

# تحول هیجانی کودکان درخودمانده بر اساس مدل تحولی تفاوت‌های فردی

## Emotional Development of Children with Autism based on Developmental, Individual Differences Model

<b>Kobra Abazari</b> Phd Candidate University of Isfahan	<b>Mokhtar Malekpour, PhD</b> Professor at University of Isfahan	<b>مختار ملک‌پور</b> استاد دانشگاه اصفهان	<b>کبری اباذری</b> دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان
<b>Amir Ghamarani, PhD</b> University of Isfahan	<b>Ahmad Abedi, PhD</b> University of Isfahan	<b>احمد عابدی</b> دانشیار دانشگاه اصفهان	<b>امیر قمرانی</b> استادیار دانشگاه اصفهان
<b>Salar Faramarzi, PhD</b> University of Isfahan		<b>سالار فرامرزی</b> دانشیار دانشگاه اصفهان	

### چکیده

این پژوهش به منظور شناخت تحول هیجانی کودکان مبتلا به طیف درخودماندگی بر اساس مدل تحولی مبتنی بر تفاوت‌های فردی انجام شد. بدین منظور ۳۰ کودک مبتلا به طیف درخودماندگی از سه مرکز درخودماندگی به شیوه نمونه‌برداری غیرتصادفی و ۳۰ کودک عادی به شیوه تصادفی در تهران انتخاب شدند و در نهایت برای مقایسه تحول هیجانی دو گروه، به مادران آنها پرسشنامه تحول هیجانی کارکردی (گرین‌اسپن، ۲۰۰۱) داده شد. والدین دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی، سنی و تحصیلات هم‌تا شدند. یافته‌ها نشان داد تحول هیجانی کودکان عادی و درخودمانده در سنین پایین‌تر (۳/۵ - سالگی) در هر شش مرحله تحول هیجانی یعنی خودنظم‌جویی و علاقه به دنیا، صمیمیت، ارتباط دوجانبه، ارتباط پیچیده، باورهای هیجانی، تفکر هیجانی و منطقی تفاوت معنادار با یکدیگر دارد، اما در سن کنونی، در چهار مرحله اول تحول هیجانی تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده نشد، فقط در مهارت‌های پنجم و ششم، کودکان عادی تحول هیجانی بالاتری از کودکان مبتلا به درخودماندگی داشتند. پایین‌تر بودن تحول هیجانی در کودکان مبتلا به درخودماندگی در مراحل پنجم و ششم، ممکن است به دلیل نارسایی پردازش حسی، زبانی و بینایی درخودمانده‌ها باشد.

**واژه‌های کلیدی:** تحول هیجانی، مدل تحولی مبتنی بر تفاوت‌های فردی، درخودماندگی، کودکان

### Abstract

This study aimed to investigate the emotional development of children with autism spectrum disorder on the basis of Developmental, Individual Differences Model (DIR). Thirty autistic children were selected by non-random sampling from 3 autistic centers and 30 typical children were selected randomly from Tehran. The sample's mothers completed the Functional Emotional Questionnaire (Greenspan, 2001). The parents of two groups were matched on socioeconomic status, age and education. The results indicated that there were significant differences between autistic and typical children in terms of 6 stages of emotional development: self-regulation and interest in the world, intimacy, two-way communication, complex communication, emotional ideas, emotional and logical thinking in their lower and previous ages (0-3/5). In the children's current age, there were no significant differences between the two groups in terms of the stages, except for the fifth & sixth stages in which emotional development of typical children were higher than children with autism. The lower emotional development of children with autism in the fifth & sixth stages might be due to the sensory processing, language, and vision defects in autistic children.

**Keywords:** emotional development, developmental, individual differences model, autism, children

received: 20 September 2015

accepted: 17 April 2016

Contact information: mokhtarmalekpour@gmail.com

دریافت: ۹۴/۶/۲۹

پذیرش: ۹۵/۱/۲۹

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص است.

## مقدمه

مدت‌ها هیجان متغیر نامربوط در نظر گرفته می‌شد و حتی در پژوهش‌های روان‌شناختی اولویتی برای آن قائل نبودند (ایسبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶ نقل از پریا و فاریا، ۲۰۱۵). اما اکنون ارتباط بین هیجان و شناخت، ادراک، فرایندهای خودنظم‌جویی<sup>۲</sup> و اجتماعی تأیید و همین مسئله باعث شده توجه فزاینده به بررسی این متغیر معطوف شود (سارنی<sup>۳</sup> و کامپوس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶ نقل از پریا و فاریا، ۲۰۱۵).

هیجان پدیده‌ای چندجانبه و نقطه مشترک بین روان و جسم است (استرادا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸ نقل از پریا و فاریا، ۲۰۱۵). هیجان ابزار اصلی برقراری ارتباط در کودکی است و به طور مستقیم به برقراری رابطه با دیگران مربوط می‌شود (دوون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). هیجان تنظیم‌کننده تعامل‌های اجتماعی است و روابط اجتماعی ما را شکل می‌دهد (هالبرستاد<sup>۷</sup>، دنام<sup>۸</sup> و دونسمور<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱ نقل از بیگر، کوت، ریف، تروت و استج، ۲۰۰۷).

تحول هیجانی محصول عوامل درونی و برونی مانند سیستم اصلی مغز (بخش مرتبط با حیات مانند تغذیه)، تحول شناختی و تعامل اجتماعی (ساپوک، بودسیزس، دیوزبک، داسن و دیفتناچر، ۲۰۱۳) است. بنابراین می‌توان گفت که تحول هیجانی با تعامل اجتماعی، عملکرد حرکتی و ادراکی، واکنش جسمانی و توانایی‌های شناختی تعامل‌های چندجانبه دارد (شکل ۱) (سیکتی<sup>۱۰</sup> و گانبیان<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۰، گرین‌اسپن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷ نقل از ساپوک و دیگران، ۲۰۱۳). به طور کلی کودکان مبتلا به درخودماندگی دچار نارسایی کیفی اجتماعی و ارتباطی هستند (بهاری، حسین‌پور و امیری، ۱۳۸۹؛ لطیفی، ۱۳۹۰). بنابراین لازم است زمینه اجتماعی در تحول هیجان در نظر گرفته شود (آلداو و نلون‌هوکسما، ۲۰۱۲؛ ویسر و بروچ، ۲۰۱۲).

