



مؤسسه توانبخشی ولیعصر (عج)

مطالب ارائه شده در جلسات ژورنال کلاب
مراکز وابسته به مؤسسه توانبخشی ولیعصر (عج)

عنوان:

رویکرد یکپارچگی حسی

گروه: کاردرمانی

نام درمانگر: مطهره رضاپور

تاریخ ارائه: ۱۳۹۳/۴/۱۸

مرکز توانبخشی نگین عصر (مشهد)

* اهمیت یکپارچگی حسی

یکپارچگی حسی (Sensory Integration) به روندی گفته میشود که در طی آن مغز تجارب حسی مختلف مثل بینایی، شنوایی، بویایی، لامسه حس حرکت، آگاهی بدنی (Body Awareness) و جابجایی نقطه ثقل بدن را تفسیر و سازماندهی می کند. تئوری یکپارچگی حسی اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط خانم آیرز مطرح شد که عنوان می کرد یکپارچگی حسی معمولاً پایه و اساسی برای رفتارها و یادگیری پیچیده است. کودکانی که در یکپارچگی حسی اختلال دارند اصولاً چند علامت از این علائم را نشان خواهد داد:

- اختلال در مهارتهای حرکتی ظریف و درشت
- خامی حرکت، لق خوردن و به آسانی افتادن
- تأخیر در مراحل رشد حرکتی مثل نشستن، چهاردست و پا رفتن و راه رفتن
- ضعف در تعادل
- راه رفتن روی پنجه پا همراه با وضعیت غیرمعمول بدن
- حساسیت بیش از حد به لمس، صوت، بینایی، حرکت یا بویایی
- عدم وجود حساسیت به لمس، صوت، بینایی، حرکت یا بویایی
- پیش فعالی و یا تحرک کمتر از حد معمول
- عدم توانایی در رعایت آرامش بدون نظارت دیگران
- تحریک پذیری و فقدان خودکنترلی
- اختلال در تعامل اجتماعی

قابل تذکر است که روش یکپارچگی حسی به تنهایی کافی نیست زیرا این روش صرفاً بر یک منطقه از اختلال و درمان آن تأکید میکند و برآورنده همه ی نیازهای مراجع نیست و باید در کنار سایر درمان ها استفاده شود. این رویکرد در مشکلات چون کودکان اوتیسم، سندرم شکنده، ناتوانی هایی رشدی، اختلالات توجه و تمرکز، اختلالات هماهنگی رشدی و مشکلات روانپزشکی استفاده میشود.

یکپارچگی حسی یک روند عصبی ساب کورتیکال است که سیستم وستیبولار (تعادلی)، حس عمقی و حس لامسه را درگیر میکند. اطلاعات حسی ترکیب و هماهنگ شده و فرد قادر خواهد بود:

- به بررسی محیط پرداخته آن را مورد توجه قرار دهد (درون داد)
- اطلاعات را به منظور ساختن راهکارهایی جهت انجام عمل مناسب دستکاری کند (پردازش)
- رفتار حرکتی را جهت دهد (برون داد)
- نظاره گر تأثیر اعمالش باشد (بازخورد)

هر نوع اختلالی در اجزاء این روند، عملکرد یکپارچگی حسی را مختل میکند.

- ❖ **سیستم وستیبولار:** این سیستم هماهنگ کننده وضعیت سر و بدن در فضا و تون وضعیتی عضلات و همچنین کنترل کننده حرکات چشم در طی تغییر وضعیت های سر در فضا است. همچنین بخاطر ارتباطاتی که با سایر سیستم های مغز (سیستم لیمبیک و سیستم مشبک) دارد در کنترل سطح برانگیختگی فرد، آگاهی و توانایی در دریافت و پاسخگویی به تغییرات محیطی موثر است. کودکانی که در این سیستم مشکل دارند گاهاً نیستاگموس پس از چرخش را ندارند.
- ❖ **حس عمقی:** اساسی ترین نقش این حس، تهیه اطلاعات برای کنترل و هماهنگی دوطرفه در سیستم عصبی مرکزی (مغز و نخاع) بدون استفاده از بینایی است. حس عمقی با دادن اطلاعات پایه ای در ارتباط با وضعیت بدن، «مدل وضعیتی» از بدن را شکل میدهد که «طرحواره بدنی» نام دارد. طرحواره بدنی (Body Scheme) پایه و اساس «تصور بدنی» (Body Image) محسوب میشود که در رشد و توسعه «تصور از خود» در فرد مؤثر است.
- ❖ **حس لامسه:** شامل دو زیرسیستم است: در زیرسیستم محافظتی اطلاعات درد و حرارت و لمس سبک دریافت میشوند. زیرسیستم افتراقی وظایفی چون مشخص کردن محل لمس، افتراق محل لمس دو نقطه متفاوت (Two Point Discrimination)، تشخیص ماهیت اشیا توسط لمس دست (Stereognosis)، توانایی شناسایی اشکال ساده هندسی از طریق کشیدن آن اشکال روی پوست دست (Graphesthesia)، و حس فشار است. این زیر سیستم پایه ای برای بخش مهمی از مهارتهای حرکتی بخصوص مهارتهای دستی است.

