



دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
رشته روانشناسی عمومی

بررسی اثر بخشی دو روش تحلیل رفتار کاربردی و  
درمانی- آموزشی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم

استاد راهنما:  
دکتر حسین قمری

استاد مشاور:  
دکتر عباس ابولقاسمی

توسط:  
رضا نسودی

دانشگاه محقق اردبیلی

زمستان 138

نام خانوادگی دانشجو : نسودی	نام : رضا
عنوان پایان نامه : بررسی اثر بخشی دو روش تحلیل رفتار کاربردی و درمانی- آموزشی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم	
استاد راهنما : دکتر حسین قمری استاد مشاور : دکتر عباس ابوالقاسمی	
مقطع تحصیلی : کارشناسی ارشد	رشته روانشناسی
گرایش عمومی	دانشگاه محقق اردبیلی
دانشگاه محقق اردبیلی	و علوم انسانی
تاریخ فارغ التحصیلی : 1389/11/24	تعداد صفحات :
<b>113</b>	
کلید واژه ها : اتیسم، تحلیل رفتار کاربردی، روش درمانی - آموزشی.	
چکیده :	
<p>این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی دواروش تحلیل رفتار کاربردی (ABA) و درمانی - آموزشی (TEACCH) بر روی رفتارهای کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل کودکان اتیستیک انجام شده است. روش پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چند گروهی با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان اتیسمی بود که در نیمه دوم سال 1388 در مدرسه اتیسم تبریز ثبت نام کرده بودند که از میان این کودکان 29 نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارتند از : مقیاس درجه بندی اتیسم گیلیام (GARS) و چک لیست یازبینی اصلاح شده (M-CHAT). داده‌ها با استفاده از آزمون واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که در مقایسه میزان اثربخشی دو روش ABA و TEACCH بر رفتارهای کلیشه‌ای تفاوت معنی‌دار وجود ندارد؛ در مقایسه میزان اثربخشی دو روش ABA و TEACCH بر ارتباط تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ در مقایسه میزان اثربخشی دو روش ABA و TEACCH بر تعامل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد؛ بر اساس یافته‌ها به نظر می‌رسد که دو روش ABA و TEACCH تقریباً به یک اندازه بر کاهش علایم اتیستیک (حداقل در ویژگی‌های مذکور به غیر از ارتباط اجتماعی) تأثیر دارند.</p>	

فصل اول: کلیات تحقیق

1-1- مقدمه:	1
1-2- بیان مساله	5
1-3- فرضیات	10
1-4- اهداف پژوهش	10
1-5- ضرورت و اهمیت پژوهش	10
1-6- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها	11

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

2-1- تعریف اتیسم	15
2-2- برخی از بیماریهای همراه با اختلال اتیستیک	18
2-3- سایر اختلالات فراگیر رشد	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-4- سبب شناسی	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-5- شیوع	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-6- رویکردهای نظری	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-7- روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA) یا UCLA ویا لوواس	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-8- روش درمانی - آموزشی TEACCH	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-9- رفتار کلیشه ای	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-10- تعامل اجتماعی	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-11- ارتباط اجتماعی	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2-12- پیشینه و سوابق پژوهشی	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

### فصل سوم : شیوه پژوهش

- 3-1- روش پژوهش. .... **Error! Bookmark not defined.**
- 3-2- جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری **Error! Bookmark not defined.**
- 3-3- ابزار جمع آوری اطلاعات. .... **Error! Bookmark not defined.**
- 3-4- شرایط ورود آزمودنیها به پژوهش. . **Error! Bookmark not defined.**
- 3-5- شرایط خروج آزمودنیها از پژوهش. . **Error! Bookmark not defined.**
- 3-6- شیوه اجرای پژوهش. .... **Error! Bookmark not defined.**
- 3-7- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها **Error! Bookmark not defined.**

### فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

- 4-1- یافته‌های کمی و آماری آزمونهایی آماری ..... **Error! Bookmark not defined.**

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

- 5-1- بحث درباره یافته‌های پژوهش **Error! Bookmark not defined.**
- 5-2- محدودیتهای پژوهش. .... **Error! Bookmark not defined.**
- 5-3- پیشنهادات. .... **Error! Bookmark not defined.**
- منابع ..... **Error! Bookmark not defined.**
- 112..... منابع فارسی
- 113..... منابع انگلیسی

جدول 1-2: سابقه مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد اختلال اتیسم	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 1-4: جدول توزیع فراوانی آزمودنی ها بر اساس جنسیت	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 2-4: جدول توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس مقاطع تحصیلی	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 3-4 داده های حاصل از آزمون رفتار کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل آزمودنیها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون با آزمون GARS	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 4-4: نمرات پیش تست و پس تست آزمودنیهای گروه ABA در متغیرهای رفتار کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 4-5: نمرات پیش تست و پس تست آزمودنیهای گروه TEACCH در متغیرهای رفتار کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 4-6: نمرات پیش تست و پس تست آزمودنیهای گروه کنترل در متغیرهای رفتار کلیشه‌ای، ارتباط و تعامل	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 4-7: اطلاعات مربوط به معنی داری آزمون آماری MANOVA	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 4-8: خلاصه اطلاعات مربوط به تحلیل واریانس چند متغیره در مورد گروهها در متغیرهای وابسته (رفتار کلیشه‌ای، ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی)	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
جدول 4-9: داده‌های آماری مربوط به مقایسه میانگین نمرات گروهها در سه متغیر رفتار کلیشه‌ای، ارتباط، تعامل	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

