

مقایسه تاثیر تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم

عباسعلی حسین‌خانزاده^۱/دانشیار روان‌شناسی/دانشگاه گیلان
 نیما حقیقی^۲/کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی/دانشگاه گیلان
 رضا شباهنگ^۳/کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی/دانشگاه تهران

چکیده

زمینه: تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی می‌تواند روش‌هایی موثر برای حل مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم باشند. در این بین، مقایسه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی موضوعی است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم انجام گرفت.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی کودکان پسر با اختلال طیف اتیسم مراجعه‌کننده به مراکز روزانه تحت نظارت بهزیستی استان گیلان در دامنه سنی ۶ تا ۱۱ بود. حجم نمونه ۳۰ شرکت‌کننده بود که به صورت تصادفی در سه گروه تحلیل رفتار کاربردی، بازی درمانی و کنترل ($n=10$) جای‌گذاری شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشکلات رفتاری استفاده شد. در انتها، داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین شاخص‌های مشکلات رفتاری گروه‌های آزمایش (تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی) در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است ($p < 0/01$). همچنین در مقایسه دو روش درمانی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، هر دو روش تحلیل رفتار کاربردی و روش بازی درمانی، به یک اندازه در کاهش مشکلات رفتاری این کودکان موثر بوده‌اند. در همین راستا، نتایج مطالعه حاضر حاکی از عدم وجود تفاوت مشخص در میزان تاثیرگذاری تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم است.

واژه‌های کلیدی: اختلال طیف اتیسم، تحلیل رفتار کاربردی، بازی درمانی، مشکلات رفتاری

مقدمه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴، به صورت ۵ اختلال مجزا طبقه‌بندی می‌شده که شامل اختلال طیف اتیسم، رت، از هم گسیختگی دوران کودکی، اسپرگر و فراگیر تحولی تصریح نشده در جای دیگر بودند که مشخصه اصلی اختلال طیف اتیسم، تخریب در سه حوزه شامل: ارتباط اجتماعی، رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای و کاربرد نا بهنجار زبان بود. اما در آخرین ویرایش از همان کتابچه مفهوم پردازش اختلالات، اختلال طیف اتیسم را به سمت مدلی طیفی سوق داده است و ملاک‌های تشخیصی اصلی به

اختلال طیف اتیسم^۲ یکی از انواع اختلالات عصبی تحولی است که در طی دوران اولیه کودکی بروز پیدا می‌کند (۱). مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۳ در سال ۲۰۱۴، شیوع اختلال طیف اتیسم را ۱ نفر از هر ۶۸ کودک گزارش کرده است (۲). این اختلالات در نسخه قبلی کتابچه

۱- نویسنده مسئول: Email: abbaskhanzade@gmail.com

2- Autism spectrum disorder

3- Center for Disease Control and Prevention (CDC)

4- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)

دو ملاک نقص در ارتباط اجتماعی و وجود رفتارهای کلیشه و تکراری تقلیل داده شده است و به عنوان اختلال طیف اتیسم از آنها نام برده می‌شود (۱).

علاوه بر این، افراد مبتلا به این اختلال رفتارهای چالش برانگیزی را نیز از خود نشان می‌دهند که از رایج ترین آنها می‌توان به رفتارهای کلیشه‌ای، خودجرحی و رفتارهای پرخاشگرانه / مخرب اشاره کرد (۳ و ۴). رفتار چالش برانگیز اغلب با نتایج منفی شخصی و اجتماعی همراه است. چنین رفتارهایی ممکن است به طور قابل توجهی باعث کاهش سلامت جسمی، روانی، کیفیت زندگی خود شخص و یا کسانی که از آنها مراقبت می‌کنند و در موارد شدیدتر ممکن است به مرگ نیز منجر شوند (۵ و ۶).

