

آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان

مدرس:
کیمیا پیغان
زمستان ۱۴۰۲



فصل اول

علم و کاربردست آسیب شناسی روانی کودک



تقریباً ۲۰ درصد تمام کودکان و نوجوانان قبل از بزرگسالی، حداقل به یک مشکل سلامت روانی دچار می شوند.

مشکلاتی در رابطه با عملکرد رفتاری، شناختی یا اجتماعی هیجانی



مشکلات کودکان و نوجوانان

ناتوانی های رشد، مانند سندرم دان یا اختلال طیف اتیسم

اختلالات برونی کردن مانند اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی

اختلالات درونی کردن، نظیر اضطراب و افسردگی

مشکلات مرتبط با سلامتی، مانند اختلالات خوردن و بی خوابی



موانع بر سر راه درمان کودکان:

۱. تشخیص نادرست مشکلات روانی کودکان
۲. دسترسی محدود به خدمات سلامت روانی با کیفیت خوب، به ویژه در کودکانی که از خانواده های اجتماعی-اقتصادی محروم هستند.
۳. کمبود کلی متخصصان سلامت روانی که در زمینه مداخله های مبتنی بر شواهد آموزش دیده باشند.



وضعیت استفاده از دارو:

این روزها ۷ و نیم درصد تمام کودکان دبستانی و نوجوانان حداقل یک داروی روان گردان مصرف می کنند.

این داروها برای نوجوانان بیشتر از کودکان تجویز می شود

و احتمالاً بیانگر شیوع بیشتر مشکلات روانی در نوجوانان در مقایسه با کودکان است.

مصرف دارو بسته به جنسیت نیز تفاوت دارد.

صرف نظر از سن، پسرها بیشتر از دخترها احتمال دارد برای مشکلات روانی، دارو دریافت کنند.

پسرها تقریباً ۳ برابر بیشتر از دخترها احتمال دارد مبتلا به ADHD تشخیص داده شوند و برای این اختلال دارو دریافت کنند.

نکته قابل توجه: درصد کودکان و نوجوانانی که برای درمان مشکلات روانی دارو دریافت می کنند از سال ۱۹۹۵ تا به امروز

دو برابر شده است اما درصد کودکانی که در روان درمانی غیر دارویی شرکت می کنند در همین مدت ثابت مانده است.



وضعیت استفاده از دارو:

عواملی که موجب افزایش مصرف دارو در کودکان و نوجوانان شده است:

1. متخصصان بالینی در تشخیص اختلالات روانی در کودکان بهتر شده اند.
2. امروزه پزشکان برای کودکان گزینه های دارویی بیشتری در مقایسه با دو دهه ی گذشته دارند.



وضعیت استفاده از دارو:

میزان داروهایی که در دو دهه گذشته تجویز یا مصرف شده است.

❖ ریتالین و آدرال که برای درمان ADHD مصرف می شوند، افزایش چشمگیری داشته است.

❖ داروهای مربوط به درمان اختلالات اضطرابی و اختلالات فکر مانند اسکیزوفرنی با سرعت کمتری افزایش یافته.

❖ محبوبیت داروهای ضد افسردگی کاهش یافته زیرا اداره غذا و داروی ایالات متحده به پزشکان هشدار داد که کودکان و نوجوانانی که از داروهای ضد افسردگی مصرف می کنند، خیلی بیشتر از کودکان و نوجوانانی که دارونما مصرف کرده اند، افکار یا رفتار خودکشی گرا دارند.



چه عواملی بر شیوع اختلالات کودکی تاثیر دارند؟

چهار عامل اجتماعی - جمعیتی: سن، جنسیت، جایگاه اجتماعی - اقتصادی، قومیت

۱. سن

به طور میانگین، نوجوانان بیشتر از کودکان احتمال دارد دچار اختلالات سلامت روانی شوند. اختلالاتی که در کودکان شایع ترند: اوتیسم، اضطراب جدایی، ADHD میزان شیوع اختلالات با بالا رفتن سن، افزایش می یابد.

در نوجوانان مشکلاتی در رابطه با فوبی اجتماعی، افسردگی، اختلالات دوقطبی و اختلالات خوردن و مشکلاتی در رابطه با الکل و مصرف داروی مخدر وجود دارد که در کودکان شیوع^۹ کمتری دارند و یا نادر هستند.



چه عواملی بر شیوع اختلالات کودکی تاثیر دارند؟

چهار عامل اجتماعی - جمعیتی: سن، جنسیت، جایگاه اجتماعی - اقتصادی، قومیت

۲. جنسیت

در اوایل کودکی، بسیاری از اختلال ها در پسرها دیده می شود.

پسرها **۴ برابر** بیشتر از دخترها مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و **۳ برابر** بیشتر از دخترها مبتلا به ADHD تشخیص می گیرند.

پسرها بیشتر از دخترها احتمال دارد که مشکلات رفتار اخلاص گر مثل اختلال لجبازی و نافرمانی نشان دهند.

میزان شیوع اختلالات دیگر در دختر و پسرهای خردسال برابر است.

در بین نوجوانان، دخترها بیشتر از پسرها احتمال دارد که دچار مشکلات سلامت روانی شوند و پسران نوجوان همچنان بیشتر

از دختران در معرض خطر اختلالات رفتاری هستند.

پسران نوجوان بیشتر از دختران احتمال دارد دچار مشکلاتی در رابطه با الکل و داروهای مخدر شوند و دختران نوجوان، **۲ یا**

۳ برابر بیشتر از پسران احتمال دارد که مشکلاتی در رابطه با افسردگی یا اضطراب داشته باشند.

دختران **۵ تا ۱۰ برابر** بیشتر از پسران مبتلا به اختلال خوردن تشخیص می گیرند.



چرا دختران در مدت نوجوانی، افزایش چشمگیری در مشکلات سلامت روانی نشان می دهند.

۲. جنسیت

چند علت وجود دارد، از تغییرات زیستی هنگام بلوغ تا انتظارات اجتماعی - فرهنگی نامعقولی که از دختران وجود دارد.

دو عامل مهم شامل ۱. وقایع استرس زای زندگی

۲. شیوه ای که دختران به این وقایع فکر می کنند.

تحقیقات نشان داده که دختران به عوامل استرس زای میان فردی حساس اند.

نتایج تحقیقات نشان داده دختران خیلی بیشتر احتمال دارد که مشکلاتی در رابطه با والدین، همسالان

یا شریکان رمانتیک داشته باشند.



چه عواملی بر شیوع اختلالات کودکی تاثیر دارند؟

چهار عامل اجتماعی - جمعیتی: سن، جنسیت، جایگاه اجتماعی - اقتصادی، قومیت

۳. جایگاه اجتماعی - اقتصادی

سه جنبه از محیط کودک: سطح تحصیلات والدین ۲. شغل والدین ۳. درآمد خانواده
کودکانی که از خانواده های اجتماعی - اقتصادی پایین هستند، بیشتر از کودکان متوسط به بالا در معرض خطر اختلالات روانی قرار دارند.

دو توجیه وجود دارد:

۱. والدینی که جایگاه اجتماعی - اقتصادی بالا دارند، ممکن است خودشان کمتر به مشکلات روانی دچار شوند و ژن هایی را منتقل کنند که به سلامت روانی فرزندشان منجر می شود.
۲. والدینی که جایگاه اجتماعی - اقتصادی بالا دارند، ممکن است بهتر بتوانند محیطی را برای فرزندشان تامین کنند که از آنها در برابر مشکلات روانی محافظت کند.

ترکیب خانواده پیش بین دیگری است برای مشکلات روانی کودکان:

تحقیقات نشان داده کودکانی که فقط با یک والد تنی زندگی می کنند، در مقایسه با کودکانی که با هر دو والد تنی زندگی می کنند، دو برابر احتمال دارد که دچار اضطراب یا اختلال خلقی شوند و نوجوانان تک والد ۶ برابر بیشتر از نوجوانان با هر دو والد، به اختلال رفتاری یا مصرف مواد مبتلا می شوند.



چه عواملی بر شیوع اختلالات کودکی تاثیر دارند؟

چهار عامل اجتماعی - جمعیتی: سن، جنسیت، جایگاه اجتماعی - اقتصادی، قومیت

۴. قومیت

چه چیزی تفاوت ها را در قومیت ها توجیه می کند؟

۱. تفاوت در جایگاه اجتماعی - اقتصادی: اقلیت ها که در جایگاه اقتصادی اجتماعی پایین قرار دارند، با مخاطراتی مواجه اند

مثل دسترسی کم به مراقبت از سلامتی و تغذیه مناسب، مراقبت نامطلوب از کودک، تجربیات نامناسب تحصیلی و استرس خانوادگی. خانواده های مهاجر نیز با مخاطرات مثل استرس مرتبط با تفاوت های زبان و فرهنگ پذیری مواجه اند که منجر به میزان شیوع بالاتر مشکلات سلوک می شود.

۲. زمینه نژادی و قومی، مثلا کودکان سیاه پوست و لاتینی خیلی دیرتر از کودکان غیرلاتینی سفیدپوست مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده می شوند. والدین اقلیت کمتر می توانند علایم اولیه اوتیسم را تشخیص دهند و رفتارهای بیش فعالی را از نظر رشدی، طبیعی می دانند در نتیجه دیرتر تشخیص یا درمان می گیرند.

۳. روش های فرزندپروری و ارزش های فرهنگی متفاوت در گروه های نژادی و قومی وجود دارد. برای مثال نوجوانان سیاه پوست آمریکایی خیلی کمتر از نوجوانان سفیدپوست غیرلاتین احتمال دارد دچار مشکلات مصرف مواد شود به دلیل اینکه فرهنگ آمریکایی سیاه پوست مصرف سنگین الکل را منع می کند.

دسترسی به درمان

از ۲۰ درصد کودکان و نوجوانانی که در مقطعی قبل از بزرگسالی دچار اختلال روانی خواهند شد، تنها نیمی از آن‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند.

۵۱ درصد از کودکان و ۴۵ درصد از نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی، تحت درمان قرار می‌گیرند. احتمال دریافت خدمات درمانی به اختلال کودک یا نوجوان بستگی دارد.

مثال: کودکان ADHD به احتمال زیاد با دارو تحت درمان قرار می‌گیرند و کودکان با اختلالات اضطرابی کمتر احتمال دارد که تحت درمان دارویی یا غیر دارویی قرار بگیرند.



موانعی بر سر راه درمان

۱. مشکلات مالی

۲. ممکن است خانواده ها از عهده هزینه خدمات سلامت روانی با کیفیت عالی برآیند اما نتوانند این خدمات را بیابند.

۳. متخصصان کافی در زمینه سلامت روان کودک و نوجوان وجود ندارد.

۴. داغ تنگ که به عقاید منفی درباره افراد مبتلا به اختلاف روانی اشاره دارد که می تواند به

ترس، شرم و احساس ارزشمندی پایین فرد منجر شود و خانواده های به این دلیل حاضر نباشند

برای¹⁵ درمان اقدام کنند.



اختلال روانی چیست؟

چگونه رفتار نابهنجار را در کودکان مشخص کنیم؟

در متمایز کردن تعریف بهنجاری از نابهنجاری اتفاق نظر وجود ندارد.

با این حال چند ملاک برای مشخص کردن ابتلا به مشکلات رفتاری و اجتماعی - هیجانی مطرح شده است.

۱. تعریف نابهنجاری بر مبنای انحراف آماری: نادر بودن نسبی در کل جمعیت

۲. تعریف نابهنجاری بر مبنای ناتوانی یا درجه ی اختلال

۳. تعریف نابهنجاری به وسیله سطح اختلال

هر کدام از این پنج ملاک، نقطه ضعف هایی دارند.

۴. تعریف نابهنجاری بر مبنای درجه ی پریشانی روانی

۵. تعریف نابهنجاری بر حسب انحراف فرهنگی



اختلال روانی چیست؟

دو ملاک دیگر در تعریف نابهنجاری

۱. تعریف نابهنجاری بر حسب انعطاف ناپذیری رفتاری

سلامت روانی با انعطاف پذیری و سازگاری با شرایط متغیر مشخص می شود
نابهنجاری با استفاده از رفتاری یکسان در تمام موقعیت ها، صرف نظر از شرایط مشخص می شود.

۲. تعریف نابهنجاری بر مبنای مفهوم کژکاری زیان آور

به عقیده ژروم ویکفیلد، اختلال زمانی وجود دارد که دو ملاک برآورده شده باشند:

(۱) فرد باید کژکاری نشان دهد، یعنی نارسایی برخی مکانیزم های درونی در کار کردن به شیوه

درست (۲) کژکاری باید موجب آسیب شود، یا باید به گونه ای فرد را محدود یا تهدید کند.



