بررسی مشکلات عمده در مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم توان ذهنی

دکتر علی اکبر ارجمند نیا[۱]، ساجد یعقوب نژاد[۲]، سیده مرجان مدیر خازنی[۳]،

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

چکیده

هدف: دراین مقاله، فرایند مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار خواهد گرفت. **روش**: به منظور دستیابی به این هدف، ابتدا مشکلات عمدهٔ مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم توان ذهنی و همچنین مراحل مصاحبهٔ بالینی با آنها مطرح شده است. در این مقاله ضمن تبیین آن دسته از فنون ارتباطی که تسهیل کننده ارتباط میان مصاحبه‌گر و کودک کم توان ذهنی هستند، تلاش شده است تا شیوه-های مشاهدهٔ مستقیم و غیرمستقیم کودکان در جریان مصاحبه و ابزارهای کارآمد مورد نیاز معرفی گردند. در پایان، اصول اساسی مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم توان ذهنی و کاربردهای آن مطرح گشته است. **یافته‌ها و نتیجه گیری**: وجود مشکلات روان‌شناختی و رفتاری در کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی به گونه و به حدی است که زمینهٔ شکل‌گیری یک مصاحبهٔ بالینی کامل و متناسب با استانداردهای مختلف را ضروری می‌سازد. بر این اساس، مصاحبه‌گر بالینی زمانی که با کودک کم توان ذهنی مواجه می‌شود، خود را به لحاظ روان‌شناختی آماده ساخته و از ابزارهای پیشرفته جهت مصاحبه، مشاهده و یا حتی جمع آوری اطلاعات و جمع‌بندی آنها بهرهٔ کافی را می‌برد.

کلید واژه‌ها: *مصاحبهٔ بالینی، کودکان ، کم‌توان ذهنی، مشکلات*

۱. **نویسندهٔ مسئول**: استادیار دانشگاه تهران.
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه تهران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه الزهرا.

Investigation of Main Problems in Clinical Interview with Mentally Retarded Children

Aliakbar Arjmandniya,Ph.D[1] Sajed Yaghoobnezhad, M.A[2] Seyedeh Marjan Khazeni[3]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 an indirect obsrervation used in interview and the relavant 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 nececciates 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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

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 به‌آن توجه می‌کنند، چرا که به عقیدهٔ 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 لازمهٔ 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 ارائهٔ خدمات ویژه به دانش‌آموزان با ناتوانی است (پیر آنجلو و گیولیانی [1]، 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 جمع آوری 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 [2] (۱۹۹۰، ترجمهٔ خدایاری فرد و علوی، ۱۳۸۲)، مصاحبه، یکی از زمینه‌های اصلی و هستهٔ مرکزی ارزیابی و روان‌درمانی کودکان و نوجوانان است. به طور کلی، مصاحبه یعنی صحبت میان دو نفر که در مصاحبهٔ بالینی این صحبت بین روانشناس و مراجع انجام می‌شود و آنچه مصاحبهٔ 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 روان-درمانی 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 [3]، ۲۰۰۲، ترجمهٔ به‌پژوه 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 کم توان ذهنی احتیاج پیدا کنند (بارکر، ۱۹۹۰، ترجمهٔ 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 کم توان ذهنی منجربه 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 [4]،ترجمهٔ طهوریان، ۱۳۸۴).

در این بین، کودکان سندرم‌داون به عنوان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

بزرگترین گروه کودکان کم توان ذهنی با منشاء کروموزومی، طیف گسترده‌ای از مراجعان به کلینیک‌ها و مراکز خدمان 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 (گث، ۱۹۷۷). رابینسون[5] و رابینسون، (ترجمهٔ 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 مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم توان ذهنی نباید از خاطر برد این است که یک روش واحد برای مصاحبه با همهٔ 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 ویژهٔ 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 مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم توان ذهنی

محدودیت‌های شناختی و مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی، مصاحبهٔ 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 درجریان مصاحبه بالینی رقم خواهند زد، اما با استفاده از پیشینهٔ 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 می کند 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 کم تواین ذهنی کودکان محسوب

