

رفتار درمانی در کودکان مبتلا به اختلالات اسفنکتر دفع

دکتر محمد غفرانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - بیمارستان کودکان مفید

خلاصه

فقدان کنترل اسفنکترهای دفع مشکلی است که در کودکان مبتلا به عقبماندگی ذهنی و اختلالات یادگیری به نحو شایعی وجود دارد. با توجه به اینکه منظره و نفس مسئله مورد کراهت است، در جوامع اسلامی به علت اهمیت مسئله اخذ طهارت که مقدم بر عبادات است، برجستگی عمده ای پیدای کند. با توجه به آنکه ۲۵-۵۰٪ مبتلایان به عقب ماندگی ذهنی از عدم کنترل ادرار و مدفوع رنج می برند، خانواده ها و مؤسسه‌های آموزشی نگهداری این گروه از اطفال را عهده دارند با مشکلات فراوانی مواجه می‌باشند. در این مقاله برنامه‌های آموزشی و رفتار درمانی جهت اخذ مهارت کنترل اسفنکتر تکیه شده و روشهای مربوطه تشریح شده است.

واژه‌های کلیدی عدم کنترل - دفع ادرار - دفع مدفوع - اسفنکتر دفع

مقدمه

کسب مهارتهای لازم برای کنترل اسفنکترهای دفعی است (۳). در این گروه از کودکان در مقایسه با مردم سالم کنترل مدفوع دشوارتر از کنترل اسفنکترهای دفعی است (۲). در این گروه از کودکان در مقایسه با مردم سالم کنترل مدفوع دشوارتر از کنترل مثانه بوده و ترس از نشستن در توالت معمولی باعث تداوم incontinence است (۴).

برنامه آموزش رفتاری جهت اخذ مهارت کنترل اسفنکتر حتی در مورد کسانی که از عقب ماندگی شدید رنج می‌برند نتایج موفقیت آمیزی را در برداشته است. اساس این برنامه مبتنی است بر: آموزش پیگیری و مستمر، ایجاد آمادگی جهت دفع در توالت طی مراحل تدریجی، دادن جایزه به کودک در صورت اجرای طریق صحیح دفع و تمیز و خشک بودن همراه با تکنیکهای بیسیپلینی اگر دفع همچنان به روش نامطلوب باقی مانده باشد (۵).

علیرغم موفقیت این روش برخی کودکان که گرفتار ناتوانی یادگیری و عقب ماندگی اند در قبال روش فوق الذکر مقاومت نموده از رفتن به توالت جهت دفع امتناع می‌نمایند. گفته می‌شود که این دسته از کودکان به روشی که جهت دفع عادت کرده اند به حدی وابسته اند که تغییر روش عادت کرده

عدم کنترل ادرار و مدفوع از مشکلات عمده ای است که در کودکان با عقب ماندگی ذهنی یا مشکلات یادگیری دیده می‌شود. حل این مشکل که منظره و نفس قضیه از نظر همه انسانها مورد کراهت شدید است در جوامع اسلامی به علت اهمیت مسأله اخذ طهارت و اجتناب از نجاسات که قدم اول و لازمه هر عبادت و فریضه ای است، اهمیتی مضاعف دارد. لذا در این نگارش سعی شده که راههای عملی برای برخورد با این معضل مورد بررسی قرار گیرد.

روشهای درمانی

مقدمتاً ذکر این نکته ضروری است که incontinence مشکل عمده کودکانی است که از عقب ماندگی ذهنی و به عبارتی از ناتوانی یادگیری رنج می‌برند. ۲۵ تا ۵۰ درصد افرادی که گرفتار نوع شدید این مسأله اند در حالی که به سن بلوغ می‌رسند که مبتلا به عدم کنترل ادرار و مدفوع اند (۱). و این امر در خانواده ها و مؤسسه‌های نگهداری این کودکان به یک اندازه مشکل آفرین است (۲). عقب ماندگی شدید عقلی و نیز اختلالات رفتاری در تعارض با

لباسهایی که پایین تنه را می پوشانید از تن کودک به در آورده وی را در توالت می نشاندند و این امر تداوم یافت تا کودک به نحو صحیح عمل دفع را در توالت انجام دهد. بعد از هر بار که عمل دفع در توالت به نحو صحیح انجام می گرفت لباس پایین برای مدتی بر تن او پوشانده می شد که به مرور مدت این زمان افزایش می یافت. در این طریق از رفتار درمانی از روش fading استفاده به عمل آمد که به نحو پیشرونده عامل محرک دفع عوض می شد.

