

تعامل‌های اجتماعی و رفتار تکراری کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر

Social Interactions and Repetitive Behavior of Autistic and Trainable Mentally Retarded Children

Ali Bahari Gharagoz
MA in Psychology

Abbas Hassanpour
MA in Psychology

عباس حسن پور
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

هدف این پژوهش بررسی تشخیص افتراقی الگوهای رفتار تکراری قالبی و اجتماعی در کودکان با نیازهای ویژه بود. با استفاده از مصاحبه تجدیدنظرشده تشخیصی درخودماندگی (لرد و دیگران، ۱۹۹۴) در دو گروه درخودمانده (۵ دختر و ۱۱ پسر) و عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر (۵ دختر و ۱۱ پسر) در دامنه سنی ۸-۶ سال از مدارس استثنایی انتخاب شدند. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان دادند که میانگین نمره تخریب کیفی تعامل اجتماعی، ارتباطی و الگوهای رفتار تکراری قالبی در کودکان درخودمانده به گونه معناداری بیشتر از کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر است. استلزامها براساس تشخیص‌های افتراقی کودکان استثنایی بحث شد.

واژه‌های کلیدی: درخودمانده، عقب‌مانده ذهنی، تعامل‌های اجتماعی، رفتارهای قالبی.

Abstract

This research aimed to investigate differential diagnosis for social and stereotyped repetitive patterns of behavior among children with special needs. Using the Autism Diagnostic Interview-Revised (Lord et al., 1994), two groups of autistic (5 girls and 11 boys) and trainable mentally retarded (5 girls and 11 boys) aged 6-8 years old were selected from special schools. The results of MANOVA showed that the mean score of qualitative damage to social interaction, communication and stereotyped repetitive patterns of behavior in autistic children is significantly higher than trainable mentally retarded children. Implications on differential diagnosis of children with special needs are discussed.

Key words: autist, mentally retarded, social interactions, stereotyped behaviors.

received: 10 Apr 2009

accepted: 14 June 2010

دریافت: ۸۸/۱/۲۱

پذیرش: ۸۹/۳/۲۴

www.SID.ir

Contact information: alibahari1@yahoo.com

این مقاله برگرفته از یک پژوهش با هزینه شخصی است.

مقدمه

در خودماندگی^۱ یکی از اختلال‌های فراگیر تحولی^۲ است که عموماً در سنین قبل از سه سالگی مشاهده می‌شود و تخریب کیفی تعامل‌های اجتماعی^۳، مشکلات ارتباطی^۴ و وجود الگوهای رفتاری قالبی و تکراری سه عنصر اصلی آن محسوب می‌شوند (لارسون، ایتون و مدسن، ۲۰۰۵؛ بری، گونل و اسمیت، ۲۰۰۶؛ ویلیامز، هلمر، دانکن، پیت و ملیس، ۲۰۰۸). در کودکان بهنجار از همان روزهای بدو تولد رفتارهایی مانند چنگ‌زدن، گریه کردن، لبخندزدن، قان‌وقون 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 تمیز محرک‌های شنیداری و دیداری، واکنش‌های اجتماعی انتخابی‌تر 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^۵ رفتار کودک منعطف‌تر می‌شود. از سه سالگی شروع به درک احساسها و انگیزه‌های مادر می‌کند و زمینه برای یک رابطه پیچیده‌تر تحت عنوان مشارکت فراهم می‌شود (برک، ۲۰۰۷؛ ماسن، کانگر، کاگان و هاستون، ۲۰۰۰).

کودکان در خودمانده تقریباً از اوایل دوران کودکی با مشکلات جدی در تعامل اجتماعی و ارتباطی مواجه هستند چرا که از تماس چشمی ضعیف برخوردارند؛ به در آغوش گرفته‌شدن 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، ۱۳۸۷).

از دیگر مسائلی 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 غیابی را تجسم کند و براساس غلبه درون‌سازی^۶ بر برون‌سازی^۷ عملاً به بازیهای رمزی^۸ پردازد. این فعالیت در نهایت در جهت یک ردیف از بازیهایی که بیشتر جنبه قاعده‌ای و اجتماعی دارند تحول می‌یابد (منصور، ۱۳۸۶) اما نقص یا تأخیر معنادار در بازیهای رمزی و قاعده‌دار همراه با ماندن در مرحله بازیهای حسی-حرکتی از مشخصه‌های کودکان در خودمانده است. به طوریکه ممکن است برخی از کودکان در خودمانده هرگز از مرحله بازیهای حسی-حرکتی گذر نکنند (جانسون و مه‌یرز، ۲۰۰۷). هر چند برخی از پژوهشگران بر این باورند که کودکان در-خودمانده 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، ۲۰۰۵؛ جانسون و مه‌یرز، ۲۰۰۷).