امروزه رویکردهای مداخله‌ای مختلفی از جمله: دارودرمانی، داستان‌های اجتماعی^۱، روش ارتباطی تبادل تصویر^۲، روش یکپارچگی حسی^۳، تحلیل رفتار کاربردی^۴ و بازی درمانی برای این‌گونه رفتارها، مورد آزمون قرار گرفته و به شکلی در توان بخشی این کودکان موثر بوده است. یکی از رایج ترین روش‌های توان بخشی، در حوزه اختلال طیف اتیسم روش تحلیل رفتار کاربردی است. این روش براساس رویکرد رفتاری و شرطی سازی کنشگر (اسکینری) به صورت انفرادی و با مربی آموزش دیده بین ۳۰ تا ۴۰ ساعت در هفته انجام می‌گیرد، در این روش هر فعالیت و مهارت جدید به اجزای کوچکتر تقسیم می‌شود، هرگاه فعالیت خواسته شده به درستی انجام گیرد کودک مورد تشویق قرار می‌گیرد تا انگیزه تکرار و فرمانبرداری در او افزایش یابد و در صورت عدم انجام آن تکلیف، مربی به سراغ گام بعدی نخواهد رفت و کلیه این فرایند تا رسیدن به حد مطلوب ادامه خواهد یافت. به عبارت دیگر؛ در تحلیل کاربردی رفتار، سعی شده است تا از طریق

مشاهده‌ی مستقیم رفتار کودک، ارزیابی و تحلیل دقیق آن، رابطه‌ی میان محیط و رفتار کودک آشکار و نیز آن دسته از ویژگی‌های محیطی که می‌تواند موجب ایجاد رفتار جدید تقویت و یا کاهش رفتار در کودک گردد، کشف شود (۷). مطالعات متعددی در داخل و خارج کشور، این روش را از آن جهت که رفتارهای مطلوب را افزایش و رفتارهای نامطلوب را کاهش می‌دهد، مورد تایید قرار داده اند (۸-۱۷). اما کمتر پژوهشی به مطالعه اثربخشی تحلیل رفتار کاربردی بر مولفه‌های مشکلات رفتاری به صورت مجزا پرداخته و بیشتر مطالعات صرفاً به اثر بخشی این روش بر رفتارهای کلیشه‌ای بسنده کرده‌اند.

یکی دیگر از روش‌های رایج در بهبود مشکلات رفتاری کودکان، بازی درمانی است. لندرت بازی درمانی را ارتباطی پویا میان کودک و درمانگر آموزش دیده در این حوزه می‌داند که با استفاده از وسایل بازی انتخاب شده، ارتباطی ایمن را فراهم می‌کند تا کودک بتواند به وسیله بازی، خود را (احساسات، افکار، رفتار و تجارب) ابراز کند (۱۸). بازی درمانی از جمله روش‌هایی است که در بین سایر روش‌های توان بخشی از لحاظ تربیتی، درمانی، آموزشی و به ویژه کاهش مشکلات رفتاری و به دست آوردن مهارت‌های اجتماعی اهمیت زیادی دارد (۱۹). مطالعات مختلفی نشان دادند که بازی مناسب، رفتارهای کلیشه‌ای و مشکلات رفتاری را در برخی از کودکان با اختلال طیف اتیسم کاهش داده و یا از بروز آنها پیشگیری می‌کند (۲۰-۲۳).

با توجه به بررسی پیشینه‌های پژوهشی موجود، روش بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان، بسیار موثر است (۲۷-۲۴) اما تاکنون مطالعات اندکی در حوزه تاثیر این روش بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم صورت گرفته است. مطالعات مختلفی هم، روش تحلیل رفتار کاربردی را بر مشکلات رفتاری کودکان اختلال طیف اتیسم موثر دانسته‌اند. بنابراین در راستای

1- Social Stories

2- Picture Exchange Communication System (PECS)

3- Sensory Integration

4- Applied behavioral analysis (ABA)

