

بررسی رژیم درمانی و تغذیه‌ی مناسب در کودکان استثنایی و نحوه‌ی برخورد با این افراد در جامعه

محسن مقیدی

مدرس دانشگاه و کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی

چکیده

کودکان استثنایی، بیماران حاد روانی هستند که مهم‌ترین اختلال آن‌ها اختلال در تفکر است. کودکان استثنایی یک مغزی حاد است که در این تحقیق این را هم از لحاظ زیستی- شیمیایی مورد بررسی قرار داده ایم و هم از لحاظ عوامل محیطی و بیرونی. هدف ما از این بررسی ارائه راهکارهایی برای کنترل بهتر و بیشتر این است. چون این درمان قطعی ندارد خواستار این شدیم که روش‌های مناسب رژیم درمانی را در کنار انواع درمان‌های دیگر (دارو درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی، ...) اجرا کنیم. برای این کار با تهیه‌ی پرسش‌نامه‌ای این بیماران را روان‌سنجی کردیم و میزان متغیرهای مختلف را در آنها بررسی کردیم. (که تعدادی از کودکان استثنایی بیمارستان روانی سعادت آباد مورد بررسی قرار گرفته‌اند). تحقیقات نشان می‌دهند که به مسئله‌ی تغذیه‌ی این افراد توجه خاصی نمی‌شود و با مسئله‌ی تغذیه‌ی این بیماران مانند سایر افراد عادی برخورد می‌شود. با توجه به مسئله‌ی کم‌اشتهایی این افراد، پزشک باید بتواند با ایجاد یک رابطه‌ی کاملاً صمیمانه بین خود و بیمار، با این مسئله مبارزه کند و با ارائه‌ی رژیم درمانی در کوتاه مدت تاثیرهای شگرف آن را ببیند و بتواند دنیای واقعی را در ذهن آن‌ها تداعی کند و زندگی واقعی را به آنها نشان دهد. تا این بیماران بتوانند مانند سایر افراد سالم دیگر زندگی کنند (در دنیای واقعی که وجود دارد نه دنیای خیالی خود).

واژه‌های کلیدی: کودکان استثنایی، رانده شدن به پایین، فرضیه‌ی سببیت اجتماعی، خانواده‌های دوسویه، خانواده‌های مورب.

مقدمه

جنگ و اثرات ناشی از آن همواره انسان را تهدید کرده است. به طوریکه پس از گذشت سال‌های متمادی از جنگ‌ها اثرات سوء آن هنوز در کودکان استثنایی دیده می‌شود که نه تنها زندگی خود این کودکان بلکه زندگی اطرافیان آن‌ها را هم مختل ساخته است. از آن جا که روح آدمی با ارزش‌ترین چیز است، با گذشت زمان و هر چه قدر که به سمت جلو پیش می‌رویم و با پیشرفتهای روز افزون و توجه بیشتر به دنیای ماشین آلات روبرو می‌شویم ناخودآگاه روح و روان خود را فراموش می‌کنیم که به دنبال آن اختلالات روانی افزایش می‌یابند و در آینده ای نزدیک که علم و صنعت نهایت پیشرفت خود را کردند علوم انسانی بخصوص علم روانشناسی در دنیا بیشتر مطرح خواهند شد. زیرا انسان متوجه روح خسته و شکست خورده‌ی خود می‌شود.

همه گیری شناسی

در ایالات متحده شیوع کودکان استثنایی در طول عمر بطور متفاوت بین ۱ تا ۱/۵ درصد گزارش شده است؛ هماهنگ با همین طیف مطالعه همه گیری شناختی منطقه تحت پوشش^۱ که زیر نظر انستیتو ملی بهداشت روانی^۲ به عمل آمد شیوع کودکان استثنایی را ۱/۳ درصد گزارش نمود. در هر یک سال ۰/۰۲۵ درصد تا ۰/۰۵ درصد جمعیت کل (امریکا) برای کودکان استثنایی درمان می‌شود. دو سوم این بیماران درمان شده نیازمند بستری شدن هستند و علیرغم شدت این اختلال فقط نیمی از بیماران کودکان دریافت می‌کنند.

سن و جنس

شیوع کودکان استثنایی در مرد و زن برابر است؛ اما دو جنس در شروع و مسیر تفاوت‌هایی نشان می‌دهند. شروع در مردها زودتر از زن‌ها است. بیش از دوسوم مردهای استثنایی و فقط یک سوم زن‌های کودکان استثنایی قبل از ۲۵ سالگی برای نخستین بار در بیمارستان روانی بستری می‌شوند. اوج شروع در مردها ۱۵ تا ۲۵ سالگی و در زن‌ها ۲۵ تا ۳۵ سالگی است. شروع کودکان استثنایی قبل از ۱۰ سالگی و پس از ۵۰ سالگی بی‌نهایت نادر است. بیش از ۹۰ درصد بیماران تحت درمان برای کودکان استثنایی بین ۱۵ تا ۵۵ سال دارند. بعضی از مطالعات حاکی است که مردها بیشتر از زن‌ها ممکن است در نتیجه علائم منفی پسرفت پیدا کنند و زن‌ها احتمال بیشتری هست که عملکرد اجتماعی بهتر از مردها داشته باشند. بطور کلی فرجام بیماران کودکان استثنایی زن بهتر از فرجام بیماران کودکان استثنایی مرد است.

فصلی بودن تولد

یک یافته مهم در پژوهش‌های کودکان استثنایی این است که کسانی که بعدها کودکان استثنایی احتمال بیشتری هست که در زمستان یا اوائل بهار متولد شد باشند و احتمال کمتری هست که در اواخر بهار و تابستان به دنیا آمده باشند. بطور اخص، در نیمکره شمالی، از جمله ایالات متحده افراد کودکان استثنایی در ماه‌های بین ژانویه و آوریل متولد می‌شوند. در نیمکره جنوبی افراد کودکان استثنایی، بیشتر در ماه‌های ژوئیه تا سپتامبر به دنیا می‌آیند. فرضیه‌های مختلف برای توجیه این موضوع ارائه شده است که مشتملند بر فرضیه تاثیر یک عامل مختص به فصل نظیر یک ویروس یا تغییر یک ویروس یا تغییر فصلی رژیم غذایی؛ یک فرضیه دیگر این است که افراد واجد استعداد ژنتیک برای کودکان استثنایی شانس زیست شناختی بیشتری برای فائق آمدن به تهاجم مختص به فصل دارند.

