

در خود ماندگی چیست؟

و ممکن است به جای اینکه از "من" یا "به من" استفاده کنند به خودشان اشاره کنند. برخی از این کودکان با یک صدای وزوز در مورد حوزه محدودی از موضوعات مورد توجه صحبت می کنند، به علایق شخصی او که برای او صحبت می کنند توجه کمتری دارند (منظور اینکه آنها به مخاطب خود توجه ندارند). افراد در خود مانده اغلب به صداها، لمس یا دیگر محرک های حسی پاسخ های غیر عادی دارند. کاهش حساسیت به درد را نشان می دهند. آنها همچنین امکان دارد به احساسات دیگر فوق العاده حساس باشند. این حساسیت غیر عادی ممکن است به علایم رفتاری مانند مقاومت در برابر در آغوش گرفتن کمک کند.

در خود ماندگی چگونه تشخیص داده می شود؟

در خود ماندگی به عنوان یک اختلال رشدی پیشرونده طبقه بندی می شود، همچنین برخی از پزشکان واژه هایی مانند "آشفته گی هیجانی" را برای توصیف افراد در خود مانده به کار می برند. چون تنوع، شدت و علایم در خود ماندگی زیاد است، ممکن است باز شناخته نشود، به ویژه در افرادی که تحت تاثیر ملایمی از در خود ماندگی هستند یا در افرادی که چند معلولیتی هستند. محققان و درمانگران چندین سری از ملاک های تشخیص پیشرفته را برای در خود ماندگی بر شمرده اند. برخی

در خود ماندگی بیماری نیست، بلکه یک اختلال رشدی در عملکرد مغز می باشد. افرادی که دچار در خود ماندگی کلاسیک می باشند، سه نوع علامت را نشان می دهند: آسیب در روابط متقابل اجتماعی، مشکلاتی در ارتباط کلامی و غیر کلامی و قوه تخیل و محدودیت غیر عادی یا شدید در فعالیت ها و علایق. علایم در خود ماندگی به طور معمول در سه سال اول کودکی آشکار می شوند و در طول زندگی ادامه می یابند. اگر چه در مان وجود ندارد، ولی امکان دارد مدیریت مناسب رشد نسبتا طبیعی را باعث شود و رفتار های نامطلوب را کاهش دهد. افراد دچار در خود ماندگی یک زندگی طبیعی دارند.

در خود ماندگی بر اساس ملاک تشخیص به کار رفته در حدود ۲ تا ۱۰ نفر از هر ۱۰۰۰۰ نفر را تحت تاثیر قرار می دهد. بیشترین تخمین که شامل افراد با اختلال مشابه است ۲ تا ۳ برابر بیشتر از این است. در خود ماندگی غالبا در مردان حدود ۴ برابر زنان نفوذ دارد و در سرتاسر جهان در همه افراد از همه نژادها و زمینه های اجتماعی یافت می شود.

شدت در خود ماندگی متفاوت است. شدیدترین موارد به وسیله تکرار فوق العاده، غیر عادی، صدمات به خود و رفتار تجاوزکارانه مشخص می شود. این رفتار ممکن است در طول زمان ادامه داشته باشد و باعث افزایش بسیاری از مشکلات برای تغییر باشد، یک چالش در خور توجه بیشتر در مورد آنهایی که باید با افراد در خود ماندگی زندگی کنند، آنها را درمان کنند و آموزش دهند مطرح می کند. ملایم ترین اشکال در خود ماندگی به یک اختلال شخصیتی که در ارتباط با ناتوانی یادگیری می باشد شباهت دارد (ناتوانی در یادگیری ادراکی).

برخی علایم عمومی در خود ماندگی کدامند؟

علامت ظاهری در خود ماندگی آسیب در تداخل اجتماعی است. کودکان دچار در خود ماندگی ممکن است برای پاسخ دادن به نام هایشان عاجز باشند و اغلب از نگاه کردن به دیگران اجتناب می کنند. این قبیل کودکان غالبا در تفسیر صدا یا حالت های چهره ای مشکل دارند و به عواطف دیگران پاسخ نمی دهند رفتارشان را در ارتباط با افراد دیگر یا به صورت دیگران منفی آشکار می سازند.

