

## بررسی صفات اوتیسم با تئوری ذهن و اثربخشی آموزش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

### حدیث ضرغام

کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور نجف آباد اصفهان.

نام نویسنده مسئول:

حدیث ضرغام

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱/۲۷

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی صفات اوتیسم با تئوری ذهن و اثربخشی آموزش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می باشد. روش تحقیق حاضر توصیفی- پیمایشی است و نوع تحقیقات پیش‌آزمون و پس‌می‌باشد. جامعه آماری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است که شامل کودکان دارای سن ۱۰ تا ۱۲ سال می‌باشند که در دو گروه تقسیم می شود که نیمی در گروه از مایش و نیمی دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند که ۳۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مورد مطالعه قرار گرفتند که ۱۶ نفر تحت آموزش‌های گسترده مهارتی و هیجانی- قرار گرفتند و ۱۶ نفر تحت این آموزش‌ها قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات تحقیقات کتابخانه ای و میدانی می‌باشد که برای سنجش صفات اوتیسم و تئوری ذهن از پرسشنامه استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد و از تحلیل کوریانس جهت آزمون فرضیه‌ها کمک گرفته شد که طبق نتایج حاصل از پژوهش، مهارت‌های اجتماعی- هیجانی بر صفات اوتیسم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است. مهارت‌های اجتماعی- هیجانی بر تئوری ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است.

**واژگان کلیدی:** اوتیسم، ذهن، آموزش، اسکیزوفرنی.

## مقدمه

مادر عصری زندگی می‌کنیم که توجه به اختلال و بیماری‌های کودکان و بزرگسالان بیش از هر زمان دیگری مورد توجه خانواده‌ها، متخصصین و نظام بهداشتی می‌باشد. هرچند توسعه و پیشرفت در عرصه‌های مختلف مسیر پرشتاب خود را می‌پیماید اما مسائل بسیاری هستند که در فراز و نشیب این حرکت روبه‌جلو همچنان مورد غفلت و بی‌اعتنایی قرار گرفته‌اند. از جمله، وجود برخی نشانه‌های خفیف‌تر یک اختلال است که هرچند به خاطر آن‌ها نمی‌توان فرد را دچار اختلال خاص دانست اما در هر صورت مشکلاتی برای فرد فراهم می‌آورند. یکی از اختلالات طیف اوتیسم است، که وجود برخی صفات از این اختلالات در جمعیت عمومی به‌خوبی شناخته‌نشده است و تشخیص داده نمی‌شود. بارون-کوهن و همکاران (۲۰۰۱) بر اساس فرضیه مدل طیف اوتیسم، ۵ صفت از "صفات طیف اوتیسم" را که شامل، نقص در مهارت اجتماعی، نبود تغییر توجه، توجه زیاد به جزئیات، نقص در ارتباط و تخیل پردازی اندک می‌باشد، را پیشنهاد کردند. با توجه به دارا بودن این صفات و شدت آن، جایگاه فرد در این طیف مشخص می‌شود. صفات طیف اوتیسم در جمعیت عمومی دارای توزیع نرمال است، به این معنا که افراد در تمام گروه‌های سنی می‌توانند این صفات را از سطحی خفیف (بدون تشخیص بالینی) تا شدید (تشخیص اختلال اوتیسم) داشته باشند و آن را در سطح زیر آستانه‌ای آشکار سازند. صفات طیف اوتیسم در کودکان و نوجوانان می‌تواند به‌صورت تعاملات اجتماعی ضعیف باشد. به این صورت که آن‌ها تماس چشمی برقرار نمی‌کنند. در تعبیر و تفسیر افکار و احساسات دیگران ناتوان، در کودکی بیشتر دچار انزوا، گوشه‌نشینی و تقلید کمتر هستند. نقص در مهارت‌های ارتباطی آن‌ها می‌تواند به این صورت باشد که با وجود خزانه لغات مناسب، در بیان جملات معنادار مشکل دارند (جورج و همکاران،<sup>۱</sup> ۲۰۱۰). از صفات شناختی اوتیسم در افراد، می‌توان به اختلال توجه، کنش هوشی ضعیف یا در بعضی زمینه‌ها خیلی قوی و نقص در حافظه اشاره کرد. مهم‌ترین عرصه‌های مشکل‌آفرین در نوجوانان و بزرگسالان دارای "صفات طیف اوتیسم" می‌تواند در ایجاد روابط اجتماعی، ارتباط برقرار کردن و قوه تخیل پردازی باشد. نوجوانی که با این مشکل روبرو می‌شود، کار گروهی برایش سخت است، از این جهت باعث پرخاشگری و رفتار ناشایست او می‌شود. او نمی‌خواهد بی‌ادب یا گستاخ باشد فقط ترجیح می‌دهد که از چنین موقعیت‌هایی جلوگیری کند به این دلیل که ممکن است رفتارهای غیرعادی در چنین موقعیت‌هایی از خود نشان دهد. این بی‌تمایلی به ایجاد رابطه با دیگران به‌طور عمده بر توسعه مهارت‌های اجتماعی فرد اثر می‌گذارد و احتمالاً منجر به فقدان روابط دوستانه با دیگران می‌شود. برای نوجوانان روابط دوستانه معمولاً از اهمیت زیادی برخوردار است، پس تفاوت این افراد با افراد بهنجار دارای صفات طیف اوتیسم در سطح پایین باعث می‌شود که آن‌ها افرادی گوشه‌گیر، عجیب یا بی‌تفاوت به نظر برسند و نوجوانان دیگر احتمالاً از تماس با آنان خودداری کنند و یا با ناراحتی با آن‌ها رابطه برقرار کنند. در نتیجه نوجوان از نظر اجتماعی منزوی می‌شود و روابط بعدی‌اش با جامعه بعید به نظر می‌رسد (وال، ۲۰۰۸) به عبارتی، وجود صفات طیف اوتیسم در سطوح بالا می‌تواند مشکلاتی را در پیش داشته باشد.

"صفات طیف اوتیسم" می‌توانند از علائم اختلالات روان‌پزشکی همراه با اختلال اوتیسم آسیب ببینند یا حتی باعث آسیب روانی شوند. "اختلالات طیف اوتیسم" رشد ارتباطات بین فردی و رفتارهای تعاملی را برهم می‌زند (شایرمن،<sup>۲</sup> ۲۰۰۷). اختلال‌های روان‌پزشکی که به نظر می‌رسد در افراد دارای "صفات طیف اوتیسم" در سطح بالا، رایج باشد، افسردگی، اضطراب، اختلال وسواس جبری و اختلال کمبود توجه- بیش‌فعالی است (کتلارس و همکاران،<sup>۳</sup> ۲۰۰۸) مطالعات به‌درستی نشان داده‌اند، افرادی که صفات طیف اوتیسم را در سطح غیر بالینی نیز دارند ممکن است، از اختلال روان‌پزشکی آسیب ببینند (قودرد،<sup>۴</sup> ۲۰۰۵).

نظریه‌های بسیاری درباره علت باوجود آمدن اوتیسم وجود دارد. در سال‌های اخیر نظریه‌های شناختی برای یافتن رابطه مغز و رفتار در کودکان مبتلا به اوتیسم از موارد مطالعاتی دانشمندان بوده است. از جمله این نظریه‌ها می‌توان به نظریه تئوری ذهن اشاره کرد. تئوری ذهن یا (ToM) توانایی نسبت دادن حالت‌های ذهنی مانند باورها، تمایلات، علایق، نیات و غیره به خود و دیگران است و در ضمن توانایی درک این‌که دیگران باور، علایق و دیدگاه‌هایی دارند که متفاوت از خود فرد است (پریمارک، ۱۹۷۸). در این راستا، این فرضیه که دیگران دارای ذهن هستند، تحت عنوان تئوری ذهن نامیده شده است، چراکه هر انسانی

<sup>1</sup> Saint-Georges et all

<sup>2</sup> Shayermman

<sup>3</sup> Ketelaars et all

<sup>4</sup> Goddard

فقط می‌تواند وجود ذهن خود را از طریق درون‌نگری اثبات کند و هیچ فردی به ذهن دیگران دسترسی مستقیم ندارد. داشتن تئوری ذهن به فرد اجازه می‌دهد تا افکار، علایق و نیات دیگری را در یک تعامل اجتماعی دریافته و عملکرد آن‌ها را پیش‌بینی کرده و منظور و هدف آن‌ها را تخمین بزند (پریمارک،<sup>۵</sup> ۱۹۷۸).

تئوری ذهن به فرد این توانایی را می‌دهد تا درک کند که حالت‌هایی روانی و درونی می‌تواند علامت رفتار باشد و در نتیجه از این موضوع می‌تواند برای توضیح و پیش‌بینی رفتار استفاده نماید (کورتین و ملوت،<sup>۶</sup> ۲۰۰۵).

تئوری ذهن به نظر می‌رسد یک پتانسیل توانایی ذاتی در انسان‌ها باشد که فرد به وسیله تجربه‌های اجتماعی و غیره در طول چند سال می‌تواند آن را به ثمر برساند (کورتین،<sup>۷</sup> ۲۰۱۰). از سویی در تعریف نظریه ذهن، بعضی رویکردها، آن را عملکردی با حوزه اختصاصی می‌دانند که با عملکرد ذهنی دیگر تعامل داشته، ولی مستقل از آن‌هاست و رویکرد دیگر آن را برآیندی از عملکردهای سطح پایین و سطح بالای شناختی و هیجانی می‌دانند و اینکه عملاً سازه‌ی اختصاصی و مستقل به نام نظریه‌های ذهن وجود ندارد (آپیرلی و همکاران،<sup>۸</sup> ۲۰۱۵).

