



آموزش خلاق کودک محور

آتیسف چیسف؟

و روش‌های درمانی آن

گردآورنده: رضا مصطفوی

جست و جو و آماده سازی:

مؤسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان



مؤسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان





اتیسم طیفی از اختلالات است. در اصطلاح کلی، به این معنی است که فرد می‌تواند دارای یک اتیسم خفیف یا خیلی شدید باشد. در بالاترین انتهای طیف سندرم آسپرگر وجود دارد، که بعضی از اوقات سندرم پروفیسور کوچک نامیده می‌شود. پایین‌ترین انتهای طیف اغلب اتیسم کلاسیک نامیده می‌شود که معمولاً همراه با عقب ماندگی ذهنی است. در بین این طیف انواع اختلالات نافذ رشد شامل سندرم رت اختلال فروپاشنده دوران کودکی، اختلال نافذ رشد غیر اختصاصی (NOS-PDD) وجود دارد.

اتیسم چیست؟

اتیسم اختلال رشد ذهنی پیچیده ای می‌باشد که معمولاً در ۳ سال اول زندگی شخص ممکن است بروز کند. به نظر می‌رسد که یک اختلال در سیستم عصبی که باعث عدم عملکرد صحیح مغز می‌شود در ایجاد این بیماری مؤثر می‌باشد. این اختلال در بیماران درخودمانده باعث می‌شود که مغز نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند. کودکان و بزرگسالان درخودمانده در زمینه ارتباط کلامی و غیر کلامی، رفتارهای اجتماعی، فعالیت‌های سرگرم کننده و بازی دارای مشکل می‌باشند. اتیسم یکی از پنج بیماری می‌باشد که در مجموع به آن‌ها "اختلالات نافذ رشد" یا به اختصار "پی دی دی" می‌گویند. این پنج بیماری عبارتند از: اتیسم، اختلال آسپرگر، اختلال عدم تمرکز دوران کودکی، اختلال رت، و اختلالات نافذ رشد که با معیارهای بیماری‌های ذکر شده مطابقت ندارند. هر کدام از این بیماری‌ها دارای معیارهای شناخت خاص خود هستند که توسط انجمن روانشناسی آمریکا مشخص شده‌اند. در بیماری‌های طیف پی دی دی، اتیسم بیشترین تعداد را دارا می‌باشد که تقریباً بین ۲ تا ۶ کودک از هر ۱۰۰۰ کودک به آن دچار می‌شوند (به نقل از مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها در آمریکا سال ۲۰۰۱). این بدین معنا است که در کشوری مانند ایران با جمعیت حدود ۷۰ میلیون نفر احتمال می‌رود حدود ۲۸۰ هزار بیمار درخودمانده وجود داشته باشند و فراموش نکنید که این تعداد هر روز در حال رشد می‌باشد. طبق مطالعات انجام شده توسط وزارت آموزش و سایر سازمان‌های دولتی آمریکا، اتیسم در این کشور با نرخ رشدی برابر با ۱۰ تا ۱۷ درصد در حال ازدیاد است. در سایر کشورها نیز مانند کشور ما این بیماری در حال رشد نگران کننده ای است که متأسفانه حرکت جدی از طرف سازمان‌های مسئول در جهت شناساندن این بیماری به جامعه و موارد لازم انجام نشده است.

اتیسم در سراسر دنیا دیده می‌شود و فقط در پسران بیشتر از دخترها مشاهده شده است. به عبارت دیگر نژاد، مکان زندگی، میزان سواد، وضعیت مالی، نوع اعتقاد، شیوه زندگی، و ... هیچکدام تأثیری در شانس بروز اتیسم ندارند

نشانه‌های عمومی بیماری اُتیسِم:

از زمانی که آگاهی عمومی در باره این اختلال شروع به افزایش کرد (برای اولین بار دکتر لئو کار در سال ۱۹۴۳ این بیماری را به صورت علمی توضیح داد)، بیشتر افراد حتی بعضی از متخصصین پزشکی و آموزشی هنوز درک درستی از نحوه تأثیرگذاری این اختلال بر افراد ندارند و از چگونگی برخورد و درمان این افراد دانش کافی ندارند. به عبارت ساده‌تری می‌توان گفت در میان این بیماران می‌توان افرادی را مشاهده کرد که تماس چشمی، رفتار خوب اجتماعی و بعضی از فاکتوریل را که در کودکان درخودمانده مشاهده نمی‌شود، داشته باشند ولی درعین حال در سایر فاکتورها با کودکان سالم فرق داشته باشند. به همین دلیل تشخیص و تعیین روش درمان و نیز بررسی پیشرفت و مشخص کردن مراحل درمان نیازمند افراد متخصص با دانش کافی می‌باشد.

اُتیسِم را می‌توان یک بیماری با طیف گسترده معرفی کرد. این بیماری می‌تواند نشانه‌های فراوانی داشته باشد که توسط این نشانه‌ها اُتیسِم را می‌توان از درجات خفیف تا شدید درجه بندی کرد. اگرچه اُتیسِم رامی توان توسط یک سری از رفتارها تشخیص داد ولی افراد درخودمانده می‌توانند ترکیبی از این رفتارها را داشته باشند و الزاماً نباید رفتارهای اختلالی تعیین شده را به صورت یکجا از خود نشان بدهند. ممکن است دو کودک که یک تشخیص برای آن‌ها داده شده است، از نظر رفتاری با هم تفاوت نشان بدهند واز نظر مهارت‌ها نیز با هم تفاوت داشته باشند. ممکن است والدین کلمات متفاوتی را در رابطه با بیماری این کودکان بشنوند مانند شبه اُتیسِم، متمایل به اُتیسِم، طیف اُتیسِم، اُتیسِم با عملکرد بالا و پائین، با توانائی بالا و پائین. والدین باید توجه داشته باشند که مهم‌تر از عنوان بیماری، پرداختن به درمان آن است. باید در نظر داشت که این کودکان با درمان مناسب و به موقع می‌توانند مطالب را بیاموزند، رفتارهای درست را از خود نشان داده و در آینده مانند افراد عادی زندگی کنند. اما بدست آوردن این اهداف مستلزم درمان به موقع و درست، تحمل مشکلات و سختی‌های مربوط به این درمان است.

هر شخص درخودمانده مانند بقیه افراد جامعه دارای شخصیت مختص به خود است و مانند تمامی افراد خصوصیات خاصی را دارا می‌باشد. بعضی از این کودکان ممکن است که از نظر گفتاری تأخیر کمی داشته و بتوانند با کمی کمک، ارتباط کلامی مناسبی را با دیگران بر قرار کنند ولی همین کودکان ممکن است از نظر ارتباطات اجتماعی رفتار مناسبی را از خود نشان ندهند. گاهی این کودکان برای شروع صحبت و تبادل کلامی ممکن است مشکل داشته باشند. افراد اوتیستیک معمولاً در مکالمات، یکطرفه رفتار می‌کنند یعنی فقط در رابطه با چیزی که خود علاقه دارند صحبت می‌کنند و از صحبت‌های طرف دوم چیزی نمی‌فهمند. در بعضی از این کودکان خشونت و خود آزاری نیز مشاهده می‌شود. در افراد درخودمانده ممکن است رفتارهای زیر نیز بروز کند:





۱- اصرار بر یکنواختی و مقاومت در برابر تغییرات.

۲- در بیان نیازهای خود دچار مشکل هستند و به جای استفاده از کلمات از آداها و اشاره استفاده می کنند.

۳- تکرار کلمات، خنده نابجا، گریه بی مورد، نشان دادن استرس و نگرانی بی علت.

۴- ترجیح می دهند که تنها باشند.

۵- پرخاشگری

۶- به سختی با دیگران رابطه برقرار می کنند.

۷- دوست ندارند که کسی را بغل کنند و یا اینکه کسی آن‌ها را بغل کند.

۸- تماس چشمی ندارند و یا اینکه بسیار کم است.

۹- با روش‌های معمول آموزشی نمی‌توانند چیزی بیاموزند.

۱۰- بازی‌های غیر عادی انجام می‌دهند.

۱۱- اشیاء در حال چرخش را دوست دارند و خود نیز سعی می‌کنند اشیاء را به حالت چرخش در بیاورند.

۱۲- دلبستگی غیر عادی به بعضی از اشیاء پیدا می‌کنند.

۱۳- از نظر احساس درد حساسیت بالاتر و یا پائین تری نسبت به افراد عادی دارند.

۱۴- ظاهراً از چیزی نمی‌ترسند.

۱۵- از نظر فعالیت‌های فیزیکی، فعالیت زیادتر و یا کمتری نسبت به کودکان سالم دارند.

۱۶- حرکات بدنی آنها به صورت نرم و عادی نیست.

۱۷- اگرچه آزمایشات شنوایی بر روی آن‌ها سالم بودن شنوایی آن‌ها را ثابت می‌کند اما در برابر نام خود و دستورات کلامی خود را بی تفاوت نشان می‌دهند.

برای بیشتر ما واضح است که مجموع حواس پنجگانه به ما کمک می‌کنند تا بدانیم که چه چیزهایی را تجربه می‌کنیم. برای مثال حواس لامسه، بویایی و چشایی در تجربه خوردن یک هلو رسیده به ما کمک می‌کنند. برای کودکان درخودمانده مشکلات حواس پنجگانه معمول است. ممکن است که این کودکان از نظر یک حس و یا چند حس در سطح غیر عادی قرار داشته باشند یعنی یا حساسیت بیشتری داشته باشند و یا اینکه در آن حس



بسیار گند باشند. ممکن است رایحه ای که همه آنها دوست دارند باعث آزار کودک درخودمانده بشود و یا اینکه یک مزه معمولی کودک را ناراحت کرده و کودک از غذاهائی که آن مزه را دارا می‌باشند بگریزد. بعضی از کودکان درخودمانده به برخی از صداها نیز حساس هستند و ممکن است که برخی از صداهائی که ما روزانه به طور عادی می‌شنویم باعث رنجش آنها بشود. متخصصین معتقدند که این نابهنجاری‌ها در کودکان درخودمانده ناشی از اختلال در مجموعه حواس آنها می‌باشد.

یکی دیگر از مشخصات کودکان درخودمانده عدم نشان دادن علاقه و عاطفه در رابطه با اطرافیان است. البته این مورد هم مانند سایر موارد می‌تواند استثناء نیز داشته باشد. ولی والدین نباید به این دلیل از نشان دادن علاقه خود به کودک کوتاهی کنند و بایستی عواطف خود را در برابر کودک به طور طبیعی بروز دهند تا کودک از آنها به تدریج نشان دادن احساسات خود را بیاموزد.

علل بروز اُتیسم:

تا کنون هیچ علت مشخصی برای اُتیسم کشف نشده است ولی مشخص شده است که عملکرد غیر عادی مغز باعث ایجاد حالات اُتیسم می‌شود. اسکن‌های مغزی در بعضی موارد نشان داده است که مغز کودکان اُتیسیک از نظر اندازه و ساختار با مغز کودکان سالم متفاوت است. در حال حاضر تحقیقات فراوانی در رابطه با احتمال دخالت عوامل ژنتیکی و عوارض داروئی در بروز اُتیسم در حال انجام است. در بعضی از خانواده‌ها مشاهده شده است که اُتیسم مانند بیماری‌های ژنتیکی از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود که این خود می‌تواند تئوری ژنتیکی بودن اُتیسم را در بعضی موارد ثابت کند. ولی در بسیاری از موارد هم مشاهده شده است که سابقه اُتیسم در خانواده و یا اقوام وجود نداشته است. همچنین در بعضی از کودکان مشخص شده است که در بدو تولد نشانه‌هایی از اُتیسم را دارا می‌باشند ولی این مورد هم عمومیت ندارد. هنوز محققین نتوانسته‌اند علت خاصی را به تنهایی برای ایجاد بیماری اُتیسم کشف کنند و می‌توان یک سری علل را در بروز آن مؤثر دانست. محققین دیگری نیز معتقدند که تحت شرایط خاصی تعدادی از ژن‌های ناپایدار باعث اختلال در عملکرد مغز و در نهایت بروز اُتیسم می‌شوند. تعداد دیگری از محققین نیز بر روی احتمال بروز اُتیسم در دوران بارداری تحقیق می‌کنند. آنها معتقدند که یک عامل ویروسی ناشناخته، اختلال متابولیسمی، و یا آلودگی به مواد شیمیائی محیطی در دوران بارداری می‌تواند عامل ایجاد این بیماری باشد. احتمال بروز اُتیسم در کودکانی که بیماری‌هایی مانند سندرم ژن ایکس حساس، توبروس سلروسیس، سندرم روبلا، و فنیل کتونوریای درمان نشده داشته باشند بیشتر است. بعضی از مواد خطرناک مانند جیوه نیز که در دوران بارداری وارد بدن مادر شوند می‌توانند احتمال بروز اُتیسم را افزایش دهند.



در سالهای اخیر سئوالی در مورد رابطه واکسیناسیون و بروز اُتیسیم مطرح شده است که همچنان مورد بحث است. در سال ۲۰۰۱ در آمریکا تحقیقاتی در این مورد انجام شد که در آن رابطه واکسن "ام ام ار" و اُتیسیم بررسی شد. در این تحقیقات معلوم شد که در برخی از کودکان این واکسن باعث بروز بیماری اُتیسیم شده است. با این حال محققین دیگر این بررسیها را کافی ندانسته و خواهان تحقیقات بیشتر هستند.

به هر حال علت اُتیسیم هر چه که باشد، باید بدانیم که این کودکان یا با اُتیسیم بدنیا می‌آیند و یا اینکه آمادگی ابتلاء به آن را دارند. این بیماری برخلاف آنچه که تصور می‌شد به خاطر بدی تربیت و یا عدم توانائی والدین در بزرگ کردن کودک نمی‌باشد. اُتیسیم یک بیماری روانی نیست. کودکان درخودمانده قابل درمان هستند و نباید از آنها قطع امید شود و نیز بهتر است بدانید که هیچ عامل روانی شناخته نشده است که باعث بروز اُتیسیم در کودکان شود.

تشخیص اُتیسیم:

برای تشخیص این بیماری هیچ تست پزشکی وجود ندارد. برای تشخیص اُتیسیم در یک کودک باید رفتار، ارتباط و سطح رشد ذهنی کودک به دقت بررسی شود. از آنجائی که بعضی از علائم این بیماری با بعضی از بیماریهای دیگر مشترک است ممکن است متخصصین آزمایشها و تست های پزشکی متفاوتی را برای کودک تجویز کنند تا از وجود یا عدم وجود مشکلات دیگر در کودک مطمئن شوند.

با یک بررسی کوتاه در یک جلسه ممکن نیست که بتوان به طور قطع وجود اُتیسیم را در کودکی ثابت کرد. مشاهدات والدین و بررسی کامل مراحل رشد کودک از لازمت تشخیص اُتیسیم در یک کودک می‌باشد. در نگاه اول ممکن است کودک درخودمانده به نظر عقب مانده ذهنی، دارای اختلال رفتاری، دارای مشکل شنوائی و یا دارای رفتارهای عجیب به نظر برسد. البته ممکن است تمام این علائم در یک کودک درخودمانده وجود داشته باشند که این امر خود باعث مشکل تر شدن تشخیص می‌شوند. به هر حال در ابتدای امر بایستی معاینه دقیق و کاملی از کودک به عمل آید زیرا به این ترتیب می‌توان یک برنامه مناسب و دقیق برای کمک به کودک درخودمانده و درمان او تهیه کرد.

تشخیص زودهنگام:

تحقیقات نشان داده است که تشخیص زودهنگام اُتیسیم در درمان و بهبود وضعیت کودکان مبتلا بسیار مؤثر است. هر چقدر زودتر بتوان اُتیسیم را در یک کودک تشخیص داد، زودتر هم می‌شود از برنامه‌های درمانی برای کمک به این کودکان بهره برد.

روش‌های تشخیص:

علائم و نشانه‌های اُتیسیم ممکن است در زمان نوزادی بروز کنند و شاید هم این اتفاق نیافتد ولی نشانه‌های این بیماری حتماً بین ۲۴ ماهگی الی ۶ سالگی خود را نشان خواهند داد. یک دکتر متخصص بایستی یک سری سئوالات مشخص و دقیقی در رابطه با چگونگی رشد جسمی و ذهنی کودک تهیه کرده و جواب آن‌ها را از طریق والدین و مشاهدات دقیق بدست آورد.

انجمن ملی پرورش و سلامت کودکان در آمریکا این پنج سؤال اولیه را برای یک معاینه از کودک درخودمانده تهیه کرده است:

۱- آیا کودک شما تا قبل از ۱۲ ماهگی صدا سازی و نجوا داشته است؟

۲- تا قبل از ۱۲ ماهگی آیا کودک شما از اشاره، آداها و یا گرفتن دست دیگران و همینطور بای بای کردن استفاده

کرده است؟

۳- آیا کودک شما تا قبل از ۱۶ ماهگی از کلمات تنها استفاده کرده است؟

۴- آیا کودک تا قبل از ۲۴ ماهگی از ترکیب دو کلمه استفاده کرده است؟

۵- آیا کودک هیچ کدام از مهارت‌های کلامی و اجتماعی خود را از دست داده است؟

در صورت جواب منفی به چهار سؤال اول و جواب مثبت به سؤال آخر احتمال وجود اُتیسیم در کودک داده می‌شود. البته باز هم یادآور می‌شویم که برای تشخیص قطعی نیاز به بررسی‌های بسیار دقیق و جامعی می‌باشد که باید توسط افراد متخصص و آگاه صورت بگیرد. برای یک بررسی دقیق و کامل یک کودک مظنون به اُتیسیم بایستی توسط متخصص اطفال، روانشناس، مشاور آموزش و یاد گیری کودکان، متخصص اعصاب، متخصص گفتار درمانی و سایر متخصصین در زمینه اُتیسیم معاینه شود.

مشاوره با متخصصین:

اگر کودک از طرف شما و یا دکتر مخصوص خود مظنون به اُتیسیم باشد به هر حال بایستی توسط شخصی که در زمینه اُتیسیم تخصص دارد معاینه دقیق شود. ممکن است این فرد یک روانشناس، روانپزشک و یا یک متخصص رشد اطفال باشد. گاهی ممکن است برای یک تشخیص دقیق و درمان به یک تیم متخصص نیاز شود این تیم می‌تواند از افراد زیر تشکیل شود:





۱- متخصص رشد در اطفال: این فرد می‌تواند مشکلات سلامتی و رشد در کودکان را درمان کند.

۲- روانپزشک کودک: این فرد می‌تواند در تشخیص اولیه کمک کرده و در صورت نیاز داروهائی را برای کمک به کودک تجویز کند.

۳- روانشناس کودک: در شناخت عادات و حالات روانی کودک کمک کرده و ناتوانی‌های کودک در زمینه‌های رشد ذهنی، روانی، و اجتماعی را بررسی می‌کند. همچنین یک روانشناس می‌تواند در بهبود رفتاری کودک و افزایش مهارت‌های اجتماعی کودک به شما کمک کند.

۴- رفتار درمان: این شخص می‌تواند علاوه بر کمک به بهبود توانائی‌های کودک در کارهای روزانه مانند لباس پوشیدن، غذا خوردن و سایر کارهای استقلالی، همچنین در بهبود وضعیت حواس پنجگانه، قدرت تشخیص، و سایر توانائی‌های کودک او را یاری کند.

۵- کار درمان: یک کار درمان کودک را در استفاده درست از عضلات و اندام‌های بدن برای انجام کارهای بزرگ و کوچک بدنی می‌تواند یاری کند.

۶- گفتار درمان: در بهبود وضعیت گفتار کودک و افزایش توانائی او در مهارت‌های کلامی بسیار مؤثر است.

۷- مشاور خانواده: این شخص می‌تواند علاوه بر راهنمایی در امر روابط شما با کودک خود، شما را در بهره‌وری بهتر از منابع و مراکز موجود در جامعه برای کمک به درمان کودک کمک کند.

بسیار مهم است که متخصصین و والدین همکاری بسیار نزدیکی با هم در درمان کودک داشته باشند زیرا به این ترتیب بیش‌ترین بازده را بدست خواهید آورد. همانطور که متخصصین از تخصص و تجربه خود برای درمان کودک شما استفاده می‌کنند، شما نیز به عنوان کسانی که توانائی‌ها و خصوصیات کودک را بهتر از هر کس دیگری می‌شناسید، می‌توانید در یاری رساندن به کودک و پیشرفت مراحل درمانی مؤثر باشید. هنگامی که یک برنامه درمانی برای کودک شروع شود تبادل اطلاعات میان والدین و درمانگران و گفتگوی منظم میان آنها می‌تواند در پیشبرد برنامه درمانی و پیشرفت کودک بسیار مهم باشد. در اینجا ما به نمونه‌هائی از راهنمایی‌های لازم اشاره می‌کنیم:

اطلاعات خود را افزایش دهید. تا جائیکه می‌توانید معلومات خود را درباره توانائی‌های کودکتان افزایش دهید تا به این ترتیب بتوانید فرد مؤثری در برنامه درمانی باشید و بیشتر مراقب رفتار و عملکرد کودک باشید. اگر از اصطلاحات مورد استفاده درمانگران چیزی سر در نمی‌آورید از آن‌ها بخواهید تا برای شما توضیح بدهند.

خود را همیشه آماده نگاه دارید. شما همیشه باید آماده باشید تا در مواقع لزوم با متخصصین، درمانگران و



مسئولان مدارس و مراکز درمانی ملاقات کنید. سئوالات خود را از قبل تهیه کرده آنها را بنویسید و جواب‌های آنها را نیز یادداشت کنید.

برای برنامه درمانی بایستی سازماندهی داشته باشید. بسیاری از والدینی که برنامه درمانی موفق داشته‌اند کسانی بوده‌اند که تمامی مراحل درمان را زیر نظر داشته و از کارهایی که انجام شده و باید انجام شود گزارش تهیه کرده و بررسی می‌کرده‌اند.

برقراری ارتباط بسیار مهم است. شما باید بیاموزید که چه در موارد مثبت و چه در موارد منفی باید با متخصصین و درمانگران صحبت کنید و تمامی موارد لازم را مورد بحث و گفتگو قرار دهید. شما باید به طور واضح دلایل موافقت و یا عدم موافقت خود با مسایل پیش آمده را با درمانگران و متخصصین مربوطه در میان بگذارید تا مشکلات موجود با کمک یکدیگر حل شود.

عبور از مرحله تشخیص:

اغلب عبور از این مرحله برای خانواده‌ها بسیار مشکل و دردآور است. این احساس کاملاً عادی و طبیعی می‌باشد ولی فراموش نکنید که بعد از تشخیص اُتیسیم در یک کودک، زندگی همچنان وجود دارد و باید زندگی کرد. زندگی می‌تواند حتی برای یک کودک درخودمانده هم لذت بخش و جالب باشد و همینطور برای کسانی که با این کودک زندگی کرده و به او عشق می‌ورزند. اگرچه برای درمان این کودکان راه سخت و طولانی در پیش است ولی فراموش نکنیم که عشقی که خداوند در قلب پدر و مادر قرار داده و تمامی لذتهایی که یک پدر و مادر از شیرین زبانی‌ها و بودن با فرزند خود دارند می‌تواند این راه دشوار را قابل تحمل کرده و آینده‌ای پر از امید و شادی را رقم بزند.

فصل دوم: درمان، تعلیم و تربیت

نگاه کلی:

برای والدین دانستن این مطلب که کودک آن‌ها اُتیسیم می‌باشد تجربه تلخ و دردناکی است. برای بسیاری از خانواده‌ها ممکن است این تشخیص بسیار تکان دهنده و غیره منتظره باشد، بعضی از والدین هم ممکن است ماه‌ها و یا سالها به دنبال این باشند که با انجام آزمایشات دقیق تر عدم وجود اُتیسیم را در کودک خود ثابت کنند. به هر حال والدین کودکانی که به تازگی متوجه این حقیقت شده باشند سئوالهای بدون جواب بسیاری در پیش روی خود می‌بینند. در دهه‌های گذشته معمولاً این کودکان را در مراکز نگهداری کودکان معلول ذهنی قرار می‌دادند. متخصصین اطلاعات کمی در مورد این بیماری و راه‌های در مان آن داشتند و همچنین خدمات اجتماعی کمی برای این بیماران وجود داشت. امروزه اگر چه هنوز محققین و متخصصین در حال تحقیق بر روی



علل و درمان این بیماری می‌باشند ولی نسبت به سالهای گذشته پیشرفت چشمگیری را مشاهده می‌کنیم. به این ترتیب آینده روشن‌تری را می‌توانیم برای این کودکان انتظار داشته باشیم. هم اکنون در بسیاری از کشورها خدمات اجتماعی مناسبی برای این افراد و والدین آن‌ها تدارک دیده شده است و روش‌ها، داروها و مراکز قابل توجهی برای کمک به بیماران درخودمانده فراهم شده است.

