



بررسی اختلالات رایج در کودکان مقطع ابتدایی

شایسته ایزدی

^۱ کارشناسی آموزش ابتدایی

اداره آموزش و پرورش شهرستان سنقر، آموزشگاه آرانه

amuzegardaestan@gmail.com

09183220450

چکیده :

اختلالات شخصیت، یکی از مباحث مطرح در آسیب شناسی روانی در علم روانشناسی بوده و به معنای الگوهایی از رفتار غیرانطباقی است. ویژگی های شخصیت، شیوه های پایدار ادراک، تفکر و ارتباط با محیط هستند و هنگامی که ویژگی های شخصیت چنان انعطاف ناپذیر و غیرانطباقی شوند که کارکرد فرد را به میزان چشمگیری مختل کنند، در این صورت به اختلال های شخصیت تبدیل می شوند. اختلال های مربوط به رشد، یکی از مباحث مطرح در آسیب شناسی روانی در علم روانشناسی بوده که یکی از مشکلات دوران کودکی می باشد. ویژگی اصلی اختلال های مربوط به رشد، اختلال عمده در فراگیری مهارت های شناختی، کلامی، حرکتی یا اجتماعی است. اختلال های مربوط به رشد، مزمن هستند و علایمی از اختلال به صورت پایدار تا بزرگسالی ادامه می یابند. اختلالات عاطفی، یکی از مباحث مطرح در آسیب شناسی روانی در علم روانشناسی بوده و به معنای اختلالات روانی است که در آن آشفتگی اساسی در خلق، مشاهده می شود. اختلالات عاطفی یا خلقی در طیف وسیعی می گنجد که در یک طرف آن، افسردگی یا خوشی خفیف و کوتاه مدت و در طرف دیگر آن، افسردگی های هذیانی شدید یا شیدایی قرار دارد.

واژگان کلیدی: عقب ماندگی ذهنی، اختلال یادگیری، اوتیسم، آسیب شناسی روانی، اختلال گویایی، له کردن زبان، لکنت زبان



مقدمه :

مقصود از اختلال های شخصیت، الگوهایی از رفتار غیرانطباقی است. ویژگی های شخصیت، شیوه های پایدار ادراک، تفکر و ارتباط با محیط هستند. هنگامی که ویژگی های شخصیت چنان انعطاف ناپذیر و غیرانطباقی شوند که کارکرد فرد را به میزان چشمگیری مختل کنند، در این صورت به اختلال های شخصیت تبدیل می شوند. اختلال های شخصیت در واقع شیوه های نارسا و نامناسبی برای حل مساله و کنار آمدن با فشار روانی هستند، اغلب در اوایل نوجوانی بروز می کنند و در سراسر بزرگسالی ادامه می یابند. برخلاف مبتلایان به اختلال های عاطفی یا اضطرابی (اختلال هایی که در آنها نیز رفتارهای غیرانطباقی دیده می شود)، افراد مبتلا به اختلال های شخصیت معمولاً ناراحتی یا اضطرابی احساس نمی کنند، انگیزشی برای تغییر رفتار خود نشان نمی دهند و برخلاف افراد اسکیزوفرنیایی، تماس خود را با واقعیت از دست نمی دهند و نابسامانی چشمگیری در رفتارشان مشاهده نمی شود.

مشکلات کودکان به چند گروه تقسیم می شوند. اختلال های مربوط به رشد یکی از انواع مشکلات کودکان است. ویژگی اصلی اختلال های مربوط به رشد، اختلال عمده در فراگیری مهارت های شناختی، کلامی، حرکتی یا اجتماعی است. اختلال های مربوط به رشد، مزمن هستند و علایمی از اختلال به صورت پایدار تا بزرگسالی ادامه می یابند. با این وجود، در بسیاری از موارد خفیف، سازگاری یا بهبودی کامل ممکن است روی دهد. عقب ماندگی ذهنی، اختلالات یادگیری و اختلال رشد فراگیر از انواع اختلالات مربوط به رشد هستند. خلق، وضعیت هیجانی درونی فرد است که مقطع طولانی تری از زمان را دربرگرفته و نقش خود را بر جلوه های مختلف زندگی حکاک می کرده و تمامی وضعیت روانی بیمار را تحت الشعاع قرار می دهد. عاطفه، تظاهر خارجی هیجانات است و برهه کوتاهی از زمان را دربرگرفته و معمولاً با کلام و فکر بیمار همراه است.

کودک معمولاً در حدود ۱۲ ماهگی، اولین کلمات را بر زبان می آورد و حدود ۱۸ ماهگی تا ۲ سالگی، اولین جملات ساده و ابتدایی را می سازد. به تدریج قادر به سخن گفتن و بیان نظرات خود و درک مطالب و مفاهیمی که در صحبت و منظور دیگران نهفته است، می گردد. چنانچه کودک در سنین فوق به طور طبیعی و عادی نتواند در بیان مقصود خود از کلمات و جملات متناسب استفاده نماید و همچنین مشکلاتی در فهم مطالب داشته باشد یا دیر زبان باز کند، از نظر گویایی دچار اختلالاتی می گردد.