به‌عنوان مثال، یکی از موضوعات مطرح این است که افرادی که در تئوری ذهن مشکل دارند، اغلب در آزمون‌های مربوط به کارکردهای اجرایی نیز ناموفق هستند. فعالیت‌های اجرایی شامل عملکردهایی همچون برنامه‌ریزی، حافظه‌ی فعال، کنترل انگیزه، بازداری، تغییر جهت، آغاز و نظارت بر اعمال هستند. فعالیت‌هایی اجرایی به‌عنوان مکانیسم‌هایی در نظر گرفته می‌شوند که به فرد طبیعی اجازه می‌دهند تا تغییر توجه قابل‌انعطاف، جلوگیری کردن از بروز احساسات نسبت به واکنش‌ها، ایجاد رفتار هدف‌دار و حل مسئله با یک روش برنامه‌ریزی شده را انجام دهد (هیل،<sup>۹</sup> ۲۰۰۴).

فقدان تئوری ذهن یا کور ذهنی در برخی از اختلالات از جمله اختلالات طیف اوتیسم، ناشنوایی، طیف اختلالات سایکوتیک و برخی اختلالات، اختلالات اختصاصی زبان مشاهده شده است. افراد با اختلال طیف اوتیسم در دین مسائل از نقطه‌نظر دیگران (مور،<sup>۱۰</sup> ۲۰۱۲) و تعیین هدف و نیت مشکل دارند. همچنین از درک اینکه رفتار آن‌ها چگونه بر روی افراد دیگر اثر می‌گذارد، عاجزند (بیکر،<sup>۱۱</sup> ۲۰۰۳).

در سال ۱۹۸۵ سایمون بارون-کوهن و همکارانش نتیجه‌ی تحقیقات خود را منتشر کردند که نشان می‌داد کودکان مبتلابه اوتیسم تئوری ذهن ندارند و اینکه کودکان درخودمانده مخصوصاً در انجام آزمون‌هایی که لازمه‌ی آن درک تفکر دیگران است، مشکل اساسی دارند. محققانی که درصدد مطالعه‌ی رابطه‌ی بین اوتیسم و تئوری ذهن برآمدند، سعی نموده‌اند این ارتباط را توضیح دهند. در یکی از این مطالعات، فرض شده است که تئوری ذهن هم در نسبت دادن حالت‌های روانی دیگران و هم در بازهای خیالی کودکان نقش دارد (لزلی،<sup>۱۲</sup> ۱۹۹۱). بنا بر نظر لزلی تئوری ذهن، توانایی عرضه تفکرات ذهنی، باورها و علایق است؛ حال چه این موقعیت‌های واقعی و یا غیرواقعی باشند. این امر احتمالاً بتواند توضیح دهد که چرا افراد مبتلابه اوتیسم نقض‌های زیادی هم در تئوری ذهن و هم در بازهای خیالی خود نشان می‌دهند.

در اغلب پژوهش‌های انجام شده در حوزه سبب‌شناسی اوتیسم، تئوری ذهن معادل باور کاذب به‌کاررفته است که به لحاظ نظری باور کاذب یکی از مؤلفه‌های نظریه ذهن می‌باشد. درحالی‌که، تئوری ذهن دارای سطوح مختلفی از جمله درک تمایلات، هیجانات، دانش و باورها است (ولمن و لویی،<sup>۱۳</sup> ۲۰۰۴). یک مجموعه تکالیف درجه‌بندی شده که سطوح مختلف تئوری ذهن را ارزیابی می‌کنند دارای چند اهمیت ویژه می‌باشد. اولاً اینکه به طریق جامع‌تری می‌تواند قدرت درک کودک را در محدوده‌ی وسیع‌تر از ادراک نشان دهد. یک سطح، بسته به توالی آن در کودک، مدرک قوی‌تر را برای توالی‌ها در مقایسه با استنتاج میانگین گروهی فراهم می‌کند. ایجاد توالی رشد می‌تواند به ساختن تئوری‌های درباره رشد تئوری ذهن کمک نماید. ثانیاً، مجموعه تکالیف با سطح‌بندی مشخص، اندازه‌گیری بهتری را جهت استفاده در تفاوت‌های تحقیقاتی فردی که اثر متقابل بین درک تئوری ذهن و عوامل دیگری را مورد آزمایش قرار می‌دهند؛ فراهم می‌سازد. این مسئله شامل نقش عوامل مستقل مانند ارتباط کلامی خانواده،

<sup>5</sup> PremackB<sup>6</sup> CourtinB C.B & MelotB<sup>7</sup> Apperly et all<sup>8</sup> Hill<sup>9</sup> Baker<sup>10</sup> LeslieB

زبان و عملکردهای اجرایی بر روی تئوری ذهن و نقش تئوری ذهن به عنوان یک عامل وابسته با سایر عوامل رشد است (آستیتگتون، ۲۰۰۱).

از طرفی دیگر اسکیزوفرنی یک بیماری عصب روان شناختی پیچیده است که تقریباً یک درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر طرار می دهد و به وسیله توهمات، خیالات، رفتار غیر سازمان دهی شده و نقایص شناختی پیش رونده مشخص می شود (ون و کیور، ۲۰۰۹).

به دلیل ماهیت عودکننده اختلال اسکیزوفرنی، بررسی علائم بیماری بعد از ترخیص اهمیت بسیار بالایی دارد. اسکیزوفرنی یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات روانی (عمرانی فرد و همکاران، ۲۰۱۴) و یک بیماری شدید روانی و استرس زا برای بیمار و خانواده اش است (ون مافی و همکاران، ۲۰۱۵)<sup>۱۲</sup> پیامدهای اجتناب ناپذیر و سنگین اسکیزوفرنی و ماهیت عودکننده و هزینه های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلالات ناتوان کننده قرار بگیرد (دشت بزرگی و همکاران، ۲۰۰۹).

برای سنجش تأثیر واقعی آموزش روانی نیاز است که شدت علائم بیماری در مدت زمان طولانی پایش گردد تا بتوان درباره تأثیرات آموزش روانی نتایج دقیق تری گرفت. اختلال اسکیزوفرنی شایع است، به گونه ای که شیوع آن در کشور امریکا یک درصد است و بروز سالانه ۵-۵/۵ مورد از هر ۱۰۰۰۰ نفر دارد (سادوک، ۲۰۱۵) شیوع اسکیزوفرنی در جمعیت جهانی ۱/۹-۰/۶ درصد است و اسکیزوفرنی پنجمین عامل ناتوانی در سراسر دنیایه حساب می آید (دوراد و همکاران، ۲۰۱۱)<sup>۱۳</sup> شیوع اسکیزوفرنی در ایران ۰/۸۹ درصد، در استان تهران ۰/۱۹ درصد و در استان سمنان ۰/۳۶ درصد که این آمارها به آمار جهانی ابتلا به اسکیزوفرنی نزدیک است. در کشور ایران حدود ۴۵۰ هزار بیمار مبتلا اسکیزوفرنی وجود دارد (رهگذر و همکاران، ۲۰۱۳) مردان و زنان به یک اندازه به این بیماری مبتلا می شوند (رابینسون و همکاران، ۱۹۹۹) عود بیماری اسکیزوفرنی در دوره اول ابطال و در پنج سال اول ۸۲ درصد گزارش شده است (رابینسون و همکاران، ۱۹۹۹) و مهم ترین دلیل عود، درمان غیر پیوسته است که میزان عود را تا پنج برابر افزایش داده است (صابونی و همکاران، ۲۰۱۳) طبق آمار منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی میزان عود اسکیزوفرنی با دارودرمانی ۶۳ درصد است. مطالعه ای که توسط رهگذر و همکاران (۱۳۹۱) در بیمارستان رازی تهران انجام شد نشان داد که میزان عود بیماری اسکیزوفرنی در کشور ایران با دارودرمانی ۱۰۰ درصد است.

محققین توصیه نموده اند که به خصوص ۳ ماه پس از درمان، بیماران از نظر علائم عود پایش شوند و در صورت بازگشت علائم تغییرات دارویی و سایر اقدامات انجام گیرد (اسپنسر و همکاران، ۲۰۰۱)<sup>۱۴</sup>. پس از ترخیص فرد بیمار به منزل و نزد خانواده خود برمی گردد و عوامل متعددی وجود دارد که توجه به آنها می تواند به بهبودی بیمار و کاهش عود کمک نماید (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۷) اطلاعات کمی درباره تأثیر آموزش روانی بر شدت علائم و عود بیماری بیماران اسکیزوفرنی در دست است (صابونی و همکاران، ۲۰۱۳) شاید بتوان از طریق آموزش روانی این تضادها را کمتر کرد. در مطالعه ای دیگر، نویدیان و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهش خود با عنوان "اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری" که از نوع کار آزمایشی بالینی بود، اثربخشی یک برنامه آموزش گروهی روانی را بر روی ۱۰۰ نفر مراقب خانوادگی بیماران بستری در بیمارستان نور اصفهان، در یک دوره ۳ ماهه مورد ارزیابی قرار دادند. یافته ها نشان دادند که میانگین بار روانی مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنی که مداخله آموزش گروهی دریافت کرده اند، به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است. در نتیجه کیفیت زندگی مراقبان بیماران روانی به میزان قابل توجهی افزایش پیدا کرده است (نویدیان و همکاران، ۲۰۱۰).