DSM-5 اختلال روانی را چگونه تعریف می کند؟

نه تنها مفهوم کژکاری زیان آور و یکفیلد را منعکس می کند، بلکه بر نقش اختلال و پریشانی روانی در متمایز کردن رفتار بهنجار از نابهنجار تاکید می کند:

اختلال روانی سندرمی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه در شناخت، تنظیم هیجانی یا رفتار فرد مشخص می شود که کژکاری در فرایندهای روان شناختی، زیستی یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می کند. اختلالات روانی معمولاً با پریشانی یا ناتوانی قابل ملاحظه در فعالیت های اجتماعی، شغلی یا فعالیت های مهم دیگر ارتباط دارد.

پاسخ مورد انتظار یا از لحاظ فرهنگی تایید شده، به عوامل استرس زای رایج یا فقدان، مانند مرگ فردی عزیز، اختلال روانی نیست.

رفتاری که از لحاظ اجتماعی منحرف است (مثل سیاسی، مذهبی، جنسی) و تعارض های عمدتاً بین فرد و جامعه،

اختلال روانی نیستند مگر اینکه انحراف یا تعارض، از کژکاری در فرد ناشی شده باشد.



برداشت های پزشکی DSM5 از اختلالات روانی،
به ویژه در مورد کودکان به کار برده می شود، دو نقطه ضعف دارد:

۱. برخی اختلالات کودکی، ماهیت ارتباطی دارند و در زمینه میان فردی بهتر درک می شوند.

۲. نقطه ضعف دوم رویکرد پزشکی به اختلالات روانی این است که ما اغلب علت مشکلات روانی کودکان را نمی دانیم. (برچسب به نشانه ها نه علت ها)



تعریف DSM5 این ادعا را دارد که تمام اختلالات روانی کژکاری اساسی دارند که معمولاً از نظر ماهیت، زیستی هستند.

این ادعا از سه نظر مشکل ساز است:

۱. هنوز پژوهشگران علت های زیستی خاصی را برای اکثر اختلالات کودکی مشخص نکرده اند.

۲. وقتی نابهنجاری خاصی در تحقیقات پژوهشی مشخص شده باشند، تمام کودکان مبتلا به آن اختلال این نابهنجاری را نشان نمی دهند.

۳. حتی وقتی کودکان نابهنجاری زیستی خاصی را نشان می دهند، معمولاً نمی توانیم

نتیجه بگیریم که این نابهنجاری ها موجب اختلال می شوند.



چگونه فرهنگ بر تشخیص اختلالات کودکی تاثیر می گذارد؟

قومیت و فرهنگ می توانند حداقل به چهار طریق بر فرایند تشخیص تاثیر بگذارند:

۱. ارزش های فرهنگی بر عقاید در مورد فرزندپروری و رفتارهای مشکل آفرین تاثیر می گذارد و متخصصان باید از تفاوت های فرهنگی در اهداف جامعه پذیری و نظر والدین درباره رفتار مناسب کودک، آگاه باشند.
۲. خانواده های مهاجر به دلیل فرهنگ پذیری، استرس بیشتری را متحمل می شوند.
۳. تفاوت های زبان و فرهنگ مشکلاتی را در ارزیابی و تشخیص کودکان و نوجوانان ایجاد می کند.
۴. اقلیت ها در پژوهش های سلامت روان مشارکت نمی کنند.



آسیب شناسی روانی رشد

رشد در طول زمان

آسیب شناسی روانی رشد، رویکرد گسترده ای به رشد سازگار و ناسازگار در طول عمر است.

آسیب شناسان روانی رشد معتقدند که رشد با گذشت زمان، توسط تعامل پیچیده عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی-فرهنگی شکل می گیرد.

آگاهی مناسب از رشد، به درک هریک از این زمینه ها بستگی داد و به اینکه چگونه تعامل می کنند و چگونه از طفولیت تا بزرگسالی بر فرد تاثیر می گذارند، بستگی دارد.

آسیب شناسان روانی رشد، رشد انسان را در چند سطح تحلیل و بررسی می کنند.

این سطوح عبارتند از: (۱) وراثت. (۲) تعامل و عملکرد مغز، (۳) رشد روان شناختی (اعمال، افکار و

هیجانات). (۴) تعامل های خانواده و روابط با همسالان، (۵) موقعیت اجتماعی-فرهنگی گسترده تری که

فرد در آن زندگی می کند.





شکوفایی تکوین احتمالاتی

سطوح تحلیل و بررسی رشد انسان: (۱) وراثت. (۲) تعامل و عملکرد مغز، (۳) رشد روان شناختی (اعمال، افکار و هیجانات). (۴) تعامل های خانواده و روابط با همسالان، (۵) موقعیت اجتماعی_فرهنگی گسترده تری که فرد در آن زندگی می کند.

از هر یک از سطوح ذکر شده می توان برای توصیف و توجیه پیدایش اختلالات کودکان استفاده کرد.

اما نکته مهم این که: عواملی که در هر یک از این سطوح وجود دارند، برای شکل دادن به نتایج رشد کودک بر یکدیگر تاثیر میگذارند.

آسیب شناسان روانی رشد این فرایند را شکوفایی تکوین احتمالاتی می خوانند.

آگاهی از رشد کودک و پیش بینی آن به دو دلیل دشوار است:

۱. رشد تحت تاثیر چند عامل در سطوح متعدد قرار دارد: ژن ها، زیست شناسی، روان شناسی، خانواده و جامعه

۲. این عوامل مرتبا در طول زمان تغییر می کنند و هریک بر دیگری تاثیر می گذارند.

در نتیجه: شکوفا شدن رشد توسط ژن ها، زیست شناسی یا هر عامل دیگری از پیش تعیین نمی شود.

در عوض: شکوفا شدن رشد، احتمالاتی است یعنی فرد می تواند بسته به اثر متقابل چند عامل زیستی و محیطی، تغییر کند.

به همین دلیل: آسیب شناسان روانی رشد، برای اشاره به تبادله عوامل بیوژنتیک، روان شناختی،

خانوادگی و اجتماعی فرهنگی که رشد را در طول زمان شکل می دهند، از اصطلاح **تکوین احتمالاتی**



رشد سازگار در برابر ناسازگار

رشد سازگار

رفتارهایی که به کودکان امکان می دهد شایستگی اجتماعی، هیجانی و رفتاری را با گذشت زمان پرورش دهند و درخواست های متغیر محیط را برآورده سازند، سازگار محسوب می شوند.

نمونه هایی از رفتارهای سازگار عبارت اند از:

- یادگیری کودکان نوپا برای درک حالات هیجانی دیگران
- یادگیری کودکان دبستانی برای فکر کردن قبل از عمل
- استفاده نوجوانان از استدلال اخلاقی برای حل کردن مسائل میان فردی

چرا این رفتارها سازگارند؟

زیرا به کودک این امکان را می دهند تا محیطشان را به صورت موثر و انعطاف پذیر درک و با آن تعامل کنند.



رشد سازگار در برابر ناسازگار

رشد ناسازگار

رفتارهایی که در شایستگی اجتماعی، هیجانی و رفتاری کودکان اخلاص ایجاد کنند یا درخواست های متغیر محیط را برآورده نساوند، ناسازگار محسوب می شوند.

نمونه هایی از رفتارهای ناسازگار عبارت اند از:

- کودکان نوپایی که جلوه های هیجانی دیگران را درک نمی کنند و از تعامل های اجتماعی کناره گیری می کنند.
- کودکان دبستانی وقتی عصبانی اند، به صورت تکانشی، دیگران را کتک می زنند.
- نوجوانانی که به همسالان احترام نمی گذارند.

چرا این رفتارها ناسازگارند؟

زیرا به نارسایی در پرورش شایستگی های اجتماعی اشاره دارند و در بهزیستی اجتماعی_هیجانی کودکان اخلاص ایجاد می کنند.



رفتار بهنجار و رشد نابهنجار

رفتار بهنجار توسط درجه ای که اعمال کودکان با توجه به سن و سطح رشد آن ها سازگار هستند تعیین می شود.

رشد نابهنجار به صورت انحراف از بهنجاری تعیین می شود. توانایی ما در تشخیص دادن، درک کردن و درمان اختلالات کودکی، به دانش ما درباره رشد عادی کودک بستگی دارد.

دانش رشد بهنجار می تواند به ما در تشخیص و درمان مشکلات کودکان کمک کند.



آیا اختلالات کودک، با گذشت زمان پایدار هستند؟

مسیرهای رشد

آسیب شناسان روانی رشد، رشد کودک را به سفری در طول یک مسیر تشبیه می کنند. در واقع اشاره می کنند که کودکان **مسیرهای رشد** خاصی را به سمت نتایج سالم یا ناسالم طی می کنند.

کودکان در طول رشد با برخی تکالیف و چالش ها روبه رو هستند. این تکالیف به مقدار زیاد به سن و سطح رشد کودک بستگی دارد.

اریک اریکسون، برخی از مهم ترین تکالیف اجتماعی و هیجانی را که افراد هنگام پیشروی از کودکی تا پیری با آن رو به رو می شوند را مشخص کرد.



تکالیف رشد در کودکی و نوجوانی

کودکان دبستانی

- * یادگیری خواندن، نوشتن و ریاضیات
- * رفتن به مدرسه و رفتار کردن مناسب در این مکان
- * پیروی از مقررات رفتار در خانه، مدرسه و مکان های عمومی
- * کنار آمدن با همسالان در مدرسه
- * دوست شدن با همسالان

نوباوگان، کودکان نوپا و کودکان پیش دبستانی

- * دلبستگی (اعتماد اساسی) به یکی یا تعداد بیشتری از مراقبت کنندگان خاص
- * یادگیری نشستن، ایستادن، راه رفتن و بالا پایین پریدن
- * فراگیری زبان
- * اطاعت از دستورات ساده ی بزرگسالان
- * آموزش استفاده از توالت
- * بازی مناسب با اسباب بازی ها و افراد دیگر
- * دستیابی به احساس استقلال از والدین



آیا اختلالات کودک، با گذشت زمان پایدار هستند؟

تکالیف رشد در کودکی و نوجوانی

نوجوانان کوچکتر

- * رفتن به مدرسه رفتار کردن مناسب با این مکان
- * یادگیری مسائل پیشرفته با اعداد جبر
- * یادگیری زبان، تاریخ، و موضوعات درسی لازم
- * تمام کردن تحصیلات راهنمایی
- * برقراری روابط دوستی صمیمی و نگه داشتن آن
- * اطاعت از قوانین جامعه

نوجوانان بزرگتر

- * کار کردن برای تحصیلات عالی آینده یا آماده شدن برای آن ها
- * اگر مشغول کار هستند، رفتار کردن مناسب در محل کار
- * اگر در مدرسه باشند، برآورده ساختن معیارهای تحصیلی برای درس ها یا مدارک تحصیلی
- * تشکیل و نگه داشتن روابط رمانتیک
- * اطاعت از قوانین جامعه
- * مرحله انتقال از والدین، زندگی کردن مستقل



آیا اختلالات کودک، با گذشت زمان پایدار هستند؟

تکالیف رشد، انشعاب هایی را در مسیر زندگی ایجاد می کنند.

کودک می تواند به طرز موفقیت آمیزی بر تکلیف رشد تسلط یابد یا مشکلاتی در رابطه با حل موفقیت آمیز داشته باشد. تسلط بر تکالیف رشد به شایستگی اجتماعی، هیجانی و رفتاری منجر می شود و کودکان را در مسیر رشد مطلوب قرار می دهد.

و حل ناموفق تکالیف رشد، بعدها به مشکلاتی منجر شود.

بنابراین، پیشروی در مسیرهای رشد، به گذشت زمان بر مبنای خودش استوار است.

و تجربیات رشد اولیه، زمینه را برای تجربیات بعدی فراهم می کند.



آیا اختلالات کودک، با گذشت زمان پایدار هستند؟

تداوم در برابر تغییر

تدام هوموتایپی: اختلالاتی که تا نوجوانی یا بزرگسالی بدون تغییر می مانند. مثل اختلال ناتوانی عقلی یا اوتیسم

تدام هتروتایپی: نشانه های کوکان با گذشت زمان تغییر می کنند ولی الگوی اساسی رفتار آن ها یکسان می ماند. تداوم هتروتیک مثل اختلال ADHD و یا کودکی که بسیار **خجالتی** است.

تفاوت های فردی: **نهایت برابر:** زمانی که کودکان با سوابق رشدی متفاوت، نتایج رشد مشابهی نشان می دهند.