افکار و هیجان های آدمی، نحوه واکنش دهی وی را تغییر می دهند. یکی از واکنش های بدنی انسان، بیماری است و ما معمولاً از این مساله غافل هستیم که بیماری های جسمانی نظیر زخم معده، بیماری قلبی و عروقی و آسم ممکن است تحت تاثیر افکار و احساسات قرار گیرند. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد، مدت و شاید حتی وقوع این نوع بیماری ها می تواند تحت تاثیر حالت های روانی مبتلایان به آنها قرار گیرد. چنین اختلالی، اختلال روان تنی نام دارد و به صورت اختلال بدنی که تحت تاثیر ذهن قرار دارد یا در شدیدترین حالت، توسط ذهن ایجاد می شود، تعریف شده است.

DSM

اختلالات شخصیت در محور دو DSM ثبت می شوند، زیرا آنها به قدر کافی با مجموعه نشانگان روان پزشکی استاندارد) که در محور I طبقه بندی شده اند (متفاوت در نظر گرفته شده اند که طبقه بندی مجزای آنها موجه باشد. گرچه امکان دارد که یک نفر فقط طبق محور II تشخیص داده شود، اما اختلال های محور I غالباً در افراد مبتلا به اختلال های شخصیت وجود دارند. برای مثال، اختلال های شخصیت اغلب با اختلال های اضطرابی، اختلال های خلقی و سوء مصرف مواد همراه هستند.

طبق ملاک های DSM - IV (Diagnostic and statistical manual) برای تشخیص اختلال شخصیت، الگوی بادوام رفتار فرد باید فراگیر و انعطاف ناپذیر و همین طور باثبات و طولانی مدت باشد. این الگو همچنین باید موجب ناراحتی بالینی مهم یا اختلال در عملکرد شده باشد و حداقل در دو مورد از این زمینه ها آشکار شده باشد: شناخت، هیجان پذیری، عملکرد میان فردی یا کنترل تکانه.

از دیدگاه بالینی، افراد مبتلا به اختلال های شخصیت اغلب در زندگی دیگران حداقل به اندازه زندگی خودشان مشکل ایجاد می کنند. دیگران رفتار افراد مبتلا به اختلال های شخصیت را گیج کننده، زجرآور، غیرقابل پیش بینی و غیرقابل قبول می دانند. هر الگوی صفت خاص که افراد مبتلا پرورش داده باشند (برای مثال، لجاجت، خصومت نا آشکار و بدگمانی)، واکنش های آنها را به هر موقعیت تازه ای تیره می کنند و به تکرار رفتارهای ناسازگارانه



یکسانی منجر می شوند، زیرا آنها از اشتباهات خود درس نمی گیرند.

برای مثال، یک شخص وابسته ممکن است با درخواست های پیوسته و غیرعادی مانند هرگز تنها رها نشدن، رابطه با کسی مانند همسر را خراب کند. بعد از اینکه این همسر او را ترک می کند، ممکن است فوراً رابطه وابسته دیگری را بدون اینکه همسر تازه را به دقت انتخاب کرده باشد، برقرار نماید. طبقه اختلال های شخصیت، گسترده است و مشکلات رفتاری را دربرمی گیرد که از نظر شکل و شدت بسیار تفاوت دارند. در موارد خفیف تر، افرادی را می یابیم که به طور کلی عملکرد مناسبی دارند ولی خویشاوندان، دوستان یا همکاران آنها را به صورت مشکل آفرین، غیرعادی یا کسانی که به سختی می توان آنها را شناخت، توصیف می کنند.

طبقه بندی

در DSM – IV اختلال های شخصیت براساس شباهت ویژگی های اختلال ها، در سه مجموعه گروه بندی شده اند.

گروه اول

این گروه شامل اختلالات شخصیت پارانویید، اسکیزوتایپی و اسکیزوئید است. علایم این اختلال ها به علایم اسکیزوفرنی شباهت دارد. افراد متعلق به این گروه به نظر عجیب و غریب می رسند. رفتاری دارند که از بی اعتمادی و سوءظن تا کناره گیری اجتماعی گسترش دارد.

اختلال شخصیت پارانویید

اختلال شخصیت پارانویید (Paranoid personality disorder) افراد این گروه نسبت به دیگران بدگمان هستند. آنها اغلب رفتارشان غیردوستانه است و عملکردهای همراه با عصبانیت دارند و به دیگران توهین می کنند. بیماران این گروه دچار شک و تردیدهای غیرقابل توجیه در مورد صداقت دیگران هستند. تشخیص این بیماری با بیماری اسکیزوفرنی متفاوت است. زیرا علایمی از بیماری اسکیزوفرنی مانند توهم، در پارانویید وجود ندارد و آسیب های کمتری در عملکردهای اجتماعی و شغلی شان دیده می شود. این اختلال بیشتر در مردان دیده می شود و به طور متناوب با اختلالات اجتنابی، مرزی و اسکیزوتایپی مرتبط است.