آموزش روانی یک روش آموزشی پویا است و به عنوان یک روش درمانی کمکی و مؤثر، به میزان قابل توجهی در بهبود سطح درک مردم در مورد اختلالات روانی مؤثر است. هدف اصلی آموزش روانی ارائه اطلاعات در مورد جنبه های مختلف بیماری است. مهم ترین اجزاء آموزش، آموزش علائم، پیش آگهی، رفع تصورات غلط و عدم آگاهی، درمان های اصلی و کمکی، چگونگی ارتباط و تعامل با بیماران، عوارض جانبی داروها و آموزش نشانه های اولیه عود بیماری می باشند (بهتاچرج و همکاران، ۲۰۱۱)<sup>۱۵</sup> یکی از

<sup>11</sup> van Os J, Kapur

<sup>12</sup> von Maffei et all

<sup>13</sup> Dorud et all

<sup>14</sup> Spencer et all

<sup>15</sup> Bhattacharjee et all

الگوهای آموزش گروهی خانواده توسط کارول اندرسون ابداع شده و هدف آن آگاهی افزایشی درباره ماهیت بیماری و درمان اختلال اسکیزوفرنی است. بر اساس مدل آتکینسون و کویا در جلسات آموزش گروهی خانواده، مطالبی درباره اسکیزوفرنی، شامل سبب-شناسی، پیش‌آگهی اختلال، شیوه‌های درمان، داروهای رایج، آگاهی از هیجانات ابراز شده در خانواده، اداره و کنترل رفتار آشفته بیمار، بررسی تنش‌های عاطفی و تأثیر هیجانات منفی در عود علائم بیمار، آموزش داده می‌شود. این آموزش‌ها می‌تواند گروهی و یا انفرادی انجام گیرد و شامل روش‌های مختلفی است که به منظور افزایش قابلیت‌های اجتماعی، خودتکایی، مهارت‌های عملی و روابط بین فردی در بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی به کار می‌رود (کاشانی و همکاران، ۲۰۱۰) اختلال اسکیزوفرنی یکی از مهم‌ترین علل بستری بیماران است (دوال و همکاران، ۲۰۱۶).

ضمناً با توجه به آمار بیماران بستری و تجربیات شخصی محققین، اسکیزوفرنی یکی از عود کننده‌ترین بیماری‌ها است به طوری که گاهی بیماران سالی چند بار بستری می‌شوند و یا به دلیل شدت علائم به درمانگاه‌های روان پزشکی مراجعه کرده و به دلایلی نظیر ضعیف بودن توان مالی خانواده و یا نبود تخت خالی در بیمارستان بستری نمی‌شوند. گاهی پس از ترخیص بیمار و خانواده‌اش گمان می‌کنند بیمار بهبودی کامل پیدا کرده و درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. بیشتر بیماران اسکیزوفرنی از خانواده‌های طبقات پایین اجتماعی بوده و اطلاعات کمی درباره بیماری بیماران خود داشته و در برقراری ارتباط و مراقبت‌های مؤثر از بیمار خود ناتوان هستند (ویدبک، ۲۰۱۷).

از طرفی در گذشته تصور بر این بود که دو اختلال اوتیسم و اسکیزوفرنی ارتباط خیلی نزدیک باهم دارند؛ به طوری که بر اساس دومین راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تمایزی بین این دو اختلال قائل نبود. اما تحقیقات بعدی نشان داد که بهرغم ویژگی‌های مشترک باهم متفاوت هستند، به طوری که انجمن روانشناسی آمریکا در سال ۲۰۰۰ اعلام کرد که اختلال اوتیسم و اختلال اسکیزوفرنی از نظر نقض در تعاملات اجتماعی باهم اشتراک دارند. باوجود اینکه برخی تحقیقات وجود اشتراکاتی را بین اختلالات طیف اوتیسم و اسکیزوفرن مطرح کرده‌اند (هورست و همکاران، ۲۰۰۶). اما هنوز ارتباط بین اختلالات طیف اوتیسم و اسکیزوفرن به روشنی مشخص نشده است (راجا و آزونی، ۲۰۱۰). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نشانه‌های اسکیزوفرنی شامل هذیان توهمات، گفتار آشفته و رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک، نشانه‌های منفی مثل کاهش اباز هیجانی یا بی‌ارادگی و نشانه‌های اوتیسم شامل مشکل دائمی در ارتباط و تعامل اجتماعی و مجموعه‌ای از رفتارها، علائق و فعالیت‌های محدود و تکراری است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). با نگاهی اجمالی به نشانه‌های این دو اختلال این احتمال به ذهن می‌آید که شاید برخی نشانه‌های مشترک بین این دو اختلال دیده شود. فیتز گرالد عنوان کرده است که برخی از اوقات نشانه‌های اختلال طیف اسکیزوفرن و اوتیسم در بزرگسالان مبتلابه اختلالات روانی اشتباه گرفته می‌شود، چون بسیاری از ویژگی‌ها این دو اختلال باهم تداخل دارند. تفاوت این‌ها از نظر سن شروع، پیشرفت و درمان است. حتی بر اساس تجارب کلینیکی ایشان، افراد میان سالی که تشخیص اسکیزوفرنی را دریافت کرده‌اند و داروهای نورولپتیک مصرف می‌کنند، ممکن است به عنوان بیماری با سندروک اسپرگر شناخته شوند. (فیتز گرالد، ۲۰۱۲).

اسپیک و وترز<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای ۲۱ فرد مبتلابه اوتیسم و ۲۱ فرد مبتلابه اسکیزوفرنی را انتخاب کردند، مبتلایان به اوتیسم و اسکیزوفرنی پرسشنامه و را تکمیل کردند، نتایج نشان داد که گروه مبتلابه اسکیزوفرنی با احتمال بیشتری نشانه‌های مثبت و مبتلایان به اوتیسم نقیصی را در مهارت‌های اجتماعی نشان می‌دهند. علائم مشترک بین اسکیزوفرنی ها و اوتیسم ها شامل نشانه‌های منفی، آشفتنگی، توجه به جزئیات و تخیل است. در مطالعه‌ای دیگر هورست، نلسون گری، میشل و همکاران<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۶) نشان دادند که بیماران طیف اوتیسم و اسکیزوتایپال ها از نظر نقض در روابط بین فردی مشترک هستند. در مطالعه دیگری ارتباط بین صفات اوتیسم و تجربه سایکوز را در بزرگسالی بررسی کردند، نتایج نشان داد که ویژگی‌های درخودمانده در کودکی مثل مشکلات گفتاری و عادت‌های کلیشه‌ای و غیرمعمول می‌تواند پیش‌درآمد تجارب سایکوز در بزرگسالی باشد (بوان

<sup>16</sup> Doval et all<sup>17</sup> Videbeck<sup>18</sup> Raja, M. & Azzoni et all<sup>19</sup> Fitzgerald<sup>20</sup> Spek, A. A., & Wouters<sup>21</sup> Hurst et all

جونز، تاپر، لوپس و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه‌ای که اخیراً انجام شد، ماتسو، کامیو، تاکاهشی و همکاران<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند که صفات درخودمانده گونه در اسکیزوفرن ها دیده می شود.

به این دلایل و اینکه دانش درزمینه مداخله آموزش روانی و طول مدت اثربخشی اندک است و همچنین باهدف بررسی اینکه آیا روند پیگیری تأثیر آموزش روانی که در سایر نقاط دنیا مورد پژوهش قرار گرفته آیا در ایران هم نتایج مشابهی می دهد، و از طرفی دیگر به نظر می رسد که افراد در تمام سنین با وجود داشتن "صفات طیف اوتیسم" بدون شناسایی و کمک متخصصان در معرض آسیب شناسی اختلالات دیگر قرار می گیرند. بنابراین افزایش دانش سرمایه در حیطه واقعیت ها و ویژگی های شخصیتی افرادی که در "طیف اختلالات اوتیسم" قرار دارند، و در مورد شرایط و ویژگی های همراه که باعث حفظ و گسترش "صفات اوتیسم" در طول زندگی می شود از اهمیت بسیاری برخوردار است بنابراین این مطالعه با هدف بررسی صفات اوتیسم با تئوری ذهن و اثربخشی آموزش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام شد.

## مبانی نظری

### اوتیسم

کانر ابتدا بر این عقیده بود که درخودماندگی کاملاً ریشه در زیست شناسی و ژنتیک فرد دارد. بعدها کانر به دلیل گرایش جامعه به روانکاو تغییر موضع داد و مطرح کرد که علت این اختلال سرد بودن والد است، او اصطلاح مادران یخچالی را به کاربرد. کانر در سال ۱۹۴۹ این عقیده را در مقاله های خود مطرح کرد. در سال ۱۹۶۰ کانر در یک مصاحبه مطبوعاتی عنوان کرد که یخ این مادران به اندازه ای آب شده که توانسته اند بچه دار شوند. امروزه عقیده ای کانر به طور کامل در بریتانیا بی اعتبار شده ولی تا حدی در اروپا رواج دارد. در حال حاضر تا حدی مشخص شده که این اختلال ژنتیکی است و بستگان نزدیک ممکن است تا حدی صفت درخودمانده را نشان دهند.

