

Investigation of Main Problems in Clinical Interview with Mentally Retarded Children

Aliakbar Arjmandniya, Ph.D¹ Sajed
Yaghoobnezhad, M.A² Seyedeh Marjan
Khazeni³ M.A

Received: 26. 5. 12 Revised: 6.10.12 Accepted: 18.2 . 13

Abstract

Purpose: In this article, the process of clinical interview with mentally retarded children will be investigated. **Method :** To get the purpose, the main problems in clinical interview with mentally retarded children and its stages are presented. In this paper, the communicative methods which facilitate the relation between the interviewer and the mentally retarded children will be discussed and the methods of direct and indirect observation used in interview and the relevant instruments will be introduced. At the end, the principles of interviewing with the mentally retarded children and its usages are expressed. **Findings and Conclusions:** Behavioral and psychological problems in mentally retarded children necessitate a standardized interview. Therefore faced with mentally retarded children, the interviewer should be prepared psychologically. He should utilize advanced instruments for interview, observation and gathering the information.

Key words: Clinical interview, mentally retarded, children, problems

1. **Corresponding author:** Assistant professor in Tehran university e-mail: arjmandnia@ut.ac.ir
2. Ph.D Candidate for Exceptional Children Psychology, Tehran university
3. M.A in Psychology, Alzahra university

بررسی مشکلات عمده در مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی

دکتر علی اکبر ارجمندنیا، ساجد یعقوب نژاد^۱،
سیده مرجان مدیر خازنی^۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۶ تجدیدنظر: ۹۱/۷/۱۵ پذیرش نهایی: ۹۱/۱۱/۳۰

چکیده

هدف: در این مقاله، فرایند مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی مورد بررسی قرار خواهد گرفت. **روش:** به منظور دستیابی به این هدف، ابتدا مشکلات عمده مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی و همچنین مراحل مصاحبه بالینی با آنها مطرح شده است. در این مقاله ضمن تبیین آن دسته از فنون ارتباطی که تسهیل کننده ارتباط میان مصاحبه گر و کودک کم توان ذهنی هستند، تلاش شده است تا شیوه های مشاهده مستقیم و غیرمستقیم کودکان در جریان مصاحبه و ابزارهای کارآمد مورد نیاز معرفی گردند. در پایان، اصول اساسی مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی و کاربردهای آن مطرح گشته است. **یافته ها و نتیجه گیری:** وجود مشکلات روان شناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی به گونه و به حدی است که زمینه شکل گیری یک مصاحبه بالینی کامل و متناسب با استانداردهای مختلف را ضروری می سازد. بر این اساس، مصاحبه گر بالینی زمانی که با کودک کم توان ذهنی مواجه می شود، خود را به لحاظ روان شناختی آماده ساخته و از ابزارهای پیشرفته جهت مصاحبه، مشاهده و یا حتی جمع آوری اطلاعات و جمع بندی آنها بهره کافی را می برد.

کلید واژه ها: مصاحبه بالینی، کودکان، کم توان ذهنی، مشکلات

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه تهران.

۲. دانشجوی دکتری روان شناسی کودکان استثنایی دانشگاه تهران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی دانشگاه الزهرا.

مقدمه

ارزیابی، یکی از مولفه‌های مهم فرایند روان‌درمانی به شمار می‌آید و متخصصان را در طراحی برنامه‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب یاری می‌دهد. اهمیت فرایند ارزیابی به اندازه‌ای است که برخی از متخصصان حتی بیش از آموزش به آن توجه می‌کنند، چرا که به عقیده آنها ارزیابی دقیق و گسترده، ما را به سوی طراحی مناسب سوق می‌دهد (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۵). با این حال باید توجه داشت که لازمه انتخاب روش مناسب، ارزیابی، توجه به اهداف ارزیابی و گروه هدف است. فرایند ارزیابی در آموزش ویژه به ارزیابی دانش‌آموزان با ناتوانی اشاره دارد. این نوع ارزیابی فرایند نظام‌دار جمع‌آوری اطلاعات از منابع مختلف به منظور اتخاذ تصمیم‌گیری‌های قانونی و درمانی برای ارائه خدمات ویژه به دانش‌آموزان با ناتوانی است (پیر آنجلو و گیولیانی^۱، ۲۰۰۲، به نقل از شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۵).

با وجود آنکه، انتخاب روش سنجش به هدف سنجش و ماهیت مشکل رفتاری، خصوصیات کودک و خانواده، موقعیت سنجش، خصوصیات سنجش‌گر و ویژگی روش‌های موجود بستگی دارد (ماش و بارکلی، ۲۰۰۷)، با این حال در فرایند مشاوره، مصاحبه مهم‌ترین و رایج‌ترین روش جمع‌آوری اطلاعات و بهترین ابزار برای شناخت مراجع یا مددجو و مسایل و مشکلات و علاقه‌مندی‌های او به شمار می‌آید (به پژوه، ۱۳۷۷). در این میان، مصاحبه با کودک، نه تنها قسمتی از ارزیابی به حساب می‌آید، بلکه محور آن محسوب می‌گردد.

از نگاه بارکر^۲ (۱۹۹۰)، ترجمه خدایاری فرد و علوی، ۱۳۸۲)، مصاحبه، یکی از زمینه‌های اصلی و هسته مرکزی ارزیابی و روان‌درمانی کودکان و نوجوانان است. به طور کلی، مصاحبه یعنی صحبت میان دو نفر که در مصاحبه بالینی این صحبت بین روانشناس و مراجع انجام می‌شود و آنچه مصاحبه بالینی را از سایر مصاحبه‌ها جدا می‌سازد، این است که

دارای هدف بوده و می‌خواهد به تشخیص مشکل مراجع پرداخته و در رفع آن اقدام کند (قاضی، ۱۳۸۳). تاکنون تلاش‌های بسیاری برای تبیین و ترسیم مراحل و اصول مصاحبه در فرایند مشاوره با گروه‌های گوناگون صورت گرفته است، اما مصاحبه به عنوان ابزاری کارآمد و البته آغازین در فرایند روان‌درمانی و مشاوره با کودکان کم‌توان ذهنی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

کودکان کم‌توان ذهنی به عنوان گروه گسترده‌ای از دریافت‌کنندگان خدمات ویژه که بیش از دو درصد از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند (انجمن عقب‌ماندگی ذهنی آمریکا^۳، ۲۰۰۲، ترجمه به پژوه و هاشمی، ۱۳۸۹)، در موارد بسیاری در معرض ارزیابی قرار می‌گیرند: ارزیابی بهداشت روانی، ارزیابی روان-شناختی، ارزیابی تحولی، تحقیق در مورد سوءاستفاده و غفلت از کودکان، تسهیل فرایندهای حقوقی و برخورد با موقعیت‌های اضطراری از موقعیت‌هایی هستند که متخصصان بالینی ممکن است به مصاحبه با کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی احتیاج پیدا کنند (بارکر، ۱۹۹۰، ترجمه خدایاری فرد و علوی، ۱۳۸۲). با این حال، مهم‌ترین مشکلاتی که خانواده‌های افراد کم‌توان ذهنی با آن روبه‌رو هستند و لزوم ارزیابی و به تبع آن مصاحبه بالینی را پررنگ‌تر می‌سازد، عبارتند از: مشکلات رفتاری از قبیل پرخاشگری، پرتحرکی، خودآزاری، مشکلات جسمانی، تغذیه‌ای و رعایت بهداشت فردی (میرخانی، ۱۳۷۷).

