

کودکان استثنایی

عناوین اصلی

- ❖ مقدمه، گروه بندی و درصد شیوع دانش آموزان استثنایی
- ❖ تفاوت‌های بین فردی و درون فردی
- ❖ تاریخچه اختلال‌های روانی کودکان
- ❖ رفتارهای ناسازگارانه
- ❖ نظام‌های رویارویی والدین با معلولیت فرزند خود

دانش‌آموز استثنایی^۱ دانش‌آموزی است که از نظر جسمی یا خصوصیات رفتاری و ذهنی با اکثر دانش‌آموزان همکلاس خود تفاوت فاحشی دارد و آموزش ویژه برای او مناسب‌تر از آموزش معمولی است. اصطلاح کودک استثنایی هم به کودکان با ناتوانی‌های رشدی و هم به کودکان با توانایی‌های استثنایی اشاره دارد. تفاوت کودک استثنایی از کودک بهنجار از نظر کرک^۲ (۱۹۹۷) در چهار بُعد است:

۱- شناختی

۲- حسی

۳- هیجانات

۴- ارتباطات اجتماعی

۵- توانایی‌های جسمی و حرکتی (همراه با نیاز به آموزش ویژه یا تغییر در نوع تمرین یا روند طبیعی). کودک استثنایی از نظر آموزشی کودکی است که نیاز به آموزش ویژه داشته باشد. بافت کودک استثنایی زمینه‌ای است که کودک از آن طریق تأثیر می‌پذیرد. این بافت از مرکز به بیرون بدین شکل است:

کودک ← خانواده ← مدرسه ← همتایان ← اجتماع

مدل اکولوژیک مدلی است که کودک استثنایی را در تعامل پیچیده با تعدادی از نیروهای محیطی می‌بیند. اهمیت خانواده در مداخله‌های قبل از سن ۵ سالگی بسیار زیاد است. دوره‌ی نوجوانی با تمرکز بر رشد اجتماعی و جهت‌گیری چرخه‌ای چالش ویژه‌ای برای کودک استثنایی است. اثر فرهنگ زمانی فزونی می‌یابد که ارزش‌های خانواده با ارزش‌های مدرسه و اجتماع در تضاد و تعارض باشد. رواج یک مسئله به تعداد یا درصد افرادی که در یک مقطع زمانی خاص در یک طبقه مشخص وجود دارند اشاره می‌کند.

در حال حاضر تقریباً نیمی از همه کودکان مبتلا به نوعی از ناتوانی به عنوان ناتوان یادگیری طبقه‌بندی می‌شوند. ناتوانی یادگیری بزرگترین طبقه از نظر دریافت خدمات آموزشی ویژه است. این خود معلولیت است که زمینه‌ساز اصلی بحران در تعامل روانی- اجتماعی کودکان معلول می‌گردد. از مهمترین عوامل محدودساز در کسب مهارت‌های سازشی، حضور رفتارهای ناسازگارانه جدی در بین کودکان معلول به ویژه عقب‌مانده‌های ذهنی و کودکان با اختلال رفتاری است. از جمله دلایل اصلی موسسه‌ای شدن کودکان معلول وجود رفتارهای ناسازگارانه در آنهاست.

شیوع انواع ناسازگاری‌ها:

- درصد کل ناتوانی‌های یادگیری: ۵۱/۱٪

ناتوانی‌های گفتار و زبان: ۲۲/۱٪

- ناتوانی بینایی: ۰/۵٪

- ناتوانی‌های شنوایی: ۱/۳٪

- عقب‌ماندگی ذهنی: ۱۰/۸٪

- ناتوانی‌های چندگانه: ۸/۶٪

1 . exceptional child

2 . Kirk

گروه‌بندی دانش‌آموزان استثنایی

- ۱- انحرافات هوشی : تیزهوشی و کندذهنی (بیشترین درصد دانش‌آموزان استثنایی).
- ۲- نقایص حسی : کم‌شنوا، ناشنوا و کم‌بینا، نابینا.
- ۳- دشواری‌های ارتباطی : مشکلات تکلمی و نارسایی‌های ویژه یادگیری.
- ۴- نابهنجاری‌های رفتاری : اختلالات رفتاری.
- ۵- دشواری‌های حرکتی : معلولیت‌های بدنی.
- ۶- سایر موارد استثنایی و بیماری‌ها.