فصل اول

# کلیات تحقیق

## 1-1- مقدمه :

اصطلاح " اتیسم"<sup>1</sup> به مجموعه ای از اختلالات تحولی اشاره دارد که بر روی مغز تأثیر می گذارند. این اختلال توانایی فرد برای برقراری ارتباط، تشکیل رابطه با دیگران و پاسخگویی مناسب به جهان خارج را تحت تأثیر قرار می دهد. افراد مبتلا به اتیسم رفتارها یا علایق تکراری و الگوهای انعطاف ناپذیری از تفکر دارند. شدت اتیسم بسیار متفاوت است، برخی از افراد مبتلا می توانند در یک سطح نسبتاً بالا و با تکلم و هوش بی عیب و نقص، کنش داشته باشند (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389). کودک مبتلا به اتیسم ناشنوا به نظر می رسد و بطور غیرمنتظره ای تحول زبان و مهارت های اجتماعی در او متوقف می شود. نوزادان مبتلا به اتیسم اغلب روی یک مقوله یا فعالیت منفرد، ثابت باقی می مانند، خودشان را پس و پیش برده یا دستانشان را به حالت بال بال زدن تکان می دهند، به نظر می رسد به سوختگی و کبود شدگی فاقد حساسیت هستند و حتی ممکن است چنین به نظر برسند که دارند عمداً به خودشان آسیب می رسانند (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389). این اختلال به طور معمول در کودکان تا سه سالگی (36 ماهگی) آشکار می شود، هر چند گاهی اوقات برخی از کودکان در سنین بالاتری این تشخیص در موردشان داده می شود. پسرها 3 تا 4 برابر بیشتر از دخترها احتمال دارد به اتیسم دچار شوند. هنگامی که دخترها به این اختلال مبتلا می شوند، نشانه های شدیدتر و نقص های شناختی بیشتری را نشان می دهند (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389). اتیسم در تمامی گروه های نژادی، قومی و اجتماعی رخ می دهد. اگرچه علت اتیسم ناشناخته است اما انواع مختلفی از عوامل می توانند با برخی از شکل های اتیسم

در ارتباط باشند ، این عوامل شامل عوامل عفونی ، سوخت و سازی ، ژنتیکی ، عصب شناختی و محیطی (مانند رژیم غذایی نامطلوب ، مواجهه با سموم یا داروها ) هستند (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389). اولین بار اصطلاح اتیسم را پزشکی به نام لئو کانر<sup>1</sup> در سال 1943 در بیمارستان جان هاپکینز مورد استفاده قرار داد و تقریباً همزمان با مطالعه دکتر کانر ، دکتر هانس آسپرگر<sup>2</sup> در آلمان شکل خفیف تر اتیسم را شناسایی کرد و نام " نشانگان آسپرگر<sup>3</sup> " را به آن داد (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389). اتیسم متعلق به طیفی است که پنج اختلال مربوط به عصب شناختی و تحولی را در بر می گیرد؛ این دسته از اختلالات فراگیر تحول<sup>4</sup> (PDD) یا اختلالات طیف اتیسم<sup>5</sup> (ASD) نامیده می شوند. این گروه عبارتند از : 1) اتیسم: شکل شدیدی از اختلالات طیف اتیسم 2) اختلال فراگیر رشد -به گونه ای مشخص نشده است<sup>6</sup> (PDD-NOS) : این طبقه گاهی به نام اتیسم فاقد علائم مشخص<sup>7</sup> نام گذاری می شود 3) نشانگان آسپرگر : شکل خفیف تری از اختلالات طیف اتیسم با توانایی کلامی بالاتر 4) نشانگان رت<sup>8</sup> : یک اختلال عصب شناختی بسیار شدید که به طور معمول در دختران بیشتر بروز پیدا می کند 5) اختلال فروپاشنده کودکی<sup>9</sup>: یک اختلال نادر و شدید تحولی . تمامی اختلالات ذکر شده در بالا ، به واسطه درجات مختلفی از اختلال در مهارت های ارتباطی<sup>10</sup>، تعاملات اجتماعی<sup>11</sup>، و الگوهای رفتاری محدود، تکراری و کلیشه ای<sup>12</sup> مشخص می شوند (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389). میزان وقوع اختلال اتیسم در کودکان 5 در 10 هزار و همچنین میزان وقوع اختلال نافذ رشد به استثنای اتیسم را 15 در 10 هزار ذکر کرده اند. البته بسیاری از محققان دلیل علمی قابل قبولی برای افزایش نیافته اند مگر استفاده از معیارهای تشخیصی وسیع تر و یا برخوردار از

---

2. Asperger	2- asperger syndrome	3- pervasive developmental disorders
5. autistic spectrum disorders	5- pervasive developmental disorder not otherwise specified	
7. atypical	7- rett	8- childhood disintegrative disorder
10. communication	10- social interactions	11- stereotypic



دقت کمتر ( رافعي ، 1385). انتخاب نوع درست و مناسب درمان براي كودك مبتلا به اتيسم آسان نيست ، برنامه هاي بسياري وجود دارد كه هدفشان بهبود نشانه هاي رفتاري در كودكان مبتلا به اتيسم است؛برخي از اين روشها حتي ادعا مي كنند كه قادر به درمان عوامل زير بنايي به وجود آورنده اتيسم هستند(پاكدامن، زيرك، حيدري ، 1389). برخي از روشهاي درماني -آموزشي كه در اين حيطه استفاده مي شوند عبارتند از:1) روش تحليل رفتار کاربردي ABA<sup>1</sup> 2) روش درمان و آموزش كودكان اتيستيك و معلوليتهاي مربوط به ارتباط TEACCH<sup>2</sup> 3) روش يكپارچگي حسي<sup>3</sup> (SI) 4) روش زمان كف<sup>4</sup>(5FT) روش داستان هاي اجتماعي<sup>5</sup> 6) سيستم ارتباطي مبادله تصوير<sup>6</sup> (PECS) 7) موسيقي درماني (پاكدامن، زيرك، حيدري ، 1389).

متأسفانه هر كودكي به هر روش درماني حتي مؤثرترين آنها نيز پاسخ نمي دهد و برخي كودكان مبتلا به نظر مي رسد به برخي درمانهاي معروف و داراي اعتبار تجربي و پژوهشي ، کمتر پاسخ مي دهند.والدين و مربيان بايد بررسي نمايند تا اين مطلب را دريابندكه كداميك از روشهاي درماني -آموزشي پيشنهاده شده براي كودكان مبتلا با توجه به شرايط اختلال هر كدام از آنها ،مؤثر و مناسب مي باشد (پاكدامن، زيرك، حيدري ، 1389). در اين شرايط است كه لزوم پژوهش در حيطه اثربخشي روشهاي مختلف درماني و بررسي نقاط قوت و ضعف هر كدام در قياس با يكديگر ، مهم و ضروري به نظر مي رسد. اين پژوهش نيز در راستاي تحقق اهداف مذکور ، به دنبال بررسي اثربخشي دو روش ABA و TEACCH برروي بهبود رفتارهاي كليشه اي ، تعامل اجتماعي و ارتباط اجتماعي كودكان مبتلا به اتيسم بوده تا به اين طريق به والدين ، مربيان ، درمانگران و سايرافرادي كه با اين كودكان به نوعي سرو كار دارند،

---

1. Applied Behaviour Analysis (ABA)

2. Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH)

3. Sensory integration

2- Floor time

3- Social stories

6. Picture Exchange Communication System

5- Lord

6- Rutter

اطلاعات مفیدی در جهت انتخاب مفیدترین و مؤثرترین روش، ارائه نماید.

