان، اثر آن بر روی اختلال رفتاری کودکان اسپرگر مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

با وجود این که مقالات بسیار متعددی در زمینه کار با کودکان اسپرگر موجود است اما تحقیقی که به بررسی

مداخله دیداری - حرکتی ظریف بر اختلالات رفتاری این کودکان بپردازد، در دسترس نمی باشد

^{۴۲} Echolalia

^{۴۳} Diet Therapy

^{۴۴} Occupational Therapy

^{۴۵} Speech Therapy

^{۴۶} Behavioral & Developmental Method

^{۴۷} Ospina & Seida

^{۴۸} Neurologist

^{۴۹} Frey

^{۵۰} Visual-Motor Activities

۳-۱) اهمیت و ضرورت پژوهش:

با توجه به این که اختلالات نافذ رشد جزء گروهی از اختلالات روانپزشکی می باشد که طبق آمارهای جدید شیوع آن رو به افزایش است (اسپیس ، شریفی ۲۰۰۴)، و همچنین اثرات مخربی که بر کودک، خانواده و جامعه دارند، راهکارهای درمانی مؤثر در کاهش عوارض ناشی از آن بسیار مفید خواهد بود. نظر به این که یکی از نشانه های این اختلال ، رفتارهای ناهنجار این کودکان می باشد، تحقیق درباره شیوه هایی که بتواند این اختلالات رفتاری را کاهش دهد، ضروری است.

از آن جا که اختلال رفتاری و هیجانی در دروان کودکی شیوع قابل توجهی دارد و معمولاً مورد توجه والدین و معلمان قرار نمی گیرد، می تواند اثر قابل توجهی روی عملکرد تحصیلی کودکان و ارتباط آن ها با والدین، معلمین و همسالان داشته باشد (شاهمرادی ۱۳۸۵)، که این موضوع سبب می شود کودک از تعاملات کمتری برخوردار شود. (بهنیا۱۳۷۵).

سندرم اسپرگر یکی از اختلالات نافذ رشد است که تشخیص آن مشکل است، به خصوص زمانی که با علائم سایر اختلالات روانپزشکی همراه باشد. در سال های اخیر این اختلال به عنوان یک طبقه تشخیصی جدید در DSM-IV ، ICD-10 معرفی شده است (راجا، آزونی^{۵۱} ۲۰۰۱). بیماران این سندرم اغلب رفتارهای عجیب و غریب^{۵۲} ، ناستواری هیجانی، نقص در عملکرد اجتماعی^{۵۳}، اضطراب^{۵۴} و وسواس^{۵۵}، روحیه ضعیف ، افکار

^{۵۱} Raja & Azzoni

^{۵۲} Odd Behavior

^{۵۳} Social Disfunction

^{۵۴} Anxiety

^{۵۵} Obsession