اختلال شخصیت اسکیزوئید

اختلال شخصیت اسکیزوئید (Schizoid personality disorder) بیماران با اختلال شخصیت ذکر شده از ارتباطات اجتماعی خود لذت نمی برند و معمولاً دوست صمیمی ندارند. این بیماران به ندرت احساسات خود را ذکر می کنند و به فعالیت های جمعی علاقمند نیستند و فعالیت های خویشاوندی را دوست ندارند. این بیماری در زنان شیوع کمتری نسبت به مردان دارد. معیار تشخیص برای اختلال شخصیت اسکیزوئید مشابه علایم پیش نشانه و مراحل باقی مانده بیماری اسکیزوفرنی است.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (Schizotypal personality disorder) افراد مبتلا به این اختلال بیش از حد درون گرا هستند و نقایص اجتماعی و میان فردی فراگیر دارند، اما علاوه بر آن، تحریفات شناختی و ادراکی دارند و ارتباط و رفتار آنها عجیب و غریب هستند. آنها اغلب معتقدند قدرت سحرآمیز دارند و ممکن است به تشریفات سحرآمیز بپردازند. عجیب و غریب بودن تفکر، صحبت کردن و رفتارهای دیگر، باثبات ترین ویژگی های این اختلال است. در واقع، گاهی ابتدا آنها را مبتلا به اسکیزوفرنی ساده یا نهفته تشخیص می دهند.

گروه دوم

این گروه شامل اختلالات شخصیت ضداجتماعی، نمایشی، خودشیفته و مرزی است. افراد متعلق به این گروه نمایشی، هیجانی یا دمدمی به نظر می رسند.



اختلال شخصیت ضداجتماعی

اختلال شخصیت ضداجتماعی (Antisocial personality disorder) از میان اختلال های شخصیت، اختلالی که بیش از همه مورد بررسی قرار گرفته و شناخته شده است، اختلال شخصیت ضداجتماعی است. افراد مبتلا به این اختلال، فاقد حس مسؤولیت و درک اخلاقی هستند و توجهی به دیگران ندارند. رفتار آنها زیر سلطه نیازهای خود آنان است و به عبارت دیگر آنان فاقد وجدان هستند. این افراد تکانشی رفتار می کنند، در پی ارضای فوری نیازهای خود هستند و نمی توانند ناکامی را تحمل کنند. دروغگویی زیاد، نیاز به شور و هیجان بدون توجه به آسیب های احتمالی آن و ناتوانی در تغییر رفتارهای خود به دنبال تنبیه، از دیگر ویژگی های افراد مبتلا به این اختلال است. از میان ویژگی های اختلال شخصیت ضداجتماعی، دو ویژگی بیش از همه ارزش تشخیصی دارند: "فقدان محبت" ناتوانی از احساس همدلی یا وفاداری نسبت به یک شخص دیگر و "عدم احساس گناه" ناتوانی از احساس پشیمانی نسبت به اعمال خود، صرف نظر از اینکه این اعمال تا چه اندازه درخور سرزنش باشند.

اختلال شخصیت نمایشی

اختلال شخصیت نمایشی (Histrionic personality disorder) افراد مبتلا به این اختلال در ظاهر جذاب، صمیمی، و معاشرتی هستند، اما معمولاً دیگران آنها را ریاکار و سطحی می انگارند. به نظر می رسد که آنها با نمایش دادن برای تماشایان ناشناس به دنبال تحسین خود هستند. زمانی که روابط برقرار می کنند، پرتوقع و بی ملاحظه، خودمحور و در خود فرو رفته می شوند. بین اختلال شخصیت نمایشی و سایر اختلالات همپوشی قابل ملاحظه ای وجود دارد.

اختلال شخصیت خودشیفته

اختلال شخصیت خودشیفته (Narcissistic personality disorder) افراد دارای این اختلال یک نظر بزرگ منشا نه در مورد توانایی و مشخصات خود دارند و ذهنشان به تخیلاتی از موفقیت سرگرم است. این افراد نیازمند توجه باثبات هستند و عقیده دارند که تنها از طریق افراد سطح بالا و افراد خاص درک می شوند. ارتباطات بین شخصی آنها به دلیل کمبود دلسوزی و احساس حسادت لطمه می بیند. این اختلال اغلب همراه با اختلال مرزی دیده می شود.

اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی (Borderline personality disorder) افراد مبتلا به این اختلال خودانگار یا خودپنداره بسیار بی ثباتی دارند، روابط میان فردی آنها نیز بسیار بی ثبات است. آنها معمولاً سابقه روابط شدید اما پراشوب دارند که معمولاً آرمانی کردن مفرط دوستان یا معشوق ها را شامل می شود ولی بعداً به سرخوردگی و ناامیدی می انجامد. خشم شدید و نشانه های بی ثباتی عاطفی دو ویژگی مهم این اختلال هستند. بی ثباتی عاطفی آنها همراه با سطح بالای تکانش گرایی، اغلب به رفتارهای خوددیرانگری مانند رانندگی بی باک منجر می شود. اقدامات خودکشی، اغلب به شکل فریبکارانه، بخشی از تصویر بالینی این اختلال است. با این حال، این گونه اقدامات همیشه فریبکارانه نیستند. جرح خوشتن ویژگی دیگر این اختلال است. رفتار صدمه زدن به خود با رهایی یافتن از اضطراب یا ملالت ارتباط دارد.