ابزار پژوهش

پرسشنامه مشکلات رفتاری^۱: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ به وسیله روهان و همکارانش طراحی شد که برای ارزیابی‌های بالینی و درمانی و همه‌گیرشناسی مورد استفاده قرار می‌گیرد و متناسب با جامعه افراد ۳ تا ۲۶ سال طراحی شده است. این پرسشنامه ۴۹ ماده دارد که از ۳ خرده مقیاس تشکیل شده است. ۱۴ سوال به رفتارهای خودجرحی، ۲۴ سوال به رفتارهای کلیشه‌ای و ۱۱ سوال به رفتارهای مخرب و پرخاشگرانه تعلق دارد. خرده مقیاس رفتارهای خود جرحی مواردی از قبیل آسیب رساندن به سر، آسیب رساندن به سایر قسمت‌های بدن، کشیدن موهای سرخود، و فرو کردن اشیاء در بدن؛ خرده مقیاس رفتارهای کلیشه‌ای مواردی مانند جلو و عقب رفتن، حرکت دادن انگشتان، چرخیدن و غیره و خرده مقیاس رفتارهای مخرب و پرخاشگری، چنگ زدن دیگران، تفت انداختن به روی دیگران، فحش دادن به دیگران و سایر موارد را شامل می‌شود. جهت پاسخگویی به پرسشنامه باید در دو ماه اخیر مصادیق مشکلات رفتاری در افراد دیده شود. سوالات از طریق میزان فراوانی رفتار به صورت ۵ گزینه‌ای از ۰- هرگز تا ۵- ساعتی و میزان شدت به صورت ۴ گزینه‌ای از ۰- کم تا ۳- شدید نمره گذاری می‌شود (۴). مشخصه‌های مناسب روانسجی پرسشنامه مشکلات رفتاری همچون پایایی آزمون-بازآزمون و همسانی درونی آن به وسیله روهان و همکاران (۴)، گونزالز و همکاران (۲۸)، روهان و همکاران (۲۹) و و اینگن و همکاران (۳۰) قابل قبول ارزیابی شده است.

جلسات درمان

در پژوهش حاضر، از مداخله تحلیل رفتار کاربردی براساس مطالعه قمری کیوی و همکاران (۱۱) استفاده شد. همچنین مداخله بازی‌درمانی با الگوگیری از مدل گری لندرت به شرکت‌کنندگان پژوهش ارائه شد. خلاصه محتوای جلسات آموزشی طبق جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

گزینش و استفاده از بهترین شیوه آموزشی و توان‌بخشی، انجام پژوهش در مورد کارایی انواع روش‌ها می‌تواند برای مربیان، متخصصان و خانواده‌های کودکان با اختلال طیف اتیسم سودمند باشد، که در این پژوهش قصد پرداختن به این مسئله را داریم و در صورت رسیدن به نتایج مطلوب، می‌توان از آن در جهت بهبود مشکلات رفتاری این کودکان استفاده کرد. همچنین نتایج این مطالعه نیز می‌تواند به بند تحقیقات قبلی بپیوندد و در تدوین نظریه کمک کند. در مجموع با در نظر گرفتن اهمیت روش‌های درمانی تحلیل رفتار کاربردی و بازی‌درمانی در رابطه با جامعه کودکان با اختلال طیف اتیسم و همچنین با توجه به عدم وجود مطالعات مشخص در رابطه با مقایسه این دو روش درمانی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر تحلیل رفتار کاربردی و بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم صورت گرفت.

روش

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی کودکان پسر با اختلال طیف اتیسم مراجعه کننده به مراکز روزانه تحت نظارت بهزیستی استان گیلان در دامنه سنی ۶ تا ۱۱ بود. حجم نمونه ۳۰ شرکت‌کننده بود که به صورت تصادفی در سه گروه تحلیل رفتار کاربردی، بازی‌درمانی و کنترل (n=10) جای‌گذاری شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت والدین از شرکت در پژوهش، قرار داشتن در دامنه سنی ۶ تا ۱۱ سال، پسر بودن، داشتن تاییدیه تشخیصی از سوی کمیسیون بهزیستی و عدم دریافت مداخله‌ای دیگر به طور همزمان بود. در نهایت کودکانی که بیش از دو جلسه غیبت داشتند و همزمان سابقه شرکت در مداخله‌ای مشابه با پژوهش حاضر داشتند از پژوهش خارج شدند.

1- The Behavior Problems Inventory (BPI01-)

طرح پژوهشی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود که در آن به مقایسه تاثیر دو روش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان پسر با اختلال طیف اتیسم پرداخته شد. ابتدا نمونه‌های مورد نظر به صورت تصادفی به سه گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند و از هر ۳ گروه پیش آزمون (پرسشنامه مشکلات رفتاری جوهانس روهان) گرفته شد. سپس به گروه آزمایش اول برنامه مداخله‌ای تحلیل رفتار کاربردی در ۲۰ جلسه براساس مطالعه قمری کیوی و همکاران (۱۱) آموزش داده شد. به گروه آزمایش دوم نیز، برنامه مداخله‌ای بازی درمانی آموزش داده شد، که محتوای آن با الگوگیری از مدل گری لندرت در ۲۰ جلسه تنظیم و سازماندهی شد. سپس در اختیار ۲ نفر از اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان جهت اعتباریابی قرار داده شد و مورد تایید نظر ایشان قرار گرفت و گروه سوم (کنترل) هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات آموزشی از هر ۳ گروه پس آزمون (پرسشنامه مشکلات رفتاری) گرفته شد.