ملاک تشخیص اوتیسم انزوا، خواستار یکنواختی بودن، که توس کانر مطرح شده بود. این ملاک ها باید ۲۴ ماه مشاهده شوند. وینگ و گولد<sup>۲۴</sup> (۱۹۷۹) نیز نقایص سه گانه را برای تشخیص معرفی کرده اند:

۱. تعامل اجتماعی
  ۲. ارتباط اجتماعی
  ۳. تخیل (امروزه به جای تخیل، علائق و فعالیت های محدود و تکراری جایگزین شده است).
- برای تشخیص این اختلال DSM-5 معیارهایی را مشخص کرده است
- A. مشکل دائمی در ارتباط و تعامل اجتماعی
۱. نقص دائمی در ارتباط و تعامل اجتماعی
  ۲. نقص در ارتباط غیر کلامی
  ۳. در ایجاد و حفظ و درک روابط میان فردی نقص دارد (انگار به افراد دیگر علاقه ای ندارد)
- B. مجموعه ای از رفتارها، علائق و فعالیت های محدود و تکراری
۱. حرکات فیزیکی کلیشه ای و تکراری، استفاده از اشیاء به یک شکل
  ۲. پایبند بودن به روش، رفتارهای کلامی و غیر کلامی، پایبند بودن به نظم و ترتیب خاص و مقاومت در برابر تغییر
  ۳. علائق محدود و ثابت (دل بستگی شدید به اشیاء غیر معمول، اشتغال ذهنی به موضوعات غیر عادی، دایره ای علائق محدود، عدم تغییر علائق)
- A. علاقه ای افراطی یا تفریطی به محرک های حسی
- C. سمپتوم ها باید در نوزادی یا خردسالی وجود داشته باشند.

<sup>22</sup> Bevan Jones, et all

<sup>23</sup> Matsuo et all

<sup>24</sup> Wing, L., & Gould

D. در عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌ها اختلال ایجاد شود.

E. معلولیت ذهنی با تأخیر رشدی نمی‌تواند علت بهتری برای این سمپتوم‌ها باشد.

## تئوری ذهن

تئوری ذهن توسط سایمون بارون کوهن، الن لسللی و یوتا فریت در سال ۱۹۸۵ برای کودکان مبتلا به طیف اتیسم (اوتیسم) مطرح گردید (این اصطلاح پیش‌ازاین در سال ۱۹۷۸ توسط پریماک و وودراف مورد استفاده قرار گرفته است) و تئوری توضیحی معیار اول DSM-5 است که نشان‌دهنده کمبودهای پایدار در ارتباطات و تعاملات اجتماعی افراد مبتلا به طیف اتیسم (اوتیسم) در زمینه‌های مختلف است. تئوری ذهن توانایی افراد دارای تیپ یک عادی (افراد فاقد اختلال) در مورد بیان نمودن حالات ذهنی افراد دیگر است. این توانایی در سال‌های نخست زندگی کودکان نمود می‌یابد و در حدود ۴ تا ۵ سالگی ایجاد می‌گردد. به لطف این توانایی ما نشانه‌های اجتماعی را بررسی می‌کنیم و به صورت اجتماعی رشد می‌یابیم. افراد مبتلا به طیف اتیسم (اوتیسم) درجات متفاوتی از اختلال در تئوری ذهن را تجربه می‌کنند و به همین دلیل لازم است که آن را اصلاح و تقویت کنیم. این توانایی ذهنی نه تنها پیش‌بینی هدف‌های رفتاری (درک آنچه دیگران فکر می‌کنند و یا دیگران می‌خواهند انجام دهند) را انجام می‌دهد بلکه شامل حالت‌های ذهنی ژرف مانند فکر کردن، باور کردن، شناختن، رؤیاپردازی کردن و غیره .. نیز می‌گردد. با این توانایی ما می‌توانیم رفتارهای اجتماعی دیگران را توصیف و پیش‌بینی کنیم. توانایی برای دانستن حالات ذهنی دیگران مستلزم: (نویدی نژاد و همکاران، ۱۳۹۷).

۱. توانایی داشتن باور بر عقاید دیگران و این به معنی توانایی خواندن ذهن دیگران، و دانستن و پیش‌بینی آن چیزی است که فکر می‌کنند
۲. توانایی انجام یا پیش‌بینی عملکردی باورها. این بدین معنی است که چرا فرد دیگری دارای عقیده‌ای خاص است
۳. نیاز به مهارت‌های معین که به‌طور طبیعی در کودکان عادی وجود دارد از جمله:
  - خواندن چشم دیگران: یک کودک غیر اتیستیک می‌تواند در ۹ سالگی با نگاه به چشمان افراد یا تصویر چشم‌ها در آزمون بارون کوهن به احساسات فرد پی برد ولی در افراد اتیستیک یا این امر اتفاق نمی‌افتد یا بسیار با تأخیر است. آزمون ذهن‌خوانی از روی چشم توسط بارون کوهن در سال ۱۹۹۵ ساخته شد و دارای فرمت بزرگ‌سالان و کودکان می‌باشد در این آزمون هر تصویر به مدت چند ثانیه برای کودک به نمایش گذاشته می‌شود (این آزمون می‌تواند بر روی کاغذ یا مانیتور اجرا گردد) و کودک می‌تواند از میان گزینه‌هایی که حالت چشم را توصیف می‌کند درست‌ترین و نزدیک‌ترین حالت را انتخاب کند.
  - توجه مشترک: در این مهارت کودک به برخی محرک‌ها که فرد دیگری نیز به آن توجه دارد، توجه و نگاه می‌کند. توجه مشترک چیزی است که کودکان به‌طور معمول در ۱۴ ماهگی از آن برخوردارند ولی کودکان مبتلا به طیف اتیسم (اوتیسم) اغلب در نشان دادن این مهارت دچار مشکل‌اند. توجه مشترک یکی از اصطلاحات بنیادین در امر آموزش کودک اتیستیک است و درمانگران در مراحل ابتدایی آموزش و درمان خود بر آن متمرکز می‌گردند. نکته مثبت این مهارت در این است که آن را می‌توان آموزش و ارتقاء داد. این مهارتی است که پیش از مهارت تقلید می‌بایستی وجود داشته باشد و یا ایجاد گردد ولی متأسفانه برخی از درمانگران (که حتی شناخته‌شده در درمان کودکان اتیستیک نیز هستند) از این مهم بی‌اطلاع‌اند و در همان مقطع اولیه درمان و آموزش کودک مبتلا به طیف اتیسم (اوتیسم) به آموزش تقلید می‌پردازند!!
  - شناخت و همدلی عاطفی: این مهارت به توانایی قرار دادن خود به جای دیگری اشاره دارد که در حدود ۲ سالگی نمایان می‌گردد. کودکان مبتلا به طیف اتیسم (اوتیسم) در آزمایش‌ها و پژوهش‌های بارون کوهن نتایج ضعیفی در همدلی عاطفی به دست آورده‌اند و این نکته می‌تواند یکی از علل نقص این کودکان در تئوری ذهن باشد.
  - بازی وانمودی: کودکان غیر اتیستیک تا ۲۴ ماهگی در بازی‌های وانمودی مشارکت می‌کنند و با مهارت ذهنی خود می‌دانند که فردی که بازی وانمودی می‌کند فقط در حال وانمود کردن است اما کودکان مبتلا به طیف اتیسم (اوتیسم) کمتر بازی‌های وانمودی را انجام می‌دهند و در آن موفق‌اند .

- باور کاذب: کودکان اتیستیک در ۳ سالگی نمی‌توانند در آزمون باور کاذب موفق باشند. فریت می‌گوید فریب و حيله توسط کودک ۴ ساله به راحتی قابل درک است ولی کودک مبتلابه طیف اتیسم (اوتیسم) بر این باور است که همه حقیقت را می‌گویند و باور دروغ و نیرنگ برای آن‌ها سخت است و غیرقابل درک (زینالی و زارعی، ۱۳۹۸).
  - تحریک احساسات و هیجانات دیگران: یک کودک ۹ ساله غیر اتیستیک می‌تواند با رفتار خود احساسات دیگران را تحریک کند اما افراد مبتلابه طیف اتیسم (اوتیسم) با IQ بالا می‌توانند با ۳ سال تأخیر این توانایی را به دست آورند.
  - جابجایی: جابجایی در یک زمینه ذهنی برای یک فرد مبتلابه طیف اتیسم (اوتیسم) بسیار دشوار است زیرا فرد عادی می‌تواند از اطلاعاتی که روشن و صریح نیز نیستند هم استنباط داشته باشد اما فرد اتیستیک این توانایی را ندارد. برای اینکه افراد مبتلابه طیف اتیسم (اوتیسم) رفتارهای اجتماعی را درک کنند می‌بایستی این رفتارها به اجزاء کوچک‌تر و روشن‌تری تجزیه گردند تا برای این افراد قابل یادگیری و درک باشند.
- برای ارزیابی این مهارت ذهنی دو تکلیف را می‌توان انجام داد باور غلط نخستین که با تکلیف سالی و انه که توسط وایمر و پرنر طراحی گردیده و باور غلط دومین مانند تکلیف روز تولد که توسط سالیوان و کول طراحی گردیده است. در اثر نبود تئوری ذهن کودک مبتلابه طیف اتیسم (اوتیسم) رفتارهای دیگران را غیرقابل پیش‌بینی، ترسناک و گیج‌کننده می‌داند (زینالی و زارعی، ۱۳۹۸).

