

تحول تعریف آهسته‌گامی در AAMR و AAIDD و تفاوت ملاک‌های آن در DSM-IV-TR و DSM-V

دکتر غلامعلی افروز

استاد ممتاز دانشگاه تهران

محمد عاشوری

دکترای روان‌شناسی و

آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران

سوگند قاسم‌زاده

دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

دانشگاه تهران

چکیده

تا سال ۲۰۰۷ حداقل یازده بار در تعریف Mental Retardation or MR (عقب‌ماندگی ذهنی) تجدیدنظر شده است. در چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (۲۰۰۰) هم از واژه MR استفاده شده است ولی انجمن اختلال هوشی و تحولی آمریکا در سال ۲۰۰۷، واژه Intellectual Disability or ID را جایگزین MR کرد. در حال حاضر، واژه ID مورد تأیید همگان از جمله انجمن روان‌پزشکی آمریکا (پنجمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی) و سازمان بهداشت جهانی (ویرایش یازدهم طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی وابسته) قرار گرفته است. واژه Intellectual Disability or ID به معنی ناتوانی هوشی است که به دلایلی مانند بار نگرشی مطلوب‌تر و با تأکید بر اینکه Disability نیست بلکه کم‌توانی است، کم‌توانی ذهنی ترجمه شده که این معادل‌سازی بحث‌برانگیز و شاید هم نادرست باشد در حالی که «آهسته‌گامی» یک اصطلاح معادل بهتر، با بار نگرشی مطلوب‌تر و در راستای ارزش‌های انسانی و فرهنگی ایرانی اسلامی است و به لحاظ ترجمه هم اشتباهی در آن رخ نداده است. بنابراین این مشکل ناشی از آگاهی اندک یا بینش ناکافی برخی متخصصان یا غیرمتخصصان این حوزه است که در مقاله‌های فارسی و انگلیسی، واژه‌های متفاوتی را به کار گرفته‌اند. انتظار می‌رود در مجله‌ها و فصلنامه‌های علمی و ارزشمند داخلی و خارجی از واژه منسوخ شده MR استفاده نشود. پیشنهاد می‌شود متخصصان ایرانی گامی فراتر برداشته و نگرش مثبت‌تری به پدیده ID داشته باشند تا واژه Slow paced or SP (آهسته‌گام) جایگزین ID شود؛ چنان‌که این نهضت علمی از کشور اسلامی ایران شروع شده و در سال ۲۰۰۷ مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی هم قرار گرفته است. امید است این بار متخصصان متعهد و روان‌شناسان بصیر ایرانی اسلامی هم سهم بسزایی در تغییر واژه‌ها و مفاهیم داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: عقب‌ماندگی ذهنی، ناتوانی هوشی، کم‌توانی ذهنی، آهسته‌گام

مقدمه

۲۰۰۶؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴). سگن در سال ۱۸۷۶ «انجمن مأموران پزشکی مؤسسات آمریکا» را برای افراد کانا^۴ و تهی مغز^۴ تأسیس کرد که بعدها انجمن عقب‌ماندگی آمریکا نامیده می‌شود (اینثورت و بیگر، ۲۰۰۶). اولین بار واژه MR در سال ۱۹۶۱ توسط انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا به کار رفت. در واقع MR جایگزین واژه‌هایی مانند سبک‌مغز^۵، کودن^۶، احمق، کانا، کالیو^۷ و نابهنجاری ذهنی شد (هریس، ۲۰۱۳). در سال ۲۰۰۷ انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا به انجمن

تاکنون تعاریف مختلفی از کودکان آهسته‌گام^۱ (SP) ارائه شده است ولی دادن تعریف دقیق و روشن از آن چندان ساده نیست، زیرا آهسته‌گامی با شرایطی یکسان و به یک میزان و با علت‌های مشابه و آثار همانند، در همه افراد آهسته‌گام مشاهده نمی‌شود (افروز، ۱۳۸۸). انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا^۲ از سال ۱۹۰۸ تا سال ۲۰۰۷ حداقل یازده تعریف از عقب‌ماندگی ذهنی ارائه کرده که به‌طور خلاصه در جدول ۱ آمده است (لوکاسون و همکاران، ۲۰۰۲؛ اینثورت و بیگر، ۲۰۰۴؛ آلگوزین و یسلدایک،

