



آموزش خلاق کودک محور

آشنایی با درمان شناختی تعلیم خودآموزی کلامی

نویسنده: بهمن نجاریان

جست و جو و آماده سازی:

مؤسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان



مؤسسه پژوهشی تاریخ ادبیات کودکان





تعلیم خودآموزی کلامی گونه‌ای از شناخت درمانی است که براساس آن رفتار نابهنجار کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، نتیجه فقدان یا نقصان فرایندهای شناختی مناسب از جمله توجه و بازداری، فرض می‌شود. فقدان فرایندهای شناختی در این کودکان باعث می‌شود، کودک نتواند رفتار و فرایندهای شناختی خود را به طور مناسبی تنظیم کند. در نظریه لوریا و ویگوتسکی، یک کودک طبیعی با میانجیگری زبان در طی رشد به تنظیم فرایندهای شناختی نایل می‌شود. کودکان DHDA در صحبت شخصی (hceeps etavirP) و نقش آن در سازماندهی رفتار، مشکل دارند؛ بنابراین در طی فرایند درمان از طریق آموزش مستقیم و مشاهده الگو به کودک می‌آموزند تا به درک مسئله و پیدا کردن میانجی کلامی مناسب برای حل آن دست یابد، با استفاده از کلام درونی، به خود کنترلی برسد.

۱. حبیب هادیانفر: عضو هیات علمی دانشگاه شیراز

۲. دکتر بهمن نجاریان: عضو هیات علمی دانشگاه شهید چمران اهواز

روانشناسان، مشاورین و رواندرمانگرانی که در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مدارس به فعالیت می‌پردازند، هر روزه با مشکلات عاطفی و رفتاری متنوع کودکان روبه‌رو می‌شوند. برای مقابله با هر کدام از این مشکلات ممکن است، کاربرد شیوه‌های متفاوت رواندرمانی لازم باشد. شیوع بالای مشکلات عاطفی و رفتاری در کودکان، طلب می‌کند تا درمانگران با شیوه‌های متفاوت روان درمانی آشنا باشند.

هدف این نوشتار، معرفی نظری و کاربردی یکی از روش‌های شناخت درمانی به نام تعلیم خودآموزی کلامی (gniniart noitcurtsni fles labrev) در درمان کودکان DH/DA است. اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی یکی از اختلالات شایع کودکان است. مبتلا به این اختلال دارای علائمی چون تکانشوری، حواس‌پرتی و مشکل در تنظیم رفتار می‌باشند.

مبنای نظری تعلیم خودآموزی کلامی

این روش درمان، گونه‌ای از شناخت درمانی (yparehT evitingoC) با کودکان است و به طور مخفف در متون روانشناسی با TIS معرفی می‌شود. خودآموزی کلامی ریشه در کارهای روانشناسان بزرگ روسی، ویگوتسکی و لوریا، دارد و در غرب با مطالعات اولیه مایکن بام و گودمن (۱۹۷۱)، به عنوان یک روش درمانی معرفی گردید. با انتشار کتاب خودآموزی کلامی مایکن بام در سال (۱۹۷۷)، به عنوان یک شیوه موفق درمانی کودکان DHDA مشهور شد.

به طور کلی شناخت درمانی، نوعی رواندرمانی است که تغییر در فرایندهای شناختی یا محتوای شناختی ذهنی را اساس تغییر رفتار و عواطف آدمیان می‌داند (کراتوچویل و موریس، ۱۹۹۱) با توجه به این تعریف، شیوه‌های شناخت درمانی را می‌توان در دو دسته اصلی جای داد.

الف) شیوه‌های که به محتوای شناختی ذهن توجه دارند: نظریه پردازان این گروه معتقدند، رفتار و عواطف



ناصحیح نتیجه شناخت‌های اشتباه یا تحریف شده است؛ بنابراین مداخله درمانی شامل آموزشی محتوای صحیح شناختی است. از شناخته شده‌ترین آن‌ها، می‌توان به شیوه عقلانی-عاطفی الیس و شناخت درمانی یک، اشاره کرد.

