

به نام خدا

آسیب شناسی روانی کودکان و نوجوانان

مولفان:

زاهد زرگر

فاطمه اسماعیلی

دکتر فرشاد صمدی

انتشارات بامن

(با همکاری چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۱

سرشناسه: زرگر، زاهد، ۱۳۶۳-
عنوان و نام پدیدآور: آسیب شناسی روانی کودکان و نوجوانان / مولفان زاهد زرگر،
فاطمه اسماعیلی، فرشاد صمدی.
مشخصات نشر: تهران: انتشارات با من (با همکاری سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر
ایران)، ۱۴۰۱.

مشخصات ظاهری: ۱۷۳ص.

شابک: ۷۰۰۰۰۰ ریال: ۰-۳۸-۸۷۵۱-۶۰۰-۹۷۸

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۶۵-۱۷۳.

موضوع: کودکان -- آسیب شناسی روانی Child psychopathology

نوجوانان -- آسیب شناسی روانی Adolescent psychopathology

شناسه افزوده: اسماعیلی، فاطمه، ۱۳۵۷-

شناسه افزوده: صمدی، فرشاد، ۱۳۷۳-

رده بندی کنگره: RJ۴۹۹

رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹

شماره کتابشناسی ملی: ۸۸۸۵۵۰۱

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: آسیب شناسی روانی کودکان و نوجوانان
مولفان: زاهد زرگر - فاطمه اسماعیلی - دکتر فرشاد صمدی
ناشر: بامن (با همکاری سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۱

چاپ: مدیران

قیمت: ۷۰۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک: ۰-۳۸-۸۷۵۱-۶۰۰-۹۷۸

تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۸
فصل اول: عقب ماندگی ذهنی.....	۱۰
کم توانی ذهنی.....	۱۱
شیوع.....	۱۲
سبب شناسی.....	۱۲
ارزیابی و تشخیص کم توانی ذهنی.....	۱۳
ویژگی های کودکان کم توان ذهنی.....	۱۴
اختلالات شایعی که یکی از علایم آن ها کم توانی ذهنی است.....	۱۷
اثر عقب ماندگی ذهنی بر خانواده.....	۱۹
انواع کم توانی ذهنی.....	۱۹
پیشگیری.....	۲۲
برخی از درمان ها و امکانات مورد نیاز کودکان عقب مانده ذهنی.....	۲۳
فصل دوم: اختلال طیف اتیسم.....	۲۶
اختلال طیف اتیسم چیست؟.....	۲۷
چالش های همراه با اختلال طیف اتیسم.....	۳۳
علائم مشترک اتیسم.....	۳۳
شیوع.....	۴۶
توزیع جنسی.....	۴۶
سیر و پیش آگهی.....	۴۷
معیارهای اختلال طیف اتیسم بر اساس نظام تشخیصی DSM-5.....	۴۷
شرایط بهداشتی و پزشکی و روانی مرتبط با اختلال طیف اتیسم.....	۵۰

تشخیص اتیسم.....	۵۱
اختلال طیف اتیسم سطح یک.....	۵۴
اختلال طیف اتیسم سطح دو.....	۵۵
اختلال طیف اتیسم سطح سه.....	۵۶
علائم مشترک در هر سه سطح اختلال طیف اتیسم.....	۵۸
علت اصلی اختلال اتیسم چیست؟.....	۵۹
رویکردهای درمانی نخستین برای درمان اختلال طیف اتیسم.....	۶۱
فصل سوم: اختلالات یادگیری.....	۶۸
تاریخچه.....	۶۹
تعریف اختلالات یادگیری.....	۷۱
شیوع.....	۷۵
ویژگی های کودکان مبتلا به ناتوانی های یادگیری.....	۷۶
ویژگی های کودکان مبتلا به ناتوانی در ریاضیات.....	۸۰
ویژگی های نوجوان دارای اختلالات یادگیری.....	۸۱
ناتوانی در خواندن (دیسلکسی).....	۸۲
ناتوانی در هجی کردن (دیس آرتوگرافیا).....	۸۳
ناتوانی در نوشتن (دیس گرافیا).....	۸۳
مشکلات متداول در نوشتن.....	۸۴
تشخیص و ارزیابی اختلالات یادگیری.....	۹۲
طبقه بندی ناتوانی های یادگیری.....	۹۶
علل اختلالات یادگیری.....	۱۰۱
ارتباط علت شناسی با آموزش و پرورش.....	۱۰۴