اگرچه مطالعات مربوط به ارزش و کارآمدی مشاوره و مصاحبه با کودکان کم‌توان ذهنی منجر به نتایج قطعی نشده است، با این حال روشن است که مشاوره می‌تواند خدمات ارزشمندی برای رشد شخصی و اجتماعی کودک فراهم آورد و به خانواده وی کمک کند تا مشکلات سازگاری و رفتاری کودک را بهتر حل کنند (تامپسون، رودلف و هندرسون^۴، ترجمه طهوریان، ۱۳۸۴).

در این بین، کودکان سندرم‌داون به عنوان

بزرگترین گروه کودکان کم توان ذهنی با منشاء کروموزومی، طیف گسترده‌ای از مراجعان به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی را تشکیل می‌دهند. اگرچه احتمال ابتلا به اختلالات روانی و رفتاری در کودکان دارای نشانگان داون نسبت به سایر کودکان کم توان ذهنی کمتر است، ولی این افراد نسبت به افراد عادی دارای مشکلات بیشتری هستند. آنها به سرعت دچار ناکامی، اضطراب و تنش می‌شوند، در اغلب اوقات مشکلات تحصیلی، این افراد را مستعد مشکلات رفتاری می‌کند و در نتیجه با افزایش مشکلات رفتاری، مشکلات یادگیری تشدید می‌گردد و موجب شکست فرد در زمینه‌های مختلف می‌گردد (مریک، ۲۰۰۴). با این حال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات بالینی می‌تواند موجب عملکرد مناسب و کاهش مسائل روان‌شناختی و رفتاری این گروه از کودکان گردیده و در مجموع به بهبود کیفیت زندگی افراد با نشانگان داون در جامعه و پیشرفت و شکوفایی آنان منجر شود (گت، ۱۹۷۷). رابینسون^۵ و رابینسون (ترجمه ماهر، ۱۳۷۷)، معتقد است با وجود برخی مشکلات روان‌شناختی و رفتاری گزارش شده، بسیاری از کودکان مبتلا به سندرم داون، نسبت به دیگر کودکان کم توان ذهنی، شاداب‌تر و مهربان‌تر بوده و کنترل آنها ساده‌تر است. اصول کلی و روش‌های برقراری ارتباط با این گروه از کودکان همان اصول و روش‌های برقراری ارتباط با سایر کودکان کم توان ذهنی است با این حال استفاده از تقویت‌کننده‌های دلخواه کودک و تشویق‌های کلامی می‌تواند این ارتباط را تسهیل کند.

نکته‌ای که در مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی نباید از خاطر برد این است که یک روش واحد برای مصاحبه با همه کودکان کم توان ذهنی وجود ندارد. بلکه مصاحبه‌گر باید به تناسب خصوصیات خاص هر کدام از کودکان کم توان ذهنی روشی را برای مصاحبه انتخاب کند. با توجه به اینکه فنون و

سبک‌های مصاحبه باید به تناسب نیازها و ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان تنظیم شده و مصاحبه با هر کودک متناسب با سطح رشدی و تحولی وی باشد، هدف این مقاله بیان واضح، ساده و کاربردی مراحل مصاحبه با کودکان کم توان ذهنی و همچنین مطرح کردن اصول مصاحبه با این گروه از کودکان خواهد بود. لازم به ذکر است در این مقاله بر مقتضیات و تلویحات ویژه مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی در قالب فرایند مصاحبه بالینی تأکید شده و اصول اساسی مصاحبه به عنوان پیش‌فرض‌های ضروری در نظر گرفته شده‌اند.

مشکلات عمده در مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی

محدودیت‌های شناختی و مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی، مصاحبه بالینی با آنها را با مشکلات و موانع چندی روبه‌رو می‌سازد. اگرچه ناهمگونی و تفاوت‌های فردی بسیار زیاد در میان کودکان کم توان ذهنی، مشکلات متنوعی را در جریان مصاحبه بالینی رقم خواهند زد، اما با استفاده از پیشینه پژوهشی می‌توان بسیاری از این مشکلات را پیش‌بینی نمود.

بی‌تردید افراد کم توان ذهنی دارای مشکلات ارتباطی خاصی هستند و هر اندازه کم‌توانی فرد شدیدتر باشد توانایی‌های کلامی و گفتاری او نیز احتمالاً کمتر است. در این راستا، وارن و یودر (۱۹۹۷)، معتقدند مراحل رشد زبان در افراد کم‌توان ذهنی مانند افراد معمولی است، اما رشد زبان در آنها دیرتر شروع می‌شود، با سرعت کمتری رشد می‌کند و در سطوح پایین‌تری متوقف می‌شود. از نگاه آنها، این کودکان اغلب هم در توانایی فهمیدن و هم در تولید زبان مشکل دارند. سیف نراقی و نادری (۱۳۹۰)، نیز یکی از موانع اساسی در برقراری ارتباط با کودک کم توان ذهنی را تأخیر در تحول زبان می‌دانند که به عنوان علامت بارز کم‌توانی ذهنی کودکان محسوب

این، کودکان کم توان ذهنی به طور قابل ملاحظه‌ای در فراگیری مفاهیم بنیادی کند هستند، به گونه‌ای که امکان دارد این مفاهیم در افراد کم توان ذهنی شدید، هرگز ایجاد نگردد (پروت و براون^۷، ترجمه فرهی، ۱۳۸۷).

به این ترتیب، تأخیر در تحول زبان، کم توجهی در یادآوری وقایع گذشته، تفاسیر نادرست از مشاهدات زمان حال و قضاوت نادرست در مورد وقایع، نقص در رفتار سازشی و فقدان شکل گیری مفهوم از جمله مشکلاتی هستند که مداخله‌های درمانی ممکن است این گروه از کودکان را محدود کند. با این حال و با وجود مشکلات موجود در جریان مصاحبه با کودک کم توان ذهنی، اگر مراجعان سواد کافی نداشته، کم-سن‌وسال بوده و یا تکالیف ارائه شده به توضیح نیاز داشته باشد، مصاحبه مناسب‌ترین ابزار ارزیابی است. از سوی دیگر مشکلات فوق در مصاحبه با کودکان کم توان ذهنی، بدون تردید مهارت، مشاهده دقیق و از همه مهم‌تر صبر را می‌طلبد.

مراحل مصاحبه با کودکان کم توان ذهنی

تصور کلی در فرایند مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی بر این است که طبیعت و سیر اختلال‌های روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی با همسالان عادی آنها بسیار شبیه به یکدیگر است (مش و وولف^۸، ۲۰۰۸، ترجمه مکی آبادی و فروع الدین، ۱۳۸۸). این نکته به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا در مواجهه با کودکان کم توان ذهنی سردرگم نشده و مراحل مصاحبه بالینی با این کودکان را براساس مصاحبه بالینی با کودکان عادی طراحی کنند، با این حال توجه به نکات ویژه، بخصوص در فرایند برقراری و حفظ ارتباط با کودکان کم توان ذهنی، راهبردهای کسب اطلاعات از این کودکان و فنون انجام مداخلات درمانی، ضروری است.

مصاحبه با کودکان کم توان ذهنی را می‌توان حداقل به سه مرحله اساسی تقسیم کرد: مرحله مقدماتی، مرحله مشاهده و مرحله اکتشاف. شایان ذکر

می‌شود. ناریمور و دیور^۶ (۱۹۷۵)، به نقل از سیف نراقی و نادری، (۱۳۹۰)، در پژوهشی نمونه‌ای ۵ دقیقه‌ای از گفتار کودکان عادی و کودکان کم توان ذهنی سنین ۶ تا ۱۰ سال را جمع‌آوری کردند و این نمونه‌ها را از نظر ویژگی‌های زبانی مانند توضیح موضوع شاخص تابعی کلمات (ارتباط کلمات با یکدیگر چقدر است) و نیز مواد اساسی زبان، چون تعداد واژه‌ها، عبارات، جملات و تکرارها مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار دادند. در این مطالعه، عمده‌ترین مشکل کودکان کم توان ذهنی، ناتوانی در استفاده از عبارات پیچیده و توضیح موضوع است. آنان عقیده دارند که این امر از نظر برقراری ارتباط بسیار مهم است، زیرا این نوع مشکلات میزان اطلاعاتی را که کودک می‌تواند با دیگران در میان بگذارد محدود می‌کند، به ویژه هنگامی که نظم یا توالی فعالیت زبانی نیز مورد نیاز است.

