

تشخیص و درمان اختلال‌های رفتاری - عاطفی کودکان عقب‌مانده ذهنی و عادی

دکتر پرویز شریفی درآمدی^۱

چکیده:

در زمینه آسیب‌شناسی روانی کودکان، مولفان غربی اغلب بروز اختلال‌های رفتاری - عاطفی کودکان عقب‌مانده ذهنی و کودکان عادی (عقب‌مانده) را از دید تفاوت‌های کمی - کیفی نظام شناختی و کمی - کیفی نظام انگیزشی بین آنها عنوان می‌کنند. در مقاله حاضر، کوشش شده است با توجه به مبانی هر دو دید زمینه‌های نشانه‌شناسی، علت‌شناسی، پدیدایی مرضی، پیشگیری و درمان انواع اختلال‌های رفتاری - عاطفی بازنگری می‌شود و شباهت‌های میان آنها با کودکان عقب‌مانده (عادی) نیز آشکار گردد تا بدین طریق بتوان اقدامات و خدمات متخصصین، مربیان و والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی را سازمان داد و بهبود بخشید.

تعریف و طبقه‌بندی عقب‌ماندگی ذهنی

در ICD و DSM IV اصطلاح عقب‌ماندگی ذهنی به آسیب‌دیدگی عقلی^۲ که در اوایل زندگی آغاز شده باشد اشاره می‌کند. (همین طور از دمانس یا فرسودگی که در آن پیشرفت نقض عقلی در اواخر زندگی روی می‌دهد، متمایز می‌شود) طبق نظام AAMR^۳ عقب‌ماندگی ذهنی عبارت است از: محدودیت‌های اساسی در کنش هوش عمومی به صورت دو انحراف معیار (و بیشتر) پایین‌تر از میانگین، و همراه است با اختلال در دو یا بیش از دو مهارت سازشی کاربردی (ارتباطات، مراقبت از خود، زندگی خانوادگی، مهارت‌های اجتماعی و میان فردی، بهره‌برداری از منابع اجتماعی، خودگردانی، مهارت‌های کنشی تحصیلی، کار، اوقات

^۱ استادیار دانشگاه علامه طباطبایی، دکترای تخصصی روانشناسی کودکان استثنایی

^۲ Intellectual Impairment

^۳ American Association of Mental Retardation

فراغت، بهداشت و ایمنی) که تا قبل از ۱۸ سالگی به وقوع پیوندد (لکاس و همکاران، ۱۹۹۲)^۱

بنابراین عقب‌ماندگی ذهنی باید شامل ملاکهای اجتماعی برای تمایز بین افرادی که می‌توانند به زندگی عادی بازگردند و آنها که نمی‌توانند، باشد. پس در DSM تعریف عقب‌ماندگی ذهنی فقط شامل نقض عقلی نیست بلکه به معنی همزمانی نقض هوشی و اختلال در رفتار سازشی فرد با محیط نسبت به سنش است.

شیوع عقب‌ماندگی ذهنی

میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در DSM IV (۱۹۹۴) ۱٪ تخمین زده شده است ولی در مطالعات گوناگون با در نظر گرفتن تعاریف به کار رفته، روشهای شناسایی و جمعیت مورد بررسی، میزانهای شیوع متفاوتی را گزارش کرده‌اند. در میان عموم مردم بین سنین ۱۹ - ۱۵ سالگی شیوع عقب‌ماندگی شدید و متوسط حدود ۰/۳ تا ۰/۴ در هزار است.

ویژگیهای بالینی عقب‌ماندگی ذهنی

در همه انواع عقب‌ماندگی ذهنی خصوصیات مشخص کننده عبارت‌اند از: عملکرد پایین در اعمال هوشی از جمله یادگیری، حافظه کوتاه مدت، کاربرد مفاهیم و حل مسئله، فعالیت‌های ادراکی، اعمال کرداری و رفتارهای هیجانی (شریفی در آمدی ۱۳۷۷) گاهی یک عملکرد مانند زبان بیش از سایر عملکردها مختل است و گاهی هم کودکان عقب‌مانده ذهنی ممکن است هیچیک از اختلالهای رفتاری کودکی را نشان ندهند. این مشکلات اکثراً دیرتر از کودکان دارای بهره هوشی عادی روی می‌دهند، اما اغلب با افزایش سن بالاتر نیز بهبود می‌یابند.

عقب‌ماندگی ذهنی در سطوح تحول

الف) عقب‌ماندگی ذهنی در سطح خفیف (بهره هوشی ۷۰ - ۵۰)

آنها ۸۰٪ از کل عقب‌ماندگان ذهنی را تشکیل می‌دهند. علل خاص غیر شایعی دارند. اکثراً به کمک‌های عملی و آموزشی و تعداد کمی به خدمات روانی - اجتماعی نیاز دارند. به میزان کم از لحاظ اعصاب حسی - حرکتی نقص داشته و در نتیجه ظاهراً غیرقابل تشخیص هستند.

¹Luckassun, R etal

خفیفترین موارد عقب‌ماندگی ذهنی ممکن است در شروع مدرسه مشخص شوند. از لحاظ مهارت‌های فردی در سطح عادی و از نظر رفتارهای اجتماعی تاخیر دارند و اکثراً در سطح سال‌های پیش دبستانی عمل می‌کنند.

ب) عقب‌ماندگی ذهنی در سطح متوسط (بهره هوشی ۴۹-۳۵)

حدود ۱۲٪ از کل عقب‌ماندگی ذهنی در این گروه قرار می‌گیرند. اکثراً از تحول زبانی کافی برای برقراری ارتباط برخوردارند و می‌توانند خودیاری را بیاموزند و راه خود را بیابند و کارهای روزمره معمولی را انجام دهند به تحصیل و شغل ویژه نظارت کننده نیاز دارند.

ج) عقب‌ماندگی ذهنی در سطح شدید (بهره هوشی ۲۴-۲۰)

حدود ۷٪ عقب‌ماندگی ذهنی را افراد عقب‌مانده ذهنی شدید تشکیل می‌دهند. در سال‌های پیش از دبستان از لحاظ رشد و در سال‌های دبستان از لحاظ یادگیری، کند هستند. بسیاری از آنها توسط آموزش و نظارت شخص دیگری می‌توانند به طور ساده زندگی کنند و از خود مراقبت کنند. آنها مانند بزرگسالان می‌توانند وظایف ساده‌ای را انجام دهند و در فعالیتهای اجتماعی محدود شرکت کنند.

اکثراً اختلال جسمانی نیز دارند. عده کمی از آنها مانند افراد کانای هوشمندنما^۱ از مهارت شناختی و به ویژه از نوع عادی با یکا برتری هوشی در مهارت ریاضی یا حافظه برخوردارند.

