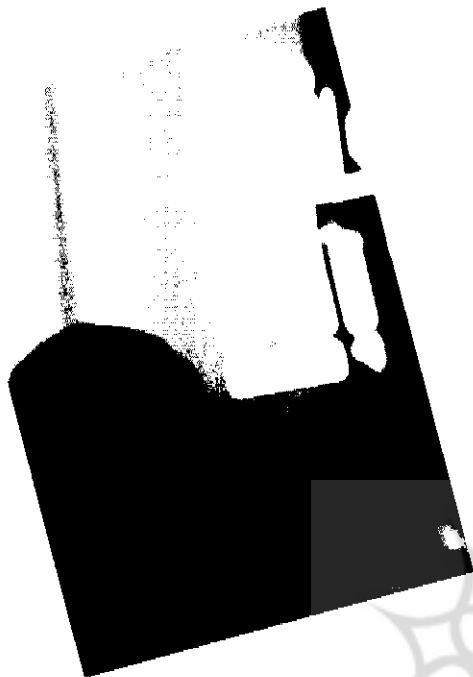


دانستنی هایی برای والدین (۵)



هیچ فردی نیست که دست اندازها و تکان های موجود در جاده ی رشد ، از نوزادی تا نوجوانی را تجربه نکرده باشد . هر چند که هر کودکی ویژگی های خاص خود را داشته و به عبارتی منحصر به فرد می باشد اما بعضی وقت ها کودکان احساس ها ، هیجان ها و رفتار هایی دارند که سبب بروز مشکلاتی برای خود و اطرافیانشان می شود . مشاهده ی تغییرات ناگهانی در رفتار فرزندان مانند اضطراب ، شب ادراری ، افسردگی ، تغییر عادت های مربوط به خوردن و خوابیدن ، ناخن جویدن ، کم توانی ذهنی ، مشکلات یادگیری ، کم توجهی ، بی دقتی ، بیقراری ، دزدی ، فرار از مدرسه ، ناتوانی در برقراری روابط دوستانه با دیگران ، عدم تفاهم با اعضای خانواده ، گرایش به مواد مخدر و بسیاری از موارد دیگر ، اغلب باعث نگرانی والدین می شود .

اختلال های طیف در خود ماندگی

علی اسلامبولچی مقدم / کارشناس ارشد کودکان استثنایی

در خود ماندگی^۱ معروف ترین اختلال نافذ رشد است که مشخصه های اصلی آن، اختلال پایدار در روابط دو جانبه ی اجتماعی، انحراف در برقراری ارتباط و الگوهای رفتار قالبی (کلیشه ای) و محدود می باشد. اختلال های نافذ رشد نیز دسته ای از اختلال ها می باشند که کودکانی را طبقه بندی می کنند که در تعامل های اجتماعی، تکلم و ارتباط، و بازی دچار آسیب و انحراف از معیار هستند. واژه ی "نافذ" هدفش نشان دادن ماهیت خطرناک بیماری است که در برگیرنده ی اکثر جوانب رشدی و رفتار کودک نظیر: شناخت، روابط اجتماعی، تکلم و بازی است.

بر اساس چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی انجمن روان پزشکان آمریکا^۲، کارکرد ناهنجار در قلمروهای نامبرده بایستی تا سن سه سالگی نمایان شود (محمدرضا نیکخو و همکاران، ۱۳۷۴). نتایج پژوهش های به عمل آمده نشان می دهد که بالغ بر دو سوم افراد در خودمانده در سطح عقب مانده عمل می کنند (کاپلان و

با توجه به رسالت نشریه ی تعلیم و تربیت استثنایی که همانا آشنا ساختن مخاطبان خود با مسایل علمی آموزشی و توان بخشی کودکان و دانش آموزان با نیازهای ویژه می باشد و با در نظر گرفتن این که قشر زیادی از خوانندگان این نشریه والدین هستند ، بر آن شدیم که از این پس در هر شماره ، اطلاعاتی در مورد یکی از مشکلات کودکان ، به زبان ساده و فشرده در اختیار آن ها قرار دهیم . هر چند که ، معتقدیم این مطالب برای معلمان ، مشاوران ، مددکاران اجتماعی ، مربیان بهداشت مدارس ، دانش جویان و سایر علاقه مندان به امور کودکان با نیاز های ویژه نیز مفید خواهد بود.

انشاء الله

سادوک، ۱۹۹۵). گزارش های مربوط به میزان شیوع در خود ماندگی در بین کودکان بسیار متفاوت است. به نظر می رسد که در سال های اخیر شیوع آن در کلیه جوامع نسبت به گذشته افزایش یافته است، که شاید دلیل آن بالا رفتن اطلاعات و بهبود ابزار تشخیص باشد.