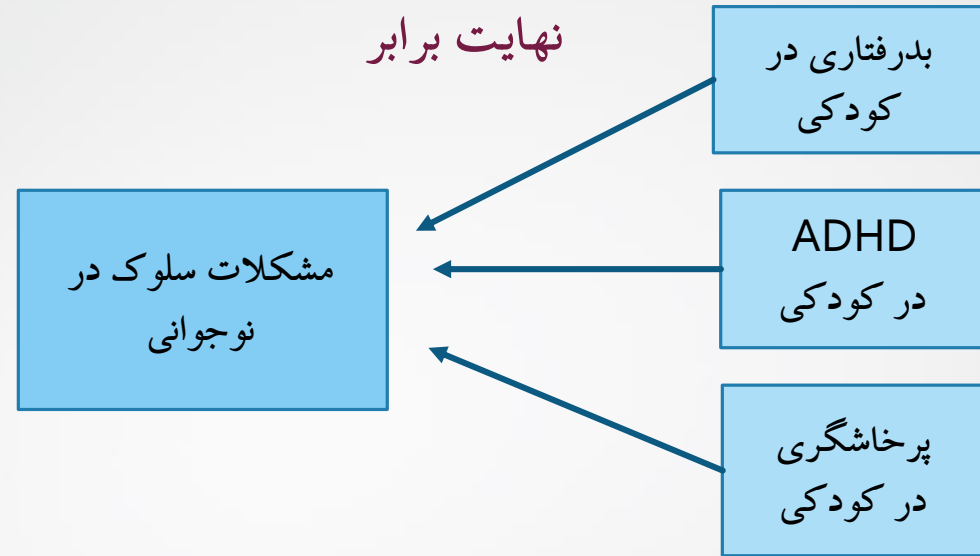
نهایت چندگانه: تجربیات اولیه ی مشابه، نشان دادن نتایج اجتماعی، هیجانی و رفتاری متفاوت

پیش آگهی

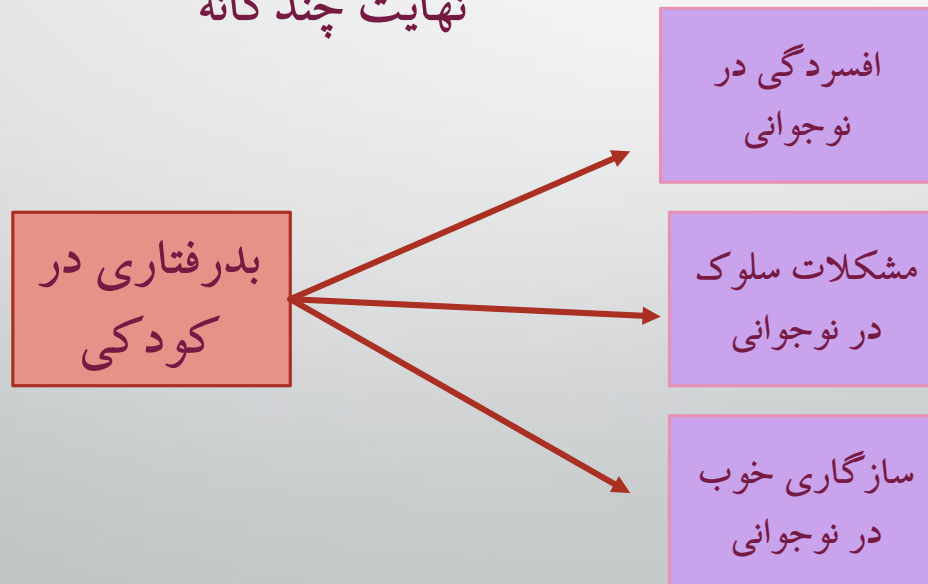


آیا اختلالات کودک، با گذشت زمان پایدار هستند؟

نهایت برابر



نهایت چندگانه



چه چیزی روند رشد کودکان را تعیین می کند؟

چرا مسیرهای رشد کودکان تفاوت زیادی دارند؟

زیرا رشد کودک توسط اثر متقابل عوامل ژنتیکی، زیستی، روان شناختی، خانوادگی و اجتماعی_فرهنگی تعیین می شود. برخی از این عوامل به رشد سالم و سازگار کمک می کنند

برخی عوامل احتمال اینکه کودکان مسیرهای رشد نه چندان مطلوب و ناسازگار را طی کنند، افزایش می دهند.

عوامل خطر: عواملی که در فراگیری شایستگی های کودکان اخلاقی ایجاد می کنند یا به توانایی کودکان در سازگاری با محیط شان لطمه می زنند.

عوامل محافظ: عوامل تاثیرگذار بر رشد که عوارض منفی مخاطرات برای رشد کودکان را دفع کرده و به عملکرد سازگار کمک می کنند.

انعطاف پذیری: به گرایش برخی کودکان به پرورش دادن شایستگی اجتماعی، هیجانی و رفتاری با وجود عوامل متعدد



کاربست مبتنی بر شواهد: عبارت است از ادغام بهترین پژوهش موجود در مهارت بالینی با توجه به ویژگی ها، فرهنگ و ترجیحات بیمار

هدف: ارائه خدمات سلامت روانی با کیفیت عالی به کودکان، نوجوانان و خانواده ها و کمک به سلامت روانی در جامعه

متخصصان بالینی که رویکرد مبتنی بر شواهد را به کار می برند، سه عامل را در نظر می گیرند:

۱. تحقیق علمی: چه روش های ارزیابی و درمانی برای کودک مبتلا به اختلال، از همه موثرتر است؟
۲. مهارت بالینی: با توجه به تجربه و قضاوت های حرفه ای ام، بهترین راهی که می توانم این کودک را ارزیابی و درمان کنم.

۳. ویژگی های بیمار: چگونه ممکن است سن، جنسیت و زمینه اجتماعی_فرهنگی کودک، یا انتظارات و ترجیحات خانواده برای درمان، بر شیوه ای که من به آن ها کمک می کنم، تاثیر بگذارند؟





اهمیت کاربرست مبتنی بر شواهد

برای تامین مراقبت موثر و اخلاقی جهت کودکان و خانواده ها اهمیت دارد.

اصول اخلاقی به اصول و معیارهای حرفه ای اشاره دارند که

- ۱. مراقبت با کیفیت عالی را تضمین می کنند.
- ۲. از حقوق و منزلت دیگران محافظت می نمایند.

دو اصل اخلاقی در روان شناسی

- نیکوکاری ← روان شناسان را برای کمک به رفاه دیگران هدایت می کند.
- زیان بخش نبودن ← از روان شناسان می خواهد زیان نرسانند.

تنها راهی که متخصصان بالینی می توانند به شیوه ی شایسته و اخلاقی به مراجعان کمک کنند،

این است که مداخله های خود را بر مبنای نوشته های پژوهشی و تحقیق تجربی استوار سازند.

مداخله های حداقل به سه طریق می توانند به مراجعان و خانواده های آنان آسیب برسانند:

۱. هزینه ی قابل ملاحظه ی وقت و پول داشته باشند.
۲. خانواده ها امید خود را به فرایند درمانی و درمان روان شناختی به صورت کلی از دست بدهند.
۳. مداخله هایی که تایید تجربی ندارند، می توانند برای مراجعان، خانواده ها و جامعه زیان آور باشند.

در کاربست مبتنی بر شواهد:

کار بالینی شبیه مطالعه ی پژوهشی است که در آن اندازه نمونه ی متخصص بالینی یک نفر است. (یعنی مراجع).



چگونه دانشجویان می توانند به شیوه مبتنی بر شواهد به کودکان کمک کنند؟

به عنوان دستیار برای افراد مبتلا به ناتوانی های رشد

رفتار درمانگر کودک اوتیسم

مربی کودکان با اختلالات یادگیری

تکنسین روان شناسی در تسهیلات اقامتی، مراکز بازداشت نوجوانان و بیمارستان ها

تجربیات داوطلبانه و ارائه خدمات غیر تخصصی

پایان فصل اول

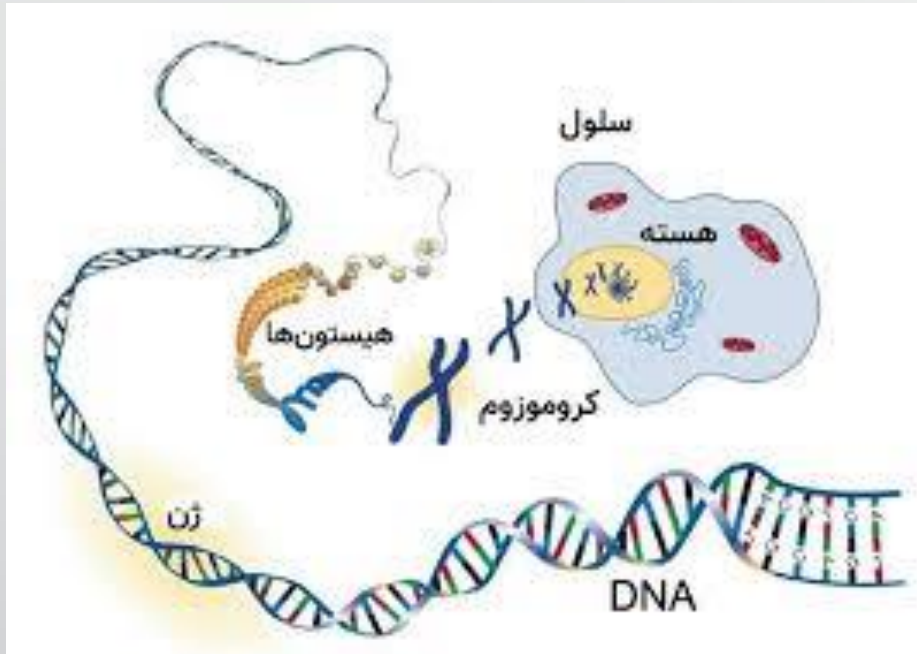


فصل دوم

علت های اختلالات کودکی



ژن ها چگونه بر رشد تاثیر می گذارند؟



ژن ها، کروموزوم ها و آلل ها

بدن ما حاوی ۵۰ تریلیون سلول است.

هر سلول حاوی رمز ژنتیکی کامل ما است.

این رمز با استفاده از DNA نوشته شده است.

DNA مانند نردبان پیچ خورده یا مارپیچ دو گانه، شکل گرفته

طناب های این نردبان از قندها و فسفات ها ساخته شده.

پله های آن از جفت های پورین و پیریمیدین تشکیل شده که پیوندهای هیدروژن آن ها را به هم وصل کرده است.

ساختارشان به آن ها امکان می دهد تا فقط به شیوه های خاصی ترکیب شوند و رمز منحصر به فرد ما را تشکیل دهند.



ژن ها چگونه بر رشد تاثیر می گذارند؟

یک سلول تکی انسان حاوی تقریبا ۲۰ هزار ژن است.

اگر ژن ها در هر سلول به هم متصل شوند، طول آن ها تقریبا دو متر خواهد شد.

ژن ها برای صرفه جویی مکان در سلول، دور پروتئین هایی به نام هیستون پیچیده اند.

هیستون ها که مثل قرقره ژن ها دور آن پیچیده اند، مهم هستند زیرا با چسبیدن به ژن ها به شیوه خاص، می توانند آن ها را فعال و نفعال کنند.

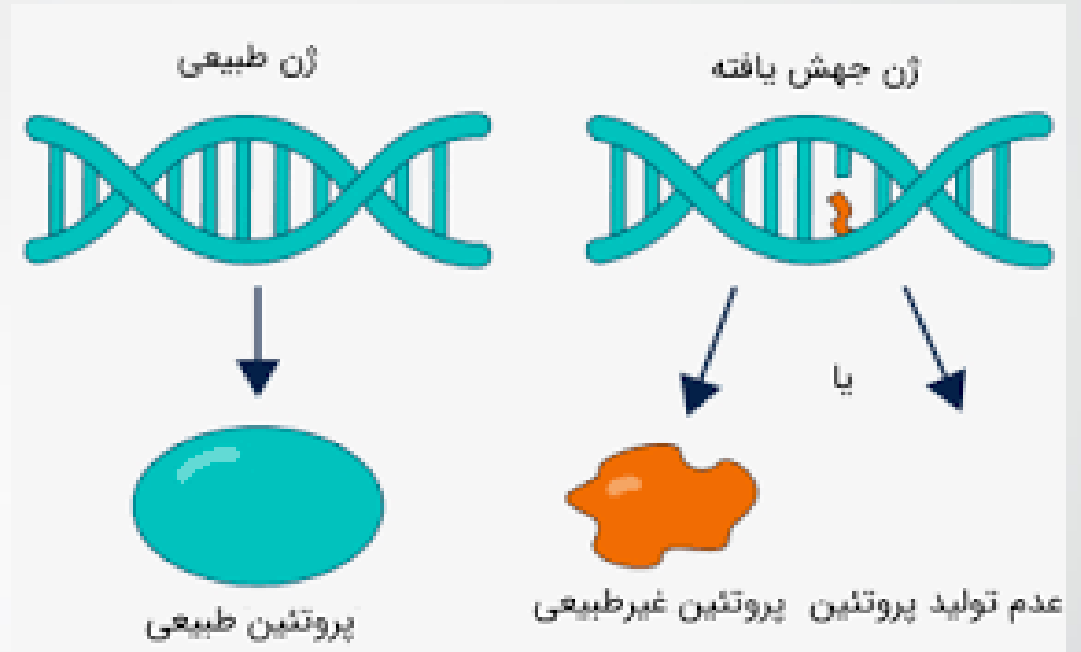
اکثر سلول ها در فرایندی به نام میتوز تشکیل می شوند. سلول های جنسی (یعنی اسپرم و تخمک) در فرایند میتوز تشکیل می شوند.