در حالی که هنوز درمان مشخصی برای اُتیسیم پیدا نشده است ولی روش‌های درمانی مناسبی وجود دارند که با آنها می‌توان به این کودکان کمک کرد تا از توانائی‌های بیشتری بهره مند شده و حتی نمونه‌هایی نیز از بهبود کامل دیده شده است. این روش‌های درمانی علاوه بر اینکه کمک می‌کنند تا رفتارهای اختلالی کودک کم شوند، همچنین کارهای استقلالی را نیز به کودک می‌آموزند تا کودک بتواند به طور مستقل نیازهای خود را برآورده و به تدریج به یک زندگی عادی برسد. از آنجائی که رفتارها و اختلالات در کودکان درخودمانده بسیار متفاوت و متغیر است، تا کنون چندین برنامه درمانی برای آن‌ها مد نظر قرار گرفته است که هر کدام موفقیت‌هایی نیز به دنبال داشته‌اند. در درمان کودکان درخودمانده باید حتماً این مورد در نظر گرفته شود که روش درمان برای هر کودک باید متناسب با توانائی‌ها و شدت اختلالات او برنامه ریزی شود.

لطفاً به یاد داشته باشید که مطالب ذکر شده در اینجا جهت درمان و تشخیص نمی‌باشد و فقط برای افزایش اطلاعات شماست، برای تشخیص و داشتن یک برنامه درمانی حتماً باید با متخصصین اُتیسیم مشورت کنید.

روش‌های درمانی و تربیتی:

مطمئناً در مسیر افزایش اطلاعات خود در مورد اُتیسیم با روش‌های درمانی زیادی روبرو خواهید شد مانند آموزش از طریق شنوایی، آموزش جزء به جزء، ویتامین درمانی، درمان با رژیم غذایی بدون غلات، برقراری ارتباط آسان، موسیقی درمانی، بازی درمانی، کار درمانی، و بهبود مجموعه حواس. به طور کلی می‌توان تمامی این روش‌ها را به دو دسته تقسیم کرد: درمانی و تربیتی. روش‌های درمانی شامل: تصحیح رفتاری و روش بهبود ارتباط، روش‌های رژیمی و داروئی، و روش‌های ترکیبی می‌باشند. کارائی بعضی از روش‌های درمانی توسط تحقیقات و آمار ثابت شده

است و بعضی نیز نتایج چشمگیری نداشته‌اند. بعضی از والدین مایل‌اند کودک آن‌ها فقط با روش‌هایی که کارائی آن‌ها ثابت شده است تحت درمان قرار گیرند. ولی به خاطر داشته باشید که همه کودکان درخودمانده مانند هم نیستند و ممکن است که روشی که برای یک کودک مؤثر بوده برای کودک دیگر تأثیر چندانی نداشته باشد. ما توصیه می‌کنیم که برای انتخاب یک روش درمانی مناسب و مؤثر حتماً تمامی جوانب را در نظر گرفته و با متخصصین اُتیسیم مشورت کنید. بهتر است قبل از هر کاری از توانائی‌ها و ناتوانی‌های کودک خود شناخت کاملی پیدا کنید.



به عنوان والدین طبیعی است که بخواهید هر چه سریع‌تر کاری بکنید. به هر حال بسیار مهم است که برای شروع تغییرات زیادی را بر کودک تحمیل نکنید زیرا تغییرات در این کودکان باعث استرس و ناراحتی بیشتر می‌شوند.

بهتر است در ابتدا با تحقیق و مطالعه روش مناسب برای کودکان را انتخاب کنید و برنامه ریزی درستی را قبل از شروع برنامه درمانی داشته باشید. شما می‌توانید با مراجعه به اینترنت منابع اطلاعاتی بسیاری را پیدا کنید که در امر افزایش اطلاعات و بررسی روش‌های درمانی متفاوت سودمند هستند. در بسیاری از این سایت‌ها می‌توانید تجارب خانواده‌هایی را که روش‌های متفاوت را برای درمان کودکان خود استفاده کرده‌اند مطالعه کنید. همچنین شما می‌توانید نظرات و تئوری‌های متخصصین اُتیسم در مورد علل بروز و نحوه درمان این کودکان را مشاهده کنید. ممکن است در ابتدا از فراوانی اطلاعات موجود در اینترنت کمی گیج شوید ولی با اندکی تحمل و صرف وقت خواهید توانست اطلاعات خود را افزایش داده و روش‌های مناسب برای کودک خود را پیدا کنید. این شما هستید که با کودک درخودمانده خود هر روز زندگی می‌کنید و این شما هستید که بهتر از هر کس دیگری او را می‌شناسید پس بهتر است به خود ایمان داشته باشید و در راه درمان او مصمم و با اراده قدم بگذارید. فراموش نکنید که این کودکان کسی را جز شما ندارند!

پس از اینکه از اُتیسم و روش‌های درمانی آن به اندازه کافی مطلع شدید حتماً در پی آن خواهید بود که جایی را برای کمک به کودک خود و شروع درمان مناسب پیدا کنید. ممکن است تعداد انگشت شماری متخصص اُتیسم در اطراف خود پیدا کنید ولی متأسفانه هنوز در کشور ما ایران به این بیماری و نیازهای این بیماران توجه کافی نشده است. شما مراکزی را خواهید یافت که با کمال میل و با همدلی سعی در کمک کردن به کودک شما دارند ولی این مراکز اختصاصی نیستند و برای کودکان معلول ذهنی و جسمی راه اندازی شده‌اند. شما می‌توانید از افراد متخصص در کار درمانی، گفتار درمانی، و بازی درمانی این مراکز کمک بگیرید و اگر این اشخاص در زمینه اُتیسم نیز کار کرده باشند می‌توانند نتایج بهتری را بدست آورند. متأسفانه در هیچکدام از این مراکز نمی‌توانید روش‌های ذکر شده برای کودکان درخودمانده را به صورت کامل و منسجم بیابید. امیدواریم هر چه زودتر مسئولین و افراد تصمیم‌گیرنده در امر کمک به کودکان دارای مشکلات جسمی و ذهنی اقداماتی را در جهت کمک به کودکان درخودمانده و خانواده‌های آن‌ها تصمیماتی را اتخاذ کنند.

افراد درخودمانده نیز مانند سایر انسان‌ها هستند. آن‌ها نیز نقاط ضعف و قوت دارند. آنها نیز احساس داشته و نیازهایی دارند. تنها تفاوت افراد درخودمانده با سایرین این است که این افراد ناتوانی‌هایی را در مجموع دارند که شاید هر کدام از این ناتوانی‌ها را جدا جدا در سایر افراد نیز بتوانید ببینید. بعضی از کودکان درخودمانده حتی از نظر درجه هوشی از افراد معمولی بالاترند و بعضی‌ها نیز پائین‌تر. برای کمک به این افراد نیاز است که مربیان و



درمانگران مطالعات کافی و مناسبی را داشته باشند تا بتوانند هر چه مؤثرتر و مناسب تر با این بیماران کار کنند. بعضی از کودکان درخودمانده نیاز دارند تا بیشتر در زمینه رفتارهای اجتماعی با آنها کار شود. بعضی نیازمند تصحیح رفتارهای تهاجمی و

خودآزاری هستند. تقریباً هیچ برنامه تنهائی وجود ندارد که بتوان گفت دربرگیرنده همه این نیازها در کودکان درخودمانده باشد پس لازم است که از برنامه ای و یا برنامه هائی استفاده شود که در برگیرنده بیشترین نیازهای کودک شما باشد. به هر حال هر برنامه و یا برنامه‌های درمانی که برای کودک خود انتخاب می‌کنید بایستی حداکثر نیازهای کودک شما را برآورده کند و در دوره‌های زمانی مناسب (با تشخیص متخصصین و درمانگران) بازنگری و بررسی شود تا از کارآمد بودن و تأثیر مثبت آن اطمینان حاصل شود.

روش‌های درمانی

در ادامه ما به چند روش درمانی موجود برای کودکان درخودمانده اشاره خواهیم کرد. این برنامه‌ها برای کودکان زیر ۳ سال طراحی شده‌اند ولی می‌توان از آنها برای کودکان بزرگ‌تر هم بهره برد. یادآور می‌شویم که این روش‌ها برای آشنائی می‌باشد و این مبحث هیچ روشی را برای کودک شما توصیه نمی‌کند. همانطور که قبلاً ذکر کردیم انتخاب روش مؤثر باید با مشورت متخصص اُتیسم و در نظر گرفتن همه جوانب باشد. بسیار مهم است که شما خصوصیات، اختلالات و سطح هوشی کودک خود را خوب بشناسید و در برنامه درمانی او روشهائی را که می‌توانند بهترین نتایج را بدهند منظور کنید. ممکن است شما تمامی نیازهای درمانی کودک خود را در یک برنامه پیدا نکنید در این صورت بهتر است با مطالعه دقیق در سایر برنامه‌های درمانی روشهائی را که به کودک شما کمک می‌کنند انتخاب کرده و در برنامه درمانی او قرار دهید. تمامی متخصصین در امر اُتیسم معتقدند که تشخیص زودهنگام و شروع درمان در سنین کم بهترین نتایج را دربر خواهند داشت. اگر کودک هر چه زودتر در برنامه درمانی قرار گیرد، زودتر هم به سطح رفتارهای عادی خواهد رسید. همچنین افراد متخصصی که بر روی کودکان درخودمانده سال‌ها کار کرده‌اند معتقدند هر چه برنامه درمانی منظم تر و دارای ساختار دقیق‌تری باشد می‌توان نتایج بهتری را بدست آورد. با توجه به مشکلات و اختلالات خاصی که در بیماران درخودمانده مشاهده می‌شود یک برنامه درمانی مناسب باید این نیازها را برآورده کند: رشد و بهبود رفتارهای اجتماعی کودک، توانائی برقراری ارتباط، تصحیح رفتاری، و بهبودی مشکلات مجموعه حواس پنجگانه. گاهی یک برنامه از متعلقات زیادی برای کمک به فرد درخودمانده برخوردار است. برای مثال برنامه درمانی یک کودک می‌تواند شامل گفتار درمانی، رشد و بهبود رفتارهای اجتماعی و دارو درمانی باشد و برنامه درمانی کودک دیگر از رشد و بهبود رفتارهای اجتماعی، بهبود مجموعه حواس پنجگانه و تغییرات رژیم غذایی تشکیل شده باشد.

برنامه هائی برای کودکان زیر ۳ سال:



اگر کودک شما زیر ۳ سال سن دارد می‌تواند از شانس درمان زودهنگام بهره ببرد. کودک شما می‌تواند به دو طریق از این برنامه درمانی زودهنگام بهره ببرد، یا از طریق درمان در خانه و یا در مراکز درمانی. برنامه درمانی در خانه مستلزم این است که یک تیم درمانگر به خانه شما آمده و برنامه درمانی را در خانه پیاده کنند. در نوع دیگر که درمان در مرکز می‌باشد این شما هستید که باید کودک را مرتباً به مرکز برده و تحت درمان قرار دهید. در هر دو صورت افرادی که با کودک شما کار می‌کنند باید کسانی باشند که در زمینه اُتیسم تخصص و تجربه داشته و برنامه درمانی را به خوبی فهمیده باشند. کمک‌های دیگر نیز با توجه به نیاز کودک باید برای او تهیه گردد مانند کاردرمانی، گفتار درمانی و یا بازی درمانی.

به عنوان والدین کودک درخودمانده شما باید فعالیت بیشتری نسبت به سایر افراد تیم درمانی داشته باشید. این شما هستید که کودک خود را بهتر از دیگران می‌شناسید و می‌توانید به متخصص مربوطه و درمانگران در رابطه با انتخاب و اجرای برنامه درمانی کمک زیادی بکنید. تبادل تجربیات و اطلاعات میان والدین و درمانگران بسیار مهم و حیاتی است و می‌تواند در پیشبرد برنامه درمانی و پیشرفت کودک بسیار مؤثر باشد. توصیه می‌کنیم برای استفاده از امکانات موجود در جهت کمک به این کودکان و درمان زودهنگام با مراکز بهزیستی نزدیک محل زندگی خود تماس بگیرید و از خدمات آنها به این بیماران استفاده کنید.

از آنجائی که هیچ کودک درخودمانده مانند کودک درخودمانده دیگر نیست، برنامه درمانی مناسب برای یک کودک نیز ممکن است برای کودک دیگر مؤثر نباشد. همین امر باعث شده است که کار ارزیابی و ارائه برنامه‌های درمانی مشکل تر باشد. یکی از محققین و متخصصین اُتیسم بیان می‌کند که بهتر است هر کدام از مشکلات فرد درخودمانده را به عنوان یک بیماری فرض کرده و در انتخاب برنامه سعی شود که راه حل‌های این مشکلات در برنامه گنجانده شوند. شما می‌توانید لیستی از کارهایی را که کودک شما می‌تواند و نمی‌تواند انجام دهد تهیه کرده و در انتخاب برنامه دقت کنید که آیا برنامه مورد نظر جوابگوی این موارد می‌باشد یا نه. دانستن این اختلالات یادگیری در کودکان می‌تواند به شما کمک کند تا بدانید که آیا روشی را که انتخاب می‌کنید مؤثر خواهد بود یا نه. دانستن نقاط قوت کودک نیز بسیار مهم است زیرا به این ترتیب می‌توانید از انجام کارهای اضافه با کودک خودداری کرده و بیشتر به نقاط ضعف او بپردازید.

انجمن اُتیسم آمریکا چند معیار را ارائه داده است که می‌توان با استفاده از آنها مؤثر بودن یک برنامه درمانی را تشخیص داد:

آیا برنامه درمانی به کودک صدمه ای خواهد زد؟ در صورت شکست برنامه درمانی چه تأثیراتی منفی بر کودک و خانواده وارد خواهد شد؟ آیا این برنامه درمانی از نظر علمی بررسی و تأیید شده است؟ آیا روش‌های ارزیابی مشخصی در این برنامه گنجانیده شده است؟ این برنامه در مورد سایر کودکان چه مقدار موفقیت داشته است؟



چه تعداد از کودکانی که با این برنامه تحت درمان قرار گرفته‌اند توانسته‌اند به مدارس عادی بروند و چه تعداد نتوانسته‌اند؟ آیا درمانگران تعیین شده تجربه و علم کافی برای کار با کودکان درخودمانده را دارند؟ فعالیت‌ها و تمرینات چگونه برنامه ریزی شده‌اند؟ کودک در این برنامه چه مقدار مورد توجه قرار گرفته است؟ پیشرفت کودک به چه نحوی اندازه گیری خواهد شد؟ آیا رفتار و پیشرفت کودک به دقت مورد بررسی و ثبت قرار خواهد گرفت؟ آیا کودک به درستی مورد تشویق و تحریک قرار خواهد گرفت؟ آیا محیط اختصاص یافته برای محل تمرینات به درستی از چیزهایی که ذهن کودک را پریشان می‌کند خالی شده است؟ آیا برنامه درمانی به نحوی است که امکان ادامه آن در خانه باشد؟ هزینه برنامه، زمان آن و محل آن در حدّ و توان والدین می‌باشد؟

روش‌های رفتار درمانی و بهبود ارتباط

رفتارهای کودکان درخودمانده اغلب برای والدین و درمانگران مشکل آفرین و ناراحت کننده است. این رفتارها ممکن است نامناسب، تکراری، تهاجمی و خطرناک باشد و همینطور ممکن است شامل تکان دادن مکرر دست‌ها، حرکت مداوم انگشتان، تکان دادن بدن به جلو و عقب، گذاشتن اشیاء در دهان، و یا کوبیدن سر به اشیاء دیگر باشد. کودکان درخودمانده همچنین ممکن است به رفتارهای خودآزاری مانند آسیب زدن به چشمان، و یا گاز گرفتن دستان خود عادت داشته باشند. این کودکان همچنین ممکن است نسبت به درد و سوختگی عکس العملی نشان ندهند. گاهی کودکانی نیز مشاهده شده‌اند که بدون دلیل به دیگران حمله کرده‌اند. دلایل بروز این رفتارها در کودکان درخودمانده هنوز به طور دقیق یافت نشده است و بسیار پیچیده می‌باشد ولی برخی از متخصصین معتقدند که اختلالات در حواس پنجگانه کودک می‌تواند باعث بروز این رفتارها شوند و کودک با این رفتارها می‌خواهد این حواس را ارضاء کند.

مهارت‌های ارتباطی نیز (هم کلامی و هم نوشتاری) مشکل مهمی در کودکان درخودمانده می‌باشد. آنها نمی‌دانند که ارتباط چگونه برقرار شده و چه اهمیتی دارد همچنین این کودکان اغلب در شروع ارتباط و برقراری ارتباط دو طرفه مشکل دارند. بسیاری نیز مشکلات گفتاری دارند و ممکن است هیچگاه در طول زندگی خود صحبت نکنند و یا اینکه دیر شروع به صحبت کردن بکنند. بعضی از این کودکان هم ممکن است از مهارت کلامی به نحو نادرست استفاده بکنند مثلاً هر کلمه و یا جمله ای که به آنها گفته می‌شود را تکرار می‌کنند (تکرار طوطی وار) و یا اینکه فقط از کلمات تک برای ارتباط استفاده می‌کنند. البته باید یادآور شد که مشکلات ارتباطی می‌توانند باعث بروز ناهنجاری‌های رفتاری شوند مثلاً کودکی که قادر نیست نیاز خود را بیان کند ممکن است شروع به فریاد کشیدن و یا خودآزاری کند.

روش‌های فراوانی برای بهبود مشکلات اجتماعی، کلامی، حواس، و رفتارهای اختلالی تهیه شده است. برخی از این روش‌ها عبارت‌اند از: ای بی ای، آموزش جزء به جزء، فلور تایم، داستان‌های اجتماعی، و بهبود مجموعه

روش ای بی ای Applied Behavior Analysis

بسیاری از روش‌های درمانی کودکان درخودمانده بر پایه اصول این روش تهیه شده‌اند. اصل مهم این روش این است که رفتارهایی که مورد تشویق قرار بگیرند احتمال تکرار و افزایش خواهند داشت و رفتارهایی که مورد توجه قرار نگیرند احتمال حذف شدن آن‌ها وجود دارد. اگر چه ای بی ای یک تئوری می‌باشد ولی بسیاری از مردم از این اصطلاح برای روشهایی که با این اصل کار می‌کنند استفاده می‌کنند. دو روش مهمی که بر پایه این اصل وجود دارند روش آموزش جزء به جزء و لوواس می‌باشند.

در روش آموزش جزء به جزء و روش لوواس هر تمرینی که به کودک داده می‌شود شامل یک دستور به کودک، یک عمل از طرف کودک و یک عکس العمل از طرف درمانگر می‌باشد. این روش علاوه بر تصحیح رفتارهای کودک شامل آموزش مهارت‌های جدید نیز از قبیل مهارت‌های اولیه مانند خوابیدن و لباس پوشیدن تا مهارت‌های پیشرفته مانند برخوردهای صحیح اجتماعی می‌باشد. این روش، روشی بسیار دقیق و کامل است. در این روش معمولاً کودک بین ۳۰ تا ۴۰ ساعت در هفته به صورت انفرادی با درمانگر دوره دیده کار می‌کند. هر کار و مهارت جدید به اجزاء کوچک‌تری تقسیم می‌شود. هرگاه کار خواسته شده از کودک به درستی انجام شود، کودک مورد تشویق قرار می‌گیرد تا در کودک انگیزه تکرار آن و فرمانبری بیشتر شود. این روش با مخالفت‌هایی نیز روبرو شده است. برخی از متخصصین معتقدند که این روش به احساسات کودک لطمه می‌زند و مدت زمان آموزش آن در طول هفته تأثیرات ناخوشایندی بر خانواده می‌گذارد. به هر حال آمار و ارقام و تجربه نشان داده است که تکنیک‌های ای بی ای نتایج مثبت و با ثباتی بر روی کودکان درخودمانده داشته است.

TEACCH

این روش اولین روشی بود که در آمریکا برای کودکان درخودمانده به کار گرفته شد. نام این روش مخفف عبارت "درمان و آموزش کودکان درخودمانده و ناتوانی‌های ارتباطی مرتبط با این بیماری" می‌باشد. در این روش اعتقاد بر این است که محیط زندگی کودک باید با او تطبیق داده شود نه اینکه کودک با محیط تطبیق داده شود. در این روش از تکنیک خاصی استفاده نمی‌شود بلکه برنامه درمانی بر اساس سطح عملکرد کودک پایه ریزی می‌شود. توانایی‌های کودک بر اساس معیارهای آموزش‌های روانی بررسی می‌شود و تکنیک‌های درمانی در جهت بهبود ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و انطباقی طراحی می‌شوند. در این روش به جای اینکه به کودک یک مهارت و توانایی خاص آموزش داده شود، سعی بر این است که به کودک مهارت‌هایی آموزش داده شود تا بتواند محیط اطراف خود و رفتارهای اطرافیان خود را بهتر درک کند. به عنوان مثال، برخی از کودکان درخودمانده هنگام احساس درد شروع به فریاد زدن می‌کنند، در این روش سعی بر آن است که به کودک





آموزش داده شود تا هنگام احساس درد چگونه با برقراری ارتباط آن را به اطرافیان خود بفهماند. این روش نیز مخالفانی دارد و این مخالفان معتقدند که این روش خیلی خشک و پر شاخ و برگ است. همچنین ممکن است کودک درخودمانده دریابد که در برابر عمل خواسته شده چه انتظاری از او می‌رود و فرا بگیرد که بدون فکر، خلاقیت و دقت جواب خواسته شده را اجرا کند.

Picture Exchange Communication Systems – PECS

روش ارتباط با تبادل تصویر

یکی از مهم‌ترین اختلالات در کودکان درخودمانده عدم توانایی در ارتباط می‌باشد. برخی از کودکان درخودمانده ممکن است صحبت کردن را بیاموزند و برخی نیز ممکن است هیچگاه قادر به این کار نشوند. این روش، روش مناسبی برای شروع گفتار و برقراری ارتباط در کودکانی است که قادر به صحبت کردن نمی‌باشند. در این روش بر پایه اصول ای بی ای، به کودک آموزش داده می‌شود که چگونه می‌تواند نیازهای خود را از طریق دادن تصاویر برآورده کند. از امتیازات مهم این روش این است که ارتباط کودک ساده، قابل فهم، با تفکر و عمد می‌باشد. کودک تصویری را به شما می‌دهد و شما بلافاصله می‌توانید منظور او را دریابید. با این روش کودک می‌تواند با هر کسی ارتباط برقرار کند و تنها کاری که باید انجام شود گرفتن و دادن تصاویر است.

Floor Time

این روش توسط یک روانشناس کودک به نام “استانلی گرین اسپن” ارائه شده است. این روش بسیار شبیه بازی درمانی است. در این روش سعی بر این است که ارتباط کودک با یک فرد دیگر از طریق برنامه‌های دقیق بازی بیشتر و مؤثرتر شود. این روش شامل شش مرحله می‌باشد که کودک در مراحل طی آن‌ها تقلید و چگونه یاد گرفتن را از یک بزرگ‌تر فرا می‌گیرد و به عبارتی کودک باید نرده بام شش پله ای را طی کند. ممکن است کودکان در این روش با مشکلاتی نیز روبرو شوند مثلاً به علت اختلالات حسی در درک بعضی از تمرینات خواسته شده مشکل پیدا کنند و یا اینکه قادر به انجام برخی از تمرینات بدنی موجود در برنامه نشوند. در این برنامه والدین و درمانگران سعی می‌کنند تا پیشرفت کودک را از طریق مسیرهایی که کودک دوست دارد و با جهت دادن به این مسیرها، فراهم کنند تا کودک بتواند شش مرحله پیشرفت موجود در این روش درمانی را طی کند. این روش به طور مجزا کودک را در بدست آوردن مهارت‌های گفتاری و بدنی کمک نمی‌کند بلکه از نظر احساسی و روانی به کودک کمک می‌کند تا کودک بتواند درک بیشتری پیدا کرده و از طریق آگاهی و تجربه مهارت‌های دیگر را نیز بدست آورد. معمولاً از این روش در کنار روش‌های دقیق تر دیگر مانند ای بی ای در ساعات فراغت کودک استفاده می‌شود.