* ارزیابی

در ارزیابی یکپارچگی حسی، درمانگر از طریق آزمونهای استاندارد و غیر استاندارد می تواند محدوده مشکلات را در ارتباط با واکنش حسی، پردازش، هماهنگی حرکتی و روند رشد بینایی درکی دریافت کند. از ارزیابی های استاندارد میتوان به ارزیابی پیش دبستانی میلر، مجموعه ارزیابی حرکتی کودکان (Movement ABC)، آزمون یکپارگی حسی و برنامه ریزی حرکتی (Sensory Integration & Praxis Test) یا به اختصار SIPT و غیره اشاره کرد. SIPT تنها مجموعه ی تست استاندارد است که اختصاصاً برای ارزیابی یکپارچگی حسی طراحی شده است. این تست از یک سری تست تشکیل شده که آیرز در سال ۱۹۶۰ طرح نمود. ۱۷ تست آن پردازش حس لامسه، وستیبولار و عمقی، درک شکل و عمق و هماهنگی چشمی- حرکتی، یکپارچگی دو طرفه و توانایی ترتیب دادن و پراکسیس (برنامه ریزی حرکتی) را ارزیابی می کنند. (Ayers & Marr 1991)

ارزیابی SIPT، 2 ساعت و نمره دهی آن ۳۰-۴۵ دقیقه طول می کشد. نمرات تست و رفتارهای کودک حین انجام تست در نهایت با تمام اطلاعات دیگر بدست آمده از تست کنار هم قرارداده شده و در مورد وضعیت عملکرد یکپارچگی حسی کودک نتیجه گیری می شود. مشاهده کودک ابزار غیراستاندارد برای ارزیابی است که درمانگر می تواند در محیط کلینیک از حرکات، توانایی هماهنگی، واکنش کودک نسبت به تحریکات حسی و رشد عصبی- رفتاری وی به عمل آورد. مواردی از ارزیابی های غیر استاندارد که به درمانگر در برنامه ریزی طرح درمان کمک فراوانی میکند به این شرح است:

* یکپارچگی لمسی:

پاسخ کودک هنگامی که لمس میشود میتواند به سه بخش پذیرفتن، پرهیز کردن و یا ابراز تنفر نمودن خلاصه شود.

- توانایی مشخص نمودن محل لمس
- توانایی افتراق دو نقطه متفاوت (با فواصل مختلف)
- حس نگاره ای (Graphesthesia)

- ادراک سه بعدی (Stereognosis)
- توانایی تشخیص اینکه کدام انگشت کودک لمس شده است (با چشمان بسته)

* وضعیت و تعادل:

- توانایی عبور اندامها از خط وسط بدن، مثلا رساندن دست راست به زانوی پای چپ.
- توانایی رساندن شست به سایر انگشتان دست به طوری که حرکات اضافه و مشابه در دست مقابل مشاهده نشود.
- توانایی گرفتن و پرتاب توپ های بزرگ
- توانایی رسم دو دایره (که از روی هم رد میشوند) با دو دست و به طور همزمان (بهتر است روی تخته سیاه این کار را انجام دهد)

* مهارتهای حرکتی ظریف و طرحواره بدنی:

- تقلید وضعیتهای مختلف بدنی
- تشخیص و شناسایی بخشهای مختلف بدن کودک
- کشیدن یک آدمک
- کپی از طرحهای مختلف

* یکپارچگی شنوایی و بینایی:

- انجام اعمال ریتمیک از طریق دست زدن و ضرب گرفتن روی چیزی یا جایی
- خواندن تیتراهای روزنامه
- خواندن پاراگرافهای ساده
- نوشتن اسم خود کودک
- نوشتن تفسیر پاراگراف کوتاهی که توسط کودک خوانده شده است و یا هر چه از آن به خاطر دارد و یا از آن درک کرده است.

