

## Effective components in the treatment of children with autism from the perspective of parents

S. Bagherian Khosroshahi<sup>1</sup>, H. R. Pouretamad<sup>2\*</sup> & J. Fathabadi<sup>3</sup>

Received 21 July 2014; received in revised form 24 January 2015;  
accepted 9 February 2015

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to identify effective components in the treatment of autism from the perspective of parents. **Method:** The method of this study was qualitative in which the statistical population consisted of 150 parents of autistic children between the ages of two and eight years who were referred to Tehran-Autism and Behara Centers. Sampling was based on availability and a saturation point was set when no further data was acquired. This saturation was reached when 30 parents (28 mothers and 2 fathers) were chosen in the final sample. For data gathering, semi-structured interviews were conducted and data were analyzed using content analyzing method. **Results:** Analysis revealed 11 principal factors which were identified in order of precedence as follows: parent-child, family environment, fixed factors, personality traits, genetics, therapy, child's characteristics, family knowledge about autism, parent-parent, psychopathology and factors beyond the family. **Conclusion:** From the mentioned factors, fixed factors, child's characteristics and therapy may not be manipulated in parent training programs and should be considered as matching variables for comparison groups. Other factors should be considered in designing of a family based therapy.

**Key Words:** *autism, component, interventions, parents*

---

1. Ph.D. student in psychology, Shahid Beheshti University

2\*. Corresponding Author, Professor, Department of psychology, Shahid Beheshti University Email: h.Pouretamad@gmail.com

3. Associate professor, Department of psychology, Shahid Beheshti University

## مؤلفه‌های موثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی از منظر والدین

صنم باقریان خسروشاهی<sup>۱</sup>، حمید رضا پوراعتماد<sup>۲\*</sup> و جلیل فتح‌آبادی<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۹۳/۰۴/۳۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۳/۱۱/۴؛ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۱/۲۰

### چکیده

**هدف:** هدف این مطالعه تعیین عوامل مؤثر در درمان درخودماندگی از منظر والدین بود. روش: روش مطالعه از نوع کیفی و جامعه آماری، والدین ۱۵۰ کودک دچار درخودماندگی دو مرکز ساماندهی درمان و توانبخشی اختلالات اتیستیک-تهران اتمیس و به‌آرا در سنین دو تا هشت سال در زمان اجرای پژوهش بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس تا جایی ادامه یافت که داده جدیدی اضافه نشود و به اشباع برسد و اشباع مورد نظر با انتخاب ۳۰ والد (۲۸ مادر و ۲ پدر) اتفاق افتاد. برای گردآوری اطلاعات از شیوه مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده و داده‌ها با شیوه تحلیل محتوا تحلیل شد. **یافته‌ها:** پس از تحلیل، یازده عامل به دست آمد که به ترتیب شامل والد-کودک، محیط خانواده، عامل‌های ثابت، ویژگی شخصیتی، ژنتیک، درمان، ویژگی کودک، دانش خانواده درباره درخودماندگی، والد-والد، آسیب‌شناسی روانی و عوامل فراخانواده بود. نتیجه‌گیری: از میان عامل‌های مطرح شده، عامل‌های ثابت، و همچنین ویژگی‌های کودک و درمان، قابل دستکاری در برنامه‌های درمانی والد محور نیستند و باید به‌عنوان متغیرهای هم‌تاسازی گروه‌های مقایسه در نظر گرفته شوند. سایر عامل‌ها در طراحی برنامه‌های خانواده محور باید مد نظر قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** درخودماندگی، درمان، عامل، والدین

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی

۲.\* نویسنده مسئول، استاد گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی Email: h.pouretamad@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی

## مقدمه

اختلال درخودماندگی نوعی اختلال عصب-تحوالی است (آلن، بولز، وبر، ۲۰۱۳)، که به دلیل عوامل ژنتیک (بیلی، پالفرمن، هیوی و کوتز، ۱۹۹۸؛ لاش، کلوک، مارتین، سیدریس، پارلیبر و همکاران، ۲۰۱۲؛ پیون، پالمر، لاند، جاکوبی، چایلدرس و همکاران، ۱۹۹۷؛ ساسون، لم، پارلیبر، دنیلز و پیون، ۲۰۱۳) یا محیطی (اسکروئر، فلان، میکایللیز، کرافورد، اسکینر و همکاران، ۱۹۹۸؛ وو و لئون، ۲۰۱۳) رخ می‌دهد و با نقص در عملکرد اجتماعی و ارتباطی و الگوهای تکراری رفتار و علائق مشخص می‌شود (داوسون، ۲۰۰۸). شیوع درخودماندگی از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲، افزایش چشمگیری داشته و به ۱ درصد رسیده است (گرو، بیلی، آلیسون، بارون-کوهن و هوکسترا، ۲۰۱۳). مزمن بودن این اختلال، شدت آن و شیوع روزافزون درخودماندگی ضرورت توجه هر چه بیشتر به این اختلال را برجسته می‌کند (ماچ، پفرل، بوکر، پاستل و لوین، ۲۰۱۱؛ گرانیپشه، تاروکس و دیکون، ۲۰۰۹). از سوی دیگر امروزه درخودماندگی در ۲۴ ماهگی به طور قطعی قابل تشخیص است (فریث، ۱۳۹۳). در نتیجه ضرورت مداخله‌های زود هنگام برای درخودماندگی با در نظر گرفتن تاثیر غنای تجربه‌های کودک در سنین پایین بر درمان درخودماندگی که مستلزم پذیرش به موقع والدین و اقدام زود هنگام آن‌ها برای شروع مداخله است (وو و لئون، ۲۰۱۳)، بیش از پیش مطرح می‌شود. از سوی دیگر، به‌طور کلی والدین در رشد کودک نقش مهمی ایفا می‌کنند، اما در کودکان دچار درخودماندگی این نقش به‌درستی ایفا نمی‌شود، زیرا یکی از اساسی‌ترین مشکلات کودکان دچار درخودماندگی ضعف مهارت‌های ارتباطی است که بر شکل‌گیری درست رابطه والد-کودک اثر مخرب دارد و در نتیجه کودکان دچار درخودماندگی فرصت‌های یادگیری مهارت‌های پایه را در خانواده از دست می‌دهند (آیدین، ۲۰۱۴).