بیشتر کودکان دچار در خود ماندگی گرفتار حرکات تکراری مانند تکان خوردن و چرخیدن سرشان هستند یا گرفتار رفتار آسیب به خود مانند گاز گرفتن یا خرد شدن سر می باشند. همچنین آنها دیرتر از سایر کودکان تمایل به شروع صحبت دارند

در خود ماندگی

از ملاک هایی که به صورت فراوان به کار می روند عبارت است از:

- فقدان یا نارسایی در قوه تصور و ایفای نقش اجتماعی
- نارسایی در توانایی ایجاد دوستی ها با همسالان
- ناتوانی برای شروع کردن یا ادامه دادن به گفت و گو با دیگران
- پژواک گویی، تکرار، یا کاربرد غیر معمول زبان
- محدودیت در الگوهای علایمی که از نظر شدت یا تمرکز ناهنجارند

شان مورد بررسی قرار گیرد. برخی مواقع کودکان علاوه بر در خود ماندگی، نارسایی شنوایی نیز دارند. در حدود نیمی از افراد دچار در خود ماندگی در آزمون‌های هوشی نمره پایین‌تر از ۲۰، ۵۰ درصد نمره بین ۷۰ تا ۳۰ درصد بالاتر از ۷۰ می‌گیرند. با وجود این، برآورد هوشیهر در بچه‌های کوچکتری که دچار در خود ماندگی هستند اغلب مشکل است، زیرا مشکل زبانی و رفتاری با انجام آزمون تداخل ایجاد می‌کنند. درصد سنی کوچکی از افراد دچار در خود ماندگی، ساوانت می‌باشند. این افراد محدودیت دارند ولی توانایی‌های فوق‌العاده در زمینه‌هایی مانند موسیقی، ریاضیات، نقاشی یا بصری (تصور کردن) دارند.

● بیوستگی ظاهر اثبات به امور عادی ویژه یا تشریفات خاص
● دلمشغولی با قسمت‌هایی از اشیا

کودکانی که برخی علائم در خود ماندگی را دارند ولی برای تشخیص به عنوان شکل کلاسیک اختلال کافی نمی‌باشد، اغلب به عنوان (کودکانی که) دچار اختلال رشد پیشرونده - نه اختلال‌های تصریح شده دیگر (NOS-PDD) هستند، تشخیص داده می‌شود. اصطلاح نشانگان اسپرگر برخی مواقع برای توصیف افرادی که دچار رفتار در خود ماندگی ولی با مهارت‌های زبانی خوب رشد کرده هستند به کار می‌رود. کودکانی که در چند سال اول زندگی طبیعی به نظر می‌رسند سپس مهارت‌هایشان را از دست می‌دهند و شروع به آرایه رفتار در خود ماندگی می‌کنند، ممکن است به عنوان کودکانی که دچار اختلال فروپاشی کودکی (CDD) تشخیص داده شوند. دخترانی که دچار نشانگان رت هستند، یک اختلال ژنتیکی مربوط به جنس که با رشد ناکافی مغز، حمله‌های قلبی یا مغزی و دیگر مشکلات نورولوژیکی، مشخص می‌شوند نیز ممکن است رفتار اتستیک را نشان می‌دهند. NOS-PDD، نشانگان اسپرگر، CDD و نشانگان رت برخی مواقع به عنوان اختلال‌های طیف در خود ماندگی مورد اشاره قرار می‌گیرند.

از آنجایی که مشکلات خواندن می‌تواند با در خود ماندگی اشتباه شود، کودکان دچار تاخیر رشد گفتار باید همیشه شنوایی

ماندگی (اتیسم)

ترجمه: فاطمه اصغری هاوستین
شاغل در مدرسه دانا منش تبریز

از آنجایی که مشکلات خواندن می تواند با در خود ماندگی اشتباه شود، کودکان دچار تاخیر رشد گفتار باید همیشه شنوایی شان مورد بررسی قرار گیرد

