



عنوان دوره آموزشی

نابسامانیهای گفتار و زبان در عقب ماندگی ذهنی و سندرم های نافذ رشد

بهار ۹۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

فصل ۱: تعریف اختلال زبانی و آشنایی با مدل‌های اختلال زبان در کودکان.....	۳
فصل ۲: آشنایی با تعاریف عقب ماندگی ذهنی و خصوصیات آن.....	۸
فصل ۳: انواع سندرم های رایج عقب ماندگی ذهنی.....	۱۸
فصل ۴: اختلال طیف اتیسم.....	۲۴
فصل ۵: ارزیابی در اختلالات زبانی.....	۵۸
فصل ۶: اصول درمان در اختلالات روانی و معرفی انواع رویکردها.....	۶۹
فصل ۷: درمان اختلال زبانی در اتیسم.....	۷۶
منابع.....	81

گروه هدف

رشته شغلی گفتار درمانی

اهداف آموزشی

تعریف اختلال زبانی و آشنایی با مدل‌های اختلال زبان در کودکان

آشنایی با تعاریف عقب ماندگی ذهنی و خصوصیات آن

انواع سندرم های رایج عقب ماندگی ذهنی

ارزیابی در اختلالات زبانی

اصول درمان در اختلالات روانی و معرفی انواع رویکردها

درمان مهارت‌های ارتباطی در سطح مختلف زبانی

درمان اختلال زبانی در اتیسم

روش و نحوه اجرای آموزش

دوره کتابخوانی

نحوه ارزشیابی

آزمون چهار گزینه‌ای

فصل اول

تعریف اختلال زبانی و آشنایی با مدل‌های اختلال زبان در کودکان

□ تعریف اختلال زبان در کودکان (انجمن گفتار-زبان - شنوایی آمریکا):

آسیبی در درک و یا به کار بردن یک سیستم نمادین گفتاری، نوشتاری و یا یک سیستم نمادین دیگر.

این اختلال ممکن است اجزای زیر را با هر ترکیبی درگیر کند:

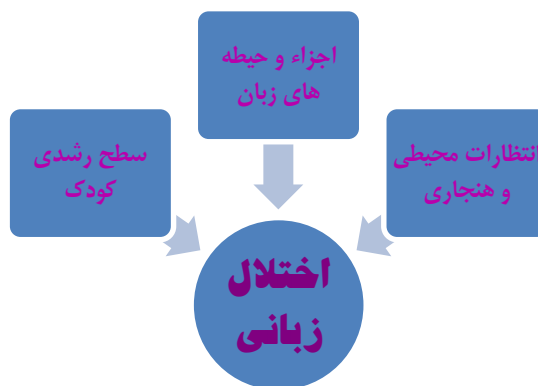
(۱) شکل یا فرم زبان

(۲) محتوای زبان

(۳) عملکرد زبان در برقراری ارتباط

پائول: کودکانی دچار اختلال زبانی هستند که در فراگیری صحبت کردن، فهمیدن یا استفاده از هر کدام از جنبه های

زبان به طور مناسب، در پاسخ به انتظارات محیطی و هنجاری متناسب با آن سطح از رشد زبان نقائصی را نشان دهند.

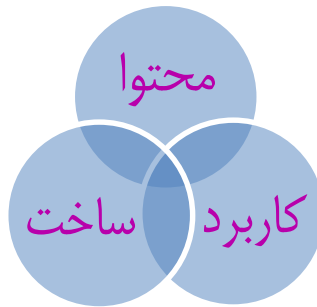


انتظارات محیطی و هنجاری

- زمانی برجسب اختلال زبانی به کودک داده می شود که:
- به اذعان مردم معمولی در برقراری ارتباط مشکل داشته باشد.
- در آزمون های استاندارد باید پایین تر از حد انتظار عمل کند.

اجزاء و حیطه های زبان

- رده بندی بلوم و لاهی از زبان:
- ساخت یا فرم: صرف، نحو، واج شناسی
- محتوا: معناشناسی یعنی دانش مربوط به خزانه واژگان و دانشی که درباره اشیا و اتفاقات است
- کاربرد: اهداف یا کارکردهای زبان، استفاده از بافت برای تعیین ساختاری که به آن اهداف منجر می شود و قوانین مربوط به مکالمات گروهی



□ رابطه نقائص زبانی با سطح رشدی کودک

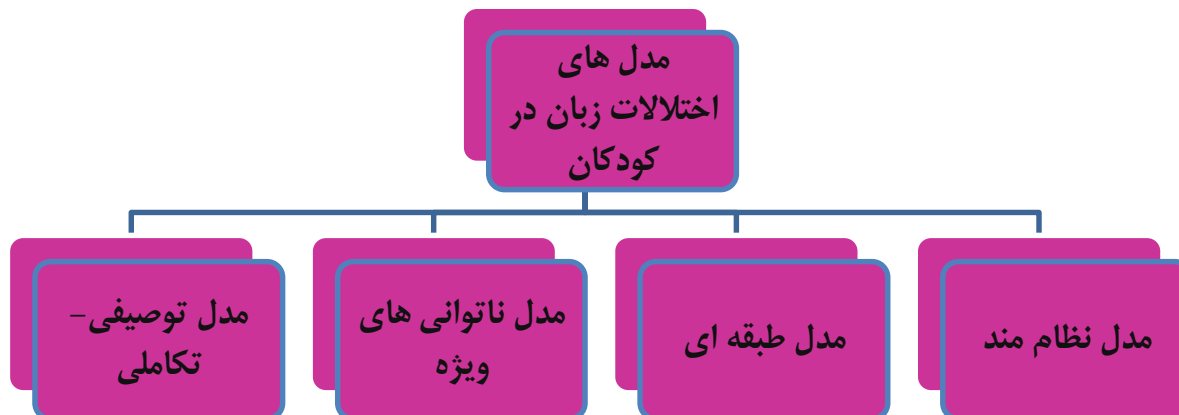
- سن تقویمی: یعنی بگوییم سطح رشدی کودک به طور معنی داری کمتر از سن تقویمی او است.
 - سن عقلی: یک اندازه گیری از توانمندی شناختی کودک است
- ««« سوال: چه آزمون هایی استفاده کنیم؟»»»

- چرا ما می خواهیم از سن عقلی بیشتر از سن تقویمی به عنوان مرجعی جهت تصمیم گیری در مورد وجود یا عدم وجود اختلال زبانی استفاده کنیم؟

چون توقع نداریم مهارت های زبانی کودک بهتر از سطح عمومی رشد او باشد

□ مدل های اختلالات زبان در کودکان

چرا مدل؟ مدل مانند برچسب معمولاً بعضی از عقاید و ذهنیات ما را درباره چیزی که ارائه می شود مجسم می کند. روشی که مدل را از طریق آن مفهوم سازی می کنیم بر انتخاب ما درباره اینکه با آن چه کاری می توان انجام داد تاثیر می گذارد.



مدل نظام مند

- در نظر گرفتن یک اختلال زبان از دیدگاه نظام ها بدان معناست که ما گمان نمی کنیم همه مشکلات ارتباطی در کودک هستند بلکه بیشتر در رابطه ای که بین گویندگان برقرار است وجود دارند. این دیدگاه می رساند که همه راه حل ها تغییر دادن کودک نیست بلکه بعضی از آن ها شامل ایجاد تغییر در محیط نیز می شود.
- موارد کاربرد: در ارتباط با ناتوانی های شدید یا تفاوت های گویشی و فرهنگی
- در این مدل لازم نیست سطوح استاندارد یا طبیعی کاربرد زبان مورد هدف قرار گیرند.

مدل طبقه ای

- این مدل به منظور طبقه بندی اختلالات زبان، آنها را براساس سندرم های رفتاری همراه آنها سازمان می دهد و اساساً مدلی پزشکی است. بنابراین اختلالات زبان به عنوان اختلالاتی شناسایی می شوند که با عقب ماندگی ذهنی، آسیب شنوایی، اتیسم، شرایط عاطفی یا رفتاری دیگر و آسیب عصب شناختی شناخته شده همراه هستند و نیز آنهایی که منشا ناشناخته دارند.

- فواید مدل:

- یک روش قابل فهم و دارای قضاوت آسان برای عام در شناسایی نوع مشکلی است که کودک دارد و سریعاً خلاصه می کند که چگونه یکی از مراجعان با سایر کودکان تفاوت دارد.

- این برجسب ها برای تعیین خدمات مدارس و مراکز درمانی لازم هستند.

- مشکلات این مدل:

- برجسب طبقه ای نمی تواند سطح عملکرد زبانی کودک را توضیح دهد.

- اغلب کودکان دقیقاً در یک طبقه تشخیصی قرار نمی گیرند.

- دانستن طبقه به اینکه برای کودک چه کاری باید انجام داد کمکی نمی کند.

مدل ناتوانی های ویژه

- مدل ناتوانی های ویژه سعی دارد به ما نشان دهد که چگونه اشخاص مبتلا به اختلالات زبان در بعضی از توانایی های وابسته به دیگران متفاوتند یا چگونه آنها نشان دهنده بی ثباتی درون کودک هستند. در این مدل تلاش می شود از توانایی ها، قدرت ها و ضعف هایی که تصور می شود در رشد زبان مؤثر هستند نیم رخی ارائه گردد. هدف آموزش دادن توانایی ها به کودک و درمان یا کار پیرامون ضعف ها است.

- دو نمونه از مدل ناتوانی های ویژه:

- دیدگاه عصب روان شناختی:

آسیب های زبانی نتیجه ضایعه یا تفاوت های عصبی است.

نمونه ای از این رویکرد برای مدیریت زبان و اختلالات شناختی: برنامه های آموزش حرکتی

- رویکرد نقص در درک شنیداری

علت اختلال زبانی، نقص شنیداری است.

الگوهای پردازش شنیداری یک دیدگاه پایین- بالا نسبت به پردازش زبان دارند:

ادراک و تمییز « درک و فهم

برنامه درمانی: fast for word

مشکلات:

- پردازش پایین-بالا معمولاً همراه با پردازش های بالا-پایین روی می دهد.

- خودکار بودن پردازش را تسهیل می کند

- مشکلات مربوط به توجه عمومی

مدل توصیفی تکاملی

• سطح فعلی عملکرد زبان کودک (شکل-محتوا-کاربرد) را توصیف می کند.

• توالی رشد طبیعی بهترین راهنمای آموزش زبان است.

• فرضیات مدل:

- دانستن علت یک اختلال زبانی همیشه ممکن نیست.
 - بر توصیف زبان تمرکز دارد.
 - تعیین جایگاه کودک در روند رشد طبیعی جهت تصمیم گیری برای مداخله
 - اشکال مدل: طرحی برای طبقه بندی کودکان مبتلا به اختلالات زبان فراهم نمی کند.
 - پیشنهادات برای طبقه بندی کودکان براساس این مدل:
 - با مقدار و نوع ارائه زبان بیانی
 - با مهارت های ارتباطی مشخصی که مراجع استفاده می کند
 - با جنبه هایی از سیستم زبانی که بهم ریخته اند (طرح راپین و آلن)
- معروف ترین طرح زیرگروه کردن: اختلالات بیانی و اختلالات دریافتی (یا ترکیبی از هر دو)

فصل دو

آشنایی با تعاریف عقب ماندگی ذهنی و خصوصیات آن

□ مروری بر تعریف عقب ماندگی ذهنی

- انجمن عقب ماندگی ذهنی آمریکا از سال ۱۹۰۸ تا سال ۲۰۰۲ دست کم ۱۰ تعریف از نارسایی هوشی ارائه کرده است.

جدول ۱. تحول تعاریف نارسایی هوشی (۲ و ۶)	
نارسایی ذهنی از زمان تولد یا سنین اولیه که ناشی از تحول ناقص مغز است و بر ثبات و درمان‌ناپذیری آن تأکید می‌شود.	(۱) تردگلد (۱۹۰۸)
تحول ناقص ذهنی که فرد قادر به انطباق با محیط و زندگی مستقل بدون نظارت و حمایت نیست و بر ثبات و درمان‌ناپذیری اشاره دارد.	(۲) تردگلد (۱۹۳۷)
عدم قابلیت اجتماعی ناشی از توقف تحول سرشتی مغز که در بلوغ یا هنگام آن آشکار می‌گردد و درمان‌ناپذیر و غیرقابل اصلاح است.	(۳) ادگار دال (۱۹۴۱)
عدم قابلیت اجتماعی ناشی از توقف تحول سرشتی مغز در بلوغ یا هنگام آن با اشاره به بهبودی نشانه‌هاست.	(۴) ادگار دال (۱۹۴۱)
عملکرد هوشی یک انحراف زیر متوسط (۱۶ درصد جمعیت) و نارسایی در یک یا ۲ حوزه از رفتار سازشی (رشد، یادگیری و سازگاری اجتماعی) در دوره تحول (از بدو انعقاد نطفه تا ۱۶ سالگی) است. ۵ سطح مشخص شد: سطح ۵: ۱ تا ۲ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۴: ۲ تا ۳ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۳: ۳ تا ۴ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۲: ۴ تا ۵ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۱: ۵ انحراف استاندارد زیر میانگین.	(۵) هبر (۱۹۵۹)
تعریف قبلی تغییری نداشت. سطوح قبلی به ترتیب با توجه به هوش‌بهر به مرزی (۱ انحراف استاندارد زیر میانگین)، خفیف، متوسط، شدید و عمیق تقسیم شد.	(۶) هبر (۱۹۶۱)

عملکرد هوشی ۲ انحراف زیر متوسط (۳ درصد جمعیت؛ هوش بهر ۷۰ یا پایین تر) و نارسایی در رفتار سازشی (استقلال شخصی و مسئولیت پذیری اجتماعی با توجه به گروه سنی و فرهنگ) در دوره تحول (از تولد تا ۱۸ سالگی) تعریف شد. سطوح خفیف، متوسط، شدید و عمیق در نظر گرفته شد و مرزی یا دیرآموز بین نارسایی هوشی و هوش متوسط مطرح شد.	(۷ گروسمن ۱۹۷۳)
عملکرد هوشی ۲ انحراف زیر متوسط (هوش بهر ۷۰ تا ۷۵ یا پایین تر) و نارسایی در رفتار سازشی (رشد، یادگیری، استقلال شخصی و مسئولیت پذیری اجتماعی با توجه به گروه سنی و فرهنگ) در دوره تحول (از بدو انعقاد نطفه تا ۱۸ سالگی) است. سطوح خفیف، متوسط، شدید و عمیق در نظر گرفته شد.	(۸ گروسمن ۱۹۸۳)
محدودیت‌های اساسی در کارکردهای کنونی که این محدودیت‌ها با کارکرد هوشی به طور معنادار زیر متوسط (هوش بهر ۷۰ تا ۷۵ یا پایین تر) و وجود همزمان محدودیت‌ها در ۲ یا چند حوزه از مهارت‌های سازشی (ارتباط، مراقبت از خود، زندگی در خانه، مهارت‌های اجتماعی، رفتار اجتماعی، خودرهبی، سلامتی و ایمنی، تحصیلات کارکردی، اوقات فراغت و شغل) در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) مشخص می‌شود. سطوح شدت (خفیف، متوسط، شدید و عمیق) حذف و سطوح حمایت (متناوب، محدود، گسترده و فراگیر) جایگزین آن شد.	(۹ لوکاسون و همکاران ۱۹۹۲)
محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (هوش بهر ۷۰ تا ۷۵ یا پایین تر) و رفتار سازشی (رفتار سازشی به صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی بیان می‌گردد) در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) است. طبقه‌بندی وابسته به هدف بوده و ممکن است بر اساس شدت، سطوح حمایت، محدودیت در رفتار سازشی، علت‌شناسی یا موارد دیگر باشد.	(۱۰ لوکاسون و همکاران ۲۰۰۲)
انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا به انجمن نارسایی هوشی و تحولی آمریکا تغییر نام یافت. برای نخستین بار واژه هوشی و تحولی آمریکا نارسایی هوشی به جای عقب‌ماندگی ذهنی به کار رفت و نارسایی هوشی در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار گرفت ولی در تعریف آن تغییری به وجود نیامد.	(۱۱ انجمن نارسایی هوشی و تحولی آمریکا ۲۰۰۷)

- آگاه باشیم که واژه عقب ماندگی ذهنی منسوخ شده و نشان از غیرعلمی بودن دارد و واژه **کودکان کم توان ذهنی** جایگزین کودکان عقب مانده ذهنی شده است.

- اصطلاح کم توانی ذهنی همان جمعیتی را تحت پوشش قرار می دهد که اصطلاح عقب ماندگی ذهنی قبلاً از نظر تعداد، نوع، گروه، دوره ناتوانی ، و نیاز به خدمات و حمایتها ی انفرادی، پوشش می داد.

