فهرست

 **موضوع صفحه**

[فصل اول: کودکان استثنایی- مقدمه 2](#_Toc15058978)

[فصل دوم: کودکان و نوجوانان عقب‌مانده ذهنی 7](#_Toc15058979)

[فصل سوم: کودکان تیزهوش 34](#_Toc15058980)

[فصل چهارم: نابینایان 39](#_Toc15058981)

[فصل پنجم: ناشنوایان 45](#_Toc15058982)

[فصل ششم: معلولیت‌های جسمی و حرکتی 50](#_Toc15058983)

[فصل هفتم: اختلالات اختصاصی رشد 54](#_Toc15058984)

[فصل هشتم: اختلالات فراگیر (نافذ) رشد 76](#_Toc15058985)

[فصل نهم: صرع 89](#_Toc15058986)

[فصل دهم: اختلال‌های کمبود توجه 92](#_Toc15058987)

[فصل یازدهم: اختلالات سازگاری 97](#_Toc15058988)

[فصل دوازدهم: اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوک 105](#_Toc15058989)

[فصل سیزدهم: اختلال‌های تغذیه و خوردن در شیرخوارگی و اوایل کودکی 117](#_Toc15058990)

[فصل چهاردهم: اختلال‌های تیک 121](#_Toc15058991)

[فصل پانزدهم: اختلال‌های دفعی 127](#_Toc15058992)

[فصل شانزدهم: سایر اختلال‌های شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی 131](#_Toc15058993)

[فصل هفدهم: اختلال‌های خلقی در کودکان و نوجوانان 140](#_Toc15058994)

[فصل هجدهم: اسکیزوفرنی زودآغاز 144](#_Toc15058995)

[فصل نوزدهم: سوء‌مصرف مواد در نوجوانان 146](#_Toc15058996)

[فصل بیستم: سایر مسائل دوران کودکی 147](#_Toc15058997)

[سؤالات کنکور سراسری کارشناسی ارشد 1400 150](#_Toc15058998)

[پاسخ تشریحی سؤالات کنکور سراسری کارشناسی ارشد 1400 152](#_Toc15058999)

[منابع 154](#_Toc15059000)

[منابع بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط ممکن 155](#_Toc15059001)

# فصل اول: کودکان استثنایی- مقدمه

تفاوت‌های بین‌فردی: دانش‌آموزان نه­تنها از لحاظ مشخصات ظاهری با یکدیگر تفاوت دارند، بلکه از نظر خصوصیات اخلاقی، هوشی و روانی نیز با یکدیگر متفاوت هستند.

تفاوت‌های درون‌فردی: افراد علاوه بر اینکه از نظر توانایی‌ها و مهارت‌های گوناگون با یکدیگر تفاوت دارند، این مهارت‌ها و توانایی‌ها، در خود شخص نیز به یک میزان نیست. در بعضی مهارت‌ها خوب هستیم ولی در یادگیری بعضی دیگر کند هستیم.

اگر تعداد زیادی از کودکان را مورد آزمایش قرار دهیم، از لحاظ هوشی، تقریباً 68 درصد آنها نمرات متوسط و درصد بسیار کمی نمرات بسیار بالا و بسیار پایین می‌گیرند.

کودک استثنایی قبل از هر چیز یک کودک است و سپس کودکی است با خصوصیات و ویژگی‌های استثنایی نسبت به سایر کودکان. به کودکی استثنایی گفته می‌شود که برخلاف اکثریت افراد هم‌سن خود در شرایط عادی قادر به سازگاری با محیط نباشد و از نظر فکری، جسمی، عقلی، رفتاری و عاطفی با همسالان خود فرق کلی داشته باشد، و نیز احتیاج به روش‌های خاص تربیتی، آموزشی و درمانی داشته باشد تا بتواند از استعداد خود نهایت استفاده را بکند.