به طور کلی از نتایج و گزارش‌های پژوهشگران می‌توان چنین استنباط کرد که در این کودکان مؤلفه‌های اصلی تعامل‌های اجتماعی مانند رابطه دلبستگی^۹، تقلید از دیگران، درک هیجان‌های اشخاص دیگر و بازیهای وانمودی^{۱۰} و اجتماعی آسیب‌دیده‌اند (کوشش، ۱۳۸۷؛ کولومی، کریستین لیبال، توماسلو، یانگ، وارنکن و راجرز، ۲۰۰۹).

از دیگر مؤلفه‌های قابل بحث در کودکان در خودمانده مهارت‌های ارتباطی هستند. کودکان بهنجار پیش از اینکه حرف‌زدن را بیاموزند می‌توانند با دیگران ارتباط مؤثر برقرار کنند و با اعمال و حرکت‌های 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 نیازهای خود از دیگران کمک بگیرند. در

1. autism

2. pervasive developmental disorder

3. social interactions

4. communication difficulties

5. representation

6. assimilation

7. accommodation

8. symbolic

9. attachment

10. pretended plays

هزار در سالهای اخیر برشمرده‌اند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). برخی دیگر از پژوهشگران علل افزایش شیوع در خودماندگی را ناشی از عدم تمایز برخی از اختلالهای ژنتیکی مانند سندرم داون^۲، نابهنجاریهای شنوایی، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلال در خودماندگی براساس برخی از علائم مشترک در طیف در خودماندگی^۳ دانسته‌اند (استار، برومنت، تاملینس، پاپانیکولاو و راتر، ۲۰۰۵؛ جانسون و مه‌یرز، ۲۰۰۷).

با توجه به اشتراک علائم، بسیاری از تشخیصهای اولیه همواره در هاله‌ای از ابهام و تردید مطرح شده‌اند. در نتیجه طیف ناهمگونی از کودکان نیازمند خدمات ویژه همراه با هم وارد دوره پیش‌دبستانی 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^۴ (۲۰۰۲) عقب‌ماندگی، ناتوانی رفتارهای سازشی مجموعه‌ای از مهارتهای مختلف 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 خودماندگی نیز محسوب می‌شوند. این مشکل در تشخیص صحیح و به موقع کودکان در خودمانده با بهره‌هوشی پایین به دلیل قرارگرفتن علائم در خودماندگی زیر نقاب علائم عقب‌ماندگی جلوه‌بارزتری دارد (همتی، ۱۳۸۷). 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 و بدون انعطاف از ویژگیهای بارز تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی کودکان نیز محسوب می‌شوند (انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا، ۲۰۰۲؛ سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۸۶)، که در کودکان در خودمانده نیز به اشکال مختلف دیده می‌شوند. سادوک و سادوک (۲۰۰۷) نیز معتقدند که بیش از ۷۵ درصد از کودکان

فاصله شش ماهگی تا یکسالگی پس از گفتن اولین کلمه و زمانی که واژگان کودک به مرز تقریبی ۵۰ کلمه رسید، جمله‌های دو کلمه‌ای ظاهر می‌شوند و این روند ادامه می‌یابد تا اینکه کودک می‌تواند به طور منسجم صحبت کند، به هنگام حرف‌زدن نوبت را رعایت کند، از کودکان دیگر سؤال بپرسد و آنچه را می‌خواهد از آنها تقاضا کند (ماسن و دیگران، ۲۰۰۰). 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، ۲۰۰۷)؛ مخصوصاً اگر این کمبود و ناتوانی کودک در برقراری ارتباط با عدم تمایل و تقلای او برای جبران آن با استفاده از علائم و حرکتها توأم باشد (جانسون و مه‌یرز، ۲۰۰۷).