• اصطلاح کم توانی ذهنی

الف) نشانگر سازه تغییر یافته ناتوانی است که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است،
 ب) با اقدامات درمانی در حال حاضر که بر رفتارهای کارکردی و عوامل بومی و اجتماعی تاکید می کند بهتر هماهنگ است،

ج) به خاطر داشتن چارچوب اجتماعی_بوم شناختی، برای ارائه حمایت‌های انفرادی زیربنای منطقی فراهم می‌کند،

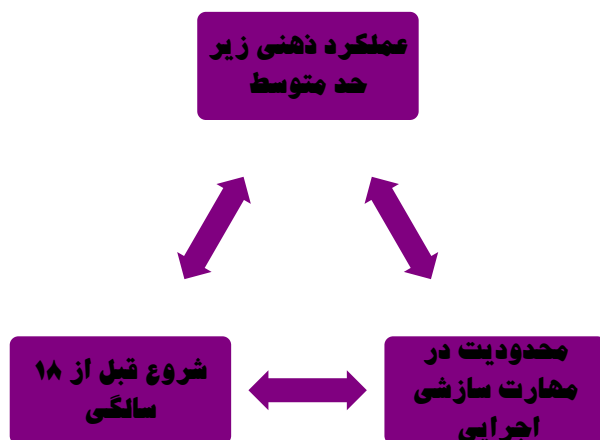
د) لحن کمتر گزنده ای نسبت به افراد با ناتوانیها دارد،

ه) با اصطلاح شناسی بین المللی هماهنگی بیشتری دارد.

□ تعریف عقب ماندگی ذهنی (انجمن آمریکایی عقب ماندگی ذهنی ۱۹۹۲)

عقب ماندگی ذهنی به محدودیت های قابل توجه در عملکرد فعلی برمی گردد. که عمدتاً از طریق عملکرد ذهنی زیر حد متوسط هم زمان با وجود محدودیت های ذکر شده در دو یا تعداد بیشتری از زمینه های مهارت سازشی اجرایی زیر مشخص می شود: برقراری ارتباط- مراقبت از خود- زندگی کردن در خانه- بهره گیری از جامعه- جهت دهی به خود- سلامتی و ایمنی- تحصیلات کارآمد- فراغت و کار. عقب ماندگی ذهنی قبل از ۱۸ سالگی بروز می کند.

اجرای تعریف:



عملکرد ذهنی زیر حد متوسط:

- براساس ارزیابی تعریف می شود که شامل اجرای یک آزمون استاندارد برای ارزیابی عملکرد ذهنی به صورت فردی است و با بهره هوشی تقریبا ۷۰ تا ۷۵ یا کمتر مشخص می شود.
- این تعریف مقداری انعطاف پذیری دارد که اجازه می دهد حتی وقتی که بهره هوشی اندکی بیشتر از ۷۰ باشد اما محدودیت های ذکر شده در مهارت های سازشی وجود داشته باشند روی فرد تشخیص عقب مانده ذهنی گذاشته شود.

مهارت سازشی اجرایی:

- باید نقص واضحی در رفتار سازشی مرتبط با گروه فرهنگی خودش نشان دهد.
- اختلافات زبانی باید در نظر گرفته شود.
- تعدادی از مقیاس های استاندارد برای ارزیابی جنبه های مختلف عملکرد سازشی:
 - آزمون جامع رفتار سازشی
 - مقیاس های رفتار مستقل
 - مقیاس های رفتار سازشی وایلند

شروع قبل از ۱۸ سالگی:

شروع باید قبل از ۱۸ سالگی یا در طول دوره رشد باشد. این مقیاس جهت افتراق عقب ماندگی ذهنی به عنوان یک اختلال رشدی از اشکالی از دمانس در نظر گرفته شده که به علت تحلیل مغز در دوران بزرگسالی رخ می دهند.

□ طبقه بندی عقب ماندگی ذهنی

سطح	% افراد MR در این طبقه	محدوده استاندارد نمره IQ	حمایت های لازم
خفیف آموزش پذیر	۸۹	۵۵-۶۹	ممکن است برخی آموزش های خاص لازم باشد. با حمایت می تواند در کلاس های عادی کار کند. در نهایت ممکن است تا اوایل دوره راهنمایی پیش برود. بسیاری از آنها هنگامی که بزرگ می شوند قادر به گرفتن کار و زندگی به طور مستقل هستند اگرچه ممکن است نیازمند مقداری نظارت یا حمایت باشند.
متوسط تربیت پذیر	۶	۴۰-۵۴	معمولا آموزش خاص نیاز دارند اما در مهارت های تحصیلی می توانند تا معادل اواسط دوره ابتدایی پیش بروند. در دوران بزرگسالی می توانند به صورت مستقل در مشاغل بی مهارت یا نیمه مهارتی کار کنند. اما اغلب به مقداری حمایت و نظارت در وضعیت زندگیشان نیاز دارند.
شدید	۵/۳	۲۵-۲۹	با آموزش خاص می توان مهارت های خود مراقبتی را گسترش و توانایی های ارتباطشان را پیشرفت داد. اما به ندرت به خواندن و نوشتن یا مهارت های شمارش عملکردی دست می

یابند. در دوران بزرگسالی در محیط کار و زندگی معمولاً به یک پشتیبان نیاز دارند.			
شاید بتوان بعضی از مهارت های حرکتی و ارتباطی را از طریق AAC با آموزش خاص گسترش داد. مهارت های خود مراقبتی از قبیل تغذیه و توالیت رفتن را می توان به آنها آموخت. بسیاری از آنها ناهنجاری های جسمی و آسیب عصب شناختی شدیدی دارند و میزان مرگ و میر در دوران کودکی زیاد است. وقتی بزرگ می شوند مراقبت و نظارت نیاز دارند و به طور کلی معمولاً نمی توانند بصورت مستقل زندگی کنند.	کمتر از ۲۵	۵/۱	عمیق

□ خصوصیات عقب ماندگی ذهنی

(۱) خصوصیات شناختی و عقب ماندگی ذهنی

- توجه: افراد MR می توانند بر اساس سن عقلی به اندازه هم تیان خود به تکالیف توجه کنند. اما در هدایت توجهشان به مربوط ترین جنبه های موقعیت بدون راهنمایی مشکل دارند. دلیل مشکل آنها در تکالیف مربوط به تمییز، اساساً به این دلیل است که به ابعاد کم اهمیت تر محرک ها توجه می کنند تا آن ابعادی که لازم است تکالیف را از بین آنها تشخیص دهند.

- فرایندهای بازیابی در این افراد کندتر هستند و به نظر می رسد که حافظه کوتاه مدت در سطح ضعیفی باشد.

۲) خصوصیات روانی - عاطفی - اجتماعی و یادگیری عقب مانده ذهنی

خصوصیات روانی عقب مانده های ذهنی:

شایعترین اختلالهای روانی همراه با عقب مانده های ذهنی عبارتند از :

- ۱) اختلال نقص توجه - بیش فعالی
- ۲) اختلالهای خلقی
- ۳) اختلالهای فراگیر رشد
- ۴) اختلال حرکت کلیشه ای
- ۵) اختلالهای روانی مرتبط با بیماریهای جسمانی (مانند زوال عقل ناشی از آسیب سر)

خصوصیات روانی - عاطفی - اجتماعی و یادگیری عقب مانده ذهنی

- افرادی که به عقب ماندگی ذهنی ناشی از نشانگان داون مبتلا هستند ممکن است به شدت در معرض ابتلا به زوال عقل از نوع آلزایمر باشند. تغییرات آسیب شناختی مغز در ارتباط با این اختلال معمولاً در حدود سنین چهل تا پنجاه سالگی رخ می دهند.
- افراد عقب مانده بر خلاف تصور عموم از هوش و حافظه بی بهره نبوده و همه ی آنها به اختلالات حسی و حرکتی مبتلا نیستند.
- در افراد عقب مانده آنچه قابل توجه است عدم تعادل طبیعی و لازم در زمینه های رفتاری ، عاطفی و حسی و حرکتی است. مثلاً" در مورد فعالیت و استعدادهای حرکتی، یک عقب مانده ممکن است خیلی پر تحرک ، فعال و بیقرار و دیگری برعکس آرام ، بی حرکت و بدون فعالیت باشد. یا آنکه عقب مانده ای خیلی عصبانی ، تحریک پذیر و دیگری سست ، بی میل و لا قید به نظر بیاید

محدودیت‌های هوشی و محدودیت‌های یادگیری:

- افراد عقب مانده به علت نارسایی در رشد هوش ، بطور طبیعی توانایی و گنجایش یادگیری ندارند و در نتیجه نمی توانند از تجارب قبلی خود استفاده نمایند. به همین دلیل در سازگاری با شرایط جدید و حل مشکلات نا توانند.
- اشکال مهم دیگر جلب دقت این افراد است. عدم جلب دقت این افراد را ناشی از اختلال در حافظه ی فوری و کوتاه مدت می دانند. چون افراد عقب مانده نمی توانند آنچه را که یاد می گیرند به خاطر بسپارند لذا نمی توانند از تجربه های ساده قبلی استفاده کنند و این امر باعث بی علاقه گی آنها می شود.
- نکته ی مهم دیگر اختلال و ناهنجاریهای بعضی از حواس پنجگانه مانند بینایی ، شنوایی و گویایی در این افراد است که باعث محدودیت در امر یادگیری می شود. در افراد عقب مانده پدیده های تمییز و تعمیم که نقش مهمی در یادگیری دارند محدود است و در نتیجه قدرت ابداع و ابتکار بسیار کم می شود و تفکر به صورت یکنواخت و تکراری در می آید

محدودیت‌های عاطفی:

- کودک در ماههای سوم و چهارم با مادر و یا جانشین او ارتباط عاطفی برقرار می کند و از حدود پنج ماهگی جدایی از مادر کودک را متاثر می سازد و بالاخره از شش ماهگی به بعد کودک در برابر آشنا و بیگانه واکنشهای عاطفی متفاوتی از خود نشان می دهد. به خوبی می توان حدس زد برای اینکه بین کودک و مادر یا افراد آشنا ارتباط عاطفی برقرار شود کودک به هوش نسبتاً "طبیعی نیاز دارد. شناخت مادر و تمییز او از دیگران به درک صحیح ، حافظه ، تجارب قبلی و خلاصه به هوشبهر طبیعی بستگی دارد و اگر کودک به عللی این شناخت را نداشته باشد رابطه ی عاطفی دستخوش اختلال خواهد شد و بالطبع رشد عاطفی کودک نیز غیر طبیعی می شود

➤ عقب مانده ها از نظر رشد عاطفی تاخیر دارند و مرحله ی منفی گری که یکی از مراحل رشد عاطفی است و در کودکان به مرحله ی مقاومت معروف است در عقب مانده ها دیرتر از کودکان عادی بوجود می آید و طولانی تر نیز باقی می ماند

محدودیت در رشد شخصیت:

- در زمینه رشد شخصیت کودکان عقب مانده دو دیدگاه مطرح است :
- عده ای معتقدند کودکان عادی و عقب مانده از لحاظ شخصیتی تفاوتی ندارند و رفتارهای غیرطبیعی عقب ماندگان ناشی از محدودیت های ناشی از محدودیتهای هوش و یادگیری آنان است .
 - عده دیگری اعتقاد دارند که افراد عقب مانده بیشتر به اختلالهای رفتاری و شخصیتی دچار می شوند .

۳) اختلالات زبانی در عقب مانده گی ذهنی

- ویس-ویز- برومفیلد: نشان دادند که تا سن عقلی ۱۰ سالگی کودکان MR پیشرفتی کند و آهسته از کسب زبان را شبیه به آنچه که در رشد طبیعی مشاهده می شود دنبال می کنند به جز این که جملات تا حدی کوتاه تر و از نظر تولید زبانی ضعیف تر هستند و درک کمتری حاصل می شود.
- میلر و چپمن:
 - ۵۰٪ MR: مهارت های زبانی=سطح شناختی
 - ۲۵٪: درک= سن عقلی « تولید ضعیف تر
 - ۲۵٪: درک و تولید > سن عقلی

صرف و نحو

- کودکان MR در توالی یادگیری قوانین دستوری تفاوت های کمی با هممتایان خود براساس سن عقلی نشان می دهند مخصوصاً وقتی که میانگین طول گفته برحسب تکواژ کمتر از ۳ باشد.
- وقتی MLU بالاتر از این سطح باشد کودکان MR تمایل دارند از جملات کمتر پیچیده، کوتاه تر، با عبارت نسبتاً کمتر از هممتایان خود با همان سن عقلی استفاده کنند.

- کودکان MR تکواژهای دستوری را تقریباً به همان ترتیب مشابه کودکان پیش دبستانی در حال رشد طبیعی یاد می گیرند، اگرچه رسیدن به هر کدام از سطوح MLU را در سنین عقلی بالاتر از کودکان دارای رشد طبیعی نشان می دهند.

واج شناسی

- شرایبرگ و ویدر: خطاهای تولیدی در کودکان MR شایع تر از کودکان بدون عقب ماندگی است و احتمالاً بی ثبات هستند.
- حذف همخوان ها رایج ترین نوع خطاهاست.
- فرایندهای واجشناختی مورد استفاده کودکان MR مشابه فرایندهایی بودند که توسط کودکانی با رشد طبیعی بکار برده می شدند. اگرچه کودکان MR فرایندها را اغلب در دوره زمانی طولانی تر و به میزان بیشتری بکار می بردند.

معناشناسی

- لایتون: کودکان MR مخصوصاً کودکان سندرم داون واژگان را آسان تر از نحو می آموزند.
- کودکان MR گفته های حاوی رمز بندی روابط معنایی (semantic relations) را مشابه همتایان خود براساس سن عقلی بیان می کنند.
- معانی کلمات نسبت به همتایان بیشتر عینی (concrete) و تحت اللفظی (literal) است.
- 'It is time to feed the cats and dogs" vs 'It is raining cats and dogs!'
- صفات و قیود را به میزان کمتری استفاده می کنند.
- کلمات دارای معانی عینی را بیشتر بکار می برند.

کاربردشناسی

- الگوی کسب مهارت های کاربرد شناختی در بین کودکان عقب مانده و بدون عقب ماندگی مشابه است.

- رشد برقراری ارتباط در کودکان عقب مانده و بدون عقب ماندگی به میزان زیادی به سطح شناخت بستگی دارد:
- موندی، سیبرت و هوگان: نقائص شناختی کودکان MR مخصوصاً در ۲ سال اول زندگی ممکن است بر کیفیت درون داد پیش زبانی که آنها دریافت می کنند اثر بگذارند که به نوبه خود ممکن است رشد ارتباطی بعدی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد.
- کودکان MR برای تفهیم مقاصد ارتباطی (communicative intentions) ابتدایی خود از ژست ها (gesture) به شیوه ای بسیار شبیه به کودکان با سن عقلی مشابه استفاده می کنند.
- وقتی که استفاده از کلمه شروع می شود آنها مهارت های پیش فرضی (presuppositional skill) متناسب با سن عقلی نشان می دهند.
- رعایت نوبت (turn-taking)، حفظ موضوع (topic maintenance) و انتخاب کارکرد گفتاری (speech act) آنها در مکالمه ها متناسب با سن عقلی است و می توانند سبک گفتارشان (speech style) را تا حدی با نیازهای شنونده مطابقت دهند.
- آنها با تکالیف برقراری ارتباط ارجاعی (referential communication) و جستجوی وضوح در مکالمه مشکل دارند.
- کودکان MR از پرسش ها به باکفایتی همتایان خود براساس سن عقلی برای جمع آوری اطلاعات استفاده نمی کنند.
- افراد MR تمایل دارند که در مکالمه کمتر اظهار کننده (assertive) باشند.

فصل سوم

سندرم های رایج عقب ماندگی ذهنی

- اختلالات کروموزومی ناشی از کروموزوم های اتوزوم مانند داون- ادوارد- صدای گربه- آنجلمن
- اختلالات کروموزومی ناشی از کروموزوم های جنسی مانند ترنر- تریپل ایکس- کلاین فلتز- XYY
- اختلالات ژنی غالب اتوزوم مانند توبراسکلروزیس - ویلیام
- اختلالات ژنی مغلوب اتوزوم مانند فنیل کتونوری
- اختلالات ژنی مغلوب وابسته به کروموزوم X
- اختلالات چند ژنی مانند X شکننده- هیدروسفالی



□ سندرم داون

• خصوصیات فیزیکی:

در اثر تریزومی کروموزوم ۲۱ ایجاد می شود

- هایپوتونی
- براکی سفالی
- انعطاف پذیری زیاد مفاصل

- ناهنجاری های گوش
- دهان، دست ها و پاهای کوچک
- نیم رخ تخت، بینی کوچک و چشم ها کشیده و بادامی
- بزرگی عضله زبان نسبت به دهان

(macroglossia)

- تک شیار عمیق در کف دست
- فاصله بیش از معمول بین انگشت شصت پا و انگشتان کناری



مهارت های شنیداری

- دو سوم این افراد کم شنوایی انتقالی، حسی-عصبی یا هردو را تجربه می کنند

مهارت های دهانی-حرکتی

- تفاوت های ساختاری عبارتند از: حفره دهانی کوچک همراه با زبان نسبتاً بزرگ و کام عمیق و باریک
- پسرهای مبتلا به سندرم داون تفاوت هایی را در ساختار لب ها، زبان، ساختار کامی حلقی و حنجره و حرکات هماهنگ اندام های گویایی نشان می دهند
- علائم آپراکسی گفتار گزارش شده است.
- مشکلات مربوط به ساختار عضلات و عصب دهی آن ها باعث:

- کاهش سرعت گفتار
- کاهش دامنه حرکتی
- کاهش هماهنگی حرکتی

مهارت های شناختی

- ۸۰٪ افراد مبتلا به سندرم داون دارای ناتوانی هوشی متوسط می باشند، اگرچه برخی از آنها دارای ناتوانی شدیدند.
- درک و پردازش بینایی- فضایی (Visuo-spatial) معمولاً به عنوان نقاط قوت نسبی در این افراد در نظر گرفته می شود.
- حافظه بلند مدت بینایی آسیب دیده است.
- آسیب در حافظه کوتاه مدت کلامی
- مهارت های حافظه واجی آسیب دیده
- بازی نمادین مشابه مهارت های همتایان خود براساس سن عقلی است

مهارت های اجتماعی

- مهارت های اجتماعی در افراد مبتلا به سندرم داون در سال های ۰-۴ سالگی متناسب با سن عقلی باشد.
- از طرفی اخیراً تحقیقات نشان داده که ۱۵٪ کودکان مبتلا به سندرم داون معیارهای تشخیصی اختلال اتیسم را نشان می دهند.