^۱ ECA

^۲ NIMH

توزیع جغرافیائی

کودکان استثنایی از نظر جغرافیائی در ایالات متحده یا در سراسر دنیا پخش یکسان ندارد. از نظر تاریخی، شیوع کودکان استثنایی در شمالشرق و غرب ایالات متحده بالاتر از سایر نواحی بوده است، هر چند این بخش نابرابر از بین رفته است. معهداً در بعضی از نواحی جغرافیائی دنیا کودکان استثنایی شیوع بالای غیرعادی دارد. بعضی ها این «گودال»های جغرافیائی کودکان استثنایی را مؤید علت عفونی (مثلاً ویروسی) کودکان استثنایی تلقی کرده اند.

میزان تولیدمثل

کشف داروهای روان درمانبخش سیاست، درهای باز در بیمارستان ها، رفع وابستگی به موسسات در بیمارستان های ایالتی (امریکا) تاکید بر توان بخشی و مراقبت درون جامعه ای بیماران کودکان استثنایی به افزایش کلی در میزان ازدواج و باروری بین این بیماران منجر شده است. به دلیل این عوامل، تعداد کودکان متولد شده از والدین کودکان استثنایی بین سال های ۱۹۳۵ و ۱۹۵۵ دو برابر شده است. میزان باروری بیماران کودکان استثنایی در حال حاضر نزدیک به عیار باروری جمعیت کل است.

جسمی

میزان مرگ و میر بیماران کودکان استثنایی از تصادفات و سایر علل طبیعی بالاتر از جمعیت کلی است. این افزایش مرگ و میر با متغیرهای وابسته به موسسات یا مربوط به درمان قابل توجه نیست. میزان بالا احتمالاً به این امر مربوط است که تشخیص و درمان اختلالات طبی و جراحی در بیماران کودکان استثنایی ممکن است دشوار باشد. چندین مطالعه به این نتیجه رسیده اند که تا ۸۰ درصد بیماران کودکان استثنایی داخلی همزمان دارند که ممکن است شناخته نشده باشند.

خودکشی

خودکشی علت شایعی برای مرگ بین بیماران کودکان استثنایی است تا حدودی به این دلیل که پزشکان هنوز خودکشی را بیشتر با اختلالات خلقی ربط می دهند با اختلالات پسیکوتیک. حدود ۵۰ درصد بیماران کودکان استثنایی حداقل یک بار در طول عمر اقدام به خودکشی می کنند و ۱۰ تا ۲۰ درصد این بیماران در پیگیری ۲۰ ساله با خودکشی می میرند. بیماران کودکان استثنایی زن و مرد به اندازه خودکشی می کنند. عوامل خطر ساز عمده برای خودکشی بین بیماران کودکان استثنایی مشتمل است بر وجود علائم افسردگی، سن پائین و سطح بالای عملکرد قبل از (بخصوص تحصیلات دانشگاهی). این گروه ممکن است ماهیت ویرانگر خود را بیشتر از گروه های دیگر بیماران تشخیص دهند و خودکشی را راهی منطقی تصور نمایند. روش های درمان چنین بیمارانی ممکن است مشتمل باشد بر درمان داروئی افسردگی، پرداختن به مسائل فقدان در ضمن رواندرمانی و استفاده از گروه های حمایت برای کمک به تغییر مسیر جاه طلبی بیمار به هدفی قابل وصول.

مصرف و سوء مصرف توأم مواد

سیگار کشیدن: اکثر زمینه یابی ها حاکی است که بیش از سه چهارم بیماران کودکان استثنایی در مقایسه با کمتر از نیمی از بیماران روانی در مجموع سیگار می کشند. علاوه بر خطرات بهداشتی مشهور مربوط به سیگار تدخین سیگار بر سایر جنبه های مراقبت بیماران کودکان استثنایی تاثیر می گذارد. چندین مطالعه گزارش کرده اند که مصرف سیگار با دوزهای بالای داروهای ضد جنون رابطه دارد، احتمالاً به این دلیل که تدخین سیگار متابولیسم این داروها را بالا می برد. معهداً سیگار

کشیدن با کاهش میزان بروز پارکینسونیسم داروئی احتمالاً به دلیل فعال شدن وابسته به نیکوتین نورون های دوپامینی رابطه دارد.

سوءمصرف مواد: توام شدن کودکان استثنایی و سوءمصرف مواد شایع است، هر چند مفاهیم ضمنی سوءمصرف مواد در کودکان استثنایی مبهم است. حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد بیماران کودکان استثنایی واجد ملاک های تشخیصی سوءمصرف الکل و وابستگی به الکل می باشند؛ و دو ماده مورد سوءمصرف شایع عبارتند از حشیش (حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد) و کوکائین (حدود ۵ تا ۱۰). بیماران معمولاً اظهار می کنند که این مواد را برای لذت و کاستن از افسردگی و اضطراب مصرف می کنند. بطور کلی اکثر مطالعات توام شدن اختلالات وابسته به مواد و کودکان استثنایی را شاخص پیش آگهی بد تلقی کرده اند.

تراکم جمعیت

شیوع کودکان استثنایی با تراکم جمعیت منطقه در شهرهای دارای جمعیت یک میلیون به بالا، رابطه داشته است. این رابطه در شهرها دارای جمعیت ۱۰۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰۰ نفر ضعیف تر شده و در شهرهای دارای جمعیت کمتر از ۱۰۰۰۰ از بین می رود. اثر تراکم جمعیت با این یافته، که بروز کودکان استثنایی هستند در شهرهای دوبار بیشتر از جوامع روستائی است هماهنگ است و نشان می دهد که استرس زاهای اجتماعی ممکن است در بروز کودکان استثنایی در افراد در معرض خطر مؤثر بوده باشند.