علل در خود ماندگی کدامند؟

در خود ماندگی علت واحدی ندارد. محققان معتقدند که چندین ژن عوامل محیطی مانند ویروس ها یا مواد شیمیایی برای اختلال مشارکت می کنند. مطالعاتی که بر روی افراد دچار در خود ماندگی انجام گرفته مشخص ساخته است که نابهنجاری هایی در چندین ناحیه از مغز شامل مخچه، آمیگدال، هیپوکامپ، ساقه مغز و جسم پینه ای یافت شده است. نورون ها در این مناطق کوچکتر از حد طبیعی به نظر می رسند و رشته عصبی را که ممکن است در پیام عصبی دخالت داشته باشد، از رشد باز می دارند. این نابهنجاری ها نشان می دهد که در خود ماندگی در نتیجه فرو پاشی رشد سریع طبیعی مغز در طی دوران رشد جنینی می باشد. مطالعات دیگر نشان می دهد که افراد دچار در خود ماندگی نابهنجاری هایی در سروتونین یا دیگر مولکول های پیام رسان (پیام رسان عصبی) در مغز دارند. در حالی که این یافته ها جذاب هستند، (ولی) مقدماتی هستند و به مطالعه آینده نیاز مندند. عقیده پیشین که معتقد بود عملکردهای مربوط به والدین مسوول در خود ماندگی می باشند حالا رد می شود.

در اقلیتی از موارد، اختلال هایی مانند نشانگان X شکننده، اسکولوز تویرز، فیل کتونوریای در مان نشده و سرخچه مادرزادی علت رفتار اتیستیک می باشد. اختلال های، دیگر شامل تورت، ناتوانی های یادگیری و اختلال نقص توجه اغلب همراه با در خود ماندگی می افتند نه به عنوان علت آن. به دلایلی که هنوز معلوم نشده است، در حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از افراد دچار در خود ماندگی نیز صرع را تا زمانی که به بزرگسالی می رسند پیش می برند. در حالی که افراد دچار اسکیزوفرنی ممکن است برخی رفتارهای مشابه در خود ماندگی را نشان دهند، (ولی) علائم آنها معمولاً تا بعد از نوجوانی یا زودتر از بزرگسالی ظاهر نمی شوند. بیشتر افراد دچار اسکیزوفرنی همچنین توهمات و دلخوشی های بی اساس دارند، که در در خود ماندگی یافت نمی شود.

ژنتیک چه نقشی را ایفا می کند؟

مطالعات اخیر قویا نشان می دهد که برخی افراد یک آمادگی ژنتیکی برای در خود ماندگی دارند. دانشمندان تخمین می زنند که در خانواده هایی که یک کودک در خود ماندگی دارند، خطر

داشتن بچه دوم مبتلا به اختلال تقریباً ۴ درصد یا ۱ در ۲۵ می باشد که این میزان از خطر داشتن آن برای جمعیت عمومی بیشتر است. (ببینید: در خود ماندگی چیست؟) محققان در مورد عواملی که ژن ها را برای افزایش این قابلیت یاری می کنند، جستجو می کنند. در برخی موارد، والدین و خویشاوندان دیگر شخص در خود ماندگی رفتارهای ملایم اجتماعی، ارتباطی یا تکراری نشان می دهند که به آنها برای عملکرد طبیعی اجازه می دهد ولی در ارتباط با در خود ماندگی آشکار می شوند. شواهد همچنین نشان می دهند که برخی تاثیرات یا هیجانات، اختلال ها، مانند: افسردگی، مانیک، با فراوانی بیشتر از متوسط در خانواده های دچار در خود ماندگی اتفاق می افتند.

آیا علائم در خود ماندگی در طول زمان تغییر می یابند؟

در بیشتر کودکان دچار در خود ماندگی، علائم، با مداخله یا بارش کودکان تقویت می شوند. برخی از افراد در خود ماندگی، سرانجام به زندگی طبیعی یا نزدیک به طبیعی سوق داده می شوند. با وجود این، گزارش های برخی والدین از کودکان در خود ماندگی نشان می دهد که مهارت های زبانی آنها معمولاً قبل از ۳ سالگی واپس روی سریع داشته است. این واپس روی اغلب به نظر می رسد که در ارتباط با صرع یا بازداری مربوط به فعالیت مغز باشد. نوجوانی نیز مشکلات رفتاری برخی از کودکان مبتلا به در خود ماندگی را بدتر می کند که ممکن است افسرده شوند یا افسردگی آنها صورت فزاینده داشته باشد. والدین باید برای تعدیل در مان برای تغییر نیازهای کودکان آماده باشند.