### اسکیزوفرنی:

اختلال اسکیزوفرنی اولین بار توسط روان‌پزشک فرانسوی بندکیت مورل در سال ۱۸۵۲ توصیف شد. او اصطلاح جنون زودرس (دمانس پره کوزه) را برای توصیف بیمارانی که بیماری‌شان در نوجوانی شروع شده بود به کار برد. مفهوم جدید اسکیزوفرنی به عنوان اولین بار توسط امیل کراپلین روان‌پزشک آلمانی در آغاز قرن ۲۰ با وجود آمد. او اصطلاح دانسپره کوز را تغییر داد و تبدیل به دیمنشیاپری کاکس کرد، این اصطلاح به فرآیند شناختی مشخص (دمانس) و شروع زودرس (پری کاکس) اختلال تأکید داشت. این بیماران با سیر طولانی و رو به تباهی، که علائم بالینی شایعشان هذیان و توهم بود مشخص می‌شدند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷<sup>۲۵</sup>).

اوژن بل ولر در قرن ۲۰ واژه‌ی اسکیزوفرنی (ذهن ازهم‌گسیخته) را جایگزین زوال عقلی زودرس کرد. او معتقد بود که اسکیزوفرنی دودسته علائم اولیه و ثانویه دارد، اولیه شامل دوسوگرایی اختلال در تداعی، اختلال در حالت طبیعی واتیسم و ثانویه نیز شامل توهم، هذیان، اختلال حرکتی و علائم جسمانی می‌باشد. او معتقد بود که این علائم در اختلال دیگر نیز دیده می‌شود و لزوم مربوط به بیماران اسکیزوفرن نیست (واکر و همکاران، ۲۰۰۴). اسکیزوفرنی یک بیماری عصب‌روان‌پزشکی رایج حاد و ناهمگن است که با شیوع و درصد مرگ‌ومیر قابل توجهی همراه است (مارویک و هال، ۲۰۰۸<sup>۲۶</sup>).

این اختلال دارای نشانه‌های مثبت و منفی است. طبق گزارش DSM5 نشانه‌های مثبت شامل هذیان‌ها و توهم‌ها، تفکر (گفتار) آشفته و رفتار حرکتی بسیار آشفته یا نابهنجار است. نشانه‌های مثبت غالباً محتوای اجتماعی دارند. نشانه‌های منفی اسکیزوفرنی شامل کاهش ابراز هیجانی، بی‌ارادگی، فقدان گفتار، فقدان احساس لذت و عدم معاشرت است. از میان این نشانه‌ها کاهش ابراز هیجانی و بی‌ارادگی برجسته‌ترین نشانه‌ها در اسکیزوفرنی هستند (سید محمدی، ۱۳۹۳). گفته شده است که نشانه‌های اسکیزوفرنی به صورت چندبعدی است و در افرادی که از نظر ژنتیکی نسبت به این اختلال آسیب‌پذیرند به صورت زیر آستانه‌ای وجود دارد (رادو، ۱۹۵۶<sup>۲۷</sup>). سبب‌شناسی اسکیزوفرنی، کراپلین و بلولر فرض می‌کردند که ممکن است پایه‌های بیولوژیکی برای این اختلال وجود داشته باشد (والکر و همکاران، ۲۰۰۴<sup>۲۸</sup>).

هنوز هم علت اصلی و واقعی این اختلال مشخص نیست، به احتمال زیاد این اختلال توسط ترکیبی از علائم مختلف صورت می‌گیرد که از فردی به فرد دیگر متفاوت است. اسکیزوفرنی می‌تواند به صورت ارثی در خانواده‌ها جریان داشته باشد. افراد

<sup>25</sup> Kaplan, H, I., Sadock

<sup>26</sup> Marwick, K., & Hall,

<sup>27</sup> Rado

<sup>28</sup> Walker



اسکیزوفرن تفاوت‌هایی را با افراد عادی در شیمی مغز دارند که این تفاوت می‌تواند علت بیماری باشد. شواهدی نیز نشان می‌دهد که برخی آسیب‌های مغزی قبل و یا در حین تولد می‌تواند علت اسکیزوفرنی باشد. محققان معتقدند استرس در برخی افراد جرقه‌ای برای شروع اسکیزوفرنی باشد (استوارت، ۲۰۰۵).

### پیشینه تحقیق

زینالی و همکاران (۱۳۹۸) تحقیقی تحت عنوان مقایسه تئوری ذهن در کودکان اوتیسم و کودکان بدون علائم اوتیسم انجام دادند. نتایج نشان داد که کودکان اوتیستیک در هر سه سطح تئوری ذهن نسبت به کودکان عادی ضعیف‌تر عمل کردند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که چرا کودکان مبتلابه اوتیسم در مهارت‌های اجتماعی ضعیف هستند و همچنین نقص در بینش به خود و دیگران باعث کاهش هم‌دلی در کودکان مبتلابه اوتیسم می‌شود.

نویدی نژاد (۱۳۹۷) تحقیقی تحت عنوان اثر تمرینات ریتمیک-موسیقایی بر تئوری ذهن کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم انجام داد. بدین منظور از بین ۸۰ کودک مبتلابه اختلال اوتیسم مرکز اوتیسم و دبستان ویژه کودکان اوتیسم شهر اصفهان که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، ۲۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل جایگزین شدند. قبل و بعد از مداخله آزمودنی‌ها تحت آزمون تئوری ذهن استرنمن و همکاران (۱۹۹۹) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه تجربی به مدت ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای به تمرینات ریتمیک-موسیقایی پرداختند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و سطح معناداری  $\alpha < 0.05$  استفاده شد.

الماسی راد (۱۳۹۵) تحقیقی تحت عنوان اثربخشی آموزش نوروفیدبک در تعدیل نشانه‌های بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی انجام داد. نمونه این پژوهش شامل ۵ بیمار سرپایی مبتلابه اسکیزوفرنی مزمن بود که بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس و روان‌پزشک، مبتلابه اسکیزوفرنی تشخیص داده شده بودند، تحت درمان دارویی با داروهای ضد روان‌پریشی قرار داشتند و به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش پژوهش از نوع مداخله‌ای و طرح تک آزمودنی روی ۵ بیمار بود. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش نوروفیدبک می‌تواند یک روش بالقوه در درمان بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی محسوب شود.

زراعتکار و همکاران (۱۳۹۲) تحقیقی تحت عنوان مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار انجام دادند. نتایج نشان داد نظریه ذهن در بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی در مقایسه با افراد بهنجار آسیب‌دیده است. این آسیب در بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی نسبت به بیماران مبتلابه افسردگی اساسی بیشتر می‌باشد. همچنین نتایج بیانگر این بود که بهره‌هوشی نمی‌تواند نقص نظریه ذهن را در بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی تبیین کند. بر اساس پژوهش بارنولد، پیترز، سون نوئل، وان ریجین، لاهویس و همکاران<sup>۳۰</sup> (۲۰۱۱). بررسی صفات در خودمانده و اسکیزوتایپی در بزرگسالان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم پرداختند، نتایج نشان داد که، صفات اسکیزوتایپی در بزرگسالان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به گروه کنترل بیشتر است. علاوه بر میزان بالایی از صفات منفی، میزان بالایی از صفات مثبت و آشفته نیز در این‌ها دیده می‌شود. همچنین تمام زیر مقیاس‌های صفات اسکیزوتایپی با مشکل جابجایی توجه در اوتیسم در ارتباط است.

اسپیک و وترز<sup>۳۱</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای ۲۱ فرد مبتلا به اوتیسم و ۲۱ فرد مبتلا به اسکیزوفرنی را انتخاب کردند، مبتلایان به اوتیسم و اسکیزوفرنی پرسش‌نامه‌ی SPQ و AQ را تکمیل کردند، نتایج نشان داد که گروه مبتلا به اسکیزوفرنی با احتمال بیشتری نشانه‌های مثبت و مبتلایان به اوتیسم نقایصی را در مهارت‌های اجتماعی نشان می‌دهند. علائم مشترک بین اسکیزوفرن‌ها و اوتیسم‌ها شامل نشانه‌های منفی، آشفتگی، توجه به جزئیات و تخیل است.

<sup>29</sup> Stewart

<sup>30</sup> Lahuis et all

<sup>31</sup> Spek, A. A., & Wouters

مچری و همکاران<sup>۳۲</sup> (۲۰۱۰) نشانه‌های ملایم عصبی و ابعاد اسکیزوتایپی در خواهر برادرهای سالم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بررسی کردند نتایج نشان داد که نشانه‌های ملایم عصبی همراه با برخی از ابعاد اسکیزوتایپی در خواهر و برادرهای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی وجود دارد.

کونستاناریز و هویت<sup>۳۳</sup> (۲۰۰۱) طی پژوهشی به بررسی نکات مشترک اسکیزوفرنیا و اختلالات طیف اوتیسم پرداختند، نتایج نشان داد که هیچ‌یک از افراد دارای اختلال طیف اوتیسم توهم و هذیان ندارند.

