

به نام یزدان

۱۰

۹۵۶۹۰

دانشگاه پیام نور - آذربایجان، تبریز  
بخش نشریات

شماره ثبت	L
شماره مدرک	۵۶۴
شماره رکورد	۱۱/۹/۸۵

## دانشگاه پیام نور تهران

### پایان نامه

برای دریافت هر چه کارشناسی ارشد در رشته برنامه ریزی درسی

### موضوع

تأثیر مداخله درمانی رفتاری به روش ABA بر درمان  
(آموزش و توانبخشی) کودکان با اختلال اتیسم

The effect of intervention by ABA method  
on children with Autism

استاد مشاور

دکتر بهمن زندی

استاد راهنما

دکتر احمد علی پور

پژوهشگر

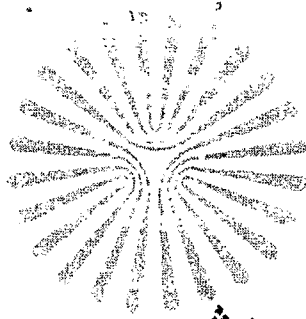
پری گلابی

۱۳۸۷ / ۲ / ۱۱

۱۳۸۴

۹۵۶۹۰

مجموعه اطلاعات و کتابخانه  
توسعه و آموزش



دانشگاه ساسان نور

تصویب نامه

پایان نامه تحت عنوان

تاثیر مداخله در مانی به روش ABA بر درمان (آموزش و توانبخشی)

کودکان اتیستیک

درجه عالی

نمره ۲۰

تاریخ دفاع : ۸۴/۹/۲۹

اعضای هیات داوران :

۱- آقای دکتر علیپور

۲- آقای دکتر زندی

۳- آقای دکتر شقاقی

۴- آقای دکتر زندی نماینده گروه

امضاء

استاد راهنما

استاد مشاور

استاد داور

۱۳۸۷/۹/۲۹

۱۰

## چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تاثیر روش مداخله درمانی ABA (تحلیل رفتار کاربردی) بر کودکان با اختلال اتیسم می باشد. اساس این روش بر تحلیل ضعف ها، کمبودها و مشکلات رفتاری و ادراکی کودکان با این اختلال و سپس برنامه ریزی آموزشی انفرادی برای هر کودک به صورت آموزش نفر به نفر به آن ها توسط مربیان آموزش دیده با استفاده از شرطی سازی کنشی-ابزاری (اسکینری) است. در این تحقیق دو گروه ۲۰ نفره (هر گروه ۱۰ دختر و ۱۰ پسر) با عنوان آزمایشی و کنترل با هم مقایسه می شوند که میانگین سنی گروه آزمایشی ۶،۸ و گروه کنترل ۵،۴ است که از بین حدود ۱۰۰ کودک شناخته شده با این اختلال انتخاب گردیده اند. برای جمع آوری داده ها از آزمون گارز استفاده شده که شامل سه زیر گروه رفتار های کلیشه ای، ارتباط و تعامل است که هر زیر گروه شامل ۱۴ سوال با حداکثر ۴۲ نمره می باشد که شدت علائم اتیسم را نشان می دهد. ضمناً برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و آزمون T و تحلیل واریانس استفاده گردیده است. تحقیق فوق که به صورت نیمه تجربی اجرا شده، برای بررسی توانایی روش ABA در بهبودی کودکان با اختلال اتیسم بوده و نتایج حاصله نیز نشان داد که گروه آزمایشی، همان طور که تحقیقات و گزارش لووآس در ۱۹۸۳ نیز نشان داده، توانسته اند با کاهش متوسط ۳۰ نمره در علائم حاد اتیسم و کسب رفتار های متناسب با همسالان عادی خود، پیشرفت قابل توجهی را با سطح معنا داری  $p < 0.001$  کسب نمایند. همچنین مشخص گردید که بیشترین تاثیر مثبت این روش به ترتیب در بخش های ارتباط، تعامل و در نهایت، رفتار های کلیشه ای بوده است. در مقابل کودکان گروه کنترل علیرغم داشتن سن کمتر، تنها با کاهش ۱،۵ نمره در علائم، تقریباً هیچ گونه پیشرفت قابل ملاحظه ای را نشان نداده اند و این موضوع بیانگر آن است که نباید این کودکان را به خصوص در سال های اولیه که استعداد یادگیری آن ها بیشتر است، به حال خود رها نمود.

کلید واژه: اتیسم، ABA، ایران

تقدیم به  
همسر و فرزندانم  
میترا و ونداد

به یاد مسعود

اولین تجربه ABA

۱	پیشگفتار
۳	فصل اول - کلیات
۳	۱-۱ ° زمینه بروز مسئله تحقیق
۳	۲-۱ ° هدف ، اهمیت و ضرورت این پژوهش
۴	۳-۱ ° بیان مسئله
۴	۴-۱ ° سوالات تحقیق
۴	۵-۱ ° فرضیه های تحقیق
۵	۶-۱ ° تعاریف مفهومی واژه ها
۶	۷-۱ ° تعاریف عملیاتی واژه ها
۸	فصل دوم - ادبیات موضوع ( پیشینه )
۸	۱-۲ اختلال های رشدی فراگیر
۸	۲-۲ ° علائم و نشانه های اتیسم از دیدگاه های مختلف
۸	۱-۲-۲ ° علائم اتیسم کودکانه آغازین ، از نظر لئو کانر ( ۱۹۴۳ )
۹	۲-۲-۲ ° ضوابط تشخیص بر اساس جدول ملاک های تشخیص اتیسم
۱۰	۳-۲ ° خصوصیات کودکان با اختلال اتیسم
۱۰	۱-۳-۲ رشد اجتماعی
۱۴	۳-۳-۲ اصرار بر یکنواختی و حرکات کلیشه ای
۱۵	۴-۳-۲ واکنش به محرک های حسی
۱۶	۵-۳-۲ علائم رفتاری
۱۷	۶-۳-۲ عاطفه نامناسب
۱۸	۷-۳-۲ کارکرد هوشی
۱۹	۸-۳-۲ ویژگی های دیگر
۲۰	۹-۳-۲ ناهنجاری های عضوی - عصبی - بیولوژیکی
۲۱	۴-۲ همه گیر شناسی
۲۱	۵-۲ تشخیص افتراقی
۲۱	۶-۲ نظریه های علت شناختی
۲۳	۷-۲ ° درمان بر اساس دیدگاه های مختلف
۲۴	۱-۷-۲ ° دارو درمانی
۲۷	۲-۷-۲ برنامه غذایی غنی ، ویتامین درمانی ، رژیم غذایی و مصرف هورمون
۳۰	۳-۷-۲ درمان های حسی - حرکتی با تأکید بر هماهنگی حسی - حرکتی
۳۳	۴-۷-۲ درمان های شنیداری AIT
۳۴	۵-۷-۲ روش تسهیل در ارتباط
۳۵	۶-۷-۲ پروژه TEACCH
۳۶	۷-۷-۲ مدرسه هیگاشی
۳۷	۸-۷-۲ نظریه های بتلهایم - تین برگن - ولش