ملاحظات فرهنگی اجتماعی - اقتصادی

کودکان استثنایی در تمام فرهنگ ها و طبقات اجتماعی - اقتصادی که مورد مطالعه واقع شده اند توصیف گردیده است. در جوامع صنعتی تعداد نامتناسبی بیمار کودکان استثنایی در طبقات اجتماعی اقتصادی پائین مشاهده می شود. این پدیده با فرضیه رانده شدن به طرف پائین^۱ با نزول قابل توجیه است که می گوید افراد مبتلا یا به طبقات اجتماعی اقتصادی پائین تر رانده می شوند، یا به علت توانائی صعود به طبقه اجتماعی اقتصادی بالاتر را پیدا نمی کنند. یک توضیح دیگر که کمتر بوسیله پژوهش تقویت شده است، «فرضیه سببیت اجتماعی^۲» است، مبنی بر این که استرس های تجربه شده توسط اعضا متعلق به طبقات اجتماعی اقتصادی پائین به پیدایش کودکان استثنایی کمک می کند.

علاوه بر این فرض که استرس صنعتی شدن موجب کودکان استثنایی می گردد. بعضی از پژوهشگران داده هائی ارائه کرده اند که نشان می دهد استرس مهاجرت می تواند به اختلال شبیه کودکان استثنایی منجر شود. بعضی از مطالعات میزان شیوع بالائی از کودکان استثنایی بین مهاجرین تازه نشان می دهند و این یافته تغییر فرهنگی ناگهانی را به عنوان عامل استرس زا در سبب شناسی کودکان استثنایی مطرح ساخته است. شاید هماهنگ با هر دو فرضیه این مشاهده است که شیوع کودکان استثنایی به نظر می رسد در ممالک جهان سوم هر چه تماس آنها با فرهنگ هائی که از نظر تکنولوژی پیشرفته تر هستند افزایش می یابد، بالاتر می رود.

طرفداران علت اجتماعی کودکان استثنایی معتقدند که فرهنگ ها بسته به مفهوم روانی در آنها ماهیت نقش بیمار، سیستم حمایت های اجتماعی و پیچیدگی های روابط اجتماعی کم یا بیش کودکان استثنایی بین ملل کم رشد، جائی که وابستگی بیماران به جامعه و خانواده ها کاملتر از جوامع بسیار مرفقی غربی است، خوشخیمتر باشد.

^۱ downward drift hypothesis

^۲ social causation hypothesis

بی خانمانی

مساله افراد بی خانمان شهرهای بزرگ ممکن است به رفع وابستگی کودکان استثنایی ها به موسسات مربوط بوده باشد که به خوبی پیگیری نشده اند هر چند مشخص نمودن درصد افراد بی خانمانی که در واقع کودکان استثنایی هستند بسیار مشکل است تخمین زده می شود که یک سوم تا دو سوم این افراد مبتلا به کودکان استثنایی هستند.

هزینه مالی برای جامعه: تخمین زدن هزینه یک برای جامعه کار پیچیده ای است؛ معهداً هزینه مادر کودکان استثنایی برای ایالات متحده کلاً بسیار بالا تصور می شود. حدود ۱ درصد درآمد ملی ایالات متحده صرف درمان روانی (به استثناء اختلالات وابسته به مواد) می گردد. این درصد در سال ۱۹۸۵ به ۴۰ میلیارد دلار بالغ شد. وقتی هزینه های غیرمستقیم برای جامعه (مثلاً فقدان تولید و مرگ و میر) هم محاسبه شود، این رقم به ۱۰۰ میلیارد دلار در سال می رسد. قسمت عمده این مبلغ صرف هزینه های مستقیم و غیر مستقیم کودکان استثنایی می گردد.

تخت های بیمارستان های روانی: هم کشف داروهای ضدجنون موثر و هم تغییر در نگرش های سیاسی و اجتماعی نسبت به درمان و حقوق بیماران روانی تغییرات چشمگیر در الگوی بستری شدن بیماران کودکان استثنایی در چهار دهه گذشته بوجود آورده است. احتمال بستری شدن مجدد در ضمن دو سال پس از ترخیص متعاقب اولین دوره بستری شدن ۴۰ تا ۶۰ درصد است. بیماران کودکان استثنایی تقریباً ۵۰ درصد تخت های بیمارستان های روانی را اشغال می کنند و تقریباً ۱۶ درصد بیماران روانی که به نوعی تحت درمان قرار دارند، کودکان استثنایی می باشند.

سبب شناسی

هر چند کودکان استثنایی به گونه یک واحد مورد بحث قرار می گیرد طبقه تشخیص می تواند شامل انواعی از اختلالات باشد که با علائم رفتاری نسبتاً مشابه تظاهر می کنند. کودکان استثنایی احتمالاً مرکب از گروهی اختلالات با علل ناهمگون است و قطعاً شامل بیماریانی هم می گردد که شکل بالینی، پاسخ های درمانی و سیر آن ها متفاوت است.

مدل استرس - دیاتز

یک مدل ادغام عوامل زیست شناختی و روانی اجتماعی و محیطی مدل استرس - دیاتز است طبق این مدل فرض می شود که شخص واجد نوعی آسیب پذیری خاص^۱ است که تحت تأثیر یک عامل محیطی، امکان بروز علائم کودکان استثنایی را فراهم می کند. جزء محیطی ممکن است زیست شناختی (مثلاً نوعی عفونت) یا روانشناختی (مثلاً یک موقعیت استرس آمیز خانوادگی یا مرگ یکی از بستگان نزدیک) باشد. اساس زیست شناختی دیاتز را عوامل اپی ژنتیک، نظیر سوء مصرف مواد، استرس روانی اجتماعی، ضربه ها تشکیل می دهد.

صرع پارسیل مرکب^۲

وقوع پسیکوزهای شبه کودکان استثنایی در بیماران مبتلا به صرع پارسیل مرکب، بخصوص صرع های مربوط به لوب تامپورال بیشتر از حد مورد انتظار گزارش شده است. عوامل مربوط به وقوع پسیکوز در این بیماران مشتمل است بر کانون تشنجی در نمیکره چپ، موقعیت گیجگاهی مکان ضایعه و شروع زودرس تشنج، علائم درجه اول توصیف شده توسط اشنایدر ممکن است به علائمی که در بیماران مبتلا به صرع پارسیل مرکب دیده می شود شباهت داشته باشد و نشان دهنده پاتولوژی لوب تامپورال در بیماران کودکان استثنایی مبتلا به این اختلال است.

