

خاموشی انتخابی

نویسنده: لپندزی برگمن و لپندزی هانت

مترجم: کبری قزل سفلو / دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی

چکیده

کردن نباید مربوط به کمبود اطلاعات زبانی و یا عدم راحتی در موقعیت‌های اجتماعی باشد زیرا در این صورت خاموشی انتخابی تشخیص داده نمی‌شود. همچنین بیان می‌کند اگر ناتوانی در گفتار با اختلال ارتباطی دیگری مانند؛ لکنت زبان^۴، اختلال فراگیر رشد^۵، یا اختلال روانی^۶ قابل توضیح باشد، خاموشی انتخابی تشخیص داده نمی‌شود.

شیوع و تشخیص

خاموشی انتخابی بیشتر به عنوان یک اختلال نادر بشمار می‌رفت. مطالعات جدید بر تعیین میزان شیوع خاموشی انتخابی تمرکز کرده‌اند. براساس این راهنمای تشخیصی در مطالعه‌ای روی کودکان پیش دبستانی و کودکان پایه‌های اول و دوم دبستان در مدرسه‌ای دولتی شیوع خاموشی انتخابی ۰/۷۱ درصد برآورد شد (برگمن^۷ و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ی دیگری، میزان شیوع آن ۰/۷۶ درصد جامعه برآورد شده است (الیزور^۸ و پردنیک^۹، ۲۰۰۳).

یافته‌های جدید نشان می‌دهند خاموشی انتخابی ممکن است شیوعی به اندازه و یا بیشتر از اختلالات شناخته شده‌ی دوران کودکی مانند: اختلال در خودماندگی^۱، افسردگی فراگیر^{۱۱} و اختلال وسواس^{۱۲} داشته باشد. دختران نسبت به پسران بیشتر تحت تأثیر خاموشی انتخابی هستند. یافته‌ها نشان می‌دهد شیوع خاموشی انتخابی در دختران نسبت به پسران ۲/۶ به ۱

خاموشی انتخابی یکی از اختلال‌های اولیه کودکی می‌باشد که نشانه‌ی بارز آن عدم وجود گفتار در شرایط خاص اجتماعی است. این اختلال بسیار نادر بوده و علل ایجاد کننده آن نامشخص است. این کودکان که بیشتر به عنوان کودکان خجالتی و خوددار معرفی می‌شوند در خانه و خانواده از لحاظ گفتاری مشکلی نداشته ولی در خارج از خانه دچار خاموشی کلامی می‌شوند. از بین روش‌های درمانی، اصول رفتار درمانی مانند، تقویت کننده‌ی منفی و شکل دهی بیشترین کاربرد را در درمان این اختلال به عهده دارند. در سال‌های اخیر بیشترین تلاش‌ها در راستای شناخت بیشتر بیماری و علل و طبقه بندی آن صورت گرفته است.

مقدمه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ از خاموشی انتخابی^۲ به عنوان اختلال اولیه‌ی کودکی یاد کرده که به وسیله‌ی شکست پی در پی در صحبت کردن در شرایط خاص اجتماعی نسبت به آنچه که از گفتار عادی انتظار می‌رود، تعریف می‌شود. برای تشخیص این اختلال دست کم باید یک ماه از ورود کودک به مدرسه گذشته باشد و نباید تشخیص به یک ماه نخست ورود به مدرسه محدود شده باشد زیرا در این زمان بسیاری از کودکان ممکن است در صحبت کردن اکراه^۳ داشته باشند. DSM تأکید می‌کند ناتوانی صحبت

خواهد داشت (کانینگ هام^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۴). علل خاموشی انتخابی به درستی روشن نیست. پژوهش‌ها نشان می‌دهند علت آن می‌تواند ژنتیکی باشد زیرا پژوهشگران دریافته‌اند که اضطراب جدایی در خانواده‌هایی که کودکان خاموشی انتخابی دارند، بیشتر است (دو^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۵؛ بلاک^{۲۱} و اوهده^{۲۲}، ۱۹۹۵). در گذشته خاموشی انتخابی را با ضربه‌ی عاطفی در زندگی کودک مرتبط می‌دانستند ولی این مسأله در یافته‌های پژوهشی اثبات نشده است (کانینگ هام^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۴).

