

تعامل‌های اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای قالبی:

مقایسه کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر

Communication and Social Interaction and Stereotyped Repetitive

Patterns of Behavior:

Comparing Autism and Mental Retardation Children

Ali Bahari Gharagoz

M. A. Psychology

Abbas Hassanpour

M. A. Psychology

عباس حسن‌پور

کارشناس ارشد روان‌شناسی

علی بهاری قره‌گوز

کارشناس ارشد روان‌شناسی

Shahrokh Amiri, PhD

Tabriz University of Medical Sciences

دکتر شاهرخ امیری

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

#### چکیده

در این پژوهش 40 فرد معتاد به مواد مخدر که به مرکز بهزیستی شهر رشت مراجعه می‌کردند، به پرسشنامه‌های فرم کوتاه هوش هیجانی بار (آن (1997) و سبک‌های حل مسئله (کسی‌دی و لانگ، 1996) پاسخ دادند. تحلیل همبستگی پی‌رسون نشان داد که هوش هیجانی با سبک‌های درماندگی، مهار حل مسئله، اجتنابی و روی‌آوری رابطه مثبت و با دو سبک خلاقانه حل مسئله و اعتماد به رابطه منفی و معنادار داشت. یافته‌ها برحسب ویژگی‌های خاص افراد گروه نمونه مورد بحث قرار گرفته‌اند.

**واژه‌های کلیدی:** هوش هیجانی، سبک‌های حل مسئله، اعتیاد.

#### Abstract

Forty substance abusers from 18 to 28 years old, referred to a well-being center in the city of Rasht in Iran, responded to the Bar-On Emotional Quotient Inventory Short form (1997) and the Problem-Solving Style Questionnaire (Cassidy and Long, 1996). Results indicated that emotional intelligence was correlated positively with helplessness, problem-solving control, avoidance style and approach style and negatively with creative problem-solving and problem-solving confidence styles. Findings have been discussed in terms of some certain characteristics of sample.

**Key words:** occupational stress, job strain, physical health, affective well-being.

## مقدمه

درخودماندگی<sup>1</sup> یکی از اختلال‌های فراگیر تحولی<sup>2</sup> است که عموماً در سنین قبل از سه سالگی مشاهده می‌شود و تخریب کیفی تعامل‌های اجتماعی<sup>3</sup>، مشکلات ارتباطی<sup>4</sup> و وجود الگوهای رفتاری قالبی و تکراری سه عنصر اصلی آن محسوب می‌شوند (لارسون، ای‌تون و مدسن، 2005؛ بری، گونل و اسمیت، 2006؛ ویلیامز، هلمر، دانکن، پی‌ت و ملی‌س، 2008). در کودکان بهنجار از همان روزهای بدو تولد رفتارهایی مانند چنگ‌زدن، گریه کردن، لبخند - زدن، قان و قون کردن و ... را می‌توان مشاهده کرد. این رفتارها ارزش ارتباطی دارند و نخستین تعامل‌های اجتماعی به حساب می‌آیند که از طریق آنها نوزاد دی‌گران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از شش ماهگی با افزایش توانایی تمی ز محرک‌های شنیداری و دیداری، واکنش‌های اجتماعی انتخابی تر شده و نوزاد حتی به چگونگی و نحوه تعامل خود با دیگران حساس می‌شود در این وهله کودک چهره مادر را از دی‌گران متمایز می‌کند و در برابر جدایی از مادر، با گریه و داد و فریاد - کردن اعتراض کرده و مضطرب می‌شود. در دومین سال زندگی به دلیل مجهزشدن به عامل تجسم ذهنی<sup>5</sup> رفتار کودک منعطف تر می‌شود. از سه سالگی شروع به درک احساسها و انگیزه های مادر می‌کند و زمینه برای یک رابطه پیچیده تر تحت عنوان مشارکت فراهم می‌شود (برک، 2007؛ ماسن، کانگر، کاگان و هاستون، 2000). کودکان درخودمانده تقریباً از اوایل دوران کودکی با مشکلات جدی<sup>6</sup> در تعامل اجتماعی و ارتباطی مواجه هستند چرا که از تماس چشمی ضعیف برخوردارند؛ به در آغوش گرفته شدن توسط والدین علاقه نشان نمی‌دهند؛ از ماندن در محیط‌های بیگانه احساس اضطراب نمی‌کنند و از درک و تعبیر افکار و احساس‌های دیگران ناتوانند و نشانه‌های اجتماعی مانند لبخند یا چشمک و شکلک ممکن است برای آنان فاقد معنا یا دارای معنای اندک باشد (کوشش، 1387).