## روش تحقیق

روش تحقیق حاضر توصیفی-پیمایشی است و نوع تحقیقات پیش‌آزمون و پس‌می‌باشد. جامعه آماری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است که شامل کودکان دارای سن ۱۰ تا ۱۲ سال می‌باشند که در دو گروه تقسیم می‌شود که نیمی در گروه از مایش و نیمی دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند که ۳۲ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مورد مطالعه قرار گرفتند که ۱۶ نفر تحت آموزش‌های گسترده مهارتی و هیجانی-قرار گرفتند و ۱۶ نفر تحت این آموزش‌ها قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات تحقیقات کتابخانه‌ای و میدانی می‌باشد که برای سنجش صفات اوتیسم و تئوری ذهن از پرسشنامه استفاده شد. ضریب طیف اوتیسم (AQ): این پرسش‌نامه اولین بار توسط بارون-کوهن و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شد و شامل ۵۰ سؤال است. ۵ حوزه مطرح شده برای صفات طیف اوتیسم، شامل: مهارت اجتماعی، تغییر توجه، ارتباط، توجه به جزئیات و خیال‌پردازی را می‌سنجد. هر یک از این حوزه‌ها با ۱۰ سؤال پوشش داده می‌شود. طیف نمره‌گذاری در این پرسش‌نامه به این صورت است که نمره صفر تا ۱۰، دارای صفات طیف اوتیسم کم، نمره ۱۱ تا ۲۲ صفات طیف اوتیسم متوسط، نمره ۲۳ تا ۳۱ دارای صفات طیف اوتیسم بالاتر از متوسط، نمره ۳۲ تا ۵۰ دارای صفات طیف اوتیسم در سطحی بسیار بالا) اکثر افراد مبتلا به اوتیسم خفیف یا سندرم آسپرگر بالای ۳۵ می‌آورند) و نمره ۵۰ دارای حداکثر صفات طیف اوتیسم می‌باشد (بارون،<sup>۳۴</sup> ۲۰۰۹). پایایی پرسش‌نامه ضریب طیف اوتیسم در نمونه‌های خارجی و داخلی بررسی شده است.

همسانی درونی آیتم‌های به‌دست‌آمده در نمونه خارج از کشور به این صورت گزارش شده است: ارتباط (۰/۶۵)، مهارت اجتماعی (۰/۷۷)، تخیل پردازی (۰/۶۵)، توجه به جزئیات (۰/۶۳) و تغییر توجه (۰/۶۷) (بارون و همکاران، ۲۰۰۱) در پژوهش بارون-کوهن و همکاران (۲۰۰۱) برای بررسی روایی پرسش‌نامه ضریب طیف اوتیسم در گروه دانشجویان دانشگاه، افرادی که نمره آن‌ها بالاتر از ۳۲ بود، جدا شدند و برای انجام مصاحبه روان‌پزشکی دعوت شدند، ۱۱ نفر از آن‌ها برای مصاحبه موافقت کردند. بر اساس ملاک‌های اختلال اوتیسم در DSM-IV مصاحبه صورت گرفت. نتایج نشان داد که ۷ نفر از آن‌ها ملاک‌های اختلال اوتیسم با عملکرد بالا و آسپرگر را دارا بودند و این حاکی از روایی قابل‌قبول این پرسش‌نامه بود (بارون و همکاران، ۲۰۰۱)؛ بارون و همکاران، (۲۰۰۶).

تئوری ذهن: به‌منظور سنجش نظریه ذهن از آزمون نظریه ذهن استیرنمن استفاده گردید. این فرم ۳۸ سؤالی را قمرانی، البرزی و خیر در سال ۱۳۸۵ ترجمه و اعتبار یابی کرده‌اند. فرم اصلی آزمون به‌منظور سنجش نظریه ذهن در کودکان عادی و مبتلا به اختلال رشدی فراگیر با سنین (۵ تا ۱۲) سال طراحی شده و اطلاعاتی راجع به گستره درک اجتماعی، حساسیت و بینش کودک به میزان و درجه‌ای که قادر است احساسات و افکار دیگران را بپذیرد فراهم می‌آورد. این آزمون از سه خرده‌مقیاس نظریه ذهن مقدماتی (سطح اول نظریه ذهن است و شامل بازشناسی عواطف و وانمود می‌باشد که از ۲۰ تصویر تشکیل شده است)؛ اظهار اولیه نظریه ذهن (سطح دوم نظریه ذهن است و شامل باور غلط اولیه و درک باور غلط می‌باشد و از ۱۳ سؤال تشکیل شده است) و جنبه پیشرفته‌تر نظریه ذهن (سطح سوم نظریه ذهن می‌باشد، که به درک باور غلط ثانویه یا درک شوخی می‌پردازد و شامل ۵ سؤال می‌باشد) تشکیل شده است. روایی این آزمون از طریق روش‌های روایی محتوایی، همبستگی خرده‌آزمون با نمره کل و روایی همزمان استفاده گردیده است. روایی همزمان از طریق همبستگی آزمون تکلیف خانه عروسک‌ها، ۰/۸۹ برآورد گردیده است، که

<sup>32</sup> Mechri et all

<sup>33</sup> Konstantareas, M., & Hewitt

<sup>34</sup> Baron-Cohen

در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است. ضریب همبستگی خرده آزمون با نمره کل آزمون در تمام موارد معنادار و بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ متغیر بوده است. پایایی آزمون به وسیله سه روش باز آزمایی، آلفای کرونباخ و ضریب اعتبار نمره گذاران بررسی گردیده است. پایایی آزمون ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ متغیر بوده و کلیه ضرایب در سطح ( $\alpha=0/01$ ) معنادار بوده است. ثبات درونی آزمون، با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون و هر یک از خرده آزمون‌ها به ترتیب (۰/۸۶، ۰/۷۲، ۰/۸۰، ۰/۸۱) محاسبه گردیده است. همچنین ضریب پایایی نمره گذاری ۰/۹۸ به دست آمده است (قمرانی و البرز، ۲۰۰۶).

**برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی:** این برنامه بر اساس کتاب آموزش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی صدری - دمیرچی (۱۳۸۹) می‌باشد. آموزش این مهارت‌ها برگرفته از الگوی نظری بار-اون (۲۰۰۰)، اصول پیشنهادی گلמן (۱۹۸۸) در برنامه (EDU.or)، برنامه یادگیری هیجانی اجتماعی CASEL (۲۰۰۳)، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی کریس (۱۳۸۰) و برنامه آموزش مهارت‌های زندگی سازمان یونیسف (۱۳۷۹) می‌باشد:

#### جدول (۱) خلاصه جلسات برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی

جلسات	عناوین	مدت زمان
اول	بحث و بررسی اهمیت آموزشی اجتماعی، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی	۶۰ دقیقه
دوم	خودآگاهی: شامل مشاهده و شناخت احساسات خود؛ شناخت نقاط ضعف و قوت خود، یافتن واژگانی برای بیان احساسات، آگاه شدن از ارتباط میان افکار، احساسات و واکنش‌ها	۶۰ دقیقه
سوم	روابط بین فردی (ارتباطات): صحبت کردن درباره‌ی احساسات به صورتی مؤثر؛ تبدیل شدن به شنونده و سفالگری خوب تمایز گذاشتن میان حرف و عمل دیگران، واکنش‌ها و قضاوت‌های خود نسبت به آن‌ها، ارسال پیام‌هایی که با من شروع می‌شود به جای سرزنش	۶۰ دقیقه
چهارم	تصمیم‌گیری شخصی: آشنایی با مراحل تصمیم‌گیری، بررسی اعمال خود و دیگران و آگاهی بر پیامدهای آن‌ها، تشخیص آنکه بر تصمیمی خاص، اندیشه یا احساسات خامی حاکم است.	۶۰ دقیقه
پنجم	شناخت احساسات: شناخت احساسات و نام‌گذاری، شناخت تفاوت میان هیجان‌ها و احساسات، شناخت شیوه بیان احساسات و آگاهی از آن‌ها در روابط بین فردی، ارزیابی و شناخت حالات هیجانی، قبول مسئولیت درباره احساسات خود، راه‌های صحیح ابراز احساسات و تأثیر آن‌ها در روابط بین فردی	۶۰ دقیقه
ششم	همدلی: درک احساسات و علایق دیگران و مدنظر قرار دادن دورنمای ذهنی آنان، احترام گذاشتن به تفاوت‌های موجود در احساسات افراد، نسبت به پدیده‌های مختلف	۶۰ دقیقه
هفتم	مقابله با استرس (فشار روانی): تأثیر استرس بر سایر جنبه‌ها زندگی، آموزش روش‌های مقابله و آرام‌سازی خود در مواقع فشار روانی، آشنایی با مراحل بروز استرس، آموزش راهکارهای مقابله با استرس، تعیین نقش ادراکات خود در ایجاد استرس	۶۰ دقیقه
هشتم	انعطاف‌پذیری در مقابل تغییر: لزوم انعطاف‌پذیری در رسیدن به هدف‌های خود و سازگاری با محیط و تغییرات، نحوه سازگاری و انعطاف‌پذیری در مقابل تغییرات	۶۰ دقیقه
نهم	حل مسئله: مراحل حل مسئله، برنامه‌ریزی در حل مسائل زندگی، موانع حل مسئله، آگاهی از نحوه دریافت کمک در حل مسائل اساسی زندگی	۶۰ دقیقه
دهم	کنترل هیجان‌ها: نقش کنترل هیجان‌ها در عملکرد افراد، کنترل هیجان‌ها به شیوه مؤثر، علائم و نشانه‌های ابراز خشم، روش‌های ابراز خشم در افراد، روش‌های مؤثر کنترل خشم و ابراز صحیح آن	۶۰ دقیقه
یازدهم	ابراز وجود: تفاوت ابراز وجود و رفتار پرخاشگرانه، شناسایی رفتارهای نشان‌دهنده‌ی ابراز وجود، مهارت‌های افزایش توانایی ابراز وجود، آموزش مهارت نه گفتن	۶۰ دقیقه