گروه سوم

این گروه شامل اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت وسواسی است. افراد این گروه ترسو یا مضطرب به نظر می رسند.

اختلال شخصیت اجتنابی



اختلال شخصیت اجتنابی (Avoidant personality disorder) ویژگی اصلی این اختلال اجتناب از مردم، تجربیات جدید و حتی از تجربیات قدیمی است. در این اختلال معمولاً ترس از احمق به نظر رسیدن با میل شدید به پذیرش و محبت ترکیب می‌شوند. افراد مبتلا به این اختلال به دلیل حساس بودن نسبت به انتقاد از ارتباطات اجتماعی دوری می‌کنند. آنها خجالتی هستند. گرچه این اختلال با فوبی اجتماعی شباهت دارد اما به نظر می‌رسد که تشخیص اختلال شخصیت اجتنابی اندکی بیش از آنچه توسط محور I تشخیص فوبی اجتماعی بیان شده است، اطلاعات در اختیار ما می‌گذارد.

اختلال شخصیت وابسته

اختلال شخصیت وابسته (Dependent personality disorder) فقدان اعتماد به نفس که موجب ناتوانی در تصمیم‌گیری یا قبول مسئولیت می‌شود و نیاز به دریافت حمایت دایمی دیگران از ویژگی‌های این اختلال هستند. افراد مبتلا به این اختلال به دلیل ترس از اینکه رها شوند، اغلب نمی‌توانند به‌طور مناسب از دست دیگران عصبانی شوند، به همین دلیل شخصیت‌های وابسته در روابطی که از لحاظ روان‌شناختی یا جسمانی بهره‌کش است باقی می‌مانند. این افراد فاقد عزت نفس بوده و اغلب خود را احمق یا درمانده می‌دانند.

اختلال شخصیت وسواسی

اختلال شخصیت وسواسی (Obsessive – compulsive personality disorder) این افراد کمال‌گرا هستند و توجه زیادی به جزئیات دارند. ارتباطات بین شخصی آنها اغلب ضعیف است. جدی، سخت‌گیر و غیرقابل انعطاف هستند و به موضوعات اخلاقی توجه می‌کنند. این اختلال کاملاً با اختلال وسواس اجباری متفاوت است.

عقب‌ماندگی ذهنی

افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، اغلب دارای کارکرد هوش عمومی، زیر حد میانگین هستند و همزمان کمبودهایی در رفتار سازشی آنها وجود دارد. رفتار سازشی، یکسری مهارت‌های مراقبت از خود است. افراد عقب‌مانده ذهنی، گاهی اوقات قادر به مراقبت از خود یا زندگی مستقل نیستند. هیچ آزمونی به تنهایی عقب‌ماندگی ذهنی را مشخص نمی‌کند. نمره آزمون‌های متفاوت و ملاک‌های چندگانه با هم برای قضاوت لازم هستند. ملاک‌های تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی به این شرح است: فردی با عملکرد ذهنی متوسط که نمره وی در آزمون بهره هوشی ۷۰ یا زیر ۷۰ بوده، کمبود و نقص‌هایی در حوزه‌های ارتباط، مهارت‌های شخصی، مهارت‌های تحصیلی، زندگی، کار، ایمنی و... داشته باشد. شروع این مشخصه‌ها باید قبل از ۱۸ سالگی باشد.

سطوح

عقب‌ماندگی ذهنی شامل چهار سطح است: عقب‌ماندگی ذهنی خفیف، عقب‌ماندگی ذهنی متوسط، عقب‌ماندگی ذهنی شدید و عقب‌ماندگی ذهنی عمیق.

عقب‌ماندگی ذهنی خفیف

بزرگترین گروه کودکان عقب‌مانده، نزدیک به ۸۵ درصد آنها، در گروه عقب‌مانده ذهنی خفیف جای می‌گیرند. این کودکان مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی را مثل همه کودکان دیگر و در زمان‌های کاملاً یکسان پرورش می‌دهند. آنها بدون کمک تا کلاس ششم پیش می‌روند و اگر به آنها کمک شود از این سطح هم فراتر می‌روند. این افراد با کمک برنامه‌های آموزشی ویژه قادر به فراگیری مهارت‌های شغلی خواهند بود و می‌توانند به خوبی در مشاغل ساده کار کنند.



عقب ماندگی ذهنی متوسط

در عقب ماندگی متوسط، کودکان با گذراندن دوره پیش دبستانی صحبت کردن و برقراری ارتباط را فرا می گیرند اما برخلاف کودکان دیگر، در یادگیری آداب و رسوم اجتماعی مشکل دارند. از نظر تحصیلی بعید است که از کلاس دوم بالاتر بروند. آنها قادرند رفت و آمد تنهایی در مکان های آشنا را یاد بگیرند و در مشاغل ساده محافظت شده فعالیت کنند.