از دیگر مسایلی که نظر اکثر متخصصان را به خود جلب کرده است فقدان بازیهای اجتماعی و مشارکتی در کودکان در خودمانده است. در کودکان بهنجار سازمان روانی به حدی از تحول رسیده است که کودک می‌تواند امور غیایی را تجسم کند و براساس غلبه درون سازی<sup>6</sup> بر برون سازی<sup>7</sup> عملاً به بازیهای رمزی<sup>8</sup> بپردازد. این فعالیت در نهایت در جهت یک ردیف از بازیهایی که بیشتر جنبه قاعده ای و اجتماعی دارند تحول می‌یابد (منصور، 1386) اما نقص یا تاخیر معنا دار در بازیهای رمزی و قاعده دار همراه با ماندن در مرحله بازیهای حسی-حرکتی از مشخصات کودکان درخودمانده است. به طوریکه ممکن است برخی از کودکان در خودمانده هرگز از مرحله بازیهای حسی-حرکتی گذر نکنند (جانسون و مه‌ی‌رز، 2007). هر چند برخی از پژوهشگران بر این باورند که کودکان درخودمانده در برخی از بازیهای اجتماعی شرکت نموده و لذت می‌برند اما به خاطر نقص در تعامل‌های گروهی و مشارکتی اغلب آنها بازی را ترک می‌کنند یا با همسالان درگیر می‌شوند و جنبه حسی-حرکتی بازیها بی‌ش از جنبه اجتماعی برای آنها لذتبخش است (آریک، کراگ، فولرتون، لوس و فالکو، 2005؛ جانسون و مه‌ی‌رز، 2007). به طور کلی از نتایج و گزارش‌های پژوهشگران می‌توان چنین استنباط کرد که در این کودکان مؤلفه‌های اصلی تعامل‌های اجتماعی مانند رابطه دلبستگی<sup>9</sup>، تقلید از دیگران، درک هیجان‌های اشخاص دیگر و بازیهای وانمودی<sup>10</sup> و اجتماعی آسیب دیده‌اند. (کوشش، 1387؛ کولومبی، کری‌ستی‌ن لی‌بال، توماسلو، یانگ، وارنکن، راجرز و 2009). از دیگر حوزه‌های قابل بحث مهارت‌های ارتباطی است. کودکان بهنجار پیش از اینکه حرف زدن را بیاموزند می‌توانند با دیگران ارتباط مؤثر برقرار کنند. و با اعمال و حرکات خاصی مانند تکان دادن دست به نشانه خداحافظی، دالی بازی کردن و تکان دادن سر به علامت نفی، حالت‌های عاطفی خود را بیان کنند و برای ارضای

1. autism

2. pervasive development disorder

3. social interaction

4. communication difficulties

5. representation

6. assimilation

7. accommodation

8. symbolic

9. attachment

10. pretended plays

از ضوابط اختلال، افزایش آگاهی و حساسیت والدین و متخصصان را از جمله علل افزایش شیوع اختلال از چهار در ده هزار در سالهای قبل به 10-7 در ده هزار در سالهای اخیر برشمرده اند (سادوک و سادوک، 2007). برخی دی‌گر از پژوهشگران علل افزایش شیوع در خودماندگی را ناشی از عدم تمایز برخی از اختلالهای ژنتیکی مانند سندرم داون<sup>2</sup>، نابهنجاریهای شنوایی، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلال در خودماندگی براساس برخی از علل مشترک در طیف<sup>3</sup> در خودماندگی دانسته اند (استار، برومنت، تاملینس، پاپانی‌کولائو و راتر، 2005؛ جانسون و م‌ه‌رز، 2007).

با توجه به اشتراک علل، بسیاری از تشخیصهای اولیه همواره در هاله‌ای از ابهام و تردید مطرح شده اند. در نتیجه طیف ناهمگونی از کودکان نیازمند خدمات ویژه همراه با هم وارد دوره پیش دبستانی می‌شوند. در این بین یکی از اصلی‌ترین چالشهای تشخیصی، تشخیص افتراقی عقب‌ماندگی ذهنی از اختلالهای فراگیر تحولی در سنین پایین است زیرا برخی از نشانه‌های این دو دسته از اختلالها در زمینه‌های شناختی، زبانی و اجتماعی با یکدیگر همپوشی دارند. طبق تعریف انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا<sup>4</sup> (2002) عقب‌ماندگی، ناتوانی معنادار در عملکرد هوشی و رفتارهای سازشی است. رفتارهای سازشی مجموعه‌ای از مهارتهای مخ تلف اجتماعی و ارتباطی در محیطهای خانه، مدرسه و اجتماع است. این در حالی است که تخریب کیفی مهارتهای اجتماعی و ارتباطی از ویژگی‌های بارز اختلال در خود - ماندگی نیز محسوب می‌شوند. این مشکل در تشخیص صحیح و به موقع کودکان در خودمانده با بهره‌گیری از دلیلی قرار گرفتن علل در خودماندگی زیر نقاب علل عقب‌ماندگی جلوه‌بارزتری دارد (همتی، 1387). زیرا محدودیتهای شناختی و کاستیها در رفتارهای سازشی از جمله برقراری ارتباط با دیگران و مراقبت از خود، تعاملهای اجتماعی مناسب و برخی از رفتارهای تکراری

نیازهای خود از دیگران کمک بگیرند. در فاصله شش ماهگی تا یکسالگی پس از گفتن اولین کلمه و زمانی که واژگان کودک به مرز تقریبی 50 کلمه رسید، جمله‌های دو کلمه‌ای ظاهر می‌شوند و این روند ادامه می‌یابد تا اینکه کودک می‌تواند به طور منسجم صحبت کند، به هنگام حرف زدن نوبت را رعایت کند، از کودکان دیگر سؤال بپرسد و آنچه را می‌خواهد از آنها تقاضا کند (ماسن و دیگران، 2000). اما این مهارتهای ارتباطی در کودکان در خودمانده غیرعادی هستند و وجود نارسایی‌ها در ارتباطهای کلامی یکی از معیارهای اصلی برای تشخیص این کودکان است (سادوک و سادوک، 2007)؛ مخصوصاً اگر این کمبود و ناتوانی کودک در برقراری ارتباط با عدم تمایل و تقلای او برای جبران آن با استفاده از علایم و حرکتهای توأم باشد (جانسون و م‌ه‌رز، 2007).

