

خموشی انتخابی

بررسی یک اختلال کلامی در کودکان دبستانی

اشاره

خموشی انتخابی اختلالی است که متوسط سن شروع آن ۵ تا ۷ سالگی است، اما در بیشتر موارد هنگام ورود به مدرسه تشخیص داده می‌شود. در این اختلال، در موقعیتی که از کودک انتظار سخن گفتن می‌رود، او از تکلم امتناع می‌ورزد. در سال‌های اولیه‌ی تشخیص اختلال، از آن با عنوان **لالی انتخابی یاد می‌شد، اما در مطالعات و تجدیدنظرهای بعدی، نام آن به **خموشی انتخابی** تغییر یافت.**

در این مقاله که از دانشکده‌ی علوم تربیتی دانشگاه تبریز دریافت کرده‌ایم، ابعاد گوناگون اختلال خموشی انتخابی و روش‌های اصلاح و درمان آن بررسی می‌شود. مقاله به شکل خلاصه به چاپ می‌رسد.

دکتر رحیم بدری، رحیمه فتحی، مریم پلنگی

استادیار گروه علوم تربیتی و دانشجویان علوم تربیتی دانشگاه تبریز

تعریف و علائم

ناتوان است؛ با وجود آن که کودک در موقعیت‌های دیگر حرف می‌زند. (ب) این اختلال، در پیشرفت تحصیلی یا موقعیت حرفه‌ای و یا ارتباط اجتماعی اثر می‌گذارد. (ج) مدت اختلال دست کم یک‌ماه است (به ماه ورود به مدرسه محدود نمی‌شود). (د) ناتوانی در حرف زدن، از فقدان معلومات یا نداشتن تسلط کافی بر زبان گفتاری (در حدی که برای موقعیت اجتماعی که در آن بروز می‌کند، لازم است) ناشی نمی‌شود. (ه) اختلال بر اساس وجود یک اختلال ارتباطی دیگر (لکنت زبان) تبیین نمی‌شود و تنها در جریان نوعی اختلال فراگیر تحولی، روان‌گسیختگی یا نوعی اختلال روان‌گسسته‌وار بروز نمی‌کند.

خموشی انتخابی نوعی اختلال منش کودک‌کی است که به وسیله‌ی تداوم شکست در صحبت کردن و موقعیت‌های اجتماعی خاص مشخص می‌شود [chavira & cohan, 2006]. در چهارمین مجموعه‌ی تشخیصی و آماری آمریکا، این اختلال خموشی به منزله‌ی نوعی بیماری توصیف شده است که معمولاً در خردسالی بروز می‌کند و بر اساس ناتوانی مداوم تکلم در موقعیت‌های خاص مانند مدرسه مشخص می‌شود. اما کودک مبتلا به این اختلال، توانایی سخن گفتن در موقعیت‌های دیگر را از دست نمی‌دهد [به نقل از دادستان، ۱۳۸۵]. در تعریفی دیگر بیان شده است، خموشی انتخابی اختلالی است که در کودکان دیده می‌شود. چنین کودکانی، از صحبت با افراد خاص امتناع می‌ورزند [پور افکار، ۱۳۷۳]. هم‌چنین، خموشی انتخابی عبارت است از درماندگی مداوم در صحبت کردن در موقعیت‌های خاص اجتماعی که انتظار سخن گفتن می‌رود [Bear & Torgerson & cerviston, 2006]. ضوابط تشخیصی خموشی انتخابی بر اساس DSM-IV (۱۹۹۸) شامل موارد زیر می‌شود:

علت‌شناسی، میزان شیوع و سیر اختلال

تبیین خموشی انتخابی بسیار مشکل است. مؤلفان دیدگاه‌های متفاوتی در این قلمرو ارائه کرده‌اند. برخی کودک مبتلا به خموشی را کم‌رو، نایمن و آسیب‌پذیر در برابر شوخی و یا تمسخر توصیف می‌کنند. گروهی دیگر، خموشی را با نوعی بی‌نظمی روان‌آزرده و از نوع هیستریکی یا وسواس، بی‌اختیاری و یا با نوعی اختلال روان‌گسسته‌وار یا پیش‌روان‌گسسته‌وار مرتبط می‌دانند.

(الف) دائم در حرف زدن در موقعیت‌های اجتماعی خاص (موقعیت‌هایی مانند مدرسه که حرف زدن در آن الزامی است)،



روش‌های اصلاح و درمان

با توجه به مطالب گفته شده و اهمیت مداخلات در بهبود این اختلال، به ذکر چند نوع از مداخلات اشاره می‌شود:

فشار زیادی برای صحبت با معلم و نظایر آن روبه‌رو می‌شوند، بروز می‌کند. بنابراین، حتی اگر رفتار خموشی انتخابی قبل از ورود به مدرسه تشخیص داده شود، مدرسه اولین محیطی تشخیص داده شده است که کودک اولین نشانه‌های آسیب‌زای خموشی انتخابی را در آن نشان می‌دهد [Cohan & Chavira, 2006].