ویژگی‌های کودکان دچار خاموشی انتخابی

کودکان دچار خاموشی انتخابی در صحبت کردن در خانه و بین اعضای خانواده مشکلی ندارند. در حقیقت والدین این کودکان گزارش می‌دهند که کودکان اغلب صحبت می‌کند و در خانه بازداری ندارد و در واقع مشکلات او در گفتار و بازداری اجتماعی مربوط به بیرون از خانه است. بروز اختلالات گفتاری در این کودکان در مدرسه بیشتر است (استادارت^{۲۴} و کانتز^{۲۵}، ۲۰۰۳).

خاموشی انتخابی ممکن است شیوعی به اندازه یا بیشتر از اختلالات شناخته شده‌ی دوران کودکی مانند: اختلال در خودماندگی، افسردگی فراگیر و اختلال وسواس داشته باشد. دختران نسبت به پسران بیشتر تحت تأثیر خاموشی انتخابی هستند.

ترس در صحبت کردن در شرایطی غیر از خانواده و یا با اشخاصی غیر از افراد خانواده در همه سنین به ویژه

است (دومیت^{۲۳} و همکاران، ۱۹۹۷). خاموشی انتخابی معمولاً پیش از ۵ سالگی آغاز می‌شود و تقریباً تشخیص اختلال از زمانی است که کودک وارد مدرسه می‌شود زیرا این کودکان در خانه صحبت می‌کنند و مشکل آنها اغلب در ورود به مدرسه بروز می‌کند (استون^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۲).

علت شناسی

ویژگی‌های خاموشی انتخابی در حدود سال ۱۸۷۷ میلادی تشخیص داده شد. این اختلال پیشتر خاموشی برگزیده^{۱۵} (EM) نامیده می‌شد و تا سال ۱۹۸۰ م. در DSM نیامده بود. در سال ۱۹۹۴ به خاموشی انتخابی تغییر نام یافت. در حال حاضر تعریف این اختلال بیشتر از اینکه لجاجت^{۱۶} و یا کنترل ارادی گفتار را در برگیرد، متوجه نگرش‌های مربوط به بازداری اجتماعی و ترس بیمارگونه‌ی اجتماعی است، مانند اینکه کودک به دلیل نامعلوم به شکل خاموشی انتخابی در صحبت کردن نقص دارد. رفتارهای مقابله‌ای ممکن است شاهدهی بر حضور اختلال باشند (یگانه^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۶).

یافته‌ها نشان می‌دهند بین خاموشی انتخابی و اختلالات زبانی - گفتاری رابطه وجود دارد. بنابراین، زمانی که اختلال‌های زبانی نمی‌توانند علت اختلالات گفتاری در کودک باشند، خاموشی انتخابی تشخیص داده می‌شود. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که خاموشی انتخابی ممکن است همراه آسیب‌های زبانی به شدت ظریف باشد بنابراین، وقتی از کودک دارای خاموشی انتخابی و یا کودکی که دچار ترس بیمارگونه‌ی اجتماعی است تقاضا می‌شود که داستانی را تعریف کند، داستان او بسیار کوتاه و خلاصه خواهد بود (املنس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۳) و مشکلات بیشتری در تشخیص صداهای گفتاری و یا تنظیم تصاویر با کلمات گفته شده

در کودکان پیش دبستانی وجود دارد. خاموشی انتخابی یک شکست پی در پی و بادوام در صحبت کردن است و می‌تواند به چیزی شدیدتر از بازداری زبانی در کودکی و اضطراب اجتماعی ختم شود. مطالعه روی کودکان دچار خاموشی انتخابی نشان می‌دهد این کودکان در ۹۰ تا ۱۰۰ درصد موارد دارای هراس (فوبیای) اجتماعی تشخیص داده می‌شوند (بلاک و هوده^{۲۷}، ۱۹۹۵؛ دامیت^{۲۸} و همکاران، ۱۹۹۷؛ یگانه^{۲۹} و همکاران، ۲۰۰۳).

مطابق با عقاید اخیر که خاموشی انتخابی حالتی از هراس اجتماعی است، کودکان دارای خاموشی انتخابی اغلب به عنوان خجالتی و کمرو^{۳۴} توصیف شده و با مشخصه‌هایی مانند انزوای اجتماعی^{۳۱} و کناره‌گیری^{۳۲}، ترس از سرافکنندگی اجتماعی^{۳۳} شناخته شده‌اند (انجمن روانپزشکی امریکا^{۳۴}، ۲۰۰۰).