ب) شیوه‌هایی که به فرایندهای شناختی ذهن توجه دارند: نظریه‌پردازان این گروه معتقدند، رفتار و عواطف نامناسب، نتیجه فقدان یا نقصان بعضی از فرایندهای شناختی است. بر این اساس وظیفه شناخت درمانگر، آموزش فرایند شناختی مناسب است. از شناخته

شده‌ترین آن‌ها، می‌توان آموزش حل مساله، خودآموزی کلامی و خودپایی را نام برد (اسنیس ۱۹۹۴، کازدین ۱۹۹۰)

از آنجا که خودآموزی کلامی، به فرایندهای شناختی ذهن توجه دارد، روند درمان به این فرض پایه‌گذاری شده است که مشکل کودکان DHDA مشکل در محتوای در محتوای شناختی نیست، به عبارت دیگر، این کودکان در توجه و بازداری به عنوان دو فرایند شناختی نیست، به عبارت دیگر، این کودکان در توجه و بازداری به عنوان دو فرایند اصلی شناختی دارای مشکل می‌باشند و رفتار خود را نمی‌توانند به طور مناسبی تنظیم کنند (کراتوچویل و موریس ۱۹۹۱)

در نظریه لوریا و ویگوتسکی، یک کودک طبیعی با میانجیگری زبان در طی رشد به تنظیم فرایندهای شناختی نایل می‌شود. آن‌ها معتقدند در ماه‌های اولیه، ابتدایی‌ترین و غیرارادی‌ترین نوع توجه که به قوی‌ترین و یا به لحاظ زیستی مهم‌ترین محرک‌ها جلب می‌شود، در کودک ظاهر می‌گردد. این نوع توجه، شامل گرداندن چشم‌ها، چرخاندن سر به طرف منبع محرک‌ها، متوقف شدن سایر اشکال نامربوط فعالیت و مجموعه معینی از واکنش‌های تنفسی، قلبی-عروقی و گالوانیکی می‌شود. پاولوف این نوع توجه را بازتاب جهت‌یابی (xelfeR) (gnitneirO) نامید. این بازتاب بین انسان و سایر پستانداران مشترک است و نسبت به محرک‌های جدید یا حائز اهمیت رخ می‌دهد. از طرف دیگر، بر اثر تکرار این محرک‌ها، بازتاب جهت‌یابی کاهش می‌یابد که اصطلاحاً به آن خوگیری (noitautibaH) گفته می‌شود. (لوریا ۱۹۸۲-لوریا ۱۹۷۹، لوریا /منجم ۱۳۶۸، ویگوتسکی ۱۹۶۲) آن‌ها معتقدند که تمام فرایندهای توجه در کودک متأثر از محرک‌های جدید یا حائز اهمیت از لحاظ بیولوژیک نیست و به صورت غیرارادی اتفاق نمی‌افتد. بلکه نوع عالی‌تر توجه نیز وجود دارد که توجه ارادی نامیده می‌شود. این نوع توجه ریشه زیستی ندارد، بلکه نوعی عمل اجتماعی است و از طریق ارتباط گفتاری والدین (خصوصاً مادر) با کودک پدید می‌آید. کودک از آغاز در محیط، با بزرگسالان زندگی می‌کند، وقتی مادرش در محیط شیئی را نام می‌برد و با انگشتش به آن اشاره می‌کند، توجه کودک به آن شیئی جلب شده، بدون آنکه لزوماً محرک قوی، بدیع یا حائز اهمیت از لحاظ بیولوژیک باشد. به این ترتیب کلام مادر، باعث متمایز شدن یک شیئی از محیط می‌شود. در این سن توجه کودک زیر نفوذ گفتار بزرگسالان قرار دارد. به این دلیل می‌توان این نوع توجه را، توجه اجتماعی نیز نامید. تا سن دو سالگی توجه اجتماعی در رقابت با توجه زیستی قرار دارد. اگر از کودک خواسته شود تویی را به ما بدهد و در سر راه توپ یک شیئی درخشان و جدید قرار داده