در آمریکا به تمام کودکانی که به نحوی با کودکان هم سن خود فرق کلی داشته باشند اعم از نابغه، ناشنوا، نابینا و ... استثنایی گفته می‌شود. در انگلستان لغت کودکان استثنایی محدود به کودکان تیزهوش است و کودکانی را که به حمایت‌های آموزشی و تربیتی و درمانی نیاز دارند، کودکان ویژه می‌گویند. به کودکان ویژه "معلول" یا "هندی کپ" و در سنین بلوغ به آنها "ناتوان" گفته می‌شود. در اینجا قابل ذکر است که هر کودکی که از جهات مختلف استثنایی است لزوماً از نظر آموزشی استثنایی نمی‌باشد. از نظر آموزشی کودکی استثنایی است که برای تأمین حداکثر نیازهای تربیتی و آموزشی او تغییراتی در شیوه‌های تربیتی و آموزشی خانواده و برنامه‌های مدرسۀ عادی داده شود.

گروه‌بندی دانش‌آموزان استثنایی:

1. انحرافات هوش: تیزهوش و کندذهن
2. نقایص حسی: کم‌شنوا، ناشنوا، کم‌بینا و نابینا
3. دشواری‌های ارتباطی، مشکلات تکلمی و نارسایی‌های ویژه یادگیری
4. نابهنجاری‌های رفتاری
5. دشواری‌های حرکتی: معلولیت‌های بدنی
6. سایر موارد استثنایی و بیماری‌ها.

نکته: بیشترین درصد دانش‌آموزان استثنایی، کودکان تیزهوشان و عقب‌ماندگان ذهنی هستند.

«آموزش انفرادی» در صورت امکان مؤثرترین و مطلوب‌ترین شیوۀ آموزشی و پرورشی با درنظرگرفتن تفاوت‌های فردی افراد به‌حساب می‌آید و آموزش‌وپرورش استثنایی به جنبه‌هایی از تعلیم‌وتربیت گفته می‌شود که جنبه‌های استثنایی یعنی ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی در آن رعایت شده باشد. مقدار و نوع آموزش‌وپرورش ویژه‌ای که کودک بدان نیاز دارد بستگی به عوامل متعددی از جمله درجه و میزان چگونگی تفاوتی است که کودک با دیگر همسالان خود در توانایی و استعدادها و رشد طبیعی خود دارد.

به طور کلی آموزش‌وپرورش استثنایی یعنی ایجاد تغییرات و اصلاحات لازم در برنامه‌های عادی و برنامه‌ریزی متناسب با ویژگی‌های فردی و اتخاذ روش‌ها و به‌کارگیری تجهیزات و وسایل مناسب جهت کمک به کودکان استثنایی به نحوی که بتوانند به شکوفایی استعدادهای بالقوۀ خویش تا حداکثر ممکن نایل آیند. در واقع آموزش استثنایی یک نظام آموزشی بالینی است که هدفش توجه به توانایی­های کودک استثنایی است نه ناتوانی‌های او. آموزش‌وپرورش استثنایی لزوماً به معنای جداسازی و انتقال کودک از مدرسه عادی به مدرسه استثنایی نیست، بلکه آموزش استثنایی برنامه‌ای تنظیم شده بر اساس ارزیابی‌های مستمر و جامع برای کودک از تولد تا پایان زندگی و همراه با خانواده و مدرسه و اجتماع است.

در روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی منظور از کودک، از بدو تولد تا دوازده سالگی، و نوجوانی بین دوازده تا بیست سالگی است. طبقه‌بندی کودکان و نوجوانان استثنایی به چند دلیل دشوار است: اولاً تنوع اختلالات کودکان زیاد است. ثانیاً یک عامل بیماری‌زا می‌تواند علایم مختلفی ایجاد کند. ثالثاً یک علامت می‌تواند در اثر عوامل مختلف ایجاد شود. رابعاً اختلالات می‌تواند حاد یا مزمن و شدید یا خفیف باشد.