عقب ماندگی ذهنی شدید

در سطح سوم عقب ماندگی ذهنی، افراد قبل از ۵ سالگی شواهد قابل ملاحظه ای از رشد حرکتی ضعیف را آشکار می سازند، گفتار ارتباطی کمی را یاد گرفته و یا اصلا یاد نمی گیرند. افراد دارای عقب ماندگی ذهنی شدید، نمی توانند از آموزش شغلی بهره مند شوند، اما شاید در بزرگسالی تحت نظارت خاص بتوانند تکالیف شغلی ساده را انجام دهند.

عقب ماندگی ذهنی عمیق

در عقب ماندگی ذهنی عمیق، کودکان در طول سال های پیش دبستانی غیر از ساده ترین تکالیف حرکتی نمی توانند بر هیچ تکلیف دیگری تسلط یابند. شاید در طول تحصیل، مهارت های حرکتی آنها تا اندازه ای رشد کند. نقص عضو شدید، مشکلات دستگاه عصبی مرکزی و رشد عقب مانده در این کودکان متداول است.

علل

عقب ماندگی ذهنی یک نشانه است نه بیماری خاص و علت های چندگانه ای برای آن وجود دارد. چند نمونه از علل عقب ماندگی ذهنی، شامل این موارد هستند: عفونت ها و مسمومیت ها، آسیب جسمانی که به مغز صدمه وارد کرده باشد، بیماری مغزی فاحش، اختلال های کروموزومی مثل سندرم داون، اختلال های بارداری.

اختلالات یادگیری

اختلال های یادگیری، مشکلاتی که بیانگر کندی شدید مربوط به رشد هستند و عمدتاً بر رشد زبان و مهارت های تحصیلی تأثیر می گذارند، بسیار رایج تر از عقب ماندگی ذهنی هستند. یکی از ملاک های تشخیصی اختلالات یادگیری عامل اختلاف است. اختلاف وقتی وجود دارد که توانایی تخمین زده شده و عملکرد دانش آموز تفاوت فاحشی داشته باشند.

در اختلال یادگیری، یادگیری تحصیلی در مهارت های خواندن، درک مطلب خواندن، بیان نوشتاری، محاسبات ریاضی و استدلال ریاضی دچار مشکل می شود. افراد مبتلا به این اختلال نارسایی هایی در زبان دارند که باعث نقص در بیان شفاهی و درک مطلب شنیداری در آنها می شود. هالاها و کافمن (Kauffman) اشاره می کنند که دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری معمولاً در به خاطر سپردن محرک های شنیداری و دیداری مشکل دارند.

دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری نارسایی های بارزی در حافظه کوتاه مدت نشان می دهند. تحقیقات نشان می دهند که برخی از دانش آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری دچار نارسایی های فراشناختی هستند. فراشناخت شامل دو عامل است: آگاه بودن از مهارت ها، راهبردها و منابع مورد نیاز برای انجام اثربخش یک تکلیف و توانایی استفاده از مکانیسم هایی از قبیل برنامه ریزی، ارزیابی اثربخشی فعالیت های در حال اجرا و رفع مشکلات برای تکمیل موفقیت آمیز یک تکلیف.

هرسکو (Hersko) و راید (Reid) گزارش می دهند که مطالعه متغیرهای فراشناختی (یعنی پیش بینی، برنامه ریزی، رسیدگی و نظارت) در دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری ممکن است منجر به درک بهتری از چگونگی کارکرد این متغیرها شود و این درک به نوبه خود ممکن است به مداخله های تعلیم و تربیتی مؤثرتری بینجامد.



اختلال رشدی فراگیر: اوتیسم

اوتیسم، اختلال رشدی پیچیده‌ای است که معمولاً قبل از ۳ سالگی نمایان می‌شود و بعد از آن تغییرات ناچیزی ایجاد می‌کند. تشخیص اوتیسم بر مبنای سه نشانه اصلی است، درماندن از تفسیر هیجانات و نیات دیگران، کاهش ظرفیت تعامل اجتماعی و ارتباط، و اشتغال ذهنی با یک موضوع یا عمل.

درمان اوتیسم سخت است. رفتاردرمانی فشرده می‌تواند زندگی بعضی از اوتیستیک‌ها را بهبود بخشد ولی این افراد به‌ندرت می‌توانند زندگی مستقلی داشته باشند حتی اگر هوش عادی داشته باشند.

انواع اختلالات عاطفی

اختلالات عاطفی، به دو گروه اختلالات افسردگی و اختلال دوقطبی تقسیم می‌شود.

اختلالات افسردگی

اختلالات افسردگی، خود شامل سطوح گوناگونی است که به آنها اشاره می‌کنیم.

اندوه

غمگینی خلقی عادی و متناسب، در پاسخ به یک فقدان قابل ملاحظه خارجی است. این یک واکنش واقع‌بینانه و مناسبی است نسبت به آنچه از دست رفته است. به خودی خود محدود شده و به‌تدریج فروکش می‌کند.

افسردگی خفیف

افسردگی خفیف یا افسرده‌خویی (اختلال دیستمیک): اختلال افسرده‌خویی یک اختلال مزمن بدون علائم سایکوتیک است. عامل اتیولوژیک در افسردگی خفیف نسبت به‌اندوه عادی وضوح کمتری دارد. افسردگی یا شدیدتر از اندوه عادی است، یا بی‌جهت ادامه پیدا می‌کند.