برخی از کودکان در خودمانده رفتارهای نابهنجار مانند وسواس فکری و عملی^۱، رفتارهای خودزنی، چسبندگی غیرمعمول به اشیاء و رفتارهای تکراری و قالبی مانند چرخاندن یا به‌هم‌زدن دستها، حرکتهای انگشتان یا چرخیدن و جنبیدن بدن از خود نشان می‌دهند (یرگین - آلسوپ، رایس و کاراپورکار، دورنبرگ، بویل و مورفی، ۲۰۰۳). بیشترین گزارش مربوط به تکان دادن اندامهای بدن (۶۵ درصد)، قدم‌زدن بر روی پنجه پا (۵۷ درصد) و تکان دادن انگشتان دست و بازو (۵۲ درصد) است که بیشتر در کودکان در خودمانده با بهره‌هوشی پایین دیده می‌شوند (کمیجانی، ۱۳۸۳).

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 اهمیت زیادی یافته است. متخصصان تغییر برخی از ضوابط اختلال، افزایش آگاهی و حساسیت والدین و متخصصان را از جمله علل افزایش شیوع اختلال از ۴ در ده هزار در سالهای قبل به ۱۰-۷ در ده

1. obsession and compulsion
2. Down syndrome

3. autistic spectrum
4. American Association of Mental Retardation www.SID.ir

در خودمانده، عقب‌مانده ذهنی هستند. یارمیا، ارل، شیکد و سولومونیکا-لوی (۱۹۹۸) در فراتحلیلی برای مقایسه تواناییهای ذهنی^۱ در کودکان عقب‌مانده ذهنی و در خودمانده به این نتیجه رسیده‌اند که توانایی کودکان عقب‌مانده ذهنی و در خودمانده در تشخیص و شناسایی مفاهیم و فعالیت‌های ذهنی آسیب‌دیده است.

به رغم وجود شباهت در کاستیها و مشکلات در قلمروهای مختلف ارتباطی و اجتماعی کودکان عقب‌مانده ذهنی و در خودمانده، نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهند که بین دانش‌آموزان در خودمانده و عقب‌مانده ذهنی در قلمروهای فوق از نظر شدت و فراوانی مشکلات تفاوت بارزی وجود دارد. لرد، راتر و لوکوتور (۱۹۹۴) در بررسی کنش‌های کودکان در خودمانده و عقب‌مانده ذهنی در مقطع پیش دبستانی (۵۹-۳۶ 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 طوریکه کودکان عقب‌مانده ذهنی در مهارت‌هایی مانند تماس چشمی، لبخندزدن، مکالمه متقابل، تقلید از اعمال دیگران و بازیهای اجتماعی از کودکان در خودمانده عملکرد بهتری داشتند و در مقابل میزان انجام حرکت‌های تکراری با دست و انگشتان در کودکان در خودمانده از کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر است. اینگرام، مایس، تروکسل و کالهان (۲۰۰۷) در ارزیابی کودکان در خودمانده با عقب‌مانده‌های ذهنی و دیگر اختلال‌های تحولی گزارش می‌کنند که کودکان در خودمانده 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 در خودمانده و عقب‌مانده ذهنی در زمین بازی تفاوت معنادار وجود دارد اما تفاوت بین کودکان عقب‌مانده با گروه عادی معنادار نیست. کولومبی و دیگران (۲۰۰۹) به منظور ارزیابی و بررسی ارتباط سه مهارت اجتماعی مهم تقلید^۲، توجه^۳ و درک قصد^۴ دیگران

برای همکاری^۵ و مشارکت در کودکان طیف در خودماندگی پژوهشی را انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که اولاً عملکرد کودکان در خودمانده 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 در خودمانده است. چیانگ (۲۰۰۹) در بررسی ارتباط بیانی^۶ کودکان در خودمانده کشورهای استرالیا و تایوان گزارش داد که میزان ارتباط بیانی رسا در کودکان در خودمانده خیلی پایین است و بین میزان شدت در خودماندگی و میزان فراوانی ارتباط بیانی رابطه معکوس وجود دارد.