از مشکلات عمده دیگر مصاحبه با این گروه از کودکان، نقص در یادآوری وقایع گذشته، تفاسیر نادرست از مشاهدات زمان حال و قضاوت نادرست در مورد وقایع است که بر نتایج حاصل از به‌کارگیری روش‌های یاد شده تأثیر دارد (پیر آنجلو و گیو لیانی، ۲۰۰۰، به نقل از شکوهی یکتا و پرنده، ۱۳۸۵). در همین راستا یکی از باثبات‌ترین یافته‌های پژوهشی این است که این افراد در یادآوری اطلاعات مشکل دارند و اغلب مشکلات ویژه‌ای با حافظه فعال دارند (بری، فلتچر و ترنر، ۱۹۹۷). از نگاه مک میلان (۱۹۸۲)، مشخصه اصلی کودکان کم توان ذهنی، کاهش سرعت و کارامدی در یادگیری است.

به مشکلات اشاره شده در جریان مصاحبه با کودکان کم توان ذهنی، این نکته را نیز باید افزود که رفتار سازشی کودک کم توان ذهنی به طور قابل ملاحظه‌ای از رفتار سازشی کودکان همسال او ضعیف‌تر است. این نقص در رفتار سازشی به ویژه در زمینه تعامل اجتماعی و رشد عاطفی که ابزارهای اساسی فرایند مصاحبه بالینی هستند، آشکار است. علاوه بر

و ارتباطی او دست یابد. اگر دانش آموز کم توان ذهنی قادر به درک صحبت های مصاحبه گر باشد، در این صورت لازم است دلایل انجام مصاحبه برای او توضیح داده شود.

کوئریدو^{۱۰} (۲۰۰۲، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۵)، آن دسته از فنون ارتباطی با کودکان را که تفاهم ایجاد می کنند، این گونه برشمرده اند: شما به عنوان متخصص بالینی باید در حد و اندازه رشد زبانی- شناختی کودک حرف بزنید؛ با توجه به اینکه اکثر کودکان سکوت را نشانه عدم تأیید می دانند، گفتگو را قطع نکنید؛ از سوالات مستقیم استفاده نکنید؛ درباره موضوعاتی که کودک به آنها علاقه دارد و از لحاظ رشدی برای وی مناسب هستند، صحبت کنید؛ کودک را به طور شفاهی یا فیزیکی تشویق کنید؛ از کودک سوالات عینی و مشخص بپرسید. به این تکنیک ها باید مواردی چون استفاده از بازی به عنوان ابزار ارتباطی، به کارگیری تقویت های بی واسطه و بلافاصله با توجه به سطح رشد شناختی و علایق کودک کم توان ذهنی و توجه بیشتر به راهکارهای ارتباط غیرکلامی را در مصاحبه با کودکان کم توان ذهنی اضافه کرد.

در این مرحله، برای برقراری ارتباط و گفتگو با کودک کم توان ذهنی باید به شیوه پرسیدن سوالات دقت کرد. در همین رابطه سیگل من، باد، اسپانهل و شانروک اسپانهل و شان روک (۱۹۸۱)، معتقدند سوالاتی که افراد کم توان ذهنی به آنها پاسخ 'بله' یا 'خیر' می دهند، سوالات مفیدی نیستند و اطلاعات قابل توجهی را در اختیار مصاحبه گر قرار نمی دهند. آنها اعتقاد داشتند که پرسیدن سوالات چند گزینه ای از افراد کم توان ذهنی بهتر از سوالات بله و خیر است. با وجود این، استفاده از سوال های بسته و سوال های باز در مصاحبه با کودک کم توان ذهنی لازم است. اما هرچه میزان عقب ماندگی کودک بیشتر و سن او کمتر باشد، استفاده از سوال های باز باید کاهش یابد.

است که در عمل نمی توان این سه مرحله را از هم مجزا کرد. مصاحبه گر با استفاده از این سه مرحله می تواند فرایند مصاحبه را به خوبی سازماندهی کند.

الف. مرحله مقدماتی: آماده سازی و ارتباط با کودک کم توان ذهنی

فرایند روان درمانی و یا مشاوره پس از برقراری رابطه صورت می گیرد. در محیط های رسمی، این رابطه به شکل مصاحبه خواهد بود (برامر^۹، ۱۹۹۳ ترجمه کارکیا، ۱۳۷۷). به پژوه (۱۳۷۷)، بر این باور است که مهم ترین گام در مصاحبه، برقراری یک رابطه حرفه ای خوب است. برای برقراری ارتباط مطلوب با کودک کم توان ذهنی، مصاحبه گر می تواند کودک را به اتاق بازی برده و به او اجازه دهد که با اسباب بازی ها بازی کند. او در این حال می تواند چند سوال به ظاهر خنثی از کودک بپرسد. برای مثال، نظر او را راجع به اسباب بازی ها جویا شود یا اینکه از او بپرسد که او به چه بازی هایی علاقه دارد یا اینکه آیا قبلاً به این مرکز آمده است یا نه؟ مصاحبه گر به وسیله این سوال های خنثی می تواند به توانایی های کلامی و زبانی کودک پی ببرد و قدرت ارتباطی او را بسنجد. اگر کودک دارای مشکلات کلامی و ارتباطی باشد، در این مرحله شناسایی خواهد شد. بدیهی است که لازمه استقرار یک رابطه خوب، برخورداری از صبر و حوصله و شکیبایی است (به پژوه، ۱۳۷۷)، با این حال تلاش برای شکل گیری ارتباط اثربخش به منظور آغاز فرایند ارزیابی، مشاوره و یا روان درمانی با کودکان کم توان ذهنی، شکیبایی و حوصله بیشتری را می طلبد.

در این مرحله، مصاحبه گر باید بتواند بین مشکلات کلامی و ارتباطی تمایز قایل شود و دقیقاً مشخص کند که آیا کودک، دارای مشکلات کلامی است یا اینکه به طور کلی از نظر برقراری ارتباط مشکل دارد. البته درمانگر می تواند با توجه به بهره هوشی کودک نیز به یک شناخت تقریبی در مورد توانایی های کلامی

به عبارت دیگر، سوال‌های باز از دیدگاه کودکان کم‌توان ذهنی سوال‌های غیرقابل پاسخ می‌باشند.

همان‌طور که پیشتر اشاره شد، کودکان کم‌توان ذهنی با مشکلاتی چند در مورد به یاد آوردن اطلاعات مواجه‌اند. دنت و استفنسن (۱۹۷۹) دریافتند که به یاد آوردن بدون رهنمود یک واقعه در کودکان دارای هوش طبیعی دقیق و معمولاً صحیح است. اما از آنجایی که کودکان کم‌توان ذهنی نمی‌توانند به خوبی به سوال‌های باز و گسترده که دارای چند بعد هستند پاسخ دهند، بنابراین مقداری راهنمایی برای آنها لازم است؛ از این رو استفاده از رهنمودهای گوناگون می‌تواند تأثیر مثبتی بر روند مصاحبه داشته باشد.