افسردگی اساسی

اختلال افسردگی اساسی (شدید): این اختلال، یک اختلال روان‌پزشکی جدی و غالباً ناتوان‌کننده است. علائم اصلی این اختلال عبارتند از: احساس ذهنی غمگینی و از دست دادن علاقه و لذت در فعالیت‌ها و سرگرمی‌هایی که قبلاً لذت‌بخش بوده‌اند. افراد افسرده اغلب احساس یاس، شکست، تنهایی و ناامیدی داشته و در تطابق با استرس‌های روزمره زندگی ناتوان هستند. در افسردگی شدید ممکن است حتی انگیزه کافی برای انجام وظایف معمول و روزمره زندگی را نیز نداشته باشند.

اختلال دوقطبی

اختلالات دوقطبی، خود شامل انواع و سطوح گوناگونی است که به آنها اشاره می‌کنیم.

اختلال مانیک - دپرسیو

اختلال دوقطبی یا اختلال مانیک - دپرسیو (شیدایی - افسردگی): اختلالاتی که شامل حمله‌های مانیک و افسردگی شدید باشد را اختلال دوقطبی می‌نامند. مانیک (شیدایی) یا هیپومانیک (حالتی از مانیک خفیف) اختلال دوقطبی را مشخص می‌کند. مانیا، عبارت است از یک دوره مشخصی با خلق بالا، بسیط یا تحریک‌پذیر که به‌خودی‌خود شایع نیست بلکه همراه با افسردگی در روان‌پریشی مانیک - دپرسیو رخ می‌دهد. نشانه‌های این اختلال تا حدودی متضاد با افسردگی بوده و عبارت است از: پرسش‌اندیشه‌ها، خلق و خوی بالارفته، پرفعالیتی، انجام مقدار زیادی کار بدون احساس



خستگی، فشار، تکلم، پرش افکار، اعتماد به نفس بالا، کاهش نیاز به خواب، حواس پرتی و افزایش فعالیت های خطرناک، فزون خواهی جنسی و ولخرجی.

اختلال ادواری

اختلال خلق ادواری، اختلال مزمنی است که علامت اصلی آن، هیپومانیا و خلق افسرده خفیف می باشد.

اختلالات گویایی

علل ایجاد

اختلالات گویایی ممکن است به چند دلیل به وجود آید که عبارتند از: عقب ماندگی ذهنی و تاخیر در مهارت های زبانی، اختلالات عاطفی در نارسایی های تکلمی، اختلالات تکلمی و ضایعات مغزی و عصبی آفازی (Aphasia)، اختلالات دستگاه صوتی و نارسایی تکلمی، اختلال شنوایی و نارسایی تکلمی.

در میان اختلالات تکلم که در کودکان ملاحظه می شود، تاخیر در صحبت کردن و لکنت زبان اهمیت زیادی دارند. کودکانی که لازم است مورد توجه واقع شوند، کودکانی هستند که به طور کلی از آموختن تکلم امتناع می ورزند یا از لحاظ روانی دچار لالی عاطفی (Mutism) شده اند و ممکن است چند ماه یا چند سال به طول بیانجامد. زیربنای این گونه مسائل، آشفتگی های هیجانی نیرومند هستند که قبلا به عنوان نشانه های مرضی پسیکوتیک مورد توجه قرار می گرفتند ولی اکنون نشانه های مرضی نوروتیک محسوب می شوند. آشفتگی های هیجانی ممکن است در کودکی که تازه شروع به آموختن تکلم نموده است به هنگام صحبت کردن موجب گیر کردن زبان شود. اگر کودک در این مرحله مجبور باشد روشن و سپس صحبت کند، ممکن است دچار لکنت گردد.

انواع

اختلالات گویایی به دو دسته تقسیم می شوند:

اشتباهات سخن گویی

کودک اگر کلمه یا لفظی را غلط تلفظ کرد و خانواده اشتباه او را نگرفت، تکرار آن، علت مشخصی خواهد شد تا او بعدا دچار تکلم غلط و ادای اشتباهی آن کلمه یا لفظ شود و یا حتی وقتی که نمی تواند کلمه یا حرفی را درست تلفظ کند، کلا آن را حذف نماید.

معایب سخن گویی

معایب سخن گویی، از اشتباهات سخن گویی خطرناک تر است و عواقب ناگواری را به دنبال دارد و چه بسا در آینده، به سازگاری اجتماعی کودک شدیداً لطمه زده و دشواری هایی را هم به وجود آورد. مهمترین معایب سخن گویی به شرح زیر است:

زبان شکستگی

گاهی وجود دندان های ناقص کودکی، نامنظم بودن آرواره، غیرطبیعی بودن لب ها و یا بچه گانه حرف زدن کودک، باعث می شود در سخن گویی طفل شکستگی پیدا شود. این قبیل عیوب، در درجه اول عیب گویایی عضوی است، اما متعاقبا چنانچه این عیب رفع نشود، به شکل روانی تبدیل خواهد شد که عواقبی را برای کودک به دنبال خواهد داشت. این گونه موارد را می توان با آگاهی دادن به اطرافیان و اعضای خانواده و جلوگیری از تمسخر آنان، با حوصله و مهربانی، کودک را به ادای تلفظ صحیح کلمه یا حرف مورد نظر تشویق کرد و از راه تکرار مکرر آن توسط کودکان به زودی این عیب را برطرف ساخت.