د) عقب‌ماندگی ذهنی در سطح عمیق (بهره هوشی کمتر از ۲۰)

افراد عقب‌مانده ذهنی عمیق ۱٪ کل عقب‌ماندگان ذهنی عمیق را تشکیل می‌دهند در آنها وجود علل خاصی معمول است. ناتوانی بسیار شدید دارند. اکثراً از مشکلات فیزیکی رنج می‌برند و در مراقبت از خود بسیار ضعیفند.

علت‌شناسی عقب‌ماندگی ذهنی

عقب‌ماندگی ذهنی خفیف اغلب ناشی از ترکیب عوامل ژنتیکی و محیطی است. عقب‌ماندگی ذهنی شدید اغلب ناشی از حالات آسیب‌شناختی است که اکثراً می‌توان آنها را در طول زندگی و حدود دوسومشان را قبل از تولد تشخیص داد. هم عقب‌ماندگی ذهنی شدید و هم خفیف در طبقات اجتماعی پایین شایعتر است و این احتمالاً به دلیل رعایت نکردن اصول پیشگیری است. اجمالاً علل عقب‌ماندگی ذهنی به قرار زیر است:

❖ علل ژنتیکی

- ژنهای غالب از قبیل توپروس اسکروزیس^۱ و نوروفیروماتوز^۲
 - ژنهای مغلوب که در اختلالهای متابولیک (سوخت و ساز) موثرند مانند فنیل کتونوری،
 تائاساکس، گالاکتوزمی^۳

- نابهنجاریهای کروموزمی از قبیل: نشانگان داون ترنر و کلاین فلتر
 - اختلالهای مربوط به کروموزم از قبیل: نشانگانهای X شکننده، لش - نیهان - هیدروسفالی
 و میکروسفالی

- عوامل پلیژن موثر بر اختلال در هوش طبیعی
 ❖ آسیب قبل از تولد از قبیل عفونتها، سمها، اختلالهای غدد درون ریز، و صدمات
 بدنی.

❖ آسیب هنگام تولد از قبیل کمبود اکسیژن، کرن نیکتروس، خونریزی داخلی بطنی.

❖ آسیب پس از تولد از قبیل صدمه، عفونت و مسمومیت با سر

❖ سوء تغذیه

تعریف اختلال رفتار

برای تعریف اختلال کنشی^۴، شیوه دقیق و ساده‌ای در دست نیست، غالب اوقات مشکلات رفتاری را "نابهنجار"^۵ تلقی می‌کنند. باردیابی ریشه‌های این واژه، معلوم می‌شود که پیشوند "ob" به معنی دور^۶ جدا^۷ و خارج^۸ است (وبستر^۹ ۱۹۷۳، نقل از نلسن^۹ و ایزرائل^{۱۰} ۱۹۸۴). اصطلاح (مبتلا به اختلال رفتار) با نام انجمن کودکان مبتلا به اختلالها (CBD)، بخشی از انجمن کودکان استثنایی پیوند خورده است و دارای مزیت تمرکز و توجه بر آشکارترین مشکلات این کودکان یعنی رفتار مختل یا آشفته است. (هالاها و کافمن^{۱۱} ۱۹۹۷)

¹ *Tuberose sclerosis*

² *Neurofibromatosis*

³ *Galactosemia*

⁴ *Disorder Functioning*

⁵ *Abnormal*

⁶ *Away*

⁷ *From*

⁸ *Off*

⁹ *Nelson R.W*

¹⁰ *Israel A.C*

¹¹ *Hallahn. D.P. and Kauffman*

به گفته پرفسور آلن، راس (۱۹۹۰) اختلال روانی (رفتاری) وقتی در میان است که رفتار نشان داده شده توسط کودک با یک معیار اجتماع قرار دادی^۱ و نسبی^۲ مغایرت داشته باشد. به این معنی که رفتار مزبور با فراوانی یا شدتی بروز کند که بزرگسالان صاحب قدرت و اختیاری که در محیط کودک زندگی می‌کنند آن را در اوضاع و احوال مزبور بیش از حد لازم کم یا زیاد تشخیص دهند.

مبانی نظری اختلال روانی در عقب‌ماندگان ذهنی

مولفان غربی اغلب در بررسی رابطه بین اختلالهای روانی و عقب‌ماندگی ذهنی، دو روی آورد شناختی و انگیزشی را عنوان می‌کنند.

۱- روی آورد شناختی: مولفان روی آورد شناختی عقیده دارند که بین اختلالهای روانی کودکان عقب‌مانده ذهنی و کودکان عادی (عقب‌نمانده) از لحاظ ساختاری - شناختی، تفاوت کیفی و کمی وجود دارد. آنها مدعی‌اند که در کودکان عقب‌مانده ذهنی به علت نارسایی کیفی هوش، رگه‌های مرضی به کیفیت متمایزی قابل تعریف است که در کودکان با بهره هوشی عادی مشاهده نمی‌شود (پورافکاری ۱۳۶۶)

براساس این روی آورد، چس^۳ (۱۹۷۵) معتقد است رگه‌های ویژه‌ای اختلالهای روانی - عاطفی در جمعیت عقب‌مانده ذهنی وجود دارد که جزئی از مشخصات عقب‌ماندگی ذهنی است که ممکن است همراه با رفتارهای سازش نیافته مشاهده شود.

فیلیس (۱۹۹۴) معتقد است آسیب‌شناسی روانی کودکان عقب‌مانده ذهنی مشابه کودکان عادی است اما بیشتر.

۲- روی آورد انگیزشی: زیگلر^۴ (۱۹۸۰) مدعی است که تفاوت بین اختلالهای رفتاری - عاطفی کودکان عقب‌مانده و کودکان عقب‌نمانده هم سن عقلی نتیجه تفاوت نظامهای انگیزشی آن دو گروه است و صرفاً به نتایج کیفی عوامل عقلی مربوط نیست.