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

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 عمدهٔ 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 پرند، ۱۳۸۵). در همین راستا یکی از باثبات‌ترین یافته‌های پژوهشی این است که این افراد در یادآوری اطلاعات مشکل دارند و اغلب مشکلات ویژه‌ای با حافظهٔ فعال دارند (بری، فلتچر و ترنر،۱۹۹۷). از نگاه مک میلان (۱۹۸۲)، مشخصهٔ 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 ضعیف-تر است. این نقص در رفتار سازشی به ویژه در زمینهٔ تعامل اجتماعی و رشد عاطفی که ابزارهای اساسی فرایند مصاحبهٔ بالینی هستند، آشکار است. علاوه بر این، کودکان کم توان ذهنی به طور قابل ملاحظه‌ای در فراگیری مفاهیم بنیادی کند هستند، به گونه‌ای که امکان دارد این مفاهیم در افراد کم‌توان ذهنی شدید، هرگز ایجاد نگردد(پروت و براون[۷]، ترجمهٔ 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، مشاهدهٔ دقیق و از همه مهم‌تر صبر را می‌طلبد.

مراحل مصاحبه با کودکان کم توان ذهنی

تصور کلی در فرایند مصاحبهٔ 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، ترجمهٔ مکی آبادی و فروع الدین، ۱۳۸۸). این نکته به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا در مواجه با کودکان کم توان ذهنی سردرگم نشده و مراحل مصاحبهٔ بالینی با این کودکان را براساس مصاحبهٔ 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 مرحلهٔ اساسی تقسیم کرد: مرحلهٔ مقدماتی، مرحلهٔ مشاهده و مرحلهٔ اکتشاف. شایان ذکر

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

است که در عمل نمی‌توان این سه مرحله را از هم مجزا کرد. مصاحبه‌گر با استفاده از این سه مرحله می‌تواند فرایند مصاحبه را به خوبی سازماندهی کند.

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

فرایند روان‌درمانی و یا مشاوره پس از برقراری رابطه صورت می‌گیرد. در محیط‌های رسمی، این رابطه به شکل مصاحبه خواهد بود (برامر[9]، ۱۹۹۳ ترجمهٔ کارکیا،۱۳۷۷). به‌پژوه (۱۳۷۷)، بر این باور است که مهم‌ترین گام در مصاحبه، برقراری یک رابطهٔ حرفه‌ای خوب است. برای برقراری ارتباط مطلوب با کودک کم‌توان ذهنی، مصاحبه گر می‌تواند کودک را به اتاق بازی برده و به او اجازه دهد که با اسباب‌بازی‌ها بازی کند. او در این حال می‌تواند چند سوال به ظاهر خنثی از کودک بپرسد. برای مثال، نظر او را راجع به اسباب‌بازی‌ها جویا شود یا اینکه از او بپرسد که او به چه بازی‌هایی علاقه دارد یا اینکه آیا قبلاً به این مرکز آمده است یا نه؟ مصاحبه‌گر به وسیله این سوال‌های خنثی می‌تواند به توانایی‌های 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 لازمهٔ استقرار یک رابطهٔ خوب، برخورداری از صبر و حوصله و شکیبایی است (به‌پژوه،۱۳۷۷)، با این حال تلاش برای شکل‌گیری ارتباط اثربخش به منظور آغاز فرایند ارزیابی، مشاوره و یا روان درمانی با کودکان کم‌توان ذهنی، شکیبایی و حوصلهٔ بیشتری را می‌طلبد.

در این مرحله، مصاحبه‌گر 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 می‌تواند با توجه به بهرهٔ هوشی کودک نیز به یک شناخت تقریبی در مورد توانایی‌های کلامی و ارتباطی او دست یابد. اگر دانش‌آموز کم‌توان ذهنی قادر به درک صحبت‌های مصاحبه‌گر باشد، در این صورت لازم است دلایل انجام مصاحبه برای او توضیح داده شود.

کوئریدو [10] (۲۰۰۲،ترجمهٔ فیروزبخت، ۱۳۸۵)، آن دسته از فنون ارتباطی با کودکان را که تفاهم ایجاد می‌کنند، این‌گونه برشمرده‌اند: 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 می‌دانند، گفتگو را قطع نکنید؛ از سوالات مستقیم استفاده نکنید؛ دربارهٔ 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 سئوالات عینی و مشخص بپرسید. به این تکنیک‌ها باید مواردی چون استفاده از بازی به عنوان ابزار ارتباطی، به‌کارگیری تقویت‌های بی‌واسطه و بلافاصله با توجه به سطح رشد شناختی و علایق کودک کم‌توان ذهنی و توجهٔ بیشتر به راهکارهای ارتباط غیرکلامی را در مصاحبه با کودکان کم‌توان ذهنی اضافه کرد.