له کردن کلمات

نقص های حسی و حرکتی در دستگاه های صوتی گویایی اعم از لب، زبان و آرواره یا نارسائی در رشد زبان و یا زمینه های عاطفی کودک از قبیل ترس، اضطراب، کمروبی و احساس خجالت در برخورد با افرادی که برای اولین بار با آنان روبرو می شوند و هر یک از آن افراد باعث می شوند کودک تند و جویده جویده سخن بگوید و تلفظ برخی از جملات یا ادای پاره ای از کلمات به وضوح گفته نشود. برای رفع این نقص می توان با ایجاد ارتباط عاطفی آگاهانه و عمیق با کودک و وادار ساختن و تشویق او به گفت و شنود و نشست و برخاست با همسالان، از راه تقویت روحیه، اعتماد به نفس و رفع ریشه های کمروبی و ترس، او را کودکی متکی به خود بار آورد.

دستپاچگی

در تکلم به صورت دستپاچگی، کلمات تند و سریع و نامفهوم گفته می شود. چنانچه کودک را به تکلم شمرده و ادای تلفظ صحیح جملات عادت دهیم، این عیب به زودی برطرف خواهد شد.

لکنت زبان

اختلالی است که به طور موقت یا دائمی و به طور غیرارادی با تکرار و تردید در ادا و تلفظ کلمات و سیلاب ها به وجود می آید، بدون اینکه اختلال عضوی یا فلجی در کار باشد. در لکنت زبان، جریان فکر طبیعی است و در نوشتن اصلا اختلالی نیست، فقط به علت انقباض غیرعادی عضلانی در دستگاه های محیطی تکلم، کلمه درست بیان نمی شود. لکنت زبان، گاهی برای اولین بار در سنین نوجوانی و بلوغ رخ می دهد ولی ممکن است از دوران کودکی ادامه یابد. لکنت زبان، به دو صورت مختلف دیده می شود:

انقباضی

لکنت زبان انقباضی (Tonic) این نوع لکنت، به علت انقباض عضلات دهان، حلق، حنجره و تارهای صوتی ایجاد می شود. در این صورت بیمار بر روی یک کلمه فشار می آورد و اغلب نیز به علت فشار، کلمه یکباره بیان می شود. این حالت کاملاً جنبه روانی دارد.

تشنجی

لکنت زبان تشنجی (Clonic) در این نوع لکنت، یک سیلاب مرتباً تکرار می شود. علت این نوع لکنت زبان را اختلال فیزیولوژیک عصبی - عضلانی می دانند که در محل اتصال عصب به عضله به وجود می آید و چون جنبه خانوادگی دارد، اغلب تصور می کنند علت موروثی داشته باشد. بعضی اوقات در مبتلایان، هر دو حالت یعنی لکنت زبان انقباضی و لکنت زبان تشنجی باهم دیده می شود.



نتیجه گیری

اختلالات گویایی و تکلمی متنوعی وجود دارند که ممکن است از عوامل مختلف نظیر نقص های حسی و حرکتی، عوامل رشدی و عاطفی، یا لکنت زبان ناشی شوند. برخورد با این اختلالات نیازمند توجه و حمایت ویژه ای از جانب خانواده و فراگیران است. درمان این اختلالات ممکن است شامل مداخلات گویا پردازی، ترکیبی از روش های تربیتی و روان شناختی، و در موارد لازم مشاوره حرفه ای باشد. همچنین، ایجاد ارتباط عاطفی قوی با کودک، تشویق به گفت و شنود، و ایجاد محیطی حمایت کننده می تواند در بهبود مهارت های زبانی و تکلمی افراد مبتلا به این اختلالات مؤثر باشد. همچنین، آگاهی از نقاط قوت و ضعف کودک، تشویق به ارتقاء اعتماد به نفس، و ایجاد فرآیند یادگیری مثبت نیز از اهمیت بالایی برخوردارند. به کمک تکنیک های روان شناختی و شناختی، کودکان می توانند به تدریج مهارت های زبانی خود را بهبود بخشند و با چالش های ارتباطی بهتری روبرو شوند.

در مواجهه با لکنت زبان، نیاز به توجه به دو طرح لکنت زبان انقباضی و تشنجی و ارائه راهکارهای متناسب با هر کدام از این موارد داریم. استفاده از تکنیک های گوناگون شامل مداخلات توانمندسازی عصبی، تمرینات حرکتی-حسی، و مشاوره های شناختی-رفتاری می تواند بهبود موقعیت فردی با لکنت زبان کمک کند.

