

آشنایی با خاموشی انتخابی

ترجمه و تنظیم: محمد جعفری جاهد / کاردرمانگر
کارشناس مسوول مدیریت آموزش
و پرورش استثنایی اردبیل

مقدمه و تعریف

خاموشی انتخابی کودکان اختلالی است که با ناتوانی مستمر در گفتار در یک موقعیت اجتماعی، علی‌رغم توانایی صحبت کردن در موقعیت‌های دیگر مشخص می‌شود. سکوت کودک که قادر به حرف زدن است اما تنها در موقعیت‌های مشخصی این کار را انجام می‌دهد. برای مثال، کودک در خانه و نزد دوستانش به طور طبیعی حرف می‌زند، اما اصلاً در مدرسه حرف نمی‌زند. در اغلب کودکان این وضعیت گذرا است، اما در بعضی موارد ممکن است وضعیت جسدی شده و ارایه خدمات روان‌شناختی ضروری شود. (فرهنگ کودک‌کان استثنایی)

اختلال خاموشی انتخابی قبل از پنج سالگی اتفاق می‌افتد و اولین علائم هشدار دهنده آن زمانی آشکار می‌شود که کودک در مدرسه است. علائم اختصاصی این اختلال در سال ۲۰۰۰ در DSM-IV-TR (صص ۱۲۷-۱۲۵) به این شرح ارایه شده است:

✓ ناتوانی مستمر در تکلم در برخی موقعیت‌های اجتماعی خاص (که در آنها انتظار تکلم می‌رود، مانند مدرسه) علی‌رغم تکلم در موقعیت‌های دیگر.

✓ اختلال در پیشرفت تحصیلی یا شغلی و یا ارتباط اجتماعی تداخل می‌نماید.

✓ طول مدت اختلال حداقل یک ماه می‌باشد که محدود به ماه اول ورود به مدرسه نیست.

✓ صحبت نکردن نتیجه فقدان معلومات نبوده و یا با راحتی و آسایشی که زبان شفاهی در موقعیت‌های اجتماعی ایجاب می‌کند، مرتبط نمی‌باشد.

✓ اختلال ارتباطی دیگر نظیر لکنت زبان، توضیح بهتری برای این اختلال نیست و این اختلال منحصراً در جریان اختلال نافذ مربوط به رشد، اسکیزوفرنی یا یک اختلال سایکوتیک دیگر روی نمی‌دهد.

علائم و اختلال‌های همراه

خجالتی بودن افراطی، ترس از دست‌پاچگی در موقعیت اجتماعی، انزوای اجتماعی و گوشه‌گیری از جمله علائم روانی و شخصیتی کودک دارای خاموشی انتخابی می‌باشد.

ناتوانی مستمر گفتار در موقعیت‌های خاص اجتماعی، علامت ویژه این کودکان است. در این اختلال درجات مختلفی از مشکلات ارتباط کلامی و غیرکلامی دیده می‌شود و از کودک به کودک دیگر متفاوت می‌باشد. معمولاً کودکان هر چند اختلال ارتباطی مرتبط دیده می‌شود (مانند: مشکلات تولید، اختلال‌های زبانی، بیانی و درکی) و اما خاموشی انتخابی مشکلات زبانی و یا گفتاری

ندارند، مشکلات ارتباطی علت اصلی این اختلال نیست.

در چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روان‌پزشکان آمریکا، کودکان خاموشی انتخابی تقریباً علاوه بر مشکلات ذکر شده اختلال اضطرابی (فوبی اجتماعی خاص) نیز دارند.

ارزیابی و مصاحبه

گروهی مرکب از پزشک متخصص کودکان، روان‌پزشک، گفتاردرمانگر، روان‌شناس، معلم و خانواده با کودک کار می‌کنند.

✓ شرح حالی شامل علایم اختلال، مخصوصاً رفتار کودک تهیه می‌شود. (اکثر این کودکان، حمله ناگهانی علایم ندارند).