پردازش هیجانی را نارسایی اصلی کودکان مبتلا به طیف درخودماندگی می‌دانند. در برخی از پژوهش‌ها مشکلاتی در درک، شناسایی، فهم، بیان و تنظیم هیجان‌ها در کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی مشخص شده است (بولت و پاسکا، ۲۰۰۳؛ بولت، فنیس-ماتئوس و پاسکا، ۲۰۰۸؛ کاساری، جهرمی و گولسرود، ۲۰۱۲). نارسایی در ارتباط

دوجانبه اجتماعی مانند نارسایی در توجه اشتراکی<sup>۱۳</sup>، لبخند واکنشی<sup>۱۴</sup> و فرایند خیره شدن به چشم<sup>۱۵</sup> در کآودکان درخودمانده دیده می‌شود. این مسئله کاهش فرصت‌های مشارکت با تجربه‌های هیجانی دیگران و نمونایافتگی در توانایی‌های اجتماعی-هیجانی را در پی دارد (استرلینگ<sup>۱۶</sup> و داوسون<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۴، بویتلر<sup>۱۸</sup> و واندرویس<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۷ نقل از ساپوک و دیگران، ۲۰۱۳). تشخیص هیجان به عنوان فنوتیپ درخودماندگی<sup>۱۹</sup> مطرح است. در همین راستا در برخی از بررسی‌ها مشخص شده است که افراد مبتلا به درخودماندگی در تشخیص هیجان‌ها دچار مشکل هستند (انجمن روان‌پزشکی امریکا<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۰؛ بال و دیگران، ۲۰۱۰؛ لولاند، ۲۰۰۵؛ مالتا، لسی و برکلی، ۲۰۰۹؛ پالرمو، پاسکولتی، بارتی، انتلیجنت و رسانی، ۲۰۰۶). نارسایی اصلی افراد مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی آن است که از طریق نگاه کردن در چشمان دیگران نمی‌توانند حالت‌های روانی پیچیده آن‌ها را درک کنند (آدولف، سسیر و پیون، ۲۰۰۱؛ بارون-کوهن، ویلرایت، اسکینر، مارتین و کلابی، ۲۰۰۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به درخودماندگی حس دوست داشتن و عشق به‌ویژه به مادر، پدر و مراقبانشان دارند و این حس را نشان می‌دهند. به دلیل متفاوت بودن نیمرخ حسی کودکان درخودمانده با کودکان عادی، این کودکان به‌تدریج از مسیر تحول عادی منحرف و دچار اختلال شدید در شکل‌گیری زبان و قوه تجسم می‌شوند (گرین‌اسپن و وایدرا، ۱۹۹۷). بررسی تحول هیجانی در ۲۸۹ بزرگسال مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی همراه با عقب‌ماندگی ذهنی و بدون عقب‌ماندگی ذهنی نیز نشان می‌دهد که افراد عقب‌مانده ذهنی که دارای اختلال درخودماندگی هم هستند از گروه عقب‌ماندگان ذهنی بدون وجود نشانه‌های درخودماندگی، تحول هیجانی پایین‌تری (حدود ۱ تا ۲ سال) دارند (ساپوک و دیگران، ۲۰۱۳).

درمقابل، پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به طیف درخودماندگی، در درک و شناسایی هیجان مشکل ندارند (ترسی، رایبیز، اسکریبر و سولومون، ۲۰۱۱؛ هیبری، کلتر و

1. Eisenberg, N.

2. self-regulation processes

3. Saarni, C.

4. Campos, J.

5. Estrada, R.

6. Halberstadt, A. G.

7. Denham, S. A.

8. Dunsmore, J. C.

9. Cicchetti, D.

10. Ganbani, J.

11. Greenspan, S. J.

12. joint attention

13. reactive smiling

14. eye gaze processing

15. Osterling, J.

16. Dawson, T.

17. Buitelaar, J. K.

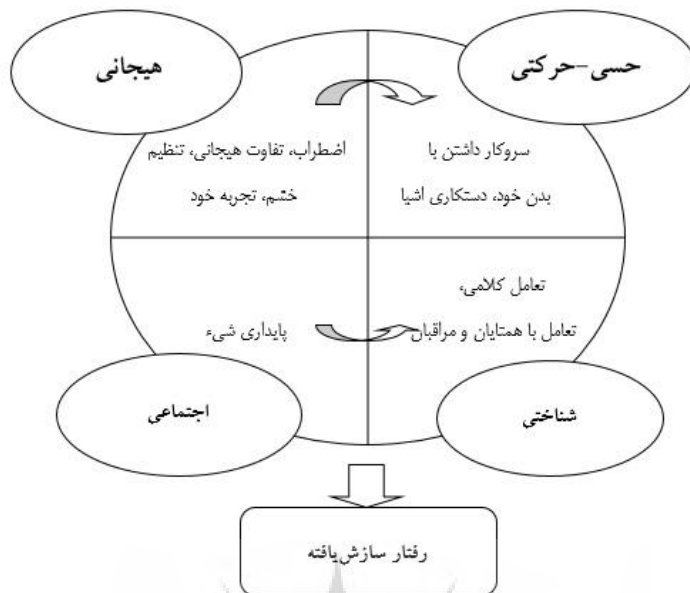
18. Van der Wees, M.

19. autism phenotype

20. American Psychiatric Association

گروه کنترل، نقایص چندانی از نظر سرعت و دقت در شناسایی هیجان‌های ساده و پیچیده ندارند.