با توجه به زمان زیادی که والدین با کودک خود سپری می‌کنند و هزینه‌های سنگین توانبخشی به میزان مورد نیاز کودک، یعنی ۲۰ تا ۴۰ ساعت در هفته (گرانیپشه و همکاران، ۲۰۰۹)، برنامه‌ها روز به روز خانواده‌ها را بیشتر درگیر درمان کودک می‌کنند (خرم‌آبادی، پوراعتماد، مظاهری، دهقانی و باقریان خسروشاهی، ۱۳۹۰). از یک‌سو برنامه‌های متعدد والدگری که برای درخودماندگی ایجاد شده‌اند، اثربخشی آن‌ها در بهبود علایم درخودماندگی در کودکان نشان داده شده است (باقریان خسروشاهی، پوراعتماد و خوشایبی، ۲۰۱۰؛ حاتم‌زاده، پوراعتماد و حسن-آبادی، ۲۰۱۰؛ علی‌اکبری دهکردی، علی‌پور، چیمه و محتشمی، ۱۳۹۱)؛ و از سوی دیگر بسیاری از مداخله‌های بالینی بعد از اتمام مداخله از نظر حفظ اثرات آن شکست خورده است، که می‌تواند به علت عدم تداوم روش‌های مداخله توسط والدین باشد (خرم‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۰).

مؤلفه‌های مؤثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی...

پژوهش‌های مختلف حاکی از وجود مشکلات بهداشت روان در خانواده‌های کودکان دچار درخودماندگی است که از آن میان می‌توان به ویژگی‌های زیرآستانه‌ای<sup>۱</sup> درخودماندگی (فنونتایپ گسترده درخودماندگی<sup>۲</sup>) (پیکلس، استار، کازاک، بولتون، پاپانیکولا و همکاران، ۲۰۰۰؛ ساسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویلرایت، آیونگ، آلیسون و بارون-کوهن، ۲۰۱۰)، استرس والدگری (مانسیل، بوید و بدسم، ۲۰۰۹؛ گوپتا و سینگهال، ۲۰۰۵؛ اپشتاین، سالترمن-بنای، اولهیر، گول و تاک، ۲۰۰۸؛ نقل از مهاجری، پوراعتقاد، شکری و خوشابی، ۱۳۹۲)، افسردگی (اینگرسول، میر و بکر، ۲۰۱۱) و رفتارهای وسواسی-جبری (هولاندر، کینگ، دلانی، اسمیت و سیلورمن، ۲۰۰۳)، اشاره کرد. با در نظر گرفتن این که رشد کودک رابطه نزدیکی با محیط اجتماعی وی دارد (تیمرمان، ۲۰۱۰) و نیز تاکیدی که شورای ملی پژوهش‌ها بر خانواده به‌عنوان جزء کلیدی درمان کودک کرده است (علی‌اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۱)، به نظر می‌رسد که عواملی وجود دارند که می‌توانند در تداوم یا عدم تداوم شرایط درمان این کودکان پس از پایان دوره‌های آموزشی نقش ایفا کنند. دادستان (۱۳۸۲) معتقد است مادر و کودک مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه تلاش در قلمرو درمان‌گری باید آن‌را در نظر بگیرد (به نقل از بلالی و آقاییوسفی، ۱۳۹۰). در نتیجه یافتن عامل‌هایی که از منظر خانواده‌های کودکان دچار درخودماندگی ایرانی در روند درمان کودک دچار درخودماندگی مؤثر باشد ضروری به نظر می‌رسد، تا با شناخت این عامل‌ها بتوان درمان برای والدین طراحی کرد که متناسب با شرایط خانواده‌های ایرانی باشد و خانواده‌ها بتوانند در فضای درمانی ایجاد شده آموخته‌های دوره آموزشی را به‌مدت طولانی اجرا و حفظ کنند. از آنجایی که خود والدین بهترین منبع برای شناخت نیازها و محدودیت‌های خود هستند، انجام مصاحبه با والدین برای تعیین مؤلفه‌های مؤثر بر درمان از منظر والدین ضروری است. با توجه به ضرورت مطرح‌شده، هدف پژوهش حاضر تعیین عامل‌هایی بود که از نظر والدین در درمان درخودماندگی مؤثر بودند. با در نظر داشتن هدف مذکور، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤال زیر بود. عوامل مؤثر در درمان درخودماندگی از نظر والدین این کودکان کدامند؟

## روش

شیوه مطالعه حاضر کیفی از نوع توسعه‌ای است. جامعه آماری شامل تمام والدین ۱۵۰ کودک دچار درخودماندگی در سنین دو تا هشت سال بود که در سال ۱۳۹۳ از دو مرکز ساماندهی