در مورد طول دوره‌ی سیر این اختلال، اطلاعات کمی وجود

دارد، اما نتایج حاصل از مطالعه‌ی دقیق روان‌درمانی کودکان نشان داد، شخص حتی پس از بهبود موقتی، تجربه‌ی ناراحت‌کننده‌ای در موقعیت‌های صحبت خواهد داشت.

السن و همکاران [به نقل از دادستان، ۱۳۸۵] عقیده دارند، چنین اختلالی در خانواده‌هایی بروز می‌کند که بر اساس روابط دوسوگرایانه‌ی مادر (ملغمه‌ای از وابستگی و خصومت) و فعل‌پذیری و بی‌توجهی پدر مشخص می‌شود.

برخی محققان بر این باورند که این اختلال ممکن است بهترین نشانه از اضطراب باشد که آسیب‌های اساسی و متعددی را منعکس می‌کند.

در برخی خانواده‌های ناپه‌نچار، امتناع از تکلم، روش شناخته‌شده‌ای برای مدارا با کشمکش‌های خانوادگی است. برای مثال، ممکن است کودک در خانواده‌ای بزرگ شود که اعضای آن با وجود زندگی زیر یک سقف و با هم غذا خوردن، سالیان طولانی با هم حرف نزده باشند [پورافکاری، ۱۳۷۳].

به دلیل نبود مطالعات همه‌گیرشناسی از اختلالات دوران کودکی، نمی‌توان تخمین درستی از شیوع این اختلال در نمونه‌ی بزرگ ملی و بین‌المللی به دست داد. خموشی انتخابی، اختلالی نادر است و در کمتر از یک درصد از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشت روانی مشاهده می‌شود. این اختلال در دختران، اندکی بیشتر از پسران ظاهر می‌شود و سن آغازین آن مخصوصاً قبل از پنج سالگی است و بچه‌های دارای این اختلال، همیشه نشانه‌های آن را قبل از ورود به مدرسه نشان می‌دهند. اما ممکن است تا زمان ورود به مدرسه، مورد توجه بالینی قرار نگیرند.

نتایج دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهد، علائم بیشتر در دوران مدرسه که بچه‌ها با



۱. مداخلات روان‌پوشی (روان تحلیلیگری)

یک نمونه از مطالعات روان تحلیلیگری در مورد کودکان دارای خموشی انتخابی، روشن ساخت که تعارضات درون روانی حل نشده مانند افسردگی و کشمکش، و نیز اختلافات والدین، ترس از غریبه‌ها و اضطراب اختگی، از دلایل این اختلال هستند. با توجه به نتایج این مطالعات، اقداماتی به منظور درمان ارائه شده است. معمولاً برای درمان کودکان بزرگ‌تر دارای خموشی انتخابی، از روان‌کاوی کلاسیک و برای کودکان کوچک‌تر، از بازی درمانی و نقاشی درمانی استفاده می‌شود که در هر دو مورد، باید اصولی را رعایت کرد. [پیشین].

۲. مداخله‌ی آموزش زبان

این برنامه درمانی، آموزش رفتار غیرکلامی، تقلید کلامی، گفت‌وگو و افزایش عملکرد عمومی مهارت زبان کلامی را شامل می‌شود. در این برنامه‌ی آموزشی، ابتدا برقراری ارتباط چشمی با آموزش دهنده و سپس آموزش تقلید کلامی و مهارت گفت‌وگو و پاسخ کلامی اختصاصی، آماده‌سازی بر توانایی کلامی در مدرسه و خانه، تقویت می‌شود. در پایان این برنامه‌ی درمانی، اصلاحات معنی‌داری در همه‌ی رفتارهای کودک ایجاد خواهد شد. سخن گفتن خود به خود کودک در بیرون از جلسات آموزش، موردی است که توسط والدین و معلمان بیان می‌شود. اما میانگین پا برجا ماندن این رفتار کم است [پیشین].

۳. مداخله‌ی رفتاری - شناختی

رویکرد رفتاری عقیده دارد، خموشی انتخابی، برای گریز از اضطراب، به‌دست آوردن توجه دیگران و راه‌های دیگر آموخته می‌شود. در اغلب موارد، دلیل ادامه‌ی این اختلال، رویداد شرطی‌شدن و بی‌توجهی به دلیل اصلی خموشی انتخابی است. مداخلات رفتاری شامل تکنیک‌هایی مانند

سرمشق‌گیری (الگوپذیری)، حذف محرک، حساسیت‌زدایی منظم، مدیریت رویدادها و آموزش مهارت‌های اجتماعی است.