## 2-1- بیان مساله

اختلالات فراگیر رشد (PDD)، عبارتی است که در حال حاضر برای اشاره به اختلالات شدید روانشناختی در دوران کودکی به کار می رود. اختلالات فراگیر رشد آشفتگی شدید در تحول شناختی، اجتماعی، رفتاری و هیجانی کودک است که در فرآیند رشد، اختلالات فراگیری ایجاد می کند. (لورد<sup>1</sup>، راتر<sup>2</sup>، اسکوپلر<sup>3</sup> 1987). از میان چند اختلال فراگیر رشدی که در DSM-IV به آنها اشاره شده، مانند اختلال رت، اختلال آسپرگر و اختلال فروپا شده کودکی، اتیسم هم در حیطه پژوهش و هم در حیطه بالینی کاملاً چشمگیر و برجسته است. اتیسم بر خصوصیات اصلی انسان اثر می گذارد: اجتماعی شدن بین فردی و ارتباطهای پیچیده. کودکان اتیستیک اختلالات شدیدی در تعامل و ارتباط اجتماعی، بازی بین فردی و ارتباطات دارند.

بر اساس نظر کانر خصیصه برجسته و اساسی اوتیسم "ناتوانی کودکان در برقراری ارتباط با افراد و موقعیت ها به روش معمول از ابتدای زندگی" است. طبق تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>4</sup> (A.P.A) اختلال اوتیسم با آسیب شدید و نافذ در چندین جنبه رشدی از جمله مهارتهای تعامل اجتماعی متقابل، مهارتهای ارتباطی یا وجود رفتار، علایق و فعالیت های کلیشه ای مشخص میشوند. علایم دیگر کودکان مبتلا به اوتیسم شامل اختلال در مکالمه و زبان (از جمله پژواک گویی<sup>5</sup>، تأخیر در رشد زبان و استفاده معکوس از ضمائر)، بی ثباتی خلق و عاطفه، عدم واکنش صحیح به محرکهای حسی میباشد و همه این ویژگیها قبل از 3 سالگی (36 ماهگی) بروز پیدامی کند (سادوک، 1384). در حالیکه که کودکان مبتلا به اوتیسم در آزمونهایی که به توانی های کلامی نیاز دارند ضعیف عمل می کنند، آزمونهایی را

3. Schoppler

4. American Psychiatric Association (APA)

2- echolalia

3- islands of intelligence

که حافظه معمول یا تکالیف فضایی را شامل می‌شوند بسیار بالاتر از حد متوسط انجام می‌دهند، علاوه بر این آنها امکان دارد در موسیقی یا نقاشی بسیار با استعداد باشند (روزنهان، سیلگمن، 1384). اما به رغم شواهد جزایر هوش<sup>1</sup> این کودکان در حوزه شناختی بسیار بد عمل می‌کنند و فقط 25 تا 40 درصد آنها نمره هوش بهر بالای 70 دارند و این نمرات در یک دوره 10 ساله کاملاً ثابت می‌ماند (ریتو<sup>2</sup>، 1989). اوتیسم با وقوع تنها 5 تا 10 مورد در هر 10000 تولد اختلال نسبتاً نادری است (بريستول<sup>3</sup>، و همکاران، 1996، لورد و راتر 1994). اوتیسم در هر دو جنس دیده می‌شود، اما فراوانی آن در پسران 3 تا 4 برابر دختران است (بريستول، 1996). اوتیسم در خانواده های سراسر جهان و در همه طبقات اجتماعی وجود دارد (گیلبرگ<sup>4</sup> 1990، اسپونهایم<sup>5</sup> و اسکجدال<sup>6</sup> 1998). برخی از درمان‌هایی که برای کودکان مبتلا به اوتیسم به کار رفته عبارتند از:

1- درمان روانکاوی که شامل تدارک دیدن محیطی حمایتی و پذیرا برای کودکان اوتیستیک است که آنها به هر نحوی برای ابراز وجود و ایجاد ارتباط با جهان تلاش کنند (بتلهیم<sup>7</sup> 1967، اوگورمن<sup>8</sup> 1970، راتنبرگ<sup>9</sup> 1971). اما مطالعاتی که کودکان مبتلا به اوتیسم که درمان روانکاوی شده بودند، با کودکانی که درمان نشده بودند را مقایسه کردند، نشان دادند که کودکان درمان شده در مقایسه با کودکان درمان نشده، بهبودی بیشتری را نشان نمی‌دهند (کانر، آیزنبرگ<sup>10</sup>، 1955، لویت<sup>11</sup> 1957، 1963). 2- درمان‌های دارویی: بیشترین پژوهشها در فرایند های بیوشیمیایی مربوط به اوتیسم، به انتقال دهنده های عصبی سروتونین تمرکز دارد و به نظر می‌رسد که سروتونین در افراد اوتیستیک بیشتر از حد معمول می‌باشد (مسی باو<sup>12</sup>

2. Ritve

5. Sponheim

8. Ogorman

10. Eisenberg

5- Bristol

8- Skjeldal

11- Rattenberg

2- Levitt

6- Gilberg

9- Bettelheim

3- Mesibov

، داوسون<sup>1</sup> 1986، ریتو و دیگران (1970). بین افزایش سطح سروتونین خون و کارکرد ضعیف هوش ارتباط وجود دارد (کمپبل<sup>2</sup> و دیگران 1976). می توان با تجویز فن فلورامین (یک عامل اشتها زا) برای کاهش سطح سروتونین خون به درمان کودکان مبتلا به اوتیسم پرداخت (گلر<sup>3</sup>، ریتو ، فریمن<sup>4</sup> ، یوویلر<sup>5</sup> 1982). مطالعات زیاد در این حیطه یا فته های متضادی را عرضه کرده اند.

3- درمان های مبتنی بر بد کارکردی حسی و عصب شناختی: جامع ترین برنامه درمانی براساس الگوی بد کارکردی عصب شناختی ، توسط شاپلر<sup>6</sup> و ریچلر<sup>7</sup> در سال 1971 گسترش یافت ، که در آن برای رشد و سازمان دهی اطلاعات حسی استفاده از گیرنده های مجاور (لامسه ، بویایی، چشایی) که کودکان اوتیسم بیشتر از آنها استفاده می کنند ، تأکید می شود . در کل با توجه به نظریه های سبب شناختی بد کارکردی حسی دلایل متضادی گزارش شده است (لوو اس<sup>8</sup> ، شریبمن<sup>9</sup> ، کوگل<sup>10</sup> ، رم<sup>11</sup> ، شاپلر 1966). 4- درمانهای رفتاری : دیدگاه رفتاری پیشنهاد می کند که برای درمان کودکان مبتلا به اوتیسم باید دستکاری ماهرانه پیامد ها و نتایج رفتارها به منظور بنیان نهادن جنبه های معنادار محیط صورت پذیرد. پیشینه پژوهشی نشان می دهد که روش رفتاری تنها مدل درمانی است که مؤثر بودن آن برای کودکان اوتیسم به از لحاظ تجربی نشان داده شده است (ایگل<sup>12</sup> ، کوگل ، شریبمن 1980، لوو اس 1974 ، کوگل 1981).