گاهی اوقات با کودکان کم‌توان ذهنی مواجه می‌شویم که دچار آسیب‌های شنوایی در سطوح مختلف هستند. برای برقراری ارتباط با این کودکان می‌توان از نقاشی و یا حرکات بدنی استفاده کرد. در این بین مولفه‌های غیرکلامی مانند لحن صدا، حالت چهره، تماس چشمی و حرکت سرودست اطلاعات زیادی را منتقل می‌کند (وینر، بودنی، وود و راس، ۱۹۸۹). دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی نابینا، دانش‌آموزانی هستند که آمادگی زیادی برای ترس و اضطراب دارند. در صورتی که این کودکان بتوانند صحبت‌های مصاحبه‌گر را بفهمند، بهتر است که او راجع به مصاحبه و علل انجام آن، برای این دانش‌آموزان صحبت کند. استفاده از حس لامسه در این بین نقش ویژه‌ای دارد. نکته دیگر آنکه مصاحبه‌گر می‌تواند برای برقراری ارتباط با این کودکان از والدین آنها بپرسد که برای برقراری ارتباط با کودک خود چگونه عمل می‌کنند و او نیز از همان روش استفاده کند.

ب. مرحله مشاهده: راهبردهای گوناگون برای کسب اطلاعات پایه

در طول جلساتی که مصاحبه‌گر سعی می‌کند با کودک رابطه و همدلی برقرار کند، اطلاعات مفیدی را نیز می‌تواند از طریق مشاهده کسب نماید. مشاهده

مستقیم رفتار، بخش مهمی از سنجش است، چون درک درستی از ماهیت، پیشایندها و پیامدهای رفتار کودک به ما می‌دهد. شکوهی یکتا و پرند (۱۳۸۵)، پیشنهاد کرده‌اند که در مشاهده مستقیم باید رفتارهای مورد نظر را تعریف کنیم، مناسب‌ترین موقعیت مشاهده رفتار را برگزینیم، شیوه کدگذاری رفتارهای مورد نظر را مشخص کنیم. از سوی دیگر مشاهده غیرمستقیم در کار با کودکان کم‌توان ذهنی نیز اهمیت بسیاری دارد. یکی از راه‌های غیرمستقیم دستیابی به اطلاعات مورد نیاز در فرایند مصاحبه، کشف دنیای آرزوها و رویاهای کودک است. فراهم آوردن امکان اینکه کودکان بتوانند خواب‌های خود را بازسازی کنند و یا اینکه از آنها بخواهیم سه آرزوی مهم خود را بیان کنند و سپس بگویند که دوست دارند کدام آرزو زودتر واقعیت پیدا کند. بدین ترتیب با استفاده از عالم تخیل و رویاهای کودکان بهتر می‌توانیم اطلاعاتی را در مورد خواسته‌های درونی آنها به دست آوریم.

نقاشی کشیدن و یا بازی با اسباب بازی‌ها از بهترین شیوه‌ها برای ادامه مصاحبه با کودکان کم‌توان ذهنی خجالتی، مضطرب و ترسو است. این‌گونه فعالیت‌ها باعث می‌شود که کودک احساس راحتی کند و به ایجاد رابطه کمک می‌نماید. همچنین با استفاده از این فعالیت‌ها می‌توان به نقاط قوت کودک در زمینه تمرکز، دامنه توجه و مهارت‌های حرکتی پی برد و اطلاعات بیشتری در زمینه محتوای بازی‌ها و مهارت‌های هنری آنها به دست آورد.

ج. مرحله اکتشاف: تشخیص و تلاش برای طراحی مداخله درمانی

پس از اینکه همدلی و ارتباط با کودک کم‌توان ذهنی برقرار شد و مشاهدات اولیه نیز انجام گرفت، مصاحبه‌گر می‌تواند به یک دیدگاه روشن، در مورد توانایی‌ها و ضعف‌های او دست یابد و بعضی از پاسخ‌های احتمالی‌اش را نیز پیش‌بینی کند. باید به خاطر داشت که نمی‌توان صرفاً بر روی اطلاعاتی که از

جلسات مصاحبه با کودک به دست می آید، تکیه کرد. آنچه که ما از طریق مصاحبه ها به دست می آوریم، تنها قسمتی از اطلاعات مورد نیاز ماست و این اطلاعات با داده های حاصل از عملکرد کودک در خانه و مدرسه، نتایج ارزیابی های پزشکی و روان شناختی تلفیق شده و منجر به تصویری دقیق تر از کودک خواهند شد.

در این مرحله از مصاحبه بالینی آنچه مهم است این است که مصاحبه گر، تحلیل توصیفی از مشکل یا مشکلات بدهد. او باید اطلاعاتی در مورد پایداری رفتار، تغییرات رفتار، شدت رفتار، فراوانی رفتار و خصوصیات موقعیتی رفتار جمع آوری کند که شیوه های گردآوری این اطلاعات در ادامه مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

اطلاع دادن یافته های مصاحبه به والدین و معلمان، رابطه تنگاتنگی با میزان موفقیت برنامه های مداخله ای دارد. از نگاه شرودر و گوردون^{۱۱} (۲۰۰۲)، ترجمه فیروزبخت، (۱۳۸۵) اطلاع دادن یافته های مصاحبه از طرفی می تواند والدین، معلمان و دیگران را برانگیزد تا مداخله لازم برای بهینه شدن عملکرد کودک را فراهم آورند و از طرفی می تواند آنها را ناتوان و زمین گیر کند. مصاحبه گر در جلسات مربوط به تفسیر یافته ها باید از زبان غیرتخصصی استفاده کند، از والدین بخواهد سوالات و احساسات خود را بیان کنند و در مورد فرایند کار به آنها حق انتخاب دهد.

اصول ویژه مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی

اگرچه می توان گفت اصول کلی مصاحبه بالینی با کودکان کم توان ذهنی همانند مراحل مصاحبه با این کودکان، همان اصول مصاحبه با کودکان عادی است، با این حال مطالعه محدودیت های شناختی، ارتباطی و هیجانی کودکان کم توان ذهنی، متخصصان بالینی را به سمت بکارگیری راهبردهای ویژه ای سوق می دهد که در فرایند مصاحبه بالینی با این کودکان توجه با آنها احتمال انجام مصاحبه موفق و مداخله ای نسبتاً

مؤثر را بیشتر خواهد کرد.

توجه به نگرش ها و باورهای مصاحبه گر درباره کودکان کم توان ذهنی

یک مسأله مهم برای متخصصان بالینی که با کودکان کم توان ذهنی کار می کنند، نگرش ها و احساسات آنان نسبت به افراد با کم توانی ذهنی است. مطالعات متعدد، برداشتها و نگرش های متخصصان درباره افراد با ناتوانی را مورد بررسی قرار داده اند (چوبن، ۱۹۸۹). این مطالعات، بین نگرش هایی که یک درمانگر معین دارد و میزان اثربخشی برنامه مداخله ای در یک گروه خاص، رابطه روشنی را نشان می دهد (یولسر، ۱۹۸۸).