مدیریت زمان: تقسیم‌بندی و تنظیم وقت، برنامه‌ریزی صحیح زمانی برای کارها، شیوه‌های صحیح تنظیم وقت، نقاط قوت و ضعف در برنامه‌ریزی‌های هفتگی یا روزانه، راهکارهایی برای جلوگیری از اتلاف و هدر رفتن وقت و استفاده‌ی درست از آن	دوازدهم
--	---------

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد و از تحلیل کواریانس جهت آزمون فرضیه‌ها کمک گرفته شد.

## یافته‌ها

### آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرها

قبل از بررسی فرضیه‌ها لازم است نرمال بودن متغیرهای مطالعه مورد بررسی قرار گیرد.

آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرها بکار می‌رود. هنگام بررسی نرمال بودن داده‌ها فرض صفر مبتنی بر اینکه توزیع داده‌ها نرمال است در سطح خطای ۵٪ تست می‌شود. بنابراین اگر آماره آزمون بزرگ‌تر مساوی ۰/۰۵ به دست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود.

نتایج آزمون‌های نرمالیت در جدول (۱۰)، آورده شده است:

جدول (۲). نتایج آزمون نرمالیت کولموگروف-اسمیرنوف

پس از آزمون		پیش از آزمون		متغیر
درجه معناداری	مقدار آماره	درجه معناداری	مقدار آماره	
0.200	0.159	0.080	0.251	صفات اوتیسم
0.198	0.181	0.128	0.189	تئوری ذهن

همان‌طور که مشخص است از آنجا که آماره آزمون بزرگ‌تر مساوی ۰/۰۵ برای کلیه متغیرهای مطالعه، به دست آمده است، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهند بود.

### آزمون لوین مهارت‌های اجتماعی-هیجانی با صفات اوتیسم

جدول (۳). آزمون لوین واریانس‌ها

	آزمون لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
پیش‌آزمون	0.711	2	15	0.522
پس از آزمون	0.081	2	15	0.831

طبق نتایج حاصل در رابطه با آزمون همگنی واریانس‌ها درجه معناداری بیشتر از ۰,۰۵ است، بدین معنی که واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است.

جدول (۴). همگنی شیب خط رگرسیون

منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری
مدل اصلاح‌شده	10066.000a	12	838.833	1.420	0.122
متغیر مستقل	11509.725	1	11509.725	20.512	0.000

گروه صفات اوتیسم	10066.000	12	838.833	1.420	0.121
خطا	2833.979	2	293.812		
جمع	287506.000	15			
اصلاح مجموع	10066.000	14			

مقدار  $f$  تعامل متغیر مستقل و همپراش ۱,۴۲۰ می‌باشد که معنادار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

### آزمون لوین مهارت‌های اجتماعی - هیجانی با تئوری ذهن

جدول (۵). آزمون لوین واریانس‌ها

معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	آزمون لوین	
0.712	14	2	0.841	پیش‌آزمون
0.139	14	2	0.281	پس از آزمون

طبق نتایج حاصل در رابطه با آزمون همگنی واریانس‌ها درجه معناداری بیشتر از ۰,۰۵ است، بدین معنی که واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است.

جدول (۶). همگنی شیب خط رگرسیون

معناداری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع
0.421	2.040	151.578	12	1818.933a	مدل اصلاح‌شده
0.022	1.932	.123	۱	1232.654	متغیر مستقل
0.871	2.087	151.578	12	1818.933	گروه تئوریزین
		214.132	2	1134.786	خطا
			15	14492.000	خطا
			14	1818.933	جمع

مقدار  $f$  تعامل متغیر مستقل و همپراش ۲,۰۸۷ می‌باشد که معنادار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است.

### آزمون فرضیه‌ها

مهارت‌های اجتماعی - هیجانی بر صفات اوتیسم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است.

جدول (۷). توزیع فراوانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون

تعداد	میانگین انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	
۱۶	6.92339	30.98494	140.0000	پیش از آزمون
۱۶	15.00863	58.12818	146.8000	پس از آزمون

جدول (۸). نتایج تحلیل کواریانس تأثیر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر صفات اوتیسم

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجذور اتا	F	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	47193.200a	10	4719.320	0.662	169.760	019.
متغیر هم پراش	343420.251	1	343420.251		12353.246	040.
پس آزمون	47193.200	10	4719.320		169.760	021.
خطا	111.200	4	27.800			
جمع	370558.000	15				
اصلاح مجموع	47304.400	14				

طبق نتایج حاصل از پژوهش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر صفات اوتیسم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است و با توجه به اینکه سطح معناداری ۰,۰۴۰ است و کمتر از ۰,۰۵ است و از آنجایی که مقدار F در سطح بالایی است لذا می‌توان بیان کرد که مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر صفات اوتیسم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است و تأثیر دارد. مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر تئوری ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است

جدول (۹). توزیع فراوانی پیش آزمون و پس آزمون

تعداد	میانگین انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	
16	2.19605	8.78422	27.3125	پیش از آزمون
16	2.76393	11.05573	29.3125	پس از آزمون

جدول (۱۰). نتایج تحلیل کواریانس تأثیر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر تئوری ذهن

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجذور اتا	F	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	1447.223a	6	241.204	0.459	5.621	011.
متغیر هم پراش	10531.810	1	10531.810		245.424	000.
پس آزمون	1447.223	6	241.204		5.621	011.
خطا	386.214	9	42.913			
جمع	15581.000	16				
اصلاح مجموع	1833.437	15				

طبق نتایج حاصل از پژوهش مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر تئوری ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است و با توجه به اینکه سطح معناداری ۰,۰۰۰ است و کمتر از ۰,۰۵ است و از آنجایی که مقدار F در سطح بالایی است لذا می‌توان بیان کرد که مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر تئوری ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است و تأثیر دارد.

### نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی صفات اوتیسم با تئوری ذهن و اثربخشی آموزش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشد. طبق نتایج حاصل از پژوهش، مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر صفات اوتیسم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است. هنگامی که مهارت‌های اجتماعی-هیجانی افزایش می‌یابد صفات اوتیسم کاهش می‌یابد و می‌توان بیان داشت که مهارت اجتماعی، تغییر توجه، ارتباط، توجه به جزئیات و خیال‌پردازی در بین بیماران اسکیزوفرنی کاهش می‌یابد و زمینه‌های افزایش مهارت‌های اجتماعی وجود دارد و نقاط مثبت فعالیت هایشان ارتقا می‌یابد. و طبق نتایج، مهارت‌های اجتماعی-هیجانی بر تئوری

ذهن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است و می توان بیان داشت که آموزش های مهارت های اجتماعی و هیجانی، بر تئوری ذهن بیماران اسکیزوفرنی موثر است و تا حدودی توانسته اند تئوری های ذهنشان را کاهش دهند و این موضوع بیانگر این است که می توان با آموزش ها، زمینه های افزایش مهارت اجتماعی و هیجانی آن ها را فراهم ساخت و زمینه جنبه های منفی تئوری های ذهن و صفات اوتیسمی را کاهش داد و لازمه ادامه این مسیر، آموزش انواع مهارت ها می باشد.