شود، توجه کودک به آن شیء جلب می‌گردد؛ یعنی هنوز توجه ارادی نمی‌تواند در رقابت با توجه غیرارادی پیروز شود. در حدود سن چهار و نیم تا پنج سالگی توانایی توجه ارادی کودک به حدی افزایش می‌یابد که عموماً جنبه مسلط پیدا می‌کند. ولی تا سن مدرسه عموماً این فرایند در کودک کاملاً اکتساب، نشده است. با رشد کودک و شکل‌گیری نمادهای کلامی در او، به تدریج توجه اجتماعی که قبلاً توسط بزرگسالان هدایت می‌شد، توسط خود کودک هدایت می‌شود. در ابتدا او با کلامی بسیار بسط یافته و صدای بلند فرایندهای شناختی خود را هدایت می‌کند؛ اما به تدریج کلام کوتاه‌تر و زیرلبی‌تر می‌شود تا به مرحله‌ای می‌رسد که در هنگام توجه و تفکر با گفتار درونی، هدایت این فرایند را به عهده می‌گیرد. طبق نظریه لوریا و ویگوتسکی، نظم بخشی حرکت نیز مشابه نظم بخشی زبان است. آن‌ها دیدگاه مکانیکی که تمام اعمال و حرکات را نوعی حرکت بازتابی معرفی می‌کند، قبول ندارد و معتقدند منشاء حرکت و عمل ارادی، منحصراً زیستی نیست، بلکه ریشه در ارتباطات بین دو فرد دارد. ارتباط کودک و بزرگسال مبداء حقیقی نظم بخشی حرکت ارادی است. در ابتدا حرکات کودک زیر نفوذ دستورات کلامی والدین قرار دارد. کودک در حدود سن ۳ سالگی می‌تواند دستورات شفاهی بزرگسالان را انجام دهد، ولی در انجام حرکات پیچیده با دستورات شفاهی مشکل دارد. در این سن به آسانی به سوی حرکات کلیشه‌ای و متناوب کشیده می‌شود. آزمایش‌های لوریا نشان داد کارکرد تحریکی گفتار زودتر از کارکرد بازداری آن، شکل می‌گیرد. به تدریج با افزایش سن، حرکات تابع معنای کلام بزرگسالان می‌شود و با تسلط به کلام به تدریج با ارادی تابع دستورات شفاهی خود کودک می‌گردد. در فرایند رشد شناختی، گفتار کودک، از گفتار قابل شنیدن به گفتار نجوایی و سپس به گفتار درونی تغییر می‌یابد.

به این ترتیب براساس نظریه لوریا و ویگوتسکی، سازماندهی توجه و رفتار از طریق زبان و دیگر سیستم‌های علامتی ثانویه به وقوع می‌پیوندد. این شکل پیچیده رفتار و توجه، در آنتوژنی، (ynegotnO) فرد دیرتر ظاهر می‌شود و مستلزم یکپارچگی سیستم‌های بعدی مغز است که در فیلوژنی (ynegolyhP) آشکار می‌گردد. مهم‌ترین قسمت مغز در این ارتباط قطعه پیشانی و ارتباطات آن با سیستم کناری و مشبک است؛ بنابراین می‌توان گفت آنتوژنی فهرستی از فیلوژنی است، بدین معنی که رشد آدمی از دوره جنینی تا بزرگسالی موازی با مراحل تکامل است. شواهد نشان می‌دهد که رسش (noitarutaM) قسمت پیشانی مغز، به تدریج در طی رشد اتفاق می‌افتد. افزایش سطح ناحیه پیشانی مغز تا سن ۸-۷

عمل ارادی را با اثبات کافی در مقایسه با بزرگسالان فراهم می‌کند. قبل از این سن به خاطر عدم رسش قطعه پیشانی توجه ارادی به وسیله محرک‌های نامربوط (توجه غیرارادی) به سادگی مختل می‌شود و عمل حرکتی نیز تا قبل از این سن به خاطر نقصان بازداری به صورت تکانه‌ای خودنمایی می‌کند. از این زمان به بعد، رسش قطعه پیشانی خصوصاً کورتکس پیش‌پیشانی (latnorferP) و رشد زبان و دیگر سیستم‌های علامتی ثانویه فرد را قادر می‌سازد، به طور ارادی رفتار و توجه خود را سازماندهی نماید. این فرایند تا سن ۱۵-۱۲ سالگی ادامه یافته و تکمیل می‌شود تا جایی که فرد بتواند از طریق کلام درونی به سازماندهی رفتار خود بپردازد. (لوریا، ۱۹۸۲، ۱۹۷۹ لوریا /منجم، ۱۳۶۸، ویگوتسکی، ۱۹۶۲، وودز و پلوف ۱۹۹۷).



درمانگر شناختی، براساس نظریه ویگوتسکی و لوریا در ارتباط با صحبت شخصی (hceepS) (getavirP) نقش آن در سازماندهی رفتار، معتقدند کودکان DHDA، احتمالاً در یکی از سه جنبه زیر مشکل دارند:

۱- عادت به استفاده از کلام، به عنوان میانجی رفتار ندارند.

۲- به طور اتوماتیک نمی‌تواند میانجی کلامی مناسب برای تنظیم رفتار تولید کنند.

۳- ماهیت مشکل را درک نمی‌کنند و نمی‌توانند یک میانجی کلامی مناسب برای آن پیدا نمایند.

بنابراین در طی فرایند درمان از طریق آموزش مستقیم و مشاهده الگو به کودک می‌آموزند تا به درک مسئله و پیدا کردن میانجی کلامی مناسب برای حل آن دست یابد تا با استفاده از کلام درونی، به خود کنترلی برسد.

نگاهی به پیشینه درمان‌های شناختی کودکان DHDA

هدف اصلی درمان‌های شناختی، ایجاد مهارت‌های لازم جهت خود کنترل و تعمق در حل مساله است. روش خودآموزی کلامی در حقیقت شیوه‌ای از مساله‌گشایی است که کودک با استفاده از کلام درونی به خود نظم بخشی می‌پردازد.

