

# بررسی تأثیر فعالیت بدنی بر درمان اختلال لالی انتخابی کودکان

فاطمه آدم زاده / مشاور آموزشگاه‌های استثنایی و مدرس تربیت معلم

## مقدمه

جهت تشخیص اختلال لالی انتخابی در نظر گرفته می‌شود:

۱. خودداری از صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی مانند مدرسه اگر چه کودک قادر به صحبت کردن در موقعیت‌های دیگر باشد به نحوی که ناتوانی در فهم زبان یا صحبت کردن ندارد.

۲. اختلال، تأثیر منفی روی موفقیت در مدرسه، کار و ارتباط‌های اجتماعی دارد.

۳. اختلال، حداقل برای یک ماه وجود داشته باشد (و محدود به اولین ماه در شروع مدرسه نیست).

۴. علت اختلال به وسیله اختلال‌های دیگر بیان نشده باشد مانند: لکنت، اسکیزوفرنیا یا اختلال‌های سایکوتیک.

## شیوع لالی انتخابی

پژوهش‌های به عمل آمده میزان‌های مختلفی از شیوع این اختلال را گزارش می‌دهند. پژوهش‌های اخیر از بران<sup>۳</sup> و لیود<sup>۴</sup> نرخ شیوع را در میان کودکان ۵ ساله، ۷/۲ در ۱۰۰۰ می‌دانند. این کودکان لالی کامل را در حدود ۸ هفته بعد از شروع مدرسه نشان دادند، ولی بعد از یکسال فقط ۰/۳ تا ۰/۶ در ۱۰۰۰ از این کودکان هنوز لال بودند. کپ<sup>۵</sup> و گیلبرگ<sup>۶</sup>

ضرورت توجه به تأمین سلامت جسمانی و روانی کودکان با نیازهای ویژه ایجاب می‌کند که در طرح‌ها و برنامه‌ها به بهبود و درمان و به طور کلی توان بخشی این کودکان توجه کافی شود. زیرا آنها همواره برای خود و والدین و مدرسه مسأله ساز می‌باشند. از این جهت راهبردهای درمانی لازم می‌تواند والدین و مربیان را در توان بخشی این کودکان یاری دهد که یکی از آنها توجه به نقش فعالیت بدنی در بهبود و درمان اختلال‌های خاص رفتاری کودکان است.

در این مقاله سعی شده است به اثرهای مثبت فعالیت بدنی بر بهبود اختلال لالی انتخابی<sup>۱</sup> پرداخته شود. کودکان با لالی انتخابی از صحبت کردن در موقعیت‌های معین خودداری می‌کنند اگر چه آنها قادر به صحبت کردن و فهم زبان هستند. مطمئناً اختلال دیده شده مربوط به اضطراب یا حتی به عنوان شکلی از ترس اجتماعی و تغییرهای مزاجی به صورت بیولوژیکی و مؤلفه‌های اضطراب ملاحظه می‌شوند که نقش عمده‌ای در سبب شناسی این بیماری بازی می‌کنند (کامپولین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

براساس چهارمین ویرایش راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی، ملاک‌های زیر

دارو درمانی مفید می‌باشد و توصیه می‌شود (کامپولین، ۲۰۰۲).

یکی دیگر از روش‌های درمانی توجه به فعالیت بدنی است. فعالیت بدنی در شیوه زندگی سالم برای کودکان با ناتوانی و بدون ناتوانی حیاتی است (هیوتینگ و- کانر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹، ترجمه آشور فیروز کوهی، ۱۳۸۴). یک برنامه مبتنی بر فعالیت بدنی به راحتی قابل اجرا بوده و در کنترل انواع، بسیاری از رفتارهای نامناسب مربوط به در خودماندگی مؤثر بوده است (آلیسن<sup>۱</sup>، و همکاران، ۱۹۹۱ و الیوت<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۴ ترجمه آشور فیروز کوهی، ۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های کودکان و دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و شواهد تجربی موجود نشانگر این حقیقت است که این گروه از دانش‌آموزان در مقایسه با همتایان عادی خود به دلیل تجربه شکست‌های ناشی از محدودیت‌های ذهنی، حسی و جسمانی خود در زندگی، در ابعاد اجتماعی و روانی، ذهنی و جسمانی کمتر به رشد یافتگی قابل قبول رسیده‌اند.