روش تجزیه و تحلیل

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرهای پژوهش سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالوموگروف-اسمیرنوف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره - آزمون کالوموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنی دار نمی باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.

جدول ۱ - خلاصه محتوای جلسات روش بازی درمانی

جلسات	محتوا
جلسه اول و دوم	معارفه و برقراری ارتباط به شیوه غیر رهنمودی
جلسه سوم و چهارم و پنجم	آموزش مهارت‌های نشستن، تقلید و توجه
جلسه ششم، هفتم، هشتم و نهم	تحریک حسی و جلب توجه نسبت به محرک‌های حسی مختلف
جلسه دهم، یازدهم، دوازدهم و سیزدهم	آموزش برخی از مهارت‌های ارتباطی مثل سلام کردن معرفی کردن خود
جلسه چهاردهم، پانزدهم و شانزدهم	حذف یا کاهش رفتارهای خود جرحی
جلسه هفدهم و هجدهم	آموزش نظریه ذهن
جلسه نوزدهم و بیستم	مروری بر جلسات قبل و تکرار بازی‌های صورت گرفته

جدول ۲ - خلاصه محتوای جلسات روش تحلیل رفتار کاربردی

جلسات	محتوا
جلسه اول و دوم	آشنا کردن کودک و والدین با شرایط جدید آموزش و تعریف نمودن اهداف نهایی و تقسیم کردن هر کدام از آنها به اهداف جزئی
جلسه سوم و چهارم	شروع آموزش اهداف جزئی مانند ایجاد تماس چشمی توسط کودک و تقویت فوری آن
جلسه پنجم و ششم	استفاده از روش شکل دهی و تقویت رفتار
جلسه هفتم و هشتم	خاموش سازی رفتارهای نامطلوب کودک با عدم تقویت
جلسه نهم و دهم	جهت دهی به برخی از رفتارهای کلیشه‌ای کودک
جلسه یازدهم و دوازدهم	استفاده اقتصاد ژتونی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی
جلسه سیزدهم و چهاردهم	استفاده از برنامه زنجیره سازی برای اجرای برخی از رفتارهای مطلوب اجتماعی
جلسه پانزدهم	استفاده از روش جبران در صورت انجام رفتارهای نامطلوب، مانند ریختن غذا
جلسه شانزدهم	استفاده از روش اشباع برای تعدیل برخی رفتارهای نامطلوب
جلسه هفدهم	تقویت متناوب و نه پیوسته رفتارهای مطلوب کودک جهت پایداری بیشتر آن رفتارها
جلسه هجدهم	ایجاد رفتارهای مطلوب به روش شکل دهی که فقط رفتار نهایی تقویت شود
جلسه نوزدهم و بیستم	آموزش برخی از رفتارهای اجتماعی مطلوب سطح بالا مانند گفتگو با تلفن

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس تک متغیری تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در مولفه‌های مشکلات رفتاری

اندازه اثر	p	F	MS	df	SS	مولفه‌ها
0/883	0/000	181/881	1985/52	1	1985/53	آسیب به خود
0/826	0/000	113/54	6032/23	1	6032/23	خشم
0/927	0/000	898/391	23092/393	1	23092/393	کلیشه
0/506	0/000	12/311	98/93	2	197/886	آسیب به خود
0/339	0/007	6/15	246/90	2	493/80	خشم
0/150	0/143	2/11	56/043	2	112/08	کلیشه

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	تحلیل رفتار کاربردی		بازی درمانی	
	M±SD	M±SD	M±SD	K-S-Z
پیش‌آزمون	8/5±3/89	10±3/26	7/33±2/7	0/169
پس‌آزمون	4/87±2/16	11±3/46	6±2/56	0/115
پیش‌آزمون	13/25±5/47	18±5/81	13/77±9/75	0/131
پس‌آزمون	8/62±4/56	18/7±5/1	11/55±8/48	0/104
پیش‌آزمون	31±4/50	28/1±2/37	29±7/28	0/179
پس‌آزمون	30/75±4/52	29/2±3/04	25/77±2/56	0/160

در جدول شماره ۴ نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در همه مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد و بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ رفتار کلیشه‌ای تفاوت معنی داری به دست نیامده است ($p < 0/05$).