- 
1. sub threshold symptoms
  2. broad autism phenotype

درمان و توانبخشی اختلالات اتیستیک- تهران اتیسم و به‌آرا خدمات تحلیل رفتار کاربردی<sup>۱</sup> را دریافت می‌کردند. نمونه پژوهش حاضر ۳۰ والد شامل ۲۸ مادر و ۲ پدر بود که به‌صورت در دسترس از دو مرکز مذکور انتخاب شد. برای نمونه‌گیری در طول یک ماه با حضور در این مراکز با والدینی که برای درمان کودکشان مراجعه کرده بودند، پس از کسب موافقتشان، مصاحبه نیمه ساختاریافته<sup>۲</sup> و توضیح در مورد پژوهش حاضر و ضرورت آن صورت گرفت. مصاحبه با هر فرد تا زمانی ادامه می‌یافت که داده جدیدی اضافه نشود (ساروخانی، ۱۳۷۳) و سپس مصاحبه با فرد بعدی انجام می‌شد، این روند تا جایی ادامه یافت که افراد جدید نیز مطلب جدیدی به یافته‌ها نیفزایند. در نهایت پس از مصاحبه با ۲۸ والد اشباع رخ داد و دو مصاحبه بعدی برای حصول اطمینان صورت گرفت و از آنجا که مطلب جدیدی افزوده نشد، روند انجام مصاحبه‌ها متوقف شد. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل سه ملاک زیر بود. انتخاب والدینی که کودکشان تشخیص درخودماندگی را از دست‌کم یک روان‌شناس بالینی و یک روانپزشک دریافت کرده باشند، والدین کودکانی که با پدر و مادر سببی خود زندگی کنند، و والدین کودکانی که درمان انفرادی ویژه درخودماندگی را برای کودکشان شروع کرده بودند.

### ابزار پژوهش

**مصاحبه نیمه ساختاریافته.** روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. سؤال‌های مصاحبه با مرور پیشینه و توسط متخصصین حوزه درخودماندگی طراحی و مصاحبه‌ها به صورت رو در رو انجام، ضبط و سپس بلافاصله پیاده‌سازی، کدگذاری و تحلیل شد. کدگذاری در سه مرحله انجام شد، در مرحله اول، کدگذاری آزاد<sup>۳</sup> صورت گرفت. در این روش خط به خط داده‌ها بازنگری و مفهوم اصلی آن استخراج (ایوس، ۲۰۰۱)؛ و سپس مفاهیم با کدگذاری محوری<sup>۴</sup> دسته‌بندی شد. دسته‌بندی‌ها توسط سه متخصص که اطلاعی از نظر یکدیگر نداشتند، انجام شد. در این مرحله هر طبقه با طبقه دیگر مقایسه و دوباره کدگذاری شد. سپس از یادداشتهای حین مصاحبه هم استفاده شد تا تحلیل‌ها خالص‌تر صورت بگیرند. برای تعیین اعتبار مصاحبه‌ها، زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها صرف شد، پس از پیاده‌سازی توسط فرد دیگر، داده‌ها توسط مصاحبه‌شونده تایید و کدگذاری نهایی توسط سه متخصص بدون اطلاع از نظر یکدیگر انجام شد و تمام گام‌های پژوهش مستندسازی شد، تا تاییدپذیری اتفاق

1. applied behavioral analysis (ABA)
2. semi structured interview
3. open coding
4. axial coding

مؤلفه‌های مؤثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی...

افتد. برای انتقال پذیری از دو متخصص حوزه درخودماندگی که در پژوهش شرکت نداشتند، در مورد یافته‌های پژوهش نظرخواهی شد (اتراس و کوربین، ۱۳۸۵). سؤال‌های سیاهه واری در زیر آمده است.

۱. به نظر شما درخودماندگی چیست؟
  ۲. درخودماندگی به چه میزان درمان پذیر است؟
  ۳. چه مؤلفه‌هایی در درمان درخودماندگی مؤثر است؟
  ۴. شما چقدر توانسته‌اید شرایط درمان را برای کودکان فراهم کنید؟
  ۵. چه عواملی مانع از ایجاد شرایط بهینه درمان برای کودک شما می‌شود؟
- شیوه اجرا.** برای گرفتن اطلاعات طی مصاحبه پس از پرسیدن سؤال‌های مذکور در صورتی که ابهامی ایجاد می‌شد یا والد حرف دیگری نیز برای گفتن داشت، مصاحبه با سؤال‌های متناسب ادامه می‌یافت تا این که داده جدیدی اضافه نمی‌شد. بدین ترتیب مصاحبه‌ها تا حد اشباع بین والدین ادامه یافت. شیوه تحلیل مقاله حاضر از نوع تحلیل‌های کیفی یا تحلیل محتوا<sup>۱</sup> بود که در آن جملات مطرح شده توسط والدین به‌عنوان واحد تحلیل و فراوانی کدها نشان‌دهنده اهمیت آن عامل در نظر گرفته شد (هولستی، ۱۳۹۱). باید در نظر داشت برخی از عامل‌هایی که در پژوهش حاضر از هم جدا شدند با یکدیگر همپوشی داشتند، اما به دلیل تفاوت در نحوه مداخله و بعضاً اثرات زیاد برخی از عامل‌ها در مداخله، ضروری به نظر می‌رسید که از یکدیگر جدا شوند. برای تعیین عناوین عامل‌ها از اطلاعات موجود در پیشینه استفاده شد. در انتها، ۶۰ مؤلفه مؤثر در درمان در ۱۱ عامل طبقه‌بندی شد.