انجام فعالیت‌های منظم و مستمر ورزشی می‌تواند باعث کسب اعتماد به نفس مطلوب، کاهش فشارهای روانی، افزایش احساس خودسودمندی و تقویت دقت و تمرکز در این گروه از دانش‌آموزان شود (ساعی منش، ۱۳۸۲). برنامه تربیت بدنی انطباق یافته<sup>۳</sup> برنامه‌ای است که اهداف تربیت بدنی عادی را دنبال می‌کند اما با تغییرهایی در آنها تلاش می‌کند نیازهای کودکان استثنایی را بر آورد و در خور توانایی آنها باشد (فیت، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۵). که می‌توان از آن برای توان‌بخشی و درمان اختلال‌های با نیازهای ویژه استفاده کرد. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر فعالیت

شیوع را ۱/۸ در هر ۱۰۰۰ کودک سن ۷ تا ۱۵ ساله را گزارش کرده‌اند (کامپولین، ۲۰۰۲).

## درمان

اگر چه کلونین<sup>۷</sup> و فاندودیس<sup>۸</sup>، ۱۹۸۱ به نقل از گل، (۱۹۹۸) اظهار می‌دارند کودکان دچار لالی انتخابی مقاومت بالایی به درمان نشان می‌دهند ولی موارد گزارش شده، به کارایی این درمان‌ها اشاره کرده است.

روش‌های درمانی استفاده شده شامل: بازی درمانی، روان تحلیل‌گری و هنردرمانی می‌باشد. اخیراً درمان‌های رفتاری و شناختی مفید گزارش شده است؛ اگر چه روش روان‌پویایی تأکید شده است. دارو درمانی هم نمی‌تواند به عنوان اولین انتخاب در درمان باشد، ولی اگر روش‌های دیگر درمان مؤثر نبود دارو می‌تواند در طرح درمان شامل شود. به هر حال دارو نباید به عنوان تنها روش استفاده شود.



خانواده درمانی و مشاوره با کادر مدرسه هم در موفقیت درمان ضروری است. البته ترکیب روش‌های مختلف درمان مؤثرترین راه درمان کودکان با لالی انتخابی است. ترکیب تغییر رفتار و روش‌های شناختی دیگر، مشارکت خانواده، درگیری مدرسه و



عکس از: زهرا صدر

بدنی بر درمان اختلال لالی انتخابی کودکان عمل آزمایشی (حالت اولیه) B مرحله آزمایشی می‌باشد.

توصیف آزمودنی: نگین دانش آموز ۱۲ ساله‌ای است که دارای اختلال لالی انتخابی و عقب مانده ذهنی در سطح آموزش پذیر پایین می‌باشد. کلاس اول ابتدایی بوده و تحت درمان دارویی صرع می‌باشد. دارای یک خواهر ۱۶ ساله می‌باشد. وی در محیط خانه بخوبی صحبت و ارتباط برقرار می‌کند. خانواده مشکل عقب ماندگی ذهنی کودک را بخوبی نپذیرفته و برخی مواقع تنش‌هایی بین اعضای خانواده از عدم پیشرفت تحصیلی نگین و مشکلات رفتاری وی بوجود می‌آید.

حدود ۵ سال است در مدرسه و محیط‌هایی که خود انتخاب می‌کند، صحبت نمی‌کند ولی در محیط خانه و مکان‌هایی که دوست دارد صحبت می‌کند. البته در اولین سال ورود به آمادگی در مدرسه عادی

**روش پژوهش**  
به صورت تک آزمودنی<sup>۱۳</sup> از نوع A.B.A.B می‌باشد. در طرح پژوهش تک- آزمودنی پژوهشگر به بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد. اما بررسی اثرهای متغیر بر یک یا چند آزمودنی متمرکز است. هر چند در این نوع طرح‌ها ممکن است چندین آزمودنی مورد نظر قرار گیرد، اما داده‌ها برای هر یک از آزمودنی‌ها جداگانه تحلیل می‌شود.

از این نوع طرح‌ها معمولاً در بررسی‌های مربوط به تأثیر عمل خاصی روی اصلاح رفتار استفاده می‌شود (سرمد و همکاران، ۱۳۷۸). در این طرح A اندازه‌گیری حالت اولیه B عمل آزمایشی A حذف

بسیار خوشایندی داشت و با لبخند و شل کردن عضله‌ها، آن را نشان می‌داد.