درصد کل دانش‌آموزان استثنایی ۱۳/۰۶ است. (مارلند^۳، ۱۹۷۲) طبق تحقیقات در کشور ما ایران، ۲ میلیون دانش‌آموز استثنایی وجود دارد که نیاز به رسیدگی ویژه دارند. بالاترین فراوانی و درصد دانش‌آموزان استثنایی مربوط به اختلالات تکلمی است. پایین‌ترین فراوانی و درصد دانش‌آموزان استثنایی نیز در کودکان با بیش از یک نقص دیده می‌شود.

تفاوت‌های بین‌فردی و درون‌فردی:

- تفاوت‌های بین‌فردی^۴ : تفاوت بین افراد مختلف با یکدیگر در خصوصیات اخلاقی، هوشی، روانی، ظاهری و ...
- تفاوت‌های درون‌فردی^۵ : تفاوت در استعدادها و توانایی‌های گوناگون هر فرد باهم.

آزمون‌های روانی

معمولاً برای ساختن آزمون‌های روانی و نیز تفسیر و تعبیر نتایج این آزمون‌ها از منحنی احتمالات فرضی استفاده می‌شود. در منحنی احتمالات فرضی $\frac{2}{3}$ افراد بهنجار یا طبیعی در وسط منحنی و بقیه در دو طرف منحنی تیزهوش و یا کندذهن هستند.

بینه اولین فردی بود که مأموریت یافت آزمونی تهیه کند تا با آن بتوان کودکان عقب‌مانده در کلاس را مشخص کرد. - آزمون بینه : ۱۹۰۵، بینه - آزمون استنفورد- بینه : ۱۹۱۶، لوپس ترمن^۶ آزمون بینه و استنفورد- بینه به صورت انفرادی اجرا می‌شود و احتیاج به اجرا کننده‌ی متخصص و آموزش‌دیده دارد.

$$\text{محاسبه بهره هوشی در آزمون استنفورد- بینه} = \frac{\text{سن عقلی}}{\text{سن شناسنامه ای}} \times 100$$

آزمون وکسلر^۷ دارای ۳ سری آزمون برای گروه‌های مختلف سنی است. این مقیاس نه تنها بهره هوشی کلی را مشخص می‌کند، بلکه بهره هوشی کلامی و بهره هوشی غیرکلامی را نیز اندازه‌گیری می‌کند. (مزیت آن نسبت به آزمون استنفورد- بینه است.)

3 . Marland

4 . interindividual differences

5 . intraindividual differences

6 . Terman

7 . Wechsler

بهره هوشی هوش کلامی بستگی به استفاده و کاربرد زبان دارد.

بهره هوشی غیرکلامی به استفاده و کاربرد زبان بستگی ندارد.

- انحراف نمرات در آزمون وکسلر : ۱۵ انحراف نمرات در آزمون استنفورد-بینه : ۱۶

اندازه‌گیری بهره هوشی غیرکلامی (بدون نیاز به کاربرد زبان) برای اقلیتهای فرهنگی، خصوصاً کودکان دو زبانه و نیز کودکانی که دچار فقر محیطی بوده‌اند سنجش مناسبتری به عمل می‌آورد.

کودکان دو زبانه : کودکانی که در محیط خانوادگی یک زبان و در مدرسه و اجتماع زبان دیگری را می‌آموزند.

- **شاخص بلوغ اجتماعی واینلند**^۸: یکی از مقیاس‌های تعیین رشد اجتماعی است. برای اخذ تصمیم درباره سپردن افراد عقب‌مانده آموزش پذیر به مؤسسات کاربرد دارد. با میزان توانایی فرد در برآوردن نیازهای عملی خود در زندگی روزمره و قبول مسئولیت سر و کار دارد. گستره‌ی سنی آن از تولد تا بالاتر از ۲۵ سالگی است. کارآمدی این مقیاس در سنین پایین‌تر و به ویژه در گروه‌های عقب‌مانده ذهنی به حداکثر می‌رسد. ۱۱۷ ماده یا سوال دارد که براساس سن کودکان تقسیم‌بندی می‌شود.