ناتانسون (۱۹۷۹)، باورهای متعدد متخصصانی را که با فرد ناتوان کار می کنند، توصیف کرده است و عقیده دارد این باورها می توانند در مداخله درمانی اختلال ایجاد نمایند. به این ترتیب که اگر درمانگر صرفاً بر حسب برچسب کم توان ذهنی به کودک بنگرد و مصاحبه را بر پایه تصورات و پیش داوری های مرتبط با آن برچسب انجام دهد، مشکلاتی پدید خواهد آمد. در این شرایط، مصاحبه گر به رغم داشتن حسن نیت ممکن است تصور نماید که کودک یا نوجوان کمتر از آن میزان که واقعاً می تواند، قادر به مقابله با ناکامی ها و بحرانهاست. چنین تصویری بعداً می تواند موجب وابستگی کودک گردد. انتخاب هدف های بسیار کم اهمیت و پیش پا افتاده، طرد کودک به طور ناخودآگاه به واسطه وجود احساس انزجار درباره ناتوانی، نیز از جمله مشکلات رایج در حوزه نگرش متخصصان بالینی است؛ لذا این امر برای درمانگر حائز اهمیت است که نگرش های خود راجع به اشخاص با ناتوانی را مورد بررسی قرار داده و آنها را اصلاح کند (پروت و براون، ۲۰۰۷، ترجمه فرهی، ۱۳۸۳).

برنامه ریزی برای مصاحبه

در فرایند مصاحبه، یک اصل اساسی این است که مصاحبه باید در رابطه با مشکلاتی باشد که مصاحبه

شونده به خاطر آنها مراجعه کرده است. از نگاه به‌پژوه (۱۳۷۷)، هر مصاحبه، هدف یا منظوری دارد و باید بر همان هدف یا منظور خاص متمرکز شود. بهبود مهارت‌های اجتماعی، افزایش خزانه رفتاری، آموزش مهارت‌های خودکنترلی، بررسی مشکلات توجه و یادگیری و تحصیلی و سایر مشکلاتی که خود و یا خانواده‌شان با آنها دست به‌گریبان هستند، از جمله هدف‌های مددکاری اجتماعی و مصاحبه با کودکان کم‌توان ذهنی است. به همین دلیل هورلی و هورلی (۱۹۸۶) تأکید می‌کنند که مصاحبه‌گر در طول جلسه با کودک کم‌توان ذهنی دستور جلسه را مشخص می‌کند و به‌طور کلی برای جلسه مصاحبه، ساختاری بیش از آنچه در مورد یک کودک عادی لازم است، تدارک می‌بیند. از نگاه سیوا (۱۹۷۱)، طول این جلسات باید کوتاه‌تر از جلساتی باشد که به‌طور معمول برای کودکان عادی طراحی می‌شود. گفتنی است که اکثر مطالعاتی که به بررسی اثربخشی مداخله‌های درمانی در افراد کم‌توان ذهنی خفیف پرداخته‌اند، از رویکردهای رفتاری و رهنمودی بهره می‌جویند (پروت و براون، ۲۰۰۷، ترجمه فرهی، ۱۳۸۳).

رفتار در مصاحبه بالینی با کودک کم‌توان ذهنی

در فرایند مصاحبه بالینی، روان‌شناس می‌تواند رفتارهای مختلفی از خود بروز دهد. وی با استفاده از رفتار کلامی و غیرکلامی گوناگون تلاش می‌کند کودک کم‌توان ذهنی را در دریافت پیام و درک انتظاراتش یاری دهد. رهنمودها به عنوان ابزاری کارآمد در فرایند مصاحبه با کودکان کم‌توان ذهنی بر اساس رفتار مصاحبه‌کننده شکل می‌گیرند. سیهاک (۲۰۱۱)، استفاده از نشانه‌ها و رهنمودها را باتوجه به سابقه، نوع و شدت معلولیت راهبرد غالب برای یادگیری مهارت‌های ضروری توسط افراد کم‌توان ذهنی می‌داند، بدین ترتیب در مقاطع مختلف فرایند مصاحبه بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی به‌ویژه در حین برقراری ارتباط و یا تلاش برای جمع‌آوری

اطلاعات، استفاده از انواع رهنمودها می‌تواند به عنوان ابزاری کارآمد در اختیار مصاحبه‌گر باشد. رهنمود دادن روشی است که در آن، یک علامت اضافی فراهم می‌شود تا آنکه به روش افتراق، فرد را به پاسخ درست رهنمون سازد. در واقع رهنمودها، جزء محرک‌های اضافی هستند که زمانی به افراد داده می‌شوند، که فرد به محرک آموزشی پاسخ مناسب و یا کامل نمی‌دهد. محرک رهنمودی ابتدا همراه با محرک آموزشی ارائه می‌شود و سپس به‌طور تدریجی حذف می‌شود، به گونه‌ای که کنترل یادگیرنده بر پاسخ، از رهنمود به محرک آموزشی انتقال یابد (بلاک و هرسن^{۱۲}، ترجمه ایزدی و ماهر، ۱۳۸۴). رهنمودها انواع گوناگونی دارند که در زیر به اختصار معرفی و تبیین می‌گردند:

رهنمودهای کلامی: رهنمودهای کلامی، واژگان، جملات و یا سوالاتی هستند که فرد را به سوی پاسخ هدف هدایت می‌کنند. رهنمود کلامی، محرک تمیزی مکملی است که به صورت گام‌به‌گام فرد را به پاسخ کامل هدایت می‌کند (تارباکس، والاس، پنرود و تارباکس، ۲۰۰۷). رهنمودهای صوتی: اگرچه این تسهیل‌کننده به صورت معمول، به شکل یک نشانه صوتی ارائه می‌شود، و فرد را برای زمان شروع، خاتمه و یا آهنگ اجرای تکلیف مورد نظر راهنمایی می‌کند، اما در مواقعی لازم است تا در طول هر گام از یک تکلیف پیچیده، زمان و آهنگ (ریتم) اجرای گام، رهنموددهی شود. رهنمودهای تصویری متحرک (ویدئویی)، رهنمودهای فیزیکی (دستی)، رهنمودهای حرکتی (متضمن حرکات و اشارات)، رهنمودهای موقعیتی و رهنمودهای نوشتاری (کتبی) نیز دیگر رهنمودهایی هستند که در فرایند مصاحبه بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند به کار روند. مصاحبه‌کننده بالینی با در اختیار داشتن این خزانه از رهنمودها، رفتار خود را در مصاحبه با کودک کم‌توان ذهنی تجهیز می‌کند و در مراحل مختلف فرایند مصاحبه بالینی با کودک کم‌توان ذهنی از جمله برقراری ارتباط، جمع‌آوری اطلاعات و حتی در فرایند

تغییر رفتار و درمان از آنها کمک می‌گیرد.

جمع‌آوری اطلاعات؛ گام اساسی مصاحبه بالینی با کودک کم‌توان ذهنی

با توجه به پیچیدگی رفتار کودک و عوامل دخیل در مشکلات هیجانی و رفتاری کودک، باید از افراد مطلع و در موقعیت‌های مختلف و با روش‌های مختلف، اطلاعات مورد نیاز را جمع کنیم (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۵). قبل از شروع فرایند مصاحبه بالینی با کودک کم‌توان ذهنی، لازم است مصاحبه‌گر اطلاعاتی را در زمینه خصوصیات، عادت‌ها و توانایی‌های کودک به دست آورد. اعضای خانواده کودک کم‌توان ذهنی بخش زیادی از این اطلاعات را در اختیار دارند و در صورت درخواست، آنها را در اختیار مصاحبه‌گر قرار خواهند داد. در همین رابطه، استفاده از فرم گزارش والد مصاحبه بالینی (بارکلی، ۱۹۹۷) ابزاری کارآمد برای کمک به مصاحبه‌گران جوان خواهد بود. این فرم مصاحبه نیمه‌ساخت‌دار برای والدینی طراحی شده است که فرزند آنان اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی دارد، اما در مصاحبه با والدینی که فرزند آنها سایر اختلال‌های دوران کودکی را دارد نیز قابل استفاده است. یکی از جنبه‌های بسیار ارزشمند این فرم، درج خلاصه‌ای از ملاک‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۰۲) است. این ابزار به سرعت مشخص می‌کند که آیا نشانه‌های اختلالی خاص یا اختلال‌های همزمان با آن وجود دارد یا خیر. مصاحبه‌گر همچنین می‌تواند اطلاعات مفیدی را از محیط مدرسه این افراد و یا از موسسه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، کسب کند. بهتر است مصاحبه‌گر، علاوه بر معلم با سایر کارکنان مدرسه یا موسسه که به نحوی با کودک آشنایی دارند و با او در ارتباط هستند نیز مصاحبه کند.