## یافته‌ها

میانگین سطح تحصیلات والدین = ۱۵ سال، میانگین سن والدین = ۳۴ سال، میانگین سنی کودکان = ۵۰ ماه در محدوده سنی دو سال و شش ماه تا هشت سال و سه ماه بود. میانگین سن تشخیص کودکان = ۳۷ ماه و میانگین مدت زمان دریافت درمان انفرادی ویژه درخودماندگی = ۹ ماه بود. از کل اعضای نمونه ۱۳ والد خانه‌دار و بقیه شاغل بودند از اعضای شاغل، سه نفر دبیر، چهار نفر پزشک، چهار نفر کارمند، یک نفر پرستار، یک نفر مشاور، یک نفر روزنامه‌نگار، یک نفر آرایشگر و یک نفر سفالگر بودند.

## جدول ۱. عوامل مؤثر در درمان در خودماندگی از منظر والدین - عوامل قابل دستکاری

عامل	مؤلفه‌ها	تعداد	درصد فراوانی
والد-کودک	داشتن ارتباط مداوم با کودک، وقت گذاشتن، توجه به کودک، رفتار خوب با کودک، پذیرش کودک از سوی پدر و مادر، ناخواسته نبودن کودک و علاقه به کودک، داشتن صبر و حوصله.	۲۷	٪۹۰
محیط خانواده	فضای مناسب منزل، در نظر گرفتن فضایی اختصاصی برای کودک، نبود بچه دوم، عدم تماشای تلویزیون، تلفن همراه یا رایانه توسط کودک، سکوت زیاد در منزل، نداشتن تعاملات خانوادگی، خانواده‌های کم جمعیت، نداشتن تعامل با بیرون، حضور بچه دور و بر کودک، مشارکت پدر و کل خانواده، عدم تحصیل یا مشغله‌های دیگر والدین، مطلقه نبودن والدین، دو زبانه نبودن کودک.	۲۷	٪۹۰
ویژگی‌های شخصیتی والدین	منزوی نبودن، داشتن ارتباط‌های قوی با دیگران، کم حرف نبودن، برونگرایی، نبود ضعف در تماس چشمی، نداشتن تأخیر کلامی، نبود مقاومت در برابر تغییر، روحیه خوب مادر، شاد بودن، خوشبینی و امید به آینده، فعال بودن و شاغل بودن، ورزش مادر، نداشتن علاقه به ریاضیات و مهندسی.	۱۶	٪۵۳
ژنتیک	عدم وجود در خودماندگی در خانواده	۱۶	٪۵۳
دانش خانواده در مورد در خودماندگی	دادن اطلاعات به مادر، مطالعه کردن مادر و کل خانواده، اطلاع رسانی همگانی.	۵	٪۱۷
والد-والد	روابط خوب پدر و مادر، داشتن فرصت کافی برای یکدیگر، حمایت از همدیگر، رضایت زناشویی.	۴	٪۱۳
آسیب‌شناسی روانی والدین	نبودن وسواس، حساسیت‌های ویژه و افسردگی.	۴	٪۱۳
عامل‌های فراخانواده	رابطه داشتن مادر با اجتماع، فعال بودن مادر در گروه- های اجتماعی، صحبت با مادران دیگر و ارزیاب‌ها.	۲	٪۳

مؤلفه‌های مؤثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی...

جدول ۱ عبارت از عامل‌هایی است که در درمان‌های مبتنی بر آموزش والدین قابل دستکاری است، که در آن عامل‌های والد-کودک و محیط خانواده از نظر والدین بیشترین تاثیر را در بهبود روند درمان کودک دارد که شامل مواردی چون تخصیص وقت کافی از جانب والدین برای کودک، پذیرش کودک از جانب والدین، عدم وجود بچه دیگر، عدم تماشای تلویزیون یا دیگر ابزارهای دیجیتال توسط کودک، داشتن تعاملات خانوادگی به میزان کافی و غیره است. ویژگی‌های شخصیتی والدین از جمله منزوی نبودن، داشتن ارتباط‌های قوی، کم حرف نبودن و درونگرا نبودن، در رتبه دوم اهمیت از نظر والدین قرار دارد. در رتبه سوم اهمیت، نوع درمانی است که کودک دریافت می‌کند. رتبه چهارم به دانش خانواده درباره درخودماندگی اختصاص دارد که هم مطالعه مادر درباره درخودماندگی را و هم اطلاعات کلی جامعه را شامل می‌شود. رتبه پنجم به عامل والد-والد که به معنی روابط بین والدین است و به آسیب‌شناسی والدین از جمله عدم وجود وسواس، افسردگی و حساسیت‌های خاص در والدین اختصاص دارد. کم اهمیت‌ترین عامل در این حوزه از نظر والدین عامل‌های فراخانواده شامل رابطه مادر با اجتماع و فعال بودن مادر است. عوامل والد-والد، والد-کودک و محیط خانواده همه به فضای خانوادگی کودک دچار درخودماندگی اشاره دارد، اما به دلیل اهمیت هر یک به تنهایی و نیز تفاوت در نحوه مداخله در هر یک از آن‌ها در جدول حاضر از هم جدا شده‌اند. هر دو عامل آسیب‌شناسی روانی و ویژگی‌های شخصیتی نیز مربوط به والدین است، اما به این دلیل که نحوه برخورد با هر یک از آن‌ها متفاوت است و نیز به این دلیل که ویژگی‌های شخصیتی زیرآستانه‌ای والدین در پیشینه مورد توجه زیادی قرار گرفته (مارچ، نئونز، اسکولت، ون هافل و استیارت، ۲۰۱۲) در جدول حاضر به عنوان دو عامل مجزا مطرح شده‌است.