کلی‌ترین طبقه­بندی کودکان استثنایی (Exceptional children) مورد قبول اکثر روان‌شناسان عبارت است از:

* کودکان و نوجوانانی که به علت اختلاف هوش‌بهر و فعالیت‌های ذهنی از کودکان عادی متمایزند (افراد عقب­مانده ذهنی و تیزهوش).
* کودکان و نوجوانانی که به علت اختلالات و ضایعات مغزی یا اختلالات عملی مبتلا به اختلالات رفتاری هستند. (نوجوانان ناسازگار یا دشوار)
* کودکان و نوجوانانی که اختلالات و نقایص حسی و حرکتی و اختلالات عملی رشد دارند (نابینایی و ناشنوایی، اختلالات گفتاری، اختلالات کنترل اسفنکترها و حرکتی ... )

کودکان استثنایی را از 3 جهت می‌توان مورد توجه قرارداد:

1. آن‌هایی که پس از تولد به علت اختلالات ارثی و مادرزادی بیماری آنها مشخص می‌شود.
2. آن‌هایی که هنگام حاملگی مانند: سندرم داون، هیدروسفالی، میکروسفالی و ... و پس از تولد با وسایل تشخیصی مانند: دررفتگی لگن خاصره، اختلالات سوخت‌وساز بدن، اختلال غدد مترشحه و ... بیماری آنها مشخص می‌شود.
3. آن‌هایی که نقص یا بیماری آنها در طول مراحل رشد مشخص می‌شود. مانند: ناشنوایی، نابینایی، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال خواندن و نوشتن و ...

عوامل مؤثر در آموزش‌وپرورش کودکان استثنایی عبارت‌اند از:

1. پیشرفت صنایع خدماتی و آموزشی
2. خدمات پزشکی و روانپزشکی
3. دلایل اقتصادی
4. تغییرات اساسی در عقاید و بازخوردها
5. گسترش تحقیقات و تسهیلات آموزشی
6. نقش مادران و پدران کودکان استثنایی

هدف‌های آموزش‌وپرورش استثنایی عبارت‌اند از:

1. رسیدن به خودآگاهی و شناخت خود
2. برقرار نمودن روابط مفید و مؤثر با دیگران
3. رسیدن به کفایت اقتصادی
4. پذیرش مسئولیت اجتماعی

در جایگزینی کودکان استثنایی، آموزش‌وپرورش کودکان استثنایی سعی دارد تا آنجا که امکان دارد کودک استثنایی را در کنار دیگر کودکان در مدارس عادی نگه دارد و فقط در شرایطی کودک را به مدارس مخصوص جایگزین نماید که امکان حداکثر بهره‌وری از توانایی­هایش را در مدرسه عادی نداشته باشد. به این رویکرد عادی‌سازی می‌گویند و گرایش به ادغام کودکان استثنایی در جامعه‌ای وسیع­تر یعنی کودکان عادی، را یکپارچه‌سازی می‌نامند. به طور کلی جایگزینی صحیح کودک استثنایی متضمن دو مرحله اساسی خواهد بود:

1. شناخت هرچه کامل‌تر و دقیق‌تر و جامع‌تر کودک که در این مرحله اولیای کودک در مشورت با متخصصان و مشاوران مربوطه نقش فوق‌العاده‌ای داشته و به مصالح آموزشی و پیشرفت تحصیلی رفتاری کودک می‌اندیشند.

2. بررسی و شناخت دقیق تسهیلات و امکانات آموزشی موجود.

روش صحیح جایگزینی کودکان استثنایی در مدارس به ترتیب اولویت عبارت‌اند از:

1. کلاس‌های عادی.
2. کلاس‌های عادی همراه با راهنمایی و مشاوره و تدریس خصوصی.
3. کلاس‌های عادی با اتاق خاص (الگوی اتاق مرجع).
4. کلاس‌های ویژۀ نیمه‌وقت در مدارس عادی.
5. کلاس‌های تمام‌وقت در مدارس عادی.
6. مدارس روزانه.
7. مدارس شبانه‌روزی مخصوص کودکان استثنایی.
8. کلاس‌های بیمارستانی و مراکز درمانی.