او عقیده دارد تفاوت اختلالهای روانی این دو گروه به تفاوت تاریخچه رویدادهای محیطی - برونی و کیفیت تجربی آن رویدادها و راههایی که از طریق آن ضعفها و مشوقها موثر تلقی می‌شوند، مربوط است. طبق عقیده زیگلر تفاوت بین اختلالهای روانی افراد عقب‌مانده ذهنی

^۱Arbitrary

^۲Relative

^۳Chess, S

^۴Zigler, E

و افراد با بهره هوشی عادی نتیجه تفاوت کیفی و کمی در نظامهای انگیزشی است. پس مشکلات روانی اکثر عقب‌ماندگی ذهنی به علت نارسایی بهره هوشی آنان نیست بلکه حاصل نقص در نظامهای انگیزشی، روابط اجتماعی و شیوه یادگیری آنان است (زیگلر ۱۹۶۶، ۱۹۶۸، ۱۹۸۴)

نلسن و ایسرائیل (۱۹۸۴) خاطر نشان می‌سازند اولاً شخصیت کودکان عقب‌مانده ذهنی دچار تاخیر است، ثانیاً تفکیک جنبه‌های عاطفی و شناختی تحول شخصیت ممکن نیست. چون این دو مولفه مکمل اما مستقل در واکنش متقابل بوده و با هم بستگی دارند. بنابراین می‌توان گفت که عقب‌ماندگی ذهنی با خطر اختلال در نقص انگیزشی همراهند. از این کودکان عقب‌مانده ذهنی با توانایی در همگرایی مولفه‌های روانی شخصیت و نتیجتاً با نقص انگیزش در مهار اختلالهای روانی قابل تصورند. حال چنین خطری به پدیدایی آسیب‌شناسی روانی ویژه‌ای می‌انجامد یا خیر، به کیفیت تجارب زندگی کودک و اثرات تضعیف‌کننده، تشدید کننده و یا تعدیل کننده انگیزشی - محیطی بستگی دارد.

شیوع اختلال روانی در کودکان عقب‌مانده ذهنی

مطالعه جزیره وایت (راتر و همکاران b, ۱۹۷۰) نشان داد که تقریباً یک سوم کودکان عقب‌مانده ذهنی نشانه‌های آشفتگی روانی (رفتاری) را نشان می‌دهند و این میزان در عقب‌ماندگی ذهنی، متوسط تا شدید، تا ۵۰٪ بالا می‌رود. در یک زمینه‌یابی همه گیرشناسی تازه‌تر بر روی کودکان ۵ تا ۱۵ ساله مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی شدید در جنوب لندن (کورت، نقل از پیترهور، ۱۹۹۳) معلوم شد که ۴۳٪ آنان اختلال روانی دارند.

این کودکان همان حدود آشفتگی رفتاری کودکان عادی را نشان می‌دادند. به علاوه سه اختلال که بسیار شایع‌تر بودند: مانند در خودماندگی کودکی^۱، اختلال فزون جنبشی فراگیر^۲، اختلال حرکتی قالبی و دو اختلال که فراوانتر بودند مانند رفتار خودگزندی^۳ و هرزه‌خواری^۴ (زاغ گونگی).

علت‌شناسی اختلالهای روانی در عقب‌ماندگی ذهنی

^۱Autism

^۲Hyperkinetic

^۳Self-harm, deliberate

^۴Pica

تفکیک بین عوامل مسئول اختلالهای روانی در کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف و کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید حائز اهمیت است. مشکلات روانی در عقب‌ماندگی ذهنی چند علت دارد: ژنتیکی، عضوی، روانی و اجتماعی.

به نظر می‌رسد علل ژنتیکی اختلالات روانی در عقب‌ماندگی ذهنی ارتباطی با علل ژنتیکی عقب‌ماندگی ذهنی نداشته باشد. علل اجتماعی: آسیب‌شناختی روانی خانوادگی که به نوبه خود اهمیت دارد، ممکن است والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف، خود در محدوده پایین توانایی هوش باشند. نتیجتاً ممکن است برای انجام وظایف والدینی، یعنی ایجاد انضباط و مهار کودکان بی‌ثبات یا ناتوان باشند. به علاوه، این امر ممکن است با ناهماهنگی زناشویی و محرومیت اجتماعی - اقتصادی توأم شده و این کودکان را نسبت به اختلال روانی مستعدتر سازند: محیط بسیار تحریک‌کننده ممکن است موجب مشکلات رفتاری شود و محیط بدون محرک ممکن است به گوشه‌گیری و خودتحریکی منجر شود.

علل عضوی: آسیب‌های عضوی مغزی علت شایع اختلال روانی در کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید است. در مطالعات کروم (۱۹۶۰) و (راتر و همکاران a, b, ۱۹۷۰) در نیمی از کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید وجود آسیب‌دیدگی مغزی به اثبات رسیده است. رابطه نزدیکی بین صرع و اختلال رفتار به ویژه پرتحرکی و فزون جنبشی در کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید وجود دارد.

علل روانی: عامل بعضی از مشکلات رفتاری در افراد عقب‌مانده ذهنی به شمار می‌آیند. این علل شامل ناکامی اجتماعی، ناتوانی در کسب مهارت‌های اجتماعی و مشکلات تحصیلی می‌باشند.

به طور کلی علل اختلالهای روانی در کودکان عقب‌مانده ذهنی متوسط تا شدید عبارتند از: اختلالهای ویژه یادگیری، ویژگیهای مزاجی نامطلوب نظیر تکانش‌گری، فزون جنبشی و حواس‌پرتی. پیامدهای روانی - اجتماعی معلولیت: مانند انزوا، محافظت افراطی، طرد کردن و آسیب‌دیدگی مغز که به از دست دادن اعمال یا مهارت‌های خاص، قطع فعالانه کنش بهنجار مغز و افزایش خطر صرع (پیتر هور، ۱۹۹۳)

نشانه‌شناسی اختلالهای روانی در عقب‌ماندگی ذهنی

۱- محدودیت و یا فقدان زبان و گفتار در عقب‌ماندگی ذهنی متوسط، شدید و عمیق

۲- اختلالهای تفکر درک و همسانسازی و هذیان در کودکان عقب‌مانده ذهنی با بهره هوشی

زیر ۴۵ - ۴۰

۳- تغییرات خلقی مانند افسردگی - شیدایی (روان‌گسستگی، آشفتگی، افسردگی)

۴- وسواس عملی (رفتاری) (افراد عقب‌مانده ذهنی به دلیل ناتوانی در صحبت کردن به

شکل کافی قادر به بیان یا نشان دادن وسواسهای فکری خود نیستند).

۵- پژواک کلامی (نوعی تکرار جدی و ظاهراً بی‌فایده کلمه یا عبارتی بلافاصله پس از

شنیدن آن از دیگری که در این جا حالت نشان دهنده روان‌گسستگی کنشی است.

انواع اختلال روانی در عقب‌ماندگان ذهنی

همه انواع اختلالهای روانی می‌توانند در افراد عقب‌مانده ذهنی روی دهند. تشخیص اغلب مشکل است زیرا نشانه‌ها ممکن است با پایین بودن هوش تغییر کنند و بیماران به یک حداقل قدرت کلامی برای توصیف تجربیاتشان نیاز دارند. لذا در تشخیص اختلال روانی در عقب‌ماندگی ذهنی بیشتر به داشتن رفتار نابهنجار تسکید می‌شود و بازخوردهای شخص از وضعیت ذهنی خود کمتر از افراد دارای هوش عادی قابل اتکا است.

روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنیا)

در عقب‌ماندگی ذهنی، هذیان نسبت به افراد دارای بهره هوش عادی کمتر است و توهمات یک بافت ساده و تکراری دارند و به دلایل اولین نشانه‌ها و سایر نشانه‌های روان‌گسیختگی نادر هستند و تشخیص مشکل است. اغلب فقر تفکر در آنان مشخص است و اختلال در رفتار و کنش اجتماعی افزایش می‌یابد. زمانی که بهره‌هوشی زیر ۵۰-۴۰ است تشخیص روان‌گسیختگی مشکل است. هنگامی که تشخیص روان‌گسیختگی داده شده اما تشخیص مطمئن نیست، یک داروی ضدروان‌گسستگی (روانپزیشی) ممکن است تجویز شود تا مشخص شود که ویژگی‌های مورد نظر خوب می‌شوند یا خیر. طبق مطالعات موردی در سوئد، معلوم می‌شود که زمینه روان‌گسستگی در افراد عقب‌مانده ذهنی خفیف وجود دارد. همچنین ۳/۵٪ افراد عقب‌مانده ذهنی در بیمارستانهای انگلستان به اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) به عنوان یکی از مشکلات روانی اساسی مبتلا هستند.

اسکیزوفرنی (روان‌گسیختگی) در افراد عادی و عقب‌مانده ذهنی

جنبه‌های افتراقی سن بروز اسکیزوفرنی در جمعیت عقب‌مانده ذهنی مشابه جمعیت غیر عقب‌مانده ذهنی گزارش شده است (متس و فرام، ۱۹۸۶) و اغلب در دوسه دهه اول زندگی قابل مشاهده است. بروز روان‌گسیختگی در جمعیت عقب‌ماندگی ذهنی زودرس‌تر است و دو تا سه برابر جمعیت عادی است (خوشایی، ۱۳۷۸)

بروز روان‌گسیختگی در جمعیت عادی قبل از ۲۵ سالگی و حدود ۱٪ و در جمعیت عقب‌مانده ذهنی حدود ۳/۵٪ است. گسیختگی کلامی در افراد روان‌گسیخته وجود دارد. اما بروز آن در عقب‌مانده ذهنی زیر بهره هوشی ۴۰ که فاقد توانایی کلامی اند به ندرت مشاهده می‌شود و احتمال آن در بین افراد عقب‌مانده ذهنی خفیف بیشتر است. افراد عقب‌مانده ذهنی مبتلا به روان‌گسیختگی به ناهنجاریهای عاطفی مثل احساس خوشی مفرط یا خوشی کاذب و توهم شنوایی دیده می‌شود و ممکن است توهم بینایی، لامسه و بویایی در آنها گسترش یابد ولی این علائم ساده‌تر از آنها در افراد اسکیزوفرنی می‌باشد (خوشایی، ۱۳۷۸) اگر چه عده‌ای دیگر از افراد عقب‌مانده ذهنی (داون سندرم) روان‌گسیخته به طور تعجب‌آوری گرم و اجتماعی هستند، اما عده‌ای دیگر از آنها از لحاظ اجتماعی رفتاری سرد و گوشه‌گیرانه دارند. ارتباط بین آسیب عضوی و روان‌گسیختگی در افراد عقب‌مانده ذهنی به اثبات نرسیده است. (کاپلان و سادوک ۱۹۹۸)

اختلال عاطفی

افراد عقب‌مانده ذهنی مبتلا به یک اختلال افسردگی کمتر از افراد دارای هوشبهر عادی از خلق پایین یا بیان افکار افسرده‌وار شکایت می‌کنند.

تشخیص باید براساس ظاهر غمگین، کاهش اشتها و اختلال در خواب و تغییرات رفتاری یک فرد عقب‌مانده یا تحریک‌پذیری داده شود. در افراد عقب‌مانده ذهنی نظیر میکروسفالی، احتمال وقوع افسردگی عمیق توأم با هذیانهایی درباره افتادن دندانها و کور شدن زیاد است.

در عقب‌ماندگان ذهنی خفیف، مشکلات عاطفی ناشی از درماندگی اکتسابی، توهم و هذیان قابل مشاهده است و تغییرات خلقی و آشفتگی‌های در خواب شدت و ضعف دارد (کاپلان و سادوک ۱۹۹۵)

افراد عقب‌مانده ذهنی مبتلا به "مانیا" براساس فعالیت بیش از حد و علائم رفتاری دال بر تحریک‌پذیری و هیجان مفرط تشخیص داده می‌شود. عقب‌ماندگان ذهنی که از "مانیا" رنج می‌برند با توجه به محدودیت کلامی، یک شکل بالینی غیرعادی از خود نشان می‌دهند. چه

اغلب، اکثر کلمات را با صدای یکسانی ادا می‌کنند. گویی آدمی صدای جلینگ جلینگ افتادن سکه‌ای را می‌شنود. به حمله‌های وحشیانه، هذیان، توهم خود بزرگ‌پنداری، افسردگی، شیدایی، مبتلا هستند. (هنسن و مونی ۱۹۹۷)

فراوانی و تکرار اختلالهای عاطفی در عقب‌ماندگان ذهنی ظاهراً با وجود آسیب جسمانی مضاعف، بیشتر قابل مشاهده است. به طور کلی ۲٪ تا ۱۰٪ عقب‌ماندگان ذهنی دچار اختلالهای خلقی شدید بوده در حالی که ۵۰٪ آنها از افسردگی خفیف رنج می‌برند (خوشابی، ۱۳۷۸)

اختلال شخصیت

اختلال شخصیت در میان عقب‌ماندگان ذهنی شایعند و گاهی به مشکلات بزرگتری در مهار اختلالهای ناشی از عقب‌ماندگی ذهنی منجر می‌شوند. البته مطالعات حکایت از این دارند که اختلال شخصیتی در افراد عقب‌مانده ذهنی مشابه جمعیت افراد سالم (عادی) است. زیرا اساس کلی تحول شخصیت نیز بین افراد سالم و افراد عقب‌مانده ذهنی تفاوت محسوسی ندارد. البته کودکان عقب‌مانده ذهنی در مقایسه با کودکان عادی از تنوع شخصیتی و رفتاری زیادتری برخوردارند. خودمیان بینی و ذاتی بودن عناصر شخصیتی کودکان عقب‌مانده ذهنی به نقایص آنان مربوط می‌شود. عدم حرمت خود و حالت انقباض یا بسته بودن روانی، تعارض بین تجسم و تصویر خود واقعی در آنها فراوان است (شریفی درآمدی، ۱۳۷۷) اختلالهای کرداری مانند پرخاشگری در ۱/۵ تا ۱/۴ گوشه‌گیری عدم کفایت اجتماعی اختلال وابستگی و حساسیت به انتقاد در ۱/۴ تا ۱/۲ و اختلال اضطرابی در ۱/۳ افراد عقب‌مانده ذهنی شایع‌تر است (خوشابی ۱۳۷۸)