## جدول ۲. عوامل مؤثر در درمان درخودماندگی از منظر والدین - عوامل غیرقابل دستکاری

عامل	مؤلفه‌ها	تعداد	درصد فراوانی
عامل‌های ثابت	فقدان آسیب مغزی موقع تولد، نبود استرس و اضطراب بارداری، نبود سن بالای مادر و پدر، فقدان آلودگی هوا، وضعیت متوسط مالی، فقدان آلودگی آب، غذا و صداها، عدم ضعف سیستم ایمنی مادر، فقدان مواجهه با امواج جیوه.	۱۶	۵۳٪
درمان	آموزش تخصصی کودک، نوع درمان	۱۱	۳۷٪
ویژگی‌های کودک	بالا نبودن شدت درخودماندگی کودک، ویژگی‌ها و شرایط ویژه کودک، بالا نبودن سن کودک	۶	۲۰٪



جدول ۲ شامل عامل‌هایی است که می‌توان از آن‌ها به‌عنوان متغیرهای هم‌تاسازی گروه‌های مقایسه استفاده کرد. در مجموع، در میان عامل‌های غیرقابل دستکاری، عامل‌های ثابت مثل عدم بالا نبودن سن والدین و عامل ژنتیک از جمله وجود درخودماندگی، از نظر خانواده‌ها بیشترین اهمیت را دارند و ویژگی‌های خود کودک در رتبه بعدی قرار دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف نهایی پژوهش حاضر تعیین عواملی بود که از نظر خود والدین در حفظ تداوم بستر درمانی مناسب در تمام ساعت‌های روز برای کودک دچار درخودماندگی مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر جمع‌بندی نظرات والدین در این رابطه است و نشان می‌دهد عامل والد-کودک بیشترین تاثیر را از نظر والدین در حفظ شرایط بهینه درمان برای کودک دچار درخودماندگی دارد. به گفته یکی از والدین گذراندن وقت کافی با کودک بیشترین نقش را در درمان کودک دارد. این موضوع در پیشینه نیز وجود دارد، به‌عنوان مثال؛ مورفی، بولتون، پیکلس، فوم بون، پیون و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند سه عامل اساسی را می‌توان در خانواده کودکان دچار درخودماندگی شناسایی کرد که یکی از آن‌ها، کناره‌گیری<sup>۱</sup> است که با تاثیری که بر کاهش تعاملات والدین با کودک دارد؛ منجر به کاهش غنای تجربه‌های اجتماعی کودک می‌شود. آیدین (۲۰۱۴) نیز تجربه‌های اولیه کودک با والدین را برای اکتساب مهارت‌های اساسی ارتباطی در کودک عامل تعیین‌کننده می‌داند. با توجه به این‌که تلاش والدین در برقراری ارتباط با کودکان دچار درخودماندگی معمولاً به شکست و ناکامی می‌انجامد و چه بسا منجر به کاهش ارتباط والدین-کودک شود، لازم است که در ابتدای هر برنامه‌ی درمانی والد محور، مهارت‌های والدین برای برقراری ارتباط افزایش یابد. تنها در این بستر است که می‌توان اقدامات درمانی را اعمال کرد. افزایش خزانه بازی‌های والدین، به‌ویژه با کودکی که تمایل به ارتباط ندارد، از جمله راه‌های افزایش مهارت ارتباطی والدین است. عامل محیط خانواده نیز از نظر والدین در روند درمان کودک بسیار مؤثر است. به گفته یکی از والدین، هرچه تعاملات خانوادگی بیشتر باشد شرایط کودک بهتر است و نیز یکی دیگر از والدین معتقد بود که در هفته‌هایی که کودکش بیشتر جلوی تلویزیون می‌نشاند بیشتر در خود فرو می‌رود، و حالش بدتر می‌شود. تیمرمان (۲۰۱۰) معتقد است که رشد کودک رابطه نزدیکی با محیط خانوادگی وی دارد. بنابراین در هر برنامه درمانی والد محور، در بستر خانواده باید سبک زندگی و حتی گاهی چیدمان منزل بسته به شرایط بالینی کودک تغییر کند. فقدان ویژگی‌های شخصیتی ویژه مثل مقاومت در برابر تغییر و نیز فقدان حساسیت‌های ویژه از نظر والدین در رتبه

---

1. withdrawn

مولفه‌های موثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی...

بعدی اهمیت قرار دارد. به گفته یکی از والدین، ویژگی‌های ویژه شخصیتی خود والدین می‌تواند منجر به منزوی شدن و کاهش تجربه‌ها و در نتیجه کاهش آموخته‌های کودک شود. ویژگی‌های شخصیتی زیرآستانه‌ای درخودماندگی در پیشینه پژوهشی به میزان زیادی بررسی شده‌است، به عنوان مثال؛ روتا، مازون، مازون، ویلرایت و بارون-کوهن (۲۰۱۲) و لاش، چاپلدرس، لم و پیون (۲۰۰۸)، که با عنوان فنوتایپ گسترده درخودماندگی به این ویژگی‌های شخصیتی پرداخته‌اند؛ معتقدند این ویژگی‌ها در فضای خانوادگی کودکان دچار درخودماندگی وجود دارد.

عامل‌های دیگری که به اندازه ویژگی‌های شخصیتی مهم است، عامل‌های ثابت از جمله شرایط مالی و سن بالای والدین و نیز عامل ژنتیک به معنی وجود درخودماندگی در اطرافیان کودکان دچار درخودماندگی است که به گفته یکی از والدین به دلیل تاثیر مخربی که بر امید به درمان والدین می‌گذارد، در حفظ بستر درمانی برای کودک نیز نقش ایفا می‌کنند. یکی از والدین معتقد بود شرایط اقتصادی هم موجب محدودیت زمان والدین برای توجه به کودک و هم موجب افزایش تنش در روابط بین والدین می‌شود که این نیز به نوبه خود با تاثیر بر صبر و تحمل والدین به صورت با واسطه بر روابط مثبت بین والد و کودک اثر می‌گذارد.