کودکان دچار خاموشی انتخابی به صورت جداگانه الگوهای صحبت کردن ثابت و پایدار دارند. سبک صحبت کردن این کودکان با دیگر کودکان متفاوت است. برخی از کودکان مبتلا ممکن است در همه موقعیت‌ها در حرف زدن خود شکست بخورند، بقیه ممکن است بدون نشانه‌ای از دل‌تنگی نجوا، یا صحبت کنند و برخی نیز ممکن است با صدای بلند ولی با آهنگی کاملاً تغییر یافته حرف بزنند. این کودکان بیش از آنکه بخواهند از روش‌های معمول ارتباطی استفاده کنند از روش‌های متفاوت مانند: ایما و اشاره یا تکان دادن سر استفاده می‌کنند (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰).

دوره و پیش آگهی

طول و مدت زمان خاموشی انتخابی متفاوت است. نبود گفتار ممکن است تنها چند ماه به طول بیانجامد. طول و مدت زمان آن با شدت اختلال و آسیب مرتبط است و حتی یک دوره کوتاهی خاموشی می‌تواند تأثیر منفی بر عملکرد کودک بر جای بگذارد (برگمن و همکاران، ۲۰۰۲).

پیگیری در مورد کودکان دچار خاموشی انتخابی نشان داد کودکانی که در طول چند هفته‌ی نخست مدرسه در صحبت کردن با شکست رو به رو شده

مطابق با عقاید اخیر که خاموشی انتخابی حالتی از هراس اجتماعی است، کودکان دارای خاموشی انتخابی اغلب به عنوان خجالتی و کمرو^{۳۴} توصیف شده و با مشخصه‌هایی مانند انزوای اجتماعی^{۳۱} و کناره‌گیری^{۳۲}، ترس از سرافکنندگی اجتماعی^{۳۳} شناخته شده‌اند (انجمن روانپزشکی امریکا^{۳۴}، ۲۰۰۰).

کودکان دچار خاموشی انتخابی به صورت جداگانه الگوهای صحبت کردن ثابت و پایدار دارند. سبک صحبت کردن این کودکان با دیگر کودکان متفاوت است. برخی از کودکان مبتلا ممکن است در همه موقعیت‌ها در حرف زدن خود شکست بخورند، بقیه ممکن است بدون نشانه‌ای از دل‌تنگی نجوا، یا صحبت کنند و برخی نیز ممکن است با صدای بلند ولی با آهنگی کاملاً تغییر یافته حرف بزنند. این کودکان بیش از آنکه بخواهند از روش‌های معمول ارتباطی استفاده کنند از روش‌های متفاوت مانند: ایما و اشاره یا تکان دادن سر استفاده می‌کنند (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۰۰).

آسیب در عملکرد

میزان خاموشی انتخابی به جامعه پذیری و پیشرفت آموزشی کودکان مربوط است (تانسر^{۳۵} و کلیین^{۳۶}،

خاموشی انتخابی موفق بوده‌اند (برگمن^{۴۵} پیاسن تی نی^{۴۶}، ۲۰۰۲). نظریه‌ی رفتار درمانی شامل استفاده از موقعیت‌هایی که مثلاً کودک با صدای بلندی حرف می‌زند نیز می‌شود. بدین صورت که هر زمان کودک به طور خود انگیزه بلند صحبت می‌کند، به او تقویت کننده و پاداش داده شود. بدین ترتیب با گذشت زمان موقعیت‌هایی که کودک در آنها مشکل صحبت کردن دارد کاهش می‌یابند. تکرار موفقیت‌ها و دریافت پاداش‌ها به تدریج اضطراب مرتبط با گفتار را در کودک کاهش می‌دهد. در استفاده از برنامه‌های رفتار درمانی، حضور والدین و آموزگاران لازم و ضروری است.

داروها و غذاها نیز ابزارهای درمانی برای خاموشی انتخابی هستند. داروهای SSRIs^{۴۷} هم برای درمان خاموشی انتخابی مؤثر می‌باشند. حتی در یک بررسی استفاده از داروهای تا حدودی اضطراب و مشکلات گفتاری را کاهش داد. به علاوه، مطالعه‌ای در محدوده-ی جغرافیایی بزرگ از «فلوکسامین»^{۴۸} به عنوان درمانی برای کودکان دارای اختلال اضطراب، هراس اجتماعی، اضطراب فراگیر و درمان کودکان خاموشی انتخابی یاد می‌کند و این که چطور این دارو توانست در درمان این اختلالات مؤثر واقع شود (بلاک و یوهد^{۵۰}، ۱۹۹۴).