این داستان‌ها برای آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان درخودمانده آماده شده‌اند. از طریق این داستانها به کودک آموزش داده می‌شود که چگونه احساسات، منظور، و برنامه‌های دیگران را درک کنند. در این روش یک داستان براساس یک موقعیت و شرایط خاص با اطلاعات فراوان تهیه شده است که به کودک از طریق گوش کردن به آن کمک می‌شود تا بفهمد چه جواب یا عکس العمل مناسب را باید از خود نشان دهد. این داستانها معمولاً از سه جزء اصلی تشکیل می‌شوند: ۱- اطلاعاتی در مورد افراد داستان، مکان و اجزاء آن ۲- احساسات و افکار افراد داستان ۳- جوابها و عکس‌العملهای مناسبی که باید وجود داشته باشند. این داستانها باید بر اساس نیاز کودک برای او خوانده شوند و حتماً باید از قول اول شخص مفرد و در زمان حاضر باشند. این داستانها در صورت همراهی با تصاویر و موسیقی می‌توانند تأثیر بیشتری داشته باشند. بایستی داستانهای فراهم شده به گونه ای باشند که نقاط ضعف کودک را تصحیح کنند. مثلاً کودکی که از شرایط به خصوصی ترس دارد و یا اینکه در او ایجاد استرس می‌کند بهتر است داستانهای مناسبی در مورد این شرایط برای او گفته شود.

Sensory Integration درک مجموعه حواس

کودکان درخودمانده اغلب از نظر حس‌های بدن خود دارای مشکلاتی می‌باشند. ممکن است این کودکان دارای آستانه تحریک بالا و یا پائین باشند و یا اینکه مغز آنها قادر نیست از اطلاعات بدست آمده توسط حواس پنجگانه آنها درک درستی از شرایط موجود بدست آورد. در این روش درمانی که می‌تواند توسط بازی درمان، کاردرمان و یا گفتار درمان انجام شود به کودک کمک می‌شود تا بهتر از اطلاعات حسی بهره ببرد. مثلاً اگر کودک با حس لامسه خود مشکل دارد از کودک خواسته می‌شود تا اشیاء متفاوت با جنس‌های متفاوت را لمس کرده و با آنها کار کند. موسیقی درمانی نیز جزئی از این روش است که توسط فرکانس‌های متفاوت حساسیت کودک را در برابر برخی اصوات کم و یا زیاد می‌کند. دکتر "تمپل گراندین" که خود یک بیمار اُتیسم بوده است دستگاهی را طراحی کرده است که با فشارهای متفاوت بر دست، حس لامسه را بهبود می‌بخشد. قبل از اجرای این روش درمانی، درمانگر حتماً باید کودک را به دقت زیر نظر گرفته و آشنائی کامل و دقیقی در رابطه با خصوصیات حسی کودک پیدا کند.

درمان‌های رژیم‌ی و داروئی

از آنجائی که اُتیسم یک طیف از بیماری‌های مشابه است نمی‌توان گفت که یک درمان خاص برای همه این طیف می‌تواند مؤثر باشد. ولی به هر حال متخصصین و خانواده‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که با استفاده از چند روش درمانی و یا ترکیبی از آنها می‌توان به کودکان درخودمانده کمک کرد تا رفتارهای اختلالی آنها بهتر شده



و عملکرد کلی آن‌ها پیشرفت کند. این ترکیب درمانی می‌تواند ترکیبی از روش‌های روانشناسی و داروئی باشد. تاکنون داروئی یافت نشده است که از بروز اُتیسیم جلوگیری کند و یا اینکه آنرا درمان کند ولی متخصصین و خانواده‌ها به تجربه دریافته‌اند که بعضی از داروهای استفاده شده در بیماری‌های دیگر، در بهبود بعضی از اختلالات اُتیسیم مؤثر می‌باشند. همچنین مشاهده شده است که تغییرات رژیم غذایی و افزودن برخی ویتامین‌ها و موادمعدنی می‌تواند در بهبود برخی از اختلالات اُتیسیم مؤثر باشد. در طی ده سال گذشته تحقیقات زیادی در این مورد انجام شده که نتایج برخی از آن‌ها حاکی از این است که افزودن برخی ویتامین‌ها مانند ب۶ و ب۱۲ و همچنین حذف برخی مواد مانند گلوتن و کازئین از رژیم غذایی کودک می‌تواند در بهبود عملکرد سیستم گوارشی، آلرژی‌ها و رفتارهای کودک تأثیر مثبت داشته باشد. البته تمامی تحقیقات و بررسی‌ها این مطلب را به صورت علمی و قطعی ثابت نمی‌کنند. تعدادی از داروهای بیماری‌های دیگر وجود دارند که در مورد بعضی از کودکان درخودمانده اثرات مثبت نشان داده‌اند. این داروها معمولاً در درمان بیش فعالی، اختلالات توجه، و نگرانی در کودکان درخودمانده مؤثر بوده‌اند. در اصل می‌توان گفت هدف از استفاده دارو در کودکان درخودمانده، کاهش رفتارهای اختلالی در جهت استفاده بهتر و بیشتر کودک از جلسات درمانی می‌باشد. سعی کنید در صورتی که متخصصین برای کودک شما دارو تجویز می‌کنند این سئوالات را از آن‌ها بپرسید: آیا این دارو اثرات جانبی در کودک خواهند داشت؟ چه مقدار در طی روز باید استفاده شود؟ به چه نحو باید استعمال شود؟ در دراز مدت چه تأثیراتی خواهد داشت؟ چه کسی و چگونه تأثیرات این دارو را در کودک بررسی خواهد کرد؟ آیا آزمایشات به خصوصی را قبل از استفاده این دارو باید انجام داد؟ آیا استفاده این دارو هم زمان با سایر داروها و ویتامین‌ها مشکلی نخواهد داشت؟. به هر حال به خاطر داشته باشید که استفاده از هر داروئی برای کودکان درخودمانده باید حتماً زیر نظر متخصص انجام شده و اثرات آن به دقت تحت بررسی باشد.

شاید بتوان گفت یکی از بیش‌ترین ویتامین‌های استفاده شده برای کودکان درخودمانده، ویتامین ب می‌باشد. این ویتامین در ساختن آنزیمهائی که مغز برای فعالیت خود به آن‌ها احتیاج دارد مؤثر است. در ۱۸ تحقیقی که در مورد این ویتامین انجام شده است نشان داده شده است که حدود نیمی از کودکانی که این ویتامین در رژیم غذایی آن‌ها بیشتر شده بود، تأثیرات مثبتی در آنها به وجود آمده بود که این تأثیرات شامل بهبود رفتار، بهبود تماس چشمی، توجه بیشتر، و افزایش توانائی یادگیری در این کودکان بود. در بعضی از کودکان، روغن جگر ماهی که حاوی مقادیر فراوانی ویتامین‌های آ و د می‌باشد تأثیرات خوبی در افزایش تماس چشمی و بهبود رفتاری داشته است. ویتامین س نیز در عملکرد بهتر مغز تأثیر دارد و استفاده آن در برخی از کودکان اثرات مثبت داشته است. در صورتی که قصد استفاده از ویتامین‌ها را برای کودک خود داشتید می‌بایست حتماً با دکتر متخصص کودک خود مشورت نمائید و در صورت لزوم آزمایشاتی را انجام دهید تا مطمئن شوید استفاده بیش از حد معمول این ویتامین‌ها اثرات جانبی و مخرب بر روی کودک شما نخواهد داشت. برخی از کودکان



درخودمانده در مورد بعضی از موادغذائی حساسیت هائی از خود نشان می‌دهند و حتی ممکن است در مورد آن آلرژی نیز پیدا کنند. ممکن است این حساسیت‌ها و آلرژی به صورت رفتارهای اختلالی در کودک بروز کنند. گزارش‌های فراوانی از والدین و متخصصین وجود دارند که حاکی از آن است که حذف این مواد غذائی از رژیم غذائی کودک باعث پیشرفت چشمگیر و بهبود رفتاری شده است. در برخی از کودکان درخودمانده مشاهده شده است که پروتئین هائی نظیر گلوتن و کازئین به خوبی شکسته نمی‌شوند و باعث بروز مشکلاتی در کودک می‌شوند. حذف این پروتئین‌ها در این کودکان می‌تواند به رفع اختلالات گوارشی در آن‌ها کمک کند و در نتیجه رفتارهای اختلالی ناشی از آن نیز رفع می‌گردند. گلوتن در غلات و کازئین در لبنیات وجود دارند. باید توجه داشت که در صورت وجود این مشکل در کودک شما، نباید غلات و لبنیات به یکباره از رژیم غذائی کودک حذف شوند زیرا ممکن است این قطع ناگهانی خود باعث بروز مشکلات دیگری شود. برای این منظور بهتر است با یک متخصص تغذیه مشورت شود تا نحوه حذف این مواد و تغییر مناسب رژیم غذائی به شما آموزش داده شود.

روش‌های درمانی مکمل

با وجود اینکه تشخیص زودهنگام و درمان زودهنگام اُتیسیم بهترین روش در کمک به این کودکان و درمان آن‌هاست، برخی از والدین و محققین معتقدند که روش‌های درمانی مکمل دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند ارتباط کودک با دنیای اطراف و سایرین را بهبود بخشیده و رفتارهای آن‌ها را بهتر کنند. از انواع این درمانها می‌توان به موسیقی درمانی، هنر، و حیوان درمانی اشاره کرد که می‌توانند به صورت فردی با کودک کار شده و یا در مراکز مخصوص به صورت جمعی کار شوند. در تمامی این روش‌ها افزایش قدرت ارتباط، بهبود روابط اجتماعی و افزایش اعتماد به نفس مشترک می‌باشد. همچنین این روش‌ها کمک می‌کنند تا کودک بتواند رابطه بی خطر و مفیدی را با درمانگر خود و سایرین برقرار کرده و با آن‌ها مانوس شود. موسیقی و هنر به خصوص می‌توانند در رفع مشکلات حواس پنجگانه کودک مفید باشند زیرا توسط آن‌ها قدرت درک، شنوایی و دیداری کودک تقویت می‌شوند. حیوان درمانی معمولاً شامل اسب سواری و شنا با دولفین‌ها می‌باشد. در این درمان‌ها کودک توانائی هماهنگی عضلات و اندام‌ها را می‌تواند بدست آورد همچنین احساس دوست داشتن و اعتماد به نفس نیز از فوائد این نوع درمان است.

فصل سوم: زندگی با اُتیسیم

نگاه کلی

بزرگ کردن یک کودک درخودمانده همراه با مشکلات فراوانی است و خانواده‌های این کودکان اغلب درگیر استرس‌های فراوانی هستند. مقدار شناخت از اُتیسیم و آمادگی این خانواده‌ها برای مقابله با آن می‌تواند کمک



بزرگی برای تمامی افراد خانواده (والدین، برادران و خواهران، پدر بزرگ و مادر بزرگ و ...) باشد. خصوصیات منحصر به فرد هر کودک درخودمانده باعث شده است که هر خانواده تجربیات مخصوص به خود را داشته باشد و ممکن است تجربیات خانواده‌های دیگر مفید واقع نشوند. ما در اینجا می‌خواهیم به مطالبی اشاره کنیم که ممکن است به عنوان ایده‌های اولیه برای خانواده‌های کودکان درخودمانده در رابطه با آمادگی و مبارزه با این مشکل، مفید باشند.

استرس در خانواده

استرس چیزی است که والدین همگی آنرا تجربه کرده‌اند. در طول روز استرس‌های فیزیکی را تجربه می‌کنیم که می‌توانند در اثر آماده کردن غذا، حمام بردن بچه‌ها، تکالیف خانه آن‌ها و ... باشند. گاهی اوقات این استرس‌های فیزیکی به وجود آمده میان والدین و کودکان می‌تواند باعث انجام نادرست کارها شود که خود می‌تواند علت به وجود آمدن استرس‌های روانی گردد. این نکاتی را که ذکر کردیم برای تمامی خانواده‌ها صادق است و خانواده‌های کودکان درخودمانده بعلاوه این مشکلات، استرس‌های خاص دیگری را نیز باید تحمل کنند.

تحقیقات نشان داده است که خانواده‌های کودکان درخودمانده بیشتر از خانواده‌های کودکان عقب مانده ذهنی و سندرم داون استرس داشته و با آن درگیر هستند. علت این امر می‌تواند شخصیت‌های خاص کودکان درخودمانده باشد کودک درخودمانده ممکن است حتی قادر نباشد که نیازهای اولیه زندگی خود را بیان کند. بیشتر اوقات والدین کودک باید حدس بزنند که کودک آن‌ها چه می‌خواهد، آیا او تشنه است؟ آیا او گرسنه است؟ آیا جایی از بدن او درد می‌کند؟ آیا ...؟ وقتی که والدین نتوانند خواست کودک خود را بفهمند در استرس فوق العاده ای قرار می‌گیرند و بسیار احساس درماندگی خواهند کرد. از طرف دیگر وقتی کودک نتواند خواست خود را بیان کند ممکن است رفتارهایی مانند خودآزاری و یا دیگرآزاری را در پیش بگیرد که این امر نیز خود باعث بیشتر شدن استرس و ناراحتی در اعضاء خانواده می‌شود. رفتارهای تکراری و مقاومتی کودک نیز از طرف والدین بسیار مهم و ناراحت کننده می‌باشند زیرا در قدرت یادگیری و پیشرفت او در مراحل درمانی اختلال ایجاد می‌کنند. ناتوانی‌های کودک در زمینه مهارت‌های اجتماعی مانند ناتوانی در بازی‌ها نیز در خانواده باعث استرس می‌شود. بسیاری از کودکان درخودمانده در خوابیدن و غذا خوردن مشکلاتی دارند. خواب نامناسب و بی موقع و همچنین بد غذایی و محدودیت نوع غذا در این کودکان علاوه بر ایجاد مشکلات جدی باعث خستگی جسمی و استرس‌های روانی بیشتر والدین می‌شود. به هر حال در خانواده‌های کودکان درخودمانده همیشه این گونه مبارزات وجود دارند. عدم تحمل کودک در نشستن بر روی صندلی برای مدت طولانی باعث می‌شود که خانواده نتواند دور هم غذا را صرف کنند. اختلالات خواب در این کودکان باعث می‌شود که والدین (و گاهاً دیگران به علت داد و فریاد کودک) نتوانند خواب مناسب داشته باشند. اختلالات رفتاری و عدم فرمانبرداری



باعث می‌شود که خانواده نتواند مانند سایرین در مراسم‌ها و میهمانی‌های فامیل شرکت کند. مثلاً ممکن است مادر مجبور شود در خانه بماند تا پدر به همراه بقیه خانواده در مراسمی شرکت کند به این ترتیب خانواده به صورت درست فعالیت‌های خود را نمی‌تواند انجام دهد.

از دیگر مشکلات مهم خانواده‌های کودکان درخودمانده حضور در اجتماعات و بیرون از منزل است. خیره شدن مردم به کودک، اظهار نظرهای طعنه دار، سرزنش والدین، عدم درک شرایط والدین همگی باعث ناراحتی و افزایش استرس در والدین می‌شود که پرهیز از حضور در اجتماعات از طرف والدین یکی از عواقب آن است. مثلاً ممکن است کودک درخودمانده بدون توجه به چیزی غذای کسی را از بشقاب او با دست بردارد. همین کافیست که والدین از رفتن به میهمانی‌ها هراس پیدا کرده و به بهانه‌های مختلف از این کار سر باز زنند. همین کناره‌گیری‌ها و فرار از دیگران باعث می‌شود که تعطیلی‌ها به روزهای غم‌انگیز تبدیل شوند زیرا خانواده نمی‌تواند با سایرین ارتباط داشته و از بودن با دیگران و از حضور در تفریحگاه‌ها لذت ببرد. به این ترتیب به تدریج والدین از دوستان و اقوام خود کناره‌گیری می‌کنند و تنها می‌شوند. این مسئله باعث ناراحتی‌های بیشتر و افزایش استرس در خانواده خواهد شد.

از دیگر نگرانی‌های والدین این کودکان آینده آنها می‌باشد. آنها می‌دانند که هیچ‌کس مانند آنها از کودک مراقبت نخواهد کرد. آنها با تمام وجود سعی می‌کنند که کودک احساس راحتی کرده و کمتر ناراحتی داشته باشد. والدین نگران این هستند که آیا بعد از آنها نیز کودکشان در راحتی و آسایش خواهد بود؟

مسئله مالی از دیگر مشکلات خانواده‌های کودکان درخودمانده می‌باشد. داشتن یک کودک درخودمانده در خانواده یعنی صرف پول زیاد برای آزمایشات، جلسات تشخیص، اجرای برنامه درمانی در خانه، و روش‌های درمانی و داروئی دیگر. از آنجائیکه در بسیاری از موارد یکی از والدین مجبور هستند که همیشه با کودک باشند و در برنامه آموزشی شرکت داشته باشند، به ناچار فقط یکی از والدین می‌تواند کار کند و دیگری باید از کار کردن چشم‌پوشد که این به معنای نصف شدن درآمد خانواده نیز می‌باشد.

والدین کودک درخودمانده همیشه یک غم بزرگ را در خود احساس می‌کنند و آن محروم شدن از کودک سالمی است که دوست داشتند داشته باشند. همچنین آنها همیشه در حسرت شرایط خوب خانوادگی هستند که انتظار داشتند در خانه آنها وجود داشته باشد. این احساس‌ها و غصه‌ها خود باعث افزایش ناراحتی‌ها و استرس‌های این خانواده‌ها می‌باشد.

در این خانواده‌ها برادران و خواهران این کودکان نیز در معرض انواع استرس‌ها و دلواپسی‌ها می‌باشند. خجالت کشیدن از دوستان خود در مورد برادر و یا خواهر ناتوان خود، حسادت در مورد پرداختن بیش از حد والدین به برادر و یا خواهر درخودمانده خود، ناتوانی برادر و یا خواهر درخودمانده در بازی با او، مورد خشونت قرار گرفتن



از طرف برادر و یا خواهر درخودمانده، نگرانی در مورد آینده او، و ... همگی می‌توانند باعث بروز استرس و نگرانی هائی در آنها شوند. ما می‌دانیم که والدین یک کودک درخودمانده در شرایط سختی به سر می‌برند و درک موقعیت و احساس آنها مشکل است ولی به هر حال برای کمک به کودک و خانواده باید سختی‌ها را تحمل کرده و روش درست و برنامه ریزی شده ای را طی کرد تا هر چه زودتر از این مشکلات کاسته شده و کودک نیز درمان شود. در اینجا چند پیشنهاد برای کم کردن استرس در این خانواده‌ها مطرح می‌شود.

ما پیشنهاد می‌کنیم اعضاء خانواده به خصوص والدین زمانی را نیز برای خود و کارهائی که دوست دارند اختصاص بدهند. در جواب این پیشنهاد والدین اغلب اظهار می‌دارند که آنها وقتی برایشان باقی نمانده است. ولی باید به خاطر داشته باشید که حتی چند دقیقه در روز نیز می‌تواند بسیار مؤثر باشد. برخی والدین حتی با صرف چند دقیقه برای مالیدن کرم به دستهایشان، پختن غذای مورد علاقه خود، و یا گوش کردن به موسیقی مورد علاقه خود این فرصت را برای تمدد اعصاب ایجاد می‌کنند. شاید تعجب کنید اگر بشنوید که حتی والدین نیز مانند کودکان درخودمانده برای کارهائی که انجام می‌دهند باید مشوق دریافت کنند تا بتوانند بهتر کارها را ادامه دهند. علاوه بر تشویق خود، اعضاء خانواده باید همدیگر را نیز تشویق کنند. زن و شوهر نیز باید کارهای یکدیگر را تشویق کنند و مایه امیدواری دیگری در ادامه این راه مشکل باشند و نیز به خاطر داشته باشید که برادران و خواهران کودک را نیز برای کمک به برادر و یا خواهر درخودمانده خود تشویق کرده و آنها را به ادامه این کار ترغیب کنید. زن و شوهر نیز باید وقتی را برای تنها بودن با هم قرار بدهند تا از استرس و خستگی خود بکاهند. البته کیفیت این وقت از مدت آن مهم‌تر است. این وقت می‌تواند وقتی که کودکان در خوابند و یا وقتی که آنها در کلاس درس و برنامه درمانی هستند فراهم شود.

از راه‌های دیگر کم کردن استرس و نگرانی می‌توان به این موارد اشاره کرد: دعا و نماز، تمرینات ورزشی، تمرینات آرامشی و تنفس عمیق، نوشتن مطالب برای یک روزنامه، برنامه ریزی برای انجام کارهای معوقه در طول روز، پرداختن به امور هنری، قدم زدن، دیدار با دوستان و ...

مسائل امنیتی در خانه

بسیاری از والدین و مراقبین کودک امنیت محیط خانه را برای کودکان درخودمانده مهم می‌دانند. گذاشتن درهای امنیتی در ورودی پله‌ها و درهای خروجی، قرار دادن محافظ بر روی پریزهای برق، و گذاشتن قفل‌های اضافی بر روی کابینت‌ها می‌تواند از جمله مسائل امنیتی باشد. این مسائل امنیتی برای تمامی والدین در سالهای اول زندگی کودک وجود دارد ولی والدین کودکان درخودمانده ممکن است این موارد را برای مدت زمان بیشتری احتیاج داشته باشند. رفتارهای کودک درخودمانده می‌تواند باعث بروز حوادثی برای او شوند مثلاً بالا و پائین پریدن‌های فراوان، عقب و جلو کردن خود، پاره کردن اشیاء، انداختن اشیاء بر روی زمین، کوبیدن وسایل



به اطراف، روشن و خاموش کردن وسائل برقی، قرار دادن اشیاء در وسائل خانگی، و ... همگی می‌توانند در صورت بی توجهی باعث بروز حوادثی شوند. فقط کافی است به بازی بچه‌ها با کبریت اشاره کنیم که چقدر می‌تواند خطرناک باشد. بنابر این هم رعایت موارد ایمنی در خانه و هم سعی در آموزش کودک در باره این موارد ضروری می‌باشند. ما در اینجا پیشنهادهایی برای بیشتر کردن امنیت خانه کودکان درخودمانده به شما ارائه می‌دهیم. باید به خاطر داشته باشید که خانه نیز می‌تواند کلاس درسی برای کودک باشد. والدین می‌توانند با قرار دادن قفل‌های اضافی، وسائل هشدار دهنده و استفاده از علائم و تصاویر محیط خانه را برای امنیت بیشتر و آموزش به کودک مهیا کنند. بهتر است اول از مکان‌هایی که کودک در آن‌ها بیشتر وقت خود را می‌گذراند و اتاق‌های مخصوص او شروع کنید. مثلاً اگر کودک دوست دارد که شیر آب گرم را در حمام باز کند بهتر است از حمام شروع کنید و یا اگر کودک اغلب از خانه به بیرون می‌رود تمهیداتی را در مورد در ورودی خانه باید بیاندیشید. مبلمان و وسائل خانه را به نحوی بچینید که برای کودک فرصت‌های آموزشی را فراهم کنند و همینطور خطری برای کودک نداشته باشند. مثلاً اگر کودک برنامه آموزش نشستن را دارد باید صندلی برای نشستن در اختیار کودک باشد. وسائل و مبلمانی را که کودک می‌تواند از آن‌ها بالا رفته و به قفسه‌ها و وسائل دیگر دسترسی پیدا کند، به مکانی دیگر انتقال دهید. اگر کودک اشیاء را به دهان خود می‌گذارد بهتر است که سطح زمین و مبلمان را تمیز نگاه دارید و اشیاء ریزی را که کودک به راحتی به آن‌ها دسترسی دارد به مکان‌های دور از دسترس او انتقال دهید. برای پله‌ها و محل‌هایی که خطر سقوط دارند موانع و در‌هایی قرار دهید تا این خطرات را از بین ببرید. برای در خروجی منزل و مکان‌هایی که کودک نباید وارد آن‌ها شود قفل‌هایی قرار دهید تا هنگامی که کودک تنها می‌باشد نتواند وارد آن‌ها شود. برخی از والدین برای ممانعت از خروج کودک از اتاق خود در نیمه‌های شب، برای در اتاق کودک قفل‌های مخصوص قرار می‌دهند. فراموش نکنید که قفل طوری نباشد که بر حسب اتفاق کودک شما را در اتاق زندانی کند و همچنین قفل باید طوری باشد که به سرعت و به راحتی باز شود. برای کابینت‌ها و کشوهای که وسائل تیز و برنده و یا دارو در آن‌ها نگاه داری می‌شوند حتماً قفل‌های مناسب تهیه کنید تا کودک نتواند آن‌ها را باز کند. اگر کودک عادت به آویزان شدن از پنجره را دارد، وسائلی را که کودک برای رسیدن به پنجره از آن‌ها بالا می‌رود، به جای دیگر انتقال دهید و برای پنجره‌ها نیز محافظ قرار دهید. برای پریزهای برق درپوش تهیه کنید. برای اتاق‌هایی که وسائل برقی مانند ماشین لباسشویی، تلویزیون، اتاق کار و ... وجود دارند تمهیداتی بیاندیشید تا کودک نتواند آن‌ها را راه اندازی کند. سیم‌ها و کابل‌های برق را دور از دسترس کودک نصب کنید تا کودک نتواند با آن‌ها بازی کند. پودرهای رختشویی، سوخت‌ها، موادشوینده، مواد ضد عفونی کننده و کلا مواد شیمیایی می‌توانند حادثه آفرین باشند آن‌ها را دور از دسترس کودک قرار دهید. قرص‌های رنگی وجود دارند که بسیار شبیه بعضی از شکلات‌ها هستند بسیار مراقب باشید تا در دسترس کودک قرار نگیرند. وسائلی که احتمال افتادن آنها می‌رود را محکم کنید و از قرار دادن دکورهای شیشه‌ای و فلزی در مکان‌هایی که در دسترس کودک می‌باشد خودداری کنید. بهتر است

در خانه از قیچی هائی که نوک مدور دارند استفاده شود و محل چاقوها و وسایل تیز را دور از دسترس کودک انتخاب کنید.