برخی از کودکان در خودمانده رفتارهای نابهنجار مانند وسواس فکری و عملی<sup>1</sup>، رفتارهای خودزنی، چسبندگی غیرمعمول به اشیاء و رفتارهای تکراری و قالبی مانند چرخاندن یا به هم زدن دستها، حرکتهای انگشتان یا چرخیدن و جنبیدن بدن از خود نشان می‌دهند (یرگین - آلسوپ، رایس و کاراپورکار، دورنبرگ، بویل و مورفی، 2003). بیشترین گزارش مربوط به تکان دادن اندامهای بدن (65 درصد)، قدم زدن بر روی پنجه پا (57 درصد) و تکان دادن انگشتان دست و بازو (52 درصد) است که بیشتر در کودکان در خودمانده با بهره‌گیری پایین دیده می‌شوند (کميجانی، 1383).

بنابراین متخصصان با بررسی این سه قلمرو به تشخیص اختلال در خودماندگی مبادرت می‌ورزند اما یکی از چالشهای اساسی پیش روی متخصصان در موارد بالینی تمایز اختلالهای فراگیر تحولی از سایر اختلالهای دوره کودکی است. این در حالی است که لزوم تشخیص به موقع این اختلال با توجه به نیازهای خاص کودکان مبتلا و افزایش شیوع آن اهمیتی زیادی یافته است. متخصصان تغیی‌ر برخی

1. obsession and compulsion  
2. Down syndrome

3. autistic spectrum  
4. American Association of Mental Retardation

و بدون انعطاف از ویژگی‌های بارز تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی کودکان نیز محسوب می‌شوند (انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا، 2002؛ سیف نراقی و نادری، 1386)، که در کودکان درخودمانده نیز به اشکال مختلف دیده می‌شوند. سادوک و سادوک (2007) نیز معتقدند که بیش از 75 درصد از کودکان درخودمانده، عقب‌مانده ذهنی هستند. یرمیا، ارل، شیکد و سولومونی‌کا - لوی (1998) در فراتحلیلی برای مقایسه توانایی‌های ذهنی<sup>1</sup> در کودکان عقب‌مانده ذهنی و درخودمانده به این نتیجه رسیدند که توانایی کودکان عقب‌مانده ذهنی و درخودمانده در تشخیص و شناسایی مفاهیم و فعالیت‌های ذهنی آسیب‌دیده است. به رغم وجود شباهت در کاستیها و مشکلات در حیطه‌های مختلف ارتباطی و اجتماعی کودکان عقب‌مانده ذهنی و درخودمانده، نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهند که بین دانش آموزان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی در حیطه‌های فوق از نظر شدت و فراوانی مشکلات تفاوت بارزی وجود دارد. لرد، راتر و ل و کوتور (1994) در بررسی عملکرد کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی در مقطع پیش دبستانی (59-36 ماهه) به شواهد قوی مبنی بر وجود تفاوت مهم بین دو گروه از نظر تعامل‌های اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای تکراری و قالبی دست یافتند. به طوری که کودکان عقب‌مانده ذهنی در مهارت‌های مانند تماس چشمی، لبخند زدن، مکالمه متقابل، تقلید از اعمال دیگران و بازی‌های اجتماعی از کودکان درخودمانده عملکرد بهتری داشتند و در مقابل می‌زان انجام حرکت‌های تکراری با دست و انگشتان در کودکان درخودمانده از کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر است. اینگرام، مایس، تروکسل و کاله ان (2007) در ارزیابی کودکان درخودمانده با عقب‌مانده‌های ذهنی و دیگر اختلال‌های تحولی گزارش می‌کنند که کودکان درخودمانده به علت شدت مشکلات اجتماعی از عقب‌مانده‌های ذهنی قابل تشخیص هستند. آنها با استفاده از فهرست مشاهده رفتار در زمین بازی به این نتیجه رسیدند که بین مهارت‌های اجتماعی