اختلال روانی عضوی

این اختلالها در میان عقب‌ماندگان ذهنی شایعند. گاهی اختلال رفتاری ناشی از دلیریوم اولین شاخص بیماری جسمانی است. همانند افراد دارای بهره هوشی عادی، دلیریوم در میان کودکان و سالمندان شایع‌تر است و دمانس یا فرسودگی موجب تنزل کنشهای هوشی و اجتماعی از سطح قبلی می‌شود. در میان علل دمانس، بیماری آلزایمر در میان عقب‌ماندگان ذهنی داون سندرم شایعتر از عموم مردم است (کپالان و سادوک ۱۹۹۸)

اختلال سازگاری و روان‌آزردگی (روان‌نژندی)

اختلال سازگاری و روان‌نژندی در میان عقب‌ماندگان ذهنی خفیف‌تر شایعند، بخصوص آنهایی که تغییراتی در زندگی معمولی آنها ایجاد شده است. نشانه‌های تبدیلی و تجزیه‌ای در این افراد نسبت به افراد دارای هوش عادی که چنین اختلالهایی را دارند بارزتر است (کاپلان و سادوک ۱۹۹۵)

مشکلات جنسی^۱

استمناء^۲ در عموم مردم فراوانترین مشکل جنسی است. بعضی از عقب‌ماندگان ذهنی یک کنجکاری کودکانه درباره بدن افراد دیگر دارند که می‌تواند با مشکل جنسی اشتباه گرفته شود. گاهی نگرانی از این است که فرد عقب‌مانده ذهنی ممکن است آمیزش جنسی داشته باشد که فرد عقب‌مانده‌ای بدنیا بیاورد. در واقع اکثر عقب‌ماندگی‌ها شدیداً ارثی نیستند و انواع ارثی آنها با نازایی همراه می‌باشد. یک نگرانی مهم این است که در عقب‌ماندگان ذهنی شدید عملکرد فرزند فرد عقب‌مانده ذهنی به خوبی والدینش نیست، اگر کودک دارای بهره‌هوشی متوسط باشد (کاپلان و سادوک ۱۹۹۵)

نشانیگان فزون جنبشی

نشانیگان فزون جنبشی یا فعالیت بیش از حد در کودکان عقب‌مانده ذهنی شایع‌تر از کودکان دارای هوش عادی است اکثر کودکان عقب‌مانده ذهنی با فزون جنبشی دچار حواس پرتی و بی‌ثباتی هستند اما برای نشانیگان هایپرکیتیک یا فزون جنبشی ملاک تشخیصی وجود ندارد. زیرا در اکثر موارد فزون جنبشی در بعضی موقعیتها دیده می‌شود و در برخی دیگر نه و این امر بازتاب ناپختگی در رفتار و مهارت‌های زبانی است. (پیتر هور، ۱۹۹۳)

در بسیاری از افراد عقب‌مانده ذهنی حالات فزون جنبشی ممکن است شدیداً کم و زیاد شود. این افراد با بالا رفتن سنشان ممکن است دچار بدخلقی مفرط شوند و سرانجام یک شکل بالینی هیپومانی مزمن درآیند. در برخی از افراد عقب‌مانده ذهنی، بزرگسالان فعالیت‌های بیش از حد یا فزون جنبشی کاهش می‌یابد و جای آن را سستی و بی‌حرکتی می‌گیرد. اما در تعدادی اندک اما قابل ملاحظه از کودکان عقب‌مانده ذهنی مبتلا به فزون جنبشی مشکلات حواس پرتی - رفتار تکانشی و پرخاشگرانه حفظ می‌شود (راتر، تایلر و هرسو ۱۹۹۴).

¹Sexual Problems

²Masturbation

اتیسم یا درخودماندگی کودکی

در ۸۰٪ کودکان مبتلا به اتیسم یا درخودماندگی، بهره هوشی کمتر از ۷۰ مشاهده می‌شود. کوربت (۱۹۷۹) به نقل از پیتز هور، (۱۹۹۳) در یک زمینیه‌یابی منطقه‌ای به این نتیجه رسید که درخودماندگی کودکی ۱۷٪ آشفستگی‌های رفتاری در کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید در جنوب لندن است. بسیاری از متخصصین بین کودکان مبتلا به اتیسم و عقب‌مانده‌های ذهنی شدید که برخی از ویژگی‌های اوتیستیک دارند فرق قائلند. چنین ویژگی‌هایی مشتمل است بر: رفتارهای کلیشه‌ای، ادا و اطوار و نقصهایی در فهم و زبان بیانی، این علائم که بین کودکان عقب‌مانده نسبتاً شایع است. معمولاً بطور منفرد دیده می‌شوند به طوری که کودکان واجد تمام ملاکهای تشخیصی اختلال اوتیستیک یا درخودماندگی نمی‌باشند معه‌ذا، کار بالینی و یافته‌های پژوهشی ملاکهای دقیقی برای تصمیم‌گیری در زمینه تفکیک اتیسم کودکی و عقب‌ماندگی ذهنی شدید توأم با ویژگی‌های اوتیستیک بدست نمی‌دهد. رفتارهای درخودماندگی درعین حال از خصوصیات برخی از نشانگان وابسته به عقب‌ماندگی ذهنی نظیر اسکلروز توبروز، سرخچه، نشانگان X شکننده و اسپاسم شیرخوارگی شناخته می‌شوند. (پیتز هور ۱۹۹۳)

رفتار کلیشه‌ای و خودگزندی

حرکات کلیشه‌ای نظیر جنباندن تنه یا بالا زدن تقریباً در ۴۰٪ کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف تا شدید گزارش شده است (کوربت، ۱۹۷۹) به نقل از پیتز هور (۱۹۹۳) رفتارهای مشخص با جرح خویشتن مثل سرکوبش، گاز گرفتن اندام‌ها یا درآوردن کره چشم بسیار نادرتر اما بالقوه خطرناکتر هستند و در عین حال مهار آنها دشوار است. نشانگان لش - نیهان خصوصیات با پیدایش رفتار مشخص با جرح خویشتن رابطه دارد. رفتار خودویرانگر معمولاً بازتاب فقر توانایی و مهارتهای فردی و یا فقدان تحریک از محیط بلافصل و دور و بر است. مورفی (۱۹۸۵) نقل از کاپلان و سادوک (۱۹۹۵) روشهای درمانی نظیر استفاده از کلاه خود، استفاده از داروهای آرام‌بخش نظیر هالوپریدول و رفتاردرمانی را جهت درمان اختلال رفتار خودگزند و رفتارهای قالبی سودمند یافته است.