در این مقیاس، سنجش هم از طریق عملکرد کنونی آزمودنی و هم توسط مصاحبه با نزدیکان و آشنایان آزمودنی صورت می‌گیرد.

در این مقیاس، شاخص بهره اجتماعی را نیز می‌توان محاسبه کرد:

$$\text{سن اجتماعی} \times 100 = \text{S.Q} = \text{بهره اجتماعی} \\ \text{سن تقویمی}$$

۸ طبقه سوال‌های آزمون شاخص بلوغ اجتماعی واینلند:

۱- خودیاری عمومی، ۲- خودیاری در غذا خوردن، ۳- خودیاری در لباس پوشیدن، ۴- خود رهبری، ۵- اشتغال، ۶- ارتباط، ۷- جنبش، ۸- اجتماعی شدن.

۲ مقیاس دیگر که برای اندازه‌گیری رفتار سازشی به طور شایع مورد استفاده قرار می‌گیرد:

۱) **شاخص سنجش رفتار تطابقی نقایص ذهنی آمریکا (AAMD)**: دارای ۲ بخش است:

الف) بررسی ۱۰ حوزه قابلیت (خودمختاری یا استقلال شخصی، رشد فیزیکی، رشد زبان، تشخیص فعالیت‌های شغلی و حرفه‌ای و...)، ب) بررسی ۱۲ حوزه رفتارهای ناسازگارانه (رفتارهای ضد اجتماعی، گوشه‌گیری و...) این شاخص معمولاً توسط معلم کامل می‌شود.

۲) **سیاهه رفتار تطابقی کودکان (ABIC)**: توسط مرسر و لی‌واز ساخته شده است. شامل ۲۰۰ سوال در ۶ طبقه است: خانواده، اجتماعی، ارتباط با همسالان، نقش‌های مربوط به فعالیت‌های فوق برنامه مدرسه، داد و ستدهای روزانه و مراقبت از خود. این مقیاس یک مقیاس تشخیصی چند فرهنگی است.

تفاوت عمده این دو مقیاس این است که مقیاس AAMR بیشتر متمرکز بر رفتارهای مدرسه‌ای است اما ABIC رفتارهای خارج از محیط مدرسه را در نظر می‌گیرد.

- **آزمون ITPA**: توسط کرک و همکارانش ساخته شده است. ۱۲ قسمت دارد. برای به وجود آوردن نقطه‌ی شروعی برای تعیین مواد و روش آموزش مناسب با توجه به تفاوت‌های بین‌فردی و درون‌فردی دانش‌آموزان استثنایی ساخته شده است. در حال حاضر، بیشتر برای تشخیص تفاوت‌های فردی به کار می‌رود. انتقاد پیازه از آزمون‌های موجود، خشک و غیرقابل‌انعطاف بودن این نوع آزمون‌ها، بسته بودن اکثر سوال‌ها و همچنین جواب‌های از پیش تعیین شده و مشخص است.

تاریخچه‌ی اختلال‌های روانی کودکان

تأسیس اولین مرکز بازپروری کودکان و نوجوانان بزهکار در دهه‌ی دوم قرن بیستم صورت گرفت. تأسیس اولین مراکز هدایت کودک با همکاری پزشکان، روان‌شناسان و مددکاران در دهه‌ی سوم قرن بیستم انجام شد.

قرن بیستم:

- دهه اول: تفکر درباره‌ی مسایل کودک به خصوص آموزش وی.
- دهه دوم: ایجاد سازمان‌های مختلف به سود کودک.
- دهه سوم: فعالیت‌ها بر چارچوب خانوادگی و آموزشگاهی متمرکز.
- دهه چهارم: آغاز کار با کودک.
- دیدگاه پیش‌ساختگی اعتقاد داشت که کودک جدای از بزرگسال نیست.
- الگوهای بدنی اولین بار توسط بقراط اظهار گردیده است.
- پینل^۹: درمان اخلاقی را بنیان نهاد. او بر عوامل طبیعی بدن به عنوان علت بیماری‌های روانی تأکید داشت.
- سگن^{۱۰}: اولین مدرسه بازپروری را در فرانسه ایجاد کرد.
- ایتارد^{۱۱}: از فلسفه‌ی اصالت حواس پیروی می‌کرد.
- آدلر: تکیه بر نقش خانواده و تعامل اعضای آن را مهم می‌دانست.
- هارتمن، مازلو و اریکسون پیرو روانشناسی من بودند.
- وینی‌کات: تأکید بر اهمیت مراقبت‌های مادرانه و تأثیر آن در رشدیافتگی کودک داشت.