## منابع و مراجع

- [۱] زراعتکار، لایلا؛ نجفی، محمود؛ رفیعی نیا، پروین. (۱۳۹۲). مقایسه نظریه ذهن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی با افراد بهنجار، نشریه تحقیقات علوم رفتاری « (پیاپی ۳۳)، ۱۳۹۲ شماره ۵
- [۲] زینالی، شیرین و عاطفه زارعی، (۱۳۹۸)، مقایسه تئوری ذهن در کودکان اوتیسم و کودکان بدون علائم اوتیسم، همایش خانواده، اختلال اتیسم و چالش های همراه، دانشگاه علامه طباطبایی
- [۳] سید محمدی، یحیی. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان ی، ویراست پنجم انجمن روانپزشکی آمریکا. تهران: انتشارات نشر روان
- [۴] الماسی راد، نسرين. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش نوروفیدبک در تعدیل نشانه های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، دولتی - وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری - دانشگاه محقق اردبیلی - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی -
- [۵] نویدی نژاد، آرزو؛ زهره مشکاتی و خلیل ملکی، (۱۳۹۷)، اثر تمرینات ریتمیک- موسیقایی بر تئوری ذهن کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم، همایش ملی تحقیقات نوین در علوم ورزشی، اصفهان، دبیرخانه دائمی کنفرانس،
- [6] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC: Author.
- [7] Apperly IAB Samson DB Chiavarino CB Humphreys GW.(205) Frontal and temporo-parietal lobecontributions to theory of mind: neuropsychological evidence from a false-belief task withreduced language and executive demands. *J Cognitive Neurosci* \_<<\_K\*:\_--\_--1\_.
- [8] BakerB J. (2003). *Social Skills Training: for children and adolescents with Asperger*
- [9] Barneveld, P., Pieterse, J., Sonnevle, L., van Rijn, S., Lahuis, B., & et al.(2011). Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Schizophrenia Research*, 126, 231-236
- [10] Baron-Cohen S, Hokestra R, Knickmeyer R, Wheelwright S. The autism-spectrumquotient (AQ)—adolescent version. *J Autism Develop Disord* 2006;36:343-50.
- [11] Baron-Cohen S, Wheelwright S, SkinnerR, Martin J, Clubley E. The AutismSpectrum Quotient (AQ): evidence fromAsperger Syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Develop Disord*2001; 31:5-17
- [12] Baron-Cohen S. [The Autism and Asperger syndrome]. Tehran: Savalan Publication;2009. (Persian)
- [13] Bevan Jones, R., Thapar, A., Lewis, G. & Zammit, S. (2012). The associationbetweenearly autistic traits and psychotic experiences in adolescence.*Schizophrenia Research*, 135(2): 164-169
- [14] Bhattacharjee D, Kumar Ra A, Kumar Singh N. Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry J*. 2011;14(1):33-9.
- [15] CourLnB C. (\_2000). The impact of sign language on the cognitive development of deafchildren: The case of theories of mind. *CognitionB --B\_(-\_.*
- [16] CourtinB C.B & MelotB A.-M. (\_2005() MetacogniLve development of deaf children: Lessonsfrom the appearance-reality and false belief tasks. *Journal of Deaf Studies and DeafEduca(on% )%*
- [17] Dashtbozorgi B, Ghadirian F, Khajeddin N, Karami K. Effect of Family Psychoeducation on the Level of Adaptation and Improvement of Patients with Mood Disorders. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol*. 2009;15(2):193-200.
- [18] Dominguez-Martinez T, Rascon-Gasca ML, Alcantara-Chabelas H, Garcia-Silberman S, Casanova-Rodas L, Lopez-Jimenez JL. Effects ofFamily-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients With Severe Mental Disorders in Mexico City. *Psychiatr Serv*. 2017;68(4):415-8. DOI: 10.1176/appi.ps.201500457 PMID: 27842466
- [19] Dorud N, Akbarfahimi M, Ashayeri H. Comparison of work activities of daily living in patients with schizophrenia and normal individuals matched. *J Mod Rehabil*. 2011;5(3):51-5.
- [20] Doval N, Sharma E, Agarwal M, Tripathi A, Nischal A. Experience of Caregiving and Coping in Caregivers of Schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2016;2(18):132-8. DOI: 10.3371/csrp.DOSH.123015 PMID: 26780599



- [21] Fitzgerald, M. (2012). Schizophrenia and autism/ asperger's syndrome: overlap and difference. *Clinical Neuropsychiatry*, 9(4): 171-176.
- [22] Ghamarani O, Alborz E. The validity and reliability test" theory of mind in a group of students with mental retardation and normal city. *Journal of Psychology*. 2006; 10: 199-181. ]Persian[
- [23] Goddard, f. (2005). Wong M, Lopes A, Dossetor D. Intellectual ability, self-perceived
- [24] Hill EL, B. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review* 24(1): 14-24.
- [25] Hurst, R., Nelson-Gray, R., Mitchell, J. & Kwapil, T. (2006). The relationship of Asperger's Characteristics and Schizotypal Personality Traits in a Non-Clinical Adult Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(9):1711-1720.
- [26] Johnson CP. (2007) American Academy of Pediatrics Clinical Report: Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 119(5):1073-1084.
- [27] Kaplan, H, I., Sadock, B, J., & Grebb, J, A. (2007). *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th ed. London: Williams & Wilkins.
- [28] Kashani F, Pashasharif H. The impact of family psychoeducation (Atkinson and rational coia) on the general health of families with children with schizophrenia. *Thoughts Behav*. 2010;5(17):65-76.
- [29] Ketelaars C, Horwitz E, Sytema S, Bos J, Wiersma D, Minderaa R, et al. Brief report: Adults with mild autism spectrum disorders (ASD): Scores on the autism spectrum quotient (AQ) and comorbid psychopathology. *J Autism Develop Disord* 2008;38:176-80.
- [30] Konstantareas, M., & Hewitt, T. (2001). Autistic disorder and schizophrenia: Diagnostic overlaps. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 19-28
- [31] Leslie B A. M. (1991). Theory of mind impairment in autism. In A. Whiten (Ed.) *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 154-174). Oxford: Basil Blackwell.
- [32] Marwick, K., & Hall, J. (2008). Social cognition in schizophrenia: a review of face processing. *British Medical Bulletin*, 88, 43-58.
- [33] Matsuo, J., Kamio, Y., Takahashi, H., Ota, M., Teraishi, T. & et al. (2015). Autistic-Like Traits in Adult Patients with Mood Disorders and Schizophrenia. *PLoS One*, 10(4): e0122711. doi: 10.1371/journal.pone.0122711.
- [34] Mechri, A., Gassab, L., Slama, H., Gaha, L., Saoud, M., & Odile Krebs, M. (2010). Neurological soft signs and schizotypal dimensions in unaffected siblings of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 22-26.
- [35] Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. The Effectiveness of Family Training on Family Caregivers of Inpatients with Mental Disorders. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol*. 2010;16(2):99-106
- [36] Omranifard V, Yari A, Kheirabadi GR, Rafizadeh M, Maracy MR, Sadri S. Effect of needs-assessment based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families: A controlled study. *J Educ Health Promot*. 2014;3(1):125. DOI: 10.4103/2277-9531.145937 PMID: 25540798
- [37] Premack B D. G. & Woodruff G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences* 2(1):161-210.
- [38] Rado, S., & Daniels, G. (1956). *Changing concepts of psychoanalytic medicine*
- [39] Rahgozar M, Cheraghi L, Karimlu M. Application of recurrent events in determining the risk factors of schizophrenia. *Razi J Med Sci*. 2013;19(99):7-11.
- [40] Raja, M. & Azzoni, A. (2010). Autistic spectrum disorders and schizophrenia in the adult psychiatric setting: diagnose and comorbidity. *Psychiatria Danubina*, 22(4): 514-521
- [41] Rapin IB, Tuchman RF, B. (2008). Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis. *Pediatr Clin North Am* 55(1):1-14. doi: 10.1016/j.pcl.2007.11.001. PMID 18444000
- [42] Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Geisler S, Koren A, Sheitman B, et al. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective

- disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156(4):544-9. DOI: 10.1176/ajp.156.4.544 PMID: 10200732
- [43] Sabooni P, Eftekhari s, Karimlou I. The effect of risk factors on the severity of psychotic symptoms during the first transitional model. *Razi J Med Sci*. 2013;20(116):1-8.
- [44] Sabooni P, Eftekhari S, Karimlou M. The effect of risk factors on the severity of psychotic symptoms during the first transitional model. *Razi J Med Sci*. 2013;20(116):1-8.
- [45] Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- [46] Saint-Georges C, Cassel RS, Cohen D, Chetouani M, Laznik MC, Maestro S, et al. What studies of family home movies canteach us about autistic infants: A literaturereview. *Res Autism Spect Disord* 2010;4:355-66.
- [47] Shayermman,s.(2007).Autism spectrumtraits in children and adolescents with obsesssive-compulsive disorder (OCD). *J AnxietyDisord* 2007; 22:969-78
- [48] social competence, and depressionsymptomatology in children with high-functioningautism spectrum disorders. *J AutismDevelop Disord* 2005;37: 1647-66.
- [49] Spek, A. A., & Wouters, S.G.M. (2010). Autism and schizophrenia in highfunctioning adults: Behavioral differences and overlap. *Research in AutismSpectrum Disorders*, 4(4):709–717.
- [50] Spek, A. A., & Wouters, S.G.M. (2010). Autism and schizophrenia in high functioning adults: Behavioral differences and overlap. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 ,709–717.
- [51] Spencer E, Birchwood M, McGovern D. Management of first-episode psychosis. *Adv Psychiatr Treat*. 2001;7(2):133-40.
- [52] Stewart, G. (2005). *Schizophrenia, SANA* (limited by guarantee).
- [53] *Syndrome and Social-Communication Problems*. MissionB KS: Autism Asperger Publishing Company.
- [54] van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374(9690):635-45.
- [55] Videbeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing*: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
- [56] von Maffei C, Gorges F, Kissling W, Schreiber W, Rummel-Kluge C. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry*. 2015;15(93):93. DOI: 10.1186/s12888-015-0481-2 PMID: 25924784
- [57] Walker, E., Kestler,L ., Bollini, A., & Hochman, K. (2004). *SCHIZOPHRENIA: Etiology and Course. Annu. Rev. Psychol*. 2004. 55:401–60.
- [58] Wall K. [Instruction and care of juvenilesand adults with autism]. Tehran: DanzhePublication; 2008. (Persian)
- [59] Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification . *Journal of autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.