جدول ۱. تحول تعاریف آهسته‌گامی

۱. تردگلد (۱۹۰۸)	نارسایی ذهنی از زمان تولد یا سنین اولیه که ناشی از تحول ناقص مغز است و بر ثبات و درمان‌ناپذیری آن تأکید می‌شود.
۲. تردگلد (۱۹۳۷)	تحول ناقص ذهنی که فرد قادر به انطباق با محیط و زندگی مستقل بدون نظارت و حمایت نیست و بر ثبات و درمان‌ناپذیری اشاره دارد.
۳. ادگار دال (۱۹۴۱)	عدم قابلیت اجتماعی ناشی از توقف تحول سرشتی مغز که در بلوغ یا هنگام آن آشکار می‌گردد و درمان‌ناپذیر و غیرقابل اصلاح است.
۴. ادگار دال (۱۹۴۱)	عدم قابلیت اجتماعی ناشی از توقف تحول سرشتی مغز که در بلوغ یا هنگام آن با اشاره به بهبودی نشانه‌هاست.
۵. هبر (۱۹۵۹)	عملکرد هوشی یک انحراف زیر متوسط (۱۶ درصد جمعیت) و نارسایی در یک یا دو حوزه از رفتار سازشی (رشد، یادگیری و سازگاری اجتماعی) در دوره تحول (از بدو انعقاد نطفه تا ۱۶ سالگی) است. ۵. سطح مشخص شد: سطح ۱:۵ تا ۲ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۲:۴ تا ۳ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۳:۳ تا ۴ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۴:۲ تا ۵ انحراف استاندارد زیر میانگین، سطح ۵:۱ انحراف استاندارد زیر میانگین.
۶. هبر (۱۹۶۱)	تعریف قبلی تغییری نداشت. سطوح قبلی به ترتیب با توجه به بهره هوشی به مرزی (۱ انحراف استاندارد زیر میانگین)، خفیف، متوسط، شدید و عمیق تقسیم شد.
۷. گروسمن (۱۹۷۳)	عملکرد هوشی دو انحراف زیر متوسط (۳ درصد جمعیت؛ بهره هوشی ۷۰ یا پایین‌تر) و نارسایی در رفتار سازشی (استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با توجه به گروه سنی و فرهنگ) در دوره تحول (از تولد تا ۱۸ سالگی) تعریف شد. سطوح خفیف، متوسط، شدید و عمیق در نظر گرفته شد و مرزی یا دیرآموز بین آهسته‌گامی و هوش متوسط مطرح شد.
۸. گروسمن (۱۹۸۳)	عملکرد هوشی دو انحراف زیر متوسط (بهره هوشی ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و نارسایی در رفتار سازشی (رشد، یادگیری، استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با توجه به گروه سنی و فرهنگ) در دوره تحول (از بدو انعقاد نطفه تا ۱۸ سالگی) است. سطوح خفیف، متوسط، شدید و عمیق در نظر گرفته شد.
۹. لوکاسون و همکاران (۱۹۹۲)	محدودیت‌های اساسی در کارکردهای کنونی که این محدودیت‌ها با کارکرد هوشی به‌طور معنادار زیر متوسط (بهره هوشی ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و وجود همزمان محدودیت‌ها در دو یا چند حوزه از مهارت‌های سازشی (ارتباط، مراقبت از خود، زندگی در خانه، مهارت‌های اجتماعی، رفتار اجتماعی، خودرهبی، سلامتی و ایمنی، تحصیلات کارکردی، اوقات فراغت، و شغل) در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) مشخص می‌شود. سطوح شدت (خفیف، متوسط، شدید و عمیق) حذف و سطوح حمایت (متناوب، محدود، گسترده و فراگیر) جایگزین آن شد.
۱۰. لوکاسون و همکاران (۲۰۰۲)	محدودیت‌های اساسی در کارکرد هوشی (بهره هوشی ۷۰ تا ۷۵ یا پایین‌تر) و رفتار سازشی (رفتار سازشی به‌صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی و عملی بیان می‌گردد) در دوره تحول (قبل از ۱۸ سالگی) است. طبقه‌بندی وابسته به هدف بوده و ممکن است براساس شدت، سطوح حمایت، محدودیت در رفتار سازشی، علت‌شناسی یا موارد دیگر باشد.
۱۱. انجمن اختلال هوشی و تحولی آمریکا (۲۰۰۷)	انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا به انجمن اختلال هوشی و تحولی آمریکا تغییر نام یافت. برای اولین بار واژه ناتوانی هوشی به جای عقب‌ماندگی ذهنی به کار رفت و ناتوانی هوشی در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار گرفت ولی در تعریف آن تغییری به وجود نیامد.