کاپس، ۲۰۰۳). برای مثال ترسی و دیگران (۲۰۱۱) دریافتند که کودکان و نوجوانان مبتلا به طیف درخودماندگی در قیاس با



شکل ۱. رابطه چندجانبه تحول هیجانی با تحول اجتماعی، عملکرد حرکتی و ادراکی، واکنش جسمانی و توانایی‌های شناختی (برگرفته شده از ساپوک، ۲۰۱۳).

دوجانبه باعث می‌شود کودک احساس کند که می‌تواند بر دنیا تأثیر بگذارد. بدون برقراری ارتباط دوجانبه کودک نمی‌تواند هویت خود را بشناسد و در این صورت نمی‌داند که دنیا جای منطقی است. ارتباط پیچیده<sup>۷</sup> (۲۴-۹ ماهگی)؛ در این مرحله کودک هیجان‌هایی مانند صمیمیت، کنجکاوی جسورانه، لذت بردن، ترس و عصبانیت را تجربه می‌کند. باورهای هیجانی<sup>۸</sup> (۴- ۱/۵ سالگی)؛ کودک از طریق بازی‌ها یاد می‌گیرد از نمادها برای نشان دادن چیزهای مختلف استفاده کند و از این طریق دایره واژگان در او گسترش می‌یابد. در نهایت می‌تواند از آن‌ها برای برآورده کردن نیازهای خود استفاده کند. تفکر هیجانی و منطقی (۵-۳ سالگی)؛ در این مرحله کودک قادر است دامنه گسترده‌ای از هیجانات را در بازی‌هایش بروز دهد و از طریق کسب تجارب خودش را بیشتر بشناسد (گرین‌اسپن و وایدر، ۱۹۹۸).

شناخت تحول هیجانی کودکان درخودمانده و کودکان دچار ناتوانی تحولی، علاوه بر اهمیت در کسب اطلاعات اساسی برای بازپروری، برای شناسایی و تشخیص این کودکان نیز مفید است. بنابراین مشخص کردن انحراف در تحول هیجانی، در تشخیص

به طور کلی تحول هیجانی نقش مهمی در شکل‌دهی به رفتار و توانایی‌های سازشی<sup>۱</sup> فرد ایفا می‌کند. افراد، براساس سطح تحول هیجانی و نیازها و انگیزه‌های هیجانی خود، توانایی‌های متفاوت برای سازش با محیط دارند و در نتیجه الگوهای رفتاری متفاوتی نشان می‌دهند. بدیهی است که ابعاد تحول هیجانی عامل مهمی در سنجش رفتار سازش‌یافته<sup>۲</sup> به شمار می‌آید. همچنین سطح تحول هیجانی عامل مهمی در بروز رفتار سازش‌یافته و آسیب‌های روان‌شناختی<sup>۳</sup> است (داوسن و دیگران، ۲۰۰۴). با این حال بررسی‌های اندکی در مورد تحول هیجانی از دوران کودکی انجام شده است. گرین‌اسپن و وایدر (۱۹۹۸) با بررسی تحول هیجانی دریافتند هیجان عامل مهمی برای تحول همه فعالیت‌های ذهنی انسان است. آن‌ها شش مرحله را در تحول هیجانی مطرح کردند: خودنظم‌جویی و علاقه به دنیا<sup>۴</sup> (۳-۰ ماهگی)؛ از این نظر توانایی حفظ آرامش خود و آگاهی از حس‌ها، پایه سلامت عقلانی، اجتماعی و هیجانی است. صمیمیت<sup>۵</sup> (۷-۲ ماهگی)؛ به دست آوردن این مهارت موجب پیوند مهارت‌های زبانی، حرکتی و شناختی می‌شود. ارتباط دوجانبه<sup>۶</sup> (۱۰-۳ ماهگی)؛ تعامل‌های

- |                      |   |                          |
|----------------------|---|--------------------------|
| 1. ability to adapt  | 4. self- regulation and interest in the world | 7. complex communication |
| 2. adaptive behavior | 5. intimacy                                   | 8. emotional ideas       |
| 3. psychopathology   | 6. two-way communication                      |                          |

و ارزیابی این کودکان کاربرد دارد (سوزوکی، ۲۰۱۱). علاوه بر این، در اکثر پژوهش‌های مطرح‌شده در مورد تحول هیجانی، تحول هیجانی کارکردی گرین‌اسپن، که بر اساس ۶ مهارت اساسی تحولی است، بررسی نشده و صرفاً بررسی‌ها بر اساس جلوه‌های چهره‌ای هیجان بوده است. بنابراین با توجه به این ضرورت، این پژوهش با هدف مقایسه تحول هیجانی کودکان مبتلا به طیف درخودماندگی و کودکان عادی، بر اساس مدل تحول هیجانی گرین‌اسپن (۶ مرحله تحول اساسی) انجام شد تا بر این اساس مراحل از تحول هیجانی مشخص شود که احتمالاً در آن‌ها کودکان درخودمانده از کودکان عادی عقب‌تر هستند. نتایج این پژوهش در ارزیابی و تشخیص به‌کار درمانگران می‌آید و در عین حال در فرایند بازپروری مفید خواهد بود.