مطالعات همه گیر شناسی در رابطه با اختلال در خود ماندگی میزان شیوع آن را بین ۲ تا ۱۴ نفر در هر ۱۰۰۰۰ تولد اعلام کرده اند. جدیدترین یافته ها نشان می دهند که شیوع نوع تیبیکال آن تقریباً ۷/۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰ کودک و طیف اختلال های در خود ماندگی روی هم تقریباً ۲۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰ کودک است (هالاها و کافمن، ۲۰۰۳).

بروز در خود ماندگی در پسران سه برابر بیشتر از دختران رخ می دهد. اما اغلب میزان ابتلا در دختران شدیدتر از پسران بوده و معدل نمره های آنان در آزمون های هوشی پایین تر است (پورافکاری، ۱۳۷۶). اختلال در خود ماندگی در تمام دنیا صرف نظر از نژاد، قومیت و زمینه های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در خانواده ها دیده می شود.

سبب شناسی در خود ماندگی از منظر های مختلف مانند نظریه های روانی-اجتماعی، زیستی، عوامل وراثتی، عوامل یا عوارض پیرامون زمان زایمان یا پیش از زایمان و دوره ی نوزادی، فرضیه های نوروشیمیایی، عفونت های ویروسی و نظریه های ایمنی شناختی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. به نظر می رسد که در خود ماندگی معلول عوامل متعددی باشد که ممکن است به صورت منفرد و یا ترکیبی عمل نمایند. به هر حال علت بروز در خود ماندگی تا کنون به طور دقیق شناخته نشده است، ولی آنچه ثابت شده است، این است که عدم توانایی والدین در پرورش کودک و کوتاهی آنها در تربیت و روابط عاطفی بین والدین و فرزندان نقشی در بروز این عارضه ندارد. عدم توانایی در صحبت کردن و برقراری ارتباط اجتماعی، بی توجهی کودکان در خود مانده به اطرافیان و محیط و همچنین نبود یا کمبود تماس چشمی می تواند از

نشانه های بارز این اختلال

بروز در خود ماندگی در پسران سه برابر بیشتر از دختران رخ می دهد. اما اغلب میزان ابتلا در دختران شدیدتر از پسران بوده و معدل نمره های آنان در آزمون های هوشی پایین تر است

باشد. این کودکان از تماس بدنی نیز پرهیز کرده و دست دیگران را پس می زنند و نشان می دهند تمایل دارند به حال خود گذاشته شوند.

کودکان در خود مانده به کندی کلمات را به کار می برند و بعضی از آن ها هیچگاه قادر به تکلم نخواهند بود و آنهایی که می توانند صحبت کنند ممکن است تلفظ خوبی داشته باشند اما اغلب در ریتم، تن صدا و معانی کلمات دارای مشکل هستند. بعضی از آنها هر چیزی را که می شنوند عیناً تکرار می کنند.

نتایج پژوهش های به عمل آمده نشان می دهد که بالغ بر دو سوم افراد در خود مانده در سطح عقب مانده عمل می کنند

ضمناً در کی از شوخی و کنایه نیز ندارند. آسیب های کیفی در تعامل های اجتماعی، ارتباط کلامی و غیر کلامی و بازی این کودکان به خوبی مشاهده می شود به طوری که نزدیک به ۵۰ درصد از کودکان در خود مانده فاقد زبان گفتاری هستند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). ارتباط غیر کلامی آن ها نیز معیوب است. به طوری که اغلب برای برقراری ارتباط از ژست های بدنی استفاده نمی کنند. ممکن است جواب مثبت یا منفی را با اشاره ی سر ندهند و یا دست های خود را برای خداحافظی تکان ندهند. بازی های آنها کلیشه ای، تکراری و عاری از خلاقیت است. کودکان در خود مانده در برابر تغییرات محیط شان بسیار مقاومند. تقریباً در همه ی آنان رفتارهای کلیشه ای مثل کف زدن، شکلک در آوردن، تکان دادن بدن، تکان دادن انگشتان در برابر چشم و پریدن به بالا و پایین هنگام هیجان زدگی دیده می شود. ممکن است از غلظاندن اشیاء، چرخاندن پنکه و نگریستن به آن یا شستشوی وسایلی که می چرخند، لذت ببرند.