در این مرحله، برای برقراری ارتباط و گفتگو با کودک کم‌توان ذهنی باید به شیوهٔ پرسیدن سوالات دقت کرد. در همین رابطه سیگلمن، باد، اسپانهل و شانروک اسپانهل و شان روک (۱۹۸۱)، معتقدند سوالاتی که افراد کم‌توان ذهنی به آنها پاسخ 'بله' یا 'خیر' می‌دهند، سوالات مفیدی نیستند و اطلاعات قابل توجهی را در اختیار مصاحبه‌گر قرار نمی‌دهند. آنها اعتقاد داشتند که پرسیدن سوالات چند گزینه‌ای از افراد کم‌توان ذهنی بهتر از سوالات بله و خیر است. با وجود این، استفاده از سوال‌های بسته و سوال‌های باز در مصاحبه با کودک کم‌توان ذهنی لازم است. اما هرچه میزان عقب ماندگی کودک بیشتر و سن او کمتر باشد، استفاده از سوال‌های باز باید کاهش یابد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

به عبارت دیگر، سوال‌های باز از دیدگاه کودکان کم‌توان ذهنی سوال‌های غیرقابل‌پاسخ 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 کم توان 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 کم توان 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 کم توان ذهنی نابینا، دانش آموزانی 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 دانش کودکان صحبت کند. استفاده از حس لامسه در این بین نقش ویژه‌ای دارد. نکتهٔ 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. مرحلهٔ 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 مشاهدهٔ مستقیم باید رفتارهای مورد نظررا تعریف کنیم، مناسب‌ترین موقعیت مشاهده رفتار را برگزینیم، شیوهٔ کدگذاری رفتارهای مورد نظر را مشخص کنیم. از سوی دیگر مشاهدهٔ 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 ادامهٔ 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 زمینهٔ تمرکز، دامنهٔ توجه و مهارت‌های حرکتی پی برد و اطلاعات بیشتری در زمینهٔ محتوای بازی‌ها و مهارت‌های هنری آنها به دست آورد.

ج. مرحلهٔ 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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

جلسات مصاحبه با کودک به دست می‌آید، تکیه کرد. آنچه که ما از طریق مصاحبه‌ها به دست می‌آوریم، تنها قسمتی از اطلاعات مورد نیاز ماست و این اطلاعات با داده‌های حاصل از عملکرد کودک در خانه و مدرسه، نتایج ارزیابی‌های پزشکی و روان‌شناختی تلفیق شده و منجر به تصویری دقیق‌تر از کودک خواهند شد.

در این مرحله از مصاحبه بالینی آنچه مهم است این است که مصاحبه‌گر، تحلیل توصیفی از مشکل یا مشکلات بدهد. او باید اطلاعاتی در مورد پایداری رفتار، تغییرات رفتار، شدت رفتار، فراوانی رفتار و خصوصیات موقعیتی رفتار جمع‌آوری کند که شیوه‌های گرداوری این اطلاعات در ادامه مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

اطلاع دادن یافته‌های مصاحبه به والدین و معلمان، رابطه تنگاتنگی با میزان موفقیت برنامه‌های مداخله ای دارد. از نگاه شرودر و گوردون[11](۲۰۰۲، ترجمهٔ فیروزبخت،۱۳۸۵) اطلاع دادن یافته‌های مصاحبه از طرفی می‌تواند والدین، معلمان و دیگران را برانگیزد تا مداخله لازم برای بهینه شدن عملکرد کودک را فراهم آورند و از طرفی می‌تواند آنها را ناتوان و زمین‌گیر کند. مصاحبه‌گر در جلسات مربوط به تفسیر یافته‌ها 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 ویژهٔ مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی

اگرچه می‌توان گفت اصول کلی مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی همانند مراحل مصاحبه با این کودکان، همان اصول مصاحبه با کودکان عادی است، با این حال مطالعهٔ محدودیت‌های شناختی، ارتباطی و هیجانی کودکان کم‌توان ذهنی، متخصصان بالینی را به سمت بکارگیری راهبردهای ویژه ای سوق می دهد که در فرایند مصاحبهٔ بالینی با این کودکان توجه با آنها احتمال انـجام مصاحبهٔ موفق و مـداخله‌ای نسبتاً مؤثر را بیشتر خواهد کرد.