یافته‌های پژوهشی زیادی بر اثر بخشی روش خودآموزی کلامی با شیوه‌های مشابه آن در درمان کودکان DHDA تاکید دارند. بارو نبتزل (۱۹۹۱) با متاآنالیز نتایج تاثیر درمان‌های شناختی بر روی کودکان DHDA، نتیجه می‌گیرد درمان‌های شناختی در مقایسه با گروه کنترل، تقریباً یک سوم تا سه چهارم انحراف

کاگان و همکاران (۱۹۶۶) در یک کوشش اولیه برای تغییر رفتار تکانشوری کودکان، تاثیر آموزش تاخیر پاسخ (yaleD esnopser) را بر روی ۴۰ کودک تکانشور و ۲۰ آزمودنی هم‌تا انجام دادند. این آزمودنی‌ها، نمره نهفتگی پاسخ (ycnetaL) زیر میانه و نمره اشتباه (rorre) بالاتر از میانه در آزمون TFFM بدست آورده بودند. به گروه آزمایشی، آموزش داده شد بعد از ارائه هر محرک حدود ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در ارائه پاسخ تاخیر کنند و در این زمان در ارتباط با پاسخ درست تفکر نمایند. بعد از پایان تاخیر با علامت درمانگر، آزمودنی پاسخ خود را ارائه می‌کرد. همزمان گروه کنترل نیز در انجام تکالیف معناداری بین دو گروه در پاسخگویی به فرم موازی آزمون TFFM بوجود آمد.

در پژوهشی دیگر پالکس، استیوارت و کاهانا (۱۹۶۸) اثرات گفته‌های کلامی خود آموزانه (sdnammoC) (labreV evitceriD fleS) را بر روی عملکرد ۲۰ پسر بین ۸ تا ۱۰ سال در ماز پروتئوس مورد بررسی قرار دادند. هوش تمام کودکان در دامنه طبیعی بود و تمامی آن‌ها برای بیش‌فعالی تحت دارو درمانی بودند و در طی آزمایش داروی آن‌ها قطع شد. یک گروه هم‌تا نیز به عنوان گروه کنترل در آزمایش شرکت داشت. کودکان گروه درمان و کنترل، در دو روز متوالی در یک جلسه فردی به مدت یک ساعت شرکت کردند. در طی این جلسات به



تکالیفی شبیه آزمون TFFM و مازهای پروتئوس پاسخ دادند. به افراد گروه درمانی آموزش داده شده که قبل از پاسخگویی به تکالیف از گفته‌های کلامی خودآموزانه استفاده نمایند. این گفته‌ها شامل جملاتی از قبیل: (من باید به دستور العمل‌ها توجه کنم). (من باید ابتدا خوب نگاه کنم، فکر کنم و بعد پاسخ دهم) و... می‌شد. این گفته‌ها بر روی کارت نیز تایپ شدند و در طی آموزش در معرض دید آزمودنی‌ها قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل در حل تکالیف بدون هیچگونه آموزشی قرار گرفتند. اگر چه دو گروه از نظر هوش کلی با یکدیگر تفاوت نداشتند، تحلیل بیش‌آزمون-پس‌آزمون نشان دهنده بهبودی معناداری در گروه درمانی بود؛ بنابراین پژوهشگران نتیجه گرفتند. خودآموزی کلامی در بهبود عملکردهای شناختی موثر است.

پالکس و همکاران (۱۹۷۲) در تکرار (noitacilpeR) پژوهش پالکس و همکاران (۱۹۶۸)، سعی نمودند اثر گفته‌های کلامی خودآموزانه را از طریق خودآموزی کلامی بر روی ۳۰ پسر بین ۷ تا ۱۳ سال تحت مراقبت روانپزشکی برای بیش‌فعالی بودند. مشخص نمایند. آزمودنی‌ها از طریق گمارش تصادفی در سه گروه آموزش کلامی (gniniarT labreV)، مطالعه بی‌صدا (gnidaeR-tneliS) و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آموزش کلامی همانند گروه درمانی پالکس (۱۹۶۸) آموزش داده شدند. گروه مطالعه بی‌صدا، با استفاده از کارت‌های تایپ شده به عنوان علامت، آموزش دیدند، ولی از آن‌ها خواسته شد که دستورات روی کارت را به صورت کلامی نخوانند. گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. نتایج این پژوهش نشان داد اگر چه هوش بهره کلی سه گروه در پس‌آزمون (آزمون پروتئوس) تفاوتی ندارند، ولی گروه آموزش کلامی به طور معناداری در تحلیل پیش‌آزمون-پس‌آزمون بهبودی نشان داد. متأسفانه اثرات درمان در گروه کلامی در مطالعه پی‌گیری بعد از دو هفته پایدار نماند.