Heyward در مورد کودک ۹ ساله ای که دچار عقب ماندگی عقلی شدید و هیپروسفالی بوده و کنترل برای دفع ادرار نداشت از روش reinforcement منفی استفاده کرد به این نحو که او را بر توالت می نشاندید و نگه می داشت و به مجرد دفع ادرار وی را از روی توالت بر می داشت. در روز اول دفع ادرار پس از ۵/۲ ساعت انجام گرفت ولی این زمان بعدها به نحو سریعی کاهش یافت (۶).

چنانکه ملاحظه می شود مدت زمانی طولانی لازم است تا روشهای رفتار درمانی در این نوع از کودکان مبتلا به موفقیت انجامد و علت آن مقاومتی است که از ناحیه آنان در قبال روشهای درمانی اصلاح رفتاری اعمال می شود. در کودکانی که از اوتیسم یا سندرم ایکس شکننده رنج می برند علت طولانی شدن زمان درمان به خاطر مقاومتی است که آنان در قبال هر نوع تغییر در اموری که به آن عادت کرده اند از خود نشان می دهند و این می تواند در کودکان گرفتار عقب ماندگی ذهنی که ضمناً از مصادیق اختلال یادگیری اند صادق باشد (۱۰).

برخی معتقدند فقدان یادگیری عاملی مهم برای مشکل اختلال دفع نیست بلکه عامل اتیولوژیک در رابطه با اضطراب و رفتار چالشی است (anxiety related, challenging behaviour) و از این نقطه نظر عامل اتیولوژیک ممکن است فصل مشترکی با پدیده paruresis در مردم معمولی داشته باشد که از دفع ادرار در محلهایی که برای آنان غیرمأنوس است ناتوان بوده یا ابامی ورزند و این صرفاً جنبه اضطرابی و هیجانی دارد. همانگونه که در بالا ذکر شد انتقال عامل محرک دفع از طریق response prevention بدون استفاده از طرق shaping fading در برخی موارد مؤثر است ولی در برخی موارد بخصوص کودکان اوتیستیک عامل نگرانی و تشویش به حدی تأثیر گذار است که باید تکنیکهای رفتار fading shaping را برای کودک incontinent به کار برد. این دو تکنیک به نحو مؤثری می تواند تغییر روش دفع به نحو مطلوب را به صورت تدریجی میسر سازد و از ایجاد اضطراب و نگرانی شدید که در خلال این نحوه رفتار درمانی ناگزیر بروز می کند بکاهد.

نتیجه

کوتاه سخن آنکه در جایی که آموزش مهارت‌ها در دفع مدفوع صحیح و مطلوب ناموفق باشد انتقال عامل محرک آن از طریق رفتار درمانی با استفاده از تکنیکهای fading shaping می تواند موفقیت آمیز باشد (۵).

را به هیچ وجه بر نمی تابند. اینان در حالی که در پوشک یا جامه خود به آسانی عمل دفع را انجام می دهند در توالت خود را نگه می دارند و حتی از ورود به آن محل امتناع می ورزند (۵).

این امر را ناشی از عدم توفیق در کسب و تعمیم مهارت‌ها تلقی می کند (Luiselli (۶). (generalisation failure of skills). علامت مشخصه این کودکان را که هرگز در محل صحیح دفع نکرده اند چنین تلقی می کند که به رفتار مطلوب جهت صحیح در آنان عنایت نشده و هرگز بر آن تاکید (reinforced) به عمل نیامده است (Taylor (۷). و همکاران معتقدند که چون پوشک یا زیرجامه طی مدتهای طولانی عامل تعیین کننده و محرک قوی جهت عمل دفع بوده است. محل توالت منزل به خاطر وضع نامشابه با عوامل فوق اصولاً اثر مهاری بر دفع دارد (۸).