سن بالای والدین موجب افزایش تنش والدین می‌شود و والدین، بیشتر نگران مشکلات کودک می‌شوند و در نتیجه روند درمان بهینه نخواهد شد. پژوهش‌های زیادی از جمله والا و فلو (۲۰۰۹)، وجود این عامل‌ها و تاثیر آن‌ها را بر خانواده و کودک دچار درخودماندگی نشان داده‌اند. هرچند این عامل‌ها قابل تغییر نیستند ولی در فرمول‌بندی بالینی برای کودک باید در نظر گرفته شوند و میزان انتظار از والدین در روند درمان کودک، متناظر با این ویژگی‌ها تعدیل شوند. مثلاً نمی‌توان از یک والد مسن، به‌اندازه یک والد جوان انتظار داشت. این واقعیت در روند و پیش-آگهی درمان تاثیر دارد.

نوع درمانی که کودک دریافت می‌کند در رتبه بعدی اهمیت قرار دارد. در این رابطه پژوهش‌های متعدد نشان داده برخی از درمان‌ها از درمان‌های دیگر مؤثرتر است؛ از جمله درمان تحلیل کاربردی رفتار که از نظر گران‌پیشه و همکاران (۲۰۰۹) و سالوز و گراپنر (۲۰۰۵) تاثیر خوبی در ارتقاء عملکرد کودک دچار درخودماندگی دارد. در پژوهش حاضر والدین عنوان کردند که نوع درمانی که کودک دریافت می‌دارد بر روند درمان او مؤثر است.

عامل مهم بعدی ویژگی‌های کودک است، که مواردی مثل هوش کودک، سن، شدت علائم کودک و اختلال‌های همراه را شامل می‌شود. به گفته یکی از مادران، درمان کودکی که به همراه درخودماندگی تاخیر هوشی یا تشنج هم داشته باشد، بسیار مشکل‌تر از کودکی است که فقط درخودماندگی دارد. همچنین مادر دیگری عنوان کرد که تشخیص به موقع و سن شروع درمان عامل مهمی در پیشرفت کودک دچار درخودماندگی است. پژوهش‌ها نیز تاثیر ویژگی‌های کودک

را در روند پیشرفت کودک دچار درخودماندگی آشکار کرده‌اند؛ از جمله گری (۲۰۰۲) و پوتی و اینگرام (۲۰۰۸).

بنابراین درک ویژگی‌های منحصر به فرد هر کودک توسط والدین، موجب شناخت بهتر والدین از کودک خود می‌شود و انتظار آن‌ها را از درمان واقع‌بینانه‌تر می‌کند. پس در هر برنامه والد محور، والدین باید بتوانند از خلال آموزش‌ها به برداشت دقیق‌تری از نقاط ضعف و قوت کودک خود دست یابند و با تکیه بر این آگاهی‌ها در روند درمان و توانبخشی کودک وارد شوند. عامل بعدی دانش خانواده درباره درخودماندگی است که از نظر والدین موجب حساس شدن والدین به علائم و مراجعه زودهنگام برای تشخیص و نیز پذیرش بهتر بیماری و گذر سریعتر از فرایند انکار می‌شود. به گفته یکی از والدین، داشتن پیش‌زمینه اطلاعاتی در مورد درخودماندگی، از اِتلاف ۳ سال زمان طلایی فرزند دوقلوی‌شان در مراکز مختلف و با درمان‌های غیرمرتبط با درخودماندگی می‌توانست جلوگیری کند. دانش خانواده درباره درخودماندگی در پیشینه، از زاویه‌ای دیگر نیز مورد توجه قرار گرفته است؛ مانسیل و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند سبک مقابله والدین با کسب دانش تخصصی منجر به کاهش سطح استرس والدین می‌شود که به‌نوبه خود بر توجه بهتر به کودک کمک می‌کند.

رتبه بعدی به عامل والد-والد اختصاص دارد. به گفته یکی از مادران وجود روابط خوب بین والدین می‌تواند در بهتر شدن حال کودک مؤثر باشد. والد دیگری معتقد بود که وجود همسویی بین مادر و پدر در نحوه رفتار با کودک بر روند پیشرفت کودک اثر مثبت دارد. به این مساله در پیشینه با واژه‌های مختلفی از جمله رضایت زناشویی و سازگاری زناشویی اشاره شده است (کاکایی، ۱۳۹۰؛ سلتیزر، ابدوتو، کراس، گرینبرگ و سو، ۲۰۰۴). بنابراین بررسی روابط والدین و درصورت لزوم ارجاع به زوج‌درمانگر بخش مهمی از روند درمان جامع کودکان دچار درخودماندگی را شامل می‌شود که در هر بسته درمانی خانواده محور باید مد نظر قرار گیرد.

آسیب‌شناسی روانی والدین از جمله افسردگی و وسواس نیز از نظر والدین به اندازه ویژگی‌های شخصیتی‌شان مهم است. یکی از والدین معتقد بود که برخی از هفته‌ها دچار افسردگی می‌شود و در آن مواقع علائم درخودماندگی فرزندش بیشتر نمود پیدا می‌کنند؛ که با پژوهش‌های هولاندر و همکاران (۲۰۰۳)؛ دنیلز، فورسنز، هاتمن، چاتینگیوس، ساویتر و همکاران (۲۰۰۸) همسو است که به وجود اختلال‌های روانپزشکی از جمله اختلال‌های وسواسی-جبری و افسردگی در بستگان کودکان دچار درخودماندگی و تاثیر منفی آن بر شدت بیماری کودک مبتلا تاکید کرده‌اند. عامل آخر که از نظر والدین کمترین اهمیت را در درمان کودک دچار درخودماندگی دارد، فراخانواده است. منظور از این عامل، تمام حمایت‌هایی است که والد از عامل‌هایی غیر از خانواده خود می‌گیرد؛ و مواردی چون فعال بودن مادر و رابطه مادر با درمانگران را شامل می‌شود که در پیشینه

مولفه‌های موثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی...