* اهداف درمانی

هدف از درمان یکپارچگی حسی تقویت و بهبود واکنش ها در مغز کودک، استفاده مغز از اطلاعات حسی و چگونگی بکارگیری آنها جهت هماهنگی و سازمان دهی حرکتی است و درمانگر باید از طریق مشارکت فعال کودک در فعالیتهای هدفمند بر مبنای زندگی واقعی او توانایی کودک را افزایش دهد. مشارکت فعالانه کودک و انگیزه درونی وی و احساس تسلط کودک در روند درمان باعث افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس وی خواهد شد. البته این مسئله را باید در نظر داشت که یکپارچگی حسی مهارت جدیدی به کودک آموزش نداده و شرایط تجربه و تمرین محدوده های رشد را بطور مستقیم ایجاد نمیکند بلکه «سبب مشارکت فعال کودک به شیوه ای میگردد که باعث تسهیل تعاملات او از طریق محیط بازی میشود.»

* حس دهلیزی-عمقی و رویکرد یکپارچگی حسی

حس دهلیزی (وستیبولار) و حس عمقی از حواس مهم در یکپارچگی حسی هستند که نمی توان آنها را در ارزیابی های بالینی از یکدیگر جدا نمود. بنابراین اصطلاح حس دهلیزی-عمقی به معنای داده های حاصل از حرکت خود بدن و گیرنده های حسی درگیر است. گیرنده های حس دهلیزی گیرنده های موجود در سیستم تعادلی گوش است که نسبت به حرکت سر و نیروی جاذبه حساس میباشند و گیرنده های حس عمقی شامل گیرنده های اختصاصی عضلات، مفاصل و پوست هستند که با حرکت فعالانه عضلات و مفاصل تحریک میشوند.

❖ اختلالات حس دهلیزی-عمقی

اختلالات حس دهلیزی-عمقی شامل موارد زیر میباشد:

جدول ۱- مشاهدات بالینی رایج عملکرد یکپارچگی حسی

مشاهدات بالینی توصیف

- **تون عضلانی:** وضعیت استراحت فیبرهای عضلانی را در نظر میگیریم. جهت ارزیابی به باز کردن بازوها، میچ و انگشتان و صافی بیش از حد (hyperextensibility) مفاصل و نرمی عضلات هنگام لمس نگاه کنید. ایستادن با قوس کمتری زیاد (lordosis) و صاف شدگی بیش از حد زانوها نیز علامت دیگری برای اختلال در این مورد است.
 - **ثبات مفاصل فوقانی (proximal):** توانایی ثابت کردن و انقباض همزمان عضلات اطراف مفاصل شانه و ران و همینطور تنه برای وقوع حرکات بسیار دقیق در مفاصل دورتر را ثبات مفاصل فوقانی میگویند. با اجبار کودک برای ثابت نگه داشتن شانه ها، گردن، بازوها، هنگامی که درمانگر تلاش میکند کودک را حرکت دهد ارزیابی میشود.
 - **وضعیت خوابیده به شکم (Prone Extension):** توانایی بلند کردن یا خم کردن سر به سمت عقب، گردن و تنه برخلاف جاذبه هنگامی که روی شکم است.
 - **با وضعیت Prone extension ارزیابی میشود؛** در این وضعیت کودک باید بتواند سر را در زاویه ۴۵ درجه نسبت به خط عمود، بلند کردن شانه ها و بازو از روی زمین، بلند کردن ۱/۴ انتهای راناز روی زمین را کامل و سریع حفظ کند و بتواند در حین حفظ وضعیت با صدای بلند صحبت کند.
 - **خم کردن گردن در وضعیت طاقباز (supineflexion):** توانایی خم کردن یا حلقه کردن سر، گردن و تنه و در نهایت به صورت توپ در آمدن است.
 - **با وضعیت supineflexion ارزیابی میشود؛** حفظ این وضعیت آسانتر از وضعیت قبل بوده و شل بودن سر یا تمایل به عقب دادن سر و چانه میتواند بر کاهش پیام های حس دهلیزی-عمقی به فلکسورهای گردن دلالت داشته باشد.
- واکنش های تعادلی توانایی حفظ و بدست آوردن مجدد وضعیت قائم هنگامی که تعادل کودک به خطر می افتد. ارزیابی با تحریک کودک در وضعیتهای مختلف (متناسب با سن) بر روی تخته تعادل یا تخته ثابت انجام میشود. در حالت ایستاده روی تخته تعادل در حین ارزیابی کودکان بالای ۷ سال دست طرف مقابل صاف و از بدن دور میکنند و پا را نیز از روی سطح اتکا