در طی دو مطالعه که توسط مایکن‌بام و گودمن (۱۹۷۱) انجام شد، به شکل منظم‌تری تاثیر خودآموزی کلامی بر روی رفتار تکانشوری نشان داده شد. در مطالعه اول ۱۵ دانش‌آموز پایه دوم دبستان ۸ دختر و ۷ پسر با دامنه سنی بین ۷ تا ۹ سال با تشخیص تکانشوری انتخاب شدند و به طور تصادفی در یه گروه پنج نفری تقسیم شدند. گروه درمانی، مورد آموزش خودآموزی کلامی قرار گرفت و دو گروه کنترل که یکی از آن‌ها در طی دوره آزمایش به فعالیت‌های عادی که جنبه درمانی نداشت، پرداخت و دیگری فقط مورد پیش‌آزمون-پس‌آزمون قرار گرفت. گروه خودآموزی کلامی چهار جلسه آموزشی در طی دو هفته دریافت کرد. در طی این جلسات درمانگر به عنوان یک مدل، در هنگام انجام تکالیف مراحل آن را با صدای بلند بیان می‌کرد. سپس کودک همان تکلیف را در حالی که درمانگر مراحل انجام آن را بیان می‌کرد، انجام داد. در مرحله سوم کودک در حالی که درمانگر مراحل انجام با صدای بلند بیان می‌کرد، انجام می‌داد و در مرحله چهارم کودک همان تکلیف را در حالی که مراحل انجام آن را نجوا می‌کرد، انجام می‌داد. افراد گروه دوم به تعداد گروه آزمایشی جلسه داشتند، ولی در طی این جلسات هیچگونه آموزشی دریافت نکردند و فقط در معرض اشیاء شناخته شده قرار گرفتند. برای گروه سوم هیچگونه جلسه‌ای در نظر گرفته نشد.

متغیر وابسته در این پژوهش آزمون‌های پرتئوس، TFFM خرده، مقیاس‌ها آزمون و کسلر کودکان (R-CSIW) از جمله تنظیم تصاویر، طراحی با مکعب‌ها و سمبل‌های (عددی) و مشاهده رفتار کلاسی بود. نتایج



نشان داد گروه آزمایشی نسبت به دو گروه کنترل، در مقیاس‌های تنظیم تصاویر و سمبل‌های عددی و نمره نهفتگی آزمون TFFM و نمره خطای آزمون مازهای پروتئوس، به طور معناداری بهبود نشان داد.

در مطالعه دوم همین شیوه پژوهش بر روی ۱۵ کودک تکانشور کودکانی و سال اول دبستان انجام شد. ۱۱ نفر از آزمودنی‌ها و پسر و ۴ نفر دیگر دختر بودند. ارزیابی متغیر وابسته از طریق آزمون TFFM انجام شد. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در سه گروه ۵ نفره قرار گرفتند. گروه اول، آموزش خودآموزی کلامی به همراه الگوی سازی، گروه دوم، آموزش تنها از طریق الگوسازی و گروه سوم، گروه کنترل بود. نتایج نشان داد، گروه آموزش خودآموزی کلامی به همراه الگوسازی در آزمون TFFM به طور معناداری بهبودی نشان داد. محققین از این دو آزمایش نتیجه می‌گیرند آموزش خودآموزی کلامی خصوصا اگر همراه با الگوسازی باشد، می‌تواند باعث بهبودی عملکردهای شناختی کودک گردد. در اکثر مطالعات میزان بهبودی عملکرد کودکان بوسیله آزمون‌های روانشناختی مثل مازهای پروتئوس، آزمون TFFM یا TPC سنجیده شده است و نشان می‌دهند آموزش خودآموزی کلامی در بهبود عملکرد آزمودنی‌ها در آزمون‌های شناختی موثر است (اییکوف، ۱۹۹۱، مورفی و استوارت ۱۹۹۱) به این لحاظ بعضی از پژوهشگران سعی کرده‌اند جهت سنجش میزان بهبودی از وسایل دیگر استفاده نمایند.