شماری از اختلالات ژنتیکی زمانی ایجاد می شوند که مشکلاتی هنگام میتوز روی میدهد. مثل سندرم داون و کروموزوم ۲۱ اضافی آن و سندرم ویلیامز که کروموزوم هفتم به صورت تصادفی حذف شده که کودک مبتلا به این اختلال به آن بسیار دوستانه و مهربان اند در استدلال انتزاعی و فضایی مشکل دارند و ممکن است دچار مشکلات





WWW.JORDANMEDLAB.COM



ژن درمانی

ژن ها چگونه بر رشد تاثیر می گذارند؟

تمام افرادی که به صورت عادی رشد می کنند، ژن های یکسانی دارند. تفاوت ها در ظاهر افراد، از اختلافات جزئی در این ژنها، به نام آلل ناشی می شوند. برای مثال، تمام افراد ژن هایی دارند که رنگ موی آن ها را تعیین می کنند اما آلل های مختلف بر اینکه یک نفر موی بور، قرمز یا خرمایی داشته باشد تاثیر می گذارند. این آلل ها: از والدین به ارث برده می شوند یا به دلیل جهش ایجاد می شود.



ژن ها چگونه بر رشد تاثیر می گذارند؟

نکته:

هیچ ژنی رفتار را هدایت نمی کند.

ژن ها طرح کلی را برای بدن تشکیل می دهند تا پروتئین ها را تعیین کنند

ژن ها می توانند به برخی تغییرات ساختاری و کارکردی در بدن ما منجر شوند که ما را برای رفتار کردن به شیوه های خاصی آماده کنند.



ژن ها چگونه بر رشد تاثیر می گذارند؟

وراثت رفتاری چیست؟

وراثت رفتاری حوزه پژوهشی است که رابطه بین ژن ها و رفتار را بررسی می کند. متخصصان وراثت رفتاری برای مشخص کردن مشارکت نسبی تاثیرات ژنتیکی و محیطی بر رشد کودک، از سه روش استفاده می کنند:

۱. تحقیق خانوادگی

۲. تحقیقات فرزند خواندگی

۳. تحقیق دوقلویی



ژن ها چگونه بر رشد تاثیر می گذارند؟

متخصصان وراثت رفتاری تاثیرات محیط بر رفتار را بر دو نوع تقسیم میکنند:

۱. عوامل محیطی مشترک

تجربیات مشترک برای همشیرها مثل خواهر برادرهایی که توسط والدین یکسان پرورش می یابند.

۲. عوامل محیطی غیر مشترک

تجرباتی هستند که در همشیرها متفاوتند مثل دوستان متفاوت، ورزش های متفاوت، علاقمندی به درس های متفاوت و حتی روابط متفاوتی که همشیرها با والدین خود دارند.



ژن ها چگونه بر رشد تاثیر می گذارند؟

وراثت مولکولی چیست؟

وراثت مولکولی حوزه پژوهشی است که به بررسی ژن های کودکان در سطح مولکولی می پردازد. متخصصان این حوزه، می توانند وجود آلل های خاص را به برخی ویژگی ها، رفتارها، یا اختلالات ربط دهند.

۱. تحقیق پیوندی کل ساختار ژنتیکی فرد را جستجو می کنند. (اسکن ژنوم)

ژن های خاصی را انتخاب می کنند که معتقدند ممکن است در پیدایش یک اختلال نقش داشته باشد، که آیا بین آلل خاص این ژن و اختلال، ارتباطی وجود دارد؟

۲. تحقیق ارتباطی

به دو روش:





ژن ها چگونه برای شکل دادن رشد با محیط تعامل می کنند؟

مدل بیماری پذیری ارثی - استرس ← برای توجیه نهایت چند گانه خیلی مفید است.

ژن ها رشد ما را هدایت می کنند، ولی رشد ما را تعیین نمی کنند.

تیپ ارثی: رمز ژنتیکی که از والدین ما به ارث می رسد اشاره دارد.

تیپ پدیداری: جلوه قابل مشاهده ی استعداد ژنتیکی ما است که به وسیله ی تعامل پیچیده بین ژن ها و محیط ما تعیین می شود.

بر طبق مدل بیماری پذیری ارثی - استرس، کودک زمانی اختلالی را آشکار می کند

که تجربه محیطی یا واقعه ی زندگی استرس زا، خطر ژنتیکی اساسی برای این اختلال ایجاد کند.



ژن ها چگونه برای شکل دادن رشد با محیط تعامل می کنند؟

همبستگی ژن - محیط

ژن ها و محیط ها مستقل نیستند. ←

بر طبق این مدل، گاهی محیط هایی را انتخاب می کنیم که تیپ ارثی ما را کامل می کنند.

رمز ژنتیکی که از والدین ما به ارث می رسد اشاره دارد.

سه نوع همبستگی ژن - محیط وجود دارد.

نافعال ← والدین تیپ ارثی را تعیین می کنند، کیفیت تجربه های محیطی اولیه ی ما را هم تعیین می کنند.

تحریک کننده ← تیپ پدیداری ای که به تدریج از تعامل بین تیپ ارثی و محیط اولیه پدیدار می شود.

فعال ← وقتی کودک به طور فعال تجربیات محیطی را انتخاب می کند که به تیپ ارثی آن ها مربوط است.



اپی ژنتیک چگونه می تواند رشد کودکان را توضیح دهد؟

اپی ژنتیک

حوزه ای که نشان می دهد که عوامل محیطی می توانند به طور مستقیم بر تیپ ارثی ما تاثیر بگذارند و در خطر بلندمدت آسیب روانی که ممکن است از یک نسل به نسل بعدی منتقل شده باشد، مشارکت کنند.

اپی ژنتیک رفتاری:

حوزه ای است که می خواهد روابط بین ساختارهای اپی ژنتیک، تجلی ژن ها، و رفتار را درک کند.

دو کشف مهم متخصصان اپی ژنتیک:

۱. ساختارهای اپی ژنتیک می توانند بر اساس تجربه تغییر کنند.

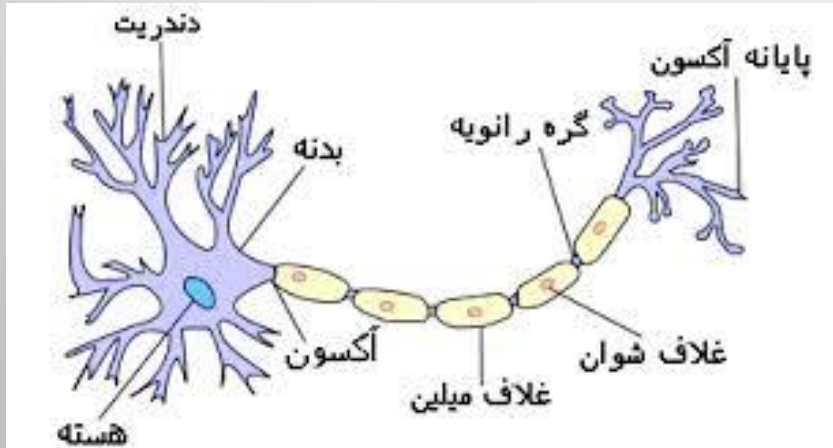
۲. ساختارهای اپی ژنتیک توارث پذیرند.

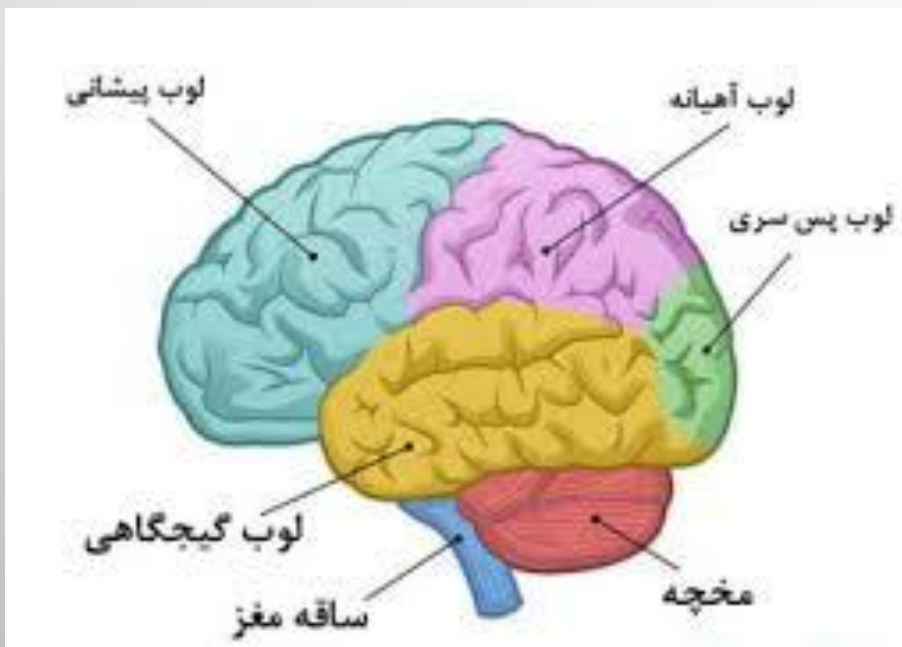
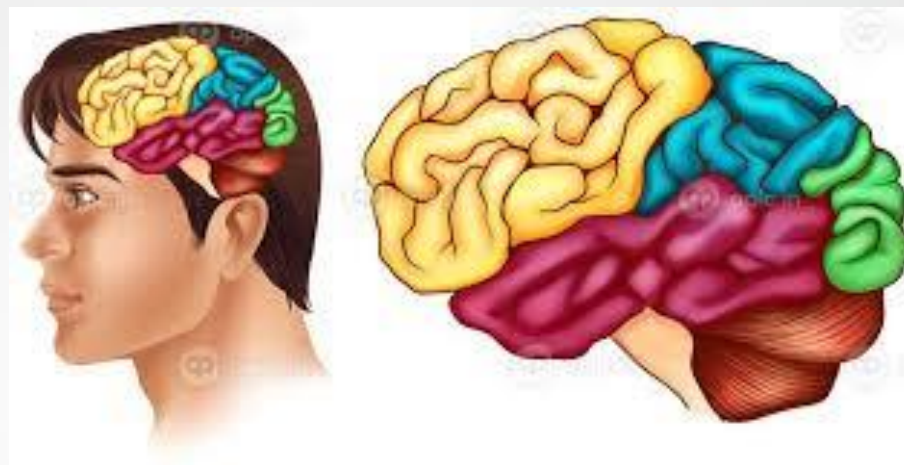


مغز چگونه در طول دوره کودکی و نوجوانی تغییر می کند؟

مغز از ۱۰۰ میلیارد نورون تشکیل شده است که چند تریلیون اتصالات سیناپسی با یکدیگر تشکیل می دهند. نورون ها اطلاعات را درون خودشان به صورت الکتریکی انتقال می دهند اما با استفاده از پیام رسان های شیمیایی به نام انتقال دهنده های عصبی، با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند.

رشد مغز با دوره های رشد عصبی سریع و به دنبال آن دوره های هرس عصبی مشخص می شود. رشد در نواحی مغزی که از لحاظ تکاملی، قدیمی تر، هستند (مثل ساقه ی مغز، سیستم لیمبیک، عقده های پایه) آغاز می شود و به نواحی مسئول برای وظایف سطح بالاتر (قشر مخ) ختم می شود.







تجربه چگونه می تواند بر رشد مغز تاثیر بگذارد؟

۱. برخی جنبه های رشد مغز را ژن ها به حرکت می اندازند.

۲. برخی جنبه های رشد مغز منتظر تجربه هستند.