^۱ diathesis

^۲ (Complex Partial) Epilepsy

پتانسیل‌های فراخوانده^۱

در منابع ناهنجاری‌های فراوان در پتانسیل‌های فراخوانده در بیماران کودکان استثنایی شرح داده شده است. P300 بیش از همه مورد مطالعه واقع شده و یک موج پتانسیل فراخوانده مثبت و بزرگ تعریف شده است که حدود ۳۰۰ هزارم ثانیه پس از یک تحریک حسی کشف می‌شود. منبع اساسی P300 ممکن است در ساختمان‌های سیستم لیمبیک بخش میانی لوب‌های تامپورال باشد. گزارش شده است که P300 در بیماران کودکان استثنایی در مقایسه با گروه کنترل از نظر آماری کوچکتر و دیرتر ظاهر می‌شود. ناهنجاری‌های موج P300 در کودکانی که به دلیل داشتن والدین مبتلا در معرض خطر کودکان استثنایی قرار دارند بیشتر گزارش شده‌اند. اینکه ویژگی‌های P300 نشان‌دهنده یک پدیده حالتی است یا یک پدیده خصلتی معلوم نیست. سایر پتانسیل‌های فراخوانده که در بیماران کودکان استثنایی ناهنجار گزارش شده‌اند مشتملند بر N100 و تغییر منفی مشروط^۲. N100 یک موج منفی است که حدود ۱۰۰ هزارم ثانیه پس از تحریک ظاهر می‌شود و تغییر منفی شرط یک انحراف ولتاژ منفی با ظهور آهسته است که پس از وارد شدن تحریک حسی، که هشدار برای محرکی قریب‌الوقوع است، پدید می‌آید. داده‌های پتانسیل‌های فراخوانده نشان‌دهنده این موضوع تعبیر شده‌اند که هر چند بیماران کودکان استثنایی معمولاً نسبت به محرک حسی (پتانسیل‌های فراخوانده زودرس بزرگتر) حساس هستند از طریق کند کردن پردازش اطلاعات در سطوح قشری بالاتر (که با پتانسیل‌های فراخوانده دیررس کوچکتر نشان داده می‌شوند) حساسیت بیشتر را جبران می‌کنند.

اختلال حرکت چشم

ناتوانی شخص برای تعقیب یک هدف دیداری متحرک اساس تعیین‌کننده اختلالات تعقیب دیداری هموار^۳ و بروز حرکات چشمی ساکاده در بیماران کودکان استثنایی است. اختلال حرکت چشمی ممکن است یک نشانگر خصلتی برای کودکان استثنایی باشد، چون ارتباط با حالت بالینی و درمان دارویی ندارد و در بستگان کودکان استثنایی در مقایسه با ۲۵ درصد بیماران روانی غیرکودکان استثنایی و کمتر از ۱۰ درصد گروه شاهد بیمار غیرروانپزشکی گزارش کرده‌اند. چون محرک چشمی تا حدودی توسط لوب‌های پیشانی کنترل می‌شود، اختلال حرکات چشمی هماهنگ با نظریه‌هایی است که لوب پیشانی را در پاتولوژی کودکان استثنایی دخیل می‌دانند.

ایمنی‌شناسی روانی-عصبی^۴: تعدادی ناهنجاری‌های ایمنی‌شناختی با بیماران کودکان استثنایی ربط داده شده‌اند. این ناهنجاری‌ها مشتملند بر کاهش تولید T-cell اینترلوکین، کاهش تعداد و حساسیت منوسیت‌های محیطی، پاسخگری سلولی و هومورال غیرطبیعی نسبت به نوروها و وجود پادتن‌های ضد مغز^۵. این داده‌ها را بطور متفاوت می‌توان نشان‌دهنده اثرات یک ویروس نوروکسیک یا یک اختلال خودایمنی درونزا تعبیر کرد. اکثر پژوهش‌های دقیقاً کنترل شده‌ای که قرائن عفونت‌های ویروسی نوروکسیک را در کودکان استثنایی جستجو کرده‌اند، نتایج منفی داشته‌اند، هر چند داده‌های همه‌گیری شناختی حاکی است که در جریان چندین اپیدمی آنفلونزا مواجهه پره‌ناتال با بروز بالای کودکان استثنایی ربط داشته است. داده‌های دیگری که نظریه ویروسی را تقویت می‌کنند عبارتند از افزایش تعداد ناهنجاری‌های جسمی بهنگام تولد، افزایش عیار عوارض حاملگی و زایمان، فصلی بودن تولد که با عفونت‌های ویروسی مطابقت می‌کند، تجمع جغرافیایی بیماران بزرگسال و فصلی بودن بستری شدن. معهدا ناتوانی برای کشف قرائن ژنتیک عفونت ویروسی از اهمیت همه‌داده‌های مشروح می‌کاهد. احتمال پادتن‌های مغزی خود ایمنی داده‌هایی برای تقویت خود دارد؛ معهدا فرآیند فیزیوپاتولوژیک اگر هم وجود داشته باشد، احتمالاً فقط زیرگروهی خاص از کودکان استثنایی‌ها را توجیه می‌کند.

¹ Evoked Potentials

² contingent negative variation

³ smooth visual pursuit

⁴ Psychoneuroimmunology

⁵ anti-brain

آندوکرینولوژی عصبی- روانی: گزارش‌های بسیاری تفاوت‌های عصبی- غددی بین گروه‌های بیماران کودکان استثنایی و گروه‌های شاهد بهنجار توصیف کرده‌اند. مثلاً گزارش شده است که آزمون فرونشانی با دگزامتازون^۱ در زیر گروه‌های مختلف بیماران کودکان استثنایی نابهنجار است هر چند ارزش عملی و پیش‌بینی گسترده این آزمون در بیماران کودکان استثنایی مورد پرسش قرار گرفته است. با وجود این یک مطالعه دقیق عدم فرونشینی مستمر را با DST در بیماران کودکان استثنایی پیش‌آگهی دارازمدت نامطلوب ارتباط داده است.