۱۰۵	.....	توصیه‌هایی برای رفع مشکلات خواندن و هجی کردن
۱۰۶	.....	توصیه‌هایی برای رفع مشکلات نوشتن
۱۰۶	.....	توصیه‌هایی برای رفع مشکلات حساب کردن
۱۰۸	.....	توصیه‌هایی برای رفع مشکلات نارسایی توجه
۱۰۹	.....	توصیه‌های کلی آموزشی
۱۱۰	.....	والدین چه اقدام‌هایی باید انجام دهند؟
۱۱۱	.....	درمان اختلالات یادگیری
۱۱۵	.....	فصل چهارم: اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوان
۱۱۶	.....	اضطراب
۱۱۸	.....	اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و نوجوانی
۱۱۹	.....	اختلال فوبیای خاص (Specific phobia)
۱۲۰	.....	اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder)
۱۲۲	.....	اختلال اضطراب جدایی (Separation anxiety disorder)
۱۲۲	.....	اختلال اضطراب منتشر (Generalized anxiety disorder)
۱۲۳	.....	اختلال لالی انتخابی (Selective mutism)
۱۲۴	.....	تعریف استرس
۱۲۴	.....	انواع استرس
۱۲۶	.....	علائم استرس و اضطراب در کودکان و نوجوانان
۱۲۸	.....	علل استرس و اضطراب در کودکان و نوجوانان
۱۳۰	.....	عوامل کاهشدهنده استرس
۱۳۱	.....	عوامل استرس‌زا در کلاس درس
۱۳۲	.....	چگونگی مدیریت استرس

۱۳۲	دیدگاه‌های مختلف درباره اضطراب.....
۱۳۷	فصل پنجم: اختلالات گفتاری.....
۱۳۸	مقدمه.....
۱۳۸	آپراکسی گفتاری (AOS).....
۱۴۱	لکنت زبان.....
۱۵۰	دیزآرتی.....
۱۵۲	اختلال لیسپ.....
۱۵۸	آفازی (زبان‌پریشی).....
۱۶۱	آهنگ درمانی ملودیک (MIT).....
۱۶۵	منابع و مآخذ.....

پیشگفتار

دوران کودکی و نوجوانی مهم‌ترین مرحله رشد و تکامل جسمی و روانی کودک و نوجوان می‌باشد و آسیب در این دوران پیامدهای طولانی‌مدت در آینده را در پی خواهد داشت و خصوصاً آسیب‌ها و آزارهای جنسی به کودکان چون کمتر قابل‌شناسایی می‌باشد و برای کودکان معمولاً قادر به بیان آسیب نمی‌باشند می‌توان گفت پیامدهای غیرقابل‌جبران در حال و آینده برای کودک اتفاق می‌افتد. مهم‌ترین و حساس‌ترین مرحله شکل‌گیری شخصیت، رفتار اجتماعی و خصوصیات فردی انسان، مرحله کودکی هر فرد است که این رفتارها تا حدودی متأثر از محیط، آموزش‌ها و عوامل بازدارنده می‌باشد.

اهمیت زندگی خانوادگی برای کودکان به‌مراتب از افراد بالغ بیشتر است. چراکه در اینجا است که کودک اولین تجربیات خود را در زیستن با دیگران می‌آموزد. در محیط خانواده است که پایه رشد و فعالیت‌های آینده کودک گذاشته می‌شود. اینکه در روابط ما با سایرین عشق و محبت حکم‌فرما است یا خصومت و نفرت، تا حد بسیار زیادی به تربیت خانوادگی بستگی دارد. اصولاً کلیه رفتارهای دوران نوجوانی، جوانی و بالاتر، چه اجتماعی باشد و یا ضداجتماعی، در نتیجه تجربیات گذشته به وجود می‌آید و باتوجه‌به این تجربیات است که می‌توان این حالات و رفتارها را توجیه کرد. در حالیکه روابط شکل‌گرفته در سنین کودکی به رشد کمک می‌کند اما اگر مخرب باشند می‌تواند تأثیرات منفی بر دیگر دوران زندگی فرد و در سنین بالاتر داشته باشد.