۳۹	..... سازمان بندی عصبی ( دلاکاتو )	۹-۷-۲
۴۱	..... زاسلو و برگر	۱۰-۷-۲
۴۱	..... دلوریرس و کارلسون	۱۱-۷-۲
۴۴	..... فاکس و آزرین	۱۲-۷-۲
۴۵	..... برنامه شاپلر	۱۳-۷-۲
۴۷	..... برنامه راتر	۱۴-۷-۲
۴۹	..... درمان های رفتاری و معرفی برنامه لوواس ( پایه گذار برنامه ABA )	۱۵-۷-۲
۷۰	..... برنامه لوواس ۱۹۷۸	۱۶-۷-۲
۹۱	..... خلاصه ای از اجزا آموزشی	۱۷-۷-۲
۹۷	..... روش ABA بر پایه تحقیقات لوواس و در ادامه آن	۱۸-۷-۲
۱۰۲	..... پیشینه اجرای روش ABA در ایران	۱۹-۷-۲
۱۰۴	..... نتایج کلی کار به روش ABA در ایران	۲۰-۷-۲
۱۰۵	..... کلیات شیوه ABA ( بر اساس نامه لوواس و سخنرانی دکتر مک اکین )	۲۱-۷-۲
۱۱۲	..... فصل سوم - روش اجرای تحقیق	
۱۱۲	..... ۱-۳ آزمودنی ها	
۱۱۲	..... ۲-۳ طرح پژوهشی	
۱۱۳	..... ۳-۳ ابزار اندازه گیری : تست گارز	
۱۱۴	..... ۴-۳ روش جمع آوری اطلاعات	
۱۱۶	..... فصل چهارم - یافته های پژوهش	
۱۱۶	..... ۱-۴ یافته های پژوهش	
۱۱۶	..... ۲-۴ خلاصه سوالات تست گارز	
۱۱۹	..... ۳-۴ جداول خلاصه نمرات و میانگین ها	
۱۲۱	..... ۴-۴ جداول تحلیل واریانس	
۱۲۴	..... ۵-۴ بحث در یافته ها	
۱۳۳	..... ۶-۴ محدودیت ها	
۱۳۵	..... فصل پنجم - خلاصه و نتیجه گیری	
۱۳۵	..... ۱-۵ خلاصه	
۱۳۶	..... ۲-۵ بحث و نتیجه گیری	
۱۳۶	..... ۱-۲-۵ نتایج تحقیق در رابطه با سوال های اصلی پژوهش :	
۱۳۸	..... ۲-۲-۵ نتایج جنبی و فرعی تحقیق	
۱۴۰	..... ضمیمه - نام دارو ها	
۱۴۱	..... منابع	

## پیشگفتار

اتیسم کودکان حدوداً از دهه پنجاه میلادی به عنوان یک اختلال شناخته و مطرح گردید لیکن پس از گذشت سالیان زیادی، هیچ گونه شیوه درمانی مناسبی برای آن ابداع نشد. از اوایل دهه هفتاد پس از جمع آوری اطلاعات پراکنده از آموزش های عملی رفتار درمانی کودکان با اختلال اتیسم، لووآس و گروه وی طی یک طرح آزمایشی تجربی وسیع و چند ساله، موفق به ابداع روشی گردید که به نام خود وی معروف شد. اگر چه اجزاء این شیوه، همان طور که خود لووآس نیز اذعان می دارد، قبلاً توسط محققین دیگر رفتار درمانی و طی تحقیقات آزمایشگاهی و در نظریه های آموزشی نوین مطرح گردیده بود. این برنامه کلیه اصول شرطی سازی کنشی را مورد استفاده قرار می دهد. اساس این شیوه آموزش و اصلاح رفتار در تمامی سطوحی است که یک کودک با اختلال اتیسم نیاز دارد تا بتواند مشابه همسالان خود رفتار نماید. این برنامه اهداف خود را روی رفتارهای مورد نظر والدین متمرکز نمی سازد.

در کشور ما تنها در دهه اخیر است که نام اتیسم به صورتی محدود در مجامع دانشگاهی مطرح گردیده و افراد عادی جامعه و حتی بسیاری از تحصیل کردگان اطلاع چندانی از این اختلال ندارند و مهمتر آنکه هنوز هیچ شیوه درمانی مناسبی نیز برای آن عنوان نشده است و چون هیچ گونه آمار رسمی از تعداد کودکان با اختلال اتیسم و توزیع جمعیتی آن ها در دست نیست، اما تعداد این کودکان باید رقم قابل ملاحظه ای را نشان دهد، که احتمالاً تعداد زیادی از آن ها به عنوان عقب ماندگان ذهنی در مراکز کودکان استثنایی و یا با عناوین دیگری در مراکز بهزیستی به سر می برند. همانطور که همه می دانند برای کودکان استثنایی، مدارس پیشبینی شده که از طرف سازمان کودکان استثنایی مدیریت می شوند لیکن متأسفانه در حال حاضر هیچ گونه امکانات دولتی و همگانی برای کودکان با اختلال اتیسم موجود نمی باشد.