- ممکن است که مهارت های اجتماعی با شروع علائم دمانس کاهش و رفتارهای ناهنجار افزایش یابد که معمولاً در سنین بالا حدود ۴۵ سالگی و بیشتر رخ می دهد.

مشکلات رفتاری

- این کودکان در بعضی مواقع رفتارهایی از قبیل افسردگی، گوشه گیری، اضطراب، مشکلات توجه، اختلالات وسواسی از جمله: مرتب کردن اشیاء و تکرار برخی از اعمال و حرکات، پرخاشگری، سرسختی و خودرایی از خود نشان می دهند.
- احتمال ابتلا به اختلالات روانی و رفتاری در کودکان نشانگان داون نسبت به سایر کودکان کم توان ذهنی کمتر، اما نسبت به افراد عادی بیشتر می باشد.
- باید به این نکته توجه داشت که محیط ناامن خانواده و برخورد نادرست والدین و برخی از بیماریهای جسمانی این افراد از قبیل: بیماریهای قلبی، مشکلات تیروئید و ... در تشدید مشکلات رفتاری آنها موثر است.

مهارت های پیش زبانی

- بسامد و تنوع واکه ها و همخوانهای تولید شده، همچنین سن شروع تکرار ترکیب های همخوان - واکه ای (reduplicated consonant-vowel syllable) نوزادان مبتلا به سندرم داون و نوزادان طبیعی مشابه گزارش شده است
- نتیجه یک تحقیق دیگر: شروع قان وقون کانونی با حدود ۲ ماه تاخیر گزارش شده است.
- درصد استفاده این کودکان از ژست های نمادین نسبت به کودکان در حال رشد طبیعی بیشتر است، اگرچه عملکردهای ارتباطی این حرکات متفاوت است.
- Requests for shared attention یک عملکرد نسبتاً قوی در این افراد گزارش شده است.

واج شناسی

- در سال های پیش از دبستان و سنین دبستان، کودکان مبتلا به سندرم داون خطاهای واجی را به عنوان یک ویژگی بارز نشان می دهند، اگرچه خطاها مشابه با مواردی است که توسط کودکان در حال رشد طبیعی کوچکتر تولید می شود.
- بی ثباتی خطا معمولاً یک ویژگی مشخص از اختلال واجی در سندرم داون است.
- علاوه بر این، این کودکان فرایندهای واجی را به مدت طولانی تری نسبت به کودکان طبیعی استفاده می کنند.
- بطور کلی وضوح گفتار کودکان مبتلا به سندرم داون نسبت به کودکان طبیعی دارای سن عقلی غیر کلامی مشابه پایین تر است

خزانه واژگانی

- نتایج متفاوت است: از یک طرف گفته شده کودکان و بزرگسالان مبتلا به سندرم داون، واژگان را در سطحی مشابه با همتایان خود به لحاظ سن عقلی درک می کنند. از طرف دیگر افراد دچار سندرم داون امتیاز کمتری از همتایان خود به لحاظ سن عقلی در درک واژگان کسب کرده اند.
- کسب واژگان اولیه (first words) در این افراد با تاخیر همراه است و سرعت رشد بعدی در آن در مقایسه با کودکان در حال رشد طبیعی پایین تر است.
- واژگان بیانی نیز مانند واژگان درکی است.
- افراد ۵-۲۰ ساله تعداد کمتری از واژگان متفاوت را در گفتار پیوسته خود در قیاس با همتایان خود به لحاظ سن عقلی بکار می برند.

نحو

- تولید نحو عقب تر از درک آن هاست و این شکاف با افزایش سن بیشتر می شود
- مهارت های درک نحو کودکان و بزرگسالان مبتلا به سندرم داون پایین تر از آن چیزی است که به لحاظ توانایی شناخت غیرکلامی مورد انتظار است و هر چه بر پیچیدگی ساختارهای نحوی افزوده شود، مشکلات این افراد نمایان تر می شود، به عنوان مثال آنان ساختارهای نحوی ساده را خیلی بهتر از ساختارهای نحوی مرکب درک می کنند.
- ظهور ترکیبات ۲ کلمه ای در این کودکان همراه با تاخیر است.
- کودکان و بزرگسالان مبتلا به سندرم داون تمایل به کاربرد گفته های کوتاه تر و کمتر پیچیده تر دارند .
- تولید تکواژهای دستوری در این افراد در مقایسه با کودکان مشابه به لحاظ میانگین طول گفته دچار آسیب است

کاربردشناسی

- افراد مبتلا به سندرم داون تابلوی پیچیده ای از نقاط ضعف و قوت را در جنبه های کاربردشناسی زبان نشان می دهند. به استثنای درخواست کردن، این افراد از عملکردهای ارتباطی (مثل اظهارنظر، پاسخدهی و اعتراض) مشابه با همتایان خود به لحاظ سطح زبانی و رشدی استفاده می کنند. آسیب ها در زمینه های شروع ارتباط، پیچیدگی موضوع، اصلاح ارتباط و برخی جوانب روایتی مطرح است.

مهارت های تحصیلی

- کودکان DS با روشی متفاوت از آنچه در فراگیری طبیعی معمول است به خواندن دست می یابند. آن ها بیشتر به شناخت کل کلمه تکیه می کنند تا به تجزیه واج شناختی.

فصل چهارم

اختلالات فراگیر رشدی و اتیسم

بابک پسری ۴ ساله است که از طرف پزشک متخصص اطفال جهت بررسی به روانپزشک اطفال معرفی شده است. والدین اظهار میکنند که کودک تا سن ۵/۱ سالگی از نظر گردن گرفتن، نشستن و راه افتادن کاملاً طبیعی ولی شروع تکلم با تاخیر بوده است. در حدود ۲ سالگی خانواده متوجه پس رفت تکلمی کودک شده اند به طوری که کلمات قبلی را استفاده نمی کرده و یا نابجا و غلط استفاده می کرده است. در حال حاضر در برقراری روابط با همسالان مشکل دارد و قادر به دوست یابی نیست. هنگام حضور در مهد کودک بصورتی رفتار می کند که گوئی هیچ کس در کلاس حضور ندارد. تماس چشمی محدود است و یا خیره می شود.

در مقابل رفتار محبت آمیز والدین واکنش نشان نمی دهد. در خانه بیشتر در خودش است و به نظر می رسد در دنیای خیالی خودش سیر می کند. کلمات و جملات دیگران را بدون درک مفاهیم تکرار میکند و گاه عبارات شنیده فعلی را تکرار می کند. کمتر از ضمیر من استفاده می کند و خودش را به نام صدا می کند. مفاهیم و دستورات را درک می کند ولی توجه و تمرکز خیلی کم است بطوریکه کوچکترین محرک محیطی موجب حواس پرتی در او می شود. حرکات تکراری دارد مثلاً مدت‌ها با چرخ ماشین اسباب بازی سرگرم می شود و یا ساعتها کلید برق را خاموش و روشن می کند و یا با دکمه های کنترل تلویزیون بازی می کند. علاقه ی خاصی به وسایل مکانیکی دارد مثلاً حرکت پنکه، ماشین لباسشویی و یا صدای جارو برقی توجه او را جلب می کند. از طرف دیگر به آگهی های تبلیغاتی علاقه ی خاصی نشان می دهد و ریتم کلام و آهنگ ها را به صورت طوطی وار تکرار می کند. گاهی اوقات دستش را در وضعیت غیر عادی نگه می دارد و یا مرتب با دست به صورتش ضربه می زند. مدت‌ها درگیر تکان خوردن، چرخیدن،... می شود. عادات خاصی دارد مثلاً در خانه از مسیر مشخصی حرکت می کند. با اسباب بازی هایش درست بازی نمی کند مثلاً با ترتیب معین آنها را در رختخوابش می چیند بطوریکه خلاف آن موجب آشفتگی او می گردد.

از طرف دیگر در بررسی های آزمایشگاهی ، نوار مغزی و سیتی اسکن انجام شده مورد خاصی نشان داده نشده است .با توجه به تاریخچه ،ارزیابی روانشناسی و روانپزشکی ،کودک مبتلا به اختلال اتیستیک است .

- اختلالات فراگیر رشدی (pervasive developmental disorders PDDs) اختلالات روانپزشکی هستند که طیفی از مشکلات اجتماعی شدن- برقراری ارتباط و رفتار را از خود نشان می دهند.
- اتیسم برای اولین بار در سال ۱۹۴۳ توسط لئو کانر روان پزشک اتریشی معرفی شد. وی بیان کرد که این سندرم در کودکان والدین سرد دیده می شود.
- تا قبل از سال ۱۹۸۰ کودکانی که علائم اتیسم را داشتند، به عنوان زیرگروهی از اسکیزوفرنی کودکان طبقه بندی می شدند.
- به طور رسمی و برای نخستین بار در سال ۱۹۸۰ در DSM-3، اختلال اتیسم با عنوان اختلال نافذ رشد (P.D.D) به صورت یک اختلال مربوط به روان پزشکی کودکان معرفی شد.
- چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی (DSM-4)، سمپتوم های ضروری برای تشخیص اختلال اتیسم را در سه حوزه نارسایی های اجتماعی، نارسایی های ارتباطی و الگوهای تکراری و کلیشه ای در رفتار، علایق و فعالیت ها که قبل از ۳ سالگی بروز می کند، معرفی کرده است. هم چنین DSM-4، چهار اختلال نافذ رشد دیگر با عنوان اختلال آسپرگر، اختلال رت، اختلال تجزیه کودکی و اختلالات نافذ رشد که به گونه دیگر مشخص نشده است، معرفی کرده است که ویژگی همه آن ها نقص در مهارت های اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای کلیشه ای است.

<p>۱- تخریب قابل ملاحظه در استفاده از رفتارهای غیر کلامی متعدد مثل نگاه رودررو- حالات چهره- ژست های بدنی و اشارات تنظیم کننده تعامل اجتماعی (gestures to regulate social interaction)</p> <p>۲- فقدان تعامل اجتماعی یا عاطفی</p> <p>۳- فقدان تلاش برای مشارکت دادن دیگران در شادی- علایق و موفقیت های خود</p> <p>۴- ناتوانی در گسترش روابط مناسب با همتایان</p>	<p>آسیب کیفی در تعامل اجتماعی (حداقل ۲ مورد)</p>
<p>۱- تاخیر یا فقدان زبان گفتاری که با تلاشی برای جبران با اشکال دیگر برقراری ارتباط همراه نشده است</p> <p>۲- آسیب مشخص در توانایی شروع و حفظ مکالمه هنگامی که گفتار موجود است</p> <p>۳- استفاده از زبان کلیشه ای و تکراری یا زبان مخصوص به خود</p> <p>۴ فقدان بازی تقلیدی یا نمایشی متنوع و مناسب</p>	<p>آسیب کیفی در برقراری ارتباط (حداقل یک مورد)</p>
<p>۱- اصرار بر یکنواختی- وابستگی غیر قابل انعطاف به آداب یا تشریفات خاص غیر کاربردی</p> <p>۲- اشتغال دائم مخصوصاً با قسمت هایی از اشیاء مانند چرخ های یک ماشین اسباب بازی</p> <p>۳- عادات حرکتی کلیشه ای یا تکراری مخصوص از قبیل تکان خوردن یا دست زدن</p> <p>۴- مشغولیت زیاد با الگوهای کلیشه ای و محدود علایق</p>	<p>الگوهای محدود رفتار- علاقه و فعالیت ها (حداقل یک مورد)</p>
<p>تاخیر یا عملکرد غیر طبیعی قبل از ۳ سالگی در رشد اجتماعی- زبانی که برای ارتباط اجتماعی بکار برده می شود یا بازی که نمی توان آن را با اختلال رت یا اختلال از هم پاشیدگی دوران کودکی بهتر توجیه کرد.</p>	

• ۳ نوع شروع کلینیکی برای اتیسم در نظر گرفته اند:

- کودک علائم اختلال را در مدت کوتاهی بعد از تولد نشان می دهد و نشانه های آن شامل فقدان واکنش های قابل پیش بینی نسبت به در آغوش گرفتن، لبخند زدن و ارتباط چشمی ضعیف می باشد.

- کودک تا سنین دو تا ۳ سالگی طبیعی به نظر می رسد و سپس پس رفت نموده و مهارت های قبلی خود را از دست می دهد. در این نوع شروع نشانه ها ممکن است زودتر آشکار شوند اما برای تشخیص گذاری کافی نمی باشند.

- شروع بعد از ۳ سالگی می باشد که به آن شروع تاخیری می گویند.

سندرم اسپرگر

<p>۱- تخریب قابل ملاحظه در استفاده از رفتارهای غیرکلامی متعدد مثل نگاه رودررو- حالات چهره- ژست های بدنی و اشارات تنظیم کننده تعامل اجتماعی</p> <p>۲- فقدان تعامل اجتماعی یا عاطفی</p> <p>۳- فقدان تلاش برای مشارکت دادن دیگران در شادی- علایق و موفقیت های خود</p> <p>۴- ناتوانی در گسترش روابط مناسب با همتایان</p>	<p>آسیب کیفی در تعامل اجتماعی (حداقل یک مورد)</p>
	<p>تاخیر مشخصی از نظر بالینی در رشد زبانی یا شناختی وجود ندارد</p>
<p>۱- اصرار بر یکنواختی- وابستگی غیر قابل انعطاف به آداب یا تشریفات خاص غیر کاربردی</p> <p>۲- اشتغال دایم مخصوصا با قسمت هایی از اشیا مانند چرخ های یک ماشین اسباب بازی</p> <p>۳- عادات حرکتی کلیشه ای یا تکراری مخصوص از قبیل تکان خوردن یا دست زدن</p> <p>۴- مشغولیت زیاد با الگوهای کلیشه ای و محدود علایق</p>	<p>الگوهای محدود رفتار- علاقه و فعالیت ها (حداقل یک مورد)</p>

اختلال رت

	رشد و اندازه طبیعی دور سر در طول ۵ ماه اول زندگی
<p>۱- کاهش سرعت رشد سر</p> <p>۲- از دست دادن حرکات هدفمند دست و رشد حرکات کلیشه ای</p> <p>۳- از دست دادن تعاملات اجتماعی</p> <p>۴- ناهماهنگی در راه رفتن و حرکات بدنی</p> <p>۵- آسیب دیدگی شدید رشد زبانی و شناختی</p>	شروع تمام موارد بعد از حداقل ۵ ماه رشد طبیعی

اختلال از هم پاشیدگی دوران کودکی

	رشد ظاهرا طبیعی در ۲ سال اول که با ارتباط- روابط اجتماعی- بازی و رفتار سازشی متناسب با سن مشخص می شود.
<p>۱- برقراری ارتباط</p> <p>۲- مهارت های اجتماعی یا رفتار سازشی</p> <p>۳- کنترل ادرار یا مدفوع</p> <p>۴- بازی</p> <p>۵- مهارت های حرکتی</p>	از دست دادن عمده مهارت های کسب شده قبلی (قبل از ۱۰ سالگی) در:
<p>۱- آسیب کیفی در تعامل اجتماعی</p> <p>۲- آسیب کیفی در برقراری ارتباط</p> <p>۳- الگوهای محدود و تکراری و کلیشه ای رفتار- علایق و فعالیت ها از جمله حرکات کلیشه ای</p>	عملکرد غیر طبیعی در: (حداقل ۲ تا)

آسیب شدید و فراگیر در تعامل اجتماعی و برقراری ارتباط یا رفتار- علایق و فعالیت های کلیشه ای وجود دارد- معیاری برای سایر PDD های خاص معرفی نشده است.

ممکن است شامل شروع دیررس- علایم غیرمعمول یا علایم زیر حد آستانه باشد.

• تحولات صورت گرفته در DSM-5

➤ به دلیل مشکلاتی که در تفکیک اختلال اوتیسم، اختلال اسپرگر، اختلال رت و اختلال تجزیه کودکی وجود داشت، DSM-5 همه این اختلالات را حذف کرده و آن ها را تحت لوای "اختلال طیف اوتیسم" معرفی کرده است.

➤ معیارهای لازم برای تشخیص اختلال طیف اوتیسم (Autism Spectrum disorder(ASD):

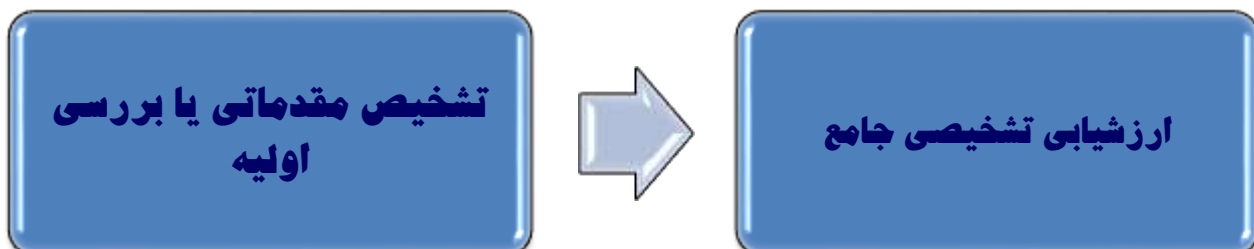
(۱) نقایصی در ارتباط اجتماعی و تعاملات اجتماعی

(۲) فعالیت ها، علایق و رفتارهای تکراری محدود شده

➤ سطح شدت برای اختلال طیف اوتیسم، روی یک پیوستار تعیین می شود :

سطح ۱: نیازمند به حمایت، سطح ۲: نیازمند به حمایت زیاد و سطح ۳: نیازمند به حمایت بسیار زیاد.