بعضی از داده‌ها حاکی از کاهش غلظت هورمون لوتئینیزان. هورمون محرکه فولیکول^۲ است که احتمالاً با سن شروع و طول مدت مطابقت دارد. دو ناهنجاری گزارش شده دیگر عبارتند از کندی آزاد شدن پرولاکتین با تحریک هورمون آزاد کننده گونادوتروپین^۳ یا هورمون آزاد کننده تیروتروپین^۴ و کندی ترخیص هومورن نمو با تحریک آپومورفین که ممکن است با وجود علائم منفی کودکان استثنایی رابطه داشته باشد.

توارث

طیف وسیعی از مطالعات ژنتیکی حاکی از وجود یک جزء ژنتیک قوی در توارث کودکان استثنایی است. مطالعات کلاسیک اولیه توارث کودکان استثنایی که در دهه ۱۹۳۰ انجام گرفت، به این نتیجه رسید که احتمال ابتلا شخص به کودکان استثنایی در صورت ابتلا سایر اعضاء خانواده به این وجود دارد و اینکه احتمالاً با میزان قرابت خویشاوند (مثلاً بستگان درجه اول یا درجه دوم) مطابقت دارد (جدول ۲-۱۳). دوقلوهای یک تخمکی بالاترین عیار ابتلاء توام را دارند. مطالعات دوقلوهای به فرزندی پذیرفته شده نشان می‌دهد که دوقلوهای بار آمده با والدین رضاعی به همان نسبت خواهر یا برادرهای دوقلوی خود که با والدین بیولوژیک خود بزرگ شده‌اند به کودکان استثنایی مبتلا می‌گردند. این یافته حاکی است که تأثیر ژنتیک بر اهمیت محیط می‌چربد. یک قرینه تقویت کننده اساس ژنتیک این است که هر چه کودکان استثنایی شدیدتر باشد، احتمال ابتلاء توام دوقلوه‌ها به این اختلال بیشتر است. یک مطالعه، که مدل استرس- استعداد مزاجی را تقویت می‌کند، نشان داد که دوقلوهای یک تخمکی به فرزندی پذیرفته شده که بعدها دچار کودکان استثنایی گردیدند، در خانواده‌های از نظر روانی آشفته بار آمده بودند.

نشانه‌های کروموزومی: رویکردهای فعلی در ژنتیک به شناسایی دودمان بزرگ افراد مبتلا و تحقیق در خانواده‌ها برای یافتن پلی مورفیسیم‌های طولی قطعات محدود شده^۵ است که با فنوتیپ تفکیک می‌شوند، رابطه‌های بسیاری بین مکان‌های کروموزومی خاص و کودکان استثنایی پس از رایج شدن کاربرد روش‌های زیست‌شناسی ملکولی در منابع عملی گزارش شده است. بیش از نیمی از کروموزوم‌ها در این گزارش با کودکان استثنایی ربط داده شده‌اند، اما بازوهای بلند کروموزوم ۵، ۱۱، ۱۸؛ بازوی کوتاه کروموزوم ۱۹؛ و کروموزوم X بیش از همه گزارش شده‌اند. در حال حاضر، جمع بندی منابع حاکی از اساس ژنتیک بالقوه ناهمگون برای کودکان استثنایی است.

عوامل روانی اجتماعی

فهم سریع‌تر فزاینده در مورد زیست‌شناسی کودکان استثنایی و معرفی شدن درمان‌های دارویی موثر و بیخطر، بر اهمیت نیاز به فهم مسائل فردی، خانوادگی و اجتماعی که بر بیمار مبتلا به کودکان استثنایی تأثیر می‌گذارد تأکید بیشتری را ضروری ساخته است. اگر کودکان استثنایی مغز است. احتمال دارد که با های سایر دستگاه‌های بدن (نظیر انفارکتوس میوکارد یا دیابت) که سیر آن تحت تأثیر استرس روانی اجتماعی قرار می‌گیرد، متشابه باشد. همچنین مثل سایر های مزمن (مثلاً،

¹ DST

² LH/FSH

³ GnRH

⁴ TRH

⁵ RFLP_s

احتقانی مزمن ریه)، دارو درمانی به تنهایی ندرتاً برای کسب حداکثر بهبود بالینی کافی است. بنابراین، پزشک باید عوامل روانی- اجتماعی موثر بر کودکان استثنایی را در مد نظر داشته باشد. هر چند از نظر تاریخی ادعا شده است که برخی عوامل روانی- اجتماعی رابطه مستقیم و سببی با پیدایش کودکان استثنایی دارند، این دیدگاه اولیه نباید پزشک امروزی را از کاربرد نظریه ها در رهنمودهای مناسب بدست آمده از مشاهدات و فرضیات گذشته بازدارد.

نظریه های مربوط به هر بیمار: بدون در نظر گرفتن تناقض های مربوط به علت یا علل کودکان استثنایی، این موضوع که کودکان استثنایی بیمارانی خاص را مبتلا می سازد، که هر یک از آنها ساختار روانشناختی خاصی دارند، ردشدنی باقی مانده است. هر چند- بسیاری از نظریه های روان پویایی مربوط به زائی کودکان استثنایی برای این مطالعه امروزی کهنه به نظر می رسد، مشاهدات بالینی آنها در فهم اینکه چگونه روح فرد را تحت تاثیر قرار می دهد ممکن است برای پزشک امروزی کمک کننده باشد.