✓ میزان مشکلات و محدودیت‌های کلامی و غیر کلامی - ارتباط کودک با دوستان و یا روابط کودک در مدرسه و خارج از مدرسه (ارتباط با کودکان در زمین بازی و صحبت کردن تلفنی)

✓ مشکلات همراه - مانند اسکیزوفرنی اختلال‌های نافذ مربوط به رشد که باید در مورد ناتوانی گفتار مورد بررسی قرار گیرد. اگر یکی از این اختلال‌ها دیده شود، تشخیص اختلال خاموشی انتخابی پذیرفته نیست.

✓ رشد گفتاری - زبانی، درک زبان و استفاده روان از زبان مورد بررسی قرار می‌گیرد - آیا کودک گفتار مردم را می‌فهمد؟ آیا کودک سوال‌ها را می‌فهمد و از راهنمایی‌ها پیروی می‌کند؟ آیا کودک توانایی پیدا کردن کلماتی برای بیان افکار و خواسته‌های خود دارد؟

✓ تأثیر محیط - مانند یادگیری دو زبان در یک زمان و یا تحریک‌های زبانی ناکافی که اعتماد و

آرامش کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

✓ تاریخچه خانوادگی - از نظر روانی (فوبی اجتماعی، اختلال وسواسی اجباری و یا اختلال‌های اضطرابی دیگر) از نظر شخصیتی (خجالتی افراطی) زمینه‌ساز ابتلا به خاموشی انتخابی هستند و کودکان باید از نظر تاریخچه پزشکی و مشکلات فیزیکی (تأخیر نورولوژی) تحت معاینه قرار گیرند.

✓ تاریخچه آموزشی - بر اساس گزارش مدرسه، گفتار، معلم و خانواده تهیه می‌شود.

✓ آزمون دهانی - حرکتی^۲

✓ آزمون اولیه شنوایی^۳ و عملکرد داخلی نیز اجرا شود.

اقدام‌های درمانی و آموزشی

تعدادی از کودکان بدون درمان خاصی بهبودی می‌یابند. کودکانی که در فاصله‌های زمانی در مدرسه صحبت می‌کنند، احتمال دارد بدون هیچ درمانی شروع به صحبت کنند، هر چند ممکن است تعدادی از آنها حتی بعد از صحبت کردن در مدرسه به مشکل خجالتی بودن ادامه دهند.

ناتوانی مستمر گفتار در

موقعیت‌های خاص اجتماعی، علامت

ویژه این کودکان است

اگر چه روان‌درمانی انفرادی، بازی‌درمانی، روان‌کاوی و خانواده‌درمانی برای کودک موثر است توصیه می‌شود، ولی هیچ سابقه تاریخی دال بر وجود روش‌های درمانی مناسب، معتبر و قابل قبول یافت نمی‌شود.

مدرسه هستند، درمان توصیه نمی‌شود مگر این‌که مشکلات خاصی علاوه بر خاموشی انتخابی و خجالتی بودن داشته باشند. در این موارد معمولاً مراقبت و صبر کردن راه حل مناسبی است. حتی زمانی که درمان خاصی انجام نمی‌گیرد می‌توان گاه‌گاهی جهت کمک به والدین و مدرسه توصیه‌هایی را ارائه داد تا علی‌رغم بی‌میلی کودک به صحبت کردن، رفتار مناسبی را با او داشته باشند.

برای کودکانی که بیش از ۴-۳ ماه در مدرسه هستند معمولاً یک دوره رفتار درمانی شناختی با درمانگر متخصص توصیه می‌شود. در کودکانی که اختلال شدت بیشتری دارد دارو درمانی نیز توصیه می‌شود.