دو گروه درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی در زمین بازی تفاوت معنادار وجود دارد اما تفاوت بین کودکان عقب‌مانده با گروه عادی معنادار نیست. کولومبی و دی‌گران (2009) به منظور ارزیابی و بررسی ارتباط سه مهارت اجتماعی مهم تقلید<sup>2</sup>، توجه<sup>3</sup> و درک قصد<sup>4</sup> دیگران برای همکاری<sup>5</sup> و مشارکت در کودکان طیف درخودماندگی پژوهشی را انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که اولاً عملکرد کودکان درخودمانده در مهارت تقلید و توجه از کودکان مبتلا به دیگر اختلال‌های تحولی پایین‌تر است و ثانیاً تقلید و توجه دو عامل مهم در پیش‌بینی میزان همکاری و مشارکت کودکان درخودمانده است. چیانگ (2009) در بررسی ارتباط بیانی<sup>6</sup> کودکان درخودمانده کشورهای استرالیا و تایوان گزارش داد که میزان ارتباط بیانی رسا در کودکان درخودمانده خیلی پایین است و بین میزان شدت درخودماندگی و میزان فراوانی ارتباط بیانی رابطه معکوس وجود دارد. نتایج پژوهش ساسانفر و طلوعی (1385) نیز نشان می‌دهند عملکرد کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی در مصاحبه تشخیصی درخودماندگی از نظر میزان تخریب تعامل‌های اجتماعی و ارتباطی و وجود رفتارهای قالبی از نظر آماری معنادار است، هر چند در برخی از خرده‌حیطه‌ها مانند خرده‌حیطه مکالمه متقابل<sup>7</sup> تفاوت دو گروه معنادار نیست. یارمحمدیان (1380) در بررسی و مقایسه مهارت‌های زبانی و روانی-حرکتی<sup>8</sup> کودکان درخودمانده و عقب‌مانده از تفاوت‌ها در مهارت‌های زبانی را برجسته ساخت و نشان داد که عملکرد کودکان درخودمانده در درک کلی زبان و جمله‌سازی از تحول کمتری برخوردار است. به طور کلی محققان در تشخیص افتراقی درخودماندگی با عقب‌ماندگی ذهنی معتقدند که عقب‌مانده‌های ذهنی بر حسب میزان سن عقلی نسبت به افراد بالغ و سایر افراد وابستگی نشان می‌دهند و از زبان موجود برای برقراری ارتباط استفاده می‌کنند و همچنین نیمرخ نسبتاً یکنواختی از عقب‌ماندگی را بدون اعمال تراشه وار<sup>1</sup> نشان

و بدون انعطاف از ویژگی‌های بارز تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی کودکان نیز محسوب می‌شوند (انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا، 2002؛ سیف نراقی و نادری، 1386)، که در کودکان درخودمانده نیز به اشکال مختلف دیده می‌شوند. سادوک و سادوک (2007) نیز معتقدند که بیش از 75 درصد از کودکان درخودمانده، عقب‌مانده ذهنی هستند. یرمیا، ارل، شیکد و سولومونی‌کا - لوی (1998) در فراتحلیلی برای مقایسه توانایی‌های ذهنی<sup>1</sup> در کودکان عقب‌مانده ذهنی و درخودمانده به این نتیجه رسیدند که توانایی کودکان عقب‌مانده ذهنی و درخودمانده در تشخیص و شناسایی مفاهیم و فعالیت‌های ذهنی آسیب‌دیده است. به رغم وجود شباهت در کاستیها و مشکلات در حیطه‌های مختلف ارتباطی و اجتماعی کودکان عقب‌مانده ذهنی و درخودمانده، نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهند که بین دانش آموزان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی در حیطه‌های فوق از نظر شدت و فراوانی مشکلات تفاوت بارزی وجود دارد. لرد، راتر و ل و کوتور (1994) در بررسی عملکرد کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی در مقطع پیش دبستانی (59-36 ماهه) به شواهد قوی مبنی بر وجود تفاوت مهم بین دو گروه از نظر تعامل‌های اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای تکراری و قالبی دست یافتند. به طوری که کودکان عقب‌مانده ذهنی در مهارت‌های مانند تماس چشمی، لبخند زدن، مکالمه متقابل، تقلید از اعمال دیگران و بازی‌های اجتماعی از کودکان درخودمانده عملکرد بهتری داشتند و در مقابل می‌زان انجام حرکت‌های تکراری با دست و انگشتان در کودکان درخودمانده از کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر است. اینگرام، مایس، تروکسل و کاله ان (2007) در ارزیابی کودکان درخودمانده با عقب‌مانده‌های ذهنی و دیگر اختلال‌های تحولی گزارش می‌کنند که کودکان درخودمانده به علت شدت مشکلات اجتماعی از عقب‌مانده‌های ذهنی قابل تشخیص هستند. آنها با استفاده از فهرست مشاهده رفتار در زمین بازی به این نتیجه رسیدند که بین مهارت‌های اجتماعی

3) لنگی‌د بخش سوم بر جنبه های جزئی از حیطه‌های عملکردی است که غی‌رطبیعی بودن آنها برای تشخیص اختلالات طیف درخودماندگی مهم است. این سؤاها دربرگیرنده حیطه‌های زبان و ارتباط (سؤال 29 تا 49) تحول اجتماعی و بازی (سؤال 50 تا 66) رغبت‌ها و رفتارهای قالبی (سؤال 67 تا 79) است.