بلند میکنند. عدم بلند کردن پا یا خم شدگی در پا یا بازو دلیل بر وجود اختلال است. کودکان زیر ۷ سال ممکن پای خود را بلند نکنند.

نیستاگموس پس از چرخش به حرکت غیر ارادی مردمک چشم به دنبال تحریک دورانی یا چرخشی میگویند که با تمایل راه رفتن در مسیر دایره ای و احساس گیجی از جانب فرد همراه است. برای ارزیابی به کمک صندلی دورانی، صندلی را ده بار به مدت حداقل ۲۰ ثانیه میچرخانیم و سپس بلافاصله و بطور ناگهانی آن را متوقف میکنیم. در این حالت حرکت چشم باید مخالف حرکت سر وجود داشته باشد. کم بودن یا نبودن نیستاگموس ضعف سیستم دهلیزی را نشان میدهد.

نامنی جاذبه ای (Gravitational Insecurity) ترس غیر منطقی از حرکت خارج از وضعیت قایم در سر یا از جدا کردن پاها از زمین را نامنی جاذبه ای میگویند. واکنشهای ناشی از ترس شدید به هنگام قرار گرفتن کودک روی سطح بی ثبات یا معلق علامت مهم احساس نامنی جاذبه ای است.

عدم تحمل حرکت سرگیجه، تهوع، استفراغ و احساسات ناخوشایندی که با تحریک سیستم وستیبولار همراه است از جمله مشخصات پاسخ ناهنجار به درونداهای حس دهلیزی-عمقی هستند (مثلا هنگام ماشین سواری، چرخش یا سوار شدن روی وسایل برقی شتابدار). این اختلال ارتباط نزدیکی با احساس نامنی جاذبه ای دارد و اغلب با هم دیده میشوند.

❖ درمان اختلالات حس دهلیزی-عمقی

این نکته را باید در نظر داشت که هر گونه فعالیتی که بر اساس حرکت تنظیم شود سیستم حس دهلیزی-عمقی را درگیر میکند و اطلاعات مربوطه را به فرد منتقل مینماید. سه جنبه مهم در تحریک سیستم حس دهلیزی-عمقی به شرح زیر میباشد:

- نوع حرکت (خطی یا زاویه دار) - حس دهلیزی
- سرعت حرکت (آهسته یا تند) - حس دهلیزی
- مقاومت در برابر حرکت فعال - حس عمقی

❖ درمان اختلالات تمییز عمقی

مداخلات برای مشکلات تمییز عمقی شامل استفاده از فعالیتهایی که مقاومت روی عضلات در طی کاری سنگین بر خلاف جاذبه یا انقباض همزمان عضلات اطراف مفاصل فراهم میکنند. فعالیتهای مقاومتی شامل هر فعالیتی است که دارای حمل کردن، چسبیدن، کشیدن، هل دادن، و تصادم کردن است.

❖ درمان نقایص کنترل وضعیتی

با وادار کردن کودک به درگیر شدن در فعالیتی در وضعیت دمر و کارکردن برخلاف جاذبه که حرکات خطی را فراهم میکند، Postural Extension بوجود می آید، مثل تاب خوردن در تاب گلایدری در حالت دمر، خوابیدن روی بشکه و راه

بردن آن به سمت جلو با دستها یا چسباندن اشیا روی یک صفحه مقابل کودک در همین وضعیت و انداختن شی به سمت یک هدف مشخص هنگام تاب خوردن در سطح افقی.