**تفاوت تشخیصی اختلالات کودکی**

|  |  |
| --- | --- |
| DSM-5 | DSM-IV-TR |
| اختلالات عصبی رشدی | اختلالاتی که معمولاً در شیرخواری، کودکی و بلوغ تشخیص داده می‌شوند |
| ناتوانی عقلی | عقب‌ماندگی ذهنی |
| اختلال یادگیری خاص | اختلالات یادگیری |
| اختلالات طیف اوتیسم | اختلالات فراگیر رشد |
| اختلالات حرکتی | اختلال مهارت‌های حرکتی |
| اختلالات ارتباطی | اختلالات ارتباطی |
| ADHD | ADHD |
| اختلالات تغذیه و خوردن(شامل آنورکسیا، بولیمیا و پرخوری) | اختلالات تغذیه شیرخواری و اوایل کودکی |
| اختلالات اخلالگر، کنترل تکانه و سلوک | اختلال سلوک |
| اختلال لجبازی و نافرمانی مقابله‌ای |
| اختلالات اضطرابی(شامل اختلالات اضطرابی در بزرگسالی و کودکی) | لالی انتخابی |
| اختلال اضطراب جدایی |

در مورد اختلالات کودکی تفاوت‌هایی در دو نظام طبقه­بندی DSM-IV-TR و DSM-5 وجود دارد که در جدول زیر توضیح داده شده‌اند.

|  |  |
| --- | --- |
| DSM-5 | DSM-IV-TR |
| اختلالات عصبی رشدی |
| طیف اختلال اوتیسم | اختلال اوتیسم |
| اختلال آسپرگر |
| اختلال فروپاشی کودکی |
| اختلالات فراگیر رشد NOS |
| ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) | عقب‌ماندگی ذهنی |

**اختلالات عصبی- رشدی**

اختلالات عصبی- رشدی مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که در دوره رشد شروع می‌شوند. این اختلالات معمولاً در اوایل رشد آشکار می‌شوند، (اغلب قبل از اینکه کودک وارد دبستان شود) و با نقایص رشدی مشخص می‌شوند که اختلالاتی را در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی ایجاد می‌کنند. دامنه این نقایص رشدی از محدودیت‌های خیلی اختصاصی یادگیری یا کنترل کارکردهای اجرایی تا اختلالات کلی در مهارت‌های اجتماعی یا هوش، تفاوت دارد. اختلالات عصبی- رشدی غالباً با هم روی می‌دهند؛ برای مثال، کودکان مبتلا به اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی (ADHD) اغلب یک اختلال یادگیری اختصاصی نیز دارند. در مورد برخی از این اختلالات، معرفی بالینی، نشانه‌های اضافی و همین‌طور علایم افزایش یا کاهش و تأخیر در رسیدن به نقاط عطف مورد انتظار رشدی را شامل می‌شوند. برای مثال، اختلال طیف اوتیسم فقط در صورتی تشخیص داده می‌شود که کمبودهای مشخص ارتباط اجتماعی، با رفتارهای تکراری مفرط، تمایلات محدود و اصرار بر یکنواختی همراه باشند.

ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) با کمبودهایی در توانایی‌های عقلانی کلی، مانند استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت، یادگیری تحصیلی، و یادگیری از تجربه مشخص می‌شود. این کمبودها به اختلالاتی در عملکرد انطباقی منجر می‌شوند، طوری که فرد نمی‌تواند معیارهای استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی را در یک یا چند جنبه از زندگی روزانه، از جمله ارتباط، مشارکت اجتماعی، عملکرد تحصیلی یا شغلی و استقلال شخصی در خانه یا در موقعیت‌های اجتماعی، برآورده کند. تأخیر رشدی کلی، همان گونه که از نام آن برمی‌آید، در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد نتواند نقاط عطف رشدی مورد انتظار را در چند زمینه عملکرد عقلانی برآورده کند. این تشخیص در مورد افرادی به کار برده می‌شود که نمی‌توانند تحت ارزیابی منظم عملکرد عقلانی قرار گیرند. از جمله کودکانی که برای شرکت کردن در آزمون استاندارد شده، خیلی خردسال هستند. ناتوانی عقلانی ممکن است در اثر صدمه اکتسابی در طول دوره رشد مانند جراحت شدید سر، ایجاد شده باشد که در این صورت، اختلال عصبی-شناختی نیز ممکن است تشخیص داده شود.

اختلالات ارتباط، اختلال زبان، اختلال صدای گفتار، اختلال ارتباط اجتماعی (عملی) و اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکنت زبان) را شامل می‌شوند. سه اختلال اول به ترتیب، با کمبودهایی در رشد و استفاده از زبان، گفتار و ارتباط اجتماعی مشخص می‌شوند. اختلال فصاحت با شروع کودکی به‌وسیله بی‌نظمی‌هایی در فصاحت طبیعی و تولید حرکتی گفتار، از جمله صداها یا هجاهای مکرر، طولانی کردن اصوات بی‌صدا یا صدادار، کلمات بریده‌بریده، وقفه یا تولید کلمات با تنش جسمانی بیش از حد مشخص می‌شود. اختلال‌های ارتباط مانند اختلالات عصبی – رشدی دیگر، در اوایل زندگی شروع می‌شوند و ممکن است اختلال کارکردی دائمی ایجاد کنند.

اختلال طیف اوتیسم با کمبودهای مداوم در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در موقعیت‌های متعدد، از جمله کمبودهایی در عمل متقابل اجتماعی، رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که برای تعامل اجتماعی به کار برده می‌شوند، و مهارت‌هایی در زمینه برقرار کردن، حفظ کردن و درک کردن روابط مشخص می‌شود. تشخیص اختلال طیف اوتیسم، علاوه بر کمبودهای ارتباط اجتماعی، به وجود الگوهای رفتار، تمایلات یا فعالیت‌های محدود و تکراری نیاز دارد. چون نشانه‌ها در اثر رشد تغییر می‌کنند و امکان دارد مکانیزم‌های جبرانی آنها را بپوشانند، ملاک‌های تشخیصی می‌توانند بر اساس اطلاعات پیشینه برآورده شوند، هرچند که جلوه بالینی کنونی باید اختلال قابل‌ملاحظه‌ای را ایجاد کند.

ADHD اختلال عصبی- رشدی است که با سطوح مختل‌کننده بی‌توجهی، بی‌نظمی و/ یا بیش‌فعالی- تکانشگری توصیف می‌شود و بی‌توجهی و بی‌نظمی، ناتوانی در متمرکز ماندن بر تکلیف، گوش نکردن و گم‌کردن لوازم را، به میزانی که با سطح سن یا رشد ناسازگار است، ایجاب می‌کند. همچنین بیش‌فعالی- تکانشگری، فعالیت بیش از حد، آرام نگرفتن، ناتوانی در نشسته ماندن، ایجاد مزاحمت برای فعالیت‌های دیگران، و ناتوانی در منتظر ماندن نشانه‌هایی هستند که نسبت به سن یا سطح رشد، بیش از حد هستند. در کودکی، ADHD غالباً با اختلالاتی که اغلب «اختلالات بیرونی کردن» محسوب شده‌اند، مانند اختلال لجبازی و نافرمانی و اختلال سلوک، هم‌پوشی دارند. ADHD تا بزرگسالی ادامه می‌یابد، طوری که به اختلالات عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی منجر می‌شود.