اشپیتز: مطالعات دقیقی درباره‌ی روابط موضوعی انجام داد.

ملانی کلاین: به ساخت‌های مرضی درون خانوادگی دست یافت.

ماور، بی‌جو، بندورا بر اهمیت زمینه‌ی اجتماعی تأکید داشتند.

کمپته‌ی ملی بهداشت روانی با تلاش‌های بیرز تشکیل شد.

اولین کلینیک مخصوص کودکان در آمریکا (اولین مرکز روانشناسی بالینی کودک) توسط لایتنر ویتمر تأسیس شد.

کلینیک روانشناسی اصطلاحی است که ویتمر ابداع کرد.

موسسه جوانان روان بیمار را ویلیام هیلی (همسر برونر) و گریس فرنالند پایه‌گذاری کردند.

چهره‌ی اصلی مطالعه‌ی علمی کودک، استانلی هال، بنیانگذار روانشناسی کودک در آمریکا است.

گزل: شاگرد هال بود. او عکاسی را روشی برای مطالعه کودک می‌دانست. کار گزل بر محور نمو دور می‌زند.

⁹ . Pinel

¹⁰ . Seguin

¹¹ . Itard

آدلر، آنا فروید، ملانی کلاین، اشپیتز، وینی کات، هارتمن و اریکسون از پیروان دیدگاه روانکاوی هستند. واستون، پاولف، اسکینر، هال، اسپنس، ماور، بی جو، بائر و بندورا طرفدار دیدگاه رفتاری و یادگیری اجتماعی هستند. مطالعه‌ی علمی کودک توسط هال، بینه، سیمون، دکرولی و گزل پایه‌گذاری شد.

رویکردهای نظری بر اختلال‌های روانی و رفتاری کودکان

تأثیرات ژنی، اختلال‌های بیوشیمیایی و آسیب‌های ساختاری از عوامل زیستی دخیل در انواع اختلالات کودکان هستند. بر اثر ژن مغلوب که در آن پدر و مادر هر دو ژن بیماری را دارند، اختلالاتی مانند فنیل کتونوریا، گالاکتوزمی، تی ساش و هورلر پدید می‌آید.

تی ساش اختلالی است که در اثر نبود آنزیمی که چربی‌ها را متابولیسم کند به وجود می‌آید. این بیماری به تدریج رشد می‌کند و بر توانایی‌های ذهنی، حرکتی و بینایی اثر می‌گذارد. درمان قطعی ندارد و منجر به مرگ کودک می‌شود. ژن غالب یا از پدر و یا از مادر دریافت می‌شود.

اپی لوئیا: به وسیله ژن غالب و به طریقه مندل منتقل می‌شود. ۵۰٪ مبتلایان ژن بیماری را با خود به ارث برده‌اند و بقیه بر اثر تغییر و تحول یا جهش تازه ژنی به وجود می‌آیند. علایم: عقب‌ماندگی ذهنی، حملات تشنجی، خال‌های شیر قهوه‌ای در پوست و پیدایش غده‌های چربی در پوست.

جدیدترین نظریه‌های بیوشیمیایی بر نقش انتقال دهنده‌های عصبی تاکید دارند. دوپامین در حال حاضر بیشترین توجه را به خود جلب کرده است. به طوری که افزایش آن در ایجاد اسکیزوفرنی و کاهش آن در به وجود آمدن ADHD و افسردگی دخیل است.

آسیب‌های ساختاری به سه صورت قبل از تولد، هنگام تولد و در طی رشد در مراحل بعدی تاثیرگذار هستند. در دوره‌ی بارداری بیماری‌های عفونی مادر مانند سفلیس، سرخجه، توکسوپلاسموزیس خطرناک تلقی می‌گردند. مصرف داروها و مواد شیمیایی، پرتوتابی یا اثر اشعه X، عامل RH، سوء تغذیه مادر و اختلال در سوخت و ساز بدنی او از دیگر عوامل موثر در ایجاد اختلالات مختلف هستند.