روش ABA یا مداخله درمانی با استفاده از تحلیل رفتار کاربردی که بر اساس ارزیابی دقیق کودک، تهیه برنامه آموزشی ویژه و کار فشرده نفر به نفر توسط مربیان آموزش دیده و با استفاده از روش شرطی سازی (اسکینری) با بیشترین ساعات کار ممکن در هفته (30 تا

1 . Davson  
4 . Freeman  
7 . Richler  
10 . Koegle

5- Campbell  
8- Yuwiler  
11- Lovvas  
14- Rehm

6- Geller  
9- Schopler  
12- Schreibman  
15- Egel

40 ساعت) انجام می‌گیرد. تحقیقات متعددی اثر بخشی درمان ABA ثابت کرده است، از جمله تحقیق لوواس در سال 1987 که با بررسی نتایج تحقیقات موجود بیان کرد که 90 درصد کودکانی که در مورد آنها شیوه تحلیل رفتار کاربردی اعمال شده است، بهبود قابل توجهی نسبت به گروه کنترل نشان داده اند. تحقیق دیگری که توسط کوهن<sup>1</sup>، هاوارد<sup>2</sup>، امرین. دیکسن<sup>3</sup>، میلا<sup>4</sup>، اسمیت<sup>5</sup>، تریسترام<sup>6</sup> در سال 2006 و با استفاده از تحلیل رفتار کاربردی انجام شد، نشان داد که کودکان تحت درمان به طور معناداری در بهره هوشی و رفتار سازگارانه نمرات بالاتری از گروه کنترل دریافت می‌کنند. همچنین در تحقیق دیگری که توسط استرا بن اتزاک<sup>7</sup> و دیزا ای. زاکور<sup>8</sup> در سال 2006 بر روی کودکان اوتیسم (20 تا 32 ماهه) با استفاده از مداخله زود هنگام رفتاری انجام شد نشان داد که کودکان تحت درمان در فراگیری 3 حیطه رشدی یعنی زبان دریافتی، زبان بیانی و مهارت‌های بازی بهتر عمل می‌کنند.

روش درمان و آموزش کودکان اتیستیک و معلولیت‌های مربوط به ارتباط (TEACCH) یک برنامه ای است که برای اولین بار در سال 1966 در دانشگاه کارولینای شمالی توسط اریک شوپلر و رابرت جی. ریچلر ابداع شد (پریمبوم<sup>9</sup> 2001). روش درمانی -آموزشی (TEACCH) یک فلسفه درمانی جدید به وجود آورد و بر خلاف دیدگاه روانکاوی بیان نمود که والدین و رفتار آنها، تنها عامل ابتلای کودک به اوتیسم نیست، بلکه آنها نقش اساسی در درمان کودک بازی می‌کنند (اوزنوف<sup>10</sup>، کاتچارت<sup>11</sup> 1998). برنامه TEACCH سه جنبه دارد: 1- تشخیص و ارزیابی زود هنگام 2- همکاری والدین 3- آموزش سازمان یافته در محیطی دارای ساختار. (پریمبوم، 2003).

---

1 . Chen

4 . Mila

7 . Esther\_Ben-Itzhak

10 . Ozonof

2- Haward

5- Smith

8- Ditz A.Zachor

11- Cathcart

3- Amerni-Dicens

6- Tristram

9- Peereboom

تحقیقات متعددی کارآیی درمان TEACCH را اثبات کرده اند که از آن جمله می توان به این موارد اشاره کرد : اوزنوف و کاتچارت در سال 1998 با استفاده از روش TEACCH و نوع برنامه خانگی آن نشان دادند که کودکانی که تحت درمان این روش قرار می گیرند در برخی از عملکردهای اشار شده در نیمرخ تجدید نظر شده روانی - آموزشی (PEP-R) که شامل 7 حیطه رشدی است (تقلید ، ادراک، مهارتهای حرکتی ظریف، مهارتهای حرکتی درشت ، هماهنگی چشم و دست ، توانایی ادراک کلامی ، توانایی ادراک غیر کلامی ) پیشرفت نشان می دهند. در تحقیق دیگری که توسط پانرای<sup>1</sup> ، فرانت<sup>2</sup> ، زینگال<sup>3</sup> در سال 2002 با استفاده از اعمال روش TEACCH انجام شد نشان داد که اعمال این روش تغییرات مثبتی را در کودکان اوتیسم ایجاد می کند . همچنین کامیرسکی<sup>4</sup> ، هنکل<sup>5</sup> طی یک پژوهش در سال 2002 با استفاده از روش TEACCH نشان دادند که استفاده از این برنامه بر روی رفتار های ناسازگارانه و رفتارهای کارکردی کودکان مبتلا به اوتیسم تأثیر می گذارد .

هر دو روش درمانی ارائه شده ( ABA و TEACCH ) فقط مدعی هستند که بر روی رفتار ناسازگارانه در اوتیسم مؤثر اند، و اشاره ای به اینکه بر کدام سطح رفتاری کودک تأثیر دارند، نمی کنند. لذا در این پژوهش ما می خواهیم نشان دهیم که کدام روش بر روی کدام رفتار مؤثر است ، بنابراین مسائل اصلی در این تحقیق عبارتند از اینکه :

آیا روش درمانی ABA بر روی کودکان مبتلا به اوتیسم و شاخصه های اصلی آن مؤثر می باشد؟

و اینکه آیا روش درمانی TEACCH بر روی کودکان مبتلا به اوتیسم و شاخصه های اصلی آن مؤثر می باشد ؟ و کدامیک از دو روش ABA و TEACCH در درمان کودکان مبتلا به اوتیسم مؤثرتر می باشند ؟

---

1 . Panerai

2- Ferante

3- Zingale

4 . Kumierski

5- Henekel

### 3-1- فرضیات

1- اثر بخشی روش درمانی ABA و TEACCH بر رفتارهای کلیشه ای کودکان اتیستیک در مقایسه با یکدیگر متفاوت است.

2- اثر بخشی روش درمانی ABA و TEACCH بر ارتباط کودکان اتیستیک در مقایسه با یکدیگر متفاوت است.