به طور مثال بارنز (۱۹۷۲) در پژوهشی، تاثیر گفته‌های کلامی خودآموزانه را بر روی عملکرد ریاضی و سطح فعالیت حرکتی ۴۵ کودک دبستانی که توسط معلمین به علت بیش‌فعالی ارجاع داده شده بودند، بررسی کرد. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌های درمانی و کنترل گماشته شدند. گروه درمانی در طی دو جلسه ۳۰ دقیقه‌ای که در روز متوالی برگزار شد، آموزش دریافت کرد. در طی این جلسات، تکالیف متعددی با استفاده از خودآموزی کلامی انجام شد. پس از دومین جلسه آموزشی، تمام آزمودنی‌ها با استفاده از یک آزمون استاندارد ریاضی سنجیده شدند. همچنین، سطح فعالیت نیز در قبل و بعد از مداخله سنجیده شد، ولی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید، معناداری بین گروه آزمایشی و کنترل مشاهده شده است.

داگلاس (۱۹۷۶) نیز با شیوه‌ای شبیه به خودآموزی کلامی مایکن‌بام آزمایشی انجام داد، به طوری که گروه آزمایشی، به مدت ۳ ماه و در هر هفته دو جلسه یک ساعته (جمعا ۲۴ جلسه)، آموزش دریافت کرد. همزمان به معلمین و والدین اصول درمان جهت پی‌گیری اهداف در خانه و مدرسه آموزش داده شد. متغیر وابسته بعد از اتمام آموزش و سه ماه بعد از آن به عنوان پی‌گیری از طریق آزمودنی‌های TFFM، مازهای پروتئوس، آزمون ادراکی حرکتی‌بندر گشتالت، آزمون تکمیل داستان‌های ناتمام، آزمون حافظه کوتاه مدت و آزمون پیشرفت تحصیلی ارزیابی شد.

تحلیل نتایج نشان داد، گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در تمامی وسایل سنجش به طور معناداری بهبودی نشان دادند. از طرف دیگر، نتایج برای پی‌گیری ۳ ماهه نیز صادق بود؛ بنابراین پژوهشگران نتیجه می‌گیرند خودآموزی کلامی می‌تواند وسیله مناسبی برای درمان بیش‌فعالی باشد. داش، هیرت و اسکرودر (۱۹۸۹) در یک بازنگری بر پیشینه، با استفاده از روش متاآنالیز، نتایج ۴۸ مطالعه با روش خودآموزی کلامی بر روی کودکان



بیش فعال انجام شده بود، مورد بررسی قرار دادند. در تمام این مطالعات خودآموزی کلامی با یک یا چند گروه کنترل مقایسه شده بود. در تمام پژوهش‌ها نتایج نشان داد، تاثیر خودآموزی کلامی بیشتر از دارو و عدم مداخله است.

بایر و نیتزل (۱۹۹۱) در یک پژوهش مشابه با استفاده از متآنالیز، نتایج ۳۶ مطالعه که در آن از روش خودآموزی کلامی برای درمان کودکان بیش فعال استفاده شده بود، نتیجه گرفتند این شیوه درمانی تاثیر مثبت و معناداری بر روی آزمودنی‌ها دارد. همچنین این مولفین هیچ تفاوت معناداری برای برتری آموزش فردی یا گروهی خودآموزی کلامی نمی‌یابند.

در ایران نیز پژوهش‌های نادری در این زمینه صورت گرفته است. قمری گیوی (۱۳۷۰) در یک پژوهش که به صورت مورد پژوهشی انجام داد، چهار پسر مبتلا به DHDA در دامنه سنی ۷ تا ۹ سال را با شیوه خودآموزی کلامی مورد درمان قرار داد. نتایج نشان داد، خودآموزی کلامی، بی‌توجهی و تکانشوری را کاهش می‌دهد و باعث بهبود عملکرد کودک در آزمون‌های فراخوانی توجه و هم‌تاسازی تصاویر مشابه می‌شود. همچنین نشان داد، ترکیب خودآموزی کلامی با متیل فنیدیت اثر درمانی بیشتری دارد.

مراحل کاربردی آموزش خودآموزی کلامی

۱- انتخاب تکلیف: (noitceles ksaT) اولین و اساسی‌ترین گام در آموزش خودآموزی کلامی، انتخاب تکلیف است. در این مرحله، درمانگر تکالیفی که انجام آن مستلزم تمرکز، توجه و تعمق است، انتخاب می‌نماید. تکالیف باید به گونه‌ای انتخاب شوند که حل هر تکلیف، دارای الگوریتم منطقی چند مرحله‌ای باشد. در حقیقت هر تکلیف خود شامل چند تکلیف کوچک‌تر است. تکلیف با توجه به سن، هوش، میزان تحصیلات و توانمندی‌های آزمودنی انتخاب می‌شود؛ بنابراین درمانگر با در نظر گرفتن وضعیت درمانجو به انتخاب تکلیف دست می‌زند. هر موضوعی ممکن است، به عنوان تکلیف، انتخاب شود. تکلیف ممکن است از یک مساله ریاضی نسبتاً پیچیده که برای حل آن احتیاج به توجه و تمرکز زیادتری است تا یک تکلیف ساده مثل رنگ کردن یک تصویر بدون رنگ که احتیاج به توجه و تمرکز کمتری دارد، در نوسان باشد. بعضی از درمانگران، برای ایجاد انگیزه در کودکان از تکالیف جذاب‌تری مثل مواد آزمون‌های ریون یا هم‌تاسازی تصاویر آشنا TFFM استفاده می‌کنند.