نتایج پژوهش ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵) نیز نشان می‌دهند عملکرد کودکان در خودمانده و عقب‌مانده ذهنی در مصاحبه تشخیصی در خودماندگی از نظر میزان تخریب تعامل‌های اجتماعی و ارتباطی و وجود رفتارهای قالبی از نظر آماری معنادار است، هر چند در برخی از قلمروها مانند مکالمه متقابل^۷ تفاوت دو گروه معنادار نیست. یارمحمدیان (۱۳۸۰) در بررسی و مقایسه مهارت‌های زبانی و روانی-حرکتی^۸ کودکان در خودمانده و عقب‌مانده ذهنی برخی از تفاوتها در مهارت‌های زبانی را برجسته ساخت و نشان داد که عملکرد کودکان در خودمانده در درک کلی زبان و جمله‌سازی از تحول کمتری برخوردار است. به طور کلی محققان در تشخیص افتراقی در خودماندگی با عقب‌ماندگی ذهنی معتقدند که عقب‌مانده‌های ذهنی برحسب 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 کنش‌های تراشه‌وار^۹ نشان می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

براساس آنچه گفته شد می‌توان فرضیه زیر را مطرح ساخت: میزان تخریب تعامل‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای قالبی کودکان در خودمانده از عقب‌مانده ذهنی بیشتر است.

1. mind abilities
2. imitation
3. attention

4. understanding intentions
5. cooperation
6. expressive communication

7. reciprocal conversation
8. psychomotor
9. splinter functions. SID.ir

روش

براساس یک روش علی مقایسه‌ای تمامی ۱۶ (۵ دختر و ۱۱ پسر) دانش‌آموز درخودمانده مقطع پیش‌دبستانی تبریز به عنوان گروه نخست (درخودمانده) و از بین ۱۸۰ دانش‌آموز پیش‌دبستانی عقب‌مانده ذهنی، تعداد ۱۶ دانش‌آموز (۵ دختر و ۱۱ پسر) به عنوان نمونه گروه دوم به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. هر دو گروه در دامنه سنی ۸-۶ ساله قرار داشتند. حداقل سن عقلی برای گروه درخودمانده براساس مصاحبه با والدین کودکان درخودمانده، سه سال تخمین زده شد. تشخیص قطعی اختلال درخودماندگی نیز براساس ضوابط تشخیصی DSM IV-TR (APA، ۲۰۰۰) از سوی روان‌پزشک تأیید شد.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه تجدیدنظر شده تشخیصی درخودماندگی^۱ (ADI-R) با والدین که توسط لرد و دیگران (۱۹۹۴) تدوین و در ایران توسط ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵) انطباق و هنجاریابی شده است، جمع‌آوری شد. این ابزار شامل یک مصاحبه ساخت یافته و دارای ۴ بخش است:

۱) سؤلهای بخش یکم 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 ۱ تا ۸).

۲) بخش دوم سن اکتساب مهارتهای زبانی و حرکتی و همچنین از دست رفتن موقت یا کامل آنها را دربرمی‌گیرد (سؤال ۹ تا ۲۸).

۳) تأکید بخش سوم بر جنبه‌های جزئی از کنشهاست که غیرطبیعی بودن آنها برای تشخیص اختلالهای طیف درخودماندگی مهم است. این سؤلهای دربرگیرنده قلمروهای زبان و ارتباط (سؤال ۲۹ تا ۴۹) تحول اجتماعی و بازی (سؤال ۵۰ تا ۶۶)، رغبتها و رفتارهای قالبی (سؤال ۶۷ تا ۷۹) هستند.

۴) بخش آخر (سؤال ۸۰ تا ۹۳) به طیف رفتارهای کلی مانند پرخاشگری و خودآزارگری اشاره می‌کند، که از نظر

بالینی مهم هستند.

هر یک از ۹۳ 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 ۴۲ گویه در ۴ بخش اصلی است که به صورت نظامدار با همدیگر ترکیب می‌شوند تا نتایج رسمی و قابل تحلیل ADI-R از آنها به دست آید. این چهار بخش، زمینه‌های ارتباطی و زبان^۲، تعاملهای اجتماعی، رفتارهای قالبی، تکراری^۳ و سن شروع علایم را ارزیابی می‌کنند. بخش تعاملهای اجتماعی دارای ۴ قسمت: رفتارهای غیرکلامی در تعاملهای اجتماعی (۳ سؤال)، مشارکت جویی^۴ (۳ سؤال)، گسترش ارتباط با همسالان^۵ (۵ سؤال)؛ تقابلهای اجتماعی-هیجانی^۶ (۵ سؤال)؛ بخش زمینه‌های ارتباطی و زبان شامل تأخیر در زبان بیانی (۴ سؤال)، بازبهای تقلیدی اجتماعی^۷ (۳ سؤال)، مکالمه متقابل^۸ (۲ سؤال)، گفتار قالبی و تکراری (۴ سؤال) است؛ بخش رفتارهای قالبی یا تکراری نیز از قسمتهای اشتغال ذهنی غیرعادی، پیروی از اعمال و سواسی غیرکلامی، حرکتیهای قالبی و تکراری و اشتغال ذهنی با بخشی از اشیاء یا مواد و هر کدام از دو سؤال تشکیل یافته است. در نهایت بخش چهارم به سن شروع نشانه‌های غیرطبیعی و جمع‌آوری شواهدی مبنی بر تحول غیرطبیعی در ۳۶ ماهگی یا قبل از آن اختصاص دارد (۵ سؤال).