4) بخش آخر (سؤال 80 تا 93) به طیف رفتارهای کلی مانند پرخاشگری و خودآزایی اشاره می‌کند، که از نظر بالینی مهم هستند هر یک از 93 سؤال دارای کدگذاری جامع و کاملی است که بعد از اجرا براساس دستورالعمل، هر کد، نمره معادل خود را دریافت می‌کند و در تشخیص و مداخله‌های درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. الگوریتم‌های تشخیصی این مصاحبه در برگیرنده 42 گویه در 4 حیطه اصلی است که به صورت نظام‌دار با همدیگر ترکیب می‌شوند تا نتایج رسمی و قابل تحلیلی ADI-R از آنها به دست آید. این چهار حیطه: زمینه‌های ارتباطی و زبان<sup>3</sup>، تعامل‌های اجتماعی<sup>4</sup>، رفتارهای قالبی، تکراری<sup>5</sup> و سن شروع علایم را ارزیابی می‌کند. حیطه تعامل‌های اجتماعی دارای 4 خرده حیطه: رفتارهای غیر - کلامی در تعامل‌های اجتماعی (3 سؤال)، مشارکت جویی<sup>6</sup> (3 سؤال)، گسترش ارتباط با همسالان<sup>7</sup> (5 سؤال)؛ تعامل‌های اجتماعی-هیجانی<sup>8</sup> (5 سؤال)، حیطه زمینه‌های ارتباطی و زبان شامل تأخیر در زبان بیانی (4 سؤال)، بازیهای تقلیدی اجتماعی<sup>9</sup> (3 سؤال)، مکالمه متقابل<sup>10</sup> (2 سؤال)، گفتار قالبی و تکراری<sup>11</sup> (4 سؤال) است؛ رفتارهای قالبی یا تکراری نیز از خرده حیطه‌های اشتغال ذهنی غیرعادی، پیروی از اعمال و سواسی غیرکلامی، حرکت‌های قالبی و تکراری و اشتغال ذهنی با بخشی از اشیاء یا مواد و هر کدام از دو سؤال تشکیل یافته است.

می‌دهند (سادوک و سادوک، 2007).

براساس آنچه گفته شد می‌توان فرضیه‌های زیر را مطرح ساخت: میزان تخریب تعامل‌های اجتماعی، عملکرد ارتباطی و رفتارهای قالبی کودکان درخودمانده از عقب‌مانده ذهنی بیشتر است.

## روش

تمامی 16 (5 نفر دختر و 11 نفر پسر) دانش‌آموز در خودمانده مقطع پیش دبستانی تبریز به عنوان گروه نخست (درخودمانده) و از بین 180 دانش‌آموز پیش دبستانی عقب‌مانده ذهنی، تعداد 16 نفر (5 نفر دختر و 11 نفر پسر) به عنوان نمونه گروه دوم به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. هر دو گروه در دامنه سنی 6-8 ساله قرار داشتند. حداقل سن عقلی برای گروه درخودمانده براساس مصاحبه با والدین کودکان در خودمانده، سه سال تخمین زده شد و تشخیص قطعی اختلال درخود - ماندگی براساس ضوابط تشخیصی DSM-IV-TR، 2000 از سوی روان‌پزشک تایید شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه تجدیدنظر شده تشخیصی درخودماندگی<sup>2</sup> (ADI-R) با والدین که توسط لرد و دی‌گران (1994) تدوین و در ایران توسط ساسانفر و طلوعی (1385) انطباق و هنجاریابی شده است، جمع - آوری شد. این ابزار شامل یک مصاحبه ساخت یافته و دارای 4 بخش است:

- 1) سؤا‌های بخشی کم مربوط به پیش‌زمینه خانوادگی و تحصیلات آزمودنی، تشخیص‌های اولیه، داروهای مصرف شده و نگرانی‌های فعلی مصاحبه‌شونده و در نهایت مراحل مهم تحولی آزمودنی را شامل می‌شود (سؤال 1 تا 8).
- 2) بخش دوم سن اکتساب مهارت‌های زبانی و حرکتی و همچنین از دست رفتن موقت یا کامل آنها را در برمی‌گیرد (سؤال 9 تا 28).

1. splinter functions

2. Autism Diagnostic Interview-Revised

3. communication and language

4. social interaction

5. restricted, repetitive behaviors

6. sharing

7. peer relationship

8. social-emotional reciprocity

9. social imitative play

10. reciprocal conversation

11. stereotyped & repetitive

داشتند. ریون، هیبرن و اس (2008) نیز در استانداردسازی مصاحبه تشخیصی و فهرست مشاهده تشخیصی درخودماندگی مدعی اند که این ابزارها در کنار یکدیگر می‌تواند به خوبی برای تشخیص درخودماندگی از سایر ناتوانیهای تحولی به کار روند. برای تحلیل داده‌ها و مقایسه میانگین دو گروه در - خودمانده و عقب‌مانده ذهنی در متغیرهای وابسته ارتباط اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای قالبی از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

### یافته‌ها

جدول 1 شاخصهای توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و نیز ضرایب همبستگی متغیرهای تخریب تعامل‌های اجتماعی، تخریب کیفی ارتباط و رفتارهای کلیشه‌ای هر دو گروه را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول 1 مشاهده می‌شود همه ضرایب همبستگی بین متغیرها مثبت و معنادار است. بالاترین میزان همبستگی (0/70) متعلق به تخریب تعامل‌های اجتماعی، تخریب کیفی ارتباط و پایستری (0/49) متعلق به رفتارهای کلیشه‌ای، تخریب تعامل‌های اجتماعی است.