نگارنده از سال ۱۳۷۴ برای اولین بار در ایران به دنبال مطالعه روش لووآس و اصول ABA برنامه فوق را ابتدا به روس تجربی بر روی یک کودک با اختلال اتیسم اجرا نموده که نتیجه آن طی پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی در دانشگاه اصفهان گزارش گردیده است.

از آن زمان به بعد، این برنامه و روش ABA برای مدت ۲ سال روی ۵ کودک در یکی از کلینیک های اصفهان با گروهی از درمانگران ادامه یافت. سپس با افزایش تعداد آن ها و درخواست والدین، محل کار و آموزش به یکی از سازمان های خیریه اصفهان منتقل گردید. در این هنگام از سازمان بهزیستی دعوت به عمل آمد تا پیشرفت کودکان و همچنین این شیوه آموزشی را مشاهده و مجوز مربوط به آن را صادر نمایند که البته سازمان بهزیستی نیز با مشاهده پیشرفت های این



کودکان به خصوص توانایی آن‌ها برای خواندن و نوشتن، تصمیم به همکاری گرفت. بدین طریق اولین مجوز مرکز ایتسم کشور در سال ۱۳۷۹ در اصفهان صادر گردید.

از سوی دیگر مرکز تحقیقات علوم پزشکی ایران پس از بازدید از مرکز ایتسم اصفهان در سال ۱۳۸۰ و مشاهده اثربخشی این روش، تصمیم گرفت که برنامه فوق را به صورت آزمایشی روی ۲۰ کودک تهرانی اجرا و نتایج آن را ثبت و گزارش نماید و بدین ترتیب تحقیق فوق تحت برنامه ریزی نگارنده با رعایت اصول و روش ABA در تهران انجام و خلاصه نتیجه آن در اولین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان در اردیبهشت ۱۳۸۱ گزارش گردید.

به دنبال تحقیق فوق و رضایت والدین از پیشرفت کودکانشان در برنامه ۵ ماهه و تقاضای آن‌ها از سازمان بهزیستی تهران برای صدور مجوز جهت ادامه کار برای دومین بار سازمان بهزیستی مجوز تاسیس مرکز ایتسم را در تهران صادر نمود با این تفاوت که در تهران برنامه آموزشی در منازل کودکان پیگیری می‌شد و در اصفهان، در مرکز ایتسم.

سومین مجوزی که از سوی سازمان بهزیستی صادر گردید جهت پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی است که باز هم توسط نگارنده برنامه ریزی و سرپرستی می‌گردد. در نظر است تا در مرکز فوق که مشابه مرکز اصفهان اداره خواهد شد، دانشجویان رشته روان‌شناسی با گرایش‌های مختلف، تحت آموزش عملی و کارورزی قرار گیرند تا از این طریق، ضمن افزایش سطح مهارت‌های دانشجویان، کودکان نیز با هزینه کمتری از برنامه‌های آن بهره‌مند گردند. این مرکز می‌تواند به صورت یک مرکز تحقیقاتی نیز معرفی گردد زیرا تمامی کودکان آن از گروه اختلال‌های رشدی فراگیر<sup>۱</sup> خواهند بود.

گزارش حاضر در مورد اجرای برنامه ABA و مقایسه نتایج آن بین دو گروه ۲۰ نفره (۲۰ نفر آزمایشی و ۲۰ نفر کنترل) است که تمامی آن‌ها دارای تشخیص روانپزشک، تحت عنوان اختلال رشدی فراگیر می‌باشند.

امید است که سازمان بهزیستی و آموزش و پرورش با همکاری یکدیگر بتوانند در تمامی استان‌های کشور مراکزی را جهت آموزش به این کودکان تدارک ببینند زیرا هم‌اکنون کودکان شهرستانی ناچارند با تحمل رنج زیاد، هر دو ماه یک بار همراه خانواده و مربی خود به تهران مراجعت نمایند تا در یکی از این مراکز ارزیابی شوند و برنامه‌ی بعدی خود را دریافت نمایند.

<sup>1</sup> Pervasive Developmental Disorder

# فصل اول

## کلیات

### ۱-۱ زمینه بروز مسئله تحقیق

با توجه به اینکه در کشور ما شیوه بخصوصی برای آموزش کودکان با اختلال اتیسم وجود ندارد و اصولاً راهی برای درمان آن‌ها پیشنهاد نمی‌شود، و به دلیل آن که این کودکان آمادگی لازم برای یادگیری، حتی در مدارس کودکان استثنایی را ندارند و اغلب آن‌ها محکومند که دور از آموزش‌های رایج، در منزل به سر ببرند و همچنین لزوم بررسی تجربی انواع روشها برای یافتن بهترین شیوه، ما را بر آن می‌دارد که به جستجوی راهی برای بهبودی آن‌ها بپردازیم. بر این اساس تحقیق حاضر تلاش دارد در جهت اجرای یکی از شیوه‌های ارائه شده در درمان این گونه اختلالات گام بردارد. در این تحقیق به این سوال پاسخ داده می‌شود که آیا اجرای برنامه ABA<sup>2</sup> می‌تواند بر کودکان با اختلال اتیسم ایرانی موثر واقع شود و موجب پیشرف و بهبودی آنان در زمینه کسب مهارت‌های لازم و ایجاد تعامل و ارتباط اجتماعی مناسب شود.