3- اثر بخشی روش درمانی ABA و TEACCH بر تعامل کودکان اتیستیک در مقایسه با یکدیگر متفاوت است.

### 4-1- اهداف پژوهش

هدف کلی: مقایسه اثر بخشی دو روش تحلیل رفتار کاربردی و درمانی آموزشی بر روی کودکان مبتلا به اوتیسم.

#### اهداف جزئی:

1- تعیین اثر بخشی دو روش درمانی ABA و TEACCH بر روی کاهش رفتارهای کلیشه ای کودکان مبتلا به اوتیسم.

2- تعیین اثر بخشی دو روش درمانی ABA و TEACCH بر روی افزایش تعامل کودکان مبتلا به اوتیسم.

3- تعیین اثر بخشی دو روش درمانی ABA و TEACCH بر روی افزایش ارتباط کودکان مبتلا به اوتیسم.

### 5-1- ضرورت و اهمیت پژوهش

اگرچه اختلال اوتیسم با وقوع تنها 5 تا 10 مورد در هر 10000 تولد تقریباً اختلال کمیابی می باشد (بریستون و همکاران 1996، لورد و راتر 1994)، اما به علت ناتوانی و خلی که در رشد مهارت‌های ارتباطی، تعاملی، کلامی، شناختی افراد مبتلا ایجاد می کند و به دلیل اینکه تقریباً تمامی اعضای خانواده و اطرافیان فرد مبتلا به اوتیسم، کم و بیش درگیر مسائل ناشی از این بیماری می شوند و به نوعی برای آنها منبع تنش و استرس می گردد، پژوهش و تحقیق در این حیطه ضرورت و اهمیت پیدا می کند. از دیگر دلایلی که به نظر می رسد اهمیت پژوهش در زمینه اوتیسم را بیش از پیش نمایان می کند، فقدان پیشینه پژوهشی کافی و نه چندان زیاد (حد اقل در

ایران) در این مورد می باشد که بنا به دلایلی مانند سختی کار با افراد مبتلا به اوتیسم ، کمیاب بودن و دسترسی مشکل به اینگونه افراد ، عدم همکاری خانواده های افراد مبتلا به اوتیسم و غیره ، افراد محقق چندان علاقه و رغبتی برای مطالعه در مورد این اختلال نشان نمی دهند . از طرف دیگر تحقیقاتی که در زمینه اوتیسم ، بویژه در مورد کارآیی انواع مختلف روشهای درمانی صورت گرفته است ، نتایج متناقصی را بدست آورده اند و از این جهت لزوم تکرار و انجام متعدد پژوهشها در این زمینه ضروری به نظر می رسد . انجام تحقیق در مورد کارآیی انواع درمانها و روشهای مختلف آموزشی ، توانبخشی و مقایسه و ارزیابی روشهای مختلف با یکدیگر ، میتواند برای افراد متخصص، مربیان ، معلمان ، پرستاران شاغل در مراکز درمانی و آموزشی ، والدین و خانواده های افراد مبتلا در راستای گزینش و استفاده بهترین نوع درمان سودمند باشد. لازم به ذکر است که طبق بررسی انجام شده توسط محقق تاکنون دو روش ABA و TEACCH در هیچ گونه پژوهشی مورد مقایسه و بررسی قرار نگرفته است.

## 6-1- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

اوتیسم: یک ناتوانی رشدی که بر ارتباط و زبان از شروع زندگی تأثیر می گذارد ، این اختلال شامل ناتوانی در ابراز کارکرد های آشکار و به کار بردن رفتارهای اجتماعی متداول می باشد (پل<sup>1</sup> 2001) . در این پژوهش کودکان بر اساس نظر و تشخیص متخصصان مرکز درمانی و "فهرست بازبینی اصلاح شده اوتیسم در نوپایان<sup>2</sup> (M-CHAT) (روبینز<sup>3</sup>، فین<sup>4</sup> و همکاران 2001) ، که توسط خود محقق اجرا شد ، به عنوان فرد مبتلا به اوتیسم شناخته شدند. البته چون این کودکان قبلاً با این تشخیص به مؤسسه مربوطه ارجاع داده شده اند، برای عینی سازی و افزایش دقت از فهرست فوق الذکر استفاده شده است.

1. Paul  
4. Fein

2- Modified checklist for autism in toddlers

3- Robins



روش تحلیل رفتار کاربردی (ABA) : روش ABA یا مداخله درمانی با استفاده از تحلیل رفتار کاربردی که بر اساس ارزیابی دقیق کودک ، تهیه برنامه آموزشی ویژه و کار فشرده نفر به نفر توسط مربیان آموزش دیده و با استفاده از روش شرطی سازی کنشی (اسکینری) با بیشترین ساعات کار ممکن در هفته (30 تا 40 ساعت) انجام می گیرد . این روش ابتدا با نام شیوه "لوواس" شناخته می شد که توانسته بود طی یک طرح تحقیقاتی دو ساله به نتایج مثبتی دست یابد. ( اسمیت ، میلا 2000). در این پژوهش روش ABA ، مطابق با تحقیق انجام شده توسط اتزاک و زاکور در سال 2006 ، به تعداد 20 جلسه و جلسه ای 30 تا 50 دقیقه ، اعمال خواهد شد . تعداد جلسات 2 بار در هفته است و در این تحقیق این روش به عنوان متغیر مستقل عمل میکند . روش درمان و آموزش کودکان اوتیستیک و معلولیت های مربوط به ارتباط (TEACCH) :

روش TEACCH اولین روشی بود که در آمریکای کودکان اوتیستیک به کار گرفته شد . در این روش اعتقاد بر این است که محیط زندگی کودک باید با او تطبیق داده شود نه اینکه کودک با محیط در این روش از تکنیک خاصی استفاده نمی شود ، بلکه سعی بر این است که به کودک مهارتهایی آموزش داده شود تا بتواند محیط اطراف خود و رفتارهای اطرافیان خود را بهتر درک کند (پریمبوم ، 2001) . در این روش تأکید میشود که کودکان مبتلا به اوتیسم در محیط سازمان یافته خیلی بهتر از محیط غیرسازمان یافته ، به درمانها و آموزشها پاسخ می دهند (پریمبوم ، 2001). در این پژوهش روش TEACCH ، مطابق با تحقیق انجام شده توسط کامیرسکی و هنکل در سال 2002 ، در 20 جلسه 30 تا 45 دقیقه ای و هفته ای 2 بار اجرا می گردد و در این تحقیق به عنوان متغیر مستقل عمل می کند .