مواجه شدن کودکان با آسیب‌های جسمی و عاطفی در سنین پایین روی امید به زندگی، روابط و سلامت روان آنها تأثیر سوء دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد آسیب‌های دوران کودکی همچون آزار و اذیت جنسی، طلاق والدین و مصرف الکل در خانه احتمال ابتلای فرد به بیماری قلبی، سکته مغزی، افسردگی و دیابت را در دوران بعدی زندگی افزایش

می‌دهد. به‌علاوه، این مشکلات در دوران کودکی خطر بروز رفتارهای خطرناک همچون استعمال مواد دخانی را افزایش داده و می‌تواند به کاهش نرخ امید به زندگی دامن بزند. همچنین این کودکان به دلیل آنکه توسط بزرگسالانی که وظیفه تربیت و محافظت از آنان را بر عهده داشته‌اند مورد اذیت قرار گرفته‌اند دچار احساس عدم اعتماد به دیگران می‌شوند. بی‌شک سلامت جسمی، روحی و روانی در این مقطع کودکی و جوانی اساس احساسات زیبا و تجربیات موفق است. نوجوان بلوغ را تجربه می‌کند و تنها با دانش از وقایع این دوران است که می‌تواند به‌خوبی از تغییرات روحی و جسمی خود استقبال کند و از آن یک فرصت در جهت رشد مهیا کند. وی خود را در میان انبوهی از نیازهای جدید و احساسات نو می‌بیند، تغییراتی که به‌خودی‌خود ذاتی مقدس دارد و هدفش آماده‌سازی انسان برای بر عهده گرفتن مسئولیت‌های زندگی اجتماعی و خانوادگی است.

این تغییرات دنیای جدیدی از توانایی‌ها را به روی نوجوان می‌گشاید و در مقابل مسئولیت‌های زندگی گوناگون فردی، خانوادگی، اجتماعی و از همه مهم‌تر مسئولیت در مقابل خود و خدای خود را پدید می‌آورد. سلامت روح و جسم کلید برخورد صحیح با این تغییرات بالقوه مثبت است. نوجوان باید بداند که چه مسائلی روح و جسمش را تهدید می‌کند. او باید بداند که در مقابل توانایی‌هایی که خداوند به او اعطا کرده، چه مسئولیت‌هایی دارد. او باید روش‌های حفظ سلامت خود را بشناسد و با آگاهی بر تهدیدات بیرونی مقابله کند و درعین‌حال از جوانی خود لذت برد و آن را در خدمت ارتقای خود و جامعه به کار گیرد. هدف از تألیف این کتاب بررسی و آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوان می‌باشد.

سخنی از مؤلفین

فصل اول: عقب ماندگی ذهنی

کم‌توانی ذهنی

کم‌توانی ذهنی (انگلیسی: Intellectual disability) یا «عقب‌ماندگی ذهنی» (به انگلیسی: Mental Retardation) اختلالی است که با عملکرد هوشی زیر حد طبیعی و اختلال در مهارت‌های انطباقی مشخص می‌گردد. کم‌توانی ذهنی از لحاظ آماری به این صورت تعریف می‌شود عملکرد شناختی که بر اساس آزمون استاندارد هوش، معادل دو انحراف معیار زیر میانگین جمعیت عمومی باشد (تبریزی، ۱۳۹۸). سن شروع کم‌توانی ذهنی زیر ۱۸ سال است و منظور از مهارت‌های انطباقی انجام کارهای است که در هر سن خاص به طور معمول از فرد انتظار می‌رود. با اقدامات آموزشی و اجتماعی می‌توان یک زندگی طبیعی در خارج از بیمارستان را برای این افراد فراهم کرد که شامل مدارس ویژه، انجام کارهای خانه‌داری و صنایع‌دستی و حمایت از این افراد و خانواده آنان است. از نظر علمی، فرد کم‌توان ذهنی دو ویژگی اصلی زیر را دارد:

الف) «کارکرد ذهنی» یا «هوش» پایین‌تر از حد میانگین جامعه

ب) مشکل یا کمبود در «رفتارهای سازشی» یا «مهارت‌های لازم برای زندگی روزمره».