اختلالات حرکتی عصبی- رشدی، اختلال هماهنگی مربوط به رشد، اختلال حرکت قالبی و اختلالات تیک را شامل می‌شوند. اختلال هماهنگی مربوط به رشد با کمبودهایی در فراگیری و اجرای مهارت‌های حرکتی هماهنگ مشخص و با ناشیگری و کندی یا بی‌دقتی عملکرد مهارت‌های حرکتی آشکار می‌شود که فعالیت‌های زندگی روزمره را مختل می‌کنند. اختلال حرکت قالبی در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد رفتارهای حرکتی تکراری، ظاهراً برانگیخته، و به‌ظاهر بی‌هدف، نظیر دست تکان دادن، پس‌وپیش کردن بدن، تکان دادن سر، گازگرفتن خود و خودزنی داشته باشد. این حرکات، فعالیت‌های اجتماعی، تحصیلی یا فعالیت‌های دیگر را مختل می‌کنند. اگر این رفتارها موجب صدمه رساندن به خود شوند، باید به‌عنوان بخشی از شرح تشخیصی، مشخص شوند. اختلالات تیک با وجود تیک‌های حرکتی یا آوایی مشخص می‌شوند که جنبش‌های حرکتی یا آوا گری‌های ناگهانی، سریع، عودکننده، نامنظم، و قالبی هستند. مدت، سبب‌شناسی فرض شده و جلوه بالینی، اختلال تیک خاصی را که تشخیص داده می‌شود، مشخص می‌کند: اختلال توره، اختلال تیک‌حرکتی یا آوایی مداوم (مزمن)، اختلال تیک مشخص دیگر و اختلال تیک نامشخص. اختلال توره در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد تیک‌های حرکتی و آوایی داشته باشد که حداقل به مدت 1 سال وجود داشته و سیر آنها با نوسانات شدت علایم همراه است.

اختلال یادگیری خاص، همان گونه که از نام آن برمی‌آید، در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد کمبودهای خاصی در توانایی درک کردن یا پردازش اطلاعات به طور شایسته و درست، داشته باشد. این اختلال عصبی- رشدی اولین‌بار در طول سال‌های تحصیلات رسمی آشکار می‌شود و با مشکلات مداوم و مختل‌کننده در زمینه یادگیری مهارت‌های تحصیلی اساسی در خواندن، نگارش و یا ریاضی مشخص می‌شود. عملکرد مهارت‌های تحصیلی فردی که به این اختلال مبتلاست، زیرسطح متوسط متناسب با سن است، یا سطح عملکرد قابل‌قبول فقط با تلاش فوق‌العاده حاصل می‌شود. اختلال یادگیری خاص می‌تواند در افرادی که از لحاظ عقلانی سرآمد تشخیص داده شده‌اند روی دهد و فقط زمانی آشکار شود که ضروریات یادگیری یا روش‌های ارزیابی (مثل آزمون‌های زمان‌بندی شده) موانعی را ایجاد کنند که آنها نتوانند باهوش ذاتی و راهبردهای جبرانی خود بر آنها چیره شوند. اختلال یادگیری خاص، بسته به مهارت‌ها، از جمله عملکرد شغلی، می‌تواند در همه افراد، اختلالات دائمی در فعالیت‌ها ایجاد کند.

**سؤالات فصل اول**

**1- به نظر متخصصان، کدام روش به غلبه دانش‌آموز عقب‌مانده ذهنی بر احساس ناامیدی و کسب انعطاف‌پذیری وی کمک می‌کند؟ (سراسری 88)**

1) بازی 2) ایفای نقش 3) سازماندهی 4) گفت‌وشنود کردن

**2- در جریان عادی‌سازی دانش‌آموزان عقب‌مانده خفیف در کلاس‌های معمولی کدام تکنیک می‌تواند به این‌گونه دانش‌آموزان کمک کند؟ (سراسری 90)**