رشد مغز می تواند وابسته به تجربه باشد

انعطاف پذیری مغز:

یعنی توانایی مغز در تغییر دادن ساختار و یا عملکردش در پاسخ به تجربیات محیطی



شرطی سازی کلاسیک برای آگاهی از اختلالات کودکی چه اهمیتی دارد؟

خاموشی

حساسیت زدایی منظم (مواجهه درجه بندی شده)

غرقه سازی



شرطی سازی کنشگر برای آگاهی از اختلالات کودکی چه اهمیتی دارد؟

تنبیه

تقویت مثبت

تقویت منفی



شناخت در طول رشد چه تغییری می کند؟

مرحله حسی حرکتی: تولد تا ۲ سالگی

مرحله پیش عملیاتی: ۲ تا ۶ سالگی

مرحله عملیات عینی: ۶ تا ۱۲ سالگی

مرحله عملیات صوری: بالای ۱۲ سال

شناخت اجتماعی

طرحواره ها



مهارت های تنظیم هیجان کودکان در طول رشد چه تغییری می کنند؟

ابراز هیجانی در نوباوگی آغاز می شود.

دوره نوپایی با رشد سریع سیستم لیمبیک و قطعه پیشانی مغز و استقلال بیشتر از والدین

پیشرفت شناخت، به ویژه زبان، کودکان پیش دبستانی و کودکان دبستانی خردسالی امکان دهند تا

هیجانان خودشان را بنامند و متمایز کنند.

خلق و خو

خلق و خو، شیوه ای که نوباوگان و کودکان خردسال رفتار خود را در پاسخ به محرک های محیطی سازمان می دهند.

نه بعد خلق خو در تعامل های والد- کودک مشاهده شده:

**کودکان در ۲ تا ۳ ماه اول زندگی شان باید
در این ابعاد خلق و خو، ثبات نشان دهند.**

۱. میزان فعالیت حرکتی کودک
۲. منظم بودن خوردن، خوابیدن، و برنامه های روزانه آنها
۳. پاسخ آنها به افراد و موقعیت های جدید
۴. توانایی آنها در سازگار شدن با تغییرات در محیط شان
۵. واکنش پذیری هیجانی آنها یا حساسیت نسبت به محرک ها
۶. شدت پاسخ های آنها به محرک ها
۷. خلق یا گرایش آن ها مانند عمل کردن به صورت شاد یا تحریک پذیر
۸. گرایش آنها به حواسپرت شدن هنگام فعالیت ها
۹. فراخنای توجه آنها



کودکان بر اساس توانمندی ها و ضعف های نسبی در یکی از این سه دسته از خلق و خو قرار می گیرند:

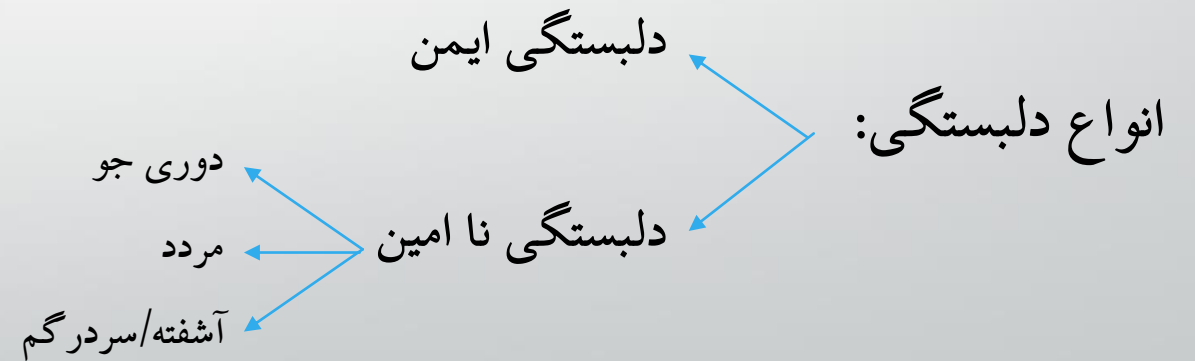
۱. کودکان راحت
۲. کودکان دشوار
۳. کودکان کندجوش



والدین و کودکان چگونه می توانند بر رشد کودکان تاثیر بگذارند.

دلبستگی والد-کودک

تعریف دلبستگی





روش های فرزند پروری

- والدین مقتدر
- والدین مستبد
- والدین آسانگیر
- والدین بی اعتنا



همسالان چگونه بر رشد کودکان تاثیر می گذارند؟

نظریه میان فردی

فرهنگ و جامعه چگونه می توانند رشد کودکان را شکل دهند؟

عوامل خطر نزدیک

عوامل خطر دور



نظریه سیستم های زیستی- بوم شناختی برون برنر چیست؟

- ۱) نظام فرد (میکروسیستم)
- ۲) نظام میانی (مزو سیستم)
- ۳) نظام بیرونی (اگزو سیستم)
- ۴) نظام کلان (ماکروسیستم)
- ۵) نظام تاریخی (کرونو سیستم)

پایان فصل دوم

فصل سوم ارزیابی و تشخیص

قسمت مصاحبه و معاینه روانی از این فصل





مصاحبه تشخیصی و معاینه وضع روانی

مصاحبه، معمولاً کودک و والدین و گاهی خانواده گسترده، معلمان و افراد دیگری را که از عملکرد کودک آگاه هستند، شامل می شود.

برخی متخصصان بالینی ترجیح می دهند با کودک و والدین باهم مصاحبه کنند و برخی متخصصان بالینی بزرگسالان و کودکان را به صورت جداگانه مصاحبه می کنند.

اهداف مصاحبه:

۱. مشخص کردن مشکل موجود در خانواده و برقراری تفاهم و رابطه
۲. به دست آوردن اطلاعات درباره سابقه روانی - اجتماعی و عملکرد کنونی کودک
۳. هدف نهایی مصاحبه، رسیدن به تشخیص اولیه برای کودک است.



مصاحبه تشخیصی و معاینه وضع روانی

معاینه وضع روانی

معاینه وضع روانی، ارزیابی مختصر عملکرد کنونی کودک در سه زمینه کلی است.

۱. ظاهر و اعمال: توجه به ظاهر عمومی، وضع اندامی، میزان تماس چشمی، کیفیت تعامل با والدین، نگرش نسبت به درمانگر
۲. هیجان: خلق و عاطفه کودک ارزیابی می شود.
۳. شناخت: محتوای فکر کودک، فرایند فکر، تشخیص موقعیت، بینش و قضاوت کودک ارزیابی می شود.

خلق:

به گرایش هیجانی بلند مدت کودک اشاره دارد.
خلق ها از خجالتی و فروخورده تا زود رنجی و جدلی، تدمزاجی و بی خیالی گسترش می یابد.

عاطفه:

به ابراز هیجانی کوتاه مدت کودک اشاره دارد.
معمولا عاطفه با نگاه کردن به جلوه های صورت، وضع اندامی، حرکات بدن کودک در طول جلسه استنباط می شود.
عاطفه می تواند اشک ریختن، خشم، و کناره گیری را در بر داشته باشد.

محتوای فکر: محتوای فکر، موضوع اصلی شناخت کودک است: برخی کودکان دلمشغول موضوعات یا سرگرمی های خاصی هستند در حالیکه افکار کودکان دیگر گرفتار نگرانی های یا ترس های مداوم اند. در موارد شدید، کودکان هذیان ها یا افکار عجیب و غریبی دارند که با واقعیت مطابقت ندارند.

فرایند فکر: روشی که کودک ارتباط ها را تشکیل می دهد و مسائل را حل می کند و از گفتار کودک استنباط می شود.

تشخیص موقعیت: به آگاهی کودک از خودش، محیط اطرافش و وقایع جاری اشاره دارد.

بینش: به میزانی که کودک تشخیص می دهد ممکن است مشکل اجتماعی، هیجانی یا رفتاری داشته باشد، اشاره دارد.

قضاوت: به آگاهی کودک از جدی بودن مشکل رفتاری او و تاثیر آن بر خودش و دیگران و همینطور به توانای کودک در در نظر گرفتن پیامدهای رفتارش قبل از عمل کردن، اشاره دارد.

فصل چهارم

درمان کودکان، نوجوانان و خانواده ها

قسمت سیستم های روان درمانی



تعریف روان درمانی:

روان درمانی فرایند رسمی تعامل بین دو نفر با هدف بهبود بخشیدن به پریشانی در یکی از این دو نفر در رابطه با ناتوانی یا کژکاری است در هریک از این زمینه های زیر، یا تمام آن ها:

کارکردهای شناختی (اختلالات فکر)، کارکردهای عاطفی (رنج کشیدن یا ناراحتی هیجانی)،
یا کارکردهای رفتاری (بی کفایتی رفتار)

درمانگر نظریه شخصیت، رشد، نگهداری و تغییر همراه با روش های درمانی دارد که از لحاظ منطقی با آن نظریه ارتباط دارند و از نظر حرفه ای و قانونی، برای عمل کردن به عنوان درمانگر تایید شده است.

بر طبق این تعریف، روان درمانی فرایندی میان فردی است و درمان باید تعامل هایی را بین حداقل دو نفر در بر داشته باشد: درمانگر و مراجع



درمانگر می تواند هر متخصصی باشد که آموزش تخصصی در زمینه ارائه خدمات سلامت روانی دیده است. درمانگر می تواند روان شناس، مشاور، مددکار اجتماعی و حتی معلم باشد.

عوامل مشترک

هدف روان درمانی تغییر دادن افکار، احساسات و اعمال آشکار مراجع است. تغییر عمدتاً از طریق تعامل ها با درمانگر روی می دهد. درمانگر شرایط خاصی را که با نظریه روان درمانی او هماهنگ است فراهم می آورد تا عملکرد مراجع را بهبود بخشد.

برخی عوامل در تمام شکل های روان درمانی مشترک هستند.

وجود رابطه ی قابل اعتماد بین مراجع و درمانگر محیط خاصی که گمان می رود تغییر در آن صورت گیرد، نظریه یا توجیهی برای رنج کشیدن مراجع، تشریفات درمانی که در آن مراجع و درمانگر برای تسکین دادن رنج مراجع به آن می پردازند.



عوامل مشترک

سه شرط لازم و کافی برای تغییر از نظر کارل راجرز:

۱. درمانگر باید به مراجع توجه مثبت نامشروط داشته باشد: باید حمایت کننده باشد و درباره رفتار و ویژگی های مراجع قضاوت نکند تا رابطه ای بر اساس اعتماد و پذیرش برقرار شود.

۲. درمانگر باید با همخوانی به مراجع پاسخ دهد: یعنی درمانگر باید احساسات واقعی خودش را به مراجع نشان دهد و از فاصله گیری عاطفی اجتناب ورزد.

۳. درمانگر باید به مراجع همدلی نشان دهد: به بیان دقیق تر، درمانگر باید بکوشد دنیا را از جایگاه مراجع درک کند و به افکار، احساسات و اعمال مراجع علاقه عمیق داشته باشد.



سیستم های روان درمانی عمده کدامند؟

صدها سیستم یا مکتب روان درمانی وجود دارد. آنها را می توان بر حسب سطحی که در آن یا مشکلات مراجعان برخورد می کنند، طبقه بندی کرد:

این سطوح عبارتند از:

۱. رفتار آشکار و نشانه های مراجع

۲. الگوهای تفکر مراجع

۳. روابط خانوادگی مراجع

۴. روابط میان فردی دیگر مراجع

۵. دانش مراجع از خود و از عملکرد میان فردی



رفتار درمانی:

عمدتاً بر رفتار آشکار و الگوهای رفتار ناسازگار تمرکز می‌کند.

رفتار درمانگران به مشکلات مراجع در سطح نشانه رسیدگی می‌کنند.

آن‌ها فرض نمی‌کنند که صفات شخصیت یا تعارض‌های درون روانی اساسی بر رفتار فرد تاثیر می‌گذارند، در عوض رفتار توسط وابستگی‌های محیطی تعیین می‌شود.

هدف رفتاردرمانی معمولاً تغییر دادن این وابستگیهای محیطی برای افزایش دادن این احتمال است که مراجعان به الگوهای عمل سازگارتر پردازند.



بررسی موقعیت‌هایی که رفتار را فرا می‌خوانند یعنی شرایط پیشایند

بررسی شرایطی که آن را با گذشت زمان تقویت می‌کنند یعنی پیامد‌ها

درمان شناختی:

عمدتاً بر الگوهای تفکر مراجع درباره خودش، دیگران و آینده تمرکز می‌کند.

آرون بک معتقد بود که وقتی افراد خطاهای منظم در تفکر (سوگیری‌های شناختی و تحریف‌های شناختی) دارند، دچار پریشانی و اختلال روانی می‌شوند.

سوگیری شناختی وقتی روی می‌دهد که فرد به جای توجه کردن به موقعیت‌ها به شیوه متعادل‌تر و واقع‌بینانه، به صورت گزینشی به جنبه‌های منفی محیط خود توجه می‌کند.

دختری با اضطراب اجتماعی: هنگام ارائه کنفرانس به جای تایید معلم، به خنده‌های همکلاسی‌ها تمرکز می‌کند.