در نهایت حیطه چهارم به سن شروع نشانه‌های غیر-طبیعی و جمع‌آوری شواهدی مبنی بر تحول غیرطبیعی در 36 ماهگی یا قبل از آن اختصاص دارد (5 سؤال).  
لرد و دیگران (1994) ضریب اعتبار بازآزمایی را در فاصله 2-5 ماه در حیطه‌ها و خرده‌حیطه‌های این آزمون بین 0/93 تا 0/97 گزارش کرده است. چاک رابارتی و فومبونی (2001) نیز ضریب توافق ارزیابان را برای حیطه‌های روابط اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای قالبی به ترتیب برابر با 0/82، 0/86، 0/59 و برای نمره کلی برابر با 0/86 بدست آوردند. ساسانفر و طلوعی (1385) در ایران همسانی درونی حیطه‌های مختلف را از 0/85 تا 0/96 و ضریب اعتبار بازآزمایی را از 0/96 تا 0/99 گزارش کرده‌اند. روایی تفکیکی<sup>1</sup> توسط لرد و دیگران (1994)، کاکس، کلاین، چارمن، براد، بارون - کوهن و سوتنهام (1999) و ساسانفر و طلوعی (1385) در سنین مختلف از خردسالی تا دوره نوجوانی بررسی و تأیید شده است. به طوریکه میانگین نمره حیطه‌ها در سه گروه درخودمانده، عقب‌مانده ذهنی و کودکان عادی به طور معناداری با یکدیگر تفاوت

جدول 1.

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	1	2	3
1. تخریب تعامل‌های اجتماعی	12/26	9/7	—		
2. تخریب کیفی ارتباط	8/85	6/60	0/70**	—	
3. رفتارهای قالبی	2/16	2/40	0/49**	0/66**	—

\*\*P<0/01.

جدول 2.

خلاصه تحلیل واریانس برای مقایسه دو گروه درخودمانده و عقب‌مانده از لحاظ تخریب تعامل‌های اجتماعی، تخریب کیفی ارتباط و رفتارهای قالبی

متغیر	درخودمانده		عقب‌مانده		F
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
تخریب تعامل‌های اجتماعی	19/72	7/4	4/8	4/8	41/6**
تخریب کیفی ارتباط	13/77	4/6	6/34	2/72	50/7**
رفتارهای کلیشه‌ای	3/93	2/25	0/4	0/63	26**

\*\*P<0/01.

توجه: F چند متغیری لاندای ویلکز = 34/6. P<0/01.

## 1. discriminant validity

قبل از ورود به مدرسه تشخیص داده نشوند زیرا مهارت‌های اجتماعی و توانایی ی رابطه برقرار کردن آنها ممکن است در سال‌های قبل از دبستان نسبتاً کامل باشد؛ اما کودکان درخودمانده به دلیل تخریب کلی و همه جانبه در روابط اجتماعی، مشکلات بیشتری را از سال‌های پیش از دبستان نشان می دهند.

منظور از رفتارهای قالبی در این پژوهش اشتغال ذهنی غیر عادی یا رغبت‌های محدود، اعمال وسواسی غیر کلامی روزمره، حرکت‌های تکراری و قالبی، اشتغال ذهنی با بخشی از اشیا یا قسمتهای غیر کاربردی مواد، نمای قالبی، تکراری و محدود است . در این حیطة نیز بین دو گروه کودکان عقب مانده ذهنی و درخودمانده تفاوت معنادار به دست آمد . به عبارت دیگر چنانکه لرد و دی‌گران (1994) و ساسانفر و طلوعی (1385) نیز دریافتند میزان رفتارهای قالبی گروه درخودمانده از عقب مانده ذهنی بیشتر است . در تبیین و تحلی‌ل رفتارهای قالبی و تکراری کودکان درخودمانده برخی از متخصصان موضوع نقص در ی‌کپارچگی حسی<sup>1</sup> را برای کودکان درخودمانده مطرح ن موده و معتقدند، هر نوع نارساکنش وری<sup>2</sup> سی‌ستم حسی، مانند پرکاری حسی<sup>3</sup> و کم کاری حسی<sup>4</sup> زمی‌نه را برای بروز رفتارهای ی از قبیل چرخیدن، تکان دادن و برخی از نابهنجاری‌های حرکتی در کودک فراهم می سازد. به طوری‌که در کم کاری حسی در برابر محرک‌های محی‌طی، کودک سعی می کند با انجام حرکت‌های قالبی تحری‌ک‌های ی را به منظور برانگی‌زاندن سی‌ستم عصبی ای‌جاد کند . و از سوی دی‌گر ممکن است به دل‌یل حساسیت بی‌ش از حد، پرکاری حسی و تحری‌ک - پذیری سری‌ع در مقابل عوامل محی‌طی، به دنبال کسب آرامش و کاهش اثرات محرک‌های محی‌طی، خود را ناگ‌زیر به انجام رفتار قالبی و خودتحری‌کی<sup>5</sup> بداند (رافعی، 1385؛ کرن، تری وردی،

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (جدول 2) نشان می‌دهد که تفاوت عملکرد دو گروه از نظر تخریب تعامل‌های اجتما عی (F(1,28)=41/60, P<0/00)، تخریب عملکرد ارتباطی (F(1,28)=26, P<0/01) و وجود رفتارهای قالبی (F(1,28)=50/70, P<0/01) معنادار است. می‌انگی‌نهای دو گروه، کودکان درخودمانده در میزان تخریب تعامل‌های اجتماعی (M=19/72)، تخریب عملکرد ارتباطی (M=13/77) و وجود رفتارهای قالبی و تکراری (M=3/93) نسبت بالاتری از گروه عقب مانده ذهنی به دست آمد .