□ مراحل تشخیص اوتیسم



تشخیص مقدماتی یا بررسی اولیه

- در این مرحله تست غربالگری رشد کودک توسط پزشک کودک انجام می شود
- ابزارهای غربالگری:
 - چک لیست اتیسم دوران طفولیت CHAT
 - ابزار سنجش اتیسم در ۲ سالگی STAT
 - پرسش نامه روابط اجتماعی برای کودکان ۴ سال و بزرگتر SCQ

ارزشیابی تشخیصی جامع

- تشخیص دقیق توسط تیمی متشکل از روانپزشک کودک، نورولوژیست، روانشناس، کاردرمانگر و گفتاردرمانگر
- در مرحله تشخیص جامع بهتر است فعالیت های زیر صورت گیرد:
 - مصاحبه تشخیصی اتیسم ADI-R: به کمک والدین تکمیل می شود
 - نیمرخ مشاهده تشخیص اتیسم ADOS-GD: بررسی رفتارهای اجتماعی و ارتباطی کودک از طریق مشاهده
 - CARS

بیماری های همراه با اختلال اتیستیک

- عقب ماندگی ذهنی:
 - ✓ ۷۵٪ این کودکان عملکرد هوشی در حد عقب ماندگی را نشان می دهند
 - ✓ یک پنجم تمام کودکان در خود مانده هوش غیرکلامی طبیعی دارند « دانشمندان کودن

• صرع:

✓ از هر ۴ کودک مبتلا به اختلال اتیستیک یک نفر دچار صرع می شود که اغلب در سنین اوایل طفولیت یا نوجوانی بروز می کند.

• بیماری های جسمی:

✓ عفونت دستگاه تنفس فوقانی

✓ مشکلات گوارشی

• سندرم X شکننده

<p>✓ کودکان دارای عقب ماندگی ممکن است برخی از مشخصات اتیسم را داشته باشند اما به این معنی نیست که می توانند برچسب اتیسم بگیرند</p> <p>✓ کودکان اتیستیک ممکن است مشکلات هوشی داشته باشند یا از هوش طبیعی برخوردار باشند</p> <p>✓ کودکان دارای اختلال هوشی معمولاً در مهارت های ارتباطی و اجتماعی بهتر از کودک اتیستیک با همان میزان بهره هوشی عمل می کنند.</p>	<p>Developmental delay/ intellectual disability</p>
<p>✓ خطر ابتلا به اتیسم و سایر اختلالات neurodevelopmental در کودکان در معرض الکل در دوران جنینی زیاد است</p>	<p>Fetal alcohol spectrum disorders</p>

<p>✓ سندرم X شکننده</p> <p>✓ توپروس اسکروزیس</p> <p>✓ سندرم آنجلمن</p> <p>✓ سندرم رت</p>	<p>Genetic syndrome</p>
<p>✓ در اوتیسم رفتارهای کلیشه ای وجود دارد.</p> <p>✓ مشکلات عاطفی رفتاری هیجانی در اوتیسم از همان ابتدا به شکل اولیه بروز می کند ولی در کم شنوایی ثانویه است.</p> <p>✓ مشکلات کاربرد شناختی در اوتیسم اولیه است و در کم شنوایی ثانویه</p> <p>✓ رفتار های ویژه اوتیستیک که در کم شنوایی وجود ندارد:</p> <p>عدم تماس چشمی، پاسخ های نامناسب یا نامتعادل حسی،</p> <p>عدم ثبات عاطفی، عدم توجه به حضور افراد.</p>	<p>Hearing Impairment</p>
<p>✓ وسواس فکری-عملی (OCD)</p> <p>✓ Anxiety</p> <p>✓ Depression</p> <p>✓ Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD)</p> <p>✓ اختلال خودسری نافرمانی (ODD)</p> <p>✓ Tourette syndrome</p> <p>✓ اسکیزوفرنی</p>	<p>Mental health disorders</p>

	Psychosocial (e.g., neglect)
کودکان دارای اوتیسم اغلب مشکلات حسی دارند. ممکن است کودکی مشکلات حسی داشته باشد اما ویژگی های اوتیسم مثل مشکلات اجتماعی را نداشته باشد	Sensory problems
کودک دارای اختلال زبانی از فرم های غیر کلامی جهت برقراری ارتباط استفاده می کند.	Speech/language disorder

□ علت شناسی اوتیسم

یافته های حاصل از مطالعات ژنتیک و وراثت:

- اگر یکی از دوقلوهای یک تخمکی مبتلا به اوتیسم باشد، آن دیگری با احتمال ۳۰ تا ۹۰ درصد دارای این اختلال خواهد بود .
- اگر کودکی مبتلا به اوتیسم باشد احتمال اینکه برادر یا خواهرش اختلال اوتیسم داشته باشد حدود ۶ درصد است.
- ناهنجاری کروموزوم شماره ۱۱ بیشتر با حضور این اختلال همراه است.
- برخی افراد مبتلا به اوتیسم فاقد یک ژن خاص به نام نوروکسین ۱ هستند. این ژن، پروتئینی تولید می کند که برای رشد اولیه مغز و ارتباطات عصبی اهمیت دارد.
- در دختران مبتلا به اوتیسم احتمال اختلال در ژن کد کننده پروتئین کاتنین وجود دارد.
- دو ناحیه بر روی کروموزوم های ۲ و ۷ در برگیرنده ژن های مسئول در خودماندگی است

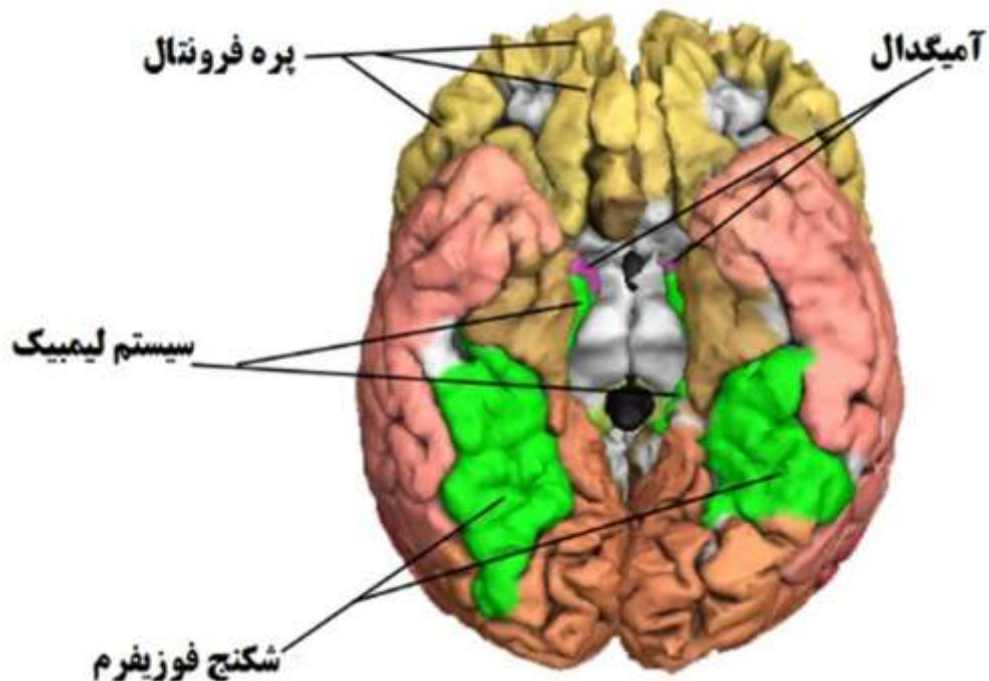
- مکان های مشابهی ب روی کروموزوم های ۱۶ و ۱۷ یافت شد
- هنوز در اینکه کدام کروموزوم ها یا ژن ها بیشترین نقش را بازی می کنند، اتفاق نظر وجود ندارد. بعضی پژوهشها بر این باورند که ۵ تا ۱۱ ژن ممکن است مسئول اختلال طیف اوتیسم باشند. سایر محققان بر این باورند که جستجوی ژن های مسئول اوتیسم قابل تشخیص نخواهد بود زیرا اوتیسم خود یک اختلال نامتجانس است و ممکن است دهها یا صدها ژن در آن دخیل باشد

تفاوت های مربوط به تراکم سیناپسی افراد اتیستیک با افراد عادی:

- در مقایسه ساختار مغز افراد مبتلا به اوتیسم با افراد عادی دانشمندان دریافته اند که در افراد مبتلا به اوتیسم به طور معمول، اندازه مغز و تراکم سیناپسی ناهنجار یهایی را نشان می دهد. کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر ماکروسفالی دارند.
- در یک دوره ای از زمان تراکم سیناپسی بسیار کمتری را در برخی مناطق مغز و تراکم سیناپسی بسیار زیادی را در سایر مناطق مغز نشان می دهند. این توزیع غیرعادی در تراکم سیناپسی مغز ممکن است ناشی از عدم رشد تکاملی مغز افراد مبتلا به اوتیسم باشد.
- پیش از تولد و در طول کودکی مغز با تشکیل ارتباطات عصبی تازه و انباشت نورو نها به رشد قابل توجهی می رسد. در سال های پس از آن ارتباطات عصبی با فعالیت بالا، تقویت می شوند. درحالیکه ارتباط های عصبی با فعالیت کمتر، غیر فعال شده یا از بین میروند. این فرایند که کاهش عصبی نامیده می شود یک روند طبیعی است و به مغز امکان میدهد که کارآمدتر عمل نماید. کاهش سیناپسی ممکن است در میان افراد مبتلا به اوتیسم درست رخ ندهد. مغز این کودکان ممکن است ارتباط های عصبی زیادی را در مناطقی حفظ کند که مورد نیاز نیست و ارتباط های عصبی کمتری را در مناطقی حفظ کند که زیاد به کار میروند.

تفاوت های ساختاری و عملکرد مغزی:

- افراد مبتلابه اوتیسم بیشتر ناهنجاری هایی را در ساختار و کارکرد برخی نواحی مغز نشان میدهند. سه منطقه مغزی مهم در این باره عبارت اند از: آمیگدال، شکنج فوزیفرم و بخش هایی از قشر پری فرونتال.
- این مناطق در ادراک، پردازش و پاسخدهی به اطلاعات اجتماعی نقش های مهمی بازی می کنند. به همین خاطر پژوهشگران اصطلاح "مغز اجتماعی" را برای این سه منطقه بکار می برند.
- تحقیقات دیگر: افزایش اندازه در لوب پس سری، آهیانه و گیجگاهی
- آمیگدال و هیپوکامپ
- مخچه



تکامل شناختی اجتماعی:

- ناکارآمدی مغز اجتماعی به مشکلات زود هنگام در رشد شناخت اجتماعی کودکان منجر می شود. ناکارآمدی مغز اجتماعی موجب می شود که افراد مبتلا به اوتیسم اطلاعات اجتماعی را به شیوه ای متفاوت از همسالانی که رشد بهنجار دارند، بفهمند و به آن پاسخ دهند. مشکلات شناخت اجتماعی در کودکی نمایان می شود و به رشد کمبودهای اجتماعی شدید و عقب ماندگی در سخن گفتن منجر می شود.
- عوامل موثر بر پردازش متفاوت اطلاعات اجتماعی توسط کودکان اوتیستیک:
نبود توجه مشترک، مشکلات با جهت گیری اجتماعی، عقب ماندگی و فقدان همدلی
- یکی از روشهای عمده ای که کودکان درباره محیط پیرامون خود می آموزند، توجه مشترک است. در کودکانی که مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده شده است، در طول دو سال اول زندگی اغلب مشکلات مشخصی را در توجه مشترک به ویژه در راه اندازی توجه مشترک نشان می دهند.
- نابهنجاری های مغزی ممکن است زیربنای مشکلاتی با جهت گیری اجتماعی را تشکیل دهند. کودکان مبتلا به اوتیسم در جهت گیری اجتماعی مشکلاتی را نشان می دهند. این کودکان بیشتر دور یا گوشه گیر به نظر میرسند. فقدان تفاهم اجتماعی موجب می شود که آنها در اطلاعات اجتماعی مهم به ویژه اطلاعات حاصل از چهره های مردم مشکل داشته باشند.
- کودکان در ۱۸ و ۲۴ ماهگی توانایی بازی نمادین را به دست می آورند. کودکان مبتلا به اوتیسم هنگامی که شروع به بازی نمادین می کنند، بیشتر ساده انگارانه و مکانیکی وارد عمل می شوند. بازی وانمودی کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر بسیار تکراری و بدون موضوع های استادانه و قابل انعطاف است.
- علت اهمیت بازی وانمودی: بازی وانمودی سرآغاز سخن گفتن کودکان است. کودکان زمانی به نشان دادن بازی وانمودی تمایل پیدا می کنند که توانایی بازنمایی های ذهنی پیچیده را به دست آورده اند. واژه ها

نمادهایی هستند که اشیاء و رویدادها را بازنمایی می کنند. از این رو به نظر می رسد که عقب ماندگی در بازی وانمودی ممکن است با عقب ماندگی و کمبود در سخن گفتن افراد مبتلا به اوتیسم ارتباط داشته باشد. فقدان بازی وانمودی از سوی کودک ۲۴ ماهه به قدری مهم است که می تواند نشانه اولیه اوتیسم باشد.

- کودکان مبتلا به اوتیسم در جنبه ویژه ای از شناخت اجتماعی به ویژه همدلی کمبودهایی را نشان می دهند. (مشکلات مربوط به نظریه ذهن) « کودکان مبتلا به اوتیسم، کوری ذهن نشان می دهند یعنی اغلب نمی توانند درک کنند که دیگران حالت های روانی دارند و این حالت ها اعمال آن ها را باعث می شوند و هدایت می کنند

علل زیستی محیطی

- رخدادهای حین بارداری و عوامل تأثیرگذار بر آن :
 - کمبودهای تغذیه ای مادر به ویژه اسیدفولیک
 - بالا بودن سن پدر و مادر
 - عفونتهای دوران بارداری
 - اختلالات متابولیکی
 - مصرف داروها
 - ابتلاء به برخی بیماریها در دوران بارداری
 - هیپوکسی و ضربه به سر در هنگام تولد
 - عفونتها و التهابهای مغزی در دوران شیرخوارگی

□ ویژگی های اتیسم

پروفایل شناختی

- سطوح عملکرد شناختی در کودکان اتیستیک طیف وسیعی دارد از عقب ماندگی شدید تا بهره هوشی بالا.
- دو اصطلاح مورد استفاده برای توصیف زیرگروه های کودکان براساس عملکرد هوشی:

IQ>70 :High –functioning (۱)

IQ<70 :Low -functioning (2)

حافظه

- بی ثباتی یافته ها یکی از مشکلات مربوط به مطالعات حافظه در افراد مبتلا به اتیسم است.

یافته ها:

- این کودکان از استراتژی های سازماندهی یا بافتی برای حمایت از حافظه استفاده نمی کنند. مثلاً کلمات را به شکل تصادفی به خاطر می آورند و از سازماندهی معنایی یا نحوی استفاده نمی کنند.
- پیچیدگی آیتم ها یک فاکتور مهم در نوع عملکرد کودکان اتیستیک است. مثلاً به یادآوری اعداد برایشان آسان بوده و جملات سخت تر و داستان از همه سخت تر است.
- حافظه دیداری در مورد برخی از آیتم ها و مواد، به عنوان نقطه قوت برای آن ها محسوب می شود اگرچه پیچیدگی محرک ها بر عملکرد تاثیرگذار است. مثلاً عملکرد خوب در تکالیف تمییز دیداری، یادآوری تصاویر روزمره.
- حافظه کاری کلامی سالم است.

- حافظه بینایی فضایی آسیب دیده است.

توجه

- مشکل در توجه انتخابی: در فیلتر کردن محرک های حواس پرت کن دچار مشکل هستند.

- مشکل در تغییر توجه (shifting)

- Sustained attention: براساس نتایج مطالعات مشکلی در این زمینه مشاهده نشده است.

- Divided attention: مشکل دارند.

- افراد اوتیستیک در انتقال توجه از جزء به کل مشکل دارند => تئوری انسجام مرکزی

- Joint attention

- **تعریف انسجام مرکزی:** فرآیندی است که در آن تکه های گوناگون اطلاعات با یکدیگر یکپارچه شده و در

زمینه و محتوایی خاص دارای معنا می گردند. نقص در این فرآیند می تواند منجر به توجه غیر طبیعی به

جزئی از اطلاعات و ترجیح دادن جزء نگری بر کلیات محیط گردد

- ضعف در انسجام مرکزی بعنوان یکی از تئوری های مطرح در توصیف نحوه ی پردازش های دیداری افراد

اوتیستیک می باشد.

- یک نمونه آزمایش « **بازشناسی شیء:** بازشناسی شیء یکی از فرایندهای پایه و پیچیده درکی - شناختی

است که طی آن سیستم دیداری به آسانی و اتوماتیک در محیط قادر به تشخیص اشیاء گوناگون، از منظرهای

مختلف و حتی در حالات مبهم و غیر واضح می باشد.