## روش

جامعه آماری این پژوهش همه کودکان درخودمانده و عادی ۳ تا ۷ سال ساکن شهر تهران بود. به این منظور سه مرکز درخودماندگی در تهران و از این مراکز ۴۴ کودک مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی انتخاب شدند که والدین آن‌ها در پر کردن پرسشنامه همکاری کردند. مصاحبه با والدین برای ارزیابی معیارهای اختلال طیف درخودماندگی بر اساس دستورالعمل آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی چاپ چهارم<sup>۱</sup> (DSM-IV) انجام شد. در عین حال از پرسشنامه گیلیام (۱۹۹۵) نیز برای تکمیل مصاحبه و به منظور تکمیل ارزیابی تشخیص درخودماندگی استفاده شد. از این ۴۴ کودک ۱۰ نفر فاقد معیارهای تشخیصی درخودماندگی بودند و چهار والد نیز در تکمیل پرسشنامه همکاری نکردند و پرسشنامه‌ها را ناقص تحویل دادند و به همین دلیل از گروه حذف شدند. بالاخره فرزندان ۳۰ مادری که کودکان آن‌ها نشانه‌های اختلال طیف درخودماندگی داشتند و در تکمیل پرسشنامه‌ها به طور کامل همکاری کرده بودند، به عنوان نمونه کودکان درخودمانده در نظر گرفته شدند. برای مقایسه نیز ۳۰ کودک زیر ۷ سال عادی (۷-۳ ساله) از مهد کودک‌های تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند. ارزیابی‌های پژوهشگر، از طریق مصاحبه بر اساس DSM-IV و پرسشنامه گیلیام نشان داد که هیچ‌کدام از این کودکان دارای

معیارهای تشخیصی اختلال طیف درخودماندگی نیستند و همه والدین نیز در تکمیل پرسشنامه همکاری کردند. دو گروه والدین کودکان درخودمانده و عادی از نظر وضعیت تحصیلی، اقتصادی و سنی هم‌تا شدند.

معیارهای شرکت در این پژوهش برای کودکان مبتلا به درخودماندگی دامنه سنی ۱۳-۳ سال با توجه به معیارهای تشخیصی DSM-IV و پرسشنامه گیلیام، نداشتن مشکل جسمانی حاد مثل مشکل بینایی، حرکتی، شنوایی و صرع و... در کودکان مبتلا به طیف درخودماندگی و نبود مشکل مزمن روان‌پزشکی و جسمانی در مادران بود. معیارهای ورود کودکان عادی، نداشتن معیار تشخیص درخودماندگی بر اساس مصاحبه روان‌پزشکی و پرسشنامه گیلیام، نبود مشکل مزمن روان‌پزشکی و جسمانی در مادران، دامنه سنی ۱۳-۳ سال و نداشتن مشکل حاد جسمی و ذهنی مانند عقب‌ماندگی ذهنی، مشکل بینایی، شنوایی، حرکتی و صرع بود.

همچنین در این پژوهش، در گروه کودکان درخودمانده ۱۰ نفر دختر و ۲۰ نفر پسر و در گروه کودکان عادی ۱۵ نفر پسر و ۱۵ نفر دختر بودند. میانگین سن آزمودنی‌های درخودمانده ۵/۵ سال و آزمودنی‌های عادی ۴/۹ سال بود. میانگین سن مادر کودکان درخودمانده ۳۴ سال و پدر ۳۹ سال، میانگین سن مادر کودکان عادی ۳۰ سال و پدر ۳۴/۴ سال بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

**مقیاس تحول هیجان کارکردی<sup>۲</sup>** (گرین‌اسپن، دیگانگی و وایدنر، ۲۰۰۱). این مقیاس ۳۵ ماده دارد و نیمرخ تحولی کودکان را در دو سطح گذشته‌نگر<sup>۳</sup> (۳/۵-۰ سالگی) و وضعیت کنونی ترسیم می‌کند. مادران، ابتدا ماده‌های سطح گذشته‌نگر را بر اساس مقیاس درجه‌بندی‌شده لیکرت با استفاده از شش گزینه (نمی‌توانم بگویم، هرگز، گاهی اوقات، به طور متوسط، اکثراً، همیشه) از صفر تا ۵ نمره‌گذاری می‌کنند. در مرحله دوم، همه ماده‌ها را برای وضعیت کنونی کودک در چهار سطح (این رفتار را هنوز نشان نمی‌دهد، گاهی این رفتار را نشان می‌دهد، همیشه این رفتار را نشان می‌دهد، این رفتار را دارد، اما به هنگام تنیدگی و اضطراب نشان نمی‌دهد) از یک تا ۴ نمره‌گذاری می‌کنند. در این شش مرحله تحول هیجانی به

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., TR)

3. retrospective

2. Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)

۴۲ و حداقل آن صفر است. نمره کلی ترازشده هر کودک حداکثر ۱۴۰ و حداقل صفر است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده مشکل در آن زیرمقیاس است. اعتبار این مقیاس در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. بررسی‌ها نشان‌دهنده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای رفتارهای کلیشه‌ای، ۰/۸۹ برای ارتباط، ۰/۹۳ برای تعامل اجتماعی، ۰/۸۸ برای اختلال‌های تحولی و ۰/۹۶ برای نشانه‌شناسی درخودماندگی است.

روایی مقیاس نیز از طریق مقایسه با سایر ابزارهای تشخیصی درخودماندگی تأیید و از طریق چند بررسی نشان داده شده است (گیلیام، ۱۹۹۵ نقل از احمدی، صفری، همتیان و خلیلی، ۱۳۹۰). اعتبار این آزمون در ایران برای رفتارهای کلیشه‌ای با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴، برقراری ارتباط ۰/۹۲، تعامل‌های اجتماعی ۰/۷۳، اختلال‌های تحولی ۰/۸۰ و برای نمره کل ۰/۸۹ مشخص شده است (احمدی و دیگران، ۱۳۹۰).

#### یافته‌ها

نمره‌های میانگین و انحراف استاندارد دو گروه کودکان مبتلا به درخودماندگی و عادی در شش مهارت اساسی تحول هیجانی، با نگاه گذشته‌نگر (یعنی دامنه سنی صفر تا ۳/۵ سال)، در جدول ۱ آمده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره‌های کودکان عادی، در همه شش مرحله تحولی، بالاتر از میانگین نمره‌های کودکان درخودمانده است. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه کودکان عادی و درخودمانده در سن کنونی آن‌ها آمده است.

لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین بین گروه‌ها در تحول هیجانی سنین قبلی (دامنه سنی صفر تا ۳/۵ سال)، به این ترتیب است:  $F=12/95$ ،  $df=6$ ،  $P<0/000$ ، توان آزمون=۱). سطح معناداری به‌دست‌آمده زیر ۰/۰۵، نشان می‌دهد که دو گروه کودکان درخودمانده و عادی در تحول هیجانی تفاوت معنادار با یکدیگر دارند. نمره بالا در توان آزمون، در این پژوهش هم نشان‌دهنده کافی بودن حجم نمونه است و نشان می‌دهد که خطای نوع دوم رخ نداده است.

تفکیک بررسی می‌شود. ماده‌های هر مرحله عبارت است از: مرحله خودنظم‌جویی و علاقه به‌دنیا (ماده‌های ۱۱-۱)، مرحله صمیمیت (ماده‌های ۱۲-۱۳)، مرحله ارتباط دوجانبه (ماده‌های ۲۱-۱۴)، مرحله ارتباط پیچیده (ماده‌های ۲۲-۲۴)، مرحله باورهای هیجانی (ماده‌های ۲۵-۲۸) و مرحله تفکر منطقی (ماده‌های ۳۵-۲۹).

به منظور بررسی روایی مقیاس تحول هیجانی کارکردی گرین‌اسپن و وایدر (۱۹۹۷) در دو وضعیت قبلی و کنونی از روایی سازه استفاده شد. مقیاس‌های تحول هیجانی در دو وضعیت هیجانی قبلی و کنونی همبستگی معناداری با نمره کل مقیاس داشتند. ضریب روایی مقیاس تحول هیجانی کارکردی برای مقیاس تحول هیجانی کودکان، ۰/۸۹ برآورد شد. این مسئله نشان‌دهنده روایی همسانی درونی مطلوب آزمون است (گرین‌اسپن و دیگران، ۲۰۰۱). اعتبار این مقیاس در این پژوهش نیز برای تحول هیجانی قبلی ۰/۹۶ و برای تحول هیجانی کنونی ۰/۸۸ به دست آمد.

#### مقیاس درجه‌بندی درخودماندگی گیلیام<sup>۱</sup>. این مقیاس

چک‌لیستی است که به تشخیص افراد با اختلال درخودماندگی کمک می‌کند. این مقیاس در سال ۱۹۹۴ هنجارسازی شد و معرف ویژگی‌هایی از درخودماندگی روی گروه نمونه ۱۰۹۴ نفری از ۴۶ ایالت از کلمبیا، پروتوریکا و کاناداست. مقیاس درجه‌بندی درخودماندگی گیلیام بر اساس تعاریف جامعه درخودماندگی آمریکا<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) و انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) و با اتکا بر DSM-IV تهیه شده است. این مقیاس برای اشخاص ۲۲-۳ سال مناسب است و والدین و متخصصان می‌توانند آن را در مدرسه یا منزل تکمیل کنند. این مقیاس شامل چهار زیرمقیاس و هر زیرمقیاس شامل ۱۴ ماده است. نمره هر ماده بین صفر تا سه است. نخستین زیرمقیاس رفتارهای کلیشه‌ای<sup>۳</sup>، اختلال‌های حرکتی<sup>۴</sup> و رفتارهای عجیب‌وغریب را توصیف می‌کند. زیرمقیاس دوم مربوط به برقراری ارتباط است که به توصیف رفتارهای کلامی<sup>۵</sup> و غیرکلامی<sup>۶</sup> می‌پردازد که نشانه‌هایی از درخودماندگی است. سومین زیرمقیاس تعامل اجتماعی را می‌سنجد و چهارمین زیرمقیاس برای بررسی اختلال‌های تحولی، ماده‌های کلیدی را درباره سیر تحولی کودکی افراد مطرح می‌کند. حداکثر نمره هر یک از سه زیرمقیاس رفتارهای تکراری، ارتباط و تعامل اجتماعی

1. Gilliam Autism Rating Scale  
2. American Autism Society

3. nonverbal behaviors  
4. kinetic disorders

5. verbal behaviours  
6. nonverbal behaviors

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد شش مهارت اساسی تحول هیجانی در سن قبلی کودکان درخودمانده و عادی

SD	M	گروه	تحول هیجانی قبلی
۱۵/۴۰	۳۱/۵	درخودمانده	مهارت اساسی ۱
۱۱/۲۰	۳۹/۰۴	عادی	خودنظم‌جویی و علاقه‌به‌دنیا
۱۳/۷۲	۳۵/۵۱	کل	
۳/۵۵	۵/۵۴	درخودمانده	مهارت اساسی ۲
۱/۸۱	۸/۳۲	عادی	صمیمیت
۳/۰۷	۷/۰۲	کل	
۱۰/۶۲	۱۹/۷۲	درخودمانده	مهارت‌های اساسی ۳
۶/۸۷	۳۱/۳۲	عادی	ارتباط دوجانبه
۱۰/۵۰	۲۵/۸۹	کل	
۳/۳۰	۶/۰۴	درخودمانده	مهارت اساسی ۴
۳/۱۴	۱۱/۶۰	عادی	ارتباط پیچیده
۴/۲۴	۹	جمع	
۳/۳۰	۶/۵۴	درخودمانده	مهارت اساسی ۵
۴/۱۳	۱۴/۲۸	عادی	باورهای هیجانی
۵/۳۹	۱۰/۶۵	جمع	
۴/۲۰	۹/۰۴	درخودمانده	مهارت اساسی ۶
۹/۱۹	۲۳/۴۸	عادی	تفکر هیجانی و منطقی
۱۰/۲۵	۱۶/۷۲	جمع	

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد شش مهارت اساسی تحول هیجانی در سنین کنونی کودکان درخودمانده و عادی