خواهران و برادران کودک درخودمانده

بزرگ کردن کودک درخودمانده برای والدین و همچنین برای خانواده مسائلی را به همراه خواهد داشت. از اولین مسائل و مشکلات مهم کمبود وقت والدین در رسیدن به خواسته‌های همگی افراد خانواده است. درگیری با مسائل کودک درخودمانده تقریباً تمامی وقت و انرژی والدین را صرف خود می‌کند و وقت کمی را برای مسائل دیگر افراد خانواده باقی می‌گذارد. بسیاری از والدین اعتراف می‌کنند که وقت کافی برای پرداختن به دیگر اعضای خانواده را ندارند. بسیاری از والدین خود، زندگی خود، و آرزوهای خود را فدای کمک به کودک درخودمانده خود می‌کنند و در زندگی آن‌ها پرداختن به خود دیگر معنائی ندارد ولی این امر نباید باعث این شود که پرداختن به سایر اعضای خانواده فراموش شود. بایستی شرایطی فراهم شود که در کنار پرداختن به امور دیگر فرزندان، به آن‌ها تفهیم شود که برادر و یا خواهر درخودمانده آن‌ها دارای مشکل مهمی است که همگی باید برای کمک به او تلاش کنند و به آن‌ها آموزش داده شود که در این امر کمک والدین باشند و آن‌ها را درک کنند. تحقیقات و تجارب نشان داده است که بسیاری از این خواهران و برادران توانسته‌اند به خوبی با این مشکلات کنار بیایند و در برنامه درمانی کودک کمک مهمی باشند. بهتر است والدین به سایر اعضای خانواده اُتیسیم و عوارض آنرا توضیح دهند تا رفتارهای کودک بیمار را بهتر شناخته و با آن کنار بیایند. بهتر است هر چند وقت یکبار جلساتی در خانواده تشکیل شود و موضوع اُتیسیم و کارهائی را که قصد انجام آنرا دارید برای سایر اعضای توضیح دهید تا آن‌ها نیز در جریان امور باشند. البته باید سعی شود توضیحات و مسائل مطرح شده متناسب با سن آن‌ها بیان شوند تا آن‌ها بهتر مشکل را درک کنند. در رابطه با خصوصیات کودک درخودمانده باید با دیگر افراد خانواده به خوبی صحبت شود زیرا مثلاً وقتی که یک کودک سالم برای بازی با یک کودک درخودمانده به طرف او می‌رود ممکن است در ابتدا کودک بیمار به کودک سالم پشت بکند. در اینجا باید به کودک سالم فهماند که این کار کودک بیمار از روی عمد و قصد نیست و او باید سعی کند تا با کودک بیمار ارتباط برقرار کرده و توجه او را به خود جلب کند. دستور العمل هائی وجود دارند که با آموزش آن‌ها به برادران و خواهران سالم می‌توانند با برادر و یا خواهر درخودمانده خود ارتباط برقرار کرده و بازی کنند. از جمله این آموزشها می‌توان به نکات زیر اشاره کرد: جلب توجه کودک بیمار، دادن دستورهای ساده، و دادن مشوق و تشویق برای رفتار و بازی درست.

شما باید حتماً در طول هفته وقت مشخصی را برای کودکان غیر درخودمانده خود کنار بگذارید تا آن‌ها نیز بتوانند تفریح کرده و از وقت خود لذت ببرند.

مطالبی را که در طی این ۳ فصل برایتان فراهم کردیم، ترجمه مقاله ای بود که انجمن اُتیسیم آمریکا برای



آشنائی بیشتر افراد جامعه به خصوص والدین کودکان درخودمانده تهیه کرده‌اند. در اینجا از تهیه کنندگان این مقاله تشکر کرده و امیدواریم که ترجمه آن نیز بتواند برای خانواده‌های ایرانی که کودک درخودمانده دارند و همینطور برای سایر افرادی که به این مقوله اهمیت داده و علاقه مند هستند مفید بوده باشد.

مترجم این مقاله آنرا خالی از ایراد و اشتباه نمی‌داند و امیدوار است که نظرات خوانندگان این مقاله، ما را در بهتر کردن ترجمه‌های بعدی یاری کند. شما می‌توانید نظرات خود را به این آدرس بفرستید:

چه کسی به عنوان اטיسم شناخته می‌شود؟

بابک پسری ۴ ساله است که از طرف پزشک متخصص اطفال جهت بررسی به روانپزشک اطفال معرفی شده است. والدین اظهار می‌کنند که کودک تا سن ۵/۱ سالگی از نظر گردن گرفتن، نشستن و راه افتادن کاملاً طبیعی ولی شروع تکلم با تاخیر بوده است. در حدود دو سالگی خانواده متوجه پس رفت تکاملی کودک شده‌اند به طوری که کلمات قبلی را استفاده نمی‌کرده و یا نابجا و غلط استفاده می‌کرده است. در حال حاضر در برقراری روابط باهمسالان مشکل دارد و قادر به دوستیابی نیست. هنگام حضور در مهد کودک به صورتی رفتار می‌کند که گوئی هیچ کس در کلاس حضور ندارد. تماس چشمی محدود است و یا خیره می‌شود. در مقابل رفتار محبت آمیز والدین واکنش نشان نمی‌دهد. در خانه بیشتر در خودش است و به نظر می‌رسد در دنیای خیالی خودش سیر می‌کند. کلمات و جملات دیگران را بدون درک مفاهیم تکرار می‌کند و گاه عبارات شنیده شده فعلی را تکرار می‌کند. کمتر از ضمیر من استفاده می‌کند و خودش را به نام صدا می‌کند. مفاهیم و دستورات را درک می‌کند ولی توجه و تمرکز خیلی کم است به طوری که کوچک‌ترین محرک محیطی موجب حواس پرتی در او می‌شود. حرکات تکراری دارد مثلاً مدت‌ها با چرخ ماشین اسباب بازی سرگرم می‌شود و یا ساعت‌ها کلید برق را روشن و خاموش می‌کند و یا با دکمه‌های کنترل تلویزیون بازی می‌کند. علاقه خاصی به وسایل مکانیکی دارد مثلاً حرکت پنکه، ماشین لباسشویی و یا صدای جارو برقی توجه او را جلب می‌کند. از طرف دیگر به آگهی‌های تبلیغاتی علاقه خاص نشان می‌دهد و ریتم کلام و آهنگ‌ها را بصورت طوطی وار تکرار می‌کند. گاهی اوقات دستش را در وضعیت غیر عادی نگه می‌دارد و یا مرتب با دست به صورتش ضربه می‌زند. مدت‌ها درگیر تکان خوردن، چرخیدن و... می‌شود. عادات خاصی دارد، مثلاً در خانه در مسیر مشخصی حرکت می‌کند. با اسباب بازی‌هایش درست بازی نمی‌کند مثلاً با ترتیب معین آن‌ها را در رختخوابش می‌چیند به طوری که خلاف آن موجب آشفتگی او می‌گردد. از طرف دیگر در بررسی‌های آزمایشگاهی، نوار مغزی و سی‌اتی اسکن مغزی مورد خاصی نشان داده نشده است. با توجه به تاریخچه، ارزیابی روانشناسی و روانپزشکی، کودک مبتلا به اختلال اטיستیک است.



اتیسم نوعی اختلال رشدی است که با رفتارهای ارتباطی و کلامی غیر طبیعی مشخص می‌شود. علایم این اختلال در سه سال اول زندگی بروز می‌کند. علت اصلی اختلال ناشناخته و در پسران شایع تر از دختران است. وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و سطح تحصیلات والدین نقشی در بروز اتیسم ندارد. این اختلال بر رشد طبیعی مغز در حیطه تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تاثیر می‌گذارد. کودکان و بزرگسالان مبتلا به اتیسم در ارتباط کلامی و غیر کلامی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های مربوط به بازی مشکل دارند. این اختلال ارتباط با دیگران و دنیای خارج را برای آنان دشوار می‌سازد. در بعضی موارد رفتارهای خود آزارانه و پرخاشگری وجود دارد. در این افراد حرکات تکراری (دست زدن، پریدن) و یا مقاومت در مقابل تغییر نیز دیده می‌شود و ممکن است در حواس بینائی، شنوائی، لامسه، بویائی و چشائی نیز حساسیتهای غیر معمول نشان دهند. هسته مرکزی مشکل در اتیسم اختلال در ارتباط است.

پنجاه درصد کودکان اتیستیک قادر نیستند از زبان به عنوان وسیله اصلی برقراری ارتباط با سایرین استفاده نمایند. عدم بکار بردن ضمیر «من» از ویژگی‌های کلامی این کودکان است. از مسایل دیگر تکلمی تکرار کلمات و جملات اطرافیان است.

انواع اختلالات نافذ رشد چیست؟

چندین اختلال در زیر گروه اختلالات نافذ رشد وجود دارد. در اختلالات نافذ رشد آسیب شدید در چندین حوزه رشدی به چشم می‌خورد. افرادی که در طبقه بندی اختلالات نافذ رشد قرار می‌گیرند در برقراری ارتباط اجتماعی دچار مشکل هستند ولی شدت آن متفاوت است.

نکات عمده ای که تفاوت میان اختلالات را نشان می‌دهند در زیر مطرح شده است:

اختلال اتیستیک: ارتباط، تعامل اجتماعی و بازی تخیلی به طور مشخص آسیب دیده است. علائق، فعالیت‌ها و رفتارهای تکراری دیده می‌شود. اختلال در سه سال اول زندگی شروع می‌شود.

اختلال آسپرگر: با آسیب در تعاملات اجتماعی و وجود فعالیت‌ها و علائق محدود مشخص می‌گردد. تاخیر در شروع تکلم وجود دارد ولی در حقیقت مبتلایان مشکلات تکلمی کمتری دارند. هوش معمولاً طبیعی و یا بالاتر از طبیعی است.

اختلال رت: سیر پیشرونده ای دارد و فقط در دختران دیده می‌شود. در ابتدا مراحل رشد طبیعی است ولی بعد مهارت‌های بدست آمده قبلی و توانایی استفاده هدفدار از دست‌ها را از دست می‌دهند و بجای آن حرکات تکرار شونده دست ایجاد می‌شود که بین سنین یک تا چهار سالگی شروع می‌شود.



اختلال فروپاشنده دوران کودکی: رشد حداقل در دو سال اول زندگی طبیعی است. از دست دادن جدی مهارت‌هایی که قبلاً داشته است مشاهده می‌شود.

اختلال نافذ رشد غیر اختصاصی: به تنهایی علائم مشخص هیچ یک از اختلالات بالا را ندارد و نمی‌توان آن را جزو یکی از طبقه بندی‌های فوق‌الذکر جای داد.

علت اتیسم چیست؟

اتیسم یک ناتوانی طولانی مدت است که منجر به اختلال عملکرد عصبی - روانی در فرد می‌شود. گرچه اتیسم عارضه نادری است اما شیوع اتیسم حتی تا ۲۰ مورد در هر ۱۰/۰۰۰ تولد زنده می‌رسد. اگر چه علت اصلی کاملاً شناخته شده نیست اما در سالهای اخیر تحقیقات و مطالعات زیادی در این زمینه صورت گرفته است. تحقیقات تاکید زیادی بر منشاء زیست شناختی و عصب شناختی در مغز دارد. در بسیاری از خانواده‌ها سابقه اتیسم و یا اختلالات مربوط به آن وجود داشته است که مسائل مربوط به ژنتیک و ایمنی شناسی در بحث سبب شناسی مطرح می‌گردد. تا به حال ژن خاصی که مربوط به اتیسم باشد شناخته نشده است و پژوهشگران در مورد نقش ژنتیک در علت شناسی اتیسم اختلاف نظر دارند. اما عده ای از آن‌ها ترکیب چندین ژن را به عنوان علت اختلال مطرح می‌کنند. چندین نظریه درباره اتیسم مطرح شده که هیچ یک به طور دقیق اثبات نشده است.

علائم اتیسم چیست؟

به طور معمول افراد مبتلا به اتیسم حداقل نصف علائمی را که در زیر عنوان شده است نشان می‌دهند. این نشانه‌ها از خفیف تا شدید متغیر هستند. در موقعیت‌های کاملاً متفاوت رفتارهایی که با سن کودک تطابق ندارد مشاهده می‌گردد.

- اصرار به یکسانی داشته و در مقابل تغییر مقاوم هستند.

مشکلات شدید تکلمی دارند.

دربیان نیازها مشکل دارند و بجای استفاده از کلمات از اشارات و حرکات استفاده می‌کنند.

کلمات و یا جملات دیگران را تکرار می‌کنند.

خنده و گریه بی دلیل داشته و یا بدون علت مشخص نگران و مضطرب می‌شوند.

قشقرق به پا می‌کنند و برای دلائلی که برای دیگران آشکار نیست شدیداً پریشان می‌شوند.



قادر نیستند بادیگران رابطه برقرار کنند.

دوست ندارند در آغوش گرفته شوند و یا دیگران را در بغل گیرند.

تماس چشمی ندارند یا تماس آن‌ها اندک است.

به روش آموزش معمول پاسخ نمی‌دهند.

با اسباب بازی درست بازی نمی‌کنند.

چرخیدن و تاب خوردن را خیلی دوست دارند.

احساس درد کمتر یا بیشتر از حد دارند.

از خطرات نمی‌ترسند.

پرتحرک و یا کم تحرک هستند.

نسبت به اطرافیان واکنش عاطفی نشان نمی‌دهند.

به صحبت‌ها و یا صداها پاسخ نمی‌دهند به طوری که به نظر می‌آید ناشنوا هستند اگر چه شنوائی سالم است.

هفتاد درصد کودکان اتیسم ناتوانی هوشی دارند.

در برخی از کودکان اتیستیک تواناییهای خاص وجود دارد.

باورهای غلط درباره اتیسم:

۱- کودکان مبتلا به اتیسم هرگز ارتباط چشمی برقرار نمی‌کنند.

۲- کودکان اتیستیک نبوغ دارند.

۳- کودکان مبتلا به اتیسم صحبت نمی‌کنند.

۴- کودکان اتیستیک قادر به نشان دادن محبت خود نیستند.

۵- اتیسم یک بیماری روانی است.



۶- منظور از پیشرفت این کودکان یعنی اینکه کاملاً شفا یابند.

۷- کودکان مبتلا به اتیسم نمی‌توانند به دیگران لبخند بزنند.

۸- کودکان اتیستیک تماس جسمی محبت آمیز برقرار نمی‌کنند.

ما می‌دانیم که این کودکان تحریکات حسی را بگونه ای متفاوت درک می‌کنند که موجب اشکال در ابراز محبت و برقراری ارتباط عاطفی در آنها می‌گردد. اما به هر حال این کودکان می‌توانند محبت کنند. در صوتی که این کودکان را باور کنیم قادر به داد و ستد عاطفی با آنها هستیم.

تعدادی از روش‌های درمانی - توانبخشی شامل مواد زیر هستند:

دارو درمانی

رفتار درمانی

گفتار درمانی

کار درمانی

آموزش تربیت شنیداری

آموزش یکپارچگی حسی

متخصصین تخمین می‌زنند که از هر ۱۰۰۰ کودک، ۳ تا ۶ نفر آنها اتیسم متولد می‌شوند (بعضی منابع ۱ به ۱۶۶ تولد را ذکر می‌کنند). مردان ۴ برابر بیشتر از زنان مبتلا می‌گردند. به نظر می‌رسد که اتیسم در بعضی خانواده‌ها بیشتر دیده می‌شود، اما قابل سرایت نیست.

همیشه تشخیص فرد مبتلا به اتیسم آسان نیست. افراد اتیستیک ممکن است هوش بالا یا پایین داشته باشند. افراد اتیستیک ممکن است ساکت یا پر حرف، خجالتی یا خوش برخورد، خوب یا بد در زمینه تحصیلی باشند. بعضی از آنان خوش رفتار هستند، در حالی که برخی دیگر مشکلات رفتاری شدیدی دارند. در واقع فردی با تشخیص اسپرگر ممکن است نسبت به فردی با تشخیص NOS-PDD، مشکلات اضطرابی یا حسی داشته یا نداشته باشد.

افراد مبتلا به اتیسم چه اشتراکاتی دارند؟



آنچه در تمام افراد با تشخیص اختلال طیف اتیسم مشترک است، تاخیر یا ناتوانی در مهارت‌های اجتماعی از قبیل مکالمات روزمره، تماس چشمی و درک هیجانی دیگران است.

این مشکلات منجر به نقص در تعاملات اجتماعی، دشواری‌های کلامی، اختلال در ارتباطات غیر کلامی و محدودیت شدید و غیر طبیعی در انجام فعالیت‌ها و کارهای روزانه می‌شود. اغلب افراد مبتلا به اتیسم تاخیر در رشد حرکات درشت و ظریف نیز دارند. توجه به این نکته در بین نشانه‌ها بسیار مهم است. گاهی ممکن است یک کودک مبتلا به اتیسم در مشاهده بهتر از کودکان هم سن و سال خود به نظر برسد.

به طور کلی علائم و نشانه‌ها به ۳ دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

۱- نشانه‌های ارتباطی-اجتماعی:

در بیشتر مواقع، یک کودک یا فرد بزرگسال به دلیل نقص یا تفاوت‌های کلیشه‌ای در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی مشکوک به اتیسم می‌شود.

برخی از این تفاوت‌ها عبارت‌اند از:

- تاخیر یا الگوهای غیر طبیعی در گفتار (برای مثال برخی از کودکان اتیستیک متن نوارهای ویدئو را حفظ می‌کنند و آن‌ها را کلمه به کلمه با همان صدایی که شخصیت فیلم حرف می‌زند تکرار می‌کنند).

- تون صدای یکنواخت یا بسیار بلند.

- فقدان زبان خودمانی یا بچه‌گانه.

- دشواری در درک تون صدا و زبان بدنی به عنوان شیوه‌ای برای بیان گوشه‌کناییه؛ شوخی؛ طعنه و غیره.

- کمبود تماس چشمی.

- عدم توانایی در تجسم.

در حالی که برخی از افراد اتیستیک مهارت‌های زبانی جالبی دارند تعدادی از آن‌ها اصلا حرف نمی‌زنند. در این بین افرادی هستند که مهارت‌های کلامی آن‌ها منحصر به فرد است. برخی ممکن است کاملا بتوانند حرف بزنند اما دشواری زیادی در محاوره داشته باشند مثلا کوتاه حرف بزنند.

۲- نشانه‌های حسی و حرکتی:

اکثر افراد اتیستیک حساسیت کم یا بیش از حد به نور، صدا، شلوغی و محرکات خارجی دارند. برخی از آن‌ها

حساسیت کم و زیاد را با هم نشان

می‌دهند. این امر باعث می‌شود افراد اتیستیک بعضی اوقات گوشه‌های خود را بپوشانند، از محیط‌های پر نور فراری باشند؛ خودشان را محکم روی کاناپه پرت کنند یا میل شدیدی به حمل بارهای سنگین داشته باشند.

در حالی که پیدا کردن یک فرد اتیستیک که به دلیل بیماری‌اش اختلال جسمانی داشته باشد مشکل است اما بیشتر این افراد درجاتی از دشواری حرکتی در حرکات درشت و ظریف نشان می‌دهند. اکثراً در نوشتن و حرکات هماهنگ مشکل دارند.

۳- مشکلات شخصیتی:

اغلب افراد اتیستیک تفاوت‌هایی را با دیگران دارند که شامل موارد زیر می‌باشد:

-انجام رفتارهای تکراری

-داشتن علائق و احساسات محدود

-دشواری در دوست شدن و تداوم دوستی

-تمایل به فعالیت‌هایی که نیاز کمتری به تعاملات کلامی دارد.

علل اتیسم چیست؟

در این زمینه اختلاف نظرهای زیادی در بین متخصصین و غیر متخصصین وجود دارد. در مقالات نظرات مختلفی در این باره از قبیل مسائل ژنتیکی، وجود سم، آلرژی‌های غذایی، والدین نامناسب، عدم رشد مغز، نقائص سیستم ایمنی و سو» تغذیه آمده است.

با وجود اختلاف نظرها، بیشتر متخصصین توافق دارند که در اتیسم یک ساختار و عملکرد مغزی متفاوت وجود دارد که به دلیل ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی بروز می‌کند. تاکنون هیچکس قادر به تشخیص دقیق ژن و عوامل خارجی مسئول اتیسم نبوده است.

غربالگری و تشخیص اختلالات طیف اتیسم

گام اول: جستجوی پرچم قرمز

بیشتر متخصصین معتقدند که هر چه زودتر باید به فکر درمان بود. با وجود آنکه علاج قطعی برای این اختلال وجود ندارد، اما دامنه وسیعی از شیوه‌های درمانی برای کاهش علائم، آموزش مهارت‌ها و بهبود پیش آگهی



وجود دارد. به هر حال باید والدین و معلمین مشکلاتی را که ممکن است منجر به تشخیص اتیسم می‌شوند، بشناسند.

برخی از نشانه‌ها وجود دارد که تحت عنوان پرچم قرمز نامیده می‌شوند که باید والدین و معلمین در جستجوی آن باشند، این علائم ممکن است در یک کودک یک ساله یا تا سن سه سالگی ظاهر شود. برخی از این علائم عبارت‌اند از:

-عدم پاسخ به مردم یا تمرکز روی یک شیء به جز افراد به مدت طولانی.

-عدم پاسخ نسبت به صدا زدن نامشان.

-فقدان تماس چشمی.

-دشواری در تفسیر آنچه دیگران در موردش حرف می‌زنند یا احساس می‌کنند.

-تاخیر در گفتار یا الگوهای گفتاری عجیب.

-حرکات تکراری از قبیل چرخیدن یا جنباندن بدن و یا رفتارهای خود تخریبی از قبیل کوبیدن سر.

-حرف زدن یکنواخت و یا آهنگین.

-حساسیت کمتر یا بیشتر از حد معمول نسبت به درد، صدا، نور یا شلوغی.

گام دوم:

یافتن افراد مناسب برای تشخیص اختلالات طیف اتیسم:

برای تشخیص درست اتیسم، باید به یک پزشک متخصص مراجعه نمود. در مرحله اول بهتر است به یک متخصص اطفال مراجعه کرد. اگر پزشک متخصص اطفال لازم دید کودک را به یک متخصص مغزو اعصاب و یا متخصص روانشناسی جهت تشخیص قطعی ارجاع می‌نماید.

پس از معاینات و ارزیابی‌های کامل باید غربالگری‌های اولیه توسط یک پزشک یا روانشناس ماهر که با رشد گفتار و مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف آشنا است، انجام شود.