- یکی از روش های موجود در تحقیقات بازشناسی شیء، ادراک تصاویر گسسته ی اشیاء می باشد. طی آن، مغز از مکانیسم هایی استفاده می کند که در نهایت منجر به بازشناسی کل شیء از طریق قطعه های موجود و ناکامل تصویر آن شیء می شود. چنین پردازش هایی موسوم به فرآیند تکمیل دیداری می باشند، که آگاهانه نبوده و به فرد اجازه می دهد تا اشیاء ناکامل و یا پوشیده شده را به صورت کلی ادراک کند. طی این مکانیسم مغز به طور اتوماتیک قادر به پر کردن اطلاعات از دست رفته و بازنمایی کامل آن براساس تکه های ناکامل می گردد، که از آن به بندش ادراکی (Visual closure) نیز نام می برند.

AAAAAAA

AAAAAAA

AA

AAAAAAA

AAAAAAA

AA

AAAAAAA

AAAAAAA

EEEE

EE EE

EE EE

EEEEEEEE

EEEEEEEE

EE EE

EE EE

EE EE

تفکر عملکرد بهتر افراد اُتیسیم در پردازش های جزءنگرانه ی دیداری ، در تعدادی از مطالعات این حیثه به چالش کشیده شده و قطعیت این موضوع را با سؤال روبرو کرده است

علی با مادرش در پارک بازی می کرد. هواپیمایی بالای سرشان در پرواز بود. علی با هیجان به بالا نگاه کرد. سپس نگاهش را به سمت مادرش برگرداند و در آخر به هواپیما اشاره کرد. مثل اینکه بگوید: مامان اونو ببین! مادرش به جایی که او اشاره می کرد نگاه کرد و در پاسخ گفت: آره علی، اون یه هواپیماست! علی توجه مادرش را بدون آن که چیزی از وی بخواهد به سمت هواپیما جلب کرده بود. او تنها می خواست تجربه اش از دیدن هواپیما را با مادرش به اشتراک بگذارد. او مادرش را در یک موقعیت توجه اشتراکی سهیم کرده بود.

• منظور از توجه اشتراکی توانایی فرد در تمرکز بر اطلاعات موجود در کانون توجه دیداری خویش به موازات

اطلاعات موجود در کانون توجه دیداری فرد دیگر است. در جریان توجه اشتراکی، دو فرد فعالانه توجه شان را

معطوف یک شی، موقعیت یا رویداد می کنند. این توانایی مستلزم شناسایی کانون توجه فرد مقابل است.

• دو نوع توجه اشتراکی وجود دارد:

۱) پاسخ به توجه اشتراکی: توانایی کودک در دنبال کردن جهت نگاه- وضعیت سر یا سایر ژست های فرد دیگر به نحوی که موضوع دیداری وی را دریابد.

۲) شروع توجه اشتراکی: توانایی کودک در هدایت توجه دیگران به موضوع دیداری خویش با استفاده از انواع ژست ها یا نگاه متناوب بین اشیا و افراد

• رشد بهنجار توجه اشتراکی:

در سنین ۹ تا ۱۸ ماهگی به تدریج تکامل می یابد.

• تفاوت توجه اشتراکی و درخواست کردن:

توجه اشتراکی کارکرد خبری دارد: به اون شی جالب نگاه کن => پاداش توجه اشتراکی: تعامل اجتماعی است

درخواست کردن کارکرد امری دارد و به منظور دستیابی به یک شی یا جلب همکاری شخص دیگر صورت می پذیرد: اون شی را بده به من => پاداش درخواست کردن غیر اجتماعی است.

✓ مطالعات نشان داده که کودکان اتیستیک در شروع توجه اشتراکی و نیز پاسخ به آن نارسایی دارند ولی رفتارهای درخواستی آن ها سالم است.

✓ نقص مهارت توجه اشتراکی خاص اختلالات اتیستیک است. در مقایسه با کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی و کودکان با تاخیر زبانی با سطح رشدی یکسان، نقص توجه اشتراکی تنها در کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک دیده می شود.

✓ این نقص ها هم در شروع توجه اشتراکی و هم در پاسخ به آن دیده می شود. با این تفاوت که نارسایی در پاسخ به توجه اشتراکی شاید در طول رشد بهبودی یابد. لذا نارسایی در شروع توجه اشتراکی شاخص تشخیصی بهتری برای اتیسم است.

✓ نارسایی در تمام مبتلایان یعنی نونهالان تا نوجوانان دیده می شود.

✓ نارسایی توجه اشتراکی یکی از ابتدایی ترین نشانه های اختلالات اتیسم است که قبل از یک سالگی قابل ردیابی است.

✓ رشد توجه اشتراکی پیش نیاز رشد سایر کنش های عالی شناختی مثل زبان است. همچنین همبستگی هایی بین توجه اشتراکی با بازی های نمادین، نظریه ذهن و توانایی شناختی-اجتماعی در کودکان مبتلا به اتیسم پیدا شده است.

پردازش حسی sensory perception

حس کردن دنیای خارج نیازمند دریافت- پردازش کافی و تفسیر اطلاعات حسی است. درونداد یا اطلاعاتی که از محیط دریافت می کنیم به شکل انرژی توسط سلول های ویژه ای در بدن دریافت شده (گیرنده های حسی) و سپس در مغز رها می گردد. این دستکاری ساده اطلاعات پردازش حسی نامیده می شود.

انواع گیرنده ها: خارجی- داخلی- عمقی

در طی پردازش حسی مغز به طور همزمان کلیه اطلاعات را یکپارچه می سازد که یکپارچگی حسی (sensory integration) نامیده می شود.

هماهنگی اطلاعات حسی و حرکتی به عنوان یکپارچگی حسی-حرکتی (sensorimotor integration) شناخته می شود.

الگوهای پردازش حسی: شامل دو سازه است:

(۱) سازه اول آستانه های عصب شناختی است:

آستانه نقطه ای است که در آن درونداد کافی برای فعال شدن یک سلول عصبی یا سیستم وجود دارد. موقعی که محرکها به اندازه کافی قوی هستند تا آستانه را راه اندازی کنند این موجب فعالیت می شود.

آستانه ها به صورت پیوستار هستند؛

- زمانی که یک شخص آستانه حسی پایینی دارد به این معنی است که شخص به محرکها به صورت کامل توجه می کند و پاسخ خواهد داد چرا که سیستم به سادگی با این وقایع حسی فعال می شود.

- زمانی که یک شخص آستانه بالایی دارد به این معنی است که این شخص محرکهایی را از دست میدهد که افراد دیگر به آسانی به آن توجه میکنند زیرا به محرکهای قویتری برای فعال شدن نیاز دارد.

هر شخص برای توجه کردن و پاسخ دادن به وقایع حسی در زندگی روزانه به دامنه منحصر به فردی از آستانه ها نیاز دارد و این آستانه ها ممکن است برای هر نوع از درونداد حسی متفاوت باشد. برای مثال یک فرد ممکن است به سادگی به صداها توجه کند (برای مثال آستانه پایین برای صدا) اما ممکن است به سایر محرکها به سادگی توجه نکند مانند لمس کردن (برای مثال ممکن است آستانه بالایی به لمس کردن داشته باشد)

(۲) سازه دوم خودگردانی (self-regulation) است:

خودگردانی، سازه رفتاری است که روی یک پیوستار (منفعل-فعال) قرار دارد.

- افرادی که راهبرد منفعلی دارند پس از رویداد به آن واکنش نشان می‌دهند. برای مثال کودک ممکن است در طول بازی به نشستن در بین دو کودک دیگر ادامه دهد حتی اگر صداها محیطی برای او آزار دهنده باشد. زمانی که کودک از همه صداها احساس ناراحتی میکند اما تغییری در وضعیت خود به وجود نمی‌آورد از راهبرد خودگردانی منفعل استفاده میکند.

- در انتهای دیگر این پیوستار افراد از یک راهبرد فعال استفاده میکنند آنها تمایل دارند کارهایی را انجام دهند تا مقدار و نوع دروندادی را که برایشان در دسترس است کنترل کنند. برای مثال کودکی که بین دو کودک دیگر است در صورتی که صداها آزار دهنده باشند به یک مکان آرامتر خواهد رفت. این یک راهبرد خودگردانی فعال برای سازگاری با یک موقعیت است که مقدار درونداد حسی را کنترل پذیرتر میکند.

- هنگامی که این دو پیوستار به هم وصل می‌شوند، چهار الگوی اساسی از پردازش حسی ظاهر می‌شود. این چهار الگو عبارتند از:

راهبرد خودگردانی/ پاسخ های رفتاری		آستانه عصب شناختی
فعال	منفعل	
حس جویی	ثبت پایین	آستانه بالا
اجتناب حسی	حساسیت حسی	آستانه پایین

عملکردهای اجرایی

- تعریف executive functions:

رفتارهای پیچیده شامل قضاوت، حل مسئله، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، کاربردشناسی و توانایی‌های وابسته به شناخت مثل توجه، درک، حافظه و زبان

- افراد اتیستیک در عملکردهای اجرایی دچار نواقصی هستند بخصوص در برنامه‌ریزی (planning)، انعطاف‌پذیری (flexibility) و انتزاع (abstraction)

- بارون کوهن خاطر نشان می‌سازد که رفتارهای تکراری افراد دچار اوتیسم به صورت یک نقص در عملکرد اجرایی قابل تفسیر می‌باشد.

□ ویژگی‌های اجتماعی و عاطفی

تئوری ذهن یا ذهن خوانی

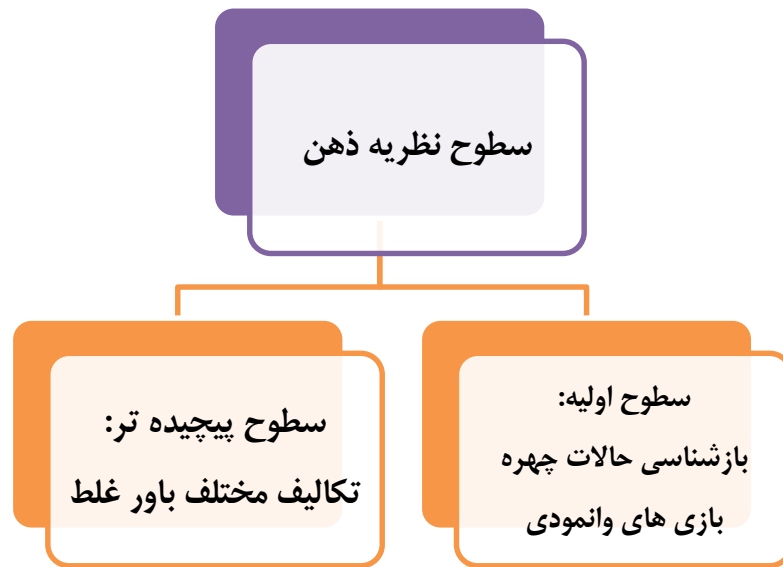
توانایی انتساب حالات روانی (mental state) به دیگری و درک این که پشت این رفتارها و حرکات دیگران

ذهن وجود دارد یعنی قصد، نیت، هدف

تئوری آینه شکسته

چه کسانی دچار اختلال هستند؟

کودکان مبتلا به انواع اختلالات زبانی دوران رشد: اتیسم، ناشنوا، کم‌توان ذهنی...



روند رشد طبیعی نظریه ذهن

۳ ماهگی	<ul style="list-style-type: none"> • بازشناسی حالات چهره و صوت
۶ ماهگی	<ul style="list-style-type: none"> • تعقیب تماس چشمی بزرگسال
یک سالگی	<ul style="list-style-type: none"> • بازشناسی حالات عاطفی مختلف • توانایی واکنش نشان دادن در موقعیت های اجتماعی مختلف • توانایی یادگیری تقلیدی و کاربرد حالات و حرکات ارتباطی

۲ سالگی

- بازی وانمودی
- پی می برند که دیدگاه های دیگران با دیدگاه آن ها تفاوت دارد

۳ سالگی

- در مورد حالات ذهنی صحبت می کنند
- درک آن ها از حالات ذهنی ناقص است و شامل واژه هایی مانند: "من فکر می کنم"، "میدونید چیه؟"

۴ سالگی

- علاوه بر آن که کودکان درک می کنند که دیگران دیدگاه های متفاوتی دارند می توانند قضاوت کنند که باور آن ها درست بوده یا غلط (مفهوم باور غلط)

پس از ۴ سالگی

عوامل موثر بر رشد نظریه ذهن

- شناخت کلی
- توجه
- حافظه کوتاه مدت
- عملکردهای اجرایی
- زبان



نمودار ۱- نقش هر یک از جنبه‌های زبان شامل نحو، واژگان، معنی‌شناسی و کاربردشناسی در رشد نظریه ذهن برحسب نتایج مطالعات

روش های ارزیابی نظریه ذهن

- آزمون ظاهر واقعیت: دریک نمونه متداول از این آزمون اسفنجی را که مشابه یک سنگ رنگ آمیزی شده به آزمودنی نشان می دهیم و از او می پرسیم که «این چیست» پاسخ قاعدتا «سنگ» است. سپس از آزمودنی می خواهیم شئی را لمس کند تا متوجه ماهیت واقعی آن بشود. حال دوباره می پرسیم این واقعا «چیست و شبیه به چه می باشد» انتظار می رود یک کودک در حدود ۴ سالگی بتواند به سؤالات بالا پاسخ های متفاوت (والبته درست) بدهد حال آنکه کودکی در حدود سنی ۳ سال به هر دو سؤال به یک شکل پاسخ می دهد.
- آزمون های باور کاذب: که خود شامل آزمون های اول شخص و دوم شخص است. اجرای صحیح آزمون های اول شخص نیازمند توانائی بازنمائی کردن شرایط ذهنی دیگران وافتراق آن از شرایط ذهنی خود می باشد، حال آنکه آزمون های دوم شخص نیازمند بازنمائی کردن بازنمائی شرایط ذهنی دیگری در ذهن فردی دیگر است.
- دو نمونه متداول آزمونهای اول شخص عبارت اند از: آزمون تغییر محل و آزمون محتوای غیر منتظره

آزمون تغییر محل

- در جریان آزمون تغییر محل یک عروسک شاهد مخفی کردن یک شئی در یک محل خاص است . سپس عروسک مزبور از اطاق خارج می شود و پس از خروج وی از اطاق، محل شئی عوض می شود. در اینجا آزمودنی شاهد تغییر محل شئی بوده اما عروسک خیر. سپس از آزمودنی پرسیده می شود که حالا اگر عروسک وارد اطاق شود در کدام محل به دنبال شئی خواهد گشت؟ بدیهی است که پاسخ درست محل اول است که بطور معمول توسط یک کودک حدوداً ۴ ساله ابراز می شود . اما کودکی با سن تقریبی ۳ سال که قادر به افتراق ذهنیات خود از عروسک یاد شده نیست محل دوم را به عنوان پاسخ اعلام خواهد کرد

آزمون محتوای غیر منتظره

- آزمون محتوای غیر منتظره به این صورت انجام می گیرد که مثلاً در یک جعبه مشخص مداد شمعی مقداری گیره کاغذ قرار می دهیم. پیش از آنکه جعبه باز شود از آزمودنی پرسیده می شود که فکر می کنی در درون این جعبه چه چیزی قرار دارد ؟ قاعدتاً او پاسخ خواهد داد « مداد شمعی ». حال اجازه می دهیم جعبه را باز کند : و آنچه را که در درون جعبه است ببیند. بعد می پرسیم در درون جعبه چیست و قبل از اینکه بازش کنی فکر می کردی درون آن چیست؟ همچنان که در مورد آزمون ظاهر واقعیت ذکر شد پاسخ های معمول کودکی حدوداً ۴ساله متفاوت و درست خواهد بود.

آزمونهای دوم شخص

- نمونه متداولی از آزمونهای دوم شخص به صورت متن زیر عرضه می شود: حمید و علی در پارک هستند . آنها در پارک بادبادک فروشی را می بینند. علی برای آوردن پول جهت خرید بادبادک به خانه می رود. پس از آنکه علی پارک را ترک می کند، حمید می بیند که بادبادک فروش هم پارک را به سمت مدرسه ترک می کند. علی نیز اتفاقاً از پنجره خانه شان که مشرف به حیاط مدرسه است بادبادک فروش را در حیاط مدرسه می بیند. حمید به دنبال علی در خانه شان می رود و از مادر علی می شنود که علی به قصد خرید بادبادک بیرون رفته

است. سؤال این است که در این شرایط حمید برای یافتن علی به کجا خواهد رفت؟ کسب توانائی اجرای درست این آزمون برخلاف آزمون های اول شخص در حدود ۶ سالگی شروع می شود و تا ۳-۴ سال بعد هم تکامل آن بطول می انجامد زیرا پیداست اجرای درست آن نیازمند توانائی های شناختی سطح بالاتری است.