نزدیک به ۷۵ تا ۸۰ درصد آنها دچار کم توانی ذهنی هستند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). به نحوی که کم توانی ذهنی آنها پیامد انزوای اجتماعی، نبودن انگیزه یا منفی بافی ضمن اجرای آزمون های هوشی نیست. عملکرد اغلب آنها در آزمون های گوناگون و در زمان های مختلف بسیار متفاوت است. بسیاری از آنان مهارت های متمایز و مشخص در موسیقی، ریاضیات و استفاده از مفاهیم فضایی (جور کردن پازل) دارند. اما در سایر زمینه ها عقب ماندگی شدیدی از خود نشان می دهند. بعضی از کودکان در خود مانده به محرک های حسی مانند، صدا، نور، بو، درد و غیره پاسخ های غیر طبیعی می دهند. برخی کودکان در خود مانده تغییرات خلقی ناگهانی از خود بروز می دهند. به طور مثال ممکن است بدون دلیل واضحی بخندند

یا گریه کنند. برخی از آنان اختلال خواب و خوراک و برخی دیگر رفتارهای خود آزاری و پرخاشگری علیه دیگران دارند.

نزدیک به ۱۰ تا ۲۵ درصد آنان دچار تشنج های

صرعی هستند که بروز آن تا اندازه ی زیادی به

شدت کم توانی ذهنی و سطح اختلال عملکرد سیستم اعصاب مرکزی شان بستگی دارد (کاپلان و

سادوک، ۱۹۹۵). با اینکه اکثر کودکان در خود مانده با افزایش

سن در رابطه ی اجتماعی و توانایی تکلم پیشرفت و بهبودی

حاصل می کنند، با این حال در خود ماندگی در اکثر کسانی که

چنان مبتلا هستند که نیازمند نظارت یا مراقبت اقامتگاهی می

باشند، یک ناتوانی در تمام طول عمر باقی می گذارد. نتایج

پژوهش های به عمل آمده نشان می دهد که نزدیک به دو سوم

کودکان در خود مانده پیش آگهی ضعیفی دارند، یعنی نمی توانند

زندگی مستقلی داشته باشند. یک چهارم دیگر پیش آگهی نسبتا

خوبی دارند به این معنی که با وجود داشتن مشکلات رفتاری،

به لحاظ آموزشی و اجتماعی پیشرفت می کنند. و فقط یک دهم

آنان بازدهی خوبی دارند، یعنی از یک زندگی اجتماعی عادی یا

تقریبا طبیعی همراه با عملکرد مناسب در مدرسه و محل کار

برخور دارند. اکثر مطالعاتی که در زمینه ی سیر و پیش آگهی

بیماری به عمل آمده اند به خوبی نشان می دهند که رشد زبان

ارتباطی قبل از ۶ سالگی و سطح عملکرد هوشی کودکان در خود

مانده بهترین عوامل پیش بینی کننده می باشند.

تا کنون روش های درمانی مختلفی برای درمان در خود

ماندگی بکار رفته که هیچ یک از آنها به تنهایی در مورد تمام

مبتلایان موثر نبوده است. بر اساس آخرین اطلاعات انتشار

یافته، هنوز هیچ درمان قطعی و صد در صدی برای در خود

ماندگی شناخته نشده است. بنابراین دست یافتن به یک برنامه ی

درمانی مناسب که مبتنی بر نیازها و سطح عملکرد فردی مبتلایان

باشد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. به طور کلی اهداف

برنامه های درمانی کودکان در خود مانده عبارت اند از: کاهش

نشانه های مرضی رفتاری و ارتقای یادگیری و رشد به ویژه

اکتساب مهارت های زبانی. این اهداف از طریق برنامه ی درمانی

جامع و کاملا انفرادی با استفاده از روش های آموزشی، رفتار

درمانی، روان درمانی و دارو درمانی که آموزش ویژه و گفتار

درمانی از جمله مولفه های اساسی آن قلمداد می گردند، به نحو

احسن قابل حصول است.

نتایج پژوهش های به عمل آمده نشان می دهد که نزدیک به دو سوم کودکان در خود مانده پیش آگهی ضعیفی دارند، یعنی نمی توانند زندگی مستقلی داشته باشند

زیر نویس ها:

1. autism spectrum disorders

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4).

منابع:

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۷۴). راهنمای تشخیصی و

آماری اختلالهای روانی. محمد رضا نیکخو و

همکاران (مترجمان)، جلد اول، تهران، انتشارات سخن.

- پورافکاری، نصرت اله (۱۳۷۶). فرهنگ جامع روان شناسی

و روان پزشکی. جلد دوم، تهران، فرهنگ معاصر.

- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۷۹). خلاصه ی روان

پزشکی علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی. نصرت اله

پورافکاری (مترجم). جلد سوم، انتشارات شهر آب.

- کاپلان، هارولد ای. و سادوک، بنیامین جی. (۱۹۹۵).

اختلال های روانی و رفتاری دوران کودکی و نوجوانی. سید

مهدی صابری و مرضیه عصاره (مترجمان).

مجله استثنایی
شماره ۴۵ صفحه ۴۴

- Hallahan, Daniel P. & Kauffman, James (2003). Exceptional Learners. Introduction to special education (9th ed.). (chapter 11).