### ۲-۱ هدف، اهمیت و ضرورت این پژوهش

**هدف کلی:** بررسی اثر بخشی آموزش و برنامه ریزی به روش ABA در کاهش علائم و سنجش بهبود کودکان با اختلال اتیسم.

**هدف جزئی:** بررسی تاثیر استفاده از آن روش بر شاخصه‌های اصلی اتیسم.

**اهمیت و ضرورت تحقیق:** اهمیت این پژوهش در کاربردی بودن آن است و چنانچه تاثیر مثبت آن تایید شود می‌تواند این امیدواری را بوجود آورد که در سطحی گسترده‌تر در کشور به اجرا در آید و جزیی از سیستم آموزش و پرورش کشور گردد همان طور که در دیگر کشورها برای این کودکان برنامه‌های خاصی منظور شده است. از طرف دیگر زمان‌هایی را که این کودکان به دلیل نبودن رهنمود صحیح و اصولی از دست می‌دهند چیزی که در بقیه عمر قابل جبران نیست دومین ضرورت این تحقیق است که ما را ملزم به تکاپو می‌کند تا راه حلی را پیدا نماییم، به خصوص با

---

<sup>2</sup> Applied Behavior Analysis

توجه به افزایش چشمگیر تعداد مبتلایان به این اختلال و اهمیت دیگر این تحقیق آموزش عملی کاربرد اصول روانشناسی یادگیری به دانشجویان رشته روانشناسی جهت ایجاد آمادگی برای آموزش به این کودکان می باشد .

### ۳-۱ بیان مسئله

با توجه به اینکه عمده ترین شاخصه های منفی اتیسم ، مشکلات ارتباطی ، ضعف در تعامل اجتماعی و وجود رفتار های کلیشه ای می باشد ، در این تحقیق سعی شده تا سوالات طرح علاوه بر پی گیری تاثیرات کلی آن بر همان اساس نیز مطرح و پیگیری شوند.

### ۴-۱ سوالات تحقیق

- ۱- آیا مداخله درمانی به روش ABA روی کودکان با اختلال اتیسم موثر است؟
- ۲- آیا این روش بر میزان رفتارهای کلیشه ای کودکان فوق اثر می گذارد؟
- ۳- آیا این روش و اجرای آن روی روابط اجتماعی کودکان فوق موثر است؟
- ۴- آیا این روش روی تعامل کودکان با اختلال اتیسم تاثیر می گذارد ؟
- ۵- آیا این مداخله ی درمانی بر شاخصه های اصلی ( تعامل ، ارتباط و رفتار های کلیشه ای ) تاثیرات متفاوتی دارد؟

### ۵-۱ فرضیه های تحقیق

- ۱- مداخله ی درمانی به روش ABA روی کودکان با اختلال اتیسم تاثیر مثبت دارد .
- ۲- این مداخله ی درمانی تعامل کودکان فوق را بهبود می بخشد.
- ۳- این مداخله شدت اختلال در ارتباط اجتماعی را کاهش می دهد.
- ۴- این مداخله شدت رفتارهای کلیشه ای را کاهش می دهد.
- ۵- این نوع مداخله بر ارتباط اجتماعی بیشتر از رفتار کلیشه ای تاثیر دارد.
- ۶- این نوع مداخله بر تعامل کودک با محیط بیشتر از رفتار های کلیشه ای تاثیر می گذارد.

**اتیسم<sup>۳</sup>** (در خود ماندگی) : این کلمه در معنی اصلی خود، به نوعی تفکر غیر واقع بینانه و خود محورانه دلالت دارد که تحت کنترل نیازها و خواسته های شخصی اندیشنده بوده و با واقعیت خارجی ارتباط ندارد. هرگاه شخصی صرفاً بر اساس فعالیت های فکری اتیستیک خود عمل نماید به نحوی که گویی آن ها را به جای برداشت خود از واقعیت قبول می نماید، قدرت سازگاری صحیح با توقعات محیط را نخواهد داشت.

**اتیسم** : از دو کلمه (Aut) به معنی خود و (Ism) به معنی جهت و مسیر تشکیل شده است. نوعاً در آسیب شناسی به معنی اینکه شخص اشیا را بر حسب خیالات و رویاها، آرزوها و امیدهای خود می بیند تا بر حسب واقعیت. اتیسم به معنی خود گرایی است و منظور از آن عدم واکنش به دیگران است. این عارضه از همان اوان کودکی وجود دارد، مع هذا ممکن است تا مدتی نادیده گرفته شود.

**برنامه ABA** : به معنی "تحلیل رفتار کاربردی" می باشد. ABA مجموعه ای از آموزش های سیستماتیک و برنامه ریزی شده و گام به گام بر اساس اصول شرطی سازی کنشی (اسکینری) است.

**اصلاح رفتار** : کاربرد نتایج نظریات یادگیری در روان شناسی تجربی برای تغییر دادن رفتار نابهنجار.

**تغییر رفتار** : به کاربرد مجموعه ای از اصول و فنون یادگیری گفته می شود که هدف آن اصلاح رفتار فرد است و در آن هم ایجاد و افزایش رفتارهای مطلوب مورد نظر است و هم کاهش و حذف رفتارهای نامطلوب.

**رفتار** : مجموعه عکس العمل ها یا پاسخ های درونی یا بیرونی فرد که قابل مشاهده و اندازه گیری باشند.

**رفتار درمانی** : عبارتست از کاربرد اصولی که از پژوهش های روانشناسی رفتاری در درمان اختلالات روانی بدست آمده است.

---

<sup>3</sup> Autism

**یادگیری :** یادگیری عبارتست از هرگونه تغییر کم و بیش دائم در رفتار و رفتار بالقوه که در نتیجه عوامل محیطی یعنی تجربه باشد .

**یادگیری کنشی :** در یادگیری کنشی فرد فعالانه روی محیط عمل می کند و محیط در مقابل آن عمل واکنش نشان می دهد . به عبارت دیگر ، پاسخ فرد وسیله فراهم آوردن یک رویداد محیطی می گردد، به همین علت این فرایند یادگیری با عنوان شرطی کردن ابزارای نیز نامیده می شود.