جدول ۵- میانگین تعدیل شده و خشم استاندارد مولفه‌های مشکلات رفتاری در پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	تحلیل رفتار کاربردی		بازی درمانی		گروه کنترل
	میانگین خطای معیار	میانگین خطای معیار	میانگین خطای معیار	میانگین خطای معیار	
آسیب به خود	4/87	1	6	0/945	0/896
خشم	8/62	2/23	11/55	2/11	18/70
کلیشه	30/75	1/82	25/77	1/17	29/2

همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود میانگین‌های تعدیل شده مولفه‌های مشکلات رفتاری در گروه‌های آزمایشی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر، بازی درمانی و تحلیل رفتار کاربردی بر آسیب به خود، خشم و کلیشه تاثیر داشته است.

برای بررسی تاثیر روش‌های تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر مولفه‌های مشکلات رفتاری (آسیب به خود، پرخاشگری و رفتار کلیشه‌ای) کودکان با اختلال طیف اتیسم از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مولفه‌های مشکلات رفتاری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر سه گروه برابر است ($F_{2,24}=1/31, P=0/10$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مولفه‌های آسیب به خود ($F_{2,24}=0/125, P=0/88$) پرخاشگری ($F_{2,24}=0/441, P=0/08$) و رفتار کلیشه‌ای ($F_{2,24}=0/818, P=0/44$) در گروه‌ها برابر می‌باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای دو گروه برابر است ($F=4/58, P<0/00$) بزرگترین ریشه خطا). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین سه گروه در مولفه‌های مشکلات رفتاری تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=4/58, P<0/00$) بزرگترین ریشه خطا). برای بررسی این که گروه‌های آزمایش و کنترل در کدام یک از مولفه‌های مشکلات رفتاری با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری گزارش شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم بود. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که مشکلات رفتاری در کودکانی که در گروه‌های آزمایش روش تحلیل رفتار کاربردی و بازی درمانی بودند، کاهش معناداری را در این مشکلات نسبت به گروه کنترل نشان دادند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش سامبانگدام، رانگاسوامی و تامیز هراسن، که نشان داد روش تحلیل رفتار کاربردی بر کاهش علایم اختلال طیف اتیسم و رفتارهای سازش نیافته در این افراد موثر است، همسو است (۸). همچنین ودن، ارهارت و پولینگ نیز به مقایسه تاثیر روش تحلیل رفتار کاربردی، داروی رسپریدون و درمان ترکیبی (تحلیل رفتار کاربردی و رسپریدون) بر میزان رفتارهای چالش انگیز این کودکان پرداختند، نتایج مطالعه آنها نیز همسو با یافته‌های این پژوهش است. نتایج آنها نشان داد که هر کدام از این روش‌ها به تنهایی، در کاهش مشکلات رفتاری افراد نقش دارد اما به جهت اثر بخشی بیشتر، بهتر است از درمان ترکیبی استفاده شود (۹). پژوهش‌های دیگری همچون جیکوبسن و فکس نتایجی همسو با این پژوهش داشتند و نشان دادند که روش تحلیل رفتار کاربردی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم نقش دارد (۱۰ و ۱۴).

در پژوهش حاضر مشکلات رفتاری از سه مولفه تشکیل شده است که شامل، آسیب به خود، پر خاشگری و رفتارهای کلیشه‌ای است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که روش تحلیل رفتار کاربردی بر رفتارهای کلیشه‌ای اثر معنی داری ندارد. گلابی، علی پور و زندی، به مطالعه تاثیر مداخله درمانی به روش تحلیل رفتار کاربردی بر درمان کودکان با اختلال طیف اتیسم پرداختند، آنها ۱۰ کودک با اختلال طیف اتیسم را به مدت ۶ ماه تحت آموزش به روش تحلیل رفتار کاربردی قرار دادند، نتایج مطالعاتشان نشان داد که این روش بر افزایش ارتباط و تعامل اجتماعی و همچنین کاهش رفتارهای کلیشه‌ای این کودکان، تاثیر دارد که این