Postural Flexion پاسخی است به فعالیتهای مقاومتی برخلاف جاذبه که نیازمند خم شدن سر و پیچیدن کل بدن به دور وسیله درمانی دارد، مانند تاب بولستر یا لگد زدن به توپی که از ارتفاع مناسب آویزان شده در حالت طاقباز و نشست روی تاب دو طرفه.

ثبات وضعیتی (پوسچرال) و تون عضلانی هنگامی تسهیل میشوند که این پاسخهای خلاف جاذبه رشد یابند. با تحرکات تعادلی زاویه ای که در طی فعالتهایی با سطحی بی ثبات که در آن فرصتهایی برای جابجایی وزن در سطح اتکای بدن وجود دارد، واکنشهای تعادلی و تحرک پوسچرال تسهیل میشوند. مانند هنگامی که روی یک تاببازی میکند (حرکت در صفحه افقی) یا روی ترامپولین میپرد (حرکت در صفحه عمودی).

*** درمان اختلالات تعادلی**

مداخلات برای تمییز تعادلی کاهش یافته شامل استفاده از تخته های تعادلی، فراهم کردن دروندادهای تقویت شده بویژه حرکات زاویه ای یا چرخشی (توسط تابهایی معلقی تک نقطه ای مانند تاب توری، تاب تخت چهارگوش) است. شدت حس حرکت ممکن است در طی تغییر نوع حرکات (خطی به چرخشی) و سرعت حرکات (آهسته به سریع) افزایش یابد. در این فعالیتهای باید شامل شروع و توقف متوالی برای تغییر سرعت دروندادها و حرکات در تمام صفحات و جهات باید فراهم شود.

*** رشد کنترل حرکات چشمی**

بیماران مبتلا به اختلال یکپارچگی حسی، اغلب در جدا کردن حرکات چشم از حرکات سر و بدن اشکال دارند و بجای حرکت چشم در پاسخ به تحرکات بینایی سر و گاهی بدنشان را حرکت میدهند. مثلا در تعقیب اشیا یا تمرکز سریع روی یک شیء وقتی که سر آنها را ثابت نگهداریم حرکاتی که توسط سیستم بینایی کنترل میشوند با دشواری صورت میگیرند. پرتاب کیسه به سمت اهداف متحرک یا ثابت هنگام تاب خوردن کودک یکی از فعالیتهای مهم در این حیطه است.

*** درمان ناامنی جاذبه ای**

این ناامنی در حرکات اغلب ناشی از مشکل تعدیل سازی است، اما ممکن است ناشی از یکپارچه سازی ضعیف چند درونداد حسی مانند دروندادهای تعادلی، عمقی، و بینایی باشد. در درمان ابتدا باید به ترس کودک احترام گذاشت و نباید به اجبار و فشار حرکتی را به او تحمیل کرد. فعالیتهای ابتدایی باید تاب خوردن در یک تابا فریم و امن و نزدیک زمین باشد مانند تاب تخت یا گلاپدیری. حرکات آرام خطی در ترکیب با یک فعالیت با درونداد عمقی و سنگین در ابتدا فراهم میشود. بعدا همانطور که تحمل افزایش می یابد، تحمل کودک برای تاب خوردن از وضعیت دمر و غیر قائم به وضعیت قائم میرسد. راه رفتن روی سطح شبیدار، پریدن روی ترامپولین کوچک و سرخوردن با کمک اسکوتر بورد از تمرینات دیگر برای درمان این اختلال است.

*درمان عدم تحمل حرکت

هدف مداخله تسهیل تحمل کودک در تجارب حرکتی معمول است. درمان شامل فراهم ساختن حرکات خطی (افقی و عمودی) - که قابل تحمل باشند- همراه با فعالیتهای عمقی مقاومتی است. درمانهایی که برای ناامنی جاذبه ای مطرح شد در این مورد نیز استفاده میشوند.