بیماری کواشیورکور بر اثر کمبود مواد غذایی به خصوص گوشت و پروتئین‌ها به وجود می‌آید که عقب‌ماندگی جسمانی و ذهنی را در پی دارد.

اقتصاد ژتونی از درمان‌های رفتاری است. شرطی کردن ابزاری بر نتایج رفتار تاکید دارد. یادگیری از طریق مشاهده و الگوسازی را آلبرت بندورا مطرح کرد.

شاید شناخته‌شده‌ترین نظریه در مورد اختلال‌های دوران کودکی «نظریه پویایی روانی فروید» باشد.

فروید معتقد بود شخصیت فرد اساساً در ۵ تا ۶ سال اول عمر تشکیل می‌شود.

«اضطراب نوروتیک» تعارض بین ارضای غریزی (نهاد) و واقعیت (خود) است. «اضطراب اخلاقی» تعارض بین نهاد و فراخود را شامل می‌شود. فرامن ضعیف در مبتلایان به اختلال سلوک و شخصیت ضداجتماعی دیده می‌شود. فرامن قوی از مشخصات مبتلایان به افسردگی است.

اریکسون معتقد بود حرکت در مراحل تابع عوامل ژنی و محیط است. او به جنبه‌های رشد توجه ندارد و بر روی ابعاد اجتماعی و فرهنگی رشد و تکامل تاکید دارد.

هنگامی که تنها گرایش مثبت یا منفی در من وجود دارد **ناسازگاری** پدیدار می‌گردد. وجود فقط گرایش منفی در فرد بدخیمی را در پی دارد. ناسازگاری‌ها روان‌رنجوری را و بدخیمی‌ها روان‌پریشی را ایجاد می‌کنند.

هینز کوهات بیان می‌کرد که رشد به ۲ نوع حمایت از سوی والدین بستگی دارد:
۱- تایید احساس نیرومندی و بزرگی کودک، ۲- احساس آرامش و منزله بودن از خطا
اختلال شخصیت خودشیفتگی سندرمی است که با اختلال‌های self بیشترین ارتباط را دارد.

مارگارت ماehler^{۱۲} قوی‌ترین تعیین‌کننده رشد روان‌شناختی را تأثیر و تأثر کودک با مادر می‌داند.
ماهلر معتقد بود کودکان در ۵ ماهگی جریان طولانی فردیت یا جدایی را آغاز می‌کنند. (قبل از این هیچ احساسی از وجود خود جدا از مادر ندارند)
مراحل نظریه ماهلر:

۱- تمایز (۵-۱۲ ماهگی)، ۲- تمرین (۱۲-۱۸ ماهگی)، ۳- تجدید روابط (فشار برای جدا شدن از مادر و نومیدانه به وی چسبیدن) (۱۸-۲۴ ماهگی)، ۴- ثبات شیء (۲۴-۳۶ ماهگی)

اشپیتز

نظریه اشپیتز مبتنی بر نظام روان‌کاوی است. او به بررسی تحول کودک در دو سال اول زندگی دل بسته بود و مراحل تحول کودک را بدین صورت بیان کرد:

۱- مرحله بدون موضوع یا مرحله بدون شیء: کودک بی تمایز است.
۲- مرحله در راه موضوع یا در راه شیء: از ۲ ماهگی آغاز می‌شود که در این مرحله چهره انسانی بازشناخته شده‌ترین ادراک دیداری در کودک است.

۳- مرحله شیء لیبیدویی به معنای دقیق کلمه ظاهر می‌شود.
گذر مناسب از مراحل مختلف عمدتاً در چارچوب رابطه مادر و کودک و بر اثر رفتارهای خاصی (نشانه‌ها^{۱۳}) در کودک پیگیر می‌شود.

در مرحله ۲، لبخند زدن به هر چهره به علت نبود یک شیء لیبیدویی در ادراک است و آنچه ادراک می‌کند یک علامت است. توجه به پیشانی، چشم‌ها و دماغ محدود است (نشانه‌گر گشتالته (پیش موضوع)). کودک موضع انسانی را قبل از اشیای بی‌جان شناسایی می‌کند. در این سن مادر معرف محیط است.