هرزه‌خواری (زاغ گونگی)

خوردن موادی که بطور طبیعی خوردنی تلقی نمی‌شوند. پدیده‌ای گذرا در طفل نوپای بهنجار است اما کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید بسیار شایع پیامد نامطلوب عمده این رفتار مسمومیت احتمالی یا سرب‌ناشی از لیسیدن اشیاء رنگی است، مالیدن مدفوع و خوردن آن در عقب‌ماندگی ذهنی شدید روی می‌دهد، بخصوص کودکان عقب‌مانده‌ای که معلولیت حسی اضافی نظیر نابینایی دارند (پیتر هور، ۱۹۹۳)

اختلال واکنش تطابقی کودک

اکثر کودکان عقب‌مانده ذهنی در واکنش‌های تطابقی از نظر شخصیتی - توصیفی وضع پیچیده‌ای دارند زیرا همه آنها مسائل چند بعدی تطابقی نشان می‌دهند. مجموعه‌های علامتی مرکب از لجاجت و تضادورزی، خشم شدید و ناگهانی با تظاهرات حرکتی مسانند پاکویدین، شب‌اداری، نافرمانی، دزدی، استمنا توام با عقب‌ماندگی ذهنی زبان نشان می‌دهد. این حالات در کودکان عقب‌مانده ذهنی زمانی آشکارتر می‌گردد که نارضایتی مزمن والدین بخصوص حالت طردکنندگی آنان سبب بروز اضطراب، درماندگی و بالاخره احساس ناامنی آنان شود. روش درمانی این کودکان از روشهای سنتی تا حدودی متفاوت است. درمان بیشتر متوجه والدین این کودکان است و باید راهنمایی‌های لازم در مورد امکانات آموزش ویژه و انتظارات واقع‌گرایانه برای آینده کودک عقب‌مانده ذهنی را به والدین گوشزد کرد (سلیمی اشکوری ۱۳۶۶)

اختلالات نموی ویژه در کودکان عقب‌مانده ذهنی

تفاوت‌های سرشتی و آسیب‌شناسی روانی به ویژه در پنج نشانگان عقب‌ماندگی ذهنی نظیر نشانگان داون^۱ نشانگان x شکننده^۲، نشانگان پرادر - ویلی^۳، نشانگان لش - نیهان و نشانگان فنیل کتونوری وجود دارد. (راتر^۴، تایلر^۵، هرسو^۶ ۱۹۹۴)

۱- نشانگان داون (منگولیزم)

¹Down Syndrome

²Fragial X Syndrome

³Prader - Willi Syndrome

⁴Rutter, m

⁵Taylor, E

⁶Hersov, L

کودکان مبتلا به سندرم دوان اجتماعی و برونگرا هستند. آنها ارتباط خوبی با مراقبین خود برقرار می‌کنند و در روابط اجتماعی گرم هستند. در این کودکان اختلالهای هیجانی و رفتاری شیوع نسبتاً کمتری دارد و علائم اوتیسم یا درخودماندگی در اینها کمتر از سایر انواع عقب‌ماندگی ذهنی یافت می‌شود. در کودکان مبتلا به سندرم دوان اختلالهای خلقی شایعتر است که پاسخ خوبی به درمانهای زیستی می‌دهد. (خوشابی ۱۳۷۸)

۲- نشانگان X شکننده

در مبتلایان به سندرم X شکننده اختلال توجه، فزون جنبشی، رفتارهای کلیشه‌ای، پرخاشگری و خودآزاری شیوع بیشتری دارد. اختلال فزون‌کنشی یا بیش فعال / کمبود توجه و تمرکز (ADHD) در ¼ پسران مبتلا به سندرم فوق وجود دارد که علائم آن مرتبط با علائم اوتیسم در آنها است. در حدود ¼ مبتلایان به این سندرم X شکننده مبتلا به اوتیسم هستند (خوشابی ۱۳۷۸)

۳- نشانگان پرادر- ویلی

در کودکان مبتلا به سندرم پرادر- ویلی علائمی چون تحریک، خشم، ناکامی اندک، سرکشی و رفتارهای و سواسی در ارتباط با غذا وجود دارد. در این کودکان اضطراب و علائم وسواس شایعتر است. در ۵۰٪ کودکان یک اختلال روانی مشاهده می‌شود (خوشابی ۱۳۷۸).

۴- نشانگان لش - نیهان^۱

خودگزندی و خودآزاری در کودکان مبتلا به سندرم لش - نیهان شیوع بیشتری دارد. این رفتارهای خودآزارانه در ۱۰٪ کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف وجود دارد. رفتارهای کلیشه‌ای در ۴۰٪ کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید مشاهده می‌شود. رفتارهای کلیشه‌ای شاید نشانگر نوعی ارتباط بین فرد و محیط اطرافش باشد. این رفتارها به خصوص در عقب‌ماندگان ذهنی شدید که قادر به بیان احساسات خود نیستند، دیده می‌شود. به علاوه اختلالهای حرکتی خارج بهری (اکستراپرامیدال) نظیر کره و آنتوز قاب مشاهده شدنی است (خوشابی ۱۳۷۸)

۵- نشانگان فنیل کتونوری

اصولاً فنیل کتونوری درمان نشده به عقب‌ماندگی ذهنی شدید منجر می‌شود. از این رو در این کودکان اختلالهای رفتاری از قبیل درخودماندگی مرضی، فزون جنبشی، بی‌قرار و حواس‌پرتی آشکارا قابل مشاهده است (شریفی درآمدی، ۱۳۷۷)

^۱Lesh-Nyhan Syndrome

مطالعات دیگری در مورد شیوع اختلالهای رفتاری - عاطفی در سایر انواع اختلال نمودی انجام شده است. مثلا کودکان مبتلا به سندرم ویلیام^۱ از نظر شخصیتی برون‌گرا، اجتماعی، عاطفی و شاد هستند. در ۵۰٪ مبتلایان به سندرم سوتو^۲ اختلالهای رفتاری شامل تحمل ناکامی اندک، اختلالهای خواب و رفتارهای وسواسی و اختلال شناختی اندک وجود دارد. در ۲۰٪ کودکان مبتلا به توپروز اسکروز علائم اختلال فزون‌کنشی (بیش‌فعالی) همراه با نقص توجه و در ۲۵٪ آنها علائم اختلال اوتیستیک یا در خودماندگی مرضی دیده می‌شود (خوشابی ۱۳۷۸)