فرد کم‌توان یا عقب‌مانده ذهنی کسی است که:

- ✓ توانایی و استعداد کافی برای یادگیری ندارد.
- ✓ در درک امور مربوط به زندگی دچار مشکل است
- ✓ نمی‌تواند با شرایط و محیط اطرافش به راحتی سازگاری و تطابق پیدا کند
- ✓ مهارت مناسب برای زندگی روزمره را ندارد
- ✓ نیاز به کمک، حمایت و آموزش بیشتری دارد

✓ و بهره هوشی اش پایین (معمولاً کمتر از ۷۰) است.

شیوع

در جمعیت ۱۵-۱۹ سال شیوع موارد متوسط و شدید حدود ۳-۴ مورد در ۱۰۰۰ است. معادل ۶-۸ مورد در ۲۰۰۰ بیمار یک پزشک عمومی. این شیوع از سال ۱۹۳۰ اندکی تغییر کرده اما بروز موارد شدید به علت مراقبت‌های خوب نوزادی و جنینی تا حد یک‌سوم تا یک‌دوم کاهش یافته است. علت ثابت ماندن شیوع، زندگی طولانی‌تر افراد عقب‌مانده ذهنی است (صمدی، ۱۴۰۰).

سبب‌شناسی

عوامل قبل از تولد: بیشتر شامل تأثیرات ژنتیک و تغییرات کروموزومی می‌شود. ضمن این که عفونت‌های رحمی و ابتلای به بیماری سرخجه و توکسوپلاسموز (بیماری خطرناکی که از طریق گربه منتقل می‌شود) نیز در بروز عارضه نقش دارند. آنچه مسلم است بیشترین علل عقب‌ماندگی ذهنی همین عوامل قبل از تولد است که از نظر پیشگیری نیز اهمیت دارند، به‌ویژه عوامل کروموزومی مانند سندرم داون و عوامل عفونی مثل سرخجه و توکسوپلاسموز مادرزادی. در این بین عوامل حین تولد مثل زایمان مشکل و خون‌ریزی جمجمه و اشکالات تنفسی حین زایمان و... نیز مؤثر هستند.

عوامل پس از تولد: شامل ضربات شدید به جمجمه کودک (یرقان) سیانوز (سیاه شدن)، عفونت‌های دوران نوزادی به همراه تب و تشنج، کم‌کاری تیروئید و ... است که با مواظبت از کودک بخصوص قبل از سن چهارسالگی می‌توان از بروز عقب‌ماندگی ذهنی تا حدی جلوگیری نمود.

عوامل محیطی اجتماعی: تأثیرات محدودتری در بروز عقب‌ماندگی ذهنی دارند و شامل فقر، تغذیه، ناپایداری خانواده، وضعیت اقتصادی - اجتماعی بد و محرومیت‌های فرهنگی و استرس‌های مکرر و فوق‌تحمیل در محیط زندگی کودک است.

ارزیابی و تشخیص کم‌توانی ذهنی

وقتی تشخیص کم‌توانی ذهنی روی یک فرد گذاشته می‌شود که این سه مورد در او صدق کند:

۱) بروز این اختلال قبل از ۱۸ سالگی باشد. یعنی به کسی که بعد از ۱۸ سالگی، مثلاً در اثر یک تصادف، کارکرد ذهنی‌اش دچار مشکل شده باشد، کم‌توان ذهنی نمی‌گوییم.