## بحث

هدف از این پژوهش مقایسه ویژگی‌های دو گروه از کودکان درخودمانده و عقب مانده ذهنی از نظر تعامل‌های اجتماعی، رفتارهای قالبی و عملکرد ارتباطی (زبان) بود. در این پژوهش تعامل‌های اجتماعی ش امل خرده حیطة‌های اختلال در گسترش روابط با همسالان، اختلال در استفاده از رفتارهای غیر کلامی در تعامل‌های اجتماعی، کمبود مشارکت جویی در لذتها، کمبود تعامل‌های اجتم اعی هیجانی و تخریب کیفی تعامل‌ها ی اجتماعی دو جانبه هستند . نتیجه بررسی نشانگر تفاوت معنادار بین تعاملهای اجتماعی کودکان عقب مانده و درخودمانده است؛ به طوری که میزان تخریب کیفی تعامل‌های اجتماعی گروه درخودمانده از عقب مانده ذهنی بیشتر است . این نتیجه با نتایج پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش لرد و دیگران (1994)، ساسانفر و طلوعی (1385)، یرمیا و دی‌گران (1998) و کولومبی و دی‌گران (2009) همسو است . به نظر می رسد در کودکان عقب مانده ذهنی مهارت‌های اجتماعی تابعی از عملکرد هوشی است . از این رو نقی‌ص اجتماعی در کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ممکن است تا

را مدنظر داشته باشند. از سوی دیگر پیشنهاد می شود در پژوهشهای بعدی عملکرد دو گروه و دمانده و عقب مانده ذهنی با یک گروه از کودکان عادی مورد بررسی قرار گیرد. در تفسیر و تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش باید این نکته را در نظر گرفت که داده های مورد نیاز برای تحلیل صرفاً از طریق مصاحبه با والدین جمع آوری شده اند. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهشهای بعدی آموزنگران با مشاهده کودک در موقعیتهای و مکانهای مختلف اطلاعات دقیقتری درباره چگونگی رفتارهای کودک در کلاس، میزان توجه و تمرکز، برخورد با دیگران، مانند همسالان، نحوه بازی با وسایل یا تخریب آنها را به دست آورند.

### منابع

- رافعی، ط. (1385). ارزیابی و درمان اتیسم. تهران. نشر دانژه.
- ساسانفر، ر. طلوعی، ع. (1385). انطباق و هنجاریابی مصاحبه تشخیصی درخودمانده- تجدید نظر شده. سازمان آموزش و پرورش استثنایی.
- سیف نراقی، م؛ نادری ع. (1386). روانشناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روشهای آموزش آنها. نشر: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- کمیحانی، م. (1383). نشانگان درخودمانده. ماهنامه تعلیم و تربیت استثنایی. شماره 37، 18-25.
- کوشش، م. (1387). بررسی درمان مشکلات ارتباطی کودک اختلال فراگیر رشد. ششمین همایش کودکان کم توان ذهنی با رویکرد اختلالات ارتباطی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی توانبخشی.
- منصور، م. (1386). روانشناسی ژنتیک: تحول روانی از تولد تا پیری. تهران: نشر: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- همتی، س. (1387). طیف درخودمانده در کودکان سندرم داون ششمین همایش کودکان کم توان ذهنی با رویکرد اختلالات ارتباطی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی. توانبخشی.
- پارمحمدیان، ا. (1380). مقایسه ای بین ویژگی های زبانی، هوشی، رفتاری و روانی - حرکتی دو گروه کودکان با نواقص شناختی (عقب ماندگان ذهنی و درخودمانده). نخستین همایش یافته های نوین