نقائص نظریه ذهن در افراد اتیستیک

- مشکل در پیش بینی رفتارهای دیگران که موجب می شود آنان از افراد دیگر بترسند و از نزدیک شدن به آنها اجتناب کنند.
- اشکال در پیش بینی مقاصد دیگران و فهم انگیزه هایی که در پس رفتارهای آنان وجود دارد.
- اشکال در توضیح دادن رفتارهای خودشان
- اشکال در فهم هیجان های خود و دیگران که سبب فقدان همدلی در آنان می شود.
- اشکال در فهم میزان دانش دیگران، که این حالت منجر به کاربرد زبان غیر قابل فهم توسط آنان می شود.
- ناتوانی در خواندن و واکنش نشان دادن به سطح علاقمندی شنوندگان به آنچه ایشان می گویند.
- ناتوانی برای پیش بینی نظرات دیگران در مورد اعمال خودشان
- ناتوانی در فریب دادن یا فهم حقه بازی و فریب کاری دیگران
- فقدان توجه مشترک
- فقدان فهم تعاملات اجتماعی که باعث می شود فرد در مکالمه با دیگران موضوعات جالب و جذب کننده ای نداشته باشد و از تماس چشمی به صورت نامناسب استفاده کند.
- مشکل در تشخیص راست و دروغ و تمایز واقعیت از افسانه

□ ویژگی های زبانی

- چندین مطالعه نشان می دهند که در حدود یک سالگی کودکان اوتیستیک در مقایسه با کودکان دیگر کمتر به اسم خود و یا به کسی که صحبت می کند واکنش نشان می دهند. همچنین به صدای مادر خود کمتر پاسخ می دهند.
- حدوداً ۲۵٪ والدین کودکان اوتیستیک گزارش داده اند که کودکان در ۱۸-۱۲ تعدادی کلمه می دانسته اند ولی بعداً آنها را فراموش کرده اند (« پسرفت زبان » پس از آغازی طبیعی فقط منحصر به اتیسم است).
- افت زبان در این کودکان وقتی اتفاق می افتد که واژه های بیانی هنوز کم است و خزانه واژگانی رشد چندانی نکرده است.
- مطالعات، ارتباط کمی بین پسرفت زبان و پیش آگهی اختلال نشان داده است. به طور متوسط در کودکانی که پسرفت کلامی داشته اند، به میزان خفیفی نمره بهره هوشی کلامی در سن مدرسه کمتر از کودکانی است که سابقه این پسرفت را نداشته اند.

تولید کلام

- ✓ در میان کودکان اوتیستیک که صحبت می کنند اغلب مهارت های تولید کلام، طبیعی می باشد.
- ✓ رشد تولید گاهی اوقات کمتر از حد طبیعی است:
- یک سوم افراد اوتیستیک با عملکرد بالا و اسپرگر، خطاهای خراب گویی روی صداهایی مثل /r/, /L/, /S/ را تا دوره بزرگسالی حفظ می کنند.

استفاده از واژه ها

(۱) آیا درک و بیان واژه ها در کودکان اوتیستیک شبیه دیگر افراد است؟

۲) آیا چیزی غیرطبیعی درباره نحوه استفاده کودکان اوتیستیک از واژه ها وجود دارد؟

- پاسخ به هر دو سؤال ”بله“ است : یعنی دانش واژگانی کلی ممکن است در آن ها قدرت نسبی داشته باشد، اما کسب واژگانی که مفاهیم وضعیت ذهنی را بازنمایی می کند ممکن است به طور خاص در این اختلال آسیب دیده باشد.

- در کودکان طبیعی در سنین ۱۸ تا ۳۶ ماهگی واژه هایی مانند فکر می کنم، می دانم، تصور می کنم، آرزو می کنم، امیدوارم...به طور خودانگیخته تولید شده و در جای درستی استفاده می شود اما در گفتار خودانگیخته کودکان اوتیستیک دیده نمی شود یا کم است.

پژواک گویی

- تکرار واژه ها و عبارات با آهنگی مشابه است که می تواند بلافاصله بعد از این که کسی واژه یا جمله را به کار برد، اتفاق افتد (فوری) یا با تأخیر انجام شود (تاخیری)

- هدف پژواک گویی فوری:

(۱) ارتباط متقابل

(۲) تاکید و پافشاری

(۳) پاسخ های مثبت

(۴) درخواست

(۵) تمرین برای کمک به پردازش

(۶) خویشنداری

- هدف پژوهش تأخیری: درخواست دوباره ایجاد کردن حسی مثل کودکی که زمین می خورد با لحن همدردی می گوید: "تو خوبی"
- نشان داده شده که پژوهش در اتیسم اغلب برای مقاصد ارتباطی می باشد:
 - زمانی پژوهش می کنند که آنچه را به آن ها گفته شده نفهمند
 - مهارت های زبانی مورد نیاز برای بیان یک جواب درست را نداشته باشند
- اگر چه پژوهش گویی از بارزترین علائم اتیسم است اما همه کودکان اتیستیک پژوهش گویی ندارند و پژوهش گویی نیز فقط در اتیسم دیده نمی شود

استفاده نادرست از ضمائر

- جابجا گویی ضمائر در اتیسم، انعکاس مشکلاتی است که کودکان اتیستیک در مفهوم سازی از خود و دیگران دارند وقتی که آنها در نقش سخنان بین گوینده و شنونده جایگزین می شوند.
- مشکلات آنها در درک نقش سخنان به عملکرد ارتباطی و اجتماعی ضعیف خصوصاً مفهوم درک دیدگاه مربوط می شود و همچنین ممکن است به نقائص اجتماعی هم ارتباط داشته باشد.
 - همه کودکان اتیستیک جابجا گویی ضمائر ندارند و جابجا گویی ضمائر نیز فقط در اتیسم دیده نمی شود.
 - نتایج تحقیقی نشان داد که همه کودکان کم سن اتیستیک مرحله جابه جا گویی ضمائر را داشتند که با بزرگ تر شدن سن، کودکانی که به لحاظ زبان پیشرفته بودند این خطاها را متوقف کردند.

جنبه های زبرزنجیری زبان

- الگوهای آهنگی عجیب یکی از اولین علائم بالینی قابل درک در اتیسم است. آهنگ صدا، اغلب یکنواخت و ماشینی است.

- سطوح فرکانس پایه ای به طور غیرمعمول در گوینده های اوتیستیک، بالا گزارش شده است.
- اختلالات صوت مانند گرفتگی صدا و خیشومی شدگی.
- کنترل ضعیف بر بلندی صدا با نوسانات بدون علت
- نجوا در میان کودکانی که پژواک گویی دارند گزارش شده است

درک زبان

- درک واژگان تأخیر دارد و مانند کودکان طبیعی، خواننده واژگان درکی بیشتر از بیانی می باشد. تداوم این تأخیر معنی دار در درک زبان، یکی از مهم ترین تفاوت های کودکان اوتیستیک با عملکرد بالا از اختلالات ویژه زبان است.
- افراد اوتیستیک در آزمون های درک زبان ضعیف تر از افراد آفازیک یا کم توان ذهنی با همان سن عقلی کلامی عمل می کنند.
- کودکان اوتیستیک مانند گروه کودکان طبیعی از راهکارهای مشابهی برای پردازش جملات استفاده می کنند (تفسیر توالی اسم-فعل-اسم). اما کمتر احتمال دارد که بر اساس معنانشناختی عمل کنند و تفسیر جملات بر اساس احتمال اتفاق در دنیای واقعی است (برای مثال، دانستن این مطلب که احتمال بیشتری وجود دارد که مادر کودک را بغل کند تا کودک مادر را بغل کند). تاگر فلوسبرگ (۱۹۸۱) به این نتیجه رسیدند که کودکان اوتیستیک در کاربردی کردن دانششان در مورد احتمال وقوع وقایع در جهان برای فهمیدن جمله، مشکل دارند.

اربرد زبان

- میزان آغازگری ارتباط خود به خودی، در اوتیسم اغلب خیلی پایین گزارش شده است.

- به ندرت زبان را برای پیشنهاد دادن، خود نمایی کردن، تشکر از شنونده ها، آغاز کردن ارتباط متقابل اجتماعی، یا درخواست اطلاعات استفاده می کنند.
- حتی در کودکان بزرگ تر اوتیستیک با عملکرد بالا، زبان به ندرت برای شرح وقایع اتفاق افتاده در یک بافت مکالمه ای استفاده می شود.
- اشکال در شنیدن، صحبت کردن با خود، اشکال در تعقیب قوانین ادب و نزاکت، و اظهارنظرهای نامربوط در تعداد زیادی از کودکان و بزرگسالان اوتیستیک دیده می شود.
- در مطالعه تعدادی از بزرگسالان اوتیستیک که به لحاظ گفتاری توانمندی خوبی داشتند، مشخص شد که آنها در شناختن موضوعی که به وسیله شریک مکالمه آغاز می شود و در ارائه پیشنهادات مربوط مشکل دارند. آنها در قضاوت در مورد سرنخ های مکالمه، آنچه می توان از ذخایر دانش شنونده انتظار داشت و میزان صحیح اطلاعاتی که در یک عبارت جای می گیرد، مشکل دارند.
- معمولاً سؤالات تکراری در کودکان اوتیستیک به هدف درخواست اطلاعات گفته نمی شود بلکه جنبه ارتباطی دارد و اغلب عملکرد آن، آغاز کردن مکالمه یا جلب توجه است.
- پاول و کوهن (۱۹۸۴) پاسخ به درخواست برای توضیح را در بزرگسالان اوتیستیک و کم توانان ذهنی که به لحاظ هوش غیر کلامی یکسان بودند بررسی کردند. آنها دریافتند گرچه بزرگسالان اوتیستیک توضیح می دادند اما پاسخ های آنها نسبت به افراد غیر اوتیستیک کمتر اختصاصی بود و احتمال کمتری داشت تا اطلاعاتی را به پاسخ بیفزایند که بتواند به شنونده کمک کند.

خواندن

- تعداد زیادی از افراد اوتیستیک علاقه ی اولیه ای به حروف و اعداد دارند و برخی بدون آموزش مستقیم خواندن را می آموزند. این کودکان معمولاً به عنوان بیش روان خوان (Hyperlexia) ارجاع داده می شوند.

آنها معمولاً قبل از مدرسه، خواندن را می آموزند و علاقه خاصی به حروف، خواندن و نوشتن دارند. 10-5٪ کودکان اوتیستیک، بیش روان خوانی دارند، اما بیش روان خوانی مترادف با اوتیسم نیست و در اختلالاتی مثل سندرم ترنر و عقب ماندگی ذهنی دیده می شود.

- مشخصات بیش روان خوان شامل تشخیص پیشرفته واژه ها در کودکانی است که به طور معنی داری دارای ناتوانایی های اجتماعی، زبان شناسی و شناختی اند و یک اشتغال ذهنی وسواسی به خواندن حروف یا نوشتن نشان می دهند و اختلافی معنادار بین تشخیص قوی واژه ها و درک ضعیف از متن خوانده شده وجود دارد. این کودکان اغلب خانواده ها را گیج و مبهوت می کنند زیرا علی رغم ناتوانایی های شدید در حوزه های ارتباطی و اجتماعی در یادگیری واژه ها بسیار خوب عمل می کنند.

- کودکان اتیستیک می توانند پاراگراف های خوانده شده ساده را در سطح مدرسه درک کنند.

- مطالعات زیادی نشان داده اند که نوشتار ابزار مداخله ای سودمندی در این کودکان است. متن های نوشته شده، داستان های اجتماعی، نقاشی ها، کارت های یادآوری کننده و فهرست ها در افزایش رفتارهای ارتباطی کودکان اوتیستیک که توانسته اند بخوانند، مفید هستند. با این وجود، این افراد در درک متون، خصوصاً متن های پیچیده تر و طولانی تر مثل قصه نقائص نسبی دارند.

□ بازی ها و رفتارهای کلیشه ای

- بازی آن ها از تنوع، خلاقیت و هدفمندی برخوردار نمی باشد.

- بسیاری از آنان حرکات کلیشه ای و یکنواخت در عضو خاصی از بدن نشان می دهند یا حرکاتی که یکی از

حواس آن ها را درگیر نماید

- به دلیل کندکاری حسی سعی می کنند با رفتارهای کلیشه ای به برانگیختگی سیستم عصبی در جهت تحریک

حسی عمل نمایند یا به دلیل پرکاری برای کسب آرامش

حس	رفتار کلیشه ای مربوطه
بینایی	پلک زدن مکرر، حرکت دادن دست ها در جلوی چشم ها...
شنوایی	ایجاد صدا با ضربه زدن به گوش، صدا درآوردن با حنجره یا انگشت، نزدیک کردن گوش به منبع صدا
لمس	مالش پوست، خرایدن پوست...
تعادل	حرکت دادن بدن به جلو و عقب یا به پهلوها، دور خود چرخیدن، روی پنجه راه رفتن، حرکت بال زدن در دست ها...
چشایی	در دهان بردن دست یا اشیا و قسمت هایی از بدن، لیسیدن اشیا...
بوایی	بو کردن مکرر اشیا، بو کردن افراد، مالید دماغ، با صدای بلند و مکرر از طریق دماغ نفس کشیدن

□ رفتارهای خودآزارانه

- دلایل متعددی برای این رفتار ها وجود دارد:
 - رهاشدن بتاندروفین
 - صرع ساب کلینیکال
 - عفونت گوش میانی
 - بیش انگیزتگی
 - تندکاری حسی
 - اجتناب از انجام تکلیف
- باید رفتار را تحلیل کرد: مشخص کرد چه اتفاقی قبل از بروز رفتار، ضمن بروز رفتار، بعد از آن اتفاق می افتد

□ باورهای غلط درباره اتیسم

۱- کودکان مبتلا به اتیسم هرگز ارتباط چشمی برقرار نمی کنند.

۲- کودکان اتیستیک نبوغ دارند.

۳- کودکان مبتلا به اتیسم صحبت نمی کنند.

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

۵- اتیسم یک بیماری روانی است.

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

۷- کودکان مبتلا به اتیسم نمی توانند به دیگران لبخند بزنند.

۸- کودکان اتیستیک تماس جسمی محبت آمیز برقرار نمی کنند.

ما می دانیم که این کودکان تحریکات حسی را بگونه ای متفاوت درک می کنند که موجب اشکال در ابراز محبت و برقراری ارتباط عاطفی در آنها می گردد. اما به هر حال این کودکان می توانند محبت کنند. در صورتیکه این کودکان را باور کنیم قادر به داد و ستد عاطفی با آنها هستیم.

□ پیش آگهی

پیش آگهی به دو عامل بستگی دارد:

➤ عملکرد کودک در آزمون های هوش

➤ توانایی زبانی

➤ تاریخچه گیری

فصل پنجم:

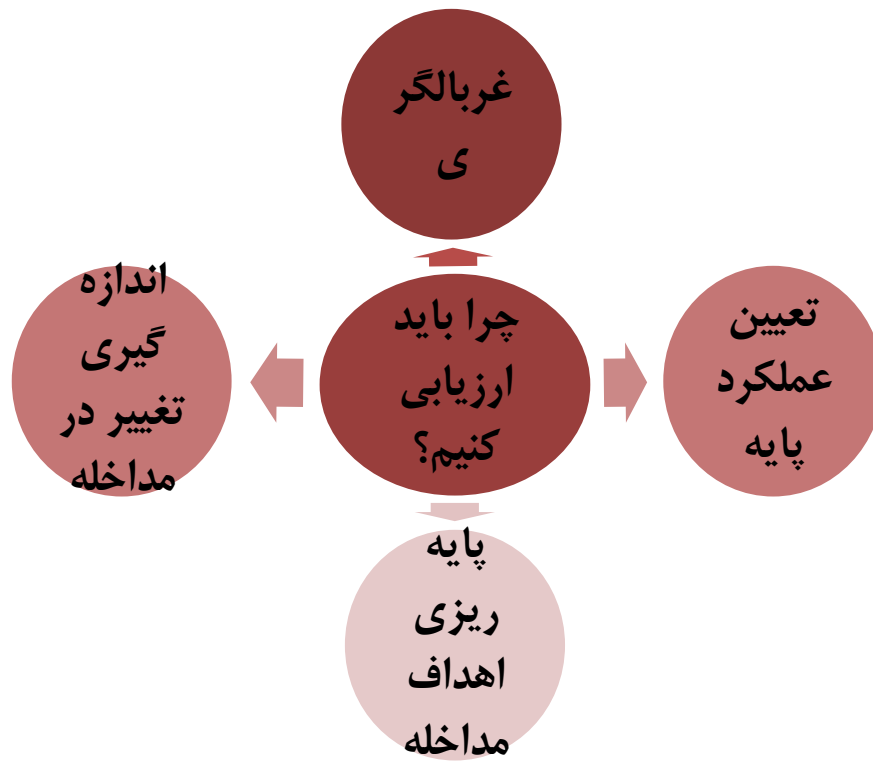
ارزیابی در اختلالات زبانی

□ چه اطلاعاتی باید در فرم تاریخچه گیری اخذ شود؟

- اطلاعات فردی و خانوادگی
- اطلاعات مربوط به رشد کودک
- اطلاعات مرتبط با نوع اختلال



□ ارزیابی



تعیین عملکرد پایه

آزمودن همه حیطه های عملکرد ارتباطی و بیان به صورت کمی: کشف حیطه هایی که فرد در آن مشکل دارد+ حیطه هایی که فرد عملکرد خوبی در آن دارد

بررسی رفتار ارتباطی کودک در چندین موقعیت

پایه ریزی
اهداف مداخله

تعیین
عملکرد پایه

ابتدا از حیطه
هایی که
بیشترین
تاخیر را دارند

اندازه گیری تغییر در
مداخله

تعیین زمان ترخیص بیمار

برای تعیین اینکه آیا اهداف
برنامه بدست آمده اند یا نه

وقتی به همه اهداف شناخته شده در مرحله تشخیصی برنامه رسیده باشد

وقتی به یک وضعیت ثابت و به سطحی رسیده اند که تلاش برای تعدیل و اصلاح برنامه مداخله باعث پیشرفت بیشتر نمی شود

پیشرفت می کنند اما این پیشرفت را نمی توان به برنامه مداخله نسبت داد

چگونه باید ارزیابی کنیم؟

مشاهدات رفتاری

روش های غیراستاندارد یا معیار مرجع

مقیاس های رشدی

آزمون های استاندارد شده

آزمون های استاندارد شده

مزایا:

- اجراء نسبتاً سریع است
- نمره گذاری آن ها نسبتاً روشن و ساده است
- داده های هنجار فراهم می کنند، در نتیجه می توان عملکرد فرد در آزمون را با یک کودک طبیعی مقایسه کرد و تعیین کرد که فرد اختلال دارد یا خیر
- ثبات نتایج آزمون از یک متخصص به متخصص دیگر است
- **معایب:**
- آن چه باید اندازه گیری شود از قبل انتخاب شده است، در نتیجه ممکن است زمینه های مهمی از مشکلات بیمار را مورد نظر قرار ندهد

مقیاس های رشدی

- مقیاس های رشدی ابزارهای مصاحبه یا مشاهده ای هستند که رفتارهای برگرفته از یک دوره تکاملی خاص را نمونه برداری می کنند.
- آن ها بطور کامل استاندارد نشده اند به طوری که نمرات مقایسه استاندارد ارائه نمی دهند بنابراین برای تصمیم گیری اولیه در مورد اینکه آیا یک کودک نقص مشخصی در برقراری ارتباط دارد یا نه مناسب نیستند.
- این مقیاس ها با نشان دادن سطح عمومی معادل سنی که کودک در حیطه های مورد ارزیابی مقیاس ها در آن عمل می کند می توانند برای تعیین عملکرد پایه مفید باشند.