مرحله ۳، مرحله پدیدار شدن دلهره هشتمین ماه، اولین تظاهر دلهره و از دست دادن موضوع (مرحله سوم) است. در این مرحله کودک در بخشهای ادراکی، حرکتی و عاطفی پیشرفت می‌کند.
دستیابی به خصوصیات زیر نیز در مرحله سوم صورت می‌پذیرد:

توانایی تمیز بین چیزهای بی‌جان، ظرفیت ایجاد فکر جدید، ظهور واکنش‌های هیجانی متنوع مثل حسادت، خشم، تملک و محبت.

اشپیتز آزردهی‌های ناشی از بی‌نظمی در روابط موضوعی را «سم‌های روانی» می‌نامد. او محرومیت عاطفی جزئی یا کامل را افسردگی، دق و رنجوری می‌داند.

جان بالبی^{۱۴} به بررسی اثرات آسیب‌شناختی جدایی زودرس بین مادر و کودک پرداخت. او سه مرحله را بیان کرد:

12 . Mahler

13 . indicator

14 . Bowlby

۱- مرحله اعتراض، ۲- مرحله نومیادی، ۳- مرحله بریدگی (این مراحل پیامد ناپدید شدن مادر و تنها ماندن کودک است).

واکنش نسبت به جدایی، مبنای واکنش‌های ترس و اضطراب در انسان است.

نظریه روان‌کاوی جدید به خود به عنوان ارزش‌ها و منبع تداوم زمان و مکان اهمیت می‌دهد.

این نظریه انواع خود را اینگونه بیان می‌کند:

۱- **خود جسمانی** (خود بدنی): جدا بودن، انسجام و هویت، احساس نفوذ و کنترل، حس وحدت شخصی، احساس

تاریخچه فردی. این خود بین ماه‌های دوم و سوم زندگی (۶-۲ ماهگی) پدیدار می‌شوند.

۲- **خود ذهنی**^{۱۵}: در ۷-۹ ماهگی. کمک به پرورش ذهنیت متقابل، تبادل معنادار بین کودک و مراقبان، تبادلات

انسانی، همدلی، حس درک مشترک.

۳- **خود کلامی**^{۱۶} (خود عینی): در ۱۵-۱۸ ماهگی. مخزن دانش و تجربه، به کارگیری نمادها و زبان (جنبه منفی

زبان تحریف واقعیت است).

افراد با اهمیتی که برای یکپارچگی شخصیت حمایت فراهم می‌کنند **خود**- اشیاء نامیده می‌شوند. این خود بر اهمیت

محیط برای کارکرد بهینه شخصیت تاکید دارد. همچنین نشان می‌دهد که هیچ یک از ما محدوده‌ای به صورت خودمان

نیستیم که آزاد و مستقل از زمینه‌ها باشیم.

اختلال خود- شیء به ویژه در اختلال‌های شخصیت مرزی با اهمیت هستند.

در نظریه شناختی انسان موجودی پردازش‌کننده اطلاعات است. **آلبرت ایس- جورج کلی** از روانشناسان این دیدگاه

هستند. این نظریه بر فرایندهای درونی و چگونگی کسب و تفسیر اطلاعات توجه دارد و تاکید آن بر افکار کنونی و

شیوه‌های حل مسئله است.

چرخه‌ی خودکام‌بخشی به این معناست که فرد باورهای تحریف نشده خود را قبول و حفظ می‌کند.

برنامه‌های آموزشی

رفتارهای ناسازگارانه در افراد معلول ۳ دسته‌اند:

۱- **درونی شده**: متوجه خود فرد معلول است. (۱) آسیب رساندن به خود (۲) عادات تکراری (۳) کناره‌گیری و

بی‌تفاوتی

۲- **غیراجتماعی**: (۱) رفتار تهاجمی (۲) رفتار غیرهمکارانه

۳- **بیرونی شده**: معطوف به دیگران است. (۱) آسیب رساندن به دیگران (۲) تخریب اموال (۳) رفتار آشفته ساز

در مورد دانش‌آموزان استثنائی دریافت آموزش براساس درجه مشکل و توانایی استفاده از برنامه‌های آموزشی خاص

صورت می‌گیرد.