تحریف شناختی زمانی روی می‌دهد که فرد واقعیت را برای تناسب داشتن با دیدگاه منفی خود از دنیا تحریف کند.

دختری با اضطراب اجتماعی: خنده‌های همکلاسی‌ها را به صورت علامتی از انتقاد برداشت می‌کند مثلاً فکر کند: آنها به من می‌خندند لابد فکر می‌کنند من احمقم. افکار تحریف شده توانایی او را در ارائه مختل می‌کند و به انتقاد واقعی منجر می‌شود در نتیجه انتظارات او تایید می‌شود.



درمان شناختی:

هدف اولیه درمان شناختی: این است که به مراجعان کمک کند ارتباط نزدیک بین افکار، احساسات و اعمالشان را تشخیص دهند. اگر شیوه ای که فکر یا عمل می کنیم را تغییر دهیم، اغلب می توانیم شیوه ای که احساس می کنیم را بهبود بخشیم.

روش اصلی در این درمان: این است که از مراجعان درخواست می شود دلیلی برای تایید عقاید ناسازگار خود ارائه دهند.

درمانگر از دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی می پرسد: از کجا می دانی همکلاسی هایت فکر می کنند که احمق؟ برای تایید عقیده خود چه دلیلی داری؟ آیا دلیلی خلاف آن وجود دارد که نشان دهد آنها واقعا سخنانی شما را دوست داشتند؟

آلبرت ایس معتقد بود که **عقاید نامعقول** در پریشانی روانی و شیوه های ناسازگار عمل کردن مشارکت دارند. مثلا تفکر مطلق، سیاه و سفید در افراد فشار زیادی در افراد به وجود می آورد که به افسردگی، اضطراب یا خشم منجر می شود.



درمان میان فردی

عمدتاً بر کیفیت روابط مراجعان با دیگران و توانایی آن‌ها در برآمدن از عهده تغییرات در این روابط با گذشت زمان تمرکز دارد.

درمان مین فردی بر مبنای نوشته‌های نظری درمانگر دلبستگی جان بالبی و سالیوان استوار است.

بالبی معتقد بود افراد الگوهای واقعی درونی روابط میان فردی را از طریق تعامل خود با مراقبت‌کننده‌ها و افراد مهم دیگر در زندگی‌شان شکل می‌دهند.

الگوی واقعی مبتنی بر اعتماد و انتظار برای مراقبت: سازگاری اجتماعی - هیجانی



الگوی واقعی مبتنی بر بی‌اعتمادی و مراقبت بی‌ثبات: اخلال در شایستگی اجتماعی - هیجانی

سالیوان معتقد بود که روابط میان فردی برای سلامت روانی ضروری است. روابط دوستی در کودکی به کودکان کمک می‌کند احساس هوست و ارزشمندی را پرورش دهند و مبنایی را برای روابط صمیمانه‌تر در بزرگسالی تشکیل می‌دهند.

مشکلات در روابط میان فردی می‌توانند عملکرد اجتماعی - هیجانی و خودپنداره را مختل کنند.

درمان میان فردی

درمانگران میان فردی معتقدند که آسیب روانی از اختلال‌ها یا مشکلات در روابط میان فردی ناشی می‌شوند.

۱. روابط میان فردی می‌توانند به علت **مرگ** یا حدایی طولانی مختل شوند.

۲. مشکلات رابطه می‌توانند زمانی ایجاد شوند که فرد **انتقال میان فردی** یا تغییر در نقش‌های اجتماعی را تجربه کند.

۳. مشکلات می‌توانند زمانی روی دهند که فرد **تعارض میان فردی** را تجربه می‌کند.

۴. مشکلات می‌توانند زمانی روی دهند که **کاستی‌های میان فردی** داشته باشد که در توانایی دوست‌یابی و نگهداشتن آن اختلال ایجاد می‌کنند.

درمانگر میان فردی این مشکلات را مشخص و اصلاح می‌کند و راهکارها را متناسب با ماهیت مشکل انتخاب می‌کند.



درمان سیستم های خانواده

- این درمان می خواهد الگوهای ارتباط و تعامل را بین اعضای خانواده بهبود بخشد.
- خانواده درمانگران خانواده را به صورت یک **سیستم** در نظر می گیرند یعنی: شبکه ای از افراد مرتبط که بر رفتار یکدیگر تاثیر می گذارند و تا اندازه ای آن را هدایت می کنند.
- در نظر گرفتن خانواده به صورت سیستم چند اشاره مهم برای درمان دارد.
۱. هیچ عضو خانواده نمی تواند در حالت انزوا درک شود.
 ۲. خانواده "فرد مبتلا به مشکل" را به تنهایی مراجع خود نمی دانند بلکه کل خانواده را به صورت مراجع در نظر می گیرند.
 ۳. این رویکرد فرض می کند که تغییر در یک عضو خانواده، بر تمام اعضای خانواده تاثیر خواهد گذاشت.



درمان سیستم های خانواده

سالوادور مینوچین: خانواده درمانی ساختاری

عمدتاً به ساختار روابط بین اعضای خانواده و بین خانواده و دنیای بیرون می پردازد.

در خانواده های سالم، والدین بر اساس احترام متقابل و ارتباط باز، پیوندهای اجتماعی - هیجانی نیرومندی را با یکدیگر تشکیل می دهند.

در خانواده های ناسالم، پیوندها بین یک والد و فرزندان تشکیل می شوند و و والد دیگر از باقی خانواده منفصل و با آن بیگانه است. (مثلث بندی).

خانواده های گسسته: مرزهای بسیار خشک دارند، ارتباط باز قطع شده، اعضای خانواده احساس می کنند از هم جدا هستند.

خانواده های درهم تنیده: مرزهای مبهم وجود دارد، اعضا استقلال ندارند، در زندگی یکدیگر دخالت می کنند.



معتقد است تمام اعضای خانواده از جمله کودکان، جویای زندگی مبتنی بر اثربخشی و هدف هستند. رفتار اخلاص گر می تواند به چهار دلیل روی دهد:

۱. جلب توجه

۲. اعلام استقلال از والد

۳. انتقام گرفتن

۴. اجتناب از دیگران برای تنها ماندن

تکلیف درمانگر این است که هدف بدرفتاری کودک را مشخص کرده و به والدین کمک کند روش های سازگارتری را برای کودکان بیابند در خانواده معنی به دست آورند.



درمان سیستم های خانواده

عمدتاً بر تعارض درون روانی تمرکز می کند. یعنی، تعارض درون خود.

این درمان بر مبنای کار نظری و بالینی زیگموند فروید، آنا فروید و چند نظریه پرداز نو فرویدی استوار است. که معتقدند افکار، احساسات، تصورات یا امیال ناهشیار بر رفتار ما تاثیر می گذارند.

بر طبق نظریه مکان نگاری فروید، ذهن می تواند به دو سطح تقسیم شود: ۱. هشیار ۲. ناهشیار

فروید معتقد بود که رفتار تصادفی نیست و اعمال تحت تاثیر میل هشیار و فرایندهای ناهشیار قرار دارد.

هدف اصلی درمان روان پویشی تامین **بینش** است. یعنی آگاه ساختن فرد از تعارض ذهنی ناهشیار که در نشانه های روانی او مشارکت دارد. باور بر این است که بینش به تسکین نشانه و رفتار سازگارتر منجر خواهد شد.

درمانگران روان پویشی، اغلب به **انتقال** توجه می کنند. انتقال، نگرش و الگوهای پاسخ دهی مراجع به درمانگر است. انتقال، سابقه ی روابط میان فردی مراجع و خیال پردازی های ناهشیار را که به درمانگر فرافکنی می شود، منعکس می کند.



فصل ششم

اختلال طیف اوتیسم



اختلال طیف اوتیسم یکی از جدی ترین و جالب ترین اختلالات کودکی است، زیرا بر این بعد مهم انسانیت ما تاثیر می گذارد: توانایی ما در تعامل موثر با دیگران.

اختلال چشمگیر در ارتباط اجتماعی

اختلال طیف اوتیسم

وجود الگوهای رفتار، تمایلات و فعالیت های محدود و مکرر

اختلال طیف اوتیسم بیانگر طیفی از علائم و نشانه هاست که از نظر شدت تفاوت دارند.

نکته:

چیزی به عنوان کودک "نمونه" مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وجود ندارد.



اختلال طیف اوتیسم چیست؟

لئو کانر ۷۰ سال قبل، اصطلاح اوتیسم کودکی اولیه را به کار برد.



دو ویژگی را مطرح کرد که باور داشت در این کودکان برجسته است:

۱. این کودکان، **تنهایی اوتیستیک** یا گرایش به منزوی بودن شدید و بی علاقه‌گی آشکار به تعامل اجتماعی نشان می‌دادند.
۲. آنها **اصرار و سواسی بر یکنواختی** یا میل شدید به اجتناب از تغییر در روال روزمره خود نشان می‌دادند.

بیماران کانر، تاخیرها یا نقایص چشمگیر در زبان نشان می‌دادند. همگی در یادگیری صحبت کردن کند بودند و اکثر آنها ویژگی‌های غیر عادی در استفاده از زبان داشتند.



اختلال طیف اوتیسم چیست؟



هانس آسپرگر

آسپرگر چند سال قبل از کانر کودکان دارای ویژگی های رفتاری را توصیف کرد که به بیماران کانر شباهت داشتند. او برای توصیف نشانه های آن ها از اصطلاح **سایکوپاتی اوتیستیک** استفاده کرد.

بیماران آسپرگر مانند بیماران کانر، مشکل تعامل با دیگران داشتند. او متوجه شد آن ها در نزدیک شدن به دیگران و گفتگو با آن ها، نگاه کردن به چشم دیگران هنگام صحبت کردن و نشان دادن هیجانات، مشکلات زیادی داشتند. بیماران آسپرگر، واژگان و مهارت زبانی خوبی داشتند. بسیاری از این کودکان پرحرف بودند و درباره موضوعات مورد علاقه خود سخنرانی های طولانی میکردند.



اختلال طیف اوتیسم چیست؟

این روزها نقایصی که کانر و اسپرگر مشاهده کردند به صورت ویژگی های اساسی اختلال طیف اوتیسم باقی مانده اند.

اختلال طیف اوتیسم با این موارد تعیین می شوند:

- الف: نقایص با دوام در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی
- ب: الگوهای رفتار، تمایلات، یا فعالیت های محدود و مکرر.

این نشانه ها در اوایل کودکی وجود دارند و عملکرد روزمره را مختل می کنند. برخی کودکان اختلال طیف اوتیسم مانند بیماران کانر، نقایص چشمگیر در ارتباط کلامی نشان می دهند اما کودکان دیگری از این طیف مانند بیماران اسپرگر، در رابطه با زبان بیانی و دریافتی فقط مشکلات خفیف دارند.

بنابراین برای تشخیص این اختلال، نیازی نیست که مهارت های زبان معیوب باشند، با اینکه اکثر کودکان مبتلا به این اختلال مشکلات چشمگیری در رابطه با ارتباط کلامی دارند.



نقایص در ارتباط اجتماعی

نقایص در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی برجسته ترین ویژگی اختلال طیف اوتیسم

۱. رابطه متقابل اجتماعی - هیجانی: گفتگوی متقابل و تعامل اجتماعی از طریق تقسیم کردن تمایلات، عاطفه یا هیجانات

۲. ارتباط غیر کلامی: استفاده موثر از تماس چشمی، حرکات ایما و اشاره و جلوه های صورت

۳. روابط میان فردی: نشان دادن علاقه به دیگران و توانایی دوست یابی و نگهداشتن آن.

نقایص در سه زمینه:

هریک از این نقایص، بسته به مقدار کمکی که کودکان در مدت تعامل های اجتماعی نیاز دارند، می تواند از متوسط تا شدید گسترش داشته باشد.



رفتارها، تمایلات، یا فعالیت های محدود و مکرر

باید حداقل دو زمینه از موارد زیر را در تعامل با دیگران نشان دهند:

۱. رفتارهای قالبی یا مکرر از جمله گفتار (مثل تکرار کردن کلمات یا عبارات)، حرکات (مثل ایما و اشاره)، یا استفاده از اشیا (مثل به صف کردن اسباب بازی ها)
۲. چسبیدن مفرط به روال های عادی یا مقاومت در برابر تغییر (مثل نیاز به لباس پوشیدن، خوردن، یا حمام کردن در زمانی خاص و به شیوه ای خاص)
۳. تمایلات محدود و ثابت که از نظر شدت یا تمرکز نابهنجارند (مثل صحبت کردن درباره سرگرمی های نامتعارف)
۴. واکنش پذیری زیاد یا کم به درون داد حسی (مثل بی تفاوتی به درد، حساسیت غیرعادی به برخی مزه ها، بافت ها، یا صداها)

هریک از این مشکلات، بسته به مقدار کمکی که کودکان برای غلبه بر آن ها دارند، می تواند از متوسط تا شدید گسترش داشته باشد.