1) عدم استفاده از واسطه کلامی 2) استفاده از پسخوراندهای تأخیری

3) طرح مسائل جدید برای دانش‌آموز 4) خردکردن فعالیت‌ها به گام‌های کوچک

**3- مشکل اصلی حافظه در دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی کدام است؟(سراسری 91)**

1) ضعف تحلیل تکلیف 2) جابه‌جایی توجه به موضوعات

3) عدم تشخیص اطلاعات نامرتبط 4) پردازش‌های تمرینی لازم

**4- چند درصد از کم‌توانی‌های ذهنی، ناشی از عوامل ژنتیکی است؟(سراسری 94)**

1) 100 2) 25 3) 50 4) 75

**پاسخ سوالات فصل اول**

**1. گزینه «1» صحیح است.** به نظر متخصصان، بازی به غلبه‌ی دانش‌آموز عقب‌مانده ذهنی بر احساس ناامیدی و کسب انعطاف‌پذیری وی کمک می‌کند.

**2. گزینه «4» صحیح است.** یکی از راهکارهای ایجاد عزت نفس و افزایش اعتماد به نفس در کودکان عقب‌مانده، فراهم کردن حل مسئله در این کودکان است. به همین دلیل خردکردن فعالیت‌ها به گام‌های کوچک در این کودکان تأثیر بسزایی دارد.

1. **3. گزینه «4» صحیح است.** کودکان عقب‌مانده ذهنی در عناصر مهّم پردازش‌های ذهنی پائین‌تر از کودکان عادی عمل می‌کنند.

**4. گزینه «2» صحیح است.** 25% از عقب‌ماندگی‌ها ناشی از عوامل ژنتیکی است.

# فصل دوم: کودکان و نوجوانان عقب‌مانده ذهنی

**تاریخچه**

در اواخر قرن هجدهم بنیان‌گذار روانپزشکی جدید، **فیلیپ پینل** فرانسوی، که اولین اقدام او باز کردن زنجیر از پا و گردن بیماران بود، برخلاف تنبیه و شکنجه که در درمان بیماران روانی و عقب‌ماندگان ذهنی آن زمان رایج بود، به دلجویی آنان پرداخت و برای آنان برنامه­های تفریحی و گردش در نظر گرفت. این روش بعدها به **درمان اخلاقی** مشهور شد، زیرا پینل بود که زندان را تبدیل به بیمارستان کرد.

در اوایل قرن نوزدهم پزشک فرانسوی به نام **ایتارد** به تربیت یک کودکی وحشی پرداخت. کودک، عقب‌ماندگی بسیار شدیدی داشت. اگرچه معالجات ایتارد مؤثر واقع نشد ولی راه جدیدی برای پیشرفت در نحوه آموزش و پرورش افراد عادی، عقب‌مانده‌های ذهنی و حتی معلولین که امروزه آن را روش‌های "آموزش سمعی بصری" می‌گویند، ایجاد شد.

شاگرد و همکار ایتارد، دکتر **سگن**، مؤسسه‌ای برای عقب‌مانده‌های ذهنی در پاریس ایجاد کرد. یکی از اقدامات مهم سگن تهیه آزمون مهره­ای معروف است. این دستگاه برای آزمایش استعداد کودکان و پرورش ادراکات حسی مانند بینایی و شنوایی به کار می­رود. در این آزمون کودک باید مهره­های چوبی را که به شکل­ها و اندازه‌های مختلف بریده شده­اند در محل خودشان بگذارند و به همین جهت بعضی به این آزمون، نام آزمون تخته چوبی نیز داده­اند. نمره آزمودنی بستگی به سرعتی که کار را انجام داده و تعداد اشتباهاتی که مرتکب شده است، دارد. "روش فیزیولوژیک سگن" بر این عقیده استوار بود که رشد عمومی بدن را، اعم از قسمت‌های جسمانی یا روانی، می‌توان با روش‌های خاص تربیتی بهبود بخشید. همانند فعالیت‌های ورزشی برای جسم، می‌توان با تمرین­های خاص دقت، اراده، ادراک و حافظه را نیز تقویت کرد. اقدامات سگن باعث شد که خانم ماریا مونتسوری از ایتالیا به آموزش و پرورش عقب‌ماندگان ذهنی و کودکان کودکستانی بپردازد. سگن همچنین روش "حسی حرکتی" را در آموزش کر و لال­ها به کار برد.