لرد و دیگران (۱۹۹۴) ضریب اعتبار بازآزمایی را در فاصله ۵-۲ ماه در بخشها و قسمتهای این آزمون بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. چاک رابارتی و فومبونی (۲۰۰۱) نیز ضریب توافق ارزیابان را برای بخشهای روابط اجتماعی، ارتباطی و رفتارهای قالبی به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۶، ۰/۵۹ و برای نمره کلی برابر با ۰/۸۶ به دست آوردند. ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵) در ایران ضریب همسانی درونی بخشهای مختلف را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ و ضریب اعتبار بازآزمایی را از ۰/۹۶ تا ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند.

1. Autism Diagnostic Interview-Revised
2. communication and language
3. repetitive

4. sharing
5. peer relationship
6. social-emotional reciprocities

7. social imitative plays
8. reciprocal conversation

اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای قالبی از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و نیز ضرایب همبستگی متغیرهای تخریب تعامل‌های اجتماعی، تخریب کیفی ارتباط و رفتارهای قالبی هر دو گروه را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود همه ضرایب همبستگی بین متغیرها مثبت و معنادار است. بالاترین میزان همبستگی (۰/۷۰) متعلق به تخریب تعامل‌های اجتماعی، با تخریب کیفی ارتباط و پایینترین ضریب همبستگی (۰/۴۹) متعلق به رفتارهای قالبی با تخریب تعامل‌های اجتماعی است.

روایی تفکیکی توسط لرد و دیگران (۱۹۹۴)، کاکس، کلاین، چارمن، براد، بارون-کوهن و سوتنهام (۱۹۹۹) و ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵) در سنین مختلف از خردسالی تا دوره نوجوانی بررسی و تأیید شده است. به طوریکه میانگین نمره بخشها در سه گروه درخودمانده، عقب‌مانده ذهنی و کودکان عادی به طور معناداری با یکدیگر تفاوت داشتند. ریون، هپبرن و راس (۲۰۰۸) نیز در استاندارد-سازی مصاحبه تشخیصی و فهرست مشاهده تشخیصی درخودماندگی مدعی‌اند 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 درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی در متغیرهای وابسته ارتباط

جدول ۱.

میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲
۱. تخریب تعامل‌های اجتماعی	۱۲/۲۶	۹/۷	—	
۲. تخریب مهارت‌های ارتباطی	۸/۸۵	۶/۶۰	۰/۷۰	—
۳. رفتارهای قالبی	۲/۱۶	۲/۴۰	۰/۴۹	۰/۶۶

توجه: همه ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/01$ معنادار است.

جدول ۲.

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
	SD	M	SD	M	
تخریب تعامل‌های اجتماعی	۷/۴	۱۹/۷۲	۴/۸	۴/۸	۴۱/۶**
تخریب مهارت‌های ارتباطی	۴/۶	۱۳/۷۷	۶/۳۴	۲/۷۲	۵۰/۷**
رفتارهای قالبی	۳/۹۳	۲/۲۵	۰/۴	۰/۶۳	۲۶/۰۰**

** $P < 0/01$.

توجه: F چند متغیری لاندای ویلکز = $۳۴/۶$ ، $P < 0/01$.