۲) بهره هوشی فرد پایین‌تر از میانگین جامعه باشد. بهره هوشی یا آی‌کیو با تست‌های خاصی سنجیده می‌شود. میانگین نمره بهره هوشی افراد در جهان ۱۰۰ است و بیشتر مردم بهره هوشی‌ای بین ۸۵ تا ۱۱۵ دارند. افرادی که بهره هوشی بالاتر از این مقدار دارند افراد باهوش‌تر و افرادی هم که بهره هوشی‌شان از این مقدار پایین‌تر است، افراد دیرآموز (با بهره هوشی بین ۷۰ تا ۹۰) و کم‌توان ذهنی (پایین‌تر از ۷۵-۷۰) شمرده می‌شوند. به‌طورکلی شخصی که نمره بهره هوشی‌اش کمتر از ۷۵-۷۰ باشد کم‌توان ذهنی یا عقب‌مانده ذهنی شمرده می‌شود.

۳) فرد حداقل در دو مورد از حیطه‌های رفتارهای سازشی یا انطباقی محدودیت داشته باشد. این حیطه‌ها شامل مواردی چون برقراری ارتباط با دیگران، زندگی در منزل، مدیریت خود، کار، مهارت‌های تحصیلی، تفریح، مهارت‌های

اجتماعی و بین فردی، مراقبت از سلامت و امنیت خود و استفاده از امکانات جامعه هستند.

برای ارزیابی رفتار انطباقی کودک، روانپزشک یا یک کارشناس متخصص مهارت‌های روزمره او را مشاهده کرده و با همسالانش مقایسه می‌کند یا از طریق مصاحبه با مراقبین و اطرافیان فرد و ارزیابی‌های بالینی دیگر به اطلاعات مناسب دست می‌یابد.

ویژگی‌های کودکان کم‌توان ذهنی

بیشتر کودکان کم‌توان ذهنی از نظر ظاهری تفاوت چندانی با سایر کودکان ندارند. البته عده‌ای از کودکان کم‌توان ذهنی که دارای سندرم‌های خاص هستند (مانند سندرم داون، میکروسفالی، هیدروسفالی و...)، به لحاظ ظاهری هم علائم بالینی دارند.

این کودکان از نظر رشدی در بیشتر موارد تأخیر دارند. مثلاً نسبت به کودکان عادی نشستن، سینه‌خیز رفتن و پا گرفتن را دیرتر کسب می‌کنند یا به لحاظ گفتاری دیرتر به حرف‌زدن می‌رسند و به‌طور کلی آهسته‌تر از کودکان عادی مهارت‌های مختلف را کسب می‌کنند. کودکان کم‌توان از نظر کارکردی معمولاً موفق نمی‌شوند مهارت‌هایی را که پایه یادگیری می‌شوند به‌خوبی کسب کنند. برخی از این مهارت‌ها عبارت‌اند از:

پردازش حسی و ادراک

هر حسی که بدنمان از محیط دریافت می‌کند، برای اینکه قابل استفاده شود، باید در مغز به‌خوبی پردازش شود و سازماندهی و تفسیر گردد و به این صورت ذهنمان به آن‌ها معنی دهد تا بتوانیم از آن حس‌ها اطلاعات کسب کنیم و آن‌ها را بفهمیم. در کودکان کم‌توانی ذهنی، اغلب این پردازش و ادراک به‌خوبی انجام نمی‌گیرد. به‌عنوان مثال کودکی که در پردازش حسی دچار اختلال است ممکن است به برخی حس‌ها کمتر یا بیشتر از حد معمول واکنش نشان دهد. مثلاً با شنیدن صدای یک ماشین گوش خود را بگیرد یا جیغ

بزند. همچنین کودکی که در ادراک بینایی مشکل دارد ممکن است با وجود داشتن چشم‌های سالم، نتواند لباسش را از داخل یک قفسه شلوغ پیدا کند چون به لحاظ ذهنی نمی‌تواند به خوبی اشیا را از پس‌زمینه‌شان تشخیص دهد و جدا کند.