رفتارکلیشه ای : رفتار انعطاف ناپذیر با الگوی ثابت ، بدون تعدیل متناسب با شرایط تغییر (پور افکاری ، 1386). در این پژوهش منظور از رفتار کلیشه ای نمره ای

است که فرد در آزمون گارز در این مؤلفه دریافت می کند  
وبه عنوان متغیر وابسته است.

عامل: در تعامل اجتماعی یا کنش متقابل، رفتار یک  
فرد به عنوان محرک برای رفتار فرد دیگر عمل می کند و بر  
عکس (پورافکاری، 1386). در این پژوهش منظور از تعامل  
نمره ای است که فرد در آزمون «گارز» در این مؤلفه  
دریافت می کند و در این پژوهش به عنوان متغیر وابسته  
است.

ارتباط: مبادله کلامی و غیر کلامی اطلاعات در خصوص  
حقایق، افکار یا احساسات (ای. جری فیرس، تیموتی. جی. ترال  
2002). منظور از ارتباط در این پژوهش نمره ای است که  
فرد در آزمون «گارز» در این مؤلفه دریافت می کند.

فصل دوم

# ادبیات و پیشینه پژوهش

## 1-2- تعریف اتیسم

تا اواسط قرن بیستم هیچ نامی برای اختلالی که هم اکنون عنوان اختلال اتیسم را به خود گرفته است وجود نداشته است. هنری موزلی<sup>1</sup> نخستین روانپزشکی بود که در سال 1867 به طور جدی به کودکان خردسالی که مبتلا به اختلال شدید روانی و تأخیرات رشدی بودند توجه نمود. در سال 1943 دکتر لئو کانر در بیمارستان هاپکینز<sup>2</sup> یک گروه 11 نفری از کودکان را مورد مطالعه قرار داد که دارای ویژگیهایی چون تنهایی، درخودماندگی، ناتوانی در ارائه ژست های بدنی خاص و قابل انتظار، تأخیر رشدی، تکرار یا پژواک کلام (وارونگی ضمیر، به عبارتی استفاده از ضمیر تو به جای من) یکنواختی صدا و کلام، حافظه طوطی وار و عالی، محدودیت در انواع حرکات خود به خودی، رفتارها و اداو اطوارهای قالبی، اصرار بر یکنواختی محیط و ممانعت از تغییر در آن، تماس چشمی ضعیف، رابطه غیر طبیعی با دیگران تصاویر و اشیاء بی جان، بودند (هاوارد، 2005).

هرچند در آن سالها کانر به این کودکان برچسب اوتیسم را داد اما تا سالهای 1980 این کودکان در طبقه عقب ماندگان ذهنی و یا اسکیزوفرنی کودکی جای می گرفتند. بعدها مشخص شد اگر چه اختلال اتیستیک می تواند همراه اسکیزوفرنی کودکی باشد اما دو پدیده مجزا از یکدیگر می باشند. بعدها محققان چندین نوع اختلال دیگر را که هر کدام از برخی سمپتوم ها شبیه اختلال اتیستیک بودند ارائه دادند مانند اختلال آسپرگر، اختلال رت، اختلال فروپاشنده کودکی، و اختلال نافذ رشد که به گونه دیگر مشخص نشده است (NOS). محققان همه این اختلالات، و نیز اختلال اتیستیک را تحت عنوان اختلال نافذ رشد (PDD) طبقه بندی کرده اند. از آنجا که این نوع اختلالات گروهی آزمائش را در بر می گیرد که به صورت آشفتگی ها<sup>3</sup>,

1. Henry moudsely

2- Hopkins

3- disturbance

وجوه چند گانه زندگي كودك را تحت تأثير قرار مي دهند به آن نافذ يا فراگير مي گویند (رافعي، 1385).

ويژگي مشترك همه اين پنج اختلال، ظهور آنها در سالهاي اوليه كودكي و نيز نقص در تعاملات و روابط اجتماعي است كه به عنوان محوري ترين ويژگي همه اين نوع اختلالات محسوب مي شود. بنیان و اساس نقص در روابط اجتماعي در سه زمينه زیر تجلي پيدا مي كند:

الف- ناتواني در درك و تعبير نشانه ها و اشارات هيجاني و اجتماعي محيط پيراموني كه منجر به فقدان پاسخ هاي هيجاني، عاطفي و اجتماعي مي شود.  
ب-فقدان يا ضعف توجه به آنچه ديگران به آن توجه مي كنند.

ج- ناتواني در درك و فهم مستقيم و روان افكار و احساسات ديگران كه شرط لازم در روابط و تعاملات اجتماعي است (هاوارد، 2005).

علاوه بر نقص در تعاملات اجتماعي، اختلال در گفتار و زبان (به صورت نقص يا تاخير در رشد زبان دريافتي و عملي)، الگوهاي كليشه اي رفتار، داشتن سمپتوم هاي شبیه اختلال بيش فعال، کاهش توجه، نشانه هاي اضطرابي به ويژه اشكال و سواس جبري، محدوديت هاي شناختي و عقب ماندگي ذهني از درجه ضعيف تا شديد آن در ميان اين گروه مشاهده مي شود. بروز اختلال اتيستيك به سطح رشدي و سن تقويمي فرد كه غالباً تا سه سالگي مي باشد ارتباط دارد. به طور كلي مي توان گفت اختلال اتيستيك سه نوع شروع كلينيكي دارد.

نوع اول: كودك علائم اختلال را در مدت كوتاهي بعد از تولد نشان مي دهد و نشانه هاي آن شامل فقدان واكنشهاي قابل پيش بيني نسبت به در آغوش گرفتن، لبخند زدن و ارتباط چشمي مي باشد.

نوع دوم: در اين نوع كودك تا سنين دو تا سه سالگي طبيعي به نظر مي رسد و سپس پسرفت نموده و مهارتهاي قبلي خود را از دست مي دهد. در اين نوع شروع، نشانه ها ممكن است زودتر آشكار شوند اما براي تشخيص گذاري كافي نمي باشند.

نوع سوم : شروع بعد از 3 سالگی می باشد که به آن شروع تأخیری می گویند ( میلا، 2006).

در راهنمای تشخیصی (DSM-IV)<sup>1</sup> از میان گسترده رفتار غیر طبیعی قابل مشاهده در اتیسم، سه خصیصه کلیدی معرفی شده که عبارتند از : (1) اختلال کیفی در تعامل اجتماعی، (2) اختلال شدید در ارتباط و (3) الگوهای رفتاری محدود و تکراری و کلیشه ای. سن پیدایش اختلال قبل از سه سالگی است. براساس نظر ولکمار<sup>2</sup> (1996) این تعریف با ICD-10 (WHO,1992) هماهنگ است. کودکی در صورتی حایز ملاکهای تشخیصی اتیسم خواهد بود که حداقل 6 مورد از طبقات ذکر شده را در ارائه شده در ذیل را از قرار حداقل 2 مورد از طبقه اول و 1 مورد از هر یک از طبقات دوم و سوم نشان دهد.