محیط با حداقل محدودیت به فرصت‌های قابل دسترسی برای تعامل بین دانش آموز ناتوان و عادی اشاره دارد.

« تشریک مساعی » به این معناست که آموزشگران ویژه با آموزشگران عادی باهم کار می‌کنند.

¹⁵ . subjective self

¹⁶ . verbal self

تیم دستیار معلم گروهی از معلمان و دیگر متخصصان مدرسه است که برای کمک به معلم عادی مدرسه کمک می کنند.

تیم مداخله پیش از ارجاع تلاش می کند کودکان تا حد امکان به جای قرار گرفتن در برنامه های آموزش ویژه در کلاس درس عادی نگه داشته شوند.

خدمات مستقیم به آموزشی اشاره دارد که در آن دانش آموزان در کلاس عادی بمانند و آموزش ببینند. برنامه های پایلوت نوعی از آموزش است که دانش آموز کلاس را برای دریافت آموزش ویژه ای در حوزه تحصیلی ترک می کند. مثل اتاق منبع یا مثل خدمات گفتاری و زبانی، تحرک و جهت یابی برای معلولین بینایی و درمان جسمانی برای دانش آموزان مبتلا به ناتوانی های جسمانی.

در آموزش به کودکان استثنایی، مدارس اقامتی حداکثر محدودیت در محیط آموزشی را فراهم می کنند. آموزش های خانگی یا بیمارستانی معمولاً موقتی است و برای آمادگی ورود دوباره به مدرسه صورت می پذیرد. طبق قانون ۱۴۲-۹۴ P.L. هر مدرسه باید دامنه ای از برنامه های آموزشی را برای دانش آموزان تهیه کند.

برنامه آموزش انفرادی

برنامه آموزش انفرادی^{۱۷} (IEP) اساس برنامه ریزی آموزش ویژه در مقاطع پیش دبستانی، ابتدایی، متوسطه و دبیرستان است. اصطلاح IDEA به گروهی از افراد اشاره دارد که برنامه آموزش انفرادی را برای رسیدن به هدف در جلسه ای می نویسند.

این تیم به ویژه از والدین، معلم آموزشی ویژه، معلم آموزش عادی و مدیر مدرسه تشکیل می شود. در صورت ضرورت خود کودک و همچنین پرستار مدرسه، متخصص زبان و گفتار و معلم آموزشی نیز شرکت می کنند.

خانواده کودکان استثنایی

به طور کلی مشخص شده است که هرچه ناتوانی شدیدتر باشد تشخیص آن سریعتر صورت می گیرد. همچنین اختلالهای یادگیری تا زمان مدرسه بروز نمی کند. منابع استرس عبارتند از:

۱- واقعه استرس زا، ۲- منابع خانوادگی (منابع اقتصادی و وجود خدمات حمایتی)، ۳- ادراک خانواده از موقعیت نحوه و میزان مقابله با فشار روانی حاصل از تولد یک کودک ناتوان به دو دسته نیرو بستگی دارد: نیروهای داخلی و نیروهای خارجی

توانایی سازش والدین با کودک به سه عامل وابسته است:

(۱) ماهیت علل فشار زا، (۲) شیوه ای که خانواده موقعیت را تعبیر و تفسیر می کند، (۳) منابع قابل دسترس خانواده در کار با افرادی که از نظر رشدی ناتوان هستند، فلسفه مراقبت محوری خانواده بسیار مهم است.

نظریه سیستم‌های عمومی: برتالانفی^{۱۸} آن را مطرح کرد. او چارچوبی را برای ادراک خانواده‌ها به عنوان یک سیستم فراهم می‌سازد. خانواده به طور مجزا نمی‌تواند عمل کند.

رویکرد نظام‌های خانوادگی: برای درک زندگی خانوادگی باید چارچوب مفهومی جامعه‌شناسان را گسترش داد. تجربه‌ای که بر یکی از اعضای خانواده اثر می‌گذارد همه اعضای خانواده را متأثر می‌سازد. ویژگی خانوادگی اولین مؤلفه و مهمترین جزء از میان عواملی است که بر واکنش خانواده تاثیر دارند که شامل ویژگی‌های کودک استثنائی و خانواده است. ماهیت استثنائی بودن است که واکنش خانواده را تعیین می‌کند. همچنین شدت استثنائی بودن و نیازهای کودک استثنائی نیز در نوع واکنش نشان دادن موثر است.