تبدیل عامل محرک از نوع غیر مطلوب به مطلوب نیازمند استفاده از رفتار درمانی باروشهای زیر است:

- ۱- شکل دادن (shaping) که در آن عکس العمل کودک به نحو پیشرونده ای عوض می شود)
- ۲- ناپدید شدن (fading) که در اینجا محرک به نحو پیشرونده ای عوض می شود)

۳- پیشگیری از عکس العمل نامطلوب (response prevention)

۴- تأکید منفی (Negative reinforcement)

در نمونه های زیر طرق تحقق روشهای فوق تشریح شده است.

Annell در مورد دو کودکی که گرفتار encopresis بوده اند تبدیل عامل محرک دفع را به این صورت انجام داد که به آنان آموخت در حالی که در توالت نشسته اند درون پوشک خود عمل دفع را انجام دهند. سپس به تدریج در زمانهای دفع با بریدن قسمتهایی از پوشک اندازه پوشک را کاهش داد تا بجایی رسید که دفع بدون پوشک در توالت انجام گرفت. در این تجربه با استفاده از دوروش shaping و fading تخلیه غیرمطلوب به مطلوب تحقق یافت (۹).

Linda Smith و همکاران (۵) از تجربه مشابهی در مورد دو کودک گرفتار encopresis خبر می دهند که مادر در حالی که آنان را با پوشک پوشانده بر صندلی مشابه توالت می نشاند و به ازاء هر اجابت مزاج جایزه ای می داد. به تدریج محل صندلی را به توالت منزل نزدیک می کرد و همزمان به بریدن قسمتهایی از پوشک از اندازه پوششی آن می کاست تا بد آنجا که صندلی که کودک بر آن می نشست داخل توالت قرار گرفت و از پوشک چیزی باقی نمانده بود و در نهایت کودک دفع را بدون پوشک و در توالت انجام داد.

Taylor و همکاران کودک ۱۰ ساله اوتیستیک ای را که به عقب ماندگی شدید نیز گرفتار بود گزارش نمودند. برابر این گزارش با وجود آنکه وی را مدتهای طولانی بر سر صندلی توالت می نشاندند او از دفع در آن شرایط امتناع می کرد ولی به مجرد آنکه لباس زیر بر او پوشیده می شد در جامه خود دفع می نمود. جهت پیشگیری از این عکس العمل (response prevention)

ABSTRACT

Behavior Therapy in Children with Sphincter Incontinence

M Ghofrani, MD Shahid Beheshti Medical University, Mofid Children's Hospital

Urinary and rectal sphincter incontinence is a frequently encountered symptom in mentally retarded children and those with learning disabilities.

In addition to the fact that incontinence is a very disagreeable problem, on the whole it is of more importance in Islamic societies, as to be "clean" during religious practices is mandatory.

Regarding the fact that 25-50 percent of mentally retarded children are unable to control urine and feces elimination, families and institutions in charge of these children face much inconvenience. This article discusses the teaching programs and methods of behavioral therapy of the affected patients.

Key Words Urinary incontinence, Encopresis, Toilet training

منابع

1. Smith PS: The development of urinary continence in the mentally handicapped. Unpublished pfd thesis, University of New Castle, New Castle Upon Tyne, UK 1979
2. Parker G: Training for continence among children with severe disability. *British Journal of Mental Subnormality*, 30:38-43, 1984
3. Lohman W et al: Toilet training. *Amer J Ment Defic* 71: 551-7, 1967
4. Largo RH, Stutzel W: Longitudinal study of bowel and bladder control by day and at night in the first 6 years of life. *DMJN* 19:598-606, 1977
5. Smith L et al: Behavioural treatment of urinary incontinence and encopresis in children with learning disabilities: Transfer of stimulus control. *DMCN* 42: 276-279, 2000
6. Heyward E: Cerebralization of toileting skills of a mentally handicapped boy. *Behav Psychother* 16:102-7, 1988
7. Luisselli JK: A transfer of stimulus control procedure applicable to toilet training programme for children with developmental disabilities. *Child and Family Behaviour Therapy* 18:29-34, 1996
8. Taylor et al: A stimulus control technique for improving the efficacy of an established toilet training program. *J Behav Ther Exper Psychiatr*, 25:155-60, 1994
9. Anell E: *Scand J Behav Ther* 21:141-51, 1992
10. Cohen I: Behavioural profiles of autistic and non autistic fragile X male. *Developmental Brain Dysfunction*, 8:252-69, 1995