روش های معیار-مرجع یا غیر استاندارد

- جهت تعیین عملکرد پایه و اهداف مداخله بکار می روند.
- این رویکردها غالباً برای برآوردن نیازهای فردی مراجع از سوی درمانگران ساخته می شوند اگرچه برخی به شکل تجاری در دسترس هستند (می تواند ارزیابی مخصوص کودک طراحی کنیم).
- در روش های معیار مرجع نمونه های زیادی بررسی می شود در نتیجه احتمال تصادفی بودن پاسخ از بین می رود مثلاً ۴ مورد پرسیده شود.

• ارزیابی درک

ملاحظات: پرهیز از تفسیر بیش از حد

کنترل محرک های زبان شناختی : از دو جنبه: MLU و واژگان

مشخص کردن پاسخ مناسب(انواع ارزیابی ها):

پذیرش رفتاری - پاسخ به سوالات- اشاره به تصویر- دستکاری شی- قضاوت

• ارزیابی تولید :

تقلید برانگیخته

تولید برانگیخته

تحلیل ساختاری (نمونه گفتار)

بهترین حالت: ترکیب هر سه

مشاهدات رفتاری

مهم ترین جنبه های یک مشاهده عبارتند از:

- تعریف دقیق رفتار یا رفتارهایی که می خواهیم مشاهده کنیم
- استفاده از یک سیستم ثبت کننده مناسب

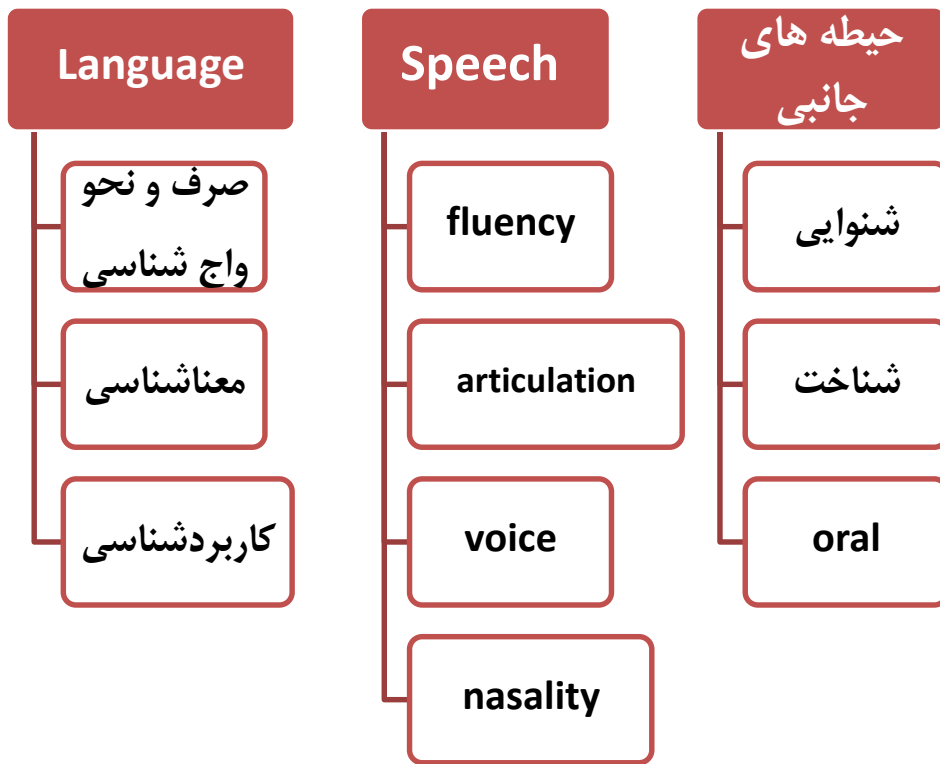
تعیین نحوه ثبت مشاهدات و تهیه فرم

چک لیست

مقیاس های درجه بندی

یادداشت های واقعه نگاری

چه چیزی را ارزیابی می کنیم؟



تعریف صرف و نحو

• تعریف صرف:

در علم صرف چگونگی ترکیب تکواژها با هم و تشکیل واژه مطالعه می شود.

انواع تکواژ آزاد قاموسی: اسم، فعل، صفت، قید

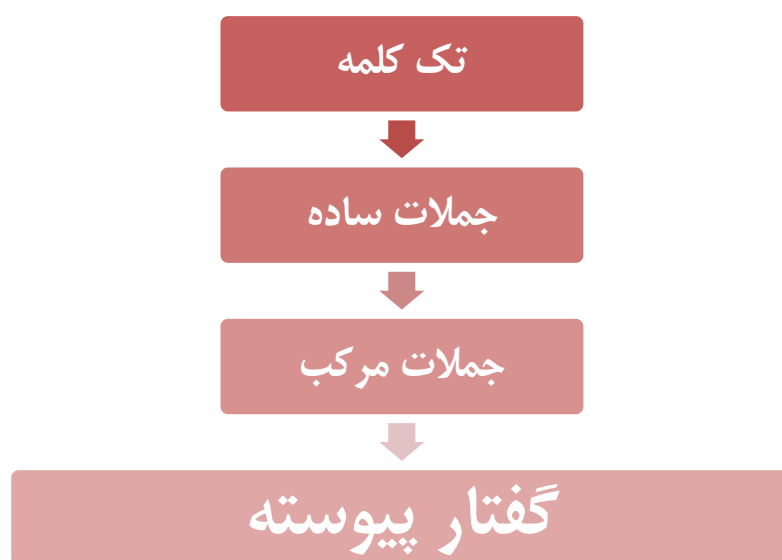
دستوری: حروف اضافه، ضمائر

وابسته اشتقاقی: ستان در گلستان => کلمه جدید ساخته می شود

تصریفی: ان در درختان

- تعریف نحو:

قواعد نحوی هر زبان مشخص می‌کند که واژه‌ها چگونه باید در کنار هم قرار گیرند تا گروه‌ها و جمله‌ها را بسازند.



ارزیابی معنانشناسی

- انواع سطوح ارزیابی:

کلمه

- خزانه واژگان محتوایی (TTR)

- دانش واژگان: اطلاعات بینایی، اطلاعات عملکردی، مقوله ای (کلی و اختصاصی)، ترکیبی < تکلیف
تعریف واژه

- روابط بین کلمات: شمول معنایی، هم معنایی، تضاد معنایی

جمله

ارزیابی کاربردشناسی

(۱) جنبه های کلامی: عمل های گفتاری، انتخاب موضوع و حفظ آن، نوبت گیری، انتخاب صحیح واژگان

(۲) جنبه های فرازبانی: آهنگ گفتار، وضوح گفتار، کیفیت گفتار، روانی

(۳) جنبه های غیر کلامی: رعایت فاصله، پوسچر بدن، ژسچر، بیانات چهره ای، تماس چشمی

حیطه های جانبی:

(۱) شنوایی

(۲) توجه

انواع ارزیابی های توجه

• کودک باید به طور انتخابی روی رنگ جوهری که کلمات با آن نوشته شده تمرکز کند و آن را بازگو نماید (بجای اینکه کلمه نوشته را بخواند) مثلاً کلمه قرمز با جوهر آبی نوشته شده آزمودنی با دیدن آن باید بگوید آبی و کلمه نوشته شده (قرمز) را نادیده بگیرد.

• کودک به صدای ضبط شده ای که کلمات را با سرعت ۳ کلمه در ثانیه بیان می کند، گوش می دهد. از او خواسته می شود یک قطعه فوم قرمز را با هر بار شنیدن کلمه قرمز داخل یک جعبه بیندازد. کلمات حواس

پرت کن زیادی ارائه می شود اما کودک باید گوش بزنگ تنها به کلمه " قرمز " پاسخ دهد و سایر کلمات حواس پرت کن را نادیده بگیرد

- از کودک خواسته می شود که از بین چندین تصویر مختلف شامل اشیاء و حیوانات، تصویر گربه ها را با سرعت و دقت هر چه تمامتر پیدا کند

- در این آزمون از کودک خواسته می شود که یک نقشه را جستجو کند و هر تعداد نماد هدف که می تواند در طول یک دقیقه پیدا کند

- در این آزمون، از کودک خواسته می شود که به سری کلماتی که در هر لحظه ارائه می شود گوش بدهد و هر بار که کلمه تک سیلابی هدف را شنید انگشت شستش را بلند کند.

- از کودک خواسته می شود که بین توالی اعداد و حروف، اعداد و حروف را جداگانه به دنبال هم مرتب کند .

- از کودک خواسته می شود که پس از شنیدن توالی میوه ها و اشیاء، ابتدا میوه ها و بعد اشیاء را بنامد

- کودک لگوهای رنگی (آبی و قرمز) را در ظرف های جداگانه بچیند و همزمان به سوالات درمانگر پاسخ دهد.

- در یک تصویر شلوغ پسرهای چاق را پیدا کند و همزمان به کلماتی که درمانگر می گوید گوش کند سپس آن ها را طبق توالی تکرار کند.

۴) حافظه شنیداری

- گنجایش/زمان

- فوری/تاخیری

- مشخصات آیتم ها باید در هنگام ارزیابی مورد توجه قرار گیرد:

✓ کلمه در مقابل ناکلمه

✓ آیت‌های یک هجایی در مقابل آیت‌های چند هجایی

✓ کلمه پربسامد در مقابل کلمه کم بسامد

✓ تعداد آیت‌های گفته شده در هر زمان مثلاً ۲ آیت در مقابل ۴ آیت

✓ شباهت واجی و معنایی آیت‌ها در لیست کلمات

۳) گفتار و حرکت

- معاینه سطح خارجی سر و صورت

- معاینه داخل دهانی

- معاینه عملکرد کامی حلقی و تشدید

- معاینه حرکات ارادی دهان

- ارزیابی دیادو کوکائینتیک

- ارزیابی عملکرد تنفس و آواسازی

فصل ششم

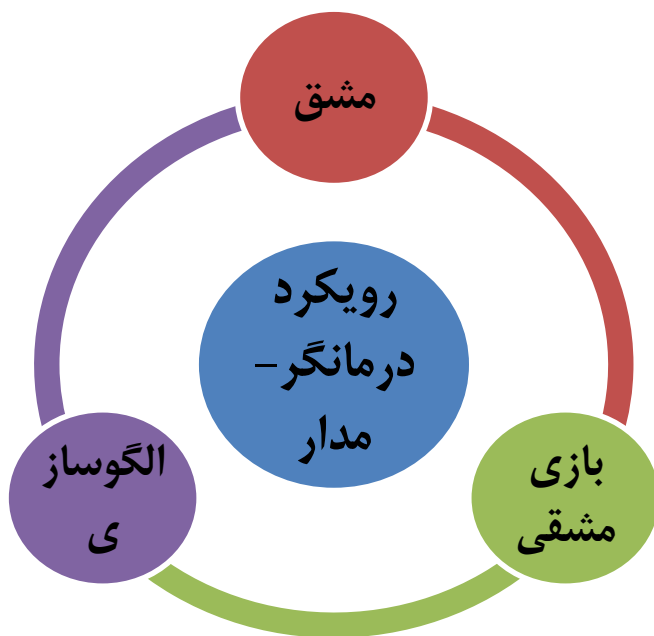
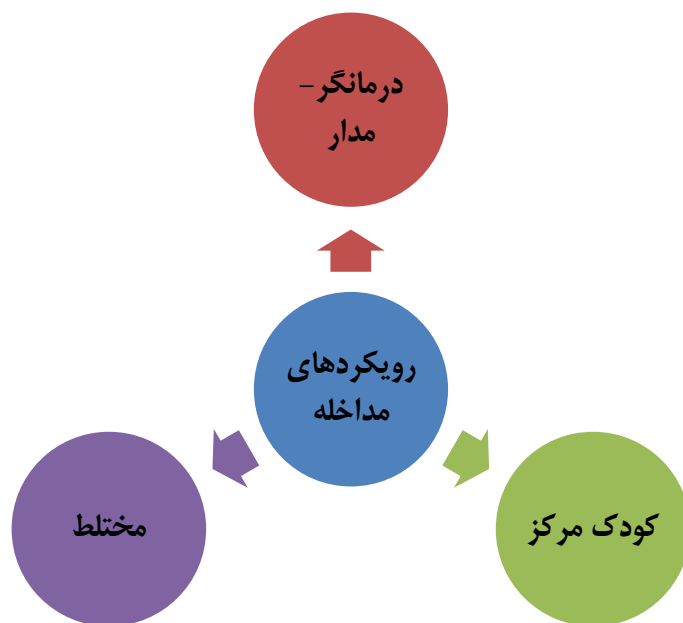
اصول درمان در اختلالات روانی و معرفی انواع رویکردها

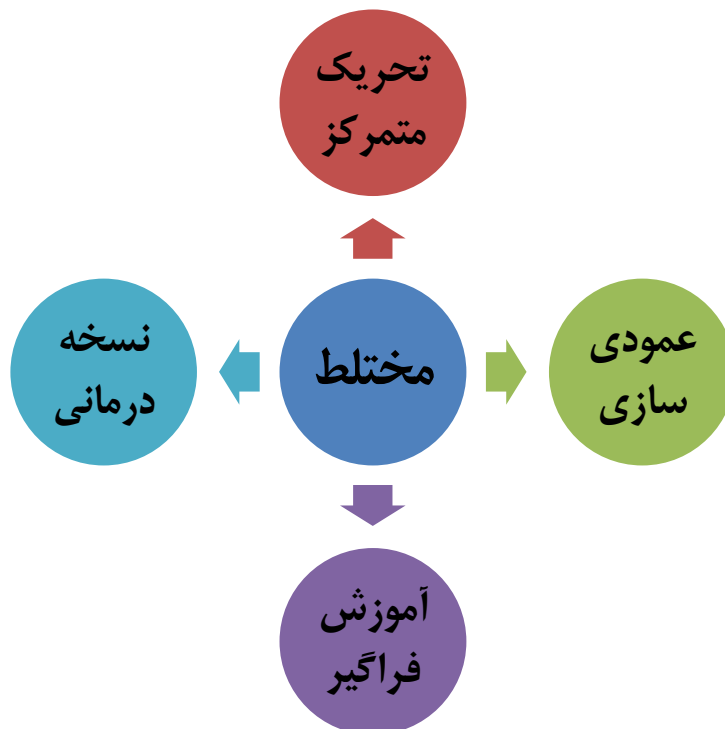
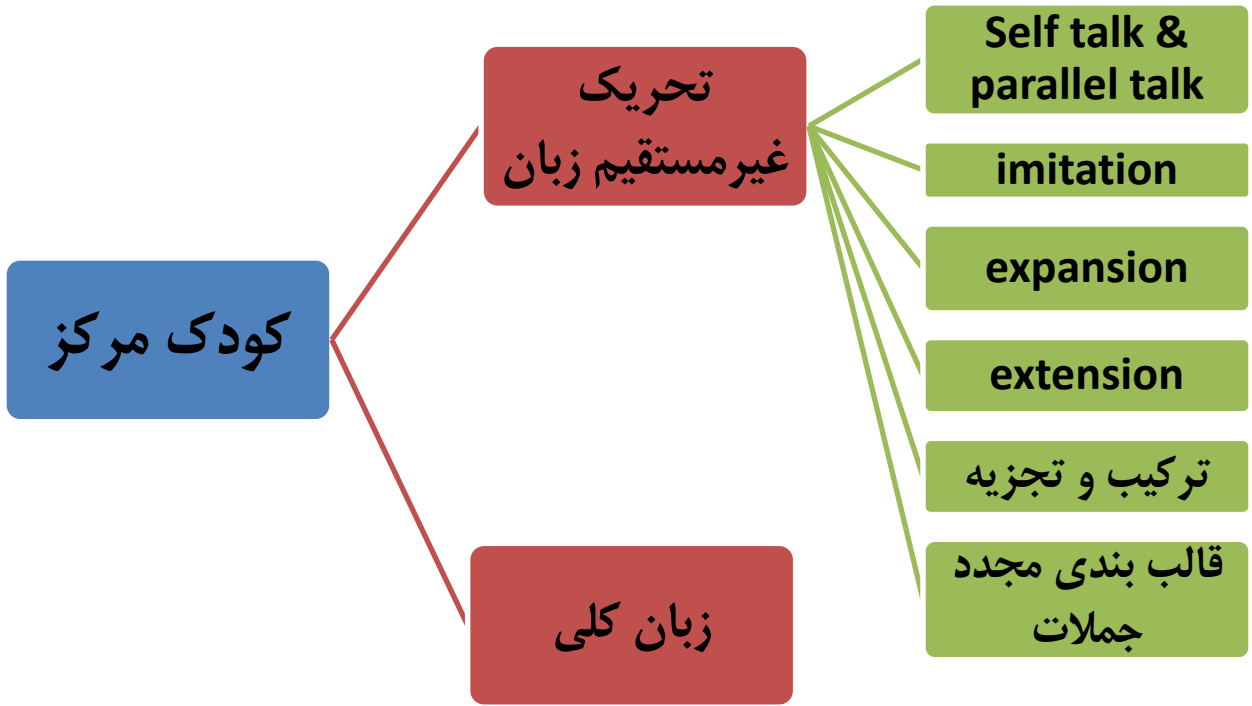
هدف مداخله