نیز به آن کمتر توجه شده است. کاکایی (۱۳۹۰) معتقد است که حمایت اجتماعی در ارتقاء کیفیت زندگی والدین نقش دارد.

در نهایت با در نظر گرفتن عامل‌های یافت‌شده می‌توان روش درمان والد محور کارآمدتری را برای درخودماندگی طراحی کرد. با توجه به یافته‌ها، عامل‌های ثابت، کودک و درمان غیرقابل دستکاری هستند و صرفاً می‌توان گروه‌های مقایسه را بر اساس آن‌ها هم‌تا کرد.

در این پژوهش به دلیل تعداد کم افراد درخودمانده، امکان تعیین تاثیر ویژگی‌های مختلف افراد بر دیدگاهشان وجود نداشت. همچنین، به دلیل محدودیت زمانی امکان نمونه‌گیری از تعداد بیشتری از مراکز میسر نشد. در نتیجه صرفاً بر اساس دولتی یا خصوصی بودن، دو مرکز انتخاب شد. از این رو پیشنهاد می‌شود با انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه، با تحلیل ریاضی، الگوی کامل‌تری از عامل‌های مؤثر در درمان کودکان دچار درخودمانگی ارائه شود. بدین منظور لازم است از گروه‌های مختلف نمونه‌گیری و نیز در گام بعدی عامل‌های مؤثر بر درمان از دیدگاه والدین کودکان با دیدگاه متخصصین مقایسه شود. مجموع این یافته‌ها می‌تواند تصویر دقیق‌تری از نیازها و واقعیت‌های موجود در خانواده‌های کودکان درخودمانده در اختیار بگذارد و سرانجام این که یک برنامه آموزش والدین، متناظر با تمامی نیازهای ویژه کودکان درخودمانده تهیه شود. در نهایت تدوین برنامه مداخله‌ای کارآمدتر برای والدین کودکان درخودمانده که اثر طولانی‌مدت داشته باشد، کاربردی است که برای پژوهش حاضر می‌توان متصور شد. همچنین کسب دانش درباره عوامل ثابت نیز می‌تواند برای هم‌تا سازی بهتر گروه‌های مقایسه در مطالعات حوزه درخودماندگی به کار رود.

## منابع

- استراس، انسلم، کوربین، جولیت. (۱۳۸۵). *اصول روش تحقیق کیفی: نظریه مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها*. ترجمه بیوک محمدی. انتشارات پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۰).
- بلالی، رقیه، آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*. زمستان، ۴ (۲۰): ۷۳-۵۹.
- خرم آبادی، راضیه، پوراعتماد، حمیدرضا، مظاهری، علی، دهقانی، محسن، و باقریان خسروشاهی، صنم. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه پرند کوجولو بر بهبود سلامت عمومی مادران کودکان اتیستیک. *مجله خانواده پژوهی*. پاییز، ۷ (۲۷): ۳۴۱-۳۲۵.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۷۳). *روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی*. انتشارات صراط.

- علی اکبری دهکردی، مهنراز، علی پور، احمد، چیمه، نرگس، و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). اثر روش درمانی پاسخ محور مبتنی بر والدین در بهبود کودکان دارای اتیسم. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*. بهار، ۱۲(۱ پی‌اچ ۴۳): ۱-۱۲.
- فریث، یوتا. (۱۳۹۳). معرفی اتیسم. ترجمه حمیدرضا پوراعتماد. انتشارات علمی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸).
- کاکایی، یزدان. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم و نشانگان داون و تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی آن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- مهاجری، آتناسادات، پوراعتماد، حمیدرضا، شکری، امید، و خوشابی، کتایون. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش-وری بالا. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*. بهار، ۷(۱ پی‌اچ ۲۵): ۲۱-۳۸.
- هولستی، اول-آر. (۱۳۹۱). تحلیل محتوی در علوم اجتماعی و انسانی ترجمه سالارزاده امیری. انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۶۹).

- Allen, K. A., Bowles, T. V., & Weber, L. L. (2013). Mothers and Fathers Stress Associated with Parenting a Child with Autism Spectrum Disorder. *Autism Insights*, 5(1): 1-11.
- Aydin, A. (2014). An investigation of the relationship between self-compassion, humor and alexithymic characteristics of parents with autistic children. *International Journal of new trends in education and their implications*, 5(2): 145-159.
- BagherianKhosroshahi, S., Pouretemad, H. R., & Khoshabi, K. (2010). The effect of Little Bird Program in decreasing problem behaviors of autistic children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5(1): 1166-1170.
- Bailey, A., Palferman, S., Heavey, L., & Couteur, L. (1998). Autism: The Phenotype in Relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(5): 369-392.
- Daniels, J., Forssen, U., Hultman, Ch. M., Chattingius, S., Savitz, D. A., Feychting, M., & Sparen, P. (2008). Parental Psychiatric Disorders Associated with Autism Spectrum Disorders in the offspring. *Pediatrics*, 121(5): 1357-1362.
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and psychology*, 28(3): 775-803.
- Eaves, Y. D. (2001). A synthesis technique for grounded theory data analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5): 654-663.