معلم، والدین و مشاوره مدرسه

در مورد این کودکان، باید توجه داشت که آیا آنها واقعاً ترسیده‌اند؟ برای صحبت در مدرسه راحت نیستند و یا لجبازی می‌کنند. تشویق و تمجید، حمایت و اطمینان دادن مفید و موثر خواهد بود. هر پیشرفتی در زمینه ارتباط کلامی و غیر کلامی بایستی تشویق شود، حتی پیشرفت از سکوت مطلق به سمت نجوایی که به زحمت قابل شنیدن است نیز باید تشویق شود. تعدادی از کودکان موتیسم از اینکه مرکز توجه قرار می‌گیرند ناراحت هستند، این شرایط (مرکز توجه قرار گرفتن) بعضی مواقع بهتر از تشویق و تعریف محرمانه و انفرادی است. برای مثال تشویق با صدای بلند در جلوی کلاس مدرسه و سایر معلمان می‌تواند او را ناراحت و نگران کند.

تجربه نشان می‌دهد روش‌های درمانی در بیشتر مواقع سودمند نبوده و ممکن است در بعضی زیان‌آور نیز باشند. درمان با روش معین در بیشتر کودکان مفید و سودمند خواهد بود. یک نوع خاص از روان‌درمانی به نام رفتاردرمانی شناختی^۴ (C.B.T) اگر توسط درمانگر با تجربه و ماهر اجرا شود اغلب سودمند می‌باشد. رفتاردرمانگر شناختی به منظور پیشرفت برنامه درمانی و کمک به کودک در افزایش لغات، با کودک، معلم و والدین تعامل دارد و ضمن تشویق و تمجید باید برنامه درمانی با سرعت متناسب و وضعیت کودک اجرا شود.



طول مدت درمان اختلال خاموشی انتخابی فرایند پیچیده‌ای می‌باشد. عوامل متعددی بایستی مورد نظر قرار گیرد. از جمله: میزان شدت بیماری و شدت لکنت. آیا بدون درمان بهبودی دارد؟ خطرهای نسبی و عوارض جانبی درمان‌های مختلف چه هستند؟ آیا کودک و خانواده به رفتارشناختی ماهر و روان‌پزشک کودک دسترسی دارد؟ احساس خانواده و کودک در مورد درمان چیست؟
برای کودکانی که کمتر از ۴-۳ ماه در

سرزنش و شرمسار کردن کودک به خاطر صحبت نکردن اغلب نتیجه مناسبی نمی‌دهد.

در نهایت، اگر علائم ویژه‌ای وجود نداشت، توصیه می‌شود کودکان دچار لالی انتخابی به جای شرکت در کلاس‌های ناتوانی هیجانی یا کلاس‌های آسیب‌گفتار و زبان در کلاس‌های عادی باقی بمانند. مقداری انعطاف‌پذیری در معلم و مدیر مدرسه لازم است. اعتقاد داریم برای کمک به یادگیری و ارتباط کودکان در کلاس عادی حتماً راه مناسبی پیدا می‌شود که کودکان نسبت به آن علاقه و توجه نشان دهند.

اگرچه روان‌درمانی انفرادی، بازی درمانی، روان‌کاوی و خانواده درمانی برای کودک موثر است توصیه می‌شود، ولی هیچ سابقه تاریخی دال بر وجود روش‌های درمانی مناسب، معتبر و قابل قبول یافت نمی‌شود

تا حد امکان باید از کشمکش‌های بین کودک و بزرگ‌ترها به ویژه در مورد صحبت کردن پرهیز کرد. فشار آوردن، مجاب کردن یا تقاضا کردن از کودک برای عادت به صحبت کردن، تنبیه یا

زیرنویس‌ها:

1. Selective (Elective) Mutism
2. Oral – Motor Examination
3. Screening Test For Hearing
4. Cognitive – Behavioral Therapy

منابع:

- Selective Mutism : www.org/public/speech/disorders/selective-mutism.htm
- Selective Mutism foundation: www.selectivemutismofoundation.org

- فرهنگ کودکان استثنایی، مؤلف: فلیپ ویلیامز، ترجمه: دکتر احمد به پژوه و همکاران. مؤسسه انتشارات

بعثت، چاپ اول، بهار ۱۳۷۵