طبقه اول : اختلال کیفی در تعامل اجتماعی

- اختلال آشکار در چند رفتار غیر کلامی مانند نگاه چشم در چشم، بیان گری چهره، حالات بدنی و حرکات سر و دست برای کنترل تعامل اجتماعی.
- ناتوانی در ایجاد رابطه با همسالان، متناسب با سطح رشد.

- فقدان تلاش خود انگیخته برای شرکت دادن سایر مردم در شادی، علایق یا پیشرفت خود.

- فقدان داد و ستد<sup>3</sup> اجتماعی یا هیجانی.

طبقه دوم : اختلال کیفی در ارتباطات

- تأخیر یا فقدان کامل رشد زبان گفتاری در افراد دارای قدرت تکلم.

- اختلال آشکار در توانایی شروع یا حفظ مکالمه با دیگران در افراد دارای قدرت تکلم.

- استفاده تکراری یا کلیشه ای از زبان یا زبان مختص به خود<sup>4</sup>.

1. Diagnostic and Statistical Manual (DSM)

2. Volkmar

2- reciprocity

3- idiosyncratic

- فقدان بازي وانمودي<sup>1</sup> خود انگيخته متنوع يا بازي اجتماعي تقليدي متناسب با سن رشد.
  - طبقه سوم: الگوي رفتاري، علايق و فعاليت هاي محدود، تكراري و كليشه يي
  - مشغوليت ذهني<sup>2</sup> تمام عيار و مداوم با يك يا بيش از يك الگوي كليشه يي و محدود از علايق كه به لحاظ شدت يا محدوديت غير عادي است.
  - پيروي ظاهرا وسواسي<sup>3</sup> از امور يا عادات خاص و ناكارآمد.
  - كليشه ها و اطوارهاي<sup>4</sup> حركتي تكراري (براي مثال تكان دادن سر، انگشت، حركات پيچيده كل بدن).
  - مشغوليت ذهني<sup>8</sup> مداوم با اجزاي اشياء (كندال، 1384).
- 2-2- برخي از بيماريهاي همراه با اختلال اتيستيك:**

عقب ماندگي ذهني

ارزيابيهاي هوشي كودكان اتيستيك نشان مي دهد كه بسياري از كودكان به درجاتي مبتلا به آسيبهاي ذهني مي باشند. تقريبا 75 درصد اين كودكان عملکرد هوشي در حد عقب ماندگي را نشان مي دهند كه از اين ميان 30 درصد كار كرد ذهني خفيف تا متوسط و حدود 45-50 درصد كاركردهايي در حد عقب ماندگي ذهني شديد تا عميق را دارند. مطالعات باليني و همه گير شناسي نشان مي دهد كه با کاهش بهره هوشي خطر ابتلا به اختلال اتيسم بيشتر مي شود. حدود 20 درصد تمام كودكان در خود فرومانده هوش غير كلامي طبيعي دارند، گاهي توانايي هاي ديداري\_حركتي يا شناختي زودرس در برخي كودكان مبتلا به اتيسم مشاهده مي شود. احتمالا بارزترين نمونه ها در اين زمينه همان مثال دانشمندان كودن (البته در حال حاضر بيشتر دانشمندان اتيستيك گفته مي شود) هستند كه دربرخي متون به آن اشاره شده است. توانايي هايي چون محاسبه يا حافظه طوطي وار شگفت انگيزي كه معمولا فراتر از تواناييهاي همسالان طبيعي آنهاست، در برخي از آنها مشاهده مي شود. همچنين

1. make-believe  
4. mannerism

5- preoccupation  
8- subjective engagement

6- compulsive

توانایی زود رس در خواندن<sup>1</sup> (هر چند توانایی فهم آنچه را که می خوانند ندارند) به خاطر سپردن و ازبرخوانی و داشتن استعداد موسیقی، خواندن یا اجرای آهنگ ها یا شناخت قطعات و دستگاه های موسیقی از جمله توانایی های زود رس در این کودکان می باشد (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389).

صرع

از هر چهار کودک مبتلا به اختلال اتیسم یک نفر دچار صرع می شود که اغلب در سنین اوایل طفولیت یا نوجوانی بروز می کند. تشنج که به وسیله فعالیت الکتریکی غیر طبیعی در مغز ایجاد می شود می تواند باعث از بین رفتن هشیاری شود. 33 درصد افراد اتیستیک رشد اختلال صرع را در نوجوانی نشان داده اند (کنندال، 1384).

بیماریهای جسمی

در کودکان خردسال مبتلا به اختلال اتیستیک میزان بروز عفونت های دستگاه تنفس فوقانی و سایر عفونت های جزئی بالاتر از حد مورد انتظار است. نشانه های گوارش شایع در این کودکان عبارتند از: آروغ زدن مفرط، یبوست و اسهال متناوب. میزان بروز تشنج همراه با تب در این کودکان بیشتر است. در برخی از این کودکان بسیاری از عفونت ها و مشکلات گوارشی، اسهال و... می تواند ناشی از مصرف سرب باشد که از طریق در دهان بردن اشیاء توسط این کودکان ایجاد می شود. فقدان واکنش به درد در بسیاری از کودکان اتیستیک به دلیل میزان بالای اندروفین ها می باشد. این مواد با خوردن غذاهایی که محتوی گلوتن و کازئین است، زیاد می شوند (کنندال، 1384).

نشانگان X شکننده:

نشانگان X شکننده یکی از شایع ترین علل عقب ماندگی ها می باشد که به طور ژنتیکی به ارث می رسند. دامنه معلولیت ذهنی می تواند از ناتوانایی های یادگیری ظریف و یک هوش بهر عادی تا چالش های شناختی و عقلانی شدید، گسترده باشد. برخی کاستی های رفتاری و تأخیرهای گفتاری و زبانی که در این سندرم دیده می شود، شبیه رفتار

---

1.Hyperlexia



اتیستیک است. نشانگان به این دلیل "X شکننده" نامیده می شود که یک محل شکننده یا شکاف در انتهای بازوی بلند کروموزوم X در لنفوسیت های بیماران وجود دارد. زنان حامل به طور معمول 30 تا 40 درصد احتمال دارد که یک پسر عقب مانده و 15 تا 20 درصد احتمال دارد که یک دختر عقب مانده به دنیا آورند (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389).