اختلال هوشی و تحولی آمریکا^۸ (AAIDD) تغییر نام یافت. برای اولین بار در همان سال، واژه ID را به جای MR به کار برد و ID در گروه اختلال‌های هوشی تحولی قرار گرفت. لازم به ذکر است که در چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۹ (DSM-IV-TR) در سال ۲۰۰۰ هم از واژه MR استفاده شده است. ناهمخوانی استفاده از واژه MR و ID در کتاب‌ها و مقاله‌های فارسی و انگلیسی به همین دلیل است. در حال حاضر، واژه MR منسوخ شده و واژه ID مورد تأیید همه مراکز علمی، سازمان‌ها و انجمن‌های علمی از جمله انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۰} (APA) در پنجمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM-V) و سازمان بهداشت جهانی^{۱۱} (WHO) در ویرایش یازدهم طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی وابسته^{۱۲} (ICD-11) قرار گرفته است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

در DSM-V در سال ۲۰۱۳، واژه MR به ID تغییر نام داد. همچنین ناتوانی هوشی در گروه اختلال‌های رشدی عصبی قرار گرفت و میزان شیوع آن ۱ درصد برآورد شد. تفاوت ملاک‌های ID در DSM-IV-TR و DSM-V در جدول ۲ ارائه شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴؛ هریس، ۲۰۱۳).

تأکید بر رفتار سازشی

در طرح پیشنهادی DSM-V جهت هماهنگی با ملاک‌های ICD-11 پیشنهاد شده که از نمره‌های بهره هوشی به عنوان ملاک‌های تشخیصی رسمی استفاده نشود و به جای آن از الزاماتی که در متن آمده استفاده گردد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

استدلال‌هایی برای تغییر بهره هوشی

۱. استفاده نامناسب از آزمون‌های هوش: در اغلب موارد قانونی، نمره آزمون هوش به‌طور نامناسبی توانایی کلی فرد را مشخص می‌کند بدون اینکه کارکرد سازشی او را به نحو شایسته‌ای در نظر بگیرد.

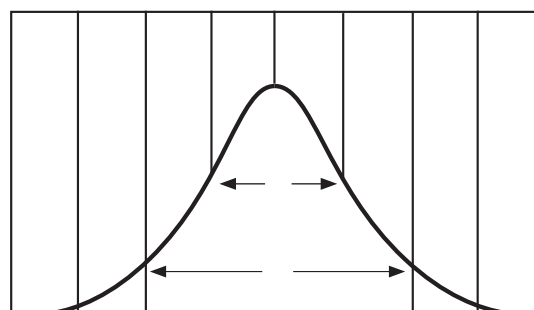
۲. تعریف هوش: هم انجمن ناتوانی‌های هوشی و تحولی آمریکا و هم DSM-V، هوش را به‌عنوان توانایی ذهنی عمومی تعریف می‌کنند که شامل استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، فهم افکار پیچیده، قضاوت، یادگیری تحصیلی و یادگیری از تجربه می‌شود.

۳. آزمون‌های هوش در DSM-V: باید روش‌های ارزیابی و تشخیص سایر عامل‌های اختلال هوشی تحولی (مانند پیشینه‌های اقتصادی فرهنگی، زبان بومی، اختلال

جدول ۲. تفاوت ملاک‌های ID در DSM-IV-TR و DSM-V

DSM-IV-TR	DSM-V
بهره هوشی ۷۰ یا کمتر از آن	آسیب در توانایی‌های ذهنی عمومی
آسیب‌های همزمان در کارکرد سازشی کنونی	آسیب در کارکرد سازشی به جهت سن و پیشینه‌های اجتماعی افراد
شروع قبل از ۱۸ سالگی	باید همه نشانه‌ها در طول دوره تحول شروع شوند
شدت: خفیف، متوسط، شدید و عمیق براساس سطوح بهره هوشی	شدت: خفیف، متوسط، شدید و عمیق براساس رفتار سازشی

بهره هوشی



ارزیابی بهره هوشی با توجه به متن نوشته DSM-V تغییر کرد.

ارتباطی/زبانی همراه، معلولیت حسی یا حرکتی) که ممکن است سبب محدودیت در عملکرد شوند در نظر گرفته شوند. معمولاً برای توصیف هوش، نیمرخ‌های شناختی نسبت به فقط نمره‌های مقیاس هوش کارآمدتر هستند و آموزش بالینی و قضاوت برای تفسیر نتایج آزمون ضروری است.