یافته‌ها با مطالعه حاضر همسو نیست (۱۵). نتیجه مطالعات احمدی، صفریان، همتی و خلیلی نیز همسو با نتایج گلابی و همکاران و نا همسو با مطالعه حاضر است (۱۶). احمدی و همکاران ۲۰ نفر از کودکان با اختلال طیف اتیسم را به مدت ۵ سال تحت مداخله به روش تحلیل رفتار کاربردی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها تفاوت معنی داری را در مولفه‌های تعاملات اجتماعی، مشکلات ارتباطی و رفتارهای کلیشه‌ای در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مدت زمان مداخله در اثر بخشی این روش‌ها می‌تواند بسیار مهم باشد. برخی از پژوهشگران بر شدت (۴۰ ساعت در هفته) و مدت (حداقل ۲ سال) مداخله بسیار تاکید دارند (۱۷). بر این اساس می‌توان انتظار داشت هر چه شدت و مدت مداخله بیشتر باشد، تاثیر آن بیشتر خواهد بود.

پژوهش حاضر نشان داد که روش بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم موثر است این نتایج با نتایج پژوهش‌های قبل در حوزه تاثیر روش بازی درمانی بر اختلال رفتاری در کودکان با رشد بهنجار و سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه همسو است (۲۷-۲۴). در حوزه بازی درمانی و مشکلات رفتاری در اختلال طیف اتیسم پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش بازی درمانی بر ۲ مولفه از مشکلات رفتاری یعنی آسیب به خود و پر خاشگری تاثیر معنی داری دارد اما بر مولفه سوم که رفتار کلیشه‌ای است این اثر، معنی دار نیست. لانگ و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بازی مناسب موجب کاهش مشکلات رفتاری در برخی از کودکان با اختلال طیف اتیسم می‌شود که این نتایج با مطالعه حاضر همسو است. از طرف دیگر در مطالعه لانگ و همکاران این نتیجه که بازی درمانی باعث کاهش رفتار کلیشه‌ای می‌شود حاصل شد، که این نتیجه با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست (۲۱). برخی از پژوهش‌های دیگری نیز بازی‌های مناسب را بر کاهش رفتارهای کلیشه‌ای موثر دانسته اند که این نتایج نیز با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد (۲۲ و ۲۳). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت شاید نتایج متفاوت ناشی از تفاوت در ابزارهای متفاوت سنجش باشد و یا شاید حرکات کلیشه‌ای

- of ABA programme for children with autism to improve general development, language and adaptive behaviour. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2014 Jun 1;5(2):192.
9. Weeden M, Ehrhardt K, Poling A. Conspicuous by their absence: Studies comparing and combining risperidone and applied behavior analysis to reduce challenging behavior in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2009 Oct 1;3(4):905-912.
 10. Jacobson JW. Early intensive behavioral intervention: Emergence of a consumer-driven service model. *The Behavior Analyst*. 2000 Oct 1;23(2):149-171.
 11. Ghamari-Givi H, Kian-Ersi F, Nasoudi R, Agh A, Mehrabadi S. The comparison of effectiveness of applied behavioral analysis and treatment-education approach on stereotyped behavior, interactional and communicational problems in autistic children. *Archives of Rehabilitation*. 2012 Oct 15;13(3):25-33. [In Persian].
 12. Bagherzadeh O, Jafarzadeh Jahromi Z. The effectiveness of ABA intervention on children with autism. 6th international congress on child and adolescent psychiatry. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2012. [In Persian].
 13. Mohseni Ejiyeh A, Abedi A, Behnamnejad N. Effectiveness of applied behavior analysis (ABA) for children with autism spectrum disorders in Iran, 2005-2013: a meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015 May 15;21(1):17-25. [In Persian].
 14. Foxx RM. Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008 Oct 1;17(4):821-834.
 15. Golabi P, Alipour A, Zandi B. The effect of intervention by ABA method on children with autism. *JOEC*. 2005; 5 (1):33-54. [In Persian].
 16. Ahmadi, S., Safari, T., Hemmatian, M., Khalili, Z. The Psychometric Properties of Gilliam Autism Rating Scale (GARS). *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2011; 1(1): 87-104. [In Persian].
 17. Birnbrauer JS, Leach DJ. The Murdoch early intervention program after 2 years. *Behaviour change*. 1993 Jun;10(2):63-74.
 18. Landreth GL. *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge; 2012 Apr 27.
 19. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. *Exceptional learners: an introduction to special education (13th Ed)*. Published by Pearson Education, Inc, 2015.
 20. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005 Aug;36(4):376.
 21. Lang R, O'Reilly M, Sigafoos J, Machalicek W, Rispoli M, Lancioni GE, Aguilar J, Fragale C. The effects of an abolishing operation intervention component on play skills, challenging behavior, and stereotypy. *Behavior Modifi-*