ارزیابی و تشخیص اختلالهای روانی

تشخیص و ارزیابی اختلالهای روانی در کودکان عقب‌مانده ذهنی به دلایل زیادی حائز اهمیت فراوان است. (۱) برای یافتن راه‌حلهای مناسب جهت کاهش پریشانی‌های آنان و خانواده‌هایشان (۲) از لحاظ قرار دادن در مدارس و مراکز آموزشی و نگهداری و توانبخشی و نتیجتاً برای مهار مشکلات مربوط به تحصیل و کسب مهارتهای اجتماعی، شغلی و بطور کلی زندگی (۳) از لحاظ اینکه برخی اختلالهای رفتار افراد عقب‌مانده ذهنی قابل درمان و اکثر آنها قابل پیشگیری هستند لازم است اختلالهای رفتاری کودکان عقب‌مانده ذهنی به خوبی شناخته شود (شریفی درآمدی ۱۳۷۷)

برای ارزیابی و تشخیص اختلالهای روانی کودکان عقب‌مانده ذهنی می‌توان براساس یک ارزیابی کلی شامل گرفتن شرح حال (گذشته نگاری کردن)، معاینات فیزیکی و پاراکلینیکی، معاینات بالینی و ارزیابیهای رفتاری، آزمونهای تحولی و ارزیابی حالات روانی و بالاخره ارزیابی کلی با تشخیص افتراقی عقب‌مانده ذهنی از بلوغ دیررس، نابینایی، ناشنوایی، اوتیسم (در خودماندگی) کودک و روانگسستگی کودکی عمل کرد.

درمان اختلالهای روانی در عقب‌ماندگی ذهنی

اختلال روانی در عقب‌ماندگی ذهنی به صورت تغییرات رفتاری مورد توجه است. اما باید بخاطر سپرد که چنین تغییراتی می‌تواند منتج از بیماری جسمانی یا حوادث ناشی از تیندگی و استرس باشند که باید قبل از تشخیص اختلال روانی وجود داشته باشند. اگر اختلال رفتاری ناشی از یک اختلال روانی باشد درمان شبیه همان اختلال در فرد دارای بهره‌هوشی عادی است. ظاهراً عقب‌مانده‌های ذهنی کمتر گزارشهایی را در رابطه با عوارض جانبی داروها ارائه

^۱Williams syndrome

^۲Soto's syndrome

می‌دهند. بنابراین بایستی مراقبتهای ویژه‌ای را در رابطه با مقداری داروی مورد نیاز در نظر داشت. در موارد بسیار شدید پذیرش در بیمارستان به نظر می‌رسد که ضروری باشد. برحسب مورد برای درمان نشانه‌های اسکیزوفرنیا در افراد عقب‌مانده ذهنی می‌توان داروهای ضدروان‌پریشی را تجویز کرد. در درمان انواع اختلالات عاطفی در میان عقب‌ماندگان ذهنی، لیتیوم می‌تواند در کنترل اختلالات عاطفی برگشت‌پذیر موثر باشد. در مقابله با اختلال سازگاری و روان‌نژندی افراد عقب‌مانده ذهنی درمان متوجه کاهش عوامل استرس‌زا از طریق ایجاد تغییرات موثر در محیط بیمار است. همچنین اگر مهارتهای کلامی کافی در عقب‌ماندگان ذهنی وجود داشته باشد مشاوره به خوبی به کار می‌رود.

برای مهار اختلالات شخصیت باید محیطی یافت که برای خلق و خوی بیمار عقب‌مانده ذهنی بسیار مناسب باشد. اگر مهارتهای کلامی کافی است مشاوره ممکن است مفید واقع شود. برای کاهش و یا از بین بردن مشکلات در خودماندگی (اوتیسم) و فزون جنبشی (هایپرکیتیک) به خصوص اگر این مشکلات شدیدند ممکن است بستری کردن در بیمارستان لازم باشد. در مورد مشکلات جنسی افراد عقب‌مانده ذهنی اگر نگرانی راجع به خطر بارداری بدون برنامه باشد روشهای ضدبارداری می‌توانند این خطرات و نگرانی‌های ناشی از آن را کاهش دهند و اگر یک حاملگی روی دهد برای خاتمه دادن به حاملگی یا نازا ساختن، توصیه متخصصین لازم است (کاپلان و سادوک ۱۹۹۵ و ۱۹۹۸).

خلاصه و نتیجه‌گیری:

مرور ادبیات اختلال روانی در کودکان عقب‌مانده ذهنی نشان می‌دهد شیوع اختلال روانی در عقب‌ماندگان ذهنی با شدت عقب‌ماندگی ذهنی افزایش یافته است، چه شیوع اختلالات رفتاری در میان جمعیت عقب‌مانده ذهنی ۳ تا ۴ برابر بیشتر از جمعیت سالم (عادی) است و هر چه سطح بهره هوشی در عقب‌ماندگان ذهنی پایین‌تر باشد، آنها برای ابتلا به اختلالات رفتاری شدیدتر مستعدترند.

در عقب‌ماندگان ذهنی با بهره‌هوشی پایین‌تر پاره‌ای از اختلالات روانی نظیر در خودماندگی (اوتیسم) فزون جنبشی، حرکات کلیشه‌ای، هرزه‌خواری (زاغ‌گونگی) و خودگزندی فراوانترند و در کودکان عقب‌مانده ذهنی با بهره‌هوشی بالاتر زمینه ابتلا به رفتارهای ضداجتماعی و حالات روان‌نژندی یا روانگسستگی بیشتر است.

در عقب‌ماندگان ذهنی خفیف تا متوسط نوع اختلالهای روانی مانند کودکان سالم (عادی) است. برای مثال کمبود توجه و تمرکز، اختلال وسواس، اختلالهای اضطرابی، خلقی و شخصیتی و روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنیا) مشابه کودک غیرعقب‌مانده است. البته عدم کفایت اجتماعی، وابستگی، حساسیت نسبت به انتقاد، اضطراب و پرخاشگری به یک نسبتی بیشتر است. کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی شدید پرتحرکی، کنش تکانه‌ای و کاهش توجه نشان می‌دهند. این علائم از ابتدای کودکی شروع می‌شود و بیشتر در کودکان مبتلا به صرع و فلج مغزی وجود دارد.