هماهنگی حرکات درشت

منظور از هماهنگی حرکات درشت توانایی انجام درست، روان و ظریف حرکات بزرگ و درشت نظیر دویدن، نشستن، برخاستن، حمل کردن و جابه‌جایی اشیا و... است که می‌تواند در کودکان کم‌توان دچار ایراد باشد. این کودکان ممکن است نتوانند به خوبی حرکات بدنشان را سازماندهی کنند. مثلاً اینکه به‌سختی بنشینند و برخیزند یا این که ممکن است حین حرکت به دیگران برخورد کنند همچنین در انجام بازی‌هایی مانند لی‌لی، پرش جفت‌پا، گرفتن و انداختن توپ ممکن است مهارت کافی نداشته باشند. کودک دارای کم‌توانی ذهنی در انجام کارهایی که نیاز به هماهنگی دو طرف بدن دارد دچار مشکل است؛ مانند پدال زدن، بازکردن در قوطی، ریختن آب در لیوان درحالی‌که با یک‌دست پارچ آب را گرفته و با دست دیگر لیوان را نگه داشته است.

کودک کم‌توان معمولاً در حفظ یک وضعیت حرکتی مشکل دارد؛ مثلاً این که مدتی بنشیند و به حرف‌های آموزگار گوش دهد یا مدتی پای تخته سیاه بایستد و روی آن بنویسد برایش دشوار است.

هماهنگی حرکات ظریف

کنترل حرکتی ظریف قابلیت برای اجرای حرکات ریز به‌صورت دقیق و روان با دست و انگشتان است. بریدن با قیچی، گرفتن مداد، نقاشی کشیدن، نوشتن، نخ کردن دانه‌های تسبیح، ورق زدن کتاب، استفاده از قاشق و چنگال و... همگی نمونه‌هایی از حرکات ظریف هستند که در کم‌توانان ذهنی با مشکل مواجه‌اند.

گفتار و زبان

تکامل زبان برای یادگیری و تعامل مؤثر بسیار کلیدی است. یکی دیگر از حوزه‌هایی که در کودکان کم‌توان دچار مشکل است گفتار و زبان آنهاست. خصوصیات که در این رابطه ممکن است در کودکان کم‌توان مشاهده کنیم می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- در بیان نیازها و خواسته‌هایشان مشکل دارند.
- از زبان مختصر و جملات کوتاه استفاده می‌کنند.
- اشتباه‌های دستوری دارند.
- در به‌کاربردن بسیاری از کلمات مشکل دارند.
- اغلب، کلمات را توصیف می‌کنند یا از کلمات جانشین مانند "این"، "آن" یا "آنجا" استفاده می‌کنند.
- خوب به حرف‌های دیگران گوش نمی‌دهند.
- در گوش دادن و فعالیت به طور هم‌زمان مشکل دارند و ...

جنبه‌های اجتماعی و عاطفی

یک کودک یا نوجوان عادی به تدریج در طی رشد با پشت سر نهادن چالش‌ها به طور موفقیت‌آمیز و دریافت تشویق دیگران احساس عزت نفس و خود ارزشمندی را به دست می‌آورد. ولی این دسته از کودکان به علت ناکامی‌های مکرر از دریافت این گونه احساس‌ها محروم می‌مانند. کودکان کم‌توان ذهنی به خاطر مشکلاتی که دارند، به راحتی در جمع همسالان خود پذیرفته نمی‌شوند. گاهی آشکارا طرد می‌شوند چرا که فاقد مهارت‌های اجتماعی پایه‌ای هستند که آن‌ها را قادر می‌کند با دیگران دوست شوند و معاشرت کنند.

کودکان کم‌توان علاوه بر مشکل در مهارت‌های پایه یادگیری و ویژگی‌های دیگری مانند توجه و تمرکز پایین، حافظه ضعیف، محدودیت در تفکر انتزاعی و استدلال، دشواری در انجام فعالیت‌های روزانه و... دارند.

اختلالات شایعی که یکی از علایم آن‌ها کم‌توانی ذهنی است

سندروم داون

علت ایجاد سندروم داون اختلالی ژنتیکی و کروموزومی است. این افراد در سلول‌هایشان یک کروموزوم اضافه دارند و آمار نشان می‌دهد که درصد زیادی از کودکان کم‌توان ذهنی را تشکیل می‌دهند. کودکان با تشخیص سندروم داون مراحل رشد ذهنی و جسمی را نسبت به کودکان عادی دیرتر و با تأخیر سپری می‌کنند. افراد مبتلا به سندروم داون انحراف چشم، زبان بزرگ، قد کوتاه، موهای لخت، اغلب عضلاتی شل و تعادلی ضعیف دارند. علاوه بر موارد ذکر شده بیماری‌های قلبی و ریوی در بین افراد با این تشخیص شایع است و ابتلا به بیماری‌های عفونی و تنفسی نسبت به افراد عادی سریع‌تر اتفاق می‌افتد. در این افراد درجات مختلفی از کم‌توانی ذهنی دیده می‌شود.

میکروسفالی

میکروسفالی یک بیماری مغزی نادر است. در افراد مبتلا به میکروسفالی، دور سر به دلایلی از حد طبیعی کمتر است و طبعاً مغزشان هم کوچک‌تر است. این اختلال ممکن است در بدو تولد خود را نشان دهد یا اینکه تا چند سال اول زندگی تشخیص داده نشود. البته در بسیاری از موارد، در سه‌ماهه سوم بارداری با سونوگرافی قابل تشخیص است.

بسته به این که چه قسمتی از مغز خوب تشکیل نشده، علایم می‌تواند متفاوت باشد. این افراد دور سر کم و پیشانی کوچک و شیب‌دار رو به عقب دارند که با نمودار استاندارد رشدی دور سر مطابق نیست. علاوه بر علامت دور سر این افراد معمولاً علایمی مثل

گریه‌های با صدای بلند، عضلات اسپاستیک (سفت)، تشنج و فعالیت بیش از حد دارند. در اغلب موارد فرد دچار میکروسفالی، کم‌توان ذهنی است ولی با این وجود ۱۵ درصد افراد مبتلا هوش طبیعی دارند.

هیدروسفالی

اختلال هیدروسفالی که آن را تحت عنوان آب‌آوردگی مغز هم می‌شناسند، اختلالی است ناشی از افزایش حجم مایع مغزی نخاعی انباشته شده در بطن‌ها و سایر حفره‌های مغز. در حالت عادی مایعی به نام مایع مغزی نخاعی در اطراف سراسر مغز و نخاع در جریان است. این مایع وظایفی از جمله تغذیه و حفاظت از سیستم عصبی مرکزی را برعهده دارد. حالا اگر به دلایلی مثل انسداد مسیر این مایع یا تولید بیش از اندازه آن توسط مغز، حجمش افزایش یابد، باعث تورم مغز و آسیب به قسمت‌هایی از مغز می‌شود.

اگر شروع بیماری در سنین پایین کودکی اتفاق بیافتد چون درزهای جمجمه هنوز باز است، منجر به افزایش غیرطبیعی اندازه دور سر می‌شود. ممکن است باعث علائمی مانند اختلالات حسی حرکتی، تعادلی و ذهنی در آن‌ها شود. شروع این بیماری گاهی حتی ممکن است در سنین بالاتر و پس از بسته‌شدن درزهای جمجمه باشد که بیشتر تعادل و حافظه را درگیر می‌کند. در صورتی که این بیماری در نوزادی تشخیص داده شود و آب اضافه مغز با روش‌های درمانی خاص خودش تخلیه گردد، عوارض کمی به جا خواهد گذاشت و حتی ممکن است کودک بعدها از نظر ذهنی تقریباً طبیعی باشد و تفاوت چندانی با هم‌سالانش نداشته باشد.

اختلالات متابولیکی

در این دسته از اختلالات، بدن کودک نمی‌تواند بعضی از مواد مثل پروتئین‌ها، قند و یا چربی را به درستی استفاده کند. در نتیجه با سوخت‌وساز نامناسب مواد زایدی در بدن

فصل اول: عقب‌ماندگی ذهنی ۱۹

تولید می‌شود که صدمات قابل توجهی را به مغز می‌رساند و تمام جنبه‌های رشد ذهنی، جسمی و حرکتی و... کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ولی اگر در روزهای اول پس از تولد تشخیص داده شود و رژیم غذایی مناسب برای کودک تجویز گردد، می‌توان تا حد زیادی از عوارض آن جلوگیری کرد.