اگرچه برای افزایش زبان کلامی، استفاده از تکنیک و روش شرطی‌سازی و الگوگیری مؤثر است، اما برای درمان این اختلال، به مداخلات دیگری نیز نیاز است. در مداخلات حذف محرک و اداره‌ی رویدادها، به رفتار به صورت سلسله مراتب پاداش داده می‌شود. کودک ابتدا برای صحبت کردن با هم کلاسی، سپس صحبت کردن در خارج از مدرسه و بعد سخن گفتن با گروهی از کودکان و در نهایت سخن گفتن با گروه بزرگ‌تر، پاداش دریافت می‌کند. حذف محرک می‌تواند در موقعیت‌های بیرون از مدرسه نیز اعمال شود. مانند سفارش دادن غذا در رستوران، سخن گفتن با یک نفر و بعد با تعداد زیادی از افراد [پیشین].

حساسیت‌زدایی منظم در درمان کودکان دارای خموشی مزمن مؤثر واقع شده است. حساسیت‌زدایی منظم شامل حفظ آرامش در موقعیت‌های اضطراب‌آوری است که به‌صورت متوالی افزایش می‌یابد [پیشین]. در حساسیت‌زدایی برای درمان خموشی انتخابی، تحقیقاتی در زمینه‌ی ارائه‌ی تمرین رفتارهای پایه به والدین و کودکان صورت گرفته‌اند، از جمله: کنترل اضطراب جسمی از طریق آموزش روش آرام‌یادگی و نفس کشیدن. در محیط‌ها و موقعیت‌های گوناگون، درمانگر برای برقراری ارتباط، از زبان شفاهی به صورت رسا و شیوا استفاده می‌کند.

مثل: ۱. صحبت در خانه با تلفن یا از پشت در؛ ۲. صحبت در دفتر درمانگر و اجازه‌ی بیرون رفتن از جلسه، در صورت سخن گفتن؛ ۳. سفارش غذا در رستوران‌های کوچک و محلی؛ ۴. خواندن داستان‌های کوتاه با صدای بلند در بین هم‌کلاسی‌ها. درمانگر ممکن است از والدین بخواهد یک نوار صوتی یا ویدیویی از سخن گفتن

در خانه، بیاورند. این نوارهای صوتی ممکن است هم برای بلند صحبت کردن و هم برای والدین، شامل تقویت مثبت کودکان برای صحبت در محیط‌های گوناگون، دادن استقلال بیشتر در صحبت‌های عامیانه، و مشورت با مسئولان مدرسه در مورد مشکل اجتماعی و یکی از این راه‌حل‌ها، راه‌حل اقتصادی ژتونی نام دارد. با راهنمایی درمانگر، والدین برای شرایط متفاوت، مدل مناسب رفتاری را که برای درمان این کودکان مناسب است، اتخاذ می‌کنند.

۴. درمان چند مداخله‌ای

نوع دیگر مداخلات که در درمان خموشی انتخابی استفاده می‌شود، رویکرد چند مداخله‌ای است که ترکیبی از روش‌های روان‌پوشی، شناختی، گفتاری و خانواده درمانی برای اصلاح مستقیم خموشی است.

در مفهوم‌سازی چند مداخله‌ای، از تکنیک‌هایی مانند حذف محرک، بازی درمانی، آموزش والدین، و مهارت اجتماعی استفاده می‌شود. نتایج این مداخله، تلاش کودک برای خودکنترلی در موقعیت‌های اضطراب‌آور و دیگر حالات هیجانی است.

پی‌نوشت

۱. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانشناسی آمریکا که مرجع معتبری برای تشخیص اختلالات روانی است. این راهنما هر چند سال یک‌بار تجدید نظر می‌شود. در این مقاله، از نسخه پنجم راهنما استفاده شده است.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

منابع

۱. پورافکار، نصرت‌الله (۱۳۷۳). فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی. چاپ نوبهاران. تهران.
۲. دادستان، پریخ (۱۳۸۵). روان‌شناسی مرضی تحولی. جلد سوم (اختلالات زبان). انتشارات سمت تهران.
3. Bear, P. and Torgerson, C. and Cerviston, C. (2008). Increasing verbal behavior of astudent who is selectively mute. Journal of Emotinal and Behavioral Disorders, vol. 16, No.11, pp 248- 255.
4. Cohan , S. Chavira, D. Stein, M. (2006). Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990 -2005. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 47, No.11, pp 1085- 1097.