در میزان تخریب تعامل‌های اجتماعی ($M=19/72$)، تخریب مهارت‌های ارتباطی ($M=13/77$) و وجود رفتارهای قالبی و تکراری ($M=3/93$) بالاتر از گروه عقب‌مانده ذهنی هستند.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (جدول ۲) نشان می‌دهد که تفاوت عملکرد دو گروه از نظر تخریب تعامل‌های اجتماعی ($F_{(1,28)}=41/60$ ، $P < 0/01$)، تخریب مهارت‌های ارتباطی ($F_{(1,28)}=50/70$ ، $P < 0/01$) و وجود رفتارهای قالبی ($F_{(1,28)}=26$ ، $P < 0/01$) معنادار است. میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهند کودکان درخودمانده

بحث

هدف از این پژوهش مقایسه ویژگی‌های دو گروه از کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی از نظر تعامل‌های اجتماعی، رفتارهای قالبی و مهارت‌های ارتباطی (زبان) بود. در این پژوهش تعامل‌های اجتماعی شامل اختلال در گسترش روابط با همسالان، اختلال در استفاده از رفتارهای غیرکلامی در تعامل‌های اجتماعی، کمبود مشارکت‌جویی در لذت‌ها، کمبود تعامل‌های اجتماعی هیجانی و تخریب کیفی تعامل‌های اجتماعی دو جانبه هستند. نتیجه بررسی نشانگر تفاوت معنادار بین تعامل‌های اجتماعی کودکان عقب‌مانده و درخودمانده است؛ به طوری که میزان تخریب کیفی تعامل‌های اجتماعی گروه درخودمانده از عقب‌مانده ذهنی بیشتر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش لرد و دیگران (۱۹۹۴)، ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵)، یرمیا و دیگران (۱۹۹۸) و کولومبی و دیگران (۲۰۰۹) همسو است. به نظر می‌رسد در کودکان عقب‌مانده ذهنی مهارت‌های اجتماعی تابعی از کنش هوشی است. از این رو نارسایی‌های اجتماعی در کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر ممکن است تا قبل از ورود به مدرسه تشخیص داده نشوند زیرا مهارت‌های اجتماعی و توانایی 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 می‌دهند.

منظور از رفتارهای قالبی در این پژوهش اشتغال ذهنی غیرعادی یا رغبت‌های محدود، اعمال و سواسی غیرکلامی روزمره، حرکت‌های تکراری و قالبی، اشتغال ذهنی با بخشی از اشیا یا قسمت‌های غیرکاربردی مواد، نمای قالبی، تکراری و محدود است. در این حیطه نیز بین دو گروه کودکان عقب‌مانده ذهنی و درخودمانده تفاوت معنادار به دست آمد. به عبارت دیگر چنانکه لرد و دیگران (۱۹۹۴) و ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵) نیز دریافتند میزان رفتارهای قالبی گروه درخودمانده از عقب‌مانده ذهنی بیشتر است.

در تبیین و تحلیل رفتارهای قالبی و تکراری کودکان درخودمانده برخی از متخصصان موضوع نقص در یکپارچگی حسی^۱ را برای کودکان درخودمانده مطرح نموده و معتقدند، هر نوع نارساکنش‌وری^۲ سیستم حسی، مانند پرکاری حسی^۳ و کم‌کاری حسی^۴ زمینه را برای بروز رفتارهایی از قبیل چرخیدن، تکان دادن و برخی از نابهنجاریهای حرکتی در کودک فراهم می‌سازد. به طوریکه در کم‌کاری حسی در برابر محرک‌های محیطی، کودک سعی می‌کند با انجام حرکت‌های قالبی تحریک‌هایی را به منظور برانگیزاندن سیستم عصبی ایجاد کند. و از سوی دیگر ممکن است به دلیل حساسیت بیش از حد، پرکاری حسی و تحریک‌پذیری سریع در مقابل عوامل محیطی، به دنبال کسب آرامش و کاهش اثرات محرک‌های محیطی، خود را ناگزیر به انجام رفتار قالبی و خودتحریکی^۵ بداند (رافعی، ۱۳۸۵؛ کرن، تری‌وردی، گرانمن، گراور، جانسون، اندروز، ۲۰۰۷). بنابراین می‌توان انتظار داشت که میزان رفتارهای قالبی و تکراری کودکان درخودمانده از کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر باشد. مهارت‌های ارتباطی در این پژوهش از کمبود در زبان کلامی و اختلال در جبران آن با حرکت و اشاره، کمبود بازیهای تخیلی اجتماعی و خود-انگیخته، اختلال در مکالمه متقابل، گفتار قالبی و کیفیت غیرعادی ارتباط است. نتایج بررسی حاکی از آن بود که عملکرد گروه عقب‌مانده ذهنی از گروه درخودمانده بهتر است که این یافته در راستای پژوهش‌های پیشین از جمله لرد و دیگران (۱۹۹۶)، لرد و دیگران (۱۹۹۸)، یارمحمدیان (۱۳۸۰)، چیانگ (۲۰۰۹) و ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵) قرار می‌گیرد. در کودکان درخودمانده تخریب مهارت‌های ارتباطی در هر دو حوزه کلامی و غیرکلامی قابل مشاهده است اما در کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر کمیت ارتباط‌های کلامی نامطلوب است و رفتارهای غیرکلامی مانند تماس چشمی، تقلید و غیره کمتر آسیب دیده‌اند. در بین قسمت‌های فوق تنها در مکالمه متقابل بین کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی تفاوت معنادار نبود. منظور از مکالمه متقابل این است که آیا آزمودنی از هر سطح گفتاری که