هیچ نشانه شخصیتی خاصی که به طرزی منحصر به فرد با عقب‌مانده ذهنی همراه باشد، وجود ندارد. برخی افراد عقب‌مانده ذهنی واجد حالات انفعالی، اطاعت‌گری و وابستگی‌اند و برخی دیگر دارای حالات پرخاشگری، برانگیختگی و فقدان تعادل هستند. چه ضعف یا فقدان مهارتهای ارتباطی، زمینه‌ساز رفتارهای پرخاشگرانه و غیرسازشی مخرب می‌گردد که متعاقباً جایگزین اعمال نشانه‌های رفتاری ویژه‌ای مشخص می‌شوند (مانند رفتارهای خودکرنندی، لجبازی و تضادورزی که با نشانگان لث - نیهان توام است) (کروم ۱۹۶۰)

در پاره‌ای از موارد وجود اختلالات روانی در عقب‌ماندگان ذهنی ناشی از واحد بودن علت عقب‌ماندگی ذهنی و اختلال رفتاری است. برای مثال آسیب‌دیدگی مغز و ضربه سر، ممکن است به طرز توامانه‌ای به عقب‌ماندگی ذهنی و اختلال شخصیتی منجر شود.

هر نوع اختلال رفتاری ممکن است همراه با عقب‌ماندگی ذهنی مشاهده شود و هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی واجد اختلالات رفتاری ویژه‌ای هستند که از لحاظ شکل و محتوا در یک مقوله خاص و نوعاً متفاوت از سایر افراد است (پیستر هور ۱۹۹۳)

نظر به اینکه بر حسب شدت عقب‌ماندگی ذهنی، تظاهرات بالینی اختلال رفتاری متغیر است، وجود پاره‌ای از نقایص ارتباطی در افراد عقب‌مانده ذهنی مانع از آن می‌شود که آنان بتوانند درباره تغییر شخصیت و وجود اختلال در خود به طرز آگاهانه‌ای حرف بزنند.

مثلاً تشخیص اختلال افسردگی اساسی در افراد عقب‌مانده ذهنی بزرگسالی فاقد توانایی کلامی‌اند، تنها بر پایه تظاهرات آن در اختلالهای رفتاری نظیر خلق افسرده، تحریک‌پذیری

روانی، روان‌بی‌اشتهایی، بی‌خوابی... قابل مشاهده است (کوریت، ۱۹۹۵)

شایعترین اختلالهای رفتاری در عقب‌ماندگان ذهنی عبارتند از: اختلال فزون جنبشی بدون خودگذرندی، اختلالهای خلقی، اختلالهای، در خودماندگی یا اوتیسم کودکی)، اختلال حرکتی کلیشه‌ای، اختلال روانی ناشی از یک حالت طبی عمومی (مانند فراموشی ناشی از ضربه سر) هرزه‌خواری یا زاغ‌گونگی.

علل اختلالهای روانی در کودکان عقب‌مانده خفیف تا جایی که به زمینه‌ها و عوامل ژنتیکی مربوط می‌شود همانند کودکان عادی (سالم) است و در کودکان عقب‌مانده ذهنی شدید غالباً به آسیب‌شناسی عضوی (آسیب‌دیدگی مغزی) مربوط می‌شود. علل روانی - اجتماعی در کلیه سطوح عقب‌ماندگی ذهنی مشترک است.

کودکان عقب‌مانده ذهنی توانایی کمتری برای برخورد مناسب با مسائل روزمره خود دارند. بنابراین در صورت عدم توانایی برای مهار موقعیتها دچار اضطراب می‌شوند. ناتوانی در برقراری ارتباط تغییر وضعیت موجب بروز ناکامی و ظهور پرخاشگری می‌گردد. ارتباط مستقیمی بین اختلالهای تکلمی و بروز اختلالهای روانی وجود دارد. اغلب این اختلالها به دنبال بهبودی وضعیت تکلمی بهتر می‌شوند.

کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی احساس بی‌ارزش می‌کنند. در اینها شکستهای پیاپی موجب کاهش اعتماد به نفس و بروز احساس ناامیدی و بی‌پناهی می‌شود. اختلالهای رفتاری و اشکالات یادگیری بیشتر موجب طرد آنها توسط همسالان می‌شود. از این رو آنچه در ارتباط با این کودکان دارای اختلالهای رفتاری - عاطفی باید گفت این است که ارتباطات صمیمی و نزدیک با یک والد و یا مراقب و سایر نظامهای حمایت اجتماعی موجب افزایش اعتماد به نفس می‌گردند. بدیهی است استفاده از سایر روشهای مداخله و درمان شامل تغییرات محیطی، مداخلات آموزشی، تقویت مهارتهای اجتماعی، روان‌درمانی، دارودرمانی، و بستری کردن در مراکز نگهداری با آگاهی و شناخت در کم و کیف اختلالهای روانی کودکان عقب‌مانده ذهنی موثر واقع می‌شود. برنامه‌های درمانگری، با تاکیدشان بر پیشینه اختلال روانی و کمینه‌سازی آثار نامطلوب آن ادغام با جامعه، برای بسیاری از کودکان عقب‌مانده ذهنی و خانواده آنها موفقیت‌آمیز است. مسائل و مشکلات رفتاری با برنامه‌های درمانی کاهش یافته و خانواده‌ها انطباق رضایت‌بخش را می‌آموزند (راتر و تایلر، هرسو ۱۹۹۴)

منابع:

سلیمی، اشکوری، هادی - گزارش در سمپوزیوم عقب ماندگی ذهنی، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۶۶.

شرینی درآمدی، پرویز، کودک عقب مانده ذهنی - روی آورد روانی تربیتی - انتشارات قدن - چاپ اول ۱۳۷۷.

خوشابی کتابون - مجموعه مقالات همایش بین‌المللی کودکان ناتوان هوشی، ۱۳۷۸. ص ۱۸۳ - ۱۸۰.

گلدنر - مایکل و همکاران، سبانی روانپزشکی آکسفورد (روانشناسی بالینی). ترجمه کیانوش هاشمیان و الهام ابوحمز، انتشارات ارجمند، ۱۳۷۷.

- 1- British medical journal: 879-904. Department of health and social security 1988 report of inquiry into child abuse in Cleveland, 1987. Cm 413. HmsO. London.
- 2- Corbett, L(1995) Psychiatric morbidity and mental retardation : James F Snaith R, (ed) Psychiatric illness and mental handicap. Giaskell Press. London.
- 3- Kaplan, H. Sadock, B. (1995) Comprehensive textbook of psychiatry / VI, Williams and Wilkins publication.
- 4- Hasan, M. R and Mooney, R. P (1993) Three case of manic - depressive illness in mentally retarded adults. Americans journal of Psychiatry 136. 1069-1071.
- 5- Maston, J, L and Frame. C, L,(1986) Psychopathology among mentally retarded.
- 6- Rutter, M, Taylor, E. Hersove, L. (1994) Child and Adolescent psychiatry . 3rd edition Blackwell scientific publications.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی