







## لالی انتخابی اختلال ویژه کودکان

نویسنده:  
سہیلا طاہریان

سرشناسنامه: طاریان، سهیلا  
عنوان و نام پدیدآور: لالی انتخابی (اختلال ویژه کودکان) / نویسنده سهیلا طاهریان.  
مشخصات نشر: تهران: سازمان بهزیستی کشور، اداره کل روابط عمومی، ۱۳۸۸.  
مشخصات ظاهری: ۳۷ ص  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۱۷-۰۶-۴  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه: ص. ۳۶-۳۷  
موضوع: لالی انتخابی — به زبان ساده  
موضوع: کودکان — ناهنجاری های رفتاری — به زبان ساده  
شناسه افزوده: سازمان بهزیستی کشور، اداره کل روابط عمومی  
رده بندی کنگره: ۱۳۸۸ ط ۲ / ۵۰۶ / RJ  
رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۴  
شماره کتابشناسی ملی: ۱۷۴۲۶۲۸

## لالی انتخابی (اختلال ویژه کودکان)

نویسنده: سهیلا طاهریان

ناشر: اداره کل روابط عمومی سازمان بهزیستی کشور

چاپ اول: ۱۳۸۸

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۱۵۵-۰۱-۹

شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

طراح جلد: میثم خزایی

با تشکر از استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر سیف نراقی  
که درمان این اختلال را به من آموختند.



## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	پیشگفتار
۱۱	مقدمه
۱۳	لالی انتخابی چیست؟
۱۴	تاریخچه تشخیص این اختلال
۱۴	شیوع لالی انتخابی
۱۶	سن شروع علائم
۱۶	سبب شناسی
۱۹	ویژگیهای مشترک کودکان دارای این اختلال
۲۰	تشخیص
۲۱	تشخیص افتراقی
۲۴	درمان
۲۶	گزارش یک مورد
۳۷	منابع فارسی
۳۸	منابع انگلیسی





## پیشگفتار

هدف از تهیه این کتابچه از یک طرف دادن آگاهی به والدین، مربیان مهدهای کودک و معلمان در زمینه اختلال لالی انتخابی و حساس‌سازی آنان جهت اقدام به‌موقع برای تشخیص و درمان است. همچنین اطلاعات این کتابچه به آنان کمک می‌کند تا وضعیت کودک را بهتر درک کنند و بدانند که برای به سخن آوردن وی نباید او را تحت فشار قرار دهند، بلکه برای این منظور باید از یک متخصص کمک بگیرند.

از طرف دیگر مطالعه کتابچه حاضر به مشاوران و روانشناسان توصیه می‌شود زیرا در این کتابچه ملاکهای تشخیصی بر اساس آخرین تجدیدنظر (DSMTV-TR) آورده شده است و به موضوعات شیوع اختلال، سن شروع آن، سبب شناسی و عوامل زمینه‌ساز اختلال پرداخته شده است.

همچنین اطلاعاتی در بارهٔ باورهای کودک مبتلا، مربی یا معلم وی و همینطور والدین او آورده شده است که برای مشاوران کودک کمک‌کننده خواهد بود.

به علاوه مطالعه آن مشاوران را راهنمایی می‌کند که چگونه در جریان درمان این اختلال واکنشهای متقابل اعضای خانواده را بررسی کنند و سهم هر یک از اعضای خانواده را در ایجاد این اختلال تعیین و جهت درمان اقدام کنند. نکته مهم این است که برقراری ارتباط با کودکان دارای این اختلال، مشکل و در مواردی بسیار سخت است. درمانگر باید فردی صبور و دارای توانایی بالا برای ایجاد ارتباط با کودکان باشد و در جریان درمان انتظار نتیجه سریع نداشته باشد.

به عقیده نگارنده او باید عمیقاً دوستدار کودکان باشد تا بتواند درمان را پیش ببرد، در غیر این صورت موفق به درمان نخواهد شد.

دکتر مینو رفیعی

مدیرکل دفتر مشاوره و خدمات روانشناختی

سازمان بهزیستی کشور



## مقدمه

آگاهی از این که چگونه تجارب اولیه زندگی، شخصیت فرد را شکل می‌دهد به ما کمک می‌کند تا در تربیت کودکانمان گام‌های صحیح‌تر و مناسب‌تری برداریم. بسیاری از مسائلی که جامعه با آن دست به گریبان است، از جمله پرخاشگری، خودکشی، از خود بیگانگی، طلاق، بیماری‌های روانی، ... می‌تواند از طریق شناخت نحوه تأثیر رفتار و نگرش‌های والدین بر کودکان، قابل پیشگیری باشد.

تعامل کودک و خانواده دارای ابعاد گوناگونی است. لازم است محیط پرورش‌دهنده درون خانواده همراه با انگیزش و پرورش کافی تا اواخر کودکی و بلوغ ادامه یابد تا جوانی با عملکرد سالم بوجود آید. چرا که تکامل تدریجی کودکان تا بلوغ و استقلال شدیداً تحت تأثیر تربیت و پرورش آنها در سالهای اول زندگی است و سلامت جسمانی و هیجانی کودک، تمایلات، باورها، ادراکات و رفتار سالم یا مرضی وی تحت تأثیر نظام خانواده است.

کشمکش‌ها و ناکامی‌های مختلف تعادل عاطفی کودک را برهم زده و سبب ایجاد تشویش و اضطراب در وی می‌گردد. این کشمکش‌ها و ناکامی‌ها از یک طرف و محافظت‌های افراطی از طرف دیگر تبعات مختلفی در پی خواهد داشت؛ یکی از آنها اختلال تکلم است که در برخی موارد وضعیتی پیش می‌آید که به آن لالی انتخابی گفته می‌شود.

لالی انتخابی اختلال نادری است که در آن کودکی که توانایی سخن گفتن و فهم کلمات را دارد از صحبت کردن در برخی موقعیت‌ها ناتوان است. به این معنی که کودک با برخی از اشخاص حرف می‌زند ولی از صحبت کردن با سایر اشخاص ولو نزدیکان امتناع می‌کند. در موارد خیلی شدید ممکن است کودک از صحبت کردن حتی با نزدیکترین فرد خودداری کند ولی با اشیا و اسباب‌بازیها سخن گوید.

این اختلال معمولاً زیر ۵ سالگی و همراه با یک ضربه جسمی و روانی شروع می‌شود و یک سوم بچه‌ها با درمان یا بدون درمان دچار اختلالات دیگری



مثل اضطراب و افسردگی می‌شوند ولی ۵۰٪ از آنان طی ۱۰ - ۵ سال بهبود می‌یابند.

علائم دیگری که همراه این اختلال است شامل منفی‌گرایی، خشکی (Rigidity)، کمروبی، رفتارهای مقابله‌ای، عدم تماس چشمی، وسواس و کناره‌گیری اجتماعی است. همینطور این کودکان اغلب تمایل دارند در جلسات علمی حضور کم‌رنگی داشته باشند.

مطابق ملاک DSMIV-TR طول مدت اختلال حداقل یک ماه باید باشد تا بتوان تشخیص لالی انتخابی را گذاشت و این یک ماه نباید مربوط به زمان ورود به مدرسه باشد.

در بین بچه‌هایی که تازه مدرسه را شروع کرده‌اند لالی موقتی شایع است اما حداکثر در مدت ۶ ماه خودبه‌خود بهبود می‌یابد ولی **لالی انتخابی نیاز به توجه جدی و درمان با تکنیک‌های مختلف فردی، خانوادگی، استفاده از تکنیک‌های شناختی - رفتاری، بازی‌درمانی و تشویق به تکلم دارد و اگر تا سن ۱۰ سالگی درمان نشود پیش‌آگهی بدی دارد.**

علاوه بر استفاده از تکنیک‌های فوق از داروی SSRI نظیر فلوئوکستین نیز در درمان لالی انتخابی استفاده می‌شود.



## لالی انتخابی چیست؟

لالی انتخابی اختلال نادری است که در آن کودکی که توانایی سخن گفتن را نشان داده است، به طور مداوم از صحبت کردن در یک یا چند موقعیت اجتماعی (مثل مدرسه) امتناع می‌کند (APA, ۱۹۹۳).

تصویر معمول آن است که کودک در خانه صحبت می‌کند ولی از صحبت کردن با اشخاص بیرون از منزل حتی با وابستگان نزدیک ناتوان است. در واقع این بچه‌ها کنترل کمی روی توانایی خودشان برای حرف زدن در مکان‌های عمومی‌تر دارند.

نکته‌ای که در تشخیص لالی انتخابی باید مدنظر قرار گیرد این است که در موقعیت‌هایی که کودک در آن صحبت می‌کند باید رفتار کلامی وی متناسب با سنش باشد. این نکته بسیار مهم است، زیرا کودکی که الگوهای تکلمی وی فوق‌العاده پس‌رفته است نیز ممکن است به اشتباه به عنوان کودک مبتلا به خاموشی انتخابی تشخیص داده شود.

خصوصیت اصلی لالی انتخابی که در DSM-III آمده است عبارت است از: امتناع دائم از صحبت کردن در تقریباً تمام موقعیت‌های اجتماعی، به رغم توانایی فهم سخنان دیگران و توانایی سخن گفتن. این معیار نشانگر آن است که فقدان تکلم مربوط به اختلال بدنی یا ذهنی دیگری نیست.

ویژگی‌های دیگری که در DSM-III برای این کودکان ذکر شده عبارتند از: شرمساری فوق‌العاده، کناره‌گیری و انزوای اجتماعی، وابستگی، امتناع از مدرسه رفتن، رفتار عصیان‌گرایانه و توانایی بارز برای ایجاد ارتباط با دیگران از طریق غیرکلامی مثل تکان دادن سر، به کار بردن دست و سر، ژست‌های بدن و در بعضی موارد به صورت یکنواخت صدایی را تکرار کردن.

در ویراست نهم کتاب خلاصه روانپزشکی که بر اساس DSMIV-TR است نیز اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، امتناع از مدرسه رفتن، تأخیر در فراگیری زبان، اختلالات رفتاری نظیر حملات قشوق و رفتارهای مقابله‌جویانه از دیگر ویژگی‌های این کودکان ذکر شده است.



در DSM-IV و DSM-IV-TR آمده است: کودک علیرغم این که قادر به تکلم است در موقعیت‌های اجتماعی خاص (مثل مدرسه) به طور مستمر از سخن گفتن ناتوان است و این اختلال مانع پیشرفت‌های آموزشی یا شغلی یا ارتباط اجتماعی وی می‌شود.

### تاریخچه تشخیص این اختلال

این اختلال برای اولین بار حدود یکصد سال پیش مورد بحث قرار گرفت و تحت عنوان آفازی اختیاری نامیده شد و در بین سال‌های ۱۹۴۰ - ۱۹۳۰ نام مشهور خود یعنی لالی انتخابی را بدست آورد. اصطلاح selective mutism به لالی ویژه اشاره داشت ولی از آنجا که برجستگی به این کودکان زده می‌شد و متعاقب آن تصمیمی در مورد آنها گرفته می‌شد که مناسب آنها نبود دوباره نام‌گذاری شد و تحت عنوان elective mutism یعنی لالی انتخابی نام‌گذاری شد (بای شاپ، ۱۹۹۴). elective mutism اشاره می‌کند به اینکه کودک انتخاب می‌کند که لال باشد (این اصطلاح نخستین بار در سال ۱۹۳۴ توسط یک روانپزشک سوئیسی وضع شد) در حالی که در selective mutism (DSM-IV, ۱۹۹۴) تأکید بیشتر روی انتخاب موقعیت‌های تکلم و سخن گفتن است بدون اینکه کودک عمداً بخواهد که لال باشد.<sup>۱</sup>

این اصطلاح در زبان فارسی به شکل‌های مختلف ترجمه شده است از جمله: لالی انتخابی، خاموشی انتخابی، سکوت‌پیشگی انتخابی.

### شیوع لالی انتخابی

لالی انتخابی یک اختلال روان‌شناختی دوران کودکی است که در ابتدا تصور می‌شد در میان کودکان باید خیلی نادر باشد. انواع خفیف این اختلال

---

<sup>۱</sup>-Selective Mutism service, McMaster Children's Hospital, Hamilton, Ontario, Canada, ۲۰۰۴



شایع اما گذراست، در حالی که فرم شدید آن عیار شیوع ۱ در ۱۰۰۰ دارد (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۱).

در ایران روی میزان شیوع این اختلال کار نشده است. براون و لوید (۱۹۷۵) ۷/۲ در ۱۰۰۰ کودک ۵ ساله پیدا کردند که نمی‌توانستند ۸ هفته بعد از ورود به مدرسه صحبت کنند ولی در پیگیری ۱۲ ماهه تنها ۰/۶۶ در ۱۰۰۰ مورد خاموش ماندند. در یک مطالعه اپیدمیولوژیکی ۰/۸ در ۱۰۰۰ کودک ۷ ساله پیدا شدند که لالی انتخابی داشتند (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۲).

شیوع لالی انتخابی اخیراً بین ۳ تا ۸ در ۱۰,۰۰۰ کودک تخمین زده می‌شود. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که احتمالاً این اختلال شیوع بیشتری دارد و در بیش از ۰/۵ درصد کودکان سنین مدرسه بروز می‌کند (خلاصه روانپزشکی، ۱۳۸۲، ص ۴۱۲). مطالعات همه‌گیرشناسی دیگری که قبلاً انجام شده نشان داده است که کمتر از ۰/۱ کودکان تحت تأثیر این اختلال هستند ولی مطالعات جدیدتر پیشنهاد می‌کنند که حداکثر ۰/۲ کودکان در سطح مدارس ابتدایی ممکن است خصوصیت لالی انتخابی را داشته باشند<sup>۱</sup> (کامپالیان<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

این اختلال در زنان کمی شایع‌تر از مردان است (تنسر، ۱۹۹۲)؛ البته این موضوع همچنان تحت بررسی است (خلاصه روانپزشکی، ۱۳۸۲، ص ۴۱۳). همچنین لالی انتخابی بیشتر در جایی دیده می‌شود که زبان مادری والدین با زبان کودک متفاوت است (برادلی و اسلومن، ۱۹۷۵؛ براون و لوید، ۱۹۷۵) یا زمانی است که کودک زبان تازه‌ای را آموخته است.

<sup>۱</sup>-Selective Mutism Service, McMaster Children's Hospital, Hamilton, Ontario, Canada , ۲۰۰۴

<sup>۲</sup>-Kumpulainen



### سن شروع علائم

به طور معمول والدین اولین بار زمانی از مشکل آگاه می‌شوند که کودک شروع به رفتن به شیرخوارگاه یا مهدکودک می‌کند. ولی از آنجا که همه کودکان به مهدکودک نمی‌روند ممکن است این مشکل تا مدتی شناخته نشود. به همین علت سنین متفاوتی برای شروع این اختلال ذکر شده است از جمله: سن شروع بین ۵ - ۳ سالگی است (مبانی روانپزشکی آکسفورد، ۱۳۷۷، ص ۴۱۹).

سن شروع قبل از ۳ سالگی و همراه با یک ضربه روانی است (تنسر، ۱۹۹۲). شروع اختلال معمولاً در سنین ۵ تا ۶ سالگی است (خلاصه روانپزشکی، ۱۳۸۲، ص ۴۱۳).

سن شروع بین ۴ تا ۸ سالگی است (خلاصه روانپزشکی، ۱۳۸۲، ص ۴۱۳). در اغلب موارد شروع قبل از ۵ سالگی است و مشکل معمولاً بعد از ورود به مدرسه در میانگین سنی ۶ سال و ۱۰ ماه تشخیص داده می‌شود (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۲).

### سبب‌شناسی

علت لالی انتخابی یک مهار روان‌شناختی است، ولی در بسیاری از این کودکان سابقه شروع دیررس تکلم دیده می‌شود که ممکن است در بروز این اختلال نقش داشته باشد؛ ولی هیچ ناتوانی زیستی قابل توجهی ندارند. یکی دیگر از عوامل زمینه‌ساز این اختلال مشکلات در تلفظ و یا لکنت زبان است که اغلب با صحبت کردن ارتباط دارد.

در یک مطالعه زمینه‌یابی که اخیراً انجام شده ۹۰ درصد این کودکان واجد ملاکهای تشخیصی جمعیت هراسی بوده‌اند. این کودکان میزان بالایی از اضطراب اجتماعی از خود نشان می‌دادند ولی در سایر زمینه‌ها آسیب روانی محسوسی نداشتند.





یکی دیگر از فاکتورهای ضعیف‌تر دیده شده این است که والدین مشکلات شخصیتی داشته‌اند (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۱).

افسردگی، نیازهای شدید وابستگی و اضطراب مادر اغلب در خانواده این کودکان دیده می‌شود. این عوامل ممکن است منجر به محافظت افراطی مادر و روابط کاملاً نزدیک اما دوسوگرا بین مادر و کودک بیمارارش شود.

کودکان با لالی انتخابی تمایل دارند ویژگی‌های ذاتی نابهنجار نشان دهند و ساکت باشند (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۱)، کمرو و کناره‌گیر هستند ولی رگه‌هایی از کله‌شقی در آنان دیده می‌شود.

این کودکان اغلب به عنوان بچه‌های منفی‌گرا، خجالتی، سلطه‌گر و فریب‌کار، مقابله‌جو و ایزوله اجتماعی توصیف می‌شوند و تمایل دارند که در جلسات علمی حضور ضعیفی داشته باشند (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۲).

سایر خصوصیات آنها شامل سابقه تأخیر تکلم، مزاج سرسخت اما بسیار کمرو، محافظت افراطی آنان توسط والدین است. ویژگی‌های اخیر احتمالاً نه تنها در شروع اختلال بلکه در دوام و شدت آن نیز دخیل است.

اغلب رفتار منفی دیگری مثل امتناع از نشستن و بازی کردن زمانی که باید حرف بزند وجود دارد.

به غیر از فاکتورهای شخصیتی و تکلمی یک عامل علی دیگر وجود یک ضربه جسمی یا روانی است و تعدادی از کودکان این شرایط را به دنبال یک رویداد آسیب‌زا پیدا می‌کنند. بنابراین برخی درمانگران این پدیده را لالی ضربه‌ای می‌دانند نه لالی انتخابی.

گاهی فشار والدین برای تکلم درست کودک، سبب طرد تکلم در آنان می‌شود و متقابلاً سکوت پیشگی کودک، والدین و یا معلمین را وسوسه می‌کند که به کودک فشار آورند تا شاید سخن گوید. در حقیقت لالی انتخابی در چنین وضعیتی یک واکنش تطابقی است و طغیان کودک را نسبت به اصرار و فشار والدین و یا معلمان نشان می‌دهد. در برخی موقعیت‌ها وقتی والدین و معلمان با کودکی رو به رو می‌شوند که فقط در مدرسه حرف نمی‌زند مشکل است که



عصبانی نشوند؛ ولی عصبانیت رویکرد کمک‌کننده‌ای نیست و فقط کودکان را بیشتر به درون خودشان می‌راند. البته این کودکان در مواقع ضروری به خوبی صحبت می‌کنند.

از جمله عوامل زمینه‌ساز دیگر می‌توان به شرایط استرس‌زا اشاره کرد. اکثر این کودکان در شرایط پراسترس کاملاً خاموشند اما برخی ممکن است کلمات تک‌سیلاب به کار ببرند. برخی از این کودکان از طریق تماس چشمی یا اشارات غیرکلامی ارتباط برقرار می‌کنند.

رید (۱۹۶۳) اولین بار فرض را بر این گذاشت که لالی انتخابی باید یک الگوی آموخته شده رفتاری باشد با دو زیر مجموعه ذیل:

۱. کسانی که ناپخته و عوام‌فریب هستند به خاطر لالی‌شان از طریق توجه والدین و معلمان تقویت شده‌اند.
۲. آنهایی که تنش و اضطراب دارند با امتناع از صحبت کردن، از اضطرابی که با سخن گفتن ارتباط دارد اجتناب می‌کنند.

بر اساس دیدگاه اخیر منابع، تنسر (۱۹۹۲) بین لالی انتخابی و محافظت افراطی مادرانه، اختلالات زبان و تکلم، عقب‌ماندگی ذهنی، بیمارستان‌زدگی و ضربه روانی پیش از ۳ سالگی ارتباط پیدا کرده است. گر چه ارتباط علی بین لالی انتخابی و این عوامل هنوز کاملاً به اثبات نرسیده است.

برای پاسخگویی به این سوال مهم که چه چیزی عامل اصلی لالی انتخابی است تحقیقات کافی صورت نگرفته است. با وجود این، بر اساس تحقیقات و مشاهدات، بعضی از عوامل به طور مشترک نقش مؤثری در این رخداد دارند. این عوامل شامل موارد زیر هستند.<sup>۱</sup>

---

۱-Selective Mutism Service, McMaster Children's Hospital, Hamilton, Ontario, Canada , ۲۰۰۴



### ۱ - طبع مضطرب و یا خجالتی

برخی کودکان دارای لالی انتخابی به عنوان فردی توصیف می‌شوند که در شرایط جدید یا هنگام رو به رو شدن با افراد ناشناس خجالتی و آرام هستند. والدین می‌گویند که این کودکان همیشه به این شیوه عمل می‌کنند.

### ۲ - تاریخچه خانوادگی کمرویی یا اضطراب

معمولاً یکی از والدین یا هر دو در موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب نموده یا زمانی که باید در مقابل دیگران صحبت کنند اضطراب خاصی را تجربه می‌کنند.

### ۳ - مشکلات زبان/تکلم

برخی از این کودکان مشکلات زبان / تکلم دارند (مثل مشکلات تلفظ) و برخی دیگر از آنها در صحبت کردن از این می‌ترسند که کلمات آنها باعث تمسخر دیگران شود.

### ۴ - فرهنگ جدید

شیوع بیش از حد انتظار این اختلال در میان کودکان مهاجر وجود دارد. بعضی از کودکانی که با فرهنگ جدید و با زبان متفاوت سازگار می‌شوند ممکن است در صحبت کردن بی‌تأمل باشند.

### ۵ - خانواده ضعیف/شبکه همسالان مدرسه

این کودکان، ممکن است بیشتر از خانواده‌هایی باشند که ارتباط خوبی (قوی) با محیط مدرسه نداشته باشند. یا ممکن است این کودک در محله متفاوتی از همکلاسی‌های خودش زندگی کند و در حالی که آنها از وسیله شخصی یا آژانس یا سرویس برای رفتن به مدرسه استفاده می‌کنند، او از اتوبوس استفاده می‌کند.

### ویژگی‌های مشترک این کودکان

۱. زمانی که باید حرف بزنند نشانه‌های غیرکلامی اضطراب را نشان می‌دهند (مثل افسردگی، اجتناب از تماس چشمی، بی‌قراری، یا بازنگه‌داشتن حرکات بدن).



۲. نیازها و آرزوها و خواسته‌هایشان را بیشتر از طریق ارتباط غیرکلامی بیان می‌کنند (مثلاً با حرکات سر و دست، اشاره کردن)، تا با استفاده از کلمات.
۳. سعی می‌کنند از فعالیتهایی که نیاز به صحبت کردن دارند اجتناب کنند (مثل درخواست از معلم برای رفتن به دستشویی، یا تیز کردن مداد).
۴. خودشان را به فعالیت یا همکاری های غیرکلامی محدود می‌کنند (مثل گرفتن توپ در کلاس ورزش یا انجام فعالیت هایی که نیاز به تحرک جسمی بیشتری دارد).

مسائل دیگری که دیده شده با لالی انتخابی ارتباط دارند عبارتند از:

۱. مسائلی که با اضطراب دیگری ارتباط دارد، مثل اضطراب اجتماعی، اضطراب جدایی، وسواس - اجبار یا گرایش های کمال‌گرایی.
۲. بی‌اختیاری ادرار و یا مدفوع
۳. لجبازی و یکدنگی‌گاهی ظاهر می‌شوند، اگر چه این رفتارها به نظر می‌رسد که به هدف اجتناب از موقعیت های اضطراب‌برانگیز عمل می‌کنند.

### تشخیص

در متن بازنگری شده ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSMIV-TR) برای گذاشتن تشخیص، لالی باید حداقل یک ماه دوام داشته باشد و با پیشرفت های تحصیلی و آموزشی یا ارتباط اجتماعی تداخل پیدا کند و ناشی از وجود یک اختلال در تکلم نظیر لکنت زبان نباشد. و همچنین ناتوانی در تکلم ناشی از فقدان معلومات نباشد. در DSMIV نیز به همین ملاکها اشاره شده بود.



کودکانی که وارد محیطی با زبان تکلمی متفاوت می‌شوند ممکن است از شروع به صحبت به زبان جدید خودداری کنند. در این مورد تشخیص لالی انتخابی زمانی باید گذاشته شود که کودک از تکلم به زبان مادری خود نیز امتناع می‌کند و همچنین توانایی کافی برای تکلم به زبان تازه را به دست آورده است ولی از تکلم به این زبان خودداری می‌کند.

قبل از گذاشتن تشخیص لازم است سالم و طبیعی بودن شنوایی، تکلم و درک مطلب کودک تأیید شود. برای این موارد می‌توان از والدین خواست گزارشی از صحبت کردن کودک و درگیر شدن در مکالمات خانه ارائه دهند.

تصور می‌شود که لالی انتخابی نوعی جمعیت هراسی است زیرا اغلب فقدان تکلم فقط در محیط‌های اجتماعی خاصی بروز می‌کند.

در دهمین تجدیدنظر طبقه‌بندی بین‌المللی و آماری بیماریها و مشکلات بهداشتی وابسته (ICD-10) لالی انتخابی همراه با اختلالات دلبستگی طبقه‌بندی شده است.

#### قصور در ارزیابی در اوائل زندگی به دلایل زیر مضر است:

- مانع شروع کمک‌های ترمیمی می‌شود.
  - اضطراب والدین افزایش خواهد یافت.
  - احتمال مسائل روان‌شناختی ثانوی را بالا می‌برد.
- لذا تشخیص سریع کمک‌بزرگی در جهت بهبود و درمان به‌موقع است، زیرا کودکی که تا سن ۱۰ سالگی درمان نشود و صحبت نکند احتمال درمان وی در آینده خیلی ضعیف است (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۱).

#### تشخیص افتراقی

بین کودکانی که لال هستند با کودکانی که لالی انتخابی دارند باید تمایز قائل شد. کودکانی که بی‌میل صحبت می‌کنند (مثل کودکانی که در موقعیت‌ها یا محیط‌هایی که به اندازه کافی مشتاق شنیدن هستند و ترغیب‌کننده‌اند سخن می‌گویند) پیش‌آگهی بهتری دارند. با این تعریف لالی انتخابی یک



اختلال هیجانی است و هیچ نابهنجاری در فهم یا تولید کلام وجود ندارد که به حساب لالی گذاشته شود (تنسر، ۱۹۹۲).

همچنین بین لالی انتخابی با لالی موقتی باید تمایز قائل شد. لالی موقتی کاملاً شایع است و زمانی پدید می‌آید که کودک برای اولین بار مدرسه را شروع می‌کند و سپس به مدت حداکثر ۶ ماه می‌ماند (براون و لوید، ۱۹۷۵). لالی موقتی در کودک روشی برای مقابله با اضطراب شدید در مورد مدرسه و جدایی از مادر است. وقتی کودک احساس امنیت می‌کند و آرام می‌گیرد راحت صحبت می‌کند؛ در حالی که کودکی که لالی انتخابی دارد همچنان ساکت و خاموش می‌ماند. کودکانی که لالی موقتی دارند اغلب کم‌رو هستند و سابقه‌ای از عدم تکلم در حضور افراد غریبه و یا چسبیدن به مادر را داشته‌اند. این کودکان به طور خودبه‌خودی بهبود می‌یابند و ممکن است مبتلا به کم‌رویی انطباقی گذرا توصیف شوند.

لالی انتخابی همچنین باید از عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات فراگیر رشد و اختلال زبان بیانی تفکیک شود. در این اختلالات نشانه‌ها گسترده است و کودک در تمام موقعیت‌ها قادر به برقراری ارتباط طبیعی و یا تکلم نیست.

#### استنباط‌های نادرست متداول در خصوص لالی انتخابی

اطلاعات به‌دست آمده از لالی انتخابی نسبتاً نادر است. اغلب والدین، مربیان و سایر افراد متخصص به‌سختی اطلاعاتی را در خصوص این شرایط به‌دست آورده‌اند. مربیان مجرب ممکن است هرگز با کودکی که لالی انتخابی دارد کار نکرده باشند. والدین این کودکان در ارتباط با این تجربه‌شان خیلی احساس انزوا می‌کنند؛ لذا والدین، معلمان و خود این کودکان ممکن است دارای برخی از باورها یا سوء تعبیرهایی در مورد لالی انتخابی باشند که بعضی از آنها در جدول صفحه بعد آمده است.



بر اساس تجارب بالینی، سوء تعبیرهای والدین، معلمان و کودک دارای لالی انتخابی در زیر آورده شده است:

باورهای والدین	باورهای معلم	باورهای کودک
من (کسی) کار ناشایستی انجام داده‌ام.	والدین بعضی کارهای ناشایست را انجام داده‌اند.	والدین من نگران/عصبانی هستند.
در مورد کودک من اشتباهی وجود دارد. بچه من در مدرسه مردود خواهد شد.	این کودک احتیاج دارد که در جای دیگر درمان شود.	معلم های من نگران من هستند یا از من عصبانی هستند.
کودک من نخواهد توانست دوستی پیدا کند.	این رفتار متقلبانه است.	در مورد من اشتباه می‌کنند.
کودک من نخواهد توانست دوستی پیدا کند.	من نمی‌توانم کار این کودک را ارزیابی کنم.	معلم من سعی می‌کند که مرا به صحبت وادار کند.
کودک من توسط همسالان مورد تمسخر قرار می‌گیرد.	اگر این کودک صحبت نکند من شکست خورده‌ام.	من هرگز قادر نخواهم بود که با دوستانم صحبت کنم.
من هیچ کاری نمی‌توانم بکنم.		
این شرایط هیچوقت بهتر نخواهد شد.		



## درمان

مطالعات نشان می‌دهند که درمان لالی انتخابی مشکل است (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۰). برنامه‌های مداخلاتی مختلف می‌تواند ناشی از ادراک‌های متفاوت از علل اصلی لالی انتخابی باشد. برخلاف وجود رویکردهای گوناگون، اکثر راهکارهای درمانی به طور رسمی مفید ارزیابی نشده‌اند.<sup>۱</sup> روشهای رفتاری به کار گرفته شده‌اند و تا حدی موفق بوده‌اند. مثلاً یک دختر ۷ ساله با استفاده از سیستم پاداش قادر شد با معلمش نجوا کند ولی نتوانست بیشتر از این نقطه پیشرفت کند (کالوین و فاندیودیس، ۱۹۸۱).

با وجود این، تا این زمان رویکردهای رفتاری و برخی درمانهای انفرادی (مثل درمان شناختی - رفتاری) امیدوارکننده‌ترین بوده است (کراتوچویل<sup>۲</sup>، سلادزک<sup>۳</sup>، سرلین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

کودکانی که لالی انتخابی داشته‌اند به طور سیستماتیک تا بزرگسالی دنبال نشده‌اند ولی دیده شده که بعضی از این بیماران در ایجاد ارتباط مشکلاتی پیدا کرده‌اند، کاملاً منزوی بوده‌اند و کناره‌گیری غیرعادی داشته‌اند. حکایت شده که زنی در بزرگسالی هنوز از این مشکل رنج می‌برد و کاملاً از صحبت کردن در بیرون از منزل ناتوان بود؛ او همچنین اختلال شخصیت شدید داشت. هیچ شکی نیست که این شرایط بالقوه معلول‌کننده است.

چند رویکرد درمانی روان‌تحلیلی توضیح می‌دهند که در منابع، پیامدهای ضعیفی گزارش شده است (بارنت و کری، ۱۹۹۲).

بیشتر مداخلات برای لالی انتخابی کودکان پایه‌های رفتاری دارند و شامل تقویت مادی و اجتماعی، تکنیک‌های شکل‌دهی و محو تدریجی هستند.

---

۱-Selective Mutism Service, McMaster Children's Hospital, Hamilton, Ontario, Canada, ۲۰۰۴

۲-Keratochoil

۳-Sladezcek

۴-Serlin





اگر چه چندین مطالعه موردی گزارش می‌کنند که درمان رفتاری برای لالی انتخابی موفق بوده ولی نتیجه مطالعات کنترل نشده است.

به نظر می‌رسد ترکیب روشهای درمانی شناختی - رفتاری و استفاده از مداخلات انفرادی و تشویق به استفاده از تکلم بیش از همه مفید باشد. در کنار اینها ضمن مشاهده دقیق رفتارهای کودک در موقعیت های مختلف و نیز اجرای آزمون های لازم به منظور بررسی وضعیت ذهنی و جسمی کودک باید به مشاوره و هدایت والدین پرداخت. همچنین می‌توان از تکنیک های بازی درمانی و ترسیم نقاشی جهت بررسی شخصیت کودک و ایجاد تغییرات مطلوب در آن استفاده کرد. به ندرت ارزیابی روانپزشکی و درمان در بیمارستان ضرورت می‌یابد.

اکثر موارد فقط چند هفته یا چند ماه، ولی برخی موارد سالها طول می‌کشد. در یک مطالعه پیگیری حدود نیمی از کودکان مبتلا ظرف ۵ تا ۱۰ سال بهبود یافتند. به نظر می‌رسد کودکانی که تا سن ۱۰ سالگی بهبود نیابند، سیری درازمدت داشته و پیش‌آگهی آنان بدتر از کسانی است که تا ۱۰ سالگی بهبود می‌یابند (خلاصه روانپزشکی، ۱۳۸۲، ص ۴۱۳). احتمال بهبود پس از این سن هم وجود دارد، هر چند یافته‌های پیگیری قطعی در دست نیست.

یافته‌های اخیر حاکی است که فلوئوکستین (Prozac) ممکن است بر سیر لالی انتخابی تأثیر گذاشته و موجب تقویت روند بهبودی شود؛ لذا در مواقعی که مداخلات اجتماعی برای کنترل علائم کفایت نکند تجویز داروهای SSRI (مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین) نظیر فلوئوکستین بخشی پذیرفته شده از درمان محسوب می‌شود.

مطالعه‌ای که اخیراً روی ۲۰ کودک انجام شده است حاکی است که این دارو ممکن است در درمان سکوت‌پیشگی انتخابی کودک مؤثر باشد.

سایر داروها نظیر فنلزین (Nardil) نیز در بهبود نشانه‌های جمعیت‌هراسی گزارش شده‌اند اما به ندرت برای درمان لالی انتخابی کودکان سنین مدرسه توصیه می‌شوند.



مشاهده واکنش های متقابل خانواده نیز در درمان باید مد نظر قرار گیرد. چرا که الگوی روابط و عملکرد سیستم خانواده برای ارزیابی و فهم مسائل دارای اهمیت زیادی است. ویژگی های مهم الگوهای ارتباطی خانواده که باید به آنها توجه شود به شرح زیر است:

- آیا روابط بین اعضای خانواده صریح و بدون ابهام است؟
  - کدام یک از اعضای خانواده بر روابط مسلط و کنترل کننده است؟
  - آیا اعضا مجاز هستند از جانب خود اظهار نظر کنند؟
  - آیا روش عمده رابطه کلامی است یا غیر کلامی؟
  - محدوده پاسخ عاطفی و هیجانی از جانب اعضای خانواده چیست؟
- ویژگی اخیر برای تصمیم گیری در زمینه توانایی خانواده برای پاسخ متناسب با نیازهای هیجانی اعضای خود اهمیت اساسی دارد.

**در نهایت باید گفت درمان متمرکز بر مشکل در منزل یا مدرسه یا هر گونه مشکلی است که به نظر می رسد استرس زا باشد و در امتناع کودک از صحبت کردن دخالت داشته باشد.**

تجربه شخصی نگارنده در درمان این است که مجموعه عوامل و افراد مرتبط با کودک و شدت و ضعف و نحوه ارتباط آنها با وی و اثرات رفتارشان بر روی او باید به دقت بررسی شوند و در درمان مدنظر قرار گیرند. کلام آخر این که در درمان این اختلال بهتر است بر مسئله تکلم کودک به طور مستقیم تأکید نشود.

### گزارش یک مورد

در ادامه، یکی از تجارب بالینی نگارنده در مورد درمان کودک پنج ساله ای که مبتلا به اختلال لالی انتخابی بود و از طرف یکی از دوستان خانوادگی شان برای مشاوره معرفی شده بود، آورده شده است:

در مصاحبه، مادرش شرح حال او را چنین بیان کرد:



"شیرین در اواخر جنگ ایران و عراق به دنیا آمده و پدرش نظامی است. او فرزند دوم ماست. خواهرش دو سال از او بزرگتر است. در سالهای اول تولد شیرین، پدرش اغلب در مأموریت و دور از منزل بود. خانواده من هم در شهرستان بودند و ما خیلی تنها بودیم. من به شدت افسرده بودم و اغلب اوقات زمانی که دخترم را شیر می‌دادم گریه می‌کردم. دخترم اغلب اوقات بغلم بود، این کار بخصوص زمان موشک‌باران به من آرامش می‌داد. با وجود این که من دختر دیگری هم دارم ولی ارتباط عاطفی عمیقی بین من و شیرین برقرار شده بود به طوری که گاهی از این می‌ترسیدم که مبادا او را از دست بدهم. من لحظه‌ای او را از خودم جدا نمی‌کردم و هر چه می‌خواست سریع برایش مهیا می‌کردم. پدر شیرین هر چند ماه یک‌بار به دیدن ما می‌آمد و در مدتی که پیش ما بود حوصله زیادی برای بازی یا ایجاد ارتباط با بچه‌ها نداشت. اکنون شیرین پنج ساله است؛ تنها با من حرف می‌زند و با هیچ کس دیگر، حتی با بقیه اعضای خانواده (پدر، خواهر، مادر بزرگ و پدر بزرگ، ...) هیچگونه ارتباط کلامی ندارد. او به شدت به من وابسته است و حاضر نیست از من جدا شود. هر جا می‌روم دنبالم می‌آید آشپزخانه، اتاق خواب، اتاق پذیرایی، حتی دستشویی. این وضعیت مرا خسته کرده است و نمی‌دانم چه باید بکنم. زمانی که می‌خواهیم به مهمانی برویم حتماً باید قبل از همه آماده شود. حتی کفشهایش را باید پوشیده باشد وگرنه از شدت نگرانی از این که مبادا من او را جا بگذارم خودش را خیس می‌کند..."

همان طور که در سبب‌شناسی گفته شد افسردگی و نیازهای شدید وابستگی و اضطراب مادر می‌توانند به عنوان عوامل بروز اختلال لالی انتخابی مطرح باشند. عواملی که گفته شد ممکن است منجر به محافظت افراطی مادر شود که در این مورد کاملاً صدق می‌کرد. در جلسات مشاوره از والدین شنیده می‌شد که در موارد زیادی این مراقبت‌های افراطی وجود داشته است؛ مثلاً کودک تمام درخواست‌های خود از پدرش را به مادر می‌گفته و از او



می‌خواسته است که آنها را با پدرش در میان بگذارد و مادر نیز به‌راحتی تقاضای کودک را می‌پذیرفته است بدون این‌که فرصت ایجاد ارتباط بین پدر و دختر را فراهم کند. پدر نیز به همین شکل درخواست‌های دخترش را به‌جا می‌آورده است بدون این‌که بر ایجاد ارتباط با فرزندش اصرار ورزد.

در اولین جلسه زمانی که سعی می‌کردم با این کودک ارتباط برقرار کنم او اصلاً سرش را بالا نمی‌گرفت، تماس چشمی برقرار نمی‌کرد و ارتباط کلامی هم نداشت. لازم بود ابتدا اعتماد او از طرف مشاور جلب شود تا در جلسه مشاوره احساس امنیت و آرامش کند. به علت وابستگی شدید وی به مادر امکان ترک اتاق مشاوره از طرف مادر به یکباره وجود نداشت؛ به همین دلیل برای این‌که کودک در جلسه مشاوره احساس ناامنی نکند از مادر وی خواسته شده بود به بهانه آوردن آب از جلسه خارج شود و در حین مشاوره هم یکی دو بار وارد اتاق شده و خارج گردد. بعد از اطمینان از راحتی او سؤالاتی را بدین ترتیب مطرح کردم:

- اسمت چیه؟
- ... (سکوت)
- مثل اینکه شیرینه؟ درسته؟
- با حرکت سر تأیید کرد.
- چند سالته؟
- ۵ سال (با انگشت نشان داد)
- خواهر و برادر هم داری؟
- بله (با حرکت سر)
- هم خواهر داری و هم برادر؟
- نه (با حرکت سر)
- خواهر داری یا برادر؟
- ... (سکوت)



- برادر داری؟
- نه (با حرکت سر)
- خوب، پس خواهر داری.
- بله ( با حرکت سر)
- چند تا؟
- یکی (با اشاره انگشت)
- آیا دوستانی هم داری که با آنها بازی کنی؟
- نه (با حرکت سر)
- با خواهرت بازی می کنی؟
- نه ( با حرکت سر)
- دوست داری که با خواهرت یا دوستانش بازی کنی؟
- ... ( شانه‌هایش را بالا انداخت).

مادر کودک توضیح داده بود که دختر بزرگش دوستانی دارد که برای بازی به منزل آنها می آیند ولی شیرین با ایشان بازی نمی کند.

در جلسه اول نزدیک به ۵۰ سؤال از کودک پرسیدم که جواب آنها را قبلاً از مادرش شنیده بودم ولی پرسیدن آنها عمدی و به منظور ایجاد رابطه با وی بود. او به همه آنها با حرکت سر پاسخ داد بدون این که کلامی سخن گوید. نکته قابل تأمل این بود که علیرغم آن که کودک در آن جلسه ارتباط کلامی برقرار نکرد اما ارتباط غیرکلامی و آرامش وی نشان از ایجاد رابطه بین او و مشاور بود و با وجود زیاد بودن تعداد سؤالات در او نشانی از خستگی و بی رغبتی به دادن پاسخ مشاهده نشد.

در جلسه دوم از آزمون گودیناف استفاده شد. آزمون گودیناف هوشبهر او را ۱۴۰ نشان می داد که بسیار خوب بود و مشاور را به درمان امیدوارتر می کرد. از وی خواستم شکل یک آدم را بکشد. او شکل یک آدم را با تمام جزئیات ولی در اندازه کوچک کشید و پس از کامل شدن نقاشی هر دو چشم آدمک را پاک کرد.



با توجه به این که چشم یک وسیله ارتباطی بسیار مهم است این عمل او نشان‌دهنده این واقعیت بود که نمی‌خواهد با دنیای بیرون ارتباط برقرار کند. **نکته مهم پاک کردن عمدی چشم بود.**

در آزمون گودیناف بعد از ترسیم آدمک، از مراجع خواسته می‌شود داستانی در مورد آدمک رسم شده بگوید. در حقیقت این یکی از راه‌های برون‌ریزی هیجان‌ها و کشف تعارض‌های درونی، نیازها، خواسته‌ها و خشم‌های پنهان مراجع است. ولی او ارتباط کلامی برقرار نمی‌کرد؛ لذا در اینجا هم از شیوه پرسش و پاسخ استفاده شد. سؤالات با چند هدف پرسیده می‌شدند:

۱. ایجاد امکان برای کودک جهت برون‌ریزی هیجان‌اتش
۲. ایجاد شرایطی مناسب برای وی جهت ابراز نیازهای خود
۳. ایجاد بینش و بصیرت در وی
۴. تشویق و هدایت وی در جهت افزایش حلقه‌های ارتباطی
۵. تشویق غیرمستقیم او برای ایجاد ارتباط کلامی

پس از هر بار مشاوره با کودک جلسات مشاوره‌ای با والدین وی تشکیل می‌شد که بنا به ضرورت، برخی از جلسات با حضور هر دو آنها و برخی جلسات به صورت انفرادی بود.

در این جلسات در مورد ریشه مشکلات کودک و علل و عوامل مؤثر در پیدایش و ادامه اختلال او با والدینش صحبت می‌شد و با توجه به نیاز، راهکارهایی در جهت تغییر نحوه رفتار والدین با وی داده می‌شد. راهکارها بیشتر در جهت کم کردن ارتباط مادر با کودک و افزایش دادن ارتباط پدر و سایرین با وی بود.

در طول درمان از آزمونهای نقاشی متعددی استفاده شد. نقاشی خانه و درخت، نقاشی اعضای خانواده، نقاشی حیوانات، ... هر یک از این نقاشی‌ها وقت یک جلسه مشاوره را کامل به خود اختصاص می‌داد چرا که پس از ترسیم نقاشی فرصت بسیار مناسبی برای مشاور جهت کشف تعارضات درونی کودک و زمان خوبی برای کودک جهت برون‌ریزی هیجان‌اتش بود. در کنار آزمونهای



نقاشی از تکنیکهای بازی درمانی، شناخت درمانی، رفتار درمانی هم بنا به اقتضا استفاده می‌شد.

زمانی که از کودک درخواست شد نقاشی اعضای خانواده را ترسیم کند، او شکل خودش و مادرش را در کنار هم و شکل خواهرش را با فاصله خیلی زیاد کشید و شکل پدرش را اصلاً نکشید. معانی روانشناختی این قبیل نقاشی‌ها بر روانشناسان پوشیده نیست و اطلاعات زیادی را از طریق آن می‌توان به دست آورد. در اینجا هم مشاور به صورت سؤال از کودک اطلاعات زیادی کسب کرد. نکته‌ای که در آزمونهای نقاشی این کودک قابل توجه بود عدم استفاده او از رنگها بود. علیرغم این که تمام رنگ‌ها در اختیارش قرار گرفته بودند ولی نقاشی‌هایش سیاه و سفید بودند و از هیچ رنگ دیگری در آنها استفاده نکرده بود.

بعد از جلسات متعدد مشاوره بالاخره او به سخن آمد و آن موقعی بود که مشاور به خاطر یک مأموریت خارج از شهر می‌خواست جلسه بعدی مشاوره را کنسل کند و داشت برای او توضیح می‌داد که به چه علت جلسه مشاوره نخواهند داشت. در این زمان او به مشاور گفت: "نرو". این نقطه عطفی در درمان اختلال وی بود به همین علت به خاطر استفاده از قدرت کلام تشویق زیادی شد.

پس از آن دیگر ارتباط او با مشاور ارتباط کلامی دو طرفه شد؛ هر چند که در ابتدا او از کلمات بسیار محدودی استفاده می‌کرد ولی برای این کار بسیار تشویق می‌شد تا به مرور کلمات او تبدیل به جمله شد. با این وجود تا مدتی ارتباط کلامی تنها در جلسه مشاوره وجود داشت و خارج از جلسه، کودک همچنان خاموش بود. او باید تشویق می‌شد که خارج از جلسه درمان نیز سکوت خود را بشکند و برای این کار می‌بایست با دقت عمل می‌شد و زمان مناسبی انتخاب می‌گردید وگرنه امکان موفقیت کم بود.

برون‌ریزی هیجانات کودک از آن پس با جلسات قبل قابل مقایسه نبود. چیزهایی را در برون‌ریزی آشکار کرد که اگر ارتباط کلامی ایجاد نمی‌شد فهم



تعارضات درونی و انحرافات شناختی او نه برای مشاور و نه برای هیچ کس دیگر ممکن نبود؛ از جمله این که او در نقاشی حیوانات، پدرش را در نقش یک پلنگ، مادرش را در نقش یک بره، خودش را در نقش یک آهو، و خواهرش را در نقش یک گاو کشیده بود.

وی در جواب به این سؤال که: "فکر می‌کنی این پلنگ چکار می‌خواهد بکند؟" پاسخ داد:

- می‌خواهد به آهو حمله کند.
- به بره و گاو چطور؟
- نه
- با توجه به این که پدر در نقش پلنگ و خود کودک در نقش آهو نقاشی شده بود از او سؤال شد:
- اگر این پلنگ بچه داشته باشد آیا فکر می‌کنی با او بازی هم می‌کند؟
- نه
- ولی شاید دلش بخواهد که بازی کند.
- آره، ولی وحشی‌بازی!
- وحشی‌بازی یعنی چه؟
- یعنی او را دنبال می‌کند، می‌گیرد و وقتی گرفت، گازش می‌گیرد. او از پدرش می‌ترسد و دلش نمی‌خواهد که پلنگ با او بازی کند.
- در جلسه بعدی وقتی این موضوع با پدر در میان گذاشته شد، بسیار متعجب شد و گفت:
- ولی وقتی من او را دنبال می‌کنم فریادی از سر شوق می‌کشد و فرار می‌کند تا من او را بگیرم.
- لازم است بدانید که فریاد او از سر ترس و وحشت است نه از سر شوق! بعد از این که او را گرفتید چکار می‌کنید؟





- بعد که او را گرفتم از بازوها و پاهایش گاز می‌گیرم چون خوشم می‌آید. من دخترم را خیلی دوست دارم و از این کار لذت می‌برم؛ فکر می‌کنم او هم خوشش می‌آید.

- ولی او از این کار می‌ترسد و فکر می‌کند شما می‌خواهید به او آسیب برسانید. او در نقاشی‌های خود به وضوح این ترس و وحشت را نمایان کرده است و این ترس مانع ارتباط بین او و شمامست.

**همان طور که ملاحظه شد، کودک در توضیح نقاشی خود دقیقاً به همان رفتاری (دنبال کردن و گاز گرفتن) اشاره کرده بود که در واقعیت، واقعاً وجود داشت.**

در اینجا مشاور احساس درونی و علت ترس کودک از پدرش را برای او (پدر) روشن نمود. سپس تکالیفی برای پدر جهت از بین بردن ترس کودک و تغییر ذهنیت منفی او نسبت به پدرش تعیین شد. از جمله به وی (پدر) توصیه شد بازیها مطابق خُلق کودک و به انتخاب او باشد و علاوه بر بازی اوقاتی را برای کشیدن نقاشی با کمک هم، خانه‌سازی، کتابخوانی برای دخترش، بردن او به پارک یا مراکز شادی کودکان، ... بگذارد و گاهی هم هدایای دلخواه او را تهیه کند تا کودک پدرش را به خود نزدیک احساس کند.

بسیار مهم بود که ایجاد ارتباط کلامی بین پدر و کودک حتماً بعد از حل این تعارض اتفاق بیفتد (تعارضی که کودک تصور می‌کرد پدر مانند پلنگ وحشی است که به او حمله می‌کند و ممکن است به او آسیب برساند و احساس می‌کرد که در مقابل این حمله بی دفاع است)؛ وگرنه یا مثل گذشته ارتباطی بین او و پدرش ایجاد نمی‌شد و یا اگر هم به وجود می‌آمد، کودک خودش را "قربانی" تصور می‌کرد و لذا ارتباط سالمی برقرار نمی‌گردید.

در کنار حل این تعارض، کم‌کم و به مرور کودک تشویق شد ابتدا با خواهرش که فاصله سنی زیادی با او نداشت، سپس با دوستان خواهرش (که در طول درمان، وی با آنها ارتباط غیرکلامی برقرار کرده بود و بازی می‌کرد)، پس از آن با پدرش و در نهایت، با افراد دیگر ارتباط کلامی برقرار کند.



درمان اختلال این کودک شش ماه به طول انجامید که در این مدت جلسات مشاوره پی‌درپی و پنج روز در هفته تشکیل می‌شد. شیوه‌های مهمی که استفاده شدند عبارت بودند از:

۱. استفاده از آزمون‌های نقاشی به عنوان وسیله‌ای برای فرافکنی
۲. استفاده از بازی‌درمانی
۳. روشن‌سازی و ایجاد بینش در کودک و والدین وی در جریان درمان
۴. استفاده از تکنیک رفتاردرمانی (برای دادن تمرین‌هایی به کودک به منظور ایجاد ارتباط کلامی با سایر اعضای خانواده و همبازی‌ها؛ افزایش ارتباط غیرکلامی با آنها؛ و همین‌طور برای دادن تمرین‌هایی به والدین در جهت تغییر شیوه رفتار خود با کودک)
۵. در نظر گرفتن دیدگاه کودک و کمک به اطرافیان به رعایت این اصل که "مسائل را از دریچه دید کودک باید دید."
۶. توجه خانواده در این جهت که همکاری اعضای خانواده برای درمان کودک ۱۰۰ درصد لازم و ضروری است.
۷. عدم تأکید مستقیم بر صحبت کردن کودک.

در فرایند درمان، وابستگی کودک به مادر و محافظت افراطی مادر از کودک کاهش پیدا کرد، نقش کم‌رنگ و پرخطر پدر (از دید کودک) پررنگ و ایمن شد، خواهر و همسالان دیگر در زندگی وی نقش پیدا کردند و کودک شروع به بازی و برقراری رابطه با آنها کرد، در بیان درخواست‌های خویش از پدرش که یکی از مشکلات اساسی او بود توانایی پیدا کرد، اعتماد به نفس او افزایش یافت و کم‌کم جرأت رفتن به محوطه ساختمان برای بازی با همسالان و یا خرید بستنی و خوراکی از بوفه (مستقر در محوطه) را پیدا کرد، نقاشی‌های سیاه و سفید وی تبدیل به نقاشی‌های رنگی شد. جالب این است که رنگ‌ها نیز به مرور پس از به سخن آمدن او در نقاشی‌هایش ظاهر شدند. او در ابتدا از رنگ‌های تیره (مثل سرمه‌ای، قهوه‌ای) و زرد استفاده کرد و به تدریج از



رنگ های متنوع تر و شادتری استفاده نمود و در پایان درمان، دیگر اثری از رنگ های تیره در نقاشی های او مشاهده نمی شد.

در پیگیری وضعیت درمان او که حدود یک سال و نیم بعد صورت گرفت، وی در منزل تنها مانده بود تا تکالیف درسی اش را انجام دهد. او دیگر اضطراب جدایی از مادر نداشت و در مکالمه تلفنی نیز به راحتی ارتباط ایجاد نمود.



## منابع فارسی:

۱. آزاد حسین، روان‌شناسی مرضی کودک (آسیب‌شناسی روانی کودک)، چاپ سوم، تهران، انتشارات پازنگ، ۱۳۷۱، صص ۱۲۸ - ۱۲۷.
۲. انجمن روانپزشکی آمریکا، طبقه‌بندی اختلالات روانی DSM-IV، ترجمه پورافکاری نصرت ا...، چاپ دوم، تبریز، انتشارات آزاده، ۱۳۷۴، صص ۸۴ - ۸۵.
۳. سادوک بنیامین، سادوک ویرجینیا، خلاصه روانپزشکی (ویراست نهم)، ترجمه سبحانیان خسرو، رفیعی حسن، چاپ اول، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۲، صص ۴۱۴ - ۴۱۲.
۴. سیف‌نراقی مریم، نادری عزت‌الله، اختلالات رفتاری کودکان و روش‌های اصلاح و ترمیم آن، چاپ اول، تهران، انتشارات بدر، ۱۳۷۰، صص ۹۷ - ۹۶.
۵. گات دنیس، گلدر مایکل، می‌پرریچارد، مبانی روانپزشکی آکسفورد (روان‌شناسی بالینی)، ترجمه ابوحمزه الهام، هاشمیان کیانوش، چاپ اول، تهران، انتشارات تبیان، ۱۳۷۷، صص ۴۲۰ - ۴۱۹.
۶. نلسون امرسون و والد، روانپزشکی اطفال، ترجمه جلیلی بهروز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انتشارات وزارت امور خارجه، ۳۷۴، صص ۲۷۳ - ۲۷۲.
۷. هورپیتر، مبانی روانپزشکی کودک، ترجمه پورافکاری نصرت ا...، چاپ اول، تبریز، انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، ۱۳۷۵، صص ۲۲۹، ۲۳۴، ۳۷۴.

منابع انگلیسی:

۱. Hembree – Kigin Toni L., Lyman Robert D., Mental Health Interventions with Preschool Children, Printed in U.S.A., ۱۹۹۴, p.p.۱۲۱ – ۱۲۲.
۲. Linda Winkley, Emotional Problems in Children and Young People, Printed in Great Britain, Cassell, ۱۹۹۶, p.p. ۲۸۹ – ۲۹۲.
۳. Selective Mutism Service, McMaster Children's Hospital, Hamilton, Ontario, Canada L&N۳Z۵,۲۰۰۴