نکته بسیار مهم در حین جمع‌آوری اطلاعات

درباره کودک کم‌توان ذهنی، توجه به نتایج ارزیابی‌های روان‌شناختی، ارزیابی‌ها و سنجش‌های جسمی و کلامی است. تقریباً همه کودکان کم‌توان ذهنی، قبل از اینکه به متخصص بالینی مراجعه کنند، برای سنجش و ارزیابی ارجاع داده شده‌اند و در مدرسه یا موسسه‌ای دیگر مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. مصاحبه‌گر باید نتایج این ارزیابی‌ها را در اختیار داشته باشد و وضعیت هوش کودک، معلولیت‌های جسمانی او و همچنین اختلال‌های زبانی و گفتاری کودک را ثبت کند (بارکر، ۱۹۹۰، ترجمه خدایاری فرد و علوی، ۱۳۸۲).

فراهم کردن محیط مناسب برای مصاحبه با کودک کم‌توان ذهنی

از نگاه مایر و دیویس (ترجمه زهراکار و کهلویی، ۱۳۷۷)، ویژگی‌های فیزیکی مشاوره بر فرایند مشاوره تأثیرگذار است. وضعیت مکانی می‌تواند شروع رابطه را آسان‌تر سازد (برامر، ۱۹۹۳، ترجمه کارکیا، ۱۳۷۷). یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های مکان مصاحبه، اتاقی است که به مصاحبه با کودک کم‌توان ذهنی اختصاص می‌یابد. با توجه به مشکلات جسمی خاص برخی از این کودکان، این محل باید به اندازه‌ای باشد که یک صندلی چرخدار بتواند به راحتی در آن حرکت کند. کودکان کم‌توان ذهنی به طور معمول نمی‌توانند بر روی میزهای معمولی نقاشی یا با اسباب‌بازی‌ها، بازی کنند، زیرا که بسیاری از آنان دارای مشکلاتی از قبیل ناهماهنگی حرکتی هستند و به فضای بزرگتری احتیاج دارند. به همین دلیل استفاده از میزهایی که ارتفاع و ابعاد آن بیشتر از میزهای معمولی است، توصیه می‌شود. مداد شمعی‌ها، مدادها و قلم‌موها باید دارای طول و ضخامت مناسبی باشند تا کودکانی که دارای ناهماهنگی حرکتی و ضعف عضلانی هستند بتوانند آنها را در دست بگیرند (بارکر، ۱۹۹۰، ترجمه خدایاری فرد و علوی، ۱۳۸۲). با این حال توجه به این نکته که کودکان کم‌توان ذهنی اغلب در تمرکز

توجه‌شان بر روی یک محرک معین با دشواری مواجه‌اند و ممکن است حواس‌پرتی بیش از حد نشان دهند، نیز در طراحی و تدارک اتاق مصاحبه با کودک کم‌توان ذهنی ضروری است.

مصاحبه در موقعیت‌های عادی و طبیعی

کافمن و پاین (۱۹۷۵) در پژوهشی پیرامون محدودیت‌های سازگاری اجتماعی کودکان کم‌توان ذهنی این‌گونه نتیجه‌گیری می‌کنند که با توجه به تجارب شکست‌های مکرر، انتظار شکست‌های بعدی در این کودکان رشد می‌کند و در موقعیت‌های جدید حتی اگر پایین‌تر از توانایی‌های ذهنی آنان باشد، دچار استرس می‌شوند. بدین ترتیب برخی از کودکان کم‌توان ذهنی هنگام برخورد با شرایط غیرعادی، دچار نگرانی و آشفتگی می‌شوند. مصاحبه‌گر در مورد چنین کودکانی باید به والدین آنها آموزش دهد که روز قبل از تشکیل جلسه مصاحبه، با کودک خود طوری برخورد کنند که او احساس کند جلسه مصاحبه یک موقعیت کاملاً عادی و طبیعی است.

حضور والدین و یا سرپرستان در نخستین جلسه مصاحبه

اگرچه راهبرد جمع‌آوری اطلاعات از والدین کاربرد گسترده‌ای دارد، اما اکثراً به این دلیل که یافته‌های غیرموثق، نادرست و تحریف شده‌ای ارائه می‌کنند، مورد انتقاد قرار گرفته است (کاگان، ۱۹۹۴). با این حال، هنگام شروع مصاحبه بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی لازم است والدین و یا سرپرستان کودک نیز در جلسه حضور داشته باشند. با حضور همزمان والدین در نخستین جلسه مصاحبه، مصاحبه‌گر بهتر می‌تواند اطلاعات لازم را کسب کند. پرسیدن درباره انتظارات، بیم‌ها و امیدهای والدین به جمع‌آوری و تفسیر اطلاعات کمک می‌کند، به ویژه وقتی توصیه‌های متخصصان با انتظارات والدین مغایرت دارد یا مهر تأییدی بر ترس‌های آنان می‌زند (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۵). بارکر (۱۹۹۰)، ترجمه خدایاری فرد و علوی، ۱۳۸۲) نیز

توصیه کرده است، که چنانچه اطلاعات به دست آمده از منابع مختلف نشان دهد که کودک دارای مشکل رفتاری خاصی است در این صورت مددکار باید در جلسه‌ای جداگانه با والدین یا سرپرست کودک نیز صحبت کند. این برنامه باید قبل از تشکیل جلسه مصاحبه با کودک تشکیل شود. از سوی دیگر حضور والدین و احتمالاً سایر اعضای خانواده باعث فروکش کردن سطح اضطراب و احساس آرامش بیشتر در کودک کم‌توان ذهنی خواهد شد.

مشاهده دقیق رفتارها و واکنش‌های کودک و خانواده

مصاحبه‌گر باید به مشاهده دقیق رفتارها و عکس-العمل‌های کودک و خانواده او بپردازد. رفتارها و واکنش‌های کودک ممکن است طیف گسترده‌ای از رفتار برون‌گرایانه و صمیمی تا رفتار خجالتی و گوشه‌گیرانه باشد. والدین کودک نیز رفتارهای مختلفی را از خود بروز می‌دهند. در این بین، استفاده از نظام کدگذاری تعامل دو نفره والد-کودک (آیبرگ، بسمر، نیوکمب، ادواردز و رابینسون، ۱۹۹۴) برای مشاهده کودکانی طراحی شده است که مهارت‌های کلامی آنها حداقل در حد مهارت‌های یک کودک دو ساله است. به همین دلیل این ابزار می‌تواند ابزاری کارآمد در مشاهده کودکان کم‌توان ذهنی باشد. این ابزار در واقع نظام مشاهده و کدگذاری تعاملات والد کودک در کلینیک است که در سه دوره ده دقیقه‌ای نتایج آن ثبت می‌شود. این نظام کدگذاری روش مشاهده نسبتاً آسان و مقرون‌به‌صرفه است که فراگیری و اجرای آن کمک موثری به مصاحبه با کودکان کم‌توان ذهنی که عمدتاً تاخیر کلامی نیز دارند، خواهد کرد.