**تقویت :** هر رویدادی که احتمال بروز پاسخ مورد نظر را افزایش دهد، تقویت نامیده می شود.

**تقویت مثبت :** هر گاه تقویت مستلزم ارائه یا به کار گرفتن یک مشوق ( مثل جایزه ) باشد و موجب افزایش پاسخ مناسب گردد آن را به عنوان تقویت مثبت مشخص می کنیم.

**تقویت منفی :** هرگاه تقویت مستلزم حذف یا کنار گذاشتن یک محرک نامطبوع باشد به نحوی که پاسخ مورد نظر را افزایش دهد ، تقویت منفی نامیده می شود ( مثل حذف کردن محرک هایی که در بروز رفتار مناسب مانع ایجاد می کند یا آن را به تاخیر می اندازد ) .

**تنبیه :** هر رویدادی که احتمال بروز پاسخ نامناسب ( ناخواسته ) را کاهش دهد یا از بین ببرد تنبیه نامیده می شود .

**تنبیه از طریق به کار بستن ( تنبیه مثبت ) :** این رویداد مستلزم ارائه یا به کار بستن یک محرک نامطبوع ( از قبیل درد، ایجاد صدای بلند و تحکم برای جلوگیری از پاسخ) است .

**تنبیه از طریق حذف ( تنبیه منفی ) :** این امر مستلزم حذف یا پس گرفتن یک محرک مطبوع صورت می گیرد. این نوع تنبیه را غالباً با عنوان محرومیت از تقویت مثبت نیز تعریف می کنند.

## ۷-۱ تعاریف عملیاتی واژه ها

**پیشرفت :** منظور از پیشرفت این است که تعداد پاسخ های مناسب کودک در مقابل تعداد معین ارائه محرک، در اثر آموزش افزایش یابد.

**تعامل اجتماعی:** ارتباط متقابل اجتماعی که در آن تاکید بر داد و ستد حالات هیجانی و عاطفی است و مستلزم درک حالات هیجانی-عاطفی دیگران و بروز همان حالات از طرف شخص در زمان و محل مناسب است. در این تحقیق تعامل اجتماعی با نمراتی که کودک در یک آزمون قبل و بعد از آموزش کسب می کند سنجیده می شود.

**ارتباط اجتماعی:** ارتباطی که در آن شخص منظور و هدف خود را با استفاده از کلام و به کار گیری درست آن به دیگران می فهماند و معنی و مفهوم عبارات آنان را درک می کند و می تواند به و سوالات آنان پاسخ مناسب و مرتبط با موضوع بدهد ( در این تحقیق جایگزین کردن اشارات و استفاده از زبان ناشنویان مورد نظر نیست و آزمونی که به کار برده می شود تاکید روی به کار گیری کلمات دارد ).

**رفتار های کلیشه ای:** الگوهای رفتاری محدود و انعطاف ناپذیر و تکرار شونده که هدف خاصی را دنبال نمی کند و در آن تنوع و خلاقیت و تصور وجود ندارد مثل تکان دادن مداوم یک تکه چوب در برابر چشم.

**تقویت اولیه:** ارائه قطعه ای از خوراکی بلافاصله بعد از هر پاسخ صحیح.

**تقویت ثانویه:** از طریق همزمان کردن لبخند، فریاد شادی، لمس کردن، در آغوش گرفتن و به کار گیری کلمات تحسین آمیز با تقویت اولیه و به تدریج جایگزین کردن این نوع تقویت به جای تقویت اولیه.

**تنبیه:** گفتن کلمه " نه " با صدای بلند و قاطع و یا نمایش حالت چهره ای مناسب با آن بلافاصله بعد از هر رفتار نامطلوب. و یا حتی قبل از انجام رفتار به محض مشاهده آمادگی برای شروع رفتار نامطلوب، به طوری که موجب قطع فوری رفتار در لحظات اولیه بروز آن گردد. در صورت عدم توجه به دستور توقف، تنبیه مثبت از طریق زدن ضربه به کف دست کودک انجام می شود. مورد تنبیه مثبت فقط در دو حالت اتفاق می افتد: ۱- تهاجم شدید کودک به مربی. ۲- خود آزاری شدید کودک.

## فصل دوم

### ادبیات موضوع (پیشینه)

#### ۱-۲ اختلال های رشدی فراگیر

طبق تعریف انجمن روان پزشکان آمریکا، این اختلالات با آسیب شدید و نافذ در چندین جنبه رشد از جمله مهارت های تعامل اجتماعی متقابل، مهارت های ارتباطی یا وجود رفتار، علایق و فعالیت های کلیشه ای مشخص می شوند. آسیب های کیفی که مشخصه این اختلال ها هستند به طور مشخص نسبت به سطح رشد و یا سن عقلی فرد انحراف دارند. این اختلالات شامل: اختلال اتیسم، اختلال رت، اختلال از هم گسیختگی دوران کودکی، اختلال اسپرگر و اختلال رشدی فراگیر که به گونه ای دیگر مشخص نشده است می باشد. و معمولا در اولین سال های زندگی آشکار می شوند و اغلب با درجاتی از عقب ماندگی ذهنی همراه هستند. همچنین گاهی اوقات با گروه مختلفی از حالات طبی عمومی (مثل نابهنجاری های عضوی کروموزومی، عفونتهای مادر زادی، نا بهنجاری های ساختاری سیستم عصبی مرکزی) ظاهر می شوند. اگر چه زمانی اصطلاحاتی نظیر "سایکوتیک" و "اسکیزوفرنی کودکی" برای افراد مبتلا به این اختلالات به کار می رفت، شواهد قابل ملاحظه ای وجود دارد مبنی بر اینکه اختلال های رشدی فراگیر از اسکیزوفرنی متفاوت است (با این حال فرد مبتلا به اختلال رشدی فراگیر ممکن است بعد ها به اسکیزوفرنی نیز دچار شود).