گام سوم:

غربالگری کودک برای ابتلا به اختلالات طیف اتیسم:





قبل از اینکه خانواده خیلی نگران شود مهم است که کودک از منظر ابتلا به اتیسم غربال شود. ابزارهای غربالگری متعددی برای جمع آوری اطلاعات در زمینه رشد اجتماعی و ارتباطی کودکان در مراکز پزشکی وجود دارد.

برای مثال:

* CHAT) tobblers in autism of checklist The

* tobblers in autism for checklist mobifieb The

(CHAT-M)

* autism for tool screening The

STAT) olbs-year-two in

* questionnaire communication social The

(SCQ)

(برای کودکان چهار ساله و بالاتر)

به ندرت از یک نوع ابزار و معمولا از چند ابزار غربالگری و مشاهده به صورت ترکیبی استفاده می‌شود. اگر غربالگری شاخص‌هایی از اتیسم را نشان دهد، پزشک متخصص گام بعدی را اجرا می‌کند: رد کردن سایر احتمالات و تشخیص اتیسم.

گام چهارم:

رد کردن سایر احتمالات

غربالگری ممکن است نشان دهد که نشانه‌هایی شبیه اتیسم وجود دارد. اما قبل از تشخیص قطعی اتیسم پزشک متخصص باید سایر احتمالات را رد کند.

بسته به علائم کودک، پزشک باید تست‌های شنوایی، تست خونی برای احتمال عفونت، معاینه برای اختلالات صرع و سایر اختلالات فیزیکی را به عمل آورد. برخی پزشکان مشاوره‌های ژنتیکی را برای بررسی برخی اختلالات مثل سندرم X شکننده توصیه می‌کنند.

اگر علامت مثبتی در هر کدام از این زمینه‌ها مشاهده شد باید توسط پزشک متخصص مربوط به همان زمینه، کودک معاینه شود.

گام پنجم:

تشخیص اختلالات طیف اتیسم

زمانی که سایر تشخیص‌ها رد شد، پزشک متخصص می‌تواند تست‌های تخصصی اتیسم را انجام دهد.

ابزارهای تشخیصی عبارت‌اند از:

* reviseb-interview biagnosis autism The

(R-ADI)

این ارزیابی با مصاحبه والدین انجام می‌شود.

* odservation biagnostic autism The

(G-ADOS) schebule

در طول این تست پزشک کودک را در شرایطی قرار می‌دهد که رفتارهای ارتباطی اجتماعی از خود نشان بدهد و بررسی کند که آیا کودک مبتلا دچار تاخیر، عدم وجود رفتار و یا رفتار غیرطبیعی است.

* scale rating autism chilbren The

(CARS)

این ابزار حرکات کودک، تطابق نسبت به تغییرات، واکنش به شنیدن صدا، ارتباطات کلامی و ارتباط با مردم را بررسی می‌کند.

براساس این ابزارهای تشخیصی، همچنین مشاهده و سایر ارزیابی‌ها، پزشک می‌تواند اختلالات طیف اتیسم از قبیل سندرم آسپرگر، NOS-PDD یا اتیسم را تشخیص دهد.

درمان اختلالات طیف اتیسم

متأسفانه، هیچ استاندارد طلایی برای درمان اتیسم وجود ندارد. برخلاف بیشتر بیماری‌ها، بندرت علت اتیسم شناسایی می‌شود. از سوی دیگر، هر فرد مبتلا به اتیسم علائم مختلف جسمانی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی را





از خود بروز می‌دهد. با وجود چنین شرایطی، تا ۲۰ سال قبل توجه کمی توسط جامعه پزشکی نسبت به درمان این اختلالات اعمال می‌شد.

علاج قطعی وجود ندارد اما گزینه‌های زیادی وجود دارد

در حال حاضر، هیچ علاج قطعی برای درمان اتیسم در دسترس نیست. این به این معنی است که بیشتر متدهای درمانی که ادعا می‌کنند به احتمال زیاد معتبر نمی‌باشند. البته به این معنی نیست که علائم اتیسم نمی‌توانند تعدیل شوند.

گفته می‌شود شیوه‌های اصلی درمان اتیسم که به اغلب بیماران توصیه می‌شود محدود است. البته، انواع گوناگونی از گزینه‌های درمانی با دسته بندی‌های رشدی، رفتاری، دارویی، بیومدیکال و آموزش وجود دارد. برخی از این شیوه‌ها به خوبی جا افتاده‌اند و بعضی خوب شناخته شده‌اند. معه‌ها سایر روش‌ها هنوز بحث‌انگیز هستند و تحقیقات کافی در مورد آن‌ها انجام نشده است. هرچند که این موضوع به معنی بی‌اثر بودن آن‌ها نیست.

کاردرمانی در اتیسم: اصول پایه

براساس تعریف انجمن کاردرمانی امریکا، کاردرمانی درمان ماهرانه‌ای است که به افراد کمک می‌کند تا به استقلال در همه جنبه‌های زندگی خود دست یابند. کاردرمانی کمک می‌کند تا مردم مهارت‌های حرفه‌ای لازم در زندگی را برای کسب استقلال و رضایت مندی در زندگی را بدست آورند. اغلب اوقات کاردرمانگران با افراد صدمه دیده به‌راستی کسب مجدد توانایی، استفاده از دست‌ها در فعالیت‌های مختلف زندگی روزانه، توانایی نوشتن و مراقبت‌های شخصی، کار می‌کنند.

در مورد اتیسم، کاردرمانگران امروزه به‌طور وسیعی دامنه فعالیت‌های حرفه‌ای خود را گسترش داده‌اند. در گذشته کاردرمانگران ممکن بود به‌راستی مثال در زمینه بهبود مهارت نوشتن، لباس پوشیدن و غیره در رابطه با کودکان اتیسم فعالیت نمایند. اما از آنجایی که افراد مبتلا به اتیسم کمبودهای اساسی در مهارت‌های شخصی و اجتماعی مورد نیاز برای یک زندگی مستقل دارند، کاردرمانگران امروز شیوه‌هایی را برای رفع این نیازها بکار می‌برند، برای مثال:

فراهم کردن مداخلاتی که به کودک کمک نماید تا به تحریکات حسی پاسخ مناسب را بدهد. این مداخلات ممکن است شامل تاب دادن، برس زدن، بازی روی توپ مخصوص و تمام فعالیت‌هایی باشد که از طریق آن کودک بتواند بدنش را در فضا بهتر کنترل نماید.



- تسهیل فعالیت‌های بازی که تعامل و ارتباط با دیگران را آموزش می‌دهد و به آن کمک می‌کند. برای کاردرمانی در زمینه اتیسم می‌توان از بازی درمانی‌های ساختار یافته به صورت ویژه و تخصصی استفاده نمود تا مهارت‌های هیجانی، هوشی و حتی جسمانی را بهبود ببخشد.

- اتخاذ استراتژی‌هایی برای کمک به افرادی که از یک مرحله به مرحله دیگر در گذر هستند. برای یک کودک مبتلا به اتیسم ممکن است شیوه‌های مناسبی استفاده شود که بتواند جابجایی و انتقال از مدرسه به خانه را بهتر کنترل کند. در مورد یک فرد بزرگسال مبتلا به اتیسم این مساله ممکن است مهارت‌های شغلی و مهارت‌های آشپزی را در بر بگیرد.

- استفاده از شیوه‌های تطابقی و استراتژیها برای جبران ناتوانی‌هایی بارز (برای مثال آموزش استفاده از کی بورد زمانی که آموزش نوشتن با دست امکان پذیر نیست و با انتخاب یک جلیقه سنگین برای افزایش تمرکز و غیره). علاوه بر این، پزشک متخصص اطفال می‌تواند به والدین در شناساندن مداخلات زودهنگام و قابل دسترس که از طریق مراکز توانبخشی و پزشکی ارائه می‌شوند، کمک نماید. افراد بزرگسال اتیسم می‌توانند از طریق مراکز توانبخشی خصوصی و دولتی به کار درمانی دسترسی پیدا کنند.

شیوع

متوسط نسبت اختلال اتیستیک در بررسی‌های همه گیری شناسی ۵ مورد در هر ۱۰ هزار نفر است، دامنه گزارش‌ها از ۲ تا ۲۰ مورد در هر ۱۰ هزار نفر متغیر است. معلوم نیست که نسبت‌های بالاتر ناشی از تفاوت‌ها در روش شناسی است یا ناشی از افزایش فراوانی این اختلال.

دوره یا سیر

به طور مشخص آغاز اختلال اتیستیک پیش از سن سه سالگی است. در بعضی موارد والدین گزارش می‌دهند که از هنگام تولد کودک یا اندکی پس از تولد وی نگران شده‌اند زیرا کودک به تعامل اجتماعی علاقه ای نشان نداده است. جلوه‌های این اختلال در دوره شیر خوارگی و قبل از سن دو سالگی بسیار ظریف و تعریف آنها بسیار مشکل است. در موارد اندکی ممکن است گزارش شود که کودک تا یک سالگی (و یا حتی دوسالگی) رشد عادی داشته است، اختلال اتیستیک دوره پیوسته ای را طی می‌کند. در کودکان دبستانی یا نوجوانان پیشرفتهای رشد در بعضی زمینه‌ها عادی است (مانند افزایش علاقه به کارهای اجتماعی در زمانی که کودک به سن مدرسه می‌رسد).

بعضی از افراد در طی نوجوانی از لحاظ رفتاری رو به تباهی می‌روند در صورتی که بعضی رو به بهبود می‌گذارند. مهارت‌های زبانی (مانند وجود گفتار ارتباطی) و سطح کلی هوش مهم‌ترین عوامل در رابطه با پیش آگهی نهایی



به شمار می‌روند. مطالعات پیگیری موجود حاکی از آن است که تنها در صد بسیار اندکی از افرادی که اختلال اتیستیک دارند در بزرگسالی قادر به زندگی و کار مستقل هستند. در حدود یک سوم موارد به درجه ای از استقلال نسبی می‌رسند. بزرگسالان دچار به اختلال اتیستیک که کارکرد سطح بالایی دارند به طور اخص در تعامل و روابط اجتماعی با مشکلاتی روبرو بوده و علائق و فعالیت‌های آنان بسیار محدود است.

الگوی خانوادگی

همشیره‌های افراد دچار به اختلال اتیستیک برای ابتلا به این اختلال یا خطر فزاینده ای روبرو هستند. در حدود ۵ درصد همشیره‌ها نیز این اختلال رخ می‌دهد. همچنین در همشیره‌هایی که دچار این اختلال می‌شوند. خطر مشکلات رشد گوناگون وجود دارد.

علل اتیسم

اگرچه عامل اتیسم ناشناخته است، فرضیه‌هایی در زمینه وجود اختلال در تحول مغز مطرح شده است. از سوی دیگر در زمینه عوامل محیطی نیز فرضیه‌هایی مطرح شده‌اند که به برخی از آنها اشاره می‌شود.

نابهنجاری‌های عصب زیست شناختی:

در مورد نابهنجاری‌های عصب زیست شناختی شواهد متناقضی وجود دارد. برخی از آزمایش‌های عصب شناختی بر احتمال وجود علایم اختلال در کارکردهای مغز تاکید کرده‌اند و برخی بر وجود رابطه میان اتیسم با صرع و عقب ماندگی ذهنی صحه گذاشته‌اند.

نابهنجاری‌های ساختاری مغز:

ساختار مغز معمولاً با آزمایش مغز افرادی که فوت می‌کنند، مطالعه می‌شود. روی هم رفته اناتومی مغز بزرگ سالم به نظر می‌رسد ولی نابهنجاری‌هایی مشاهده می‌شود که بیشتر آنها در مخچه و لوب گیجگاهی و سیستم لیمبیک وجود دارد. در لوب‌های پس سری، اهیانه ای و گیجگاهی افزایش حجم مشاهده می‌شود. افزایش حجم مخچه نیز گزارش شده است که با یافته‌های پیشین تناقض دارد.

کارکرد مغز:

الگوی هماهنگی از نابهنجاری‌های کارکرد مغز افراد اتیستیک مشاهده نشده است. کارکرد مغز از طریق اندازه گیری پاسخ به محرک‌های خاص نیز ارزیابی شده است. نتایج نشان داده‌اند که نابهنجاری‌هایی در سطوح بالای پردازش درون داد حسی و برخی از کارکردهای حرکتی وجود دارد مشاهده می‌شود.

مطالعه خانواده‌های کودکان اتیسم نشان عوامل ژنتیک:

بررسی نقش عوامل ژنتیک در بروز اتیسم کار ساده ای نیست، زیرا اتیسم به ندرت در نسل‌ها دیده شده است که اتیسم بین ۲ تا ۷ درصد میان فرزندان این خانواده‌ها رایج است.

مطالعات دیگر نیز بر روی افرادی صورت گرفته که از نظر ژنتیکی به یکدیگر نزدیک‌اند. نتایج نشان داده است که اولاد اتیسم در مقایسه با سایر اختلالات نافذ رشد در اعضای خانواده‌ها بیشتر مشاهده می‌شود. ثانیاً در مواردی اعضای خانواده در مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مشکل نشان می‌دهند و رفتارهایی تکراری دارند که به اتیسم شباهت زیادی دارد ولی برای تشخیصان کفایت نمی‌کند. مکانیسم عمل ژن‌ها در انتقال اتیسم مشخص نیست.

آسیب‌های قبل و پس از تولد:

بررسی‌ها نشان داده‌اند که زمان بارداری مادر و تولد (از نظر فصل) کودک با خطر ابتلا به عفونت‌های ویروسی، سطح تستوسترون و ماندان رابطه دارد. با وجود این پژوهش‌ها رابطه میان اتیسم و فصل تولد خاصی را نشان نداده‌اند.

واکسن‌ها و شرایط نظیر PKU و سندرم X شکننده رابطه نشان داده‌اند.

روش‌های فرزند پروری:

کار و کانروایسنبرگ به مطالعه خانواده‌های کودکان اتیستیک پرداخته و اظهار داشتند، خانواده‌های کودکان اتیستیک اغلب هوش بالا دارند و با فرزندان خود به طور ماشینی و سرد برخورد می‌کنند. آنها خانواده‌های یخچالی را موجب بروز آسیب در مهارت‌های اجتماعی می‌دانند. بر طبق نظریه روان تحلیل‌گری اتیسم از طرد فرزندان یا وجود آسیب در خانواده ناشی می‌شود. البته مطالعات تجربی این نظریه‌ها را حمایت نکرده‌اند. والدین کودکان اتیستیک با والدین کودکان بهنجار تفاوت معناداری ندارند ولی در درمان آنها نقش به‌سزایی دارند.

تشخیص افتراقی

در جریان رشد بهنجار ممکن است دوره‌هایی از واپس روی در رشد مشاهده شوند که از لحاظ شدت و دوام واپس روی به اختلال اتیستیک نمی‌رسند. اختلال اتیستیک را باید از سایر اختلال‌های فراگیر رشد متمایز کرد. تفاوت اختلال رت با اختلال اتیستیک در نسبت شیوعان در دو جنس و الگوی نارسایی‌ها است. اختلال رت تنها در دختران شناسایی شده اما اختلال اتیستیک بیشتر در پسران ظاهر می‌شود. در اختلال رت الگوی خاصی از کاهش رشد سر، از دست دادن مهارت‌های یدی هدفمندی که قبلاً کسب شده‌اند و ظهور هماهنگی ضعیف در حرکات پاها و تنه دیده می‌شوند. افرادی که اختلال رت دارند به ویژه در سالهای پیش دبستانی ممکن است





مانند اختلال اتیستیک در تعامل اجتماعی دچار مشکل باشند ولی این مشکلات موقتی یا گذرا به نظر می‌رسند. اختلال اتیستیک از اختلال از هم پاشیدگی کودکی که دران واپس روی رشد در زمینه‌های چندگانه کارکردهای الگوی خاصی دارد و پس از دو سال رشد بهنجار رخ می‌دهد، متمایز است. در اختلال اتیستیک نابهنجاری‌های رشد معمولاً طی نخستین سال زندگی ظاهر می‌شوند. چنانچه در مورد وضعیت رشد در اوایل زندگی اطلاعاتی در دست نباشد و یا وقتی که امکان ثبت دوره رشد بهنجار وجود نداشته باشد باید تشخیص اختلال اتیستیک را مطرح کرد. اختلال اسپرژر را می‌توان با توجه به فقدان تاخیر در رشد زبان از اختلال اتیستیک متمایز کرد. اگر ملاک‌های موجود با اختلال اتیستیک مطابقت کنند، تشخیص اختلال اسپرژر مطرح نمی‌شود.

اسکیزوفرنیا با شروع در دوره کودکی معمولاً پس از سال‌ها رشد بهنجار یا نزدیک به بهنجار ظاهر می‌شود. چنانچه در فردی که اختلال اتیستیک دارد، ویژگی‌های اسکیزوفرنیا همراه با یک دوره فعال از نشانه‌های برجسته یعنی هذیان‌ها یا توهم‌هایی که حداقل یک ماه دوام یابند دیده شود، می‌توان یک تشخیص اضافی اسکیزوفرنیا را هم مطرح کرد.

در لالی انتخابی کودک معمولاً دارای مهارت‌های ارتباطی مناسب در زمینه‌های خاص بوده و فاقد اختلال شدید در تعامل اجتماعی والگوه‌های محدود رفتاری همراه با اختلال اتیستیک است. در اختلال زبان بیانی و اختلال زبان مختلط دریافتی بیانی، مشکلاتی در زبان وجود دارد که با آسیب کیفی تعامل اجتماعی و الگوهای رفتار محدود، تکراری و کلیشه‌ای همراه نیست. گاهی به سختی می‌توان تعیین کرد که آیا یک تشخیص اضافی اختلال اتیستیک در مورد فردی که عقب ماندگی ذهنی دارد، قابل توجیه است یا نه، به ویژه اگر عقب ماندگی ذهنی شدید یا عمیق باشد. تشخیص اضافی اختلال اتیستیک برای مواردی حفظ می‌شود که مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی دارای اختلال کیفی است و رفتارهای خاصی با مشخصه اختلال اتیستیک وجود دارند. حرکت‌های کلیشه‌ای از ویژگی‌های اختلال اتیستیک بوده و زمانی که به عنوان بخشی از جلوه اختلال اتیستیک توجیه بهتری داشته باشند، یک تشخیص اضافی اختلال حرکت کلیشه‌ای مطرح نمی‌شود. در اختلال اتیستیک نشانه‌های فعالیت افراطی و فقدان توجه اغلب دیده می‌شود، اما اگر اختلال اتیستیک وجود دارد تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی گذاشته نمی‌شود.

اختلال عملکرد اجرایی در کودکان اتیسم

در سال‌های اخیر تئوری‌های شناختی برای یافتن رابطهٔ مغز و رفتار در کودکان مبتلا به اتیسم از موارد مطالعاتی دانشمندان بوده است. یکی از این تئوری‌ها ی شناخته شده تئوری فرضیهٔ نقص ذهن می‌باشد. در این فرضیه گفته می‌شود که یک نقص در یکی از اجزای هوش اجتماعی می‌تواند باعث ناتوانی در فهم جنبه‌های اساسی در ارتباطات شود.



جنبه‌های غیراجتماعی اטיسم توسط تعدادی از تئوری‌های شناختی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. یکی از این تئوری‌ها، تئوری همبستگی مرکزی است که می‌تواند برای تعدادی از الگوهای توانمندی و ضعف در اטיسم به کار رود و این تئوری مرتبط است با نوعی پردازش اطلاعات به صورت فراتراز شکل خام آن که برای معانی سطوح بالاتر است.

در طول دههٔ اخیر تئوری دیگری در مورد اטיسم مطرح شده است که در توضیح بعضی از رفتارهای روزانه‌ای که در افراد اטיسم دیده می‌شود موفق بوده است و توسط تئوری‌های دیگر تأیید شده است. تحقیقات بسیاری در این زمینه صورت گرفته است که ارزشمندترین کاری که تاکنون در این زمینه صورت گرفته است توسط ازونوف و راسل است.

در این قسمت مختصری در مورد این تئوری که با نام تئوری عملکرد اجرایی صحبت می‌کنم.

عملکرد اجرایی؛ به طور کلی عملکردهایی چون برنامه ریزی، حافظهٔ عملکردی، کنترل تکانه، مهار و قابلیت تغییر و انعطاف ذهنی و نیز شروع و اجرای عملکرد است.

از پیش این عملکردها را عمدتاً با عملکرد لوب فرونتال مغز و کورتکس پری فرونتال مرتبط دانسته‌اند. این عملکردها در واقع توانایی جدا شدن از شرایط محیطی را برای انجام عملی دیگر فراهم می‌کنند. عملکردهای اجرایی در افرادی که دچار صدمه به لوب فرونتال هستند دچار نقص می‌شود و نیز در اختلالات پیشرونده‌ای که احتمالاً نقص مادرزادی در لوب فرونتال خود دارند. این اختلالات شامل اختلال نقص توجه و تمرکز، اטיسم، اختلال وسواسی-جبری، سندرم توره، فنیل کتونوریا و اسکیزوفرنیا است. البته قابل ذکر است که اختلال در این عملکردها می‌تواند در افرادی با صدمه به سایر قسمت‌های مغز هم دیده شود.

از سال ۱۹۸۹، سومین تئوری در زمینه اטיسم در تحقیقات به وجود آمد، که همانطور که گفته شد تئوری اختلال عملکرد اجرایی است. اوتا فریس نیز در ویرایش جدید کتاب خود که در زمینهٔ اטיسم و مسائل مربوط به این اختلال می‌باشد، فضای خاصی را برای این تئوری در نظر گرفته است.

او معتقد است که یک اختلال عملکرد اجرایی توجیح کننده علائمی از قبیل حرکات تکراری و علائق محدود، حرکات کلیشه‌ای، فرآیندهای ذهنی و نیاز به یکسانی و عدم تغییر است.

تئوری اختلال عملکرد اجرایی با نقص در لوب فرونتال ارتباط دارد. اختلال عملکرد اجرایی در واقع بسیاری از مشخصات اטיسم را در ابعاد اجتماعی و غیراجتماعی را دربر می‌گیرد. مشکلات رفتاری‌ای که توسط این تئوری شناخته شده‌اند؛ رفتارهای خشک و یکنواخت، ضعف در شروع یک عمل جدید و تمایل به ادامهٔ عمل پیشین

هستند. رفتارهای تکراری در زندگی روزانه بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اتیسم غالب هستند.

روش‌های درمانی

در ادامه ما به چند روش درمانی موجود برای کودکان درخودمانده اشاره خواهیم کرد. این برنامه‌ها برای کودکان زیر ۳ سال طراحی شده‌اند ولی می‌توان از آن‌ها برای کودکان بزرگ‌تر هم بهره برد. یادآور می‌شویم که این روش‌ها برای آشنائی می‌باشد و این مبحث هیچ روشی را برای کودک شما توصیه نمی‌کند. همانطور که قبلاً ذکر کردیم انتخاب روش مؤثر باید با مشورت متخصص اتیسم و در نظر گرفتن همه جوانب باشد. بسیار مهم است که شما خصوصیات، اختلالات و سطح هوشی کودک خود را خوب بشناسید و در برنامه درمانی او روشهائی را که می‌تواند بهترین نتایج را بدهند منظور کنید. ممکن است شما تمامی نیازهای درمانی کودک خود را در یک برنامه پیدا نکنید در این صورت بهتر است با مطالعه دقیق در سایر برنامه‌های درمانی روشهائی را که به کودک شما کمک می‌کنند انتخاب کرده و در برنامه درمانی او قرار دهید. تمامی متخصصین در امر اتیسم معتقدند که تشخیص زودهنگام و شروع درمان در سنین کم بهترین نتایج را دربر خواهند داشت. اگر کودک هر چه زودتر در برنامه درمانی قرار گیرد، زودتر هم به سطح رفتارهای عادی خواهد رسید. همچنین افراد متخصصی که بر روی کودکان درخودمانده سال‌ها کار کرده‌اند معتقدند هر چه برنامه درمانی منظم تر و دارای ساختار دقیق‌تری باشد می‌توان نتایج بهتری را بدست آورد. با توجه به مشکلات و اختلالات خاصی که در بیماران درخودمانده مشاهده می‌شود یک برنامه درمانی مناسب باید این نیازها را برآورده کند: رشد و بهبود رفتارهای اجتماعی کودک، توانائی برقراری ارتباط، تصحیح رفتاری، و بهبودی مشکلات مجموعه حواس پنجگانه. گاهی یک برنامه از متعلقات زیادی برای کمک به فرد درخودمانده برخوردار است. برای مثال برنامه درمانی یک کودک می‌تواند شامل گفتار درمانی، رشد و بهبود رفتارهای اجتماعی و دارو درمانی باشد و برنامه درمانی کودک دیگر از رشد و بهبود رفتارهای اجتماعی، بهبود مجموعه حواس پنجگانه و تغییرات رژیم غذایی تشکیل شده باشد.