هنوز علت مشخصی برای ایجاد این عارضه شناخته نشده است لذا والدین باید از همان دوران نوزادی به عکس العمل‌های کودک توجه کنند و در صورت مشاهده علایمی مانند بی‌قراری زیاد، گریه‌های مداوم، دل‌درد شدید و یا خواب‌آلودگی بیش از حد، برای بررسی بیشتر نوزاد به پزشک مراجعه کنند.

اثر عقب‌ماندگی ذهنی بر خانواده

به محض تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی در نوزاد والدین پریشان می‌شوند. برخی کودک را نمی‌پذیرند. گرچه این طرد کردن مدت طولانی دوام ندارد معمولاً تشخیص پس از سال اول گذاشته می‌شود. والدین مجبورند امیدها و انتظارات خود را تغییر دهند که گاهی باعث افسردگی طولانی والدین همراه با احساس گناه و شرم و خشم می‌شود. تعداد کمی کودک را نمی‌پذیرند. درحالی‌که بقیه در مورد مشخصات سایر فرزندان شدیداً احساس می‌شوند. سرانجام اکثر والدین تطابق پیدا می‌کنند. این والدین نیازمند حمایت طولانی مدت هستند.

انواع کم‌توانی ذهنی

سطوح کم‌توانی ذهنی را با اصطلاحات خفیف، متوسط، شدید و عمیق دسته‌بندی می‌کنند:

کم‌توانی ذهنی خفیف

کم‌توانی ذهنی خفیف تقریباً ۸۵ درصد موارد کم‌توانی ذهنی را تشکیل می‌دهد. افراد دارای کم‌توانی ذهنی خفیف در کودکی و سنین پیش از دبستان می‌توانند مهارت‌های

اجتماعی و برقراری ارتباط را فرابگیرند و در زمینه رشد حسی حرکتی حداقل کم توانی را دارند. به طور کلی کم توانی ذهنی خفیف تا بعد از کلاس اول یا دوم که نیازهای تحصیلی افزایش می یابد، شناسایی نمی شود. این افراد در سنین مدرسه و نوجوانی اغلب تا کلاس ششم پیش می روند. در این بازه زمانی می توان با آموزش، این افراد را به سمت سازگاری اجتماعی هدایت کرد. در بزرگسالی می توانند مهارت های اجتماعی و حرفه ای را که برای حداقل خودکفایی ضروری است یاد بگیرند. بسیاری از بزرگسالانی که به کم توانی ذهنی خفیف دچار هستند، تحت حمایت مناسب می توانند زندگی مستقلی داشته باشند و خانواده خود را اداره کنند. اما ممکن است تحت استرس های غیرعادی اجتماعی و اقتصادی احتیاج به کمک و راهنمایی پیدا کنند. IQ برای کم توانی ذهنی با این سطح از کارکرد انطباقی، معمولاً در محدوده ۵۰ تا ۷۰ است و علت اختصاصی آن اغلب پیدا نمی شود.

کم توانی ذهنی متوسط

این سطح از کم توانی ذهنی، حدود ۱۰ درصد موارد کم توانی ذهنی را تشکیل می دهد. اکثر افراد دچار کم توانی ذهنی متوسط در کودکی و پیش از دبستان، زبان را در حدی متوسط می آموزند و می توانند در اوایل کودکی به میزان کافی با سایرین ارتباط برقرار کنند. در این کودکان در رشد حسی حرکتی تأخیر و کم توانی بیشتری مشاهده می شود و نیاز به سرپرستی و مراقبت در حدی متوسط دارند. در سنین مدرسه و نوجوانی، این افراد از لحاظ تحصیلی دچار مشکل می شوند و اغلب نمی توانند بیش از کلاس دوم یا سوم پیش بروند. طی دوران نوجوانی مشکلات جامعه پذیری اغلب سبب انزوای این افراد می شود. به عبارتی، چون یادگرفتن عرف ها و ارزش های جامعه توسط این افراد مشکل است، جامعه نمی تواند به سادگی این افراد را برای بر عهده گرفتن نقش ها و مسئولیت ها آماده کند و در اینجا فراهم کردن حمایت و آموزش های اجتماعی و شغلی مفید خواهد