نظریه های روانکاو: زیگموند فروید چنین فرض کرد که کودکان استثنایی از تثبیت رشد، در مراحل زودتر از آنچه به پیدایش نوروها می انجامد، پدید می آید. فروید همچنین نقص ایگو را که به بروز علائم کودکان استثنایی می انجامد مهم فرض کرد. فروپاشی ایگو بازگشت به زمانی است که هنوز ایگو تثبیت نشده بود یا تازه شروع به تثبیت کرده بود. به این ترتیب، تعارض درون روانی ناشی از تثبیت زودرس و نقص ایگو، که ممکن است از روابط شیئی ضعیف اولیه ناشی شده باشد، موجب بروز علائم پسیکوتیک می گردد. جزئی مرکزی از نظریات فروید در ارتباط با اسکیزوفرنی رفع نیروگذاری^۱ اشیاء و پسرقت در پاسخ به ناکامی و تعارض با دیگران بود. بسیاری از عقاید فروید در ارتباط با کودکان استثنایی حاکی از فقدان درگیری نزدیک او با بیماران کودکان استثنایی بود، برعکس، هری استک سالیوان بیماران کودکان استثنایی را در روانکاو فشرده درگیر ساخت و به این نتیجه رسید که از مشکلات بین فردی اولیه، مخصوصاً در ارتباط با آنچه مادری کردن^۲ بسیار مضطربانه و اشتباه آمیز شمرده می شود، ناشی می گردد.

دیدگاه روانکاو کلی کودکان استثنایی چنین فرض می کند که یک نقص مهم در کودکان استثنایی اختلال در سازمان ایگو است، که بر تعبیر واقعیت و کنترل سائق های درونی (مثل انگیزه جنسی و پرخاشگری) تاثیر می گذارد. این اختلالات در نتیجه دگرگونی های روابط متقابل مادر و کودک به وجود می آید. همانگونه که مارگارت ماهلر^۳ توصیف کرده است، کودک، ناتوان از جدا شدن و فراتر رفتن از قربت و وابستگی شدید مشخص کننده روابط مادر- کودک در مرحله دهانی رشد است. شخص کودکان استثنایی هرگز به ثبات شیئی^۴، که با احساس هویت ثابت مشخص بوده و از وابستگی نزدیک به مادر در دوران شیرخوارگی ناشی می گردد، دست نمی یابد. پل فدرن^۵ نتیجه گیری نمود که اختلال اساسی در کودکان استثنایی ناتوانی زودرس بیمار برای رسیدن به تفکیک خود و شیء است. بعضی از روانکاوان چنین فرض نموده اند که نقص اعمال ابتدائی ایگو امکان می دهد که خشونت و پرخاشگری روابط مادر- کودک را دگرگون ساخته و به آسیب پذیری سازمان شخصیتی در مقابل استرس منجر گردد. شروع علائم در نوجوانی زمانی روی می دهد که فرد ایگو قوی برای مدارا با افزایش سائق های درونی، جدائی، مسئولیت های هویتی، تحریک خارجی شدید و نیاز به عملکرد مستقل، به دست می آورد.

نظریه های روان پویایی: مطالعات ژنتیک به وضوح حاکی از این است که کودکان استثنایی یک با زیربنای زیست شناختی است. معهدا، مطالعات دوقلوهای یک تخمکی مکرراً نشان می دهد که عوامل محیطی و روانی- اجتماعی نیز در پیدایش کودکان استثنایی حائز اهمیت هستند، چون بسیاری از این دوقلوها توأمأ مبتلا نمی شوند. فروید کودکان استثنایی را پاسخ قهقرائی درمقابل تعارض و ناکامی در ارتباط با افراد محیط تلقی کرد. این واپسگرایی به کناره گیری نیروگذاری (cathexis) هم از معرف های شیء درونی و هم افراد واقعی در محیط و به نوبه بازگشت به مرحله خود انگیزی (autoerotic) رشد

¹ decathexis

² mothering

³ Mrgaret Mahler

⁴ object constancy

⁵ paul Federn

می‌انجامد. نیروگذاری مجدد معطوف به خود فرد شده و ظاهر کناره‌گیری اوتیستیک پدید می‌آید. بعدها فروید اضافه کرد که هرچند نوروز به تعارض بین ایگو و اید مربوط است، پس‌یکوز را می‌توان تعارض بین ایگو و دنیای برونی که در آن واقعیت کتمان و بعداً دگرگون می‌شود دانست.

دیدگاه‌های روان‌پویشی بعدی کودکان استثنایی از مدل پیچیده فرویدی متفاوت بود. این دیدگاه‌ها حساسیت سرشتی نسبت به محرک‌های ادراکی را معیوب تلقی کرده‌اند. در واقع، تعداد زیادی از پژوهش‌ها حاکی است که بیمار مبتلا به کودکان استثنایی در پالایش محرک‌های مختلف و تمرکز بر یک مقدار خاص از داده‌ها در زمان خاص دچار مشکل است. این سد معیوب محرک‌ها در تمام مراحل رشد کودکی مشکل ایجاد کرده و بر روابط اجتماعی استرس خاص وارد می‌سازد. دیدگاه‌های روان‌پویشی کودکان استثنایی غالباً اشتباهاً ملامتگر والدین تلقی می‌شود؛ در حالیکه عملاً بر مشکلات روانشناختی و نوروفیزیولوژیک که برای اکثر مردم در روابط نزدیک با بیمار کودکان استثنایی اشکال بوجود می‌آورند تمرکز می‌شود.

صرفنظر از اینکه کدام مدل نظری ترجیح داده می‌شود، تمام رویکردهای روان‌پویشی بر این فرض متکی است که علائم پس‌یکوتیک در کودکان استثنایی دارای معنی است. مثلاً، بیمار ممکن است پس از تحمل ضربه بر عزت نفس خود عقاید بزرگ منشی پیدا کند. همچنین همه نظریه‌ها به این امر واقف هستند که روابط انسانی برای بیمار کودکان استثنایی ممکن است وحشت‌انگیز باشد. هر چند پژوهش در زمینه تاثیر روان‌درمانی در بیمار کودکان استثنایی نتایج مختلطی داشته است، افراد علاقه‌مندی که همدردی و حمایت در مقابل دنیا ارائه می‌کنند باید زیربنای هر نوع طرح درمانی کلی باشند. مطالعات پیگیری درازمدت نشان می‌دهند بیمارانی که دوره‌های پس‌یکوتیک خود را می‌پوشانند احتمالاً نفعی از روان‌درمانی تفتیشی نمی‌برند، اما کسانی که می‌توانند تجربه پس‌یکوتیک را در زندگی خود ادغام نمایند ممکن است از روش‌های بینش‌گرا بهره‌مند شوند.