- Granpeesheh, D., Tarbox, J., & Dixon, D. (2009). Applied behavior analytic interventions for children with autism: a description and review of treatment research. *Annals of Clinical Psychology*, 21 (3): 162-173.
- Gray, D. E. (2002). Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(3): 215-222.
- Grove, R., Baily, A., Allison, C., Baron-Cohen, S., & Hoekstra, R. A. (2013). Empathizing, Systemizing, and autistic traits: Latent structure in individuals with autism, their parents, and general population controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2): 600-609.
- Gupta, A., & Singhal, N. (2005). Psychosocial Support for Families of Children with Autism. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 16(2): 62-83.
- Hatamzadeh, A., Pouretamad, H. R., & Hassanabadi, H. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for children with high functioning autism. *Journal of procedia Social and Behavioral Sciences*, 5(1): 994-997.
- Hollander, E., King, A., Delaney, K., Smith, Ch. J., & Silverman, J. M. (2003). Obsessive-Compulsive behaviors in parents of multiplex autism families. *Psychiatry Research*, 117(1): 11-16.
- Ingersoll, B., Meyer, K., & Becker, M. W. (2011). Increased Rates of Depressed Mood in Mothers of Children With ASD Associated With the Presence of the Broader Autism Phenotype. *Journal of Autism Research*, 4(2): 143-148
- Losh, M., Childress, D., Lam, K., & Piven, J. (2008). Defining key features of the Broad Autism Phenotype: A Comparison across Parents of Multiple- and Single- Incidence Autism Families. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 147 B (4): 424-433.
- Losh, M., Klusek, J., Martin, G. E., Sideris, J., Parlier, M., & Piven, J. (2012). Defining Genetically Meaningful Personality and Language Traits in Relatives of Individuals with Fragile X Syndrome and Individuals with Autism. *American Journal Medicine Genetics Part B*, 159B (6): 660-668.
- Mancil, G. R., Boyd, B. A., & Bedesem, P. (2009). Parental Stress and Autism: Are There Useful Coping Strategies? *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44(4): 523-537.
- Marche, W. D. L., Neons, I., Scholte, E., Van Huffel, S., & Steyaert, J. (2012). Quantitative autism traits in first degree relatives: evidence for the broader autism phenotype in fathers, but not in mothers and siblings. *Journal of Autism*, 16(3): 247-260.
- Mauch, D., Pefferle, S., Booker, C., Pustell, M., & Levin, L. (2011). Report on State Services to Individuals with Autism Spectrum Disorder. Centers for Medicare and Medicaid Servicer (CMS). ASD Services Project.
- Murphy, M., Bolton, P. F., Pickles, A., Fombonne, E., Piven, J., & Rutter, M. (2000). Personality traits of the relatives of autistic probands. *Psychological Medicine*, 30(6): 1411-1424.
- Pickles, A., Starr, E., Kazak, S., Bolton, P., Papanikolaou, K., Baily, A., Goodman, R., & Rutter, M. (2000). Variable Expression of the Autism

- Broader Phenotype: Findings from Extended Pedigrees. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4): 491-502.
- Piven, J., Palmer, P., Landa, R., Jacobi, D., Childress, D., & Arndt, S. (1997). Broader Autism Phenotype: Evidence from a Family History Study of Multiple-Incidence Autism Families. *American Journal of Psychiatry*, 154 (2): 185-190.
- Pottie, C. G., Ingram, K. M. (2008). Daily Stress, Coping and Well-being in parents of children with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22(6): 855-864.
- Ruta, L., Mazzone, D., Mazzone, L., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. (2012). The Autism-Spectrum Quotient-Italian Version: A Cross-Cultural Confirmation of the Broader Autism Phenotype. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42(4): 625-633.
- Sallows, G. O., Graupner, T. D. (2005). Intensive Behavioral Treatment for Children with Autism: Four-Year Outcome and Predictors. *American Journal on Mental Retardation*, 110 (6): 417-438.
- Sasson, N. J., Lam, K. S., Parlier, M., Daniels, J., & Piven, J. (2013). Autism and the broad autism phenotype: familial patterns and intergenerational transmission. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 5(1): 5-11.
- Schroer, R. J., Phelan, M. C., Michaelis, C. R., Crawford, E. C., Skinner, S., Cuccaro, M., Simensen, R. J., Bishop, J., Skinner, C., Fender, D., & Stevenson, R. E. (1998). Autism and maternally derived aberrations of chromosome 15q. *American Journal of Medical Genetics*, 76(4): 327-336.
- Seltzyer, M. M., Abbeduto, L., Krauss, M. W., Greenberg, J., & Swe, A. (2004). Comparison Groups in Autism Family Research: Down syndrome, Fragile X Syndrome, and Schizophrenia. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(1): 41-48.
- Timerman, A. (2010). The "Family Factor" in the treatment of children. *The Netherlands, Homeopathic Links*, 23(1): 1-6.
- Valla, M., Flo, S. (2009). *Possible Association between Parental Socioeconomic Status and Development of Autistic Traits among Children Screened 36 Months after Birth in the Norwegian Mother and Child Cohort Study*. Master thesis. Field of Psychology, Department of Psychology, Oslo University.
- Wheelwright, S., Auyeung, B., Allison, C., & Baron-cohen, S. (2010). Defining the broader, medium and narrow autism phenotype among parents using the autism spectrum quotient (AQ). *Molecular Autism*, 1(10): 1-9.
- Woo, C. C., Leon, M. (2013). Environmental Enrichment as an Effective Treatment for Autism: A Randomized Controlled Trial. *Behavioral Neuroscience*, 127 (4): 487-497.

\*\*\*