توبروز اسکلروزیس<sup>1</sup>:

یک اختلال ژنتیکی است که 1 تا 4 درصد کودکان طیف اتیسم و بیش از 2 درصد کودکان اتیستیک را در بر می گیرد. این اختلال باعث تومورهای خوش خیم در مغز می شود (کندال، 1384).

تشخیص های افتراقی<sup>2</sup>:

تشخیص یک اختلال به طور دقیق در کودکان امر بسیار دشواری می باشد زیرا آنها در فرآیند رشد قرار دارند و توأم شدن ویژگی یک اختلال با ویژگیهای رشدی هر سن کار تشخیص را دشوارتر می سازد. وجوه اشتراک اختلال اتیستیک با برخی اختلالات دیگر در زیر وجوه افتراق این اختلال با برخی اختلالات دیگر که در بردارنده تعدادی از نشانه های اتیستیک می باشد، آورده شده است.

1- اسکیزوفرنی با شروع دوره کودکی: متأسفانه داده ها و اطلاعات پژوهشی در مورد اسکیزوفرنی کودکی بسیار کمتر از اختلال اتیستیک می باشد. عمده ترین تفاوتها بین اتیسم و اسکیزوفرنی عبارتند از:

الف- اختلال اتیستیک به طور طبیعی در کودکان قبل از 36 ماهگی و اسکیزوفرنی بعد از 5 سالگی شروع می شود.

ب- آمار دقیقی در مورد شیوع اسکیزوفرنی کودکی وجود ندارد اما اتیسم 2 تا 5 در ده هزار تخمین زده شده است.

ج- از نظر توزیع جنسیتی اختلال اتیستیک در پسرها بیشتر از دخترها می باشد ولی اسکیزوفرنی کودکی تقریباً در دو جنس به یک اندازه است.

د- بد کاری مغزی و عوارض قبل و هنگام تولد در کودکان اتیستیک بیشتر از اسکیزوفرنی می باشد.

ه- میزان کم توانی ذهنی و تشنج در کودکان اتیستیک بیشتر از اسکیزوفرنی کودکی می باشد. کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی تقریباً از هوش یکسان تری برخوردارند.

ی- از نظر مهارتهای کلامی کودکان اتیستیک، تأخیر کلامی، فقدان و یا پژواک کلام دارند. رفتارهای قالبی و تکراری، وسواس، مشکلات ارتباطی در آنها مشاهده می شود اما کودکان مبتلا اسکیزوفرنی بیشتر اختلال تفکر و هذیان و توهم دارند. عملکرد انطباقی کودکان اتیستیک ضعیف تر از کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی می باشد (پریمبوم، 2001).

2- عقب ماندگی ذهنی با نشانه های رفتاری: بسیاری از کودکان عقب مانده ذهنی نشانه های در خود ماندگی را نشان می دهند. وجه تمایز اصلی آنها این است که کودکان عقب مانده ذهنی به فراخور میزان هوشی که دارند با محیط و پیرامون خود ارتباط برقرار می کنند و به ویژه از زبان به هر میزانی که برخوردار باشند برای ارتباط و بیان نیازهای خود استفاده می کنند (پریمبوم، 2001).

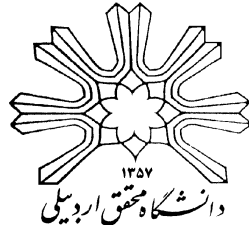
3- زبان پریشی<sup>1</sup> اکتسابی همراه با تشنج (نشانگان لاندوا - کلنفر): وجوه افتراق این اختلال با اختلال اتیستیک و اختلال فروپاشنده کودکی بسیار دشوار می باشد. کودکان مبتلا به این اختلال بعد از چند سال رشد طبیعی ظرف چند هفته یا چند ماه زبان دریافتی و بیانی خود را از دست می دهند. اکثراً دارای ناهنجاری های EEG<sup>2</sup> و حملات تشنجی می باشند. اما آنها اختلالات ارتباطی، عاطفی و مشکلات مربوط به مهارتهای بازی کودکان اتیستیک را ندارند (پاکدامن، زیرک، حیدری، 1389).

4- اختلال مختلط زبان دریافتی -بیانی: کودکان مبتلا به اختلال زبان دریافتی -بیانی ناهنجاری های تکلمی کودکان اتیستیک مانند پژواک کلام، استفاده از عبارات کلیشه ای را تقریباً ندارند و معمولاً از ارتباطات سمبولیک غیر کلامی و اشاره ها برای ارتباط با پیرامونشان استفاده می کنند. همچنین این گروه از کودکان



پیوسته

Surname: Azimi Jajin	Name: Farhad
Title of thesis: The investigate of the effectiveness of applied behavior analysis and treatment- education methods in children with autism disorder	
Supervisor(s): H.Ghamari(Ph.D) Advisor(s): A.Abolghasemi(Ph.D)	
Graduate Degree: MSC. Major: Specilty: Sport Physiology University: University of mohaghegh Ardabil Faculty: Literature and Human Science Graduatioan data: 24/2/2011 Number of pages:113	
Keywords: Autism , Applied Behavior Analysis, treatment – education method.	
<p><b>Abstract:</b></p> <p>The present research has been conducted to review the effectiveness of two methods Applied Behavior Analysis(ABA)and treatment – education method (TEACCH) on stereotypical behaviors , interaction and communication of autistic children . The ,methodology is of experimental type and per-test,post –test multi group with controls . The statistical population of this research is all of autism child who have registered in autism school of Tabriz in 1388. that among them 29 persons have been selected by available sampling method . The utilized tools include of ; Gilliam Autism Rating Scale (GARS) , Modified Checklist for autism in toddlers (M- CHAT). The data was analyzed by multivariate variance (MANOVA) , The finding of present research showed that , the ABA and TEACCH methods , in contrast remedy effectiveness , on alleviates stereotypical behaviors There are not significant difference ; The ABA and TEACCH methods , in contrast remedy effectiveness,on alleviates communicational problems there are significant difference . The ABA and TEACCH methods , in contrast remedy effectiveness, on alleviates interactional problems There are not significant difference. With regard to findings , it seems that , the ABA and TEACCH methods is nearly similar an efficient style to teaching and alleviates of symptoms of autism children(forby communication ).</p>	



Department of Literature and Human Science

The investigate of the effectiveness of applied behavior analysis and  
treatment- education methods in children with autism disorder

Thesis Advisor:  
H.Ghamari(Ph.D)

Consulting Advisor:  
A.Abolghasemi(Ph.D)

By:  
Reza nasoudi

University of Mohaghegh Ardabili

Winter 2011