اختلال طیف اوتیسم چیست؟

رفتارها، تمایلات، یا فعالیت های محدود و مکرر

رایج ترین رفتارهای قالبی در کودکانی که عملکرد پایینی دارند:

تکان خوردن، دست به هم زدن، چرخیدن، انجام اطوارهای قالبی و مکرر و غیر عادی با دست ها و انگشتان

پژواک گوئی :

تقریبا ۸۵ درصد کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و ناتوانی عقلانی، پژواک گوئی دارند یعنی، کلماتی را که دیگران بیان می کنند یا از تلویزیون یا رادیو می شنوند، تکرار می کنند. اغلب این کلمات در مواقع نامناسب تکرار می شوند، بنابراین برای دیگران معنی ندارند.



مشخص کردن نشانه ها

برای مشخص کردن نشانه ها

۱. متخصص بالینی اشاره می کند که آیا نشانه های اختلال طیف اوتیسم کودک، با بیماری جسمانی یا اختلال ژنتیکی شناخته شده ای ارتباط دارد یا نه.

مثال: سندرم رت میتواند اوتیسم، ناتوانی عقلی شدید و اختلال جدی در کنترل حرکتی ایجاد کند.

۲. متخصص بالینی شدت نشانه های کودک را برای هر یک از دو زمینه ی کلی اختلال طیف اوتیسم توصیف می کند:
۱. ارتباط اجتماعی ۲. رفتار یا تمایلات محدود و مکرر

۳. متخصص بالینی مشخص می کند که آیا کودک اختلال زبان دارد یا نه و ماهیت اختلال را شرح می دهد.

۴. متخصص بالینی هر گونه اختلالات عصبی - رشدی، روانی، یا رفتاری را مشخص می کند.
مثال: برخی کودکان بزرگتر مبتلا، مشکلاتی در رابطه با افسردگی دارند، امکان دارد آن ها بخواهند دوستانی داشته باشند اما نقایص ارتباط اجتماعی آنها در توانایی برقراری روابط دوستانه اختلال ایجاد می کند.



جدول زیر نشان دهنده سطوح شدت اختلال طیف اتیسم می باشد.

شدت	ارتباط اجتماعی	رفتارهای کلیشه ای و محدود و مکرر
<p>اتیسم سطح ۳ به کمک خیلی زیاد نیاز دارد</p>	<p>نقص شدید در مهارت‌های ارتباطات کلامی و غیر کلامی که منجر به آسیب شدید در کاربرد آن می گردد. محدودیت بسیار شدید در شروع تعاملات اجتماعی وحد اقل واکنش به محرکات اجتماعی دیگران. برای مثال یک شخص با کمترین کلمات گفتاری قابل فهم که به ندرت آغاز گر یک ارتباط است و وقتی ارتباط برقرار می کند از رویکرد های غیر معمول برای برآورده کردن نیازهایش استفاده می کند و تنها به دستورالعمل‌های مشخص اجتماعی واکنش نشان می دهد. (اتیسم شدید)</p>	<p>انعطاف ناپذیری رفتاری، مشکلات فراوان در کنار آمدن با تغییرات، یا دیگر رفتارهای تکراری و محدود که موجب تداخل در همه زمینه ها است. پریشانی و مشکل شدید در تغیر دادن فعالیت یا تمرکز (علاقه یا خواسته ها)</p>
<p>اتیسم سطح ۲ به کمک قابل ملاحظه نیاز دارد</p>	<p>نقایص مشخص در مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی، کلامی و غیر کلامی؛ آسیب های اجتماعی آشکار حتی با دریافت حمایت. محدودیت در آغاز تعاملات اجتماعی؛ و کمترین واکنش یا واکنش‌های غیر معمول به محرکات اجتماعی از جانب دیگران. برای مثال، فردی که با جملات ساده صحبت می کند و تعاملات او محدود به علائق خاص و محدود خودش می شود، و تعاملات غیر کلامی بطور مشخص، عجیب و غریبی دارد. (اتیسم متوسط)</p>	<p>انعطاف ناپذیری رفتاری، مشکلات در کنار آمدن با تغییرات، یا دیگر رفتارهای تکراری و محدود که برای افراد ناآشنا با این اختلال نیز به اندازه کافی نمایان باشد و در عملکرد فرد در زمینه های کوناگون تداخل ایجاد نماید. آشفتگی و مشکل داشتن با تغیر تمرکز (خواسته ها و علائق) یا فعالیتها.</p>
<p>اتیسم سطح ۱ به کمک نیاز دارد</p>	<p>بدون حمایت شدن به موقع، در تعامل اجتماعی دچار مشکل می شود که آسیب‌های قابل توجهی در بر دارد. وجود مشکلاتی در آغاز تعامل اجتماعی، و الگوهای واضحی از واکنش‌های غیر عادی و ناموفق به محرکات اجتماعی دیگران دارد. ممکن است عدم تمایل به تعامل اجتماعی در آنها مشخص باشد. برای مثال فردی که توانایی صحبت کردن با جملات کامل را دارد و در تعامل اجتماعی درگیر می شود ولی در رد و بدل کردن گفتگو با دیگران شکست می خورد، و تلاش‌های او برای دوست یابی عجیب و غریب است و بطور معمول با شکست مواجه می شود. (اتیسم خفیف)</p>	<p>عدم انعطاف رفتاری که موجب تداخلات بارز در عملکرد در زمینه های مختلف می گردد، دشواری در تعویض کردن فعالیتها. مشکلاتی که در سازماندهی و طراحی مستقل فرد، اختلال ایجاد می کند.</p>

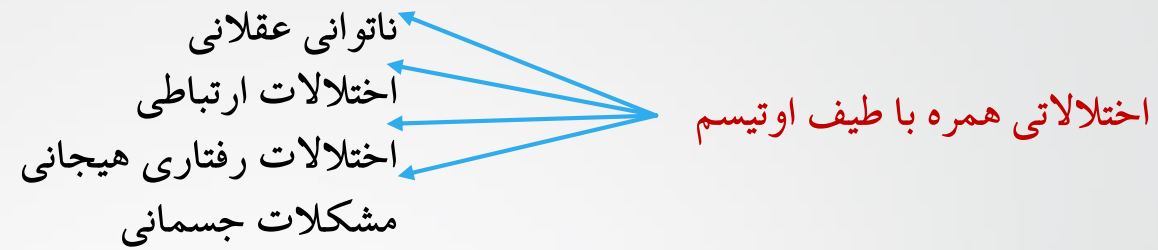
اختلالاتی که اغلب با طیف اوتیسم روی می دهند:

عملکرد عقلانی پایین یا مشکلات زبان، بخشی از ملاک های تشخیصی نیستند اما بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال، آن ها را نیز تجربه می کنند.

برخی از این کودکان، ناتوانی شناختی شدید دارند و خموش اند. برخی اختلال هوش متوسط یا بالا دارند با مهارت های زبانی مناسب.

به طور کلی همان طور که کودکان اوتیسم در یک پیوستار قرار دارند، عملکرد عقلانی و زبانی آن ها نیز در یک پیوستار قرار می گیرد.





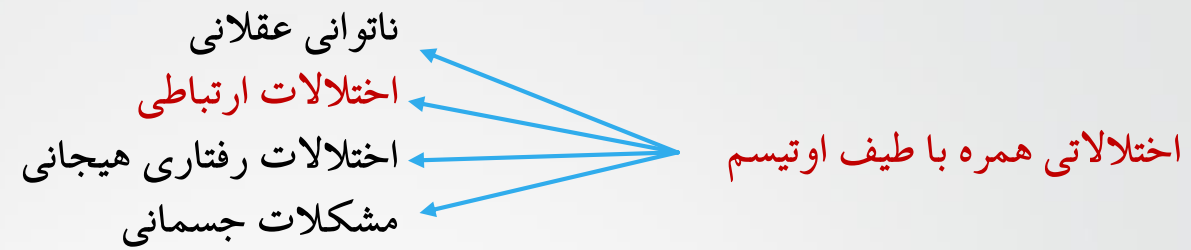
ناتوانی عقلانی

بخشی از ملاک های تشخیصی نیست اما اقلیت قابل توجهی هوش پایین نیز دارند. تحقیقات نشان داده که نمرات هوش آن ها زیر متوسط قرار می گیرد.

اختلالات ارتباطی:

تقریباً دو سوم این کودکان نقایصی در گفتار یا زبان نشان داده اند و شدت این مشکلات ارتباط خیلی تفاوت دارد. ۲۵ درصد این کودکان خموش اند یعنی زبان کلامی مفیدی ندارند و ۲۵ درصد دیگر آن ها گفتگوهای طولانی با واژگان پیشرفته اند. شدت مشکلات زبان، با هوش کلامی ارتباط دارد.





استفاده از زبان در این کودکان، اغلب عجیب غریب و انعطاف ناپذیر است.

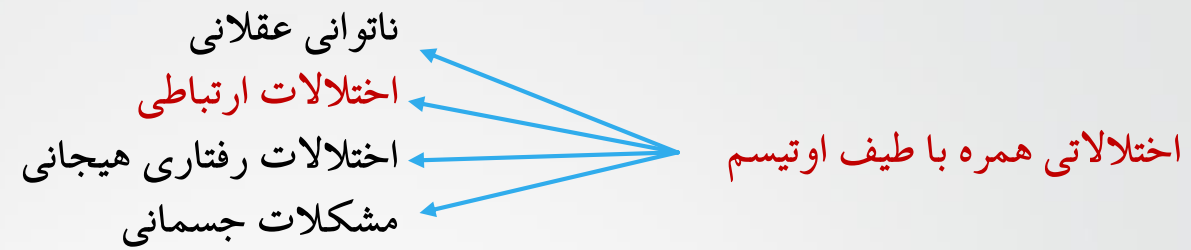
۱. بسیاری از این کودکان وارونگی ضمیر نشان می دهند. مثل: وقتی می خواهد بگوید من گرسنه ام، می گوید تو گرسنه ای. یا به خوشان به صورت شخص ثالث اشاره می کنند و می گویند: او مقداری آب می خواهد درحالی که منظورشان این است: من مقداری آب می خواهم.

۲. واج شناسی غیرعادی دارند. یعنی لحن و شیوه گفتار آن ها نامتعارف و ناشیانه است. مثلا به صورت مکانیکی صحبت می کنند یا با ریتم و آهنگ غیرعادی و با استفاده از صدای آهنگین صحبت می کنند یا بلند صحبت می کنند یا وقتی حرف می زنند بر هجاهای غلط تاکید می ورزند.

۳. تقریبا تمام این کودکان با این اختلال که قادر به صحبت کردن هستند، مشکلاتی در رابطه با زبان کاربردی دارند.

۴. گفتگوی کلامی بسیاری از این کودکان اغلب یک طرفه است. این کودکان عمدتا برای ابراز نیازهای خودشان یا کسب اطلاعات، ارتباط برقرار می کنند. آن ها به ندرت برای درمیان گذاشتن افکار، تجربیات یا احساساتشان با دیگران صحبت می کنند.





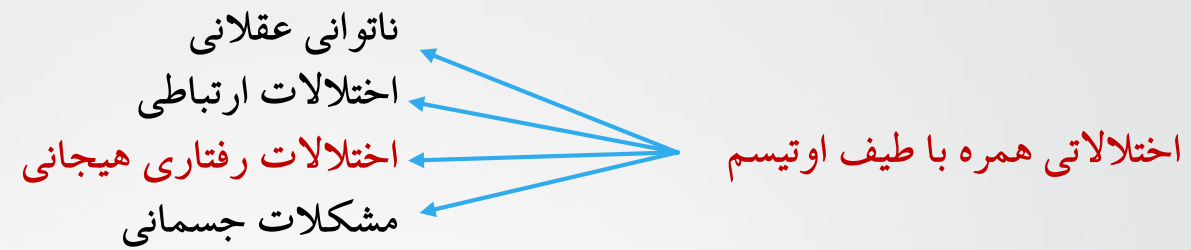
کاربرد شناسی:

به استفاده از زبان با زمینه های اجتماعی خاص، به ویژه گفتگوی طبیعی که هنگام مکالمه روی می دهد و توانایی نقل کردن داستان های منسجم با اطلاعات زمینه مناسب اشاره دارد. آن ها ممکن است با جملاتی که از لحاظ دستوری درست هستند صحبت کنند اما جملاتشان با موقعیت اجتماعی که در آن قرار دارند مناسب نباشد.