همانطور که گفته شد، بهتر است از تکالیف مدرسه‌ای استفاده نشود، چون تکالیف جذاب می‌تواند فرایند خودآموزی کلامی را تسهیل کند و درمان با سرعت بیشتری پیش رود. بسیاری از درمانگران معتقدند، نوع تکلیف بر ارتباط کودک و درمانگر تاثیر مهمی دارد. علاقمندی یا عدم علاقه کودک به درمان و درمانگر تا حد زیادی به نوع تکلیف بستگی دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، تکالیف انتخابی، حد وسط بازی و فعالیت‌های مدرسه‌ای باشد. استفاده از بازی‌های فکری، هنری و رایانه‌ای تا حد زیادی می‌تواند، این منظور را فراهم کند.

۲- الگوسازی شناختی: (gniledoM evitingoC) در این مرحله درمانگر به عنوان یک الگوی شناختی،



الگوریتم منطقی و چند مرحله انجام تکالیف را به طور مشخص و با صدای بلند برای کودک انجام می‌دهد.

مانند هر الگوی دیگر، درمانگر باید به عنوان یک الگوی جذاب مورد توجه کودک قرار گیرد تا کودک با مشاهده او بتواند فرایندهای شناختی حل مساله را فرا گیرد؛ بنابراین درمانگر باید از رفتار و کلامی که عموماً کودکان آن سن به کار می‌برند، استفاده کند. هدف اصلی این مرحله، ایجاد آمایه ذهنی (teS latneM) در ذهن کودک است، به شکلی که بتواند مراحل پی در پی انجام یک تکلیف (الگوریتم حل مساله) را بدون جانداختن هیچ مرحله‌ای یا گذر سریع و سطحی از آن‌ها طی کند. از طرف دیگر، الگوریتم حل هر تکلیف، باید به طور ساده، ملموس و با زبان کودکانه بیان شود. درمانگر در این مرحله سعی می‌کند، موارد زیر را بیان الگوریتم حل مساله مطرح کند.

الف) مساله یا تکلیف تعریف شود، به طور نمونه اگر قرار است، تصویر یک خروس رنگ شود. درمانگر می‌گوید: می‌خواهیم این خروس را رنگ کنیم. رنگ نباید از تصویر بیرون بزند. تمام قسمت‌های تصویر باید رنگ شود و هر قسمت باید با یک رنگ، زنگ‌آمیزی شود.

ب) راه‌های ممکن برای حل تکلیف مطرح شود؛ مثلاً می‌توان این خروس را با مدادرنگی، ماژیک، مدادشمعی یا آبرنگ، رنگ‌آمیزی کرد.

ج) مناسب‌ترین راه برای حل تکلیف انتخاب شود؛ مثلاً استفاده از مدادشمعی، ماژیک و یا آبرنگ مشکل است، پس بهتر است با مدادرنگی این خروس رنگ‌آمیزی شود. تا با دقت و ظرافت بیشتری تصویر رنگ شود.

د) از خودپایی هنگام حل تکلیف استفاده شود؛ مثلاً مواظب باشد که رنگ از تصویر بیرون نزند، همه جا رنگ‌آمیزی شود و جایی از قلم نیفتد.

ه) هنگام انجام دادن هر مرحله از تکلیف، خود را ارزیابی کند. اگر موفق بود، به دلیل موفقیت در انجام تکلیف خود را تشویق نماید. در غیر این صورت، به خاطر اینکه نهایت سعی خود را به کار برده است، خود را تشویق کند، در عین حال به اشتباهات خویش نیز توجه نماید؛ مثلاً در صورت موفقیت، بگوید عجب کار جالبی بود، چه خروس قشنگی شد و... در صورت عدم موفقیت، بگوید خیلی خوشحالم که کوشش خود را کردم، اگر چه بهتر بود، رنگ تاج خروس را به جای آبی، قرمز می‌کردم.

و) شیوه‌های دیگری برای تکمیل تکلیف انتخاب شود. اگر فرد، در انجام تکلیف کاملاً شکست خورد، باید راه دیگری برای انجام تکلیف بیازماید.