نقش حس دهلیزی-عمقی در طرحواره بدنی: طرحواره بدنی یک مدل وضعیتی از بخش های مختلف بدن و ارتباط هر بخش از بدن با سایر بخش ها است که پایه و اساس حرکات فرد میباشد. مشکلات عمده ناشی از اختلالات طرحواره بدنی عبارتند از: فراموشی یکطرفه (یکپارچگی دروندادهای حسی در یک طرف از بدن وجود ندارد)، عدم آگاهی از ساختار بدن و ارتباط اعضای بدن (Somatognosia)، عدم شناخت انگشتان و عدم تشخیص چپ و راست. جهت ارزیابی این اختلالات از فرد میخواهیم شکلی از بدن انسان یا بخشی از بدن را بکشد یا در فورم مورد بخشهای مختلف بدن را سر جای خودش قرار دهد. هدف درمان این اختلال افزایش آگاهی از بخش های بدن و کاهش سرگشتگی است که در درمان یکپارچگی حسی از محرک های حسی کنترل شده مثل ماساژهای حسی در مراحل اولیه و بعد غلت زدن یا خزیدن روی فرش و پتو (جنس های مختلف)، کشیدن نمای کلی بدن کودک روی برگه بزرگ و کامل کردن تصویر و رنگ آمیزی آن توسط کودک (Body Tracing)، کامل کردن پازل بدن و استفاده میشود.

* حس لامسه و رویکرد یکپارچگی حسی

حس لمس اولین سیستم برای برقراری ارتباط فرد با دنیای خارج است. در این قسمت به دو اختلال شناخته شده کلینیکی اشاره خواهیم کرد: تدافع لمسی و کاهش درک لمسی.

- ❖ **تدافع حسی:** تدافع حسی اختلالی است که همراه با پاسخ بیش از حد نسبت به تجربیات که تحریک کننده و ناراحت کننده نیستند بروز میکند. تدافع لمسی، تدافع بینایی و تدافع شنوایی از جمله تدافعاتی حسی هستند که میتوانند به شکلهای مختلف رفتار بازی کودکان را تحت تأثیر قرار دهند. تدافع لمسی همان پاسخهای رفتاری قابل مشاهده اجتنابی یا منفی به انواع تحریکات لمسی است که برای اکثر مردم دردناک نمی باشد. علائم و رفتارهای مشخص کننده این اختلال به این شرح است که به سندرم تدافع لمسی معروف است و بندرت به تنهایی بروز میکند:
- ❖ **اجتناب از لمس؛** (اجتناب از بافتهای مشخص لباس، تمایل به ایستادن در انتهای صف یا اجتناب از بازیهای گروهی که نیازمند تماس بدنی هستند برای جلوگیری از برخورد با سایر افراد، کناره گیری از لمس قابل پیش بینی مثل اجتناب از لمس صورت)
- ❖ **پاسخ نابهنجار به تحریکات لمسی بی خطر؛** (احساس تنفر یا تقلای زیاد بهنگام در آغوش گرفتن و بغل کردن، اجتناب از فعالیتهای بهداشت فردی مثل مسواک زدن-حمام کردن-کوتاه کردن ناخنها و موها و شستن صورت، اجتناب از فعالیتهای هنری مثل نقاشی با رنگ انگشتی و کار با خمیر و چوب)
- ❖ **پاسخ عاطفی غیرطبیعی به تحریکات لمس بی خطر؛** (ابراز عصبانیت در لمس سطح بازوها و صورت یا پاها، افزایش استرس به هنگام برقراری ارتباط فیزیکی نزدیک با مردم، اعتراض و کناره گیری یا پاسخ منفی نسبت به هرگونه تماس لمسی)

❖ **کاهش درک لمسی:** کاهش درک لمسی به معنی عدم توانایی در تشخیص و تفسیر محرکات لمسی از نظر زمانی و مکانی است. تحقیقات نشان داده اند که محرکات لمسی در دوران نوزادی نه تنها در درک لمسی موثر هستند بلکه در زمینه دلبستگی عاطفی، مکانیزم های مقابله کننده با استرس، قابلیت های اجتماعی و رشد شناختی نیز حائز اهمیت میباشند. در اکثر مواقع کاهش درک لامسه، مشکلاتی در زمینه تشخیص محل و چگونگی لامسه و به دنبال آن کاهش آگاهی فرد از خود و ایجاد اختلال دیس پراکسی بدنی خواهد شد. اختلال دیس پراکسی بدنی اختلالی است که در زمینه برنامه ریزی حرکتی وجود می آید. بنابراین نقص در تشخیص لمسی میتواند همراه با انواع گسترده ای از مسائل و مشکلات در زمینه حرکتی، درکی و روانی-اجتماعی باشد.