SD	M	گروه	تحول هیجانی کنونی
۵/۰۵	۳۱/۵۲	درخودمانده	مهارت اساسی ۱
۵	۳۱/۹۰	عادی	خودنظم‌جویی و علاقه به دنیا
۴/۹۵	۳۱/۷۲	کل	
۱/۳۵	۵/۷۰	درخودمانده	مهارت اساسی ۲
۰/۶۰	۵/۹۵	عادی	صمیمیت
۱/۰۱	۵/۸۳	کل	
۶/۴۲	۲۲/۷۰	درخودمانده	مهارت اساسی ۳
۳/۵۴	۲۲/۳۵	عادی	ارتباط دوجانبه
۴/۹۹	۲۲/۵۱	کل	
۲/۵۲	۷/۵۸	درخودمانده	مهارت اساسی ۴
۱/۴۳	۸/۵۵	عادی	ارتباط پیچیده
۲/۰۳	۸/۱۰	کل	
۳/۵۴	۸/۲۳	درخودمانده	مهارت اساسی ۵
۱/۸۷	۱۱/۶۵	عادی	باورهای هیجانی
۳/۲۲	۱۰/۰۸	کل	
۳/۷۴	۹/۹۴	درخودمانده	مهارت اساسی ۶
۴/۴۱	۲۰/۶۵	عادی	تفکر هیجانی و منطقی
۶/۷۶	۱۵/۷۲	کل	

تحول هیجانی دیده می‌شود.

لامبدای ویلکز برای تفاوت بین گروه‌ها در تحول هیجانی سنین کنونی به این ترتیب است: ( $F=10/84$ ،  $P<0/05$ ،  $df=6$ )، توان آزمون ( $=1$ )، در تحول کنونی نیز تفاوت

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین دو گروه کودکان عادی و درخودمانده در هر شش مهارت اساسی تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که در گروه کودکان مبتلا به درخودماندگی سطح تحول هیجانی پایین‌تر در هر شش مرحله

معنادار بین میانگین‌های دو گروه در زیرمقیاس‌های تحول هیجانی کنونی کودکان وجود دارد. نمره توان آزمون نیز نشان می‌دهد که خطای نوع دوم رخ نداده و حجم نمونه کافی بوده است.

### جدول ۳

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بین آزمودنی‌ها در شش مهارت اساسی تحول هیجانی در سنین قبلی کودکان

توان آماری	میزان تأثیر	F	تحول هیجانی
۰/۴۷	۰/۰۷۷	۳/۷۴*	مهارت اساسی ۱
۰/۹۱	۰/۲۰۷	۱۱/۷۵*	مهارت اساسی ۲
۰/۹۹	۰/۳۱۰	۲۰/۷*	مهارت اساسی ۳
۱	۰/۴۳۶	۳۴/۷۹*	مهارت اساسی ۴
۱	۰/۵۲۲	۴۹/۱۸*	مهارت اساسی ۵
۱	۰/۵۰۲	۴۵/۶۹*	مهارت اساسی ۶

\* $P < 0.05$

### جدول ۴

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بین آزمودنی‌ها در شش مهارت اساسی تحول هیجانی در سنین کنونی کودکان

توان آماری	میزان تأثیر	F	تحول هیجانی
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵	مهارت اساسی ۱
۰/۱۰	۰/۰۱۵	۰/۵۲	مهارت اساسی ۲
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۴۵	مهارت اساسی ۳
۰/۲۹	۰/۰۵۷	۱/۲۰	مهارت اساسی ۴
۰/۹۵	۰/۲۸۶	۱۴/۰۱*	مهارت اساسی ۵
۱	۰/۶۳۹	۶۱/۹۳*	مهارت اساسی ۶

\* $P < 0.05$

به‌دنیای، صمیمیت، باورهای هیجانی، ارتباط پیچیده، ارتباط دوجانبه، تفکر هیجانی و منطقی، تفاوت معنادار وجود دارد؛ یعنی کودکان مبتلا به درخودماندگی از زمان تولد تا ۳/۵ سالگی در همه این شش مرحله تحولی پایین‌تر از کودکان عادی هستند. برخی از پژوهش‌های دیگر (برای مثال آدولف و دیگران، ۲۰۰۱؛ بال و دیگران، ۲۰۱۰؛ بارون کوهن و دیگران، ۲۰۰۱؛ بولت و پاسکا، ۲۰۰۳؛ بولت و دیگران، ۲۰۰۸؛ کاساری و دیگران، ۲۰۱۲؛ لولاند، ۲۰۰۵؛ مالتا و دیگران، ۲۰۰۹)، نیز همخوان با نتایج این پژوهش، چنین مطرح کرده‌اند که کودکان مبتلا به درخودماندگی در تحول هیجانی، درک و شناسایی هیجان پایین‌تر از کودکان عادی هستند، اما در همه این پژوهش‌ها از ابزارهای متفاوت با پژوهش حاضر برای سنجش تحول هیجانی استفاده شده و اغلب اساس کار بیانات چهره‌ای هیجان و درک و تنظیم هیجان بوده است. نارسایی در ارتباط دوجانبه اجتماعی در کودکان درخودمانده،

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، دو گروه در مهارت‌های اساسی اول تا چهارم تفاوت معنادار با یکدیگر ندارند، اما در مهارت‌های اساسی ۵ ( $P=0.05, F=14.01$ ) و ۶ ( $P=0.05, F=61.93$ ) بین کودکان درخودمانده و عادی تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که در سن کنونی، کودکان درخودمانده نسبت به کودکان عادی نمره‌های پایین‌تری در زمینه مهارت‌های اساسی ۵ و ۶ گرفته‌اند.