#### ۲-۲ علائم و نشانه های اتیسم از دیدگاه های مختلف

##### ۱-۲-۲ علائم اتیسم کودکانه آغازین، از نظر لئو کانر (۱۹۴۳)

- ۱ - ناتوانی در برقراری ارتباط و مشارکت در فعالیت های دوجانبه با دیگران از آغاز زندگی.
- ۲ - ناتوانی در برقراری ارتباط زبانی با دیگران همراه با پژواک کلام و وارونگی ضمیری و حافظه عادت های عالی.
- ۳ - پافشاری در حفظ یکسانی و یکنواختی و مقاومت در برابر هر گونه تغییر، ترس از تغییر و ناتمامی.
- ۴ - سرگرم شدن با اشیاء به جای انسان.
- ۵ - نشان دادن ظرفیت هوشی خوب در پاره ای موارد.

کانر در سال ۱۹۵۸ مجددا چهار ویژگی برای کودکان با اختلال اتیسم بر شمرد: بروز تنهایی اتیستیک در اوایل زندگی، فقدان یا اختلال قدرت تکلم، اصرار قالبی روی یکنواختی و یکسانی و نداشتن هیچگونه نقص بدنی.

الف: مجموعه ای از شش یا بیشتر از موارد ۱ و ۲ و ۳ با حداقل دو مورد از ۱ و هر یک از موارد ۲ و ۳ :

(۱) اختلال کیفی در تعامل اجتماعی که با حداقل ۲ مورد از موارد زیر نمایان می شود :

۱-۱ : اختلال جدی در رفتار های غیر کلامی چندگانه مانند نگاه رو در رو ، بیان چهره ای ،

اطوار و حرکات بیانگر بدنی برای تنظیم تعامل اجتماعی .

۱-۲ : ناتوانی در ایجاد روابط با همسالان متناسب با سطح رشد .

۱-۳ : فقدان تلاش خود انگیزه برای سهمیم شدن در خوشی ها ، علایق یا پیشرفت های

دیگران ( به عنوان مثال چیز های مورد علاقه خود را نشان نمی دهند، آن ها را نزد

دیگران نمی آورند و به آن ها اشاره نمی کنند).

۱-۴ : فقدان تقابل هیجانی و اجتماعی .

(۲) اختلال های کیفی در ارتباط که با حداقل یکی از موارد زیر نمایان می شود :

۲-۱ : تأخیر یا فقدان کامل رشد زبان محاوره ای ( که با تلاش برای جبران از طریق شیوه

های جایگزین ارتباطی مانند حرکات بیانگر یا لال بازی ) همراه نیست .

۲-۲ : در افرادی که گفتار مناسب دارند، اختلال قابل ملاحظه ای در توانایی شروع مکالمه با

دیگران و حفظ تداوم آن .

۲-۳ : کاربرد کلیشه ای و تکراری زبان و زبان مخصوص به خود

۲-۴ : فقدان بازی های متنوع وانمودی خود انگیزه و بازی اجتماعی تقلیدی متناسب با

سطح رشد .

(۳) الگوهای رفتاری ، علایق و فعالیت های کلیشه ای، تکراری و محدود که با حداقل یکی از

موارد زیر نمایان می شوند :

۳-۱ : اشتغال ذهنی گسترده با یک یا بیش از یک الگوی علاقه کلیشه ای و محدود که از

لحاظ شدت یا تمرکز نابهنجار است.

۳-۲ : پیروی به ظاهر انعطاف ناپذیر از تشریفات یا کار های عادی غیر مفید یا تشریفات

خاص .

<sup>4</sup> DSM - IV - TR



۳-۳ : اطوار حرکتی کلیشه ای و تکراری ( مانند حرکت دادن انگشتان یا تاب دادن و پیچاندن آن ها یا حرکات پیچیده ی کل بدن ) .  
۳-۴ : اشتغال ذهنی مداوم به بخش هایی از اشیاء .

ب : تأخیرها یا کارکرد نا بهنجار در حداقل یکی از زمینه های زیر ، با شروع قبل از سن ۳ سالگی :  
۱ تعامل های اجتماعی .  
۲ زبان یا گفتاری که در ارتباطات اجتماعی به کار می رود .  
۳ بازی های نمادی یا تخیلی .

ج : این اختلال با اختلال رت یا اختلال از هم پاشیدگی کودکی مطابقت نمی کند .

### ۳-۲ خصوصیات کودکان با اختلال اتیسم ۱-۳-۲ رشد اجتماعی

اکثر کودکان با اختلال اتیسم در ایجاد یا فهم وابستگی معمول نسبت به پدر و مادر و سایر افراد ناتوان هستند. در دوره شیرخوارگی بسیاری از آنان فاقد لبخند اجتماعی و حالت انتظار برای در آغوش گرفته شدن توسط یک شخص بالغ می باشند . تماس چشمی غیر عادی از دیگر نشانه های شایع در آن ها ست . کودکان با اختلال اتیسم ترجیح می دهند به حال خود گذاشته شوند و در واقع با خود تنها باشند . ضابطه اصلی اتیسم، ناتوانی در ایجاد رابطه بهنجار با اشخاص و موقعیت ها و یک "تنهایی گرایی" افراطی است که موجب بی اعتنائی و بی توجهی نسبت به همه چیزهایی می شود که منبع بیرونی دارند (کائر<sup>۵</sup> ۱۹۴۳) . تنهایی گرایی کودکان با اختلال اتیسم به شکل فاصله گیری جسمانی و هیجانی از دیگران متجلی می شود و وجود آن را حتی در باهوش ترین آن ها نیز می توان مشاهده کرد (سلیگمن ، روزنهان<sup>۶</sup> ، ۱۹۹۸) .