عکس: شهر همنجلی

علایم در خود ماندگی به طور معمول در سه سال اول کودکی آشکار می شوند و در طول زندگی ادامه می یابند

در خود ماندگی چگونه درمان می شود؟

در حال حاضر هیچ درمانی برای در خود ماندگی وجود ندارد. درمان ها یا مداخله ها به عنوان علاج کار علایم ویژه در هر فرد طرح ریزی می شوند. بهترین درمان مطالعه شده شامل مداخله های آموزشی/رفتاری و پزشکی می باشد. گرچه این مداخله ها در مان در خود ماندگی نیستند، (بلکه) آنها غالباً بهبود واقعی را فراهم می سازند.

* مداخله های آموزشی/رفتاری:

این راهبردها بر اساس ساختار عالی و آموزش مهارت محور پر قدرت که با فردیت کودک ارتباط می یابند، تاکید می کنند. درمانگران با کودک در جهت کمک به رشد مهارت های اجتماعی و زبانی کار می کنند. چون کودکان زمانی که خیلی کوچکند تحت تاثیر بیشتری و با سرعت یاد می گیرند، این نوع درمان باید تا حد امکان هر چه سریع تر شروع شود. مدارک اخیر نشان می دهد که مداخله سریع، رشد مغز را تحت تاثیر یک تغییر خوب مساعد قرار می دهد.

* پزشکی:

پزشکان ممکن است داروهای مختلفی را برای کاهش رفتار آسیب به خود یا علایم مشکل ساز دیگر در خود ماندگی و با شرایط مربوطه مانند صرع و اختلال های توجه تجویز نمایند. بیشتر این دارو ها بر سطوح سروتونین یا مواد شیمیایی پیام رسان دیگر در مغز تاثیر می کنند.

بیشتر مداخله ها قابل استفاده هستند، به غیر از چند مورد، مطالعات دانشمندان کاربرد آنها را اثبات می کند این درمان ها جدال انگیز (بحث انگیز) باقی می ماند و ممکن است علایم شخصی ویژه را کاهش دهند یا کاهش ندهند. والدین باید پیش از قبول یک درمان خاص احتیاط کنند. مشاوره برای خانواده های افرادی که دچار در خود ماندگی هستند نیز ممکن است به آنها برای مقابله با اختلال کمک نماید.

چه جنبه هایی از در خود ماندگی مطالعه شده است؟
NINDS حمایت کننده پزشکی، رهبری دولت فدرال می باشد



عکس فائزه رضایی

که بر روی مغز و اختلالات سیستم اعصاب به انضمام در خود ماندگی تحقیق می کند. NINDS تحقیق را در آزمایشگاه های انجمن بهداشت در بیتسدا، مریلند، و از تحقیقاتی که در موقعیت های دیگر که از طریق اعانه ها صورت می گیرد حمایت می کند.

NINDS از تحقیقاتی که شامل مطالعاتی در تشخیص ناهنجاری های اساسی مغز در در خود ماندگی که باروش های جدید تصویر سازی مغزی و تکنیک های بدیع دیگر صورت می گیرد، حمایت می کند. برخی از دانشمندان امیدوارند ژن هایی را که میزان خطر در خود ماندگی را افزایش می دهند، مشخص نمایند.

دیگران جنبه های خاصی از رفتار، پردازش اطلاعات و ویژگی های خاص دیگری را که برای یادگیری دقیق اینکه کودکان دچار در خود ماندگی چگونه با افراد دیگر تفاوت دارند و این ویژگی های خاص چگونه در طول زمان تغییر می یابند را مطالعه می کنند. یافته ها ممکن است به اصلاح راهبردها برای تشخیص سریع و مداخله سریع منجر شود. مطالعات مربوطه، رشد مغزی و پردازش اطلاعات، نحوه مناطق مختلف مغز را که در ارتباط با یکدیگر عمل می کنند و نحوه تغییرات در این رابطه را در طول رشد که ممکن است منجر به نشانه ها و علایم در خود ماندگی شود را مورد آزمون قرار می دهند. محققان امیدوارند که این تحقیق سر رشته های جدید در مورد اینکه چگونه در خود ماندگی توسعه می یابد و ناهنجاری های مغز چگونه در رفتار تاثیر می کنند، فراهم می سازد.