۲. آموزش مهارت‌های صحبت کردن در جمع به همراه فعالیت بدنی: برای مثال از کلیه دانش‌آموزان مدرسه خواسته شد بازدن دست خود به مانعی و همزمان گفتن کلمه‌ای حرکتی را انجام دهند، تا اینکه نوبت آزمودنی می‌رسید. در اوایل کار امتناع می‌کرد ولی بعد از مدتی این حرکت‌ها را به همراه گروه انجام داد.



۳. مشاوره با کادر مدرسه مانند مدیر، معاون، گفتاردرمانگر و همکلاسی‌ها جهت ارتباط کلامی و فعالیت بدنی با دانش‌آموز: در مطالعه موردی که توسط اولهان و ری (۱۹۹۹) بر کودکانی که دارای اختلال لالی انتخابی بود از روش‌های درمانی حساسیت زدایی، مشاوره با کارکنان مدرسه، آموزش مهارت‌های صحبت کردن جمعی استفاده شده بود که پی‌گیری میزان گفتار دانش‌آموز را قابل ملاحظه نشان داد. در این پژوهش نیز مؤثر واقع شد.

۴. فعالیت بدنی به صورت فردی و گروهی: شامل انجام حرکت‌های ورزشی از ساده به پیچیده و

نسبتاً خوب بوده و ارتباط کلامی داشته ولی بعد از آن دچار مشکل شد، به طوری که قبل از درمان به هیچ وجه ارتباط کلامی با معلم و همکلاسی‌های خود برقرار نمی‌کرد و اسپاسم بسیار شدیدی در عضلات بدن خود داشت. هیچ‌گونه ارتباط کلامی و غیر کلامی با همکلاسی‌های خود نداشت. بدین صورت که حتی کتابش را از کیفش خارج نمی‌کرد یعنی هیچ‌گونه حرکتی انجام نمی‌داد. اگر مداد او به زمین می‌افتاد بر نمی‌داشت تا این که دانش‌آموزان دیگر برای او انجام دهند. حتی از خوردن تغذیه در مدرسه امتناع می‌کرد.

اقدام‌های درمانی که قبلاً برای دانش‌آموز استفاده شده بود شامل ارجاع وی به روان‌پزشک و روان‌شناس، متخصص مغز و اعصاب و مشاور بود که هیچ بهبودی در بر نداشت. در نهایت پس از ارجاع وی توسط معلم جهت پی‌گیری اقدام‌های درمانی زیر انجام شد.

### شیوه درمان

۱. آموزش حرکت‌های دوسا (نوعی آرام‌سازی) توسط گفتاردرمانگر مدرسه: دوسای آموزشی عبارت است از یک سری تمرین‌های حرکتی که در آن به فرد کمک می‌شود تا با حرکت دادن بدن، بهبود فیزیکی و احساسی در او ایجاد شود.

طی نشست‌های علمی در ژاپن دوسا را نه تنها یک روش مؤثر در طب می‌دانند بلکه آن را در امر آموزش افراد عادی و استثنایی هم مؤثر یافتند (دادخواه، ۱۳۸۰). ناگفته نماند بعد از انجام این حرکات توسط گفتاردرمانگر، آزمودنی احساس

آن‌ها تلقی شده، می‌تواند در درمان انواع اختلال‌های آنان مؤثر واقع شود.

اختلال لالی انتخابی به شرایطی گفته می‌شود که توانایی گفتاری و زبانی کودک دست نخورده باقی می‌ماند. اما دلایل روان‌شناختی، در برخی از شرایط ویژه نمی‌تواند از آنها استفاده کند. به طور کلی در موقعیت‌هایی که احساس راحتی و آرامش دارند صحبت می‌کنند ولی در موقعیت اضطراب آور از حرف زدن اجتناب می‌کنند. بیش از ۹۰ درصد از کودکان مبتلا به لالی انتخابی دارای ترس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی می‌باشند. این اختلال برای کودک کاملاً دردناک می‌باشد. یکی از راهکارهایی که برای بهبود این اختلال ارایه می‌شود انجام فعالیت بدنی است.



هیوتیک و کانر (۱۹۹۹) توجه به فعالیت بدنی در شیوه زندگی سالم افراد با و بدون ناتوانی را مؤثر می‌دانند و همین‌طور کامپولینن (۲۰۰۲) یکی از روش‌های درمان این اختلال را بازی درمانی معرفی می‌کند. چنانچه در پژوهش حاضر مشاهده می‌شود انجام حرکت و فعالیت بدنی در بهبود درمان اختلال لالی انتخابی مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های آلیسن و همکاران، ۱۹۹۱

بازی‌های گروهی و مشارکت او در فعالیت‌های ساده مدرسه.

۵. خانواده‌درمانی: به صورت مشاوره با مادر و توجیه ایشان از وضعیت روانی و رفتاری نگین و دستورعمل‌هایی برای انجام حرکت‌ها و فعالیت‌های بدنی در خانه بود که توسط مادر پی‌گیری می‌شد. متأسفانه در طی درمان پدر و خواهر خانواده هیچگونه همکاری برای اقدام‌های درمانی نداشته و به دلیل عدم ارتباط صحیح پدر با نگین پیشرفت او خیلی کند انجام می‌گرفت. همچنین در طی درمان از تقویت و بعضاً محروم کردن استفاده شد که در پیشرفت درمان بسیار مؤثر بود. چنانچه ملاحظه می‌شود در تمام موارد درمانی انجام فعالیت بدنی لحاظ شده بود.

زمان درمان طی ۲۴ هفته و هر هفته ۴ جلسه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. خط پایه بعد از مداخله (فعالیت بدنی) پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را در صحبت کردن دانش‌آموز در کلاس با معلم و همکلاسی‌ها و دیگر اعضای مدرسه نشان داد. همین‌طور با حذف عمل آزمایشی (فعالیت بدنی) به مدت ۱/۵ ماه پیشرفت تغییری نکرد و دوباره بعد از عمل آزمایشی نمودار رشد خوبی را نشان داد.

نتیجه اینکه تمرین‌های، فعالیت بدنی، آرام‌سازی و ارتباط‌های اجتماعی با همسالان در صحبت کردن آزمودنی نقش مؤثری داشت.

### بحث و نتیجه‌گیری

انجام فعالیت بدنی جهت حفظ سلامت جسمی و روانی تمام انسان‌ها خصوصاً کودکان و نوجوانان با ناتوانی ویژه از مهم‌ترین ضرورت‌های زندگی

و الیوت و همکاران، ۱۹۹۴ و اولان وری، ۱۹۹۹  
 همخوانی داشته است.  
 محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود  
 داشت عبارت بود از همکاری ضعیف خانواده با  
 اقدام‌های درمانی، دیگر اینکه عدم امکان  
 فیلمبرداری در هنگام درمان به منظور انعکاس  
 آن در خانواده و محدودیت‌های اداری که در  
 مدرسه حاکم بود. امید است از نتایج این  
 پژوهش در مراکز و آموزشگاه‌های استثنایی و  
 مدارس عادی و کلینیک‌های توان‌بخشی جهت  
 بهبود و درمان انواع اختلال‌ها به‌خصوص لالی  
 انتخابی استفاده شود.

#### زیر نویس‌ها:

1-Selective mutism	5-kopp	9-Huetting, O Conner
2-Kumpulainen	6-Gillberg	10-Allison
3-Brown	7-kolvin	11-Alliott
4-Lioyd	8-Fundudis	12-Single-Subject

#### منابع:

- آشور فیروز کوهی، هنگامه (۱۳۸۴). استفاده از فعالیت‌های بدنی برای بهبود رفتار کودکان در خود مانده. تعلیم و تربیت استثنایی. شماره ۵۰-۵۱. بهمن ماه.
- دادخواه، اصغر (۱۳۸۰)، دوسای آموزشی (روش بالینی نوین جهت رفع مشکلات دانش آموزان- استرس، خشونت...) تهران: گروه آموزشی روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
- ساعی منش، صمد. (۱۳۸۲). ورزش و تربیت بدنی در کودکان با نیازهای ویژه. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی شماره ۲۴ و ۲۵. آذر و دی ماه.
- سرممد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۷۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگاه.
- فیت‌هالین. الف (۱۳۷۵). تربیت بدنی و باز پروری برای رشد و بهبودی معلولان، ترجمه محمد تقی منشی طوسی. مشهد: آستان قدس رضوی.
- Kehle.J, Thomas. Madaus.M.R. & Baratta.V.S (1998). *Augmented self-modeling as a treatment for children with selective mutism*. Journal of school Psychology. VoL. 36, No3.Pp 247-260.
- KumPulainen,Kirsti,(2002).*Phenomenology and treatment of selective mutism*. department of child psychiatry, kuopio university Hospital , kuopio FinLand CNS Drug 2002: 16(3): 175-180.
- Rye,M.S, ULLman ,D.(1999).*The successful treatment of long-term selective mutism:a casestudy*. Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry30. . 313-323.
- Shipon- Blum. E.*what is selective mutism?* www.selective mutism.org .