سه ویژگی اصلی انزوای اجتماعی در این کودکان به شرح زیر است (لورد ، سوواژ<sup>۷</sup> ، ۱۹۹۱) :  
- کودک با اختلال اتیسم مدت زمان زیادی را در تنهایی و انزوا می گذراند، درست مانند آنکه افراد محیط پیرامونی وی وجود ندارند و به نظر می رسد که به محیط بی جان وابسته است.  
- کودک با اختلال اتیسم هنجارها و عادت های اجتماعی را در نظر نمی گیرد و برآورد های ارتباطی وی قالبی و تکراری هستند.

<sup>5</sup> Kanner

<sup>6</sup> Seligman , Rosenhan

<sup>7</sup> Lelord , Sauvage

- کودک با اختلال اטיسم علامت های غیر کلامی ( نگاه، حالت های صورت، حالت وضعی بدن، حرکت های بدن، بازوها، دست ها ....) را که با گفتار همراهند، درک نمی کند.

پیش از این گفته می شد که این کودکان قادر به شناخت یا تفکیک مهمترین افراد زندگی خود مثل پدر و مادر، خواهر و برادر یا معلم نیز نمی باشند و ممکن است به هنگام تنها ماندن در یک محیط نا آشنا و با افراد غریبه اضطراب جدایی را احساس نکنند، اما پیرز<sup>8</sup> که نتایج تعدادی از مطالعات تصویر برداری از مغز را مطالعه نمود می گوید مرکز فعالیت در ذهن افراد با اختلال اטיسم به لبه چین های ناحیه دوک مانند مغز منتقل شده، جایی که برای افراد عادی، مخصوص شناسایی چهره های انسانی می باشد. پیرز طی مطالعه تصاویر مغز، مشاهده نمود که وقتی به این کودکان تصاویر غریبه ها را نشان می دهند ناحیه فوق هیچ واکنشی را نشان نمی دهد، لیکن وقتی تصاویر والدین را می بینند، این ناحیه مثل شمع شروع به درخشش می کند و مهمتر این که همین درخشش به نواحی دیگری از مغز بسط پیدا می کند که مختص پاسخ دهی به رویداد های عاطفی می باشند. پیرز به این نتیجه می رسد که افراد با اختلال اטיسم قادرند همانند کودکان عادی عواطف قوی ای را نشان دهند، بنا بر این آن گوشه گیری را که بعدا در آن ها ایجاد می شود می توان ناشی از ساختار ناهنجار مغز در مراحل رشد دانست.

تمایل به تنهایی در خلال سال اول زندگی کودک به شکل آرام و بی آزار بودن، چیزی را طلب نکردن، رضایت داشتن از تنهایی و به خود وا گذاشته شدن، بی تفاوتی ظاهری در برابر بزرگسالان، تحرک نشان ندادن برای در آغوش گرفته شدن، بی توجهی به مادر هنگام ورود وی، داشتن حالت وزنه بی جان در آغوش بزرگسالان، عدم وجود احساس اضطراب هنگام مواجه شدن با غریبه ها، خود را نشان می دهد.

در سال های بعد عدم وجود رابطه خود را آشکار تر نمایان کرده و فقط در مواقع نیاز با مادر خود رابطه برقرار می کنند، رابطه ای که از نظر کیفی کاملا با کودکان دیگر متفاوت است. عدم وجود تماس چشمی و عدم وجود لبخند اجتماعی و به موقع، نگاه توخالی و مبهم و دست نیافتنی همچنان ادامه می یابد. لیلورد و سوواژ (۱۹۹۱) اجتناب از تماس چشمی و کاهش تحریک پذیری این کودکان را از ناتوانی در پردازش اطلاعات اجتماعی و عاطفی می دانند. کودکان مزبور با کودکان دیگر ارتباط برقرار نمی کنند یا اگر رابطه ای برقرار شده شبیه ارتباطی است که با بزرگسالان برقرار می کنند، در بازی ها شرکت نمی کنند و این بی تفاوتی آن ها موجب می شود تا کودکانی عاقل به نظر آیند که در گوشه ای فراموش شده اند (مازه، استولرو<sup>9</sup>، ۱۹۸۸).

<sup>8</sup> Pierce

<sup>9</sup> Mazet, Stoleru

نقص ها و انحراف های عمده در رشد زبان از ملاک های اساسی در تشخیص اتیسم کودک است. این کودکان فقط برای صحبت کردن دچار تردید نبوده و ناهنجاری های تکلم آن ها تنها ناشی از فقدان انگیزش نیست. کودکان با اختلال اتیسم برخلاف کودکان طبیعی و عقب مانده در فرایند های حافظه و تفکر، استفاده اندکی از "معنی" به عمل می آورند. در کودکان طبیعی همیشه قبل از اینکه بتوانند صحبت کنند مهارت های درکی زبانی صورت می گیرد در حالی که کودکان با اختلال اتیسم بیش از آنچه می فهمند، حرف می زنند. تکلم آن ها معمولاً نوعی پژواک کلام فوری یا تاخیری یا عبارات کلیشه ای خارج از متن است و عمدتاً با وارونگی ضمیری همراه می باشد. معدودی از آن ها به گونه ای حیرت آور قبل از سنین دبستان خواندن را به خوبی یاد می گیرند. زبان دریافتی یا بیانی کودک با اختلال اتیسم کم یا هیچ است مکانیزم های بنیادی ارتباطی از بدو تولد دچار نارسایی هستند همچنین از ماه دوم زندگی، تفاوت هایی در زمینه انتشار اصوات بین این کودکان و کودکان بهنجار دیده می شود و این تاخیر به تدریج با افزایش سن، تشدید می گردد. فریاد های یکنواخت و یکنوا، بدون هدف ارتباطی، در پاره ای از این کودکان مشاهده می شود. در مواردی نیز کودک ساکت است و یا فقط اصوات عجیب و یکنواخت مانند صدای ساییده شدن دندان ها، دندان قروچه و فریاد های دلخراش شنیده می شود (روندال، سرون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۲). صدای این کودکان حالت خاصی دارد و به نظر نمی رسد که کودک منبع صدا باشد. گفته های آنان واجد زیر و بم و آهنگی است که جنبه مرضی دارد.