نظریه‌های یادگیری: طبق نظریه‌های یادگیری، کودکانی که بعدها به کودکان استثنایی مبتلا می‌شوند واکنش‌ها و نحوه تفکر غیرمنطقی را با تقلید از والدینی که خود ممکن است مسائل هیجانی قابل ملاحظه داشته باشند یاد می‌گیرند. روابط بین فردی ضعیف بیماران کودکان استثنایی، طبق نظریه یادگیری، از مدل‌های نامناسب دوران کودکی بیمار آموخته می‌شود.

نظریه‌های مربوط به خانواده: قرائن بخوبی کنترل شده‌ای که نشان دهد الگوی خانوادگی خاصی نقش سببی در پیدایش کودکان استثنایی بازی می‌کند. وجود ندارد. فهم این موضوع برای پزشکان حائز اهمیت است، چون والدین بسیاری از کودکان کودکان استثنایی هنوز هم نسبت به جامعه روانپزشکی، که مدت‌ها در ارتباط به وجود رابطه بین خانواده‌های مختل و اسکیزوفرن نسبتاً صریح ابراز نظر می‌کرده است، خشمگین هستند. بعضی از بیماران کودکان استثنایی از خانواده‌های مختل برآمده‌اند، همانگونه که بسیاری از بیماران غیرروانپزشکی به چنین خانواده‌هایی متعلق هستند. معهدنا شناخت رفتار خانوادگی بیمارگونه مناسب بالینی دارد، چون چنین رفتاری می‌تواند بطور قابل ملاحظه استرس هیجانی را که بیمار کودکان استثنایی آسیب‌پذیر باید با آن مقابله کند بیشتر می‌سازد.

وابستگی مضاعف^۱

مفهوم وابستگی مضاعف توسط گریگوری بیتسون^۲ برای توصیف یک خانواده فرضی بکار رفت که در آن کودک پیام‌های متضاد در مورد رفتار، نگرش‌ها و احساس‌ها از جانب پدر و مادر خود دریافت می‌کند. در این فرضیه، کودکان برای فرار از موقعیت گیج‌کننده و لاینحل وابستگی مضاعف به حالت پس‌یکوتیک عقب‌نشینی می‌کنند. متأسفانه، مطالعات خانوادگی که برای اثبات این نظریه به عمل آمده‌اند، از نظر روش‌شناسی بسیار معیوب بوده‌اند و نشان‌دهنده اعتبار این نظریه نمی‌باشند.

¹ double bind

² Gregory Bateson

گسستگی^۱ و خانواده‌های مورب^۲

تئودور کیدز^۳ دو نوع الگوی رفتار خانوادگی نابهنجار شرح داده است. در یک نوع خانواده «گسستگی» مدام بین والدین وجود دارد و در یکی از آن دو خود را به کودک جنس مقابل بسیار صمیمی و نزدیک می‌سازد. در نوع دیگر خانواده، رابطه‌ای «مورب» با یکی از والدین، کشمکش بین پدر و مادر و سلطه‌گری یکی از آن دو را دربر دارد.

خانواده‌های دوسویه کاذب^۴ و شبه خصمانه^۵

لیمن و این^۶ خانواده‌هایی را توصیف کرده است که در آنها ابراز هیجانات به علت استفاده مداوم از روابط کلامی دوسویه کاذب یا شبه خصمانه وقفه یافته است. این وقفه به پیدایش روابط کلامی مختص به آن خانواده که لزوماً برای افراد خارج از خانواده قابل فهم نیست می‌انجامد. مساله وقتی پیش می‌آید که کودک خانه را ترک می‌کند و ناگزیر است با دیگران رابطه برقرار کند.

عوامل اجتماعی و محیطی

یک یافته مکرر در همه گیری شناسی های روانی کشف تعداد بی تناسبی از مبتلایان به کودکان استثنایی در برخی از بخشهای شهرهای بزرگ است. در مناطق مختلفی از جهان، این یافته، با زیادی موارد کودکان استثنایی در طبقه های اجتماعی پایین همراه بوده است.

در ابتدا تصور شد که این امر نتیجه یک ارتباط علت و معلولی است یعنی شرایط اجتماعی بد و نامناسب یا سبب کودکان استثنایی می‌شود یا بروز آن را نزد افراد مستعد از طریق قرار دادن آنها در معرض انزوای اجتماعی، محرومیت اقتصادی و شرایط بد بهداشتی و فرهنگی مدارج اجتماعی است که خود نتیجه کودکان استثنایی می‌باشد.

استرس های مقارن و تأثیرهای خانواده

امروزه شواهد متقاعد کننده ای وجود دارد که نشان می‌دهد که استرس های مقارن می‌تواند در آشکار ساختن و تشدید کودکان استثنایی مؤثر باشد پژوهشهای به دقت کنترل شده در مورد پذیرش متوالی بیماران مبتلا به کودکان استثنایی نشان داده است که نزد این بیماران، فراوانی حوادث تجربه شده استرس زا در سه هفته پیش از شروع علائم به طور قابل ملاحظه ای بیشتر از گروه شاهد مشابه غیرمبتلا به کودکان استثنایی بوده است. این مطلب حتی در مورد حوادث مستقلى که نمی توانست توسط فردی که در شرف بیمار شدن است، سبب شود، نیز صدق می‌کرد. براون و همکاران وی (۱۹۷۸) نقش حوادث استرس زای زندگی را در به ظهور رساندن یک شروع پرعلاقت یا بازگشت علائم نزد افرادی که آمادگی قبلی داشتند و شرایط پرتنش و دشواری را می‌گذرانند، نشان داد.

هیرش و لف (۱۹۷۵) درصد برآمدند تا برخی از نتایج لیدز و همکاران (۱۹۶۸) و سینگر و واین (۱۹۷۶) در ایالات متحده آمریکا را در بریتانیا تکرار کنند. نتیجه آنها این بود که تنها چیزی را که به طور قطعی می‌توان گفت این است که هر چند سطح کشمکشهای روانی، ناهماهنگی و ناراحتی در میان خانواده های بیماران مبتلا به کودکان استثنایی به مقدار زیادی بالاتر است ولی هیچ گونه شواهد روشنی وجود ندارد که بتوان نقش سبب ساز به این فرایندها قایل شد.