چشم انداز آینده

درک درست این اختلال یکی از عناصر مهم درمانی محسوب می‌شود. کودکان دچار خاموشی انتخابی گروهی ناهمگون^{۵۱} از کودکان دچار اضطراب و اختلالات ارتباطی هستند که درجات متفاوتی از نشانه‌ها را دارند (کوهان^{۵۲} و همکاران، ۲۰۰۷). با وجود این، مهمترین مسأله تمرکز هر چه بیشتر بر رشد روش‌های بهتر ارزیابی و طبقه بندی کودکان دچار خاموشی

بودند، همچنان در صحبت کردن در مدرسه دچار شکست بودند. تنها ۲۷ درصد آنها در پایان سال تحصیلی میزانی بهبود در گفتار خود نشان دادند (برگمن و همکاران، ۲۰۰۲).

برخی از کودکان مبتلا ممکن است در هر موقعیت
در حرف زدن خود شکست بخورند، بقیه ممکن است بدون نشان‌های از دلگشایی
نخواه یا صحبت کنند و برخی نیز ممکن است با صدای بلندی
با آهستگی کاملاً تغییر یافته حرف بزنند

پژوهشگران در حال حاضر به این نتیجه رسیده‌اند بهترین پیش آگهی درمان برای این کودکان به مدت اختلال و سن کودک بستگی دارد. مداخله‌ی زود هنگام نسبت به مداخله و درمان طولانی بهتر و تأثیر گذارتر است (استون^{۴۳} و همکاران، ۲۰۰۲).

درمان

پژوهش‌های انجام شده در مورد خاموشی انتخابی و درمان آن به مطالعات مرتبط با یک رشته علل محدود شده است. هر چند پیشتر این پژوهش‌ها در شناسایی فرایندهای تشخیص، مانند تعیین جزئیات روش درمانی ناموفق بوده‌اند با وجود این، کاستی‌ها در مطالعات اولیه، باعث محکم شدن زیربنای رشد درمان‌های رفتاری در خاموشی انتخابی گشته و بر این اساس راهبردهای رفتار درمانی برای اجرای درمان این اختلال ضروری هستند (برگمن و همکاران، ۲۰۰۲).

نتایج استفاده از تکنیک‌های رفتاری، مانند؛ مدیریت احتمالات، محو تدریجی محرک، تقویت منفی و شکل‌دهی^{۴۶} نشان داده‌اند که این راهبردها در درمان

خارج از مدرسه والدین او گزارش کردند او تنها با چند دختری که همکلاسی او نبودند، صحبت نموده و ارتباط برقرار کرده است.

رفتار درمانی مدت کوتاهی پس از ارزیابی جینی آغاز شد. پس از شروع درمان جینی، مادر و درمانگر او سیاهه‌ای از موقعیت‌های دشوار، متوسط و آسان را برای صحبت کردن جینی تهیه کردند و برای این موقعیت‌ها پاداش‌های بزرگ، متوسط و کوچک در نظر گرفتند. جینی با توجه به سختی تکالیفی که انجام می‌داد پاداش دریافت می‌کرد. تعدادی از جلسات با جینی و مادرش، و بقیه‌ی جلسات با درمانگر برگزار شدند.

در طول چند جلسه‌ی نخست درمانگر در بازی‌ها به صورت دوزبانه با جینی کار می‌کرد ولی به تدریج بر یک زبان تمرکز شد. جینی و مادرش آموزش دیدند که بتوانند تمرینات را خارج از جلسات انجام دهند و برای خانه و مدرسه نیز تکالیفی به آنها داده شد.

تکالیف ضروری جینی شامل موارد زیر می‌شد: صحبت کردن با مادرش در یک کلاس خالی (کلاس بدون دانش آموز)، بازی با همکلاسی‌ای که با او حرف نمی‌زد (بازی در سکوت)، ایجاد یک پیام صوتی برای درمانگر. تکالیف او در طول دوره‌ی درمان افزایش یافت و سخت‌تر می‌شد و به تدریج شامل بازی با همکلاسی‌هایی می‌شد که در خلال بازی با او گفتگو می‌کردند، یا شامل گفتگوی تلفنی با همکلاسی‌ها و مربی‌اش، یا پرسیدن سؤال از همکلاسی‌ها، مربی و بزرگترها می‌شد.