توجه به نگرش‌ها و باورهای مصاحبه‌گر دربارهٔ کودکان کم توان ذهنی

یک مسالهٔ مهم برای متخصصان بالینی که با کودکان کم‌توان ذهنی کار می‌کنند، نگرش‌ها و احساسات آنان نسبت به افراد با کم‌توانی ذهنی است. مطالعات متعدد، برداشت‌ها و نگرش‌های متخصصان دربارهٔ افراد با ناتوانی را مورد بررسی قرار داده‌اند (چوبن،۱۹۸۹).این مطالعات، بین نگرش‌هایی که یک درمانگر معین دارد و میزان اثربخشی برنامهٔ مداخله‌ای در یک گروه خاص، رابطهٔ روشنی را نشان می‌دهد (یولسر،۱۹۸۸).

ناتانسون (۱۹۷۹)، باورهای متعدد متخصصانی را که با فرد ناتوان کار می‌کنند، توصیف کرده است و عقیده دارد این باورها می‌توانند در مداخله درمانی اختلال ایجاد نمایند. به این ترتیب که اگر درمانگر صرفاً بر حسب برچسب کم‌توان ذهنی به کودک بنگرد و مصاحبه را بر پایهٔ تصورات و پیش‌داوری‌های مرتبط با آن برچسب انجام دهد، مشکلاتی پدید خواهد آمد. در این شرایط، مصاحبه‌گر به رغم داشتن حسن نیت ممکن است تصور نماید که کودک یا نوجوان کمتر از آن میزان که واقعاً می‌تواند، قادر به مقابله با ناکامی‌ها و بحران‌هاست. چنین تصوری بعداً می‌تواند موجب وابستگی کودک گردد. انتخاب هدف‌های بسیار کم‌اهمیت و پیش پا افتاده، طرد کودک به طور ناخودآگاه به واسطهٔ وجود احساس انزجار دربارهٔ ناتوانی، نیز از جمله مشکلات رایج در حوزهٔ نگرش متخصصان بالینی است؛ لذا این امر برای درمانگر حائز اهمیت است که نگرش‌های خود راجع به اشخاص با ناتوانی را مورد بررسی قرار داده و آنها را اصلاح کند (پروت و براون،۲۰۰۷، ترجمهٔ فرهی،۱۳۸۳).

برنامه‌ریزی برای مصاحبه

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

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 خزانهٔ رفتاری، آموزش مهارت‌های خودکنترلی، بررسی مشکلات توجه و یادگیری و تحصیلی و سایر مشکلاتی که خود و یا خانواده‌شان با آنها دست به گریبان 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 به طور کلی برای جلسه مصاحبه، ساختاری بیش از آنچه در مورد یک کودک عادی لازم است، تدارک می بیند. از نگاه سیوا (۱۹۷۱)، طول این جلسات باید کوتاه‌تر از جلساتی باشد که به طور 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، ترجمهٔ فرهی، ۱۳۸۳).

رفتار در مصاحبهٔ بالینی با کودک کم توان ذهنی

در فرایند مصاحبهٔ 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 کارامد در فرایند مصاحبه با کودکان کم توان 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 کم توان ذهنی می‌داند، بدین ترتیب در مقاطع مختلف فرایند مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی به ویژه 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 می شوند، که فرد به محرک آموزشی پاسخ مناسب و یا کامل نمی-دهد. محرک رهنمودی ابتدا همراه با محرک آموزشی ارائه می‌شود و سپس به طور تدریجی حذف می‌شود، به گونه‌ای که کنترل یادگیرنده بر پاسخ، از رهنمود به محرک آموزشی انتقال یابد (بلاک و هرسن[۱۲]، ترجمهٔ 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 نشانهٔ 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 مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند به کار روند. مصاحبه کنندهٔ بالینی با در اختیار داشتن این خزانه از رهنمودها، رفتار خود را در مصاحبه با کودک کم توان ذهنی تجهیز می‌کند و در مراحل مختلف فرایند مصاحبه بالینی با کودک کم توان ذهنی از جمله برقراری ارتباط، جمع‌آوری اطلاعات و حتی در فرایند

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

تغییر رفتار و درمان از آنها کمک می‌گیرد.