۳- راهنمایی آشکار بیرونی (ecnadiug lanretxe treVO) در این مرحله رفتار کودک با دستورات کلامی درمانگر سازماندهی می‌شود. مراحل انجام تکلیف که در مرحله قبل توسط درمانگر با صدای بلند انجام شد، در



این مرحله با دستورات کلامی درمانگر توسط کودک انجام می‌شود. این مرحله شبیه مرحله‌ای است که در طی رشد، کودک رفتار و توجه خود را از طریق تعامل اجتماعی با بزرگسالان سازمان می‌دهد.

۴- خود راهنمایی آشکار: (ecnadiug fles trevo) در این مرحله درمانگر تکالیف را به کودک ارائه می‌دهد و از او می‌خواهد تکلیف را در حالی که با صدای بلند مراحل آن را بیان می‌کند، انجام دهد. برای شروع این مرحله ممکن است از کودک خواسته شود، تکالیفی که قبلاً درمانگر اجرا کرده، انجام دهد. بعد به تدریج تکالیف جدید ارائه می‌شود درمانگر در مواقع اشتباهات کودک را تصحیح می‌کند.

۵- الگوسازی کمرنگ شده خود راهنمایی آشکار: (ecnadoug flws trevo dedaf fo gniledoM) این مرحله شبیه مرحله دوم است. با این تفاوت که درمانگر به عنوان یک الگوی شناختی مراحل انجام تکلیف را به صورت نجوا بیان می‌کند. هدف این مرحله آموزش (hceeps rennl) گفتار درونی از طریق یک الگو است

۶- تمرین کودک با خود راهنمایی آشکار کمرنگ شده: (ecnadiug fles trevo dedaf fo exitcarp dlihC) این مرحله شبیه مرحله چهارم است؛ یعنی کودک خود به انجام تکلیف می‌پردازد. تنها تفاوت آن با مرحله چهارم در این است که کودک مراحل انجام تکلیف را با نجوا بیان می‌کند.

۷- الگوسازی با خودآموزی پنهان: (noitcurtsni fles trevoc fo gniledoM) در این مرحله درمانگر برای انجام تکالیف، در حالی که قیافه متفکری به خود می‌گیرد، فقط لب‌های خود را حرکت می‌دهد و با تامل مرحله به مرحله تکلیف را انجام می‌دهد. همزمان از کودک خواسته می‌شود که در ذهن خود کلامی را که درمانگر در حین انجام تکلیف به خودش می‌گوید، تصور کند.

۸- تمرین کودک با خودآموزی پنهان: (noitcurtsni fles trevoc fo ecitcarp (dlihC) در آخرین مرحله آموزش، کودک باید بتواند قبل از انجام تکلیف تفکر کند و بر روی تک تک مراحل از طریق گفتار درونی تمرکز نماید. در این مرحله چون کودک بدون صدا تفکر می‌کند، عملاً درمانگر نمی‌تواند فرایند تفکر وی را بفهمد و احیاناً آن را تصحیح کند، ولی از طریق مشاهده رفتار، در صورت لزوم تصحیح انجام پذیرد.

همانطور که ملاحظه می‌شود، در این شیوه شناخت درمانی، کودک از طریق یک مدل (درمانگر) راه حل مساله را به صورت گام به گام فرا می‌گیرد و با تمرین و تکرار تکالیف متعدد، از طریق گفتار درمانی بر این نوع تفکر تسلط می‌یابد. (کایر بای و جریملی، ۱۹۸۶، داکرل و مک شین، ۱۹۹۳، سیلور و هاجین ۱۹۹۰، یلیزکا، ۱۹۹۹ و ماپکن بام و گودمن، ۱۹۷۱).

منابع:

۱- قمری گیوی، حسین (۱۳۷۰). کاربرد گفتار درونی در درمان اختلال نقص توجه بیش‌فعالی. پایان‌نامه کارشناسی رشد انستیتو روانپزشکی تهران.

۲- لوریا، ا.ر.ا. (۱۳۶۸). کارکرد مغز. نشر بنیاد.

منبع: مجله تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم)، تابستان و پاییز ۱۳۸۰، شماره ۱۹





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 فعالیت های گسترده، در سطح ملی و بین المللی به کار خود ادامه می دهد.

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 هزینه های سازمانی خود را از راه کمک های مردمی و اجرای پروژه های فرهنگی و انتشاراتی به دست می آورد. چنانچه مؤسسه درآمدی داشته باشد، این درآمد را در راه گسترش هدف های خود هزینه می کند.

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	سندوق آموزش و توانمند سازی کودکان کار و محروم	
hodhod.com	گزید هترین کتاب های کودک و نوجوان	کتاب هدهد