### بحث

این پژوهش به منظور شناخت تحول هیجانی کودکان مبتلا به درخودماندگی و مقایسه آن‌ها با کودکان عادی بر اساس مدل تحولی گرین‌اسپن، مبتنی بر تفاوت‌های فردی کودکان، انجام شد. نتیجه تحلیل آماری در این پژوهش نشان داد که بین این دو گروه از کودکان در سنین قبلی آن‌ها در هر شش مرحله تحول هیجانی، یعنی خودنظم‌جویی و علاقه

باعث کاهش تعامل‌های هیجانی با دیگران و ازدست رفتن نویافتگی در توانایی‌های اجتماعی-هیجانی می‌شود (استرلینگ و داوسون، ۱۹۹۴، بویتلر و واندرویس، ۱۹۹۷ نقل از ساپوک و دیگران، ۲۰۱۳). همچنین تحول هیجانی پایین‌تر در افرادی که علاوه بر عقب‌ماندگی ذهنی دچار اختلال درخودماندگی هم هستند نسبت به افراد عقب‌مانده ذهنی بدون اختلال درخودماندگی دیده می‌شود (ساپوک و دیگران، ۲۰۱۳).

گرین‌اسپن نیز، موافق با نتایج این پژوهش چنین نظر داده است که افراد مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی، به علت نیمرخ حسی متفاوت با کودکان عادی، به تدریج از مسیر تحول عادی منحرف و دچار نقص در شکل‌گیری زبان و قوه تجسم می‌شوند (گرین‌اسپن و وایدر، ۱۹۹۷).

با این حال در برخی از پژوهش‌ها نبود تفاوت میان کودکان عادی و کودکان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی در درک و شناسایی هیجان مطرح شده است (ترسی و دیگران، ۲۰۱۱؛ هیبری و دیگران، ۲۰۰۳). هیبری و دیگران (۲۰۰۳) دریافتند که تفاوت هیجانی کودکان درخودمانده و عادی، در هیجان‌های هشبار<sup>۱</sup> است و در هیجان‌های ناهشبار<sup>۲</sup> تفاوتی بین دو گروه مشاهده نمی‌شود (هیبری و دیگران، ۲۰۰۳). همچنین ترسی و دیگران (۲۰۱۱) مطرح کردند که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال طیف درخودماندگی، در تشخیص سریع و درست هیجان‌هایی مانند غرور و هیجان‌های پیچیده اجتماعی تفاوتی با کودکان عادی ندارد. البته ابزار به‌کار رفته در بررسی تحول هیجانی در این پژوهش‌ها با ابزار پژوهش حاضر متفاوت بوده است.

در این پژوهش، علاوه بر بررسی تحول هیجانی کودکان مبتلا به درخودماندگی و عادی در سنین قبلی، تحول هیجانی آن‌ها نیز در سن کنونی بررسی شد و نتیجه این بررسی نشان داد که کودکان مبتلا به درخودماندگی در سن کنونی و در چهار مرحله اول تحول هیجانی یعنی خودنظم‌جویی و علاقه به دنیا، صمیمیت، ارتباط دوجانبه و ارتباط پیچیده تفاوت معنادار با کودکان عادی نداشتند، ولی در دو مرحله آخر تحول هیجانی، یعنی باورهای هیجانی و

تفکر منطقی، تفاوت معنادار با کودکان عادی دارند. در کودکان با تحول بهنجار، این شش مرحله تحولی باید تا چهارسالگی تحقق یابد و هرچه کودک بزرگ‌تر می‌شود در این مهارت‌ها نویافتگی و غنای بیشتری پیدا می‌کند. برخی از کودکان، مثلاً کودکان با نیازهای خاص، با وجود داشتن محیط خانوادگی گرم و به‌رغم بهره‌مندی از تربیت مناسب، به همه این مراحل دست نمی‌یابند و این مسئله ممکن است به دلیل مشکلات و نارسایی‌هایی در پردازش حسی<sup>۳</sup>، برنامه‌ریزی حرکتی<sup>۴</sup>، پردازش شنیداری<sup>۵</sup>، مهارت‌های زبانی<sup>۶</sup> و پردازش بینایی<sup>۷</sup> باشد. به طور کلی کودکان دچار مشکلات تحولی، به دلیل داشتن مشکلات بیولوژیک، نمی‌توانند مهارت‌های مرتبط با کل مراحل تحول هیجانی را کسب کنند (گرین‌اسپن و وایدر، ۱۹۹۷). این مشکلات موجب می‌شود برقراری رابطه و ایجاد تعامل با والدین و مراقبان برای کودک دشوار شود و به این دلیل مانعی برای یادگیری، پاسخ‌دهی و تحول ایجاد می‌کند. بنابراین لازم است طراحی مداخله درمانی با در نظر گرفتن این مشکلات بیولوژیک انجام شود (گرین‌اسپن و وایدر، ۱۹۹۷).

گروه مورد مطالعه در این پژوهش، همگی از مراکز درخودماندگی انتخاب شدند و طبق بررسی پژوهشگر از سنین کم (میانگین سنی ۲/۸ سالگی) تحت مداخله‌های توان‌بخشی تحلیل کاربردی رفتار<sup>۸</sup>، کاردرمانی ذهنی<sup>۹</sup> و جسمانی و گفتاردرمانی قرار داشتند و این مسئله احتمالاً از دلایل پیشرفت تحول هیجانی کودکان درخودمانده (در چهار مرحله اول مهارت‌های اساسی) در سن کنونی بوده است. در هر صورت با توجه به نتایج این پژوهش، اکثر کودکان مبتلا به طیف درخودماندگی حتی با دریافت مداخله‌های رفتاری اساسی و درمان‌های مکمل نمی‌توانند به سطح بالای تحول هیجانی دست یابند و این مسئله نشان می‌دهد که این کودکان علاوه بر درمان‌ها و مداخله‌هایی که در مراکز درخودماندگی دریافت می‌کنند، نیازمند مداخله‌های دیگر مانند مداخله‌های تحولی و درمان‌های مبتنی بر روابط هستند. همچنین نتایج این پژوهش، درباره معناداری تفاوت کودکان درخودمانده و عادی

1. self-conscious emotions

2. non-self-conscious emotions

3. sensory processing

4. motor planning

5. auditory processing

6. language skills

7. visual processing

8. applied behavioral analysis

9. mental occupational therapy



influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behavior Research Therapy*, 50, 493-501.