به نسبت سایر مشکلات رفتاری، با ثبات تر هستند و برای کاهش آنها احتیاج به جلسات درمانی بیشتر است. همچنین احتمال دارد علت تفاوت، ناشی از تاکید درمانگر بر کاهش میزان پرخاشگری و آسیب به خود و کمتر توجه کردن به حرکات کلیشه‌ای باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تعداد کم آزمودنی‌ها، که موجب کاهش توان تعمیم پذیری یافته‌ها می‌شود و همچنین تعداد کم جلسات درمانی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده حجم نمونه بزرگتری انتخاب شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد و از جلسات درمانی بیشتری استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای طراحی شود که به مقایسه ارتباط بین جلسات درمانی و اثرگذاری مداخلات بپردازد.

References

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
2. Rafati F, Pourmohamadreza-Tajrishi M, Pishyareh E, Mirzaei H, & Biglarian A. Effectiveness of group play therapy on the communication of 5-8 years old children with high functioning autism. *Archives of Rehabilitation*. 2016; 17(3), 200-211. [In Persian].
3. Holden B, Gitlesen JP. A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in developmental disabilities*. 2006 Jul 1; 27(4):456-65.
4. Rojahn J, Matson JL, Lott D, Esbensen AJ, Smalls Y. The Behavior Problems Inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of autism and developmental disorders*. 2001 Dec 1;31(6):577-588.
5. Mukaddes NM, Topcu Z. Case report: Homicide by a 10-year-old girl with autistic disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2006 May 1;36(4):471-474.
6. Nissen JM, Haveman MJ. Mortality and avoidable death in people with severe self-injurious behaviour: results of a Dutch study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1997 Jun;41(3):252-257.
7. Lovaas OI. Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in\bung Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987;55(1):3-9.
8. Sambandam E, Rangaswami K, Thamizharasan S. Efficacy

- cation. 2010 Jul;34(4):267-289.
22. Koegel RL, Firestone PB, Kramme KW, Dunlap G. Increasing spontaneous play by suppressing self-stimulation in autistic children. *Journal of applied behavior analysis*. 1974;7(4):521-528.
 23. Lang R, O'Reilly M, Sigafoos J, Lancioni GE, Machalicek W, Rispoli M, White P. Enhancing the effectiveness of a play intervention by abolishing the reinforcing value of stereotypy for a child with autism: A pilot study. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2009; 42(4): 889-894.
 24. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology*. 1998 Jun 1;27(2):180-9.
 25. Karcher MJ, Lewis SS. Pair counseling: The effects of a dyadic developmental play therapy on interpersonal understanding and externalizing behaviors. *International Journal of Play Therapy*. 2002;11(1):19.
 26. Ashori M, Dallalzadeh Bidgoli F. The Effectiveness of Play Therapy Based on Cognitive-Behavioral Model: Behavioral Problems and Social Skills of Pre-School Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2018 Jul 15;19(2):102-15. [In Persian].
 27. Pirabasi Z, Safarzadeh S. The Effectiveness of Group Play Therapy on Behavioral Problems and Memory Performance of Girl Primary School Students with Special Learning Disorder. *IJPN*. 2018;6 (2) :61-71. [In Persian].
 28. Gonzalez ML, Dixon DR, Rojahn J, Esbensen AJ, Matson JL, Terlonge C, Smith KR. The Behavior Problems Inventory: reliability and factor validity in institutionalized adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2009 May;22(3):223-235.
 29. Rojahn J, Wilkins J, Matson JL, Boisjoli J. A comparison of adults with intellectual disabilities with and without ASD on parallel measures of challenging behaviour: The Behavior Problems Inventory-01 (BPI-01) and Autism Spectrum Disorders-Behavior Problems for Intellectually Disabled Adults (ASD-BPA). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2010 Mar;23(2):179-185.
 30. Van Ingen DJ, Moore LL, Zaja RH, Rojahn J. The Behavior Problems Inventory (BPI-01) in community-based adults with intellectual disabilities: Reliability and concurrent validity vis-à-vis the Inventory for Client and Agency Planning (ICAP). *Research in developmental disabilities*. 2010 Jan 1;31(1):97-107