سن متوسط تولید یا بیان نخستین کلمه در ۶۳ کودک با اختلال اتیسم که توسط راتر<sup>۱۱</sup> (۱۹۷۰) بررسی شده اند، ۵ سالگی بوده است و وارله<sup>۱۲</sup> (۱۹۷۹) نیز به این نتیجه رسیده که ۵۸/۵ درصد کودکان با اختلال اتیسم و ۵۹/۵ درصد کودکان با اختلال اتیسم از کودکانی که کانر آن ها را مورد بررسی قرار داده بود توانایی گفتن یک کلمه را در سن دو سالگی نداشتند. در مواردی که کودک با تاخیر یعنی بین سنین ۲ تا ۴-۵ سالگی، سخن گفتن را آغاز می کند این گفتار ارزش ارتباطی ندارد و یا لااقل برای کودک لذت بخش نیست.

زبان دریافتی نیز دارای نارسایی هایی است و کودک فقط می تواند به دستور های ساده پاسخ دهد (مانند بنشین، بخور، در را ببند و ...) و از دریافت ضمیر ها (من، تو، مال من، مال تو، مال او و...) یا اصطلاحات زمانی (اول، آخر و...) ناتوان است (کرسینی، اورباخ<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۶). در بیشتر مواقع والدین خاطر نشان می کنند که هرچند کودک حرف نمی زند اما آنچه را که به او گفته می

<sup>10</sup> Rondal, Seron

<sup>11</sup> Rutter

<sup>12</sup> Varlet

<sup>13</sup> Corsini, Auerbach

شود به خوبی می فهمد حتی اگر گفته ها با حرکتی که معنای آن ها را آشکار می کند همراه نباشند .

با توجه به مشاهده های دقیقی توانسته اند نوعی "فهم و درک پیرامونی" ( بر اساس مشابهت با نگاه پیرامونی ) را در این کودکان برجسته سازند. این سخن بدان معناست که وقتی بزرگسال چیزی از کودک دیگر می خواهد یا تذکری به دیگری می دهد، می تواند با تعجب مشاهده کند که کودک با اختلال اتیسم آنچه را از دیگری خواسته شده است، انجام می دهد ( *روندال* ، *سرون* ، ۱۹۸۲ ) .

برآورد می شود که ۵۰ درصد از کودکان با اختلال اتیسم در تکلم کارکردی ناموفقند ( *ریملند*<sup>۱۴</sup> ، ۱۹۶۴ ، *راتر* ، ۱۹۷۸ ) . هرچند بعضی از کودکان از نظر فیزیولوژیکی دارای اعضای سالم برای تکلم هستند، اما فقط اصواتی را از دهان یا گلوی خود خارج می سازند . این کودکان که قادر به تکلم نیستند ممکن است برای برقراری ارتباط، به روش هایی بسیار محدود همچون زبان ابزاری متوسل شوند ( *اورنیتز* ، *ریتوو*<sup>۱۵</sup> ، ۱۹۷۶ ، *راتر* ، ۱۹۷۸ ) . برای مثال یک کودک با اختلال اتیسم ممکن است با دستش اشاره کند یا با گرفتن دست فردی او را به سوی شی مورد نظر هدایت نماید.

علاوه بر این هنوز در ۵۰ درصد از کودکانی که قادر به تکلم می شوند ، نا بهنجاری های تکلمی خاص و مشخصه اتیسم شایع است. کودکان با اختلال اتیسم دارای کلام ، تمایل به پژواک گویی دارند و لغات یا عبارات بیان شده توسط دیگران را تکرار می کنند ( *فای* ، ۱۹۶۹ ، *کار* ، *شرایبمن* ، *لوواس*<sup>۱۶</sup> ، ۱۹۷۵ ) . دو طبقه بندی گسترده از پژواک گویی وجود دارد :

پژواک گویی آنی هنگامی رخ می دهد که کودک به تکرار چیزی می پردازد که در همان لحظه شنیده است ؛ مثلا هنگامی که از یک کودک با اختلال اتیسم پرسیده می شود "امروز مدرسه چطور بود؟" ممکن است او به جای ارائه پاسخ مناسب، سوال را دوباره تکرار کند. پژواک گویی آنی اغلب در یادگیری و ارتباط تداخل ایجاد می کند. همان گونه که اشاره شد، کودک به جای انجام دستور، سوال را تکرار می کند. احتمالا در موقعیت های یادگیری ناآشنا و یا در برخورد با تکلیف تازه ، پژواک گویی آنی این کودکان افزایش می یابد ( *کار* ، ۱۹۷۵ ، *شارلوپ*<sup>۱۷</sup> ، ۱۹۸۶ ) . و نیز زمانی که سوالات مشکل یا غیر قابل درک باشند ( *کار* ، *شرایبمن* ، ۱۹۷۸ ) .

در پژواک گویی تاخیری ، کودک لغات یا عباراتی را که در چند ساعت ، چند روز یا ماه های قبل شنیده است تکرار می کند. این تکلم پژواک گونه عموما بی ربط و از لحاظ مضمون نامناسب است. مثلا یک کودک با اختلال اتیسم ممکن است یک شعر عامیانه را که ساعت ها قبل از تلویزیون شنیده است بخواند یا بخشی از یک مکالمه روزهای قبل را تکرار کند. گفته شده است که وقوع پژواک گویی

<sup>14</sup> Rimland

<sup>15</sup> Ornitz , Ritvo

<sup>16</sup> Fay , Carr , Schreibman , Lovass

<sup>17</sup> Charlop