۴. حذف بهره هوشی براساس زیرگروه‌ها: در DSM-V زیرگروه‌های خفیف، متوسط، شدید و عمیق براساس بهره هوشی وجود ندارد. در عوض، سطوح شدت خفیف، متوسط و شدید را براساس مهارت‌های رفتار سازشی فهرست کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

جدول شدت

۱. سطوح شدت خفیف، متوسط، شدید و عمیق در جدول براساس سه حوزه زیر است:
الف. مفهومی: استفاده از زبان، خواندن، نوشتن، ریاضی،

اگرچه در DSM-V استفاده از آزمون روان‌شناختی استاندارد شده برای ارزیابی فرد ادامه دارد اما باید این آزمون روان‌شناختی همراه ارزیابی بالینی باشد (هریس، ۲۰۱۳).



آگاه باشیم که واژه عقب‌ماندگی ذهنی منسوخ شده و استناد به آن جنبه علمی ندارد. پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان آگاه، متخصصان توانا، مشاوران بصیر و معلمان صبور گامی فراتر برداشته و نگرش مثبت‌تری به پدیده ID داشته باشند و واژه SP یا آهسته‌گام را جایگزین ID کنند

است. احتمال می‌رود این بار روان‌شناسان، متخصصان، مشاوران و معلمان ایرانی هم با همت والای خویش سهم بسزایی در تغییر اصطلاحاتی در حوزه روان‌شناسی همچون تغییر واژه ID children به SP children در سطح جهانی و بین‌المللی داشته باشند.

استدلال، دانش، و حافظه برای حل مشکلات در میان دیگران. ب. اجتماعی: آگاهی از تجربه‌های دیگران، همدردی، مهارت‌های ارتباط بین فردی، توانایی در برقراری روابط دوستانه، قضاوت اجتماعی، و خودتنظیمی در میان دیگران. ج. عملی: مدیریت خود در گستره زندگی از جمله مراقبت شخصی، مسئولیت‌های شغلی، مدیریت پول، تفریح، مدیریت رفتار شخصی، و سازمندی تکالیف مربوط به مدرسه و کار در میان دیگران (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴؛ هریس، ۲۰۱۳).

پی‌نوشت‌ها

1. Slow paced (SP)
2. American Association on Mental Retardation (AAMR)
3. Idiotic
4. Feeble minded
5. feeblemindedness
6. Moron
7. Imbecile
8. American Association of Intellectual Developmental Disorder (AAIDD)
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th revision (DSM-IV-TR)
10. American Association of Psychiatric (APA)
11. World Health Organization (WHO)
12. International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11)

منابع

۱. افروز، غلامعلی. (۱۳۸۸). الف. روان‌شناسی و توان بخشی کودکان آهسته‌گام. چاپ دهم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۲. آلکوزین، باب: یسلدایک، جیم. (۲۰۰۶). تدریس دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. ترجمه عباسعلی حسین خانداده فیروزجاه و علیرضا محمدی آریا (۱۳۸۷). چاپ اول. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
3. Ainsworth P, Baker P. (2004). *Understanding Mental Retardation*. University Press of Mississippi.
4. American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC.
5. Harris JC. (2013). New terminology for mental retardation in DSM-V and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry*. 26(3): 260-262.
6. Kauffman JM, Hallahan DP. (2014). *Handbook of special education*. Published in the Taylor & Francis e Library, New York.
7. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, Reeve A, Schalock RL, Snell ME, Spitalnick DM, Sprent, S, Tasse MJ. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th Ed.) Washington DC: American Association Mental Retardation.

خلاصه تغییر ملاک‌های ID در DSM-IV-TR و DSM-V

۱. MR به ID تغییر نام داد.
۲. تشخیص براساس کارکرد سازشی در سه حوزه مهارت‌های اجتماعی، مفهومی و عملی است.
۳. چهار سطح شدت خفیف، متوسط، شدید و عمیق مبتنی بر سه حوزه رفتار سازشی است.
۴. ملاک بهره هوشی، هسته اصلی تشخیص نیست (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۴).

نتیجه‌گیری

شایسته است نسبت به تغییراتی که در قلمرو کودکان استثنایی به‌ویژه کودکان آهسته‌گام اتفاق می‌افتد و مورد تأیید مراکز و انجمن‌های معتبر علمی و بین‌المللی از جمله AAIDD، DSM-V و ICD-11 است اطلاع‌رسانی شود آگاه باشیم که واژه عقب‌ماندگی ذهنی منسوخ شده و استناد به آن جنبه علمی ندارد. پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان آگاه، متخصصان توانا، مشاوران بصیر و معلمان صبور گامی فراتر برداشته و نگرش مثبت‌تری به پدیده ID داشته باشند و واژه SP یا آهسته‌گام را جایگزین ID کنند. همچنان که سال‌هاست این نهضت علمی از کشور اسلامی ایران شروع شده و در سال ۲۰۰۷ با کسب جایزه بین‌المللی مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی هم قرار گرفته