نقش مشوق در برنامه‌های رفتار درمانی

موفقیت یک برنامه درمانی تا حدود زیادی به میزان، شدت تاثیر و نحوه استفاده از مشوق‌ها بستگی دارد. به مرور زمان و در طول برنامه درمانی مشوق‌های مخصوص هر کودک جای خود را به مشوق‌های طبیعی و عادی خواهند داد. در ابتدای برنامه درمانی کودک درخودمانده ممکن است آرام و قرار نداشته باشد و از همکاری با شما و تراپیست خود سر باز زند و از طرف دیگر کودک درخودمانده برای کارهائی مانند تکلم و یادگیری هیچ گونه احساس لذت درونی ندارد، ولی توسط مشوق می‌توان این انگیزه و رغبت در این کودکان را برای فرمان بری و احساس لذت از انجام کارها ایجاد کرد.



مخالفین استفاده از مشوق‌ها

برخی با استفاده از مشوقها به دلیل اینکه روشی طبیعی نمی‌باشد مخالفانند. شاید یکی از علل مخالفت آن‌ها مشاهده استفاده نادرست و عدم حذف آن‌ها از طرف درمانگر می‌باشد. جالب است بدانید که همه انسانها با مشوق کارها را انجام می‌دهند. مثلاً حقوق، تفریح، تعطیلات، بودن با دیگران، همگی مشوقهائی هستند که ما با آن‌ها سروکار داریم.

مخالفین استفاده از مشوق معتقدند که مشوق مانند رشوه عمل کرده و کودک را از بدست آوردن لذت طبیعی باز می‌دارد. ولی باید گفت اگر مشوق به درستی استفاده شود تأثیر متفاوتی در مقایسه با رشوه خواهد داشت. اگر به کودکی که خرابکاری می‌کند بگوئید ساکت باش تا به توشکلات بدهم، روش نامناسبی را در استفاده از مشوق در پیش گرفته‌اید زیرا به این ترتیب کودک برای بدست آوردن شکلات شروع به خرابکاری خواهد کرد. در هنگام بروز رفتارهای نامناسب استفاده از مشوق باعث تداوم رفتار اختلالی خواهد شد و نباید از آن استفاده شود. مخالفت با استفاده از مشوق همچنین می‌تواند بر اساس این باشد که ممکن است کودک به مشوق وابسته شود. البته باید گفت که این امر در صورت عدم حذف تدریجی مشوق بروز می‌کند. در طول تمرینات مشوقها بایستی به تدریج کمتر شده و جای خود را به مشوقهای طبیعی بدهند و مشوقهای اولیه حذف شوند.

از موارد دیگری که مخالفین استفاده از مشوق آنرا بی تأثیر می‌دانند، عدم کارائی آن در برخی کودکان است. یکی از دلایلی که تراپیست نمی‌تواند با مشوق این کودکان را به کار وادار کند بدست آوردن راحت همان مشوقها در خارج از ساعات تمرین است. وقتی که کودک حس کند هر وقت که بخواهد به این مشوقها می‌تواند دسترسی پیدا کند لزومی نمی‌بیند که به دستورات تراپیست گوش کند. تنقلات، گردش رفتن، تلویزیون نگاه کردن، ... همگی می‌توانند مشوقهائی باشند که کودک می‌داند آن‌ها را به راحتی می‌تواند بدست آورد. در این موارد بهتر است که یا از مشوقهای جدید تر و قویتر استفاده شود و یا اینکه مشوقهای ذکر شده از دسترس کودک دور شوند. اگر شما با این مشکل روبرو هستید سعی کنید تا لیستی از مشوقهائی که کودک را به انجام تمرینات تشویق می‌کنند تهیه کنید مطمئن باشید که صرف وقت برای بدست آوردن آن‌ها ارزش این کار را دارد.

تشخیص مشوقها و افزایش تعداد آن‌ها

شما می‌توانید به سادگی با زیر نظر گرفتن کودک تشخیص بدهید که چه مشوقهائی را می‌توانید برای کودک استفاده کنید. مشوق حتماً چیز پیچیده و دقیقی نباید باشد. گاهی اوقات چیزهای بسیار معمولی اگر به صورت مناسب و حساب شده به کودک داده شوند می‌توانند به صورت مشوقهای قوی تأثیر داشته باشند. کارهائی که



کودک دوست دارد به دفعات زیاد انجام دهد نیز می‌توانند مانند مشوق عمل کنند.

به طور کلی هر چیزی که کودک در اوقات فراغت خود به آن‌ها اشتیاق داشته باشد می‌تواند به عنوان مشوق استفاده شود

کارهای روزانه مانند گردش رفتن، بودن با والدین، و حتی ماساژ دادن می‌توانند به عنوان مشوق در نظر گرفته شوند. یکی از راه‌های افزایش تعداد مشوق‌ها این است که کودک خود را با کارها، اشیاء و خوراکی‌های جدید روبرو کنید و در صورت تمایل کودک به آن‌ها، آن‌ها را جزو لیست مشوق‌ها قرار دهید. گاهی اوقات کودک نمی‌داند که یک اسباب بازی خودکار را چگونه روشن کند به همین دلیل علاقه ای به آن نشان نمی‌دهد ولی اگر شما آنرا برای کودک روشن کنید ممکن است که از آن لذت ببرد. کودکان درخودمانده اغلب نمی‌دانند که می‌توانند از اسباب بازی‌ها، غذاها و کارهایی لذت ببرند و این شما هستید که باید این مشکل را برای آن‌ها ازحل کنید.

خود شما ممکن است تا وقتی که یک غذا را نچشیده‌اید نسبت به آن نظر خوبی نداشته باشید ولی وقتی آن را خوردید ممکن است که نظرتان عوض شود.

گاهی اوقات اجازه استفاده از وسیله ای و یا اجازه خوردن چیزی خود می‌تواند مشوق باشد. ممکن است کودک از اینکه به او اجازه بدهند آزاد باشد لذت ببرد که این امر می‌تواند خود یک مشوق قوی باشد.

گاهی اوقات مشوق‌ها در اثر اشباح شدن کودک اثر خود را از دست می‌دهند. این امر وقتی اتفاق می‌افتد که کودک با مقدار زیاد و به صورت نامناسب مشوقی را دریافت کرده باشد. برای جلوگیری از این مسئله بهتر است علاوه بر دقت در مقدار و نحوه مشوق دادن، مدتی نیز مشوق مورد نظر را از برنامه کودک حذف کنید. ممکن است در ابتدا این کار مشکل باشد زیرا کودک هنوز اصرار بر استفاده از آن را دارد. شما با این کار همچنین می‌توانید باعث شوید تا مشوق‌های کم ارزش‌تر برای کودک ارزشمند تر شده و آن‌ها را نیز استفاده کنید. نکته مهم‌تر که باید بدانید این است که مشوق‌ها چه آن‌ها که کودک بیشتر دوست دارد و چه آن‌ها که کمتر دوست دارد بایستی همگی در یک چرخه قرار گیرند تا علاوه بر ایجاد تنوع از اشباح شدن کودک از تعداد معدودی مشوق جلوگیری شود. همچنین توصیه می‌شود از مشوق‌های بسیار قوی کمتر استفاده شود تا ارزش آن‌ها (برای مواقع ای که کودک مقاومت زیادی از خود نشان می‌دهد) حفظ شود. مثلاً اگر کودکی برای نشستن و توجه مقاومت از خود نشان می‌دهد شما می‌توانید مشوق قوی خاصی را در نظر بگیرید و از آن فقط برای همین مورد استفاده کنید تا کودک از شما اطاعت کند. این مشوق خاص و قوی نباید در مواقع دیگر و برای کارهای دیگر استفاده شود زیرا ممکن است اثر خود را از دست بدهد و شما نتوانید توجه و تمرکز کودک را (که از عوامل بسیار مهم در آموزش است) بدست آورید. به همین خاطر اغلب از والدین خواسته می‌شود تا از دادن برخی





خوراکی‌ها و اسباب بازی‌ها در غیر از ساعات آموزشی به کودک خودداری کنند تا استفاده از آن‌ها محدود به جلسات تمرین شده و ارزش خود را حفظ کنند.

از دیگر نکات مهم برای افزایش تعداد مشوق‌ها همراه کردن تشویق‌های کلامی و عادی با مشوق‌های مخصوص کودک می‌باشد به این ترتیب که مثلاً همراه با دادن شکلات به کودک می‌توانید از عباراتی مانند " آفرین " استفاده کنید. با این کار علاوه بر آشنائی کودک با مشوق‌های طبیعی و معمول بعد از مدتی کودک از آن‌ها نیز به عنوان مشوق به تنهایی لذت خواهد برد.

کلاسه بندی مشوق‌ها

مشوق‌های مختلف دارای ارزش‌ها و قدرت‌های مختلف هستند. بعضی از آن‌ها را کودک فقط دوست دارد و برای بعضی دیگر حاضر است هرکاری بکند. لازم است شما لیستی از مشوق‌های کودک را آماده بکنید و سپس نسبت به اهمیت آن‌ها را درجه بندی کنید. به این ترتیب شما خواهید توانست از مشوق‌های مخصوص و حیاتی در مواقع مخصوص و حیاتی استفاده کنید. همچنین با این کار علاوه بر استفاده درست از مشوق‌ها می‌توانید انگیزه کودک را برای انجام کارها بیشتر کنید.

انتخاب برنامه‌های تشویق

به طور معمول در ابتدای برنامه درمانی مشوق‌ها به دفعات زیاد مورد استفاده قرار می‌گیرند. در مراحل اولیه ممکن است که نیاز باشد تا شما هر چند دقیقه یکبار به کودک خود مشوق بدهید تا از انجام رفتارهای اختلالی پرهیز کند و مهم‌تر اینکه رفتار مناسب از طرف کودک بایستی بلافاصله مورد تشویق قرار بگیرد. دقت کنید که مشوق انجام کار مناسب از مشوق عدم انجام رفتار اختلالی باید قویتر باشد (البته به خاطر داشته باشید که اینجا منظور مشوق بعد از رفتار اختلالی نیست و منظور تشویق عادی بودن و آرام بودن است). همچنین به خاطر داشته باشید که هدف نهائی این است که مشوق‌ها به میزان و دفعات طبیعی به کودک داده شوند. در ابتدا لازم است که شما از مشوق‌ها به دفعات زیاد استفاده کنید ولی بایستی هر چه زودتر مقدار و میزان آن‌ها را کم کرده و به حالت عادی برسید (البته این کار نباید باعث لطمه به برنامه درمانی و پیشرفت کودک بشود).

در ابتدا برنامه مشوق دادن باید به گونه ای باشد که از بروز رفتارهای اختلالی (که مانع توجه و تمرکز کودک می‌شوند) ممانعت کند. مثلاً اگر کودک حدود هر ۱۵ دقیقه یکبار از خود رفتار اختلالی نشان می‌دهد شما باید قبل از این زمان با مشوق کودک را برای آرام بودن و عدم بروز این رفتارها تشویق کنید. یکی از علل شکست برنامه‌های تشویق ممکن است طولانی بودن زمان بین مشوق‌ها باشد. به این ترتیب که کودک مشوق را به موقع و قبل از انجام رفتار اختلالی دریافت نمی‌کند و او متوجه نمی‌شود که مشوق برای چه منظور به او داده شده



است. اگر کودک برنامه تشویق ضعیفی داشته باشد انگیزه همکاری و انجام تمرینات را به اندازه کافی نخواهد داشت و پیشرفت کودک کم خواهد بود. اگر مشاهده می‌کنید که برنامه تشویق مؤثر نیست بهتر است که از مشوق‌های قویتر استفاده کنید. به خاطر داشته باشید که هیچگاه مشوق‌های قوی را از ابتدا به کودک ندهید و آن‌ها را برای مواقعی که مشوق‌های دیگر کارائی ندارند نگاه دارید.

در اینجا ما به نمونه ای از برنامه تشویقی روزانه اشاره می‌کنیم و البته باید به خاطر بسپارید که کودکان درخودمانده با هم فرق دارند و باید با شناخت کافی از کودک اقدام به برنامه ریزی تشویقی کنید. کوتاه‌ترین زمان بین مشوقها می‌تواند از ۳۰ ثانیه تا ۱۵ دقیقه باشد (متناسب با بروز رفتارهای اختلالی کودک) و مشوق‌های قویتر را در فواصل طولانی تر به کودک داده‌ایم.

در ۵ دقیقه اول: کشمش و یا شکلات

در ۱۵ دقیقه: نصف لیوان آب میوه

در نیم ساعت: ۵ دقیقه بازی با اسباب بازی مورد علاقه

در یکساعت اول: پخش موسیقی مورد علاقه

در طی نیم روز: پخش ویدئو و فیلم مورد علاقه

در طول روز: یکبار کودک را به گردش ببرید

قوانین دادن مشوق

شاید به جرأت می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین مباحث روانشناسی کودکان مسئله مشوق است.

مشوق‌ها نه تنها کودکان را ترغیب به انجام کارهای خواسته شده از طرف تراپیست می‌کنند بلکه می‌توان به وسیله آن‌ها عادات رفتاری کودکان را نیز تغییر داد.

مشوق‌ها در طول روز برای همه ما فراهم می‌شوند. معلم‌ها، والدین، کارفرماها، و مربیان همگی از مشوق‌ها استفاده می‌کنند. البته شاید افرادی که ذکر کردیم هیچگاه نحوه درست استفاده از مشوق را ندانند ولی اثرات آنرا به خوبی دریافته‌اند. برای اینکه بتوان از مشوقها به نحو مطلوب استفاده کنیم باید قوانین آن را بیاموزیم. قوانینی که در زیر به آن‌ها اشاره می‌کنیم تمامی قوانین مشوق‌ها را شامل نمی‌شود و ما در اینجا سعی کرده‌ایم که مهم‌ترین آن‌ها و مؤثرترین آن‌ها را برای شما بازگو کنیم.

۱- مشوق‌ها باید باعث تشویق کودک شوند

گاهی اوقات ما تصور می‌کنیم که چیزهایی را که ما دوست داریم سایر افراد نیز دوست دارند ولی حقیقت چیز دیگری است زیرا افراد دارای سلیقه‌ها و عقیده‌های مختلف هستند. به همین خاطر بهتر است در کودکان درخودمانده بررسی‌های جامع انجام شود تا مشخص شود کودک خود به چه چیزهایی علاقه دارد در غیر این صورت ممکن است کودک به علت نداشتن علاقه به مشوق‌های در نظر گرفته شده پیشرفت چندانی در برنامه درمانی نداشته باشد. بهتر است در مورد مشوق‌های انتخاب شده و درجه بندی آن‌ها بیشتر دقت کرده و چیزهایی را که کودک به آن‌ها تمایل دارد انتخاب کنیم. لازم است که نوع مشوق‌ها و نحوه دادن آن‌ها به طور پیوسته مورد ارزیابی قرار بگیرند تا در مواقع لازم در نوع و کیفیت آن‌ها تغییرات لازم را ایجاد کنیم. فراموش نکنیم که مشوق‌ها عامل به حرکت درآوردن کودک و انگیزه او برای انجام کارها و تمرینات می‌باشند. بهتر است برای انتخاب مشوق سؤال‌های زیر را از خود پرسید:

آیا کودک با دیدن مشوق مورد نظر خوشحال می‌شود؟

آیا اگر به کودک حق انتخاب بدهید از بین چند انتخاب مشوق فوق را انتخاب خواهد کرد؟

و بهترین نتیجه را وقتی می‌گیرید که ببینید کودک برای رسیدن به آن مشوق کار خواسته شده از او را انجام می‌دهد. دوباره تأکید می‌کنیم که لازم است همیشه بررسی کنید که آیا مشوق‌های مورد استفاده ارزش و کارایی قبل را دارند یا نه و اگر جواب منفی بود سعی شود از مشوق‌های جایگزین استفاده شود.

۲- مشوق‌ها باید مشروط باشند

مشوق‌های در نظر گرفته شده برای کودک فقط باید در هنگام تمرینات و برای کار خواسته شده استفاده شوند. مراقب باشید تا کودک در غیر از مواقع تمرینات به مشوق‌های برنامه دسترسی پیدا نکند زیرا ممکن است مشوق‌ها در هنگام برنامه آموزشی اثر خود را از دست بدهند. پس بهتر است مشوق‌هایی را در نظر بگیرید که می‌توان آن‌ها را محدود به زمان آموزش کرد و کودک آن‌ها را در غیر از مواقع آموزش نمی‌تواند بدست آورد. البته در این مورد یک استثناء وجود دارد: بهتر است مشوق‌هایی که کودک تمایل کمی به آن‌ها دارد را گاهی به راحتی در دسترس او قرار بدهید تا به این ترتیب در غیاب مشوق‌های مورد علاقه او، کودک از آن‌ها استفاده کرده و به آن‌ها علاقه مند شود. پس از مدتی که کودک به این مشوق‌ها دلبستگی پیدا کرد می‌توانید آن‌ها را نیز جزو لیست مشوق‌ها قرار داده و به این ترتیب موارد مشوق‌ها را افزایش دهید.

۳- از انواع مختلف مشوق‌ها باید استفاده شود





شما می‌توانید با افزایش تعداد مشوق‌ها احتمال اشباح شدن کودک از چند مشوق معدود را از بین ببرید. با افزایش تعداد و نوع مشوق‌ها ارزش آن‌ها و تمایل کودک به استفاده از آن‌ها کم نمی‌شود. همچنین تعداد زیاد مشوق کار شما برای درجه بندی و استفاده از مشوق‌های قویتر را راحت تر می‌کند. در صورتیکه کودک شما به مشوق‌های خاصی علاقه نشان می‌دهد سعی کنید که آن‌ها را به صورت گردشی با مشوق‌های دیگر استفاده کنید. همچنین فراموش نکنید که همیشه به اندازه نیاز به کودک مشوق بدهید. هر گاه تعداد مشوق‌های کودک محدود باشد سعی کنید قویترین آن‌ها را برای کارهای مهم و مواقع خاص کنار بگذارید.

۴- مشوق‌های اجتماعی باید همراه با مشوق‌های اولیه به کودک داده شوند

حتی اگر کودک از مشوق‌های اجتماعی (مانند لبخند، آفرین، و تحسین) چیزی را درک نمی‌کند شما بایستی آن‌ها را به همراه مشوق‌هایی که کودک دوست دارد استفاده کنید و مطمئن باشید که در نهایت کودک آن‌ها را درک کرده و از آن‌ها نیز لذت خواهد برد. به این ترتیب شما می‌توانید به تدریج مشوق‌های اجتماعی را جایگزین مشوق‌های خوراکی و غیر معمول کرده و در نهایت کودک را به حدی برسانید که مانند کودکان عادی عمل کند.

۵- به طور دائم به فکر افزایش تعداد مشوق‌ها و تشخیص آن‌ها باشید

هر روز در اطراف خانه جستجو کنید و ببینید از چه چیزهایی می‌توانید برای کودک مشوق جدیدی ایجاد کنید. شما می‌توانید به کارهای تکراری کودک دقت کنید تا ببینید کودک با چه نوع فعالیت‌هایی بیشتر ارضاء می‌شود و سپس کارهایی را که از آن نوع می‌باشد برای کودک به عنوان مشوق انتخاب کنید. مثلاً اگر کودک با کارهای خود تحریکی دیداری خود را مشغول می‌کند ممکن است از اسباب بازی که در آن گوی کوچکی به این طرف و آن طرف می‌رود خوشش بیاید و یا بطری‌هایی که در آن‌ها مایع رنگی وجود دارند. کودکی که از خود تحریکی صوتی لذت می‌برد ممکن است از موسیقی و آلات موسیقی استقبال کند. اسباب بازی‌هایی که اتوماتیک بوده و با فشردن دکمه‌ای کار به خصوصی انجام می‌دهند اغلب کودکان را به خود جلب می‌کنند و اگر چند کار انجام می‌دهند ممکن است برای مدت‌ها کودک را از خود بیرون آورده و به بازی ترغیب کنند. بهتر است از اسباب بازی‌هایی استفاده کنید که حواس پنجگانه کودک را تحریک می‌کنند (اسباب بازی‌هایی که نور، صدا و حرکت دارند).

۱۶- از مشوق‌هایی استفاده کنید که متناسب با سن کودک باشند

در صورت اجرای این نکته می‌توانید به کودک کمک کنید تا مورد قبول همسالان خود واقع گردد. همچنین تشویق کودک حالت عادی پیدا کرده و کمتر توجه کسی را جلب می‌کند. در صورت استفاده از این نکته شما باعث می‌شوید تا افراد دیگر نیز با کودک مانند همسالان او برخورد کنند. کودک نیز می‌تواند احساسی همانند



احساس همسالان خود داشته و علاقه بیشتری برای فعالیت های مناسب سنّ خود پیدا کند. و در آخر به کار بستن این نکته باعث می شود تا کودک از مشوق های معمول در شرایط معمولی بهره برده و تشویق شود.

۷- از مشوق های غیره منتظره سود ببرید

در بسیاری از موارد غیره منتظره بودن مشوق می تواند باعث افزایش اثر آن بشود. قرار دادن مشوق ها در کیسه و یا جعبه و عرضه ناگهانی آن به کودک می تواند علاوه بر افزایش قدرت مشوق باعث ترغیب بیشتر کودک به ادامه تمرین و اطاعت از شما بشود.

۸- در ابتدای برنامه مشوق ها باید بلافاصله داده شوند

مشوقها می توانند بیشترین اثر را داشته باشند اگر در حدود نیم ثانیه بعد از انجام کار خواسته شده به کودک داده شوند. به این ترتیب شما به خوبی می توانید رابطه مشوق و انجام کار خواسته شده را به کودک بفهمانید. این روش به خصوص وقتی که کودک فرامی گیرد که چگونه بیاموزد بسیار اهمیت دارد. اگر مشوق بلافاصله به کودک داده شود احتمال اینکه کودک فکر کند مشوق برای کار دیگری به او داده شده است را کاهش می دهد (کارهای ناخواسته ای که در بین زمان انجام کار خواسته شده و دریافت مشوق اتفاق می افتد). البته فراموش نشود که در طول برنامه درمانی به تدریج این زمان باید متناسب و حساب شده افزایش پیدا کند تا به حدّ طبیعی برسد.

۹- روش تشویق باید مداوم باشد

اگر این روش تداوم داشته باشد باعث می شود که کودک در انجام کارهای خواسته شده از او همکاری کرده و پیشرفت رضایت بخشی داشته باشد. اگر در برابر فعالیت های مناسب به کودک مشوق داده نشود و یا اینکه در برابر فعالیت های نامناسب کودک مشوق دریافت کند پیشرفت برنامه درمانی مختل شده و نتیجه لازم بدست نخواهد آمد.

۱۰- مشوق ها باید به تدریج حذف شوند

هر چه دادن مشوقها به کودک بیشتر طول بکشد حذف آنها نیز مشکل تر خواهد شد. وقتی که شما شروع به کاهش مشوقها کردید ممکن است گاهی اوقات به علت پس رفت کودک مجبور شوید که در برخی موارد دوباره مقدار مشوق را افزایش دهید. همینطور با کم کردن مشوقها و افزایش توقع از کودک باید مشوق های باقی مانده قوی و مؤثر باشند تا کودک به ادامه برنامه علاقه نشان داده و از هرگونه پرخاشگری و عصبانیت کودک جلوگیری شود.

۱۱- در ارائه مشوق به زمان دقت کنید

نباید زمان دادن مشوق به نحوی باشد که کودک از تمرین فاصله بگیرد همچنین نباید زمان بین کار انجام شده و دادن مشوق زیاد باشد. شما می‌توانید فواصل زمانی خالی را با دادن مشوق‌های کلامی و حالات صورت پُر کنید. مثلاً اگر کودک کار خواسته شده را انجام داد و شما فرصتی لازم دارید تا مشوق را برای کودک بیاورید می‌توانید با لبخند و گفتن آفرین کودک را متوجه تشویق خود کرده و ذهن او را تا دادن مشوق مربوطه مشغول کنید تا از انجام کارهای ناخواسته دیگر باز دارید.