جمع‌آوری اطلاعات؛ گام اساسی مصاحبهٔ 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، ترجمهٔ فیروزبخت، ۱۳۸۵). قبل از شروع فرایند مصاحبهٔ بالینی با کودک کم‌توان ذهنی، لازم است مصاحبه‌گر اطلاعاتی را در زمینهٔ خصوصیات، عادت‌ها و توانایی‌های کودک به دست آورد. اعضای خانوادهٔ 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 بیش فعالی 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 اختلال های 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 همهٔ 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 گرفته اند. 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، ترجمهٔ خدایاری فرد و علوی،۱۳۸۲).

فراهم کردن محیط مناسب برای مصاحبه با کودک کم توان ذهنی

از نگاه مایر و دیویس (ترجمهٔ 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، زیراکه 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، ترجمهٔ خدایاری فرد و علوی، ۱۳۸۲). با این حال توجه به این نکته که کودکان کم‌توان ذهنی اغلب در تمرکز

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

توجه‌شان بر روی یک محرک معین با دشواری مواجه‌اند و ممکن است حواس‌پرتی بیش ازحد 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 می کند 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 کاملا عادی و طبیعی است.

حضور والدین و یا سرپرستان در نخستین جلسهٔ مصاحبه

اگرچه راهبرد جمع آوری 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 مصاحبهٔ بالینی با کودکان کم‌توان ذهنی لازم است والدین و یا سرپرستان کودک نیز در جلسه حضور داشته باشند. با حضور همزمان والدین در نخستین جلسهٔ مصاحبه، مصاحبه‌گر بهتر می‌تواند اطلاعات لازم را کسب کند. پرسیدن دربارهٔ انتظارها، بیم‌ها و امیدهای والدین به جمع‌آوری و تفسیر اطلاعات کمک می‌کند، به ویژه وقتی توصیه‌های متخصصان با انتظارهای والدین مغایرت دارد یا مهر تأییدی بر ترس‌های آنان می‌زند (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲، ترجمهٔ فیروزبخت،۱۳۸۵). بارکر (۱۹۹۰، ترجمهٔ 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 جلسهٔ 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 کم توان ذهنی خواهد شد.

مشاهدهٔ دقیق رفتارها و واکنش‌های کودک و خانواده

مصاحبه‌گر باید به مشاهدهٔ دقیق رفتارها و عکس‌العمل‌های 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، ادورادز و رابینسون (۱۹۹۴) برای مشاهدهٔ 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 مشاهدهٔ 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 مشاهدهٔ 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 مصاحبهٔ گروهی

یک تصور قالب دیرین دربارهٔ 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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

بهره‌مند گردند. هیومز، آدامزیسک و مایکو (۱۹۶۹)، دریافتند که مشاورهٔ گروهی با نوجوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، طبق درجه‌بندی‌های معلم بر روی یک مقیاس رفتاری، به سازگاری بهتری می انجامد. 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 کم توان 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، ترجمهٔ 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 دربارهٔ کارکرد کودک کم‌توان ذهنی جمع‌آوری کرده تا دربارهٔ 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)، پرسش‌نامهٔ رفتار کودک آیبرگ (آیبرگ و پینکس، ۱۹۹۹)، نسخهٔ تجدید نظر شدهٔ پرسش‌نامهٔ 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 الیوت، ۱۹۹۰).نظام‌های مشاهدهٔ رفتار از جمله؛ نظام مشاهدهٔ دانش‌آموز، نظام سنجش رفتار کودکان (رینولدز و کمفاس،۱۹۹۲)، فرم مشاهدهٔ 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 هاول، 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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