علاوه بر این، آگاهی از اختلالات گویایی و تکلمی در کودکان و نوجوانان به عنوان یک نقطه آغاز مهم برای پیشگیری و مداخله مؤثر محسوب می شود. زمانی که والدین و مربیان با نشانه ها و علائم اختلالات گویایی آشنا می شوند، می توانند به سرعت به تدابیر و مراحل درمانی متناسب با نیازهای فردی کودکان خود بپردازند.

برنامه های درمانی و توانبخشی با تأکید بر توسعه مهارت های زبانی، ارتقاء ارتباطات اجتماعی، و تقویت اعتماد به نفس، می توانند بهبود چشمگیری در زندگی روزمره افراد با اختلالات گویایی ایجاد کنند. همچنین، ارتباط مؤثر و همکاری مستمر بین والدین، مربیان، و تیم های درمانی نقش بسیار حیاتی در مسیر بهبود دارد.

آگاهی اجتماعی و فرهنگی نیز در پذیرش و تحمل اختلالات گویایی نقش بسزایی ایفا می کند. افزایش آگاهی در جامعه و آموزش به دیگران در خصوص اختلالات گویایی می تواند به کاهش تبعیض و افزایش پذیرش افراد مبتلا به این اختلالات کمک کند.

همچنین، ترکیبی از روش های درمانی، شناختی-رفتاری، و حرکتی می تواند نقش مؤثری در بهبود توانایی های زبانی و ارتقاء مهارت های ارتباطی افراد با اختلالات گویایی ایفا کند. این رویکردها به طور گسترده در توانبخشی افراد با لکنت، لکنت زبانی انقباضی و تشنجی، و دیگر اختلالات گویایی استفاده می شوند.

در نهایت، نیاز به ادامه تحقیقات و توسعه روش های درمانی نوین برای اختلالات گویایی و تکلمی اهمیت دارد. به دنبال درک بهتر از مکانیسم ها و عوامل مؤثر در این اختلالات، تلاش برای بهبود روش های تشخیص و درمان، و ترویج فرهنگ پذیرش و حمایت اجتماعی، می تواند بهبودی مستدام در زندگی افراد مبتلا به این اختلالات را به همراه داشته باشد.



منابع

- اتکینسون، ریتال و دیگران، زمینه روان شناسی، ج ۲، ص ۲۳۴، ترجمه محمدنقی براهنی و دیگران، تهران، رشد، ۱۳۷۸، چاپ هشتم.
- باچر، جیمز و دیگران، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۸۵، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۸۸، چاپ اول.
- باچر، جیمز و دیگران، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۸۴، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۸۸، چاپ اول.
- دیویسون، جرالد و نیل، جان، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۵۳، ترجمه عبدالله مفاخری و صادق شکیبا، تهران، به آوران، ۱۳۸۷، چاپ اول.
- دیویسون، جرالد و نیل، جان، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۵۳، ترجمه عبدالله مفاخری و صادق شکیبا، تهران، به آوران، ۱۳۸۷، چاپ اول.
- باچر، جیمز و دیگران، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۹۵، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۸۸، چاپ اول.
- اتکینسون، ریتال و دیگران، زمینه روان شناسی، ج ۲، ص ۲۳۵، ترجمه محمدنقی براهنی و دیگران، تهران، رشد، ۱۳۷۸، چاپ هشتم.
- روزننهان، دیویدال و سلیگمن، مارتین ای. پی، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۳۵۲، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ساوالان، ۱۳۷۹، چاپ اول.
- اتکینسون، ریتال و دیگران، زمینه روان شناسی، ج ۲، ص ۲۳۴، ترجمه محمدنقی براهنی و دیگران، تهران، رشد، ۱۳۷۸، چاپ هشتم.
- باچر، جیمز و دیگران، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۲۰۷، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۸۸، چاپ اول.
- روزننهان، دیویدال و سلیگمن، مارتین ای. پی، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۳۵۵، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ساوالان، ۱۳۷۹، چاپ اول.
- اتکینسون، ریتال و دیگران، زمینه روان شناسی، ج ۲، ص ۲۳۴، ترجمه محمدنقی براهنی و دیگران، تهران، رشد، ۱۳۷۸، چاپ هشتم.
- دیویسون، جرالد و نیل، جان، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۱۶۴، ترجمه عبدالله مفاخری و صادق شکیبا، تهران، به آوران، ۱۳۸۷، چاپ اول.
- کندال، فیلیپ، اختلال های دوران کودکی، ص ۱۵۲، ترجمه حمیدرضا رضازاده و یگانه توکلی، تهران، نشر شهید سعید محبی، ۱۳۸۲، چاپ اول.
- روزننهان، دیوید و سلیگمن، مارتین، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۴۱۰-۴۱۱، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۷۹، چاپ اول.
- روزننهان، دیوید و سلیگمن، مارتین، آسیب شناسی روانی، ج ۲، ص ۴۱۱، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران، ۱۳۷۹، چاپ اول.
- کریمی، یوسف، اختلالات یادگیری، ص ۲۶-۲۷، تهران، ساوالان، ۱۳۸۲، چاپ دوم.
- پینل، جان، روان شناسی فیزیولوژیک، ص ۳۰۰، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران، ویرایش، ۱۳۸۷، چاپ اول.