۱۲- در ابتدای برنامه هنگام تشویق نام کار و تمرین انجام شده را نیز ذکر کنید

با این کار شما به کودک می‌آموزید که برای چه کاری مشوق دریافت می‌کند و می‌توانید احتمال تکرار آن را از طرف کودک افزایش دهید. همچنین با این کار ارتباط مشوق با تمرین و کار انجام شده را به کودک می‌فهمانید. با اجرای این روش خود شما نیز هدف از تمرین را فراموش نخواهید کرد.

۱۳- به مرور زمان از مشوق‌های طبیعی استفاده کرده و مشوق‌های غیر عادی را حذف کنید

با استفاده از مشوق‌های معمولی شما به کودک کمک می‌کنید تا از شرایط عادی نیز لذت برده و عادی به نظر برسد. همینطور در صورت عدم جایگزینی مشوق‌های غیر عادی با مشوق‌های معمولی ممکن است در صورت نبود مشوق‌های خاص، کودک رفتارهای اختلالی از خود نشان داده و پرخاشگری کند.

۱۴- از مشوق به عنوان رشوه استفاده نکنید

به کودک قبل از انجام کار و یا تمرین خواسته شده وعده مشوق ندهید. وقتی که کودک از خود رفتارهای اختلالی بروز می‌دهد به او وعده مشوق را برای توقف رفتار اختلالی ندهید. در زمان رفتارهای نامناسب و بعد از پایان آن‌ها نیز به کودک مشوق ندهید. تمام این کارها باعث می‌شوند که کودک بیاموزد برای بدست آوردن مشوق می‌تواند شما را با رفتارهای اختلالی تحت فشار گذاشته و به هدف خود برسد.

کودک باید بفهمد که مشوق همیشه در قبال انجام کار و تمرین خواسته شده است و نه چیز دیگر.

۱۵- از مشوق‌هایی با تأثیرات و قدرت‌های مختلف استفاده کنید

در صورت استفاده از مشوق‌هایی که اثرات مختلف دارند می‌توانید به کودک بفهمانید که کدام کار درست و کدام کار درست تر است. برای کارهای موفق و ایده آل از قویترین مشوق‌ها استفاده کنید و برای کارهایی که به خواسته شما نزدیک هستند از مشوق‌هایی با قدرت کمتر استفاده کنید.



رفتارهای اختلالی در کودکان درخودمانده و روش‌های مقابله با آنها

این نوع رفتارها شاید یکی از مشکل‌ترین موانع بر سر راه درمان کودکان درخودمانده باشد. ممکن است تغییر آنها بسیار مشکل باشد و همین‌طور باعث بروز استرس و سردرگمی فراوان برای هر کسی شوند. شاید بزرگ‌ترین مانع، اکراه افراد در رابطه با اظهار و بیان این رفتارها باشد و هیچوقت این رفتارها به عنوان هدفی برای تغییر قرار نگیرند.

دلایل زیادی وجود دارند که چرا بیشتر برنامه‌ها این مبحث مهم را مورد بررسی قرار نمی‌دهند. مثلاً برای مبتدی‌ها تغییر رفتارهای اختلالی کار بسیار مشکلی می‌باشد. رفتارهای اختلالی تأثیرات غیر عادی بر روی یادگیری کودک دارند همچنین بر قدرت تطابق و تقلید از دنیای اطراف تأثیر منفی قابل توجه دارند. این رفتارها مانند رفتارهایی که کودک طی سالیانی فرا گرفته است، بسیار مشکل تغییر پذیر هستند. وقتی که شما سعی می‌کنید این رفتارها را تغییر دهید ممکن است با افزایش این رفتارها به صورت هشداردهنده ای روبرو شوید. ممکن است که کودک بسیار ناراحت شود وقتی که می‌بیند شما سعی دارید رفتاری را که او عادت دارد و برای او مؤثر بوده است را از او بگیرید. همچنین آنها از گذشته یاد گرفته اند که رفتارهای اختلالی جدی، می‌تواند باعث اطاعت دیگران از آنها شوند و یا اینکه دیگران از کار خواسته شده از آنها، منصرف شوند. از آنجائی که ما نمی‌خواهیم کودک ناراحت شود و نیز نمی‌خواهیم او را عصبانی کنیم پس در بیشتر مواقع تسلیم کودک و شرایط ایجاد شده می‌شویم. متأسفانه تسلیم شدن در برابر رفتارهای اختلالی کودک مانند مشوق برای او عمل کرده و راه از بین بردن این رفتارها را مشکل‌تر می‌کند.

علت دیگری که این مبحث مورد توجه قرار نمی‌گیرد این است که مردم فکر می‌کنند اگر کودک رفتارهای هوشیارانه خود را افزایش دهد کمتر به نظر می‌رسد که مشکل دارد. از نقطه نظر والدین و تراپیست‌ها آموختن مهارت‌های آکادمیک و ارتباطی مهم‌تر از همه چیز است و نتایج آن بیشتر از هر چیز دیگر نمود داشته و آنها را هیجان زده می‌کند پس بنابر این بیشتر در مرکز توجه قرار می‌گیرند. عقیده بر این است که بدون مهارت‌های کلامی فرصت یادگیری و موفقیت کودک کم می‌شود ولی برخلاف انتظار این رفتارهای اختلالی می‌باشند که بیشتر از هر چیزی مانع پیشرفت و یادگیری می‌شوند. گاهی اوقات تصور می‌شود که اگر کودک مهارت کلامی را بدست آورد رفتارهای اختلالی او از بین خواهد رفت و یا اینکه کم خواهد شد. متأسفانه نه تنها وجود رفتارهای اختلالی به صورت قابل توجهی فرصت یادگیری کودک را می‌گیرند بلکه سرعت یادگیری را نیز کم کرده و اثر منفی بر توانائی‌های کودک جهت یادگیری خواهند داشت. در نهایت ما باید به این رفتارها توجه خاصی داشته باشیم. متأسفانه در صورت تأخیر، اصلاح این رفتارها بسیار مشکل خواهند بود. رفتارهای اختلالی گاهی برای والدین و تراپیست مشهود نیستند و به آنها توجهی نمی‌شود. گاهی افراد به قدری با رفتارهای اختلالی انس





گرفته‌اند که حتی به آن توجه نمی‌کنند و نمی‌فهمند که این رفتار کودک اختلالی بوده و چقدر مختل کننده پیشرفت کودک است. گاهی اوقات شرایط مطلوبی راجهت این رفتارها برای کودک فراهم می‌کنیم بدون آنکه متوجه آن باشیم. از آنجائی که کودک زحمت زیادی را برای کسب این رفتارها نمی‌کشد، اتفاق افتادن این رفتارها زیاد به چشم نمی‌آیند. شما فقط می‌بینید که اگر همان شرایط را برای کودک فراهم نکنید او بسیار عصبانی خواهد شد و یا اینکه ایجاد دردسر برای افراد خانواده می‌کند پس بدون اطلاع شرایط رفتار اختلالی را برای کودک فراهم می‌کنیم. گاهی والدین و تراپیست فکر می‌کنند که این رفتارها به

رور زمان و به خودی خود برطرف خواهند شد که در این صورت به آن اهمیت نخواهند داد و بدتر از همه اینکه آن‌ها فکر می‌کنند یادگیری مهارت‌های جدید و مخصوصاً کلامی وجود این رفتارهای اختلالی را قابل بخشایش می‌کنند. متأسفانه این طرز فکرها فقط باعث کندتر شدن سرعت اصلاح رفتارها و یادگیری کودک می‌شوند.

همانطور که گفته شد ممکن است تلاش برای تغییر این رفتارها باعث ناراحتی و افسردگی کودک شود و این تجربه خوبی نخواهد بود. در کنار اینکه نمی‌خواهید کودک خود را عصبانی ببینید، همچنین برای شما مشکل است که او را ناراحت و افسرده کنید. اگرچه افزایش رفتارهای اختلالی در واقع نشانه مثبتی است (این نشان می‌دهد که کودک از تلاش برای تغییر رفتار آگاه است و می‌خواهد از خود مقاومت نشان بدهد) ولی هنوز احساس خوبی نمی‌توان داشت. شما مجبور هستید که قبول کنید هدف خوشحالی کوتاه مدت کودک نیست بلکه هدف درمان او، خوشحالی و استقلال دراز مدت است. ما میدانیم که چطور می‌توانیم کودک را خوشحال کنیم، فقط کافی است که به او اجازه دهیم هر کاری را که دوست دارد انجام دهد حتی تحریک خود، ولی بسیاری از اوقات مجبور هستیم که بر خلاف خواسته کودک رفتار کنیم.

به طور خلاصه می‌توان گفت، بیشتر افراد معتقدند سروکار داشتن با رفتارهای اختلالی در مقایسه با مثلاً آموزش کلامی به صبر و تلاش زیادی نیاز دارد مخصوصاً اگر تیم درمانی این مهارت و تخصص را نداشته باشند، ترس و نبود پشتیبانی تجربی و علمی باعث می‌شوند که به راحتی تیم درمانی از درگیر شدن با این نوع اختلالات طفره برونند.

چه موقع رفتارها را مخرب فرض می‌کنیم

رفتارهایی مانند بدرفتاری، خشونت، و نافرمانی را به راحتی می‌توان به عنوان رفتارهای مخرب توصیف کرد. رفتارهای دیگری که طبیعتاً مجهول و نامشخص هستند، مانند بی توجهی، شرکت نکردن در کارها، انجام ندادن کار محول شده، و گوشه گیری ممکن است مخرب نباشند ولی به هر حال در امر یادگیری اختلال ایجاد می‌کنند. همه آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرند و هدفی برای تصحیح باشند. اگر چه این دسته دوم ممکن است

مانند دسته اول واضح نباشند ولی به طور مساوی (اگر بیشتر نباشند) می‌توانند مانع یادگیری و پیشرفت کودک باشند و به طور خلاصه می‌توان گفت هر رفتاری که مانع یادگیری و پیشرفت شود رفتار مخرب است.

ایجاد بهترین محیط

قبل از اینکه یک برنامه رسمی شروع شود، بسیار سودمند و مفید خواهد بود اگر یک محیط و شرایط آموزش مثبت ایجاد شود. این کار نه تنها باعث افزایش تأثیر مثبت برنامه می‌شود بلکه برنامه را هم برای کودک و هم برای تراپیست خیلی لذت بخش تر و قابل قبول تر می‌کند. این منظور را می‌توان به وسیله فراهم کردن شرایطی که کودک در آن احساس آرامش و راحتی می‌کند، فراهم کرد. در این صورت همکاری کودک بیشتر خواهد بود. برای شروع بهتر است ابتدا با کودک بنشینید و با اسباب بازی‌هایی که او دوست دارد با هم شروع به بازی کنید و در ضمن از او هیچ تقاضائی نکنید. هنگامیکه حس کردید کودک راحت است و حضور شما را نیز قبول کرده است دستور العمل‌ها را می‌توانید شروع کنید. البته بهتر است با دستورهائی شروع کنید که احتمال می‌دهید کودک از آنها پیروی خواهد کرد. مثلاً می‌توانید به کودک بگوئید (با صدائی جذاب و بازی گونه) "بیسکوئیت را بخور"، "مرا نگاه کن"، "توپ را بیانداز". ایجاد شرایط مثبت یادگیری نه تنها رفتارهای

اختلالی و مخرب را کم و یا حذف می‌کند بلکه خود مشوق خوبی برای رفتار مثبت و درست کودک است. توجه داشته باشید که مشوق در ابتدا نباید فقط به صورت کلامی باشد بلکه باید شامل چیزهای قابل حس مانند اسباب بازی، بازی، و خوراکی هم باشد. در صورت تشویق کلامی باید نام فعالیت مطلوب انجام شده نیز ذکر شود مانند: آفرین چه در بستن خوبی. البته از عباراتی استفاده کنید که علاوه بر سادگی برای کودک قابل درک باشند.

در کنار کاهش مشکلات رفتاری و در نتیجه ایجاد فرصت بیشتر جهت یادگیری و رفتار درست، منافع بسیار دیگری نیز وجود خواهند داشت اگر برنامه و جلسات را با چنین شرایط محیطی مثبتی آغاز کنید:

۱- این کار به شما اجازه می‌دهد که رابطه مثبت خوبی با کودک برقرار کنید که این امر خود از مهم‌ترین عوامل موفقیت در برنامه درمانی است.

۲- فرصت خوبی را برای شما ایجاد می‌کند تا از نقاط ضعف و قوت خود و کودک اطلاع پیدا کنید.

۳- با این شرایط می‌توانید مشوق‌های دیگر را نیز شناخته و توسعه دهید.

۴- باعث خواهد شد که کودک به محیط جلسه و وسایل آن دلبستگی پیدا کرده و اشتیاق داشته باشد تا هر چه زودتر دوباره به تمرین برگردد.





۵- شما راحت تر می‌توانید روش و برنامه درمانی را پیاده کنید زیرا مقاومت کمتری از جانب کودک خواهید داشت.

محیط و استرس

محیط تأثیر فراوانی بر روی رفتار دارد. اگر در محیط عوامل ناراحت کننده ای مانند سروصدا، دمای نامناسب،... وجود داشته باشند، می‌توانند باعث ناراحتی، عصبی بودن، خشم و غیره شوند. اگر این عوامل از محیط حذف شوند و شرایط بهتری فراهم شود باعث آرامش و احساس امنیت و راحتی کودک می‌شود. این امر برای همه افراد صادق است مخصوصاً کودکان درخودمانده. صحبت نرم و آرام می‌تواند تأثیر بسزائی بر روی رفتارهای اختلالی داشته باشد. البته به طور طبیعی خلاف این امر واقع می‌شود یعنی اغلب افراد با دیدن این رفتارها صدای خود را بالا برده و تند صحبت می‌کنند. این طرز برخورد نه تنها باعث پریشانی کودک می‌شود بلکه خود شما را هم آشفته تر می‌کند. مثلاً دقت کنید وقتی که کودک به چیزی چنگ می‌زند شما هم بلافاصله به همان چیز چنگ می‌زنید تا جلو این کار کودک را بگیرید. به هر حال این نوع رفتارهای ناخودآگاه فقط به هم ریختگی و پریشانی کودک رابیشتر کرده و او را تحریک می‌کنیم تا در کار و خواسته خود پافشاری کند. حتی تمرین کنترل استرس برای خود شما نیز مفید خواهد بود و بهتر است تکنیکهای آن را فرا بگیرید در این صورت می‌توانید آرامش خود را در مواقع مواجهه با رفتارهای اختلالی کودک حفظ کنید. تصور صحنه‌های خوب و لذت بخش، نفس عمیق کشیدن، استراحت کوتاهی داشتن، ... از تکنیکهائی هستند که می‌توان نام برد. با حفظ آرامش بهتر می‌توانید شرایط را کنترل کرده و کودک را نیز آرام کنید. در صورت داشتن آرامش نه تنها مشکلات بعدی را کم می‌کنید بلکه امید و انگیزه خود را برای رسیدن به اهداف برنامه درمانی تقویت می‌کنید. همچنین با این کار هر گونه توجه منفی که می‌تواند باعث افزایش و ادامه رفتارهای اختلالی کودک می‌شود را نیز کم می‌کنید. کم شدن احتمال انجام این نوع برخوردها و عصبانیت‌ها خود باعث کم شدن رفتارهای اختلالی نیز می‌شود. شما می‌توانید گاهی با دادن فرصت انتخاب به کودک، تأثیر خوبی بر رفتار او بگذارید. مثلاً انتخاب اینکه روی صندلی کار بکنید و یا روی زمین. با این کار به آرامش کودک نیز کمک می‌کنید. از کودک تقاضا و کاری را نخواهید که باعث شروع درگیری و عصبانیت او شود مگر اینکه شما آماده این شرایط باشید. بنابراین شما باید تشخیص بدهید که آیا این کار و تقاضا لازم است و آیا شما آماده عواقب آن هستید؟

گاهی اوقات خستگی و کسلی می‌تواند باعث بروز رفتارهای اختلالی شوند. لازم است که در مورد کودک بررسی کنید تا ببینید در چه مواردی کودک خسته و کسل می‌شود و عوامل آن چیست. ولی به یاد داشته باشید که گاهی خستگی و کسلی لازم است چون کودک باید یاد بگیرد که چگونه با آن‌ها کنار بیاید. ما می‌توانیم تلاش



کنیم تا از خستگی‌های غیر ضروری بکاهیم. موارد زیر فاکتور هائی هستند که ما می‌توانیم از آنها جهت کم کردن احتمالی خستگی کودک استفاده کنیم:

- از تَن صدای تشویق کننده و اشتیاق دار استفاده کنیم.
- تغییر دکوراسیون محل تمرین و جابجائی وسائل
- دستورات متفاوت برای یک کار خواسته شده
- استفاده از وسائل جالب و مورد علاقه کودک
- کودک را با تمرین و مهارتی که در حال حاضر یاد گرفته است خسته نکنید.
- اگر می‌بینید که کودک تمرینی را به خوبی یاد گرفته است و از انجام دادن آن لذت می‌برد برای تنبیه او آن کار را از او نگیرید.
- دقت کنید که زمان جلسه طولانی نشود.
- سعی کنید که سطح موفقیت را بالا نگاه دارید.
- از چیزهائی که کودک دوست دارد (حتی تحریک خود) جهت مشوق استفاده کنید.
- کارها و تمرینات را لابلای هم و به صورت متنوع انجام دهید.
- مشوق‌ها را گاه به گاه تغییر دهید و از نوع طبیعی آنها استفاده کنید.
- سعی شود که از تنوع حتی در نوع و نحوه تمرین استفاده شود.
- از کلام به صورت طبیعی و ساده استفاده شود.
- در طول جلسات از مهارت‌های مختلف استفاده کنید (کلامی، بازی، اجتماعی،...).

وقتی که رفتارهای اختلالی اتفاق می‌افتند، باید تا جائیکه ممکن است به آن توجه نشود و شاید بتوان گفت که کاملاً آنرا نادیده بگیرد. البته اگر رفتار مورد نظر باعث آسیب رساندن به خود کودک و یا دیگران می‌شود باید به آن توجه کرده و مقابله نمود. در صورت توجه بی جهت به رفتار اختلالی به طور ناخودآگاه مشوقی را برای ادامه آن برای کودک فراهم کرده‌ایم. توجه داشته باشید در صورت کم شدن رفتارهای اختلالی و یا حذف آنها توسط برنامه درمانی، ممکن است کودک به عوامل بیرونی جهت اجتناب از رفتار اختلالی وابسته شود. با کم توجهی



نسبت به این رفتارها می‌توانید از این مشکل جلوگیری کنید. البته کم توجهی که کودک دریابد نتیجه رفتار نادرست او بوده است و الا این رفتارها همیشه باید مورد توجه شما و برنامه درمانی قرار بگیرند. در قسمت‌های بعدی طرز برخورد و تصحیح این نوع رفتارها را خواهیم خواند.

برنامه‌های رفتار درمانی اصولاً بر پایه اینکه: رفتارها در نتیجه پیامد آن‌ها آموخته می‌شوند، بنیان گذاشته شده‌اند. اگر یک رفتار پیامد مثبت داشته باشد به احتمال زیاد در آینده اتفاق خواهد افتاد و اگر پیامد یک رفتار منفی باشد احتمال وقوع آن بسیار کمتر خواهد بود. برای مثال اگر خشونت و عصبانیت کودک برای او نتیجه‌ای مثبت به همراه داشته باشد (مانند توجه، فرار از کار محول شده، ...) به احتمال زیاد کودک، در آینده، همان رفتار را در جهت بدست آوردن همان نتیجه از خود بروز خواهد داد. نکته مهم این است که اگر کودک بفهمد که در اثر رفتار خود از چیز دلخواه و مطلوبی محروم شده است احتمال زیادی دارد که در آینده آن رفتار را تکرار نکند.

رفتار درمانی در مورد رفتارهای اختلالی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد:

روش‌های کم کردن رفتارمانند: بیرون بردن کودک از محیطی که کودک در آن رفتار اختلالی را از خود بروز داده و یا چند

روش دیگر که در آینده درباره آن‌ها توضیح خواهیم داد.

روش‌های بهبود بخشیدن به رفتار مانند: تشویق کردن برای رفتار مناسب و عدم تشویق برای رفتار نامناسب.

برنامه‌ها اغلب ترکیبی از هر دو روش هستند. مطلوب‌ترین و مؤثرترین نوع رفتار آن است که مشوقی طبیعی مانند بازی، ارتباط و... داشته باشد. از آنجائی که کودک مشوق خود را از طریق رفتار خود به صورت طبیعی حس کرده است (رفتار مطلوب آموخته شده) او تمایل کمتری خواهد داشت تا از طریق رفتار اختلالی به همان مشوق (مانند سابق) دست پیدا کند.

تصحیح رفتاری و رفتار درمانی در کاهش رفتارهای شدید اختلالی مانند خودآزاری، عصبانیت شدید، ... بسیار مؤثر و موفق بوده است. بعلاوه کودکان تحت درمان با این برنامه‌ها مهارت‌های خوبی در زمینه‌های مختلف مانند ارتباط، بازی، استقلال فردی، و اجتماعی شدن بدست آورده‌اند. اگر چه بسیاری از برنامه‌های رفتاردرمانی باعث کاهش رفتارهای اختلالی می‌شوند ولی مهم این است که در دراز مدت دوباره این رفتارها به سراغ کودک برنگردند و همینطور رفتارهای مناسبی را جایگزین آن‌ها بکنیم. فاکتورهای زیادی هستند که در تأثیر و مطلوب بودن برنامه در دراز مدت مؤثر هستند. اگر در برنامه فهم و بررسی درستی از رفتارهای اختلالی و علل آن‌ها نشده باشد فاکتورهای لازم برای مقابله با این رفتارها به درستی فراهم نشده و در نتیجه اهداف مطلوب در



برخورد با این معضل بزرگ بدست نمی‌آیند. برنامه‌های درمانی اغلب با فرض اینکه تمام تلاش باید در راه حذف رفتارهای غیر قابل قبول باشند، طرح شده‌اند. متأسفانه اگر مثلاً کودکی هنگام عصبانیت به صورت خود سیلی بزند فقط با مانع شدن از این کار نمی‌توان این مشکل را تصحیح کرد. اگر برنامه درمانی راه و برنامه درستی برای تصحیح این رفتار خود آزاری نداشته باشد بعید نیست که به زودی کوبیدن سر به دیوار جای سیلی زدن را بگیرد. اگر برنامه درمانی بر پایه یک سری بررسی‌های عملی از رفتار و عصبانیت و همچنین خودآزاری کودک پایه گذاری شده باشد برنامه به طور مطمئن بسیار مؤثرتر خواهد بود.

کلید وراز تغییر مؤثر رفتارهای اختلالی، به مرور زمان، فهمیدن عملکرد رفتار مورد نظر است. چیزی که مشهود است این است که این نوع رفتارها تصادفی نیستند. آنها به منظور خاصی از طرف کودک انجام می‌شوند. برای مثال عصبانیت و خشونت می‌تواند در جهت کم کردن استرس باشند و یا برای اجتناب از کاری که کودک دلش نمی‌خواهد آنرا انجام دهد و یا برای جلب توجه. رفتارهای اختلالی می‌توانند به صورت عادت شوند زیرا آنها راهی هستند برای ارتباط، تأثیر گذاری بر محیط اطراف، و برآورده کردن احتیاجات. از آنجائی که رفتارهای اختلالی می‌توانند راهی برای رفع احتیاجات باشند، برنامه درمانی مؤثر باید به کودک رفتارهای دیگری بیاموزد که به صورت موققی همان احتیاجات کودک را برآورده کند. در صورتی که کودک رفتار مناسب جایگزین را نیاموزد ممکن است رفتارهای نامناسب دیگری را نیز کسب کرده و یا اینکه در آینده دوباره رفتارهای اختلالی را از خود بروز دهد. کودک باید به دقت آموزش داده شود تا به وسیله راه مناسب‌تری احتیاجات خود را به طور مطلوب بدست آورد. پیدا کردن یک جایگزین رفتاری اغلب از مشکلات این نوع برنامه‌ها می‌باشد. خیلی آسان است که شما بفهمید کودک چه چیزی را نباید انجام دهد ولی بسیار مشکل است که بفهمید چه چیزی را باید به جای آن انجام بدهد.