پس از ۱۲ جلسه در پرسشنامه‌های خاموشی انتخابی بهبودی دیده شد. تقریباً پس از ۲۰ جلسه والدین و مربی او گزارش کردند که گفتار جینی تا حد خیلی زیاد بهبود یافته و گفتار او نزدیک به هنجار شده است.

زود هنگام زمانی است که نشانه‌های خاموشی انتخابی خود را نشان می‌دهند، یعنی با نخستین نشانه‌های اختلال، درمان و مداخله آغاز شود. البته برخی یافته‌ها نشان می‌دهند خاموشی انتخابی ممکن است به صورت خود انگیخته نیز کاهش یابد (برگمن^{۵۳} و همکاران، ۲۰۰۲).

گزارش مورد

جینی^{۵۴} دختری ۵ ساله‌ی دوزبانه‌ای که زبان اصلی او انگلیسی است و با مادر و پدر و دو برادر کوچکتر خود زندگی می‌کند توسط والدینش برای ارزیابی و درمان به درمانگاه ارجاع می‌شود. به گفته‌ی والدین جینی، او تمام مراحل مهم رشدی را در زمان‌های معین آن بدون کاستی پشت سر گذاشته و در تاریخچه‌ی او مشکلات پزشکی و ناتوانی شناختی وجود ندارد. جینی در سه سالگی به وسیله‌ی روان‌شناس به خاطر تشخیص خاموشی انتخابی معاینه شد و طبق گزارش والدینش برنامه‌های درمانی در کاهش اضطراب و افزایش گفتار جینی بی‌تأثیر بوده‌اند. به گفته‌ی مادر جینی او دارای اضطراب اجتماعی قابل توجهی است که در طول رشد او وجود داشته. در بین بقیه‌ی اعضای فامیل هیچ گزارشی از آسیب‌های روان‌شناختی دیده نشده بود.

طبق گزارش والدین، جینی با صدای طبیعی صحبت می‌کند و گفتارش در خانه با دیگر اعضای خانواده طبیعی است. اما زمانی که افرادی غیر از اعضای خانواده در خانه هستند او به راحتی حرف نمی‌زند. در کل، او در صحبت کردن با افراد خانواده مشکل ندارد و گاه پاسخ‌های کوتاه به افراد بزرگسال می‌دهد اما در صحبت کردن با همسالان و آموزگاران خود دچار مشکل است و به مربی پیش دبستان و همکلاسی‌های خود پاسخ نمی‌دهد. مربی او گزارش کرد جینی همیشه تنها بازی می‌کند و از بازی با بچه‌های دیگر هیچ لذتی نمی‌برد. در

زیر نویس ها:

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)
2. Selective Mutism
3. Hesitant
4. Stuttering
5. Pervasive Developmental Disorder
6. Prevalence
7. Bergman,R.L
8. Elizur, Y
9. Perednik,R
10. Autism
11. Major Depression
12. Compulsive
13. Dummit,E.S
14. Estone,B.P
15. Elective Mutism
16. Stubbornness
17. Yeganeh,R
18. McInnes
19. Cunningham,C.E
20. Dow,S
21. Black,B
22. Uhde,T.W
23. Cunningham,C.E
24. Standart,S
25. Counteur,L
26. Enduring
27. Black,B & Uhde,T.W
28. Dummit,E.S
29. Yeganeh,R
30. Self- Conscious
31. Social isolation
32. Withdrawal
33. Social embarrassment
34. American Psychiatric Association(APA)
35. Tancer,N.K
36. Klein,R.G
37. Johnson,D.W
38. Johnson,R.T
39. Bergman,R.L
40. Cunningham,C.E
41. Mcholz,A.E
42. Boyle,M.H
43. Estone,B.P
44. Shaping
45. Bergman,R.L
46. Piancentini,J
47. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
48. Fluvoxamine
49. Luvox
50. Black,B & Uhde,T.W
51. Heterogeneous
52. Cohan,S
53. Bergman,R.L
54. Jenny

منبع:

Bergman,R.L&LindseyHunt,B.A.(2008).Selective Mutism. Available at:

[http://www.onlineparadigm.com/archive/parent-interest/mental-health/behavioral-health/selective mutism](http://www.onlineparadigm.com/archive/parent-interest/mental-health/behavioral-health/selective%20mutism)