ویژگی‌های خانواده

ویژگی‌های خانواده عبارت است از:

شکل و اندازه خانواده، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، فقر، زمینه فرهنگی و زمینه مذهبی.

هیل^{۱۹} بحران خانواده را بدین شکل مطرح می‌کند:

A (رویداد فشار زا) B (مقابله با بحران در خانواده) C (تعریف خانواده از رویداد)

از رایج‌ترین واکنش‌های اولیه در والدین **انکار** است.

در سال ۱۹۶۲ **الشانسکی**^{۲۰} «اندوه مزمن»^{۲۱} را مطرح کرد. اندوه مزمن به معنای پاسخی قابل درک و طبیعی به یک حادثه دردناک توسط والدین کودک عقب‌مانده ذهنی است. از نظر او اندوه مزمن به عنوان احساسی عود کننده و متناوب از غم و اندوه که توسط والدین تجربه می‌شود تعریف شده است. الشانسکی بیان می‌کند که اندوه مزمن تنها زمانی که کودک بمیرد آرام می‌شود.

دو واکنش افراطی مادران نسبت به تولد کودک ناتوان: ← احساس گناه

← عدم تحمل کودک و تمایل به انکار ارتباط با پسر یا دختر

تاثیر بیشتر بر خواهران و برادرانی است که: (۱) در یک مرحله از انتقال رشدی قرار دارند، (۲) مهارت‌های سازشی کارآمد دارند، (۳) ارتباط ضعیفی با والدین دارند.

خواهران بزرگتر و آنهایی که از نظر سنی به کودک ناتوان نزدیک‌ترند آسیب پذیرترند. به عبارت دیگر خواهر و برادرها دچار دوسوگرایی می‌شوند. (عشق و شرم)

نظام‌های رویارویی والدین با معلولیت فرزند خود

نظام‌های رویارویی والدین با معلولیت فرزند خود عبارتند از:

۱- نظام روزن ۲- نظام سلیه

نظریه روزن

روزن به ۵ مرحله اشاره دارد:

18 . Bertalanffy

19 . Hill

20 . Olshansky

21 . chronic sorrow

- ۱- آگاهی از مشکل: والدین به طور ناخودآگاه مشکل را موقتی تلقی می‌کند. ۲- شناسایی مسئله اصلی ۳- تلاش برای علت‌یابی ۴- چاره‌جویی و جستجوی درمان ۵- پذیرش کودک. والدین معمولاً آسیب دیدن جسمانی را راحت‌تر از آسیب دیدن ذهنی می‌پذیرند. علت‌یابی عمدتاً ناشی از احساس گناه در نزد والدین است. والدین معمولاً در علت‌یابی، دارای دو هدف عمده هستند: ۱- شناخت راهی برای پیشگیری معلولیت. ۲- رهایی از فشارهای گوناگون احساسی در مورد خود یا همسر خود. طرد از سوی والدین ممکن است به یکی از شکل‌های زیر انجام شود: الف) عدم انتظار پیشرفت، ب) ایجاد تصور اهداف غیرواقع‌بینانه، ج) ترک کودک از طریق سپردن او به مؤسسه، د) واکنش‌سازی که به صورت حمایت افراطی بروز می‌کند.

نظام سلیه

- نظریه‌ی سلیه یک رویکرد کلی بر واکنش‌های عاطفی- فیزیولوژیک انسان در برابر فشار و استرس است. طبق دیدگاه او سندرم عمومی سازشی شامل سه مرحله است:
- ۱) **حالت هشدار:** که در آن سیستم سمپاتیک بسیار فعال است. در این حالت ویژگی‌هایی از واکنش‌های عاطفی شدید و علت‌یابی قرار دارند.
 - ۲) **مرحله مقاومت:** در این مرحله مکانیزم‌های دفاعی انکار و واکنش‌سازی رایج است و بدن با متابولیسم پروتئین در برابر فشار مقاومت می‌کند
 - ۳) **مرحله فرسودگی:** در این مرحله شیوع بیماری‌های جسمی و اختلال‌های روانی را شاهد خواهیم بود.