جایگزینی رفتاری نه تنها احتیاج به بررسی، تحلیل عملکرد و چگونگی رفتار نامناسب دارد بلکه باید مشخص شود که چه رفتار جایگزینی می‌تواند همان اهداف را برای کودک داشته باشد و چه رفتاری را کودک قادر به یادگیری آن است. علاوه بر آن باید همان رفتار جایگزین به قسمت‌های کوچک‌تر تقسیم شود.

کمبود صبر و تحمل از عوامل دیگری است که بر مشکلات برنامه می‌افزاید. آموختن مهارت‌های جایگزینی کاری درازمدت است. رفتارهای اختلالی در طول سال‌ها برای کودک بدست آمده‌اند، بنابراین منطقی است که فکر کنید جایگزین کردن آنها

و حذف رفتارهای اختلالی به یک برنامه درازمدت، دقیق و عمیق نیاز دارد که خود مستلزم زمان زیاد است. متأسفانه بسیاری تلاش می‌کنند که همه مهارت‌ها را به یکباره به کودک بیاموزند. این روش مناسب و خوبی نیست. باید در هر زمان یک مرحله سعی شود و وقتی از آن موفق بیرون آمدید به سراغ مرحله بعد بروید.



زمان بندی مراحل آموزش نیز از مشکلات دیگر در برنامه رفتاردرمانی است. بسیار مهم است که برنامه در نهایت خوبی و تأثیر مثبت ممکن انجام شود. این بدین معنی است که کودک و تراپیست هر دو در بهترین شرایط جهت آموزش و آموختن باشند. معمولاً آموزش رفتارهای جایگزین بلافاصله بعد از بروز این رفتارها از طرف کودک انجام می‌شود که این روش مناسب نیست و کاملاً غلط است زیرا در این هنگام کودک عصبانی و ناراحت است و سطح یادگیری او مناسب آموزش نیست. همچنین ممکن است تراپیست نیز عصبانی شده و هر دو آن‌ها شرایط مناسب آموزش و یادگیری را از دست بدهند. باید دقت کنید که آموزش زمانی باشد که کودک آرام و شاد باشد و رفتارهای اختلالی را از خود نشان نمی‌دهد و در نهایت اینکه آماده یادگیری یک رفتار جایگزین است.

راهنمایی هائی برای برخورد با رفتارهای اختلالی

راهنمایی‌های زیر برای برخورد و بهبودی رفتارهای اختلالی که در طول جلسات تمرین ممکن است شما با آن برخورد کنید ارائه می‌شود. از آنجائیکه شرایط فرق می‌کنند و همینطور از آنجائیکه هر کسی با کودک رابطه متفاوتی می‌تواند داشته باشد تقریباً ناممکن است که بتوان یک عمل مشخص را توصیه کرد. به هر حال فلسفه کلی وجود دارد که بر اساس آن می‌توانیم شما را هدایت کرده و روش مشخصی را تأیید کنیم تا آن را دنبال کنید. البته به یاد داشته باشید بسیار مهم است که در هر لحظه شما آماده تصحیح این رفتارها و آموزش جایگزین باشید (آموزش لحظه ای) و نیز به یاد داشته باشید کودک نباید در عصبانیت و یا هیجان باشد. بروز رفتارهای اختلالی معمولاً ترتیب مشخصی را می‌توانند داشته باشند. به همین دلیل رفتارهای اختلالی مرحله به مرحله توسعه پیدا می‌کنند. مراحل اولیه این رفتارها معمولاً به همراه عصبانیت و هیجانات ملایم است که کودک آن‌ها را گاهی توسط رفتارهای بدون کلام از خود بروز می‌دهد مانند قدم زدن، شکل‌های عجیب از خود نشان دادن، تنفس غیر منظم یا حتی رفتارهای با کلام مانند گریه و جر و بحث. اگر شرایط تصحیح و رفتار شما مؤثر واقع نشوند ممکن است که رفتار اختلالی پیشرفت کند مانند صدمه زدن به وسایل و یا فرار کودک و در نهایت امر می‌تواند به صدمه زدن به خود و یا دیگران منجر شود.

هر مرحله یک روش مناسب خود را احتیاج دارد. به یاد داشته باشید که شاید روشی که برای مراحل قبل مؤثر بوده و نتیجه داده ممکن است در مراحل دیگر مؤثر نباشد. ما باید به طور دائم به بررسی رفتارها و روش‌های آن‌ها فکر کرده و در پی بهبود آموزش و تغییرات آن متناسب با شرایط باشیم. به یاد داشته باشید که ممکن است کودکی علاوه بر این روش قبلاً تحت درمان توسط روش و یا روش‌های دیگری بوده است که آن‌ها را کامل نکرده و یا به طور درست انجام نداده‌اند. در این صورت می‌توان گفت که این برنامه‌های نا منظم و نیمه کاره خود می‌توانند باعث بروز اثرات منفی در کودک شده و کودک از همکاری با تراپیست و برنامه‌گريزان شده باشد.



برنامه‌های نیمه کاره و یا نامناسب هیچگاه رفتارهای اختلالی را به طور اساسی درمان نمی‌کنند و احتمال بروز آن‌ها در کودک بسیار قوی می‌باشد و حتی ممکن است با اثرات منفی جانبی نیز همراه باشد. معمولاً مردم روش‌های تقلیل رفتارهای اختلالی را به درستی نمی‌فهمند. برای مثال روش " تایم اوت " روش درمانی است که در آن کودک را برای مدت زمانی محدود می‌کنیم (مثلاً از مشوق) به عبارتی دیگر وقتی که کودک در شرایط مثبت و همکاری قرار دارد اگر از او رفتار نامناسبی سر بزند او را از آن شرایط برای مدت زمان معینی دور می‌کنیم. موقعیت‌های فراوانی وجود

دارند که کودک از آن‌ها احساس لذت نمی‌کند. پس ممکن است در صورت انجام تایم اوت به طور ناخودآگاه او را تشویق نیز کرده باشید. در هنگام تایم اوت نیز دقت کنید که کودک در هنگام دور بودن هیچگونه مشوقی دریافت نکند و یا به خود تحریکی مشغول نشود. همینطور اگر کودک از اینکه شما در موارد رفتار نادرست او را به شدت نهی کنید، احساس سرگرمی و لذت کند، ممکن است روش نهی کردن در مورد او به مشوقی جهت ادامه رفتارهای اختلالی تبدیل شود.

دور گسترش

کودکان معمولاً یک مسیر رشد رفتاری مشخصی را طی می‌کنند. مراحل زیر ممکن است زیاد با هم اختلافی نداشته باشند. همچنین کودک ممکن است از یک روش گسترش و بهبودی خاص پیروی نکند. برای مثال ممکن است رفتار اختلالی که کودک بروز می‌دهد در مراحل میانی و یا حتی انتهائی این برنامه قرار داشته باشد. پس بنابراین بسیار مهم است که درجه و شدت رفتار مشخص شده و عکس العمل مناسب در قبال آن انجام شود. همچنین تراپیست باید از استعداد خود جهت درک موقعیت‌ها و رفتار درست در هر شرایط خاص استفاده کند.

برداشته‌ها و دریافتهائی وجود دارند که شما باید آن‌ها را قبل از اینکه در شرایط بحرانی قرار بگیرید درک کرده و استفاده کنید. یکی از آنها این است که مطمئن شوید آیا شما به کودک فرصت این را داده اید که قدرت انتخاب فراوان داشته باشد یا نه. بدین طریق کودک با شرائطی که انتخابی وجود ندارد بهتر کنار می‌آید. همچنین برنامه مداومی از مشوق‌ها بسیار مهم است. بعداً خواهید دید که سلب مشوقی از کودک در هنگام رفتار نا درست در جهت بدست آوردن کنترل کودک چگونه لازم خواهد بود. شما برای هر مرحله و کار موفق از طرف کودک او را تشویق می‌کنید دقت کنید که تا وقتی کودک آرام و تحت کنترل است این روش مشوق دادن مناسب است ولی اگر در حین تمرین کودک از خود رفتار نامناسب بروز دهد (هر چند جزئی) و شما بدون توجه به آن به دادن مشوق ادامه بدهید ممکن است کودک از این کار جهت دریافت مشوق استفاده کند. البته در صورتی که در حین رفتار درست مقدار مشوق بیشتر و در حین رفتار غلط (در حین تمرین و جواب درست به تمرین) مقدار آن کم باشد کودک ممکن است رفتار غلط خود را کم کند. نحوه رفتار و روش شما در این مراحل بسیار حیاتی



است. شما باید آرام، ثابت قدم و از نظر احساسی تحت کنترل باشید. بدین ترتیب نه تنها کودک آرامش و تمرکز خود را حفظ می‌کند بلکه شما نیز می‌توانید هدف مندی و تأثیر خوب برنامه را حفظ کنید. سعی کنید در مواقعه ای که کودک احساس سختی و مشکل می‌کند به او اجازه انتخاب بیشتری بدهید با این کار می‌توانید از دادن مشوق زیاد هم جلوگیری کنید. اگر شما کودک را به طور معقول و ملایم کنترل کنید (توسط مشوق، رفتار،...) کودک ممکن است دیگر رفتار نامناسب خود را افزایش نداده و از شدت آن بکاهد.

داشتن یک برنامه خوب حیاتی است ولی این برنامه باید توانائی مقابله با پیشامدهای ناخواسته را نیز داشته باشد. شما باید سریعاً بتوانید خود را با یک روز بد از طرف کودک و بدتر شدن رفتار او تطبیق بدهید.

گام اول:

وقتی که کودک می‌خواهد عصبانی و عصبی شود (نشانه‌های آن مانند: با خود با عصبانیت حرف زدن، تند و عمیق نفس کشیدن، گوشه گیری، ...) برنامه درمانی را ادامه دهید اما به طور مرتب توسط مشوق‌های کلامی و غیره او را برای رفتار مناسب تشویق کنید. مثلاً به او بگوئید که خیلی خوب کارها را انجام می‌دهد و با مشوق‌های قویتر عصبانیت و ناراحتی او را کنترل کنید. این روش ساده‌ترین راه برای کنترل کودک است و روش ابتدائی پائین آوردن نام دارد. به یاد داشته باشید که ترتیبی را اتخاذ کنید تا مشوق‌های قویتر در مواقعی که رفتارهای درست و خوب از کودک سر می‌زند برای او مهیا باشد و

او این مطلب را درک کند. به هر حال برای مواقعی که رفتار نادرست و اختلالی او می‌خواهد زیاد شود شما باید وسیله ای (مشوق) داشته باشید تا او را ترغیب نمائید کنترل خود را حفظ بکند. اگر شما از دادن مشوق به او خودداری بکنید او انگیزه ای برای اینکه رفتار خود را تصحیح کند و از انجام آن خودداری بکند نخواهد داشت. خوشبختانه رفتارهای عصبی همیشه به طور یکنواخت باقی نمی‌مانند. تغییراتی طبیعی در شدت و دفعات بروز چنین رفتارهایی وجود دارند. این فرصت به شما اجازه می‌دهد تا در فواصل این دفعات که کودک آرام است او را تشویق کنید تا آرامش و رفتار درست را در پیش بگیرد. هر چقدر زمان رفتار آرام و خوب بیشتر شود شما باید قدرت مشوق را بیشتر کنید. البته دقت کنید که مقدار مشوق برای کم شدن رفتارهای اختلالی کمتر از مقدار آن برای عدم بروز این رفتارها باشد. اگر در مورد عصبانی شدن و عصبی شدن یک اوج ناگهانی پیش آمد شما باید یکبار دیگر رفتار کودک را نادیده بگیرید ولی خود کودک را زیر نظر داشته باشید. هدف از باقی ماندن با کودک در تمرین این است که به کودک بفهمانیم رفتار نادرست او راهی برای فرار از تمرین نیست. همچنین اگر شما تمرین را قطع کنید، و تسلیم کودک شوید فرصت اینکه در بین دفعات عصبی شدن‌ها کودک را برای رفتار آرام تشویق کنید را نیز از دست خواهید داد. اگر شما کودک را نیز مانند رفتارش نادیده بگیرید ممکن است که رفتار اختلالی او ادامه پیدا کند و شاید شدیدتر نیز بشود.

گام دوم:

به یاد داشته باشید که ما به این مرحله وقتی وارد می‌شویم که راه حل مرحله اول مؤثر نبوده و یا اینکه ما رفتار کودک را نتوانسته‌ایم درست تشخیص بدهیم. به هر حال گاهی اوقات بهترین روش‌های ارائه شده نیز برای مرحله اول مؤثر نیستند. اگر کودک به صورت متوسط عصبانی شد و رفتارهای اختلالی او شدید نیستند شاید لازم باشد که روش تغییر محرک را در پیش بگیریم. احتمال دارد که چیزی در محیط وجود دارند که باعث بروز استرس و اختلال در رفتار کودک می‌شود. اگر شما قادر به تشخیص علت بشوید می‌توانید با تغییر تمرین، نحوه آن، تغییر مکان، و یا تغییر مکان و اشیاء این شرایط را تغییر داده و از مشکل بکاهید. یکی از علل هم می‌تواند این باشد که کودک به این نتیجه رسیده است که با رفتار شدید عصبی شما را مجبور می‌کند که از او اطاعت کنید. در این مورد بسیار مهم است که بدون در نظر گرفتن اینکه روش تقلیل رفتار اختلالی چیست، کودک را از رسیدن به هدف خود باز داریم. در اینجا لازم است که علاوه بر قاطع بودن احساسات را کنار بگذاریم. یکی دیگر از علتهای می‌تواند نیاز کودک به ایجاد تغییراتی در محیط و یا تمرینات و شرایط باشد. مثلاً طولانی شدن زمان تمرین، عدم وجود پرامپت مناسب، مشوق ناکافی، و ... به عبارت دیگر دلایل کافی برای ناراحتی کودک وجود دارند و ما باید به کودک حق بدهیم. البته هیچگاه نباید آن را طبیعی تلقی کنیم و همواره سعی در تصحیح آن داشته باشیم. عواملی را که می‌توانند باعث بروز این رفتارها شوند را می‌توان حذف کرد و در نهایت رفتارهای اختلالی را کاهش داد. در صورت امکان این کار باید به صورت زیرکانه ای انجام شود تا کودک یاد نگیرد برای فرار از تمرینات رفتارهای اختلالی را در پیش بگیرد. نوع جواب و عکس‌العملی که شما باید کودک را با آن راهنمایی کنید باید از نوعی باشد که کودک به خوبی با آن آشناست و قادر به انجام کاری که به عنوان راهنمایی به او می‌دهید باشد. شما باید در صورتیکه کودک از انجام کار خواسته شده امتناء کرد، پرامپت لازم را به موقع انجام دهید.

ما اغلب از دستورالعمل‌های جدید، تقلید بدون کلام و کارهای بدنی ساده برای برقراری دوباره رفتار معمولی و اطاعتی استفاده می‌کنیم. مانند همیشه از مشوق کافی و همچنین کلامی وقتی که کودک آرام است و رفتار درست دارد استفاده کنید و در صورت رفتار اختلالی کمترین توجه را به آن داشته باشید. با کمی دقت می‌توانید مشوقهائی را پیدا کنید که نه تنها تأثیر مثبت و انگیزه انجام تمرینات را برای کودک دارند بلکه در آرام کردن کودک نیز مؤثر می‌باشند. همچنین ایجاد راحتی فیزیکی، صدای ملایم، در آغوش گرفتن، آواز خواندن، و ... می‌توانند در آرام کردن کودک و اجتناب از بروز رفتار

اختلالی و در نهایت حذف آن‌ها کمک کنند. شما باید در مورد زمان دادن این مشوق‌ها نهایت دقت را انجام دهید زیرا اگر بلافاصله بعد از رفتار اختلالی باشد ممکن است کودک آن را مشوقی در جهت انجام دوباره رفتار





خود بداند. بهتر است بعد از یک یا چند دقیقه از بروز رفتار نادرست این مشوق‌ها را به کودک برسانید. به این ترتیب می‌توانید تأثیر زیادی بر تصحیح رفتار اختلالی کودک داشته باشید و علاوه بر آن ممکن است کودک این تشویق را در نتیجه پایان دادن به رفتار نادرست خود بداند و یاد بگیرد که هرگاه آن‌ها را زودتر قطع کند تشویق خواهد شد. اگر کودک به علت تمرین خاصی عصبی شد و اگر انجام و تکمیل آن تمرین لازم است دوباره تمرین را از سر بگیرید و این بار بیشتر مراقب اوضاع بوده و با احتیاط به پیش بروید. به یاد داشته باشید که این کار مستلزم زمان است و شما نمی‌توانید به یکباره به این تصحیح و هدف برسید. شما باید هر جلسه را طوری به تمام برسانید که حس کنید مقداری به هدف خود نزدیک شده‌اید.

گام سوم:

وقتی که کودک شما شدیداً عصبانی و پرخاشگر شد (مانند جیغ زدن، پرت کردن اشیاء، زدن دیگران، خودآزاری، ...) لازم است که کاملاً به دور از احساسات وقایع عمل کنید. در صورتیکه شما قبلاً با کودک کارهای کنترلی از قبیل دست‌ها پائین، ساکت باش، و غیره را کار کرده باشید، می‌توانید با این فرامین باعث توقف رفتار اختلالی شوید. سعی شود فرامین و دستوراتی را به کودک بیاموزید که مشخص، واضح، و قاطع باشد. بهتر است کاری را که باید انجام دهد به او بیاموزید و بخواهید، نه کاری را که نباید انجام دهد (مانند بنشین بجای راه نرو). اگر در آن لحظه فرمان مناسبی به خاطر نیابید ممکن است کلمه تمامش کن (به سه) کمک خوبی در این مورد باشد. سعی شود که این فرمان‌های کنترلی به صورت مرتب و مداوم به کودک گفته نشود زیرا برای او عادی شده و اثر خود را از دست خواهند داد. در صورت هرگونه پیشرفتی از طرف کودک در کاهش رفتار اختلالی او را به طور مناسب تشویق کنید و تا جائیکه ممکن است به رفتارهای نادرست او توجه نکنید. تهدید کردن وسیله‌ای است که گاه تراپیست‌ها و والدین برای کنترل کودک استفاده می‌کنند. شاید یکی از علل استفاده از تهدید تأثیر سریع آن باشد ولی در دراز مدت تهدید کردن باعث بروز رفتار اختلالی در وقتی دیگر می‌شود و نه کاهش و حذف آن‌ها. تکیه کردن بر تهدید باعث می‌شود که کودک فقط در موارد فرامین شدید و دستورات قوی از خود عکس‌العمل نشان بدهد و در موارد روزمره و عادی فرمانبر نبرده و بدین ترتیب به مشکلات ما افزوده شود. هدف دراز مدت برای ما این است که کودک بفهمد برای هر کاری که انجام می‌دهد عواقبی وجود دارد که بنا به کار انجام شده شاید مثبت و شاید منفی باشد. توجه داشته باشید که این یک امتیاز منفی است که به کودک قبل از انجام کاری عاقبت آن کار را بگوئید بهتر است که کودک خود نگران عاقبت کار خود باشد که چه خواهد شد. در این صورت شما به خود فرصت کافی می‌دهید تا عکس‌العمل‌ها و نتایج مناسبی را برای کارهای کودک متناسب با شرایط تدارک ببینید.



اگر کسی که با کودک تمرین می‌کند بخواهد کنترل کودک را به کسی دیگر واگذار کند فقط باعث می‌شود که کودک در مورد او نافرمان شده و از او اطاعت نکند. در واقع با این کار به کودک می‌گویند که من نمی‌توانم تو را کنترل کنم و شخص دیگری باید حضور داشته باشد. پس هر عواقبی که برای کودک در نظر گرفته شده است باید توسط خود تراپیست در زمان جلسات و تمرین به کودک داده شود. مراقب باشید هیچگاه کودک را به کاری که نمی‌توانید انجام دهید و یا اینکه مناسب نیست تهدید نکنید. مراقب باشید در صورت تشویق کودک در موارد تصحیح رفتار خود، او را عادت به رشوه‌گیری نکنید.

گام آخر

اگر شما حس می‌کنید که کودک با رفتار خود به خود و دیگران آسیب می‌رساند بایستی روش مدیریت رفتارهای تهاجمی یا روش‌های شدید دیگر را به همراه ایجاد محدودیت و همراهی دائم کودک در پیش بگیرید. روش‌های زوری و شدید فقط در

مواردی که تمامی روش‌های دیگر ناکام بوده‌اند باید به کار گرفته شوند.

در تمام مراحل:

در رابطه با جواب‌ها و عکس‌العمل‌های کودک نسبت به مشوق‌ها در خلال دوره‌های رفتارهای خوب و بد بسیار دقت کنید. اغلب، کودکان گاه به این روش‌های جلوگیری از رفتار نادرست جواب منفی می‌دهند و گاه نسبت به آن‌ها پیشرفت نشان می‌دهند. کودک خود به شما نشان خواهد داد که تشویق‌های شما چقدر مؤثر می‌باشند. اگر از کودک در قبال مشوق رفتار آرام، بدون استرس و با خشونت کمتر مشاهده کردید نشان این است که تشویق شما مؤثر بوده است. اگر کودک آرام نمی‌شود و یا مشوق را رد می‌کند باید به فکر مشوقی دیگر و نحوه ارائه دیگری باشید.

اگر کودک در صورت دریافت مشوق رفتار نادرست را کم نکرد و یا افزایش داد نشانه این است که علاوه بر مشوق به کنترل خارجی از طرف محیط نیز احتیاج دارد شما می‌توانید با انحراف توجه او به منظور خود برسید مثلاً به او بگوئید " چه کتاب قشنگی اینجاست بیا نگاه کنیم " به این ترتیب می‌توانید بدون اینکه مستقیماً رفتار اختلالی را مد نظر داشته باشید آنرا کنترل کنید. اگر کودک مشوق را رد کرد آنرا در کناری در دسترس او قرار دهید تا او خود آنرا استفاده کند. به این ترتیب شما او را برای رفتار آرامش تشویق کرده‌اید تا کودک رفتار خود را بیشتر کنترل کند. تجربه نشان داده است که بعضی از کودکان نسبت به اینکه از دست کسی مشوق دریافت کنند حساس هستند و این کار باعث عصبانیت آنها می‌شود. بهتر است که دفعات و زمان بروز رفتارهای اختلالی کودک را ثبت کنید تا دید کلی نسبت به چگونگی بروز آن‌ها در کودک داشته باشید به این ترتیب



می‌توانید روش درمانی خود را به نحوی که مؤثرتر و مناسب‌تر باشد تغییر داده و نتیجه بگیرید. همچنین این آمار به شما نشان می‌دهد که چه مقدار برنامه درمانی پیشرفت داشته و مؤثر بوده است.

منابع:

- این مقاله ترجمه‌ای است از قسمت مشوق‌های کتاب: A work in progress
- گردآوری از: رضا مصطفوی
- دکتر حسن احدی -- دانشجو: صبا اژدری / روزنامه آفرینش
- فرانک تفرشی و رویا شجاعی - روزنامه مردم سالاری
- دکتر کتایون خوشابی، نسترن توفیق. روان پژوه



مؤسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان، نهادی غیردولتی و ناسودبر است. این نهاد در سال ۱۳۷۹ از سوی پژوهشگرانی که در حوزه ادبیات کودکان فعال بودند، پایه گذاشته شد و اکنون با بیش از ده سال پیشینه از فعالیت‌های گسترده، در سطح ملی و بین‌المللی به کار خود ادامه می‌دهد.

دفتر این مؤسسه در تهران است و شیوه همکاری با این نهاد به دو شکل کار رسمی و داوطلبانه است. مؤسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان هزینه‌های سازمانی خود را از راه کمک‌های مردمی و اجرای پروژه‌های فرهنگی و انتشاراتی به دست می‌آورد. چنانچه مؤسسه درآمدی داشته باشد، این درآمد را در راه گسترش هدف‌های خود هزینه می‌کند.

پیوندگاه:

koodaki.org	مؤسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان	کودکی
iranak.org	ایران کودکی	ایرانک
ketabak.org	پنجره ای به جهان خواندن	کتابک
amoozak.org	آموزش خلاق کودک محور	آموزک
khanak.org	با من بخوان	خوانک
rootak.org	پایگاه ارتباط فرهنگی کودک و نوجوان	روتک
dabire.org	درست بیاموز، تا درست بنویسی	دبیره
koodakar.org	صندوق آموزش و توانمند سازی کودکان کار و محروم	
hodhod.com	گزید هترین کتاب‌های کودک و نوجوان	کتاب هدهد