در اوایل قرن بیستم توجه به اصلاح نژاد در بشر در دستور کار قرار گرفت و تأکید شد که 90 درصد عقب­ماندگی­ها به علت عوامل ارثی است، لذا نازا کردن عقب‌مانده­ها به صورت قانون درآمد و هزاران عقب­مانده نازا شدند. در طول تاریخ همواره نگرش­های مختلفی درباره افراد استثنایی وجود داشته است، از جمله:

* نابود کردن، از بین بردن افراد استثنایی.
* ترحم کردن، حمایت کردن از آن‌ها از روی ترحم.
* پذیرفتن، برخورد با آنها به‌عنوان فردی عادی و جزوی از جامعه.
* مدیون بودن، احساس داشتن دِین نسبت به آنها.

از جمله عواملی که تقریباً باعث شده توجه همه­ی کشورها و طبقات مختلف به سوی افراد مبتلا به نارسایی عقلی معطوف شود در سه مورد زیر خلاصه می‌شود:

1. میزان شیوع کودکان عقب‌مانده: تقریباً بین 1 تا 2 درصد جمعیت کشورها را کودکان با بهره هوشی کمتر از هفتاد، یعنی افراد عقب‌مانده تشکیل می­دهند. تحقیقات نشان می‌دهد که نسبت پسران عقب­مانده به دختران بیشتر و نسبت 55 به 45 گزارش شده است.

2. پیشرفت علوم پزشکی: پیشرفت‌ها علاوه بر پیدایش علل عقب‌ماندگی‌ها، به تدریج تا اندازه ای باعث تخفیف و گاهی بهبودی نسبی و حتی پیشگیری از ابتلا به این ناراحتی‌های وخیم شده است.

3. اهمیت موضوع از نظر اقتصادی و بهداشت روانی.

**تعریف عقب‌ماندگی ذهنی (کم‌توانی ذهنی) توسط انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا**

عقب‌ماندگی ذهنی mental retardation به اختلال عقلانی رشدی درDSM-5 تغییر نام داده است. طبق قوانین جدید آمریکا اصطلاح معلولیت یا کم‌توانی ذهنی mental disability باید جایگزین اصطلاح عقب‌ماندگی شود. معلولیت ذهنی دیگر صرفاً بر اساس هوش‌بهر تعیین نمی‌شود و ملاک‌های زیر را نیز باید در نظر گرفت. هرچند هوش‌بهر 2 انحراف معیار کمتر از میانگین جامعه (70 یا کمتر)، هنوز جزو ملاک‌های کم‌توانی ذهنی است.

**تعریف نظری**: عقب‌ماندگی ذهنی، عملکرد پایین‌تر از متوسط در کلیه امور ذهنی است که هم‌زمان با مشکلات و کاستی‌ها در رفتارهای سازشی آشکار می‌شود و در دوران رشد جسمی، ذهنی، روانی فرد دیده می‌شود.

**تعریف عملی**: نمره احراز شده بر مبنای آزمون‌های هوشی میزان شده باید از 97 تا 98درصد همسالان پایین‌تر باشد. و همچنین داشتن مشکلات در استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی که از سن و گروه فرهنگی او انتظار می‌رود. اختلال در رفتار سازشی یا انطباقی بایستی حداقل در یکی از زمینه‌های: 1. رشد یا بلوغ، 2. یادگیری، و 3. سازگاری اجتماعی، مشاهده شود.