گرانمن، گراور، جانسون، اندروز، (2007). بنابراین می توان انتظار داشت که می زان رفتارهای قالبی و تکراری کودکان درخودمانده از کودکان عقب مانده ذهنی بی شتر باشد. عملکرد ارتباطی در این پژوهش از خرده حیطه های کمبود در زبان کلامی و اختلال در جبران آن با حرکت و اشاره، کمبود بازیهای تخیلی اجتماعی و خودانگیخته، اختلال در مکالمه متقابل، گفتار قالبی و کیفیت غیرعادی ارتباط است. نتایج بررسی حاکی از آن بود که عملکرد گروه عقب مانده ذهنی از گروه درخودمانده بهتر است که این یافته در راستای پژوهشهای پیشین از جمله لرد و دیگران (1996)، یرمیا و دیگران (1998)، یارمحمدیان (1380)، چیانگ (2009) و ساسانفر و طلوعی (1385) قرار می گی رد. در کودکان درخودمانده تخریب کیفی عملکرد ارتباطی در هر دو حوزه کلامی و غیر کلامی قابل مشاهده است اما در کودکان عقب مانده ذهنی بیشتر کمیت ارتباطهای کلامی نامطلوب است و رفتارهای غیر کلامی مانند تماس چشمی، تقلید و غیره کمتر آسیب دیده اند. در بین خرده حیطه های فوق تنها در مکالمه متقابل بین کودکان درخودمانده و عقب مانده ذهنی تفاوت معنادار نبود. منظور از مکالمه متقابل این است که آیا آزمودنی از هر سطح گفتاری که برخوردار است برای ایجاد روابط اجتماعی و دوستانه استفاده می کند یا نه و نیز شروع مکالمه و پاسخ آزمودنی به گفته های دیگران و استفاده از این پاسخها در ایجاد یک مکالمه چگونه است. در تبیین این موضوع به نظر می رسد خرده حیطه مکالمه متقابل، توانایی تشخیص افتراقی در دو گروه را ندارد. ساسانفر و طلوعی (1385) نیز در بررسی روایی مصاحبه تشخیصی درخودمانده تجدیدنظر شده (ADI-R) و مقایسه میانگین دو گروه درخودمانده و عادی و همچنین دو گروه درخودمانده و عقب مانده ذهنی قدرت تشخیص افتراقی این خرده حیطه را ضعیف و از نظر آماری غیر معنادار دانستند. بنابراین به افرادی که از آزمون ADI-R برای تشخیص کودکان درخودمانده استفاده می کنند، توصیه می شود عدم توانایی خرده حیطه مکالمه متقابل در تمیز دو گروه درخودمانده و عقب مانده



پژوهشی در آموزش و پرورش استثنائی . شیراز .

- Ingram, D. H., Mayes, S., D., Troxell, L. B., & Calhoun, S. L. (2007).** Assessing children with autism, mental retardation, and typical development using the playground observation checklist. *Autism, 11 (4)*, 311-319.
- Johnson, C. P., & Myers, S.M. (2007).** Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics, 120 (5)*, 1183-1215.
- Kern, J. K., Trivedi, M. H., Grannemann, B. D., Garver, C. R., Johnson, D. G., & Andrews, A. A. (2007).** Sensory correlations in autism. *Autism, 11 (2)*, 123-134.
- Larsson, H. J., Eaton, W. W., & Madsen, K. M. (2005).** Risk factors for autism: Prenatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *American Journal of Epidemiology, 161*, 916-925.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994).** Autism diagnostic Interview( Revised) : A versed version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible development disorder. *Journal of Autism and Development Disorder, 24*, 659-685.
- Müssen, P. H., Conger. J. J., Kagan, J. & Huston, A. C. (2000).** Child development & personality, (7th ed). New York: Harper Collins Publishers.
- Reaven, J. A., Hepburn, S. L., Ros, & R. G. (2008).** Use of the ADOS and ADI-R in children with psychosis: Importance of clinical judgment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 13 (1)*, 81-94.
- Sadock, B. I., Sadock, V. A. (2007).** Synopsis of psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins
- Starr, E. M., Berument, S. K., Tomlins, M., Papanikolaou, K., & Rutter, M. (2005).** Brief report: Autism in individuals with Down
- American Association on Mental Retardation (2002).** Definition, classification, and systems of supports. (10th ed.) Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Arik, J. R., Krug, D. A., Fullerton, A., Loos, L., & Falco, R. (2005).** School-based programs. In: F. R., Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen., (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders (3rd ed)*, vol 2. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1003-1028.
- Berk, L. E. (2007).** Child development. Boston : Pearson/Allyn and Bacon.
- Bray, I., Gunnell, D., & Smith, G. D. (2006).** Advanced paternal age: How old is too old? *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*, 851-853.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001).** Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of American Medical Association, 285 (24)*, 3093-3099
- Chiang, H. (2009).** Naturalistic observations of elicited expressive communication of children with autism: An analysis of teacher instructions. *Autism, 13*, 165-178
- Colombi, C., Kristin Liebal, K., Tomasello, M., Young, G., Warneken, F., & Rogers, J. (2009).** Examining correlates of cooperation in autism imitation, joint attention, and understanding intentions. *Autism, 13 (2)*, 143-163
- Cox, A., Klein K., Charman, T., Bard, G., Baron-Cohen, S., & Swettenham, J. (1999).** Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age : Stability of clinical and ADI-R diagnosis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 40*, 719-732

of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological Bulletin*, 124 (3), 283-307.

**Williams, K., Helmer, M., Duncan, G. W., Peat, J. K., & Mellis, C. M. (2008).** Prenatal and maternal risk factors for autism spectrum disorders in New South Wales, Australia. *Child Care Health Development*, 34 (2), 249-256.

syndrome. *Journal of Autism Development Disordr*, 35, 665 –673.

**Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., & Murphy, C. (2003).** Prevalence of autism in a US metropolitan area. *Journal of the American Medical Association*, 289, 49-55.

**Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998).** Meta-analysis comparing theory