1. sensory integration
2. dysfunction

3. hypersensitive
4. hyposensitive

5. self-stimulation

کوشش، م. (۱۳۸۷). بررسی درمان مشکلات ارتباطی کودکان اختلال فراگیر رشد. ششمین همایش کودکان کم‌توان ذهنی با رویکرد اختلالات ارتباطی. تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

منصور، م. (۱۳۸۶). روان‌شناسی ژنتیک: تحول روانی از تولد تا پیری. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).

همتی، س. (۱۳۸۷). طیف درخودمانده در کودکان سندرم داون. ششمین همایش کودکان کم‌توان ذهنی با رویکرد اختلالات ارتباطی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

یارمحمدیان، ا. (۱۳۸۰). مقایسه‌ای بین ویژگیهای زبانی، هوشی، رفتاری و روانی-حرکتی دو گروه کودکان با نواقص شناختی (عقب‌ماندگان ذهنی و درخودمانده). نخستین همایش یافته‌های نوین پژوهشی در آموزش و پرورش استثنایی، شیراز.

American Association Mental Retardation (2002). *Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

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.

برخوردار است برای ایجاد روابط اجتماعی و دوستانه استفاده می‌کند یا نه و نیز شروع مکالمه و پاسخ آزمودنی به گفته‌های دیگران و استفاده از این پاسخها در ایجاد یک مکالمه چگونه است. در تبیین این موضوع به نظر می‌رسد قسمت مکالمه متقابل، توانایی تشخیص افتراقی در دو گروه را ندارد. ساسانفر و طلوعی (۱۳۸۵) نیز در بررسی روایی مصاحبه تشخیصی درخودمانده تجدیدنظرشده (ADI-R) و مقایسه میانگین دو گروه درخودمانده و عادی و همچنین دو گروه درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی قدرت تشخیص افتراقی این قسمت را ضعیف و از نظر آماری غیرمعنادار دانستند. بنابراین به افرادی که از آزمون ADI-R برای تشخیص کودکان درخودمانده استفاده می‌کنند، توصیه می‌شود عدم توانایی در مکالمه متقابل را در تمیز دو گروه درخودمانده و عقب‌مانده مدنظر داشته باشند. از سوی دیگر پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی عملکرد دو گروه درخودمانده و عقب‌مانده 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 داده‌های مورد نیاز برای تحلیل صرفاً از طریق مصاحبه با والدین جمع‌آوری شده‌اند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی آزمونگران 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. (۱۳۸۵). ارزیابی و درمان اتیسم. تهران: نشر دانژه.

ساسانفر، ر. و طلوعی، ع. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی مصاحبه تشخیصی درخودمانده-تجدیدنظر شده. تهران: سازمان آموزش و پرورش استثنایی.

سیف‌نراقی، م. و نادری ع. (۱۳۸۶). روان‌شناسی کودکان عقب‌مانده ذهنی و روشهای آموزش آنها. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).

کمیحانی، م. (۱۳۸۳). نشانگان درخودمانده. ماهنامه تعلیم و تربیت

- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994).** Autism diagnostic interview (revised): A versed version of a diagnostic interview for caregivers of individual with possible development disorder. *Journal of Autism and Developmental 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 syndrome. *Journal of Autism Development Disorder, 35*, 665-673.
- 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.
- 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 of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological Bulletin, 124* (3), 283-307.
- 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.
- 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.
- Levi, D. (1998).** Meta-analysis comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological Bulletin, 124* (3), 283-307.