* ارزیابی

در ارزیابی بطور اختصاصی مبنای ارزیابی اختلالات لمسی مصاحبه با والدین یا مراقب کودک و مشاهده رفتار وی در زندگی روزانه، مدرسه و رفتارهای حین بازی است. در طی بازی، درمانگر برای ارزیابی صحیح باید موارد زیر را در نظر بگیرد:

- واکنش کودک نسبت به بازی ها و محرکات لمسی
- شروع یا اجتناب از لمس
- توانایی و یا عدم توانایی در طی فعالیت های فعال لمسی
- وضعیت عاطفی و هیجانی در طی فعالیت های مختلف

علاوه بر آزمونهای موجود، ارزیابی فرآیند سیستم لمسی از طریق تاریخچه حسی وی میباشد. نمونه سوالاتی که توسط اتر و ویلبرگر از چندین تاریخچه حسی مختلف گردآوری شده شامل موارد زیر است:

الف) آنچه که کودک در حال حاضر انجام میدهد:

- آیا حساسیت زیادی نسبت به ترکیب غذاهای تند دارد؟
- کم یا زیاد لباس میپوشد؟
- آیا به نظر میرسد نسبت به زخم، ضرب دیدگی و مواردی از این قبیل ناآگاه است؟
- آیا از استفاده از دستهایش در فعالیتهای مختلف اجتناب میکند؟
- آیا اشیا و لباس خود را به طور مکرر به دهان خود میبرد؟
- آیا به خود و دیگران آسیب میرساند؟
- آیا روحیه جنگجویی دارد؟
- آیا نسبت به دمای هوا و یا آب حساس است؟

ب) آنچه که کودک پیش از این انجام میداده است:

- آیا در نوزادی زیاد گریه میکرد؟
- آیا در دوران نوزادی هنگام خواب و بیداری با مشکل مواجه بوده است؟

البته مجموعه این اطلاعات زمانی مفید خواهند بود که با نتایج آزمون‌ها و بررسی‌های دیگر (مثل آزمون SIPT یا آزمون‌های دیگر) ترکیب شوند تا یک نتیجه صحیح و معقول بدست آید.

* درمان

❖ درمان تدافعی لمسی

اغلب مداخلات برای کاهش تدافعی لمسی با کاهش پاسخ به محرک مضر با فراهم ساختن لمس فشاری عمقی و دروندادهای عمقی برای کاهش تدافعی، به هدف میرسند. فعالیتهای لمس فشاری عمقی مانند برآشینگ بازوها یا پاها اغلب موثرند. اگرچه فعالیتهای عمقی که فراهم کننده مقاومت فعال هستند، اغلب بسیار سازمان دهنده هستند مانند: چسبیدن تاپر آویزان. دروندادها اغلب هنگامی موثرند که توسط خود کودک در یک فضای آرام اجرا شود. حالت عاطفی مثبت درمانگر میزان اضطراب حاصل از تدافعی لمسی را کاهش میدهد. در ضمن محیط درمان باید جذاب و بدون ازدحام و تحریکات بینایی و صوتی باشد.

❖ درمان کاهش درک لمسی

درمان این مشکل شامل فراهم سازی دروندادهای لمس فشاری عمقی سراسر بدن (مانند ساندویچ کردن کودک با تشک ابری)، اطلاعات خاص از اندازه و شکل اشیاء (همانگ کردن اشیاء با لمس)، بافتها (مانند پیدا کردن اشیاء در یک کیسه برنج یا جعبه شن)، اطلاعات Temporal (گرما و سرما) و بهبود حس لرزشی (استفاده از ویبراتورها، توجه داشته باشید زیر ۵ سال استفاده از ویبراتور ممنوعیت مطلق دارد) میباشد.

- منابع:

۱- کاردرمانی در عقب ماندگی ذهنی، مژگان فرهد، انتشارات پژوهشکده کودکان استثنایی، ۱۳۸۴

۲- کاردرمانی برای کودکان، Case Smite ترجمه امیر رحمانی و نازیلا اکبرفهمی، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

3- <http://ot.blogfa.com/cat-3.aspx>