بر کیفیت پاسخ‌های افراد مطلع پیرامون کودک تأثیرگذار باشد (شرودر و گوردون، ۲۰۰۲، ترجمهٔ فیروزبخت، ۱۳۸۵). با توجه به شرایط ویژهٔ کودکان کم‌توان ذهنی احتمالاً این ناهمخوانی در اطلاعات جمع‌آوری شده از افراد مطلع پررنگ‌تر خواهد بود. به این ترتیب در فرایند مصاحبهٔ 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 کم توان ذهنی به گونه و به حدی است که زمینهٔ شکل‌گیری یک مصاحبهٔ بالینی کامل و متناسب با استانداردهای مختلف را ضروری می‌سازد. محدودیت‌های کودک کم توان ذهنی در حوزهٔ مهارت‌های کلامی، ادراکی، حسی و حرکتی الزامات خاصی را به فرایند مصاحبهٔ بالینی می افزاید. نقش منابع مختلف اخذ داده‌ها رنگ کامل‌تر و جدیدتری به خود می گیرد، مشاهدهٔ نمونهٔ 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 کم توان ذهنی مواجه می‌شود، خود را به لحاظ روان‌شناختی آماده ساخته و از ابزارهای پیشرفته جهت مصاحبه، مشاهده و یا حتی جمع آوری اطلاعات و جمع‌بندی آنها بهره کافی را می‌برد. وی به خوبی می‌داند که وجود کم توانی 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 مصاحبهٔ بالینی است که می‌توان امیدوار بود که مصاحبهٔ بالینی به اهداف از پیش تعیین شده خود دست یابد.

یادداشت‌ها

1) Pierangelo & Giuliani
2) Barker
3) American Association for Mental Retardation
4) Tompson & 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)*. ترجمهٔ احمد به پژوه و هادی هاشمی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

بارکر، فیلیپ (۱۹۹۰). *مصاحبه‌های بالینی با کودکان و نوجوانان* (چاپ دوم). ترجمهٔ محمد خدایاری فرد و سید کامران علوی (۱۳۸۲).تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

برامر، لورنس (۱۹۹۳). *مراحل و مهارت‌های مددکاری*. ترجمهٔ 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.

به‌پژوه، احمد (۱۳۷۷). *چهار نوشتار دربارهٔ مددکاری اجتماعی*. تهران:انتشارت آوای نور.

پروت، تامپسون و براون، داگلاس (۲۰۰۷). *روان‌درمانی و مشاورهٔ کودکان و نوجوانان: کاربردهای عملی در مراکز درمانی و مدارس*. ترجمهٔ حسن فرهی (۱۳۸۳). تهران: انتشارت ارجمند.

تامپسون، چارلز؛ رودولف، لیندا و هندرسون، دونا (۲۰۰۳). *مشاوره با کودکان*. ترجمهٔ جواد طهوریان (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.

رابینسون، نانسی ام و رابینسون، هالبرت بی. (۱۹۷۶). *کودک عقب مانده ذهنی*. ترجمهٔ فرهاد ماهر (۱۳۷۷). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

سیف نراقی، مریم و نادری، عزت الله (۱۳۹۱). *روان‌شناسی کودکان عقب ماندهٔ ذهنی و روش‌های آموزش آنها*. تهران: انتشارات سمت.

شرودر، کاولین و گوردون، بتی (۲۰۰۲). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی*. ترجمهٔ مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۵). تهران: نشر دانژه

شکوهی یکتا، محسن و پرند، اکرم (۱۳۸۵).*مبانی نظری ارزیابی و کاربرد آزمون‌های روانی و تربیتی*. تهران: انتشارات تیمورزاده.

قاضی، قاسم (۱۳۸۳). *زمینهٔ مشاوره و راهنمایی*. (چاپ ششم). تهران: انتشارت دانشگاه تهران.

مایر، اسکات و دیویس، سوزان (۲۰۰۸). *اصول و مهارت-های مشاوره*. ترجمهٔ کیانوش زهراکار و زهرا کهلویی (۱۳۸۸) .تهران: نشر روان

مش، اریک و وولف، دیوید.(۲۰۰۸).*روان‌شناسی مرضی کودک*. ترجمهٔ اصغر فروع الدین و محمد مظفری مکی ابادی(۱۳۸۹). تهران. انتشارات رشد.

میرخانی، مجید (۱۳۷۷).*الگوی نظام نوین توان‌بخشی 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. Meclean (ed.), *Ellis's handbook of mental deficiency, Psychological theory, & research*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

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 techinques 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 Siences 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 andBehavior*, 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).Glenvew,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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]

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, andmental 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 withmildly retarde, 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 TowardPersons with Disabilities*, New York: Springer.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1392.13.1.7.9]