این یافته ها نشان می‌دهد که سرزنش خانواده ها درباره به وجود آوردن موارد کودکان استثنایی و شکستن کاسه و کوزه بر سر آنها و رفتار غیردوستانه با آنها منصفانه نبوده است. البته امروزه روشن شده است که عوامل محیطی مربوط به خانواده می‌تواند در سیر و تظاهرات بالینی کودکان استثنایی های حاد و مزمن تأثیر بگذارد؛ مثلاً براون و همکاران (۱۹۶۲ و ۱۹۷۲) شواهد قانع کننده ای ارائه دادند که اظهارات انتقادی صریح و گرایشهای انتقادی در خانواده اغلب با عودهای حاد همراه بوده است. هر چند

¹ schism

² skewed

³ Theodore Lidz

⁴ pseudomutual

⁵ pseudohostile

⁶ Lyman Wynne

مدت زمانی که صرف تماس رودررو با افراد خانواده می‌شود، اهمیت دارد، زمان بیش از ۳۵ ساعت در هفته حدی است که نشان دهنده احتمال عود شناخته شده است. این یافته ای است که در تدابیر درمانی کودکان استثنایی اهمیت قابل ملاحظه ای دارد. یافته مهم دیگر در امر درمان این بود که آن گروه از مبتلایان به کودکان استثنایی که در معرض سطح بالایی از هیجانهای انتقادی قرار دارند، بیشترین استفاده را از داروهای نورولپتیک در پیشگیری از بحرانهای روان پزشکی می‌برند. وان و لف (۱۹۷۶) جدا از هم این نتایج را مورد تایید قرار دادند. آنها نشان دادند که از میان کسانی که مبتلا به کودکان استثنایی تشخیص داده می‌شوند و پس از مرخص شدن از بیمارستان بدون اینکه با دارو حمایت شوند یا تماس رودرروی آنها کنترل شود، به خانه‌هایی می‌روند که سطح هیجانی بالایی دارد، ۹۰ درصد در فاصله نه ماه دچار حمله حاد می‌شوند در صورتی که این رقم در مورد آنهايي که دارو مصرف می‌کنند یا تماس خانوادگی محدودی دارند ۵۰ درصد است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کودکان استثنایی با یک حالت افزایش آسیب پذیری همراه است که در آن مکانیسمهای کنترل بیداری و انگیزتگی فرد به طور شدیدی تحت تأثیر محرکهای خارجی قرار دارد.

پژوهشهای تازه تر لف و وان (۱۹۸۰) نشان می‌دهد که عواملی که روی حمله‌های عود کودکان استثنایی تأثیر دارد یا با میزان زیاد هیجانهای ابراز شده یا با زندگی مستقل که بالقوه استرس زاست، بستگی دارد. در صورتی که در مورد بروز افسردگی این حملات با ترکیبی از هر دو عامل یعنی هیجانهای انتقادی ابراز شده و مسئله زندگی مستقل، بستگی نشان می‌دهد.

نتیجه

کنترل کودکان استثنایی توسط رژیم درمانی قابل اجراست. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهند که تغذیه‌ی این بیماران بسیار مهم است. هر چند که به مسئله‌ی تغذیه‌ی این بیماران توجه نمی‌شود. در مراحل اولیه‌ی که کودکان استثنایی حاد نشده است رژیم غذایی موجب بهبود کامل در این افراد شده است. ما خواستار این هستیم که با هزینه‌های کم تر سلامت نسبی را به این افراد برگردانیم. امید داریم که به مسئله‌ی تغذیه‌ی این بیماران توجه بیشتری شود.

منابع و ماخذ

۱. لادون، لوین. سونی. چکیده اسکیزوفرنی. رهنما، اکبر. کردستانی، داوود. انتشارات دانشگاه شاهد. ۱۳۷۳
۲. مارنز، جودیت س. بان، آنتیاک. اصول اپیدمیولوژی. ملک افضلی، حسین. ناصر، کیومرث. ۱۳۶۳
۳. محمدی رودسری، کتایون. مقایسه و بررسی ویژگیهای شخصیتی دانش آموزان دختر تک فرزند و غیر تک فرزند دبیرستانهای شهر تهران. دانشگاه پیام نور. ۱۳۸۱
۴. مرادی، شهرام. بررسی سلامت روانی معلمان و کارکنان سازمان آموزش و پرورش شهرتهران. وزارت آموزش و پرورش. ۱۳۸۴
۵. ملیون، راجادیویس. اختلالات روانی در زندگی مدرن. مهرابی، مهناز. قربان زاده، محمد. حمزه لو، علی. انتشارات رشد. ۱۳۷۰
۶. میلانی فر، بهروز. بهداشت روانی. انتشارات قومس. ۱۳۸۲
۷. نیکخو، محمدرضا. آوادیس یانس، هامایاک. متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالهای روانی. انتشارات سخن. ۱۳۸۱

Investigating the Diet Therapy and Proper Nutrition of Exceptional Children and How to Deal with these Children in the Society

Mohsen Moghayedi

Lecturer of university and master of exceptional children psychology

Abstract

Exceptional Children are patients with acute psychiatric disorder and with impaired thinking as their major disorder. Exceptional Children have an acute mental disorder and have been studied in this research both bio-chemically and environmentally. The aim of this study is to provide strategies for better control of these children. As this disorder has no absolute cure, we have sought to use appropriate methods of diet therapy besides other types of therapy (drug therapy, group therapy, family therapy,...). For this purpose, we have conducted a psychometric test on these patients and examined the level of different variables in them (with a number of exceptional children of Saadat Abad Mental Hospital as the population). Research shows that little attention is paid to the nutrition of these children and they are regarded as normal children in this regard. Considering the problem of anorexia common with these children, physicians should be able to create a very intimate relationship with them, fight against this problem, provide short-term diets and see its dramatic effects, be able to associate the real world in these children's minds and show them the real life, so that these patients can live like other normal children (in the real world rather than in their imaginary world).

Keywords: Exceptional Children, falling down, theory of social causation, mutual families, diagonal families.