عوامل موثر در انتخاب هدف مداخله

- سن مراجع
- سابقه مداخله
- ماهیت اختلال
- داده های حاصل از ارزیابی

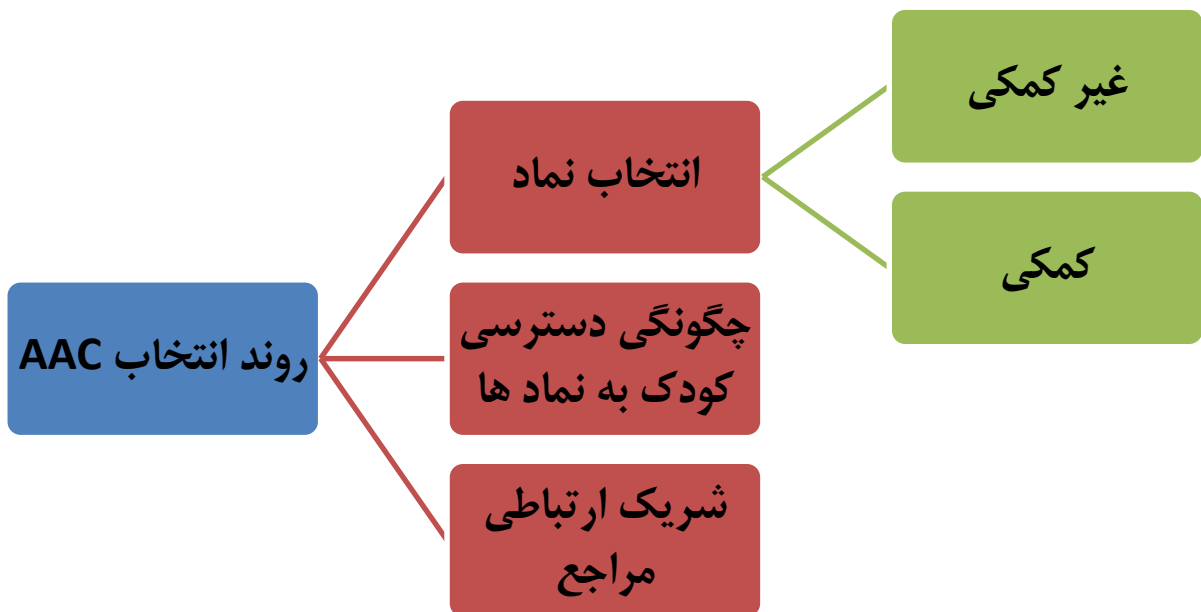




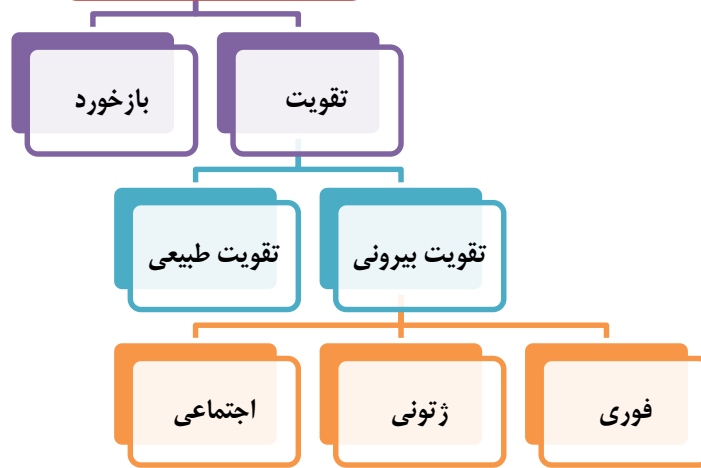
ویژگی رویکرد های مختلط

- برخلاف کودک محور که بر کل ارتباط متمرکزند، یک یا مجموعه کوچکی از اهداف زبانی خاص را مورد هدف قرار می دهند.
- درمانگر کنترل زیادی در انتخاب فعالیت ها و وسایل دارد اما این کار را طوری انجام می دهد که آگاهانه کودک را به استفاده خودانگیخته از گفته های هدف تحریک کند.
- درمانگر محرک های زبانی را نه تنها در واکنش به ارتباط کودک بلکه برای الگوسازی و برجسته کردن ساخت هدف بکار می برد.

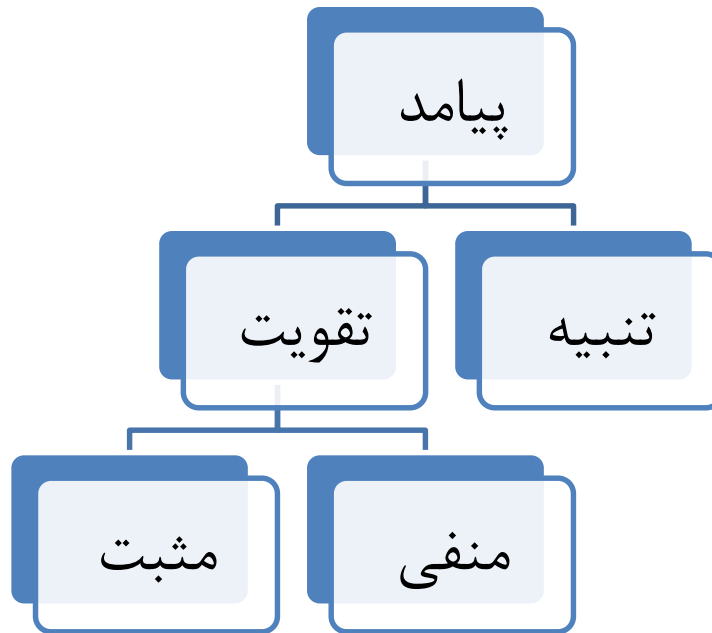
شیوه های جایگزین AAC



نتیجه بخشیدن
به زبان مراجع



پیامد



تعمیم دستاوردهای زبانی

- تعریف تعمیم: حرکت از بکارگیری ارتباط در موقعیت های ساخت مند و رسمی به سوی استفاده از همان ساخت ها و عملکردها در زندگی واقعی
- برای اینکه تعمیم اتفاق بیفتد، باید از طریق برنامه ریزی دقیق، آموزش تعمیم را در خلال بافت مداخله انجام داد.
- اصول دست یابی به تعمیم:
 - نمونه های فراوانی از ساخت ها و عملکردهای هدف بکار برده شود.
 - تغییر محیط مداخله
 - نحوه ارائه تقویت
 - ارائه موارد گمراه کننده در تحریک های مداخله
 - خود کنترلی
 - تشویق کودک به بهره بردن از الگوهای موجود در محیط

بافت مداخله

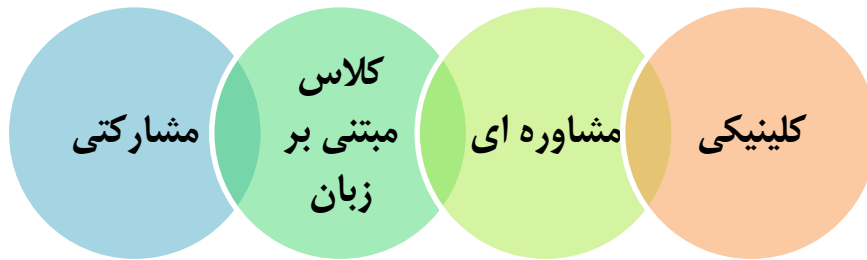
- موقعیت های فیزیکی و اجتماعی که مداخله در آن ها اتفاق می افتد.
- نکات مربوط به بافت مداخله:
- انتخاب محرک های غیر زبانی

گزینه های کنترل محرک های غیر زبانی:

(۱) نوع محرک

(۲) زمان بندی

□ مدل های ارائه خدمات



فصل هفتم

درمان اتیسم

□ تحلیل رفتار کاربردی

تعریف

- عبارت است از استفاده از قواعد رفتاری برای موقعیت های روزانه با هدف افزایش یا کاهش رفتارهای هدف
- اقتباس شده از دیدگاهها، اصول و برنامه های تغییر رفتار اسکینر است

موارد کاربرد

- تحلیل کاربردی رفتار درمورد تمام کودکان و بزرگسالان دارای بیماریهای روانی، ناتوانایی های رشدی، اختلالهای یادگیری و نظیر آن کاربرد دارد.

توسط چه کسی اجرا می شود؟

- مداخلات انجام شده توسط تحلیل کاربردی رفتار می تواند توسط درمانگران کودک، والدین، مربیان و سایر نزدیکان فرد انجام شود

در چه مکانی قابل اجرا است؟

- خانه، مدرسه...

□ برای کودک اتیستیک ABA هدف از کاربرد

➤ آموزش و ایجاد مهارت های جدید در زمینه زبان و ارتباط، رفتارهای اجتماعی، رفتارهای مراقبت از خود، مسائل تحصیلی و...

➤ نگهداری و حفظ رفتار مطلوب در کودک

➤ افزایش رفتارهای مطلوب

➤ تعمیم رفتار مطلوب

➤ کاهش و یا حذف رفتارهای نامطلوب

□ چگونه ABA بر یادگیری کودک تاثیر می گذارد؟

- با تجزیه رفتار کودک به مراحل و گام های کوچک و ساده، رفتار مورد نظر را متناسب فراخوانی توجه کودک می کند « ابتدا مراحل ساده است با افزایش دامنه توجه کودک، مراحل رفتار بزرگتر می شوند
- به دلیل استفاده از تقویت کننده ها بعد از یادگیری، انگیزه کودک برای یادگیری افزایش می یابد.
- توانایی تمییز و تشخیص محرک های پیرامون را افزایش می دهد « کودک یاد می گیرد به کدام محرک توجه کند : کنترل محرک
- آموزش از طریق ارائه پرومپت و نشانه ها باعث فراگیری موثرتر رفتار می شود
- امکان تعمیم رفتار را فراهم می کند
- این روش از ویژگی ساده بودن و عینی بودن برخوردار است

همه برنامه های ای بی ای اجزای شمابهی دارند که عبارتند از:

discrete trial teaching

- این اصطلاح به معنی تجزیه یک تکلیف به اجزای کوچکتر و قابل آموزش تر می باشد. هر جزء به صورت جداگانه آموزش داده می شود.
- $DS > PS > R > RS > ITI$
- DS (محرک تمییزی): علامت یا یک نشانه محیطی است که معلم، درمانگر یا والدین می خواهند به کودک آموزش دهند تا با ارائه یا مشاهده آن، پاسخ مناسب بدهد.
- PS (محرک سرنخ): یک نشانه، علامت یا محرک پیش آیندی است که به تمییز محرک تمییزی در کودک کمک می کند
- R (پاسخ): رفتاری است که هدف آموزی است و با تشخیص محرک تمییزی، کودک باید آن پاسخ را ارائه دهد
- RS (محرک تقویت کننده)
- ITI (فاصله های میانی کوشش): مکث های کوتاهی است میان کوشش های متوالی کودک برای دادن یک پاسخ مناسب

prompting and fading strategies

- پرومپت ممکن است بعد از هر سرنخ ارائه شود تا احتمال اینکه کودک پاسخ درست را ارائه دهد را افزایش دهد.
- ۲ نوع سلسله مراتب ارائه پرومپت وجود دارد:

۱) most-to-least: وقتی استفاده می شود که کودک در حال یادگیری یک مهارت جدید است و به موازات پیشرفت کودک کم رنگ تر می شود. توالی آن عبارت است از: کمک فیزیکی کامل « کمک فیزیکی جزئی » الگودهی « ژسچر » کلامی « مستقل

۲) least-to-most: وقتی استفاده می شود که کودک مهارت را یاد گرفته و جهت کاربرد مستقل آن بکار می رود. توالی آن برعکس قبلی است.

انواع سرنخ ها:

Full Physical Assistance (FPA): سرنخ دادن با گرفتن دست کودک

Partial Physical Assistance (PPA): از طریق لمس دست کودک تا شروع کند و ارائه راهنمایی خیلی کم فیزیکی

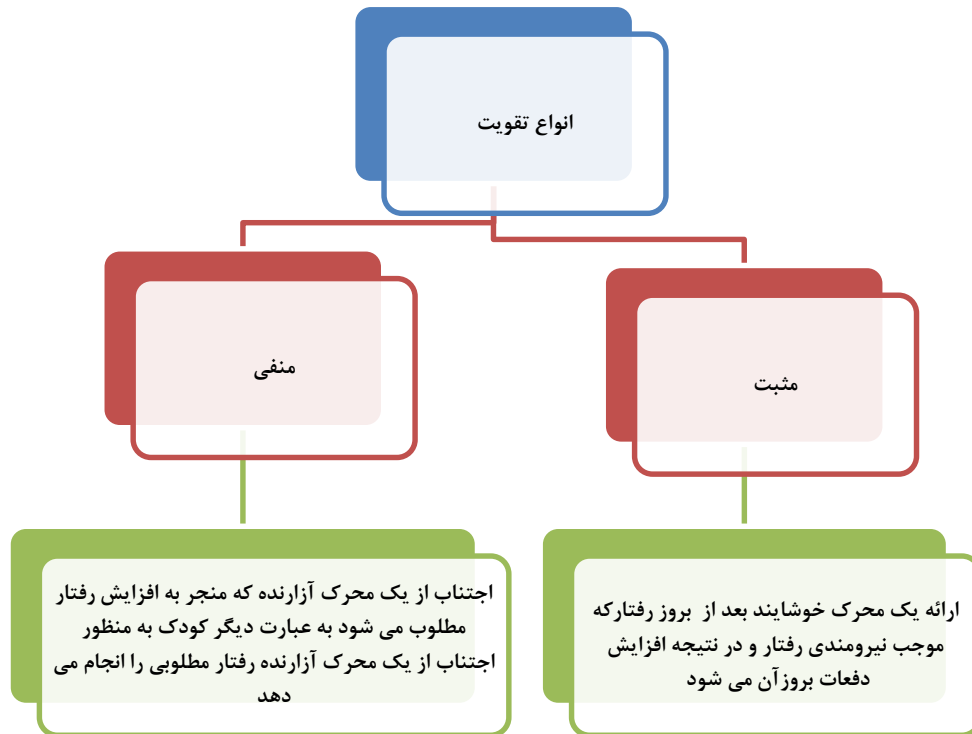
Modeling (M): نشان دادن به کودک که از او چه کاری را می خواهید (مدل دادن)، مستلزم این است که کودک مهارت تقلید خوبی داشته باشد

Gesturing (G): اشاره کردن، بیانات چهره ای، گفتن بدون صدای کلمه، نشان دادن فیزیکی عمل

Verbal Prompt (V): ۲ نوع سرنخ کلامی وجود دارد: ۱) گفتن مستقیم آن چه کودک باید انجام دهد یا بگوید ۲) گفتن غیرمستقیم به طوری که به کودک کمک می کند بفهمد چه کاری انجام دهد مثلاً خب بعدش؟

Independent (I): کودک قادر خواهد شد تکلیف را بدون هیچ نوع سرنخی انجام دهد « THIS IS THE

GOAL!



programming for generalization to the natural environment

ابتدا درمان در یک محیط خلوت بدون محرک های حواس پرت کن اتفاق می افتد تا کودک روی یادگیری تمرکز داشته باشد. تعمیم با هدف این که رفتار در همه محیط ها به صورت خودانگیخته و مستقل انجام شود صورت می گیرد.

outcome-based decision-making

1. Luria AR. Language and cognition [H.GHasemzadeh,trans]. Tehran: Arjmand Press; 1996:116-123.
2. Mohammadzaheri F, Rezaei M, Rafiee M, Bakhshi E, Gharib M. The study of effect of pivotal response treatment method on initiation skill in children with autism. Rehabilitation. 2014;15(2): 78-83. Persian.
3. Hoff E. Language development. 4th ed. [e book]. USA :Wadsworth Publishing Company; 2009. Available from: CengageBrain. com:4-8.
4. Paul, Rhea. Language Disorders From Infancy Through Adolescence: Assessment & Intervention. 3rd ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.