استفاده از رویکرد مصاحبه گروهی

یک تصور قالب‌دیرین درباره کم‌توانی ذهنی حاکی از آن است که مصاحبه، مشاوره و درمان گروهی برای این افراد فنون مداخله‌ای مناسبی نیستند. با وجود این، چند مطالعه نشان داده‌اند که کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند از این گونه روش‌های مداخله‌ای

بهره‌مند گردند. هیومز، آدامزیک و مایکو (۱۹۶۹)، دریافتند که مشاوره گروهی با نوجوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، طبق درجه‌بندی‌های معلم بر روی یک مقیاس رفتاری، به سازگاری بهتری می‌انجامد. ولچ و سیگمن (۱۹۸۰)، نیز استفاده از گروه درمانی در مورد نوجوانان کم‌توان ذهنی را توجیه کرده‌اند. آنان پیشنهاد کرده‌اند که درمانگر در سازمان‌دهی درمان نقش فعال ایفا کنند و فعالیت‌های غیرکلامی را در این درمان بگنجانند. مزیت‌هایی که آنان برای گروه درمانی ذکر کرده‌اند، عبارتند از: فراهم‌سازی تماس نوجوانان کم‌توان ذهنی با همسالان و احساس تعلق به گروه همسالان، دسترس‌پذیری سرمشق‌های رفتاری، فرصت‌های بیشتر برای بازخورد و بهبود مهارت‌های کلامی شرکت‌کنندگان نیز معتقدند مشاوره گروهی با کاستن از احساس انزوا و تنهایی، این فرصت را در اختیار کودک کم‌توان ذهنی می‌گذارد که حس تعلق به یک گروه را تجربه نمایند.

بکارگیری ابزارهای مختلف سنجش

در فرایند کار بالینی با کودکان، سنجش با هدف‌های گوناگونی که به طور معمول با یکدیگر مرتبطند، اجرا می‌شود. شرودر و گوردون (۲۰۰۲)، ترجمه فیروزبخت، (۱۳۸۵) هدف‌های کلی سنجش کودکان را عبارت می‌دانند از: مشخص کردن وجود یا عدم وجود مشکل، مشخص کردن نقاط ضعف و قوت فرد، پیش‌بینی رفتارهای آتی و سیر اختلال و تدوین دستورالعمل‌های مداخله. البته در اکثر موارد ارجاع شده برای سنجش، ترکیبی از این هدف‌ها مدنظر است. واضح است که ما به عنوان مصاحبه‌گر با کودک کم‌توان ذهنی تلاش خواهیم کرد با توجه به هدف‌های یادشده، اطلاعات مقدماتی کافی درباره کارکرد کودک کم‌توان ذهنی جمع‌آوری کرده تا درباره ماهیت مشکل کودک فرضیه بسازیم. از نگاه کمفاس و فریک (۱۹۹۶)، ارزیابی مشکلات کودکی، عملی شبه علمی و نوعی فرضیه‌آزمایی است که در آن آسیب‌شناسی

رشدنگر، تاثیرات بافت و مصلحت کودک لحاظ می‌شود. در کنار استفاده از تکنیک‌های مشاهده، توجه به نتایج آزمایش‌های پزشکی، آزمون‌های روان‌شناختی و مصاحبه‌های باز با افراد آگاه در ارزیابی و مصاحبه بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی، استفاده از ابزارهای سنجش به شرح زیر لازم به نظر می‌رسد.

مقیاس‌های درجه‌بندی والدین از جمله؛ مقیاس درجه‌بندی والدین نظام سنجش رفتار کودکان (رینولدز و کمفاس، ۱۹۹۲) فهرست رفتار کودک (آخنباخ، ۱۹۹۲)، پرسش‌نامه رفتار کودک آایبرگ (آیبرگ و پینکس، ۱۹۹۹)، نسخه تجدید نظر شده پرسش‌نامه شخصیت کودکان (ویرت و همکاران، ۱۹۹۹). مقیاس‌های درجه‌بندی معلم از قبیل؛ فرم گزارش معلم فهرست رفتار کودک (آخنباخ، ۱۹۹۱)، نظام درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی (گرشام و البوت، ۱۹۹۰). نظام‌های مشاهده رفتار از جمله؛ نظام مشاهده دانش‌آموز، نظام سنجش رفتار کودکان (رینولدز و کمفاس، ۱۹۹۲)، فرم مشاهده مستقیم رفتار کودک (آخنباخ، ۱۹۸۶).

یکپارچه کردن اطلاعات به دست آمده

داده‌های به دست آمده از کودک، معلم و والدین در مورد نوع، فراوانی و شدت مشکلات کودک همیشه مشابه هم نیستند که البته جز این هم انتظار نمی‌رود. فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند که بین گزارش‌های والدین و معلمان در مورد مشکلات کودکان همبستگی مثبت وجود دارد (آخنباخ، مک کناگی و هاوِل، ۱۹۸۷). آخنباخ (۱۹۸۶)، معتقد است با توجه به اینکه کودک در وضعیت‌های مختلف از جمله در خانه و مدرسه و یا در حضور این یا آن معلم، رفتارهای متفاوتی مرتکب می‌شود، یا با هریک از والدینش به نحو خاصی ارتباط داشته و رفتار می‌کند، ناهمخوانی گزارش‌های افراد مطلع تعجب‌انگیز نخواهد بود. عواملی همچون سازگاری والدین، اختلافات زناشویی، شرایط جسمی و روانی حین گزارش دادن و انگیزه‌های شخصی می‌تواند

است که می‌توان امیدوار بود که مصاحبه بالینی به اهداف از پیش تعیین شده خود دست یابد.

یادداشت‌ها

- 1) Pierangelo & Giuliani
- 2) Barker
- 3) American Association for Mental Retardation
- 4) Thompson & Rodolf
- 5) Robinson
- 6) Narimor & Daver
- 7) Prott & Brown
- 8) Mash & Wolf
- 9) Bramer
- 10) Querido
- 11) Sheroder & Gordon
- 12) Black & Hersen

منابع

- انجمن عقب ماندگی ذهنی آمریکا (۲۰۰۲). *عقب ماندگی ذهنی: تعریف، طبقه‌بندی و نظام‌های حمایتی (ویرایش دهم)*. ترجمه احمد به پژوه و هادی هاشمی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- بارکر، فیلیپ (۱۹۹۰). *مصاحبه‌های بالینی با کودکان و نوجوانان* (چاپ دوم). ترجمه محمد خدایاری فرد و سید کامران علوی (۱۳۸۲). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- برامر، لورنس (۱۹۹۳). *مراحل و مهارت‌های مددکاری*. ترجمه پروانه کارکیا (۱۳۷۷). تهران: انتشارات سمت
- بلاک، آلن اس و هرسن، مایکل. (۱۳۸۴). *فرهنگ شیوه‌های رفتاردرمانی*. (سیروس ایزدی و فرهاد ماهر، مترجم) (چاپ دوم). تهران: انتشارات رشد.
- به پژوه، احمد (۱۳۷۷). *چهار نوشتار درباره مددکاری اجتماعی*. تهران: انتشارات آوای نور.
- پروت، تامپسون و براون، داگلاس (۲۰۰۷). *روان‌درمانی و مشاوره کودکان و نوجوانان: کاربردهای عملی در مراکز درمانی و مدارس*. ترجمه حسن فرهی (۱۳۸۳). تهران: انتشارات ارجمند.
- تامپسون، چارلز؛ رودولف، لیندا و هندرسون، دونا (۲۰۰۳). *مشاوره با کودکان*. ترجمه جواد طهوریان (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.
- رابینسون، نانسی ام و رابینسون، هالبرت بی. (۱۹۷۶). *کودک عقب مانده ذهنی*. ترجمه فرهاد ماهر (۱۳۷۷). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