مثال: پسری با اختلال طیف اوتیسم با دوستش گفتگویی آغاز کند و بگوید: "ما دیروز از آن لذت بردیم" بدون اینکه به فیلمی که با خانواده دیده اشاره کند.

یا گفتگوی بی ربط داشته باشد: دوستش پرسد امروز چطوری؟ جواب دهد "ناهار سوسیس خوردم"



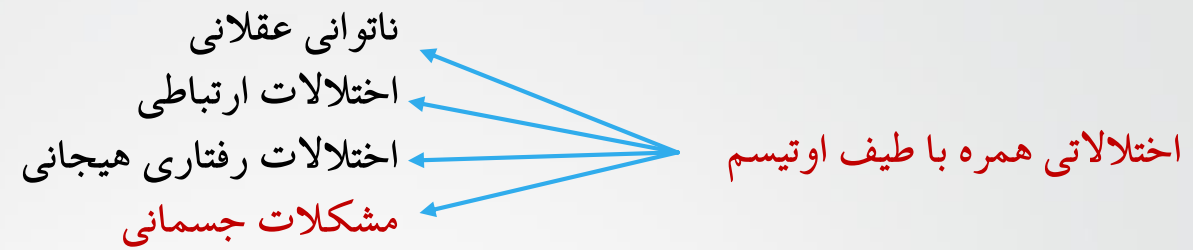


اختلالات رفتاری هیجانی

این کودکان بیشتر از کودکان با رشد عادی، مشکلات سلامت روانی را متحمل می شوند. تقریباً ۷۰ درصد این کودکان، حداقل یک اختلال رفتاری یا هیجانی و تقریباً ۵۰ درصد دو یا تعداد بیشتری اختلال همزمان دارند.

اختلال همراه: ADHD، اختلالات اضطرابی و اختلال وسواس فکری - عملی
 جدا کردن نشانه های اختلال طیف اوتیسم و نشانه های این اختلالات دشوار است.
 اوتیسم با اختلال وسواس فکری عملی: لمس کردن، حرکت کردن، مرتب سازی
 اختلال وسواس فکری عملی: نظافت، واریسی کردن، شمردن





مشکلات جسمانی

مشکلات معده ای - روده ای: برگشت اسید، یبوست، تهوع / استفراغ
مشکلات خواب

جدی ترین مشکل: صرع

صرع در کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و ناتوانی عقلی خیلی بیشتر از کودکانی است که فقط مبتلا به اختلال طیف اوتیسم هستند.



شیوع اختلال طیف اوتیسم

میزان شیوع اوتیسم رو به افزایش است به طوری که در ۴۵ سال آینده، تقریباً ده درصد کودکان اوتیسم هستند.

چند توجیه ارائه شده در شیوع بیشتر این اختلال:

چند پژوهشگر به آلرژی های غذایی، اختلالات متابولیک، و مشکلات عصبی ظریف را به عوامل محیطی مشخص یا تغییرات سبک زندگی نسبت می دهند.

شیوع بیشتر را به جای افزایش واقعی اختلال، به تعداد بیشتری که امروزه تشخیص داده می شود، نسبت داده اند: یعنی ۱. معلمان و والدین آگاه تر شده اند ۲. متخصصان تمایل دارند اوتیسم را تشخیص دهند که به خانواده ها کمک کنند که رفتاردرمانی و آموزش ویژه خدمات شغلی دسترسی داشته باشند. ۳. کودکانی که ملاک های کامل DSM را برآورده نمی کنند ولی ناهنجاری هایی را در ارتباط اجتماعی و رفتارهای قالبی نشان می دهند، در بر می گیرند.



در پسرها شایع تر از دخترها
دخترهای با این اختلال، نمرات هوش متوسط پایین تر از پسرها می گیرند و احتمال دارد نقایص شدید یا عمیق در عملکرد عقلانی داشته باشند.
دخترها بیشتر از پسرها مسکلات اجتماعی دارند و پسرها بیشتر رفتار محدود، تکراری و قالبی شدید تر از دخترها دارند.

چرا شیوع اختلال در پسرها بیشتر از دخترهاست؟

دخترها در مجموع و در مقایسه با پسرها عملکرد زبانی برتری دارند، بنابراین باید اختلالشان شدید باشد که تشخیص بگیرند.
دخترها در طول عمر، بهتر از پسرها می توانند جلوه های صورت، هیجانات و رفتار غیر کلامی را تعبیر کنند و بیشتر از گرایش دارند از زبان برای انتقال هیجانات و در میان گذاشتن احساسات استفاده کنند و احتمال دارد به دلیل این توانایی ها، این اختلال در دخترها کمتر محسوس است.
توجیه دیگر: هورمون مردانه به طور بی تناسبی با ایجاد این اختلال منجر می شود.

علت ها

توجهات قدیمی، خانواده ها را مقصر می دانستند.

کانر معتقد بود که والدین بیمارانش از لحاظ اجتماعی سرد بودند.

برونر بتلهایم گفت، والدین سرد و طرد کننده باعث می شوند کودکان آنها دچار اوتیسم شوند. و در کتاب سنگر خالی، مادران یخچالی را مورد سرزنش قرار داد. و معتقد بود می توان کودکان اوتیسم را با کمک به والدین که با فرزندان، صمیمی تر باشند، درمان کرد.

مادران یخچالی: مادرانی که سرد و از لحاظ عاطفی بی تفاوت هستند و باعث می شوند کودکان آن ها در پاسخ به روش های فرزندپروری بی اعتنای آن ها به عالم خویش پناه ببرند.

در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ این نظریه ها به چالش کشیده شد و برنارد ریملند این را مطرح کرد که امکان دارد این اختلال علت عصبی داشته باشد و تحقیقات بعدی هم نشان داد که والدین سرد باعث ایجاد اختلال نمی شوند.

این روزها، دقیق نمیدانیم که علت این اختلال چیست، با این حال اکثر شواهد به ترکیب عوامل ژنتیکی، عصبی - زیستی و محیطی اشاره دارند.

آیا اختلال طیف اوتیسم، توارث پذیر است؟

تقریباً ۴۰ درصد تفاوت در نشانه های اختلال طیف اوتیسم، به علت های ژنتیکی نسبت داده شده است.

پروژه ژنوم اوتیسم چند علت را برای اسن اختلال مشخص کرده است:
حذف یا تکثیر ماده ی ژنتیکی (۱۵٪) جهش های ژنتیکی خاص (۷٪) و تختلالات متابولیک (۲٪ تا ۳٪) و متأسفانه ۷۵ درصد موارد مشخص نشده است.

مردان مسن، بیشتر از مردان جوان در معرض خطر داشتن بچه مبتلا به این اختلال قرار دارند.

توجهات برای این خطر، جهش ژنتیکی در سلول های جنسی، مواجهه با مواد سمی محیطی در طول عمر مرد و تاثیرات اپی ژنتیک را شامل می شود.



سه ناحیه از مغز خیلی درگیرند در این اختلال: بادامه، شکنج دوکی شکل و قسمت هایی از قشر پیش پیشانی. این سه ناحیه در ادراک اطلاعات اجتماعی، پردازش آن و پاسخ به آن ها نقش مهمی دارد.

مسیر عصبی که این نواحی مغزی را به هم متصل می کنند وجود دارد. این مسیر جمعاً **مغز اجتماعی** نامیده می شود، زیرا برای عملکرد ما در موقعیت های اجتماعی مهم است.

فرضیه بی نظمی رشد: اشاره دارد به رشد نابهنجار در قشر مخ و اتصال عصبی ضعیف، به ویژه در نواحی مغزی که مسئول ارتباط اجتماعی و زبان است.

عملکرد کمتر و نه چندان بادامه که مسئول پردازش هیجانی است.

کم فعالی شکنج دوکی شکل راست، که مسئول پردازش صورت انسان و تعبیر رفتار اجتماعی است.

کم فعالی قشر پیش پیشانی که مسئول عملکرد اجتماعی است.

نقایص شناختی مرتبط با اختلال طیف اوتیسم

۱. فقدان توجه مشترک
۲. مشکلاتی در جهت گیری اجتماعی
۳. تاخیر در بازی های نمادی
۴. نقایص در نظریه ذهن و همدلی

فقدان توجه مشترک: مولفه مهم عملکرد اجتماعی کودکان

به توجه مشترک به توانایی نوباوگان در تقسیم کردن توجه به مراقبت کننده روی شیئی یا رویداد واحد اشاره دارد که به تدریج بین ۶ تا ۱۸ ماهگی پدیدار می شود. در این سن انتظار داریم کودک توجه مشترک را آغاز کند. نوباوگان از طریق توجه مشترک از دنیای اطرافشان آگاه می شوند و بدون توجه مشترک، فرصت های یادگیری بیشماری را از دست می دهند. کودکان مبتلا به اختلا طیف اوتیسم در طول دو سال اول زندگی، اغلب مشکلات چشمگیری در رابطه با توجه مشترک دارند.



نقایص شناختی مرتبط با اختلال طیف اوتیسم

۱. فقدان توجه مشترک
۲. مشکلاتی در جهت گیری اجتماعی
۳. تاخیر در بازی های نمادی
۴. نقایص در نظریه ذهن و همدلی

مشکلاتی در جهت گیری اجتماعی

جهت گیری اجتماعی یعنی توانایی کودک در توجه کردن به جنبه های مهم محیط اجتماعی و تعامل کردن با آن ها.

مبادله های اولیه والد کودک، تعامل های اجتماعی را به کودکان آموزش می دهند و کودک در ۱۲ ماهگی یاد می گیرد که ارتباط اجتماعی بین افراد روی می دهد، اینکه افراد به نوبت به یکدیگر پاسخ می دهند، اینکه تبادل اجتماعی معمولاً بر موضوع مشترکی متمرکز است و اینکه ارتباط موثر، تماس چشمی و ابراز هیجان را شامل می شود.

در کودکان اوتیسم نگاه کردن به دهان فرد وقت گفتگو وجود دارد به جای تماس چشمی. درحالیکه چشم ها منبع غنی اطلاعات در رابطه با کیفیت هیجان و نیت دیگران است و دهان اطلاعات مهم کمتری را درباره تعامل های اجتماعی انتقال می دهد.



نقایص شناختی مرتبط با اختلال طیف اوتیسم

۱. فقدان توجه مشترک
۲. مشکلاتی در جهت گیری اجتماعی
۳. تاخیر در بازی های نمادی
۴. نقایص در نظریه ذهن و همدلی

تاخیر در بازی های نمادی

کودکان بین ۱۸ تا ۲۴ ماهگی، توانایی بازی نمادین را پرورش می دهند. بازی نمادین به توانایی کودک برای اجازه دادن به اینکه یک شیء بیانگر شیء دیگری باشد (یعنی نماد آن باشد)، اشاره دارد.

چرا در کودکان اوتیسم به بازی نمادی توجه می شود؟

۱. فقدان بازی نمادین در کودک ۲۴ ماهه، می تواند علامت اولیه ی اختلال طیف اوتیسم باشد.
۲. بازی و انمودی پیش درآمد فراگیری زبان است.



نقایص شناختی مرتبط با اختلال طیف اوتیسم

۱. فقدان توجه مشترک
۲. مشکلاتی در جهت گیری اجتماعی
۳. تاخیر در بازی های نمادی
۴. نقایص در نظریه ذهن و همدلی

نقایص در نظریه ذهن و همدلی

- همدلی توانایی در نظر گرفتن دیدگاه طرف مقابل به منظور درک کردن افکار، مقاصد و احساسات او است. توانایی ما در واکنش نشان دادن به شیوه توأم با همدلی به دو مهارت اجتماعی بستگی دارد:
۱. بیاد بفهمیم حالت ذهنی فرد (شناخت ها، هیجانات) رفتار او را برانگیخته است.
 ۲. باید واکنش هیجانی مناسب با حالت فرد داشته باشیم.
- نظریه ذهن در طول سال های پیش دبستانی پرورش می یابد. نظریه ذهن به کودکان امکان می دهد موقعیت های اجتماعی را درست تعبیر کرده و با همدلی عمل کنند. حدودا بین ۳ تا ۵ سالگی پدیدار می شود. نظریه ذهن کاملا رشد یافته برای اکثر تعامل های اجتماعی پیچیده ضروری است.



علایم اختلال طیف اوتیسم

ارتباطی

آواگری های محدود

حرکات و ایما اشاره محدود

استفاده محدود از کلمات

استفاده محدود از عبارت ها/جملات ساده

رفتاری

توجه بیشتر به اشیا به جای افراد

واکنش های شدید به تغییرات در روال های روزانه

رفتارهای قالبی تکراری

تولد

۶

۱۲

۱۸

۲۴

۳۰

۳۶

سن (بر حسب ماه)



علایم اختلال طیف اوتیسم

اجتماعی