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

Bal, E., Harden, E., Lamb, D., Van Hecke, A., Denver, J. W., & Porges, S. W. (2010). Emotion recognition in children with autism spectrum disorders: Relations to eye gaze and auto-nomic state. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 358-370.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/ high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 31, 5-17.

Begeer, S., Koot, H. M., Rieffe, C., Terwogt, M., & Stegge, H. (2008). Emotional competence in children with autism: Diagnostic criteria and empirical evidence. *Developmental Review*, 28, 336-342.

Boˆlte, S., & Poustka, F. (2003). The recognition of facial affect in autistic and schizophrenic subjects and their first-degree relatives. *Psychological Medicine*, 33, 907-915.

Boˆlte, S., Feineis-Matthews, S., & Poustka, F. (2008) Brief report: emotional processing in high-functioning autism - physiological reactivity and affective report. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 38, 776-781.

Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A., & Liaw, J. (2004). Early social

در تحول هیجانی قبلی و کنونی آن‌ها، برای ارزیابی جامع تشخیصی این کودکان با استفاده از این ابزار تحول هیجانی، مفید خواهد بود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، تفکیک نشدن کودکان دچار درخودماندگی خفیف و شدید و همچنین تفکیک نشدن کودکان از نظر جنسی و مقایسه این دو گروه از نظر تحول هیجانی، به دلیل پایین بودن حجم نمونه در این پژوهش بود. محدودیت دیگر این پژوهش به‌خصوص برای ارزیابی تحول هیجانی کنونی کودکان این است که از کودکانی استفاده شده که تحت مداخله قرار داشتند و همین عامل مداخله ممکن است در تحول هیجانی آن‌ها تأثیرگذار بوده باشد. با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این فرایند با حجم نمونه وسیع‌تر، به منظور مقایسه گروه‌های مختلف کودکانی که در طیف درخودماندگی قرار می‌گیرند و همچنین به منظور مقایسه بین دو جنس تکرار و همچنین تأثیر مداخله‌ها (مثلاً مداخله‌های تحولی) در تحول هیجانی این کودکان بررسی شود.

## منابع

- احمدی، ا. صفری، ط.، همتیان، م. و خلیلی، ز. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی آزمون تشخیصی درخودماندگی (GARS). *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱، ۸۴-۱۰۴.
- بهاری، ع.، حسین‌پور، ع. و امیری، ش. (۱۳۸۹). تعامل‌های اجتماعی و رفتاری تکراری کودکان درخودمانده و عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۷(۲۵)، ۳۴-۴۷.
- لطیفی، ا. (۱۳۹۰). مروری بر مداخله‌های رفتاری در درمان پرخاشگری افراد واجد ناتوانی‌های تحولی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۷(۲۸)، ۳۹۸-۳۹۶.
- Adolphs, R., Sears, L., & Piven, J. (2001). Abnormal processing of social information from faces in autism. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 13, 232-240.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The

- Loveland, K. A. (2005). Social-emotional impairment and self-regulation in autism spectrum disorder. In Nadel, J., & Muir, D. (Eds.), *Emotional development: Recent research advance* (pp. 365-382). New York: Oxford University Press.
- Malta, G., Lassi, E., & Bertelli, M. (2009). Emotional development and adaptive abilities in adults with intellectual disability. A correlation study between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS). *Research in Developmental Disabilities* 30, 1406-1412.
- Palermo, M. T., Pasqualetti, P., Barbati, G., Intelligente, F., & Rossini, P. M. (2006). Recognition of schematic facial displays of emotion in parents of children with autism. *Autism*, 10, 353-364.
- Pereira, C., & Faria, S. (2015). Do you feel what I feel? Emotional development in children with ID. *Social and Behavioral Sciences* 165, 52-61.
- Sappok, T., Budczies, J., Bo lte, S., Dziobek, I., Dosen, A., & Diefenbacher, A. (2013). Emotional Development in Adults with Autism and Intellectual Disabilities: A Retrospective, Clinical Analysis. A Retrospective, *Clinical Analysis*. PLoS ONE 8 (9), e74036.
- Suzuki, M. (2011). Mental development and autistic behavior in children with pervasive developmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1517-1525
- Tracy, J. L., Robins, R. W., Schriber, R. A., & Solomon, M. (2011). Is Emotion Recognition Impaired in Individuals with Autism Spectrum Disorders? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 102-109.
- attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology*, 40(2), 271-283.
- Dunn, J. (2003). Emotional development in early childhood: A social relationship perspective. In R. Davidson, H. H. Goldsmith, & K. Scherer, (Eds.), *The handbook of affective science* (pp. 332-346). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gilliam, J. E. (1995). Gilliam Autism Rating Scale GARS. *Austin, TX: Pro-Ed (Firm)*.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes on infants and children with disorders of relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with Autistic Spectrum Diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1 (1), 87-141.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1998). *The Child with Special Needs. Encouraging Intellectual and Emotional Growth*. Reading, MA: Perseus Publishing.
- Greenspan, S., DeGangi, G., & Wieder, S. (2001). The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS): Clinical and Research Applications. Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- Heery, E. A., Keltner, D., & Capps, L. M. (2003). Making sense of self-conscious emotion: Linking theory of mind and emotion in children with autism. *Emotion*, 3, 394-400.
- Kasari, L. L., Jahromi, L. B., & Gulsrud, A. C. (2012). Emotional development in children with developmental disabilities. In: J. A. Burack, R. M. Hodapp, G. Iarocci, & E. Zigler, *The Oxford handbook of intellectual disability and development* (pp. 239-253). New York: Oxford University Press.