بر کیفیت پاسخ‌های افراد مطلع پیرامون کودک تأثیرگذار باشد (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۵). با توجه به شرایط ویژه کودکان کم‌توان ذهنی احتمالاً این ناهمخوانی در اطلاعات جمع‌آوری شده از افراد مطلع پررنگ‌تر خواهد بود. به این ترتیب در فرایند مصاحبه بالینی با کودک کم‌توان ذهنی ضروری است با توجه به سایر ابزار سنجش، از قبیل مشاهده و استفاده از سیاهه‌ها و پرسشنامه‌های والدین و معلم به گونه‌ای این ناهمخوانی در داده‌ها مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

وجود مشکلات روان‌شناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی به گونه و به حدی است که زمینه شکل‌گیری یک مصاحبه بالینی کامل و متناسب با استانداردهای مختلف را ضروری می‌سازد. محدودیت‌های کودک کم‌توان ذهنی در حوزه مهارت‌های کلامی، ادراکی، حسی و حرکتی الزامات خاصی را به فرایند مصاحبه بالینی می‌افزاید. نقش منابع مختلف اخذ داده‌ها رنگ کامل‌تر و جدیدتری به خود می‌گیرد، مشاهده نمونه رفتار و گزارش‌گیری از والدین نیاز به ابزارهای دقیق‌تر و از سوی دیگر آشنایی با ویژگی‌های روان‌شناختی همه جانبه کودک را می‌طلبد.

بر این اساس، مصاحبه‌گر بالینی زمانی که با کودک و یا نوجوان کم‌توان ذهنی مواجه می‌شود، خود را به لحاظ روان‌شناختی آماده ساخته و از ابزارهای پیشرفته جهت مصاحبه، مشاهده و یا حتی جمع‌آوری اطلاعات و جمع‌بندی آنها بهره کافی را می‌برد. وی به خوبی می‌داند که وجود کم‌توانی ذهنی و یا هر معلولیت دیگری، ساختار روان‌شناختی خانواده را دستخوش تغییر ساخته است. بر این اساس، گزارش‌ها و اطلاعاتی را که از والدین دریافت می‌کند را در این بستر روان‌شناختی خاص تحلیل خواهد کرد. با استفاده از این رویکرد همه‌جانبه در مصاحبه بالینی

- Chubon, R. (1982). An analysis of research dealing whit attitude of professionals toward disability, *Journal of rehabilitation*, 48(1), 25-30.
- Cihak, D. F. (2011). Comparing pictorial and video modeling activity schedules during transitions for students with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 433-441
- Dent, H. R. & Stephenson, G.M. (1979). An experimental study of the effectiveness of different techniques of questioning child witnesses. *British Journal of Clinical Psychology*, 18, 41-51.
- Eyberg, S.M., Bessmer, J., Newcomb, K., Edwards, D., & Robinson, E. (1994). *Manual for the Dyadic Parent-child Interaction Coding System-II*. Social & Behavioral Sciences Documents.
- Eyberg, S.M., & Pincus, D. (1999). *The Eyberg Child Behavior Inventory & Suttre Eyberg-Student Behavior Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource.
- Gath, A. (1977). The Impact of an abnormal child on the parents. *Bri. Journal of Psychology*, 130, 405-441
- Gersham, R.M., & Eliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*, Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Hurley, A.D. & Hurley, F.j. (1986). Counseling & Psychotherapy with mentally retarded clients: The initial interview. *Psychiatric Aspects of Mentally Retardation Review*, 5(5), 22-26.
- Humes, C.W., Adamszyk, J.S. & Myco, R.W. (1969). A school study of group counseling with educable retarded adolescents. *American Journal of Mental Deficiency*, 74, 191-195.
- Kagan, J. (1994). On the nature of emotion, In N.A. Fox(ed.). The development of emotion regulation: Biological & behavioral consider. *Monographs of the Society Research in Child Development*, 59(2). 7-24.
- Kamphaus, R.W. & Frick, P.J. (1996). *Clinical Assessment of Ahild and Adolescent Personality and Behavior*, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kauffman, J. & Payne, J. (1975). *Mental Retardation: Introduction and Personal Perspective*, Ohio: Charles E. Merrill.
- MacMilan, D.L. (1982). *Mental Retardation in School and Society* (2rded). Glenview, IL: Scott and Foresm
- Mash E. J. & Barkley R. (2007) *Assessment of Childhood Disorders*, Fourth Edition. The Guilford Press: New York.
- Merrick, J. (2004). Adolescents with Down syndrome. *INT Journal Med Health*, 16(1):13-9
- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت الله (۱۳۹۱). روان شناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روش های آموزش آنها. تهران: انتشارات سمت.
- شرودر، کاولین و گوردون، بتی (۲۰۰۲). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۵). تهران: نشر دانشه
- شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم (۱۳۸۵). مبانی نظری ارزیابی و کاربرد آزمون های روانی و تربیتی. تهران: انتشارات تیمورزاده.
- قاضی، قاسم (۱۳۸۳). زمینه مشاوره و راهنمایی. (چاپ ششم). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مایر، اسکات و دیویس، سوزان (۲۰۰۸). اصول و مهارت های مشاوره. ترجمه کیانوش زهراکار و زهرا کهلویی (۱۳۸۸). تهران: نشر روان
- مش، اریک و وولف، دیوید. (۲۰۰۸). روان شناسی مرضی کودک. ترجمه اصغر فروع الدین و محمد مظفری مکی آبادی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد.
- میرخانی، مجید (۱۳۷۷). الگوی نظام نوین توان بخشی کشور. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- Achenbach, T.M. (1986). *Child Behavior Checklist: Direct Observation Form* (rev. ed). Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughly, S.H., & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral & emotional problems: Implication of corss-information correlations for situational specificity. *Psychological Bukkent*. 101, 213-232.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSMIV). Washington DC: The Author.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant Children: A Clinican's Manual for Assessment and Parent Training* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Bray, N.W., Fletcher, K.L., Turner, L. (1997). Cognitive competencies & strategy use in individuals with mental retardation. In W.E. Meehan (ed.), *Ellis's handbook of mental deficiency, Psychological theory, & research*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Nathanson, R. (1979). Counseling person with disabilities: Are the feeling, thoughts & Behaviors of helping Professionals helpful? *Personal and Guidance Journal*, 58, 233-237.
- Renolds, C.R. & Kamphaous, R.W. (1992). *Behavior Assessment System for Children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Sewa, B.T. (1971). Preliminary consideration in psychotherapy whit retarded children, *Journal of School Psychology*, 9, 12-15.
- Sigelman, C.K., Budd, E.C., Spanhel, C.I., & Schonrock, C.J. (1981). When in doubt say yes: Acquiscnce in interviews with mentally retarded person. *Mental Retardation*, 19, 53 - 58.
- Tarbox, R. S. F., Wallace, M. D., Penrod, B., & Tarbox, J. (2007). Effects of Three- Step Prompting on Compliance with Caregiver Requests. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 40, 703-706
- Warren, S. & Yoder, D.J. (1997). Communication, language, and mental retardation, In W.E. MaLean (Ed.), *Ellis, Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory Research*, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Welch, V.O. & Sigman, M. (1980). Group psychotherapy with mildly retarded, emotionally disturbed adolscents, *Journal of Clinical Child Psychologo*, 9, 209-212.
- Wirt, R.O., Lachar, D., Klinedist, J.K. & seat, P.S. (1990). *Personality Inventory for Children*, Los Angeles: Western Psychological Service.
- Winer, M., Budney, S., Wood, L. & Rusell, R.L. (1989). Nonverbal events in psychotherapy, *Clinical Psychology Review*, 9, 487-504.
- Yulcer, H. (ED.). (1988). *Attitud Toward Persons with Disabilities*, New York: Springer.